

# neue AKZENTE

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



Aus der Praxis

## Medienkompetenz

- Wie wirkt Methylphenidat?
- Tourette-Syndrom, ADHS und Zwangsstörung
- Pathologische Mediennutzung

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

*Zeitschmerz*

Liebe Mitglieder,  
liebe Leserinnen und Leser,

eine neue Redaktionsleitung - ein neues Layout!  
Damit genug des Neuen, - wir haben uns zum Ziel gesetzt, die von Frau Bürschgens übernommenen und weiter entwickelten Maßstäbe an Qualität und Vielfalt der Themen fortzuführen.

An dieser Stelle möchte ich mich persönlich und im Namen des gesamten Verbandes sehr herzlich bei Frau Bürschgens für die Redaktionsleitung der vergangenen Jahre bedanken.

Sie hat zuverlässig und regelmäßig eine interessante und aktuelle Zeitschrift für uns publiziert.

Jeder, der schon einmal eine Zeitschrift herausgegeben oder dabei mitgearbeitet hat, weiß, welcher Arbeits- und Zeitaufwand damit verbunden ist.

Diese aktuelle Ausgabe stellt ein Kaleidoskop von ADHS-Themen dar: von medizinischen Fachbeiträgen über Berichte zu aktuellen Themen bis hin zu Informationen aus dem Verbands- und Gruppen-geschehen.

Das neue/alte Redaktionsteam freut sich über Unterstützung, sei es durch Beiträge zur Zeitschrift oder auch bei der Redaktionsarbeit, die - wie Sie alle wissen - ehrenamtlich neben unseren vielfältigen familiären und beruflichen Aufgaben ansteht.

Gemeinsam sind wir eben stärker.

Für die Irritationen im Zusammenhang mit dem Versenden der Einladung zur Mitgliederversammlung entschuldigen wir uns in aller Form.

#### neue AKZENTE

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

#### Herausgeber und Verleger

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

#### Redaktion

und redaktionelle Mitarbeit  
Dr. Myriam Menter (Leitung)  
Karin Knudsen  
Renate Meyer  
Karin-Gisela Seegers  
Dr. Johannes Streif  
Vera-Ines Schüpferling  
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

nanuGRUPPE.de, Mediengestaltung

#### Druck

Novadruck Goppert GmbH

Erscheinungsweise: 3 - 4x jährlich

Auflage: 4000 Exemplare

#### Bezug

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

#### Copyright

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

Redaktionsschluss für die nächste Ausgabe  
1. Juni 2009



Das Redaktionsteam: Vera-Ines Schüpferling,  
Dr. Andreas Lüdke, Dr. Myriam Menter (v.l.)



Weitere Redaktionsmitglieder (v.l.):  
oben: Dr. Johannes Streif, Karin Knudsen  
unten: Karin-Gisela Seegers, Renate Meyer

#### Fotonachweis

Cover, Kadal - Fotolia.com  
Almut Müller, vege, Tomasz Markowski, windzephyr, ARM-STARK, Nicole Effinger, Silvia Bogdanski, FCS Photography: 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 Verfassernamen gekennzeichneten Beiträge und Leserbriefe geben die Auffassung der Autoren wieder und nicht unbedingt die Meinung des Verbandes. Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, jedoch ohne Gewähr. Die Berichte sind teilweise Erfahrungsgut und sollen der Meinungsbildung dienen.

## FACHBEITRÄGE

### Wissenschaft

*Prof. Dr. K.-H. Krause, Dr. J. Krause*

- 4** Wie wirkt Methylphenidat auf Botenstoffe im Gehirn?

*Prof. Dr. K. R. Müller-Vahl*

- 7** Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei der Entstehung von Tourette-Syndrom, ADHS und Zwangsstörung

*Dr. B. te Wildt*

- 10** ADHS und Pathologische Medien-nutzung

### Aus der Praxis

*U. Sauerbrey*

- 12** Schadstoffe in der kindlichen Umwelt. Ein Risikofaktor für AD(H)S?

*Dr. A. Alfred, S. Eiden, Dr. M. Fellner*

- 17** Lernsoftware im Einsatz zur multi-modalen Behandlung von AD/HS

*Dr. J. Streif*

- 21** Medienkompetenz, Computerspiele und ADHS

## BERICHTE

### Recht & Politik

*V.-I. Schüpferling*

- 24** Private Zusatzversicherung bei AD(H)S?

*L. Viola, M. Klaus*

- 25** Versicherung und AD(H)S

*KBV*

- 26** KBV-Vertrag

### Schule

*C. Eich*

- 28** SCHULE - zentrales Thema beim zentralen-adhs-netz

### Familie

*A. Wohlers*

- 28** Bericht zum Aufenthalt in der DWK Klinik Bad Münde

*T. Rosburg*

- 30** „Kinder mit ADS / ADHS in der Ostseeklinik Grömitz“

*Denis*

- 32** Gedicht eines inhaftierten Jugendlichen.

*P. Kurz*

- 33** Kurzroman „Verständnis“

*Helga S.*

- 34** Das Ende einer quälenden Beziehung

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

*F. Häusler*

- 35** Erfolgreiche Didacta für ADHS Deutschland e.V.

*A. Wohlers*

- 37** Bericht zur Veranstaltung der Thüringer Landesgruppe am 20.9.2008

- 38** Jahresberichte der Regionalgruppen (in alphabetischer Reihenfolge)

*F. Häusler*

- 41** ADHS und Sucht  
Gelungene Generalprobe für Franken-berg

## ALLGEMEINES

- 42** Nachruf für Ebba Labbé

## MEDIEN REZENSIONEN

*L. Menter, S. Hinkel*

- 42** Brainmonster Studios; Zweistein

*Dr. J. Streif*

- 44** K. Passig, S. Lobo; Dinge geregelt kriegen

*E. Klug*

- 46** Jesper Juul; Nein aus Liebe  
Klare Eltern – starke Kinder

*Dr. J. Streif*

- 47** Michael Winterhoff; Warum unsere Kinder Tyrannen werden. Oder: Die Abschaffung der Kindheit

*U. Pepler*

- 49** AZM (Hrsg.)  
ADHS Praxishandbuch  
Die ADHS und ihre Begleiterkrankungen

## LESERBRIEFE

*G. Bergmann*

- 50** zu „ADHS bei Adoptiv- und Pflegekindern-(K)ein Problem für Vermittler?“ von Gerhild Drüe

*G. Gehrman*

- 50** zu „ADHS bei Adoptiv- und Pflegekindern - (K)ein Problem für Vermittler?“ von Gerhild Drüe

## AKTUELLES

### Kurzberichte / Termine

- 52** Termine Weiterbildung  
Telefonberatung

- 52** 2. ADHS-Kongress in Wien / Patiententag 21.-24.05.2009

## VERBANDSDATEN

- 54** Vorstand  
Unterstützung des Verbandes  
Wissenschaftlicher Beirat  
Telefonberatung

# Wie wirkt Methylphenidat auf Botenstoffe im Gehirn?

Nach wie vor ist Methylphenidat (MPH) Mittel der ersten Wahl zur Behandlung der ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

Seit vielen Jahren besteht in der wissenschaftlichen Literatur Übereinstimmung, dass MPH seine Effekte auf die Symptome der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) über eine Beeinflussung des Dopaminstoffwechsels im Gehirn entfaltet. In einer aktuellen Monographie über MPH (Schulte-Markwort und Warnke 2004) führt Gerlach zum Wirkmechanismus dieser Substanz

Herr Prof. Dr. Krause ist Neurologe an der Universität München



entsprechend aus, dass das Stimulans durch eine Erhöhung der Dopamin-Konzentration im synaptischen Spalt eine Besserung der ADHS-Symptomatik bedingt.

Diese Wirkung von MPH ist inzwischen nicht nur tierexperimentell, sondern auch klinisch gut belegt: Mit Hilfe nuklearmedizinischer Methoden (PET, Positron Emission Tomography, und SPECT, Single Photon Emission Computed Tomography) konnte zunächst bei einem Normalkollektiv (Volkow et al. 1998), später bei Patienten mit ADHS (Krause

Frau Dr. Krause ist Nervenärztin und Psychotherapeutin

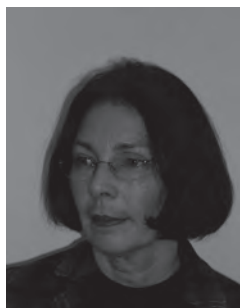


et al. 2000) eindeutig nachgewiesen werden, dass MPH Bindungsstellen am Dopamintransporter (DAT) besetzt und diesen somit blockiert. Der DAT sorgt für den Rücktransport von Dopamin aus dem synaptischen Spalt in das präsynaptische Neuron und hat somit eine Schlüsselrolle für die Dopaminaktivität im zentralen Nervensystem. Durch die Blockade des DAT steigt die Dopaminkonzentration im synaptischen Spalt. Die höchsten DAT-Kon-

zentrationen finden sich im menschlichen Gehirn in zwei Regionen, dem Nucleus caudatus und dem Putamen, die zusammen als Striatum bezeichnet werden. Das Striatum spielt eine ganz wesentliche Rolle bei der Modulation und Steuerung von Arbeitsgedächtnis, nicht fokussierter Aufmerksamkeit, Reizhemmungsmechanismen und exekutiven Funktionen wie Organisation, Setzen von Prioritäten und Selbstkontrolle, also genau den Funktionen, die bei der ADHS beeinträchtigt sind. Die exekutiven Funktionen sind das zentrale Managementsystem im Gehirn; Brown (2000) hat dies am Bild des Dirigenten veranschaulicht, der organisiert, aktiviert, fokussiert, integriert und anweist, dabei aber auch kreative Spielräume lässt. Wie wichtig der DAT für eine ausreichende Wirkung



Herr Prof. Dr. Krause



Frau Dr. Krause

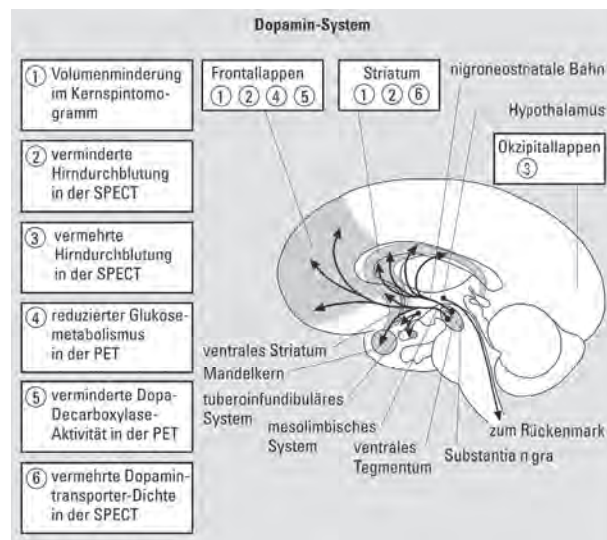


Abb. 1: Dopamin im menschlichen Gehirn mit in einzelnen Hirnarealen bei ADHS beschriebenen Auffälligkeiten (aus Krause J, Krause KH. ADHS im Erwachsenenalter. 2. Auflage. Schattauer, Stuttgart, New York 2005, mit freundlicher Genehmigung des Verlages)

von MPH ist, belegen eigene Untersuchungen (Krause et al. 2005), wonach beim Vorliegen niedriger DAT-Konzentrationen vor Beginn einer Therapie mit MPH kaum

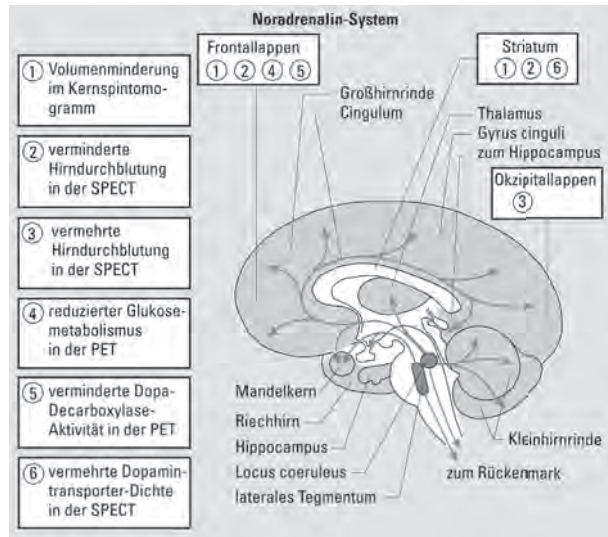


Abb. 2: Noradrenalin im menschlichen Gehirn mit in einzelnen Hirnarealen bei ADHS beschriebenen Auffälligkeiten [aus Krause J, Krause KH. ADHS im Erwachsenenalter. 2. Auflage. Schattauer, Stuttgart, New York 2005, mit freundlicher Genehmigung des Verlages]

positive Effekte feststellbar waren, dagegen bei fast allen Patienten mit vor Behandlung hohen DAT-Werten. Generell scheint eine vermehrte DAT-Verfügbarkeit typisch für die ADHS zu sein (Krause 2008).

Entscheidend für die Wirkung auf die ADHS-Symptome ist das Zusammenspiel von Striatum und präfrontaler Hirnrinde, zwei Hirnregionen, zwischen denen enge Beziehungen bestehen (s. Abb. 1 und 2). In der präfrontalen Hirnrinde finden sich aber nur minimale Konzentrationen an DAT, so dass eine Wirkung von MPH über eine DAT-Blockade in diesem Bereich ausgeschlossen werden kann. Hier kommt nun der Noradrenalintransporter (NET = Norepinephrine Transporter) ins Spiel, der im präfrontalen Kortex reichlich vertreten ist und wie der DAT zur Familie der Natrium-abhängigen Neurotransmitter-Symporter gehört. Ein Problem ist, dass es bisher keine nuklearmedizinische Untersuchungstechnik gibt, mit deren Hilfe der NET beim Menschen erfasst werden kann; derzeit kann also keine Aussage über eine mögliche direkte Beeinflussung des NET durch MPH gemacht werden. Molekulargenetische Untersuchungen zeigten ähnlich wie beim DAT-Gen ein mögliches Betroffensein des menschlichen NET-Gens bei Vorliegen einer ADHS (Kim et al. 2006). Experimentell konnte an menschlichen und tierischen Transportern, die mit Hilfe von Darmzellen kultiviert wurden, gezeigt werden, dass MPH den NET fast ebenso effektiv blockiert wie den DAT (Han und Gu 2006). In einer chinesischen Studie wurde ein Zusammenhang zwischen einem bestimmten Polymorphismus im NET-

Gen und dem Ansprechen auf MPH nachgewiesen (Yang et al. 2004). Schon länger wird vermutet, dass der in der Hirnrinde lokalisierte NET nicht nur die Wiederaufnahme von Noradrenalin, sondern auch die von Dopamin hemmt. In diesem Fall würde sowohl die Gabe eines selektiven Noradrenalinwiederaufnahmehemmers wie Atomoxetin wie auch die Gabe von MPH zu erhöhten Konzentrationen von Noradrenalin und Dopamin in den synaptischen Spalten der betreffenden Hirnregion führen. Genau dies bestätigte sich bei tierexperimentellen Untersuchungen, die mit Hilfe von Mikrodialyse bei Ratten durchgeführt wurden (Berridge et al. 2006); diese Arbeitsgruppe fand, dass bereits bei niedrigen Dosierungen von MPH (0,25 – 1 mg/kg Körpergewicht), die den bei der ADHS-Therapie verwendeten entsprechen, in der präfrontalen Hirnrinde sowohl die Noradrenalin- als auch die Dopamin-Konzentrationen anstiegen (um 115 – 280 % für Noradrenalin bzw. 75 – 130 % für Dopamin). Es gibt Hinweise, dass MPH im präfrontalen Kortex nicht nur den NET blockiert, sondern auch den postsynaptischen D1-Rezeptor (dopaminerg) sowie den alpha2-Adrenoceptor (noradrenerg) stimuliert (Wilens 2008); die genauen Mechanismen sind aber noch nicht aufgeklärt

In einer tierexperimentellen Studie fand sich bei Ratten unter MPH ein eindeutiger Anstieg der Noradrenalin-Konzentration im synaptischen Spalt auch im primären somatosensorischen Hirnrindenaerial (Gyrus postcentralis, hier bezeichnet als Gyrus cinguli) (Drouin et al. 2006); dies interpretierten die Autoren als möglichen Mechanismus zur Unterdrückung von irrelevanten sensorischen Reizen durch MPH.

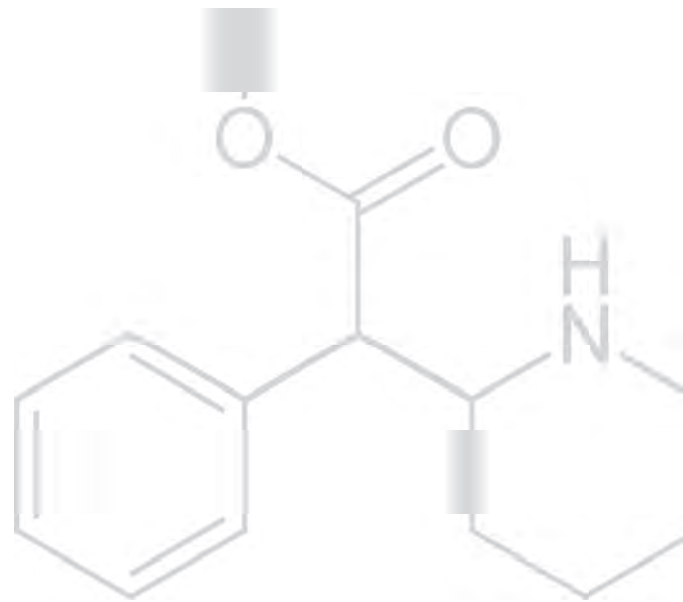
Bei intrazellulären Ableitungen aus Neuronen im Locus coeruleus wurde bei Ratten ein hyperpolarisierender Effekt von MPH beschrieben (Ishimatsu et al. 2002); die Autoren postulierten, dass eine Erhöhung der Noradrenalin-Konzentration durch MPH in diesem Hirnareal mit dem therapeutischen Effekt der Substanz zusammenhängen könnte. Der Locus coeruleus ist ein sehr wichtiger Hirnanteil hinsichtlich der Noradrenalin-Aktivität in der präfrontalen Hirnrinde, wo er entscheidende modulatorische Aktivitäten entfaltet (Berridge et al. 2003).

Eine interessante weitere Wirkung von MPH fand sich in einer Studie, bei der die Acetylcholin-Ausschüttung im Rattenhirn nach Gabe von MPH bzw. Atomoxetin gemessen wurde (Tzavara et al. 2006); beide Substanzen bewirkten einen Acetylcholin-Anstieg in der mittleren präfrontalen Hirnrinde. Acetylcholin könnte prinzipiell für die ADHS-Symptomatik eine wichtige Rolle spielen. Cholinergika wie Nikotin wirken bekanntermaßen günstig auf die Symptome der ADHS; in einer Studie mit Nikotinrezeptoragonisten fanden sich positive Effekte auf alle ADHS-Symptome einschließlich Verbesserung des Arbeitsgedächtnisses (Wilens und Decker 2006).

Eine aktuelle tierexperimentelle Studie belegt, dass

MPH im präfrontalen Kortex nicht nur die extrazellulären Dopamin- und Noradrenalin-Konzentrationen erhöht, sondern auch eine vermehrte Ausschüttung von Histamin bewirkt, was einen positiven Effekt auf kognitive Funktionen hat (Horner et al. 2007); der exakte Mechanismus, wie MPH den Histamin-Spiegel beeinflusst, bleibt zunächst unklar.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass MPH nach neuen Erkenntnissen keineswegs nur den Dopaminstoffwechsel beeinflusst, sondern in komplexer Weise auch auf andere Neurotransmitter zu wirken scheint (s. Abb.3). Hier ist ein weites Forschungsfeld offen, und in den nächsten Jahren ist sicher mit weiteren interessanten Resultaten zu rechnen. Abschließend können wir Gerlach (2004) nur beipflichten, wenn er den Absatz zum Wirkmechanismus von MPH mit dem Satz einleitet: „Die Wirkungsweise der Methylphenidat-Therapie ist nur ansatzweise bekannt, da die Ätiologie von ADHS und die der Erkrankung zugrunde liegenden primären und sekundären pathophysiologischen Prozesse nur unzureichend verstanden sind.“



#### Literatur

- Berridge CW, Devilbiss DM, Andrzejewski ME, Arnsten AF, Kelley AE, Schmeichel B, Hamilton C, Spencer RC. Methylphenidate preferentially increases catecholamine neurotransmission within the prefrontal cortex at low doses that enhance cognitive function. *Biol Psychiatry* 2006; 60: 1111-1120
- Berridge CW, Waterhouse BD. The locus coeruleus-noradrenergic system: modulation of behavioral state and state-dependent cognitive processes. *Brain Res Brain Res Rev* 2003; 42: 33-84
- Brown TE. Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults. Washington, London, American Psychiatric Press, 2000
- Drouin C, Page M, Waterhouse B. Methylphenidate enhances noradrenergic transmission and suppresses mid- and long-latency sensory responses in the primary somatosensory cortex of awake rats. *J Neurophysiol* 2006; 96: 622-632
- Gerlach M. Pharmakologie von Methylphenidat. In: Schulte-Markwort M, Warnke A (Hrsg.). Methylphenidat. Stuttgart, New York, Thieme, 2004: 5-13
- Han DD, Gu HH. Comparison of the monoamine transporters from human and mouse in their sensitivities to psychostimulant drugs. *BMC Pharmacol* 2006; 6: 6
- Horner WE, Johnson DE, Schmidt AW, Rollem H. Methylphenidate and atomoxetine increase histamine release in rat prefrontal cortex. *Eur J Pharmacol* 2007; 558: 96-97
- Ishimatsu M, Kidani Y, Tsuda A, Akasu T. Effects of methylphenidate on the membrane potential and current in neurons of the rat locus coeruleus. *J Neurophysiol* 2002; 87: 1206-1212
- Kim CH, Hahn MK, Joung Y, Anderson SL, Steele AH, Mazei-Robinson MS, Gizer I, Teicher MH, Cohen BM, Robertson D, Waldman ID, Blakely RD, Kim KS. A polymorphism in the norepinephrine transporter gene alters promoter activity and is associated with attention-deficit hyperactivity disorder. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2006; 103: 19164-19169
- Krause J. SPECT and PET of the dopamine transporter in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Rev Neurother* 2008; 8: 611-625
- Krause J, la Fougere C, Krause KH, Ackenheil M, Dresel SH. Influence of striatal dopamine transporter availability on the response to methylphenidate in adult patients with ADHD. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 255: 428-431
- Krause KH, Dresel SH, Krause J, Kung HF, Tatsch K. Increased striatal dopamine transporter in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder: Effects of methylphenidate as measured by single photon emission computed tomography. *Neurosci Lett* 2000; 285: 107-110
- Tzavara ET, Bymaster FP, Overshiner CD, Davis RJ, Perry KW, Wolff M, McKinzie DL, Witkin JM, Nomikos GG. Procholinergic and memory enhancing properties of the selective norepinephrine uptake inhibitor atomoxetine. *Mol Psychiatry* 2006; 11: 187-195
- Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Gattley SJ, Logan J, Ding YS, Hitzemann R, Pappas N. Dopamine transporter occupancies in the human brain induced by therapeutic doses of oral methylphenidate. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1325-1331
- Wilens TE. Effects of methylphenidate on the catecholaminergic system in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2008; 28 (Suppl 2): S46-53
- Wilens TE, Decker MW. Neuronal nicotinic receptor agonists for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: focus on cognition. *Biochem Pharmacol* 2007; 74: 1212-1223
- Yang L, Wang YF, Li J, Faraone SV. Association of norepinephrine transporter gene with methylphenidate response. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 1154-1158

# Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei der Entstehung von Tourette-Syndrom, ADHS und Zwangsstörung

Das Tourette-Syndrom, die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und die Zwangsstörung stellen drei unterschiedliche Erkrankungen dar, die auf den ersten Blick scheinbar keine Gemeinsamkeiten aufweisen. Betrachtet man die für die jeweilige Erkrankung aktuell gültige Definition, dann finden sich ebenfalls keine Überschneidungen. Das Tourette-Syndrom ist durch unwillkürliche Zuckungen, sogenannte motorische Tics, in Kombination mit unwillkürlich hervorgebrachten Geräuschen, sogenannten vokalen Tics, gekennzeichnet. Tics im Rahmen eines Tourette-Syndroms beginnen in der Kindheit und verlaufen chronisch. Typischerweise schwanken sie im Verlauf stark hinsichtlich Art, Häufigkeit, Intensität und Lokalisation. Demgegenüber ist die ADHS durch das Auftreten einer allgemeinen motorischen Überaktivität (welche nicht mit motorischen Tics verwechselt werden darf), einer Störung der Aufmerksamkeit und/oder einer Störung der Impulskontrolle charakterisiert. Die ADHS beginnt in der Kindheit vor dem 7. Lebensjahr und kann in unterschiedlicher Ausprägung bis ins Erwachsenenalter hinein fortbestehen. Bei der Zwangsstörung treten Zwangsgedanken, das heißt zwanghaft sich aufdrängende, aber als unsinnig erkannte Denkinhalte auf und/oder Zwangshandlungen, bei denen zwanghaft gegen den eigenen Willen Handlungen ausgeführt werden müssen wie etwa Kontrollieren, Waschen und Ordnen. Der Versuch, die Handlungen zu unterlassen, führt zu innerer Anspannung und Angst. Der Beginn einer Zwangserkrankung liegt oft im späten Jugend- oder jungen Erwachsenenalter.

Erst bei genauerer Betrachtung dieser Erkrankungen wird deutlich, dass bei aller Unterschiedlichkeit auch zahlreiche Gemeinsamkeiten bestehen. Dies wird insbesondere durch einen Blick auf das klinische Bild offenkundig: So konnten zahlreiche Studien der letzten Jahre zeigen, dass 60-80% aller Patienten mit Tourette-Syndrom neben den Tics auch verschiedene psychiatrische Symptome (sogenannte Komorbiditäten) aufweisen. Am

häufigsten bestehen Symptome einer ADHS (in 50-60%) und zwanghafte Verhaltensweisen (in 30-80%), die allerdings nur selten das Ausmaß einer Zwangserkrankung entsprechend oben genannter Definition erreichen. Statistisch betrachtet finden sich bei jedem Patienten mit Tourette-Syndrom 2,6 Komorbiditäten. Demgegenüber weisen nur ca. 13% aller Tourette-Patienten ausschließlich Tics auf völlig ohne begleitende psychiatrische Verhaltensauffälligkeiten.

Untersucht man Patienten mit einer primären Zwangsstörung, so finden sich auch bei diesen überzufällig häufig Symptome einer ADHS (in 10-33%). Bei 17-40% der Zwangspatienten bestehen zusätzlich Tics, mehrheitlich in Form gering ausgeprägter einfacher motorischer Tics wie Augen blinzeln oder Gesichts grimassieren. Wird primär die Diagnose einer ADHS gestellt, dann bestehen bei 20-50% der Patienten zusätzlich (zumeist gering ausgeprägte einfache motorische) Tics und bei 8-11% der Patienten leichte Zwangssymptome. Zuweilen ist es schwierig, motorische Tics von einer allgemeinen Hyperaktivität abzugrenzen.

Die häufige Kombination von Tics, ADHS und Zwängen in unterschiedlicher Art und Ausprägung lässt vermuten, dass das gleichzeitige Auftreten der Symptome nicht zufallsbedingt ist, sondern auf eine gemeinsame zugrundeliegende Ursache zurückzuführen ist. Allerdings fällt auch auf, dass die Wahrscheinlichkeit, an einem zweiten Symptom zu erkranken offenbar von der primären Diagnose abhängt. So bestehen bei Patienten mit Tourette-Syndrom in der überwiegenden Mehrzahl neben den Tics weitere Symptome wie Zwang und ADHS. Ein „reines“ Tourette-Syndrom mit Tics ohne zusätzliche psychiatrische

*Frau Prof. Dr. med. Müller-Vahl ist Oberärztin der in der MHH-Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie und Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Tourette-Gesellschaft Deutschland e.V.*



*Frau Prof. Dr. med. Kirsten Müller-Vahl*

Symptome stellt hingegen eine Ausnahme dar und findet sich am häufigsten bei Tourette-Patienten mit gering ausgeprägten Tics. Demgegenüber finden sich bei Patienten mit einer Zwangserkrankung mehrheitlich neben den Zwängen keine weiteren Symptome. Die bei deutlich weniger als der Hälfte der Zwangspatienten zusätzlich bestehenden Tics sind - anders als beim Tourette-Syndrom - oft gering ausgeprägt und daher meist nicht behandlungsbedürftig. Die ADHS nimmt diesbezüglich eine „Mittelstellung“ ein: bei knapp der Hälfte der Kinder finden sich Tics oder Zwangssymptome. Klinisch im Vordergrund stehen dabei praktisch immer die Symptome der ADHS. Unabhängig von der primär gestellten Diagnose führen die Symptome einer ADHS meist zu der stärksten Beeinträchtigung der Lebensqualität.

Keine abschließende Einigung besteht zu der Frage, welche Diagnose(n) gestellt werden soll(en), wenn sowohl Tics als auch Zwänge und eine ADHS bestehen. Folgt man den aktuell gültigen Klassifikationssystemen, müssten bei entsprechendem Schweregrad alle drei Diagnosen separat gestellt werden. Versteht man hingegen das Tourette-Syndrom als „Spektrumerkrankung“, die sowohl Tics als auch Zwänge und Symptome einer ADHS einschließen kann, dann wären mit dieser einen Diagnose alle genannten Symptome erfasst. Eine Klärung dieser Frage wird sinnvoller Weise erst dann möglich sein, wenn die zugrundeliegenden Ursachen verstanden sind.

Betrachtet man nun, welches die heute bekannten Ursachen des Tourette-Syndroms, der ADHS und der Zwangsstörung sind, so fällt auf, dass auch hier große Überschneidungen bestehen. Beim Tourette-Syndrom wird angenommen, dass ursächlich eine Störung in Regelkreisen zwischen Stirnhirn, Basalganglien - eine Art Schaltzentrale im Gehirn, die insbesondere für die Bewegungskoordination zuständig ist - und dem limbischen System besteht. Fasst man die Ergebnisse aller verfügbaren Studien zusammen, die die Ursachen der Zwangsstörung untersuchen, so findet man insbesondere Hinweise auf eine Störung im Stirnhirn (besonders im sogenannten orbitofrontalen Kortex), darüber hinaus aber ebenfalls Veränderungen in Teilen der Basalganglien und des limbischen Systems. Auch für die ADHS wird derzeit angenommen, dass primär Veränderungen in Teilen des Stirnhirns (besonders im sogenannten präfrontalen Kortex) bestehen. Allerdings konnten in verschiedenen Studien darüber hinaus Auffälligkeiten in Teilen des limbischen Systems und der Basalganglien gefunden werden.

