

Ingrid Deubel

Matrikelnummer 845388

Heubergerhof 8

67292 Kirchheimbolanden

Tel.: (06357) 6315

E-mail: hayhill@aol.com

Masterthesis zum Thema

Chaos und Kontrolle

– Beratung für Erwachsene mit ADS –

Referent: **Dr. Stephan Veit**

Koreferent: **Dr. Tarik Cebecioglu**

erstellt im Rahmen des Masterstudienganges „Beratung und Sozialrecht“

Sommer-Semester 2008

vorgelegt beim Prüfungsamt des Fachbereichs 4 der Fachhochschule Frankfurt am Main
Datum: 10.06.2008

Inhaltsverzeichnis

Seite

A. Einleitung	1
B. Merkmale des ADHS bei Erwachsenen.....	2
I. Diagnostik	6
1. Klassifikationssysteme der ADS-Diagnose	6
2. Diagnostisches Vorgehen.....	12
II. Erklärungsmodelle und Ursachenforschung	15
1. Neurobiologische und genetische Komponenten.....	15
2. Psychosoziale und Umweltfaktoren.....	17
III. Komorbiditäten und Probleme der Differenzierung	19
IV. Facetten des ADHS.....	21
V. Persönliches und soziales Erleben	26
VI. Medikation	29
VII. Expertenstreit	33
C. Beratung, Coaching und Psychotherapie bei ADS	35
I. Aufklärung und Information	36
II. Beratung und Psychoedukation.....	39
1. Medikamente.....	39
2. Problembereiche.....	41
3. Ressourcen	46
III. Selbsthilfe und Training.....	48
IV. Coaching	49
V. Psychotherapeutische Ansätze	52
1. Verhaltenstherapeutisch orientiertes Modell	54
2. Tiefenpsychologisch orientiertes Modell.....	58
3. Paar- und Familientherapie	61
VI. Therapieunterstützende Maßnahmen und „alternative“ Therapien	65
D. Rechtliche Probleme, Integration und Nachteilsausgleich	67
I. Kostenübernahme der Therapie bei Erwachsenen	69
1. Pharmakologische Therapien.....	69
2. Psychotherapeutische Therapien.....	74
II. ADS als Behinderung.....	76
1. Einstufung als Behinderung	81
2. Teilhabe, Eingliederungshilfe und Nachteilsausgleiche.....	89
E. Konflikte zwischen ressourcenorientierter Beratung und dem Kampf um Nachteilsausgleiche	95
 Anhang I: Diagnose-Checkliste Hyperkinetische Störung.....	97
Anhang II: Urteil des LSG Bayern vom 13.06.2006, AZ L 5 KR 93/06.....	99

<u>Abbildungsverzeichnis</u>	Seite
Abbildung 1: Diagnoseschema nach ICD 10	9
Abbildung 2: Diagnoseschema nach DSM-IV	10
Abbildung 3: Ähnlichkeiten der Symptomatik zwischen ADS und Borderline-Störung	21
Abbildung 4.: Am Ende der MTA-Studie als "unauffällig" beurteilte Kinder in %	30
Abbildung 5: Leistungen zur Teilhabe und zuständige Rehabilitationsträger	77
Abbildung 6: Beantragung von Leistungen nach dem SGB IX	80
Abbildung 7: Komponenten der ICF	85
Abbildung 8: Überblick über die ICF	85
Abbildung 9: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF	86
Abbildung 10: Erstes Beurteilungsmerkmal (Ausmaß oder Größe des Problems)	86
Abbildung 11: Was ist das Persönliche Budget?	90

Abkürzungen:

AMG:	Arzneimittelgesetz
AWMF:	Arbeitsgemeinschaft der W issenschaftlichen M edizinischen Fachgesellschaften
BAR:	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BfArM:	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BIBB:	Bundesinstitut für Berufsbildung
BMGS:	Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (bis 2005)
BMG:	Bundesministerium für Gesundheit (seit 2005)
BSG:	Bundessozialgericht
BTMG:	Betäubungsmittelgesetz
DBT:	Dialektisch Behaviourale Therapie
DGPPN:	Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DSM-IV:	vierte Ausgabe des D agnostic and S tatistical M anual of M ental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen)
G-BA:	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV:	gesetzliche Krankenkassenvereinigung
HWS:	Halswirbelsäule
ICD-10:	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; die Internationale Klassifizierung von Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation
ICF:	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation WHO
LSG:	Landessozialgericht
MDK:	medizinischer Dienst der Krankenkassen
MPH:	Methylphenidat
MTA-Studie:	M ultimodal T reatment S tudy of A DHD
Pet-Scans:	Positronen-Emissions-Tomographien
PTSD:	P ost T raumatic S tress D isorder, Posttraumatische Belastungsstörung
SG:	Sozialgericht
SGB:	Sozialgesetzbuch
SGG:	Sozialgerichtsgesetz
TPB:	Trägerübergreifenden Persönlichen Budgets

SPECT:	Single Photon Emission Computed Tomography
VG:	Verwaltungsgericht
WHO:	World Health Organisation, Weltgesundheitsorganisation
WURS:	Wender-Utah-Rating-Skale

