

die AKZENTE

Nr. 69/70, 3. u. 4. Vierteljahr 2005



- **Unterstützung von Eltern**
gegenüber Jugendämtern
- **Das Trainingsraumprogramm**
und seine Bedeutung für hyperaktive Kinder
- **Coaching heißt Training –**
nicht Therapie
- **ADHD Europe**
Erfolgreiche Tagung europäischer ADHS-Verbände
- **Bundesärztekammer**
nimmt Stellung zu ADHS

DIE ALLTAGSENGEL

sie tragen kein goldenes oder weißes gewand und ihre flügel sind nicht zu sehen wenn sie ungenannt und unerkannt an uns vorübergehen

DIE ALLTAGSENGEL

sie kommen nicht immer in schöner gestalt und tragen auch keinen heiligenschein!
es gibt sie in jung – es gibt sie in alt auch in groß und klein

DIE ALLTAGSENGEL

ihr wohnsitz ist nicht beim himmlischen thron und es gibt sie in dumm und klug sie erwarten keinen besonderen lohn - strahlende augen sind ihnen dank genug!

DIE ALLTAGSENGEL

sie fragen nicht viel nach geld und gut auch nicht nach herkunft und stand sie haben courage – sie machen uns mut und es gibt sie in jedem land!

DIE ALLTAGSENGEL

mal ist es die nachbarin von nebenan im schlichtem kleid – ein arbeitsmann ein bettler gar der den weg uns weist die fremde frau die mit uns reist

DIE ALLTAGSENGEL

den armen haben sie brot und kleidung gebracht einem verzeifelten mut und hoffnung gemacht ein tier vor möglichen qualen gerettet eine tote zur letzten ruhe gebettet beim kranken gewacht – die ganze nacht! ein trauriges kind zum lachen gebracht.

DIE ALLTAGSENGEL

nein – sie tragen kein goldenes oder weißes gewand und ihre flügel sind nicht zu sehen sie reichen uns hilfreich und gütig die hand weil sie uns're sorgen und ängste verstehen.

DIE ALLTAGSENGEL

wie trostlos wäre wohl unser leben würde es DIESE ENGEL nicht geben! Wir hätten SCHON JETZT den himmel auf erden wenn WIR ALLE zu ALLTAGSENGELN werden.

gerda bernhardis

Liebe Mitglieder, liebe Leserinnen und Leser,

ein turbulentes Vereinsjahr geht zu Ende. Dem Vorstandswechsel folgte im August auch ein Redaktionswechsel – mit ein Grund für diese zweite Doppelausgabe in diesem Jahr.

Diese „die AKZENTE“ wurde nach vielen Jahren erstmals wieder redaktionell in ehrenamtlicher Arbeit erstellt.

Für den Verein bedeutet dies' Mehrbelastung, aber auch eine finanzielle Entlastung. Mit Unterstützung des Redaktionsteams ist es mir mit diesem „Erstlingswerk“ gelungen, Ihnen auch weiterhin eine gute Verbandszeitschrift rund um das Thema „ADHS und Begleitstörungen“, mit einer guten Mischung der Themenbereiche, mit denen wir als ADHD-Selbsthilfverband befasst sind, zu erstellen. Ich bedanke mich bei allen, die durch einen Beitrag – ob kurz oder lang – mit dazu beigetragen haben, diese Ausgabe herzustellen. Barbara Högl hat für uns unerwartet ihre Schriftleitertätigkeit für die AKZENTE vorzeitig beendet. Ich bedanke mich noch einmal an dieser Stelle – auch im Namen des Vorstandes – für ihre engagierte Redaktionsarbeit über viele Jahre und wünsche ihr alles Gute.

Die Themen Jugendhilfe und Schule nehmen in dieser Ausgabe einen breiteren Raum ein, der teilweise zu Diskussionen und Reaktionen anregen wird. Inwieweit die gesetzlichen Änderungen durch das KICK (s. S. 14) sich negativ für unsere Kinder auswirken werden, wird sich in der nächsten Zeit zeigen. Die öffentlichen Kassen sind nun einmal leer.

Den Hilfefzugang für junge Menschen mit seelischer Behinderung wollte man wohl nicht grundsätzlich erschweren, sondern sicherstellen, dass diejenigen, die Hilfe brauchen, auch in Zukunft die geeigneten und notwendigen Leistungen erhalten. Der Missbrauch der staatlichen Hilfe sollte unterbunden, sowie bestimmte Praktiken der „Großzügigkeit“ oder vermeintlicher Laxheit des Fachpersonals ausgeschlossen werden. Dass noch einmal die vorrangige Leistungsverpflichtung der Schulen bzgl. Förderung bei Teilleistungsschwächen herausgestellt worden ist, wird so mancherorts zu Problemen führen, weil unsere Lehrer und Schulen nicht genug darauf vorbereitet sind.

Über kritische, aber auch positive Äußerungen unserer Leser würde ich mich freuen.

Für das nächste Jahr hat sich der Vorstand wieder viel vorgenommen, u. a. auch das regelmäßige Erscheinen unserer Zeitschrift, ein informatives Symposium, den Ausbau der Selbsthilfearbeit, weitere Lobbyarbeit für Betroffene, die Weiterführung von Verschmelzungsverhandlungen und vieles mehr. Schau'n wir mal, was wir leisten können.

Wenn wir richtig geplant haben, dann liegt Ihnen diese neue Ausgabe unserer Zeitschrift noch rechtzeitig vor Weihnachten auf dem Tisch. Grund genug, Ihnen allen frohe Festtage und ein gutes Neues Jahr – auch im Namen des Vorstandes – zu wünschen.

Ich grüße Sie herzlich



Ihre

Herta Bürschgens

Inhalt

› Familie/Erziehung/Gesellschaft

Unterstützung von Eltern gegenüber Jugendämtern 2
Manfred Rabatsch

Änderung des Kinder und Jugendhilfegesetzes! 14
Hans Biegert

› Schule/Pädagogik

Das Trainingsraumprogramm und seine Bedeutung für hyperaktive Schüler 5
Karin Nießen, Albert Claßen

Minus mal Minus gibt Plus? 22

Hans Biegert

Ist die Klassengröße wirklich so wichtig? 26

Magdalene Geisler

„Neues“ Lernen – gehirngerecht für alle Kinder 55

Detlef Träbert

BVL-Kongress in Berlin 62

› Wissenschaft/Medizin/Therapie

Coaching heißt Training – nicht Therapie 11

Wilma Mahler

Eine Erfolgsmeldung und ihr realistischer Kern 19

ADHS und Reizdarm – Chronische Bauchschmerzen im Kindesalter 20

Renate Meyer/Prof. Dr. med. Th. Richter

IQ besitzt wenig Aussagekraft 41

René Benden

Die Bundesärztekammer nimmt Stellung zur ADHS 44

Detlev Boeing

ADHS – Konsensuserklärung erneuert! 46

Wechselwirkungen zwischen Arznei- und Nahrungsmitteln 47

Alke Abraham Zadeh

Studie zu ADHS im Erwachsenenalter – Probanden gesucht 54

DGKJP reagiert auf Politikerstatements 58

ADHS-Förderpreis 2005 ausgeschrieben 70

Strattera muss vor suizidalem Verhalten warnen 70

› Leben mit ADHS

Kein ADHS oder doch? 36

Sabine Hinkel

Dabei wollte ich nur schnell einkaufen gehen 37

Hermine

Erwachsene mit ADHS – immer im Nachteil? 40

Kornelia Schneidt

AufmerksamkeitsdefizitSyndrom – was ist das eigentlich? 73

Margarete Gatzten

› Aus den Regionen

Psychogramm einer Selbsthilfegruppe 28

Margarete Gatzten

Väterzeit 2005 – zur Nachlese einige Gedanken 30

Martin Egger

Geschichte einer SHG-Gründung 32

Thomas Dereser

Selbsthilfegruppen präsentieren sich 35

BV AÜK in Ostwestfalen aktiv 52

› International

Bald mehr sichere Arzneien für Kinder 42

EU-Kommission nimmt Grünbuch an 43

Detlev Boeing

Erfolgreiche Tagung europäischer ADHS-Verbände 59

Detlev Boeing

› BV AÜK Intern

Die Telefonberatungsstellen des BV AÜK 27

Wir freuen uns schon auf nächstes Jahr 38

Uschi Amrein

› Kurz notiert

Homöopathie und ADHS 45

Zink erhöht Konzentrationsfähigkeit 21

Renate Meyer

ADHS und Auslandsreisen 34

› Forum

Bücher, Bücher 64

Für Sie gelesen und notiert 68

Impressum 80

Das Titelbild – der Saxophonist – von Veronica Seegers zeigt uns, wie sensibel Menschen mit ADHD sind. Sehen Sie ihn an und hören sie ihm zu ..., die leise Melodie berührt die Seele

Unterstützung von Eltern gegenüber Jugendämtern

Manfred Rabatsch

Im Herbst 1997 war ich vom BV AÜK erstmals gebeten worden, im Rahmen des großen Symposiums in Berlin einen Workshop zum Thema: „Welche Hilfen bietet das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) Familien mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern?“ anzubieten.

Bereits in diesem Workshop machten mir die ersten Erfahrungen mit den immer wieder nachfragenden, interessierten und im Umgang mit Jugendämtern betroffenen Eltern sehr deutlich, welche Schwierigkeiten man dort hat, sich auf die Probleme von Kindern mit ADHS und ihren Familien einzulassen. Ursachen dafür sind sowohl **fehlende Fachkenntnis über die Symptomatik als auch die häufig mangelhafte Bereitschaft einiger Fachkräfte in den Jugendämtern, sich auf den Weg eines verständnisvollen und fachlich qualifizierten Umgangs mit den Familien, vor allem den Eltern, zu geben.**



M. Rabatsch anlässlich eines Workshops für Gruppenleiter.
Rechts: Herta Bürschgens

Als besonders schwerwiegend und in diesem Sinne beeindruckend empfand ich die Berichte der Eltern über gehäufte und sich zuspitzende Auseinandersetzungen, die sie als Eltern von ADHS Kindern in verschiedenen Jugendämtern durchzustehen hatten, ohne eine dringend erforderliche Hilfe nach dem KJHG zu erhalten. Gerade aber diesem Ziel – der Gewäh-

rung bedarfsgerechter, erforderlicher Hilfen, die im partnerschaftlichen und fachlichen Klärungsprozess mit den betroffenen Familien ausgehandelt werden sollen – galt die durchgreifende Jugendhilfrechtsreform, mit der im Jahre 1990/91 das alte Jugendwohlfahrtsgesetz von 1924 durch das neue Kinder und Jugendhilfegesetz abgelöst wurde.

Wenn ich berücksichtige, mit welchen Meldungen über Störungen von sozial auffälligen Kindern aus Familie, Kita, Schule und Nachbarschaft es die Jugendämter täglich zu tun haben, wird nicht mehr nachvollziehbar, dass deren Reaktionen gegenüber betroffenen Eltern oftmals in Ablehnung und Schuldzuweisungen münden, wenn die „Störungen“ Ausdruck der Symptomatik des ADHS sind. Gerade hier ist gegenüber Eltern eine fachkundige Beratung und Hilfe angezeigt, aber keine weitere Ausgrenzung, wie sie häufig Kinder mit ADHS – Problematik bereits in Kitas, vor allem aber Schulen, immer wieder mit aller Härte erleben.

So sahen sich zum Beispiel Eltern nach häufig jahrelangen Auseinandersetzungen mit der Entscheidung von Schulen und Schulräten konfrontiert, eine Schülerin oder einen Schüler mit diesem „Störungsbild“ nicht mehr beschulen zu wollen. Sie wurden aufgefordert, für ihre Kinder eine andere Schule zu suchen und dies ohne dass ihnen zuvor die dringend notwendige Hilfe zuteil wurde. Welche Verzweiflung dadurch bei Eltern und auch den Kindern ausgelöst wird, müssen sich alle Fachleute insbesondere vor dem Hintergrund des Drucks der gesetzlichen Schulpflicht und den Folgen der fehlenden Leistungsförderung klar machen, wenn – wie so oft – nicht sofort eine andere geeignete Schule gefunden wird.

Enge Kontakte zu Eltern und eine fundierte Beratung möglichst im Verbund mit den Selbsthilfegrup-

pen des BV AÜK sind eine wirksame Hilfe.

Im Workshop 1997 habe ich die ersten Kontakte zu Eltern bekommen, die im Umgang mit Jugendämtern dringend Beratung und Hilfe wünschten. Sie wollten nicht nur über ihre Rechte während der Gespräche in den Jugendämtern informiert werden, sondern wünschten sich darüber hinaus Beistand und möglichst Unterstützung vor Ort. Es kam ihnen darauf an, sich im Dschungel der Behörde Jugendamt besser zurechtzufinden und sich gegenüber den Fachkräften und auch deren Vorgesetzten zu behaupten, ohne damit ihr Ziel, die Gewährung einer wirksamen Jugendhilfeleistung für ihr Kind, aus dem Auge zu verlieren oder gar noch zu gefährden.

Da sich persönliche Hilfe und Beratung vor Ort nicht immer realisieren ließ, vereinbarte ich mit den Eltern, telefonisch Kontakt mit den für sie zuständigen Fachkräften und/oder Vorgesetzten aufzunehmen. Zuvor klärte ich jedoch immer, ob sie bereit sind, mir diesen Schritt zu übertragen. Sie müssen ihn auch deshalb emotional mittragen, weil die Einschaltung eines Außenstehenden eine negative Reaktion „von oben“ im Jugendamt hervorrufen kann. In den meisten Fällen jedoch hat sich meine Einschaltung selbst dann von Leitung zu Leitung positiv im Sinne einer gewünschten oder notwendigen Hilfestellung ausgewirkt, wenn sich auf der Ebene Klient – Fachkraft das Klima in wenigen Fällen vorübergehend verschlechterte: „Musste das denn sein“ oder „Konnten Sie das nicht gleich mit mir besprechen“, so die üblichen Vorwürfe. Gerade das aber war zuvor nicht möglich, sonst hätte es ja meiner Unterstützung nicht bedurft.

Beispiele aus der Praxis

Die meisten Eltern, die ich durch Beratung unterstützen konnte, kamen

aus den Zuständigkeitsbereichen folgender Bundesländer und deren kommunaler Jugendämter: Berlin, Brandenburg, Hamburg, Niedersachsen, NRW.

Im Mittelpunkt standen folgende und immer wiederkehrende Problem-schwerpunkte:

■ **Eltern wollten Unterstützung bei der Schulentwicklung**, aber weder Schule noch Jugendamt waren bereit, bedarfsgerechte Hilfen zu gewähren. Hier bestätigte sich immer wieder die bereits oben getroffene Einschätzung, dass sowohl bei den Lehrerinnen und Lehrern als auch bei den Fachkräften des Jugendamtes Unkenntnis oder Unsicherheit im Umgang mit dem „Störungsbild ADHS“ vorherrschten. Die betroffenen Kinder gingen regelmäßig mit starken Konflikten in die Schule, da sie täglich wegen ihrer Unruhe, Unaufmerksamkeit und ihres insgesamt „sonderbaren Verhaltens“ in der Kritik standen und von einem Schulverweis bedroht waren.

■ **Die 15-jährige Tochter eines Privatärztes mit mehrfacher ADHS-Diagnose zeigte sich aggressiv und unruhig im Schulunterricht.** Wegen der ständigen Kritik an ihr begann sie die Schule zu schwänzen und versuchte, dies vor der Mutter zu verheimlichen. Nach den Hinweisen der Schule über das Schulschwänzen ihrer Tochter suchte die Mutter Unterstützung beim Jugendamt. Es wurde an ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe appelliert, da ihre Tochter im „typischen Jugendalter“ sei. Die ärztlichen Gutachten als eine Grundlage für intensive Fachgespräche der Lehrer mit der Mutter unter Einschaltung des schulpsychologischen Beratungsdienstes wurden nicht anerkannt.

■ **Auf Anraten des Jugendamtes war die Mutter einer Schülerin nach wiederholten Meldungen aus der Schule zu Untersuchungen durch eine Klinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie veranlasst worden.** Folgende diagnostische Feststellungen wurden von der Klinik getroffen:

- Verhaltensauffälligkeiten des Kindes,
- Störungen im Sozialverhalten,
- Entwicklungsdefizite sowie
- innerpsychische Spannungen

Obwohl bereits eine frühere privatärztliche Diagnostik zum ADHS-Störungsbild vorlag, ordnete das klinische Gutachten das Störungsbild der Schülerin nicht in diese Symptomatik ein, sondern beurteilte die Mutter als psychisch gestört und erziehungsunfähig. In der Folge stellte das Jugendamt beim Vormundschaftsgericht einen Antrag auf Entzug des Personensorgerechts und ließ die Schülerin gegen den Willen der Mutter in ein Heim einweisen.

Im Rechtsstreit ihres Anwaltes mit dem Gericht und Jugendamt hatte sich die Mutter an mich gewandt.

■ **Scheidungsauseinandersetzungen, Auseinandersetzungen um das Sorgerecht, Unterhaltstreitigkeiten, alleinerziehende Mutter mit 3 Kindern der ADHS-Symptomatik:**

■ Die Mutter beantragte Hilfen nach eigenen Vorstellungen über eine bedarfsgerechte und maßgeschneiderte geeignete Hilfe, wie sie nach § 27 Absatz 2 KJHG auch möglich ist. Diese Hilfe wurde ihr mit dem Hinweis auf die fehlenden jugendhilferechtlichen Voraussetzungen nicht gewährt. Die Mutter hatte mit ihren Vorstellungen nicht locker gelassen und wurde im Verlauf der nachfolgenden Gespräche im Jugendamt als unbequem und Querulantin eingestuft.

■ **Antrag der Eltern eines Schülers auf den Wechsel aus dem Heim in ein Internat oder aus öffentlicher Schule in ein Internat, da sonst die Entwicklung gefährdet war.**

■ **Wegen Unruhe, sozialer Auffälligkeiten und Gefährdung des Lernerfolges wurde der Schulverweis angedroht, das JA eingeschaltet, aber von dort wirksame Hilfe abgelehnt.**

■ die Mutter beantragte eine Internatsunterbringung, die ihr abgelehnt wurde.

■ **Beantragung einer Jugendbe-**

rufshilfe nach § 27 Absatz 3 in Verbindung mit § 13 Absatz 3 KJHG für einen 16-jährigen Jugendlichen mit ADHS-Symptomatik beim Jugendamt, da über die Arbeitsverwaltung keine Vermittlung möglich war.

■ **Antrag auf Hilfe über das 18. Lebensjahr hinaus, da eine Entlassung in die Selbständigkeit noch nicht zu verantworten war. Rechtsgrundlage war hier § 35 a in Verbindung mit § 41 KJHG .**

Diese Probleme – zum einen mit den Kindern und Familienbelastungen, zum anderen mit dem Stress durch den Umgang der Jugendämter mit ihrem Anliegen – hatten bei den Eltern Gefühle von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein hervorgerufen.

Wut und Verzweiflung waren die Folge. Im Erstkontakt und der anschließenden Beratung galt es, diese Gefühle anzunehmen und sie durch detaillierte Berücksichtigung und Besprechung der erlebten Gesprächsprozesse und der Verhältnisse im Jugendamt in neue Zuversicht und neues Vertrauen in die eigene Stärke umzuwandeln.

Die oft lange Kette negativer Erfahrungen in zum Teil demütigenden Auseinandersetzungen musste und konnte durch gezielte rechtliche und planbare Strategien zum Vorgehen in den nächsten Runden beim Jugendamt unterbrochen und in einen Erfolg zur Leistungsgewährung mit gewünschtem Inhalt und Umfang umgewandelt werden.

Die Berechtigung des Satzes „**Recht haben und Recht bekommen sind immer noch 2 paar Schuhe**“ – auch in der Jugendhilfe – hatte sich bei vielen Eltern bereits durch eigene Erfahrungen bestätigt und hemmend auf den selbstbewussten Umgang mit den jeweils zuständigen Fachkräften des Jugendamtes ausgewirkt.

Bereits während, vor allem aber nach der Beratung entwickelte sich dann ein neues Bewusstsein mit dem Kernsatz „**meine Rechte kenne ich und jetzt weiß ich sie durchzusetzen**“.

So fortschrittlich das KJHG auch ist, so partnerschaftlich alle Gesprächsprozesse und Hilfeforenzen ab-

laufen sollen, um auf gleichberechtigter Ebene zwischen Fachkräften und Leistungsberechtigten einen Aushandlungsprozess zu Art, Umfang und Dauer einer Hilfe zur Erziehung zu gestalten – ein Jugendamt ist und bleibt eine Verwaltung, in denen Hierarchien bestehen, Anweisungen erteilt und Machtbefugnisse benutzt werden.

Hinzu kommen noch einige andere Faktoren, die schwerwiegende Einflüsse auf das Gelingen eines vertrauensvollen Hilfeprozesses haben können:

- 1. Unterschiedliche persönliche und fachliche Qualifikationen der Fachkräfte,**
- 2. Rigide Leitungen, die durch Geschäftsanweisungen und tagesaktuelle Vorschriften den Spielraum der Fachkräfte einengen,**
- 3. Der Einspardruck leerer Kassen der Finanzhaushalte der Landes- und der kommunalen Jugendämter.**

Da kommt es schon mal vor, dass jugendhilferechtliche Vorschriften nicht eingehalten werden oder ein Rechtsbruch erfolgt. Dies ist besonders gravierend, da jeder Hinweis der Jugendverwaltung auf fehlende Haushaltsmittel kein gerichtsrelevanter Ablehnungsgrund für eine Leistungsversagung ist. Dies ist wichtig zu wissen und auch einzusetzen, wenn entsprechende Aussagen von MitarbeiterInnen der Jugendverwaltung richtig beantwortet werden müssen.

Welche Konsequenzen ergeben sich für die zukünftige Arbeit?

1. Eltern brauchen weiterhin fundierte Rechts- und Fachinformationen zum Handlungs- und Entscheidungsrahmen der Jugendämter sowie zu ihren eigenen Rechten und Pflichten im Rahmen ihrer Mitwirkung. Auf der Grundlage der im AÜK verfügbaren Informationen sollten alle Selbsthilfegruppen mit diesen Materialien in ihren Gruppenveranstaltungen aktiv umgehen. Sie sollten betroffenen Eltern, die mit dem Jugendamt zu tun haben oder planen, entsprechende Anträge zu stellen und zuvor eine Vorbereitung wünschen, eigene Beratungen anbieten. Ich bin gern bereit hier behilflich zu sein.

2. Eltern brauchen eine Aufklärung über Verfahrensabläufe im Jugendamt, wenn es um die Gewährung von Hilfen zur Erziehung nach den §§ 27-35 und Hilfen nach § 35 a sowie Hilfen für junge Volljährige nach § 41 KJHG geht. Entscheidende Rechtsgrundlage für die Gestaltung des Prozesses bis zur Gewährung aller Hilfen ist der Handlungsrahmen des § 36 KJHG – Mitwirkung, Hilfeplan – in dem die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Leistungsberechtigten und ihren Familien verbindlich festgeschrieben ist. Diese als Handlungsanweisung zu verstehende gesetzliche Regelung ist für die Fachkräfte des Jugendamtes verbindlich und soll all jene eingangs geschilderten Missstände verhindern bzw. ausschließen. Dies einzufordern ist originäres und unveräußerliches Recht jedes Eltern- teiles/Hilfesuchenden.

3. Eltern sollen ihre Pflichten bei der Mitwirkung kennen und ihre Rechte bei der Beteiligung an eigenverantwortlichem Vorschlagsrecht und Akteneinsicht kennen und gegebenenfalls einfordern, sobald sie die ersten Zweifel an ihrer gleichberechtigten Einbeziehung bekommen.

4. Eltern sollten ihr Recht auf Kenntnisnahme aller Dokumentationen von Gesprächen, Hilfekonferenzen, Hilfepläne und Berichte nach außen, z.B. an Vormundschafts- oder Familiengerichte kennen und nicht zögern sich Kopien anfertigen zu lassen, wenn ihnen diese Dokumente nicht übergeben werden. Die Rechtsgrundlage sind Bestimmungen des SGB X - § 25.

5. Eltern sollten die Bedeutung des Wunschs- und Wahlrechtes nach § 5 KJHG bei der Auswahl des Trägers einer Leistung und der Gestaltung ihrer Durchführung kennen und bei Bedarf auch einsetzen. Es stärkt Selbstbewusstsein und gibt Sicherheit.

6. Eltern sollten nicht zuletzt die Funktionsweise der Jugendverwaltung mit ihrer Hierarchie und Bestimmungen für die Fachkräfte kennen bzw. erfragen, um ihnen eine größere Sicherheit im alltäglichen Umgang miteinander zu verschaffen. Dazu gehören auch die Beschwerderechte und eine mög-

lichst detaillierte Kenntnis über die personelle Besetzung der Hierarchieebenen. Hierzu sollte auch der Jugendhilfeausschuss (JHA) gehören, da das Jugendamt nach § 70 KJHG eine besondere Organisationsform als zweigliedrige Verwaltung aufweist und aus der Verwaltung des Jugendamtes und dem Jugendhilfeausschuss besteht.

Stärkung der Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen

Zum Abschluss meines Berichtes möchte ich den Vorschlag machen und dazu meine Unterstützung anbieten, dass die Zusammenarbeit der Selbsthilfegruppen gestärkt wird und vor Ort alle Materialien über Rechtsansprüche auf Jugendhilfeleistungen und die Voraussetzung für ihre Durchsetzung vorhanden und in der Beratung bedarfsgerecht einsetzbar sind.

Materialien aus Vorträgen, Workshops und Veröffentlichungen gehören ebenso dazu wie eine aufzubauende Infodatei über personelle Besetzungen der Jugendämter vor Ort, die Zusammensetzung der Jugendhilfeausschüsse, die zuständigen Ministerien für Jugend und Soziales und Landesjugendämter, die jeweils vor Ort verbindlichen Ausführungsvorschriften zu den Hilfen zur Erziehung (AV HzE), Empfehlungen für die Hilfeplanung, Organigramme von örtlichen Jugendämtern und entsprechende Telefonlisten.

Eine Bemerkung erscheint mir zum Schluss für alle Interessierten von Bedeutung. Die eingangs dargestellte Zusammenfassung der Problemschwerpunkte und Reaktionen der Fachkräfte in den Jugendämter lassen durchaus den Eindruck erscheinen als seien die Verhältnisse dort überwiegend so negativ, wie sie von den betroffenen Eltern erlebt wurden. Dies ist nach 15 Jahren KJHG sicher nicht der Fall.

Entscheidend ist aber hier und bei vielen anderen Eltern mit Kindern der ADHS-Symptomatik, dass sie diese negativen Erfahrungen gemacht haben, aber jeder einzelne Fall sich in dieser unzumutbaren und bürgerunfreundlichen Umgangsweise nicht wiederholen sollte. ←

Das Trainingsraumprogramm und seine Bedeutung für hyperaktive Schüler

Karin Nießen, Albert Claßen

I. Einleitung – Lehrerelend, Schülerelend, Elternelend

Ende der Pause – Kollege G. steht langsam auf.

Sorgenvoll begibt er sich in die Klasse 7b.

Deutschunterricht mit 28 Schülern, darunter 2 ADHSler. Sie sind das Kreuz der Klasse. Sie werden mit Sicherheit seinen Unterricht wieder torpedieren wollen.

Was soll er nur mit ihnen anfangen? Ermahnungen helfen nicht.

Er kennt die stereotype Antwort der beiden: „Was habe ich denn getan?“

Strafarbeiten? – Die werden zwar erledigt, aber sie bringen keine Veränderung, nur noch mehr Stress, da automatisch eine intensive Reaktion erfolgt: „Ich habe doch nichts gemacht!“ – Es folgt eine Diskussion ohne Ende. Außerdem sind Hausaufgaben so schon ein Riesenproblem für ADHSler.

Wenn Kevin bestraft wird, schaltet Thomas sich mit Sicherheit ein und wenn...

Vor die Tür setzen? – Das ist verboten und bei den beiden sehr problematisch, denn wenn der Erste draußen ist, stört der Zweite solange, bis...

Eintrag ins Klassenbuch!? Das wäre bei Kevin der 10., d.h. es käme zur zweiten Klassenkonferenz, wahrscheinlich mit einer Woche Abschluss! Die letzte Klassenkonferenz war eine Katastrophe: Die Mutter hatte geweint – völlig hilflos – der Vater hatte getobt: Die Schule kenne doch die besondere Situation von Kevin, damit müssten Pädagogen doch fertig werden.

Kevin hatte schon in der letzten Stunde gefleht und gebettelt, ihn nicht einzutragen wegen seiner Eltern. Und hatte der schriftliche Verweis geholfen? – Höchstens drei Tage vor der Konferenz und zwei Tage nachher.

Thomas könnte bei einem weiteren

Eintrag in die Parallelklasse überwiesen werden.

Ob das hilft und wem hilft es?

Kollege G. ahnt etwas: Unser System ist für diese Schüler ungeeignet.

Also abschieben in eine andere Schulform, eventuell in die Sonderschule für erziehungsschwierige Schüler???

Abschieben kann doch keine Lösung sein! – Aber was dann?

Diese Frage stellte sich an der GHS Lessingschule in besonderem Maße, da hier wegen Fehlens einer entsprechenden Sonderschule erziehungsschwierige Schüler integrativ beschult werden mussten. Als wir vor knapp 5 Jahren zum ersten Mal von dem Trainingsraumprogramm hörten, waren wir sofort davon überzeugt, dass dieses Programm uns bei der integrativen Beschulung der E-Schüler (Schüler mit sonderpädagogischen Förderbedarf im Erziehungs- und Entwicklungsbereich) unterstützen könnte, zumal wir gleichzeitig durch den BV AÜK bei einem Symposium weitergehende Informationen zum Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom erhielten und in unsere Überlegungen integrieren konnten. Nach fast 4 Jahren Prozess Erfahrung können wir feststellen, dass unsere Hoffnungen sich voll erfüllt haben.

II. Der Prozess

Wenn wir im Weiteren häufig nicht vom Trainingsraumprogramm (TRP), sondern vom Prozess des eigenverantwortlichen Denkens bzw. nur vom „Prozess“ reden, so hat dies schon einen substantiellen Grund: Es geht hier um eine dynamische Entwicklung des Individuums, aber auch des Systems Schule und nicht um die statische Regelung durch ein „Programm“.

Der Ablauf des Prozesses ist schlicht, einfach und damit auch leicht überschaubar und einprä-

gend. Die Struktur des Prozesses ist allen Schülern, Eltern und Lehrern bekannt:

Wenn ein Schüler an unserer Schule den Unterricht so stört, dass die Beziehung zwischen Stoff und Klasse nachhaltig unterbrochen wird, erhält er vom unterrichtenden Lehrer eine „ausdrückliche Ermahnung“, die auch schriftlich fixiert wird, aber keinerlei Sanktionen nach sich zieht, sondern lediglich den Hinweis enthält, dass bei Fortführung der Störungen eine Beratung im Trainingsraum, bzw. im Raum des eigenverantwortlichen Denkens folgen wird. Daher besteht auch zunächst kein Anlass zu Diskussionen, zumal der Lehrer professionell und gelassen agieren kann und auch sollte. Diese „ausdrückliche Ermahnung“ hat eine besondere Bedeutung für die hyperaktiven Schüler: Ihnen wird dadurch zunächst die Normabweichung ihres Verhaltens und dessen Auswirkung auf den Unterricht ohne Tadel oder Sanktion bewusst gemacht. Sie haben die Chance, ihr Verhalten zu reflektieren und zu verändern. Sollte der Schüler jedoch nicht zu einer Verhaltensänderung bereit sein und weiter stören, wird er zu einer Beratung in den Raum des eigenverantwortlichen Denkens (Trainingsraum) entsandt.

Da auch die Entsendung keinerlei sanktionäre Begleitumstände hat, läuft dieser Teil des Prozesses in der Regel ebenfalls stressfrei und ohne Eskalation ab.

Der Schüler nimmt eine Kurzinfo für den Trainingsraumlehrer mit und begibt sich ohne Diskussion in den „Trainingsraum“. Die hyperaktiven Schüler begrüßen diese klare und einsichtige Prozessstruktur, weil sie wissen, dass eventuelle Einwände im Trainingsraum objektiv besprochen werden können. Sie fühlen sich durch das Lehrerverhalten nicht diskriminiert, da die Regeln für alle Schüler gleich sind.



Karin Nießen, seit 1973 Hauptschullehrerin, lizenzierte Triple P-Elterntrainerin, Mediationstrainerin, u.a. aktiv im AK „Jugendhilfe u. Schule“



Albert Claßen, bis Frühjahr 2005 Rektor der GHS Lessingschule

Der zentrale Dreh- und Angelpunkt des Prozesses ist die Beratung im Trainingsraum, die in drei Stufen erfolgt:

Zunächst wird der Schüler wertfrei aufgenommen, denn der beratende Lehrer hatte keinen Konflikt mit ihm. Der Schüler darf seine individuelle Wahrnehmung der Störung ohne Beeinflussung darstellen. Anschließend versucht der beratende Lehrer die Normabweichung und Störwirkung des Verhaltens mit dem Schüler gemeinsam zu erarbeiten und den Schüler schließlich dazu anzuregen, eine Strategie zur Verhaltensänderung durch neue Zielvorstellungen zu erarbeiten. Der Schüler begibt sich auf den zugewiesenen Platz und formuliert einen Rückkehrplan

Abbildung 1 (unten) zeigt den Rückkehrplan eines Schülers der Klasse 5 nach 6 Wochen an unserer Schule. Der Schüler ist anerkannter Legasthener mit hyperaktiven

Verhaltensweisen. Interessant ist auch die Tatsache, dass der Schüler der entsendenden Lehrerin deutlich macht, dass er die Regeln kennt und selbstverständlich auch einhält. Nach Fertigstellung legt der Schüler den Plan dem beratenden Lehrer vor, der den Plan kopiert und abheftet oder aber mit dem Schüler über eventuelle Veränderungen des Planes spricht. Der Schüler geht mit dem endgültigen Plan in die Klasse zurück und wartet respektvoll, bis der Lehrer den Plan liest. Wenn der Lehrer mit dem Plan einverstanden ist, nimmt der Schüler wieder am Unterricht teil, die Sache ist erledigt und hat keine weiteren Folgen. Wenn der Lehrer aus irgendwelchen Gründen nicht mit dem Rückkehrplan einverstanden ist, geht der Schüler noch einmal zur Beratung und versucht seinen Plan inhaltlich zu verbessern. Meist geht es bei der Ablehnung durch den Lehrer darum, dass

entweder die Schülerdarstellung der Störung nicht mit der Wahrnehmung des Lehrers übereinstimmt, oder aber die Absichtserklärung für die Verhaltensänderung dem Lehrer nicht ausreicht. Die Rückkehr in den Trainingsraum zur Korrektur des Planes ist keine erneute Entsendung und wird von Schülern und Lehrern als normaler Bestandteil des Prozesses akzeptiert. Sollte der Schüler am Ende der Stunde des Kollegen X den Plan nicht fertig gestellt haben, verlässt er den Trainingsraum und geht in den Unterricht des Kollegen Y, dessen Unterricht er ja nicht gestört hat. Zu Beginn der nächsten Stunde des Kollegen X geht er unaufgefordert in den Raum des eigenverantwortlichen Denkens und beendet seinen Plan. Der Gesamtablauf ist leicht zu verinnerlichen, absolut sicher und kommt mit dieser gradlinigen und sehr leicht durchschaubaren Struktur den Bedürfnissen der ADHSler sehr entgegen.

Mein Plan

Name René Klasse 5.5 Datum

1. Ich beschreibe mein Verhalten, weshalb ich aus der Klasse gegangen bin
Ich habe gebockert, die und das Blatt versteckt, und auf den Boden geworfen.

2. Wenn ich unsere Regeln breche, entscheide ich mich damit in den „Raum für verantwortliches Denken“ (RvD) zu gehen, um über mein Benehmen, meine Handlungsweise und mein Auftreten nachzudenken.
 So will ich mein Verhalten verbessern:
Beim Diktat bin ich nicht mitgekommen, deshalb habe ich Panik bekommen. Durch mein schlechtes Verhalten habe ich die Klasse gestört. Das habe ich nicht gewollt, das tut mir leid. Diktate schreiben ist mein aller größtes Problem.

Ich möchte gerne das Diktat noch einmal schreiben. Schicken sie kein Schüler bitte hinter mir her, ich gehe in den Trainingsraum.

3. Vereinbarung: Ich möchte wieder im Klassenverband mitlernen und mein Recht auf störungsfreien Unterricht wahrnehmen und die Regeln einhalten.
 Ich verpflichte mich, meinen Plan einzuhalten!

René
 - Unterschrift des Schülers / der Schülerin -

An Frau / Herrn durch die RvD-Lehrerin
 Aufenthalt im RvD-Raum von 8:42 Uhr bis 9:16 Uhr
 Evtl. Zusatzbemerkungen auf der Rückseite. Hier aber adressieren

III. Sonderregelungen an der Lessingschule

Um die Transparenz des Prozesses zu gewährleisten und die Rahmenbedingungen für alle Schüler gleich zu halten, muss der Prozess durch strenge und für alle jederzeit gültige Regeln geschützt werden. Wer gegen diese Regeln verstößt, wird unverzüglich von jedem Unterricht ausgeschlossen und kann nur durch ein persönliches Rückkehrgespräch gemeinsam mit einem Erziehungsberechtigten und dem Schulleiter wieder aufgenommen werden.

Dies geschieht wenn:

- ein Schüler sich weigert, in den Trainingsraum zu gehen
- ein Schüler nicht den direkten Weg zum Trainingsraum benutzt (Umweg über die Raucherecke o. ä)
- ein Schüler im Trainingsraum stört (Raum der absoluten Ruhe)
- ein Schüler zum 3. Mal an einem Tag entsandt wird

Diese Fälle sind jedoch sehr selten, da auch hier die Folgen solchen Fehlverhaltens und die Unvermeidbarkeit der Folgen allen Schülern bekannt sind (siehe Abb. 1).

Eine weitere standortspezifische Regelung in dem Prozess ist ein

Abb. 1: Rückkehrplan René

umfangreiches Elternberatungsprogramm, das nach ebenfalls gesicherten und bekannten Regeln einsetzt: Wenn ein Schüler zum 6. Mal entsandt wird, erhalten die Eltern die Vorankündigung für ein Beratungsgespräch; bei weiteren 3 Entsendungen werden die Eltern zu einem Beratungsgespräch eingeladen, das die Beratungslehrerin mit den Eltern und dem Schüler führt. Dieses Gespräch ist bei ADHSlern besonders wichtig, da hier beim ersten Kontakt die bisher erfolgten Schritte der Eltern und der Schule sowie zukünftige gemeinsame Vorgehensweisen auf einer partnerschaftlichen Ebene besprochen werden können, ohne dass die beklemmende Atmosphäre einer Klassenkonferenz oder eines Konfliktgesprächs mit Klassenlehrer oder Schulleiter die Kommunikationsebene beeinträchtigen würde.

Aus der Erfahrung können wir berichten, dass diese Gespräche ungewohnt offen und ehrlich und ganz im Blick auf das Kind geführt werden, hier gibt es keine gegenseitigen Vorwürfe oder Schuldzuweisungen, es gibt einen klaren Austausch mit der gemeinsamen Entwicklung von Zielvorstellungen und Verhaltensstrategien von allen Beteiligten. Wenn sich diese Gesprächsanlässe häufen, wer-

den auch außerschulische Einrichtungen in Anspruch genommen, um gerade bei ADHSlern ein überschaubares, koordiniertes Netz von Hilfen aufzubauen. Eine Besonderheit unserer Schule ist dabei ein schulseits angebotenes Elterstraining nach dem TripleP-Verfahren, das bislang von fast allen Eltern von ADHSlern genutzt worden ist.

Die deutliche Dokumentation der Entsendungen zum Trainingsraum ist eine große Hilfe um die Notwendigkeit von weitergehenden schulischen Maßnahmen zu begründen (z.B. Einleitung eines Verfahrens zur Feststellung einer sonderpädagogischen Förderbedürftigkeit im Erziehungs- und Entwicklungsbereich) oder Einleitung von Maßnahmen des allgemeinen sozialen Dienstes der Jugendämter oder/und Einschaltung von ärztlicher Hilfe bis hin zur Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bei den Eltern ist sehr häufig eine große Hilfslosigkeit festzustellen und damit verbunden große Bereitschaft, gemeinsam mit der Schule auch zunächst unpopuläre Wege einzuschlagen.

Wir möchten dies an dem realen Beispiel einer 5. Klasse darstellen (Abb. 2): Von den 18 Schülern dieser Regelklasse (d.h. eine Klasse ohne

Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf) zeigten sich bei vier Schülern deutliche Überhöhungen der Besuchsfrequenz im Trainingsraum. Die mit Zustimmung der Eltern eingeleiteten Verfahren zeigten bei 3 Schülern deutlich Symptome von ADHS, bei 2 Schülern wurde ADHS auch von Ärzten diagnostiziert; eine Mutter nahm keine ärztliche Hilfe in Anspruch, der vierte Schüler zeigte extreme Lernbehinderungen, die eine integrative Beschulung unmöglich machten. Drei der vier Mütter nahmen an einem schulischen Elterstraining teil. Der Schüler, dessen Mutter weder ärztliche Hilfe noch das Elterstraining in Anspruch nahm, ist mittlerweile auf Wunsch der Mutter einer Fremdunterbringung zugeführt worden.

Die Erkenntnisse, die in dem Prozess getroffen werden, sind erstaunlich, zumal selbst die Schüler ihre eigene Situation deutlicher erkennen und ebenfalls Hilfen einfordern, wie das folgende Beispiel deutlich zeigt (Abb. 3).

In diesem Plan wird das veränderte Verhältnis zwischen Schüler und Lehrer sehr deutlich. Der Lehrer bekommt in dem Prozess eine Vertrauensposition, die er im „normalen“ Schulbetrieb nie erreichen

Abb.2: Zweite Seite der Klassendokumentation, in der alle Trainingsraumaufenthalte aufgezeichnet sind

HUGS/Id. 2

Trainingsraumaufenthalte

Kl. 5

Trainingsraum / Gespräche																		
13.1. 30.1. 34.1. 21.5.																		
25																		
19.9. 23.9. 24.9. 29.9. 30.9. 1.10. 2.10. 3.10. 4.10. 5.10. 6.10. 7.10. 8.10. 9.10. 10.10. 11.10. 12.10. 13.10. 14.10. 15.10. 16.10. 17.10. 18.10. 19.10. 20.10. 21.10. 22.10. 23.10. 24.10. 25.10. 26.10. 27.10. 28.10. 29.10. 30.10. 31.10. 1.11. 2.11. 3.11. 4.11. 5.11. 6.11. 7.11. 8.11. 9.11. 10.11. 11.11. 12.11. 13.11. 14.11. 15.11. 16.11. 17.11. 18.11. 19.11. 20.11. 21.11. 22.11. 23.11. 24.11. 25.11. 26.11. 27.11. 28.11. 29.11. 30.11. 1.12. 2.12. 3.12. 4.12. 5.12. 6.12. 7.12. 8.12. 9.12. 10.12. 11.12. 12.12. 13.12. 14.12. 15.12. 16.12. 17.12. 18.12. 19.12. 20.12. 21.12. 22.12. 23.12. 24.12. 25.12. 26.12. 27.12. 28.12. 29.12. 30.12. 31.12.																		
22																		
10.9. 15.9. 20.9. 25.9. 30.9. 5.10. 10.10. 15.10. 20.10. 25.10. 30.10. 5.11. 10.11. 15.11. 20.11. 25.11. 30.11. 5.12. 10.12. 15.12. 20.12. 25.12. 30.12. 5.1. 10.1. 15.1. 20.1. 25.1. 30.1. 5.2. 10.2. 15.2. 20.2. 25.2. 30.2. 5.3. 10.3. 15.3. 20.3. 25.3. 30.3. 5.4. 10.4. 15.4. 20.4. 25.4. 30.4. 5.5. 10.5. 15.5. 20.5. 25.5. 30.5.																		
4.11. 11.11. 18.11. 25.11.																		
17.9. 24.9. 31.9. 7.10. 14.10. 21.10. 28.10. 4.11. 11.11. 18.11. 25.11. 2.12. 9.12. 16.12. 23.12. 30.12. 6.1. 13.1. 20.1. 27.1. 3.2. 10.2. 17.2. 24.2. 31.2. 6.3. 13.3. 20.3. 27.3. 3.4. 10.4. 17.4. 24.4. 31.4. 6.5. 13.5. 20.5. 27.5. 3.6. 10.6. 17.6. 24.6. 31.6. 6.7. 13.7. 20.7. 27.7. 6.8. 13.8. 20.8. 27.8. 6.9. 13.9. 20.9. 27.9. 6.10. 13.10. 20.10. 27.10. 6.11. 13.11. 20.11. 27.11. 6.12. 13.12. 20.12. 27.12. 6.1. 13.1. 20.1. 27.1. 6.2. 13.2. 20.2. 27.2.																		
18.2. 25.2. 3.5. 25. 30.5.																		
KS																		

könnte. Der Schüler, der den o. a. Plan erstellte, wurde von den Eltern mit Unterstützung der Beratungslehrerin an eine Kinderpsychiaterin überwiesen, die ein deutliches ADHS diagnostizierte und entsprechende Maßnahmen in Gang setzte. Interessant war auch die Feststellung, dass ein medikamentierter Schüler den 1. Gang zum Trainingsraum fast immer zwischen 10.45 Uhr und 11.15 Uhr machte. Es stellte sich bei der Elternberatung heraus, dass er sein Medikament gegen 7.15 Uhr einnahm und seine 2. Tablette erst um 12.30 Uhr einnehmen sollte.

Die Veränderung des Einnahmerhythmus löste das Problem sofort.

IV. Vor- und Nachteile des Prozesses

Ein wichtiger Aspekt im Prozess ist die klare Dokumentation aller Abläufe: Zum einen liegen alle Rückkehrpläne vor und bilden die Basis für Elterngespräche; zum anderen sind die Klassendokumente eine Gelegenheit, sowohl Eltern als auch Kollegen und eventuell auch der Schulaufsicht deutliche Normabweichungen aufzuzeigen. (siehe Abb.2).

Da die Eltern bei den Beratungsgesprächen jetzt nicht nur die Normabweichungen ihres Kindes sondern diese auch im Vergleich mit den übrigen Schülern sehen, ist die Bereitschaft zur Kooperation wesentlich stärker als je zuvor. Wenn ein System so viele Vorteile aufweist, muss es auch einen Pferdefuß haben:

Das größte Hindernis war bei allen von uns moderierten Schulen das räumliche und personelle Problem: Die Raumfrage ist von allen Schulen sofort gelöst worden, weil die Kollegien andere Prioritäten umgehend zurückstellten, um den Trainingsraum zu installieren.

Es war zunächst weitaus schwieriger, die personellen Ressourcen bereitzustellen. Es müssen Lehrer für die Beratung im Trainingsraum ausgebildet und aus anderem Unterricht abgezogen werden. Wir benötigen an unserer Schule für die zuverlässige Absicherung der Beratung von der 1.-5.Stunde 14 Lehrerstunden und 5 Sozialarbeiterstunden pro Woche.

Zur Relativierung: Die Befragung

Lessingschule
Gemeinschaftshauptschule Setterich



Mein Plan

Name: Andreas Klasse: 6a Datum: [REDACTED]

1. Ich beschreibe mein Verhalten, weshalb ich aus der Klasse gegangen bin:
Ich störte den Unterricht und musste in den Trainingsraum (störte dann auf dem Flur mit Gesänge).

2. Wenn ich unsere Regeln breche, entscheide ich mich damit in den „Raum für verantwortliches Denken“ (RvD) zu gehen, um über mein Benehmen, meine Handlungsweise und mein Auftreten nachzudenken.
 So will ich mein Verhalten verbessern:
Ich ändere mich und möchte die Frau Nießen bitten um ein Beratungsgespräch zwischen mir, Herr Claßen und Ihr. Mir fehlt irgend etwas damit ich ein schlafen kann oder Nicht störe.
Ich denke nach dem Gespräch von Samstag das ich ein Problem mit mir hab.
Und möchte Frau Nießen bitten mir zu helfen.

3. Vereinbarung: Ich möchte wieder im Klassenverband mitlernen und mein Recht auf störungsfreien Unterricht wahrnehmen und die Regeln einhalten.
Ich verpflichte mich, meinen Plan einzuhalten!

Andreas H
- Unterschrift des Schülers / der Schülerin -

An Frau / Herrn [REDACTED] durch d. RdD-Lehrer/in [REDACTED]

Aufenthalt im RvD-Raum von 10.54 Uhr bis 11.12 Uhr

Evtl. Zusatzbemerkungen auf der Rückseite. Hier aber ankreuzen:

Abb. 3: Plan Andreas

von ca.1000 Lehrern aus allen Schulformen bei unseren Moderationen hat ergeben, dass durchschnittlich 25% der Unterrichtszeit durch Unterrichtsstörungen und deren Behebung verloren gehen; die bei uns eingesetzten Beratungsstunden erfordern 3% unserer Unterrichtsstunden.

Aber nicht nur die Zeitökonomie überzeugt immer wieder die Kollegen in unseren Fortbildungen, es ist vor allem die konfliktfreie Beseitigung von Unterrichtsstörungen, die die Lehrer veranlasst, in den Prozess einzutreten.

Besonders unter diesem Aspekt möchten wir auf einen zentralen Wert des Prozesses hinweisen, wie er auch von E. Ford in den Mittelpunkt des Prozesses gestellt wird: Es geht im Wesentlichen um die Schaffung

eines respektvollen Klimas am Gesamtsystem Schule.

Wenn wir die zu Anfang genannten Möglichkeiten einer sanktionären Beseitigung von Unterrichtsstörungen noch einmal betrachten, so stellen wir fest, dass die Verhängung von Sanktionen häufig mit Konflikten und beiderseitigen Respektlosigkeiten zwischen Lehrern und Schülern verbunden ist. Besonders der hyperaktive Schüler kommt immer wieder in diese Negativsituation der Ablehnung, der Gegenwehr, der Respektlosigkeit und am Ende auch der persönlichen Niederlage. All diese Erlebnisse dämpfen die Freude an der Schule und damit auch die Motivation für Lernbereitschaft. Aber auch die Beziehung zwischen Elternhaus und Schule war in der sanktionären Situation nicht immer von gegensei-

tigem Respekt geprägt. Für den Lehrer war es ebenfalls belastend, unter dem Druck der Störung emotional zu reagieren und häufig die Grenze des Respekts vor dem Schüler zu überschreiten. Der gestörte Lehrer kann dank der Sicherheit des Prozesses gelassen und vor allem professionell auf die Störung reagieren und sich wieder verstärkt seiner eigentlichen Aufgabe, dem Unterricht, widmen. Es gibt nicht mehr die schwachen und die starken Lehrer, sondern die konsequenten. Auch wenn die 16 ADHSler unserer Schule 50% aller Trainingsraumentsendungen zu verantworten hatten, so war bei ihnen die Akzeptanzquote für den Prozess bei einer Schülerbefragung deutlich am höchsten. Aber das ist eigentlich klar: Gerade diese Schüler profitieren am stärksten von dem Prozess:

■ Sie werden nicht mehr ständig sanktioniert

Durch die Sanktion von Unterrichtsstörungen kommt es häufig zu Konflikten zwischen Lehrern und ADHSlern, zumal diese Schüler nur selten die Normabweichung ihrer Handlungen erkennen oder überhaupt ihr eigenes Verhalten wahrnehmen. Dadurch sind die Auseinandersetzungen zwischen Lehrern und ADHSlern vorprogrammiert. Im Rahmen dieser Konflikte kommt es zu unvermeidbaren Respektlosigkeiten von beiden Seiten; die Beziehungsebene zwischen Lehrer und Schüler ist extrem belastet und endet schließlich im Dauerstress, in einer Situation also, die die Verhaltensweise von ADHSlern zusätzlich negativ beeinträchtigt und eine Eskalation negativer Einschätzungen von Lehrern und Schule mit sich bringt.