Unklarheit besteht gegenwärtig darüber, welche weiteren Hirnareale bei Patienten mit ADHS, Tourette-Syndrom und Zwangserkrankung involviert sind. So konnten bei Tourette-Patienten auch Veränderungen im Bereich des Mittelhirns und des Balkens gefunden werden. Bei Zwangspatienten zeigten sich ebenfalls Auffälligkeiten im Balken, aber auch im Kleinhirn und im Scheitellappen. Bei

ADHS-Patienten wurden im Vergleich zu Kontrollprobanden Volumenänderungen im Balken, im Kleinhirn sowie in Regionen des Scheitel- und des Schläfenlappens nachgewiesen. Eine abschließende Beurteilung dieser Ergebnisse ist derzeit nicht möglich, da die vorliegenden Forschungsergebnisse zum Teil sehr widersprüchlich sind. Dies könnte darin begründet sein, dass bisherige Studien überwiegend an sehr kleinen Patientengruppen durchgeführt wurden und dass die Patientengruppen zum Teil sehr heterogen waren und beispielsweise entweder nur Kinder oder nur Erwachsene oder nur Männer und dann wiederum nur Frauen einschlossen. Des Weiteren wurden in den verschiedenen Untersuchungen unterschiedliche Untersuchungstechniken eingesetzt, die ebenfalls ein Grund für unterschiedliche Ergebnisse sein könnten.

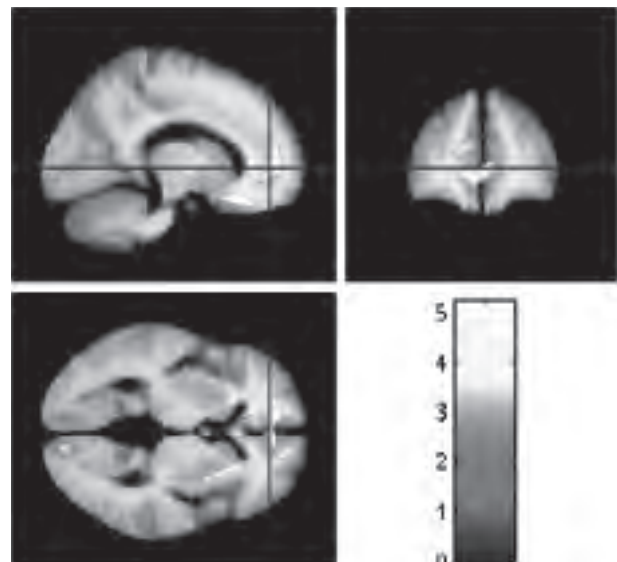


Abb. 1: Bei Patienten mit ADHS finden sich im Vergleich zu gesunden Kontrollprobanden Veränderungen im Stirnhirn (orbito-frontaler Kortex und dorsolateraler präfrontaler Kortex), in Teilen der Basalganglien (Striatum), in Teilen des limbischen Systems (anteriores Cingulum) sowie in hinteren Hirnregionen (temporo-parieto-occipitaler Kortex). Abgebildet ist eine spezielle kernspintomographische Aufnahme (MTI), in der die Gruppenunterschiede dargestellt sind.

Ein wesentlicher weiterer Faktor scheint zu sein, dass in den zurückliegenden Jahren nicht immer mit ausreichender Sorgfalt berücksichtigt wurde, welche Symptome bei den Patienten bestanden. So geht man heute davon aus, dass nicht nur die primäre Diagnose von großer Bedeutung ist, sondern auch zusätzlich bestehende Symptome Einfluss auf die Ergebnisse bildgebender Untersuchungen haben. So fanden sich beispielsweise bei Tourette-Patienten mit ADHS und Zwängen andere Ergebnisse als bei Tourette-Patienten ohne diese Komorbiditäten. In Zukunft wird es daher besonders wichtig sein, bei Studien, die sich mit der Erforschung der Ursachen von Tourette-Syndrom, ADHS und Zwangsstörung befassen, auch alle weiteren Symptome sorgfältig zu erfassen und bei der Auswertung der Untersuchungsergebnisse zu



berücksichtigen.

Will man besser verstehen, welche Hirnstrukturen bei der Entstehung von Tourette-Syndrom, ADHS und Zwangserkrankung eine Rolle spielen, dann muss man sich etwas genauer mit dem Aufbau des Gehirns und den Verschaltungen der Hirnareale untereinander befassen. Es gilt als gesichert, dass im Gehirn sogenannte „Regelkreise“ zu einer „Vernetzung“ verschiedener Hirngebiete führen, welche es ermöglichen, dass komplexe Handlungen von der Planung über die Koordination bis hin zur Ausführung störungsfrei ablaufen können. Besonders wichtig sind dabei sogenannte „kortiko-striato-pallido-thalamo-kortikale Schleifen“, die Teile des Stirnhirns, mit Teilen der Basalganglien und weiteren Hirnarealen verbinden, um schlussendlich wieder zum Ausgang, dem Stirnhirn, zurückzuführen. Es wird heute davon ausgegangen, dass fünf derartige Regelkreise parallel nebeneinander verlaufen und unterschiedliche Aufgaben in der Planung, Koordination und Durchführung von Bewegungen haben, aber auch an zahlreichen exekutiven Leistungen beteiligt sind wie Spontaneität, Affekt, Initiative, Willenskraft, Antrieb, sequentiell Planen und Antizipation. Die in diese Regelkreise eingebundenen Basalganglien stellen ein komplexes Kerngebiet zentral im Gehirn dar, welches für wichtige funktionelle Aspekte motorischer, kognitiver und limbischer Regulationen von großer Bedeutung ist. Innerhalb der Basalganglien existieren wiederum verschiedene „Wege“: ein „direkter Weg“, der zu einer Erregung der Regelschleife führt, und ein „indirekter Weg“, der die Regelschleifen hemmt. Somit kann den Basalganglien eine Art „Filterfunktion“ zugeschrieben werden, die steuernd auf die beschriebenen komplexen Regelkreise des Gehirns einwirkt.

Um die Frage weiter zu klären, welche Hirnareale im speziellen bei der Entstehung des Tourette-Syndroms, der ADHS und der Zwangsstörung beteiligt sind, haben wir eine umfangreiche Studie durchgeführt, bei der vergleichend Patienten mit Tourette-Syndrom mit und ohne ADHS oder Zwangsstörung untersucht wurden sowie Patienten mit ADHS, Patienten mit Zwangsstörung und gesunde Kontrollpersonen. Alle Personen wurden gleichzeitig mit drei verschiedenen modernen Kernspintomographiemethoden untersucht, die nicht nur eine strukturelle Darstellung verschiedener Anteile des Gehirns einschließlich einer Größenmessung erlauben, sondern sogar einzelne Nervenfasern beispielsweise hinsichtlich ihrer Verlaufsrichtung untersuchen.

Unsere Ergebnisse konnten zeigen, dass bei allen Patienten Auffälligkeiten in Teilen des Stirnhirns, der Basalganglien und des limbischen Systems nachweisbar waren. Darüber hinaus zeigte sich, dass die Veränderungen in diesen Hirnarealen sowie die Beteiligung weiterer Hirngebiete bei allen Erkrankungen etwas unterschiedlich ausgeprägt war. So fanden sich bei Patienten mit Tourette-Syndrom ohne ADHS oder Zwang besonders deutli-



che Veränderungen im Stirnhirn. Bestanden zusätzlich eine ADHS oder eine Zwangsstörung fanden sich darüber hinaus auch Veränderung in anderen Hirnarealen wie dem Balken, dem Kleinhirn, dem Thalamus und Teilen des Scheitellappens. Patienten mit reiner Zwangserkrankung zeigten besonders ausgeprägte Veränderungen in den unteren Anteilen des Stirnhirns sowie im limbischen System. Patienten mit einer ADHS wiesen auch Veränderungen in Teilen des Schläfen-, Scheitel- und Hinterhauptslappen auf.

Versucht man nun die gefundenen Ergebnisse auf die theoretischen Überlegungen zu den beschriebenen Regelschleifen des Gehirns zu übertragen, so kann spekuliert werden, dass bei der Zwangsstörung eine Überaktivität des „direkten Weges“ innerhalb der Basalganglien bestehen könnte, welches zu einer Enthemmung des Thalamus und nachfolgend zu einer Überaktivität von Verbindungen des Thalamus zum Stirnhirn führt. Beim Tourette-Syndrom wird angenommen, dass es innerhalb der Basalganglien zu einer irregulären Überaktivität von Nervenzellen kommt, welche zu einer motorischen Entladung in Form von Tics führt. Es kann ferner spekuliert werden, dass diese Überaktivität durch eine unzureichende Hemmung des Stirnhirns auf die Basalganglien hervorgerufen wird. Bei der ADHS wiederum wird gemutmaßt, dass sowohl eine Störung im vorderen (im Stirnhirn gelegenen), als auch im hinteren (im Scheitellappen gelegenen) Aufmerksamkeits-System besteht. Dabei scheint insbesondere eine „Fehlfunktion“ zwischen Stirnhirn und Basalganglien von Bedeutung zu sein. Alle drei Erkrankungen könnten somit durch eine gestörte „Filterfunktion“ der Basalganglien erklärt werden.

Es kann daher angenommen werden, dass sowohl

beim Tourette-Syndrom, als auch bei der ADHS und der Zwangsstörung die selben Hirnareale, nämlich Stirnhirn, Basalganglien und limbisches System, involviert sind, dass jedoch jeweils unterschiedliche Anteile (bzw. verschiedene der fünf Regelschleifen) dieser Hirnstrukturen beteiligt sind, und dass darüber hinaus in unterschiedlichem Ausmaß weitere Hirnareale betroffen sind. Diese „räumliche Nähe“ hinsichtlich der Ursachen der drei Erkrankungen könnte erklären, warum es klinisch häufig zu einer Überlappung der verschiedenen Symptome kommt. Welche Faktoren – etwa eine erbliche Veranlagung oder aber Umweltfaktoren – die Art und Ausprägung der klinischen Symptome beeinflussen, ist derzeit nicht geklärt. Beim Tourette-Syndrom kann vermutet werden, dass Patienten mit geringen Tics ohne Komorbiditäten gegenüber jenen mit deutlichen Tics und zusätz-

lich bestehenden psychischen Auffälligkeiten die jeweils extremen Pole einer Erkrankung darstellen. Auch wurde spekuliert, dass isolierte Zwangssymptome einerseits und isoliert auftretende Tics andererseits Endpunkte eines Kontinuums darstellen, welches die häufige Kombination von Tics und Zwängen erklären würde. ■

Prof. Dr. med. Kirsten R. Müller-Vahl  
Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie,  
Medizinische Hochschule Hannover  
Carl-Neuberg-Str. 1, 30175 Hannover  
mueller-vahl.kirsten@mh-hannover.de

Ihre Forschungen zum Tourette-Syndrom und die Leitung der größten Tourette-Sprechstunde Deutschlands bilden einen Schwerpunkt ihrer Tätigkeit. Sowohl ihre Forschungen wie auch ihre praktische Arbeit in der Sprechstunde lassen Gemeinsamkeiten und Unterschiede über die Störungsbilder Tourette, ADHS und Zwänge erkennen, über die sie in diesem Artikel berichtet.

## ADHS und Pathologische Mediennutzung

Neben den neurobiologischen Faktoren spielen auch psychosoziale Faktoren im Zusammenhang mit der Entstehung und Symptomatik von Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) eine Rolle. Hierzu zählt auch das Mediennutzungsverhalten von Heranwachsenden. Die ADHS-Forschungsgruppe an der MHH unter

der Leitung von PD Dr. med. Ohlmeier und Dr. med. Dillo beobachteten bei den untersuchten erwachsenen ADHS-Patienten häufig eine auffällig hochfrequente und lange Nutzung der neuen digitalen Medien, insbesondere von Computerspielen und Internet. Hieraus ergab sich die

Frage, ob eine exzessive Mediennutzung ein charakteristischer Faktor in der Entstehung und Symptomatik von ADHS sein könnte.

Rasante Filmschnitte im Kino, das Zapping im Fernsehen und schnelles Surfen im Internet scheinen für Menschen mit ADHS mit ihrer rasch wechselnden Aufmerksamkeit und Hyperaktivität besonders attraktiv zu sein, ihnen quasi entgegen zu kommen. Umgekehrt könnte aber auch die Frage gestellt werden, ob nicht die Tatsache, dass viele Heranwachsende heutzutage bisweilen mehr Erfahrungen in von Medien generierten virtuellen Welten machen als in der konkret-realen Welt auch zu einem Aufmerksamkeitsdefizit und einer Hyperaktivität führen kann. Die mediale Umwelt von Kindern und Jugendlichen buhlt immer intensiver und schneller um ihre Aufmerksamkeit, sodass eine gerichtete und anhal-

*Leiter der Poliklinik  
auf dem Campus  
der Abteilung für  
Psychiatrie, Sozial-  
psychiatrie und  
Psychotherapie*



Bert te Wildt

tende Konzentration vielleicht immer schwerer wird. Und das untätige Verharren vor Bildschirmmedien könnte reaktiv zu einer Hyperaktivität führen, die sich aus dem Bedürfnis und der Notwendigkeit des Körpers für Bewegung erklären könnte.

Diese Zusammenhänge sind allerdings äußerst umstritten unter ADHS-Forschern, was sich bereits an einigen Veröffentlichungen zur Frage nach dem Einfluss von Fernsehen auf ADHS zeigt. Eine Studie von Christakis und Mitarbeitern (2004) zeigte, dass frühe ausgedehnte Fernsehexposition bei Dreijährigen zu Aufmerksamkeitsstörungen im Alter von Sieben führt. Demgegenüber kritisieren Stevens und Mulrow (2007), dass eine frühzeitige Fernsehexposition, wenn überhaupt, nur ein schwacher Prädiktor für die Entwicklung einer ADHS-Symptomatik sei. Acevedo-Polakovich und Mitarbeiter sehen zwar auch einen Zusammenhang zwischen ADHS und Fernsehkonsum, wobei sie davon ausgehen, dass ein auffälliger Fernsehkonsum eher als Ausdruck der Erkrankung zu verstehen sei.

Mit dem Einzug von Computern in die Kinder- und Jugendzimmer, vor allem in Form von Computerspielen und Internet, hat die Diskussion um die Bedeutung pathologischen Mediennutzungsverhaltens im Zusammenhang mit ADHS eine neue Dynamik bekommen. Beispielsweise ermittelten Yoo und Kollegen (2004) signifikante Beziehungen zwischen ADHS und Internetabhängigkeit bei Grundschulern, wobei sie den pathologischen Internetkonsum als Symptom der Erkrankung interpretieren. Auch die Studien von Ha und Mitarbeiter sowie Chan und Rabinowitz (2007) fanden heraus, dass ADHS und Internetabhängigkeit im Sinne von Komorbidität überzufällig häufig gemeinsam auftreten.

In zwei eigenen Studien an der MHH sollten diese Zusammenhänge bei erwachsenen ADHS-Betroffenen weiter untersucht werden. Um etwaige pathologische Mediennutzungsmuster zu eruieren, wurden 25 erwachsene ADHS-Patienten mit Hilfe einer ausführlichen Untersuchung sowie psychometrischen Tests untersucht und mit einer entsprechenden gesunden Vergleichsgruppe verglichen. Insgesamt entstand in der Zusammenschau der psychometrischen Testinstrumente bei 28 % der Internetabhängigen der Verdacht auf ein vorbestehendes beziehungsweise komorbides ADHS, wobei lediglich bei einem Patienten ein adultes ADHS auch klinisch gesichert werden konnte. Die Gesamtgruppe der Internetabhängigen in den beiden gebräuchlichsten Testinstrumenten für ADHS, die Wender-Utah-Rating-Scale und die Conners-Adult-ADHS-Rating-Scale, zeigten signifikant höhere Werte als die Vergleichsgruppe.

In einer zweiten Studie wurden 25 Erwachsene mit gesichertem ADHS auf pathologisches Mediennutzungsverhalten untersucht und mit einer Gesundengruppe verglichen. Die Betroffenen verbrachten täglich signifikant mehr Zeit im Internet (im Durchschnitt 2,5 Stunden) als

die Vergleichsgruppe (1,6 Stunden). Noch auffälliger sind die Unterschiede im Hinblick auf Computerspiele: Im Mittel spielten die ADHS-Patienten 4,1 Stunden, signifikant länger als die Vergleichsgruppe (1,8 Stunden). Innerhalb der ADHS-Gruppe ergab sich eine direkte Beziehung zwischen den Ergebnissen der Wender-Utah-Rating-Scale und den im Internet verbrachten Stunden pro Tag. Die ADHS-Patienten wiesen im Durchschnitt gegenüber der Gesundengruppe signifikant höhere Werte auf der Internetsuchtskala auf, wobei lediglich 5 Probanden (20 %) Werte erzielten, die explizit für eine Internetabhängigkeit sprechen.

Die eigenen Forschungsergebnisse deuten durchaus auf einen Zusammenhang zwischen ADHS und der exzessiven Nutzung digitaler Medien hin. Die Schnittmenge zwischen ADHS und Internet- und Computerabhängigkeit ist offensichtlich überzufällig groß. Etwa 20-25% der Betroffenen erfüllen auch die Kriterien für die jeweils andere Erkrankung. In wie weit die eine Störung die jeweils andere zur Folge hat oder negativ beeinflusst, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht sicher sagen. In jedem Fall aber erscheint es als sinnvoll, bei der Diagnostik von ADHS auch eine Medienanamnese durchzuführen, um eine die ADHS-Symptomatik mit auslösende oder verstärkende pathologische Mediennutzung mitbehandeln zu können, beziehungsweise medienpädagogische Maßnahmen zu ergreifen. Umgekehrt ist es ratsam bei Menschen aller Alterstufen, die sich primär wegen einer Medienabhängigkeit vorstellen, auch an ein eventuell vorgängiges ADHS zu denken, um gegebenenfalls auch entsprechende therapeutische Schritte einzuleiten. ■



# Schadstoffe in der kindlichen Umwelt.

Ein Risikofaktor für AD(H)S?

Handbücher über die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) verweisen auf einige Umweltgifte als Risikofaktor der häufigsten psychischen Auffälligkeit im Kindes- und Jugendalter. So beschreibt der

*Herr Sauerbrey ist Erziehungswissenschaftler an der Friedrich-Schiller-Universität Jena und betreibt das Online-Informationportal „Kindheit und Umwelt“ ([www.kindheit-und-umwelt.net](http://www.kindheit-und-umwelt.net)).*



Herr Ulf Sauerbrey

renommierte US-amerikanische Forscher Russel A. Barkley unter anderem dem Schwermetall Blei Folgewirkungen einer ADHS-Symptomatik zu, kritisiert dabei jedoch gleichsam die methodisch ungenau durchgeführten Studien. Diese Kritik gilt für einige neue Studien weniger. Inzwischen sind Untersuchungen erschienen, die

Umweltgifte als relevanten Risikofaktor der ADHS bestätigen konnten.

## Neue Studien zu Umweltgiften und ADHS

Zunächst soll darauf eingegangen werden, warum Umweltgifte uns überhaupt betreffen. Viele Menschen sind der Ansicht, Umweltgifte innerhalb der Körper unserer Kinder seien selten. Vereinzelt Meldungen in den Medien täuschen diese Annahme jedoch nur vor. Schadstoffe sind nahezu allgegenwärtig: „Heute sind alle Kinder von Umweltbelastungen betroffen – ob als Luftschadstoffe, Chemikalien oder Lärm.“ Dies mahnte der Präsident des Umweltbundesamtes, Andreas Troge (2007, S. 167) aufgrund zahlreicher Untersuchungen,

die dem Amt vorliegen, an. Insbesondere Chemikalien, denen unsere Nachkommen in ihren Kinderwelten heute vielfach ausgesetzt sind, rücken dabei zunehmend in den Blickpunkt. Um es noch deutlicher zu sagen: Heute gibt es kein Kind, das nicht messbare Schadstoffkonzentrationen bereits im Blut hat. Aus diesem Grund gibt es zwar Grenzwerte für Umweltgifte im Alltag. Diese können jedoch nicht immer vor gesundheitlichen Schäden schützen, da sie meist aus der Arbeitsmedizin übernommen werden und dort für acht Stunden täglicher Exposition gelten. Dieselben Werte gelten in Wohnräumen, wo Kleinkinder sich bis zu 24 Stunden aufhalten (Neuburger et al. 1996).

Jedes Kind hat heute Umweltgifte im Blut

Toxikologen verdeutlichen, dass Kinder um ein Vielfaches empfindlicher gegenüber Umweltgiften reagieren als Erwachsene. Es zeigt sich die Problematik des Aufwachsens von Kindern in einer umweltbelasteten Erwachsenenwelt, obwohl sie gerade keine „kleinen Erwachsenen“ sind (Bauer et al. 1998, S. 65). Zunächst muss daher betrachtet werden, weshalb Schadstoffe für Kinder ungleich größere Risikofaktoren darstellen als für Erwachsene. Umweltgifte können über den Magen-Darm-Trakt (verschlucken), die Lunge (einatmen), die Haut und Schleimhäute (direkter Kontakt) aufgenommen werden. Die Verträglichkeit von Umweltgiften muss bei Kindern anders bewertet werden als bei Erwachsenen. Kinder unterscheiden sich durch eine größere Hautoberfläche und ein größeres Atemvolumen relativ zum Kör-

pergewicht. Im Magen-Darm-Trakt weisen sie eine höhere Resorption (Aufnahme) von Umweltgiften auf. Zudem besitzen Kinder weniger sowie unzureichend entwickelte Entgiftungsenzyme und ihre Nieren- und Leberfunktion entwickelt sich gerade erst. In jüngeren Jahren haben sie gleichsam ein schlechteres Immunsystem als Erwachsene. Ebenso bedingt kindliches Verhalten eine erhöhte Schadstoffaufnahme, da insbesondere Kleinkinder sich häufiger am Boden aufhalten – etwa wenn sie noch krabbeln. Außerdem nehmen kleine Kinder häufiger Gegenstände und schmutzige Hände in den Mund. So zeigen sich sowohl physische als auch verhaltensbedingte Besonderheiten, die das Schädigungspotenzial von Umweltgiften für Kinder stark erhöhen können. Die Vielfalt dieser Faktoren lässt kaum eine allgemein gültige Berechenbarkeit zu. Eine Angabe von generell sicheren Grenzwerten für Kinder ist daher nicht möglich.

Kinder sind besonders anfällig für Umweltgifte.

Als bekannte exogene Risikofaktoren des ADHS, die aus der Umwelt des kindlichen Gehirns auf dieses selbst einwirken, gelten in der bisherigen internationalen Diskussion unter anderem „Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, ein erniedrigtes Geburtsgewicht, Infektionen und Toxine (chronische Bleiintoxikation, pränatale Alkohol-, Benzodiazepin- und Nikotinexposition) sowie ungünstige psychosoziale Bedingungen“ (Banaschewski et al. 2004). Eine kurze Übersicht von mir über Studien zu bisher weitgehend vernachlässigten Schadstoffen als mögliche Risikofaktoren der ADHS ist inzwischen erschienen (Sauerbrey 2008). Die mögliche Rolle von Umweltgiften und lebensstilbedingten Noxen in der Ätiologie der ADHS soll anhand beispielhafter Studien folgend beschrieben werden.

#### **ADHS, lebensstilbedingte Noxen und Umweltgifte**

Unterteilt wird die Betrachtung der prä- und postnatalen Belastungen durch Zigarettenrauch, Alkohol und weitere Drogen, die in der bisherigen internationalen Diskussion um die ADHS durchaus berücksichtigt wurden. Neue und bisher weitgehend unbeachtete Erkenntnisse folgen daraufhin zu Blei, chemischen Weichmachern (PCBs), Pestiziden, Quecksilber und Mangan.

#### **Rauchen und Alkohol während der Schwangerschaft (lebensstilbedingte Noxen)**

Einflüsse, die bereits während der Schwangerschaft auftreten, werden als ‚pränatal‘ beschrieben. Die Einflüsse von Alkohol, Aktivrauchen und die Einnahme von Drogen durch schwangere Frauen auf die ADHS beim sich entwickelnden Kind sind mehrfach untersucht worden. Es fanden sich Einflüsse auf die Entstehung von Aufmerksamkeitsdefiziten, Hyperaktivität und Impulsivität. Diese Risikofaktoren sind so genannte lebensstilbedingte Noxen

und unterscheiden sich zu Umweltgiften durch eine mehr oder weniger bewusste Anwendung durch Schwangere trotz Kenntnis über die schädlichen Wirkungen auf die Gesundheit.

Insbesondere das Rauchen gilt als wesentlicher, anerkannter Risikofaktor der ADHS (Linnet et al. 2003). Es zeigte sich in Zwillingsstudien, dass diese Effekte des Rauchens sich mit genetischen Ursachen des ADHS summieren können (Thapar et al. 2003). Ebenfalls konnte ein Zusammenhang zwischen pränataler Nikotinexposition und einer Reihe weiterer psychischer Syndrome im Jugendalter nachgewiesen werden (Ferguson et al. 1998). Schölmerich und Pinnow (2007) gehen aktuell von noch immer 20 Prozent an rauchenden Müttern aus. Hier ist dringend eine Prävention gefordert. Zudem können auch Väter nicht aus der Verantwortung genommen werden, da auch bei Passivrauchen von ähnlich nachteiligen Wirkungen ausgegangen werden muss.

Aktiv- und Passivrauchen während der Schwangerschaft könnte ADHS beim Kind verursachen.

Linnet und Mitarbeiter stellten in einer retrospektiven Analyse von Fachartikeln Hinweise auf Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und der Häufigkeit des Auftretens des ADHS sowie auch ADHS-Subtypen dar (Linnet et al. 2003). Die Ergebnisse waren insgesamt jedoch inkonsistent. Zudem wiesen die Autoren auf die unzureichende Anwendung anerkannter Diagnosekriterien für das ADHS in vielen Studien hin. Alkohol ist gleichwohl eine Gefahr für die Hirnentwicklung des Kindes. Selbst ein Glas pro Woche steht im Zusammenhang mit Entwicklungsverzögerungen bei Kindern (Feldmann et al. 2007).

Schon kleine Mengen Alkohol sind gefährlich für das ungeborene Leben.

#### **Blei, PCBs, Pestizide, Quecksilber und Mangan (Umweltgifte)**

##### Blei

Umweltgifte werden meist unbewusst aufgenommen. Die Verantwortung dafür liegt nicht beim Betroffenen, da die Belastung von der ihn umgebenden Umwelt ausgeht. Nigg und Kollegen konnten in einer Studie nachweisen, dass schon sehr niedrige Bleikonzentrationen (unter 5 µg pro Deziliter Blut) bei ca. 100 Kindern im Alter von sieben bis 18 Jahren mit Kernsymptomen der ADHS signifikant korrelierten (Nigg et al. 2008). Es wurden dabei die Diagnosekriterien des DSM-IV erfüllt. Die Diagnostik wurde mittels einer Kombination von teilzentrierten Eltern- und Lehrerinterviews durchgeführt.

Blei im Blut von Kindern steht im Zusammenhang mit der Häufigkeit einer ADHS.

Braun und Mitarbeiter erkannten in einer Untersuchung an 4.704 Kindern aus den USA einen Zusammenhang zwischen der Höhe der Konzentration des Bleis im Blut und dem Auftreten des ADHS. Die Diagnose ADHS war dabei durch eine bereits von Ärzten verschriebene Stimulanzientherapie, dem Elternurteil und einer Beurteilung eines Mediziners oder Psychologen nach ICD-10 Kriterien gesichert worden (Braun et al. 2006). Weitere Erkenntnisse zum vielfach diskutierten Blei aus Spielzeug bleiben abzuwarten. Gleichwohl sollten Eltern beim Einkauf diesbezüglich vorsichtig sein. Zudem empfiehlt es sich, die Hinweise des Umweltbundesamtes ernst zu nehmen, dass Trinkwasser aus Hausleitungen erst eine Zeit lang aus den Armaturen abfließen sollte, bevor es zur Nahrungszubereitung genutzt wird. Hier finden sich teilweise erhöhte Bleiwerte.

### PCBs

Polychlorierte Biphenyle (PCBs) sind inzwischen verboten, finden sich jedoch durch ihre hohe Halbwertszeit noch immer in der Nahrungskette sowie in Schulgebäuden, die vorwiegend in den 1970er Jahren aus Fertigteilen errichtet wurden. Jacobson und Kollegen zeigten schon 1984, dass pränatale PCB-Belastungen bei Kindern bis zum Alter von elf Jahren die Auffassungsgabe, das Gedächtnis sowie Hör- und Sprachentwicklung beeinträchtigen (Jacobson et al. 1984). ADHS geht ebenso häufig mit Sprachentwicklungsverzögerungen als komorbider Störung einher. Dieselben Forscher entdeckten in einer weiteren Studie bei 212 elfjährigen Kindern starke Effekte pränataler PCB-Belastung auf Gedächtnis und Aufmerksamkeit durch kontaminierten Fisch aus dem Ontariosee, den die Mütter während der Schwangerschaft gegessen hatten. Obwohl die Mütter höhere PCB-Konzentrationen über die Muttermilch an die Kinder abgaben, als über die Plazenta in der Schwangerschaft, wirkten sich die pränatalen Schädigungsfaktoren auf die Kinder im späteren Alter von elf Jahren stärker aus. Dies zeigt, dass die Hirnentwicklung im Mutterleib besonders anfällig für neurotoxische Schädigungen ist (Wirkung auf die Nervenzellen). Stewart und Kollegen entdeckten 2003 bei viereinhalbjährigen Kindern in Abhängigkeit von der Höhe der im Nabelschnurblut gemessenen PCBs, dass höhere Konzentrationen mit schlechteren Ergebnissen in Leistungstests einhergingen (Stewart et al. 2003). Auch diese Kinder waren pränatal PCBs ausgesetzt. Durch Magnetresonanztomographie (MRT) wurde die Größe des Splenium im Corpus Callosum des Gehirns gemessen. Dieses Hirnareal ist unter anderem für die Regulation der Impulssteuerung zuständig. Es fanden sich in Studien auch bei einigen ADHS-Probanden Verkleinerungen des Corpus Callosum und von Beeinträchtigungen dieser Reaktionskontrolle. Eine geringere Größe des Splenium korrelierte in der Stewart-Studie mit den Fehlern im Leistungstest. Je kleiner das Splenium des Corpus Callosum war, umso größer war das gemeinsame Auftreten von PCBs im Nabelvenenblut und der Fehleranzahl im

Leistungstest. Diese Studie zeigte einen möglichen Schädigungsort durch PCBs im kindlichen Gehirn und deren Auswirkungen auf die Impulssteuerung. PCB verändern den menschlichen Dopamin-Haushalt (Seegal 1996) und beeinflussen den Dopamintransporter. Einige PCBs reduzieren Dopamin (Chu et al. 1998). Diesen neurochemischen Phänomenen wird in der internationalen Diskussion eine wesentliche Rolle in der Entstehung des ADHS

PCBs verursachen einzelne Symptome und ähnliche neurobiologische Störungen wie sie auch bei ADHS zu finden sind.

zugeschrieben.

Gleichwohl mangelt es den bisherigen Studien zu PCB an der Anwendung anerkannter Diagnosekriterien. Dies sollte bei der Planung zukünftiger Studien berücksichtigt werden. In Bezug auf das weitere Schädigungspotential der PCBs (u.a. Krebs) dürfen Kinder und Mütter mit Kinderwunsch dennoch keinen PCBs ausgesetzt werden. Fettreiche Lebensmittel sollten strengen Kontrollen unterliegen. Schulen, die mit PCBs aus Fugenmassen kontaminiert sind, müssen dringend saniert werden.