Quellenverzeichnis

- 1 Abikoff, Howard B.; Conners, C. Keith; Greenhill, Laurence L.; Hinshaw, Stephen P.; Pelham, William E.; Swanson, James M.: **A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder**. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. Veröffentlicht in: Archives of General Psychiatry 1999 Dec; 56(12); S.1073-86. Gefunden in: <http://clinicaltrials.gov/show/NCT00000388> Abruf am 15.03.2008
- 2 ADHS Deutschland e.V.: <http://www.adhs-deutschland.de/> , Postfach 60, 91291 Forchheim
- 3 ADHS Deutschland e.V.: **Fachbuch 2008 „ADHS heute“**. Nova-Druck Goppert, Nürnberg 2008
- 4 ADHS-Schweiz: **Psychologische ADHS-Therapie**. <http://www.adhs-schweiz.ch/> Abruf am: 15.03.2008
- 5 Aust-Claus, Elisabeth; Claus, Dieter; Hammer, Petra-Marina: **A·D·S Das Erwachsenen-Buch**. ObersteBrink Verlag, Ratingen 2004
- 6 AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften): **ADHS im Erwachsenenalter**. 2003; Link: <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/038-014.htm>, Abruf am 2008-03-29
- 7 Becker, Conny: **Homöopathisch gegen ADHS**. Erstellt am 03.10.2005, Pharmazeutische Zeitung, Berlin, Ausgabe 40/2005; in <http://pharmazeutische-zeitung.de/fileadmin/pza/2005-40/pharm3.htm>, Abruf am 20.04.2008
- 8 Beerwert, Walter: **ADS – das kreative Chaos**. Stuttgart, Kreuz Verlag 2006
- 9 Beerwert, Christine: **Suche dir Menschen, die dir guttun. Coaching für Erwachsene mit ADS**. Kreuz Verlag, Stuttgart 2007
- 10 Beyer, Regina-Maria: **Kognitive und psychosoziale Faktoren bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Lese-**

Rechtschreibstörung. Inaugural – Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg, Oktober 2005

- 11 Brunklaus, Andreas: **Vergleich von Symptomen des Hyperkinetischen Syndroms bei politoxikomanen Patienten in Suchtbehandlung und gesunden Kontrollprobanden.** Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doctor medicinae (Dr. med.) vorgelegt der Medizinischen Fakultät der Charité –Universitätsmedizin Berlin am 20.10.2006; <http://edoc.hu-berlin.de/dissertationen/brunklaus-andreas-2006-01-20/HTML/chapter2.html>, Abruf am 2008-03-30
- 12 Bundesärztekammer: **Stellungnahme zur „Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS)“** vom 26. August 2005
<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/adhslang.pdf>, Abruf am 02.04.2008
- 13 Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen: **Nachteilsausgleiche.** http://www.integrationsaemter.de/webcom/show_lexikon.php/_c-578/_nr-204/i.html, Abruf am 25.05.2008
- 14 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR: **Gemeinsame Empfehlungen.** (in Verb. mit SGB IX § 13) Frankfurt, 2005
- 15 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): Website:
http://www.bfarm.de/cln_030/nn_1199672/DE/BfArM/BfArM-node.html_nnn=true ,
Abruf am 05.05.2008
- 16 Bundesministerium für Arbeit und Soziales: **Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit** im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX). 2008
- 17 Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung: Pressemitteilung vom 27.12.2002 **„Einigung zur Diagnose und Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung“** mit „Eckpunkte der Ergebnisse der vom BMSG durchgeführten interdisziplinären Konsensuskonferenz zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung.
http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_599776/DE/Presse/Pressemitteilungen/Archiv/Presse-BMG-2002/PM-27-12-2002-8967.param=.html_nnn=true Abruf am 01.03.08
- 18 Bundesregierung Deutschland: **Lebenslagen in Deutschland - Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung.** 2008

- 19 Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität e.V. (bv-ah): **Jahrbuch 2006**. Forchheim, 2006
- 20 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA): **AD(H)S – was bedeutet das?** Köln 2006
- 21 Cerrutti, Herbert: **Neuronensterben? Wie das Hirn mit Alter und Alkohol fertig wird**. Neue Zürcher Zeitung NZZ, Folio 03/94 - Thema: Im Gehirn. In <http://www.nzzfolio.ch/www/d80bd71b-b264-4db4-afd0-277884b93470/showarticle/1f5a037f-a0f5-4b20-ab9e-d58d56fce13e.aspx> Abruf am 30.08.2008
- 22 Cebecioglu, Tarik: Arbeitspapier zur Lehrveranstaltung: Recht behinderter Menschen. FH Frankfurt, 2006
- 23 Colla, Michael; Nitz, Caroline; Heel, Sabine: **ADHS im Erwachsenenalter: 100 Fragen - 100 Antworten**. akademos Wissenschaftsverlag, Hamburg 2006
- 24 Davids, E.; Keller-Pließnig A. (Fr.), Gastpar M.: **Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen**: Basisdokumentation im Rahmen einer Multicenteruntersuchung. In http://www.uni-essen.de/ap/html/adhs_1.html Abruf am 30.04.2008
- 25 Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung Landesgruppe Rheinland-Pfalz: **Integrierter Versorgungsvertrag „Aktiv mit allen Sinnen“** (zur interdisziplinäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren bei AD(H)S). http://www.dptv-rlp.de/Aktuelles/Entries/2007/9/19_Integrierte_Versorgung%3A_Neuer_Vertrag_ADHS.html Abruf am 15.05.2008
- 26 Deutscher Bundestag: **Bericht der Bundesregierung über die Situation behinderter und schwerbehinderter Frauen und Männer auf dem Ausbildungsstellenmarkt gemäß § 160 Abs. 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch**. 13. Juli 2005; Abruf am 13.05.2008 <http://dip.bundestag.de/btd/15/059/1505922.pdf>
- 27 Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): **ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit**. WHO- Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen, World Health Organization, Genf Oktober 2005
- 28 Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): **ICD 10. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification -**. Bundesministerium für Gesundheit 2008