■ Sie werden in der Beratung ernst genommen

Im Rahmen der gegenseitigen Fehleinschätzung neigt der Lehrer zu der Standardbehauptung: „Bei dem ist jede Mühe vergebens!“ – Und Schüler und Eltern werfen dem Lehrer dann vor, kein Verständnis für die besondere Situation der ADHSler zu haben. Aber wer erwartet in einer konfliktreichen Stresssituation mit starker emotionaler Komponente

schon Verständnis oder Einsicht? – Ganz anders die Beratungssituation im Trainingsraum:

Der beratende Lehrer hatte keinen Stress mit dem entsandten ADHSler und der ADHSler hatte keinen Stress mit dem beratenden Lehrer, die Atmosphäre ist friedlich und das Problemverhalten des Schülers kann in aller Ruhe analysiert werden. Der Schüler erkennt die Normabweichung seines Verhaltens und hat die Möglichkeit, eigenständig einen Verbesserungsprozess in Gang zu setzen; der Lehrer in der Beratung hat Zeit für die besonderen Nöte des ADHSlers. Der Schüler kann seine Probleme mit einem fachkundigen unaufgeregten Lehrer besprechen, es entsteht ein Klima des gegenseitigen Respekts, das für den ständig angegriffenen und sanktionierten ADHSler und seine Weiterentwicklung von äußerster Wichtigkeit ist.

■ Durch den Prozess wird die Elternarbeit fruchtbarer

Eltern bekommen in dem prozessimmanenten Beratungssystem eine neue Stellung im System Schule: Waren Eltern bislang häufig Verteidiger oder Mitangeklagte in den etablierten Sanktionsmechanismen und wurden seitens der Schule zur intensiven Verstärkung der schulischen Sanktionen missbraucht, so wandelt sich das Verhältnis Schule-Elternhaus jetzt zu einer echten Erziehungspartnerschaft, bei der Schule und Eltern ein Netz von gemeinsamen und sich ergänzenden Erziehungsstrategien entwickeln, um den ADHSlern in ihren schwierigen schulischen und familiären Situationen gerecht zu werden.

Dabei sind die Eltern und die Schule bereit, auch außerschulische und -familiäre Hilfen in eine Gesamtkonzeption von Strategien einzubeziehen, zumal Schulen häufig umfangreichere Möglichkeiten aufzeigen können. Aber auch das von der Schule angebotene kostenlose Elterntraining hat zu einer intensiven Annäherung zwischen Schule und Elternhaus beigetragen, die Erziehungspartnerschaft bringt gegenseitigen Respekt und gegenseitiges Vertrauen mit sich, und das besonders bei den Eltern, deren Verhältnis

zur Schule und deren Ansehen in der Schule durch ständige gegenseitige Vorwürfe in den Stresssituationen der ASchO-Verfahren (*Allgemeine Schulordnung*) sehr negativ ausgeprägt waren.

■ Die ADHSler lernen, ihr eigenes Verhalten wahrzunehmen

Der wichtigste Faktor im Rahmen des Prozesses ist und bleibt jedoch die Möglichkeit der Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion, die der Beratungslehrer im Trainingsraum initiiert, und zwar geschieht dies nicht in einem zeitfernen Therapieprozess mit einem schulfremden Psychiater, sondern unverzüglich in zeitlicher, räumlicher und systemischer Unmittelbarkeit. Diesen Vorteil des Prozesses erkennen auch die ADHSler und sind hier auch bereit sich zu öffnen und Hilfen zu erbitten und anzunehmen. (siehe Abb.3)

■ Sie haben legale Auszeiten

Ein Problem, das sich im Regelfall aus aufsichtsrechtlichen Gründen nicht lösen lässt, ist die Auszeit für ADHSler in der Schule. Damit ist nicht gemeint, den Schüler vor die Tür zu stellen, in die Parallelklasse, zum Direktor oder nach Hause zu schicken, sondern eine legale Auszeit, in der der ADHSler sich wieder beruhigen und nervlich regenerieren kann. Das ist im Rahmen des Prozesses ohne Probleme möglich und wird auch zuweilen ausdrücklich gewünscht, wenn Schüler darum bitten, z.B. bis zum Ende der Stunde im Trainingsraum bleiben zu können oder den Zeitraum für die Verfassung des Rückkehrplanes über Gebühr ausdehnen.

■ Es werden Systeme zur nachhaltigen Unterstützung aufgebaut

Die Bereitschaft von Eltern und Schülern bei deutlichen Normabweichungen im schulischen und außerschulischen Verhalten ärztliche oder therapeutische Hilfen in Anspruch zu nehmen ist deutlich größer als sonst, da in der klaren Dokumentation (s.Abb.2) die Dringlichkeit einer wie auch immer gearteten Außenhilfe offensichtlich wird. Hier helfen auf Dauer nicht nur gut gemeinte Änderungsabsichten und beste Vorsätze,

hier muss u. U. auch ein weitergehendes Hilfssystem akzeptiert und angewandt werden, um nachhaltige Ergebnisse zu erzielen. Die Einsicht in diese Bedürftigkeit wird durch den Prozess deutlich verstärkt und führt sehr häufig zur Zustimmung zu auch unpopulären Maßnahmen wie Therapie oder Medikamentierung.

Die Transparenz und Konsequenz des Prozesses hilft den ADHSlern

Das Trainingsraumprogramm ist ein Schlichtprogramm, dessen Ablauf stereotyp und damit auch leicht durchschaubar ist. Die Sicherheit des Prozessablaufes ist für den ADHSler sehr wichtig. Er weiß genau was geschieht, wenn... Es gibt keine Möglichkeit sich zu entziehen oder die Schuld auf andere abzuwälzen. Er muss nach der ausdrücklichen Ermahnung ohne Ausweichmöglichkeit sein Verhalten kontrollieren und seine Verhaltensziele ändern. Ansonsten sind die Konsequenzen unvermeidbar. Es hilft dem ADHSler auch nicht, ihm einen Bonus zu gewähren, da ihm damit die Normabweichung seines Verhaltens nicht bewusst wird.

Häufig wird auch in Fortbildungen der Einwand gemacht, dass die ADHSler zu viele Unterrichtsinhalte verpassen, allerdings hätten sie ohne den Prozess diese Inhalte auch verpasst und 27 andere Schüler mit ihnen. Zudem ist zu bemerken, dass der Extremschüler unserer Schule, ein nicht medikamentierter ADHSler, in einem Jahr 100mal im Trainingsraum war. Das heißt aber auch, dass er im Jahresschnitt jeden zweiten Tag

15 Minuten Unterricht verpasst hat. Angesichts der Vorteile des Prozesses ist diese Abwesenheitsquote durchaus vertretbar, denn schon eine Woche Ausschluss nach der ASchO hätten denselben Ausfall verursacht.

Immer wieder wird die Frage gestellt, ob die ADHSler durch den Prozess brave nicht störende Schüler werden.

Wir möchten diese Frage mit einer Analogie beantworten: Wenn ein Legastheniker unter jedem Diktat eine 6 stehen hat, ohne dass ein Fehler angestrichen ist, so wird er seine Rechtschreibung nie verbessern, weil er nicht weiß, was er falsch gemacht hat. Wenn ein ADHSler immer nur sanktioniert wird, so wird er seine Verhaltensweisen nie ändern können, weil er auf Grund seiner Persönlichkeitsstruktur gar nicht wahrnimmt, was er falsch macht. In dem Prozess ist gerade die Wahrnehmung der Störung ein zentrales Arbeitsfeld. Daher haben wir die Hoffnung, dass dieser Prozess auch für den ADHSler langfristig eine Verhaltensverbesserung mit sich bringt, und man sollte auch hier wie beim Legastheniker nicht den zeitnahen sondern den langfristigen Erfolg anstreben.

Es gäbe noch eine Menge von Aspekten die die Wirksamkeit dieses Prozesses weiter untermauern. Wir möchten nur zum Schluss auf eine Untersuchung der Universität Bochum verweisen, die über 500 Lehrer zu Wirksamkeit des Trainingsraumprogramms befragt hat: Mehr als 98% der Lehrer bestätigten, dass der Unterricht angenehmer und ungestörter ablief als vorher. Diese

Zahl wird durch die überwältigende Zustimmung der Lehrer zu diesem Prozess bei unseren Fortbildungen untermauert:

Von ca. 1.000 befragten Lehrern waren 99 % bereit, in den Prozess einzutreten. Der Prozessablauf ist in allen Schulen ähnlich, wenn es auch in unserer Darstellung einige standortspezifische Ausprägungen gibt. Die Besonderheit unserer Prozessgestaltung liegt in dem umfangreichen Beratungsnetz, das den Prozess bei unseren ADHSlern zu einer nachhaltigen Wirkung führt. Die Koordination von schulischen und familiären Maßnahmen zu einem wirkungsvollen Netz von Erziehungsstrategien und begleitenden Außenhilfen hat sich als unerlässlicher Faktor zur integrativen Beschulung von Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf im Erziehungs- und Entwicklungsbereich erwiesen. Nur so können E-Schüler auch in Regelschulen integriert werden. Diese Möglichkeit gilt besonders für die ADHSler, zumal diese Schüler häufig aus Gründen mangelnder Hilfestrukturen an Regelschulen in Sonderschulen überwiesen werden.

Sollten Sie an einer persönlichen Information über das System der Lessingschule interessiert sein, so erreichen Sie die Autoren über uns oder unter folgenden eMail-Adressen:
karin.niessen@vr-web.de
 oder
albertclassen@yahoo.de

Wenn ich nur darf, wenn ich soll
 aber nie kann, wenn ich will
 dann mag ich auch nicht, wenn ich muß
 Wenn ich aber darf, wenn ich will
 dann mag ich auch, wenn ich soll.
 Und dann kann ich auch, wenn ich muß
 Denn schließlich:
 Die können sollen müssen wollen dürfen
 (Unbekannt)

Coaching heißt Training – nicht Therapie!

Grundlagen für ein erfolgreiches ADHS-spezifisches Coaching im Erwachsenenalter

Wilma Mahler

Das ADHS-spezifische Coaching für Erwachsene ist in Deutschland noch wenig bekannt. Deswegen haben sich einige Missverständnisse in die Diskussionen darüber eingeschlichen. Als erstes gilt es, mit dem wichtigsten Missverständnis aufräumen, das es zum Coaching gibt. Coaching ist keine Therapie, sondern genau das, was das englische Wort „Coaching“ in der deutschen Übersetzung bedeutet, nämlich Training.

Trainieren kann man aber nur einen gesunden und belastbaren Menschen.

Beim Verhaltenstraining – also dem Coaching eines ADHSlers – ist die Abfolge der einzelnen Schritte nicht anders als beim Sportler nach einem Beinbruch: Erst müssen die medizinischen und rehabilitativen Maßnahmen abgeschlossen sein, bevor ein Aufbautraining in Angriff genommen werden kann.

Bei den schwer Betroffenen steht an erster Stelle die medikamentöse Therapie des ADHS und aller Folgestörungen. Wenn dieser Zustand erreicht ist – also keine Reste einer Depression oder Angststörung mehr die Leistungsfähigkeit einschränken und die dem ADHS zugrunde liegende Hirnstoffwechselstörung medikamentös kompensiert ist – dann hat der Coach einen gesunden und belastbaren Menschen vor sich. Dann kann das Training losgehen.

Deswegen ist auch die häufig gebrauchte Bezeichnung Coaching-Patient nicht nur verunsichernd für den ADHSler, denn er impliziert immer noch Krankheit, er ist auch sachlich falsch. Wir haben im Coaching keinen Kranken vor uns, sondern einen Menschen, der infolge einer bis dahin unbehandelten Störung hinderliche Denk-, Gefühls- und Handlungsmuster verinnerlicht hat.

Im Coaching will er lernen, diese

störenden oder sogar gefährdenden Strukturen

- zu erkennen,
- sie sich bewusst zu machen,
- sie aufzubrechen und
- durch geeignete zu ersetzen.

Das heißt: Er ist kein kranker, sondern ein lernender Mensch, eigentlich ein Teilnehmer an einem Kurs oder Seminar:

- Am Anfang steht die Problemanalyse,
- gefolgt von der Analyse des Stellenwerts der einzelnen Probleme,
- dann kommt die Erstellung der Prioritätenliste zur Bearbeitung der Probleme, und dann erst geht es Punkt für Punkt an die
- Entwicklung einer individuell passenden Strategie zur Lösung des jeweiligen Problems
- und zwar **eins nach dem anderen**.

Was ist Coaching nicht?

Es ist keine freudlose und bierernste Angelegenheit!

Und das Ziel des Coachings ist nicht Perfektionismus. Es soll lediglich erreicht werden, dass der Teilnehmer sich in seiner Haut und seiner Umgebung wohl fühlt. Und das erreicht man mit Humor, nicht mit ständigem Kritisieren. Der Teilnehmer entwickelt im Verlauf ein besseres Selbstvertrauen, das schließlich zu Optimismus und der Fähigkeit zur Selbstironie führt.

Was ist Coaching also wirklich?

Zum Coaching gehören alle Maßnahmen, die den ADHSler bei seinem Streben nach Veränderung helfen. Coaching umfasst also viele verschiedene Hilfsmittel, die jedesmal wieder nach den individuellen Bedürfnissen neu zusammengestellt werden müssen.

Kurz gefasst gehören dazu

- Die Steigerung des Selbstwertgefühls
- Problemanalyse

- Erstellung einer Prioritätenliste der zu bearbeitenden Probleme
- Entwicklung geeigneter Strategien zur Problemlösung
- Die Vermittlung praktischer Tipps
- Eventuell Ortstermine, z.B. bei Messies
- Loben und bestärken
- Motivieren und ermutigen
- Auffangen nach einem Rückfall
- Einbeziehung und Aufklärung des Partners oder der Familie zur Unterstützung des ADHSlers
- Erschließung weiterer Hilfsmöglichkeiten, sofern erforderlich

Voraussetzungen für ein erfolgreiches Coaching

Genauere Kenntnis des Störungsbildes

Der ADHSler muss in der Lage sein, die eigenen Defizite als Symptome einer Störung zu erkennen, anstatt sie als Charakterfehler, Faulheit, Dummheit usw. zu interpretieren. Das ist schwer, denn er hat es schließlich jahrein jahraus zu hören bekommen – von den Eltern, Lehrern, Kollegen usw.

Oft muss zu Beginn des Coachings auch erst eine gewisse Menge an Trauerarbeit geleistet werden. Der ADHSler stellt fest, was er unter der richtigen Dosierung alles schaffen kann und wie sehr er hinter seinen Möglichkeiten zurückgeblieben ist, weil die Störung nicht erkannt und behandelt wurde.

Es gehört zu den ganz wichtigen Aufgaben des Coachings, Menschen in dieser Situation aufzuzeigen, wie sie ihre Fähigkeiten auch jetzt noch emotional und sozial bereichernd umsetzen können, z.B. in ihrem Privatleben.

Ursachen und Bedeutung der Folgestörungen

Schwer betroffene und unbehandelte ADHSler leben nicht, sie überleben, und zwar von Tag zu Tag. Mit

anderen Worten: Sie befinden sich in einer Art Dauerkrise. Sie haben massive Probleme mit der Bewältigung des Alltags und befinden sich damit auch im Dauerstress.

Dauerstress führt dazu, dass Unmengen des Wohlfühlhormons Serotonin verbraucht werden. Der Serotoninmangel führt zu Depressionen, die eine massive Verstärkung der ADHS-Symptomatik nach sich ziehen. Es ist also absolut nicht überraschend, dass fast alle erwachsenen ADHS-Patienten zur Zeit der Diagnosestellung zusätzlich depressiv sind.

Nicht wenige haben auch eine Angst- und Panikstörung entwickelt oder kompensieren in Teilbereichen zwanghaft ihre Defizite und terrorisieren damit die ganze Familie. Der Freundeskreis ist aufgrund der Dauerproblematik oft zu einem Nichts zusammengeschmolzen. Dadurch sind erwachsene Menschen mit unbehandeltem ADHS neben allen anderen Problemen auch häufig sehr einsam und geben sich dafür selbst die Schuld.

Wann ist Coaching nicht angezeigt?

Solange noch Reste einer Depression vorliegen, ist ein Coaching nicht nur sinnlos, sondern sogar schädlich, weil Misserfolge vorprogrammiert sind. Das erklärt sich aus den folgenden Kennzeichen einer Depression.

Zu den wichtigsten Kernsymptomen einer Depression zählen

- ▮ **Antriebslosigkeit** und rasche Ermüdbarkeit
- ▮ Gefühle tiefer **Hoffnungslosigkeit** (Das schaffe ich sowieso nie)
- ▮ **Schlafstörungen**, die zu weiterer körperlicher Erschöpfung führen (Ich kann nicht mehr)
- ▮ **Psychomotorische Verlangsamung**
- ▮ **Konzentrations- und Gedächtnisstörungen** zusätzlich zu den ADHS-Symptomen
- ▮ **Aggressionen, die gegen sich selbst gerichtet werden** und zu höchst destruktivem Zwangsgrübeln führen:
 - Ich bin zu blöd,
 - ich bin zu langsam,
 - ich bin zu nichts

- zu gebrauchen,
- was soll ich eigentlich noch hier,
- ich störe ja doch bloß,
- ohne mich hätten es alle leichter,
- bis hin zu **Suizidgedanken**

Solange diese Symptome nicht verschwunden sind, ist ein Coaching sinnlos.

Wird das ADHS eines noch depressiven medikamentös behandelt, dann sieht er zwar klarer, was er eigentlich zu tun hat, kommt aber aufgrund der Antriebslosigkeit nicht in Schwung und erlebt sich erneut als Versager.

Außerdem zieht er vielleicht den Schluss, dass auch diese Diagnose wieder falsch ist, weil ihm das verordnete Medikament offenbar nicht hilft. Als Laie kommt man ja nicht unbedingt auf den Gedanken, dass eine überlagernde psychische Störung der Grund für ausbleibende Verbesserungen ist.

Wir empfehlen unseren Coaching-Teilnehmern in dieser Situation, ihrem behandelnden Arzt die anhaltenden Beschwerden genau zu schildern. Die medikamentöse Behandlung der Depression mit einem modernen Antidepressivum kann in wenigen Wochen Wunder wirken.

Angststörungen

Akute und chronische Überforderungen bzw. Dauerstress durch Konflikt-, Entscheidungs- und Ambivalenzsituationen führen häufig auch zu einer Angststörung. Daher kommt diese als Komplikation eines ADHS im Erwachsenenalter häufig hinzu.

Zu den wichtigsten Kernsymptomen einer Angststörung gehören

- ▮ **Vermeidungs- und Ausweichverhalten** (Das kann ich nicht, das ist zuviel, das ist zu schwer, das dauert zu lange ...) Das Umfeld sagt dann gern „Drückeberger“
- ▮ **Erhöhte Selbstbeobachtung**
 - mein Herz schlägt schneller,
 - ich fange an zu schwitzen,
 - mir wird ganz zittrig usw.
- ▮ **Erwartungsängste**

- das geht bestimmt schief,
- bestimmt hat mein Sohn die Mathearbeit verhauen,
- die Firma meines Mannes baut Arbeitsplätze ab,
- da wird er wohl auch bald arbeitslos sein,
- dann sitzen wir auch noch finanziell in der Tinte ...

Das Umfeld sagt dann gern: „Alte Unke. Schwarzmalerei. Dein Pessimismus geht mir auf die Nerven“ usw.

▮ Eventuell kommen noch Panikattacken aufgrund nicht nachvollziehbarer Angstauslöser hinzu, die die Patienten regelrecht lähmen. Dann hören die Betroffenen leise Kommentare wie „Spinner, nicht richtig im Kopf“ o. ä.

Wer von solchen Symptomen behindert wird, ist ebenfalls nicht in der Lage, von einem Coaching zu profitieren. Auch hier empfehlen wir den Patienten, dem Arzt die Beschwerden genau zu schildern.

Die Angststörung muss – durchaus parallel zur ADHS-Medikation! – erfolgreich behandelt sein, wenn die Maßnahmen des Coachings greifen sollen.

Und oft führt auch erst die Behandlung des ADHS zu Erfolgen in der Behandlung der Angststörung.

Voraussetzungen für ein erfolgreiches Coaching

Schwer betroffene Erwachsene mit ADHS brauchen eine medikamentöse Therapie. Mit dem Coaching sollte nicht begonnen werden, bevor die Einstellung wirklich gut ist und der Betroffene genau weiß, in welchen Abständen er welche Dosis braucht.

Zum Coaching sollte er nur unter voller Wirksamkeit des Medikaments kommen.

Im Rebound – also jener Zeit, in der die Wirkung nachlässt – ist kein Lernerfolg zu erwarten.

Eine weitere unerlässliche Voraussetzung ist hoher Leidensdruck, verbunden mit dem dringenden Wunsch nach Veränderung. Ein Coaching erfordert engagierte Mitarbeit, ist zeitaufwendig und verlangt Disziplin und Geduld, also lauter Dinge, die dem ADHSler keineswegs an der Wiege gesungen wurden. Ein Betrof-

fener wird sich dazu nicht motivieren können, wenn er nicht wirklich unter den Folgen seiner Defizite leidet. Außerdem muss er bereit sein, Verantwortung für sein Handeln zu übernehmen, und den Willen aufbringen, auch unangenehme Dinge in Angriff zu nehmen und durchzuhalten. Ohne Leistungsbereitschaft verläuft ein Coaching im Sand.

Und zu guter letzt sollte noch ein Minimum an Selbstbewusstsein

und Humor vorhanden sein. Wer nicht glaubt, dass er mit Hilfe eines Coachings seine Schwierigkeiten bewältigen kann, der wird es auch nicht schaffen.

Bei Teilnehmern mit sehr geringem Selbstwertgefühl bzw. sehr schlechter Selbsteinschätzung ist es daher erforderlich, dass zuerst am Selbstbewusstsein gearbeitet wird, bevor man mit der praktischen Arbeit beginnt. Das kann durchaus eini-

ge Wochen dauern. Wir fangen nicht an zu coachen, bevor der Teilnehmer nicht in der Lage ist, große Probleme als Symptome einer Störung anzuerkennen, für die er gezielte Hilfe braucht, und sich kleinere Pannen zu verzeihen. Wenn er in der Lage ist, über einen klassischen ADHS-Patzer auch einmal zu lachen, dann kann das Coaching beginnen. ←

Verstärkung gewünscht!

Vorstand sucht Nachwuchs

Wir suchen zum einen Verstärkung für die Vorstandsarbeit, zum anderen Nachwuchs, um den seit vielen Jahren im Vorstand Aktiven demnächst die Möglichkeit zu geben, ohne schlechtes Gewissen und in der Gewissheit, dass der BV AÜK in bewährter Weise fortgeführt wird, aus dem aktiven Vorstandsleben auszuscheiden.

Wer sich für das Thema ADHS ehrenamtlich engagieren möchte, Erfahrung in Verwaltungs- oder Verbandsarbeit und auch entsprechende Freizeit hierfür mitbringen kann, ist herzlich eingeladen in unsere Vorstandsarbeit „hinein zu schnuppern“ und uns in der Folge zu unterstützen.

In der Mitgliederversammlung am 25.03.2006 möchten wir nach Möglichkeit das Amt einer/eines 2. stellv. Vorsitzenden wieder besetzen; ebenso steht für besondere Aufgabengebiete das Amt eines weiteren Beisitzers zur Verfügung.

Interessierte Mitglieder (oder Leser, die es noch werden wollen)

melden sich bitte direkt bei Herta Bürschgens:

eMail: vorstand@bv-aeuk.de.

Änderung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes!

Einschnitte in der Eingliederungshilfe für Kinder mit ADHS und Teilleistungsstörungen?

Hans Biegert



Hans Biegert
ist Leitender Schuldirektor und Schulträger der HEBO-Privatschule Bonn

Am 03.06.2005 hat der Bundestag das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe“ (KICK) verabschiedet, dem der Bundesrat einstimmig am 05.07.2005 seine Zustimmung erteilt hat.

Dazu die damals verantwortliche Ministerin „für Familie ... und Jugend“, Renate Schmidt,
„... ein guter Tag für die Kommunen... für die dringend notwendige Entlastung der Kommunen ...“
„mit den Neuerungen... wird Schluss sein... Kinder gut verdienender Eltern auf Kosten der Jugendhilfe in teure Internate unterzubringen ...“
„... außerdem Schluss damit sein, dass die Kosten für Lese-Rechtschreibschwäche auf den Buckel der Jugendhilfe geladen werden ...“
„... Fehlentwicklungen bei der Jugendhilfe zu korrigieren, damit diese kein Selbstbedienungsladen für Besserverdienende wird ...“

Die Katze ist aus dem Sack

Damit ist „die Katze aus dem Sack“ und es wird deutlich, was mit der Gesetzesänderung zur Jugendhilfe intendiert war und ist:

- Es geht zu aller erst um ein Gesetz zur finanziellen Entlastung der Kommunen.
- Die Zuständigkeitsabgrenzung zwischen Schule und Jugendhilfe wird künftig vermehrt zu Lasten von Kindern mit ADHS, Teilleistungsstörungen und sonstigen Handicaps ausgetragen werden.
- Kindern sogenannter Besserverdienender wird der Zugang zu Eingliederungshilfeansprüchen erschwert!

Nur zur Erinnerung:

§ 1 Kinder- und Jugendhilfegesetz

(1) Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.

JEDER! junge Mensch ohne Ausnahme, ohne Rücksicht auf das Einkommen seiner Eltern!!!

Was also kommt auf Eltern von Kindern mit ADHS und Teilleistungsstörungen wie Legasthenie, Dyskalkulie... infolge der Änderung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes zu?

1. Zunächst die „gute“ Nachricht:

Die Befürworter einer Ausgliederung der Eingliederungshilfe aus dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII in das Bundessozialhilfegesetz) oder gar ihrer ersatzlosen Streichung (ursprünglicher Antrag der Bayerischen Staatsregierung über Bundesratsvorlage) konnten sich nicht durchsetzen.

Ebenso nicht die faktische Außerkraftsetzung des Wunsch- und Wahlrechtes (§ 5 SGB VIII) für Eltern/Betroffene bei der Auswahl und Mitbestimmung der Eingliederungsmaßnahme bzw. der mit der Maßnahme beauftragten Einrichtung. Beides hat zur Folge, dass wesentliche Teile der bisherigen kinder- und jugendhilferechtlichen Kommentierung/Rechtsprechung/Gesetzesauslegung im Hinblick auf Eingliederungshilfe unverändert Gültigkeit behalten.

2. Nun die „schlechten“ Nachrichten:

- Die Hürden zur Inanspruchnahme von Eingliederungshilfe insbesondere bei ADHS und Teilleistungsstörungen wurden signifikant höher gelegt.
- „Die Steuerungsverantwortung“ der Jugendämter wird verstärkt. Für

Betroffene kann dies bedeuten: Noch mehr bürokratisch institutionalisierte Gängelei, noch höherer Verwaltungsaufwand, noch längere Verfahrensdauer...

■ „Nachrangigkeit der Jugendhilfe hinter anderen Leistungsträgern“ z. B. Schule etc. Da wird künftig ganz sicher noch viel genauer hingeschaut, ob z.B. die Förderangebote und Entwicklungsmöglichkeiten (auch wenn Sie sich als nicht ADHS-wirksam erweisen) im Rahmen des bestehenden Schulwesens etwa bei Legasthenie vorab voll und ganz ausgeschöpft waren. M. a. W. „Das Kind muss erst vollends in den Brunnen gefallen sein“ bevor Ansprüche aus der Jugendhilfe realisiert werden sollen.

■ De fakto „Verbot jeglicher Selbstbeschaffung“ d.h. Kostenübernahme durch das Jugendamt nur bei einer Maßnahme, bei der das Jugendamt
a) bereits im Entscheidungsprozess nachweislich involviert war.
b) Die Maßnahmeinanspruchnahme vom Jugendamt v o r h e r „abgesegnet“ war

■ Kostenbeteiligung „unter Berücksichtigung“ der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Eltern, mindestens aber immer und ausnahmslos in Höhe des Kindergeldes, in aller Regel ca. in Höhe der einkommensabhängigen Kindesunterhaltssätze Sätze nach der so genannten „Düsseldorfer Tabelle“.

Wenn ich im Nachfolgenden einzelne neue Gesetzespassagen den früheren Gesetzestexten gegenüberstelle und dabei Abweichungen/Änderungen/Ergänzungen darlege und deren Auswirkungen für die Betroffenenpraxis diskutiere, so geschieht dies nicht mit dem Anspruch der Vollständigkeit bezogen auf die gesamten SGB VIII-Neuregelungen (des gesamten Kinder- und Jugend-

hilfegesetzes) sondern bewusst auszugsweise ausschließlich auf die „wesentlichen“ Belange im Rahmen von Eingliederungshilfep Verfahren bei ADHS und Teilleistungsstörungen.

Im Folgenden sind die **Änderungen** im Kontext der ursprünglichen Gesetzesformulierung **kursiv und fett** hervorgehoben (alter Gesetzestext nur *kursiv*).

I.

§ 35a Eingliederungshilfe bei (drohender) seelischer Behinderung

(1.) Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn

- 1. ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht,*
- 2. daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.*

Von einer seelischen Behinderung bedroht im Sinne dieses Buches sind Kinder und Jugendliche, bei denen eine Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.

(1a) Hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit nach Absatz 1, Satz 1 Nr. 1 hat der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Stellungnahme

- 1. eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,**
- 2. eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder**
- 3. eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Störung bei Kindern und Jugendlichen verfügt, einzuholen. Die Stellungnahme ist auf der Grundlage der internationalen Klassifikation der Krankheiten in der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen deutschen Fassung zu erstellen. Dabei ist auch darzulegen, ob die Abweichung Krankheitswert hat oder**

auf einer Krankheit beruht. Die Hilfe soll nicht von der Person oder dem Dienst oder der Einrichtung, der die Person angehört, die die Stellungnahme abgibt, erbracht werden.

Das klassische Konzept der seelischen Behinderung gemäß § 35a beinhaltet als wesentlichen Aspekt das Abweichen der seelischen Gesundheit und einer sich daraus ergebenden Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft:

- a) das Vorhandensein einer psychischen Störung im Hinblick auf die hier diskutierte Inanspruchnahme-population ADHS und Teilleistungsstörungen und
- b) eine sich zwingend daraus ergebende schwere und umfassende Sozialintegrationsstörung, die sich etwa für Kinder und Jugendliche im Schulalter trotz begabungsgerechter Schulform über eine Mindestdauer von mindestens 6 Monaten kontext- und situationsunabhängig nachhaltig manifestiert.

Die Neuregelung respektive die Ergänzung(en) unter Absatz 1 verlangt eine massivere Ausprägung der sich aus der psychischen Störung ergebenden wirklich schweren und umfassenden Sozialintegrationsstörung. Dabei genügt es nun nicht mehr, dass Eltern im Rahmen des Antragsverfahrens ihrerseits die Sozialintegrationsproblematiken darlegen. Das Vorhandensein und die Beeinträchtigung durch die Sozialintegrationsstörung muss durch *fachliche Erkenntnis* m. a. W durch eine fachliche Stellungnahme, aus der unzweifelhaft auch eine mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwartende Persistenz dieser Sozialintegrationsstörung erkennbar ist, belegt werden.

Es ist davon auszugehen, dass bei ADHS-/teilleistungsstörungen betroffenen Kindern und Jugendlichen im Schulalter nunmehr der Nachweis des Vorliegens einer Sozialintegrationsstörung künftig auch durch schulfachliche und pädagogische Stellungnahmen seitens Lehrern, Schulleitern, sonstigen fachlichen anderen Bezugspersonen angefordert werden. Flankiert durch das Gutachten aus

medizinisch, psychiatrisch, psychotherapeutischer Sicht, welches aufgrund der Hinzufügung der Bestimmungen (1a) dezidierten fachlichen Merkmalen zu genügen hat.

(1a) beschreibt im Wesentlichen die aus der früheren Rechtsprechung zu § 35a SGB VIII resultierenden Anforderungsmerkmale. Einerseits ist die fachliche Qualifikation des beurteilenden Arztes/Therapeuten in dem Gebiet der seelischen Störung, hier also im Hinblick auf ADHS/Teilleistungsstörungen, vorausgesetzt. Dies ist nicht neu, denn gemäß bisheriger Kommentierung bedurfte es der Verpflichtung eines Arztes, der über besondere Erfahrungen in der Hilfe verfügte. Auch der im letzten Absatz von (1a) beschriebene auszuschließende Interessenskonflikt zwischen dem Arzt als Gutachter und Arzt als Therapeut in der Maßnahme ist nicht neu. Auch dieser Aspekt wurde bereits im Rahmen zurückliegender Rechtsprechung in dieser Form festgeschrieben. So hieß es, dass ein Arzt Gutachterfunktion übernehmen kann, wenn sichergestellt ist, dass er als Gutachter kein wirtschaftliches Interesse an einer später durchzuführenden Hilfe haben kann.

Bei genauerer Durchsicht dieser Ergänzung (1a) wird aber eine besondere Problematik signifikant, nämlich: „... hat der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Stellungnahme eines Arztes... einzuholen“. Bedeutet dies dann, dass das Jugendamt die Auswahl des Gutachters verfügt? Bedeutet dies etwa, dass die freie Wahl des Arztes im Zusammenhang mit Diagnostik und fachärztlicher Stellungnahme im Patientenrecht des antragsstellenden ADHS-Kindes beschnitten wird? Kann das Jugendamt einen ganz bestimmten Arzt zur Abgabe der fachärztlichen Stellungnahme im Zusammenhang mit § 35a SGB VIII-Anträge festlegen und damit über das Recht zur freien Arztwahl des ADHS-betroffenen hinweg gehen? Hier scheinen neue Probleme und juristisch konflikthafte Auseinandersetzungen vorprogrammiert. Unzweifelhaft ist nach derzeitiger Rechtsprechung aus dem Medizin- und Patientenrecht, dass Eltern/

betroffenes Kind oder Jugendlicher nicht in der freien Arztwahl beschnitten werden dürfen. Unzweifelhaft dürfte ferner sein, dass, wenn antragstellende Eltern eine den Diagnosekriterien nach ICD10 genügende fachärztliche Stellungnahme eines im Störungsbild entsprechend professionalisierten Facharztes beibringen, welches nicht älter als 6 Monate ist, ein solches Gutachten durch das Jugendamt im Rahmen eines § 35a-Antragsverfahrens nicht ablehnbar sein wird.

Der Ordnung halber muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die üblicherweise vorgelegten fachärztlichen Stellungnahmen im Zusammenhang mit einem § 35a SGB VIII-Antragsverfahren nur in Ausnahmen den Diagnosekriterien des multiaxialen Klassifikationschemas psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD10 entsprechen. Das durch Remschmidt, Schmidt und Poustka 2001 auch im deutschsprachigen Raum etablierte *multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD10* der WHO umfasst 6 Achsen zur Befunderhebung und -beschreibung:

Achse 1: *klinisch-psychiatrisches Syndrom*

Ausführliche Anamneseerhebung, psychopathologischer Untersuchungsbefund, psychologische Testverfahren, störungsspezifische Fragebögen.

Achse 2: *umschriebene Entwicklungsstörungen*

Abklärung umschriebener Entwicklungsstörungen (Legasthenie, Dyskalkulie...) Stellungnahme zu Schule und Zeugnisnoten, Rechtschreibtests, standardisierte Lesetests, Dyskalkulietests, Sprachvermögen, Wahrnehmung, Konzentration und Motorik, ggf. Entwicklungsstörungen.

Achse 3: *Intelligenzniveau*

HAWiK, Kaufmann, CFT...

Achse 4: *Körperliche Symptomatik*

Körperliche Symptome, organische Ursachen psychischer Störungen, Abwägung psychosomatischer Symptome.

Achse 5: *aktuelle abnorme psychosoziale Umstände*

Intrafamiliäre Beziehungen, abweichendes Verhalten oder Behin-

derung in der Familie, intrafamiliäre Kommunikation, belastende Lebenserlebnisse, gesellschaftliche Belastungsfaktoren, zwischenmenschliche Belastung im Zusammenhang mit Schule.

Achse 6: *Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung*

Beurteilung der sozialen Funktion im Hinblick auf die Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen innerhalb und außerhalb der Familie, ggf. soziale Beeinträchtigungen, Kommunikationsschwierigkeiten, Risiko von Eigen- und Fremdgefährdung, Art der Beziehung zu Gleichaltrigen.

II.

§ 36 Mitwirkung Hilfeplan

(3) „Erscheinen Hilfen nach § 35a erforderlich, so soll bei der Aufstellung und Änderung des Hilfeplanes sowie bei der Durchführung der Hilfe die Person, die eine Stellungnahme nach § 35a Absatz 1a abgegeben hat, beteiligt werden.“

Diese Änderung ist marginal. Die Mitwirkung eines Arztes im Rahmen des Hilfeplanverfahrens ist nicht neu. Bereits die bisherige Rechtsprechung legte fest, dass ein Arzt an der Aufstellung und Überprüfung des Hilfeplanes sowie der Durchführung der Hilfe zu beteiligen ist, der über besondere Erfahrung in der Hilfe für Kinder und Jugendliche verfügt. Dies ist in der Regel ein Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Psychotherapie. Die Ergänzung zu § 36 legt nunmehr nur fest, dass im Rahmen der Hilfeplanung *exakt jener* Arzt bzw. Therapeut weiterhin zu beteiligen ist, der das Erstgutachten im Rahmen des Antragsverfahrens nach § 35a (wie unter Punkt 1a) oben beschrieben) aufgestellt hat.“

III.

Neu aufgenommen ist die gesetzliche Festschreibung der sogenannten Steuerungsverantwortung des Jugendamtes und die Ausführungen über die Nichtzulässigkeit der Selbstbeschaffung.

§ 36a Steuerungsverantwortung, Selbstbeschaffung:

(1) der Träger der öffentlichen

Jugendhilfe trägt die Kosten der Hilfe grundsätzlich nur dann, wenn sie auf der Grundlage seiner Entscheidung nach Maßgabe des Hilfeplanes unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechtes erbracht wird. Die Vorschriften über die Heranziehung zu den Kosten der Hilfe bleiben unberührt.

(2) Abweichend von Absatz 1 soll der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die niedrighschwellige unmittelbare Inanspruchnahme von ambulanten Hilfen, insbesondere von Erziehungsberatung zulassen...

(3) Werden Hilfen abweichend von Absatz 1 und 2 vom Leistungsberechtigten selbst beschafft, so ist der Träger der öffentlichen Jugendhilfe zur Übernahme der erforderlichen Aufwendungen nur verpflichtet, wenn

1. der Leistungsberechtigte den Träger der öffentlichen Jugendhilfe vor Selbstbeschaffung über den Hilfebedarf in Kenntnis gesetzt hat,

2. die Voraussetzung für die Gewährung der Hilfe vorlagen, und

3. die Deckung des Bedarfs
a) bis zu einer Entscheidung des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe über die Gewährung der Leistung oder
b) bis zu einer Entscheidung über ein Rechtsmittel nach einer zu Unrecht abgelehnten Leistung keinen Aufschub geduldet hat.

War es dem Leistungsberechtigten unmöglich, den Träger der öffentlichen Jugendhilfe rechtzeitig über den Hilfebedarf in Kenntnis zu setzen, so hat er dies unverzüglich nach Wegfall des Hinderungsgrundes nachzuholen.

Auch hierbei handelt es sich um die gesetzliche Fixierung der bisherigen Rechtsprechung zum SGB VIII insbesondere im Hinblick auf Maßnahmen der Eingliederungshilfe. Unverändert und unangewendet bleibt das Wunsch- und Wahlrecht der Eltern. Eltern sind (!) bei der Auswahl der Einrichtung zu betei-

l i g e n . Das Wahlrecht ist nicht auf eine Auswahl aus den vom Jugendamt vorgeschlagenen Einrichtungen beschränkt, sondern umfasst das Recht, eigene Vorschläge zu machen. Mit dem jugendhilferechtlichen Ziel, partnerschaftliche Hilfe unter Achtung von familiärer Autonomie und des kooperativen pädagogischen Entscheidungsprozesses bei der Entscheidung über Notwendigkeit und Geeignetheit der Jugendhilfe wäre es, so entschied bereits im November 2002 das Verwaltungsgericht in Aachen, unvereinbar, wenn sich die Funktionen des Jugendamtes auf die eines bloßen Kostenträgers beschränkte, der erst nachträglich, nach Durchführung einer selbst beschafften Hilfemaßnahme in die kostenmäßige Abwicklung des Jugendhilfefalles eingeschaltet wird. Ebenso wie das Jugendamt die Eltern und das Kind oder den Jugendlichen von Anfang an in den Entscheidungsprozess einzubeziehen hat, muss auch der Hilfeberechtigte, jedenfalls grundsätzlich den öffentlichen Jugendhilfeträger, nämlich das Jugendamt, soll dieser die Kosten tragen, von Anfang an, in die Hilfe-suche einbeziehen. Mit der Fixierung und Beschreibung der Einschränkung zur Selbstbeschaffung bestätigt der neue Gesetzestext nichts anderes als die bereits bekannten Gerichtsentscheidungen in dieser Sache. Der Selbstbeschaffung sind im Rahmen von SGB VIII zwei Grenzen gesetzt:

a) Selbstbeschaffung verbietet sich, sofern das Jugendamt dem Anspruchsberechtigten Maßnahmen zur Eingliederungshilfe unterbreitet hat, die nachweislich im Sinne des Eingliederungshilfebedarfes als geeignet anzusehen sind.

b) Selbstbeschaffung verbietet sich ferner, solange nicht aus objektiv nachweisbaren Gründen „Gefahr im Verzug“ war /ist, eine § 35a SGB VIII-Maßnahme zu einem bestimmten Zeitpunkt z w a n g s w e i s e aufnehmen zu müssen und das Jugendamt seitens der antragsstellenden Eltern über diesen Verzugs-termin nachweislich vorab informiert war.

Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass Selbstbeschaffung nur noch

dann möglich ist, wenn seitens des öffentlichen Jugendhilfeträgers keine störungsbildorientierten geeigneten Maßnahmenangebote unterbreitet wurden u n d gleichzeitig „Gefahr im Verzug ist“ z.B. durch die Einhaltung von Einschulungsterminen im Hinblick auf eine § 35a-Beschulungsmaßnahme mit Beginn eines neuen Schuljahres.

IV.

Der schließlich letzte große Bereich, umfasst die Gesetzesergänzungen / Änderungen über Kostenbeteiligung bzw. Heranziehung zu den Kosten. Auch dies ist grundsätzlich nicht neu, denn der alte

„§ 91 Grundsätze der Heranziehung zu den Kosten“

schrub unter Absatz 1, dass das Kind oder der Jugendliche und dessen Eltern zu den Kosten herangezogen werden, auch im Falle der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche bei Maßnahmen in Tageseinrichtungen, teilstationären Einrichtungen, Einrichtungen über Tag und Nacht usw. Allerdings galt nach dem alten Gesetzestext gemäss

§ 94 eine Sonderregelung für die Heranziehung der Eltern:

(1) Wird... Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder oder Jugendliche gewährt, so gelten abweichend von § 93, der den Umfang der Heranziehung zu den Kosten beschreibt nachfolgende besondere Vorschriften.

(2) Lebten die Eltern oder Elternteile vor Beginn der Hilfe mit dem Kind oder Jugendlichen zusammen, so sind die in der Regel in Höhe der durch die auswärtige Unterbringung ersparten Aufwendungen zu den Kosten heranzuziehen. Für diese ersparten Aufwendungen sollen nach Einkommensgruppen gestaffelte Pauschalbeträge festgelegt werden.

M. a. W. Eltern, deren Kinder und Jugendliche auswärtig etwa in einer Jugendhilfeeinrichtung untergebracht sind und dadurch im Rahmen einer § 35a-Jugendhilfemaßnahme Ersparnisse (z.B. in der Verköstigung) haben, wurden exakt in der Höhe dieser Unterhaltsansprüche bereits in der Vergangenheit zu den Kosten herangezogen. Bemessungsgrund-

lage für eine pauschalierte Kostenberechnung waren die Sätze der sogenannten „Düsseldorfer Tabelle“, in der z.B. bei Scheidung und Trennung die einkommensabhängigen Kindesunterhaltssätze aufgeführt sind.

Die Kostenbeteiligung / Heranziehung zu den Kosten in der Neuregelung der §§ 90 bis 94 sind so umfangreich neugestaltet und wesentlich umformuliert, dass an dieser Stelle eine ausführliche bzw. komplette Gesetzeszitation unterbleiben muss.

§ 90 pauschalierte

Kostenbeteiligung

§ 91 Anwendungsbereich

§ 92 Ausgestaltung

der Heranziehung

§ 93 Berechnung des Einkommens

§ 94 Umfang der Heranziehung

Im Ergebnis gilt, dass

- der Kostenbeitrag mindestens und stets in Höhe des Kindergeldes zu erfolgen hat.

- Die Heranziehung zu den Kosten betrifft nicht nur Eltern sondern auch Lebenspartner und wird einkommens- und vermögensabhängig künftig in weit größerem Umfang erfolgen, als dies in der ehemaligen Formulierung von § 94 sich auf die Kostenersparnis durch die auswärtige Unterbringung beschränkt.

- Bedenklich hierzu ist, dass im Zusammenhang mit § 93, der Berechnung des Einkommens, eine wahrscheinlich „totale“ Offenlegung von Einkommens- und Vermögensverhältnissen eingefordert werden kann.

- Die neue Heranziehung zu den Kosten und Gebühren wird für einkommens- und vermögensstarke Eltern weit oberhalb der Sätze der „Düsseldorfer Tabelle“ zu erwarten sein. Die Landesbehörden sind aufgefordert pauschalisierte Sätze festzulegen. Tendenz: v o l l e Kosten – und Gebührenerstattung einer Jugendhilfemaßnahme, so die Eltern das Geld haben. Gerade zu grotesk, dass im Gesetz ausdrücklich formuliert wurde, die Kosten- und Gebührenheranziehung der Eltern dürfte nicht die tatsächlichen Maßnahmekosten übersteigen.

Fazit:

1. O.g. Ausführungen können nur ein erster anfänglicher Überblick sein und erfassen keineswegs den Gesamtumfang aller Änderungen und Ergänzungen der vorliegenden Gesetzesneufassung und erst recht nicht deren Auswirkungen!

2. Man kann nicht nachhaltig genug betonen, dass die Gesetzesänderung am Ende eine Anhebung der Hürden bei der Inanspruchnahme von Eingliederungshilfeansprüchen nach sich ziehen wird, dass die Möglichkeiten, den Verfahrens- und Verwaltungsaufwand durch die Jugendämter erheblich zu erweitern, nochmals vergrößert sind, dass Kindern und Jugendlichen erst noch später als bereits in der Vergangenheit der Zugang zu störungsbildadäquaten Hilfe- und Eingliederungsmaßnahmen ermöglicht wird. Nach dem Motto: „das Kind muss erst in den Brunnen gefallen sein“.

3. Der Ausschuss für Familie ... und Jugend hat mit der Bundestags-Drucksache 15/5616 am 01.06.2005 den Gesetzentwurf für diese Änderung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes mit der finanziellen Entlastung der öffentlichen Haushalte begründet. (Zitate kursiv) Dabei wird „die Anhebung der Anspruchsschwelle bei drohender seelischer Behinderung nach § 35a“ mit einer kommunalen *Entlastung von 50 Millionen Euro* beziffert. Die Intensivierung der „Steuerungsverantwortung des Jugendamtes § 36a“ mit einer *Entlastungsauswirkung von 100 Millionen Euro* beziffert und schließlich die *Heranziehung der Eltern zu den Kosten*, die Erhebung von pauschalierten Kostenbeiträgen gemäß §§ 93 bis 97 mit einer *Entlastung von weiteren 100 Millionen Euro* beziffert. Insgesamt also rechnet man mit einer „Entlastung“ von 250 Millionen Euro, die schwerpunktmäßig aus einer restriktiveren Handhabung der Eingliederungshilfe resultieren soll!

4. Dem gegenüber steht allerdings:

a) Schulverlaufsuntersuchungen bestätigen, dass ADHS-Kinder im Hinblick auf ihre Schulentwicklung zu 90% unter ihren intellektuellen Möglichkeiten bleiben. Nur 1 ADHS-

ler erreicht das Schulabschlussziel, vergleichbar 10 Nicht-ADHSler bei gleicher Begabung und gleichem soziokulturellen und ökonomischen Hintergrund.

Die Sitzenbleiberquote im Bereich der ADHS-Schüler ist mindestens um den Faktor 3 höher als unter den Nicht-ADHSlern. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes (2003) belaufen sich die innerdeutschen Kosten für die Klassenwiederholungen alljährlich auf 1.237.000.000 Euro (Sie lesen richtig!). Alleine die ADHS-bedingten Kosten aufgrund nicht-ADHS-störungsbildadäquater Beschulung dürften in diesem Punkt mit mindestens 120 Millionen Euro zu Buche schlagen.

b) Jährlich verlassen am Ende der Sekundarstufe I bundesweit ca. 850.000 Schülerinnen und Schüler die Hauptschule / Realschule/Gesamtschule / das Gymnasium. 10,4 % von ihnen werden jährlich ohne Schulabschluss entlassen. Das sind exakt alljährlich 95.000 Kinder und Jugendliche, die aufgrund fehlender Schulabschlüsse keinen Zutritt zum ersten Arbeitsmarkt haben. Zur beruflichen Reintegration dieser Jugendlichen unter 25 Jahren ohne Schulabschluss gibt die Bundesagentur für Arbeit alljährlich 7 Milliarden Euro (sie lesen richtig!) aus. Nach groben Schätzungen dürften dabei 1,5 Milliarden auf Nicht-ADHS-störungsbildorientierte Beschulung / schulische Förderung entfallen.

c) Während im Durchschnitt 2,5 bis 3 % der Schüler einer Sonderschule zugewiesen werden, liegt der Prozentsatz unter den ADHS-Kindern und -Jugendlichen fast um den Faktor 10 höher. Die Jahresschulkosten pro Schüler liegen im Kindesschnitt bei 4.900,- Euro, für den Besuch der Sonderschule bei 12.000,- Euro pro Jahr. Also um 7.000,- Euro höher. Rein rechnerisch ist davon auszugehen, dass von den ca. 400.000 ADHS-betroffenen Kindern und Jugendlichen im schulpflichtigen Alter ca. 50.000 aufgrund Nicht-ADHS-störungsbildorientierter Beschulung und Förderung dem Sonderschulwesen zugewiesen worden sind. Dies führt zu weiteren 350.000 Euro zusätzlicher Beschulungskosten aufgrund nicht-ADHS-störungsbildadä-

quater schulischer Betreuung.