### Pestizide

Die Vielzahl angewendeter Pflanzenschutzmittel (Pestizide) in der Landwirtschaft lässt keine allgemeingültige Aussage in Bezug auf die ADHS zu. Obwohl viele Pestizid Wirkstoffe neurotoxisch sind, gibt es nur wenig und widersprüchliche Studien. Eine Langzeitstudie untersuchte das Pestizid Hexachlorbenzol (HCB). Ribas-Fitó und Mitarbeiter fanden zunächst keine Einflüsse pränataler HCB-Exposition auf die Entwicklung des Nervensystems bei einjährigen, spanischen Kindern (Ribas-Fitó et al. 2003). In einer weiteren Untersuchung Jahre später zeigte jedoch sich ein Zusammenhang zwischen dem HCB-Gehalt, der im Nabelschnurblut gemessen worden war, und dem Auftreten eines ADHS in der Beurteilung aller Erzieher bzw. Vorschullehrer der Kinder (Ribas-Fitó et al. 2007).

Eine Studie fand Hinweise auf eine mögliche ADHS durch das Pestizid HCB

Die Ernährung dieser vierjährigen Kinder und soziodemographische Daten der Eltern wurden in die Bewertung einbezogen und als mögliche Konfundierungen berücksichtigt. So wurden zwar Hinweise der Einflüsse von HCB auf das ADHS gefunden, jedoch wurde die Studie nicht der Forderung nach DSM-IV- und ICD-10-Kriterien in der Diagnostik gerecht. Demnach hätte die Symptomatik an mehr als einem Ort auftreten müssen. Die Erzieher konnten nur das Verhalten in der Vorschule beurteilen. Auch hier sind weitere Studien dringend notwendig.

### Quecksilber

Die wesentliche Quecksilberquelle im menschlichen Alltag ist laut der Weltgesundheitsorganisation nicht Fisch, sondern Zahnamalgam (WHO 2003). Chinesische Forscher untersuchten 52 Kinder und Jugendliche bis zum Altern von 18 Jahren auf Quecksilber im Blut (Cheuk, Wong 2006). Bei den Untersuchten war ADHS nach DSM-IV-Kriterien diagnostiziert worden. Angewendet wurde zur Diagnostik unter anderem die Wender-Utah-Rating-Scale. Perinatale Hirnschäden und andere psychische sowie neurologische Störungen der Kinder wurden ausgeschlossen. Diese wurden mit einer Kontrollgruppe von 59 weiteren Kindern verglichen. Dabei zeigte sich ein Unterschied in Bezug auf den Quecksilbergehalt im Blut – bei den ADHS-Kindern war dieser Wert signifikant höher. Bei Kindern mit besonders hohen Quecksilberwerten im Blut schlossen die Autoren unter Berücksichtigung von Kovariablen wie Alter, Geschlecht und sozialem Status auf ein besonders hohes Risiko, an ADHS zu erkranken.

Quecksilber im Blut von Kindern steht im Zusammenhang mit der Häufigkeit einer ADHS.

Walter Wortberg veröffentlichte eigene behandelte Fälle kindlicher Schwermetall-Erkrankungen (Wortberg 2006). Bei einigen von 57 untersuchten Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen drei und 20 Jahren hatten vorher andere Ärzte ADHS-Befunde dokumentiert. Alle Mütter der Kinder litten an psychischen Erkrankungen. Wortberg stellte Belastungen mit Quecksilber bei Müttern und Kindern fest. Die Kinder hatten keine eigenen Amalgamfüllungen, waren jedoch pränatal den Schwermetallen über die mütterliche Plazenta exponiert, was durch Quecksilber- und Zinnmessungen im kindlichen Urin bestätigt wurde. Diese Schwermetallwerte korrelierten mit der Anzahl der Amalgamfüllungen der jeweiligen Mutter während der Schwangerschaft, was auf die Zahnamalgame als Quelle hinwies (vgl. Drasch et al. 1994). Amalgame sollten bei Frauen im gebärfähigen Alter und bei Kindern nicht mehr angewendet werden. Weitere Studien mit Anwendung anerkannter Diagnosekriterien der ADHS sind jedoch notwendig.

### Mangan

Eine toxikologische Studie in Kanada untersuchte mit Mangan belastetes Wasser aus Hausleitungen sowie die Haare von 46 Kindern und deren Verhalten (Bouchard et al. 2007). Ein Zusammenhang zwischen der Belastung des Wassers aus den Hausleitungen mit Mangan und der Höhe der Haarwerte konnte bestätigt werden. Mangan im Haar korrelierte unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und Einkommen der Eltern signifikant mit oppositionellem Verhalten und Hyperaktivität im Lehrer-

urteil der so genannten Conners-Skala. Alle Kinder mit mehr als 3,0µg Mangan pro Gramm Haar wiesen diese Symptome auf. Erhöhte Manganbelastungen sind in Europa jedoch eher selten. Da Mangan in geringen Mengen ein essentielles Spurenelement ist, sollte aber darauf geachtet werden, dass keine Zusätze in der Nahrung enthalten sind, die sich zu hohen Manganmengen summieren könnten.

### Schlussbemerkung

Der Kinderalltag in den westlichen Industrienationen ist von neurotoxischen Schadstoffen geprägt. Jedes Kind wird heute bereits mit messbaren Konzentrationen solcher Umweltgifte in seinen Organen geboren. Auswirkungen auf das kindliche Verhalten sind nur äußerst schwer auf konkrete Ursachen zurückzuführen, die möglicherweise schon im Mutterleib bestanden. Nichtsdestotrotz muss alles getan werden, um die Belastung des Alltags mit Umweltgiften und lebensstilbedingten Noxen zu minimieren. Kinder sind weitaus anfälliger für Auswirkungen dieser Schadstoffe als Erwachsene. Das Rauchverbot in öffentlich zugänglichen Innenräumen war ein erster Ansatz zum Schutz von Kindern. Grenzwerte für Umweltgifte müssen in Bezug auf ihre Verträglichkeit bei Kindern

Umweltgifte sollten vermieden werden. Weitere Studien in Bezug auf die ADHS sind notwendig.

nun ebenso völlig neu bewertet werden.

Neben allen praktischen Tipps zur Vermeidung von Schadstoffen muss jedoch ebenso eingefordert werden, dass sich wissenschaftliche Studien ausführlicher mit Umweltgiften als Risikofaktoren der ADHS beschäftigen. Auch wenn manche Folgen irreversibel - also nicht umkehrbar - sind, so haben wir gleichwohl die Verantwortung zukünftige Generationen vor umweltbedingten Schädigungen zu schützen. Dazu wird dringend weiteres Wissen in der Ursachenforschung benötigt.



Literaturnachweise:

- Banaschewski, T., Roessner, V., Uebel, H., Rothenberger, A.: Neurobiologie der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), In: Kindheit und Entwicklung 13 3 2004, S. 137-147.
- Barkley, R.A.: Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment, New York – London 1998.
- Bauer, A., Böge, K.-P., Lohmann, K., Schwarz, E., Alsen-Hinrichs, C., Wassermann, O.: Umweltmedizinisch relevante Besonderheiten bei Kindern, In: Schriftenreihe des Institutes für Toxikologie 38 1998, S. 52-69.
- Bouchard, M., Laforest, F., Vandelac, L., Bellinger, D., Mergler, D.: Hair Manganese and Hyperactive Behaviors: Pilot Study of School-Age Children Exposed through Tap Water, In: Environmental Health Perspectives 115 1 2007, S. 122-127.
- Braun, J.M., Kahn, R.S., Froehlich, T., Auinger, P., Lanphear, B.P.: Exposures to Environmental Toxicants and Attention Deficit Hyperactivity Disorder in U.S. Children, In: Environmental Health Perspectives 114 12 2006, S. 1904-1909.
- Cheuk, D.K.L., Wong, V.: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Blood Mercury Level: a Case-Control Study in Chinese Children, In: Neuroepidemiology 37 2006, S. 234-240.
- Döpfner, M.: Hyperkinetische Störungen. In: Petermann, F. (Hrsg.), Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie, Göttingen 2002, S. 151-186.
- Drasch, G., Schupp, I., Höfl, H., Reinke, R., Roeder, G.: Mercury burden of human fetal and infant tissues, In: European Journal of Pediatrics 153 1994, S. 607-610.
- Feldmann, R., Löser, H., Weglage, J.: Fetales Alkoholsyndrom (FAS), In: Monatsschrift Kinderheilkunde 155 9, 2007 (online publiziert).
- Ferguson, D.M., Woodward, L.J., Horwood, J.: Maternal Smoking During Pregnancy and Psychiatric Adjustment in Late Adolescence, In: Archives of Genetic Psychiatry 55 1998, S. 721-727.
- Linnet, K.M., Dalsgaard, S., Obel, C., Wisborg, K., Brink Henriksen, T., Rodriguez, A., Kotimaa, A., Moilanen, I., Hove Thomsen, P., Olsen, J., Jarvelin, M.R.: Maternal lifestyle factors in pregnancy as risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence, In: American Journal of Psychiatry 160 2003, S. 1028-1040.
- Neuburger, N., Arend, V., Guzek, B.: Kompendium Umweltmedizin, Hamburg 1996.
- Nigg, J.T., Knottnerus, G.M., Martel, M.M., Nikolas, M., Cavanagh, K., Karmaus, W., Rappley, M.D.: Low Blood Levels Associated with Clinically diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Mediated by Weak Cognitive Control, In: Biological Psychiatry 63 1 2008, S. 325-331.
- Jacobson, J.L., Jacobson, S.W.: Intellectual impairment in children exposed to polychlorinated biphenyls in utero, In: New England Journal of Medicine 335 11 1996, S. 783-789.
- Ribas-Fitó, N., Cardo, E., Sala, M., de Muga, E., Mazon C, Verdu A., Kogevinas, M., Grimalt, J.O., Sunyer, J.: Breastfeeding, exposure to organochlorine compounds, and neurodevelopment in infants, In: Pediatrics 111 5 2003, S. e580-585.
- Ribas-Fitó, N., Torrent, M., Carrizo, D., Júlvez, J., Grimalt, J.O., Sunyer, J.: Exposure to Hexachlorobenzene during Pregnancy and Children's Social Behavior at 4 Years of Age, In: Environmental Health Perspectives 115 3 2007, S. 447-450.
- Sauerbrey, U.: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) durch Umweltgifte. Umwelt-Medizin-Gesellschaft 21 4 2008, S. 314-319.
- Schölmerich, A., Pinnow, M.: Pränatale Entwicklung, In: Hasselhorn, M. / Schneider, W., Handbuch der Entwicklungspsychologie, Göttingen u.a., 2007, S. 131-142.
- Thapar, A., Fowler, T., Rice, F., Scourfield, J., van den Bree, M., Thomas, H., Harold, G., Hay, D.: Maternal Smoking During Pregnancy and Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms in Offspring, In: American Journal of Psychiatry 11 160 2003, S. 1985-1989.
- Troge, A.: Kind – Umwelt – Gesundheit, In: Umwelt-Medizin-Gesellschaft 20 3 2007, S. 167.
- World Health Organisation: Elemental Mercury and inorganic Mercury Compounds: Human Health aspects, Genf 2003.

*Ich suche nicht - ich finde.*

*Suchen ist das Ausgehen von alten Beständen*

*Und das Finden - Wollen von bereits Bekanntem.*

*Finden, das ist das völlig Neue.*

*Alle Wege sind offen, und was gefunden wird, ist unbekannt.*

*Es ist ein Wagnis, ein heiliges Abenteuer.*

*Die Ungewissheit solcher Wagnisse können eigentlich nur jene auf sich nehmen,*

*die im Ungeborgenen sich geborgen wissen,*

*die in der Ungewissheit der Führerlosigkeit geführt werden,*

*die sich vom Ziel ziehen lassen und nicht selbst das Ziel bestimmen.*

*(Pablo Picasso)*



# Lernsoftware im Einsatz zur multimodalen Behandlung von AD/HS

## Einige Spiele im Vergleich

Die Themen Fernsehkonsum und Computerspiele haben in den letzten Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen und sind Gegenstand sehr kontrovers geführter Diskussionen geworden. Die Langzeitstudie des Medienpädagogischen Forschungsverbunds Südwest (KIM-Studie, 1999-2006), in der der Umgang mit Medien von ca. 1200 Kindern in Deutschland untersucht wurde, erbrachte beeindruckende Ergebnisse: 81 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 6 – 13 Jahren benutzen den Computer; 1/3 davon sogar täglich. Selbst die Hälfte der 6-7-Jährigen hat schon Computererfahrung und unter den Jugendlichen mit 12-13 Jahren gibt es kaum noch einen, der ohne einen PC auskommt. Am häufigsten wird der Computer dabei für Computerspiele, schulisches Arbeiten und Lernprogramme verwendet.

### Computerspiele in der heutigen Gesellschaft

Trotz der weiten Verbreitung des Fernsehkonsums und der PC-Nutzung in der Welt ihrer Kinder bleiben die Eltern sehr skeptisch. Außer Frage steht, dass Kinder die Benutzung von Computer und Internet erlernen müssen, denn diese sind in der sich verändernden Gesellschaft und Schullandschaft nicht zu vermeiden. Man denke z. B. an E-Learning (elektronisches Lernen mit Hilfe von Computern und Internet), Schulen ans Netz e.V., Hot Potatoes (ein Programm, mit dem interaktives Unterrichtsmaterial erstellt werden kann) oder gar MindS (Projekt zur Medienarbeit in der Schule), welches von der LMU München untersucht wurde. Es bestehen jedoch immer noch starke Vorbehalte und Unsicherheiten, vor allem

dann, wenn das Thema ADHS im Rahmen dieser Diskussion auftaucht. Eine häufige Frage dabei ist, ob ADHS-Kinder nicht in besonderem Maße computersuchtgefährdet sind und ob man sie deshalb nicht besser von Computern fernhalten sollte.

Auf der anderen Seite sind in der Medienpädagogik und in den Sozialwissenschaften hohe Akzeptanz sowie starkes Interesse an Computerspielen zu verzeichnen. Dabei geht es um Fragen nach den medial vermittelten Chancen des Lernens und der Identitätsbildung sowie den sozialen Aspekten des Spielens. Im Zentrum der pädagogischen Forschung taucht dabei immer wieder ein bestimmter Begriff auf: **Medienkompetenz**. Damit ist nicht nur die Fähigkeit der technischen Anwendung von Medien, sondern insbesondere ein gezielter, förderlicher und kritischer Umgang mit den Angeboten moderner Medien gemeint.

*Dr. Adam Alfred ist Kinderarzt, Kinder- und Jugendpsychiater, seit 1989 in freier Praxis tätig. Aufbau des ADHS-Netzwerks München/Oberbayern. Organisation zahlreicher Fortbildungsveranstaltungen zum Thema ADHS.*



Dr. med. Adam Alfred

*Dipl. Psych. Stefanie Eiden, Ergotherapeutin und Dipl. Psychologin ist seit 1988 im Bereich Kinder- und Jugendtherapie tätig, mehrjährige wissenschaftliche Tätigkeit als Psychologin im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums am Institut für Therapieforschung (IFT) in München.*



Dipl. Psych. Stefanie Eiden

*Dr. phil. Markus Fellner, Diplompsychologe, Dyskalkulie-therapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Familientherapeut DGSF, Ausbildung zum Psychoanalytiker, Promotion im Bereich der Medientheorie am Lehrstuhl für Sozialpsychologie der LMU München.*



Dr. phil. Markus Fellner

### Die Attraktivität von Computerspielen birgt nicht nur Gefahren, sondern auch Chancen

Die Erfahrung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis zeigt, dass ADHS-Kinder eine starke Affinität zum Arbeiten und Spielen am Computer haben. Diese Vorliebe und hohe Motivation sind nicht nur eine Gefahr, sondern bieten auch Chancen im therapeutischen und pädagogischen Bereich: Computerspiele können als ein Bestandteil in der multimodalen Behandlung von ADHS eingesetzt werden. Denn was zeigt uns der Schulalltag eines ADHS-Kindes? Nicht nur, dass bei mindestens 25% der ADHS-Kinder zusätzlich eine Legasthenie oder Dyskalkulie diagnostiziert wird - das Lernen insgesamt bringt hier trotz großer Anstrengung nicht die verdienten und ersehnten Erfolge. Die Gefahr, dass diese Kinder den Spaß an der Schule oder die Motivation fürs Lernen verlieren, ist sehr hoch. Wie könnte man das verhindern?

Computerspiele verbinden in besonders gelungener Weise Fantasietätigkeit und ordnende Verstandestätigkeit - und dadurch eignen sie sich besonders stark als erfolgreiches Lernmedium (vgl. Bergmann 2001). Im Sinne der Medienkompetenz und um möglichen Gefahren vorzubeugen, ist es jedoch äußerst wichtig, jede Lernsoftware nach bestimmten Kriterien zu untersuchen, bevor man sie einsetzt, um gleichermaßen die Bedürfnisse der spielenden Kinder - mit ihrer Besonderheit der ADHS - wie auch die Vorstellungen der Eltern und Pädagogen zu berücksichtigen.

### Aspekte der Beurteilung einer guten Lernsoftware

Eine gute ADHS-Lernsoftware sollte die neuesten Erkenntnisse der ADHS-Forschung zu den Themen Aufmerksamkeitssteuerung, Arbeitsgedächtnis, Impulskontrolle und Handlungsplanung berücksichtigen und sie sollte sich an der Lernpsychologie (Was ist wichtig für ein Kind, damit es gut lernen kann?) und der Entwicklungspsychologie (Welche Bedürfnisse hat ein Kind in der jeweiligen Altersphase? Was braucht es, damit es sich im Spiel wohl fühlt?) orientieren. Hilfreich ist es, das Augenmerk auf die von den renommierten Medienpädagogen Fritz (Fachhochschule Köln) & Fehr (1998) sowie Kron & Sofos (2003) erstellten Kriterien zu richten. Eine Auswahl der wichtigsten Kriterien dieser Autoren für die Beurteilung von Lernsoftwareangeboten sei nachfolgend aufgelistet:

- Wie ist das Handling zu beurteilen?
- Ist die Grafik zeitgemäß und ansprechend? (2-Dimensional ist für Grundschulkindern ermüdend)
- Sind die Erklärungen kindgerecht und altersgemäß?
- Wie wird mit einer falschen Antwort umgegangen? Unterstützend oder demotivierend (z.B. „Das war falsch!“)?
- Gibt es ein Belohnungssystem?
- Gibt es ausreichend viele Handlungsmöglichkeiten im Spielverlauf?

- Fördert das Spiel Konzentration, Feinmotorik und Reaktionsvermögen?
- Wird das Kind in das Geschehen integriert?
- Beinhaltet das Spiel unterschiedliche Schwierigkeitslevel?
- Werden entwicklungspsychologische Aspekte berücksichtigt?
- Ist ein Konzept erkennbar?
- Gibt es genügend Wechsel, Auflockerung und Spaß im Spielverlauf?
- Wie werden schulische Inhalte dargeboten? Werden Lerninhalte, Lernziele, Lernstrategien und lerntheoretische Modelle berücksichtigt?
- Kann man Lernstand und Lernzuwachs messen?
- Ist individuelles zusätzliches Üben möglich?

### Spiele im Vergleich zu den Kriterien

Im Folgenden werden die bekanntesten Spiele, die in der letzten Zeit explizit zum Einsatz bei Kindern mit einer Aufmerksamkeitsstörung entwickelt wurden und in Therapien oder zu Hause eingesetzt werden, vorgestellt und näher erläutert.

Ein bekanntes Spiel stellt **Staddy** dar, ein Softwaretraining zur Steigerung der Konzentrationsfähigkeit für Kinder ab dem Vorschulalter, Jugendliche und letztlich alle Altersgruppen. Es wurde von Dr. Erben entwickelt, beinhaltet animierte Arbeitsblätter und orientiert sich u.a. an Ansätzen von Lauth und Schlottko (2002). Staddy gibt es in einer Homeversion und in einer Profiversion. Das Spiel richtet sich an Therapeuten, Pädagogen sowie interessierte Eltern.

Die Ziele dieses Spieles sind sehr vielseitig angelegt: Training der Wahrnehmungsgenauigkeit, der Konzentration und Ausdauer, der selektiven Aufmerksamkeit und der Reaktionsschnelligkeit. Weiterhin sollen logisches Denken, vorausschauendes Planen und überlegtes Handeln gefördert werden. Durch positive Rückmeldungen soll das Selbstwertgefühl der Kinder gesteigert werden.

Bei Staddy kann man zu Beginn des Spiels auf einen Blick zwischen 9 Übungseinheiten und zwei Schwierigkeitsgraden wählen. Das Kind muss nun herausfinden, um was es in der Aufgabe geht und zwischen 3 Antwortmöglichkeiten entscheiden. Hier kommt das Ampelprinzip nach Lauth und Schlottko zum Tragen: erst denken, stoppen und kontrollieren und dann, wenn man sich sicher ist, anklicken. Der Punktestand sowie die Anzahl der Lösungsversuche kann gemessen und der Lernfortschritt in elektronischen Protokollen festgehalten werden. Die Art und Anzahl der Fehler oder Fehlversuche, die bearbeiteten Schwierigkeitsstufen, Spieldauer und Reaktionszeiten können mittels eines Säulen-Diagramms dargestellt werden.

Legt man die genannten Kriterien einer Beurteilung zugrunde, so erfüllt Staddy sie bezüglich Konzept, Schwierigkeitslevel, Konzentration und Reaktionsver-

mögen. Ebenso werden Lernstrategien (Ampelprinzip) konsequent in jeder Aufgabe im Sinne eines Übungseffektes vermittelt. Der Lernstand und der Lernzuwachs können gemessen werden. Bei einer richtig gelösten Aufgabe wird das Kind positiv verstärkt. Die einzelnen Aufgaben sind unterschiedlich gestaltet. Einige für die Kinder durchaus ansprechend (z.B. Memory), andere auf Dauer eher langweilig (z.B. Stroopy).

Individuelles zusätzliches Üben ist zwar möglich, jedoch kann ein Spiel erst dann zweimal gespielt werden, wenn alle 9 Einheiten einmal durchlaufen sind. Die 2-D-Grafik ist für Vorschulkinder durchaus noch angemessen, jedoch für Jugendliche sicherlich eher „uncool“. Ebenso erscheint das Intro, die Geschichte, mit der Staddy eingeführt wird, für die Altersgruppe der Jugendlichen nicht mehr ansprechend. Kritisch ist auch die lispelnde Stimme des sprechenden Kindes anzumerken. Die Kinder müssen relativ viel lesen, um was es geht und was sie tun sollen – dies kann für Kinder mit entsprechenden Problemen eine zusätzliche Barriere bedeuten. Wird eine Aufgabe nicht richtig gelöst, so erscheint geschrieben immer wieder die gleiche Ansage, es nochmals zu versuchen. Dies ist ein nicht zu unterschätzender ermüdender Faktor bei einem Kind mit Aufmerksamkeitschwierigkeiten, dem es nach lernpsychologischen Aspekten durch einen gewissen Spaß an der Sache besser gelingt, sich auf eine Aufgabe hin zu lenken und dabei zu bleiben. Nach Meinung der Autoren ist Staddy am ehesten bei jüngeren Kindern einsetzbar. Darüber hinaus eignet es sich mehr für Kinder, die gewillt sind, alle Übungseinheiten einmal durchzuspielen, um zu den Übungen gelangen zu können, die ihnen ganz besonderen Spaß machen. D.h. gute Motivationsarbeit des Therapeuten oder der Eltern ist sicherlich immer wieder notwendig.

**Tail** ist ein Computerlernspiel zum Training von Aufmerksamkeit und Impulskontrolle bei hyperaktiven Kindern ab 6 Jahren. Es wurde von Dr. med H. Bonney als neurobiologisch und verhaltensmedizinisch konzipierter Baustein in der multimodalen Behandlung von Kindern mit ADHS entwickelt. Durch dieses Spiel, welches in eine Rahmengeschichte eingebunden ist, sollen die Kinder das Abwarten und Planen von Handlungen üben – dies, um letztlich ihr Verhalten in der Schule und zu Hause besser kontrollieren zu können. Dr. Bonney postuliert als Grundgedanken, dass es ADHS-Kindern dann besonders gut gelinge, ihre Gehirnleistungen zu trainieren, wenn ihnen etwas Spaß mache. Tail kann mit steigendem Schwierigkeitsgrad auf 8 Ebenen gespielt werden. Auf der Suche nach einem Schatz haben die Kinder die Möglichkeit, sich mit der Spielfigur zu identifizieren. Tastenklicks, Wegstrecken, eingesammelte Schätze und die Anzahl der Wiederholungen kann nach jeder Spielebene abgerufen werden. Die Auswertung und grafische Darstellung erfolgt mittels Flächen- oder Balkendiagramm.

Den oben genannten Beurteilungskriterien zufolge ist

bei Tail folgendes Konzept ersichtlich: Es werden nicht nur Konzentration und Reaktionsvermögen, sondern auch Feinmotorik gefördert. Durch die Identifikation mit der Spielfigur Phil kann das Kind in das Spiel integriert werden. Durch die Geschichte und die Tatsache, dass Phil die Schatzkarte stiehlt und selbst loszieht, um den Schatz zu suchen, werden für eine bestimmte Altersgruppe eine gewisse Spannung und prinzipiell ein Spaßerleben erzeugt. Das Messen von Trainingsfortschritten ist möglich. Das Belohnungssystem wird durch das Einsammeln von Schätzen und die Annäherung an das Ziel erzeugt.

Die negative Konsequenz bei Fehlverhalten, d.h., wenn das Kind es nicht schafft, seinen Impuls rechtzeitig zu steuern, ist, dass es wieder von vorne anfangen muss. Hier liegt nach Ansicht der Autoren ein grundlegendes Risiko hinsichtlich der Frustrationstoleranz der ADHS-Kinder. Nach Expertenmeinungen gibt es entweder die Kinder, die sich quasi unermüdlich durchbeißen, bis sie das nächst höhere Level erreichen, oder es gibt die Kinder, die schier verzweifeln, da sie immer wieder aufgrund ihres Defizits der mangelnden Impulskontrolle sehr schnell zurückgeworfen werden und ihrem Ziel nicht näher kommen. Manche Therapeuten sehen aber hier gerade in der Reflexion mit den Kindern über ihr Verhalten im Spiel den möglichen Transfer in den Alltag und den damit verbundenen therapeutischen Gewinn. Von der Altersgruppe der Spielenden erscheint die 2-D-Grafik für Jugendliche nicht so „prickelnd“, für 6-Jährige wiederum ist möglicherweise die verwendete Sprache noch etwas schwierig. Das Intro, welches zwar durch die Kombination Bild mit gesprochenem Text gut umgesetzt ist, wirkt insgesamt etwas langatmig und lädt geradezu ein, auch bei bestem Willen, gedanklich leicht abzuschweifen. Für ADHS-Kinder und ihre Eltern eine eher große Herausforderung.

**Zweistein**, das Geheimnis des roten Drachen, ist ein Abenteuer-Lernspiel für ADHS-Kinder im Grundschulalter mit oder ohne Rechenschwierigkeiten. Die 3D-Grafik ist auch für Jugendliche und Erwachsene ansprechend. Es wurde von den Brainmonsterstudios in Zusammenarbeit mit Ärzten, Psychologen und Pädagogen des ADHS-Zentrums München entwickelt.

Das Spiel basiert auf aktuellen Erkenntnissen der ADHS- und Dyskalkulieforschung, verbindet verhaltenstherapeutische Ansätze mit entwicklungspsychologischen sowie auch tiefenpsychologischen Aspekten und orientiert sich letztlich an lernpsychologischen Modellen. Auch hier wird die These vertreten, dass die Kinder eine Kombination aus Spannung, Spaß, Erfolg und Belohnung brauchen, um ihre Aufmerksamkeit so zu lenken, dass sie Zusammenhänge begreifen, sich Dinge gut merken können und bestimmte Prozesse automatisieren. Es gibt eine Spielversion und eine Fachversion mit zusätzlichen Trainingsspielen sowie einem Begleitbuch. Ziel ist es, die exekutiven Funktionen wie Aufmerksam-

keit, Konzentration, Arbeitsgedächtnis, Impulskontrolle, Handlungsplanung sowie visuelle und auditive Wahrnehmung zu trainieren. Des Weiteren sollen mathematische Basisfertigkeiten wie Mengenverständnis, Zahlbegriff und Zahlenräume durch Zahlenschätzen, Zahlenstrahlen, Stellenwertmodelle, Hundertertafeln usw. verdeutlicht werden und am Lehrplan der Grundschule geübt sowie automatisiert werden.

Es sind verschiedene Schwierigkeitsgrade einstellbar sowohl im Hauptspiel als auch noch differenzierter in den separat spielbaren Trainingsspielen. Neben der normalen Levelstatistik werden durch ein über sämtliche Spielsitzungen hinweg darstellbares Auswertungsprofil die Lösungszeiten sowie die Anzahl von richtigen und falschen Lösungen erfasst. Alle Aufgaben sind in eine Abenteuergeschichte eingebunden und durch die Identifikation mit den Spielfiguren sind die Kinder in das Spiel integriert. Mit dem Eingebundensein in die Geschichte und mit dem spielerischen Lernen ist die Absicht verbunden, bestehende emotionale Lernblockaden zu lockern, im Optimalfall zu lösen und eine Verbesserung des Selbstwertgefühls zu erreichen.

Bei falschen Lösungen erscheint bei den Rechenaufgaben der Lösungsweg und es erfolgt ein motivierender Spruch des kleinen Drachen Zweistein für das Kind, weiter zu machen. Durch das gesamte Spiel zieht sich ein differenziertes Belohnungssystem, welches dem Kind hilft, dem Spielziel näher zu kommen – nämlich die Spielwelt durch das Lösen von mathematischen Aufgaben von einem Zauberbann zu befreien.

Für das Handling brauchen PC-ungeübte Kinder erst ein wenig Übung. Auch kann die beeindruckende 3D-Grafik für junge Kinder erstmals ungewohnt sein. Daher ist im Besonderen die Anfangssequenz im Hafen von Asban dafür vorgesehen, sich an das Handling, die Tastenfunktionen und die Umgebung zu gewöhnen. Das Intro ist ansprechend gestaltet, birgt durch die Länge jedoch ein gewisses Risiko, dass die Aufmerksamkeit nicht so lange gehalten werden kann.

Anlass zur Diskussion zwischen Experten gab bisweilen die Tatsache, dass die Kisten im Spiel, in denen die Aufgaben enthalten sind, von den Kindern durch Kicken geöffnet werden müssen. Manche Fachleute stört diese Form einer „aggressiven“ Handlung – was für die Medienpädagogen unter den Fachleuten wiederum schwer nachvollziehbar ist. Den Kindern macht das Treten gegen die Kisten auf jeden Fall so viel Spaß, dass sie die anschließend aus der Kiste erscheinenden Rechenaufgaben nicht stören, sondern mit einem, unserer Meinung nach, förderlichem Maß an wacher Aggressivität „angreifen“. Ebenso gibt es Stimmen, die das Kämpfen gegen die Piraten als ungut empfinden, wobei kein Pirat im Spiel stirbt: die Piraten verschwinden, nachdem sie besiegt wurden.

### **Abschließende Bemerkungen**

Ein Computerlernspiel, welches möglichst viele der genannten Gütekriterien erfüllt, kann durchaus eine therapeutische und pädagogische Chance bieten. Alle drei genannten Computerspiele sind im therapeutischen Einsatz und jedes von ihnen hat seine Vor- und Nachteile. Sie stellen alle eine Bereicherung der therapeutischen Mittel dar und sollten differenziert unter der Berücksichtigung der jeweiligen Bedürfnisse eines jeden ADHS-Kindes verwendet werden. Zu berücksichtigen ist dabei sowohl für die Kinder als auch für die Eltern und Therapeuten der kritische Umgang mit dem Medium und das Erlernen der Medienkompetenz. Dies bedeutet nicht nur begrenzte Computerspielzeiten, sondern auch das Hinterfragen, warum ein Kind etwas besonders gerne spielt und was dies für seine Seele bedeutet, in welcher Entwicklungsphase es sich befindet und wie man beim Spielen bestimmte Dinge thematisieren kann.