- 29 Döpfner, Manfred; Lehmkuhl, Gerd: **Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10/DSM-IV**. Hogrefe, Bern 2005
- 30 Drüe, Gerhild: **ADHS kontrovers - Betroffene Familien im Blickfeld von Fachwelt und Öffentlichkeit**. Kohlhammer 2006
- 31 Ebert, D.; Krause, Johanna; Roth-Sackenheim, Christa: **ADHS im Erwachsenenalter**- Leitlinien auf der Basis eines Expertenkonsensus mit Unterstützung der DGPPN. In: Der Nervenarzt 10 · 2003 S. 939-946
- 32 Eichlseder, Walter: **Unkonzentriert?** Hilfen für hyperaktive Kinder und ihre Eltern. Beltz, Weinheim 2003
- 33 Eissing, Thomas: **Behindertenrecht schnell erfasst**. Springer, Heidelberg 2007
- 34 Elspaß, Heike-Helena: **Persönliche Mitteilung**; Alzey, 14.04.2008
- 35 Fuchs, Harry: Praxiskommentar zu § 2 SGB IX Behinderungsbegriff. 2004 a in: <http://www.sgb-ix-umsetzen.de/index.php/nav/tpc/nid/1/aid/157>, Abruf am 20.05.2008
- 36 Fuchs, Harry: **Vorrang von Leistungen zur Teilhabe – weiter wie bisher oder neuer gesetzlicher Auftrag?** Referat anlässlich der nordischen Sozialrechtstage 9./10.9.2004 b in: <http://www.sgb-ix-umsetzen.de/index.php/nav/tpc/nid/1/aid/495>, Abruf 20.05.2008
- 37 Fuchs, Harry: **Persönliches Budget - Instrument zur Selbstbestimmung und Organisation bedarfsgerechter Leistungen**. Referat im Rahmen der Verdi-Fachtagungin Berlin vom 15.06.2007
- 38 Gemeinsamer Bundesausschuss (GB-A): **Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien)**. 23. August 2001, http://www.soziotherapie.de/pdf/2002-01-01_Richtlinien_Soziotherapie.pdf, Abruf am 20.05.2008
- 39 Gemeinsamer Bundesausschuss (GB-A): **Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie)**. 2004, <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-249/RL-Reha-2007-12-20.pdf>, Abruf am 20.05.2008
- 40 Gemeinsamer Bundesausschuss (GB-A): **Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erteilung von Aufträgen zur Erstellung von Bewertungen an die Expertengruppen Off-Label nach § 1 Abs. 3 des Erlasses über die Einrichtung von Expertengruppen Off-Label nach § 35b Abs. 3 SGB V vom 20. Dezember 2005**. <http://www.g-ba.de/downloads/39-261-281/2005-12-20-AMR9-Off-label-Auftraege.pdf> Abruf am 14.05.08

- 41 Gemeinsamer Bundesausschuss (GB-A): **Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung („Arzneimittel-Richtlinien/AMR“)**. 05.04.2008 a, <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-258/RL-AMR-2008-03-13.pdf> , Abruf am 4.5.08
- 42 Gemeinsamer Bundesausschuss (GB-A): **Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien)**. 21.03.2008 b, <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-255/RL-Psycho-2007-12-20.pdf>, Abruf am 14.05.08
- 43 Hallowell, Edward M.& Ratey, John J.: **Zwanghaft zerstreut. ADD – Die Unfähigkeit, aufmerksam zu sein**. Rowohlt-Verlag, Reinbek bei Hamburg 2002; Erstausgabe 1994
- 44 Hallowell, Edward M.& Ratey, John J.: **Delivered from Distraction**. Ballantine Books, USA 2005
- 45 Hamburger Arbeitskreis: **Leitfaden ADS/ADHS**. Gianni&Meissner, Hamburg, 2004; Hamburger Arbeitskreis ADS/ADHS e.V., Postfach 652240, 22373 Hamburg
- 46 Hartmann, Thom: **Eine andere Art, die Welt zu sehen: ADD**. Schmidt-Römhild-Verlag, Lübeck-Berlin 1997
- 47 Heinemann, Evelyn; Hopf, Hans: **AD(H)S Symptome Psychodynamik Fallbeispiele Psychoanalytische Theorie und Therapie**. Kohlhammer, Stuttgart 2006
- 48 Hesslinger, Bernd; Philipsen, Alexandra; Richter, Harald: **Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter**. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2004
- 49 Höger, Christoph; Banaschewski, Tobias; Specht, Friedrich; Rothenberger, Aribert: **Es gibt Grund zur Sorgfalt, aber keinen Grund zur Sorge**. Elterninformation der Kinder- und Jugendpsychiatrie Göttingen zur aktuellen Diskussion um eine angemessene Therapie von Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörungen. GEORG-AUGUST-UNIVERSITÄT GÖTTINGEN, März 2002. http://www.bv-auek.de/Seiten/Lesecke/ADHSElterninfo_Uni_Goettingen.pdf , Abruf am 14.02.08
- 50 Hörts (Fr. Dr.): leitende Ärztin im Amt für soziale Angelegenheiten Koblenz; **telefonische Auskunft** am 21.04.08
- 51 Hoffmann, Heinrich: **Der Struwwelpeter**. Frankfurt 1845
- 52 Hüther, Gerald & Bonney, Helmut: **Neues vom Zappelphilipp**. Patmos, Düsseldorf 2007
- 53 Jensen, Peter S. et al.: **Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): Implications and Applications for Primary Care Providers**. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics Vol. 22, No. 1, February 2001; zitiert in: <http://www.info-adhs.de/wie-wird-behandelt/multimodaler-ansatz.html>