Die (hier nicht einmal vollständig erfassten) gesamtwirtschaftlichen Folgekosten allein aus nicht ADHS-störungsbildadäquater schulischer Förderung und Beschulung belaufen sich folglich derzeit jährlich auf fast 2 Milliarden Euro. Kosten, die im Rahmen von ADHS-orientierten Eingliederungsmaßnahmen wirksam und nachhaltig begrenzt werden konnten und können. Mit dem neuen Gesetz brechen nun auch noch die wenigen bisherigen (aber effektiveren) schulischen Förder- und beruflichen Integrationsmaßnahmen weg.

5. Könnte es sein, dass es auf Grundlage der vorliegenden Gesetzesänderung gesamtgesellschaftlich nicht zu ökonomischer Entlastung, sondern zu einer weiteren Kostenexplosion allerdings in anderen Bereichen wie der Beschulung, der beruflichen Integration etc. kommt? Ganz zu schweigen von den wahrscheinlich zunehmenden späteren Therapiekosten und Kosten für Resozialisierungsmaßnahmen, da künftig frühzeitige Intervention im Sinne der klassischen wirksamen Eingliederungshilfe in erheblichem Maße erschwert ist.

Ein Letztes:

Wird die Änderung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes ein weiteres Beispiel dafür, dass der dringende Einsatz von Maßnahmen der Eingliederungshilfe noch weniger als bisher den wirklich Bedürftigen und Anspruchsberechtigten zugute kommt? Kein Zweifel, dass all jene, denen es weder an Vermögen noch an Einkommen fehlt, sich nicht vor ihren Solidarpflichten drücken dürfen, sich ökonomisch bei Inanspruchnahme von Jugendhilfe zu beteiligen haben. Dennoch: Liefert die bundesdeutsche Gesetzgebung (man denke nur an die Steuergesetze) nicht hinreichend Beispiele, dass all jene, die aufgrund ihres sozioökonomischen Status sich nicht gegen komplexe, kaum durchschaubare behördliche Verwaltungsaufgaben und nervenaufreibenden behördlichen Verfahrenswirrwarr und dem Hin- und Herziehen von Verfahrensweisen zur Wehr setzen können, ferner all jene,

denen es aufgrund ihres Bildungsstatus weniger gelingt, sich Einblicke in entsprechende Gesetzeslagen zu verschaffen, noch weniger als in der Vergangenheit in die Situation einer frühzeitig präventiven, notwendigen Hilfe zur Vermeidung noch nachhaltigerer Integrationsstörungen kommen?

Die Verbände, die die Interessen von Eltern und Kindern mit ADHS/Teilleis-

tungsstörungen und ähnlichen psychischen Handicaps vertreten, sind hier gefordert vor dem Hintergrund dieser aktuellen Situation sich auf das politische Gewicht ihrer Bundeschaft zu besinnen, um gerade für die Benachteiligten und Hilflosen noch schlimmeres in der praktischen Auswirkung und Umsetzung der neuen Gesetzesbestimmungen

zu verhindern. Wir brauchen keine vordergründige „Entlastung“ kommunaler Haushalte sondern eine Umverteilung der verfügbaren Finanzmittel zu Gunsten von Kindern und Jugendlichen, zu Gunsten von Bildung und Integration, wovon am Ende wir alle, die Gesellschaft als Ganzes, profitieren! ←

ADHS-Forschung: Eine Erfolgsmeldung und ihr realistischer Kern

Im Juni dieses Jahres erschien in den Medien eine Meldung, die über gravierende Fortschritte bei der Erforschung der ADHS berichtete und auf breite Aufmerksamkeit stieß.

Man sei einen großen Schritt vorangekommen, berichtete die Deutsche Presseagentur (dpa). In einer Studie mit mehr als 200 Patienten seien vier Typen von Auffälligkeiten im Gehirn festgestellt worden. Experten gingen davon aus, dass diese Erkenntnis zu einer deutlichen Verbesserung der Behandlung führen wird.

Die Leiterin des klinischen Teils der Studie, Dr. Kerstin Konrad vom Universitätsklinikum der RWTH Aachen, wird mit der Aussage zitiert: „Die Kinder müssen so spezifisch wie möglich behandelt werden“. Damit unsere Leserinnen und Leser sich ein Bild machen können, hat der BV AÜK Dr. Konrad um eine Stellungnahme gebeten, die detaillierter auf Inhalte der Studie und Schlussfolgerungen daraus eingeht (-ler).

Zur Pressemitteilung „Zappelphilipp“: Vier Typen von Gehirn-Auffälligkeiten“:

„Zu unserem großen Bedauern ist die Pressemitteilung vom 22.06.05 leider sehr missverständlich und weckt bei den Betroffenen Hoffnungen, die derzeit leider (noch) nicht erfüllt werden können.

Wir führen derzeit in Aachen eine Reihe von Untersuchungen durch, bei denen Befunde aus der Molekulargenetik und der funktionellen Bildgebung integriert werden. Ziel dieser Arbeiten ist es tatsächlich, Subgruppen des Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätssyndroms (ADHS oder ADHD) zu identifizieren, die sich sowohl genetisch als auch hinsichtlich der Veränderungen in den Hirnfunktionen unterscheiden.

Bislang konnten wir nachweisen, dass Patienten mit ADHD hinsichtlich

ihrer neuropsychologischen Defizitmuster äußerst heterogen sind, d.h. es gibt sowohl Patienten, die keine oder kaum Auffälligkeiten in verschiedenen Aufmerksamkeits-tests aufweisen und andere, bei denen sich für unterschiedliche Aufmerksamkeitsparameter mittelgradige bis schwere Defizite zeigen.

Solche Defizite in einzelnen Aufmerksamkeitsparametern sind assoziiert mit spezifischen Veränderungen der Hirnaktivität. Für die Aufmerksamkeitskontrollfunktion konnte ferner gezeigt werden, dass hier genetische Faktoren eine entscheidende Rolle dafür spielen, wie gut oder schlecht jemand seine Aufmerksamkeitsprozesse kontrollieren kann.

Derzeit ist es aber noch nicht gelungen, eine oder mehrere spezifische Genvarianten zu identifizieren,

die mit dieser Leistung assoziiert sind. Dies ist der Gegenstand weiterer Forschungsaktivität. **Die Kenntnis unterschiedlicher Aufmerksamkeitsdefizite soll vor allem dazu führen, eine sehr spezifische Therapie durchzuführen**, z.B. Erkenntnisse darüber zu gewinnen, ob eher eine Therapie mit Methylphenidat oder Atomoxetin angezeigt ist.

Falls Sie Interesse haben, diese Arbeiten weiter zu unterstützen, würden wir uns freuen, wenn Sie sich bei uns melden würden (Tel.: 0241/8088753).

Sobald sich ein klinisch relevanter Befund ergibt, werden wir uns natürlich an die Öffentlichkeit mit detaillierten Informationen wenden.“ ←

Literatur:

Hanisch C, Konrad K, Günther T, Herpertz-Dahlmann B (2004). Age-dependent neuropsychological deficits and effects of methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a comparison of pre- and grade-school children. *Journal of Neural Transmission*, 111, 865-881.

Heiser P, Friedel S, Dempfle A, Konrad K, Smidt J, Grabarkiewicz J, Herpertz-Dahlmann B, Remschmidt H, Hebebrand J (2004). Molecular Genetic Aspects of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Neurosci Biobehav Reviews*, 28(6): 625-41.

Konrad K, Neufang S, Hanisch C, Specht K, Fan J, Fink GR, Herpertz-Dahlmann B (under revision). Dysfunctional Attentional Networks in Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) - evidence from an event-related fMRI study. *Biological Psychiatry*.

Fan J, Wu Y, Fossella JA, Posner MI (2001): Assessing the heritability of attentional networks. *BMC Neurosci*, 2: 14.

ADHS und Reizdarm

Chronische Bauchschmerzen im Kindesalter

Einleitung von Renate Meyer

Überproportional viele AD(H)S-Betroffene klagen über rezidivierende Magen-Darm-Beschwerden, wobei der Reizdarm bei AD(H)S sogar als comorbide Störung gilt.

Und so schreibt auch Cordula Neuhaus in ihrem in 2005 erschienen Buch *Lass mich, doch verlass mich nicht*: „ADHS wird sicherlich nicht durch irgend eine Form der Ernährung „verursacht“, denn ADHS tritt weltweit bei Menschen mit den unterschiedlichsten Ernährungsgewohnheiten auf. Ein genaueres Hinschauen auf das, was jemand mit ADHS verträgt und was nicht, scheint aber dennoch den einen oder anderen Forscherblick wert zu sein“.

Die zu Beginn der 90-iger Jahre durchgeführten Studien zur Wirksamkeit der oligoantigenen Diät bei Kindern mit expansiven Verhaltensstörungen (Prof. Dr. Dr. M. H. Schmidt et al und Prof. Dr. J. Egger et al) werden den Betroffenen häufig als unwirksam oder auch obsolet beschrieben, obwohl nicht einmal die Empfehlungen zum methodisch-wissenschaftlichen Vorgehen aus den Ergebnisberichten der Studien umgesetzt wurden, die beschriebenen Effekte der oligoantigenen Diät in weiteren Studien zu überprüfen.

Dies erstaunt um so mehr, weil in dem Ergebnisbericht/ Kurzbericht unter der Projektleitung von Prof. Schmidt seinerzeit folgendes Fazit verfasst wurde:

„Bei einem nicht zu vernachlässigenden Teil von Kindern mit hyperkinetischen und dissozialen Verhaltensstörungen kann die angewendete oligoantigene Diät als eine wirksame Behandlungsmethode angesehen werden, die den Betroffenen nicht vorenthalten werden sollte; für eine kleine Gruppe von Kindern stellt sie einen Ersatz für die medikamentöse Behandlung oder eine Alternative dazu dar.“

Von der öffentlichen Hand sind kaum Mittel für weitere Studien zu erwarten und mit dem Weglassen von Nahrungsmitteln sind bekanntermaßen keine Gewinne zu erzielen, aus denen sich ein wirtschaftliches Interesse zur Finanzierbarkeit weiterer Studien ergeben könnte.

Als Bundesverband, der die Ernährungsumstellung bei Verdacht auf Vorliegen einer nahrungsmittelinduzierten AD(H)S-Symptomatik als einen von verschiedenen Behandlungsschwerpunkten in einem multimodalen Therapiekonzept bei AD(H)S empfiehlt, erhalten wir vermehrt Rückmeldungen von Mitgliedern, dass rezidivierende Bauch-

schmerzen im Zusammenhang mit der AD(H)S-Diagnostik ohne weitere Anamnese als psychogen bewertet und nicht weiter abgeklärt werden.

Bereits in den Untersuchungen zur oligoantigenen Diät wurde seinerzeit von Prof. J. Egger bei 54% der Patienten ein Lactase-Mangel (Lactase ist das Enzym, das den Milchzucker im Darm aufspaltet) festgestellt.

Aber Kohlenhydratmalabsorptionen bleiben häufig undiagnostiziert, insbesondere die Fructose-, Sorbit- oder Xylitmalabsorption mit dem Bild eines „Reizdarmsyndroms“ (Fructose ist als Monosaccharid, Disaccharid oder Oligosaccharid in vielen Lebensmitteln enthalten, Sorbit ist ein Zuckeralkohol, der in vielen Früchten enthalten ist, der wie Xylit auch als Zuckeraustauschstoff Verwendung findet).

Am 7. und 8.10.2005 fand in Mölln ein von der Ernährungsberaterin Elfriede Sommerfeld veranstaltetes Symposium zu Reaktionen auf Kohlenhydrate und Gluten statt, bei dem u.a. Herr Prof. Dr. med. Th. Richter zu dem Thema Bauchschmerzen aus der Sicht des Pädiaters referierte und von dem wir freundlicherweise die Genehmigung erhalten haben, nachfolgenden Beitrag in unserer Zeitschrift zu veröffentlichen:

Weitere Informationen über Kohlenhydratmalabsorptionen im Internet:

<http://www.libase.de/thread.html?threadid=41&boardid=27&rpag e=1&sid=2s696dilla3lh4tt2p8mg9eh07> (hier werden die Symptome der Lactoseintoleranz beschrieben)

<http://www.kup.at/kup/pdf/1372.pdf>

http://www.laktonova.de/Die_Laktose-Intoleranz/die_laktose-intoleranz.html

<http://www.kup.at/kup/pdf/305.pdf>

<http://www.fructose.at/g/>

http://www.bv-auek.de/Seiten/ADHD/Nahrungsmittelinduziertes_ADHD/Einfuehrung.html

Chronische Bauchschmerzen im Kindesalter



Prof. Dr. med. Th. Richter

Chronisch rezidivierende Bauchschmerzen treten bei etwa 15% aller Kinder bis zum 8. Lebensjahr auf. Oftmals sind die Eltern sehr besorgt und stellen deshalb die Kinder beim Arzt vor.

Nach gegenwärtiger Lehrbuchmeinung werden „nur in 5% eine organische Ursache gefunden“. Deshalb wird davor gewarnt, zu viele und zu teure Untersuchungen

durchzuführen. Es sei zu beobachten, dass Kinder mit chronischen Bauchschmerzen oftmals aus Familien stammen, in denen auch andere funktionelle Beschwerden wie z.B. Migräne gehäuft vorkommen. Organische Ursachen wären unwahrscheinlich, wenn die Bauchschmerzen periumbilikal angegeben würden. Dagegen seien organische Beschwerden umso unwahrschein-

licher, je weiter weg vom Nabel die Beschwerden beschrieben würden

Das Reizdarmsyndrom (Synonyme: Colon spasticum, Colitis mucosa, Kolonneurose, funktionelle Darmstörung ohne nachweisbare biochemische oder strukturelle Normabweichung, psychogene Bauchschmerzen u.a.) wird folgendermaßen charakterisiert:

■ Keine pathologische Organver-

änderung erkennbar

- ▮ Keine pathophysiologischen Marker bekannt
- ▮ Beschwerden entstehen durch Interaktionen zwischen MDK und ZNS
- ▮ Intermittierende abdominelle Schmerzen wechselnder Intensität und Lokalisation
- ▮ Wechsel zwischen Obstipation und Diarrhoe,
- ▮ Gefühl der inkompletten Stuhleentleerung,
- ▮ Blähungen,
- ▮ Kind ist vollständig normal entwickelt
- ▮ Die Bauchschmerzen treten plötzlich auf mit Blässe und Schwitzen, kurze Zeit später wird Wohlbefinden beobachtet

Typisch ist die Aussage der oftmals überbesorgten, älteren Eltern: „Mein Kind wäre völlig gesund, wenn nicht diese Bauchschmerzen wären“.

Der Autor blickt auf eine 30jährige Praxis bei der stationären Betreuung von Kindern mit Magen-Darm-Erkrankungen zurück, seit 1991 erfolgten in seiner gastroenterologisch orientierten Ermächtigungspraxis nahezu 8000 ambulante Konsultationen.

Es fällt auf, dass die Realität in einer pädiatrischen Gastro-Ambulanz im deutlichen Gegensatz zur oben geschilderten Lehrbuchmeinung steht. Das traf allerdings erst dann zu, als alle Patienten mit „rezidivierenden Bauchschmerzen“ systematisch mit dem nicht-invasiven H₂-Atemtest untersucht werden. Seit dieser Zeit stieg die Diagnose-Rate von Patienten mit Laktose-Maldigestion

und/oder Fructose-Malabsorption und/oder Sorbitol-Unverträglichkeit stark an. Von insgesamt 688 Bauchschmerzen-Patienten der letzten 2 Jahre wurde bei 231 Patienten eine Kohlenhydratunverträglichkeit, bei 123 Patienten eine Obstipationsproblematik, bei 108 Patienten eine Reflux-Symptomatik, bei 90 Patienten eine chronisch entzündliche Darmerkrankung und bei 56 Patienten eine Hp-assoziierte Gastritis diagnostiziert, lediglich bei 80 Patienten (11%) konnte keine organische Ursache gefunden werden.

Zusammenfassung:

Kohlenhydratmalabsorptionen werden bei Patienten mit rezidivierenden Bauchschmerzen häufig gefunden, wenn mit entsprechenden Tests untersucht wird. In den meisten Fällen konnte den Patienten, bei denen eine Kohlenhydratmalabsorption diagnostiziert wurde, durch eine Ernährungsberatung sehr einfach und dauerhaft geholfen werden. Die von vielen Überweisern vermuteten so genannten funktionellen oder psychogen bedingten Bauchschmerzen entpuppten sich oftmals als harmlose, aber gut therapierbare Kohlenhydratunverträglichkeiten.

Prof. Dr. med. Th. Richter
ChA Klinik für Kinder- und
Jugendmedizin
Städtisches Klinikum
„St. Georg“ Leipzig
Delitzscher Straße 141
04129 Leipzig
Tel: 0341 909 3601
Fax: 0341 909 3609

Das Spurenelement Zink erhöht Konzentrationsfähigkeit, Reaktionsfähigkeit und Gedächtnis bei Heranwachsenden

Renate Meyer

In einer amerikanischen Studie mit mehr als 200 Zwölf- und Dreizehnjährigen, die eine tägliche Nahrungsergänzung mit 20 Milligramm Zink erhalten hatten, war für die Wissenschaftler eine deutliche Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit erkennbar. Dabei war es unerheblich, ob bei den Jugendlichen zuvor ein Zinkmangel vorlag oder nicht.

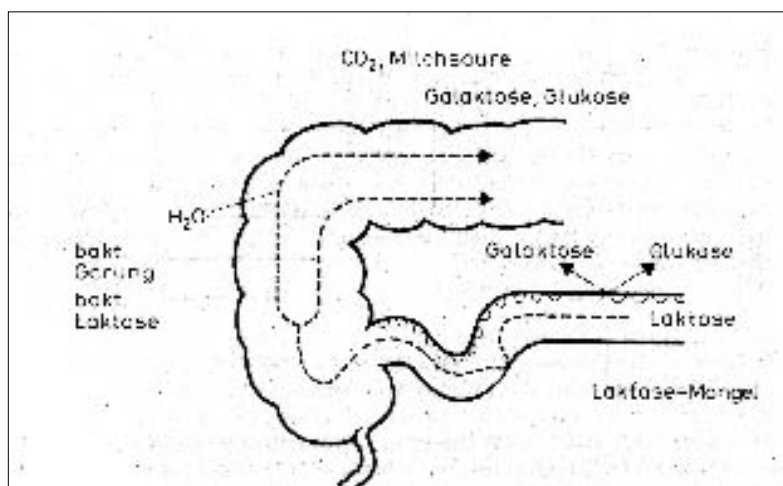
In der Studie wurden die Aufmerksamkeit, die Reaktionsfähigkeit, das Gedächtnis, das logische Denkfähigkeiten und die Hand-Augen-Koordination getestet. Die Auswertung der Studie ergab, dass sich das visuelle Gedächtnis, die Leistungen in dem Wortfindungstext und die Konzentrationsfähigkeit im Verlauf der Studie eindeutig gesteigert hatten. Keine Auswirkungen hingegen hatte die Substitution auf die Feinmotorik und das Sozialverhalten.

Zink ist ein essentielles Spurenelement, das an der Funktion von mehr als 200 Enzymen im Organismus beteiligt ist. Es nimmt u.a. im Gehirnstoffwechsel bei der Freisetzung von Botenstoffen eine wichtige Rolle ein.

Weitere Informationen zur Studie unter:
<http://www.wissenschaft.de/wissen/news/252009.html>

Test zur Ermittlung des persönlichen Zinkmangels:
<http://www.zinkmangelrisiko-test.de/>

Weitere Informationen zu Mikronährstoffdefiziten auf unserer Homepage unter: http://www.bv-auek.de/Seiten/ADHD/Nahrungsmittelinduziertes_ADHD/Mangelzustaende.html



„Minus mal Minus gibt Plus“?

Hilfe bei ADHS: Auswege aus der Kooperationsblockade zwischen Schule und Elternhaus!

Hans Biegert

„Was Lehrer an Eltern hassen – und umgekehrt!“

(FOCUS-Titel vom 09. Mai 2005)

Was sich hinter diesem Titel verbirgt, sind neueste Umfrageergebnisse von Infratest und Angaben einer wissenschaftlichen Untersuchung der „Stiftung Bildungspakt Bayern“. Alles zusammen genommen, ist dies sozusagen die Flutwelle nach den beiden PISA-Erdbeben, die dem deutschen Schulwesen nun vollends den Rest zu geben scheint.

Nicht genug, dass uns PISA I und II bestätigt haben, dass Unterrichtsprofessionalität und Unterrichtseffizienz, Lehrerausbildung und Schulpraxis im internationalen Vergleich weit unterdurchschnittlich sind, nun zeigen die FOCUS-Analysen auch noch, dass zwischen der Institution Schule und dem Elternhaus anstatt Zutrauen und Kooperation nur „Sand im Getriebe“ ist. (Liste 1)

Soweit für alle Eltern und Lehrer, schlechthin. Bei Kindern/Schülern mit ADHS wird die gegenseitige Vorwurfsspirale nochmals „aufgeheizt“, da wird an weiteren Unterstellungen und Vorwürfen nicht gespart. (Liste 2)

Beide Listen ließen sich beliebig verlängern. Das eigentlich dramatische dieser Ergebnisse ist, dass sich die offenbar fehlende Kooperations-schnittmenge zwischen Schule und Elternhaus auf den gemeinsamen Bildungsauftrag, nämlich den Kindern und Jugendlichen erfolgreich eine begabungsadäquate Schulbildung und die Kompetenz zur gesellschaftlichen Integration zu vermitteln, geradezu verheerend auswirkt. Denn 1. dort, wo Eltern die Leistungen von Schule und Lehrern als schlecht wahrnehmen, wird dies den Kindern direkt oder indirekt, in jedem Falle aber wirksam vermittelt. Folge: eine negative Einstellung zu Schule – Lehrer – Unterricht überträgt sich auf das Kind und führt

Liste 1

Elternkritik

- | Fast die Hälfte der Eltern sind mit dem Schulklima unzufrieden.
- | Mehr als die Hälfte der Eltern kritisieren die mangelhafte Pflege der Schule.
- | Mehr als die Hälfte der Eltern kritisieren fehlendes Engagement der Schulleitung.
- | Weit mehr als die Hälfte vermissen Hilfe und Lösung bei Schulproblemen ihrer Kinder.
- | Während bereits in der zweiten Klasse nur noch $\frac{2}{3}$ aller Eltern mit Unterrichtsqualität, Förderung und Pausenbetreuung zufrieden sind, sinkt dieses Zufriedenheitsmaß bis zur neunten Klasse auf nicht einmal $\frac{1}{3}$ aller Eltern. In der Klasse 10 sind fast 70% aller Eltern mit Unterrichtsqualität, Förderung und Betreuung total unzufrieden.
- | Keine 20%, also nicht einmal jeder fünfte Lehrer, zeige gegenüber Eltern aufgeschlossenes Kontaktverhalten, gehe aktiv auf Eltern zu, rufe sie an und sei an Feedback interessiert. Mehr als $\frac{1}{3}$ aller Lehrer werden sogar als rigoros kontakunwillig bezeichnet.

Lehrerschelte

- | Lehrer kritisieren eine „Abgabementalität“, Eltern möchten sich am liebsten um nichts kümmern, Kinder nur in der Schule abgeben und am Ende mit dem Stempel „Abitur“ abholen.
- | Eltern würden ihren Kindern signalisieren, Schule sei unwichtig, bestimmter Lehrstoff unwesentlich und die Regeln des Schulalltags sekundär; dazu passe, dass man Ferienregelungen ignoriere und vor Ferienbeginn in den Urlaub starte.
- | Ein Großteil der Eltern zeige null Aufmerksamkeit für die Schullaufbahn ihrer Kinder. Die Enttäuschung, wenn das Kind keine höhere Schule besuchen könne, sei so groß, dass man sich fortan aus der Erziehung ausklinken würde.
- | Viele Eltern empfänden die Erziehung ihrer Kinder häufig als zu anstrengend und es gäbe große Hilflosigkeit in Erziehungsfragen.
- | In vielen Familien gäbe es keine Rituale mehr, wie gemeinsames Essen, Zuhören, Abwarten... alles wofür nun die Schule gerade zu stehen habe.

Liste 2

Seitens der Eltern:

- | Bereitschaft zur Fortbildung zeigen nicht einmal 30 % der Lehrer. Bei Vorträgen und Fortbildungsangeboten zu ADHS sind ausgerechnet Lehrer regelmäßig unterrepräsentiert.
- | Lehrer haben keine Lust auf Kinder mit Verhaltensproblemen, ADHS-Kinder werden als Störer dann kurzerhand in die letzte Reihe verbannt, vor die Tür gesetzt und von Klassenfahrten ausgeschlossen.
- | Selten sind Lehrer bereit, mit Ärzten und Therapeuten zu kooperieren, Fragebögen über Verhaltensentwicklung auszufüllen oder bei ADHS-Pharmakotherapie die Medikation in der Schule zu unterstützen.
- | Lehrer akzeptieren nicht die ADHS-bedingte Lerndisposition des Kindes, nicht einmal die tägliche Kontrolle, dass Hausaufgaben und Tafelbild vollständig ins Heft übernommen wurden, klappt.
- | Bei ADHS-Kindern wird immer nur das Negative gesehen. Anstrengungsbereitschaft und Fleiß werden als normal und Standard erst gar nicht belobigt. Und falls mal ein Lob kommt, sodann mit negativem Unterton: „Siehst Du, Du kannst ja, wenn Du nur willst“ (womit klar wäre, dass es nur am mangelnden Willen liegt).

Seitens der Lehrer:

- | ADHS ist doch nur eine Modediagnose, die in in den meisten Fällen bei elterlichem Erziehungsversagen erhalten muss.
- | Gerade bei den so genannten „gut informierten“ Eltern aus den ADHS-Selbsthilfegruppen dreht sich nur noch alles um ADHS, und die meinen alles und jeder habe darauf Rücksicht zu nehmen.
- | Ärzte und Pharmaindustrie sitzen doch in einem Boot und verdienen sich an ADHS eine goldene Nase, indem sie den Eltern mit der ADHS-Diagnose einen Persilschein ausstellen.
- | Eltern mit ADHS-Kindern lassen ihren Kindern nur allzu gern Psychopharmaka verschreiben, um hyperaktive Kinder ruhig zustellen. Die dramatisch zunehmenden Verschreibungen in den letzten Jahren bei ADHS sprechen für sich.
- | ADHS-Kinder gehören schlicht und einfach auf eine Sonderschule.
- | Lehrer erfahren weder im Studium noch im Referendariat etwas über ADHS, und erst recht nichts über wirksame Umgangsformen mit betroffenen Schülern. In Klassen mit 30-32 Schülern ist man schlicht überfordert.

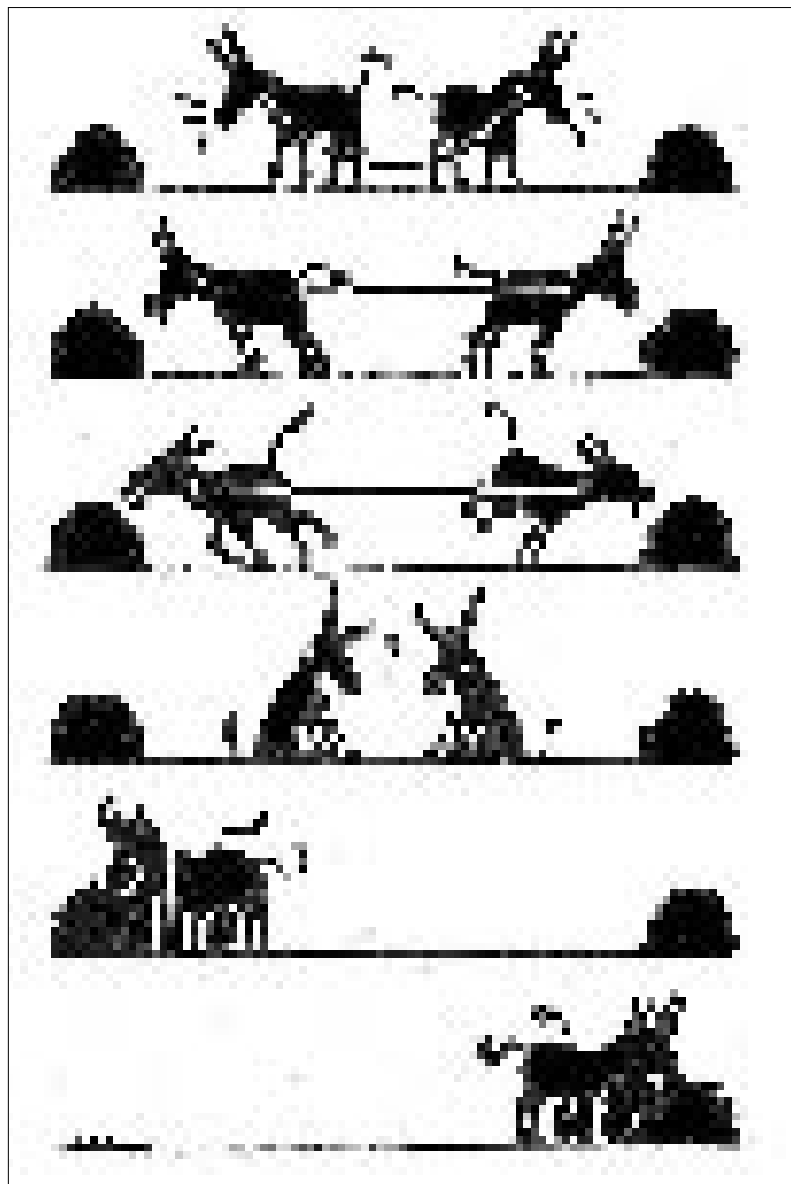
vorprogrammiert zu Motivationsseinbrüchen und Leistungsminde- rung und endet nicht selten in einer Lernstruktur von Misserfolg und Verweigerung,

2. wo Lehrer Eltern Erziehungsdefizite und Desinteresse in schulischen Angelegenheiten zuschreiben, wird dies auf Schüler im Unterricht direkt oder indirekt, in jedem Falle aber wirksam übertragen. Folge: Eine negative Einstellung zu Elternengagement und Erziehungswirksamkeit des Elternhauses führt bei Lehrern zu Überforderungsgefühlen, Abwehrhaltung in Erziehungsfragen und geradezu vorprogrammiert zu einer Beeinträchtigung von Lehrer-Schüler-Beziehungen in Schule und Unterricht. Wenn Interaktionsstudien und Therapiewirksamkeitsuntersuchungen (die sich problemlos auf Unterrichtswirksamkeit übertragen lassen) beweisen, dass sich guter und effizienter Unterricht zu mindestens 60% auf eine gute Lehrer-Schüler (und Lehrer-Eltern)-Beziehung gründet, ist klar, welche verheerende Auswirkungen diese negative Lehrer-Schüler-Beziehung haben muss.

Um diesen negativen Kreislauf der Kooperationsblockade zwischen Schule und Elternhaus aufzubrechen, müssen Schule und Lehrer „den ersten Schritt“ tun! Das heißt: Ohne Vorbedingungen Eltern und Schülern vermitteln, wie wichtig ihnen – der Schule und den Lehrern – eine intensive Kooperation mit den Eltern und eine gute Beziehung zu den Schülern ist.

Was bedeutet dies?

- Vorurteile ablegen über elterliches Erziehungsverhalten (bei weitem nicht alles, was ein Kind in der Schule an fleghaftem Verhalten produziert, hat es sich ausgerechnet zu Hause bei den Eltern abgeguckt).
- Zeit nehmen für regelmäßige Lehrer-Schüler-Gespräche nach der Stunde, nach dem Unterricht, dies signalisiert dem Kind „Du bist mir wichtig“ und erzeugt mehr Motivation, als so manches „fachwissenschaftlich begründetes“ theoretisches Didaktikkonzept.



- Von sich aus als Lehrer die Initiative ergreifen, Eltern bei Verhaltens- und Leistungsänderungen des Kindes umgehend zu informieren. Die Lehrerarbeitszeit endet bekanntlich eben nicht mit dem Abschlussgang der letzten Unterrichtsstunde.
- Den Kontakt zu den Eltern nicht nur bei Negativereignissen suchen (wie wär's, wenn Eltern mal einen Anruf erhalten, weil eine Arbeit unerwartet gut ausgefallen ist).
- Von sich aus lehrerseitig Hilfe anbieten, Lösungsansätze bei Problemen unterbreiten (aber bitte nicht mit erhobenem „pädagogischen Zeigefinger“).
- Mitteilen statt urteilen („ihr Kind benutzt gegenüber Mitschülern beleidigende Schimpfworte“ – ohne im Hinterkopf zu haben „weil

das wahrscheinlich der Umgangston zu Hause ist“).

- Zuhören!, die Sicht der Eltern auf das Kind wahrnehmen und die eigene Lehrersicht vorwurfsfrei darlegen.
- Nicht das „Feindbild Eltern“ aufbauen, nach einem Schuldigen suchen, sondern die Perspektive der Eltern berücksichtigen.
- Anliegen gegenüber Eltern nicht in fordernder oder gar aggressiver Form vorbringen.
- Neben Schulleistungsschwächen nicht die anderen Neigungen, Vorzüge, Fähigkeiten des Kindes übersehen.
- Wünsche vortragen, nicht befehlen, also nicht formulieren, was Eltern „gefälligst tun müssen“, sondern welche Veränderungen beim Kind aus welchen Gründen für das

Kind förderlich sind.
Auch diese Liste ließe sich beliebig verlängern.

Schule muss sich wieder als Dienstleistungs„unternehmen“ verstehen, darstellen und auch so agieren, das heißt:

- Von sich aus engagiert und mit Initiative die Belange von Eltern und Schülern erkennen, wahrnehmen und annehmen!
- Bedürfnisse von Eltern und Kindern akzeptieren und in Hilfe und Unterstützung umsetzen!
- Eine solche Herausforderung nicht als zusätzliche Belastung verdrängen, sondern als Chance nehmen!
- Wenn das alles schon so läuft, kein Grund zum beleidigt sein – weiter so! (die unter Mitwirkung von Schulbehörden und Lehrern erstellte FOCUS-Analyse zeigt allerdings, dass aktuell vielerorts noch reichlich Handlungsbedarf besteht)

Zentrale Forderung an die Eltern ist dabei: „Ein Miteinander anstreben“!

- In der Tat geht die Lehrerbildung in weiten Teilen an den pragmatischen Schulalltagsnotwendigkeiten vorbei:
- Lehrer lernen i. d. R. nichts über Konfliktregulation, Gesprächsführung, konstruktiven Umgang mit Beschwerden etc.
- Sie lernen i. d. R. nichts über eine „diagnostische“ Wahrnehmung von Teilleistungsschwächen, Legasthenie, Dyskalkulie, ADHS.
- Sie erfahren nichts über wirksame pädagogische Interventionen bei aggressivem, impulsivem, hyperaktivem Schülerverhalten. Mangelnde Professionalität erzeugt Hilflosigkeit und Abwehrhaltung. Wenn Eltern dann auch noch von vornherein Desinteresse und fehlendes Engagement unterstellen, entkrampft dies die Eltern ./ Lehrer-Blockade nicht.
- Zuhören fördert das Gespräch. Die Sicht des Lehrers auf das Kind

wahrnehmen. Kinder verhalten sich im Klassenverband in der Tat häufig anders als zu Hause.

- Sich auf das Eltern-Lehrer-Gespräch gut vorbereiten, Notizen machen über das, was man besprechen möchte. Das Kind in die Vorbereitung mit einbeziehen.
- Emotionale Objektivität (nicht zu verwechseln mit Misstrauen) zu den Schilderungen des eigenen Kindes bewahren. Kinder schildern bisweilen angeblich unkorrektes Lehrerverhalten übertrieben, um von eigenen Defiziten (hat gerade eine 5 zurückbekommen) abzulenken.
- Nicht selbst noch zusätzlich in Gegenwart des Kindes durch abwertende Aussagen über Schule-Unterricht-Lehrer „in die gleiche Kerbe schlagen“.
- Chance zur Verständigung geben. Nicht von vornherein den Lehrer als Feindbild aufbauen, nicht ins Gespräch gehen, um nach einem Schuldigen suchen.
- Auch mögliche Ängste des Lehrers bedenken. Trotz eigener Ängste in die Sprechstunde gehen, aber bedenken, dass auch Lehrer Ängste vor Eltern haben. Anliegen nicht in aggressiver Form vortragen.
- Auch Lehrer brauchen positives Feedback (insbesondere von Eltern). Kein Lehrer macht nur und immer alles falsch. Berichten, wenn und worüber sich das Kind positiv geäußert hat.
- „Aus einer Mücke keinen Elefanten machen.“ Nicht generalisieren. Wenn ein Lehrer sich gegenüber dem Kind einmal nicht korrekt verhalten hat, so folgt daraus nicht gleich die generelle pädagogische Unfähigkeit des Lehrers.
- Keine ADHS-Überzeugungsmachtkämpfe! Gerade Eltern aus ADHS-Selbsthilfegruppen verfügen häufig über bessere Kenntnisse (betreffend ADHS). Umso wichtiger ist sachliche Argumentation statt Besserwissen/Rechthaberei. Handlungsvorschläge nicht als persönlichen Angriff unterbreiten.

Das, was für die Mathematik gilt, nämlich „Minus mal Minus gibt Plus“, lässt sich eben nicht auf schulisch pädagogische Beziehungskonstrukte übertragen. Aus negativ gepolten

Eltern und Lehrern kann fürs Kind nichts Positives erwachsen:

Das Ziel der gegenseitigen Verständigung, die Gemeinsamkeit im pädagogischen Prozess um das eine Kind muss für Eltern und Lehrer ganz oben anstehen.

Bei einem Gegeneinander gibt es ganz sicherlich immer einen Verlierer: **das Kind!**

Nicht alle Differenzen können und müssen – und erst recht nicht immer sofort – ausgeräumt werden. Solange aber ein Eltern-Lehrer-Gespräch so endet, dass es von beiden Seiten weitergeführt werden kann und möchte, haben beide – Eltern und Lehrer – viel erreicht; und es profitieren *alle* davon!

Es gibt sehr wohl Schulen, die beweisen, dass ein solches Konzept von **Schule-Elternhaus-Kooperation**, bestehend aus **Lehrer-Eltern-Erziehungspartnerschaft** und **positiver Lehrer-Schüler-Beziehung**, nicht nur machbar ist, sondern mit großem Erfolg für *alle* Beteiligten funktionieren kann.

Die Betonung liegt dabei auf *alle*, denn eine schülerorientierte Kooperation zwischen Schule und Elternhaus entlastet am Ende insbesondere uns Lehrerinnen und Lehrer. Packen wir's gemeinsam an!

Wer wirklich etwas tun will, findet für sich einen Weg!

Wer nichts ändern möchte, sucht nach Gründen bei anderen!

Hans Biegert ist leitender Schuldirektor und Schulträger der HEBO-Privatschule, Bonn

Kinderspiele

Mein Kind wir waren Kinder
Zwei Kinder klein und froh
Wir krochen ins Hühnerhäuschen
Und steckten uns unter das Stroh



Wir krächten wie die Hähne,
Und kamen Leute vorbei
Kikereküh! Sie glaubten
Es wäre Hahnengeschrei

Wir saßen auch oft und sprachen
Vernünftig wie alte Leut'
Und klagten wie alles besser
Gewesen zu unserer Zeit

Die Kisten auf unserem Hofe
Die tapezierten wir aus
Und wohnten drin beisammen
Und machten ein vornehmes Haus

Wie Lieb' und Treu' und Glauben
Verschwunden aus der Welt
Und wie so teuer der Kaffee
Und wie so rar das Geld

Des Nachbars alte Katze
Kam öfters zum Besuch
Wir machten ihr Bückling' und Knixe
Und Komplimente genug

Vorbei sind die Kinderspiele
Und alles rollt vorbei
Das Geld und die Welt und die Zeiten
Und Glauben und Lieb' und Treu'

Wir haben nach ihrem Befinden
Besorglich und freundlich gefragt
Wir haben seitdem dasselbe
Manch alter Katze gesagt

Heinrich Heine

Ist die Klassengröße wirklich so wichtig?

Eine Untersuchung erzeugte kontroverse Debatten

Magdalene Geisler

Wenn über das Schulwesen hierzu-land diskutiert wird, dann rangiert bei der Suche nach den Ursachen für Problemschüler, Lernschwächen oder unerfreuliche „PISA-Ergebnisse“ die Klassengröße ganz weit oben.

Die Aussagen der Forschung zu diesem Thema sind allerdings wesentlich differenzierter:

Kleine Klassen ermöglichen einen besseren Unterricht, sie ziehen diesen jedoch nicht unmittelbar und automatisch nach sich. Dies meinte die Erziehungswissenschaftlerin Grit Arnold schon vor einem Jahr in einem Forschungsreport. In ihrem Beitrag für die „Essener Unikate“ stellte sie die beiden US-amerikanischen Projekte STAR (Student Teacher Achievement) und SAGE (Student Achievement Guarantee in Education) vor, mit denen Effekte der Klassengröße auf die Schülerleistungen untersucht wurden.

Sie kommt zu der Schlussfolgerung, dass kleine Klassen vor allem zu Beginn der Schullaufbahn effektiv sein können. Signifikante Effekte, die das wirklich belegen, lassen sich erst bei einer Größe von 13 bis 17 Schülerinnen und Schülern je Klasse nachweisen. Auf jeden Fall aber lohnen sich kleine Klassen besonders für sozial schwache und benachteiligte Kinder.

Es ist aber durchaus nicht so, dass kleine Klassen automatisch für höhere Qualität im Unterricht sorgen. Diese allzu feste Verbindung aufzubrechen, ist wohl auch das wesentlichste Anliegen, das sie mit ihrer demnächst veröffentlichten Dissertation verfolgt.

Sie hat ihrer Untersuchung vierzig Essener Grundschulklassen zugrunde gelegt, den Unterricht besucht und die Schüler befragt. Die eine Hälfte der Klassen bestand aus 20 oder weniger, die andere Hälfte aus 27 oder mehr Kindern.

Die Qualitätsunterschiede ließen

sich weniger durch die Klassenstärken erklären, sondern eher durch die Art, wie Lehrerinnen und Lehrer den Unterricht gestalten, ob sie neue Methoden anwenden, ausprobieren oder alles in den gewohnten Bahnen verläuft. Sie bescheinigt den Lehrern, die größere Klassen unterrichten, ein höheres Maß an Organisiertheit, was nicht weiter verwundert. „Ein gutes Klassen-Management ist sehr wichtig für einen effektiven Unterricht“, sagte Grit Arnold denn auch in einem Interview mit der „Kölner Rundschau“.

Außerdem, so meint die Wissenschaftlerin, gäbe es eben noch andere vielfältigere Faktoren, als die der Klassengröße. Zum Beispiel die Zahl der Unterrichtsstunden pro Woche, nicht minder das spezielle Zeiteingagement der einzelnen Lehrer. Und nicht zuletzt spiele die Unterrichtsausfallquote eine Rolle, wenn man die Lage in verschiedenen Bundesländern vergleiche.

In ihrem Interview unterstrich Grit Arnold erneut, dass Schulklassen mit weniger Kindern durchaus besser geeignet sind Wissen zu vermitteln. Jedoch ist das kein Allheilmittel. Auch wenn den Lehrern in kleinen Klassen mehr Platz und Zeit pro Schüler zur Verfügung stände, änderten sie ihren Unterrichtsstil nur wenig. Sie lehrten fast genauso oft im Klassenverband wie in großen Klassen, griffen kaum häufiger zur Gruppenarbeit. „Es macht keinen Unterschied, ob 40 oder 60 Ohren dem Lehrer zuhören“, sagt Arnold. Ebenso gingen die Lehrer in kleinen Klassen nicht besser auf gute und schlechte Schüler ein, indem sie etwa den Stoff inhaltlich nach Schwierigkeitsstufen differenzierten.

Die Versuchung liegt nahe, die Aussagen der Wissenschaftlerin für einen Schlag in Richtung Lehrerinnen und Lehrer zu nutzen und die Forderung nach kleineren Klassen

als allzu bequemes Argument zu disqualifizieren. Darum ist in den Medien auch sofort eine heftige Debatte darüber entbrannt. Die Wochenzeitung „Die Zeit“ nahm sich des Themas mit Vehemenz an und zitierte Vertreter des Pro und Contra ausführlich.

Natürlich ist es für Lehrer stressiger in größeren Klassen zu unterrichten, erfordert das mehr Kreativität, höhere Aufmerksamkeit, um den Versuchen der Routine zu widerstehen. Und daraus entsteht natürlich auch die generalisierte Forderung nach kleineren Klassen. Auf der anderen Seite – der Politikerinnen und Politiker – scheinen alle Feststellungen und Thesen, mit denen diese Forderungen zurückgewiesen oder relativiert werden können, besonders willkommen.

Es sollten aber keine Gegensätze aufgebaut werden, sondern besser Kompromisse gesucht werden.

„Effekte der Klassengröße sind (...) nur dann erkennbar, wenn das Potenzial kleiner Klassen, beispielsweise für stärker individualisierten Unterricht, von den Lehrenden überhaupt genutzt wird“, schrieb die Wissenschaftlerin in ihrem Beitrag für die „Essener Unikate.“

Darum schlägt sie Qualifizierung für Pädagogen vor, die vermitteln, wie man die Chancen nutzt, die kleine Klassen bieten. Der Einschätzung, dass kleine Klassen von Vorteil sein könnten, widerspricht die Studie also nicht. Aber sie verweist auf Studien, die deutlich machen, dass andere Faktoren wie Unterrichtsstil und Methodik eine genau so wesentliche Rolle spielen. Diese aber sind in Deutschland viel weniger bekannt.

Die Telefonberatungsstellen des BV AÜK

In den Schulferien der jeweiligen Bundesländer
sind die Telefone nicht besetzt

Hamburg

und Umgebung

Gerhild Gehrmann
Tel. 04121-807272
keine festen Zeiten

Pit Lau

Tel. 040-43910608
keine festen Zeiten

Bremen und Umgebung

Sabine Bernau
Tel. 04793-931021 und
0170-2462744
keine festen Zeiten

NRW

Ulrike Vlk
Tel. 02161-531739
keine festen Zeiten

Karin Knudsen

Tel. 0221-3561785
keine festen Zeiten

Thüringen

Regina Schrage
Tel. 03691-872222
keine festen Zeiten

Hessen

Regina Schubert
Tel. 069-98556823
keine festen Zeiten

Petra Effelberger-Dasbach

Tel. 06126-53783
keine festen Zeiten

Baden-Württemberg

Bernd Kaspar
Tel. 07957 – 9269691
keine festen Zeiten

Sabine Melugin

Tel. 06221-762674
keine festen Zeiten

Bayern

Kornelia Schneidt
Tel. 08171-48 14 01
keine festen zeiten

Louise Benedikt

Tel. 08846-914712
keine festen Zeiten



Für die Teilnahme an der Telefonberatung bitten wir unsere Mitglieder aus Rheinland-Pfalz um Unterstützung, da wir dort z.Zt. nicht vertreten sind. Unsere Gruppenleitungen und Kontaktpersonen stehen ebenfalls für die Beratung zur Verfügung. Die aktuellen Adressen entnehmen Sie bitte unseren Internetseiten www.bv-aeuk.de oder fordern diese bei der Geschäftsstelle an.

BV AÜK
Poschinger Str. 16
12157 Berlin
Tel. 030-85605902

Schleswig-Holstein

Gerhild Gehrmann
Tel. 04121-807272
keine festen Zeiten

Angelika Lühmann
Tel. 04121-92821
keine festen Zeiten

Maren Salz

Tel. 04835-950206
keine festen Zeiten

Gisela Tampe

Tel. 04661-600988
keine festen Zeiten

Barbara Bargelé

Lübeck und Umgebung
Tel. 0451-2036160
keine festen Zeiten

Mecklenburg-Vorpommern

Ricarda Mafille
Tel. 03883-727718
keine festen Zeiten

Karin Heynen

Tel. 0381-70075925
keine festen Zeiten

Brandenburg

Ulrike Vogel
Tel. 03378-803090
keine festen Zeiten

Niedersachsen

Erika Rien
Tel. 05551-52745
keine festen Zeiten
Angela Schwager
Tel. 05554-995646
keine festen Zeiten

Berlin

Karin-Gisela Seegers
Tel. 030-3019714
keine festen Zeiten

Sachsen-Anhalt

Heike Markovski
Tel. 039451-42024
keine festen Zeiten

Sachsen

Helene Wagner
Tel. 0351-4711579
keine festen Zeiten

Psychogramm einer Selbsthilfegruppe

Margarete Gatzten



Margarete Gatzten

Seit knapp 20 Jahren trifft sich unsere S(elbst)H(ilfe)G(ruppe) an jedem 3. Donnerstag im Monat, außer an Feiertagen und in den Ferien, mit sturer Regelmäßigkeit. Die Zahl der Teilnehmer schwankt: Mal sind wir 10, mal 15, aber ich habe auch schon mit nur einer Mutter dagesessen. Die Gespräche an einem solchem Abend sind dann besonders intensiv. Die meisten Leute kommen via telefonischer Nachfrage in die Gruppe. Die Schwellenängste sind hoch. Ich habe in den letzten Jahren öfters erlebt, dass Mütter in einem telefonischen Beratungsgespräch wissen möchten, was sie denn tun können, um ihren Kindern zu helfen. Wenn ich dann nach einem strukturierten Tagesablauf frage, nach Regelmäßigkeiten, nach Familienritualen – ADS-Kinder brauchen das wie ein Geländer, an dem sie sich entlang hangeln – dann höre ich oft: „Ach, ich glaube mein Kind hat kein ADHS“, und schnell wird der Hörer wieder aufgelegt. Diejenigen, die sich einmal überwunden haben, in die Gruppe zu kommen, erleben das ganz anders: Meistens sagen sie nach dem ersten Abend: „Jetzt weiß ich endlich, wo ich hingehöre. All das erlebe ich täglich, was da erzählt wurde.“ Und da sind wir gleich beim Thema. Von Anfang an gibt es zu Beginn jeder Sitzung – egal ob Extrathema, Referent o. ä. – eine Vorstellungsrunde: Wo drückt der Schuh, welche Probleme haben Sie gerade, was gibt es Positives zu berichten – auch das kommt vor, und es gilt genauso lange die unausgesprochene Regel: Es wird niemand zensiert, beurteilt oder bewertet. Ratschläge gibt es natürlich, Erfahrungen werden ausgetauscht, gegenseitige Hilfe angeboten – und sei es nur die Kommunikation über e-Mail – die Solidarität ist groß und das Bedürfnis, etwas loszuwerden, ebenso.

Wer hört solchen Menschen eigentlich in Ruhe zu: Der Arzt hat zu wenig Zeit, der Lehrer wirkt leicht

ungeduldig, die Familie kann's nicht mehr hören und die Freundin schon lange nicht mehr. Hier in der Gruppe ist man unter sich, das gemeinsame Problem verbindet und die Rückrufe am nächsten Morgen zeigen, wie wichtig diese Art von Zuwendung ist.