Ein Computerlernspiel ersetzt selbstverständlich keinen Pädagogen oder Therapeuten. Die Individualität der Kinder, ihre Befindlichkeiten im Allgemeinen und im Besonderen, ihre ganzheitliche Betrachtung kann nur durch den persönlichen Kontakt und über Beziehung erfolgen. Das Medium des PCs kann jedoch durchaus eine Möglichkeit sein, bestimmte kritische Punkte, die auch eine Arbeitsbeziehung erschweren – wie Lernblockaden, Widerstände, Selbstabwertung – nach und nach zu überwinden. Die Kinder können wieder an ihre Fähigkeiten glauben und trauen sich, z. B. auch Rechenaufgaben zu lösen. Sie trainieren ihre kognitiven Fähigkeiten, Aufmerksamkeit und Konzentration auf eine unterhaltsame Weise – denn langweiliges Wiederholen wäre für viele ADHS-Kinder wie eine Bestrafung und in Computerspielen wird ihnen dagegen Abwechslung, Spannung und Belohnung geboten.

Welche Form von Computerspiel passt, sollten der Therapeut und auch die Eltern entscheiden: Dies kann abhängig sein von dem Bedarf, Sinn und Zweck, ihrem Ziel, von dem Alter und der Persönlichkeit des Kindes. In welcher Form das Spiel eingesetzt wird, muss ebenso individuell entschieden werden: als eine Art Diagnostikinstrument, zu intensiven Übungszwecken, als Belohnung, als Bindeglied zwischen Üben zu Hause und Üben in der Therapie oder als gemeinsame Spiel- und Spaßzeit. ■

Literatur auf S. 21

Literatur (zu Lernsoftware im Einsatz zur multimodalen Behandlung von AD/HS)

- Bergmann, Susanne; Lauffer, Jürgen, Mikos Lothar; Thiele, Günter; Wiedemann, Dieter (Hrsg.) (2004). Medienkompetenz. Modelle und Projekte. Bundeszentrale für politische Bildung
- Bergmann, Wolfgang (2001). Was der Computer Gutes tut. Anmerkungen zum Einsatz von Computerspielen in Lern- und Verhaltenstherapien. In: Fromme, Johannes & Meder, Norbert (Hrsg.) (2001). Bildung und Computerspiele. Zum kreativen Umgang mit elektronischen Bildschirmspielen. Opladen: Leske+Budrich; S.181-192
- Born Armin, Oehler Claudia (2004). Lernen mit ADS-Kindern. Kohlhammer
- Fritz, Jürgen und Fehr, Wolfgang (1998). Kriterien zur pädagogischen Beurteilung von Computerspielen, Bundeszentrale für politische Bildung
- Kron, Friedrich, W. & Sofos, Alivisos (2003). Mediendidaktik. München, Ernst Reinhardt Verlag
- Lauth, Gerhard W. & Schlottke, Peter F. (2002). Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern. Beltz PVU
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (2006). KIM-Studie. Kinder und Medien. Computer und Internet. Basisuntersuchung zum Medienumgang 6- bis 13-Jähriger in Deutschland. Stuttgart. <http://www.mpfs.de>



# Medienkompetenz, Computerspiele und ADHS

Es gibt Begriffe, die zu Ende gedacht etwas Unheimliches haben. Einer von diesen Begriffen ist „Medienkompetenz“. Haben Sie sich schon einmal gefragt, was das sein soll: Die Kompetenz der Medien, Medienkenntnis, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Medienerstellung oder zum Mediengebrauch, Medienübersicht, effektive Mediennutzung, eine Voraussetzung der Medienkritik?

Medienkompetenz hat als Schlagwort einen erstaunlichen Weg zurückgelegt. Was in den sechziger Jahren des vorigen Jahrhunderts noch Ausdruck eines zaghaften Versuchs war, mit der Kritik an bestimmten Zeitungen und Verlagen die Medien nicht insgesamt zu verdammen, ist heute Bestandteil von Schullehrplänen. Diese Entwicklung war unausweichlich. Immerhin sind v.a. die sogenannten „neuen Medien“ Fernsehen, Computer und Internet in den Schulen angekommen, bevor die Mehrheit unserer Gesellschaft sich überhaupt Gedanken über die Sinnhaftigkeit dieser Techniken in der schulischen Wissensvermittlung machte. Medienkompetenz wurde zum Inbegriff der Hoffnung, wenn schon nicht die verwirrende Vielfalt des Medienangebots, so doch seine Nutzung kanalisieren zu können.

Bildungspolitisch betrachtet bedeutete das früher einmal die kritische Auswahl eines Buches aus der Leihbibliothek oder den bewussten Fernsehkonsum anhand von Programmzeitschriften. Intelligenztests für Kinder und

Jugendliche enthielten die Frage, warum es sinnvoll sei, mehr als eine Tageszeitung zu lesen. Erwartet wurden Antworten, die auf einen kritischen Vergleich des Informationsgehaltes zweier Publikationen abzielten. So einfach war das Schlausein vor der Einführung von virtuellen Homepages, Daten aggregierenden Suchmaschinen, Blogs und Chats.

Heute ist das abstrakte Vermitteln einer „Fähigkeit, Medien und ihre Inhalte den eigenen Zielen und Bedürfnissen entsprechend effektiv zu nutzen“ – so die Definition von Medienkompetenz durch den Erziehungswissenschaftler Dieter Baacke – ein großartiges und unsinniges Unterfangen. Das ist ein bisschen wie im Peking des Jahres 2009 Fahrrad fahren zu lernen. Oder vorsichtshalber einen Schwimmkurs zu absolvieren, falls der ansteigende Meeresspiegel noch zu den eigenen Lebzeiten zur Überflutung aller Gebiete nördlich der Donau führen wird. Es diskreditiert nicht die Fertigkeiten des Radfahrens oder Schwimmens, wohl aber die entsprechenden Ziele der Kompetenzschulung. Medienkompetenz als Schutzfaktor angesichts des unüberschaubaren

*Dr. Johannes Streif  
ist Diplompsychologe  
in München und  
ist Vorstandsmitglied  
des ADHS-Deutschland e.V.*



*Dr. Johannes Streif*

ren Informationsmülls im Internetzeitalter ist wie Tipp-Ex gegen Rechtschreibfehler im World Wide Web: unpassend, zu wenig, zu grob, zu spät. Medienkompetenz als Feigenblatt für den mangelnden gesellschaftlichen Willen, dem Zugang zu Informationen ethische Grenzen zu setzen, ist bestenfalls Selbsttäuschung, schlimmstenfalls die bewusste Zurichtung zur Manipulation.

Warum ist das im Zusammenhang von Computerspielen und ADHS so wichtig? Aus zwei Gründen. Erstens gehört die Steuerung des Umgangs von Kindern mit Medien zu den zentralen elterlichen Erziehungsaufgaben der heutigen Zeit. Hier geht es nicht nur darum, ein altersgerechtes und gutes Fernsehprogramm für das eigene Kind auszuwählen, sondern den Fernsehkonsum überhaupt zu begrenzen. In gleicher Weise geht es nicht allein um gute oder schlechte Internet-Angebote, stumpfsinnige oder lehrreiche Computerspiele; vielmehr geht es nachgerade auch um die Risiken und Nebenwirkungen eines kindlichen Alltags vor dem Monitor. Man muss den plakativen Thesen des Neurowissenschaftlers Manfred Spitzer rund um „Vorsicht Bildschirm!“ ja nicht den Status letztgültiger Weisheit zubilligen, doch in einem hat er recht: Mediennutzung verändert den Menschen auch unabhängig von den medial transportierten Inhalten. Durch die Zeit, während der wir die Welt durch das Medium vermittelt wahrnehmen, statt sie mit unseren Sinnen unmittelbar zu begreifen; durch das Verhalten, das die Form der Mediennutzung in fast allen Lebensbereichen von der Kommunikation bis zu den Essgewohnheiten mit sich bringt; und durch die weitgehende Unveränderlichkeit der Gestalt des Mediums selbst, das uns drei überwundene Level im Computerspiel weniger befriedigend erleben lässt als drei Stunden Arbeit im Garten.

Zweitens birgt das Medium einen Reiz an sich, wie gute Werbung ansprechen kann, auch wenn man nicht zur Zielgruppe des beworbenen Produkts gehört. Niemand hat das besser verstanden als die Vermarkter der Medien selbst. Nutzlose Informationen und ihre Kommunikation sind zum cleveren Geschäftsmodell geworden: Inhaltsfreie Telefongespräche von und zu jedem Ort der eigenen kleinen Lebenswelt, in ihrer Angebotsfülle nicht zu bewältigende Pay-TV-Abonnements über 24 Stunden täglich und Hunderte von Kanälen gleichzeitig, ein endloses Wachstum an Speicherplatz und Übertragungsbandbreiten für den gemeinsamen Aufenthalt in virtuellen Welten oder den Austausch von peinlich-privaten Videoclips.

Das alles ist in einer einschmeichelnden, weil pseudoindividuellen Weise unterhaltend, und es ist gefährlich. Mediensucht ist nicht der harmlose Bruder der Drogensucht, sondern eine perfide Form der Abhängigkeit, die Ressourcen bindet, den Menschen vor der Maschine isoliert, seine Ausdrucksformen schematisiert und reduziert sowie Zeit und Bewusstheit raubt. Die Attraktivität des Multimedialen ist ein Danaergeschenk: Sie ist ein Teil der Wirklichkeit und zugleich besser als diese. Second

Life ist für viele Menschen nicht mehr second best, sondern primärer Lebensinhalt. Es ist wie in Pixars Kinohit „WALL-E“, wo die im Raumschiff von der verseuchten Erde geflohenen Menschen als elektronisch animierte Leiber auf die Wiederkehr irdischer Grünpflanzen warten. Als Zuschauer fragt man sich eine zeitlang, wann diese „Überlebenden“ endlich auf die Idee kommen, sich der Diktatur des Raumschiffprogramms zu entziehen, das wie eine Mischung aus Stanley Kubricks „2001: A Space Odyssey“ und Douglas Adams „Per Anhalter durch die Galaxis“ wirkt. Vielleicht aber fragt man sich dies auch nicht, je nachdem, ob man Kubricks Filmklassiker respektive Adams legendäre Science-Fiction-Parodie noch kennt oder „WALL-E“ schlicht als referenzlose Unterhaltung genießt.

Würden der amerikanische Regisseur, der in England starb, und der englische Autor, der in Amerika starb, die aktuelle Diskussion um Medienkompetenz und Computerspiele verfolgen können, sie würden sich in ihren Visionen bestätigt sehen. Kubrick müsste davon ausgehen, dass Computer wie HAL 9000 in „2001“ über kurz oder lang die Weltherrschaft übernehmen, denn sie bedienen mit sanften Tönen und schöner Grafik die Wünsche der Menschen nach externer Stimulation. Adams hingegen hätte den Beweis gefunden, dass wir Erdenbürger tatsächlich die Nachfahren der ungeliebten „Filmproduzenten, Telefonesinfizierer, Frisöre, Unternehmensberater und Versicherungsvertreter“ des Planeten Golgafrincham sind, die von dort verjagt wurden, da niemand sie brauchte. Denn die Naivität der Annahme, Medienkompetenz sei Medienbeherrschung und die mediale Form ethisch unbedenklicher als die Inhalte, ist ein Teil der virtuellen Selbstversicherung, die unmittelbare Lebenserfahrungen zugunsten des Geschäfts mit der Retorte suspendiert hat.

Daher sind Computerspiele für fast alle Menschen, je jünger desto mehr, eine Versuchung und eine Verseuchung, Lernen und Leiden zugleich. Sie gerade denen anzuempfehlen, die sich mit der Willkürsteuerung von Aufmerksamkeit und Motivation besonders schwer tun, mag eine gute Taktik sein, ist allerdings eine schlechte Strategie. Die reizvolle Aufbereitung von Wissen punktet im Kampf um die Sinne der Menschen, opfert den Sieg in der Schlacht um die momentane Lernbereitschaft jedoch der Niederlage im Krieg für das Verständnis, dass in unserer Gesellschaft auf Dauer nur bestehen kann, wer Wissen und Können liebt, nicht Buch und Lehrer. Die entscheidende Hürde des Lernens ist doch nicht, ob der Lehrer das Kind dazu überreden kann, ein Buch zu lesen, sondern ob das Kind die Bedeutsamkeit der gelesenen Geschichte zu begreifen und seine Teilhabe an ihr zu lieben beginnt. Erst dann wird aus dem Bekenntnis zur Lektüre dieses einen Buchs die eigenständige Motivation des Kindes, ein zweites und drittes Buch zu lesen. Erst dann erwächst aus dem Geschick des Lehrers der Ehrgeiz des

Schülers, mehr zu wissen und zu können, besser zu sein, um schließlich die Grenzen des Mediums zu überschreiten.

Nicht anders sind Konzentration, Wahrnehmungsgenauigkeit oder Reaktionsschnelligkeit für sich keine relevanten Leistungen, sondern notwendige Bedingungen eines an die Umwelt angepassten Verhaltens. Die Fähigkeit zur situationsübergreifenden Selbststeuerung erwirbt das menschliche Gehirn nicht durch die passive Übernahme der Struktur äußerer Reize, sondern die aktive innere Ordnung der Gegenstände. Nicht die Welt muss dem Gehirn zu Gefallen sein, sondern das Gehirn seinen Gefallen an der Welt finden. Zweifellos ist bei der Vermittlung schulischer Fertigkeiten ein kindgerechter, ansprechender Unterricht hilfreich – bisweilen auch eine virtuelle Welt, die das in ihr verborgene Wissen elegant und/oder implizit vermittelt. Ob der Lehrer weiß oder schwarz, das Klassenzimmer groß oder klein, die Graphik des Computerspiels 2D oder 3D ist, darf hingegen nicht erheblich sein, sollen die Inhalte des Lernens nicht hinter der Form des Lehrens verschwinden. Andernfalls schafft die Mediennutzung nichts mehr als geübte Mediennutzer, als ginge es beim Lesen nur ums Lesenkönnen. „Computerspiele spielen“ als Bildungsprogramm ist wie „Lernen lernen“ eine fragwürdige Reduktion der Technik auf sich selbst. Es erscheint raffiniert einfach und ist doch offenkundig nutzlos für ein Gehirn, dessen Prinzip die Bildung von Analogien ist, das aus der Ordnung des Wissens die Techniken des Umgangs mit dem Wissen ableitet und nicht umgekehrt.

Diese Ausführungen sind keine pauschale Rede gegen den Mediengebrauch im Allgemeinen oder Computerspiele im Besonderen. Sie sollen nicht Urteil, sondern Warnung sein, die Frage der Nützlichkeit von Computerspielen für Kinder und Jugendliche nicht auf Form und Inhalte der medialen Präsentation zu begrenzen. Jenseits von Kindergartenlehrplänen und Ganztagsbeschulung, nach der Reizüberflutung einer den Tag überspannenden institutionellen Gruppenpädagogik, abgesehen von Straßenlärm und MP3-Dauerbeschallung muss es eine Zeit und einen Raum geben, wo Greifen und Begreifen einander berühren, wo Beobachtung und Bewegung eine Einheit bilden, die mehr als einen starren Blick auf den Monitor und das Zucken der Finger auf Tastatur und Maus umfassen. Es muss Zeiten und Räume geben, wo Rennen, Schreien, Kämpfen einen ungefährdeten Platz haben, wo Familien (nicht Spielfiguren!) gemeinsam kochen und basteln, wo das unmittelbare Erleben der Umwelt mit allen Sinnen die mediale Begrenztheit virtueller Welten schmerzhaft spürbar macht. Solange Kindern diese Erfahrung abgeht, ist Medienkompetenz nicht mehr und nicht weniger als eine Lüge, welche über die wahre Entfernung des eigenen Lebens von der Wirklichkeit hinwegtäuschen soll, ist die Idee von Lernspielen die Substitutionstherapie einer Medienabhängigkeit, die selbst überhaupt nicht in Frage gestellt wird. Wer aber bekommt vom Arzt die richtige Behandlung, wenn er zu feige ist, die Symptome zu benennen?!

■



**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. Wohnrichtung/ 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





# Private Zusatzversicherung bei AD(H)S?

Immer wieder sind Eltern betroffener Kinder, aber auch betroffene Erwachsene auf uns zugekommen, da sie keine Versicherung gefunden haben, die sich bereit erklärt hat, nach der AD(H)S Diagnose, Versicherungsschutz zu leisten.

Aus diesem Grund haben wir dreizehn Private Krankenversicherungen angeschrieben, mit der Bitte uns mitzuteilen, inwieweit dies auch auf sie zutrefte, oder ob sie eine „bezahlbare“ Möglichkeit zur privaten (Zusatz-) Versicherung, bzw. Berufsunfähigkeitsversicherung anbieten, wenn bereits eine AD(H)S diagnostiziert wurde.

Fünf Versicherungen haben – mehr oder weniger – ausführlich hierauf geantwortet. – Und wenn man die Ausführungen auf den Punkt bringen möchte, beantworten alle unsere Frage mit einem eindeutigen... VIELLEICHT.

Ausschlaggebend für eine Entscheidung ist überall eine Risikoprüfung. Hierfür werden die Angaben des Antragstellers, Statistiken und medizinische Erfahrungen herangezogen.

Während die einen sich neutral äußern und ihre Entscheidung den individuellen Ergebnissen zuschreiben, formulieren es andere eindeutiger:

„Die Ausprägungen dieser Erkrankung sind, genau wie die Behandlungsformen, sehr vielfältig und das zu übernehmende Risiko daher nicht kalkulierbar. Eine Annahme kann daher sowohl in der Krankheitskosten-Vollversicherung, als auch im Bereich der Zusatzversicherung, die einen ambulanten und stationären Leistungsumfang beinhalten, nicht ausgesprochen werden.“

Bei dieser Aussage fallen einem die vielen Zeitungsartikel über die „Modeerscheinung AD(H)S“ ein und man weiß nicht, ob man die Versicherungen an die Verfasser der Artikel verweisen soll, oder die Journalisten an die

Versicherungen...

Eine Versicherung gab den wirklich nützlichen Hinweis:

„In der Regel stellt sich die von Ihnen aufgeworfene Frage in Bezug auf die Versicherbarkeit von Kindern mit ADS in der privaten Krankenversicherung nicht. Denn bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung ab Vollendung der Geburt, wenn mindestens ein Elternteil nach den für das Kind beantragten Tarif versichert ist.“

Daraus schließen wir:

Sollten Sie es geschafft haben „trotz AD(H)S“ eine private Krankenversicherung abzuschließen und möchten Ihren zukünftigen (evtl. AD(H)S betroffenen) Kindern denselben Schutz bieten, suchen Sie sich bereits während der Schwangerschaft das geeignete Versicherungsunternehmen aus, dann haben Sie noch die Chance versichert zu werden.

Oder Sie hatten „das Glück“, dass Sie vor Vertragsabschluss noch nicht diagnostiziert wurden, denn:

„Keine Einschränkung des Versicherungsschutzes gibt es, wenn während der Versicherungslaufzeit die Erkrankung AD(H)S diagnostiziert wird. Dies ist weder dem Versicherungsunternehmen zu melden, noch erfolgt eine Änderung der Vertragskonditionen. Vielmehr wird in vollem Umfang für diesen Versicherungsfall geleistet.“

... ist doch alles eigentlich ganz einfach ...

Vera-Ines Schüpferling ■



# Versicherung und AD(H)S

Versicherungen schauen sich normalerweise genau an, wen sie versichern. Das hängt damit zusammen, dass das Risiko, welches die Versicherung eingeht, für sie **kalkulierbar** sein muss. **Private Krankenversicherungen und Krankenzusatzversicherungen, Berufsunfähigkeitsversicherungen und evtl. Unfallversicherungen** prüfen vor der Aufnahme den Gesundheitszustand des Antragstellers. Die meisten Versicherungen reagieren ohne weitere Nachfrage mit einer Ablehnung, wenn sie das Wort Psychiater, Psychologe oder Sitzung bei einem anders gearteten Kopfdoktor in einem Antrag auf eine der oben genannten Versicherungen hören.

Wichtig ist, nur wahre Angaben zu machen und auch nichts zu verschweigen, z.B. den Besuch bei einem Facharzt. Die Versicherung wird im Leistungsfall prüfen, ob man falsche Angaben gemacht oder etwas gar nicht gesagt hat. Und da man den Antrag selbst unterschrieben hat, ist man auch dafür verantwortlich. So etwas kann böse Folgen haben, bis hin zur Betrugsanzeige. Nach der derzeitigen Rechtslage ist eine Anfechtung wegen arglistiger Täuschung oder Widerruf wegen vorsätzlicher vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung nach Ablauf von 10 Jahren ausgeschlossen.

Grundsätzlich ist das Risiko, beim Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung durch die Gesundheitsprüfung zu fallen, umso geringer, je jünger der Anwärter ist. Außerdem ist der Beitrag dann auch geringer, als wenn man später anfängt. Eine Berufsunfähigkeitsversicherung ist ab dem 16. Lebensjahr möglich und auch sinnvoll. Wichtig ist es, auf eine Nachversicherungsgarantie zu achten, einige Versicherer bieten die Möglichkeit, die BU-Rente bei bestimmten Ereignissen (z.B. Beendigung der Ausbildung/des Studiums, Heirat, Berufswechsel oder Geburt eines Kindes) an die neue Situation ohne erneute Gesundheitsprüfung anzupassen. Die Absicherung erfolgt gemäß der Höhe des zu erwartenden Einkommens.

Wenn man schon einmal bei einem Facharzt war, sollte man bei mehreren Unternehmen anonyme „**Probeanträge**“ stellen. Diese werden dann fast ganz normal bearbeitet, wenn man versichern würde, bekommt man ein Angebot. Sollte das Probeangebot aber abgelehnt werden, wird das nirgendwo registriert. Man braucht also in keinem der später folgenden Anträge angeben, dass man schon einmal abgelehnt worden ist. Eine Ablehnung bei einem Versicherungsunternehmen zieht oft die pauschale Ablehnung beim nächsten Versicherer nach sich.

Wenn man einen Antrag auf Krankenversicherung

stellt, sollte man darauf achten, dass die Fragen zum Gesundheitszustand **zeitlich begrenzt sind**. Ansonsten könnte die Versicherung einem daraus einen Strick drehen, wenn man vor zehn Jahren das letzte Mal wegen AD(H)S in Behandlung gewesen ist und das vergessen hat. Ist der Zeitraum z.B. auf die letzten fünf Jahre beschränkt, kann nichts mehr passieren.

Wenn man Versicherungsschutz bekommen hat, sollte man nicht direkt im Anschluss los laufen, um sich beim nächsten Therapeuten einen Termin zu besorgen. Die meisten Tarife sehen eine Wartezeit vor, in der Leistung nicht oder nicht komplett übernommen wird.

## Speziell für angehende Lehrer

Wenn man vor dem Referendariat in Behandlung ist, werden einem die privaten Krankenversicherungen für die Zeit des Referendariats voraussichtlich keinen Versicherungsschutz anbieten können. Das heißt aber nicht, dass man die gesetzliche Krankenversicherung zur Verbeamtung nicht verlassen könnte. Es gibt Versicherer, die haben einen **Kontrahierungszwang**, das heißt, sie müssen zur erstmaligen Verbeamtung mit höchstens **30% Risikozuschlag** aufnehmen.

## Alternative zur Berufsunfähigkeitsversicherung: Dread Disease-Versicherung

Wenn man keine **Berufsunfähigkeitsversicherung** (BU) mehr bekommen kann, gibt es eine Alternative, die nicht die Berufsunfähigkeit absichert, sondern den Eintritt einer schweren Erkrankung. Dort sind die versicherten Krankheiten klar festgelegt. Es wird auch keine monatlichen Rente, sondern eine Einmalzahlung geleistet. Das ganze heißt „Dread Disease“-Versicherung.

Ähnlich wie bei der BU müssen auch bei dieser Gesundheitsfragen beantwortet werden, aber es können punktuell Krankheiten aus dem Schutz herausgenommen werden, um dann Versicherungsschutz für den Rest an möglichen Krankheiten bieten zu können.

## Erwerbsunfähigkeitsversicherung

Es gibt auch noch die Erwerbsunfähigkeitsversicherung. Diese greift nur dann, wenn man gar keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgehen kann. Auch das ist eine Alternative zur BU, vielleicht in Kombination mit der Dread Disease Versicherung. Bei dieser Versicherung sind die Gesundheitsangaben auch nicht so schwerwiegend, da wirklich nur der Supergau versichert ist. Wichtig dabei ist, darauf zu achten, dass eine staatliche Erwerbsminderungsrente schon zur Leistungspflicht durch den Versicherer führen sollte.

**Und zu guter Letzt**

Wenn man momentan nicht versichert werden kann, muss das nicht immer so bleiben. Es gibt immer wieder zwischendurch **besondere Angebote**, bei denen keine Gesundheitsprüfung stattfindet. Diese Tarife sind dann meistens zwar etwas teurer, aber für jemand, der anders nicht unterkommt, eine lohnenswerte Angelegenheit.

Derzeit ist es so, dass man dringend empfehlen muss, bei diesen Versicherungen schon im **Kindesalter Tatsa-**

**chen** zu schaffen. Über den Aspekt, sich zuerst um eine spätere Absicherung zu kümmern, bevor es zum Psychologen, Arzt oder Therapeuten geht, sollte möglichst breit informiert werden, damit Eltern betroffener Kinder entsprechend handeln können.

Viola Leif ■  
Michael Klaus



## Qualitätsgesicherte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS

auf der Grundlage § 73c SGB V

Innovative Lösungen der Vertragswerkstatt der KBV zur kooperativen und qualitätsgesicherten Versorgung von Patienten

Die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten gewährleisten in Deutschland eine flächendeckende und qualitätsgesicherte haus- und fachärztliche ambulante Versorgung vor Ort. Dies bedeutet gleichzeitig, sich der Herausforderung einer innovativen Weiterentwicklung der Patientenversorgung zu stellen. Der Gesetzgeber hat den Kassenärztlichen Vereinigungen durch § 73c SGB V ermöglicht, die Versorgung auch in Einzelverträgen zu gestalten. In diesem Rahmen kann besonderen Versorgungsbedürfnissen, unter anderem nach Strukturqualität oder Art und Weise der Leistungserbringung, Rechnung getragen werden. Zur

Entwicklung derartiger Verträge hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen die Vertragswerkstatt eingerichtet. Das Ziel der Vertragswerkstatt ist es, für besondere Versorgungsbereiche passgenaue und fachübergreifende Lösungen zu entwickeln.

Einer der bisher von der Vertragswerkstatt erarbeiteten besonderen Versorgungsaufträge ist das Konzept zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS.

### Aktuelle Versorgungssituation

Die Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts-) Störung (im folgenden ADHS abgekürzt) ist eine der häufigsten Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen.

Die Fallzahlen, der Einsatz von Medikamenten und damit die Behandlungskosten steigen kontinuierlich. Es gibt Fälle von Unterversorgung, aber auch von Über- und Fehlversorgung. Un- oder fehlbehandelt erreichen viele dieser Kinder und Jugendlichen keine begabungsentsprechenden Schul- und Berufsausbildungsabschlüsse, können keine beständigen sozialen Bindungen aufbauen und aufrecht erhalten. Betroffene Familien werden abhängig von den Versorgungsangeboten in der Region sehr unterschiedlich versorgt, und die Behandlung erfolgt nicht

überall auf der Basis geltender Standards.

Eine flächendeckende, bedarfsgerechte Versorgung von ADHS-Patienten erfordert daher das Angebot von regionalen Versorgungsstrukturen, die eine qualitativ hochwertige, leitlinienbasierte Diagnostik und Therapie in der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung sicherstellen. Vor diesem Hintergrund hat die KBV ein Konzept entwickelt, welches die Versorgung von betroffenen Kindern und Jugendlichen und deren Familien signifikant verbessert.

## Versorgungsziele

Das Ziel des Vertrages ist es, dass ADHS-betroffene Kinder und Jugendliche und ihre Familien ohne Umwege zielgerichtet koordiniert und qualitätsgesichert diagnostiziert und therapiert werden. Dafür werden ADHS-Teams gebildet, in denen die beteiligten Ärzte und Psychotherapeuten vor Ort zusammen mit weiteren Leistungserbringern interdisziplinär und fachübergreifend zusammenarbeiten, um die Patienten nach den neusten wissenschaftlichen Leitlinien zu versorgen. Ein besonderer Schwerpunkt wird auf diagnostische und differenzialdiagnostische Maßnahmen gelegt, damit auch nur Patienten mit einer gesicherten Diagnose

an dem Therapieprogramm teilnehmen. Durch die Maßnahmen verfolgen die Vertragsteilnehmer folgende Ziele: eine Minderung der Kernsymptome und der komorbiden Störungen, verbesserte Eingliederung der Patienten in das soziale Umfeld, Vermeidung und Reduzierung von stationären Aufenthalten, Vermeidung von Doppeluntersuchungen, Reduzierung von Fehltagen bei Patienten und Sorgeberechtigten, kontrollierter Medikamenteneinsatz und Klarheit der betroffenen Familien über Behandlungsweg und Ansprechpartner.

## Versorgungsauftrag

An dem Vertrag können Patienten zwischen 4 und 17 Jahren teilnehmen, bei denen die Verdachtsdiagnose auf ADHS/ADS gestellt wurde. Diese wird durch umfassende Diagnostik und Differenzialdiagnostik überprüft. Der Patient wird von einem Arzt oder Psychotherapeuten versorgt, der Mitglied eines ADHS-Teams ist. Dem Team muss mindestens ein Kinder- und Jugendarzt, ein Kinder- und Jugendpsychiater und ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut angehören. Der Patient profitiert von einem festen Ansprechpartner und Koordinator, der u.a. die

Therapieziele abstimmt, eine leitliniengemäße Therapie und die Dokumentation sicherstellt. Der Behandlungsverlauf wird mindestens halbjährlich überprüft. Fälle, die die Behandlungsziele nicht erreicht haben, müssen im ADHS-Team besprochen werden. Zunächst ist ein Behandlungsversuch ohne den Einsatz von Medikamenten vorgesehen. Vor einer medikamentösen Therapie und begleitend dazu sind psychoedukative, sozialpsychiatrische, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen am individuellen Fall orientiert anzuwenden.

## Strukturanforderungen

Folgende Ärzte und Psychotherapeuten sind zur Teilnahme an dem Vertrag berechtigt:

- Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendärzte
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Psychologische Psychotherapeuten und ärztliche Psychotherapeuten mit einer Zusatzqualifikation

Alle Berufsgruppen müssen eine Mindestfallzahl an behan-

delten ADHS-Patienten nachweisen. Zusätzlich gelten spezifische Anforderungen an Zusatzausbildungen, themenbezogener Fortbildung und spezieller Erfahrung mit ADHS-Patienten für die jeweilige Berufsgruppe. Die fachliche Befähigung muss durch regelmäßige Teilnahme an Fortbildungen aufrecht erhalten werden. Ärzte und Psychotherapeuten, die die jeweiligen Voraussetzungen noch nicht erfüllen, können am Vertrag mit der Auflage teilnehmen, diese innerhalb von 2 Jahren nachzuweisen.