- 54 Kahl, Kai G.; Puls, Jan H.; Schmid, Gabriele: **Praxishandbuch ADHS**; Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen. Thieme Stuttgart 2007
- 55 Kassenärztliche Bundesvereinigung: **Wirkstoff aktuell: Atomoxetin**.
<http://www.akdae.de/40/Atomoxetin.pdf> Abruf am 14.05.2008
- 56 Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning: **ADHS im Erwachsenenalter**. Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2005
- 57 Kurth, Markus: **Regierung verpasst Behinderungsbegriff nach ICF**. 12.11.2007
<http://www.markus-kurth.de/themen/behinderung/reden/785632.html>; Abruf am 20.05.2008
- 58 Leins, Ulrike: **Train your brain - Neurofeedback für Kinder mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)**. Dissertation der Fakultät für Informations- und Kognitionswissenschaften der Eberhard-Karls-Universität Tübingen, 2004
- 59 Leuzinger-Bohleber, Marianne; Brandl, Yvonne; Hüther, Gerald (Hg): **ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen**. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2006
- 60 Mörtens, Michael; Petzold, Hilarion G.: **Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie**. Matthias-Grünewald, Mainz 2002
- 61 Medice (Arzneimittelhersteller): **ADHS im Erwachsenenalter**.
<http://www.medice.de/therapiefelder/adhs/patienteninformationen/adhs-im-erwachsenenalter> Abruf am 13.05.2008
- 62 Metzler, Heidrun; Meyer, Thomas; Rauscher, Christine; Schäfers, Markus; Wansing, Gudrun: **Begleitung und Auswertung der Erprobung trägerübergreifender Persönlicher Budgets - Abschlussbericht**. Wissenschaftliche Begleitforschung zur Umsetzung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen Juli 2007
- 63 Nasar, Sylvia: **A beautiful Mind – The life of the mathematical genius and Nobel Laureate John Nash**. Simon & Schuster, New York 2002
- 64 Nestmann, Frank; Engel, Frank; Sickendiek, Ursel: **Das Handbuch der Beratung. Ansätze, Methoden und Felder**. dgvt, Tübingen 2004
- 65 Neuhaus, Cordula: **Hyperaktive Jugendliche und ihre Probleme – Erwachsenwerden mit ADS**. Urania-Ravendburger, Berlin 2000
- 66 Neuhaus, Cordula: **Lass mich, doch verlass mich nicht! ADHS und Partnerschaft**. dtv, München 2007

- 67 Neuy-Bartmann, Astrid: **ADHS im Erwachsenenalter**. http://www.adhs-deutschland.de/content.php?abt_ID=1&site_ID=62, 22.01.2008; Abruf am 21.03.2008
- 68 o.V. (gwa): **Homöopathie lindert Zappeligkeit**. Ärztezeitung online 03.08.2007
<http://www.aerztezeitung.de/suchen/?sid=458751&query=zappelin> Abruf am 03.05.08
- 69 Poser, Wolfgang: **Methylphenidat bei hyperkinetischen Störungen: Zweite Indikation berücksichtigen**. Deutsches Ärzteblatt, 7. September 2001, Jg. 98, Heft 36, S. A 2284
- 70 Pütz, Dieter: **ADHS-Ratgeber für Erwachsene**. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2006
- 71 Quester, R.; Rößler, C. -W.; Klug, N.: **Medizinisch-sozialrechtliche Auswirkungen der Neukodifizierung des Sozialgesetzbuches IX**. Aktuelle Neurologie 2003, Heft 4, S. 165-174
- 72 Rösler, Michael; Alm, Barbara; Krämer, Sabine: **ADHS bei Erwachsenen**. Lilly, Bad Homburg 2007
- 73 Ryffel-Rawak, Doris: **ADHS und Partnerschaft - eine Herausforderung**. Huber, Bern 2007
- 74 Sacks, Oliver: **Awakenings**. Rowohlt, Hamburg 1991
- 75 Sacks, Oliver: **Der Mann der seine Frau mit einem Hut verwechselte**. Rowohlt, Hamburg 1996
- 76 Schäfer, Ulrike & Rüther, Eckart: **ADHS im Erwachsenenalter**. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2005
- 77 Schütte, Wolfgang: **Zur Verbindlichkeit des SGB IX**. 9/2003. <http://www.sgb-ix-umsetzen.de/index.php/nav/tpc/nid/1/aid/415>, Abruf 20.05.2008
- 78 Selbsthilfegruppen für ADS, **Zusammenstellung**: http://www.ads-kurse.de/ads_adhs_selbsthilfegruppen.htm Abruf am 12.04.08
- 79 Sendera, Alice & Sendera, Martina: **Skills-Training bei Borderline- und Posttraumatischer Belastungsstörung**. Springer, Wien 2007
- 80 Simchen, Helga: **Was bedeutet ADS/ADHS?** Mainz 2005; <http://www.ads-selbsthilfe.de/ADS-ADHS-Erwachsene-Hochbegabung/default.asp?detail=yes&id=126>
Abruf am 12.03.2008
- 81 Stollhoff, Kirsten; Mahler, Wilhelm; Duscha, Karin: **Hochrisiko ADHS**. Schmidt-Römhild, Lübeck 2002
- 82 Taylor, Eric et al.: **European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade**. Eur Child Adolesc Psychiatry [Suppl 1] 13:I/7–I/30 2004; <http://www.adhs-deutschland.de/pdf/pdf0014.pdf>, Abruf am 15.03.08