Nun ist in letzten Jahren von der Verbandsspitze immer wieder der Wunsch laut geworden, doch mal die **Probleme an der Basis** auszusprechen, die sicher auch von allgemeinem Interesse sind, z.B. für unsere Vereinszeitschrift *die AKZENTE*.

Also haben wir in der letzten Gruppendiskussion Papier und Stifte verteilt. Jede Mutter sollte mal versuchen, in Stichworten die Hauptbelastungen zu skizzieren, die das Leben mit einem ADHS-Kind erschweren. Da kamen, fast ist man versucht zu sagen, haarsträubende Sachen zusammen.

Ich greife 6 Beispiele heraus:

Frau A. beschreibt ihren Sohn, der aus guten Gründen medikamentös behandelt wird. Die Leistungen des Kindes bessern sich, er kann seine Konzentration fokussieren, die Hausaufgaben werden nicht mehr von Wutanfällen begleitet, – aber die Lehrerin, die gegen Medikamente eingestellt ist, nimmt das alles nicht zur Kenntnis, sie macht der Mutter auch noch Vorwürfe, dass sie ihr Kind unter Drogen setzt und – schlimmer noch, sie macht das Kind vor der Klasse lächerlich: „Na, hast du auch wieder deine Pillchen genommen?“ Dazu fällt einem nichts mehr ein, zumal es sich leider nicht um einen Einzelfall handelt.

Andere Eltern wiederum machen die Rechnung ohne den Wirt, d.h. in diesem Fall ohne das betroffene Kind. Da hat **Frau L.** endlich über das Jugendamt die hohen Internatskosten erkämpft, – jeder, der das hinter sich hat, weiß wovon die Rede ist – weil der Sohn (14) trotz hoher Intel-

ligenz auf einem normalen Gymnasium nicht mehr tragbar war. Das Internat versprach laut Prospekt, sich auch außerschulisch um ADHS-Kinder zu bemühen. Aber der Junge wollte nicht. Er beschied seine Eltern: „Ich finde schon einen Weg, dass die mich da rauswerfen.“ Und dazu gehörte nicht viel. Internate sind heute oft Sammelbecken für gestrandete Schülerexistenzen. Es herrscht – zu Recht – ein strenges Reglement. 2-3 Abmahnungen und das consilium abeundi war perfekt. Nach einem Vierteljahr hieß es, Sie können ihren Sohn abholen und den Koffer gleich mitbringen. Niemanden interessiert dann, was weiter mit dem Kind geschieht. Und die Eltern fangen wieder ganz von vorne an.

Ein ähnliches Problem, dass ein Kind nicht will, hat **Familie M.**, deren Sohn (18) zur hypoaktiven Gruppe gehört. Man steht hilflos davor, wie das Kind jegliche Art von Initiative vermeidet, sich verweigert, in den Tag hinein lebt, die Gutmütigkeit seiner Eltern ausnutzt, den absolut bescheidensten Schulabschluss liefert, obwohl mehr möglich gewesen wäre, eine Lehre abbricht, keine Prüfung durchhält, die Fahrprüfung nicht zu Ende bringt. Trotz medikamentöser Behandlung, hat er auch eine psychotherapeutische Behandlung abgebrochen. Wie geht man mit einem solchen Kind um? Welche Zukunftsperspektiven hat ein junger Mensch dieser Art angesichts von Lehrstellenmangel und Jugendarbeitslosigkeit?

Frau D. wiederum erlebte jahrelang den schleichenden Prozess der Entwicklung von ADHS bei einem ihrer Kinder. Der klassische Fall von Ausgrenzung findet statt, nicht nur bei dem Kind, sondern auch bei der Mutter: Ob Mutter-Kind-Gruppe, Kindergarten, Grundschule, Kindergeburtstage, Sportgruppe: Sie stehen

außen vor. Bis endlich die Diagnose ADHS feststand, wurden etliche missglückte weil unwirksame Therapien durchgeführt und viel Geld und viel Zeit vergeudet. Jetzt, wo endlich eine fachgerechte Therapie – Medikamente und Verhaltenstherapie – ansteht, macht das Kind, inzwischen 14, nicht mehr mit. Es ist – wie man so schön sagt – therapiemüde, und die Mutter, die bei sich gravierende ADHS-Symptome feststellt, findet keine adäquate Hilfe. Sie kommt sich vor wie eine blinde Blindenführerin.

Doch es soll auch ein positiver Fall nicht verschwiegen werden: **Frau K.** schreibt, dass ihr Sohn während der Grundschulzeit medikamentös behandelt wurde, die Lehrer aber keinen Weg gefunden haben, mit dem Verhalten des Kindes auf einer vernünftigen Ebene umzugehen. Erst im Gymnasium, an dem die Lehrer offensichtlich informiert und kooperabel sind, gibt es, wie die Mutter lapidar beschreibt, keine Probleme. Man ist ständig über e-Mail in Kontakt und kann Unstimmigkeiten sofort beheben. Wenigstens ein Lichtblick!

Der mit Abstand spektakulärste Fall muss sehr gerafft werden, sonst entsteht ein Roman mit dem Tenor: Schwarze Pädagogik. **Frau G.** beschreibt ihre Odyssee. Wir fangen, der Kürze halber mit dem Ende an: Der Sohn, inzwischen 14, zugegebenermaßen mit etlichen Defiziten belastet: Lernbehinderung, Dys-

kalkulie, LRS und ADHS wurde im November 04 vom Schulbesuch ausgeschlossen, da er – so die Sonderschule – nicht zu beschulen sei. Auch der Versuch mit einer vom Jugendamt bestellten Integrationshelferin ging daneben, obwohl diese zu dem Jungen guten Kontakt hatte. Den Unterricht machte fortan die Mutter zu Hause nach Gutdünken ohne Rückkoppelung mit der Schule oder anderen Institutionen, wie z. B. dem Schulamt. Der Ausschluss vom Schulbesuch dauerte fast 9 Monate, bis 8/05. Niemand fragte in der Zeit nach dem Kind, stellte Ansprüche, gab einen Lehrplan vor oder lud vor ein übergeordnetes Gremium. Dass ein Kind in unserem Staat nicht nur eine Schulpflicht hat, sondern auch ein Anrecht auf Schulbesuch, wurde nicht berücksichtigt. Dem Schulausschluss vorausgegangen waren lange Verhandlungen zwischen dem Schulamt, Sonderschulen, Jugendamt und der Mutter mit dem Ziel, den Jungen extern, d.h. in diesem Fall in ein Spezialinternat zu geben. Das Bemühen scheiterte jeweils am Veto der Mutter, der keiner der Beteiligten Erziehungsunfähigkeit nachweisen konnte. Im Frühjahr 05 nahm die Mutter einen Anwalt, mit dessen Hilfe sie erreichte, dass der Sohn ab 8/05 eine Förderschule besucht.

Diese 6 herausgegriffenen Fälle – sie ließen sich beliebig ergänzen – geben einen Einblick in die Sorgen, die Eltern mit ihren ADHS-Kindern haben. Ich gebe gerne zu, dass mich

ein Gruppenabend emotional und nervlich mehr schlaucht als wenn ich einen abendfüllenden Vortrag vor einer großen Gruppe von Lehrern und Eltern zu halten habe. Die Intensität der verschiedenen Einzelschicksale und die Hilflosigkeit auf allen Seiten lassen ein schales Gefühl zurück. Es ist, als ob man mit leeren Händen da sitzt, denn das was eine Gruppenleiterin anbieten kann, ist sehr bescheiden: Man kann Weichen stellen, indem man Kontakte zu Kinderärzten und Therapeuten herstellt, Beratungsstellen empfiehlt, Eltern in die Schule begleitet und bei Jugend- und Schulämtern vermittelt. Aber das alles ist peripher angesichts der seelischen Not, von der die Leute betroffen sind.

Im Lauf der vielen Jahre als Gruppenleiterin habe ich noch eine Erfahrung gemacht, die ich weitergeben möchte: Es können zwei Mütter das gleiche Anliegen oder das gleiche Recht vor derselben Institution einklagen. Es setzen sich in der Regel diejenigen durch, die selbstbewusster auftreten, sich gut artikulieren können und sich nicht abwimmeln lassen. Kurzum: Die Power macht's.

Wenn es ein Fazit gibt, dann dieses: Wer für sein Kind kämpft, erreicht auch etwas. Das sind dann Eltern, die der Gruppe treu bleiben, die mitdenken, auf die man sich verlassen kann. Ich möchte an dieser Stelle all' denen, die seit Jahren dabei sind und sich für unsere Sache einsetzen, ein herzliches Dankeschön sagen.

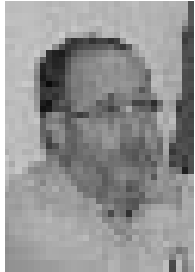


„Wiewohl es keine klare Grenzlinie zwischen Tag und Nacht gibt, würde dennoch niemand bestreiten, dass ein Unterschied besteht“.

Edmund Burke (1729-1797) brit. Politiker und Publizist

Väterzeit 2005 – zur Nachlese einige Gedanken

Martin Egger



Martin Egger leitet zwei Selbsthilfegruppen am Niederrhein und ist Projektleiter der „Väterzeit“

Da sitze ich nun vor dem PC, eine leere Word-Seite geöffnet. Vorgestern erinnerte mich die BV AÜK-Geschäftsstelle per eMail sanft an meine Zusage, einen Artikel für *die AKZENTE* zu schreiben. Ja natürlich: wenn man eine Woche mit einer Reihe Vätern und ebenso vielen Kindern eine Bildungsfreizeit veranstaltet, kann man viel erzählen. Reihenweise Fotos, Eindrücke, Erlebnisse; gute Eindrücke und auch Dinge, die nachdenklich stimmen, sehr nachdenklich. Doch was ist mitteilenswert, was interessiert und was sollte ich besser nicht berichten?

Die Idee zur ersten Väterzeit im Jahre 2002 war, den Kontakt zwischen dem Vater und dem AD(H)S-Kind zu stärken und gleichzeitig die zu Hause bleibende Mutter zu entlasten. Während in der ersten Väterzeit die Kinder noch ein eige-

nes Programm hatten, wurden von Maßnahme zu Maßnahme immer mehr Dinge gemeinsam gemacht. In diesem Jahr gab es nur noch gemeinsame Programmpunkte. Die bisherigen Väterzeiten fanden zweimal auf Borkum und im letzten Jahr auf Langeoog statt.

Im letzten Jahr war dann die Rückmeldung der Teilnehmenden, dass aus Kostengründen der Veranstaltungsort nicht mehr auf einer Insel sein sollte. Fährkosten, Kurtaxe und teure Unterbringungskosten sollten eingespart werden; eine Jugendherberge wurde als zukünftiges Ziel vorgeschlagen. Ich fand in der Jugendherberge, Thülsfelder Talsperre' nahe bei Cloppenburg eine prima geeignete Jugendherberge mit einem kleinen Bungalowdorf, welches ich für unsere in diesem Jahr geplante Freizeit reservierte. Doch leider

blieben die Anmeldungen rar, auch auf Nachfrage bei früheren Teilnehmern kamen nur Antworten, die mir eher pauschal erschienen: „anderes geplant“, „bekomme keinen Urlaub“ oder „habe keinen Urlaub mehr“ usw. Die Zahl der Anmeldungen blieb gering und trotzdem entschied ich mich, die Bildungsfreizeit durchzuführen.

Am letzten Schultag vorden Herbstferien starteten wir zu zehnt dann nachmittags nach Cloppenburg. Sollte es ein Vorzeichen sein? Mehrere Staus unterwegs und eine gewaltige Umleitung vor Cloppenburg mit ca. 15 km Umweg und einsetzender Regen verspäteten unsere Ankunft an der Jugendherberge. Zum Glück maulte dort keiner: „Herzlich Willkommen und essen Sie erst einmal zu Abend“. Unsere erste Überraschung war das reich-



FOTOS: M. EGGER

haltige Essen und die zweite Überraschung die tollen Bungalows. Wir fühlten uns wohl und lernten uns beim anschließenden Spieleabend näher kennen. Gemeinsam mit den Kindern beschlossen wir, uns vormittags wieder mit unserem eigentlichen Thema „AD(H)S“ zu beschäftigen und nachmittags ein breit gefächertes Ausflugsprogramm zu unternehmen. Hilfreich für die Diskussion sollten uns die vom BV AÜK herausgegebenen Videofilme sein; nachmittags wollten und sollten wir Land und Leute kennen lernen. Diese Kombination gefiel den Kindern und zeitverzögert auch den Vätern. Kurz im Überblick das Nachmittagsprogramm: Museumsdorf Cloppenburg, Moorlehrpfad, Meyer-Werft in Papenburg, das Universum in Bremen und Besuch eines Kletterwaldes. Aufgrund der Lage der Jugendherberge waren diese Ziele mit dem Auto gut und schnell zu erreichen.

Die Filmreihe des BV AÜK „Störfälle?“ erwies sich als recht brauchbarer Einstieg in die thematische Auseinandersetzung. Vor allem die Kinder registrierten sehr aufmerksam, wie sich die Kinder in den Filmen verhalten und zogen auffällig viele Parallelen zu sich selbst und zu Klassenkameraden. In der Diskussion zwischen den Vätern erschienen die Filme dagegen als recht „soft“; es gibt z.B. mit den vor einiger Zeit bei „arte“ gezeigten provokanten Beiträgen mehr „Zündstoff“ für die Reflexion des eigenen Verhaltens.

Wie in keinem Jahr zuvor habe ich die morgendlichen Themen rund um ADHS als „Trockenschwimmen“ erlebt. Herausfordernd waren die Erlebnisse nachmittags, bei den Mahlzeiten und abends. Deutlich wurde mir, dass ich mich in zahlreichen Situationen anders verhalte. Ich wusste teilweise nicht mehr, wie ich dem einen oder anderen Mitvater deutlich machen sollte, dass sein Verhalten inkonsequent ist, dass er mit seiner Ausdrucksweise seinem Kind den Mut nimmt und es ‚heruntermacht‘. Ich erlebte bei einem Vater, welche Schwierigkeiten er hat, die Diagnostik seines Sohnes auf ADHS anzunehmen. *„Wir waren mal bei einem Arzt und der meinte, dass er schon ADHS hat. Aber wir wollen*

irgendwann noch einmal zu einem anderen Arzt gehen“. Das Verhalten des Jungen war so auffällig und eindeutig, dass irgendwann ein anderer Vater eine halbe Tablette unter dem Tisch weiterreichte. Und nachmittags ging es in den Kletterwald. Der

ner ungeheuren Kraft- und Energieleistung schaffte sie zwei Parcours, was ihr sicherlich niemand zugetraut hatte, am wenigsten der Vater.

Wenn ich an diesen Nachmittag und die Erfolgserlebnisse allein dieser zwei Kinder zurückdenke: Die



soeben beschriebene Vater brauchte sich den ganzen Nachmittag nicht um seinen Sohn zu kümmern; der hörte sich sehr aufmerksam die Erklärungen des Aufsichtspersonals an und bewältigte anschließend drei der fünf Parcours ohne Hilfestellung und ohne Fehltritt. Selbst diese auffällige Verhaltensänderung wurde vom Vater nicht registriert oder auch nicht akzeptiert.

Auch für ein anderes Kind, ein Mädchen, wurde der Kletterwald zum Erlebnis und zum Erfolg. Mit ei-

Freizeit war ein voller Erfolg. Denn diese bewusst erlebten Erfolgserlebnisse kann diesen beiden Kindern niemand mehr nehmen. Anders gesagt: mit etwas Akzeptanz und etwas Unterstützung sind Kinder zu weitaus höheren Leistungen fähig.

Auch wegen dieser beiden kleinen Erlebnisse ist die nächste Väterzeit in die Planung gegangen – demnächst wieder auf Borkum und zwar vom 30. September bis zum 7. Oktober 2006. ←

Weitere Auskünfte für Interessierte gibt Martin Egger, Rosenstr. 20, 46485 Wesel

ADHS? Alles doch halb so schlimm...

Die Geschichte der Gründung einer ADHS-Selbsthilfegruppe

Thomas Dereser



Thomas Dereser

„Tja, Herr Dereser, also nach allem, was Sie mir bisher erzählt haben, und nach Auswertung der Test- und Fragebögen, bin ich mir ziemlich sicher, dass Sie ADS haben...“

Ich höre den Rest des Satzes gar nicht mehr richtig. Ich bin eigentlich nur noch glücklich. Während der letzten Wochen und Monate war ich mir ziemlich sicher, dass nur diese und keine andere Diagnose herauskommen würde. Aber was wäre, wenn es das nun gerade nicht ist? Wie geht es dann weiter?

Gerade eben, habe ich die Diagnose von meinem Arzt in Arnsberg bekommen. Er erklärt mir noch kurz, wieso er dieser Meinung ist und was jetzt folgt. Er spricht über Medikamente, eine Verhaltenstherapie und eine Selbsthilfegruppe. Ich soll nächste Woche noch einmal wiederkommen und wir würden dann zusammen dorthin fahren, wenn ich denn möchte.

Mit einem Gefühl von Erleichterung, todmüde, aber gleichzeitig sehr aufgeregt und völlig ausgelaugt mache ich mich nach einem knapp 3-stündigen Diagnosegespräch auf den Weg nach Duisburg zurück.

Während der Fahrt rasen meine Gedanken ...: „ADS – Na ja, irgendwie hab ich es ja geahnt. Nach allem was ich bis jetzt gelesen habe, kann es ja nur das sein. Und nun? Wie geht es jetzt weiter? Ritalin? Gut, eine Pille halt, aber war da nicht noch was mit Amphetaminen und Suchtgefahr? Muss ich beim nächsten Mal doch noch mal nachfragen. Selbsthilfegruppe? Hmmh, klingt nach ‚Ringelpietz mit Anfassen, Kräutertee und Haferkekse und gut, dass wir mal drüber geredet haben‘. Da bin ich doch nun wirklich nicht der Typ für. Hätte der Doc doch eigentlich merken müssen...“

Eine Woche später dann saß ich relativ nervös in der SHG und hörte erst mal zu. Ziemlich schnell erkannte ich: „Hier bin ich richtig“. Hier sind

Menschen, denen es ähnlich geht wie mir. Und ich habe es mit „meiner“ ADS wohl noch sehr gut getroffen. Vielen hier geht es, wie ich erfahre, wesentlich schlimmer.

Mit „Kräutertee und Haferkekse“ hatte diese Gruppe nun wirklich nichts zu tun. Hier fand offener Erfahrungsaustausch statt, ehrliche Gespräche, die z. T. sehr emotional geführt wurden; man konnte sich mal so richtig ausquatschen und war „Gleicher unter Gleichen“. Man erkannte sich wieder, spürte, man ist nicht alleine mit diesen typischen Problemen und Schwierigkeiten, die niemand nachvollziehen oder verstehen kann, der nicht auch ADS hat.

So fuhr ich dann jeden ersten Freitag im Monat nach Arnsberg zur SHG, hörte zu, tauschte mich aus, brachte meine Erfahrungen mit ein und nahm jedes mal sehr viele Anregungen und Gedanken mit, die mir weitergeholfen haben.

Nun liegt Arnsberg ja nicht gerade um die Ecke von Duisburg. Die Fahrerei und der freitägliche Feierabendverkehr ließen mich nach einer Alternative suchen. Über das Internet fand ich dann eine SHG in Schwalmtal, bei Mönchengladbach. Das ist erheblich näher an Duisburg und so machte ich mich eines Montags Abend auf den Weg dorthin. Diese Gruppe war anders als die in Arnsberg, aber auch hier spürte ich schnell, dass es immer wieder um die gleichen Dinge ging. Wieder und wieder die sehr positive Erfahrung: Du bist nicht alleine. Andere haben z. T. noch größere Probleme, und Du kannst ihnen mit Deinen Erfahrungen und Erlebnissen vielleicht helfen.

Die Gruppe in Schwalmtal wird von einer Grundschulleiterin – Ulrike Vlk – geleitet, die sich auch im BV AÜK sehr stark in Sachen ADS engagiert und sogar Fortbildungen für Lehrer durchführt.

Da die beiden Gruppen, jedoch

sehr unterschiedlich „arbeiten“ – in Arnsberg eher „gruppentherapeutisch“, im persönlichen Gespräch und Erfahrungsaustausch, in Schwalmtal eher mit vielen praktischen Tipps und Hilfestellungen – besuchte ich deshalb beide Gruppen mehr oder weniger regelmäßig.

Zeitgleich habe ich mich mit „meiner ADS“ so auseinander gesetzt, wie ich es für mich als hilfreich und gut empfunden habe: Ich habe sehr viel gelesen und im Internet recherchiert. Dabei wurde mir immer mehr bewusst, welche extremen Auffassungen und Meinungen es über das Thema ADS und seine Behandlung gibt. Und immer wieder stieß ich auf Informationen und Stellungnahmen der einzelnen Bundesverbände. In vielen Foren wurden immer wieder ähnliche Fragen gestellt: Wo finde ich einen Arzt? Wo gibt es einen guten Therapeuten? Wo gibt es Selbsthilfegruppen?

Langsam, aber sicher wuchs in mir der Wunsch, „meine“ ADS in Form einer Internetseite darzustellen und zu verarbeiten. Je mehr die eingeschlagene Therapie bei mir wirkte, je größer meine „Erfolge“ wurden und je mehr ich über ADS wusste, umso größer wurde dieser Wunsch. Am 07.02.2004 meldete ich bei meinem Internetprovider die Domain „www.alles-doch-halb-so-schlimm.de“ an und einige Tage später war ich mit einer „Baustellen-Seite“ im Internet vertreten.

Es dauerte dann aber noch über ein Jahr, bis sich aus dieser Baustelle eine Seite entwickelte, von der ich meinte, dass man sie der Öffentlichkeit präsentieren könnte. Immer wieder stellten sich neue Erkenntnisse ein, wuchsen meine Ansprüche und ich erkannte immer mehr, wie wichtig meine Besuche der SHGs sind, um mit der Internetseite weiter zu kommen.

Je weiter die Internetseite wuchs und je mehr ich mich mit ADS beschäf-

tigte, umso wichtiger wurde mir die Frage, was ich sonst noch tun könnte. Mir war es einfach wichtig, über ADS aufzuklären und zu informieren, um so anderen Betroffenen helfen zu können. Es gibt nach wie vor zu wenig konkrete Anlaufstellen, wo Betroffene die Hilfe erfahren können, nach der sie suchen. Von den Besuchern meiner Webseite und den Teilnehmern der SHGs erfuhr ich, dass sie z. T. sehr weite Wege auf sich nehmen, um an diese Hilfen heranzukommen. Während es für ADS-Kinder mittlerweile und Gott-sei-Dank recht viele – wenn auch noch längst nicht ausreichende – Hilfsangebote gibt, ist die Situation für erwachsene ADSler eher ernüchternd bis dramatisch. Besonders schlimm scheint es für Jugendliche zu sein. Für die Eltern-Kind-Gruppen fühlen sie sich in der Regel zu „alt“ und bei den Erwachsenen nicht „ernst“ genug genommen. Nur sehr wenige Selbsthilfegruppen haben diese Zielgruppe im Blick und machen für Jugendliche und junge Erwachsene entsprechende Angebote.

Nun bin ich mit 41 Jahren gerade mal kein Jugendlicher mehr. Ich habe aber schon immer, im Rahmen ehrenamtlicher Jugendarbeit in unserer Gemeinde, gern mit Kindern und Jugendlichen gearbeitet und mich eigentlich nie so richtig „erwachsen“ gefühlt (typisch ADS?). So kam ich auf die Idee, eine solche ADS-Gruppe speziell für diese Betroffenengruppe zu gründen.

Zwischenzeitlich wurde ich Mitglied im BV AÜK, und als ich Frau Vlk eher zufällig bei einem der SHG-Treffen von meinem Vorhaben berichtete, bestärkte sie mich darin sehr. So habe ich ihr dann im Sommer 2005 mein Projekt per E-Mail näher erläutert und erhielt prompt eine Einladung zum Gruppenleitertreffen NRW der BV AÜK-Landesgruppe, das bereits eine Woche später stattfand.

Von nun an ging alles sehr schnell. Die Informationen und Tipps, die ich auf der Gruppenleitertagung erhielt, waren sehr hilfreich und nützlich. Ich wusste zum Beispiel nicht, dass man Finanzmittel der Krankenkassen beantragen kann, um die SHG zu finanzieren.

Durch gezielte „werbetechnische“

Maßnahmen – Hinweise in Internetforen, E-Mails, Link-Eintragungen auf anderen ASD-Internetseiten etc. – habe ich auf meine Internetseite und die Gründung der SHG hingewiesen. Schon bald meldeten sich Betroffene bei mir, die sehnsüchtig auf dieses Angebot warteten oder daran mitarbeiten wollten. Die Suche nach geeigneten Räumlichkeiten für die Gruppentreffen und eine geplante ADS-Infoveranstaltung war einfach. Dank der Unterstützung der Evangelischen Gemeinde Duisburg-Wanheimerort hat die SHG in den Räumen des Evangelischen Jugendheimes ihre „Heimat“ gefunden.

Die Vorbereitungen liefen nun auf Hochtouren, denn ich wollte sofort nach den Sommerferien mit der Gruppe starten. Welcher ADSler hat schon Geduld bei einem Projekt, das er sich in sich in den Kopf gesetzt hat? Mein Konzept für die SHG stand relativ schnell fest und auch die Art und Weise, wie die Gruppe „funktionieren“ sollte, hatte ich mir genau überlegt:

Die Treffen sollten vorrangig das Eigenerleben und den eigenen Umgang mit der Störung zum Thema haben, um so den Gedanken des „Gegenseitigen Helfens“ – dem eigentlichen Sinn und Zweck einer SHG – umzusetzen. Den sich ggf. hieraus ergebenden „gruppentherapeutischen Charakter“ der Treffen sehe ich als wünschenswerten Nebeneffekt an. Aus der Erfahrung, dass gerade betroffene Jugendliche in Begleitung ihrer Eltern bei Gruppentreffen in der Regel nicht über sich und ihre spezifischen Probleme sprechen, sieht mein Konzept eine Trennung vor: Die Angehörigen können so über ihre Erfahrungen und Probleme mit dem Betroffenen reden, ohne dass dieser sich „bloßgestellt“ und „vorgeführt“ fühlt. Die Betroffenen selbst bleiben so „unter sich“ und sprechen dann mit weniger Hemmungen über sich und „ihre“ ADHS.

Einige Sorgen bereitete mir der geplante Infoabend, den ich als „Auftakt“ bzw. „Gründungs-Veranstaltung“ gedacht hatte. Mittlerweile drängte die Zeit ein wenig und ich suchte noch nach Referenten. Ich weiß zwar eine Menge über ADS, die Ursachen, die Auswirkungen, die

medizinischen und psychologischen Aspekte etc. und hätte sicher auch selbst über das ganze Thema sprechen können. Ich hielt das jedoch für unangemessen und wollte kompetente Fachleute haben. Es gelang glücklicherweise, Dr. Decker und Ulrike Vlk zu einem gemeinsamen Termin unter „einen Hut“ zu bekommen, so dass ich den Infoabend für den 20.10.2005 ansetzen konnte. Der erste Gruppenabend sollte eine Woche später stattfinden.

Nachdem der Termin gefunden war, blieben mir noch knapp vier Wochen, um die Werbetrommel zu rühren. Erste Hinweise gingen per E-Mail an die örtlichen Presseredaktionen, die auch tatsächlich den einen oder anderen Veranstaltungshinweis abdruckten. Es wurden Flyer und Plakate gedruckt und zusammen mit Einladungen an Schulen, Arzt- und Therapeutenpraxen, Apotheken usw. verschickt bzw. verteilt.

Je näher der Termin des Infoabends rückte, umso aufgeregter und nervöser wurde ich. Die Rückmeldungen tröpfelten nur, und ich sah mich schon mit Dr. Decker, Frau Vlk und meiner Frau als einzige Teilnehmer des Abends.

Der 20. Oktober kam und ich fuhr sehr gespannt zum Jugendheim, um alles entsprechend herzurichten. Tageslichtprojektor, Computer, Beamer etc. mussten aufgebaut werden, Stühle gestellt und BV AÜK-Flyer sowie Infomaterial ausgelegt werden. Immer wieder der Blick auf die Uhr. Ob überhaupt jemand kommt? „Mein Gott, in 10 Minuten geht es los und es ist noch niemand hier ... Ist die Tür überhaupt offen?“

Doch die Tür war offen und es kamen tatsächlich Leute. Erst einige wenige, dann mehr und zum Schluss waren es immerhin ca. 25 Personen.

Völlig aufgeregter und nervös eröffnete ich den Abend und weiß gar nicht mehr, was ich da eigentlich gesagt habe. Habe ich wirklich alles gesagt was ich wollte? Warum habe ich mir eigentlich keine Notizen gemacht?

„Gütiger Himmel was machst Du hier eigentlich? Warum tust Du Dir das an? Hast Du nicht schon genug eigene Probleme?“ Mein Blick wanderte

während meines kurzen Vortrages auf die Zuhörer, ab und an auf meine Frau und hin und wieder nahm ich ein zustimmendes Kopfnicken oder ein verständnisvolles Schmunzeln wahr, was mich hoffen ließ ...

Ulrike Vlk gab einen Überblick darüber, was ADS überhaupt ist, und wie sie sich auf die Betroffenen in Schule, Beruf und im Zusammenleben auswirkt. Dr. Decker sprach über die medizinischen Aspekte der Störung, die verschiedenen Ausprägungen, gab Fallbeispiele und erläuterte die Möglichkeiten der Diagnose und der Therapie.

Vieles an diesem Abend hätte aus meiner Sicht besser laufen können, aber insgesamt gesehen würde ich mir das Urteil geben: Nicht schlecht, aber auch nicht gut. *Aber alles-doch-halb-so-schlimm ...*

Die Rückmeldungen von Teilnehmern des Abends aber waren ausgesprochen positiv. Nicht wenige der Anwesenden meinten, es wäre gut, dass es nun eine „richtige“ SHG in Duisburg gäbe.

In der Tat scheint es so, als wäre ich mit „meiner“ Gruppe nun die einzige ADHS-SHG in Duisburg, die sich re-

gelmäßig treffen wird und die auch erreichbar ist. Eine andere – bereits seit einigen Jahren bestehende – SHG in Duisburg scheint ihre Arbeit eingestellt zu haben oder bietet sie wohl nur noch „bei Bedarf“ an. Das berichteten mir einige Besucher und auch meine eigenen Recherchen bestätigten das. Meine Versuche, zu dieser Gruppe Kontakt aufzunehmen, blieben jedenfalls erfolglos. E-Mails wurden nicht beantwortet, Nachrichten auf dem Anrufbeantworter ebensowenig. Auch auf meine Einladung zum Infoabend wurde nicht reagiert ...

All dieses bestärkte mich jedoch darin, weiter zu machen und mein ursprüngliches Konzept der SHG zu erweitern. Jetzt möchte ich noch eine Gruppe für alle von ADS in irgendeiner Weise betroffenen Menschen, also eine gemischte SHG, gründen. Hilfe und Unterstützung ist da, sei es durch meine Frau oder durch meine Cousine mit ihren fünf Kindern, von denen vier mehr oder weniger von AD(H)S betroffen sind.

Am 27.10. fand der erste Gruppenabend statt und es war einfach toll. Vier Teilnehmer für den Anfang

ein junger Mann (19) kam mit seiner Mutter, die Mutter eines sechsjährigen Jungen, sowie die allein erziehende Mutter eines 21-jährigen Betroffenen. Recht schnell wurden gemeinsame Erfahrungen ausgetauscht, Tipps gegeben und die Erwartungen an die SHG „definiert“. Letzteres war mir ein besonderes Anliegen, damit ich das Konzept der Gruppenarbeit entsprechend anpasse und nach den Bedürfnissen der Besucher ausrichten kann.

Der Anfang ist nun also gemacht. Ich habe schon wieder mit einem Projekt begonnen, eine Idee umgesetzt. Aber diesmal weiß ich: Das ist nichts, das nach kurzem Eifer wieder stirbt, weil das Neue, das Aufregende und Spannende nachlässt. Dieses Projekt darf nicht sterben, weil zuviel davon abhängt. Sowohl für mich, als auch für die Menschen, die diese SHG brauchen.

Diese Erkenntnis spornt mich an, hilft mir, weiter zu machen und mich zu engagieren, hilft mir dabei endlich mal etwas Sinnvolles zu tun. Und wieder einmal bestätigt sich für mich meine Übersetzung von ADHS: *Alles-doch-halb-so-schlimm ...* ☞

ADHS und Auslandsreisen – Bescheinigung gehört mit in die Reiseapotheke

Die Haupturlaubszeit ist zwar vorbei, aber auch in den Herbst- und Wintermonaten zieht es zahlreiche Urlauber in die Ferne. Außerdem kommt der nächste Sommer ganz bestimmt. Wir möchten Sie daher auf einige Bestimmungen aufmerksam machen, die man beachten sollte.

Wenn die nötigen Bescheinigungen dabei sind, können auch bei Reisen ins Ausland ADHS-Medikamente mit dem Wirkstoff Methylphenidat problemlos mitgenommen werden. Die Beachtung dieser Vorschrift verlangen nationale und internationale Arzneimittel-Bestimmungen. Für die meisten europäischen Reiseziele

genügt es, wenn ein Formular durch den behandelnden Arzt ausgefüllt und dann durch das Gesundheitsamt oder die oberste Gesundheitsbehörde des Bundeslandes beglaubigt wird. Auf der Internetseite www.mehr-vom-tag.de finden interessierte Eltern und ADHS-Patienten eine Übersicht, welche Bescheinigungen für welches Reiseland nötig sind. Dort können auch ein Formular sowie Tipps für die Reisevorbereitungen herunter geladen werden.

Es hängt von der Dauer und dem Ziel der Reise ab, welche Unterlagen nötig sind. Bei Reisen bis zu 30 Tagen durch oder in Länder des Schengen-Abkommens (z.B. Spanien, Italien oder Griechenland) reicht eine beglaubigte ärztliche Bescheinigung aus. Bei allen anderen Staaten

empfiehlt es sich in jedem Fall, ein Dokument in englischer Sprache mitzuführen. Im Zweifelsfall sollten die genauen Bestimmungen bei der Botschaft des betreffenden Landes erfragt werden.

Methylphenidat ist durch das Betäubungsmittelgesetz geschützt. Deshalb gibt es auch für die Mitnahme ins Ausland besondere Anforderungen. Bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS reduziert das Medikament die Kernsymptome Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität. Es kann den Betroffenen helfen, sich sozial und schulisch normal zu entwickeln. Ohne Rücksprache mit dem behandelnden Arzt sollte die medikamentöse Behandlung in den Ferien nicht unterbrochen werden. (bü)

Selbsthilfegruppen

im ganzen Bundesgebiet

präsentieren sich und unseren Verband auf Selbsthilfetagen mit kreativ gestalteten Infoständen



*Bild links und oben:
Ein mit viel Liebe dekoriertes Info-stand der SHG „Sonnenblumen“ (Köln linksrheinisch), die von Birgit und Karl Handy geleitet wird – hier auf der Gesundheitsmesse in Köln*



v.l.: SHGruppenleiterin Marion Petrow und ihre Stellvertreterin Dagmar Polman an ihrem Stand im Hansazentrum Bottrop

SHG

SIE möchten gerne eine Selbsthilfegruppe in Ihrer Region gründen?

Bei Frau Festini in der Bundesgeschäftsstelle erhalten Sie alle Informationen und Unterlagen, die Sie benötigen.

Kein ADHS – oder doch?

Sabine Hinkel

„Ihr Kind hat doch kein ADHS!“, sagte die Lehrerin beinahe entrüstet zu mir. „Es ist beim Rechnen immer so konzentriert.“ Ja, wenn das wirklich so einfach festzustellen wäre!

Ich sehe ADHS als Unvermögen, sich selbst zu steuern, nicht völlig, aber doch so sehr, dass es zu Problemen kommt. ADHS-Kinder können nicht auf Kommando aufpassen, sich konzentrieren, schön schreiben oder sich angemessen benehmen. Aber es gelingt ihnen, wenn sie gut motiviert sind. Die Ursache dieses Unvermögens ist ein Ungleichgewicht der Neurotransmitter. Man ist den Details auf der Spur, wenn auch noch lange nicht alles darüber bekannt ist. Jedenfalls sieht es so aus, als ob im Wesentlichen Dopamin fehlt, weil es zu schnell wieder abgebaut wird. An dieser Stelle setzen die Medikamente an. Sie sorgen dafür, dass das vorhandene Dopamin länger dort bleibt, wo es gebraucht wird.

Aber es gibt auch andere Möglichkeiten, den Dopaminspiegel zu erhöhen. Stress zum Beispiel ist eine davon. Wenn man ein Kind ausschimpft, anschreit oder gar schlägt, dann löst man diesen Stress aus. Das hilft aber nicht lange und ist pädagogisch nicht sinnvoll.

Eine andere Form von Stress ist zum Beispiel eine Test- oder Prüfungssituation oder auch eine fremde, ungewohnte Umgebung. Auch hier können ADHSler für einige Zeit völlig normal wirken. Dieses Phänomen erschwert die Diagnose, denn wenn man mit seinem Kind zum ADHS-Test kommt, kann es leicht passieren, dass der Stress der Situation und fremden Umgebung für temporäre Symptomfreiheit sorgt.

Die Kinder selbst können durch körperliche Unruhe und Zappeln ihren Dopaminspiegel erhöhen. Das tun sie nicht absichtlich, aber sie spüren intuitiv, dass ihnen die Zapperei hilft und sie sich besser fühlen damit. Leider steigt der Adrenalin-spiegel aller anderen Personen in ihrer Umgebung auch, und häufig sogar auf ungesund hohe Werte. Das Ertragen unruhiger Kinder ist ähnlich anstrengend wie Schmerzbewältigung. Auch eine gute Motivation sorgt für einen erhöhten Dopaminspiegel. ADHSlern fällt es leicht, sich bei ihren Lieblingsthemen zu konzentrieren. Im Gegenteil, oft haben sie Probleme, das Thema gedanklich wieder loszulassen und in den Alltag zurückzukehren.

Also ist es gar nicht so einfach, ADHS festzustellen. Ein einzelner Test kann bestimmt kein korrektes Ergebnis bringen. Darum gibt es für die Diagnostik auch Leitlinien, die unbedingt einzuhalten sind. Das Verhalten des Kindes wird aus verschiedenen Lebensbereichen (Kindergarten/Schule, Hort, zu Hause) abgefragt. Außerdem müssen Erkrankungen, die ein ähnliches Erscheinungsbild wie ADHS haben (z.B. Schilddrüsenerkrankung, Trauma, ...) ausgeschlossen werden, bevor die Diagnose ADHS gestellt wird.

Aber wie erkläre ich das nun der Lehrerin? Ich könnte fragen, wieviel sie von der ADHS-Diagnostik weiß. Ich könnte ihr erzählen, wie viele Fragebögen wir Eltern ausgefüllt haben, wie viele Tests unser Kind durchlaufen hat, wie lange kompetente Fachleute mit der Auswertung beschäftigt waren. Diese sorgfältig erstellten Ergebnisse kann man nicht

durch wenige Eindrücke aus einigen Schulstunden ersetzen.

Ich könnte auch fragen, welche Fortbildungen und Zusatzqualifikationen bzgl. ADHS die Lehrerin bislang erworben hat. Und bei der Gelegenheit kann ich gleich auf Fortbildungsveranstaltungen in der Nähe hinweisen. Unter Umständen ergibt sich dabei, dass sie die gleichen Veranstaltungen besucht hat, auf denen ich auch war. Dann haben wir eine Gemeinsamkeit, über die wir uns austauschen können. ☞

Hier wird sehr deutlich widergespiegelt, welche Gedanken diese Mutter über einen langen Zeitraum bewegt haben. Diese Gedankengänge können viele Eltern, die sich in derselben oder einer ähnlichen Situation befinden, nachvollziehen. Sie informieren sich, lesen angebotene Literatur, unterhalten sich mit Ärzten und Therapeuten und müssen dann immer wieder feststellen, dass ihnen von manchen Lehrern die Kompetenz bezüglich der Störung ihrer eigenen Kinder abgesprochen wird. Eltern oder andere Bezugspersonen können i. d. R. ihre Kinder und die Probleme sehr gut einschätzen. Wir vom BV AÜK setzen uns dafür ein, dass sie mit den Problemen nicht alleine bleiben und helfen ihnen, damit sie ihren Kindern helfen können.

(ks)

ADHD? HINSEHEN! am besten FRÜH HELFEN.

Dabei wollte ich nur schnell einkaufen gehen

Hallo.

Mein Name ist Hermine. Natürlich ist das nicht mein richtiger Name, aber das was ich Euch von mir erzählen möchte, ist eine Geschichte aus meinem Leben und da möchte ich lieber nicht erkannt werden. Warum, darüber werde ich ein anderes Mal schreiben. Aber vielleicht versteht Ihr mich auch so.

Die Kinder sind aus dem Haus und ich überlege, was heute so alles ansteht. Küche aufräumen, Bäder putzen, Betten machen, ... was halt gemacht werden muss. Lust habe ich eigentlich gar nicht dazu. Ich entschieße mich, zuerst einkaufen zu gehen. Vorher muss ich mich aber ausgehertig machen.

Ich gehe also ins Bad und will mir die Haare kämmen (aber vorher hab ich mir noch eben die Augenbrauen gezupft), denk' ich bei mir: „Och nööööh, so gehste nicht aus dem Haus. Tust eben vorher noch Haare waschen.“

Gedacht, getan, ... ich häng' also meinen Kopf über die Wanne und wasch' mir die Haare ... und das Gesicht gleich noch mal. Dann mach' ich die Spülung (die gegen 5 oder 6 Haarprobleme) drauf und denk' mir so, jetzt muss ich 2 Minuten mit dem Ausspülen warten. Blöd, echt. Aber die Zeit reicht zum Zähneputzen (genialer, zeitsparender Einfall, nicht wahr?). Also schnapp ich mir die Zahnbürste und meine neue Zahnpasta (die für blitze-blank-super-weiße Zähne) und hab' gerade die Zahnbürste im Mund, da seh' ich, ... die Wanne ist total schmutzdelig und die Armaturen sind weiß, ... nicht schön glänzend, wie sie sein sollten.

Ohne groß nachzudenken, was ich für ein Bild abgebe (was eh wurscht ist, weil außer mir keiner im Haus ist) schnapp' ich mir den Badewannenreiniger (der, wo alle Seifenreste, Kalkrückstände und das andere, seltsame Zeug aus der Wanne raus kriegt) und sprüh' die Wanne komplett damit ein. Sicherheitshalber rubbel' ich das Ganze noch mit' nem Schwamm nach. Alles heiß abgespült und ... verflixte Werbung ... der Kalk ist nicht weg. Da nehm' ich den superstarken Entkalker (der, mit dem man auch Duschkabinen und alles andere entkalken kann) und drauf auf die Armatur. Aber da ist in so 'ner Ritze immer noch Kalk, der muss auch weg. In Ermangelung von was Gescheitem pack' ich mir die Pinzette (mit der ich mir 10 Minuten vorher hingebungsvoll die Augenbrauen gezupft habe) und pule (ebenso hingebungsvoll) den Kalk aus der Ritze. Was sag' ich Euch? Blitzblank ist die Wanne.

Ich hab' dann noch meine Zähne fertig geputzt (die sind aber nicht so weiß, wie in der Werbung) und hab mir dann ein Handtuch um den Kopf gewickelt. Dann hübsch die Anti-Aging-Tagescreme ins Gesicht geschmiert und (man muss was tun, die Konkurrenz schläft nicht) noch Augencreme vorsichtig eingeklopft. Handtuch runter vom Kopf und den Kamm her ... was sind denn die

Haare so schmierig??? – Verflixt, ich hätte die Spülung erst auswaschen sollen.

Also noch mal Kopf über die Wanne und Haare auswaschen (da hätte ich mir das Polieren der Armatur sparen können). Aber dann lief alles normal: Haare trocknen und schön Spray drauf. So konnte ich dann doch noch zum Einkaufen gehen – zum Glück!

Denn so ist das fast immer: Man wollte doch nur dies oder das schnell machen und kommt dann von Hölzchen auf Stöckchen.

Wenn ich mir die Geschichte heute durchlese, schießt mir schon manchmal der Gedanke durch den Kopf: „Wie kann man nur so dämlich sein?“ Aber war ich wirklich dämlich? Ich glaube nicht. Ich habe mich nur ablenken lassen ... von einer Kleinigkeit, die mir gerade in diesem Moment unglaublich wichtig erschien.

Ich bin eine erwachsene Frau und weiß seit knapp zwei Jahren, dass ich ADHS habe. Bis zu diesem Zeitpunkt dachte ich immer, ich wäre nicht so ganz richtig im Kopf, weil ausgerechnet immer nur mir solche Sachen passieren. Heute weiß ich: Wenn man so viele Dinge gleichzeitig denkt wie ich, kann schon mal was durcheinander geraten. Und eigentlich ist das gar nicht so schlimm. Man muss eben erst lernen, seine Gedanken zu sortieren. Aber auch das gelingt nicht immer, ... aber immer öfter.

Denkt einmal daran, wenn Ihr Euer Kind beim Hausaufgabenmachen beobachtet.

Liebe Grüße
und bis demnächst
Eure Hermine



„Wir freuen uns schon auf nächstes Jahr“

Gruppenleiterschulung der NRW-Landesgruppe des BV AÜK in Schwalmatal

Uschi Amrein

Gruppenleitungen und ihre Vertretungen aus allen Ecken Nordrhein-Westfalens trafen sich am 25.06.2005 in der schönen Grundschule von Ulrike Vlk in Schwalmatal bei Mönchengladbach, um wie jedes Jahr Informationen allgemeiner Art sowie aus den NRW-Selbsthilfegruppen auszutauschen und zwei hervorragende Referate zu hören.

Gegen 9.00 Uhr waren fast alle versammelt und wurden von der neuen 1.Vorsitzenden des BV AÜK und amtierenden NRW-Landesgruppenleiterin Herta Bürschgens begrüßt. Bei

entmutigen und betreiben kontinuierlich ihre Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit in Sachen ADHS.

Äußerst positiv ist zu vermerken, dass es immer mehr Männer – meist selbst bekennende ADHSler – in unseren doch eher weiblichen Reihen gibt. Ihre eigene Wahrnehmung der Dinge gibt einen ganz anderen Blickwinkel auf die Probleme Betroffener.

So ging die erste Stunde wie im Flug vorbei und Frau Bürschgens stellte als ersten Referenten des Tages Manfred Rabatsch vor. Er war

und unsere Position als Gruppenleiter und -leiterinnen für mögliche Beratungen zu stärken.

Es war ihm sehr wichtig zu vermerken, dass es keinen Kampf mit den Jugendämtern geben müsse, sondern dass wir uns an Hand der gesetzlichen Vorlagen die bestmögliche Strategie ausarbeiten sollten, um ans Ziel zu kommen. Dabei muss man erst einmal wissen, welche Hilfe für das Kind oder den Jugendlichen sinnvoll und hilfreich wäre. Das ist der erste Punkt, über den sich die Eltern bzw. Antragsteller klar werden sollten. Die Vorgehensweise kann geklärt werden durch eine Beratung mit dem Jugendamt, auf die Eltern einen Rechtsanspruch haben. Danach erfolgt die Feststellung des erzieherischen Bedarfs, der sich aus verschiedenen Faktoren ermitteln lässt. Alle Kinder und Jugendlichen haben Zugang zu den Hilfen, wenn ein solcher Bedarf vorliegt, eine Hilfe geeignet und notwendig ist.

Leider zeigt sich aus den Erfahrungen der Gruppenleiter und -leiterinnen mit Jugendämtern, dass es in Zeiten knapper Kassen immer schwieriger wird, Ansprüche geltend zu machen. Trotzdem ermutigte uns Herr Rabatsch, denn auf Grund der Gesetzeslage können auch die Jugendämter den Kopf nicht in den Sand stecken.

Vielen Dank an unseren Referenten Manfred Rabatsch für diesen faktenreichen Vortrag! Zu erwähnen ist noch, dass M. Rabatsch sich bereit erklärt hat, einzelne spezifische Fragen seitens unserer Gruppenleitungen persönlich zu beantworten und zu beraten. Die Kontaktaufnahme kann über Herta Bürschgens bzw. die GSt des BV AÜK erfolgen.

Nach so vielen Informationen hatten wir eine Mittagspause verdient! Gestärkt mit Köstlichkeiten aus Fernost ging es in die zweite Runde.

Die nächste Referentin, Karin Nießen, stellte uns das Trainingsraum-



Manfred Rabatsch während seines interessanten Vortrages

einer Tasse Kaffee und nach einem liebevoll vorbereiteten zweiten Frühstück starteten wir eine ausgedehnte Kennenlern-Runde.

Es stellte sich heraus, dass es – Gott sei Dank – immer noch Enthusiasten gibt, die die „schwarzen Flecken NRWs“ mit neu gegründeten BV AÜK-Selbsthilfegruppen erhellen. Die „Altgedienten“ berichteten über ihre regelmäßigen Kontakte mit Ärzten, Ämtern und Schulen. Trotz zahlreicher Fehlschläge lassen sie sich nicht

lange Zeit Bezirksjugendamtsleiter in Berlin, ist BV AÜK-Kuratoriumsmitglied und stand uns nun Rede und Antwort in Sachen jugendhilferechtlicher Fragen nach dem KJHG.

Es zeigte sich, dass jede Gruppenleiterin und jeden Gruppenleiter sehr spezifische Probleme mit einzelnen Fällen beschäftigten, die spontan zu lösen den Rahmen gesprengt hätte. So bemühte sich Manfred Rabatsch vorwiegend, uns die gesetzlichen Grundlagen des KJHG zu vermitteln

Programm nach E. Ford vor. Karin Nießen ist eine engagierte Hauptschullehrerin mit 32-jähriger Berufs- und langjähriger ADHS-Erfahrung.

Seitdem an ihrer integrativ arbeitenden Hauptschule nach diesem Prinzip verfahren wird, hat sich die Lernsituation sehr positiv verändert. Hauptsächlich geht es um den Ausschluss von Störfaktoren aus dem Unterricht, denn durch Störungen geht mehr Unterrichtszeit verloren als durch ausfallende Stunden!

Der Lehrer hat die Möglichkeit, einen Schüler nach einmaliger Verwarnung in den sogenannten Trainingsraum zu schicken, um so seinen Unterricht ungestört weiter führen zu können. Das geschieht ohne Emotionen und Diskussionen. Dieser Raum ist verlässlich mit einer Lehrperson von der 1. bis zur 5. Stunde besetzt. Dort findet nun ein Gespräch statt, das dem Schüler sein Fehlverhalten noch mal verdeutlichen soll, wo er aber auch Gelegenheit hat, sich zu rechtfertigen und zu erklären. Würde diese Prozedur in der Klasse erfolgen, ginge viel Unterrichtszeit verloren und die Nerven des Lehrers würden mal wieder besonders strapaziert. Nachdem der Schüler im Trainingsraum – man kann auch Auszeitraum sagen – seine Sichtweise schriftlich auf einem besonders vorbereiteten Plan fixiert hat, darf er wieder am Unterricht in seiner Klasse teilnehmen.