## Qualitätssicherung und -management

Zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und der Ziele des Vertrages vereinbaren die Vertragspartner umfangreiche qualitätssichernde Maßnahmen:

- interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Behandler durch Bildung regionaler ADHS-Teams und verpflichtende Teilnahme an regelmäßig stattfindenden Qualitätszirkeln

- ausdrückliche Orientierung an aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften
- mindestens halbjährliche Überprüfung des Therapieverlaufes, insbesondere bei Medikamenteneinsatz
- umfangreiche Diagnosesicherung
- Gewährleistung der notwendigen Dokumentation und Evaluation

## Patientenorientierung

Das Ziel einer Behandlung ist es, die Symptome der ADHS zu mindern, damit der Patient sich altersentsprechend entwickeln und sich wieder besser in sein soziales Umfeld eingliedern kann. Die Patienten und ihre Sorgeberechtigten werden umfassend über Inhalte und Ziele einer Behandlung aufgeklärt und erhalten eine individuell für den Patienten aufbereitete Patienteninformation.

Im Mittelpunkt des Konzeptes steht der Patient mit seiner Familie, denn ein ADHS-krankes Kind kann eine Familie schnell an den Rand der Belastbarkeit bringen. Spezifische ADHS-Elterntrainingsseminare sind eine große Hilfe, deren Angebot ausgeweitet werden soll.

# SCHULE - zentrales Thema beim zentralen-adhs-netz

Seit nunmehr einem Jahr gibt es beim zentralen-adhs-netz in Köln eine Arbeitsgruppe zum Thema Schule, die sich aus Fachleuten des Schulbereichs verschiedener Bundesländer zusammensetzt und zwischenzeitlich einiges auf die Beine gestellt hat.

Zunächst wurde ein Eckpunktepapier verfasst, das Grundsätzliches zum Thema ADHS und Schule enthält. Seitdem wird der Bereich für Pädagogen auf der Internetseite des ZAN kontinuierlich weiter ausgebaut und mit Inhalten gefüllt. Ziel ist es damit ein breit gefächertes, qualifiziertes Informationsangebot für Lehrkräfte und alle im pädagogischen Bereich der Schule Tätigen zu schaffen. So wird es z.B. eine umfangreiche Materialsammlung zum Störungsbild und speziellen Unterrichtskonzepten geben, auch die Rahmenbedingungen pädagogischer Förderung aus den verschiedenen Bundesländern werden zu finden sein, ebenso wie Links zu Lehrerfortbildungen, Literaturhinweise und ein Bereich für Forschungsergebnisse.

Für dieses Jahr hat die Arbeitsgruppe weitere Aktivitäten in Angriff genommen. Zunächst wurden alle Kultusminister der Bundesländer um eine Stellungnahme

zum Eckpunktepapier gebeten. Erwartet wird eine Rückmeldung der Behörden darüber, in welcher Weise ADHS in die Förderrichtlinien aufgenommen ist, welche Regelungen zum Nachteilsausgleich bestehen und in welcher Form Lehrer zu diesem Thema aus- bzw. fortgebildet werden. Die Ergebnisse werden mit Spannung erwartet und sollen im Rahmen einer bundesweiten Pressekonferenz, die voraussichtlich Ende Mai in Köln stattfinden wird, der Öffentlichkeit vorgestellt werden.

Nähere Infos dazu unter [www.zentrales-adhs-netz.de](http://www.zentrales-adhs-netz.de)

Eine Unterstützung dieser Aktivitäten auf regionaler Ebene durch die Selbsthilfe, z.B. durch Information der Schulen vor Ort, Pressemitteilungen u.a. wird von Seiten des Zentralen Netzes sehr begrüßt.

Bleibt zu hoffen, dass all diese Aktivitäten und Anregungen in der Öffentlichkeit, in Schulen, in Politik und Verwaltung zur Kenntnis genommen werden und eine Verbesserung der Schulsituation für die Kinder und Jugendlichen mit ADHS erreicht wird.

Christiane Eich ■

## Bericht zum Aufenthalt in der DWK Klinik Bad Münde

Da habe ich nun seit einigen Jahren die Diagnose ADHS im Erwachsenenalter und eigentlich habe ich gedacht, ich komme gut damit klar. Ich hatte da so meine Strategien .....

Nun sind meine Kinder groß und ich dachte, es ist an der Zeit mein Leben zu ändern. Also zog ich zu meinem neuen Lebenspartner und wechselte die Arbeitsstelle gleich mit. Wenn wir ADSler was anpacken, dann gleich richtig und mit Volldampf. Doch der Dampf war schnell verpufft, die neue Arbeitsstelle erwies sich als zähes Problem, die Liebe drohte im Alltag unter zu gehen. Mein behandelnder Kinder- und Jugendpsychiater (!) riet dringend zur ambulanten Therapie. Gut, dachte ich, so was hat mir schon mal geholfen. Ich packte die Probleme auf den Tisch und begann in kleinen Schritten zu sortieren und manches anzugehen. Doch diese komische Erschöpfung blieb und die Ahnung, dass mich da noch ein paar Probleme an der Eingewöhnung an meine neue Umge-

bung hindern.

Also, Kurantrag an die BFA. Bescheid nach kurzer Zeit, Bad Dürkheim am 4. Dezember. Oh Gott, Weihnachten ohne meine Kinder geht doch gar nicht! Eine gute Fee in der örtlichen Rentenberatungsstelle schrieb ein Fax nach Berlin mit der Bitte um einen vorfristigeren Termin. Dann der Bescheid, Psychosomatische Klinik in Bad Münde.

6 Wochen Oktober - Dezember 08. Ich reiste an, ein freundliches Haus und eine Oberärztin und eine Psychologin empfingen mich, um den Zustand meines Körpers und meiner Seele zu ergründen und auch schon die Ziele meines Aufenthalts abzufragen. Die ersten Tage vergingen mit Erkundungen des Hauses und der Umgebung und mit Schlafen, Schlafen, Schlafen. Mein total verspannter Rücken nahm die ersten Sportangebote dankbar an. Wow und dann die Wassergymnastik, die totale Schnell-Entspannung für Schultern und Psyche. Irgendwie kam mit einem ersten Vortrag die Ahnung eines Zusammenhangs



zwischen Seele und Körper. Dann ging es zur Sache, als wir im sog. Psychologischen Gesundheitstraining Gefühle, Gedanken und Körperreaktionen in bestimmten Situationen beschreiben mussten. Mann, oh Mann, wer macht das schon ständig im Leben, war ich doch gewohnt zu powern und nicht Inne-zu-halten!

Meine Bezugstherapeutin ist die Topp-Fachfrau, Qualifikation: Psychologische Psychotherapeutin. Diese galt es nun unaufgeregt zu überzeugen, dass die Muskelentspannung nach Jakobsen gar nicht gut tut und die Koordination beim Aerobic die reinste Hölle ist. Beides verschwand jetzt wie mit Zauberhand vom Plan.

Nun versuch ich mal das Wahrnehmungstraining, das klingt gut. Wäre auch gut, wenn man da nicht ständig die Augen zumachen müsste! Vielleicht merkt sie es nicht, wenn ich ein bisschen mogle! Aber irgendwie kriegens die anderen auch hin und scheinen auch noch Spaß zu haben. Und der Therapeutin zuliebe kann ich's ja mal versuchen. Topp, wer hätte das gedacht!

Inzwischen geht es einem immer besser und Frau wird mutiger. Anmeldung zur Problemlösegruppe und zum Selbstsicherheitstraining. Das klingt doch ganz schön qualifiziert und war es auch unter der Leitung der Psychologen. Im Selbstsicherheitstraining lernten wir Kommunikationsmodelle kennen und bestimmten Lebenssituationen zuzuordnen. Im Rollenspiel mal den unnachgiebigen Chef zu mimen, eine ganz neue Erfahrung. Den „heißen Stuhl“ verschob ich bis zum letzten Tag. Im Mittelpunkt sitzend, Lob und Kritik ohne eine einzige Rechtfertigung hinnehmen zu müssen, war eine einprägsame Erfahrung.

In der Problemlösegruppe sind ADSler in ihrem Element. Anderen Ratschläge zu erteilen, ist uns meist in die Wiege gelegt, aber mal ein eigenes Problem zu beschreiben, geht bei einigen wie eine Schifffahrt ohne Anlegen.

Jede Woche 45 min Einzeltherapie, um mal ein paar Leichen aus dem Keller zu holen, runden den Aufenthalt ab.

Die Gedanken gehen oft nach Hause. Gespräche mit neu gewonnenen Freunden kreisen um so manches Problem. Mit Gleichgesinnten an einem Tisch zu essen, führt zu manchen Lachsalven im vollen Speisesaal. Die Cafeteria, das Töpfern und andere Beschäftigungen sorgen für so manche entspannte Stunde. Und wer mag, kann seine Kreativität in der Ergo-, Mal- oder Musiktherapie mal wieder ausleben.

Die 6 Wochen vergingen wie im Flug. Bevor der 2. Advent heran naht, ist Packen angesagt.

Abschied von einem Haus, in dem ich mein Lachen wieder gefunden habe, in der ich ein Mensch mit allen Facetten sein durfte. Heimfahrt in der Gewissheit „Ich kann es schaffen.“

Und noch ein Tipp für manch eine Mutti, einen Vati :

Lange hast du ein Kind mit ADS groß gezogen und die Vermutung, dass sich da was vererbt hat. Aber eigentlich ist doch da wohl mehr die Depression...? In der DWK-Klinik kann die Vermutung in einem diagnostischen Verfahren zur Gewissheit werden mit und ohne Medikament. Man kann über das ADS Grundinformationen einholen, wenn man am Anfang der Diagnose steht und sich mit anderen Betroffenen austauschen. Das ADS ist ein Teil dieser Klinik, eine Bereicherung in den Therapiegruppen und oft eine Herausforderung für die Sporttherapeuten, die diese mit Bravour meistern.

Wichtige Informationen findest du unter [www.deisterweser-kliniken.de](http://www.deisterweser-kliniken.de). Hier ist auch das Buch von Dr. Pütz (Chefarzt der Klinik) „ADHS-Ratgeber für Erwachsene“ vorgestellt, das viele Tipps zur Selbsthilfe für Erwachsene enthält.

Andrea Wohlers ■



# Kinder mit ADS / ADHS in der Ostseeklinik Grömitz

Rehabilitationsklinik für Mutter und Kind

*„Das Schlimmste ist bei uns die Hausaufgabensituation!“, „Immer wieder höre ich, ich müsste strenger mit meinen Kindern sein.“, „Sarah redet in einer Tour, mir klingeln schon die Ohren!“, „Mein Mann und ich streiten regelmäßig wegen unterschiedlicher Erziehungsansichten.“, „Bei uns sind die Mahlzeiten furchtbar, Philip kann überhaupt nicht still sitzen!“, „Jeden Abend das gleiche Theater beim Ins-Bett-bringen!“, „Ich habe das Gefühl, dass Jonas das einzige Kind mit ADHS weit und breit ist!“, „Wie kann ich mit den Streitereien unter den Geschwistern umgehen?“, „Ich möchte endlich wieder mehr Spaß mit meinen Kindern haben!“*

Das sind Äußerungen von Müttern mit betroffenen Kindern, die eine Mutter-Kind-Maßnahme in der Ostseeklinik Grömitz verbringen. Die Expertin für ADS / ADHS der Klinik, Dipl. Pädagogin Tanja Rosburg, weiß, dass vor allem Mütter unter der Belastung leiden, die die Erziehung eines aufmerksamkeitsgestörten Kindes mit sich bringt. Die Erfahrung in der Arbeit mit den Familien zeigt, dass insbesondere Mütter dazu neigen, eigene Wünsche im Interesse der Familie zurück zu stellen. Sie sollten dringend darin bekräftigt werden, eigene Bedürfnisse wahr- und ernst zu nehmen, um Kraft und Geduld für den Familienalltag zu tanken.

In solchen Fällen haben sich Mutter-Kind-Kuren bewährt. Besonders der Wegfall der alltäglichen Belastungen der Familien und der damit verbundene Zeitgewinn für Mutter und Kind führt zu einer neuen Qualität

der Mutter-Kind-Beziehung und wirkt damit nachhaltig positiv auf die Gesundheit.

In der Ostseeklinik Grömitz wird das System Familie als Ganzheit betrachtet, denn Schwierigkeiten eines Familienmitglieds wirken sich immer auf die Angehörigen aus. ADS/ADHS prägt den Alltag und die Belastungen aller Familienmitglieder, körperliche und seelische Reaktionen auf Stress und Frustration von Eltern wie Kindern können Erschöpfungszustände, Stimmungsschwankungen, negatives Selbsterleben, Antriebslosigkeit, Rückenschmerzen, Magen- und Kopfschmerzen sein.

Begleitet von einem Team aus Ärzten, Psychologen, Pädagogen und Physiotherapeuten kann Erwachsenen und Kindern hier kompetent bei der Bewältigung ihrer Probleme geholfen werden. Ziele der Behandlung sind die Entlastung des Familiensystems, die Verbesserung der Kommunikation innerhalb der Familie, die Herstellung einer entwicklungsfördernden Atmosphäre, die Stärkung von Selbstvertrauen und Lebensfreude aller Familienmitglieder sowie die Behandlung der Folgen eines angespannten Familienalltages.

Zu Beginn eines stationären Aufenthaltes stehen Anamnese und körperliche Untersuchung sowie die Festlegung der Ziele und Erwartungen an die Reha. Gemeinsam mit der Familie wird ein individueller Therapieplan erstellt, der sich an der ganzheitlichen Sichtweise orientiert. Die vielfältigen Therapieformen sollen Körper und Seele gleichermaßen erreichen. Gerade die Kombination aus aktivierenden und entspannenden, aufdeckenden und

ausgleichenden Maßnahmen ist wichtig, um die Selbstheilungskräfte im Patienten anzuregen. Die Fähigkeiten und Ressourcen, die eine Familie hat, werden gestärkt und reaktiviert, damit sie diese für die Lösung von Problemen nutzen kann.

**Zu den Therapieangeboten für die Mütter** gehört ein Elternttraining bei ADS / ADHS. Die Eltern können sich im Rahmen dieses Kurses mit der Problematik Ihrer Kinder bzw. der Problematik Ihres Familiensystems auseinandersetzen. Das Elternttraining stellt einen Lern- und Erfahrungsraum dar, in dem die Mütter ihre Kompetenzen als „Experten in eigener Sache“ einbringen und gemeinsam neue Kommunikations- und Konfliktlösungsstrategien erarbeiten können. Die Aktivierung positiver Ressourcen und Selbsthilfepotentiale steht dabei im Mittelpunkt.

Neben diesem Behandlungsschwerpunkt gibt es weitere Gesprächsgruppen und Gesundheitsschulungen, Entspannungstherapien Sport- und Bewegungstherapien sowie physiotherapeutische Angebote für erwachsene Patienten.

**Die Therapien für Kinder** richten sich nach Alter und Problematik, wobei pädagogische Angebote zu den Themen Bewegung, Entspannung und Ernährung eine besondere Rolle spielen. Durch erlebnispädagogische Veranstaltungen werden Eigeninitiative, Kreativität, Selbstvertrauen und Selbstverantwortung gefördert, regelmäßige Aufenthalte im Freien stärken zusätzlich das Immunsystem.

Zum Therapiekonzept der Klinik gehören außerdem Sport- und Bewegungstherapien, Entspannungstherapien, bei Bedarf Ergo- und Logopädie sowie Gruppentherapien zur Verbesserung der Sozialkompetenz. Kinder, die medikamentös eingestellt sind, bringen ihre Dauermedikation mit und nehmen diese in der Regel auch während des Klinikaufenthaltes wie gewohnt ein. In Einzelfällen kann mit dem Hausarzt Rücksprache über die Einstellung gehalten werden, jedoch empfiehlt sich eine Dosisänderung eher im Alltag unter Berücksichtigung der täglichen Anforderungen. Auf Wunsch der Mutter geht dem Haus- bzw. Kinderarzt eine Verhaltensbeobachtung am Ende der Reha zu.

Zur Förderung der Interaktion von Mutter und Kind dienen **Mutter-Kind-Angebote** wie gemeinsames Entspannen, Snoezelen, Mutter-Kind-Sport oder Kreativ- und Freizeitangebote: die Ostseeklinik Grömitz liegt in

unmittelbarer Strandnähe, auch die Umgebung bietet zahlreiche Ausflugs- und Freizeitmöglichkeiten. Und das klinikeigene Bewegungsbad lädt Mütter und Kinder unabhängig vom Wetter zum Toben und Schwimmen ein.

Die Kinder können ganztags von Erzieherinnen und Erziehungshelferinnen in der Kindertagesstätte betreut werden. Der Kindergarten arbeitet integrativ, das heißt es werden Kinder einer Altersstufe mit unterschiedlichen Diagnosen gemeinsam betreut.

Lehrer/innen ermöglichen außerhalb der Ferienzeiten schulpflichtigen Kindern, die mehr als 8 Tage Unterricht versäumen, täglich 2 Stunden Wissen erhaltenden bzw. begleitenden Unterricht, abwechselnd in den Grundfächern Deutsch, Mathematik und Englisch. Der Unterricht erfolgt Klassenstufen übergreifend. Die Klassenstärke richtet sich jeweils nach der Anzahl der Kinder in einem Reha-Durchgang.

Für die schulpflichtigen Kinder und die Kinder, die während ihres Aufenthaltes Ferien haben, werden zusätzlich „Offene Lerngruppen“ angeboten, die sowohl als Hausaufgabenbetreuung, als auch als erweiterte schulische Betreuung genutzt werden können.

Die Familien reisen in der Ostseeklinik Grömitz an einem festgelegten Tag an und, in der Regel, nach 21 Tagen wieder ab. Das ermöglicht den Kindern wie Erwachsenen Ankommen und Integration in eine konstante Gruppe und die Entwicklung einer positiven Gruppendynamik. Besonders für die reizoffenen Kinder mit ADS / ADHS ist ein gleichförmiger Ablauf mit Ritualen und Regeln wichtig. Eine Mutter-Kind-Kur außerhalb der Hochsaison steht zusätzlich für eine ruhigere und damit reizarme Umgebung.

Die Ostseeklinik Grömitz für Mutter und Kind ist eine Privatkrankenanstalt, in der stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und ihre Kinder mit verschiedenen Behandlungsschwerpunkten durchgeführt werden. Der Anspruch auf eine solche Maßnahme ist gesetzlich geregelt, Kostenträger sind alle gesetzlichen wie privaten Krankenkassen.

Tanja Rosburg ■



Für allgemeine Fragen zur Ostseeklinik Grömitz steht Interessierten die kostenlose Patientenhotline 0 800 / 0 254 130 zur Verfügung.  
Fragen zum Therapiekonzept der Ostseeklinik Grömitz beantwortet Ihnen Frau Tanja Rosburg, Dipl.-Pädagogin, systemische Beraterin und Elterntainerin bei ADS/ADHS sehr gern: [tanja.rosburg@ostseeklinik-groemitz.de](mailto:tanja.rosburg@ostseeklinik-groemitz.de) oder 04562-254-0.



# Gedicht eines inhaftierten Jugendlichen

Denis kommt 1997 aus Russland mit seiner Mutter nach Deutschland. Er wechselt insgesamt 5-mal die Schule. Denis gilt als hochbegabt, schafft aber keinen Abschluss. 2003 wird bei ihm eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens diagnostiziert. Seine extremen Verhaltensauffälligkeiten bessern sich unter der vorübergehenden Medikation mit Ritalin.

Es folgen verschiedene Hilfen zur Erziehung, die alle nicht fruchten.

2004 wird Denis geschlossen in der KJP untergebracht. Seit 2003 liegt Cannabismissbrauch vor. Seit 2002 tritt Denis strafrechtlich in Erscheinung meistens unter

Alkoholeinfluss. Er wird 2007 zu einer Jugendstrafe von 11 Monaten verurteilt. Von 2006 bis 2008 wird Denis und seine Mutter von der Ambulanten Erziehungshilfe des Jugendamtes betreut und in dieser Zeit einer erneuten Behandlung mit Ritalin zugeführt. Sein Verhalten bessert sich wieder.

Schließlich wird er im Rahmen einer gerichtlichen Auflage in einer Einrichtung für suchtkranke Jugendliche untergebracht, deren Konzept es ist, alle Medikamente abzusetzen. 2008 bricht Denis die Maßnahme ab, wird erneut straffällig und inhaftiert. Die Strafanstalt startet eine neue Therapie mit Medikation.

Text von Denis, 18 J., inhaftiert in einer Jugendstrafanstalt, ADHS-Betroffener

„Ich bin gefangen in Zelle 13,  
würde jetzt gern heimgehen,  
Mama in den Arm nehmen.  
Aber ich muss einsehen,  
dass es ausfällt.  
Zellentür ist abgeschlossen,  
ausbrechen geht leider nicht,  
denn sonst werde ich abgeschossen.  
Die Zeit vergeht,  
doch Stunden kommen Dir vor wie Tage.  
Knast ist nicht cool,  
auch wenn es ein paar Trottel sagen.  
Die Zeit, die du hier sitzt,  
die bekommst Du niemals wieder.  
Das ist zwar primitiv,  
doch Streit klärt man hier wie ein Krieger.“

Die kleinen Dinge bringen manchmal üble Krisen:  
Ich meine, kein Tabak mehr  
oder warten auf die Briefe.

Wenn Du hier drin bist,  
ist eine Sache wirklich schwer.  
Leute, die mal Bruder waren,  
kennen Dich plötzlich gar nicht mehr.  
Ich bin gut mit meinen Eltern.  
Sie sagen, ich soll stark bleiben.  
Ich gebe mir Mühe.  
Doch inzwischen weiß ich, traue keinem Bruder.  
Es geht vorbei.  
Verlier bloß nicht die Hoffnung.  
Irgendwann kommt die Zeit,  
dann wird alles in Ordnung!“

13.10.2008



# Kurzroman

## VERSTÄNDNIS

Es ist Sonntagabend - Tanzstunde.

Ich stehe mit meinem Mann inmitten der anderen Paare auf dem Parkett.

Alle hören aufmerksam dem Tanzlehrer zu, der die neuen Schritte erklärt und demonstriert.

Auch ich sehe und höre ihn, aber das ist auch schon alles.

Obwohl ich mich bemühe den Sinn seiner Worte zu erfassen, höre ich nur seine Stimme.

Auch seine Bewegungen kann ich nicht analysieren. Ich sehe nur, dass er sich bewegt.

Ich habe eine Konzentrationsstörung.

Plötzlich, ganz plötzlich kann ich fühlen, wie es meinem zwölfjährigen Sohn geht.

Er leidet unter dem Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom.

Im Gegensatz zu mir hat er dieses Problem täglich – von morgens bis abends.

Ich hatte ein ganz normales Wochenende. Wir haben Sport getrieben, Freunde besucht und einiges im Haushalt erledigt. Aber ich habe an diesem Wochenende auch eine längst fällige Entscheidung getroffen, die mir nicht leicht gefallen war. Das beschäftigt mich noch immer. Deshalb stehe ich hier auf der Tanzfläche, sehe und höre den Tanzlehrer und denke dabei an etwas ganz Anderes.

Bei meinem Sohn genügen schon ganz kleine Dinge, um ihn abzulenken. Und ihm geht es den ganzen Tag so – von morgens bis abends.

Nun sollen wir die neue Tanzfigur allein üben. Ich gestehe meinem Mann, dass ich nichts verstanden habe.

Er lächelt milde, nimmt mich fest in den Arm, sagt mir jeden Schritt einzeln vor und schiebt mich mit sicherem Griff in die richtige Richtung.

Auch unser Sohn braucht diesen festen Griff, von uns beiden – von morgens bis abends.

Die Tanzstunde geht zu Ende. Ich habe die Figur mehrfach getanzt. Aber ich weiß, dass sie nicht sitzt.

Der Kopf hat sie nicht registriert, die Beine haben sie nicht aufgenommen. Ich weiß, dass ich in der nächsten Stunde wieder ganz von vorn anfangen muss.

Auch unser Sohn muss immer wieder von vorn anfangen – jeden Tag, von morgens bis abends.

Der Tanzlehrer hat meine Fehler sehr wohl registriert. Aber es ist nicht seine Aufgabe, sich um meine Konzentration zu kümmern. Wenn ich die Figur am Ende nicht beherrsche, ist das allein mein Problem.

Doch es ist unsere Aufgabe, uns um unseren Sohn zu kümmern. Er muss lernen, sein Leben zu beherrschen.

Auch mit einer Konzentrationsstörung – und von morgens bis abends.

Vielleicht ärgert es den Tanzlehrer, dass es ihm nicht gelungen ist, mir heute diese Figur beizubringen.

Aber er bleibt ganz ruhig. Schließlich stehe ich ihm nicht so nahe. Und er kennt die Ursache nicht.

Ich kenne die Ursache bei meinem Sohn – und schaffe es trotzdem meistens nicht ruhig zu bleiben.

Dafür steht er mir zu nahe.

Aber seit heute kann ich besser mit ihm fühlen. Ich werde mich bemühen es nicht zu vergessen.

Und das milde Lächeln – ich werde es üben...

Petra Kurz ■

# Das Ende einer quälenden Beziehung

## Ein ungeschriebener Brief

Jahrzehnte lebte die Lehrerin Helga S. mit dem Gedanken, in der Erziehung ihrer Adoptivtochter völlig versagt zu haben. Sie suchte Rat bei vielen Fachleuten und quälte sich mit großen Schuldgefühlen – bis vor ungefähr zwei Jahren. Die Erkenntnis, dass nicht ihre Erziehung für die großen Schwierigkeiten ihrer Tochter verantwortlich sein kann, kam ihr beim Lesen zweier Bücher: „Ist das mein Kind?“ von Elke Sauer und „ADHS kontrovers“ von Gerhild Drüe.

In einem „ungeschriebenen“ Brief formuliert Frau S. ihre Gedanken, die sie ihrer Tochter gerne sagen würde.

Frau S., die heute 74 Jahre ist, hat nach Ihrer Trennung von ihrer Tochter dem Jugendamt die Last ihrer Sorge für die Familie übergeben.

Der Name von Frau S. ist der Redaktion bekannt.

Der 7. Februar 1975 war der glücklichste Tag in meinem Leben, da kamst Du zu mir, ein kleines, süßes Mädchen von drei Wochen mit schwarzen Haaren und wunderschönen Augen. 34 Jahre später – eine lange quälende Beziehung ist zu Ende gegangen. Wie konnte es nur soweit kommen?

Ich hatte Dir mein ganzes Herz geschenkt, Du warst mein Einundalles. Jetzt ist eine Riesenlast von meinen Schultern gefallen, ich fange wieder an, Freude am Leben zu haben. Ich bin frei!

Du hattest bei mir alle Chancen für ein gutes Leben. Du wurdest geliebt, umsorgt, bekamst alle Zuwendung, die ein Kind bekommen kann, lebstest in einer freundlichen Umgebung, in finanzieller Sicherheit – und doch war nichts gut.

Du hasstest die Schule, fügtest den Menschen Schaden zu, die Dich mochten, Lüge und Betrug dienten Dir dazu, kleine Vorteile zu ergattern. Auch vorm Diebstahl schrecktest Du nicht zurück. Dich interessierte schon sehr früh das andere Geschlecht, ich konnte Dich nicht davor bewahren, mit 17 Jahren ohne Berufsausbildung schwanger zu werden. So wurdest Du früh Mutter, nur Verantwortung für ein anderes Wesen war Dir ein Fremdwort. Dein Ehemann war auch keine große Hilfe. Mein Geld ging drauf für Eure schlechte Haushaltsführung und viel Alkohol. Nach zwei Jahren bekamst Du Deinen zweiten Sohn. Unaufhörlich habe ich mich um Deine Kinder gekümmert, die auch beide nicht gesund sind. Deine Ehe war nach zehn Jahren zum Scheitern verurteilt. Dann kam Jürgen\* in Dein Leben, groß, gutaussehend, aber ein Blender. Du hast ihn leider gleich geheiratet, so musst Du damit leben, dass er überhaupt nicht arbeiten mag, Deine Kinder nicht liebt und eine Abneigung gegen Leute hat, die etwas mehr Verstand haben, und ganz besonders gegen Lehrer. Trotz Deiner Arbeit in der

Altenpflege reichte Euer Geld nie, besonders viel kostete der enorme Tabakverbrauch. Jürgen rauchte von morgens bis abends vor dem Fernseher und lässt es sich gut gehen. Es war ja noch die gut verdienende Schwiegermutter da, die ab und zu für die Miete aufkam, große Stromrechnungen und die Gasheizung für den Winter bezahlte. Die Liste geht endlos weiter...

Immer bekam ich zu hören, es ist bestimmt das letzte Mal, am nächsten Ersten fängt Jürgen auch an zu arbeiten. Nichts stimmte. Wegen der beiden netten Jungen wurde ich immer wieder schwach und half.

An einem Sommerabend klingelte es an der Haustür, Dein Mann stand wutentbrannt vor mir, nachdem er sich in einer Nische versteckt hatte, drängte mich in den Flur und schleuderte mir seinen ganzen Hass entgegen. Du hast zugesehen und zugehört und hast nichts unternommen, ihn zu bremsen. Als ich seinen Alkoholatem wahrnahm, habe ich kein Wort mehr zu ihm gesagt. Du hattest ihn zu mir gefahren, denn einen Führerschein hat er längst nicht mehr. Zum Schluss bekam ich noch Hausverbot. Darüber war ich nicht so traurig. Du hast mich nicht beschützt, Du hast mich verraten!

Es vergingen Wochen, Monate, ich kümmerte mich wieder um die Kinder, die beide Lernschwierigkeiten haben, auch die Arztbesuche übernahm ich wieder. Du konntest die Termine nicht einhalten. Da hieß es plötzlich wieder am Telefon: „Sag mal, kannst Du uns nochmal 200 Euro leihen?“ Leihen heißt schenken! Selten hat mich im Leben so eine Wut gepackt. Ich weiß nicht mehr genau, was ich geschrien habe: „Seit Jahren kommst Du nur wegen Geld zu mir, nie fragst Du mich, wie es mir geht. Nie hast Du etwas für mich getan, keine Handreichung ist je von deiner Seite gekommen, sehr selten ein Dankeschön!“ Dann habe ich den Hörer aufgeknallt. Wie soll es jetzt weitergehen? Ich kann nicht mehr.

Als sich meine Wut legte, war plötzlich die Erkenntnis da: Das war der Schlusspunkt! So oft hatte ich den Gedanken gehabt, mich zu trennen, nicht mehr Rat zu suchen bei Psychologen, Therapeuten, und Seelsorgern, die alle immer nur hilflos reagierten. Immer hielt mich der Gedanke an die beiden Kinder zurück. Jetzt sind sie alt genug, um nicht unterzugehen.

Von den 34 Jahren mit Dir, liebe Ursula\*, waren 25 Jahre extrem schwer. Ich habe mir immer ein liebevolles Miteinander gewünscht, das habe ich nicht bekommen.

Helga S. ■  
Februar 2009

\* Die Namen wurden geändert.



## Erfolgreiche Didacta für ADHS Deutschland

### 1000 Direktkontakte bei Europas größter Bildungsmesse in Hannover / Organisationsleiter Hartmut Gartzke spricht von „toller Basisarbeit“

Nicht erst seit der Didacta, Europas größter Bildungsmesse, die im Februar 74000 Besucher nach Hannover lockte, zählt Hartmut Gartzke im Bundesverband ADHS Deutschland e. V. zu den wichtigen Säulen. Dort bekleidet der Norddeutsche das Amt des Schriftführers seit 2007. Im vergangenen Oktober ließ er sich zum Landesgruppenchef (Niedersachsen/Bremen) wählen, um mit der Medizinerin Dr. Uta Ringeling aus Hankensbüttel und der Lehrerin und Autorin Gerhild Drüe aus Nortrup (Landkreis Osnabrück) als Vorstandsteam zu arbeiten. Verbesserungen für ADHS-betroffene Kinder und Jugendliche zu erkämpfen hat sich das neue Gremium vorgenommen. Ihm ist zu verdanken, dass der Bundesverband auf der Didacta mit einem Informationsstand seine Premiere feierte. Ein Heimspiel für den 49-jährigen Familienvater.