- 83 Toussaint, Liona L.-: **Mein Leben mit ADD - chaotic world**. Books on Demand, Norderstedt 2001
- 84 Universität zu Köln: **Training für Studierende mit ADS**. <http://www.ads-projekt.uni-koeln.de/>, Abruf am 12.05.2008
- 85 Veit, Stephan: **Kostenübernahmeantrag MPH bei Erwachsenen**. Worms, 03/2007
- 86 Veit, Stephan: **Persönliche Mitteilung**; Worms, 13.05.2008
- 87 Verband forschender Arzneimittelhersteller: **Zulassungsüberschreitender Einsatz von Medikamenten bei schweren Erkrankungen**. 21.09.2007
<http://www.vfa.de/de/presse/positionen/offlabeluse.html> Abruf am 02.05.2008
- 88 Watzlawick, Paul; Weakland, John H.; Fisch, Richard: **Lösungen - Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels**. Hogrefe, Göttingen 2005
- 89 WDR-Sendung „Quarks“ mit Ranga Yogeshvar: **Was ist los mit dem Zappelphilipp?**
19.02.2008, 21.00 - 21.45 Uhr
http://www.wdr.de/tv/quarks/sendungsbeitraege/2008/0219/002_adhs.jsp Abruf am 15.03.2008
- 90 Weiss, Lynn: **ADS im Job. Wie Sie ADS für sich arbeiten lassen können**. Verlag Brendow 2003
- 91 Welke, Antje: **Das Trägerübergreifende Persönliche Budgets am Ende der Erprobungsphase**. Fachtagung des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V., Berlin Köpenick, 12. bis 14. Nov. 2007
- 92 Welti, Felix: **Drei Jahre SGB IX - Anspruch und Wirklichkeit – Weiterentwicklungsbedarf**. VdK Deutschland e.V., Sozialrecht & Praxis 10/2004, S. 615 – 629
- 93 Welti, Felix: **Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat**. Mohr Siebeck, Tübingen 2005
- 94 Weniger, Thomas: **Krankheitskonstrukte: Zwischen hilfreicher Diagnose und Stigma**. Dtsch. Arztebl. 2004; 101: A 2597–2598 [Heft 39]
- 95 Wikipedia: **Striatum**; 2007. <http://de.wikipedia.org/wiki/Striatum>, Abruf am 3.4.2008
- 96 Winkler, Martin: **Zur Diagnose der ADHS (Teil 1)**. ohne Zeitangabe;
<http://www.adhs.ch/adhs/diagnostik/diagnose1.htm>, Abruf am 2008-03-30
- 97 Wissing, Reinhard: **Off-label-use bei ADHS-Arzneimitteln**. Neue Akzente Nr. 77, S. 26, 2007

A. Einleitung

Die Abkürzung „ADS“ steht hier und im Folgenden für **Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom** bzw. **Aufmerksamkeitsdefizit-Störung**. Aktuell ist das Thema ein Hit in den Medien und wird zunehmend häufiger bearbeitet. Bei Amazon sind dazu momentan etwa 200 Titel gelistet, fast täglich werden es mehr¹.

ADS war und ist in seinen vielfältigen Ausprägungen über die Jahre hinweg mit wechselnden Bezeichnungen wie MCD (minimale cerebrale Dysfunktion), HKS (hyperkinetisches Syndrom), POS (psychoorganisches Syndrom), ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit- & Hyperaktivitäts-Syndrom) und anderen versehen worden. Lange Zeit galten ausschließlich Kinder und Jugendliche als betroffen. Man ging davon aus, die Symptomatik verliere sich mit der Pubertät oder spätestens während der Adoleszenz.

1994 wurde jedoch in einer weltweit beachteten Veröffentlichung² überzeugend die These vertreten, dass der so bezeichnete Symptomkomplex relativ häufig, d.h. bei etwa 30% der Betroffenen, auch im Erwachsenenalter persistiert. Seitdem schlossen sich international immer mehr Wissenschaftler dieser Ansicht an³. Das hat unter anderem zur Folge, dass sowohl die Diagnostik als auch die Therapie von ADS, die sich bisher noch stark an der Symptomatik und den Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen orientiert, für Erwachsene verändert und angepasst werden muss⁴. Diese Entwicklung hat gerade erst begonnen und wird sicher noch über viele Jahre weitergeführt werden müssen, damit betroffenen Erwachsenen vergleichbare unterstützende Angebote gemacht werden können wie Kindern und minderjährigen Jugendlichen.