Alle Trainingsraumbesuche werden vermerkt. Wenn eine bestimmte Anzahl von Besuchen überschritten ist, nehmen die Lehrer Kontakt mit den Eltern auf und versuchen durch geeignete Maßnahmen auf den Schüler einzuwirken. Das Konzept lebt durch den gegenseitigen Respekt von Lehrer-Schüler und ist, bei konsequenter Einhaltung der Regeln, äußerst erfolgreich. Nachweislich vermindert sich das Störverhalten im Laufe des Schuljahres. Wichtig ist aber auch ein Team von Lehrern, die sich intensiv damit beschäftigen. Das geht auch schon mal über das übliche Maß hinaus.

Aber nicht nur die Schüler sollen lernen, auch die Eltern sind gefragt. So sieht sich Karin Nießens Schule in der glücklichen Lage, zeitgleich – gefördert durch das Jugendamt – ein Elterntraining anzubieten, da sie

selbst eine Triple-P-Teen-Trainerin ist. Triple P für Kinder ist mittlerweile ein allgemein bekanntes Trainingsprogramm in Deutschland. Das Triple P-Teen-Elterntraining richtet sich nun an Eltern von Jugendlichen im Alter von 12 bis 16 Jahren. Grundgedanke ist die positive Erziehung des Kindes, d. h. mehr Motivation und Lob als Sanktionen. Gefordert sind hauptsächlich die Eltern, ihr Verhalten zu überdenken und ggf. zu korrigieren, um dadurch eine Verhaltensänderung beim Kind zu bewirken.

Danke der Referentin Karin Nießen für diesen interessanten Vortrag!

Auch wenn die Uhr schon weit vorgeückt war, standen noch Themen der BV AÜK-Landesgruppe auf dem Programm, wie regionale ADHS-Netzwerke, eigener Flyer sowie die Homepage der Landesgruppe, Aktivitäten- und Terminplanungen.

sich bereit, die Kassenprüfung 2005 zu übernehmen. Thomas Dereser aus Duisburg sagte zu, sich um die Internetseiten der LG NRW zu kümmern. Diese Regelungen fanden einstimmig die Zustimmung der Teilnehmenden. Ulrike Vlk steht uns weiterhin zur Beantwortung von schulischen Fragen zur Verfügung.

Solange es immer noch Menschen gibt, die Verantwortung übernehmen, werden wir neue Wege finden, damit es in unserem Bundesverband auch bei allgemein sinkenden Mitgliederzahlen weiter geht. Deshalb sollten wir in den Selbsthilfegruppen immer betonen „Nur gemeinsam sind wir stark!!“

Ein langer informativer Tag ging zu Ende. Gegen 18.00 Uhr traten wir die Heimreise an. Diese verlief sehr ruhig; jede von uns versuchte, das Gesagte und Gehörte in ihrem Kopf zu

NRW-Gruppenleiterinnen folgen aufmerksam dem Vortrag (Bild oben rechts: Uschi Amrein)



Herta Bürschgens berichtete über die Vereinsarbeit und die neuen Anforderungen der Krankenkassen an eine finanzielle Förderung der Landesgruppen. Die Struktur der Landesgruppe müsse sich an den Vorgaben des BGB's für Vereine orientieren. Nach wie vor bleibt Frau Bürschgens die Sprecherin der BV AÜK-Landesgruppe NRW und führt auch die LG-Kasse. Da sie vor kurzem zusätzlich den Vorsitz des Bundesverbandes übernommen hat, bat sie verständlicherweise um zusätzliche Unterstützung.

Frau Bürschgens schlug als stellv. Sprecherin der LG NRW Karin Knudsen (SHG Köln-Rechtsrheinisch) vor. Jürgen Heussen aus Kempen erklärte



sortieren. Ich habe das jetzt in Form dieses Berichtes nachgeholt. Besonderen Dank an Ulrike Vlk für ihre Gastfreundschaft!! Wir freuen uns schon auf nächstes Jahr. ←

Geld regiert die Welt

Erwachsene mit ADHS – immer im Nachteil?

Off label use in der Pharmakotherapie bei Erwachsenen

Kornelia Schneidt



Kornelia Schneidt ist Gruppenleiterin in Bayern und 2. Vorsitzende des BV AÜK

Das Prinzip ist ebenso einfach wie effektiv: Erwachsenen, bei denen eine ADHS diagnostiziert worden ist, wird oft die Therapie mit Methylphenidat (MPH = Ritalin® usw.) mit der Begründung verweigert, das Medikament sei für Erwachsene nicht zugelassen. Entsprechende, kostenintensive Studien, die für eine Erweiterung der Zulassung nötig wären, fehlen und es kann nur spekuliert werden, ob möglicherweise deshalb von Seiten der Pharmafirmen kein Interesse an einer Zulassungserweiterung besteht.

Erkundigt man sich genauer, so erfährt man, dass MPH nur für die ADHS-Therapie bei Erwachsenen nicht zugelassen ist. Hat der Patient nämlich Narkolepsie, dann darf der Arzt es verordnen. Auch Kindern mit ADHS darf MPH verordnet werden.

Insgesamt klingt das alles ganz plausibel und nachvollziehbar: Verordnungen von Arzneimitteln, die nach arzneimittelrechtlichen Vorschriften nicht verkehrsfähig sind oder außerhalb zugelassener Indikationen angewendet werden sollen, sind im Rahmen eines individuellen Heilversuchs auf den Einzelfall beschränkt und bedürfen der Zustimmung der Krankenkassen.

In einem Urteil des Bundessozialgerichts vom 19.03.02 steht: „Ein gesetzlich Krankenversicherter hat grundsätzlich keinen Anspruch auf die Verordnung eines zugelassenen Medikaments in nicht zugelassener Indikation zulasten der Krankenkasse.“ Methylphenidat ist jedoch für Kinder zur Behandlung des ADHS (auch hyperkinetisches Syndrom genannt) zugelassen, also trifft dieses Urteil auf den ersten Blick nicht zu. Weiter wurde in diesem Urteil festgelegt, dass Krankenkassen im Regelfall Arzneikosten nur dann übernehmen dürfen, wenn das Medikament im Rahmen der nach dem Arzneimittelgesetz zugelassenen Anwendung eingesetzt wird. Nur hierfür sei der Wirksamkeitsnachweis erbracht und

die Risikobewertung erfolgt. Es fällt nun etwas schwer zu glauben, dass eine ADHS-Therapie mit MPH bei Erwachsenen mit höheren Risiken behaftet sein soll als bei Kindern und im Gegenzug MPH zur Therapie einer Narkolepsie als erfolgserprobtes Mittel zugelassen ist.

Das BSG schreibt weiter: „Die aufgezeigten Defizite des Arzneimittelrechts dürfen nicht dazu führen, dass den Versicherten unverzichtbare und erwiesenermaßen wirksame Therapien vorenthalten bleiben.“ Genau hier liegt der Knackpunkt. Da durch die jahrelange Verschreibung von MPH für Kinder und mitunter auch für Erwachsene nicht wenige Behandlungserfolge zu verzeichnen sind, ist es mit dem gesunden Menschenverstand nicht mehr nachvollziehbar, dass immer mehr diagnostizierte Erwachsene mit ADHS auf die notwendige Therapie verzichten müssen.

Laut Aussage mancher Ärzte muss jeder Betroffene, dem MPH verordnet werden soll, einen Antrag bei der Krankenkasse auf Übernahme der Kosten stellen. Wie die Vergangenheit zeigt, wird dies aber in den allermeisten Fällen abgelehnt. Diese Praxis ist insoweit kurzsichtig, als sie nur die momentanen Arzneimittelkosten im Auge hat, die Folgekosten der Störung ADHS aber unberücksichtigt lassen.

So leidet z.B. ein nicht unerheblicher Anteil der Erwachsenen zusätzlich als Folge des unbehandelten ADHS an Depressionen oder Angststörungen. Die Behandlung dieser Erkrankungen greift aber in der Regel erst, wenn das ADHS medikamentös kompensiert ist, so dass Unsummen an – teuren! – Antidepressiva durch die MPH-Medikation eingespart werden könnten. Von den Kosten für eine – ohne Behandlung der ADHS in der Regel erfolglose – Psychotherapie zur Behandlung der Angst- und Panikstörungen soll gar nicht erst gesprochen werden,

von dem unverantwortlicher Weise verlängerten Leiden der Betroffenen auch nicht.

Einzelne Krankenkassen geben neben einer Ablehnung der Kostenübernahme für MPH die Auskunft, eine Verordnung sei auf Privatrezeppt möglich. Vor dem Hintergrund der Ablehnungsbegründungen ist diese Auskunft als recht fragwürdig zu werten.

Für die Behandlung des hyperkinetischen Syndroms (ADHS) von Erwachsenen ist kein Medikament explizit zugelassen. ADHS ist eine psychiatrische Erkrankung, die zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität führt bis hin zu suizidalen Handlungen.

Nun gibt es noch die Möglichkeit der Verordnung „Off label use“, nach der jeder Arzt Verschreibungen vornehmen darf. Sie ist dann möglich, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

1. Es handelt sich um eine schwerwiegende (lebensbedrohliche oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende) Erkrankung, bei der
 2. keine andere Therapie verfügbar ist und
 3. auf Grund der Datenlage die begründete Aussicht besteht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg zu erzielen ist.
- Punkt 1 ist bei den allermeisten Fällen zutreffend, da schon ein erheblicher Leidensdruck da sein muss, bevor ein erwachsener Mensch sich freiwillig in psychiatrische Behandlung begibt. Punkt 2 trifft unstrittig zu und Punkt 3 kann durch eine erhebliche Anzahl Erwachsener, denen mit MPH geholfen worden ist, bestätigt werden. Es dürfte also lediglich eine weitere Folge der Gesundheitsreform und der damit verbundenen Sparmaßnahmen sein, dass Erwachsenen ADHSlern die medikamentöse Linderung ihrer gravierenden Probleme vorenthalten wird. ←

„IQ besitzt wenig Aussagekraft“

René Benden

Die Intelligenz unterscheidet den Menschen von den anderen Lebewesen auf der Erde. Doch woraus ist sie entstanden, und wie hat sie sich in den Jahrtausenden entwickelt? Professor Heinrich Wottawa gibt im Gespräch mit René Benden Einblick in die Geheimnisse unseres Denkens.

Der Mensch ist die intelligenteste Lebensform, die wir bisher kennen. Woraus ist dieses intelligente Leben entstanden?

Wottawa: Viele Formen der Intelligenz, etwa beim Erstellen und dem Gebrauch von Waffen und Werkzeugen, boten Überlebensvorteile. Das erklärt aber nicht kreative künstlerische Leistungen. Eine These ist, dass unsere heutige kulturrelevante Intelligenz durch das Auswahlverhalten der Frau entstanden ist. Ein Mann, der beispielweise Geschichten erzählen konnte, hatte einfach größere Chancen bei den Frauen. Diese kulturellen Fähigkeiten sind nicht überlebensrelevant, und dennoch haben sie sich weiterentwickelt, weil sie Menschen mit diesen Fähigkeiten höhere Chancen boten, sich fortzupflanzen.

Hat die Intelligenz denn zugenommen, seitdem der Mensch nicht mehr in Höhlen wohnt?

Wottawa: Das Hirnvolumen ist in den letzten zehntausend Jahren nicht mehr gewachsen. Seit 100 Jahren gibt es Intelligenztests, und man hat festgestellt, dass die Ergebnisse kontinuierlich besser geworden sind. Das liegt wohl an besserer Schulbildung und kontinuierlicher Steigerung von Reizen in der Umwelt. Jetzt gibt es Hinweise, dass diese Entwicklung stagniert, weil keine weitere Zunahme solcher Anreize erfolgt. Es gibt Prognosen, dass es bald eine Generation geben wird, die nicht die Intelligenz ihres Vorgängers erreicht.

Was bezeichnet man überhaupt mit Intelligenz?

Wottawa: So etwas wie die eine Intelligenz gibt es eigentlich gar nicht. Vielmehr kann man Intelligenz als Oberbegriff verstehen, der eine ganze Menge von verschiedenen Teilkompetenzen des Menschen wie sprachliche Fähigkeiten oder mathematisches Verständnis zusammenfasst.

Wenn es die eine Intelligenz gar nicht gibt, warum lässt sich die Intelligenz dann in Form des IQ in einer Zahl festhalten?

Wottawa: Der Intelligenzquotient ist eine problematische Größe. Er drückt letztlich nichts anderes als einen groben Mittelwert der verschiedenen mentalen Fähigkeiten eines Menschen aus.

Was ist dieser Quotient wert? Ist er aussagekräftig über das Leistungspotenzial eines Menschen?

Wottawa: Bei Eignungstests von Unternehmen wird der IQ kaum genutzt, weil er nicht zuverlässig ausdrückt, was ein Mensch, am Arbeitsplatz zum Beispiel, zu leisten imstande ist. Man kann da den Vergleich zum Sport ziehen. Ein Zehnkämpfer, der alle Disziplinen beherrscht, bekommt bei der Ermittlung seiner allgemeinen sportlichen Leistungsfähigkeit einen hohen Quotienten. Ein Kugelstoßer würde weit darunterliegen, weil er in neun Disziplinen schwächer ist als der Zehnkämpfer. Die Disziplin, in der er der Spezialist ist und stärker als der Zehnkämpfer, findet in seinem Quotienten keinen Ausdruck. Dementsprechend kann auch ein IQ nicht ausdrücken, ob ein Mensch für eine spezielle Aufgabe kompetent ist oder nicht.

Wo wir schon beim Sport sind – hat das menschliche Gehirn so etwas wie einen Leistungszeit?

Wottawa: Intelligenz nimmt generell im Alter nicht ab, vorausgesetzt, man altert gesund. Die Fähigkeiten wandeln sich aber mit der Zeit. So verliert man im Alter beispielsweise Potenzial, Vokabeln zu lernen, wenn man es nicht trainiert. Dafür kristallisieren sich andere Fähigkeiten, die Erfahrung und Hintergrundwissen erfordern.

Kann man die Intelligenz denn trainieren?

Wottawa: Der umgekehrte Weg ist wohl einfacher. Wenn man ein potenzielles Genie von Geburt an 15 Jahre lang in einen dunklen Raum sperrt, wird es mit intellektuellen Defiziten rauskommen. Auf der anderen Seite wird man einen wenig begabten Menschen bei sorgfältigster Förderung weiterbringen, nicht aber zum Genie machen. Man kann allerdings trainieren, sein Potenzial so zu nutzen, dass man annähernd an seine Limits kommt. Die meisten Menschen bleiben wohl weit unter ihren theoretischen Möglichkeiten.

Fördern regelmäßige Herausforderungen für das Gehirn demnach Intelligenz und Kreativität?

Wottawa: Wenn man unter Kreativität versteht, schnell viele Lösungsoptionen für ein Problem zu entwerfen, dann ja. Solch kreatives Denken kann man bis zu einem gewissen Maß lernen und Techniken dazu trainieren. Wenn man aber unter Kreativität eine künstlerisch schöpferische Intelligenz versteht, dann sind die Trainings- und Lernmöglichkeiten begrenzt.

Kann einem die eigene Intelligenz auch im Weg sein?

Wottawa: Na klar, Intelligenz kann isolieren. Sympathie hängt stark von Ähnlichkeit ab, und sehr intelligente Menschen sind in diesem Aspekt eben nicht ähnlich, wie etwa der Streber in der Schule. Deshalb

ist das in der Politik ein Problem. Ich glaube, dass viele sehr intelligente Politiker schon in der Anfangsphase ihrer Karriere scheitern, weil sie keine Identifikationsfiguren sind und sich dann einen anderen Karriereweg suchen. Ein Politiker muss lernen, sich volksnah zu geben und dabei authentisch wirken.

Spielt es beim Denken eine Rolle, ob man Frau oder Mann ist?

Wottawa: Da gibt es Unterschiede, zum Beispiel in der räumlichen Orientierung. Männer denken in Richtungen, Frauen erinnern sich besser an markante Details in der Umgebung. Es gibt auch Versuche, die zeigen, dass ein weibliches Gehirn anders arbeitet als ein männliches. Setzt man einen Mann vier Wochen lang vor dasselbe Problem benutzt er immer dieselbe Hirnpartie, um das Problem zu lösen. Eine Frau benutzt, gesteuert von ihrem hormonellen Zyklus, zu verschiedenen Zeiten andere Teile ihres Gehirns für dasselbe Problem.

Welche Methode ist besser?

Wottawa: Beides hat Vor- und Nachteile. Ein Mann wird immer zu einem ähnlichen Ergebnis kommen, während eine Frau im Laufe eines Monats mehr Chancen hat, für dasselbe Problem andere Lösungsstrategien zu entwerfen. Wenn sie das gezielt steuert und sich vor einer Entscheidung Zeit lässt, ist das ein Vorteil. Allerdings kann es auch sein, dass Frauen wegen verschiedener Lösungsansätze zu verschiedenen Zeitpunkten sprunghaft erscheinen. ←

Quelle: Aachener Zeitung/Aachener Nachrichten

Heinrich Wottawa ist seit rund 27 Jahren Professor an der Ruhr-Universität in Bochum, Lehrstuhl für Psychologische Methodenlehre, Diagnostik und Evaluation.

Bald mehr sichere Arzneien für Kinder

**Neue EU-Verordnung kommt 2006:
Sie setzt starke Anreize für Hersteller,
auch Indikationen für Kinder zu erforschen**

BERLIN (HL). Mit langer Verspätung im Vergleich zu den USA wird nun auch in Europa die Arzneimittelzulassung so ergänzt, dass die Anwendung von Arzneimitteln bei Kindern sicherer wird. Eine entsprechende Verordnung hat jetzt in erster Lesung das EU-Parlament passiert, die Rechtsvorschriften sollen Ende 2006 bindend werden.

Damit soll auf absehbare Zeit ein Zustand der therapeutischen und rechtlichen Unsicherheit für Ärzte beendet werden, die Kindern und Jugendlichen Arzneimittel verordnen. Immerhin ein Fünftel der Bevölkerung in der Europäischen Union - das sind 100 Millionen Menschen - sind jünger als 18 Jahre. Bei etwa der Hälfte der bei jungen Menschen eingesetzten Arzneimittel gibt es keinen validen Erkenntnisstand.

Um diesem Mangel abzuweichen, hat sich die EU-Kommission bei ihrer Verordnung „on medicinal products for paediatric use“ eng an bereits im Jahr 1997 in den USA verabschiedete Gesetze gehalten, die auf die pharmazeutische Industrie mit Zwang und Anreizen einwirken.

Bei der Neuzulassung eines Arzneimittels werden klinische Prüfungen auch bei Kindern zwingend, es sei denn, eine Indikation ist für Kinder irrelevant; um Zulassungen nicht zu verzögern, kann die Prüfung bei Kindern auch zurückgestellt, muss dann aber nachgeholt werden. Der Anreiz für die Unternehmen, in die aufwändige klinische Forschung mit Kindern einzutreten, besteht darin, dass es ihnen um sechs Monate verlängerten Patentschutz erhält.

Für Arzneimittel, die bereits auf dem Markt sind, erhält ein Unternehmen, das mit klinischen Prüfungen die Wirksamkeit und Unbedenklichkeit für die Behandlung von Kindern in klinischen Studien nachweist, eine neue zehnjährige Schutzfrist.

Ein so speziell für Kinder nachzuge-lassenes Produkt wäre ein neues ei-

genständiges Fertigarzneimittel, das nach den geplanten Vorschriften extra mit einem Stern gekennzeichnet werden soll. Wer als Hersteller rechtzeitig in klinische Studien einsteigt, hat gute Chancen, auf dem Kinderarznei-Markt exklusiv zu bleiben.

Denn nach Einschätzung des Zulassungsspezialisten Thomas Brückner vom Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie dürfte es bei den Ethikkommissionen keine Genehmigung von Doppel- oder Parallelstudien mit Kindern geben.

Bis zu einer grundlegenden Verbesserung der Therapiesituation werden Ärzte und Patienten allerdings noch einige Zeit warten müssen. Im Dezember berät der EU-Gesundheitsministerrat. Vor allem die neuen EU-Länder haben noch Probleme mit den erweiterten Patentschutzregelungen. Die zweite abschließende Lesung wird gegen Ende 2006 erwartet.

Dann allerdings tritt die EU-Verordnung als bindendes Recht für alle EU-Staaten in Kraft. Das wäre auch der Startpunkt für eine viel intensivere klinische Forschung mit Kindern, die bei schwierigen Indikationen, wie etwa Krebs, zeit- und kostenintensiv ist. ←

Quelle: Ärzte Zeitung, 27.10.2005 mit freundlicher Genehmigung der Redaktion

http://www.aerztezeitung.de/docs/2005/10/27/193a0601.asp?cat=/politik/gesundheit_in_europa

EU-Kommission nimmt Grünbuch über psychische Gesundheit an

Detlev Boeing

Das Interesse an der psychischen Gesundheit der EU-Bevölkerung hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Der politische Handlungsdruck, sowohl auf Ebene der Mitgliedstaaten als auch auf EU-Ebene, ist spürbar gewachsen. Vor diesem Hintergrund hat die EU-Kommission Mitte Oktober 2005 ein Grünbuch mit dem Titel „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ verabschiedet und allen anderen Institutionen (u. a. Rat, Parlament) sowie der europäischen Öffentlichkeit übermittelt.

Zweck des Grünbuchs ist es, eine öffentliche Konsultation einzuleiten. Im Ergebnis soll es dazu beitragen, die Bekämpfung psychischer Erkrankungen wirkungsvoller zu gestalten und das psychische Wohlergehen in der EU zu fördern. So leiden Jahr für Jahr mehr als 27% der Erwachsenen in Europa an psychischen Erkrankungen, auf die auch die Mehrzahl der jährlich 58 000 Selbsttötungen zurückzuführen ist. Dies übertrifft die Zahl der Verkehrstoten. Die psychische Gesundheit der Bevölkerung

kann sich zudem erheblich auf das wirtschaftliche und soziale Wohlergehen der Gesellschaft auswirken. Bis vor kurzem stand die psychische Gesundheit jedoch weitgehend im Schatten anderer Probleme der öffentlichen Gesundheit. Durch Einleiten einer breit angelegten Debatte über diese Frage will die Kommission deshalb auf die große Bedeutung des psychischen Wohlergehens aufmerksam machen und Anregungen für die optimale Gestaltung einer umfassenden EU-Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit einholen.

Markos Kyprianou, für Gesundheit und Verbraucherschutz zuständiger Kommissar, erklärte hierzu: „Mehr als einer von vier Europäern ist von einer psychischen Erkrankung betroffen. Jahr für Jahr kostet dies unsere Volkswirtschaften bis zu vier Prozent des BIP als Folge von Produktivitätseinbußen und Sozialkosten. Wohl keiner anderen Krankheit würde man so wenig Beachtung schenken, wenn ein so hoher Prozentsatz der Bevölkerung von ihr betroffen wäre. Zu lange hat man über psychische Erkrankungen den Mantel des Schweigens gehüllt. Psychische Gesundheit

ist ein entscheidendes Element der öffentlichen Gesundheit und ein wichtiger Faktor des gesellschaftlichen Wohlergehens und der wirtschaftlichen Wettbewerbsfähigkeit. Die Kommission ist entschlossen, die Öffentlichkeit stärker für dieses Problem zu sensibilisieren und zur Verbesserung der psychischen Gesundheit der gesamten EU-Bevölkerung beizutragen.“

Jedes Jahr sind mehr als 27 % der Erwachsenen in der EU von einer psychischen Erkrankung betroffen. Depressionen und Angststörungen sind die verbreitetsten psychischen Probleme. Einschlägige Studien prognostizieren, dass im Jahr 2020 Depressionen die häufigste Krankheitsursache in den Industrieländern sein werden.

Was die wirtschaftlichen Auswirkungen angeht, so verursachen psychische Erkrankungen in der EU Kosten in Höhe von 3-4% des BIP als Folge von Produktivitätsverlust und finanziellen Belastungen für den Gesundheits-, Bildungs- und Justizsektor.

Bei der psychischen Gesundheit bestehen erhebliche Diskrepanzen zwischen den Mitgliedsstaaten. Die Selbstmordrate reicht von 44 pro 100 000 Menschen in Litauen bis zu 3,6 pro 100 000 Menschen in Griechenland. Die Zahl der unfreiwilligen Einweisungen in psychiatrische Einrichtungen ist in Finnland 40mal höher als in Portugal. Der Anteil der Ausgaben für psychische Gesundheit am nationalen Gesundheitsetat reicht von 13 % in Luxemburg bis zu gerade einmal 2 % in der Slowakei.

Außerdem kommt es nach wie vor zu Stigmatisierung, Diskriminierung und Missachtung der Menschenrechte und der Menschenwürde psychisch kranker oder geistig behinderter Menschen. Dies stellt europäische Grundwerte in Frage.

Das Grünbuch über psychische Gesundheit schlägt im Wesentlichen



Detlev Boeing ist als Beisitzer des BV AÜK zuständig für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit sowie europäische Kontakte

Was hat das Grünbuch nun mit ADHS zu tun?

Die Förderung der psychischen Gesundheit und die Prävention und Behandlung von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen sind von besonderer Bedeutung und bilden eine Investition in die Zukunft. ADHS kann im weiteren Sinne als eine solche psychische Erkrankung verstanden werden und hat aufgrund seiner Verbreitung (ca. 2-7% der deutschen Kinder und Jugendlichen sind schätzungsweise betroffen) seinen Platz in jedweder Strategie der EU, die auf eine Verbesserung in diesem Bereich des Gesundheitswesens zielt. Nach Abschluss des Konsultationsprozesses in Mai 2006 wird die Kommission voraussichtlich eine Empfehlung des Rates zur Förderung der psychischen Gesundheit vorschlagen. Dem werden weitere Aktionen und ggfs. finanzielle Programme folgen. Dabei sollte auch ADHS als eine der wichtigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter angemessen berücksichtigt werden.

drei Maßnahmen auf EU-Ebene vor:

- ▮ Eröffnung eines Dialogs mit den Mitgliedstaaten über einen Aktionsplan zur psychischen Gesundheit
- ▮ Einrichtung einer EU-Plattform für psychische Gesundheit. Dies würde gewährleisten, dass eine Vielzahl von Stakeholdern gemeinsam Überlegungen dazu anstellt, wie die psychische Gesundheit sich in verschiedenen Sektoren und EU-Politikbereichen (insbes. Wohlstand) integrieren lässt und wie man ethische Aspekte, z. B. die Grundrechte psychisch kranker und geistig behinderter Menschen, einbeziehen kann.
- ▮ Aufbau einer Informationsbasis für psychische Gesundheit auf EU-Ebene, einschließlich Trendmonitoring, Datensammlung und Ermittlung von Best Practice.

Die Vorschläge im Grünbuch sind Teil des follow-up der Kommission zur Europäischen Ministeriellen Konferenz der World Health Organisation (WHO) über psychische Gesundheit, die im Januar 2005 in Helsinki stattfand. Auf dieser Konferenz billigten die 52 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO und die Europäische Kommission eine „Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit“ und einen „Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit“.

Am 24. Oktober war die Kommission Gastgeber einer Konferenz über psychische Gesundheit in Luxemburg, auf der dieser Konsultationsprozess offiziell eingeleitet wurde. Kommissar Kyprianou, eine Reihe von Gesundheitsministern aus Mitgliedstaaten, MEP und der WHO-Regionaldirektor für Europa, Marc Danzon, nahmen an der Konferenz teil.

Regierungen, NRO, Stakeholder und interessierte Bürger sind aufgefordert, zu den im Grünbuch vorgeschlagenen Aktionen und zur Rolle der EU im Bereich der psychischen Gesundheit Stellung zu nehmen. Die Konsultation läuft bis zum 30. April 2006. Gestützt auf den bis dahin eingegangenen Input wird die Kommission einen Vorschlag für eine EU-weite Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit ausarbeiten. ←

Die Bundesärztekammer nimmt Stellung zur ADHS

Detlev Boeing

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat auf Empfehlung ihres Wissenschaftlichen Beirates kürzlich eine grundlegende Stellungnahme zur „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)“ verabschiedet und jetzt veröffentlicht. Die BÄK vertritt als Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung die berufspolitischen Interessen der knapp 400.000 Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Als Arbeitsgemeinschaft der 17 deutschen Ärztekammern wirkt sie aktiv am gesundheitspolitischen Meinungsbildungsprozess der Gesellschaft mit und entwickelt Perspektiven für eine bürgernahe und verantwortungsbewusste Gesundheits- und Sozialpolitik. Zu den Hauptaufgaben des Wissenschaftlichen Beirates gehören die Konzeption und die inhaltliche Gestaltung von Leitsätzen, Regeln und Normen zu relevanten Aspekten ärztlicher Tätigkeit. Dazu bildet er – wie im vorliegenden Fall zu ADHS – für Einzel- oder Grundsatzfragen Arbeitskreise, bei Bedarf unter Hinzuziehung von externen Experten, um entsprechend seiner Aufgaben bedarfsgerecht Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen und Stellungnahmen zu erarbeiten. Diese Ausarbeitungen orientieren sich am aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik und beziehen die verschiedenartigen ethischen und rechtlichen Rahmenbedingungen ein.

Die nun veröffentlichte Kurzfassung der Stellungnahme ist ebenso wie der begleitende umfassende Fragen-Antworten-Katalog ein Referenzdokument, welches erstmals für die gesamte deutsche Ärzteschaft fundierte Standards für Diagnose und Behandlung einer ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen setzt. Es ist zu hoffen, dass diese Stellungnahme rasch zu verbesserten einheitlichen Behandlungsstandards führt. Aus Elternsicht sehr zu begrüßen ist der Umstand,

dass das Papier sich mit allen wesentlichen Fragen der aktuellen und nicht selten recht pauschal geführten Diskussion auseinandersetzt, z.B. die Frage alternativer Therapien, das Suchtrisiko oder die Gefahr einer späteren Parkinson-Erkrankung bei Stimulanzientherapie. Mit Hilfe dieser Stellungnahme lässt sich unsachlicher Kritik an Diagnose und Behandlung der ADHS wirksamer entgegenreten.

Das Papier knüpft an viele der auf der Konsensuskonferenz 2002 von Fachverbänden zusammen mit Elternverbänden unter Leitung des Bundesgesundheitsministeriums vereinbarten Leitlinien an und aktualisiert diese in medizinischer und gesundheitspolitischer Hinsicht. Gleichzeitig liefert es einen wichtigen Anstoß zu einer Angleichung der Standards auf europäischer Ebene. Der BV AÜK begrüßt diese Entwicklung sehr und sieht sich in Bezug auf Ziele und Inhalte seiner Selbsthilfearbeit für die vielen betroffenen Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen und deren Familien bestätigt.

Die Pressemitteilung der BÄK vom 25.10.2005 lautet:

Berlin, 25.10.2005 – Etwa 3 - 5 Prozent (300.000 - 500.000) der Kinder und Jugendlichen in Deutschland sind von „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“ (ADHS) betroffen. Bei der ADHS handelt es sich insbesondere um Auffälligkeiten in drei Verhaltensbereichen, die zu einer psychosozialen Beeinträchtigung führen. Diese so genannten Kernsymptome der ADHS sind Unaufmerksamkeit, (eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit, eingeschränkte Daueraufmerksamkeit, erhöhte Ablenkbarkeit), Hyperaktivität (allgemeine motorische Unruhe) und Impulsivität (mangelnde kognitive/ emotionale Impulskontrolle). Mit der Störung sind in der Mehrzahl der Fälle auch andere zusätzliche Störungen verknüpft (Ko-

Weitere

Informationen:
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_health_en.htm

Stellungnahmen können u. a. an folgende Mailadresse geschickt werden:
mental-health@cec.eu.int

morbidität). Häufig sind Störungen des Sozialverhaltens, emotionale Störungen (z.B. Depression) und umschriebene Entwicklungsstörungen wie Legasthenie und Rechenstörungen.

Ab dem Alter von etwa sechs Jahren sind die diagnostischen Zuordnungen zu den Kernsymptomen relativ gut. Eine sorgfältige und umfassende Diagnostik ist die Voraussetzung für ein gezieltes und maßgeschneidertes individuelles Behandlungsprogramm. Dabei ist es wichtig, die Verhaltens- und Erlebensweisen des Patienten in verschiedenen sozialen Umgebungen durch verschiedene Bezugspersonen zu erfassen, um ein möglichst geschlossenes Bild zu erhalten. Darauf weist der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer in seiner Stellungnahme „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“ hin. Der Wissenschaftliche Beirat erläutert den derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand, insbesondere die Diagnosekriterien, die Behandlungsmöglichkeiten sowie die Besonderheiten der ADHS im Erwachsenenalter.

Insgesamt wird ein interdisziplinäres (medizinisches, psychologisches und pädagogisches) Konzept mit multimodaler Vorgehensweise, Aufklärung, Beratung, Elterntaining, Verhaltenstherapie und Psychopharmakotherapie angestrebt. Sowohl internationale als auch deutsche Behandlungsleitlinien empfehlen eine frühzeitige medikamentöse Therapie bei Kindern ab dem Alter von sechs Jahren, bei denen eine sehr stark ausgeprägte Symptomatik vorliegt. Eine medikamentöse Therapie muss dabei immer in eine umfassende Beratung aller Beteiligten eingebettet sein.

Durch die medikamentöse Behandlung mit Methylphenidat und Amphetaminsulfat (sogenannte Stimulanzien) oder Atomoxetin werden Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität deutlich gelindert und geben so den Weg frei zu einer besseren Verhaltenssteuerung des Kindes im sozialen Umfeld. Die medikamentöse Behandlung stellt einen wichtigen Teil des Gesamtbehandlungsprogramms dar und ist deshalb für viele Betroffene unverzichtbar. Al-

erdings ist sie nicht immer hilfreich; in mindestens 10 bis 15 Prozent der Fälle lassen sich keine positiven Behandlungseffekte erzielen.

Die Verhaltenstherapie von Kindern mit ADHS setzt meist auf mehreren Ebenen an und versucht mit Eltern und Kindern, aber auch mit Erziehern und Lehrern, Wege zur Lösung konkreter bislang problematischer Situationen zu erarbeiten.

Die früher verbreitete Einschätzung, dass sich ADHS mit zunehmender Reifung „auswächst“, ist überholt. Bei bis zu 50 Prozent der Patienten sind auch noch im Erwachsenenalter Symptome vorhanden, welche adäquat, zum Teil medikamentös, therapiert werden müssen. Die Stimulanzienbehandlung mit Methylphenidat ist auch im Erwachsenenalter die Therapie der ersten Wahl. In Deutschland sind Stimulanzien für die Indikation ADHS im Erwachsenenalter allerdings nicht zugelassen, werden aber im Rahmen eines individuellen Heilversuchs verordnet. Dies ist zweifellos unbefriedigend und bedarf der Abhilfe.

Nicht nur um die hohen Folgekosten zu lindern, sondern auch in Anbetracht der hohen „sozialen Reibungen“ erscheint es politisch und wirtschaftlich sinnvoll, das Thema ADHS sehr früh in den Blick zu nehmen, damit aus einer qualifizierten Diagnostik eine effektive Therapie entspringt, die viele Folgeprobleme vermeiden hilft.

Die Langfassung der Stellungnahme wird Anfang Dezember auf den Internetseiten der Bundesärztekammer verfügbar sein.

Stellungnahme zur „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)“ – Kurzfassung
<http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Empfidx/ADHSkurz/index.html>

Fragen-und-Antworten-Katalog zur „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)“
<http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Empfidx/ADHSkurz/FAQADHS.html>

Belegt eine Studie die Wirkung von Homöopathie bei Kindern mit ADHS?

Im Gegensatz zu einer kürzlich veröffentlichten Studie, durch die der Homöopathie ein Placebo-Effekt zugeschrieben wurde, haben Wissenschaftler der Universität Bern im Rahmen einer Doppelblindstudie die Wirksamkeit homöopathischer Mittel bei Kindern mit Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom wohl doch belegt? Symptome wie Hyperaktivität, Impulsivität, Schüchternheit oder Ängstlichkeit nahmen teilweise ab, das Lernverhalten verbesserte sich und der Effekt dauerte langfristig an.

Weitere Informationen hierzu unter:
<http://www.kommunikation.unibe.ch/lanya/kommunikation/live/medienservice/medienmitteilungen/news/050905adsstudie.html>

ADHS – Internationale wissenschaftliche Konsensuserklärung erneuert!



Michael Townson,
1. Vorsitzender,
AdS e.V., Ebersbach

Anlässlich des letztjährigen Weltkongresses der IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions) in Berlin wurde von der Elterninitiative AdS e.V. speziell für den deutschsprachigen Raum eine Erneuerung des „International Consensus Statement on ADHD“ initiiert, das ursprünglich im Januar 2002 von 85 namhaften Wissenschaftlern aus 9 Industrieländern herausgegeben wurde.

Im Rahmen des mit Genehmigung des Initiators der Urfassung, Prof. Dr. Barkley, und in Abstimmung mit dem Präsidenten der IACAP, Prof. Dr. Dr. Remschmidt, durchgeführten Projektes haben sich bis zum Abschlussstag (20.09.05) 101 renommierte Wissenschaftler und weitere namhafte Experten aus Deutschland, der Schweiz, Österreich und Luxemburg den ursprünglichen 85 Unterzeichnern angeschlossen, so dass die Konsensuserklärung jetzt die Unterschriften von insgesamt 186 Experten aus 13 Industrieländern trägt.

Wir sind wie unser Partnerverband sicher, dass dieses wichtige Dokument, das den internationalen wissenschaftlichen Konsens zur ADHS jetzt noch eindrucksvoller dokumentiert, nun auch im

deutschsprachigen Raum die ihm zukommende Beachtung findet. Die den deutschen Titel „Gemeinsame Erklärung Internationaler Wissenschaftler“ tragende, erneuerte Konsensuserklärung ist, zusammen mit der nachstehenden Pressemitteilung e.V. u. a. auch in der Lesecke auf unseren Webseiten unter <http://www.bv-auek.de/Seiten/Lesecke/index.html> nachzulesen.

Pressemitteilung **Internationale Wissenschaftliche Konsensuserklärung zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)**

Namhafte Wissenschaftler und weitere führende Experten aus dem deutschsprachigen Raum schließen sich der gemeinsamen Erklärung von 85 Wissenschaftlern aus 9 weiteren Industrieländern zur ADHS an!

101 Wissenschaftler und Experten aus Deutschland, der Schweiz, Österreich und Luxemburg haben sich einer gemeinsamen Erklärung zum internationalen Konsens über den Status wissenschaftlicher Erkenntnisse über die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) angeschlossen. Erklärter Anlass für die Erstellung des Konsenspapiers ist die Besorgnis der Unterzeichnenden über regelmäßig wiederkehrende

Falschdarstellungen der ADHS in den Medien. Die Unterzeichner befürchten, „dass unzutreffende Meldungen, die ADHS als Erfindung, Betrug oder gutartigen Zustand darstellen, dazu führen könnten, dass sich Tausende von Leidenden nicht um eine Behandlung ihrer Störung bemühen“. Derartige Meldungen würden in der Öffentlichkeit oft den allgemeinen Eindruck hinterlassen, als würde ADHS nicht wirklich existieren oder aus eher geringfügigen Beschwerden bestehen. Die gemeinsame Erklärung zur ADHS sei deshalb verfasst worden als „Referenz für den Status wissenschaftlicher Erkenntnisse über diese Störung, ihre Validität sowie über deren negative Auswirkungen auf das Leben derjenigen, die mit dieser Störung diagnostiziert werden“.

Hierzu erklärt der 1. Vorsitzende des ADHS-Selbsthilfeverbandes AdS e.V., Michael Townson: „Ich begrüße es sehr, dass sich so viele hochrangige Wissenschaftler und weitere namhafte Experten aus dem deutschsprachigen Raum jetzt diesem wichtigen Zeugnis des internationalen wissenschaftlichen Konsenses zur ADHS angeschlossen haben. Gerade die in den hiesigen Selbsthilfeverbänden organisierten Eltern, ihre von ADHS betroffenen Kinder sowie selbst betroffenen Erwachsenen bekommen allzu oft die Folgen von Vorurteilen und Falschinformiertheit zu spüren, die durch wiederkehrende Falschdarstellungen in manchen Medien erzeugt und genährt werden.“

Nur wer erwachsen wird und Kind bleibt, ist ein Mensch!

(Erich Kästner (1899-1974), dt. Schriftsteller, 1957 Georg-Büchner-Preis)

Nicht Philosophen stellen die radikalsten Fragen, sondern Kinder.

(Hellmut Walters (1930-85), dt. Schriftsteller)

Kinder müssen mit Erwachsenen sehr viel Nachsicht haben.

(Antoine de Saint-Exupéry (1900-44), frz. Flieger u. Schriftsteller)

Wechselwirkungen

zwischen Arzneimitteln und Nahrungsmitteln

Alke Abraham Zadeh

Viele Patienten fragen sich: Wechselwirkungen zwischen Arzneimitteln und Nahrungsmitteln, gibt es das überhaupt? Warum soll ich meine Tabletten nicht mit Milch einnehmen? Mit pflanzlichen Arzneimitteln kann ich doch nichts falsch machen?

Wenn man von Wechselwirkungen oder auch Interaktionen spricht, meint man eine gegenseitige Beeinflussung von Wirkstoffen oder auch Hilfsstoffen. Diese Beeinflussung kann zu einer abschwächenden Wirkung führen oder auch infolge einer Addition von Wirkungen bis hin zu Intoxikationen führen.

Betreffen diese Interaktionen die pharmakologische Wirkung der Arzneistoffe, das heißt den Einfluss des Arzneistoffs auf den Organismus, so spricht man von pharmakodynamischen Wechselwirkungen. Dem gegenüber finden sich die Interaktionen, die pharmakokinetischen Prozessen unterliegen, sprich was passiert mit meinem Arzneistoff im Körper: Erfolgt eine Beeinflussung der Resorption oder Distribution, oder ist das Wechselspiel vielleicht erst während der Biotransformation (chemische Umwandlung eines Stoffes) zu finden?

Nicht nur zwischen Arzneimitteln gibt es Wechselwirkungen – auch beim Verzehr einiger Lebens- und Genussmittel kann ein gewisses Gefahrenpotential lauern. In Tabelle 1 sind einige Interaktionen zusammengefasst, die eine Arzneimittelwirkung verstärken oder auch hemmen können.

Wechselwirkungen mit Nahrungsmitteln

Biogene Amine und MAO-Hemmer

Besonders schwerwiegend, wenn auch sehr anschaulich, ist der sogenannte „**cheese effect**“. Hierunter versteht man eine hypertone Krise,

hervorgerufen durch den Genuss tyraminreicher Nahrung während einer Therapie mit dem unselektiven Monoaminoxidase-Hemmer (MAO-Hemmer) Tranylcypromin (Jatrosom[®]), welches seinen Einsatz als Antidepressivum findet. Diese MAO-Hemmer blockieren den oxidativen Abbau von Monoaminen durch Hemmung des Enzyms Monoaminoxidase, so dass die Konzentration der Neurotransmitter Noradrenalin, Adrenalin, Serotonin und Dopamin im Gehirn ansteigt.

Tabelle 1: Interaktionen von Nahrungsmitteln und -inhaltsstoffen mit Arzneimitteln

Substanz	Interagiert mit	Wirkung
Grapefruitsaft	• Cyclosporin, Terfenadin, Erythromycin, Nifedipin, HMG-CoA-Reduktase-Hemmer	• Hemmung von CYP-3A4 → Anstieg der Plasmaspiegel
Johanniskraut-extrakte	• Hormonelle Kontrazeptiva	• Induktion von CYP-3A4 → Wirkverlust der „Pille“ möglich
Alkohol	• Disulfiram, Griseofulvin, Nifuratel, Metronidazol, Ketoconazol, Procarbazin • Clomethiazol • Biguanid- Derivate • Psychopharmaka, Antihistaminika, Opioide	• Hemmung der Aldehyddehydrogenase → Erhöhung der Acetaldehyd- Plasmaspiegel (Disulfiram ↔ Ethanol: lebensbedrohliche Zustände möglich) • Gehemmte Arzneistoffausscheidung (lebensbedrohliche Zustände möglich) • Laktatazidosegefahr • Verstärkte sedierende Effekte
Coffein	• Schilddrüsenhormone, Sympathomimetika • Gyrasehemmer • Theophyllin • Orale Kontrazeptiva, Cimetidin, Disulfiram	• Tachykardie Nebenwirkungen • Verzögerte Coffein-Ausscheidung • Verzögerte Theophyllin-Ausscheidung • Verminderter Coffein-Abbau
Milch	• Schilddrüsenhormone, Eisenpräparate, Gyrasehemmer	• Wirkverminderung durch Chelat- Bildung
Vitamin-K-haltige Lebensmittel	• Orale Antikoagulantien	• Verminderte Blutgerinnungshemmende Wirkung
Tyraminreiche Nahrung	• Tranylcypromin	• „Cheese- Effekt“ durch verminderten Tyramin- Abbau

Biogene Amine können sich aber auch in Nahrungsmitteln anreichern, besonders betroffen davon sind **zum Beispiel langgereifte Käsesorten und Rotwein**, die dann, aufgrund dieses Hemm-Mechanismus, nicht abgebaut werden können. Toxische Erscheinungen in Form von Übelkeit, Kopfschmerzen und Blutdruckanstieg bis hin zu hypertonen Krisen können auftreten. Der Stoff Tyramin ist ein Blutdruck steigerndes Sympathomimetikum, das heißt eine Substanz die die gleiche Wirkung hervorruft wie eine Sympathikuserregung.

Vitamin K-reiche Gemüse und Hemmstoffe der Blutgerinnung (Antikoagulantien)

Wer ein orales Antikoagulantium vom Cumarintyp (zum Beispiel Phenprocoumon, Marcumar[®]) einnehmen muss, ist angehalten, seine Ernährung ausgeglichen zu gestalten. Eine zu einseitige Zufuhr von stark Vitamin-K-haltigen Lebensmitteln, wie Broccoli, Rosenkohl und Spinat kann einen Einfluss auf die Blutverdünnung haben: in hoher Dosierung inhibiert das in der Nahrung

enthaltene Vitamin-K den blutgerinnungshemmenden Effekt der Vitamin-K-Antagonisten.

Grapefruitsaft und Hemmung des Medikamentenabbaus

Ein häufig angeführtes Beispiel für eine Wechselwirkung mit Lebensmitteln ist Grapefruitsaft. Wer sich gerne und vielleicht auch des Öfteren ein Gläschen davon genehmigt oder sogar, um sich „etwas Gutes“ zu tun, seine Arzneimittel zum Beispiel zum Frühstück damit einnimmt, sollte folgendes bedenken: Die Inhaltsstoffe des Grapefruitsaftes, vor allem die

Flavonoide, inhibieren bestimmte wichtige Enzyme.

Diese sogenannten Cytochrom-P 450-Enzyme (CYP-Enzyme, vor allem CYP 3A4-Enzyme), die vor allem in der Leber, aber auch in den Epithelzellen des Dünndarms zu finden sind, katalysieren den Metabolismus zahlreicher exo- und endogener Stoffe.

Unser Körper ist in der Regel bestrebt, applizierte Arzneimittel schnell wieder auszuschleiden, wozu zum Beispiel lipophile Stoffe durch Oxidation polarer und damit besser eliminierbar gemacht werden. Was bewirkt somit eine Hemmung dieses Enzymkomplexes? Werden gleichzeitig peroral Arzneistoffe, die zudem durch CYP-Enzyme verstoffwechselt werden, eingenommen, so kann man mit einem starken Anstieg der Plasmaspiegel der entsprechenden Wirkstoffe rechnen.

Tabelle 2: Interaktionen von Arzneistoffen mit Grapefruitsaft

Arzneistoffe, bei denen Interaktionen mit Grapefruitsaft auftreten:	Arzneistoffe, bei denen keine Interaktionen mit Grapefruitsaft auftreten:
Astemizol, Atorvastatin, Buspiron, Carbamazepin, Cisaprid, Ciclosporin, Diazepam, Ethinylestradiol, Felodipin, H1-Antagonisten, HIV-Protease-hemmer, Immunsuppressiva, Lovastatin, Midazolam, Nicardipin, Nifedipin, Nimodipin, Nisoldipin, 17-Estradiol, Acenocoumarol, Amlodipin, Antiasthmatika, Antibiotika, Chinidin, Nitrendipin, Saquinavir, Simvastatin, Tacrolimus, Terfenadin, Triazolam, Verapamil	Clomipramin, Diltiazem, Estrogene, Haloperidol, Itraconazol, Orale Antikoagulantien, Pravastatin, Propafenon, Steroide, Theophyllin, Warfarin

Terfenadin (Antihistaminikum), Erythromycin (Makrolid-Antibiotikum), Nifedipin (Koronartherapeutikum, Calciumantagonist) oder die CSE-Hemmer wie Atorvastatin, Lovastatin, Simvastatin (Cholesterinsenker) interagieren sehr stark mit Grapefruitsaft worauf auch in den Beipackzetteln hingewiesen wird.

Am Beispiel von Terfenadin, das zur symptomatischen Behandlung allergischer Reaktionen eingesetzt wird, lässt sich folgendes verdeutlichen: Nach peroraler Anwendung wird Terfenadin fast vollständig resorbiert und aufgrund des hohen First-Pass-Effektes zu mehr als 99 % biotransformiert. Wird diese Substanz nun mit Grapefruitsaft eingenommen, so steigt der Plasmaspiegel von Terfenadin stark an, es kann mitunter zu QT-Zeit-Verlängerungen im EKG und Herzrhythmusstörungen kommen.

Johanniskraut und Beschleunigung des Medikamentenabbaus

Johanniskraut (*Hypericum perforatum*) findet seinen Einsatz bei leichten Depressionen, psychovegetativen Störungen, Angst und Unruhezuständen. Seine Wirkung ist vor allem durch das Hyperforin begründet, dem eine Wirkung der neuronalen Serotonin-Wiederaufnahmehemmung und eine Hemmung der Monoaminoxidase zugeschrieben wird.

Auch Hyperforin interagiert mit CYP-Enzymen (vor allem CYP 3A4-Enzymen), allerdings bewirkt es eine Enzyminduktion, das heißt andere Arzneistoffe, die über das gleiche Enzymsystem metabolisiert werden, werden schneller umgewandelt. Dieser Effekt kann bei Arzneistoffen mit geringer therapeutischer Breite zu einer abschwächenden Wirkung führen. So wird beispielsweise das Ethinylestradiol in der Antibaby-Pille schneller abgebaut, es kann zu Blutungen und gegebenenfalls zu Wirkverlusten kommen.

Alkohol

Ein Gläschen in Ehren, kann niemand verwehren – oder doch?

Müssen regelmäßig Arzneimittel eingenommen werden, sollten gegebenenfalls auch „liebgewonnene“ Lebensgewohnheiten überdacht werden. Grundsätzlich die Zufuhr von Alkohol zu vermeiden, ist nicht immer notwendig, zumal ein Glas Wein oder Bier auch positive Effekte auf die Lebensqualität ausüben kann. (Zagermann-Muncke 2004)

Allerdings interagiert Ethanol mit diversen Arzneistoffen in klinisch relevanter Weise, so dass in einigen Fällen eine konsequente Alkoholabstinenz notwendig ist. Verstärkte unerwünschte Effekte, verminderter Alkoholabbau oder eine verminderte Arzneistoffausscheidung können lebensbedrohliche Zustände hervorrufen.