Wenn Hartmut Gartzke zwischendurch an den Didacta-Tagen im Pkw saß, konnte er getrost darauf verzichten, in das eingebaute Navigationsgerät eine Zieladresse einzutippen. Sein Zuhause liegt nur zwei Ortschaften von Hannover entfernt. Man mochte glauben, dass sein weinroter Skoda den Weg zu den weltbekannten Messehallen auswendig kenne. Derart lauteten zumindest die Schilderungen der ebenfalls ehrenamtlichen Helfer des ADHS-Informationsstandes.

Insgesamt stand für die fünf Messetage ein 17-köpfiges Team bereit, darunter auch die Söhne der Familie Gartzke. Aus den Regionalgruppen Hankensbüttel, Osnabrück, Sassenburg und Braunschweig waren die Akti-

ven angereist, nicht zu vergessen die ADHS-Elterninitiative Burgwedel – eine SHG vor den Toren Hannovers, die Gartzkes Ehefrau Antje leitet. „Gleich mit meinen ersten Anfragen, bei der Didacta zu helfen“, so Hartmut Gartzke rückblickend, „erhielt ich von den Selbsthilfegruppen spontane Zusagen.“ Das machte ihm Mut. „Ohne die vielen Zusagen“, erläutert er, „hätte ich es nicht gewagt, vom Bundesverband Geld für die Messe zu erbitten.“

### Fünf niedersächsische Regionalgruppen maßgeblich beteiligt

Nur eine Befürchtung habe ihn im Vorfeld etwas geplagt. Was wäre gewesen, wenn zu wenige Besucher den ADHS-Stand frequentiert hätten? Eine Frage, dies schien bereits kurz vor Messeschluss klar, die gar nicht gestellt werden musste. „Mindestens 1 000 Messebesucher, unsere restlos verteilten Infokopien belegen das, haben wir während der Didacta direkt angesprochen.“ Das versteht Hartmut Gartzke unter „einer tollen Basisarbeit.“

Passend zur Thematik der jährlich stattfindenden Bildungsmesse, die alle drei Jahre in Hannover Station macht und im März kommenden Jahres in Köln ihre Pforten öffnen wird, lud ADHS Deutschland auf der Didacta zu einem täglichen 45-Minuten-Vortrag. „ADHS – eine Herausforderung für die Pädagogik“ – so lautete die entsprechende Schlagzeile zahlreicher beidseitig bedruckter Flyer, die am ADHS-Stand sowie in den Messehallen fleißig verteilt worden waren. Zwei mit der ADHS-Welt jahrelang vertraute Referentinnen konnten gewonnen werden, die Diplom-Sozialpädagogin Doris Morszeck-Groten aus Osnabrück und die vor drei Jahren pensionierte Är-

tin Dr. Uta Ringeling aus dem niedersächsischen Hankensbüttel (Kreis Gifhorn). Beiden gelang es in lediglich 45 Messeminuten jedes Mal auf ein Neues, für weitere Aufklärung in Sachen ADHS zu sorgen. Wer den Vortrag verfolgen wollte, musste in ein Nebengebäude, das Convention Center. Dort fanden zahlreiche Didacta-Vorträge (auch anderer Verbände) statt, leider etwas versteckt und damit abseits des eigentlichen Messe-Zuschauerstroms. Erfreulicherweise fanden zu allen ADHS-Vorträgen dennoch interessierte Pädagogen den Weg, um sich sachkundig zu machen. Darunter junge Lehrer, die freimütig zugaben, ADHS-Neuland betreten zu wollen, sowie Therapeuten, Eltern betroffener Kinder oder auch selbstbetroffene Erwachsene .

aber merken, dass Sie ärgerlich werden, bestehen Sie nicht auf sofortige Klärung des Problems, sondern vertagen Sie die Diskussion auf eine ruhigere Zeit“, appellierte die aus Osnabrück angereiste Referentin. Wie lautete das Thema des Didacta-Vortrags noch? „ADHS – eine Herausforderung für die Pädagogik“. Entsprechend folgte am Ende auch der Schlusssatz: „Niemand aufgeben!, lautet die Devise.“

Frank Häusler ■



links: Frau Dr. Ringeling; rechts: Frau Morszeck-Groten

### Pionierarbeit: Verständlich machen, wie ADHS-Kinder „ticken“

Klartext redeten beide Referentinnen, als sie das Thema Medikation offensiv zur Sprache brachten. Fast schon provokant fragte Uta Ringeling gleich zu Beginn ihres Vortrags, ob Lehrer heute wirklich noch glauben, Eltern würden das Medikament geben, um die Leistung zu steigern. Einen Atemzug später meinte die 64-jährige Ärztin, die von 1990 bis 2006 in der großen Landarztpraxis ihres Mannes Kinder mit ADHS behandelt hat: „Ich werde ihnen zeigen, dass dem nicht so ist! Deshalb stehen wir hier auf der Didacta, und wenn Sie verstehen, wie die Kinder ticken, dann wird Ihnen das was bringen.“

Zu Beginn stehe immer eine leitliniengemäße Diagnostik, erklärte die Hankensbüttelerin, die über sich selber sagt: „In meiner Region habe ich damals Pionierarbeit geleistet“. „Die Diagnose ADHS muss gesichert sein“, so Uta Ringeling, „das sage ich dreimal.“ Sowohl von Uta Ringeling als auch von Doris Morszeck-Groten bekamen die Zuhörer ganz nebenbei neurobiologische ADHS-Erläuterungen. Vom „Mandelkern“, über die Synapse, bis hin zu Neurotransmittern. „Reize“, versuchte Diplom-Sozialpädagogin Doris Morszeck-Groten, die selbst Mutter eines ADHS-Kindes ist, den Lehrern klarzumachen, „gelangen immer zuerst in den Mandelkern.“ Allein klare Strukturen würden daher schon jeden Unterricht verbessern. Letztendlich motiviere nichts so wie Erfolg. „Wenn Sie im Unterricht



# Bericht zur Veranstaltung der Thüringer Landesgruppe am 20.9.2008

zum Thema  
„ADS wird erwachsen! oder das ewige Kind?“  
Vor – und Nachteile einer anderen Denkweise

Vom 7.-9.3.08 fand der 14. Kongress für Jugendmedizin in Weimar statt, auf dem der Altersabschnitt der „Adoleszenz im Labyrinth der medizinisch psychosozialen Versorgung“ behandelt wurde. Themen wie die Berufsfindung unserer Jugendlichen, Gesetzeskonflikte und die Versorgung nach dem 18.Geburtstag waren hier die Themen des Vorsymposiums unter der Moderation von Dr. Skrodzki. Da auch bei den langjährigen Gruppenleitern und Aktiven in Thüringen die eigenen Kinder zu den jungen Erwachsenen zählen, entstand die Idee, dieses Thema in dem diesjährigen Symposium der Landesgruppe aufzugreifen.

Die Referentensuche gestaltete sich sehr schwierig. Nach Absagen und Vermittlung unter Fachkollegen konnten wir einen jungen Oberarzt der Abt. Kinder- und Jugendpsychosomatik des Klinikums Weimar gewinnen, der in einer empathischen Art und Weise die sehr sensible Art der betroffenen Jugendlichen charakterisierte.

Mit Spannung wurde der Vortrag des Richters Herr Spahn aus Rudolstadt erwartet.

Herr Spahn ist Vorsitzender der Arbeitsgruppe der Jugendrichter in Deutschland.

Der aufmerksame Zuhörer stellte fest, dass das Thema ADHS auch in der praktischen Arbeit der Justiz angekommen ist. Der Richter sprach davon, dass er u.a. die Konzentrations- und Aufnahmefähigkeit der Betroffenen bei der Verhandlungsführung beachten muss.

Er schilderte die Möglichkeiten des Jugendstrafrechts, außerhalb einer Verurteilung erzieherisch zu wirken. Diese sog. Diversion ist bei einem ADS-Betroffenen oft wirksamer als eine Verurteilung. Manchmal führt das impulsive Verhalten bei den Delikten und Straftaten zu einer Diagnose oder zur Auflage einer therapeutischen Behandlung. Herr Spahn zog die Zuhörer in einem sehr leidenschaftlichen Vortrag in seinen Bann.

Zum Thema Berufsberatung und Ausbildung im Reha-bereich konnten wir Frau Göpfert vom Reha-Team der Arbeitsagentur Gotha/Eisenach gewinnen.

Einen Versuchsballon starteten wir mit einem Work-

shop für betroffene Jugendliche. Mein Sohn Jan, 18 Jahre, erzählte über seinen Werdegang von den Abschlussprüfungen in der Realschule bis zum Beginn einer Ausbildung in einem handwerklichen Beruf. Er gab Tipps zur Bewerbung weiter (Kontaktaufnahme zu Firmen, Bewerbungsgespräch, Probearbeiten etc.). Eltern wurden von uns zu diesem Workshop nicht zugelassen. So manche Eltern hätten doch gern mal Mäuschen gespielt, aber unsere „Großen“ müssen auch unbedingt mal unter sich sein, dies ist sehr wichtig, um Ihnen Vertrauen zu geben und sie ernst zu nehmen!!!

Da Pädagogen aus dem Reha-Ausbildungsbereich kurzfristig abgesagt hatten, entschieden wir uns eine Diskussionsrunde zu starten, die sehr gut angenommen wurde. Hier ist die hohe Fachkompetenz von Silke Plaschkies aus Eisenach bei der Beantwortung so mancher Frage zu werten. An dieser Stelle ein herzliches Dankeschön dem Team des Vereins aus Eisenach für die Organisation vor Ort.

Im Nachhinein äußerten sich viele Eltern sehr lobend über die Qualität der Vorträge, über Organisation und Bewirtung. Selbst unsere improvisierte Diskussionsrunde wurde sehr gut angenommen. Nachdem wir drei Jahre an der Uni in Jena fast 400 Zuhörer zu unserem jährlichen Symposium hatten, fand die kleine Form mit fast 90 Zuhörern sehr guten Anklang aufgrund der besseren Atmosphäre für Gespräche und Fragen der Eltern.

Andrea Wohlers ■

Landesgruppe Thüringen

Immerhin haben wir nach 3 Großveranstaltungen mit je 400 Teilnehmern einen Ruf zu verlieren.

## Jahresbericht Regionalgruppe Ahlen

### Herbst 2007 – Sommer 2008

Im Oktober 2007 veranstalteten wir zum ersten Mal einen AD(H)S-Tag in Ahlen. 80 Eltern, Erzieher und Lehrer nahmen teil. Der Tag begann mit einem Vortrag von Frau Dr. Hameister aus Unna/Königsborn zum Thema Diagnostik. Dann teilten sich die Teilnehmer auf verschiedene Workshops mit den Themen: Möglichkeiten der Ergotherapie bei der Behandlung von AD(H)S, Psychomotorik und Tipps für den Alltag mit AD(H)S-Kindern.

Nach einer ergiebigen Mittagspause mit vielen interessanten Gesprächen ging es in eine zweite Runde mit Workshops. Einer befasste sich mit dem Thema: AD(H)S und Pubertät geleitet von Fr. Dissel-Arrenberg (Kinder- und Jugendpsychotherapeutin, Hamm). Der zweite war eine Podiumsdiskussion zum Thema Schule und AD(H)S. Dafür konnten Herr Kruse (Leiter einer Ahlener Grundschule) und Marion Bornschier (Leiterin der örtlichen Schule für Erziehungshilfe) gewonnen werden. Für die Selbsthilfegruppe sprach Carola Paulmichl, die Diskussion leitete Detlef Kamp, Mitglied der Regionalgruppe Ahlen. Hier kam es zu einem sehr interessanten Dialog, bei dem alle Beteiligten und auch das Publikum ihre Erwartungen an Schule/ Eltern einbrachten. Folge daraus ein sehr enger Kontakt und die Bitte der Schulen, doch in die Lehrerkollegien zu kommen und zu informieren und Arbeitsstrategien gemeinsam auszuarbeiten.

Die Veranstaltung wurde mit einem Vortrag für alle Teilnehmer mit dem Thema: Medikamentöse Behandlung von AD(H)S, gehalten von Dr. Droemann (Kinder- und Jugendpsychiater, Soest) beendet.

Da die meisten unserer betroffenen Kinder mittlerweile in der Pubertät sind, haben wir von Januar bis März gemeinsam ein Elterstraining organisiert. Es lehnt sich an das Elterstraining „Starke Eltern, starke Kinder“ des Kinderschutzbundes an. Wir konnten Frau Marquardt, Sonderpädagogin in einer Tagesgruppe für verhaltensauffällige Kinder in Ahlen, dafür gewinnen, dieses Konzept auf AD(H)S-Jugendliche umzuarbeiten.

Dieses Elterstraining hat uns sehr weitergeholfen.

Im April folgte dann ein Abend, zu dem Lehrer und Eltern eingeladen waren.

Wie immer bei diesem brisanten Thema wurde heiß diskutiert. Mittlerweile verfügen wir aber über sehr gute Kontakte zu den Ahlener Schule und viele unserer Wünsche und Tipps werden inzwischen umgesetzt.

Ein wichtiger Bestandteil unserer Gruppenarbeit sind

mittlerweile gemeinsame Unternehmungen mit den Kindern geworden. So ging es in diesem Jahr wieder einmal in die Kletterhalle, wo alle großen Spaß hatten.

Bevor die Sommerpause eingeläutet wurde gab es noch einen gemütlichen Grillabend.

Carola Paulmichl / Regionalgruppe Ahlen ■

## Jahresbericht Regionalgruppe Bamberg 2008

Aktivitäten außerhalb der regelmäßigen Treffen:

- Kontakt mit der Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen
- Besuch von Fortbildungsveranstaltungen
- Besuch von Mitgliederversammlung und Symposium des Verbandes
- Aktuelle Fachartikel und Literatur lesen, teilweise Stellungnahmen
- Zahlreiche Einzelgespräche mit Ratsuchenden
- Telefonberatung
- Guter Kontakt und Austausch mit der „mobilen Erziehungshilfe“ einer Förderschule
- Vorstellen unseres Verbandes und der Regionalgruppe auf Einladung der Heidelsteigschule Bamberg
- ADHS-Vortrag für Eltern an der Adam Riese Schule in Staffelstein
- Teilnahme am Selbsthilfetag
- Jeweils um den Jahreswechsel versenden (bzw. teils persönliches Vorbringen) von Infoflyern des ADHS Deutschland e.V. an Kinderärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Neurologen, Psychiater, sowie einige Psychologen in Bamberg und Landkreis
- traditionell im Juli Bierkellertreffen und im Januar geselliges Treffen bei kaltem Buffett

RG Bamberg, Carolin Zasworka ■



# Jahresbericht Regionalgruppe Bad Zwesten - JETZT: Schwalm-Eder

## Bericht von einer SHG-Gründung und dem ersten Jahr danach

Gegründet am 01.10.2007, liegt unser 1. Geburtstag nun schon vier Monate zurück. 16 Monate volles Programm, obwohl – oder gerade weil? – unsere Gruppe noch vergleichsweise jung ist.

Aus Verzweiflung darüber, dass in unserer ländlichen Gegend keine SHG in akzeptabler Zeit erreichbar war, gründete ich selbst eine.

Als dreifache Jungs-Mutter mit zweifacher ADHS-Diagnose (und eine 50:50 - Möglichkeit beim jüngsten Kind) stand ich alleine da. Ich hätte so dringend Rat und Zuspruch gebraucht, ohne mein Leben zerpfücken zu lassen, ohne mich rechtfertigen zu müssen.

Durch die großzügige Unterstützung der hiesigen Grundschulleitung hatte ich Glück mit dem Raum für unsere Treffen. Diese finden an jedem ersten Montag im Monat in einem Klassenraum statt.

Aus dem Elterntraining sollte die SHG entstehen, alle waren dafür und wollten auch kommen. Geblieben sind die Gründungs-paare: mein Mann und ich sowie meine Co-Leiterin und ihr Ehemann.

Die ersten Treffen waren frustrierend bezüglich der Teilnehmerzahl - trotz Bekanntmachung in der Tageszeitung, dem Gemeindeblättchen, Aushang und schriftlichen Einladungen. Wir vier waren unter uns, einmal saßen mein Mann und ich sogar alleine da.

Der Aufwand nebst Babysitter organisieren und bezahlen, Schlüssel- und Heizungsorganisation für den Klassenraum, inhaltlicher Vorbereitung, Kopien etc., stand in keinem Verhältnis zum lauen Besucher-Andrang.

Die Versuchung, aufzugeben, war groß, zumal die eigene

Familiensituation mich gnadenlos forderte.

Welche Geister rief ich da? Hatte ich nicht schon genug eigenen Kummer? Hielt ich die Not anderer Menschen auch noch aus?

Irgendwie hielt ich durch und bekam reichlich Rat und Unterstützung von der K.I.S.S. (=Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen) in Melsungen sowie Frau Rose-Hassel (W.U.T.-Gruppe Melsungen).

An dieser Stelle mein herzlichster Dank an sie! Frau Rose-Hassel riet mir auch zur Mitgliedschaft im ADHS Deutschland e.V., die ich zuerst scheute, dann aber dankbar annahm (und mit ihr die Funktion der Regionalgruppenleiterin).

Durch die vielfältigen Informationen des Verbandes, die Buchempfehlungen (ich habe eine stattliche ADHS- Bücher- Auswahl nach und nach gekauft und gelesen) und mein dadurch wachsendes Wissen bekam ich endlich Bestätigung, dass ich nicht alles grundverkehrt gemacht habe mit meinen Kindern. Ich hatte das Gefühl, meine Würde als Mensch und Mutter wieder zurückzubekommen.

Das gab mir die Kraft, doch mit der SHG weiterzumachen und andere Eltern in die Lage zu versetzen, ihre Eltern-Würde wieder zu erlangen und den Alltag bewältigen zu helfen.

Durch den Zusatz im Namen „Regionalgruppe im ADHS Deutschland e.V.“ sind wir als Gruppe offizieller geworden, auf manche Menschen mag die Mitgliedschaft seriöser und vertrauenserweckender wirken.

Das ist sie ja auch und soll es auch nach außen zeigen.

Mit unserem ersten Film-Angebot („Störfälle ? Teil I“) kamen prompt mehr Eltern.

Info-Stände beim SHG-Aktionstag in Frielendorf am Silbersee



Dr. Hans Biegert

sowie bei den Bad- Zwestener-Info-Tagen brachten den Durchbruch, danach kamen wieder mehr interessierte Eltern betroffener Kinder zur SHG.

Einmal besuchte uns die Leiterin der Tagesgruppe einer Schule im Landkreis nebst Mitarbeiterin. Sie war angetan von unserer „professionellen Arbeit“ (ihre Worte).

Beim SHG- Aktionstag in Frielendorf (s.o.) hatte ich sogar die Gelegenheit, unserem Landrat, der als Schirmherr den Tag eröffnete, den „Politiker-Brief“ in adaptierter Form zu überreichen und somit auch unsere Gruppe bekannter zu machen. Ich lief bei ihm offene Türen ein und konnte mein Herzklopfen (Himmel, ein Politiker!) bald auf Normal-Niveau herunterregulieren.

Über mehrere Monate warben wir intensiv für unseren Jahres-Höhepunkt: einen Groß-Vortrag von Herrn Dr. Hans Biegert.

Meiner Co-Leiterin Frau Dagmar Beyer-Schweinsberg danke ich von ganzem Herzen für ihren enormen Einsatz! Sie führte viele, viele Einzelgespräche an Schulen und Kindergärten, um für Vortrag und SHG zu werben.

Die im Juni 2008 erteilte Akkreditierung des hess. Kultusministeriums für den Vortrag und auch für uns als Anbieter für Lehrer-Fortbildungen erlaubte Leistungspunkte für die Lehrer. Diese wollten wir gezielt ins Boot holen, denn Nordhessen ist in Bezug auf ADHS ein weitgehend „weißer Fleck“.

Pionier-Arbeit allenthalben.

Für den Vortrag hat sie sich gelohnt: am 28.10.2008 kamen 210 Interessierte ins Kurhaus Bad Zwesten, 186 davon mit Voranmeldung. Über 80 Prozent waren Lehrkräfte, eine beeindruckende Zahl. Was mich beim Auswerten der ausgefüllten Erhebungsbögen des hess. Kultusministeriums beeindruckt hat, war die hohe Zahl der „altgedienten“ Lehrkräfte.

Also Diejenigen, die jahrelang bewährte Pädagogik in den letzten Jahren speziell in Bezug auf ADHS in Frage zu stellen begannen. Das bedeutet, dass sie genauso mit ihrem Latein am Ende waren wie die bis zur Einschulung eines ADHS- Kindes teilweise schon sehr überstrapazierten Eltern.

Insofern saßen wir an diesem Vortrags-Abend tatsächlich in einem Boot!

Dr. Biegert begeisterte mit dem von uns gewählten Thema „ADHS- impulsiv und unaufmerksam – Lehrer und Eltern ohne Chance?“ (...) und der ihm eigenen Art, das Ganze lebensnah auf

den Punkt zu bringen.

Mit Witz lockerte er das allzu Ernste auf und das Publikum war trotz abendlichen Drei-Stunden-Marathons wach und aufmerksam.

In der Pause war unser Info-Stand gut besucht, die angebotenen Brezeln schnell verzehrt und überall wurden angeregte Gespräche geführt. Die Rückmeldungen in den Wochen danach waren ausnahmslos gut und lassen auf bessere Zusammenarbeit mit den Schulen hoffen.

Die Gruppen-Mitglieder waren fleißig im Einsatz, sogar drei Lehrerinnen halfen an der Abendkasse und später bei der Ausgabe der (vorbereiteten)Teilnahmebescheinigungen.

So konnten wir uns nicht nur seriös in ansprechendem Rahmen (Kurhaus), sondern auch als gut organisiertes und einsatzfreudiges Team präsentieren. Ihnen allen danke ich von ganzem Herzen!

Im November 2008 referierte ein regionaler Kinderarzt im Gruppenrahmen zum Thema ADHS, viele persönliche Fragen konnten gestellt und beantwortet werden.

Meine Fortbildungen knubbelten sich, das hatte sich leider nicht anders terminieren lassen und erschöpfte mich in Kombination mit dem nicht leichten Familien-Leben und der logistischen Meisterleistung mit der Kinderbetreuung sehr.

Die Regionalgruppenleiter-Fortbildung in Forchheim Mitte Oktober mit den genialen Vorträgen von Frau Sari Solden („Die Chaos-Prinzessin“) und Frau Dr. Johanna Krause zum Thema ADHS bei Frauen war sehr spannend, informativ und – bei aller Anstrengung der letzten Monate – wohltuend!

Ich fühlte mich gut aufgehoben in der großen Familie ADHS Deutschland e.V.!

Vieles durchwaberte unausgesprochen den Raum, aber Alle wussten um ihre ähnlichen Lebensgeschichten, niemand musste sich rechtfertigen. Die Stimmung war gelöst und fröhlich.

Da lernt es sich viel besser!

Die medizinische Forschung ist bezüglich ADHS viel weiter, als mir bislang bekannt war und allgemein in der Bevölkerung zu wenig oder gar nicht bekannt ist. Umso wichtiger ist die Öffentlichkeitsarbeit, umso wichtiger ist unsere Arbeit in den Selbsthilfegruppen intern!

Mein Entschluss, auch die Gründung einer Erwachsenen - SHG zu initiieren, bestätigt sich hier.

In unserer Eltern-Gruppe gibt es einige Betroffene, aber auch außerhalb gibt es Viele, die diesen kleinen, aber wichtigen Hafen einer SHG bräuchten.

Sie zur Teilnahme zu motivieren ist nicht leicht und meine nächste Herausforderung!

Zusätzlich zum Jahres-Programm 2009 und unserem Jahres-Höhepunkt: einem ADHS – Symposium.

Welche Geister rufe ich da? Alte Bekannte...

Ich danke für die Möglichkeit, berichten zu dürfen und hoffe, damit ein wenig Mut zur Selbsthilfe-Organisation zu machen!

U. Corsham, RG Schwalm-Eder ■



# „ADHS und Sucht“

Gelungene Generalprobe für Frankenberg-Vortrag

Klinikdirektor Ohlmeier folgt SHG Sassenburg-Einladung und referiert in Gifhorn zwei Monate vor Bundessymposium zum selben Thema

Als die Leiterin des ADHS-Gesprächskreises Sassenburg, Margit Tütje-Schlicker, mit Dr. Martin Ohlmeier den Februar-Termin für einen Vortrag „ADHS und Sucht“ perfekt gemacht hatte, konnte sie noch nicht wissen, dass der

musste: Ist ADHS ein eigenes Krankheitsbild? Die Antwort schien vor acht Jahren im Doppelpack beantwortet gewesen zu sein. Martin Ohlmeier: „Wenn `Der Spiegel´ zwei Mal in 2001 darüber eine Titelstory bringt!“

ADHS und Sucht, das ist das eine. Noch dazu ADHS im Erwachsenen-Alter. Das mache die Sache so kompliziert. „Ich mach das!“, verdeutlichte er, „sagt jemand mit ADHS viel schneller.“ Auf neudeutsch, weiß Martin Ohlmeier, sagt man „Sensation Seeking“ dazu. Eine wissenschaftliche Hypothese lautet deshalb, viele von den Süchtigen hätten ADHS. Aber nicht immer würden sich in diesem Falle die Ärzte an das Thema ADHS herantrauen. „Das Problem ist“, verdeutlichte der Kasseler Klinikdirektor an einem Beispiel, „die therapeutische Entscheidung des Arztes, einem Cannabis-Suchtkranken Methylphenidat zu verschreiben.“ Das Thema Sucht als solches sei in Deutschland immer schon ein Stiefkind gewesen. Da insbesondere ein unerkanntes ADHS offensichtlich ein Risikofaktor für Süchte darstellt, sei vor allem, so Martin Ohlmeier, „die frühzeitige ADHS-Diagnose besonders wichtig.“

Eine etwaige Behandlung aber müsse im Rahmen eines geschützten Rahmens stattfinden. Stets mit individueller



Einschätzung und einem multimodalen Therapiekonzept. „Mittlerweile“, sagte der Referent, „wird ADHS-Forschung auf hoher Ebene betrieben, vor neun Jahren zum Beispiel hätten wir hier nicht so darüber sprechen können.“ Lassen Behörden die Medikamente aber nicht zu, warnt Dr. Martin Ohlmeier vor der Gefahr einer Zweiklassengesellschaft: „Das geht dann auf die Kosten der Ärzte oder es geht auf die Kosten der Patienten.“

Frank Häusler ■



Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie nur zwei Monate später auch beim Bundesverband ADHS Deutschland einer der Hauptredner sein würde. Die „Ohlmeier-Generalprobe“ für das Symposium in Frankenberg bei Chemnitz fand somit vor den Toren Gifhorns (Niedersachsen) statt.

Der zwischen Gifhorn und Wolfsburg ansässigen und seit sieben Jahren aktiven Regionalgruppe war im Prinzip von vornherein klar, ein brandaktuelles Thema präsentieren zu können. Noch dazu vorge-

tragen von einem aus Kassel angereisten Arzt, der wahrlich nicht nur in Bezug auf ADHS als erstklassiger Experte zu bezeichnen ist. Bester Beleg dafür: Von Anfragen überschüttet, hätte Ohlmeier am Ende seines Gifhorn-Auftritts seinen Vortrag auch für andere Orte buchen können. Aber Fehlanzeige. „Ich muss“, bat der Chefarzt des Ludwig-Noll-Krankenhauses im gut besuchten Sitzungssaal des Gifhorer Morada-Hotels um Verständnis, „in Kassel eine Klinik leiten.“ Der Gastgeberin Margit Tütje-Schlicker blieb bei diesen Worten ein verschmitztes Lächeln nicht verborgen, schließlich hatte sie den 43-jährigen Klinikdirektor aus Nordhessen schon Monate vorher als Referenten verpflichtet.

Regelrecht gefesselt waren die aus der Region Braunschweig-Wolfsburg-Celle erschienenen Zuhörer. Speziell von alldem, was Dr. Martin Ohlmeier über ADHS und Sucht zu berichten wusste. Nicht minder spannend und aufschlussreich, die Erzählungen aus seinem bisherigen Berufsleben. „Das spannendste, was man in der Medizin zur Zeit machen kann“, erläuterte Ohlmeier, „sind Neurowissenschaften.“ Damals, als er anfang sich intensiver mit ADHS zu beschäftigen, sei das noch „Pionierarbeit“ gewesen. Aber schnell wurden seine Sprechstunden immer größer. „Anfang 2000“, berichtet der Facharzt, „habe ich eine Spezial-Ambulanz für ADHS-Erwachsene an der Medizinischen Hochschule Hannover gegründet.“ Pionierarbeit, wohl auch deshalb, weil man sich früher immer wieder mit der Frage beschäftigen

# Nachruf für Ebba Labbé

Am 3. Dezember starb Ebba Labbé.

Alle, die Ebba Labbé kennen lernen durften, denen sie geholfen hat, die sie begleitet hat, denen sie Freundin in der Not war, die mit ihr gearbeitet haben empfinden große Trauer.

Eine Frau ist von uns gegangen, die sich unermüdlich, trotz schwerer Krankheit für die AD(H)S - Problematik und dessen Erforschung eingesetzt hat. Sie war acht Jahre erste Vorsitzende des Vereins „JUVEMUS e.V., der Vereinigung zur Förderung von Kindern und Erwachsenen mit ADS“, einer der großen Selbsthilfverbände.

Sie hat als eine der Ersten mit dafür gesorgt, dass die AD(H)S-Störung und die damit verbundene Problematik für die Betroffenen durch qualifizierte Fortbildungsveranstaltungen bei Ärzten und Therapeuten, wie auch bei Lehrern und Erziehern bekannt wurde und ernst genommen wurde. Als die anderen Selbsthilfverbände BV AÜK e.V., BV-AH e.V. und die BAG-TL e.V. 1999 an sie herantraten, um sich zu einer größeren Vereinigung zusammen zu schließen, war sie sofort dabei und es entstand mit

JUVEMUS e.V. und weiteren Verbänden die Interessengemeinschaft ADD (kurz IG-ADD), aus der Einsicht heraus, dass nur ein Miteinander das entsprechende Gewicht in unserer Gesellschaft erhält und nur dadurch in absehbarer Zeit wirkliche Erfolge für die ADHS - Betroffenen zu erzielen sind. Die Idee dieses Zusammenschlusses lebt weiter beim BVAD und beim ADHS - Deutschland e.V.

„Ich kann nicht außerhalb der Liebe leben. Ich habe niemals geredet noch gehandelt noch geschrieben, wenn nicht aus Liebe“ (Antoine de Saint-Exupéry)

Dieses war Ebba Labbé's Lebensmotto und alle, die sie kannten, haben es gespürt.

Ihre Kraft und Ihre Zuversicht und ihr Mut werden uns begleiten und uns bestärken weiter unermüdlich aufzuklären und zu forschen, um damit zum Wohl der AD(H)S-Betroffenen beizutragen.