Da in der Literatur keine einheitliche Nomenklatur herrscht, soll hier im Text als Bezeichnung für die gesamte Symptomatik hauptsächlich die Abkürzung „ADS“, Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (oder auch –Störung), verwendet werden. Da der Begriff „Störung“ vorwiegend negative Konnotationen hat, was bei einer ressourcenorientierten Beratung möglichst vermieden werden soll, steht das „S“ eher für den Begriff „Syndrom“, also dem gleichzeitigen Vorliegen verschiedener Merkmale (Symptome). Das neuerdings häufiger verwendete Kürzel ADHS, d.h. Aufmerksamkeitsdefizit- & Hyperaktivitäts-Syndrom (bzw. –Störung, manchmal auch AD(H)S geschrieben), wird synonym gebraucht, ebenso wie die oben

¹ ADHS Deutschland e.V. 2008, S.3 f

² Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. (2002)

³ Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning (2005)

⁴ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. (2002)

genannten, das gleiche Kernproblem bezeichnenden älteren Begriffe. Der Ausdruck „ADS“ wird deshalb bevorzugt, weil er allgemein bekannt, geläufig und gut akzeptiert ist. Auch spielt die Hyperaktivität, deren „H“ hier weggelassen wird, gegenüber den anderen Leitsymptomen bei den ADS-betroffenen Erwachsenen in der Regel nur noch eine untergeordnete Rolle⁵.

Die fachliche Meinung zum ADS ist nicht einheitlich, es gibt vor allem bezüglich der Genese und der Therapie kontroverse Argumentationen. Die Fachliteratur hat sich fast explosionsartig erweitert, die Menge an zusammengetragenen Material (Daten, Fakten, Aspekte, Hypothesen und Vermutungen) ist verwirrend und kaum noch zu überblicken.

Das Thema wurde ausgewählt, um aus dem vielfältigen Informationsangebot möglichst verlässliche Grundlagen herauszufiltern und zu prüfen, was in der psychosozialen Beratung betroffener Erwachsener relevant und hilfreich sein kann. Besonderes Anliegen ist dabei die Erschließung von Ressourcen mit den KlientInnen durch geeignete beraterische, therapeutische und sozialrechtliche Information und Unterstützung.

B. Merkmale des ADHS bei Erwachsenen

ADS beginnt immer in der Kindheit⁶. Einige, mehrere oder auch alle Symptome können beim Erwachsenen bestehen bleiben, meist aber in veränderter Ausprägung. Nach unterschiedlichen Schätzungen und Verlaufsstudien kann das bei bis zu 80% der Betroffenen der Fall sein. Die Problematik ist häufig. Im Mittel werden 4–5% der Kinder und 2-3% der Erwachsenen als betroffen angesehen⁷. Je nach Ausprägung und Intensität kann ADS zu psychischen und sozialen bis hin zu forensisch relevanten Beeinträchtigungen mit Krankheitswert führen⁸. ADS ist außerdem ein Risikofaktor für eine große Zahl von komorbiden anderen psychischen Störungen, z.B. von Suchterkrankungen, affektiven Störungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen⁹.

⁵ Schäfer, Ulrike & Rüther, Eckart 2005, S. 12

⁶ AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften): ADHS im Erwachsenenalter. <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/038-014.htm>, Abruf am 29.03.2008

⁷ Colla, Michael; Nitz, Caroline; Heel, Sabine 2006, S. 6

⁸ AWMF, s.o.

⁹ AWMF s.o.

Definiert wird ADS durch 3 Kernsymptome¹⁰ mit Beginn vor dem Schulalter:

- Aufmerksamkeitsschwankungen, Ablenkbarkeit, d.h. zeitweise Unfähigkeit zur Konzentration auf meist vorgegebene Themen/Objekte, die den Betroffenen gerade nicht besonders interessieren und/oder langweilen.
- Mangelnde Impulskontrolle, Affektinkontinenz, d.h. unkontrollierte, oft emotionale, zum Teil auch aggressive oder gewalttätige Ausbrüche, besonders bei Ärger, Frustration, Langeweile oder ähnlichem.
- Hyperaktivität in altersspezifischer Form¹¹. Der enorme Bewegungsdrang auf hohem Energielevel, früher das Leitsymptom des ADHS schlechthin, scheint bei den erwachsenen Betroffenen meist zu fehlen. Von manchen wird sie erfolgreich unterdrückt bzw. „angepasst“ ausagiert¹², z.B. durch lautloses Fingertrommeln, Schaukeln, durch Bewegungen des Körpers oder von Körperbereichen mit kleiner bzw. kleinster Amplitude. Andere, häufig Mädchen und Frauen, empfinden stattdessen, parallel dazu oder im Wechsel mit hyperaktiven Episoden einen unwiderstehlichen Drang zum „Tagträumen“. Sie wurden und werden daher diagnostisch oft übersehen.