Was passiert mit dem Alkohol im Körper?

Nach fast vollständiger Resorption wird der Ethanol zu 90 bis 95 % in der Leber metabolisiert. Über das Zwischenprodukt Acetaldehyd und anschließende Oxidation durch die

Aldehyddehydrogenase wird er zu Acetyl-Coenzym A verstoffwechselt. Acetyl-Coenzym A wird entweder in den Intermediärstoffwechsel eingeschleust oder weiter über Essigsäure zu den Endprodukten Kohlendioxid und Wasser abgebaut. Interessanterweise verläuft der Alkoholabbau beim Menschen konstant, das heißt der Abbau erfolgt unabhängig von der Blutalkoholkonzentration.

Ein kleiner Teil bestreitet zudem noch einen anderen Weg der Metabolisierung in der Leber: Hierbei spielt wieder einmal das Cytochrom P 450, genauer gesagt Cytochrom P 450 2E1, eine Rolle. Regelmäßiger Alkoholabusus führt zu einer gesteigerten Aktivität von CYP 2E1, wohingegen eine direkte Zufuhr großer Ethanol-Mengen dieses Enzym hemmt. (Zagermann-Muncke 2004)

Alkoholverbot bei bestimmten Medikamenten

Striktes Alkohol-Verbot gilt bei der Therapie mit dem Alkohol-Entwöhnungsmittel **Disulfiram (Antabus®)**. Lebensbedrohliche Zustände des Acetaldehydsyndroms können resultieren, wenn eine Alkoholzufuhr während der Behandlung mit Disulfiram erfolgt. Verantwortlich dafür ist eine Hemmung der Aldehyddehydrogenase, die mit einer Erhöhung der Acetaldehyd-Plasmakonzentration einhergeht. Während und vierzehn Tage nach Beendigung der Therapie darf kein Alkohol zugeführt werden. **Griseofulvin** (Antimykotikum), **Nifuratel** (Chemotherapeutikum zur Anwendung bei zum Beispiel Trichomoniasis), Imidazole-derivate wie **Metronidazol** (Antiinfektivum) und **Ketoconazol** (Antimykotikum) und **Procarbazin** (Zytostatikum) hemmen auch die Aldehyddehydrogenase, allerdings in schwächerer Form, so dass „nur“ Unverträglichkeitsreaktionen zu befürchten sind. (Tabelle 1)

Ebenfalls ist eine schwerwiegende, lebensbedrohliche Wechselwirkung durch Alkoholzufuhr unter Therapie mit dem Psychopharmakon **Clomethiazol (Distraneurin®)** beschrieben: Clomethiazol unterliegt einem starken First-Pass-Effekt, der durch Alkohol gehemmt wird.

Aber auch Diabetiker sollten nicht

über das Maß hinaus dem Alkohol zusprechen: Wird ein Patient mit dem Biguanid-**Antidiabetikum Metformin** behandelt, sollte auf ein erhöhtes Risiko einer Laktatazidose hingewiesen werden, das in Kombination mit Alkohol besteht. Sowohl Metformin als auch Ethanol heben die Laktatkonzentration an. Übelkeit, Bauchschmerzen, Hyperventilation bis hin zu Benommenheit und Koma können Folge dieser Interaktion sein. Um auf der sicheren Seite zu stehen, sollte daher Alkohol möglichst gemieden werden.

Zentraldämpfende Arzneimittel wie Psychopharmaka, Antihistaminika, Opioid-Analgetika) führen in Kombination mit Alkohol zu verstärkten sedierenden Wirkungen, die mit einem verminderten Reaktionsvermögen oder auch Benommenheit einhergehen können – unter Umständen von schwerwiegender Natur.

Einfluss des Kaffee- und/oder Teekonsums auf die Arzneimittelaufnahme

Coffein

Absolute Coffeinabstinenten sind wahrscheinlich in der heutigen Zeit selten anzutreffen und so drängt sich einem die Frage auf, inwieweit auch hierbei mit Wechselwirkungen zu rechnen ist.

Kaffeebohnen (*Coffea arabica*), schwarzer Tee/ grüner Tee (*Camellia sinensis*), Mate (*Ilex paraguayensis*), Kolanuss (*Cola nitida*, *Cola acuminata*), Kakaobohnen (*Theobroma cacao*) und Guarana (*Paulinia*arten) enthalten alle, wenn auch in unterschiedlichen Konzentrationen das Methylxanthinderivat Coffein. Besonders geschätzt wird die anregende Wirkung des Coffeins, es wirkt psycho-stimulierend und unterdrückt die Müdigkeit. Der Wirkmechanismus wird auf einen Angriff an zentralen Adenosinrezeptoren zurückgeführt. Adenosin hemmt die Ausschüttung vieler Neurotransmitter. Durch eine antagonistische Wirkung des Coffeins an diesen Rezeptoren kommt es zu einer verstärkten Ausschüttung von Neurotransmittern.

Außer dieser zentralnervösen Wirkung zeigt Coffein auch Wirkungen auf das Herz-Kreislauf-System,

Atemwege, Magen-Darmsystem, Niere und so weiter. Auch bei der Bio-transformation des Coffeins sind die hepatischen Isoenzyme Cytochrom-P 450 beteiligt. Es kann zu verstärkten tachykarden (Herzfrequenz steigernder) Wirkungen in Kombination mit Schilddrüsenhormonen oder Sympathomimetika kommen, Gyrasehemmer können die Elimination von Coffein verzögern, die Ausscheidung von Theophyllin (Broncholytikum) hingegen ist verzögert. Orale Kontrazeptiva, Cimetidin (Ulcertherapeutikum) oder Disulfiram vermindern den Coffein-Abbau. Aber auch eine gezielte Kombination, zum Beispiel der Coffein-Zusatz in Acetylsalicylsäure-Präparaten (ASS-Präparate) zur Wirkverbesserung ist zu finden.

Gerbstoffe

Nicht nur die Methylxanthine interagieren mit Arzneistoffen, auch die in Tee und Kaffee befindlichen Gerbstoffe wirken beeinflussend. Die Resorption von zum Beispiel Eisen-Salzen im Körper wird durch sie gehemmt. Steigern lässt sich die Aufnahme durch eine Kombination mit Vitamin C oder der gleichzeitige Genuss von Citrusfrüchten. Gerade im Bereich der Vitamine ist die Kombination durchaus entscheidend für die zu erzielende Wirkung: Benötigen die fettlöslichen Vitamine A, E, D und K zur besseren Aufnahme im Körper die Anwesenheit von Fetten und Ölen, ist die Nüchterneinnahme bei Eisenpräparaten zu bevorzugen.

Milch- und Milchprodukte beeinflussen Resorption von Arzneimitteln

Manch Leser des Beipackzettels wird vielleicht über den Hinweis „gleichzeitige Einnahme von Milch und Milchprodukten, Antazida, ... soll vermieden werden.“ gestolpert sein. Das soll kein Maßregeln sein – der Genuss von Milch und Milchprodukten sei jedem gegönnt – aber bitte in ausreichendem Abstand. **Mindestens zwei Stunden sollten zwischen Einnahme der Medikamente und der Milchprodukte liegen**, um bei der Einnahme von zum Beispiel Schilddrüsenhormonen, Tetracyclinen (Antibiotika), Eisenpräparaten

die sogenannte Chelatbildung mit dem Calcium aus der Milch zu umgehen. Chelate (griechisch: Krallen) sind schwerlösliche Komplexe, bei denen ein Metallatom wie in dem Gelenk einer Schere gelagert ist, beziehungsweise von einer Krallen umfasst wird. (Burger und Wachter 1998) Mineralwässer mit einem hohen Calciumgehalt sind daher zur Einnahme unter Umständen auch ungeeignet.

Tabelle 3: Einfluss von Nahrung auf die Absorption von Arzneimitteln (Berthold 2002)

Verminderte Absorption durch Nahrung	Amoxicillin, Ampicillin, Captopril, Cefaclor, Cefalexin, Chlorambucil, Chlorpromazin, Dicloxacillin, Doxycyclin, Erythromycin (-propionat und -stearat), Furosemid, INH, Levodopa, Lincomycin, Melphalan, Mercaptopurin, Methotrexat, Methylidopa, Oxacillin, Penicillamin, Penicillin G & V, Propanthelin, Rifampicin, Sulfadiazin, Tetrazykline
Unveränderte Absorption durch Nahrung	Ampicillinester, Atenolol, Dextropropoxyphen, Digoxin Tropfen, Enalapril, Etoposid, Flecainid, Fluconazol, Glibenclamid, Idarubicin, Ketoconazol, Lisinopril, Melperon, Metronidazol, Oxazepam, Pindolol, Prednison, Propylthiouracil, Quinapril, Chinolone, Sotalol, Theophyllin, Timolol, Verapamil
Verstärkte Absorption durch Nahrung	a-Tocopherol, Albendazol, Carbamazepin, Chloroquin, Ciclosporin, Hydrochlorothiazid, Diazepam, Dicoumarol, Halofantrin, Hydralazin, Itraconazol, Labetolol, Lithium Citrat, Mebendazol, Metoprolol, Nitrofurantoin, Phenytoin, Propafenon, Propranolol, Spirinolacton
Verzögerte Absorption durch Nahrung	ASS, Amoxicillin, Ascorbinsäure, Atenolol, Bumetanid, Dihydropyridine, Cimetidin, Digitoxin, Digoxin, Indomethacin, Ibuprofen, Midazolam, Nitrofurantoin, NSAR, Paracetamol, Pentobarbital, Phenobarbital, Kalium, Chinidin, Sulfadiazin, Tenoxicam, Valproat, Warfarin

Was bedeutet „vor“, „zu“ oder „nach“ dem Essen?

Wenn ich beispielsweise meine Magentablette unmittelbar vor dem Essen einnehme, der Apotheker hat ja gesagt „vor dem Essen einnehmen“, dann ist das doch o.k., oder?

„Vor dem Essen“ bedeutet mindestens 30 Minuten vor dem Essen, um eben Wechselwirkungen durch die Nahrungsaufnahme zu vermeiden. Gerade für die „Prazole“ (zum Beispiel Omeprazol, als Protonenpumpenhemmer zur Säurereduktion eingesetzt) gilt: ein bis zwei Stunden vor oder zwei bis drei Stunden nach dem Essen für magensaftresistente Arzneiformen. Ein magensaftresistenter Überzug soll ein vorzeitiges Auflösen und damit eine vorzeitige Überführung in die eigentliche Wirkform des Omeprazols verhindern. Erst im Dünndarm soll die Resorption erfolgen, da von Magenseite her eine Wirksamkeit nicht erfolgt. Durch

eine gleichzeitige Nahrungsaufnahme steigt der pH-Wert des Magens, der Überzug löst sich verfrüht und die Wirkung bleibt aus.

Eine Sonderstellung nehmen Pellets, Granulate oder Minitabletten ein, die aufgrund ihrer sehr geringen Größe, unabhängig von der Nahrungsaufnahme und der Verdauungsphasen, den Magen verlassen können.

Zusammenfassung

Wechselwirkungen finden sich nicht nur beim Einsatz verschiedener synthetischer Arzneimittel untereinander. Auch Nahrungsmittel und Phytopharmaka können einen Einfluss auf die Medikation ausüben. Wurden pflanzliche Arzneimittel bisher immer als sicher eingestuft, liefern immer mehr Untersuchungen Hinweise auf das pharmakokinetische oder pharmakodynamische Interaktionspotential pflanzlicher Stoffe

Schlüsselworte: Pharmakokinetische Wechselwirkungen, pharmakodynamische Wechselwirkungen, Nahrung, Phytopharmaka

Erfolgt die Einnahme eines Arzneimittels direkt nach dem Essen, dauert es unter Umständen sehr lange, bis das Arzneimittel den Magen verlässt. Die Folge davon kann eine verspätete Wirkung sein, aber auch Überdosierungen aufgrund eines Kumulationseffektes sind möglich.

Dünndarm ist Hauptresorptionsort für Nahrung und Medikamente

Wo werden die meisten Arzneimittel eigentlich resorbiert, welchen Weg nimmt denn die Tablette nach peroraler Einnahme?

Grob gesagt: der Speisebrei und feste Oralien werden vorverdaut, zer-

kleinert, klassifiziert und gespeichert und schließlich in den Darm entleert. Wie schnell das Ganze vonstatten geht, ist dabei abhängig davon, was, wann und wie viel gegessen wurde. Aber selbst kohlenhydratreiche Flüssigkeiten, zum Beispiel das Trinken von Fruchtsaft oder zuckerhaltige Limonade, kann mit einer Nahrungsaufnahme gleichzusetzen sein.

Große Arzneiformen werden erst aus dem „nüchternen“ Magen durch Kontraktion weitergeleitet.

Hauptresorptionsort ist bedingt durch seine große Oberfläche – durch Faltenbildung und Ausbildung von Zotten und Mikrozotten, sowie seiner guten Versorgung mit Blutgefäßen – der Dünndarm.

Aber nicht nur eine negative Beeinflussung durch die Nahrung ist möglich, auch positive Effekte sind erzielbar und oft erwünscht. Bärentraubenblätter, als Harndesinfizienz bei entzündlichen Erkrankungen der ableitenden Harnwege der Blase eingesetzt, wirken effektiver, wenn man während der Therapie reichlich „Grünfutter“ zu sich nimmt. Der Verzehr von Gemüse und Salat führte zu einer Erhöhung des pH-Wertes des Harns, und dieser schwach alkalisch reagierende Harn ist notwendig, um den Hauptwirkstoff Arbutin in das für den antientzündlichen Effekt verantwortliche Hydrochinon zu überführen.

Der gute Tipp am Schluss – Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker!

Viele Untersuchungen laufen noch, die sich mit Fragestellungen hinsichtlich der Interaktionen von pflanzlichen Arzneistoffen/chemischen Wirkstoffen, aber auch dem Einfluss der Nahrung auf Arzneistoffe auseinandersetzen. Gerade

ältere Menschen, die Medikamente mit geringer therapeutischen Breite einnehmen müssen, können von den Interaktionen besonders betroffen sein. Es lohnt also in jedem Fall diverse Einnahmevergaben zu beherrzigen, manch unerwünschter Effekt kann vermieden werden, aber auch fehlende Wirkung lässt sich manches Mal dadurch erklären.

Alke Abraham Zadeh
Apothekerin
Nußbergstr. 91a
D-58638 Iserlohn
Tel.: 02371-30312

Literatur:
Berthold H (Hrsg.): Klinikleitfaden Arzneimitteltherapie. 2. Auflage, Urban & Fischer Verlag (München Jena 2002)
Brüggmann J, Ravati A: Optimale Arzneimittelberatung, Fallbeispiele aus Offizin und Klinik. Govi-Verlag (Eschborn 2004)
Burger A, Wachter H: Hunnius, Pharmazeutisches Wörterbuch. Walter de Gruyter-Verlag (Berlin-New York 1998)
Pschyrembel – Klinisches Wörterbuch. 257. Auflage, Walter de Gruyter-Verlag (Berlin - New York 1994)
Hoffmann-La Roche: Marcumar/ Einfluss von Pharmaka und Nahrungsmittel auf die Blutgerinnung. Stellungnahme der medizinisch-wissenschaftlichen Abteilung (Juni 2000)
Imming P, Gomershaus O: Koffein und Tee – Alltagsdrogen oder Allheilmittel. Pharmazeutische Zeitung 50 (2001)
Kircher W: Arzneistoffe richtig anwenden, sachgerechte Anwendung und Aufbewahrung der Arzneiformen. 2. Auflage, Deutscher Apotheker Verlag (Stuttgart 2000)
Lüllmann H, Mohr K: Taschenatlas der Pharmakologie. Thieme-Verlag (Stuttgart 2001)
Unger M: Wie Nahrungsmittel die Bioverfügbarkeit von Arzneistoffen beeinflussen. Pharmazeutische Zeitung 13, 25. März 2004
Zagermann-Muncke P: Medikamente und Alkohol – Ein Gläschen in Ehren. ABDA-Pharma-Daten-Service Pharmazeutische Zeitung 1/2, 08. Januar 2004

Quelle:
Umwelt & Gesundheit 1/2005
Herausgeber: Allergie-Verein in Europa e.V. (AVE)
Mit freundlicher Genehmigung des AVE und der Autorin

Die Jugend liebt heutzutage den Luxus
Sie hat schlechte Manieren, verachtet die Autorität, hat keinen Respekt vor älteren Leuten und schwatzt, wo sie arbeiten soll. Die jungen Leute stehen nicht mehr auf, wenn Ältere das Zimmer betreten. Sie widersprechen ihren Eltern, schwadronieren in der Gesellschaft, verschlingen bei Tisch die Süßspeisen, legen die Beine übereinander und tyrannisieren ihre Lehrer.

(Sokrates (470 – 399 v. Chr.), griechischer Philosoph)



*... mit Freude
erfolgreicher lernen*

HEBO

die Privatschule

Staatl. anerkannte Ergänzungsschule für Abitur und Mittlere Reife

*... mit Freude
erfolgreicher lernen*

POSITIVE LEHRER-SCHÜLER BEZIEHUNGEN

- Motivation
- positive Rückmeldung
- Einfühlungsvermögen/Geduld
- angstfreies Lernen
- individuelle Hilfestellung
- ständige Gesprächsbereitschaft
- vorbild-orientiertes Lehrer-Verhalten

ERFOLGSORIENTIERTER RAHMEN

- kleine Klassen (Ø 15 Schüler)
- Klassenverbände auch in S II
- Silentium/Fachsilentium
- abschlussorientierter Unterricht
- Förderunterricht/Ferienkurse
- Zwischenzeugnisse (alle 7 Wochen)
- Auszeichnungen

**Stärkung des Selbstvertrauens
Förderung der
Anstrengungsbereitschaft**

**ABITUR
MITTLERE
REIFE**

**Positive
Leistungsentwicklung**

**Auch bei Versetzungs- und Aufnahme-problemen an öffentl. Schulen jederzeitige
Einschulung in Klasse 5-13 möglich, Ganztags-schule, Mittagessen,
auf Wunsch mit Internat.**

Am Büchel 100 53173 Bonn-Bad Godesberg
Tel. 0228-748990 Fax 0228-7489923

info@hebo-schule.de
www.hebo-schule.de

BV AÜK in Ostwestfalen aktiv

Vortragsveranstaltung der AOK und der Tageszeitung „Glocke“

ADHS im Blickpunkt: Zappelkinder oder mehr? –

„Kindern eine Chance geben“

Sie werden als Zappelkinder, Traumsusen und Störenfriede bezeichnet und treiben Eltern, Erzieher und Lehrer oft an den Rand der Verzweiflung: Kinder mit einer Aufmerksamkeits-Defizit Hyperaktivitäts-Störung, kurz ADHS.

Im Rahmen der kostenlos angebotenen Reihe: „Gesundheit im Dialog“ hatten die AOK gemeinsam mit die „Glocke“ in Zusammenarbeit mit dem BV AÜK Ostwestfalen im September zu einem Infoabend über dieses Thema ins Reethaus in Rheda Wiedenbrück eingeladen.

Die von ADHS betroffenen Kinder haben Probleme, sich zu konzentrieren, sind leicht erregbar und häufig sogar aggressiv. Viele sind ständig

unruhig. Ursache für die Krankheit ist vermutlich eine Störung in der Balance der Botenstoffe, die im zentralen Nervensystem wirken. Bei der Behandlung wird als Wirkstoff häufig Methylphenidat eingesetzt. Die Verordnungszahlen sind seit 1991 von 400 000 auf 15 Millionen Tagesdosen sprunghaft gestiegen. Von ihrem Ursprung her ist ADHS nicht unbedingt eine Krankheit, sie entwickelt sich erst zu einer psychiatrischen Störung, wenn die Symptome mit falschen Mitteln und Reaktionen „bekämpft“ werden.

Sind Medikamente das einzig wirksame Mittel? Gibt es andere Therapien und wo liegen eigentlich die Stärken dieser Kinder?

Diese Fragen – aber auch die Frage, wann und wie bei einem Kind ADHS diagnostiziert wird, und was Eltern und Erziehungsberechtigte tun können, standen im Mittelpunkt der Veranstaltung, zu der 150 Zuhörer gekommen waren.

Referenten waren: Dr. Uwe Büsching, Pressesprecher des Landesverbandes der Kinder- und Jugendärzte, sowie Margarete Gatzen vom „Bundesverband Arbeitskreis Überaktives Kind“. Nach den Vorträgen konnten Fragen gestellt werden.

Margarete Gatzen klärte auf, dass rund fünf Prozent eines Jahrgangs von ADHS betroffen sind, dass dieses Syndrom intelligenzunabhängig durch alle Schichten der Bevölkerung verläuft und dass es ADHS schon immer gegeben habe. Motorische Unruhe, Aufmerksamkeitsstörung und mangelnde Impulskontrolle müssten bei Vorliegen des Syndroms vor dem siebten Lebensjahr in allen Bereichen auftreten, erläutert die Referentin. Die Kinder, die sich ihrem Alter entsprechend unangemessen verhalten würden, dürften auf keinen Fall ausgegrenzt werden. Sinnvoll sei es, sich ihr Wahrnehmungssystem und ihr hohes Maß an Hilfsbereitschaft, das andere nicht hätten, zu Nutze zu machen. „ADHS-Kinder spüren selbst unter der Tünche der Freundlichkeit, wenn sie als unsympathisch empfunden werden. Sie können sich nicht ändern, wenn sich ihr Umfeld nicht ändert. Man kann sie nur über die Eltern erreichen.“ Gatzen wies abschließend auf eine Frühförderstelle in der Kreisverwaltung hin.

Informieren Sie sich nur bei Fachverbänden, Kinderärzten und in guter Literatur“, riet Margarete Gatzen aus Gütersloh, Pädagogin von Beruf und auf regionaler wie auf Landes- und Bundesebene seit Jahren im „Bundesverband Arbeitskreis Überaktives Kind“ engagiert.

Für den Kinderarzt Dr. Uwe Büsching, Sprecher des Landesverbandes der Kinder- und Jugendärzte (Bielefeld) steht die Anamnese (Erforschung der Krankheitsvorgeschichte) über allem. Seine These: „Wenn man keine vernünftige Anamnese macht, behandelt man falsch.“ „ADHS ist keine psychische, sondern

Während der Vortragsveranstaltung: v.l.: „Glocke“-Kreisredakteur Martin Neitemeier, AOK-Sprecherin Jutta Knufinke, Kinderarzt Dr. Uwe Büsching und Margarete Gatzen vom BV AÜK



eine organische Erkrankung. Wenn andere Therapien nicht reichen, sind Psychostimulantien bei ADHS angebracht und machen nicht abhängig, unterstrich er. Vertiefende Eltern-, Fremd- und Familienbefragungen dienten dem Forschen nach Lebenskrisen. Man müsse den Kindern die Chance geben, ihr Leben zu gestalten und nicht scheitern zu lassen. Er führte berühmte Menschen an, die aus ihrer ADHS etwas gemacht haben.

Ein Patentrezept für den Umgang mit ADHS-Kindern gibt es nicht.

Jeder muss eine eigene praktikable Lösung finden. Folgende Verhaltensweisen haben sich allerdings bewährt:

■ **Ermutigen:** Mit etwas Unterstützung bringen ADHS-Kinder ihre Vorhaben zu Ende. Erinnern Eltern an Erfolge, macht das Mut, neue Ziele zu erreichen.

■ **Belohnen:** Besser als Schimpfen ist ein Bonussystem. Verlaufen Schulzeit und Familienleben problemlos, gibt es Punkte. Die kann das Kind für Belohnungen sammeln.

■ **Fördern:** Ein hyperaktives Kind sollte mit all seinen Eigenschaften akzeptiert werden. Dazu gehört auch, dass bestimmte Begabungen gefördert werden. Denn Erfolgserlebnisse schaffen Selbstvertrauen.

■ **Strukturieren:** Eltern können zeigen, wie man Ordnung ins Chaos bringt und Aufgaben in Teile zerlegt. Bunte Schilder erinnern an Aufgaben und Abmachungen. Wichtig sind klare Pläne, Regeln und feste Zeiten für Essen, Spielen und Schlafen.

■ **Bewegen:** Kinder mit ADHS sollten zum Beispiel beim Sport Kontakte zu Gleichaltrigen knüpfen können. Außerdem kann die körperliche Aktivität helfen, das chemische Gleichgewicht im Gehirn zu stabilisieren.

■ **Abschalten:** Fernseher, Gameboy, Computer- und Videospiele sollten selten bis gar nicht laufen. Diese Zusatz-Reize fördern Konzentrationsprobleme.

■ **Relaxen:** Nicht nur den Zappeln helfen Entspannungsübungen. Auch die Eltern benötigen Auszeiten und schöpfen bei Freizeitaktivitäten Kraft.

(Red./-ler)

Nimm dir Zeit

Nimm dir Zeit

Nimm dir Zeit zum Arbeiten –
es ist der Preis des Erfolges.

Nimm dir Zeit zum Denken –
es ist die Quelle der Kraft.

Nimm dir Zeit zum Spielen –
Es ist das Geheimnis ewiger Jugend.

Nimm dir Zeit zum Lesen –
es ist der Brunnen der Weisheit.

Nimm dir Zeit zum Träumen –
es bringt dich den Sternen näher.

Nimm dir Zeit, zu lieben und geliebt zu werden –
es ist der wahre Reichtum des Lebens.

Nimm dir Zeit, dich umzuschauen –
der Tag ist zu kurz, um selbstüchtig zu sein.

Nimm dir Zeit zum Lachen –
es ist die Musik der Seele.

Nimm dir Zeit, freundlich zu sein –
es ist der Weg zum Glück.

Aus dem Irischen



Universität Göttingen plant Studie zu ADHS im Erwachsenenalter – **Probanden gesucht**

Wie in unserer Buchbesprechung (S. 64) thematisiert, setzt sich die Erkenntnis, dass ADHS kein Problem der Kindheit allein ist, sondern auch im Erwachsenenalter eine Rolle spielt, erst nach und nach durch. Experten gehen davon aus, dass die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), die vornehmlich durch innere Unruhe, Unaufmerksamkeit und Konzentrationsschwierigkeiten charakterisiert ist, auch bei zwei bis fünf Prozent der Erwachsenen zu diagnostizieren wäre, wenn diese ihren Beschwerden auf den Grund gingen.

Wie eine Pressemitteilung des Informationsdienstes Wissenschaft informiert, wird jetzt am Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie der Universität Göttingen eine Studie zu ADHS im Erwachsenenalter durchgeführt. Die Untersuchung soll – so die Pressemitteilung – insbesondere der Frage nachgehen, wie Erwachsene mit ADHS auf Stress reagieren und welche Möglichkeiten der Stressbewältigung bestehen.

Wichtig ist den Forschern auch die Frage, ob sich der Aufenthalt in der Natur positiv auswirkt.

Die Göttinger Psychologin Halina Lackschwitz, die die Studie durchführen wird, sucht für ihre Untersuchungen erwachsene Betroffene, die eine ADHS-Diagnose erhalten haben oder Personen, die selbst vermuten, dass sie unter einer solchen Störung leiden.

Halina Lackschwitz betont, das ADHS das private und berufliche Leben erheblich beeinträchtigen kann: „Den Betroffenen fällt es häufig schwer, ihren Alltag zu organisieren. Sie neigen dazu, sich zu verzetteln und von einer Tätigkeit zu anderen zu springen, ohne etwas zu beenden. Flüchtigkeitsfehler und ineffektives Arbeiten sind die Folge. Vielfach kommt es zu Schwierigkeiten mit Vorgesetzten und Kollegen.“ Auch wenn die Hyperaktivität bei vielen Erwachsenen nicht mehr so ausgeprägt sei wie bei Kindern und Jugendlichen, fühlten sich viele Betroffene getrieben und ruhelos. Nach eigenen Angaben könnten Menschen mit ADHS den Alltagsstress nur schwer bewältigen.

„Wir wollen daher mit unserer Studie untersuchen, wie sie mit stressbelasteten Situationen umgehen und wie sie lernen können, Stress besser zu bewältigen“, so die Psychologin.

Nach Angaben von Halina Lackschwitz spielt die Umgebung bei der Stressbewältigung eine entscheidende Rolle. „Aktuelle Untersuchungen in den USA haben gezeigt, dass Kinder mit ADHS positiv auf ein natürliches Umfeld reagieren. Die für die Störung so typischen Symptome waren nach Aufenthalt in der Natur deutlich geringer ausgeprägt als nach Aktivitäten in der Stadt. Zugleich haben verschiedene Studien mit gesunden Erwachsenen ergeben, dass der Kontakt mit der Natur Stress mildert und die Aufmerksamkeit verbessert“, stellte sie fest.

Die Göttinger Studie soll nun genaueren Aufschluss darüber geben, inwieweit Naturkontakte die Stressbelastung von ADHS-Erwachsenen im Alltag verringern können und ob diese sich auch positiv auf den Umgang mit dieser Störung und ihren Symptomen auswirken.

Die Untersuchung ist an der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie angesiedelt. Den Teilnehmern der Studie wird eine mehrstufige, wissenschaftlich fundierte Diagnostik angeboten, außerdem erhalten sie Informationen zu ADHS und zu Möglichkeiten der Stressbewältigung.

Interessenten können unter der Telefonnummer
(0551) 39-3567
(montags bis donnerstags von 9 bis 12 Uhr)
oder unter der e-Mail-Adresse
hlacksc@uni-goettingen.de
Kontakt aufnehmen und sich näher informieren.

Kontaktadresse:

Halina Lackschwitz
Georg-August-Universität Göttingen
Biologische Fakultät
Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie
Goßlerstraße 14, 37073 Göttingen
Telefon (0551) 39-3567, Fax (0551) 39-3544
e-mail: hlacksc@uni-goettingen.de
Internet: <http://www.psych.uni-goettingen.de/abt/7>

„Neues“ Lernen – gehirngerecht für alle Kinder

Detlef Träbert

Seit der Veröffentlichung der PISA-Ergebnisse pfeifen die Spatzen es von allen Dächern, dass die deutschen Schülerinnen und Schüler im internationalen Vergleich nur sehr mäßig erfolgreich lernen. Doch sie haben dieses Resultat zuallerletzt zu verantworten. Schulkinder können nur so erfolgreich lernen, wie man es ihnen beibringt. „Mehr Leistung!“ ist als Forderung natürlich richtig, aber dabei darf nicht übersehen werden, dass geistige Leistungen nur dann gelingen können, wenn die Funktionsweise des menschlichen Gehirns berücksichtigt wird.

Sabrina (3. Schuljahr) ist so beschäftigt, dass sie gar nicht hört, als ihre Mutter sie ruft. Sie übt gerade die Wörter, die sie im letzten Aufsatz falsch geschrieben hat: Sie schreibt sie jeweils mit dem Finger auf die Tischplatte und auf ihren linken Unterarm, steckt sie mit ihrem Buchstaben-Setzkasten in die Steckleiste und „schreibt“ sie mit den Augen an die Zimmerdecke und buchstabiert dabei. Schließlich legt sie den Schriftzug mit einem Seil auf dem Fußboden aus und läuft ihn nach, und zum guten Schluss notiert sie das Wort auf einer Karteikarte, damit sie es in den nächsten Wochen in der Schule mit ihrer Lernpartnerin bei Wortdiktaten üben kann. „Was machst du denn nur?“, fragt ihre Mutter ungeduldig, weil Sabrina auf ihr Rufen nicht antwortete, und sie staunt sehr, als das Mädchen ihr seine Übungen zeigt. „So haben wir das nie gemacht“, sagt sie zur Tochter, und sie empfindet fast ein bisschen Neid dabei.

Leider arbeiten noch längst nicht alle Lehrerinnen und Lehrer so wie Frau Fischer (Name geändert), bei der Sabrina in die Schule geht. Frau Fischer weiß, dass das Erlernen der Rechtschreibung bei Grundschulkindern nicht über das Auswendiglernen von

Regeln funktioniert. Entscheidend ist ein „Rechtschreibgespür“, und das entwickeln Kinder auf unterschiedliche Arten und Weisen, weil ihre Sinneswahrnehmungen über unterschiedliche Kanäle laufen. Mancher lernt bevorzugt über das Hören, andere über das Sehen, wieder andere müssen alles mit ihren Händen ausprobieren, um zu „be-greifen“. Regelgeleitetes Lernen erfordert ein hohes Abstraktionsvermögen, und das entwickelt sich normalerweise erst mit etwa elf, zwölf Jahren. Das reine Diktattraining hilft am allerwenigsten, um ein guter Rechtschreiber zu werden, denn kaum jemand speichert einfach die „Wortbilder“ ab und lernt die Buchstabenfolgen auswendig. Doch all diese Einsichten stehen nur beispielhaft für „gehirngerechtes Lernen“. Es verbindet sich noch viel mehr mit diesem Begriff.

„Mehrkanaliges“ Lernen

Eine Weisheit aus der Methode des „Superlearning“ (Suggestopädie) besagt: Wir behalten

- 10 % von dem, was wir lesen,
- 20 % von dem, was wir hören,
- 30 % von dem, was wir sehen,
- 50 % von dem, was wir hören und sehen,
- 70 % von dem, was wir selber sagen, und
- 90 % von dem, was wir selber tun.

Das bedeutet für die Gestaltung von Unterricht, dass der Stoff „mehrkanalig“ angeboten werden muss. Die Kinder nehmen ihn umso besser auf, je mehr er Anregungen für Auge, Ohr und eigenaktives Tun bietet. Darum funktioniert der alte Frontalunterricht unter heutigen Verhältnissen kaum noch zufriedenstellend, denn er „passt“ nur für die Kinder, deren bevorzugte Sinneskanäle er anspricht. In offenen Unterrichtsformen wie der Freiarbeit, dem Werkstattunterricht oder dem Stationenlernen haben die Kinder die Möglichkeit,

an verschiedenen Materialien und auf unterschiedliche Art und Weise in ihrem eigenen Tempo zu lernen. Mit dem Maß an Eigenaktivität und der Möglichkeit zu „entdeckendem Lernen“ steigt die Motivation. Jeder arbeitet eifriger, wenn die Arbeit Freude macht.

Bewegung beim Lernen

Meist wird in der Schule still gesessen, denn immer noch herrscht der alte Irrglaube vor, dass man dann am aufmerksamsten sein könne. Konzentration besteht darin, dass man seine Aufmerksamkeit bündelt und alle Wahrnehmung auf den Gegenstand richtet, um den es gerade geht. Dabei sollen dann auch noch Ablenkungen ausgeschaltet werden, ob sie als störende Gedanken von innen kommen („Heute Nachmittag trainieren wir für den Klassenkick“) oder als Störungen von außen (Lautstärke in der Klasse, Zeppelin am Himmel usw.). Derart konzentriert zu sein kostet Kraft und Energie, weshalb jeder Mensch nach einer gewissen Zeit „abdriftet“. Kinder fangen dann entweder an zu träumen oder ihre körperliche Unruhe nimmt zu. Beides ist Ausdruck für ein Absinken des Blutdrucks.

Dem Absinken von Blutdruck und Konzentration lässt sich jedoch entgegenwirken – mit Bewegung. Alle 15 bis 20 Minuten ist eine kleine Zwei-Minuten-Pause angebracht, in der Bewegung mit frischer Luft und dem Trinken von Wasser verknüpft wird. Diese drei Dinge helfen, den Blutdruck wieder anzuheben und mit neuer Konzentration an die nächsten Aufgaben zu gehen. Daneben sollten alle Möglichkeiten genutzt werden, um schon beim Lernen Bewegung mit einzubauen:

- Gedichte lassen sich gut beim Gehen oder mit Gesten auswendig lernen.
- Das Abfragen des Einmaleins kann man mit dem Zuwerfen eines Balls



Detlef Träbert

im Frage-Antwort-Rhythmus verknüpfen.

- Vokabeln kann man gehend oder liegend lernen und beim Seilspringen aufsagen; wer sie auf einen Kassettenrekorder aufspricht, kann sich selbst abhören und braucht dann keinen Helfer dafür.
- Wer Lernstoff für ein Sachfach (Sachkunde, Biologie, Geschichte u.a.) „paukt“, der kann ihn wiederholen, indem er ihn beim Auf- und Abgehen vor sich hin erzählt.

Die Funktionsweise der beiden Gehirnhälften

Wir haben nicht nur *ein* Gehirn im Schädel, sondern eigentlich zwei, denn die beiden „Hemisphären“ erfüllen unterschiedliche Aufgaben. Auf der Rinde der linken Gehirnhälfte sind beispielsweise die Funktionen der Sprache, des logischen Eins-Zwei-Drei, des einfachen Zahlenverständnisses und das Speichern von Symbolen wie Buchstaben oder Zahlzeichen angesiedelt. Die rechte Hirnhälfte ist zuständig für Gefühle, Bilder, kreative Ideen, das komplexe Mengenverständnis und Intuition. Im vereinfachten Vergleich mit einer Uhr liefert das linke Gehirn die digitale Anzeige eines Displays, während das rechte Gehirn ein Zifferblatt bietet, auf dem man sich auch die viertel oder halbe Stunde bildlich vorstellen kann. Beide Funktionsweisen brauchen wir, um unsere geistige Leistungsfähigkeit voll zur Entfaltung zu bringen. Bei einem Aufsatz etwa liefert das rechte Gehirn die Idee, die bildhaften sprachlichen Vergleiche und die treffenden Ausdrücke, während das linke Gehirn die Idee in einen logischen Aufbau bringt und mit Grammatik- und Rechtschreibkenntnissen für einen lesbaren, verständlichen Text sorgt.

Schulisches Lernen bevorzugt bei uns jedoch traditionell die linke Gehirnhälfte und vernachlässigt damit wichtiges, nützliches Lernpotenzial. Es gibt viele Hinweise darauf, dass Kinder mit Legasthenie überzufällig oft typische „Rechtshirner“ sind, die wegen der „Linkshirnigkeit“ des schulischen Unterrichts Schwierigkeiten mit Lesen und/oder Rechtschreiben entwickeln. Der Einsatz

von Bewegung, Farben, Musik und ein auch emotional ansprechender Unterricht können hier weiter helfen.

Wahrnehmungsstörungen und psychomotorische Defizite

Der Mensch kann nur dann optimal leisten, wenn Körper, Seele und Geist in Harmonie sind. Die Schule vernachlässigt den Körper jedoch sträflich. Das ist heutzutage besonders schwerwiegend, weil die heutige Kindergeneration durch veränderte Lebensverhältnisse und Aufwuchsbedingungen weniger Bewegungs- und Sinneserfahrungen im vorschulischen Alter macht als die früheren. Weil jedoch vor dem **Begreifen** das Greifen stattfinden muss, weil jede geistige Fähigkeit körperliche Erfahrungen voraussetzt, weil Rennen, Toben, Klettern, Matschen, Bauen und Balancieren unverzichtbar für die Entwicklung von Intelligenz sind, sind die „Spielräume“ an der frischen Luft so wichtig. Doch die Entwicklung unserer Zivilisation schränkt die kindlichen Spiel- und Bewegungsräume immer weiter ein. Unser Zeitmangel führt zu mehr passiver Freizeitgestaltung und Medienkonsum als zur kreativen Aktivität; wir Erwachsenen sind nicht mehr die besten Vorbilder für unsere Kinder.

Wegen dieser veränderten Entwicklungsbedingungen für Kinder muss Schule Gegenmittel anbieten können: Nicht nur reichlich Sportunterricht, sondern bei Bedarf auch psychomotorische Übungen mit Fachkräften und zumindest die Einbeziehung von Lerngymnastik in den Alltag im Klassenzimmer.

Stress

Der vielleicht bedeutendste Leistungskiller für schulisches Lernen ist allerdings der Stress. Oft genug erzeugen wir Eltern ihn selbst, mit überzogenen Leistungserwartungen oder dem Zwang zum (übermäßigen) zusätzlichen Üben. Natürlich bringt uns die Sorge zu solchen Verhaltensweisen, nicht nur um den Schul-, sondern auch um den Lebenserfolg der Kinder. Doch Stress blockiert das Denken, und „Angst macht dumm“, sagt der Volksmund zu Recht. Unse-

re steinzeitlichen Vorfahren hatten Stress mit wilden Tieren, Naturkatastrophen und feindlichen Horden. Die Natur hat uns Menschen daher so ausgestattet, dass wir bei Stress bereit zum Bewegen, nämlich zum Flüchten oder Kämpfen, sind. Dieser Mechanismus sicherte der Menschheit bis heute das Überleben und hat sich in unseren Genen noch nicht verändert. Stress wirkt lähmend aufs Denken, denn zum Wegrennen brauche ich mein Vorderhirn nicht, wohl aber für die Mathearbeit.

Dem Stress kann man im Wesentlichen auf zweierlei Art zuleibe rücken:

1. Das Reduzieren des Leistungs- und Erwartungsdrucks hilft den Kindern, sich weniger bedrängt und unter Erfolgszwang zu fühlen. Mit einem Gefühl von Freiheit sind viel größere Leistungen möglich als unter Druck und Zwang. Der wirkt nur bei relativ einfachen Verrichtungen leistungsfördernd, eben wenn man nicht denken muss. Bei komplexeren Aufgabenstellungen jedoch bewirkt jedes Übermaß an Druck genau das Gegenteil dessen, was Eltern oder Lehrer erreichen wollen.

2. Den negativen Auswirkungen des Stress (genauer: des negativen Disstress im Unterschied zum anregenden Eustress, denn eine gewisse „fiebrige Angespanntheit“ kann durchaus nützen) lässt sich mit Entspannung begegnen. Dafür gibt es heutzutage eine Unmenge an hilfreicher Literatur und an Methoden, die man bei Volkshochschulen, Familienbildungsstätten oder bei Therapeuten erlernen kann. Sehr vieles davon ist auch wirklich wirksam, beispielsweise das autogene Training, Phantasiereisen oder Meditation. Aber die einfachsten Formen der Entspannung praktizierten bereits unsere Eltern und Großeltern, indem sie uns Geschichten erzählten, vorlasen oder mit uns schmusten.

Gehirngerechtes Lernen ist gar nicht neu

Wenn Sie beim Lesen dieses Artikels das Gefühl haben sollten, dass Ihnen das alles sehr bekannt vorkommt, dann hätten Sie völlig Recht: Vom Sinn der Bewegung für geistiges

Tun wusste man bereits in der Antike („Ein gesunder Geist wohnt in einem gesunden Körper“); die Mönche in den Klöstern lesen die Bibel gehend im Kreuzgang. Dass man „alle Sinne beisammen“ haben sollte, wenn es um das Erfassen von Wichtigem ging, wussten unsere Vorfahren ebenfalls schon immer. Inzwischen kann man die Weisheiten der Antike mit den Ergebnissen der High-Tech-Forschung bestätigen. Doch was fehlt, um unserer heutigen Kindergeneration gehirngerechtes Lernen zu ermöglichen, scheint schlicht eine ordentliche Portion „gesunden Menschenverstands“ zu sein. Vielleicht können aber gerade jetzt im „PISA-Zeitalter“ informierte und selbstbewusste Mütter und Väter mit dazu beitragen, dass die Bildungspolitik, dass Lehrerinnen und Lehrer und nicht zuletzt die Masse der uninformierten Eltern die nötige Einsicht entwickeln. Gerade die Betroffenen aus den Selbsthilfe-Organisationen sind dafür die idealen Multiplikatoren! ←

Sehr viele ganz praktische Anregungen für ein erfolgreiches Schulleben bieten die Vorträge von Detlef Träbert und natürlich seine Bücher:

„Wenn es mit dem Lernen nicht klappt“ (rororo 60963, zusammen mit Dr. Jochen Klein; 2. Auflage: August 2002)

„Starke Eltern – erfolgreiche Schüler“ (rororo 61705; 2. Aufl.: Apr. 2004)

Richtig schreiben lernen (rororo 61720; April 2004).

Demnächst erscheint:

„Was tun? – Mein Kind kann sich nicht konzentrieren!“ (AOL-Verlag Lichtenau)

Mehr Informationen:

www.schulberatungsservice.de

Für kindgerechtere und menschlichere Schulen, in denen gehirngerecht gelernt werden kann, setzt sich die Aktion Humane Schule e.V. (AHS) ein. Informationen über den Verband gibt es bei Aktion Humane Schule e.V., Bundesgeschäftsstelle, Rathausplatz 8, 53859 Niederkassel, Tel.: 0 22 09 / 90 96 89, Internet: www.aktion-humane-schule.de

Klassischer Fall

Klassischer Fall

Der Stein bin ich
ich bin
der Sisypheos
ich stemme mich
den Berg hoch rolle
holterpolter wieder runter

mein eigen Kreuz bin ich
mein Widerspruch
ich stehe da
und halte mich
mir selbst entgegen

Barbara Högl

ADHS in den Medien

Kritische Reaktion auf Politikerstatement

Auch in den vergangenen Monaten wurde das Thema ADHS in den Medien sehr kontrovers behandelt. Auslöser war dieses Mal die Pressemitteilung des niedersächsischen Kultusministers. Die „ARD-Tagesthemen“ sowie viele Zeitungen griffen die Mitteilung auf. Uns erreichten daraufhin viele Briefe und Mails von entrüsteten Gruppenleitungen und anderen Mitgliedern. Dank an dieser Stelle auch an die Präsidentin der Fachgesellschaft DGKJP, Prof. Dr. B. Herpertz-Dahlmann, für ihren Einsatz. Sie übermittelte uns folgende Pressemitteilung der DGKJP, die wir Ihnen nicht vorenthalten möchten:

Kinder mit ADHS sollten unbedingt behandelt werden

Nach Ansicht der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) sollten bei der Behandlung von Kindern mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) alle Möglichkeiten der Behandlung in Betracht gezogen werden. Dazu gehört neben verhaltenstherapeutischen Maßnahmen auch die medikamentöse Therapie.

In den vergangenen Tagen hatten Medienberichte darauf hingewiesen, dass Medikamente bei der Behandlung von ADHS häufig zu schnell verschrieben werden. Selbst der niedersächsische Kultusminister hatte zu wenig Bewegung, eine fehlerhafte Erziehung und falsche Ernährung als Hauptursache für Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern ausgemacht. „Diese Darstellung ist falsch und berücksichtigt nicht, dass es sich bei ADHS um eine psychische Störung handelt, die unbedingt ärztlich behandelt werden sollte“, so Prof. Dr. med. Franz Resch, Vizepräsident der DGKJP und Tagungspräsident des morgen beginnenden Jahreskongresses der Gesellschaft. „Zudem hat die einseitige Berichterstattung bei vielen betroffenen Familien zu einer großen Verunsicherung geführt. Anerkannte Experten und Wissenschaftler kommen in den Berichten überhaupt nicht zu Wort. Auch die zuständige ärztliche Fachgesellschaft, ärztliche Berufsverbände

oder Patientenorganisationen hat niemand um Stellungnahme gebeten“, betont Prof. Resch, der die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum in Heidelberg leitet.

Genauere Krankheitsdiagnose und Leidensdruck für die Therapie entscheidend

Kinder, die unter ADHS leiden, haben starke Konzentrations- und Lernschwierigkeiten, sind impulsiv, leicht reizbar und können sich nicht in die Gruppe einfügen. Häufig bemerken sie ihre Außenseiterrolle, werden trotzig und traurig. „Die Belastungen in den Familien sind häufig so groß, dass sie daran zerbrechen“, warnt Prof. Resch. Zudem tritt bei vielen Kindern ADHS zusammen mit anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen wie Angststörungen, Tics und auch Depressionen auf. Deshalb ist für eine effektive und angemessene Behandlung der jungen ADHS-Patienten die genaue Diagnose sehr wichtig. „Bevor Medikamente eingesetzt werden, muss die Krankheitsdiagnose gesichert sein und ein erheblicher Leidensdruck der betroffenen Kinder, ihrer Familien und des sozialen Umfeldes vorliegen. Dabei hat sich die medikamentöse Behandlung als sicher und verträglich erwiesen. Sie wird in der Regel mit verhaltenstherapeutischen und anderen Maßnahmen kombiniert, so dass mehrere Therapiebausteine zusammenwirken“, erklärt der Kinder- und Jugendpsychiater. „Wie

in vielen anderen Bereichen wird es auch hier Einzelfälle geben, bei denen die Verschreibung eines Medikamentes nicht sinnvoll ist. Von diesen Ausnahmen abgesehen, werden Medikamente bei der Behandlung von ADHS aber sehr verantwortungsvoll eingesetzt“, betont Prof. Resch.

Von entscheidender Bedeutung für den Behandlungserfolg ist, dass Ärzte, Therapeuten, Eltern und pädagogische Fachkräfte, wie Lehrer und Erzieher, eng zusammenarbeiten. Nur so können wir den Kindern helfen.“ Den immer wieder vorgebrachten Vorwurf, einige ADHS-Medikamente würden süchtig machen, weist Prof. Resch zurück. „Alle wichtigen Studien zu dem am häufigsten eingesetzten Wirkstoff Methylphenidat zeigen, dass die Kinder auch nach einer jahrelangen Behandlung nicht abhängig werden. Die Substanz scheint sogar eher die Suchtgefahr zu vermindern.“

Größter Behandlungserfolg durch Kombinationstherapie

In Deutschland leiden nach Schätzungen 3 bis 6 % aller 4- bis 16-Jährigen, das sind zwischen 200.000 und 500.000 Kinder und Jugendliche, an ADHS. „Viele Betroffene werden derzeit noch gar nicht behandelt, weil die Eltern sich scheuen, zum Arzt zu gehen – und die derzeitige Diskussion verunsichert noch zusätzlich“, so Prof. Resch. Bei dem allgemein als Zappelphilipp-Syndrom bekannten Krankheitsbild handelt es sich um eine Hirnfunktionsstörung, die häufig vererbt wird. Verursacht wird ADHS durch eine Beeinträchtigung der Signalübertragung in bestimmten Teilen des Gehirns. Wie stark die Symptome ausgeprägt sind, hängt auch davon ab, welche Einflüsse aus der Umwelt auf das Kind einwirken. „Natürlich trägt ein negatives familiäres Umfeld dazu bei, die Verhaltensauffälligkeiten bei den Kindern zu verstärken. Umgekehrt sind Verhaltensregeln, Unterstützung, Rücksicht und Verständnis für die Kinder sowie der richtige Umgang mit Konfliktsituationen wichtig, um den jungen Patienten zu helfen, besser mit ihrer Umgebung zurecht kommen. Deshalb ist auch die Schulung der Eltern ein wichtiger Thera-

piebaustein“, erläutert Prof. Resch. Die medikamentöse Behandlung verbessert die Signalübertragung zwischen den Nervenzellen und damit die Informationsverarbeitung im Gehirn. Dies führt zu einer Verminderung der ADHS-Symptome und ermöglicht den Kindern, sich besser zu kontrollieren. „Zahlreiche Studien und die Erfahrungen der vergangenen Jahre haben gezeigt, dass eine Kombination aus Verhaltenstherapie und Medikamenten die besten Behandlungsergebnisse liefert. Dies empfehlen auch alle wichtigen ärztlichen Berufsverbände und Fachgesellschaften“, betont Prof. Resch.