## Brainmonster Studios | Zweistein

Zweistein ist ein nettes Matherätselspiel. Mit der Auswahl zwischen dem Einfach-, Mittel- und Schwierigmodus hat jede Altersgruppe Spaß am Spiel. Mädchen und Jungs können entscheiden, ob sie Celestine, die Prinzessin oder Bernard, der Abenteurer, sein wollen. Ich finde das Spiel gut, weil man nicht nur Rechenaufgaben lösen, sondern auch Geschicklichkeit haben muss, um das Spiel zu schaffen. Man muss z.B. gegen Piraten kämpfen und entscheiden, ob man angreift oder ob man ausweicht. Bei den Rechenaufgaben muss man mal schätzen, wie viele Pilze man z.B. sieht oder den richtigen Sachtext zu einer Rechenaufgabe finden. Bei den Rechentruhen muss man multiplizieren, dividieren, addieren oder subtrahieren.

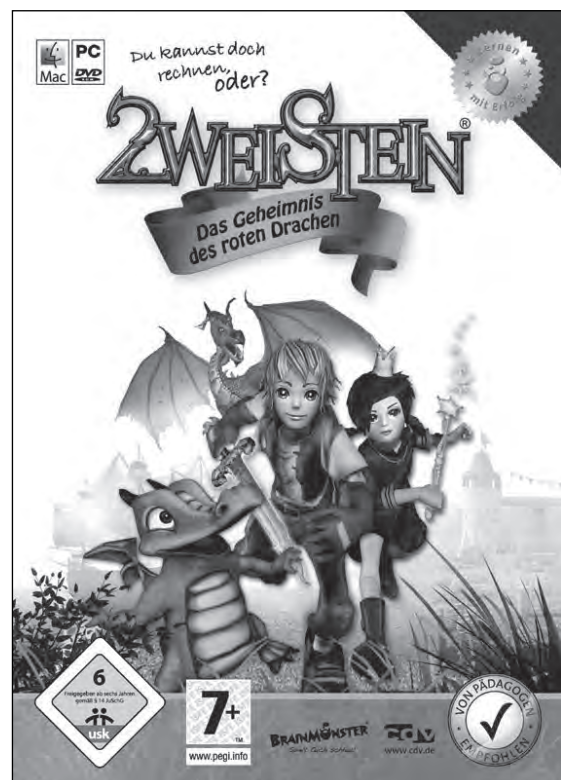
Linus Menter, 10 Jahre ■

Brainmonster Studios  
Zweistein

Trainingsversion: 98,00 €

Spielversion (ohne: 18 Trainingslevel, Auswertung, Datenexport, Game-Pad, Fachbuch): 39,99 €

Weitere Informationen: [www.brainmonster-shop.de](http://www.brainmonster-shop.de)



# Brainmonster Studios | Zweistein

Es gibt keine lernunwilligen Kinder, aber Lernhindernisse, für die das Kind nicht unmittelbar verantwortlich ist und die es aus dem Weg zu räumen gilt. Vor diesem Hintergrund wurde das Spiel Zweistein entwickelt: eine motivierende Atmosphäre schaffen und darin die Lerninhalte präsentieren. Es ist so einfach und so genial. Endlich macht Lernen Spaß und man muss fast Gewalt anwenden, um die Kinder am Ende der Spielzeit vom PC wegzuholen.

Zweistein ist ein Abenteuerspiel mit liebevoll animierten Figuren, Rechenaufgaben aus dem Grundschullehrplan, Konzentrationsübungen und spannenden Rätseln. Das Spiel ist geeignet für Kinder ab 7 Jahren, aber es bietet auch 14-jährigen Hauptschülern noch Spannung und Aufgaben, die sie fordern. Die Trainingsversion kommt zusammen mit einem Fachbuch und einem Gamepad und kostet 98 €, das Spiel alleine ist für 39,99 € im Brainmonster Shop zu haben. Dazu gibt es noch viele Fanartikel. (Bezugsquelle: [www.brainmonster-shop.de](http://www.brainmonster-shop.de))

Für technisch Interessierte: Das Spiel wurde auf einem AMD Athlon(tm)64 Prozessor 3500+ 2.20 GHz mit 1,00 GB Arbeitsspeicher, ATI Radeon X1200 Series Graphik und Windows Vista SP1 getestet und lief einwandfrei im normalen Grafikmodus. Wir haben lieber nicht versucht, die Grafikqualität zu erhöhen, das hätte vermutlich Probleme gegeben, denn unser PC lag technisch an der Untergrenze dessen, was der Hersteller empfiehlt: Pentium 4,2 GHz Prozessor / Core 2 Duo; Min. 1 GB RAM, Vista 1,5 GB; ATI ab Radeon 7500

Auch ohne Gamepad lässt sich das Spiel gut spielen. Mein „Testkind“ hat sogar die Tastatur bevorzugt. Die Spieldauer ist abhängig vom Spieler und vom Schwierigkeitsgrad. Schätzungsweise 20 bis 30 Spielstunden dauert es, bis man das Ende erreicht hat. Aber das Spiel ist so attraktiv, dass man es gerne noch mal spielt.

Die Trainingsversion beinhaltet neben dem reinen Spiel noch Übungen für gezieltes Lernen und Vertiefen. 18 Level sind direkt anwählbar und berücksichtigen auch schwierige mathematische Herausforderungen. Damit eignet sich das Programm für den professionellen Einsatz, z. B. im Förder- und Nachhilfeunterricht und in der Therapie.

Die Rahmenhandlung ist spannend, ein Szenario in der Fantasy-Welt Trillion, wo unsere Helden Bernard und Celestine aufregende Abenteuer bestehen müssen. Mit von der Partie ist der Drache Zweistein, der den Spielenden Tipps gibt, wenn es mal nicht voran geht. Der böse Gegenpart heißt Godron, er will die Macht an sich reißen. Unterstützung bekommt er von den Ronger-Piraten und

anderen dunklen (Un)wesen. Aber ich will nicht zu viel verraten.

Mein Testkind hätte am liebsten gar nicht wieder aufgehört zu spielen. Die im Spiel eingebauten Rechenaufgaben wurden ohne Murren bearbeitet. Leider gab es auch einige Textaufgaben, bei denen Kinder mit Leserechtschreibschwäche keine Chance haben, weil sie nicht schnell genug lesen können. Mein Testkind hatte sich aber fix eine Strategie ausgedacht: Man klickt ohne Nachdenken auf eine der drei Antworten, irgendwann ist die richtige dabei und das Spiel geht weiter.

Zum Lieferumfang der Trainingsversion gehört das Fachbuch „Lernen Trainieren Spielen!“. Zunächst werden die theoretischen Hintergründe des Lernens erklärt, von der Neurobiologie über die diversen Lerntheorien bis zur praktischen Umsetzung dieser Erkenntnisse im Spiel. Insbesondere wird auf Dyskalkulie eingegangen, die ja der Anlass für diese Software ist. Dann folgt ein kurzes Kapitel über das Lernen und Computer in der Schule.

Die darauf folgenden Seiten über Lernen mit ADHS zeigen noch einmal deutlich, welche besonderen Schwierigkeiten ADHS-Kinder beim Lernen zu bewältigen haben. Diesen Abschnitt lege ich allen Lehrern, die betroffene Kinder in ihrer Klasse haben, sehr ans Herz!

Im Folgenden werden die Kriterien eines guten Lernspiels beschrieben und Anmerkungen zur Medienpädagogik gemacht. Insbesondere wird auf die Suchtgefahr der neuen Medien eingegangen und Wege gezeigt, wie man besser damit umgehen kann.

Die Umsetzung des theoretischen Hintergrundwissens im Spiel ist für Fachleute sicherlich interessant. Als Mutter kommen mir aber die Tipps für Eltern und Experten mehr gelegen, zumal sie gut umzusetzen sind. Den Abschluss des Buches bildet das Kapitel „Lernen in der Zukunft“, das uns einen Ausblick gibt, wohin uns der technische Fortschritt führen wird.

Fazit: Für den professionellen Einsatz von Zweistein in Therapie und Schule ist die Trainingsversion ein Muss, und die aufmerksame Lektüre des Begleitbuches sollte Pflicht sein. Für den Hausgebrauch kann man sich überlegen, ob man für sein Kind eine gezielte Förderung benötigt (Zweistein-Trainingsversion), oder ob man lediglich ein pädagogisch wertvolles Spiel (Zweistein - Das Geheimnis des roten Drachen) anschaffen möchte.

Und zum Schluss noch ein Wunsch an die Macher bei Brainmonster: Die Legastheniker hätten auch gerne so ein schönes Spiel.

Sabine Nicolei ■

Kathrin Passig, Sascha Lobo

# Dinge geregelt kriegen

ohne einen Funken Selbstdisziplin

Als gebürtiger Badener und Wahlbayer, als chronischer Zuspätkommer und König des Aufschiebs sollte ich dieses Buch lieben! Der Badener ist von Haus aus gemütlich, denn was immer auch anstehen mag – um ein „Viertel zu schlotze“, wie wir zum Genuss von 250ml Wein zu sagen pflegen, wäre selbst im Angesicht des Weltuntergangs noch Zeit. Die Bayern mögen heute individuell pünktlich sein, doch historisch kamen sie zum Vorteil des Staates stets zu spät. Zum Beispiel zur Völkerschlacht bei Leipzig anno 1813, als das von Napoleon zum Königreich erhobene Bayern eben mal zehn Tage vor der Schlacht die Seiten wechselte, am Kampf aus Zeitgründen allerdings nicht mehr teilnehmen konnte und auf dem Wiener Kongress dennoch mit erheblichen Gebietsgewinnen belohnt wurde.

Was hat diese kleine Geschichtsstunde nun mit der Rezension von „Dinge geregelt kriegen“ zu tun? Ad primum erreichte dieser Text die Redaktion nur sehr knapp vor dem Erscheinen der „Akzente“. Ad secundum ist er selbst der beste Beleg für die Kunst des Aufschiebs. Wie lange müssen Sie auf ein paar gehaltvolle Sätze zum Leben „ohne einen Funken Selbstdisziplin“ noch warten? So lange, bis ich meinen Hang zu Bildungsexkursen hinreichend ausgelebt habe! Schließlich will ich verständlich machen, warum ich dieses Buch so sympathisch finde – und warum so fatal. Das ist nicht leicht, macht man sich die Aussage der Autoren zu eigen, Selbstdisziplin sei „eine Kettensäge, mit der man ganze Wälder voller Bäume fällen, sich aber auch nebenbei ein Bein amputieren kann“.

Bei der Lektüre des Buches stößt man auf tausend ansehnliche Bäume mit kleiner und großer Geschichte, die einen an der Berechtigung des Holzhandels zweifeln lassen, aber auch auf manches gestellte Bein, das den Leser mehr oder minder absehbar stolpern lässt. Dass diese unsere Welt entschleunigt gehört, daran zweifelt angesichts von Telefonflaute, Speed-Dating und Fast Food kaum jemand, der sich noch an stille Zugfahrten übers Land, den ersten Kuss unter der Linde am Brunnen auf dem Kirchplatz oder Omas selbst gebackenes Brot erinnert. Keine Erinnerung daran oder alles sentimental erklärte Dorfgeschichte? Mag sein, Passig und Lobo denken da nicht anders. Sie wollen nicht mit „Rosenzüchten und selbstgepresstem Olivenöl glücklich werden“, aber auch keine „kräftezehrenden Tricks lernen, wie man sich in das enge, kantige Korsett von Konventionen zwischen Arbeit

und Amt hineinpressen kann“. Okay, da ist was dran, denkt der Bayer mit „Laptop und Lederhose“ (das war der Slogan der Staatsregierung zu Beginn des Internetzeitalters!), und fragt gewohnt zaghaft: Wie geht das anders?

Was der schlaun Einleitung des Buches folgt, ist eine fröhliche Sammlung von Essays über das Versagen – von Leuten, die es sich leisten können. Beginnend mit dem „Wissenswertes über Prokrastination“ – das ist ein schönes Fremdwort für die ungleich hässlichere Vokabel des Aufschiebs – über die „Überforderung durch die Umwelt“ bis hin zum „Triumph des Unwillens“ ist schon der „Auf-takt“ überschriebene erste Teil die Obere-Mittelschichts-Antwort auf die Untere-Mittelschichts-Problematik der Bürgerlichkeit. Aufschieber sind gute Menschen, heißt die Losung, weil Geduld eine Tugend ist, unsere Zeit und Gesellschaft den Menschen überfordern und der Wille seit Schopenhauer ohnehin nurmehr blinder Drang, seit Nietzsche gar ein chronischer „Wille zur Macht“ sei. Die Anspielung auf Leni Riefenstahls Reichsparteitagfilm „Triumph des Willens“ ist dabei fast ein bisschen anstößig. Alles zusammen ist eine Distanzierung vom Spießertum, die man sich leisten können muss. Sonst kostet der Aufschieb die Schulkarriere, Geld, Freunde (die nicht gerne warten), anezogen-unbewusste Selbstdisziplin und langfristig auch den anstrengenderen Teil der eigenen Moral.

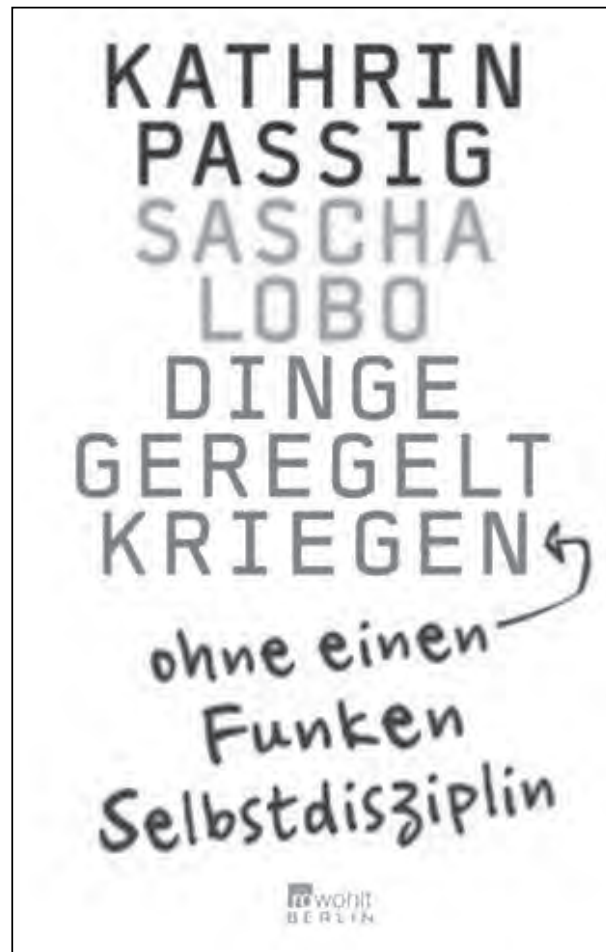
Teil 2, „Arbeit“ überschrieben, setzt den feuilletonistischen Diebstahl plakativer Ideen und deren Umlackierung zum farbenfrohen Hippie-Vehikel des Internetzeitalters fort. „Der innere Zwingli“ ist die späte Abrechnung mit Max Weber, dem Lieblingssoziologen von Betriebswirtschaftlern und Hobbytheologen, das „Lob der Disziplinlosigkeit“ ein kurzes Surfen gegen den Wind konservativer Erziehungsideologie. Die folgenden acht Kapitel sind eine Art deutsche Übertragung des Bestsellers „Bonjour Paresse“ der französischen Schriftstellerin Corinne Maier, in dem sie humorvoll beschreibt, wie man gutbezahlte Angestellte eines Staatskonzerns sein kann, ohne etwas dafür zu tun – außer vielleicht, während der Arbeitszeit einen Bestseller zu schreiben, der den Arbeitgeber verhöhnt. Das Buch hat, wie „Dinge geregelt kriegen“, einigen Charme. Anders als Passig und Lobo propagiert Maier allerdings ein individuelles Vorteilsdenken, nicht aber ein soziales Projekt; ihr Arbeitgeber soll durch die eigene Faulheit nicht besser werden, die Welt der

ohne einen Funken Selbstdisziplin geregelten Dinge hingegen schon.

In den Teilen 3 und 4 geht es um „Alltag“ und „Abhilfe“. Das gewöhnliche Leben bei Passig und Lobo scheint dabei aus Chaos, Rechtfertigung und Entschuldigung des Chaos sowie Selbsterledigung des Chaos durch Chaos zu bestehen. Lustige Anekdoten wie die Geschichte vom unversicherten Auto im Kapitel „Letzte Mahnung!“ geben der Handlungsmaxime der Autoren den Anschein eines kategorischen Imperativs der Zwangserfahrung: Alles liegen lassen, bis es andere so nervt, dass die es machen oder ihre eigenen Ansprüche aufgeben. Folgerichtig heißt die letzte Überschrift des Alltagssteils „Jemand müsste mal ...“ – und mit jemand meinen die Autoren zweifellos nicht sich selbst. Da jedoch auch Passig und Lobo ein Gewissen haben (Anhänger der Psychoanalyse dürfen es als Über-Ich verurteilen), diskreditieren sie den sozialen Wunsch nach Erledigung als „Weltverbesserungsforderungen“. Würde man die Autoren fragen, was sie von Umweltschutz, Friedensbewegung oder Selbsthilfegruppen halten, könnten und wollten sie diese sicher nicht ablehnen. Sogleich finden sie jedoch einen Weg, noch die ureigensten Anliegen durch „Outsourcing“ anderen zur Aufgabe zu machen. Merke: Wenn man nur so richtig überhaupt gar keinen Bock aufs Putzen hat, ist die Putzfrau irgendwann noch für den ärmsten Menschen ein hinreichend begründetes Mittel, Besuche des Gesundheitsamtes zu vermeiden! Andererseits: Wartet man noch ein bisschen zu, schickt vielleicht das Gesundheitsamt jemanden zum Putzen, um eine Kakerlakenplage im Quartier abzuwenden ...

Das letzte selbstverfasste Kapitel des Buches wird durch ein Zitat des Wehrmachtsgenerals Kurt von Hammerstein-Equord eingeleitet. Dieses preist die gleichermaßen klugen wie faulen Menschen, denn Klugheit bedeute Klarheit und Faulheit bedeute Nervenstärke. „Den Aufschub aushalten“, sollte das Kapitel letztlich überschrieben sein, um die besondere charakterliche Leistung der Vermeidung zu unterstreichen, doch „Die Insel der Saumseligen“ ist auch nicht schlecht. Wenn man's recht bedenkt, wäre dieses Spiel mit der Illusion der Seligkeit der bessere Titel für das ganze Werk gewesen. Vielleicht hatten Autoren oder Verlag für diesen Fall befürchtet, der potenzielle Leser würde die 287 Seiten als die Lüge vom Paradies der Vergessenden identifizieren, eine Art Atlantis, in dem die Probleme vor dem Menschen sterben. Dann hätte ich mich vor dem Kauf des Buchs allerdings gefragt, ob es überhaupt Sinn macht, es zu lesen, da sein Inhalt über kurz oder lang ohnehin obsolet ist.

Halt! Über-Ich an Ich: **Du hast das Buch zur Rezension überlassen bekommen, also lies es und schreib darüber!** Ich will aber nicht! **Du musst!** Muss ich gar



Kathrin Passig, Sasha Lobo  
 Dinge geregelt kriegen  
 ohne einen Funken Selbstdisziplin  
 Rowohlt Berlin Verlag GmbH, ISBN: 978-3-87134-619-4  
 272 Seiten, 19,90 €

nicht! **Wenn Du das Buch nicht rezensierst, dann darfst Du nie mehr in der „neue Akzente“ schreiben!** Will ich auch gar nicht! **Bis die Rezension fertig ist, gibt's kein Fernsehen!** Auch kein Bildungfernsehen? **Gar keins!** Aber Abendessen? **Nein!** Okay, dann stell ich den Wecker morgen auf 5 Uhr. **Mir egal, wann Du Deine Arbeit erledigst, doch mach's endlich!** Aber das Buch ist schlecht! **Das weißt Du doch gar nicht, Du hast es noch nicht gelesen!** Aber es könnte schlecht sein! **Deine Rezension auch!** Aber dann ist es vielleicht besser, wenn ich sie gar nicht schreibe?! **Das entscheiden die Leser!** Aber wenn die Leser die Rezension schlecht finden, dann habe ich sie ja schon geschrieben. **Dann lesen sie vielleicht auch das Buch, weil sie glauben, dass das besser ist!** Aber wenn das Buch doch auch schlecht ist? **Dann haben sie immerhin gelesen: Eine schlechte Rezension und ein schlechtes Buch!** Und das soll gut sein?! **Immer noch besser als Fernsehschauen ...**

© Johannes Streif ■

# Jesper Juul | Nein aus Liebe

## Klare Eltern - starke Kinder

Der Titel hatte mich neugierig gemacht. Da ich mich oft ertappe, dass ich nicht „Nein“ sagen kann, fühlte ich mich angesprochen. Das Buch teilt sich in 3 Kapitel:

1. Die Kunst, Nein zu seinen Kindern zu sagen
2. Wann ist Nein die richtige Antwort?
3. Lernen, mit gutem Gewissen Nein zu sagen

In den letzten 15 Jahren wurde die Erziehungsdebatte sehr stark vom „Setzen von Grenzen“ dominiert. Dadurch konnte man den Eindruck gewinnen, dies sei der Dreh- und Angelpunkt im Verhältnis zwischen Eltern und Kindern. Außerdem gibt es ja noch die „Super-Nanny“ und Verhaltenspsychologen. Diese wollen uns weismachen, jede noch so chaotische Familie binnen weniger Tage in einen Hort der Ruhe und Harmonie verwandeln zu können. Leider dauert es im realen Leben etwas länger, um dieses Ziel zu erreichen. Der Autor, ein erfahrener Familientherapeut, möchte Eltern dabei unterstützen, die Qualität der nahen Beziehungen zu fördern. Außerdem müssen wir zu uns selbst ein „Ja“ haben, um „Nein“ sagen zu können. Wir sollten lernen uns abzugrenzen. All dies mit gutem Gewissen und in dem Bewusstsein, dass wir unseren Kindern damit gute Vorbilder sind. Wie klappt das, ohne jemanden zu kränken oder zu verletzen?

„Darf ich heute länger aufbleiben?“ „Dafür bist du noch zu klein ... außerdem bist du so müde.“ Solche Antworten sind in Familien häufig zu hören. Doch was sollen sie eigentlich bedeuten? Ja? Nein? Oder vielleicht? Manche Eltern trauen sich kaum „Ich will ...“ oder „Nein“ zu sagen. Sie betrachten es als unhöflich und anmaßend, sich so unmissverständlich zu äußern. Oder sie möchten beliebt sein. Aber je beliebter sie sein wollen, desto eher riskieren sie, von anderen missachtet und ausgenutzt zu werden. Es sind nicht nur diese beiden Ursachen aufgeführt, warum wir dazu neigen, uns halbherzig, indirekt, korrupt oder defensiv zu verhalten. Wichtig ist, sie zu erkennen, um klar, persönlich und selbstsicher auftreten zu können. Ich darf keine Kompromisse mit mir selbst eingehen, sondern muss bewusst zu meinem Nein stehen. Ich finde Hinweise, wie man mit allen Altersgruppen von Kindern, vom Säugling bis Teenie, umgehen kann. Auch ungeschickte Formulierungen in den Fallbeispielen werden erläutert. Wenn ich z.B. einen Konflikt habe, sollte ich nicht über den *anderen*, sondern über die *eigenen* Gefühle und Gedanken reden. Dadurch kann man nicht kränken oder verletzen.

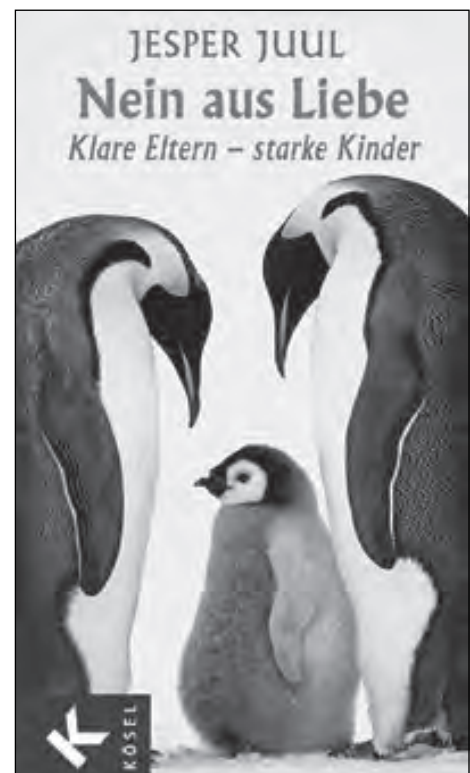
Dieses Buch lässt sich gut lesen und ist sehr verständ-

lich. Das Wichtigste ist auf den Punkt gebracht. Es werden alle Aspekte behandelt, die mit dem Thema „Nein-sagen“ verbunden sind. Sicherlich ist Manches schon bekannt, aber es schadet nicht, daran wieder erinnert zu werden. Ich denke, es ist auch ein gutes Buch für selbst betroffene Eltern mit ADS. Diese bringen mitunter nicht die Konsequenz auf, so zu handeln, wie sie es sich wünschen. Sie stehen unter enormen Druck, das Richtige für ihre Kinder zu tun. Es geht hier jedoch gar nicht so sehr um die Konsequenz, sondern zu lernen, nicht zu allem Ja zu sagen. Auch die vielen Erklärungen zeigen den Weg zu einem besseren Verhältnis mit dem Kind. Sicherlich kann es hier nur um Kinder mit einem leichten ADS gehen, aber von ADS handelt das Buch auch nicht.

Mich hat das Buch sehr entlastet. Es unterscheidet sich wohlthuend von so manchem Erziehungsratgeber für Kinder (mit ADS). Ich denke, wir müssen, wenn wir es noch nicht können, zuerst einmal lernen: „Nein“ zu sagen aus Liebe.

Elke Klug ■

*Jesper Juul*  
*Nein aus Liebe*  
*Klare Eltern - starke Kinder*  
 Verlag Kösel, ISBN: 978-3-466-30776-0, 2009  
 125 Seiten, 12,95 €



# Michael Winterhoff | Warum unsere Kinder Tyrannen werden.

## Oder: Die Abschaffung der Kindheit

Bald ein Jahr nach dem Erscheinen eines Buches eine Rezension zu schreiben, ist stets eine Mischung aus Respekt und Nötigung. Respekt, da die Auflage von Winterhoffs Buch inzwischen in die Hunderttausende geht, der Autor dauerpräsent in den Medien ist und mit „Tyrannen müssen nicht sein“ das Nachfolgewerk bereits den Buchhandel erreicht hat. Nötigung aber aus demselben Grund, denn letztlich kann nicht unwidersprochen bleiben, was Winterhoff an Unsinn über Kinder, ihre Entwicklung und die Gesellschaft, in der wir leben, schreibt.

Peinlich ist schon der Titel, der in raffinierter und zugleich offenbar nur bedingt reflektierter Weise auf drei erfolgreiche Bücher der letzten Jahrzehnte anspielt: Jirina Prekops „Der kleine Tyrann“ aus den 1980er Jahren, das die Kritik an einer Erziehung ohne Grenzsetzung mit dem therapeutischen Konzept der Festhaltetherapie verband; Philippe Ariès „Die Entdeckung der Kindheit“, das 1960 im Original erschienene, soziologisch fundierte Gegenstück zu Winterhoffs psychoanalytischer Deklaration einer Endzeit von Kindheit; und Peter Høegs „Plan von der Abschaffung des Dunkels“ aus den Jahren vor der Jahrtausendwende, eine literarische Abrechnung mit der Idee, durch bessere Erziehung bessere Menschen schaffen zu können.

Am nächsten kommt Winterhoff den Ansichten Prekops. Beide verbindet, auf unterschiedlicher ideologischer Grundlage, die verzweifelt anmutende Annahme, dass unerzogene Kinder zu kleinen Monstern mutieren, deren Ziel die unmittelbare Bedürfnisbefriedigung in einer ihnen vermeintlich zuhandenen Welt ist. Prekop ist dabei – ungeachtet der verheerenden Auswirkungen der Festhaltetherapie in der Behandlung von Autisten in den siebziger und achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts – zugute zu halten, dass sie an die Kraft der Liebe glaubte, die dem Guten selbst durch die Mauern der psychischen Störung Bahn brechen sollte. Winterhoff hingegen glaubt allenfalls an die Angst vor dem Hass, den unsere Gesellschaft den unerzogenen Kindern eines nahen Tages nurmehr entgegen bringen werde. Seine tiefenpsychologisch gefärbte simple Lehre von der Psyche als Summe von Funktionen und Weltbildern reduziert das Leben auf eine Ansammlung sozial überformter individueller Triebe, in der das kindliche Lernen von der pädagogischen Absicht der Erwachsenen abhängt. Kinder sind in

diesem Konzept so gut wie das Funktionieren der „Nervenzelle Mensch“, die das soziale Wissen und Gewissen ausnahmslos zu repräsentieren scheint. Und so schlecht wie die sie erziehenden Erwachsenen, die sich in ihnen zu verwirklichen suchen.

Hat man die 191 Seiten des Buches gelesen, das laut Autor kein Erziehungsratgeber sein möchte, so weiß man kaum, welcher der zahllosen Hinweise zu Erziehung den ersten und heftigsten Widerspruch verdient. Obgleich Winterhoff in seiner dilettantischen Terminologie in zügiger Wiederholung die Phrase der „Bildung psychischer Funktionen“ an die Stelle des sozial erworbenen Anstands – von der Vorrede „Zwischen Super-Mamas und Erziehungsnotstand“ bis zum letzten Kapitel „Wo wir hinkommen müssen“ ist das Werk ein einziges pseudowissenschaftlich verbrämtes Lamentieren über das erzieherische Versagen von Eltern, Lehrern und Erziehern. 23 Fallbeispiele, mal graphisch abgesetzt und mal nicht, präsentieren Kinder in unbewusst-dreister Grenzüberschreitung und die mit ihnen befassten Erwachsenen als verkopfte, bemüht-hilflose Verlierer.

„Permissive Erziehung“ nennt dies die Pädagogik seit Jahrzehnten, doch Winterhoff will das nicht wissen und auch nicht an diese Begrifflichkeit anschließen. Vielmehr konstruiert er unter tiefenpsychologischer Beugung der Begriffe „Partnerschaftlichkeit“, „Projektion“ und „Symbiose“ holzschnittartige Beziehungsmuster meist zwischen Mutter und Kind, welche den Verzicht auf Anleitung, Vorbild und Autorität in quälend abstrakter Weise erklären. Die erzieherische Bequemlichkeit der Eltern erscheint so durch ein Verkennen des Kindseins motiviert, die Verleugnung der gesellschaftlichen Realität in einem narzisstischen Wunsch von Müttern und Vätern nach Liebe begründet, die Gleichgültigkeit gegenüber der Mitwelt als Folge einer masochistisch anmutenden ungenügenden Differenzierung zwischen dem elterlichen und dem kindlichen Ich. Aus der Mischung von irrer Perspektive mit abstrusem Vokabular entstehen schließlich Sätze wie der folgende über Eltern, die sich nicht an dem auf ihnen herumturnenden Kind stören: „Sie verarbeiten in diesem Moment das Kind als Eigenimpuls, klettern also im weitesten Sinne selbst auf sich rauf und runter und empfinden es daher nicht als unangemessen.“ Wie war das?