Diese Kernsymptome, die wohl die meisten Menschen zumindest teilweise und in bestimmten Situationen schon einmal bei sich selbst entdeckt haben, sind für ADS jedoch nicht alleine bestimmend. Für die folgende Auflistung von Problembereichen, Symptomen und allgemeinen Merkmalen des ADS bei Erwachsenen wurden 2 Quellen wegen ihrer Vollständigkeit ausgewählt, allerdings liefert die Mehrheit der Autoren ähnliche bis identische Beschreibungen der Symptomatiken.

Durch die Kernproblematik verursachte bzw. sie begleitende Symptome, Probleme, Eigenschaften und Verhaltensweisen¹³

- *Leistungsschwäche, Leistungsstörungen*, „Underachievement“: Betroffene bleiben in dem, was sie erreichen, oft weit hinter ihrem möglichen Potential zurück. Trotz hoher Intelligenz und Kreativität kann nur mit größter Anstrengung ein mittleres Leistungsniveau gehalten werden.

¹⁰ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. (2002+2005); Krause, J. & Krause, K.-H. (2005)

¹¹ Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning 2005, S. 58ff

¹² Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2005, S. 20ff

¹³ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2002; Erstausgabe 1994, S. 295ff

Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2005, S.3ff

- *hochgradige Ablenkbarkeit*, „Abschalten“, „Wegträumen“, „Wegbeamten“, extreme (Nach-)Lässigkeit, oft gepaart mit der Fähigkeit,
- ...die Konzentration in bestimmten Situationen außerordentlich zu fokussieren (*hyperfokussieren*), dabei phasenweise auf sehr hohem geistigen und/oder physischen Energielevel
- *Impulsivität, unüberlegte Spontaneität* (beim Einkaufen, bei Beziehungen, bei Arbeitsverhältnissen...)
- *Organisationsprobleme*
- *geringe Frustrationstoleranz*
- *geringe bis keine Toleranz gegenüber Langeweile*
- *Schwierigkeiten, vorausschauend zu planen*
- *extreme Vergesslichkeit*, manchmal aber exakte Detailerinnerung (oft irrelevanter Ereignisse)
- viele Projekte werden parallel begonnen, wenige beendet
- *häufiges Bedürfnis nach hochgradiger Stimulation*
- *Fehler werden viele Male wiederholt* ohne Lerneffekt
- *Stimmungslabilität*, starke Stimmungsschwankungen, aber qualitativ anders ausgeprägt (mehr oder weniger deutlich) als bei bipolarer Störung
- *ausgeprägtes Unsicherheitsgefühl*
- *Selbstwertprobleme*, Gefühle der Unzulänglichkeit
- *Probleme mit Regelmäßigkeit, Disziplin, Pünktlichkeit*, oft als Folge der vorhergehenden Symptome
- *chronisches „Aufschieben“* von Aufgaben und Pflichten („*Prokrastination*“), unbewusstes „Trödeln“, manchmal im abrupten Wechsel mit plötzlichen und unüberlegten „jetzt-oder-nie“-Aktionen
- Tendenz, den *Zeitbedarf* einer Aufgabe oder eines Weges zu *unterschätzen*
- ungewollte „*Taktlosigkeiten*“, häufiges „ins Fettnäpfchen treten“, unpassende Äußerungen ohne Absicht und ohne Erkennen der Wirkung
- *schlechte Selbsteinschätzung*, kann seine/ihre Wirkung auf andere nicht beurteilen
- *wenig Hemmung und Kontrolle* im Vergleich zu anderen
- *familiär gehäuftes Auftreten von ADS*, bipolarer Störung, Suchterkrankungen, cholerischem Verhalten, Launenhaftigkeit

- *Beziehungsprobleme:* Kommunikationsschwierigkeiten, Auseinandersetzungen, Streit (nicht selten gefährlich eskalierend) mit Partnern, Familie, Freunden, KollegInnen, Vorgesetzten
- *finanzielle Schwierigkeiten:* Betroffene können oft schlecht mit Geld umgehen, haben Abneigung gegen Planung und Einteilung, tätigen Spontankäufe, geben unüberlegt Geld aus, vergessen wichtige Zahlungen (Mahngebühren!) etc.
- *suchthafes Verhalten* mit und ohne Substanzmissbrauch: Betroffene benutzen stimulierende Aktivitäten (Glücksspiel, Extremsport, Sex etc.) oder Substanzen (Alkohol, Koffein, illegale Drogen) zur Konzentrationssteigerung, quasi als Versuch der Selbstmedikation
- „Chaos“: *Desorganisation* in verschiedenen Lebensbereichen
- *ständiges Sorgen und Grübeln* über „Scheinprobleme“, während echte Gefahren unbeachtet bleiben
- *originelle*, oft etwas „seltsame“ *Art die Welt zu betrachten*
- *Hang zum Nonkonformisten*, „Freak“ oder Einzelgänger
- oft *große Hilfsbereitschaft* bei geringer Neigung, selbst Hilfe zu suchen bzw. anzunehmen
- *naive Großherzigkeit*, die zu weit gehen kann
- nicht selten hohe *Kreativität, Intuition, Intelligenz* (kein Symptom, gehört aber oft zum Erscheinungsbild des ADS), gewisse „Brillanz“, die auffällt, aber kaum stabilisiert werden kann.