Sie möchten sich nicht durch eine Mitgliedschaft binden, aber trotzdem unseren Selbsthilfeverband finanziell unterstützen?

Dann ist eine SPENDE vielleicht die richtige Entscheidung für Sie.

Wir freuen uns auch über kleine Geldbeträge, um unsere Beratungs- und Informationsarbeit weiter auszubauen. Zur Erhaltung unserer Unabhängigkeit möchten wir auch weiterhin auf Sponsoring verzichten.

Jeder Betrag hilft!
Vielen Dank!

BV AÜK-Spendenkonto
Nr. 214 385 000
Volksbank Hannover
BLZ 251 900 01

ADHD Europe

Erfolgreiche Tagung europäischer ADHS-Verbände in Brüssel

Detlev Boeing

Mitte September 2005 trafen sich in Brüssel Vertreter zahlreicher europäischer ADHS-Verbände und -Initiativen, um sich an zwei Tagen über die Möglichkeiten einer engeren europäischen Vernetzung auszutauschen. In den letzten Jahren hatte es wiederholt Treffen von Verbandsvertretern auf internationaler Ebene mit Teilnehmern aus Europa, Amerika und Australien gegeben. Diese hatten schließlich im letzten Jahr zur Gründung eines „ADHD Global Network“ geführt, welches u.a. mit der World Federation of Mental Health zusammenarbeitet.

Trotzdem waren sich die europäischen Vertreter von Beginn an einig, dass unbeschadet von weltweiten Initiativen an einer besonderen Form der Zusammenarbeit der ADHS-Verbände innerhalb der EU kein Weg vorbeiführt. Dies ist schon allein deswegen wichtig und sinnvoll, da nur so eine Förderung seitens der EU durch Beteiligung an EU-Projekten möglich ist. Als Vorbild

für eine solche Zusammenarbeit können die zahlreichen im Bereich der öffentlichen Gesundheit tätigen Interessens- und Patientenverbände dienen, wie z.B. Autisme Europe, Alzheimer Europe oder Mental Health Europe.

Das Brüsseler Treffen war auf Initiative des im flämischen Teil Belgiens tätigen „Centrum ZIT STIL“ zustande gekommen. Dieses Zentrum ist seit vielen Jahren sehr erfolgreich als Interessenvertretung der Eltern von ADHS-Kindern und Jugendlichen gegenüber Politik, Medien und Öffentlichkeit tätig. Zu seinen Schwerpunkten gehören auch Therapieangebote und vor allem Psychoedukation.

Zu den in Brüssel vertretenen Verbänden und Organisationen zählten u.a. „Balans“ aus den Niederlanden, mit über 25.000 Mitgliedern (!) der weltweit größte Selbsthilfeverband im Bereich ADHS und Begleitstörungen, die norwegische ADHS-Vereinigung mit über 9.000 Mitgliedern, der schwedische und der dänische

Begrüßung durch Rita Bollaert (Centrum ZIT STIL, Belgien)
Donnalea Barber (AD/HD Family Support Group, Brüssel), Salvatore Corrao (TDA/H Belgique) und Christine Gétin (HyperSupers - TDAH France)

FOTO: D. BOEING



ADHD-Verband mit jeweils über 3.000 Mitgliedern. Diese Zahlen verdeutlichen bereits, dass in manchen Nachbarländern die betroffenen Familien und Erwachsenen wesentlich besser organisiert sind als in Deutschland, was sich auch am Stellenwert von ADHS in der öffentlichen Debatte in jenen Ländern bemerkbar macht. Ferner waren Verbände aus Spanien, Italien, Frankreich, Schwe-

den, Irland und Belgien vertreten. Deutschland wurde von Esther Rohde-Köttelwesch für die im Aufbau befindliche Bundesvereinigung „BVAD“ (Nachfolgeorganisation der IG-ADHD) und Detlev Boeing für den BV AÜK repräsentiert. Am Aufbau eines europäischen Netzwerkes beteiligen sich darüber hinaus Verbände aus dem Vereinigten Königreich, Österreich, Ungarn und Zypern, auch

wenn sie in Brüssel nicht dabei sein konnten.

Vorbereitung und Leitung der Brüsseler Tagung lagen in den Händen von Rita Bollaert (Centrum ZIT STIL), die alle Teilnehmer mit ihrer souveränen und zielstrebigem Gesprächsführung beeindruckte. Auch das gemeinsame Abendessen in einem Brüsseler Estaminet und die vielen Gespräche am Rande der Sitzung trugen dazu bei, dass man sich (syndromuntypisch?) schneller als erwartet über die grundlegenden Ziele und Inhalte einer europäischen ADHD-Plattform bzw. -Dachorganisation einigen konnte.

So forderten alle Teilnehmer, dass das künftige Netzwerk ungeachtet seiner noch zu bestimmenden Rechtsform finanziell und organisatorisch unabhängig von wirtschaftlichen und ideologischen Interessen arbeiten soll. Von den nationalen Mitgliedsverbänden wird erwartet, dass diese sich in Bezug auf Diagnose und Behandlung von ADHS auf evidenz-basierte Erkenntnisse der Wissenschaften stützen und dem aktuellen Stand von Forschung und Klinik entsprechend für eine multidisziplinäre Herangehensweise bei ADHS eintreten. Dies soll mit dazu beitragen, dass sich in Europa die teilweise noch unterschiedlichen Standards weiter annähern. Dabei sollte das übergeordnete Ziel nie aus den Augen verloren werden, nämlich die Interessen der von ADHS betroffenen oder damit befassten Menschen zu vertreten und sie dabei zu unterstützen, ihr Potential in Familie, Schule, am Arbeitsplatz und in der Gesellschaft voll auszuschöpfen.

Wichtige Arbeitsschwerpunkte für eine europäische ADHD-Dachorganisation sind nach Meinung aller Teilnehmer u.a.:

- **Information und Aufklärung:** intensiver Austausch von wissenschaftlichen Erkenntnissen, Erfahrungen und ‚best practices‘ in Bezug auf Diagnose und Behandlung von ADHS und den damit zusammen-

AD/HD - Back on track Per Lunde (ADHD Foreningen, Norwegen) und Astrid Göllner (AIFA, Italien)



FOTO: D. BOEING



FOTO: D. BOEING

Dinner for 20 Im Vordergrund sitzen sich gegenüber: Regina Van Crieckinge und Knut Bronder (AD/HD Global Network)

hängenden fachlichen und gesellschaftlichen Fragestellungen; europäische Koordinierung der Information von Eltern, Lehrern und Erziehern, Fachleuten, Politikern, Medien und Öffentlichkeit in den jeweiligen Ländern; Aufbau einer Website mit Sammlung wichtiger Referenzdokumente aus den einzelnen Ländern, wie z. B. die soeben veröffentlichte Stellungnahme der deutschen Bundesärztekammer zu ADHS oder das Ergebnis der sog. Konsensuskonferenz von 2002, aber auch Parlamentsdebatten, Petitionen, Studien usw.; Einführung eines jährlichen „Europäischen ADHS-Tages“ mit Aktionen in den jeweiligen Ländern, wobei sich in Zusammenarbeit mit dem AD/HD Global Network und der World Mental Health Federation dafür der 10. Oktober anbietet (Tag der psychischen Gesundheit);

- *Interessenvertretung in Politik und Zivilgesellschaft* auf europäischer Ebene: Beratung von und Kontakte mit europäischen Institutionen, insbesondere Parlament und Kom-

mission; Zusammenarbeit mit oder Mitgliedschaft in anderen europäischen Organisationen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, z.B. European Public Health Alliance (EPHA), European Disability Forum (EDF) oder Mental Health Europe (MHE); Beteiligung an EU-Programmen und Projekten (u.a. im Rahmen des soeben veröffentlichten Grünbuchs der EU-Kommission zur psychischen Gesundheit, Forschungsprogramme).

Es blieb aber nicht bei einer Beschreibung der Ziele und Aktivitäten eines künftigen Dachverbandes. Die Teilnehmer einigten sich auch darauf, insgesamt 4 Arbeitsgruppen (Task Forces – TF) zu verschiedenen Fragestellungen einzurichten. Diese sollen der nächsten Tagung, die voraussichtlich im März in Brüssel stattfinden wird, über ihre Ergebnisse Bericht erstatten. Im einzelnen geht es um folgende Aufgabengebiete:

- TF1: Struktur von ADHD Europe, Kriterien für Mitgliedschaft
- TF2: Recherche nach weiteren potentiellen Mitgliedern (u.a. auch aus Osteuropa)

- TF3: Entwurf für ein gemeinsames Strategiepapier (issues paper), welches die wichtigsten Ziele und Inhalte zusammenfassen soll;
- TF4: Entwurf für eine Website von ADHD Europe

Insgesamt ist festzuhalten, dass ADHD Europe mit diesem zweitägigen Treffen einen großen Schritt nach vorn gemacht hat auf dem Weg zu einer Vernetzung und eigenständigen Interessensvertretung auf EU-Ebene. Gelingen kann diese anspruchsvolle Aufgabe jedoch nur, wenn sich auch die Verbände, Organisationen und Initiativen innerhalb der jeweiligen Länder enger untereinander abstimmen und ihre knappen Ressourcen im Hinblick auf die Vertretung ihrer Interessen in einer europäischen Dachorganisation stärker bündeln. Das gilt besonders auch für Deutschland, welches von vielen Teilnehmern im Hinblick auf seine langjährigen Erfahrungen mit dem Thema ADHS als besonders wichtig angesehen wird. ←

Alles auf einen Blick:

Maßnahmenkatalog ADHD

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

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

Maßnahmenkatalog ADHD

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

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

per beiliegender Bestellkarte, per Fax 030/85 60 59 70 oder per E-Mail info@bv-aeuk.de

15. Kongress des Bundesverbandes Legasthenie und Dyskalkulie e.V.

tagte in der Berliner Humboldt-Universität

BV AÜK war mit einem Infostand „vor Ort“

Mit 120 Referenten zeigte der BVL vom 22. bis 25.09.2005 erneut an, dass Legasthenie und Dyskalkulie sehr ernst zu nehmende Themen in unserer Gesellschaft sind. 1300 Teilnehmer waren nach Berlin gereist, um mit dem BVL gemeinsam über die Problematik zu diskutieren und neue Erfahrungen auszutauschen. 50 Symposien luden dazu ein, aktuelle Forschungsergebnisse zur

Legasthenie und Dyskalkulie von internationalen Wissenschaftlern zu hören. 30 Workshops boten praktische Übungen und umfassende Informationen an, wie betroffenen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen geholfen werden kann.

In der Eröffnungsveranstaltung stellte der Film betroffener Jugendlicher die Spannweite des Erlebens von Legasthenie und Dyskalkulie dar.

Je nach erfahrener Hilfestellung und Unterstützung meistern die Schüler den Umgang und den Kampf mit der Legasthenie bzw. Dyskalkulie. Die Beschreibungen der Kinder zeigte den Teilnehmern, wie wichtig es ist, die neuen Erkenntnisse und Diskussionsergebnisse in die Schulen und die Gesellschaft zu transportieren. Der Film ist demnächst beim BVL als DVD zu bestellen.

Eingerahmt von Musikstücken junger Künstler verlieh der BVL zwei Wissenschaftspreise an junge Nachwuchstalente, die sich in besonderem Maße mit eigenen Studien und Veröffentlichungen des Themas Legasthenie und Dyskalkulie angenommen haben. Frau Prof. Dr. Elsbeth Stern vom Max-Planck-Institut in Berlin verdeutlichte mit ihrem Vortrag „Intelligentes Wissen als Schlüssel zum Können“, welchen Wechsel die Bildungspolitik im Allgemeinen vollziehen muss und welche Art von Wissen zu Kompetenzzuwachs führt.

Wie arbeitet das Gehirn beim Lesen und Schreiben von Wörtern? Welche Gehirnregionen sind beim Addieren und Subtrahieren aktiv? Kann das Verständnis der Gehirnfunktionen dazu beitragen, neue und wirksamere Therapiemethoden zu entwickeln? Welche Bedeutung haben neurowissenschaftliche Ergebnisse für die schulische Unter richtung? Werden legasthene und rechenschwache Kinder in unserem Schulsystem in ihren Bildungschancen behindert?

Der Kongress konnte zeigen, dass die aktuellen Forschungsergebnisse verdeutlichen, welche hohe Verantwortung insbesondere unser Bildungssystem hat, diesen Menschen eine ihrer Begabung entsprechende Ausbildung zukommen zu lassen. Im offenen Gespräch mit Vertretern der Kultusministerien hatten die Teilnehmer die Möglichkeit über bestehende und anstehende Erlasse/Verwaltungsvorschriften zu diskutie-



Auch der Bundesverband Arbeitskreis Überaktives Kind e.V. war mit einem Informationsstand beim Kongress vertreten.



ren. Es wurde deutlich, wie wichtig ein Nachteilsausgleich über die gesamte Schulzeit ist. „Ohne Nachteilsausgleich bis zum Abitur hätte ich niemals einen Hochschulabschluss erreichen können und damit, wie jetzt der Fall ist, in England erfolgreich mein Studium zu absolvieren“, so Fabian Joas, betroffener Student mit bayerischem Abitur. Nicht nur im Round Table – Gespräch, sondern auch während der gesamten Kongresszeit gab es unter allen Teilnehmern einen Grundtenor: Solange Legastheniker und Dyskalkuliker von Bundesland zu Bundesland unterschiedliche Bildungschancen haben, werden wir in unserem Bildungssystem im internationalen Vergleich immer weiter nach hinten abgeschlagen.

In Gesprächen und Vorträgen mit Referenten aus unseren Nachbarstaaten, zeigte sich, dass Deutschland auch im Umgang mit lese-rechtschreib- und rechenschwachen Menschen im europäischen Vergleich hinterher hinkt. Hilfe und Nachteilsausgleich für Menschen mit Legasthenie und Dyskalkulie sind in anderen europäischen Ländern Alltag. Dem häufig in Deutschland formulierten Vorurteil, dass Legasthenie und Dyskalkulie eine Erfindung vor allem (bildungs)reicher Eltern sei, konnte mit dem am Sonntag von der DFG geförderten Internationalen Symposium entgegen getreten wer-



Ab sofort verkauft der BVL seinen ersten Kalender rund um die Themen **Legasthenie und Dyskalkulie**.

Kinder und Jugendliche haben dazu eigene Bilder entworfen oder über ihre Stärken und Schwächen berichtet. Der Kalender beinhaltet neben den Kinderbeiträgen auch Gedichte betroffener Eltern und Fotos zur Thematik.

Mit dem Kauf des Kalenders wird die Jugendarbeit des BVL unterstützt.

Monatskalender im A4-Format quer zum Aufhängen

Preis: 8,00 € inklusive Versandkosten

Bestellungen: BVL,
Postfach 1107, 30011 Hannover
oder per eMail an:
info@bvl-legasthenie.de

den. Lese-Rechtschreibstörungen sind weder ein deutsches Phänomen, noch ein rein pädagogisches Problem. Ausgehend von einer genetischen Disposition werden im Wesentlichen Störungen in zwei Systemen, dem visuellen und dem akustischen Informationsverarbeitungssystem, angenommen. Schwächen bei der Worterkennung und der Wortverarbeitung unterstützen die Annahme eines visuellen Informationsverarbeitungsdefizits. Schwächen bei der Lautwahrnehmung und Lautunterscheidung unterstützen die Hypothese eines akustischen In-

formationsverarbeitungsdefizits.

Legasthenie und Dyskalkulie gibt es wirklich und die Betroffenen brauchen unsere Hilfe, denn in der Ausbildung, im Beruf und im privaten Leben sind die Betroffenen erheblich beeinträchtigt. Es besteht daher weiterhin Handlungsbedarf, die Probleme möglichst frühzeitig zu erkennen und zu fördern. Der BVL fordert deshalb weiterhin, dass schulische Förderung und Nachteilsausgleiche bundesweit bis zum Abschluss der Schulzeit in allen Bundesländern eingerichtet werden.

Text: Simone Weyda

„Das hat mich motiviert“

Aus einer Mail, die eine Gruppenleiterin im Oktober nach einem längeren Gespräch über die Telefonberatung mit einer Mutter bekommen hat:

Liebe Frau K.,

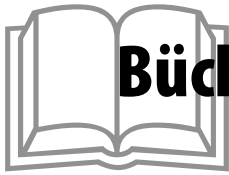
danke für Ihr offenes Ohr und Ihre verständnisvolle Anteilnahme.

Die wirkungsvollste Energiequelle ist und bleibt die menschliche Wärme! Durch Sie habe ich wieder Kraft, Daniel Mut zu machen, neue Wege zu gehen.

Durch unser Gespräch konnte ich meine Gedanken ordnen, so dass sie Gestalt annehmen.

Montag werde ich gleich mit Dr. H. Kontakt aufnehmen und die ganze medizinische Diagnostik einleiten – mich beim Arbeitsamt erkundigen, welche Möglichkeiten der Förderung es gibt (z. B. außerbetriebliche Ausbildung). Und natürlich werden wir auch versuchen, am Mittwoch an dem Treffen der Selbsthilfegruppe teilzunehmen.

Es ist gut zu wissen, dass es noch Mitstreiter und Menschen mit Herz gibt und ich würde es begrüßen, den Kontakt aufrecht zu erhalten.



Bücher, Bücher ...

*Bernd Hesslinger, Alexandra Philipsen,
Harald Richter*

Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter

Ein Arbeitsbuch

Hogrefe-Verlag, Göttingen 2004

106 Seiten, 24,95 €

Die Zahl der Bücher über ADHS im Kindes- und Jugendalter ist inzwischen Legion. Doch erst langsam setzt sich die Erkenntnis durch, dass sich diese Störung nicht „auswächst“ – womit eine ganze Generation von Müttern vertröstet wurde – und das zeigt sich jetzt auch in der Fachliteratur, die sich zunehmend mit ADHS bei Erwachsenen beschäftigt. Höchste Zeit, denn etwa 2 % aller Erwachsenen zeigen Symptome im Sinne einer ADHS, und – wenn man den Studien glauben darf – leiden 20-30 % aller Strafgefangenen ebenfalls daran. Hier ist Handlung angesagt. Nun ist die Sache bei Kindern relativ einfach. Irgendwann werden sie diagnostiziert und dann muss man sie überzeugen oder überreden, dass eine Therapie sinnvoll ist. Doch wer sagt einem Erwachsenen auf den Kopf zu, dass sein chaotisches Verhalten, seine innere Rastlosigkeit, seine mangelnde Impulskontrolle etwas mit ADHS zu tun haben könnten? Und bis er selber über seinen Schatten springt und Hilfe sucht, vergeht oft viel, zu viel Zeit, sodass sich begleitende Störungen wie Suchtentwicklung, Depressionen etc. entwickeln können.

Nun könnte das vorliegende Buch eine kleine Hilfe anbieten. Sein Reiz besteht darin, dass es ein Arbeitsbuch ist. Nach einem kurzen theoretischen Teil, der das bereits Bekannte um ADHS zusammenfasst und sich spezifiziert auf Erwachsene, entwerfen die Autoren Dr. med. Hesslinger, Dr. med. Philipsen und Dr. phil. Richter ein symptomorientiertes Behandlungskonzept mit der Zieldefinition: „ADHS zu kontrollieren, anstatt von ADHS kontrolliert zu werden.“ Es geht um Gruppen- wie auch um Einzeltherapie, wobei die

Vorteile der Gruppen darin liegen, voneinander zu lernen, gemeinsam zu leiden und gemeinsam seine Stärken zu entdecken. Gruppe quasi als Therapiefaktor. In 13 Wochenstunden, 1 x wöchentlich bei maximal 7-9 Teilnehmern begleitet von 2 Therapeuten, wird an einem Plan entlang gearbeitet, der viele Vorgaben macht, aber auch, je nach Bedarf, modifiziert werden kann. Alles, was einem Betroffenen das Leben schwer machen kann, wird aufgefangen und thematisiert, wobei die Wender-Utah-Kriterien für Erwachsene als Diagnosegrundlage dienen. Zur Therapie gehören Hausaufgaben, die zur Eigenbeobachtung, Fremdbeobachtung, Rückschau in die eigene Geschichte anleiten sollen und regelmäßig als Einstieg in eine neue Lektion besprochen werden. Dieses Buch gibt nicht nur Therapeuten mit ähnlichen Vorstellungen wichtige Impulse und viel Material an die Hand. Es kann auch Betroffenen ein Wegweiser sein. ADHS-Menschen haben oft Schwellenängste. Fast alle haben negative Schulerlebnisse und entsprechende Rückmeldungen hinter sich. Sie haben außerdem in aller Regel nicht viel Sinn für Kleingedrucktes. Hier kommt Ihnen das Buch entgegen. Die Module – sprich: Bausteine – der Psychotherapie erscheinen in großen Blöcken, sind deutlich unterteilt in Sitzungsthema, Ziele, Materialien. Das alles erfasst man mit einem Blick. Wer nach Anleitung zur Selbststrukturierung sucht, der könnte hier fündig werden.

Es bleiben trotzdem noch etliche Fragen, z.B. nach den Methoden. Reichen Gespräche und Diskussionen, die Erfahrungsaustausch, Kontrolle, Bewertung beinhalten, aus? Das sind rein kognitive Vorgehensweisen.

Wo bleiben Rollenspiele, Spiele überhaupt, bildnerisches Gestalten, Tanz – alles Möglichkeiten, innere Fronten aufzuweichen, Menschen zu sich selbst zu führen, sich zu erfahren, kennen zu lernen. Aber dann reichen 13 Doppelstunden natürlich nicht aus. Zusätzlich erhebt sich die

Frage nach der Kostenübernahme: Da in Deutschland immer noch nicht generell Stimulanzien für die Erwachsenentherapie erstattet werden, bleibt offen, ob die Kassen dieses Krankheitsbild auf anderer Ebene anerkennen. Immerhin, – das Buch könnte ein Anstoß sein.

Margarete Gatzten

Armin Born, Claudia Oehler

Kinder mit Rechenschwäche erfolgreich fördern

Ein Praxisbuch für Eltern, Lehrer und Therapeuten

Kohlhammer Verlag 2005,

165 Seiten, 19,00 €

ISBN 3-170183176

Um es vorweg zu nehmen, die Autoren, beide Psychologen und Psychotherapeuten, versprechen nicht zu viel. Das Buch besticht durch Praxis- und Alltagsnähe. Sehr übersichtlich in 5 Teile gegliedert finden auch nichtprofessionelle Eltern schnell Orientierung und werden problemlos zu routinierten Anwendern.

Laut Titel geht es um Kinder mit Rechenschwächen. Diese Kinder kämpfen aber häufig auch noch mit weiteren Schwierigkeiten, wie Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Lese-Rechtschreibschwäche und/oder sonstigen Entwicklungs- und Reifeverzögerungen. Hinzu kommen Folgeprobleme wie Entmutigung, Motivationsprobleme, Vermeidung, bis hin zu Verweigerung und Störverhalten, Belastungen von Familie, Unterricht und Lehrern. Die ganze Komplexität der Probleme wird verständlich und bildlich-anschaulich dargestellt. In grau markierten Kästen wird immer wieder kurz und abschnittsweise zusammengefasst, was das Auffinden und Nachlesen sehr erleichtert.

Die Autoren veranschaulichen auch dem Laien den neuesten Stand der Entwicklungs- und Lernpsychologie und setzen sich mutig mit immer noch häufig praktizierten und offiziell gelehrteten Hilfen auseinander, die der empirischen Prüfung der letzten Jahre nicht standhalten konnten. Dies ist umso verdienstvoller, als die Autoren sich damit heftigen Angriffen interessierter Kreise ausgesetzt sehen werden.

Die Autoren plädieren überzeugend für eine höhere Bewertung von kontrollierten Wirksamkeitsnachweisen gegenüber bloßer Wirksamkeitsbehauptung, Überzeugung, persönlicher Erfahrung oder Ambition. Empirische Begründung von Hilfestellung ist wie Evidenzbasierung in der Heilkunde die derzeit beste Gewähr dafür, dass unnötige, uneffektive, belastende oder gar falsche Sichtweisen, Störungsbildverständnisse, Hilfs- und Therapieversuche reduziert werden können. Diese bringen letztendlich dem Kind über vordergründige Wohlfühleffekte hinaus wenig langfristigen Nutzen, nicht selten sogar echte „Kollateralschäden“. In jedem Falle fressen sie Ressourcen, vergeuden wichtige Entwicklungszeit der Kinder und belasten die ohnehin schon strapazierten Kassen von Familien und Solidargemeinschaft weiter.

Einfache Hilfestellungen, für jedermann anwendbar, werden beispielhaft dargestellt, überzeugend begründet und nebenbei fundiertes Störungsbildverständnis geweckt.

Teil I: Grundlagewissen

Teil II: Praktizierte Fördermaßnahmen bei Rechenschwäche und Rechenstörung – Mythen oder gesicherte Erkenntnis?

Teil III: Allgemeine Tipps zum Lernen mit rechenschwachen Kindern

Teil IV: Konkrete Lernmethoden

Teil V: Prüfungsangst

Zusammenfassend plädieren die Autoren für Unterrichts- und Lerntechniken, die sich an den Bedürfnissen der Kinder orientieren und deren Bewährung empirisch nachweisbar und lernpsychologisch begründbar ist. Solche Methoden führen nicht nur bei Lernschwächeren weiter, sondern werden auch von guten Schülern als hilfreich empfunden.

- | Das Einfache ist oft das Pädagogische
- | Praktikable Problembewältigung vor zeitraubender und fragwürdiger Ursachendeutung
- | Möglichst nicht schriftlich üben lassen
- | Weniger ist oft mehr. Keine Stoffhuberei, bei der vieles nur „angegrissen“ wird
- | Reduktion der Methodenvielfalt; Besinnung aufs Wesentliche

- | Übung macht den Meister – aber richtig: regelmäßig und in kleinen Portionen
- | Verautomatisierung entlastet und bildet die Basis für das Erlernen höherer Fertigkeiten
- | Routinen sind hilfreich und keineswegs unpädagogisch
- | Lernprobleme genau dort anpacken, wo sie tatsächlich bestehen
- | Ihr Kind übt das, was es übt. Bewegungsübungen verbessern Bewegung, nicht Rechnen
- | Was taugt beibehalten. Was bei Ihrem Kind nichts bringt, verwerfen
- | Hände weg von „alternativen“ Methoden. Ihnen fehlt der Nachweis der Wirksamkeit
- | Äußere Hilfestellung und Fremdstrukturierung ist noch lange unabdingbar
- | Eltern bleibt die Pflicht, dies zu leisten, da Schule sich hierzu oft nicht in der Lage sieht

Insbesondere das Übungsmotto, ja die strikte Anweisung an das Kind, *sich auf keinen Fall anstrengen zu dürfen*, dürfte auf angeschlagene, entmutigte Kinder magisch wirken. So werden Lernfortschritte auch für Lernschwächere möglich. Lern- und lebensentscheidende Einstellungen des Kindes wie Erfolgszuversicht, Selbstwert, Lernfreude und Motivation können wieder wurzeln und wachsen. Laut OECD sollten als Bildungsziele gerade diese Einstellungen vor Fertigkeiten („gewusst wie“) und diese vor Faktenwissen („gewusst was“) rangieren. Für die BRD ist leider die umgekehrte Reihenfolge nachgewiesen.

Neugierig geworden?
Empfehlung: Buch besorgen und selber lesen.

Rupert Filgis

||||||||||||||||||||
Ingo Spitzcok von Brisinski

Dazugehören –
Wie Kinder ihren Platz in der Klasse finden
Cornelsen Scriptor Verlag, Berlin 2003, 96 Seiten, 9,25 €

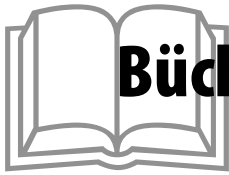
Der Autor, selbst Vater zweier schulpflichtiger Kinder, ist Chefarzt an den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Viersen/Deutschland.

Dieser Ratgeber ist gleichermaßen für Eltern wie für Lehrer lesenswert: Beschreibt er doch die in jeder Schulklasse bekannten Vorgänge der Cliquesbildung und Ausgrenzung: Nicht jedes Kind findet Anschluss, manche werden zum Außenseiter abgestempelt oder sogar gemobbt. Wenn ein Kind längere Zeit ausgegrenzt wird und darunter leidet, ist ein Eingreifen der Erwachsenen notwendig. Wie und was Eltern tun können, wie sie gemeinsam mit dem Kind und dem Lehrer für Abhilfe sorgen können, zeigt dieser Ratgeber in eindrucksvoller Weise. Dabei wurde auch auf das „Anderssein“ durch Entwicklungsrückstände, besondere Begabungen, Angststörungen, Depression, Autismus oder ADHS in einfühlsamer Weise hingewiesen. Ganz wichtig sind Gespräche mit dem Kind, mit dem Lehrer und die Suche nach gemeinsamen Lösungen, damit auch Ihr Kind seine Stärken in die Klassengemeinschaft einbringen und so vom „Out- zum Insider“ werden kann. Das grafisch sehr ansprechend gestaltete Buch enthält nicht nur wichtige Informationen sondern auch wertvolle Tipps.

Vier neue Bücher von dem bekannten Psychiater, Psychologen, Philosophen, Musiker, Wissenschaftler und Fachbuchautor:

Manfred Spitzer
Musik im Kopf
Hören, Musizieren, Verstehen und Erleben im neuronalen Netzwerk,
Schattauer Verlag Stuttgart 2002, 468 Seiten, 29,95 €

Warum Musik? Wie wirkt Musik? Was geschieht im Gehirn, wenn wir Musik machen, hören oder verstehen? Was ist Begabung? Manfred Spitzer geht dieses komplexe Thema in bekannt interessanter Weise von verschiedensten Aspekten her an: historisch, physikalisch, neurophysiologisch, medizinisch, psychologisch und gruppenspezifisch. Dieses Buch regt zum Staunen an und zur Bewunderung der Vielfältigkeit unserer menschlichen Natur und Kultur. Für Fachleute (Musiker, Musiktherapeuten, Psychologen, Mediziner) wie auch für jeden aufgeschlossenen



Bücher, Bücher ...

und interessierten Menschen eine spannende Lektüre!

Manfred Spitzer

Geist im Netz

Modelle für Lernen, Denken und Handeln,
Spektrum Akademischer Verlag, Berlin 2000
385 Seiten, 14,95 €

Wie funktioniert das Gehirn? Wie schaffen es Milliarden von Nervenzellen Denken, Lernen, Fühlen und Handeln hervorzubringen? Warum spielen Kinder und warum lernen sie rascher als Erwachsene? Unter welchen Bedingungen lernt man gut? Was kann schiefgehen, wie können sich Konzentrationsstörungen oder psychische Krankheiten entwickeln? M. Spitzer schildert anschaulich mit vielen praktischen Beispielen und anhand von Computermodellen die Funktion neuronaler Netzwerke, das Zusammenspiel der Nervenzellen und deren Auswirkungen. Wieder ein enorm spannendes Buch – für Fachleute, StudentInnen und Eltern gleichermaßen geeignet! Mit ausführlicher Literaturliste und Index.

Manfred Spitzer

Schokolade im Gehirn

und weitere Geschichten aus der Nervenheilkunde.
Schattauer Verlag Stuttgart, 95 Seiten, 21,95 €

Fantastisch, wie Prof. Spitzer Geschichten erzählt, Geschichten, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen und humorvoll wie spannend zu lesen sind! Ein absoluter Hochgenuss!

Manfred Spitzer

Nervensachen

Perspektiven zu Geist, Gehirn und Gesellschaft
Spitzauer Verlag, 320 Seiten, 30,00 €

Wieder ein wahnsinnig interessant zu lesendes Fachbuch des bekannten Autors. Neueste wissen-

schaftliche Ergebnisse werden als „Geschichten“ erzählt, z.T. mit ausgesprochen humorvollen Passagen. Wer wusste denn schon, dass Skinner Erich Fromm (ohne dessen Wissen) in einer Sitzung, wo sich dieser gegen den Behaviorismus wandte, unbemerkt einfach konditionierte? Diese und andere Geschichten und Berichte aus Forschungen finden sich in diesem Buch: humorvoll und gut verständlich formuliert – so

spannend kann Forschung sein!

Vielseitig und von verschiedenen Blickwinkeln wurden die Forschungsergebnisse in Themenbereichen abgehandelt: Historisches (von Hippokrates bis zur Begegnung Skinner und Erich Fromm), Neuroplastizität (Lernen, Verdrängen, Sexualität), Entwicklung (Biologie und soziales Lernen), Emotionen, Schlafen und Träumen, Forschen, Neurobiologie und Gesellschaft bis hin zur Evolution. Gescheit und witzig – somit nicht nur für Fachleute (Ärzte Psychologen, Pädagogen) oder Studenten, sondern auch für interessierte Laien lesenswert! *Dr. Renate Grimmlinger*



Kinder zaubern Flöte

Musikalische Adaption nach W.A. Mozart von Maurizio Nobili, in einer Schikaneder-Übersetzung von M.P. Gössler
Projektleitung/Drehbuch/Regie von Marguerite Dunitz-Scheer

Unter der Regie der bekannten österreichischen Kinder-/Jugendfachärztin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Buchautorin, Univ. Prof. Dr. med. Marguerite Dunitz-Scheer findet im NEXT LIBERTY, dem Kinder und Jugendtheater der Vereinigten Bühnen Graz, ein Projekt mit insgesamt 19 Vorstellungen bis Ende 2005 statt: KINDER ZAUBERN FLÖTE – Ein Singspiel nach Mozarts Zauberflöte für Kinder ab 4 Jahren.

Außergewöhnlich ist das Projekt nicht nur deshalb, weil alle Darsteller Kinder und Jugendliche sind, sondern auch, weil mehrere Mitwirkende Patienten sind bzw. waren. Aber das – nein, das merkt man wirklich nicht! Die Aufführung ist von erfrischender Qualität und hohem künstlerischem Niveau!

Dr. Marguerite Dunitz Scheer verfolgt gemeinsam mit ihrem Mann Dr. Peter Scheer nämlich den Ansatz der Salutogenese, d. h. dass mit den STÄRKEN der Patienten gearbeitet wird, mit den Ressourcen. D. h. dass gesunde Persönlichkeitsanteile verstärkt und die sozial schwierigeren, weniger erwünschten, kranken Anteile im Sinne einer Normalisierung gefördert werden. So ist es eben

möglich, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS, mit autistischen Zügen oder mit Eß-Störungen auf ganz natürliche Art und Weise ihre Kreativität, Ausdrucksfähigkeit, Motorik zum Ausdruck bringen können und dabei ganz selbstverständlich soziale Kompetenz, Verantwortung, Einordnung, Pünktlichkeit, Genauigkeit, Struktur ... lernen – abgesehen davon steigt das Selbstvertrauen ganz enorm!

Die DVD „Kinder zaubern Flöte“ ist bei marguerite.dunitz@klinikum-graz.at direkt zum Preis von 15,00 € plus Portospesen zu bestellen. Mehr Infos unter www.kinderpsychosomatik.at.

Weitere Aufführungen des außergewöhnlichen Theaterprojektes waren von Oktober bis Mitte Dezember 2005 in Graz/Österreich zu sehen und stießen auf großes Interesse. Das nächste Projekt wird ab November 2005 „Die Entführung aus dem Serail“ sein (Premiere 5.4.2006).

Nähere Infos über diese Form der „Therapie“ durch künstlerischen Ausdruck und die psychologisch-medizinischen Hintergründe wurden bei der ADHD Tagung in Salzburg 2005, veranstaltet vom Bildungshaus St. Virgil: „Chaos im Kopf und Tarantella in den Gliedern“ von Dr. Dunitz-Scheer vorgetragen.
<http://www.virgil.at/downloads/adhs.pdf>.
Siehe dazu ihren Vortrag im pdf Format: „Spielend leben – der seltsame Weg von ADHD zu KINDER ZAUBERN FLÖTE – oder Was wir von ADHD lernen können“ unter <http://www.virgil.at/bildungszentrum/Dokumentationen>.

Dr. Renate Grimmlinger

In eigener Sache:

AKTIVE MENSCHEN

Für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHD/ADHS

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

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

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

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

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

Was zeichnet sie aus?

Selbsthilfeverbände

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

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

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

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

Ein Anmeldeformular finden Sie hier im Heft oder über unsere Website: www.bv-auek.de

Wir freuen uns auf jedes neue Mitglied.

Die Aktiven des BV AÜK e.V.

Für Sie gelesen und notiert – aus unseren Newslettern:

Die ADHS-Broschüre der BZgA ist im Internet zu finden unter:

http://www.bzga.de/uid=0ed4a576479d2703ff71ac6103639efe&id=medien&sid=73&idx=1172&bestell_bestellnummer=11090100

„Aus dem Teufelskreis aussteigen. Wie Eltern ihre Beziehung zum Kind verbessern“

Im Idealfall ist die Familie ein sicherer Hafen, doch manchmal ist das Zusammenleben alles andere als leicht. Wenn Streit alltäglich ist, kann über eine gute Beziehungspflege ein neuer Zugang zum Kind gefunden werden. Wie die ersten Schritte aussehen können, darum geht es in einem neuen Artikel unter:
http://www.ads-kurse.de/teufelskreis_ads_adhs.htm

Ärzte Zeitung vom 28.2.2005

Leseschwäche ist offenbar genetisch bedingt

<http://www.aerztezeitung.de/docs/2005/02/28/036a1104.asp?cat=/medizin/kinderkrankheiten>

Studie zeigt: Mathematik kann jede/r lernen

Untersuchungen an Grundschulern, durchgeführt am Berliner Max-Planck-Institut für Bildungsforschung unter Leitung von Elsbeth Stern, haben ergeben, dass auch schwächere Schüler, sofern sie richtig angeleitet werden, mathematische Konzepte begreifen und richtig gebrauchen lernen. Mehr unter:
<http://www.teachersnews.net/0105/home.nsf/url/B462C22F349E0DA2C1256FE3004F4966>

Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern nehmen zu

Bei mittlerweile jedem fünften Vorschulkind sind Störungen bei der Sprachentwicklung, Grob- und Feinmotorik und dem Sozialverhalten auffällig. Das geht aus einer Auswertung bundesweiter Daten zur Einschulungsuntersuchung 2005 hervor. Auch beobachten Fachleute ein Nachlassen der Erziehungskom-

petenz in den Familien.

Mehr unter:

<http://www.aerztezeitung.de/docs/2005/04/14/067a0701.asp?cat=/medizin/kinderkrankheiten>

Meldung vom 30.04.2005

Rubrik: Gesundheit

Autismus früher erkennen

Kombination von Verhaltensmerkmalen ermöglicht Diagnose schon bei einjährigen Kindern

<http://www.wissenschaft.de/wissen/news/252961.html>

Meldung vom 23.03.2005

Rubrik: Gesundheit

Cholesterin schmiert das Gehirn

Forscher finden Zusammenhang zwischen höheren Blutfettspiegeln und besserer geistiger Leistungsfähigkeit

<http://www.wissenschaft.de/wissen/news/251106.html>

Meldung vom 26.03.2005

Rubrik: Psychologie

Kinderbetreuung: Qualität geht vor Quantität

Es kommt nicht auf die mit dem Kind verbrachte Zeit, sondern auf die Intensität der Beziehung an, sagen Psychologen

<http://www.wissenschaft.de/wissen/news/251713.html>

Meldung vom 08.04.2005

Rubrik: Medizin

Verwirrung unter Gehirnbotschaften

Bei der Verwendung von Antidepressiva gerät das Gleichgewicht zwischen Serotonin und Dopamin durcheinander

<http://www.wissenschaft.de/wissen/news/252143.html>

PISA: Was machen die Finnen besser?

Gleich zweimal wurde Finnland PISA-Weltmeister. Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern fängt das finnische Schulsystem Kinder mit Lernschwierigkeiten auf. „Keiner darf zurückbleiben“, lautet das Erfolgsmotto für das

vorbildliche System pädagogischer Fürsorge. Mehr unter:

<http://www.spiegel.de/unispiegel/studium/0,1518,347648,00.html>

Meldung vom 06.05.2005

Rubrik: Medizin

Bei Autisten hat auch das Immunsystem Kommunikationsprobleme

Das Körperabwehrsystem autistischer Kinder bildet ungewöhnlich wenige Botenstoffe mit einer veränderten Zusammensetzung

<http://www.wissenschaft.de/wissen/news/253100.html>

Meldung vom 30.05.2005

Rubrik: Hirnforschung

Leseschwäche durch Informationsüberfluss?

Forscher: Bei Legasthenie fehlen Filter für Hintergrundreize

<http://www.wissenschaft.de/wissen/news/253503.html>

Meldung vom 16.06.2005

Rubrik: Medizin

Mehr als schöner Schein

Auch bei Psychopharmaka ist eine Placebo-Wirkung im Gehirn messbar

<http://www.wissenschaft.de/wissen/news/254273.html>

Meldung vom 11.06.2005

Rubrik: Hirnforschung

Veränderte Hirnaktivität durch Gewaltdarstellungen?

Forscher finden Zusammenhang zwischen Häufigkeit des Konsums von Gewaltmedien und Durchblutung des Stirnhirns

<http://www.wissenschaft.de/wissen/news/254132.html>

Meldung vom 03.06.2005

Rubrik: Gesundheit

Tryptophan macht Morgenmuffel munter

Eine abendliche Portion der Aminosäure hilft, die morgendliche Benommenheit zu vertreiben

<http://www.wissenschaft.de/wissen/news/253828.html>

Meldung vom 11.08.2005

Rubrik: Hirnforschung

Bildgebendes Verfahren für das große Ganze

Das Gehirn fügt wahrgenommene Einzelteile unbewusst zum Gesamt-

bild zusammen

<http://www.wissenschaft.de/wissen/news/256352.html>

Meldung vom 29.07.2005

Rubrik: Hirnforschung

Langsam, aber anhaltend

Neuer Übertragungsweg des Botenstoffes Dopamin entdeckt

<http://www.wissenschaft.de/wissen/news/255935.html>

Meldung vom 22.07.2005

Rubrik: Medizin

Leptin schlägt aufs Gedächtnis

Forscher: Das Appetithormon beeinträchtigt Lernprozesse und das Erinnerungsvermögen

<http://www.wissenschaft.de/wissen/news/255729.html>

LRS - Form von Aufmerksamkeitsstörung?

Bei Legasthenie fehlen Filter für unwichtige Reize

LONDON (ddp.vwd) Lese-Recht-schreib-Schwächen gehen möglicherweise auf eine viel grundlegendere Wahrnehmungsstörung zurück als bislang angenommen: Legasthener können Hintergrund-Reize nur schlecht ausblenden und haben daher Schwierigkeiten, unwichtige von wichtigen Informationen zu trennen, haben US-Forscher jetzt entdeckt. Dieses Defizit erschwert den Betroffenen nicht nur das Identifizieren einzelner Buchstaben beim Lesen, sondern möglicherweise auch das Hören einzelner Laute bei gesprochenen Wörtern. Beides trägt maßgeblich zum Lesen- und Schreibenlernen bei, wie die Forscher um Dr. Anne Sperling von der Georgetown-Universität in Washington heute berichten (NatNeuroscience-Online).

Die Forscher stellten fest, dass Kinder mit Legasthenie Probleme beim Erkennen von Bewegungen haben –

allerdings nur dann, wenn sie zusätzlich zu dem Testbild noch andere, unwesentliche Muster oder Objekte sehen. Dieses sogenannte optische Hintergrundrauschen wird normalerweise beim Sehen vom Gehirn herausgefiltert, schreiben die Forscher. Passiert das nur teilweise, ist es für den Betroffenen sehr viel schwieriger, wesentliche Informationen zu erkennen. Die Wissenschaftler vermuten, dass nicht nur der Sehsinn von den fehlenden Filtern betroffen ist, sondern auch das Gehör. Das würde erklären, warum die meisten Legasthener sowohl beim Übertragen von Gehörtem in Geschriebenes als auch beim Erkennen geschriebener Wörter Probleme haben.

Mehr zu Legasthenie auf <http://www.lernfoerderung.de>

ANKÜNDIGUNG

BV AÜK- Symposium

„ADHS in jedem Alter“

Samstag, 25. März 2006 9.00 Uhr bis 17.00 Uhr

mit anschließender Mitgliederversammlung

sowie **Gruppenleiterschulung**

Sonntag, 26. März 2006

im Arbeitnehmer-Zentrum Königswinter (AZK)

Als Referenten vorgesehen sind

Cordula Neuhaus, Prof. Opp, Dr. Helga Simchen, Dr. Martin Winkler, u. a.

Bitte merken Sie sich diese Termine vor.

Aktuelle Informationen entnehmen Sie bitte demnächst unseren Internetseiten www.bv-aeuk.de

Eine Einladung mit Programm sowie die TO zur Mitgliederversammlung geht allen Mitgliedern rechtzeitig zu.

ADHS-Förderpreis 2005 ausgeschrieben

Auch in diesem Jahr stiftet das in Brüssel ansässige biopharmazeutische Unternehmen UCB GmbH den mit 5000 Euro dotierten ADHS-Förderpreis. Damit werden innovative Pilot- und Modellprojekte ausgezeichnet, die zu verbesserter Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) führen.

Die Ausschreibung betont erneut, wie wichtig die enge Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen bei der bedarfsge rechten Versorgung von ADHS-Betroffenen ist. Neben Kinder- und Jugendpsychiatern sowie den Kinder- und Jugendärzten sind Psychotherapeuten, Psychologen, Pädagogen und Selbsthilfverbände einbezogen.

Für den Förderpreis können sich alle Projekte und Initiativen bewerben, die in der ADHS-Versorgung tätig sind und zu einer verbesserten Versorgung von ADHS-Betroffenen beitragen. Die eingereichten Projekte sollten sich bereits in der Umsetzung befinden.

Ein unabhängiges, interdisziplinäres Expertengremium beurteilt die eingereichten Projekte und ermittelt den Preisträger.

Zu ihm gehören:

Dr. Harald Bode, Sozialpädiatrisches Zentrum der Universitätsklinik Ulm,
Prof. Dr. Manfred Döpfner, Klinik- und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universitätsklinik Köln,
PD Dr. Dr. Jan Frölich, in Stuttgart niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater sowie Kinder und Jugendarzt.

Für das Jahr 2004 wurde der Preis zu gleichen Teilen an das *Kölner ADHS-Kompetenznetz* und das interdisziplinäre Therapiezentrum der Reha-Klinik Neuhaulingersiel vergeben.

Ein Bewerbungsformular für die Einreichung Ihres Projektes ist über die folgende Adresse erhältlich: *UCB GmbH - Stichwort: ADHS Förderpreis, Hüttenstr. 205, 50170 Kerpen*
oder per E-Mail an:
Sandra.Linke@UCB-Group.com

Die Bewerbungsunterlagen für den ADHS-Förderpreis 2005 können bis zum 31. Dezember 2005 eingereicht werden. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

zeigten, das sind 0,4 Prozent der getesteten Personen. Ein Kind beging tatsächlich einen Selbstmordversuch, der aber verhindert werden konnte.

Die amerikanische Arzneimittelkontroll-Behörde, FDA, verfügte auf der Basis dieser Daten eine „boxed warning“, einen umrahmten Warnhinweis zu Beginn der Fachinformation. Dort muss darauf hingewiesen werden, dass Strattera® das Risiko von suizidalen Gedanken bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS erhöht.

Ärzte müssen abwägen

Die Ärzte werden aufgefordert, dieses Risiko gegen die Notwendigkeit der Behandlung abzuwägen und die Kinder nach Beginn der Therapie auf eine Verschlechterung des ADHS sowie auf suizidale Gedanken oder suizidales Verhalten hin zu beobachten. Sie müssen auch auf ein ungewöhnliches Verhalten der Kinder achten. Die Familienmitglieder oder Betreuer werden ebenfalls aufgerufen, auf Veränderungen der Kinder zu achten und diese sofort dem Verschreiber mitzuteilen.

Nach Angaben von Experten ist die Wirkung des Medikaments erst nach Monaten realistisch zu beurteilen.

Sein Vorteil liegt u.a. darin, dass es als gut verträglich gilt und – anders als die anderen mit dieser Indikation verfügbaren Substanzen wie Methylphenidat – keine Psychostimulanz ist. Es ist damit das einzige Medikament zur Behandlung des ADHS, das nicht dem Betäubungsmittelgesetz unterliegt.

Es ist also eine gründliche Abwägung der Vorteile und Risiken von Strattera in Absprache mit den behandelnden Ärzten erforderlich. Bisher wurden etwa 10 000 Kinder mit dem Medikament behandelt, so das BfArM.

Der Leiter des BfArM, Prof. Dr. Reinhard Kurth, erklärte, dass das Bundesamt zusammen mit anderen Arzneimittelbehörden die eingehende Sicherheitsbewertung von Atomoxetin fortsetzen wird. (-ler)

dpa-Meldung in der Tagespresse ließ Eltern aufhorchen Strattera® nur mit zusätzlichem Warnhinweis

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat eine Änderung der Fachinformation für das Medikament Strattera® (Wirkstoff: Atomoxetin) verfügt, das zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zugelassen ist. Das erst seit dem März diesen Jahres auch in Deutschland erhältliche Medika-

ment muss einen Hinweis auf die Möglichkeit suizidalen Verhaltens enthalten.

Das US-Pharmaunternehmen Eli Lilly & Co, Indianapolis, das das Medikament produziert, hatte festgestellt, dass von den 1.357 im Rahmen einer Studie mit Strattera® behandelten Kindern und Jugendlichen fünf Testpersonen entsprechende Tendenzen

Bestellformular

Anzahl	Artikel	Einzelpreis (Mitglied) EURO	Einzelpreis (Nichtmitglied) EURO	Gesamtpreis EURO
	„Die Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen - Chancen und therapeutische Hilfen -“; Dokumentation ADHD-Kongress 2002 Aachen, 136 S.	8,00	12,00	
	„Hyperaktivität im Kindesalter“ DIN A4, 99 Seiten	8,00	10,00	
	„ADHD-Kinder in der Schule“ Hilfen für Eltern und Pädagogen DIN A4, 120 Seiten	8,00	10,00	
	NEU alle „STÖRFÄLLE?“ jetzt auf DVD erhältlich Teil 1 „Die viel zu (un)aufmerksamen Kinder“ Videofilm* <input type="checkbox"/> oder DVD* <input type="checkbox"/>	36,00	36,00	
	„STÖRFÄLLE?“ Teil 2 – „Chancen und therap. Hilfen für ADHD Kinder“ Videofilm* <input type="checkbox"/> oder DVD* <input type="checkbox"/>	36,00	36,00	
	„STÖRFÄLLE?“ Teil 3 – „ADHD-Kinder zwischen Säuglings- und Vorschulalter“ Videofilm* <input type="checkbox"/> oder DVD* <input type="checkbox"/>	36,00	36,00	
	„STÖRFÄLLE?“ Teil _____ und Teil _____ Videofilm* <input type="checkbox"/> oder DVD* <input type="checkbox"/>	60,00	60,00	
	„STÖRFÄLLE?“ alle 3 Teile zusammen Videofilm* <input type="checkbox"/> oder DVD* <input type="checkbox"/>	90,00	90,00	
	Buch zum Videofilm „STÖRFÄLLE?“ Teil 1 „Die viel zu (un)aufmerksamen Kinder“	9,50	9,50	
	BV AÜK-Flyer (Info-Faltblätter)	--,--	--,--	
	„Maßnahmenkatalog ADHD“ Poster A2 gefalzt	2,50	2,50	
	NEU! CD zum „Maßnahmenkatalog ADHD“ als Powerpoint-Präsentation erhältlich	31,00	31,00	
	unsere Zeitschrift „die AKZENTE“ (Preise je Heft auf Anfrage) Nr. _____	ab 3,00	ab 5,00	
	Rechte und Pflichten der Eltern in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt – Gewährung von Hilfen zur Erziehung SGB VIII – M. Rabatsch	2,00	2,00	
	Versandkostenpauschale	4,00	4,00	4,00
Gesamtbestellwert				

* Gewünschtes bitte ankreuzen

Mitglied Nichtmitglied

Zahlungsbedingungen: sofort nach Rechnungserhalt, ohne Abzug
Das gelieferte Material bleibt bis zur vollständigen Bezahlung Eigentum des BV AÜK.