Fragwürdig sind bei Winterhoff nicht die sozialen Werte, die er vertritt, sondern seine Ansichten zur Entwicklungspsychologie. Daher wird man seinen Ausführungen nicht gerecht, stellt man ihn mit Buebs „Lob der Disziplin“ in die Ecke einer neuen Autoritätsgläubigkeit. Die krude psychoanalytische Lehre von „oralen, analen und magisch-ödipaler Phase“ ist die Basis sowohl psychologisch als auch neurologisch falscher Grundannahmen und Schlussfolgerungen. Dazwischen liegen weite Bereiche einer konditionierten Wahrnehmung, die stets ein wenig an die berühmte Hegel-Anekdote erinnert, als der Philosoph während einer Vorlesung mit dem Einwurf konfrontiert wurde, seine Sichtweise entspräche nicht der Realität. „Desto schlimmer für die Wirklichkeit!“, soll Hegel ausgerufen haben. Freud und seine Nachfolger sind mittlerweile sogar einen Schritt weiter. Sie verurteilen nicht nur die Welt dafür, dass diese ihrer Ideologie nicht genügt, sondern auch die Mitmenschen für deren Widerstand gegen die eigene Einsicht. Winterhoffs Beispiel der Mutter, die in einer Buchhandlung nach einem „einfacheren“ Mathebuch für die vierte Grundschulklasse fragte, liest sich wie ein Verdikt über die Leser seines eigenen Werkes: Wer ihm nicht folgt, ist nur zu verblendet, zu involviert oder aber schlicht zu träge, ihn zu verstehen.

Was aber gibt es angesichts der von Winterhoff proklamierten gesellschaftsweiten Angst vor den tyrannischen Kindern zu begreifen? Wo sind die wissenschaftlichen Untersuchungen, die das postulierte Verkümmern der motorischen Fähigkeiten von Kindern belegen, wo die Befunde für eine wachsende Zahl fundamentaler Wahrnehmungsstörungen?! Es sind Winterhoffs Patienten, welche die Computer-Maus oder den Controller der Spielkonsole, den Touchscreen des neuen Mobiltelefons und den „Jog-Dial“ des Auto-Bordcomputers schneller bedienen können als ihr akademisch gebildeter Arzt! Warum schneidet Kohorte um Kohorte von Jugendlichen immer besser in den etablierten Intelligenztests ab, wenn doch eine mal um mal gewaltiger beschworene Masse an Schülern weder richtig lesen noch schreiben noch rechnen kann?! Ich kenne auch keine Zahlen, die nahelegen, dass Kleinkinder heute länger als noch vor einer Generation in Bett und Windeln machen, wohl aber eine wachsende Phalanx an Pädagogen, Soziologen und Politikern, welche die positiven Seiten früher Krippenerziehung in unkritischem Euphemismus über die Förderung von Kindern in der Familie stellen.

Die meisten Kinder wissen und können heute viel mehr als Gleichaltrige vor dreißig Jahren, aber sie haben in Schule und Freizeit, vor Fernseher und Computer ein schier unüberblickbares Sammelsurium an partikularisiertem Wissen und nutzlose Ortskenntnisse in virtuellen Welten erworben. Sie verfügen entsprechend der bekannten Normalverteilung intellektueller Begabung über eine im Mittel hochdifferenzierte Sprache, die allerdings nicht

mehr von Erich Kästner und Thomas Mann, sondern durch Hogwarts und Internet geprägt wurde. Deutsche Kinder können, wie eine wissenschaftliche Studie vor einigen Jahren aufzeigte, mehr Pokémon-Monster als Tiere unterscheiden, – bzw. konnten, denn der Zenith der hässlichen Zeichentrickfiguren ist, Gott sei Dank, überschritten, während „Emil und die Detektive“ wie auch der „Zauberberg“ noch heute viele Leser finden. Die Lehrpläne unserer Kindergärten und Schulen sind voll von theoretischem Lernstoff und künstlicher Erziehung, aber zunehmend leerer an Musik, Handwerk und Bewegung, welche zentrale Voraussetzungen für Selbststeuerung und ein reales Begreifen der Welt sind. Wir bringen den Kindern das Wählen bei, bevor sie den Wahlzettel lesen können, die Nutzung des Computers vor dem Schreiben, das Funktionieren der Börse vor der Kulturtechnik des Rechnens. Wen wundert es, dass der Nachwuchs am Anfang von Ausbildung, Studium und Beruf auf selbstverantwortliches Lernen und Leisten schlecht vorbereitet ist?

Wer mag angesichts der Ausführungen Winterhoffs ein weiteres Mal in das altgediente Horn des Früher-Besser stoßen? Es ist im Letzten weder zu bestätigen noch zu widerlegen, denn so vieles war früher so anders. Sollte uns allen wie auch dem Autor nicht offensichtlich sein, dass jeder Zeit und Gesellschaft ihre eigene Erziehung frommt?! Der altertümliche Begriff des „Frommen“ ist hier ganz bewusst gewählt, denn die Kunst des Erziehens ist Glaube und Tradition, Überzeugung und Vermittlung von Werten, soziale Erwartung auf Grundlage einer gemeinsamen Geschichte. Winterhoffs Fallbeispiele können in diesem Sinne die Furcht vor einer Gesellschaft unerzogener Egomane begründen, nicht aber die Angst vor einem „selbst generierten Crash-Test“ oder dem „Verlust einer ganzen Generation“. 35 und mehr Wochenstunden Schulunterricht, zwei Stunden Hausaufgaben täglich, dazu lange Zeiten an Maschinen und vor Monitoren, die frühe unbedingte Gruppengewöhnung in Krippe und Hort, pädagogische Programme und therapeutische Maßnahmen bis zum Überdruß sind eine exzellente Vorbereitung der meisten Kinder und Jugendlichen auf ihre Funktion in der postindustriellen Gesellschaft von Morgen.

Freilich macht all dies keine guten Bauern und Handwerker, keine empathischen Krankenschwestern und vertrauensvollen Priester, doch das fordern weder Winterhoff noch seine Kritiker. Wenig tut in unserer Gesellschaft mehr Not als Rücksichtnahme und soziale Verantwortung, doch das ist weder Aufgabe und Nutzen des Einzelnen noch eine praktische Notwendigkeit gesellschaftlichen Überlebens. Die von Winterhoff geforderte erzieherische Einstellung mag vor rechthaberischen Kollegen und aufdringlichen Nachbarn schützen – und das ist schon sehr viel! –, nicht aber vor gewissenlosen Spekulanten und unbarmherzigen Bürokraten, welche nachgerade durch ihre soziale Anpassung ihre zerstörerische



Macht erreichen. Was unsere Zeit jedoch mehr als alles andere schmerzlich vermissen lässt, ist die Leidenschaft der nächsten Generation, etwas zu wollen, das größer und besser, schöner und gerechter ist, als was wir ihnen hinterlassen: Den Willen, ihr Wissen und Können, Maschinen und künstliche Intelligenz, Zeit und Wohlstand zu etwas Sinnvollerem zu verwenden als anspruchslose Unterhaltung und die Flucht in virtuelle Welten. Was der Philosoph Leibnitz vor 300 Jahren bereits begriffen hatte, ist dem Psychiater Winterhoff offenbar unzugänglich: Das hier ist die beste aller Welten – sie ist es wert, dass man sich mit ihr auseinandersetzt, dass wir ihren Kindern vertrauen und sie zur Liebe erziehen!

© Dr. Johannes Streif ■

Michael Winterhoff  
 Warum unsere Kinder Tyrannen werden  
 Oder: Die Abschaffung der Kindheit  
 Gütersloher Verlagshaus, ISBN: 978-3579069807  
 191 Seiten, 17,95 €



Dr. med. A. Alfred, Dipl.-Psych. S. Eiden, K. W. Heuschen,  
 Dr. A. Neuy-Bartmann, Dr. U. Rothfelder

# ADHS-Praxishandbuch - Die ADHS und ihre Begleiterkrankungen

Ein praktischer Leitfaden für Kinder und ihre Eltern, Jugendliche, Erwachsene, Lehrer und Therapeuten

Ein sehr lesenswertes Buch für die genannten Zielgruppen mit Schwerpunktthemen für Eltern und Therapeuten, wobei bei den genannten Hilfen und Trainings für Eltern bzw. die vorgestellten Therapieformen oft korrekte Informationen fehlen, wie und wo diese in Anspruch genommen werden können. Das nur für Bayern einschlägige Therapeutenverzeichnis ist viel zu umfangreich, wenn das Buch für ganz Deutschland sein soll. Eine sehr gute Hilfe für alle, die gezielt etwas über Komorbiditäten, deren Diagnostik und Therapie erfahren möchten. Die Trennung zwischen ADS und AD(H)S ist schwammig und wird erst nach Lesen des gesamten Kapitels klarer.

Ute Pepler ■

Dr. med. A. Alfred, Dipl.-Psych. S. Eiden, K. W. Heuschen,  
 Dr. A. Neuy-Bartmann, Dr. U. Rothfelder  
 ADHS-Praxishandbuch - Die ADHS und ihre Begleiterkrankungen  
 Ein praktischer Leitfaden für Kinder und ihre Eltern,  
 Jugendliche, Erwachsene, Lehrer und Therapeuten  
 ADHS-Zentrum München (AZM), ISBN: 9783833473425  
 282 Seiten, 22,95 €



Leserbrief zum Artikel

# „ADHS bei Adoptiv- und Pflegekindern-(K)ein Problem für Vermittler?“

von Gerhild Drüe

Meinen Dank an Gerhild Drüe, dass sie dieses „heiße Eisen“ angefasst hat!

Die Zeit ist schon lange reif, die Verbindung ADHS und Adoptiv- und Pflegekinder zu beleuchten. Ich spreche aus eigener Erfahrung, denn wir leben seit 23 Jahren mit einem Adoptivkind und einige Jahre weniger mit drei Pflegekindern in einem Haushalt. Alle diese Gefühle und Überlegungen, die Frau Drüe in ihrem Artikel beschreibt, kennen wir aus eigener Erfahrung.

Als gelernte Erzieherin habe ich damals nicht dagegen angesehen, fremde Kinder in unserem Haushalt aufzunehmen, hatte ich doch während der Ausbildung gelernt, dass Kinder sich gut entwickeln werden, wenn man ihnen eine richtige, liebevolle, konsequente Erziehung zukommen lässt.

Leider wurden wir durch ganz bittere Erfahrungen eines anderen belehrt. Meine ganzen Vorstellungen von Erziehung wurden durch die Erfahrungen im Umgang mit unseren von ADS und ADHS betroffenen Kindern (Die Diagnosen wurden von Fachärzten erstellt) eines anderen belehrt. Drei unserer Kinder sind mittlerweile auf dem Papier erwachsen, im Alltag und im Beruf aber noch lange nicht. Vielleicht werden sie es nie sein. Wenn unsere Kinder die Struktur und den Halt in unserer Familie nicht hätten, würden zwei von ihnen vermutlich auf der Straße leben. Der dritte würde in einem Heim leben, da er ohne Diagnose und ohne medikamentöse Therapie weder in der Schule für geistige Entwicklung noch zu Hause tragbar wäre.

Unsere Betreuerin vom Jugendamt erkennt mittlerweile die Störung unserer Kinder an, zieht aber noch keine Verbindung zur genetischen Verursachung von ADHS. Sie sieht die Probleme nur als Folge der angeblich schwierigen Lebensumstände, aus denen die Kinder kommen. Aber: Unser Adoptivsohn hat seine leiblichen Eltern nicht einmal gesehen; die beiden anderen haben nur wenige Wochen mit ihren leiblichen Eltern verbracht. Dabei erkenne ich in unseren Kindern die großen Verhaltensähnlichkeiten mit ihren leiblichen Eltern.

Unser Ältester, der sich wie ein leibliches Kind angenommen fühlt, beschreibt, dass er durch und durch

anders ist als wir und dass er eigentlich nicht zu unserer Familie „passt“. Leider hat er Recht.

Was wäre bis jetzt aus den Kindern geworden ohne unsere feste Struktur, ohne unser notwendiges „Für-sie-Denken“, ohne unser Management für sie? Ich bin überzeugt: Sie würden leben wie ihre leiblichen Eltern, hätten wahrscheinlich später Kinder, die wieder in Pflegefamilien untergebracht werden müssten. Nicht umsonst sprechen die Mitarbeiter des Jugendamtes vom „alten Amtsadel“.

Was bewirkt unsere Erziehung aber auf lange Sicht? Oft fragen wir uns: Was wird aus unseren Kindern, wenn wir nicht mehr sind? Wann endlich erkennen Fachleute die Problematik bei schwerer komorbider ADHS und handeln entsprechend?!

Zum Schluss danke ich hier dem behandelnden Kinder- und Jugendpsychiater unserer Kinder für seine kompetente Hilfe für unsere Kinder. Ohne ihn wären wir keine Familie mehr.

Gertrud Bergmann ■

*Ergänzend zum Artikel von Frau Drüe möchte ich noch eine andere Sicht- und Erlebnisweise neben die beschriebene stellen, die keinesfalls bewertend sein soll, da wir natürlich alle ganz unterschiedlich auf das, was uns begegnet, reagieren.*

Was auch mich seit längerer Zeit nachdenklich macht, ist die allgemeine Erfahrung, die ebenso für „meine“ Gruppen zutrifft, dass nicht selten Adoptiv- und Pflegeeltern an unseren Selbsthilfegruppen teilnehmen.

Mein Mann und ich haben unsere Kinder ebenfalls angenommen, und eigentlich hatten wir längst vergessen, dass diese nicht in unsere Familie hineingeboren wurden. In der ADHS-Selbsthilfegruppe allerdings holte uns die Erinnerung in der Gemeinschaft anderer Adoptiveltern wieder ein. Sehr bewusst wird mir dabei, wie bedingungslos wir und auch die anderen Adoptiveltern, die ich in der Gruppe kennenlernte, unsere Kinder lieben – trotz all der Schwierigkeiten, durch die ja leibliche Eltern von ADHS-betroffenen Kindern genauso gehen müssen – und

dass wir jede Hilfe, die möglich ist, für unsere Kinder zu finden suchen.

Die unbeschwerte Vorfreude, verbunden mit großem Optimismus, die Eltern leiblicher Kinder während der Schwangerschaft vorbehalten bleibt, ist Adoptiveltern auf Grund der natürlich auch notwendigen, negativen Überlegungen, mit denen durch Adoptionsvermittlungsstellen die Aufnahme eines Kindes in die Familie begleitet wird, häufig sowieso nicht aufrecht zu halten. Bei uns gipfelte der Versuch der JA-Mitarbeiterin, uns nicht mit allzu großer Freude auf eines unserer Kinder zugehen lassen zu wollen, in der Frage, ob wir denn auch das Kind einer Prostituierten und eines Gewaltverbrechers annehmen würden. Ohne Zögern antwortete mein Mann: "Warum nicht? Wir wollen doch nicht den Herrn oder die Dame adoptieren!" Diese Unbefangenheit und diese Zuversicht haben uns, in Verbindung mit Mut machenden Menschen, durch schwerste Zeiten gerettet, denn – wieder wie bei leiblichen Eltern – ist es genau **die** Gefühlslage, die uns in schwierigen Situationen, ob mit oder ohne ADHS, weiter- und durchzuhalten hilft. Wir haben jede Adoptiv- und Pflegeelterngruppe abgelehnt, weil wir unsere Kinder ganz individuell in ihrer Persönlichkeit anschauen und die entsprechende notwendige Hilfe finden wollten. Da wir unsere Anträge so gestellt hatten, dass wir bereit waren, auch ein "behindert" Kind in unsere Familie aufzunehmen, waren wir – wie bei einer Schwangerschaft – offen für alles, was kommt. Also: **"Keine Garantie für nix!!!"** Wie leibliche Eltern gingen wir später durch härteste Zeiten, immer in dem Bewusstsein, wie groß die Nöte auch für die Kinder selbst waren. Es ist gut, dass eine Adoption (sie ist erst möglich, wenn das Kind schon monatelang in der Familie gelebt hat) die unbedingte Bekenntnis zum Kind ist; zu dem Kind, das einmalig, besonders und, wenn nötig, jede Hilfe wert ist, so wie ein leiblich geborenes Kind für seine Eltern auch.

Nun bleibt es der Forschung überlassen herauszufinden, warum gerade so viele Adoptiv- und Pflegekinder eine ADHS haben – eine Frage, die mich neugierig macht und für die ich natürlich auch schon Antworten bereit habe, deren Lösung uns in der Sache an sich mit der ganz individuellen Betrachtung und Hilfegebung unserer ADHS-betroffenen Kinder aber nicht weiterhilft. ADHS hat uns als Adoptiveltern einfach getroffen, genauso wie die leiblichen Eltern in unseren Gruppen auch!

Als Gruppenleiterin und auch als Telefonberaterin ist mein Ziel, für alle Eltern Mut zu machen nicht aufzugeben sowie Hilfestellung beim Durchhalten zu leisten. In unseren Fortbildungen für TelefonberaterInnen gilt als besonderes Kriterium zu lernen, innerhalb der Beratung das eigene Erleben zwar als wichtige Erfahrung und dennoch mit Abstand im Hintergrund zu haben, damit wir uns selbst nicht als Maßstab für die Problematik der Anrufenden nehmen.

Bei Nachfragen zu ADHS würde ich adoptionswilligen Eltern in einem Telefonberatungsgespräch eine Störung, die im Rahmen einer Adoption eine unter vielen möglichen ist, die aber vielleicht niemals auf die Eltern zukommt und die so unendlich viele Facetten hat, keinesfalls in schwärzesten Farben beschreiben. Wir alle, die wir Kinder adoptiert haben, sind durch die Mühlen der Jugendämter gegangen und wissen lange, bevor wir die Kinder bekommen haben, wie schwer sie – auf welche Art auch immer – belastet sein können. Der kleine "unverkopfte" Rest soll Vorfreude bleiben können – als Willkommen für das Kind und in der Gewissheit der Anrufenden, dass es einen ADHS-Selbsthilfeverband gibt, der im Notfall immer für sie da ist.

Gerhild Gehrman ■

Projektleitung Telefonberatung

## Du musst sehr geduldig sein

oder von der Einübung des Verstehens

„Wenn du einen Freund willst, so zähme mich!“

„Was muss ich da tun?“ sagte der kleine Prinz.

„Du musst sehr geduldig sein“, antwortete der Fuchs.

„Du setzt dich zuerst ein wenig abseits von mir ins Gras. Ich werde dich verstohlen, aus dem Augenwinkel anschauen, und du wirst nichts sagen. Die Sprache ist eine Quelle von Missverständnissen. Aber jeden Tag wirst du dich ein bisschen näher setzen können.“

„Der Kleine Prinz“, Antoine de Saint-Exupéry

## Fortbildungstermine der Telefonberater

### Fortbildung / Schulung (Gruppe 1)

Freitag, 08.05.2009 - Sonntag, 10.05.2009

Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

### Fortbildung / Schulung (Gruppe 2)

Freitag, 19.06.2009 - Sonntag, 21.06.2009

Johanniter-Akademie

Weißenburgstr. 48

48151 Münster

### Fortbildung / Schulung (Gruppe 1)

Freitag, 06.11.2009 - Sonntag, 08.11.2009

Johanniter-Akademie

Weißenburgstr. 48

48151 Münster

### Fortbildung / Schulung (Gruppe 2)

Freitag, 29.01.2010 - Sonntag, 31.01.2010

Katharina-Staritz-Haus

Kurstrasse 22

63667 Nidder-Bad Salzhausen

## Fortbildungstermine der Landesgruppen

### Landesgruppe Baden-Württemberg:

21./22 November 2009

### Landesgruppe Bayern:

stand bei Redaktionsschluss noch nicht fest.

### 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:

20. / 21. Juni 2009 in Münster

### Landesgruppe Thüringen:

9. Mai 2009, 14 Uhr in Jena

Termin unter Vorbehalt, Ausweichtermin 16.05.09

## 26. / 27. September 2009, Hirschaid Bundesweite Regionalgruppenleiterfortbildung

### Internationaler ADHS-Kongress in Wien

Vom 21.05 bis 24.05.2009 wird in Wien der zweite internationale ADHS-Kongress stattfinden. Der erste Kongress fand 2007 in Würzburg statt und war mit 1600 Besuchern ein großer Erfolg. Nun lädt der Tagungspräsident Prof. Andreas Warnke nach Wien ein und formuliert in seiner Grußadresse insgesamt mehrere inhaltliche Themenschwerpunkte: die Betrachtung von ADHS aus der Lifespan-Perspektive, die Darstellung neurobiologischer Prozesse in der Interaktion mit Umweltfaktoren und eine Förderung des transkulturellen Verständnisses von ADHS.

Die Veranstaltung wird im „Hofburg Kongress Center“ stattfinden. Das Tagungsprogramm ist aktuell noch in Bearbeitung. Erste Informationen finden sich auf der Homepage des Kongresses.

Im Anschluss an den Kongress findet am Sonntagnachmittag von 14.00 bis 18.00 Uhr ein Patiententag für alle Interessierten im AKH Hörsaalzentrum, Währinger Gürtel 18 – 20, Wien, statt.

Organisatoren sind ADHD-Europe und ADAPT Österreich.

Weitere Informationen folgen in Kürze unter

<http://www.adhd-congress.org/congress-information/patientsday.html>

# LEHRBUCH DER PSYCHOTHERAPIE

Herausgegeben von: W. Hiller, E. Leibing, F. Leichsenring, S. K. D. Sulz

Fritz Matzejat (Hrsg.)

## Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien

Alles was verhaltenstherapeutische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für die staatliche Prüfung wissen müssen und für Ihre Therapiepraxis.

Band 4: Bibl. Nr. 16425 • 94,- €

– 810 Seiten –

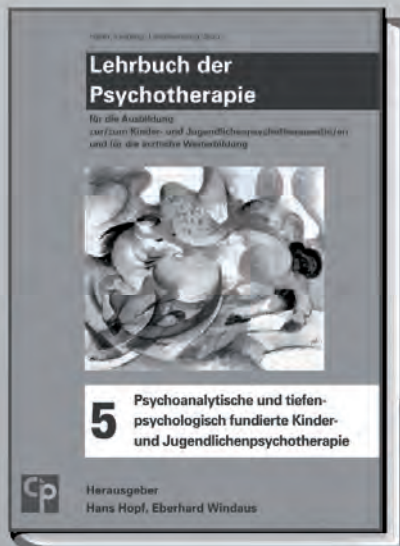
BAND 4



Hans Hopf, Eberhard Windaus (Hrsg.)

## Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Umfassendes Wissen über die analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie inkl. kinder- und jugendspezifischer Grundlagentheorie



Band 5 richtet sich in erster Linie an die Ausbildungskandidaten des neu geschaffenen Berufs Kinder- und Jugendlichentherapeut, sofern sie die Fachkunde für die vertieften Verfahren analytische Psychotherapie oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie erwerben wollen. Aber auch Psychologische Psychotherapeuten, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, sowie Pädagogen, Sozialpädagogen und Psychologen werden die grundlegenden Informationen und praxisnahen Behandlungsdarstellungen für ihre Alltagsarbeit gut nutzen können. Ebenso denken wir, dass dem Kinder- und Jugendmediziner zum Erwerb des Zusatztitels Psychotherapie und dem Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten im Rahmen der fachärztlichen Weiterbildung – insbesondere die Darstellung der Behandlung umschriebener klinischer Krankheitsbilder – hilfreich sein wird.

Band 5: Bibl. Nr. 16430 • 84,- €

– 650 Seiten –

BAND 5

Alle 2 Bände (4 und 5):  
Bibl. Nr. 16500 • 168,- €

**CIP-Medien**

Nymphenburger Str. 185 • 80634 München

Tel. 089-13079321 • Fax 089-132 133 • cipmedien@aol.com



## Geschäftsführender 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
- Unterstützung  
des Vorstandes **Herta Bürschgens**  
52249 Eschweiler  
adhsde.buerschgens@gmx.de
- Erwachsenen-ADHS: **Dr. Astrid Neuy-Bartmann**  
63739 Aschaffenburg
- Webredaktion: **Sabine Nicolei**  
38527 Meine  
web.redaktion@adhs-deutschland.de
- Regionalgruppen **Carl Schell**  
91301 Forchheim  
c.schell@adhs-deutschland.de
- Kinder und  
Jugendliche mit ADHS  
und Lobbyarbeit: **Dr. Klaus Skrodzki**  
91301 Forchheim
- Öffentlichkeitsarbeit: **Dr. Johannes Streif**  
streif@therapaed.de
- juristische  
Angelegenheiten: **Reinhard Wissing**  
96049 Bamberg

## Unterstützung des Verbandes

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



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

# 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:



Sari Solden  
"Die Chaosprinzessin - Frauen zwischen Talent und Misserfolg"  
ADHS Deutschland Verlag, 7. Aufl., 2008,  
ISBN 978-933067-02-9  
**€ 15,20**

Mit diesem Buch hat Sari Solden wahre Pionierarbeit auf dem Gebiet der ADS geleistet. Auf der Basis wirklicher Lebensgeschichten und ihrer neuesten klinischen Untersuchungen hat sie eine neue Screening-Liste ganz speziell für Frauen mit ADS entworfen. Sie beleuchtet die besonderen Herausforderungen, mit denen Frauen mit ADS sich auseinandersetzen müssen und beschreibt, worauf man bei der Behandlung achten muss. Sie skizziert die Schritte, die den Frauen Kraft geben, ihr Leben zu verändern.



BV-AH e.V. (Hrsg.)  
"ADHS. Lebensweg mit Hindernissen - Was tun?"  
BV-AH Verlag, 2005, ISBN 978-3-933067-12-8  
**€ 9,50**

Die Situation Erwachsener mit ADHS - Informationen über ein lebensbegleitendes Störungsbild und seine vielfältigen Auswirkungen mit Beiträgen über ADHS im Alter, Wehrdienst und ADHS, Leistungssport und medikamentöse Behandlung, Borderlinestörung und ADHS, genetische Ursachen, Haltung der Krankenkassen, ADHS und Fahrerlaubnis und vieles mehr.

## ADHS Deutschland e.V.

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

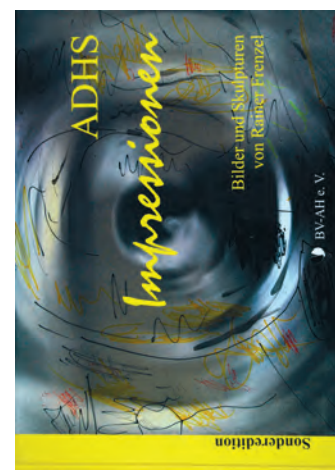
E-Mail: [info@adhs-deutschland.de](mailto:info@adhs-deutschland.de)  
Internet: [www.adhs-deutschland.de](http://www.adhs-deutschland.de)

### Spendenkonto:

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

### Beitragskonto:

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



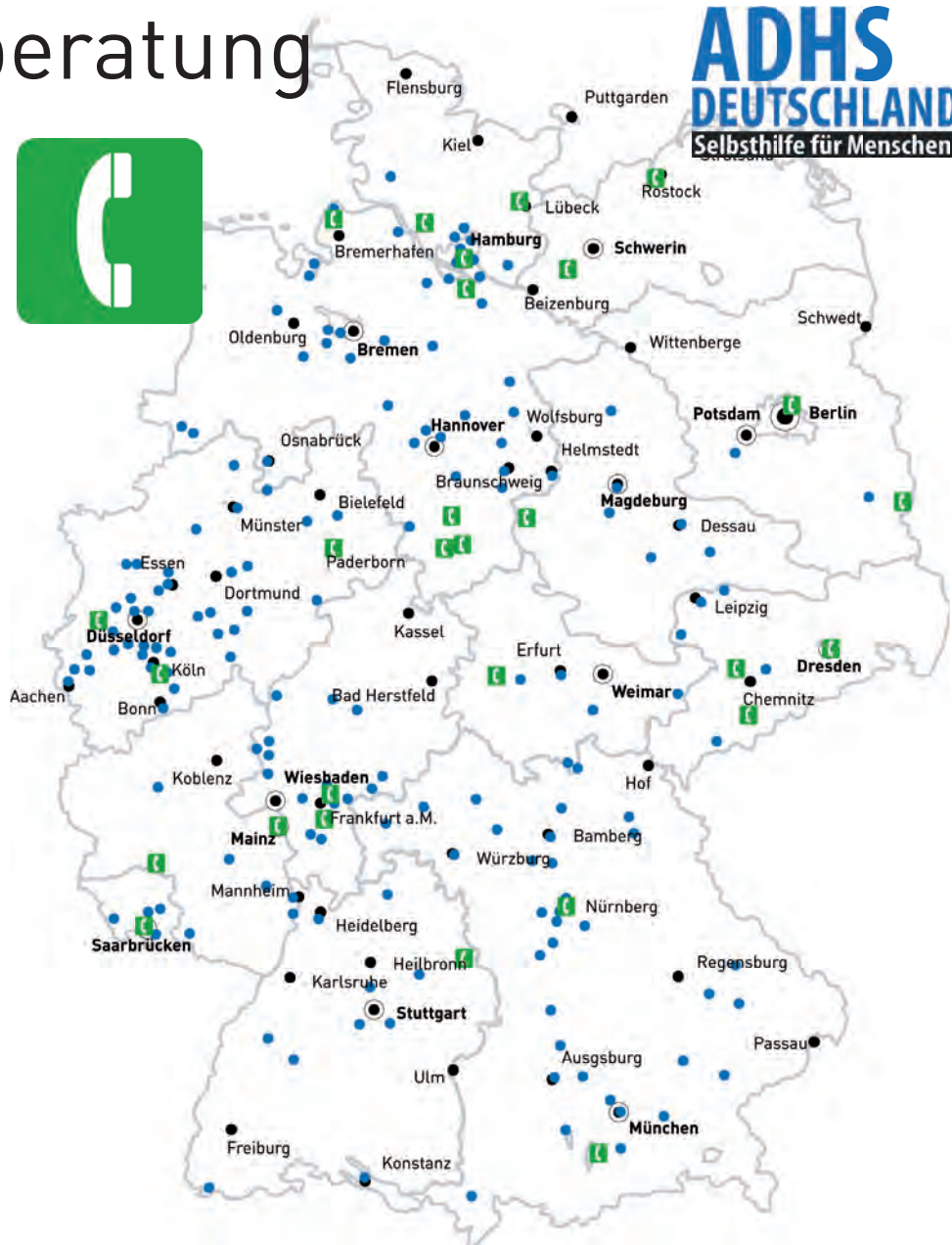
BV-AH e.V. (Hrsg.)  
"ADHS Impressionen"  
BV-AH Verlag, 2006, ISBN  
3-933067-13-8  
**€ 17,50**

Dieser Sammelband zeigt Bilder und Skulpturen des Künstlers und Arztes Dr. Rainer Frenzel, der sich seit Jahren mit der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sowie ihren Komorbiditäten gestalterisch auseinandersetzt. Namhafte Fachleute sowie Betroffene und Angehörige kommen in kurzen Erzählungen, Gedichten, mit Zitaten oder fachlichen Texten zu den ausgewählten Abbildungen zu Wort.

Besuchen Sie uns im Internet: [www.adhs-deutschland.de](http://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 Gehrman:  
04121 – 80 72 72  
Pitt Lau:  
040 – 76 97 75 10  
Birgit Weigel:  
040 – 68 91 50 23

## Hessen

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

## Mecklenburg-Vorpommern

Ricarda Mafille:  
03883 – 72 77 18  
Karin Heynen:  
0381 – 70 07 59 25

## Niedersachsen

Sabine Nicolei:  
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 Gehrman:  
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](http://www.adhs-deutschland.de) oder fordern diese bei der Geschäftsstelle an.

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