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____

Ich (wir) möchte(n) Mitglied(er) werden im

BUNDESVERBAND ARBEITSKREIS ÜBERAKTIVES KIND e.V.

und erkläre(n) hiermit meinen (unseren) Beitritt als

- Einzelmittglied (Beitrag € 45,00 im Jahr, neue Bundesländer € 31,00) Familie (Beitrag € 55,00 im Jahr, neue Bundesländer € 41,00) Körperschaft (Beitrag € 45,00 im Jahr)

zum _____

Mit der Abbuchung meines (unseres) Beitrags vom _____

Konto-Nr. _____ Konto-Inhaber _____

BLZ _____ bei der _____

bin ich (sind wir) widerruflich einverstanden.

Mit der Speicherung meiner (unserer) Daten zu vereinsinternen Zwecken bin ich einverstanden.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Mitglieder erhalten 4x im Jahr kostenlos.

Wichtige Informationen

Meine/unsere Anschrift/Bankverbindung hat sich geändert:

Bisheriger Name bzw. Anschrift:

Name _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Mitglied im BV AÜK: Ja Nein

Mitgliedsnummer _____

Abonnent der Zeitschrift **die Akzente**: Ja Nein

Name neu: _____

Adresse neu: _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Bankverbindung neu:

Kontoinhaber _____ Bank _____

Konto-Nr. _____ BLZ _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Name

Vorname

Straße

PLZ/Ort

Fon/Fax

e-mail

Bundesland

Beruf

Alter

Familienstand

Bitte ausgefüllt im Briefumschlag
an folgende Adresse senden:

BV AÜK e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Postfach 410724
12117 Berlin

Bitte schicken Sie mir gegen
Rechnung das auf der Rückseite angekreuzte
Informationsmaterial.

Name

Vorname

Straße

PLZ/Ort

Fon/Fax

e-mail

Bundesland

Beruf

Bitte ausgefüllt
im Briefumschlag
an folgende Adresse senden:

BV AÜK e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Postfach 410724
12117 Berlin

Bitte ausgefüllt
im Briefumschlag
an folgende Adresse senden:

BV AÜK e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Postfach 410724
12117 Berlin



Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom – was ist das eigentlich?

Margarete Gatzten

Bei einer Fortbildungsveranstaltung für Erzieher, Lehrer, Therapeuten und Kinderärzte, zu der die heutige Kultusministerin des Landes NRW als damalige Schulamtsleiterin und das Gesundheitsamt Gütersloh eingeladen hatten, hielt Margarete Gatzten den Einführungsvortrag. Sie ist langjähriges Mitglied des BV AÜK und hat nicht nur als frühere Lehrerin, sondern auch als „ADHS-Mutter“ einen besonders guten Zugang zum Thema ihres Vortrags.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, wir sind heute hier versammelt, um uns mit dem Thema „Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom“ auseinander zu setzen. Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom – was ist das eigentlich?

Kommen wir gleich zur Sache. Ich möchte ins Thema einführen. Probleme gibt es da genug. Was erwartet Sie in der nächsten halben Stunde?

Ich habe meine Ausführungen folgendermaßen gegliedert:

1. Zuerst werfen wir einen Blick auf die Symptombereiche des ADS-Syndroms. Dabei werde ich auch die gängigen Abkürzungen erläutern.
2. Dann möchte ich die Schülergruppen, die Sie täglich vor sich haben, sortieren nach dem Grad der Auffälligkeit und dem ADS-Syndrom dabei seinen Platz zuweisen. Es geht also um die Frage nach dem Stellenwert des ADS.
3. Das dritte (Haupt)Thema, das mir besonders am Herzen liegt, beantwortet die Frage nach der gesellschaftlichen Relevanz von ADS. Diese Frage habe ich noch einmal geteilt, weil mir das wichtig erschien aufgrund vieler gesellschaftlicher Gegebenheiten: a. Ist ADS eine Modeerscheinung oder endlich da, wo es hingehört, nämlich ins Bewusstsein der Öffentlich-

keit? b. Die Frage nach Ursache und Wirkung, Oder welche gesellschaftlichen Zwänge verstärken ADS?

4. Zum Schluss habe ich noch einen kleinen, aber feinen Nachschlag für Sie

1. Die Symptombereiche

Alle Probleme, die diese Kinder haben oder machen, ranken sich um die vier folgenden Symptomenkomplexe, die das Erscheinungsbild des ADS-Kindes prägen:

a) Die Hyperaktivität

Ein schwer betroffenes Kind kann eine ganze Klasse auf mischen. Hyperaktiv im Gegensatz zu lebhaft: Ein lebhaftes Kind arbeitet und spielt zielgerichtet. Ein hyperaktives Kind kann das nicht. Es wuselt so rum, ist überall und nirgendwo und scheint 4 Arme und 6 Beine zu haben.

b) Impulsivität

Es geht um mangelnde Impulskontrolle. Diese Kinder leiden an einem eingeschränkten Steuerungsvermögen. Sie haben im allgemeinen einen geringen Spannungsbogen, sie halten nichts durch und machen nichts zu Ende. Und ebenso einen geringen Toleranzbogen: Sie können nicht abwarten, reden immer dazwischen und sind leicht verstimmt.

c) Aufmerksamkeitsstörung

Aufmerksames Verhalten ist das Ergebnis einer komplexen Handlung. Voraussetzungen dazu sind: Man muss sein Verhalten zielbezogen organisieren können, einzelne Schritte ordnen, eigenes Verhalten überprüfen, notfalls verändern. Konzentration gehört dazu, ebenso ein gutes Gedächtnis sowie das Ausfiltern unnötiger Reize. All das ist bei einem ADS-Kind gestört oder im Ungleichgewicht, in jedem Fall altersverschoben unterentwickelt.

d) Wahrnehmungsstörungen

Dieser Bereich ist sehr groß. Ich begnüge mich mit ein paar typischen Beispielen:

Im taktilen Bereich gehört die unterentwickelte Feinmotorik dazu, schlechtes Dosieren von Kraft, das Ablehnen von Körperkontakt, der als Belästigung empfunden wird.

Im audiovisuellen Bereich: Dazu gehört die gestörte Koordination von Sehsinn und Hörsinn, im Zusammenhang mit graphomotorischen Problemen, schlechtes räumliches Vorstellungsvermögen, daraus folgenden Orientierungsprobleme. Und die Lese-Rechtschreibe-Schwäche (LRS) gehört dazu.

Wichtige Anmerkung: Nicht jedes wahrnehmungsgestörte Kind ist ein ADS-Kind, aber fast alle ADS-Kinder leiden an Wahrnehmungsstörungen. Die Symptomatik bei ADS ist nicht schichtenspezifisch, sie kommt in gleicher Form in allen Bevölkerungsteilen vor. Wie sich das zahlenmäßig verhält, kann ich nicht sagen, ich habe noch keine gefunden. Die Symptome kommen allerdings in unterschiedlicher Ausprägung vor: Mal steht Hyperaktivität im Vordergrund, mal die Aufmerksamkeitsstörung. Entsprechend sind die gängigen Abkürzungen zu verstehen:

HKS: Hyperkinetisches Syndrom

ADS: Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom

ADHS: Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung

AD(H)D: aus der englischen Fachliteratur. Attention-Deficite-Disorder, mit oder ohne Hyperaktivität. Dazu gehören auch die Hypoaktiven, das sind die in sich gekehrten total abwesenden ADS-Kinder, die aber sonst die gleiche Symptomatik aufweisen wie die anderen. Gemeint ist bei allen Abkürzungen immer das gleiche Krankheitsbild. Manche Kinder haben alles gleichzeitig: 20 Jahre rund um die Uhr – ich weiß, wovon ich rede.

2. Schülergruppen nach dem Grad der Auffälligkeit

Im Folgenden geht es um das Sor-

tieren der Schüler nach Auffälligkeiten. Dabei bleibt die Frage nach viel oder wenig Leistung oder Begabung außen vor. Ich möchte vier Gruppen von Schülern nennen, und ich fange paradoxerweise mit den Unauffälligen an:

a) Das sind die stillen, temperamentlosen Kinder, die angepassten. Ihnen fällt es nicht schwer, 30-45 Minuten still zu sitzen. Diese Gruppe ist klein.

b) Die nächste Gruppe von auffälligen Schülern ist stark im Zunehmen begriffen: Das ist die Gruppe der unruhigen Kinder, die oft auch Schwächen in der Konzentration haben: Die Unruhe dieser Kinder hat Gründe: Bewegungsarme Lebensweise – hoher Medienkonsum – einseitige Reizüberflutung akustischer und optischer Art auf Kosten anderer Sinneskanäle. Ich komme später auf dieses Thema noch einmal zurück. Bitte, werfen Sie diese unruhigen Kinder nicht in den ADS-Topf, da gehören sie nicht hin. Nicht jedes unruhige und unkonzentrierte Kind hat ADS! Und auch nicht jedes unruhige, unkonzentrierte, mal vorlaute oder renitente Kind ist ein ADS-Kind.

c) Die dritte Gruppe der auffälligen Schüler ist die Gruppe, um die es heute geht, die ADS-Kinder. Die Zahl dieser Kinder ist seit Jahren konstant: +/- 4% eines Jahrgangs, eher weniger, deutlich mehr Jungen als Mädchen. Diese Kinder machen also an der Gesamtzahl der Schüler nur einen kleinen Teil aus. Was sich allerdings geändert hat, das ist die Dichte und Intensität der Störung und sie fängt früher an, oft schon im Kindergarten. Lange Zeit wurde ein betroffenes Kind erst in der Schule auffällig, und zwar unter Leistungsdruck, Einordnungszwängen und sitzender Tätigkeit. Gegeben hat es diese Kinder immer schon: Spätestens seit Mitte des 19. Jhdts. sind sie aktenkundig
- Stichwort: Struwwelpeter. Sie fallen heute nur mehr auf, weil sich die Lebensbedingungen und die Ansprüche, die an Kinder gestellt werden, sehr geändert haben. Ich möchte an dieser Stelle alle Erzieherinnen bitten, ein waches Auge zu haben auf

Kinder, die anders reagieren als ihre gleichaltrigen Kameraden. Sie sind die ersten, die diese Kinder innerhalb einer Gruppe erleben: Lehnen die Kinder Körperkontakt ab, haben sie große oder gar keine Angst beim Herunterspringen von Hindernissen, reagieren sie mit Verweigerungsverhalten, weil sie Anweisungen nicht ausführen können, haben sie Schwierigkeiten beim ausdauernden Spiel und bei den Kontakten mit anderen Kindern, so sind das Zeichen, die uns aufmerksam machen sollten für möglicherweise vorliegende Probleme im Sinne einer ADS.

d) Die 4. und letzte Gruppe der auffälligen Schüler, das ist die Gruppe der schlecht oder gar nicht erzogenen Kinder. Diese Kinder haben mit den ADS-Kindern drei signifikante Eigenschaften gemeinsam:

1. Distanzlosigkeit
2. Das sich Hinwegsetzen über alle Arten von Regeln
3. Respektlosigkeit. Kommt beides zusammen: ADS und Unerzogenheit, dann haben Sie keine Chance. Unterscheidungshilfen können evtl. die ADS-Eltern sein: Wenn der Leidensdruck eine gewisse Stärke erreicht hat, suchen sie nach Hilfe und nehmen sie auch an – sofern man ihnen nicht immer den „schwarzen Peter“ zuschiebt. Eltern von Unerzogenen - dazu muss ich mich wohl nicht äußern. Sparen wir uns das.

e) Ich möchte am Schluss dieses Kapitels eine Faustregel weitergeben, die, wie alle Vereinfachungen, etwas auf Kosten der Genauigkeit geht, aber vielleicht haben Sie einen Anhaltspunkt:

Wenn ein Kind trotz durchschnittlicher oder guter Intelligenz und einem Elternhaus, das sich kümmert (das können auch Ein-Eltern-Familien sein), kontinuierlich und deutlich in der Leistung nachlässt und gleichzeitig durch soziales Fehlverhalten auf sich aufmerksam macht, dann ist Gefahr im Verzuge. Dann - Eltern ansprechen - Beratungsstellen einschalten - usw.

3. Gesellschaftliche Relevanz

ADS - Modeerscheinung - oder endlich da, wo es hingehört?

Es schwappt heute aus allen Kanälen und rauscht durch den Blätterwald, noch die kleinste Reformhauszeitschrift ereifert sich. In den letzten Jahren hat die Zahl der Berichte zugenommen, die man als seriös bezeichnen kann, allerdings oft auf Kosten der inhaltlichen Genauigkeit. Aber man wird - in Maßen - informiert. Seit etwa einem halben Jahr haben alle Berichte eines gemeinsam - den bösen Feind „Ritalin“. Da könnten die Wogen nicht höher gehen. Dabei wird das Kind regelrecht mit dem Bade ausgeschüttet und übersehen, dass für einen Teil der ADS-Kinder das Medikament überlebenswichtig ist. Ein Medikament wird ja nicht dadurch schlecht, dass man es missbräuchlich benutzt. Ich möchte versuchen, in einem Satz die ganze Sache zu relativieren: Ritalin ist ein notwendiges Übel, aber unter allen Übeln, die die Erziehung eines solchen Kindes mit sich bringen, ist es mit Abstand das Kleinste.

Und ich möchte noch ergänzen: Kein Kind bräuchte Ritalin, wenn wir ihm in unserer Gesellschaft die Zeit und den Raum gewähren würden, um sich in Ruhe entwickeln zu können.

Vor 20-25 Jahren sah das noch ganz anders aus. Da wurde Hyperaktivität totgeschwiegen, es hatte sie nicht zu geben, bis auf ganz wenige Eingeweihte, die davon Notiz nahmen: Ärzte und Therapeuten, aber die musste man erst einmal finden. Und wenn sich dann endlich ein Fernsehmagazin oder eine Zeitschrift des Themas annahm, dann wurden Häme und Unwissen zu einem unseriösen Brei vermischt mit dem Tenor: Hyperaktivität als Deckmäntelchen für erziehungsunfähige Eltern und Lehrer. Und es ist so lange noch nicht her, dass auch noch in Blättern wie „Die Zeit“ und im „Spiegel“ tendenziös berichtet wurde. Jetzt geht es darum, das Ganze wieder einzupendeln auf Normalmaß, das fällt uns Deutschen ja besonders schwer.

Dieses Normalmaß könnte heißen:

Die ADS-Kinder sind ein – wenn auch kleiner – Stachel im Fleisch der Gesellschaft. Sie können nichts dazu und sie brauchen unsere Hilfe. So

einfach ist das.

Der nun folgende **zweite Teil der gesellschaftlichen Relevanz** ist mir besonders wichtig.

Ich möchte klar machen, dass wir alle hier, die wir in den Sozialbezügen der Kinder eine Rolle spielen, ob als Eltern, Nachbarn, Erzieherinnen, Lehrer, Freunde unwillentlich und ohne böse Absicht zur Verstärkung des ADS beitragen. Es geht also um **Ursachen und Wirkung**. Solange man nicht weiß, was die Kinder haben, macht man nur Fehler, weil wir sie über Jahre seelisch, geistig und sozial überfordern.

Doch sehen Sie selbst: Bevor ich auf die gesellschaftlichen Zwänge eingehe, möchte ich an ein paar Beispielen zeigen, wie schwer sich ein solches Kind einfügen kann und wie es notwendigerweise anecken muss. Ihm fehlen nämlich auf Grund mancher Defizite wichtige Informationen aus der Umwelt, die es anders und sehr viel mehr selektiv wahrnimmt als altersgemäß entwickelte Kameraden. Es kann sich deshalb auf die Realität nicht verlassen und tut eigentlich nichts anderes, als ständig auszuprobieren, wie etwas reagiert. Zum Beispiel:

- ▮ der heiße Ofen: da fasst es auch zum 5. Mal drauf und öfter, ohne zu lernen, dass das wehtut
- ▮ der Sprung von der hohen Garage auf Nachbars Auto - die Angstbremse fehlt
- ▮ das Kneifen und Zwicken der Freunde, obwohl das doch eigentlich Streicheln bedeuten soll
- ▮ das Befummeln und Auseinandernehmen aller in Reichweite liegenden Sachen ohne den Drang, das wieder zusammen zu setzen

Die vielen Fahrradstürze, weil das Kind nach vorne fährt, aber dauernd nach hinten schaut, um ja nichts zu verpassen. Die vielen kleinen Narben am Körper eines solchen Kindes sprechen eine deutliche Sprache. Und das alles macht es in altersunangemessener Weise. Es ist ein Unterschied, ob es ein Vierjähriger tut, der es noch lernen muss, oder ein Achtjähriger immer noch macht, der es längst wissen müsste.

Wie erlebt nun ein solches Kind seine Umgebung?

Ich habe mal durch die ADS-Brille geschaut und aus drei verschiedenen Blickwinkeln auf die Gesellschaft gesehen:

Zunächst die **Tempogesellschaft**. Bei uns muss alles schnell gehen, jeder ist eilig, niemand hat Zeit, -und die täglichen Mechanismen werden immer komplizierter.

Vor einiger Zeit las ich in einem Gütersloher Geschäft den verballhornten Bibelspruch „Ich will dich jagen bis ins Alter“. Für die weniger Bibelfesten unter Ihnen: „Ich will dich tragen bis ins Alter“ muss es heißen. Diese Persiflage scheint mir den Zeitgeist sehr genau wiederzugeben. Trotzdem können erstaunlich viele Menschen mit dem Tempo umgehen, auch Kinder. Eine Gruppe muss das nicht: Die große Gruppe der Behinderten. Sie haben viele Extraeinrichtungen, in denen auf ihr ureigenes Tempo Rücksicht genommen wird.

ADS-Kinder haben diese Nische nicht. Deshalb fallen sie durch das Temporaster – sie sind nie fertig – finden nichts wieder – lassen alles liegen – verlieren die Hälfte – vergessen alles mögliche – und wenn sie nicht zufällig im Schulbus sitzen, kommen sie nur auf großen Umwegen in die Schule und dann meistens zu spät. Folge: Sie werden ausgelacht, gehänselt, ausgegrenzt.

Der nächste Blick fällt auf die **Betongesellschaft – oder was fehlt unseren Kindern?**

Wir werden immer mehr zugebaut und versiegelt. Natürliche Lebensräume für Kinder werden immer weniger. Wo kann ein Kind heute noch absichtslos - entsprechend seinem natürlichen Bewegungsdrang - gegen eine leere Dose oder einen Ball treten, ohne dass er in der Subkultur der nachbarlichen Gartenzwerg Unfrieden stiftet? Stattdessen packen wir unsere Kinder ins Auto und fahren zum mehrere Kilometer entfernten genormten Spielplatz oder konsumieren für viel Geld die Früchte unserer denaturierten Vergnügungsparks.

Sie kennen das: Dort wird künstlich nachgeholt, was in freier Natur entweder nicht mehr möglich oder nicht erlaubt ist. Ein Kind aber möch-

te gern und hier und jetzt lernen, und ein ADS-Kind besonders, weil es für alles die doppelte und dreifache Zeit braucht, um etwas zu erfahren und zu begreifen.

Es möchte lernen:

- ▮ auf einen Baum klettern und dort ein Haus bauen
- ▮ die Rinde eines Baumes mit den Händen spüren, ist sie rau, glatt, trocken oder rissig
- ▮ durch einen Bach waten, Löcher buddeln und mit Dreck schmeißen
- ▮ durch enge Röhren kriechen sich gegenseitig anmalen, ohne dass Mütter in Ohnmacht fallen

Das gehört alles zum „Weltwissen eines Siebenjährigen“, - illusorisch bei uns. Michel aus Lönneberga hatte wenigstens noch sein Schnitzmesser, um Aggressionen und Fantasie zu kanalisieren. Was Sportmediziner zum Bewegungsmangel bei unseren Kindern denken, das habe ich aus einer Fachzeitschrift herausgeschrieben. Hören Sie sich ein paar Sätze an:

- ▮ „Unsere Kinder hocken sich krumm und dumm.“
- ▮ „Mangelnde Bewegung lässt die Sinne unserer Kinder verkümmern.“
- ▮ „Wir Sportmediziner stehen heute vor dem Paradoxon, das Natürlichste von der Welt verordnen zu müssen, Bewegung.“
- ▮ „Bewegungsstörungen korrespondieren mit einer verzögerten Sprachentwicklung.“
- ▮ „Eine Gesellschaft, welche die Sinnesentfaltung ihrer Kindergeneration nicht fördert, beschneidet zugleich ihre gesamte intellektuelle Kapazität.“

Der dritte Blick geht auf die **Prestigesellschaft**. Heute ist alles machbar, man kann auch alles kaufen, nur keine Intelligenz, die holen wir uns anderswo.

Was der Nachbar kann, das kann ich schon lange. Die Ferienreisen werden immer häufiger. Selten werden Kinder gefragt, ob lange Fahrten im Auto oder im Flugzeug und das fremde Klima gut für sie sind. Was hat unsere „Kultur“ sonst noch zu bieten?

Montags Ballett, Dienstag: Musikschule, Mittwoch: Reiten. Donnerstag: Fußball, und dann jede Menge Nachhilfe. Das sind ja alles ganz wichtige Sachen, wenn man von den Nachhilfestunden einmal absieht, und sie wären ein sinnvoller Ausgleich zu unserer kopflastigen Schule, wenn nicht auch hier wieder gemessen, verglichen und benotet würde, also Leistungsdruck, Zeitdruck, Mitmachenmüssen. Das ADS-Kind hat hier keine Chance, die Prestige-gesellschaft schließt es aus.

Das fängt an beim Ritual der Kindergeburtstage, Albtraum jeder ADS-Mutter. Nicht weil sie den Tag ausrichten muss, sondern sie bekommt das Scherbengericht der anderen Mütter zu spüren:

- | unerzogenes Kind,
- | geht überall dran,
- | hört nicht zu,
- | kann nicht spielen,
- | hat gleich die Hände im Kartoffelsalat,
- | ist dreist.

Das spricht sich rum, bald wird es nicht mehr eingeladen. Und das kann ein Kind sich heute nicht leisten: Es will und muss dazu gehören, also drängt es sich auf, „es schleimt“, wird pampig, macht Versprechungen, die es nicht halten kann, kurz: Es macht sich noch unbeliebter, wird noch mehr gemieden.

Das Gleiche im Sportclub: Der Junge ist Torwart, Linksaußen und Verteidiger in einer Person, er kann noch keine Rolle übernehmen, geschweige denn eine Spielstrategie durchhalten. Er braucht ein hohes Maß an Außensteuerung. Da müsste jetzt jemand sein, der zu ihm sagt: „Du tust jetzt dieses und dann tust du das, und in der nächsten Woche üben wir das in Ruhe noch einmal, und irgendwann schaffst du das“. Stattdessen sitzt er auf der Reservebank, niemand will ihn in seiner Mannschaft haben. Die unfreiwillige Auszeit nutzt er, um den Schiedsrichter anzupöbeln oder sonst welchen Unfug zu machen.

„Wir müssen in diesem Jahr den Pokal holen, such' dir einen anderen Verein!“ Doch dazu ist dem Kind die Lust längst schon vergangen.

Meine Damen und Herren, wenn Sie ein bisschen aufmerksam zugehört

haben, dann müsste Ihnen eigentlich der Hut hochgehen ob der Entwicklung, die ein solches Kind nimmt. Aber ich habe den schlimmsten Verstärker des ADS bisher ganz ausgespart, und zwar unser kognitives Schulsystem. Hier zählen jetzt nicht Charme oder eine gewisse Pfiffigkeit, mit der sich das Kind noch eine Zeit lang die Gunst der Umgebung sichern konnte. Jetzt ist Stillesitzen angesagt, Konzentration, Speichern, selektive Aufmerksamkeit, optische und akustische Differenzierung, Regelverständnis, einen Transfer leisten und sitzen, sitzen, sitzen.

Das Kind möchte es ja jedem gern recht machen. Aber die starke innere Anspannung, und die nicht beherrschbare Unruhe stehen in krassem Gegensatz zu der geordneten Ruhe im Klassenzimmer, die es nicht erträgt: Es fällt vom Stuhl, stößt jemandem das Etui vom Tisch, fummelt hier und fummelt da, ruft in die Klasse - kurz - das ganze Kind ist wie ein Bienenschwarm. Es wird das alles eines Tages nachholen, was es jetzt nicht bringt, aber zu anderen Bedingungen und in einem anderen Tempo als die Kameraden. Im Augenblick hat es wenig, was seine Intelligenz in Leistung umsetzen hilft. Statt dessen fängt es an, den Klassenclown zu spielen, schneidet auf, lügt, lacht, wo andere weinen, zeigt Rohheit statt Mitgefühl.

Es wird isoliert, ausgegrenzt, etikettiert. „Immer Du!“

Wenn in diesem Zusammenhang ein elfjähriges Kind seine Mutter fragt: „Mama, wie kann man sich totmachen, ohne dass es wehtut?“ dann schrillen nicht nur alle Alarmglocken, dann wird auch schlagartig klar, dass dieses Kind erst die Hälfte seiner Pflichtschulzeit hinter sich hat.

Werfen wir zu diesem Zeitpunkt einen Blick auf die Eltern. Sie machen oft den Fehler, dass sie zu lange nicht wahrhaben wollen, dass mit dem Kind etwas nicht stimmt. Sie lassen sich dann zum verlängerten Arm der Schule machen und transportieren den Druck von dort ins Elternhaus. „Der Lehrer sagt: ‚Du kannst, aber du willst nicht‘, also bitte, hol dein Mathebuch!“

Diese Kinder wollen, aber sie können nicht. „Und du willst doch auf

das Gymnasium?!“ Ist das Kind jemals gefragt worden?

Der tägliche Horror der Hausaufgaben und was sich da in den betroffenen Familien abspielt!

Lassen wir das. Hier schweigt des Sängers Höflichkeit.

An dieser Stelle sollten sich Eltern einen Ruck geben und einen Ausgleich schaffen und zu ihrem Kinde stehen:

„Also, du machst heute keine Hausaufgaben, wir machen eine Radtour und nachher basteln wir zusammen. Und morgen gehe ich in die Schule, und wenn der Lehrer meckert, dann nehme ich das auf meine Kappe. - und übermorgen genau so!“ Doch dazu gehört Mut, sich mit der Obrigkeit anzulegen. Hausaufgaben sind ein Teil der Schulpflicht. Und Konsequenz, das durchzuhalten und das Kind vor den Pöbeleien der Mitschüler zu schützen. Doch oft ist bis hierher schon eine Menge Substanz den Bach hinunter und weder Eltern noch Lehrer, geschweige denn das Kind finden aus dem Teufelskreis heraus. Einer schiebt dem anderen das Versagen zu, und das Kind als der „Endverbraucher“ in dieser Kette von Hilflosigkeit ist der Verlierer.

Ein halbwegs gesundes Schulkind hat am Ende seiner Schulzeit auf seinem seelischen Konto ein Sümmchen angelegt in Form von Leistung: „Das habe ich geschafft.“

Und vielleicht noch ein paar Zinsen in Form von Ich-Stärke und Selbstbestimmungswillen: „Ich bin wer!“

Ein ADS-Kind hat auf seinem seelischen Konto nicht nur keine Zinsen, sondern hat ständig von der Substanz gelebt:

„Ich kann nichts!“ und „Ich bin nichts!“

Mir sagte einmal vor vielen Jahren ein hier im norddeutschen Raum bekannter Verhaltenstherapeut: „Für diese Kinder ist Schule eine psychische Folter.“

Die Schüler, egal ob 10 oder 15 Jahre alt, erleben sich als Versager. Sie verarbeiten die fehlende Anerkennung durch Eltern und Lehrer mit einer tiefen Abwertung ihres Selbstwertgefühles. Man kann das auch als programmierten Misserfolg bezeichnen. Da ein Mensch mit einem derart miserablen Selbstwertgefühl

nicht gut überleben kann, entwickelt er Ersatzmechanismen: Verlagerung der psychischen Beschwerden in den körperlichen Bereich: Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Allergien, Asthma, oder er tritt die Flucht in die Fantasiewelt an: Er ist Supermann, Klassenking, Angeber; er leidet an Vermessenheit und Größenwahn. Folge: Streunen, Stehlen, Dissozialität.

Ich habe in 8 Jahren als Jugend-schöffin so manchen ADS-Jugendlichen vor dem Richtertisch erlebt. Die Straffälligkeit unter ihnen ist besonders hoch.

Meine Damen und Herren, was ich Ihnen in der vergangenen halben Stunde zugemutet habe, war ein Konzentrat aus unzähligen Kinderbiographien, aus Berichten ebenso vieler Mütter, die im Laufe von 15 Jahren durch meine Selbsthilfe-Gruppe gegangen sind und natürlich auch eigene Erfahrung. Ich hoffe, dass es mir gelungen ist, Verständnis

für diese Kinder zu wecken und eine Schneise in vorhandene Vorurteile zu schlagen.

Zum Schluß noch der versprochene Nachschlag, ein Dessert sozusagen:

Vor ein paar Jahren hörte ich von dieser Stelle hier den Vortrag eines alten, sehr erfahrenen Pädagogen. Er sprach aus Anlass des 25jährigen Bestehens der Bildungs- und Schulberatung hier im Haus. Am Ende seiner Ausführungen gab er uns die 12 Grundbedürfnisse des Menschen mit auf den Weg. Ich möchte sie Ihnen nicht vorenthalten. Sie werden gleich merken, warum.

1. Stille
2. Krach (aber nur gelegentlich)
3. Bewegung (damit ist nicht der Sportunterricht gemeint)
4. Oben und Unten (nicht hierarchisch, sondern in Räumen, Perspektiven)
5. Risiko (lernen aus riskanten Situationen)

6. Verstecke (sich verbergen können)
7. Gestalten und Verändern
8. Heimat haben, behaust sein (Schulen sind es nicht)
9. Ergebnisse des Handelns müssen gezeigt werden können.
10. Geselligkeit erleben
11. Je mehr online, umso mehr müssen die vier Elemente Feuer, Wasser, Luft und Erde erlebt werden können.
12. Verantwortung übernehmen.

Ich nehme einmal an, dass Ihnen der Zusammenhang zwischen dem heutigen Thema und diesen Grundbedürfnissen nicht entgangen sein wird.

Ich danke Ihnen.



Hochbegabung – Segen oder Sorgen?

Helga Simchen

Kinder und Jugendliche mit Hochbegabung

Erkennen, stärken, fördern – damit Begabung zum Erfolg führt

2005. 168 Seiten mit 48 Abb., davon 11 in Farbe und 5 Tab. Kart.

€ 19,90

ISBN 3-17-018735-X

Schulversagen trotz hoher Intelligenz kombiniert mit Verhaltensauffälligkeiten und geringem Selbstvertrauen – was sind die Ursachen dafür? Dieses Buch gibt Antworten und zeigt, wie betroffenen Kindern und Jugendlichen geholfen werden kann. Es wendet sich an Eltern, Erzieher,

Lehrer und Therapeuten, die mit dieser Problematik konfrontiert werden. Die Autorin verdeutlicht, dass Entwicklungsverzögerungen und psychische Auffälligkeiten nicht nur bei Hochbegabten durch eine frühzeitige Diagnostik besser und gezielter behandelt werden können, damit sie Schullaufbahn und Lebensqualität nicht beeinträchtigen. Dabei steht nicht die Behandlung einzelner Symptome, sondern deren Ursache im Vordergrund. Anhand von zahlreichen Praxisbeispielen wird erläutert, wie sich diese Kinder und Jugendlichen ihrer Fähigkeiten bewusst werden, davon profitieren und ein gutes Selbstwertgefühl entwickeln können.

Die Autorin: **Dr. med. Helga Simchen** ist Kinderärztin, Neuropädiaterin, Kinder- und Jugendpsychiaterin, Psycho- und Verhaltenstherapeutin sowie systemische Familientherapeutin. Nach langjähriger stationärer Tätigkeit an einer Universitätsklinik arbeitet sie seit 1995 in eigener Praxis in Mainz.

www.kohlhammer.de

W. Kohlhammer GmbH · 70549 Stuttgart · Tel. 0711/7863-7280 · Fax 0711/7863-8430

Sie sind noch nicht so lange BV AÜK-Mitglied oder Abonnent?

Sie kennen daher viele interessante und weiterhin aktuelle Beiträge aus unserer Vereinszeitschrift noch nicht?

Dann haben Sie die Möglichkeit, folgende Ausgaben unserer Zeitschrift die **AKZENTE** über die Geschäftsstelle des BV AÜK noch anzufordern:

Aus dem Inhalt:

Nr. 50, 4. Vierteljahr 2000

- Erscheinungsbild und Behandlung: ADS im Erwachsenenalter
- Viel zu viel los im Kopf – Konzentration lässt sich nicht erzwingen
- Annehmen, positiv sehen: Tipps zum Umgang mit ADHD
- Das hässliche Entlein: Biografische Splitter eines Dichterlebens
- Wenn Sie glauben, Sie könnten ADD haben

Nr. 52, 2. Vierteljahr 2001

- Wer ist hier gestört? – Gesellschaftliche Wahrnehmung auffälliger Kinder
- ADHD-Medikation unter der Lupe: Psychosoziale Bedingungen sind zentral
- Was ist drin, wenn DIAGNOSE draufsteht? – nicht zuletzt der Diagnostiker
- Probleme ansprechen, Methoden entwickeln: KEINE Angst vor'm Zappelphilipp
- Nicht selten: Hochbegabung und Aufmerksamkeitsstörungen
- Ähnelt dem ADHD: Das chronische Erschöpfungssyndrom (CFS)

Nr. 53, 3. Vierteljahr 2001

- Nicht ohne sorgfältige Diagnose und umfassendes Behandlungskonzept: Methylphenidat bei ADHD
- Los ging das schon im Säuglingsalter ... Mütter berichten von ungewöhnlichen Kindern
- Gesetzesgrundlagen: Kinder- und Jugendhilfeleistungen unterstützen bei Erziehungsschwierigkeiten
- LRS im Kindergarten? Möglichkeiten der Früherkennung und Prävention
- Ähnelt dem ADHD: Adrenerge und Neuroglucopenische Symptome bei Hypoglykämien
- ADS-Kinder in der Schule: Auffällig aber nicht unmöglich
- Wenn ADS vermutet wird...

Nr. 55/56, 1./2. Vierteljahr 2002

- Zukunftsperspektiven vermitteln! Aktuelle Situation von Kindern mit zentralen Verarbeitungsstörungen
- Die Blicksteuerung bei Kindern mit einem ADS: Wirkung von Ritalin und Trainingsmöglichkeiten
- Schlechte Noten für kluge Schüler
- Hinweise für den Umgang mit ADS-Kindern bei Hausaufgaben und Lernen
- ADHD und Dyslexia und ihr Zusammenhang mit dem Eicosanoidstoffwechsel
- Eine individuelle Förderung für ADS-Kinder –

per Fernunterricht zu Hause. Wie ist das möglich?

- Weiterbildung ist gefragt: Aufmerksamkeits-DefizitSyndrom – Was ist das eigentlich?

Nr. 57, 3. Vierteljahr 2002

- Viele Facetten, viel Diskussion: Tatsache ADHD
- Nicht in der Balance: Regulationsstörungen in der Säuglingszeit
- Förderausschüsse für ADS-Kinder: Umfassende Diagnose wichtig
- Unser Sohn ist ein wunderbarer Mensch! Eltern berichten
- Zusammenspiel: Pharmakotherapie braucht Mitarbeit
- ADHS - die Stärken von Eltern und Kindern entdecken
- Pharmakotherapie und Grundlagen zur Zusammenarbeit von Psychotherapeuten und Ärzten
- Prävention und neue Konzepte in der kinderärztlichen Versorgung könnten Kindern und ihren Eltern frühzeitig helfen
- Prismenbrille bei Legasthenie?
- Hinweise für den Umgang mit ADS-Kindern im Unterricht
- ADHD eine Entwicklungsstörung physiologischer Natur?
- Die Entwicklung der Simultanerfassung bei Rechenschwäche
- Wenn die einfachsten Sachen nicht mehr zu erledigen sind

Nr. 59, 1. Vierteljahr 2003

- Einspruch: Denken und Lernen geht auch anders
- ADHD macht Schule! – mit der richtigen Strategie
- Vermessenheit? Vergleichende Leistungsmessung bei Teilleistungsschwächen
- Superschlau und ADHD – keine leichte Mischung
- Ein Basistraining für ADHS-betroffene Grundschüler
- „Wir wollen Schüler unterrichten, doch es kommen Kinder!“
- Mut fürs Leben mitgeben
- Besteht ein Zusammenhang zwischen Hyperaktivität und Verschiebungen im Mineralstoff- und Spurenelementhaushalt?

Nr. 60, 2. Vierteljahr 2003

- Die große Stärke: Selbsthilfeverbände
- Aufmerksamkeitsdefizitstörung, hyperaktiv, verhaltengestört – oder was?
- Hilfen zur Erziehung: Rechte und Pflichten der Eltern
- Endlich mal eine positive Entwicklung! Erfahrung mit Hausunterricht
- Jonglierpädagogik – ein Medium in der sozialpädagogischen Arbeit
- Sprachfreies Hörtraining – Transfer auf sprachgebundene Lautunterscheidung und Rechtschreibung
- Gute Erfahrungen mit Hausunterricht
- Wenn Kinder Zahlen nicht verstehen

Nr. 62, 4. Vierteljahr 2003

- Sorgfältig diagnostizieren, gezielt behandeln: ADHD bei Erwachsenen
- Orientierung auf einen Blick: Maßnahmenkatalog ADHD
- Ein Hype bei der Bundeswehr
- Löwenmutter oder Träumerin, Dschungelkämpfer oder Einsamer Wolf: Wie ADHS sich bei Frauen und Männern äußert
- Der günstige Einfluss einer standardisierten Eliminationsdiät auf das Verhalten jüngerer Kinder mit ADHD, eine explorative Untersuchung

Nr. 63, 1. Vierteljahr 2004

- Loben, Anerkennung, positive Verstärkung – eine Praktikerversammlung
- Gehören ADHS-Kinder in die Sonderschule?
- „Lehrer machen sich fit!“
- Leben mit ADHD - z. B. Väterzeit! Eine Idee setzt sich durch
- ADHD-Kinder in der Schule
- Über die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Betreuung bei Jugendlichen mit ADHS und Schulverweigerung

Nr. 64/65, 2./3. Vierteljahr 2004

- ADHS-Selbsthilfeverbände bei Weltkongress der Kinderpsychiater
- (K)ein Fall von ADHS? Neuropsychologische Diagnostik
- „Unsere "ADS-Kinder in der Schule" - Resümee einer Lehrerin
- Ein Schwall von Gefühlen: Eltern auf der Suche nach Hilfe
- Diagnostische Probleme bei ADHS
- AD(H)-Problematik – Aspekte von Erziehung und Ernährung
- Eltern wehren sich
- Die Geschichte eines regionalen ADHS-Netzwerkes
- So funktioniert Selbsthilfe

Nr. 66, 4. Vierteljahr 2004

- Teilleistungsschwächen - Neurobiologie der Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörungen
- Wichtiges Therapiemodul - Elterstraining
- Kompetenz gefragt – ADHS und Schule
- Zu wenig bekannt – ADHS bei Jugendlichen
- Methylphenidat – Droge oder Chance?
- Mit ADD leben lernen
- Ergänzende Therapien – Markus macht Judo und ist mit Spaß dabei

Nr. 67/68 1./2. Vierteljahr 2005

- ADHD-Profil-Studie – Ein Bild von ADHS in Deutschland?
- ADS/H – Hermann Hesse, ein beispielhafter Fall?
- Kinder und Jugendliche mit ADHS
- Wahrscheinlichkeit der Vererbung bei ADS/ADHS groß
- Wissen und Einstellungen von Lehrern bei ADHS: eine Fragebogenstudie
- Möglichkeiten der Verhaltensmodifikation durch Sport

Eine Lehrstunde der besonderen Art

Ein Philosophieprofessor eröffnete seine Vorlesung mit folgenden Worten: „Es geht heute um das Thema „Zeitmanagement“ und wir werden dazu ein Experiment machen.“

Er nahm ein Goldfischglas, stellte es auf den Tisch und füllte es mit einigen großen Steinen, bis kein weiterer mehr hineinpasste. Nun blickte er in die Runde und fragte: „Ist das Glas voll?“

Die Studenten antworteten im Chor: „Ja!“ „Wirklich?“

Der Professor nahm eine Schachtel, öffnete sie und kippte vorsichtig Kieselsteine in das Glas und schüttelte es dabei leicht. Der Kies füllte die Zwischenräume zwischen den großen Steinen.

Dann blickte er wieder in die Runde und fragte erneut: „Ist dieses Glas voll?“

Dieses Mal durchschauten die Studenten sein Spielchen. Einer davon antwortete: „Sehr wahrscheinlich nicht!“

„Gut“, antwortete der Professor. Nun nahm er einen Beutel, öffnete ihn und begann behutsam Sand in das Glas zu schütten. Der Sand füllte die Löcher zwischen den Steinen und dem Kies.

Er blickte dann auf seine Gruppe und fragte: „Welche Erkenntnis lässt sich mit diesem Experiment demonstrieren?“

Ein Student, nachdem er über das Thema des Kurses nachge-

dacht hatte, antwortete: „Das beweist, dass auch wenn man glaubt, die Agenda sei vollständig voll, man dennoch immer neue Termine hinzufügen kann, wenn man wirklich will!“

„Nein“, antwortete der Professor, „genau das bedeutet es nicht. Die Erkenntnis, die wir aus diesem Experiment gewinnen können, ist die folgende:

„Wenn man nicht zuallererst die großen Steine in das Glas legt, finden sie später keinen Platz mehr!“

Die Studenten schwiegen und dachten über diese Aussage nach.

Dann fragte der Professor: „Welches sind denn die großen Steine in Eurem Leben? Gesundheit, Familie, Kinder, Freunde, Träume, lernen, lachen, sich verwirklichen...

Oder was ist es für Euch?“

„Macht Euch bewusst, wie wichtig diese großen Steine in Eurem Leben sind! Wenn man sie nicht zuallererst in sein Leben bringt, läuft man Gefahr, unglücklich und unzufrieden zu sein. Wenn man den unbedeutsamen und kleinen Dingen im Leben (also dem Kies oder gar dem Sand) den Vorrang gibt, füllt man sein Leben mit Nichtigkeiten. So wird uns schnell die kostbare Zeit fehlen, uns den wirklich wichtigen Dingen in unserem Leben zu widmen.“

Stephen Covey

Unser Verband

wurde im Jahre 2005

mit insgesamt 25.400,00 €
pauschal und mit 4.500,00 €
Projektmitteln seitens der
Krankenkassen
gefördert:

- AOK Bundesverband
- Barmer Ersatzkasse
- DAK
- Förderpool
„Partner der Selbsthilfe“
- Selbsthilfe-Fördergemeinschaft
der Ersatzkassen

*Wir bedanken uns
für diese Unterstützung!*

Unser NEWSLETTER

ein interner Service
NUR für UNSERE MITGLIEDER.

Möchten auch Sie
aktuell informiert werden?

Dann teilen Sie uns

Ihre eMail-Adresse mit:

newsletter@bv-auek.de



Leserbriefe

Über Leserzuschriften mit Anregungen, Ideen,
Infos aus den Regionen usw. würden wir uns freuen.

Bitte beachten Sie die neue Redaktionsanschrift:
Bundesgeschäftsstelle BV AÜK
Poschinger Str.16
12117 Berlin

die AKZENTE

Nr. 71
erscheint Ende März 2006

Der Redaktionsschluss
ist am 15.02.2006.

Vorstand

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

Kuratorium

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

BUNDESVERBAND

Arbeitskreis

Überaktives

Kind e.V.

AÜK

Bundesgeschäftsstelle
Postfach 410724, 12117 Berlin

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

die AKZENTE

Zeitschrift vom BUNDESVERBAND
ARBEITSKREIS ÜBERAKTIVES KIND E.V.

ISSN 0948-4507

Herausgeber und Verleger
BUNDESVERBAND
ARBEITSKREIS ÜBERAKTIVES KIND e.V.
Postfach 410724, 12117 Berlin
Fon 030/85 60 59 02
Fax 030/85 60 59 70
e-mail: info@bv-auek.de
Internet: www.bv-auek.de

**Redaktionsleitung
und redaktionelle Mitarbeit**
Herta Bürschgens (Leitung)
Detlef Boeing
Margarete Gatzten
Magda Geisler
Renate Meyer
Kornelia Schneidt

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

Die Redaktion freut sich über die Einsendung von Manuskripten. Sie behält sich nach Rücksprache die Kürzung und Bearbeitung von Beiträgen vor.
Für unverlangt eingesandte Manuskripte kann keine Haftung übernommen werden. Die mit dem Verfassernamen gekennzeichneten Beiträge und Leserbriefe geben die Auffassung der Autoren wieder und nicht unbedingt die Meinung des Verbandes. Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, jedoch ohne Gewähr. Die Berichte sind teilweise Erfahrungsgut und sollen der Meinungsbildung dienen.

Anzeigenverwaltung
Bundesgeschäftsstelle BV AÜK
Petra Festini
Poschinger Str. 16
12117 Berlin
Fon 030/85 60 59 02
e-mail: info@bv-auek.de

Layout und DesktopPublishing
Fotografik S. 21, 25, 29, 37, 53, 57
Irene Fischer
Pappelallee 4
10437 Berlin
Fon 030/4 42 20 78
e-mail: fischerdesign@gmx.de

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

die AKZENTE erscheint 4x jährlich

Auflage: 2500 Stück

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

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

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

Redaktionsschluß
jeweils Mitte des Quartals

ADHD-Filmreihe

STÖRFÄLLE? (Teil I) Die viel zu (un)aufmerksamen KINDER

Sie fallen aus der Rolle – sie „passen nicht“ in ihre Umgebung – sie haben motorische Schwierigkeiten, Entwicklungsverzögerungen, Lernprobleme. ADS, ADHD, POS: Mit welchem Namen wir das Phänomen auch benennen – Kinder, die diese Auffälligkeiten zeigen, brauchen unser Verständnis und unsere Hilfe, um nicht in's Abseits zu geraten. Es ist eine Frage der Gerechtigkeit. Wir müssen diesen Kindern GERECHT WERDEN! (Dr. L. Ruf-Bächtiger). Die richtige Einstellung, pädagogische Strategien: Der Film zeigt, wie es gehen kann.

VHS-Video, 55 Min., € 36,00 + VK

STÖRFÄLLE? (Teil II) Chancen und therapeutische Hilfen für ADHD-KINDER

Informieren, trainieren, therapieren:
ADHD ist kein Schicksal, sondern eine Aufgabe, an der man wachsen kann – egal ob als ADHD-Kind oder als Erwachsener in seiner Umgebung. Immer bedeutet es eine Zunahme an elterlicher, erzieherischer, pädagogischer, MENSCHLICHER Kompetenz, wenn wir lernen, mit ADHD umzugehen. Es gibt Wege, die uns offenstehen: Der Film zeigt bewährte Beispiele aus der Praxis, wie Hilfe für ADHD-Kinder aussehen kann.
Für alle, denen das ADHD-Thema auf den Nägeln brennt.

VHS-Video, 65 Min., € 36,00 + VK

STÖRFÄLLE? (Teil III) Frühe Zeichen, frühe Hilfen ADHD-Kinder zwischen Säuglings- und Vorschulalter

In der Balance sein, sich regulieren und steuern zu können, altersgerechte Fähigkeiten zu entwickeln, gelingt nicht allen Kindern gleich gut. Viele Probleme wachsen sich aus, doch manchmal ist ein Handicap im Spiel, mit dem wir rechnen müssen: ADHD.
Auch wenn die Diagnose erst ab Kindergartenalter möglich ist, die Zeichen sind viel früher sichtbar. Kinder, die Probleme machen, HABEN Probleme. Wenn sie unbehandelt bleiben, werden mehr daraus.

VHS-Video, 60 Min., € 36,00 + VK

Produktionen von
widerstein FilmProjekt und Feature's Cut
Konzept und Gestaltung:
Barbara Högl/Stephan Schmidt/Uwe Dieckhoff

Bestelladresse:

BV AÜK, Bundesgeschäftsstelle
Postfach 41 07 24, 12117 Berlin
Fon 0 30/85 60 59 02
Fax 0 30/85 60 59 70
e-mail: info@bv-auek.de



Ab sofort als DVD erhältlich

Achtung:

ein Film € 36,00 + € 4,00 VK
zwei Teile € 60,00 + € 4,00 VK
drei Teile € 90,00 + € 4,00 VK

ADHD? HINSEHEN! am besten FRÜH HELFEN.

die AKZENTE

Zeitschrift vom
BUNDESVERBAND
ARBEITSKREIS ÜBERAKTIVES KIND E.V.



Ich hatte das Glück, in meinen Kindheits- und Knabenjahren unter keinen fremden Erziehungsmeistern - denn die Hauslehrer bedeuteten nach dieser Seite hin sehr wenig – heranzuwachsen, und wenn ich hier noch einmal die Frage stelle »wie wurden wir erzogen«, so muss ich darauf antworten: »Gar nicht und – ausgezeichnet«.

Legt man den Akzent auf die Menge, versteht man unter Erziehung ein fortgesetztes Aufpassen, Ermahnen und Verbessern, ein mit der Gerechtigkeitswaage beständig abgewogenes Lohnen und Strafen, so wurden wir gar nicht erzogen; versteht man aber unter Erziehung nichts weiter als »in guter Sitte ein gutes Beispiel geben« und im übrigen das Bestreben, einen jungen Baum, bei kaum fühlbarer Anfestigung an einen Stab, in reiner Luft frisch, fröhlich und frei aufwachsen zu lassen, so wurden wir ganz wundervoll erzogen.

Und das kam daher: meine Eltern hielten nicht bloß auf Hausanstand, worin sie Muster waren, sie waren auch beide von einer vorbildlichen Gesinnung, die Mutter unbedingt, der Vater mit Einschränkung, aber darin doch auch wieder uneingeschränkt, dass ihm jeder Mensch ein Mensch war. Noch weit über seine Bonhomie hinaus ging seine Humanität.

*Theodor Fontane
Meine Kinderjahre
Kapitel: Wie wir erzogen wurden*

die AKZENTE ist:

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