Die hier aufgezählten Punkte treten bei ADS natürlich nicht generell und schon gar nicht immer gemeinsam auf. Auch können ähnliche und extreme Symptomkonstellationen Ausdruck anderer Problematiken sein, weshalb eine fachlich fundierte, intensive und gewissenhafte Diagnostik zwingend notwendig ist¹⁴.

¹⁴ Aust-Claus, Elisabeth; Claus, Dieter; Hammer, Petra-Marina 2004, S.130 ff. Pütz, Dieter 2006, S.14; S. 21

I. Diagnostik

ADHS ist von der WHO (World Health Organisation) als Krankheit anerkannt, was impliziert, dass die Diagnosestellung nach definierten Kriterien zu erfolgen hat¹⁵. Die Diagnostik ist komplex und aufwändig, erfahrene Fachleute für die Erwachsenenproblematik sind noch selten, für Betroffene schwer zu finden und oft erst nach langen Wartezeiten zu erreichen. Die für die Diagnose relevanten Klassifikationssysteme ICD-10¹⁶ bzw. DSM-IV¹⁷ erschweren die Erwachsenenendiagnostik zusätzlich, denn leider gelten weiterhin auch für Erwachsene unverändert die diagnostischen Kriterien für Kinder. Nachdem das Spektrum der ADS-Betroffenen auf Erwachsene ausgedehnt wurde, sind bisher weder im DSM-IV noch in der ICD-10 die Diagnosekriterien erwachsenenspezifisch angepasst oder verändert worden¹⁸.

Diese Kriterien unterscheiden sich geringgradig je nach Klassifikationsschema (ICD-10 oder DSM-IV), in den wichtigen Punkten stimmen jedoch beide Klassifikationssysteme überein.

1. Klassifikationssysteme der ADS-Diagnose

Symptomkriterien der hyperkinetischen Störung nach ICD-10 und der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV¹⁹:

{ } = nur DSM-IV; [] = nur ICD-10

Unaufmerksamkeit

- Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten.
- Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten.
- Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn ansprechen.

¹⁵ Rösler, Michael; Alm, Barbara; Krämer, Sabine 2007 S.19 (Rösler, Michael: Wie wird ADHS bei Erwachsenen diagnostiziert? S. 19-26) sowie S.52

¹⁶ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale Klassifizierung von Krankheiten) der Weltgesundheitsorganisation

¹⁷ vierte Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen)

¹⁸ Ebert, D.; Krause, Johanna; Roth-Sackenheim, Christa; S. 940

¹⁹ nach Beyer, Regina-Maria, S. 7ff ; Brunklaus, Andreas, S.13ff

- Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund von oppositionellem Verhalten oder Verständnisschwierigkeiten).
- Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.
- Vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die längerandauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben).
- Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug).
- Lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken.
- Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.

Hyperaktivität

- Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.
- Steht {häufig} in der Klasse oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzen bleiben erwartet wird.
- Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben).
- Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen. {Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er „getrieben.“} [Zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Aufforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist.]

Impulsivität

- Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.
- Kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist [bei Spielen oder in Gruppensituationen].
- Unterbricht und stört andere häufig (platzt z.B. in Gespräche oder in Spiele anderer hinein).
- Redet häufig übermäßig viel [ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren]. {In DSM-IV unter Hyperaktivität subsumiert.}

Beide Systeme setzen voraus, dass:

- die Störung vor dem siebten Lebensjahr begonnen hat
- eine Beeinträchtigung in mindestens zwei oder mehr Lebensbereichen besteht (z.B. zu Haus, am Arbeitsplatz, im Freizeitbereich)
- die Symptome ein deutliches Leiden oder Beeinträchtigungen der sozialen, familiären oder beruflichen Funktionsfähigkeit verursachen
- die Störung nicht die Kriterien anderer schwerwiegender Psychopathologien erfüllt oder durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden kann.

Definitionen wie „viel“, „häufig“, „oft“, von Kritikern²⁰ als unklar und subjektiv bewertet, bezeichnen eine deutlich erkennbare und ausgeprägte Abweichung vom Mittel der Alterskohorte.

Nach **ICD-10** wird in den Kategorien F90.0, F90.1 und F98.8 unterschieden zwischen:

- Einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0): Für die Diagnose einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) muss folgendes situationsübergreifend (in mindestens zwei Lebensbereichen) zutreffen:
 - eine ausgeprägte Aufmerksamkeitsstörung muss durch 6 von 9 Symptomkriterien belegt werden
 - eine Überaktivität ist durch 3 von 5 Symptomkriterien zu belegen
 - eine Impulsivität ist durch eines von vier Symptomkriterien zu bestätigen.
- Einer Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F90.1): Für die Diagnose einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F90.1) müssen sowohl die Kriterien einer hyperkinetischen Störung als auch die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt sein²¹.
- Einer Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität: Diese fällt in die Kategorie F98.8, „Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“, gemeinsam mit Daumenlutschen, Exzessiver Masturbation, Nägelkauen und Nasebohren²².

²⁰ WDR-Sendung „Quarks“ 2008. vgl. auch: Riedesser, Peter in: Leuzinger-Bohleber, Marianne; Brandl, Yvonne; Hüther, Gerald (Hg) 2006, S. 114

²¹ Siehe Anhang I, nach Döpfner, Manfred; Lehmkuhl, Gerd

²² ICD10 Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 2008

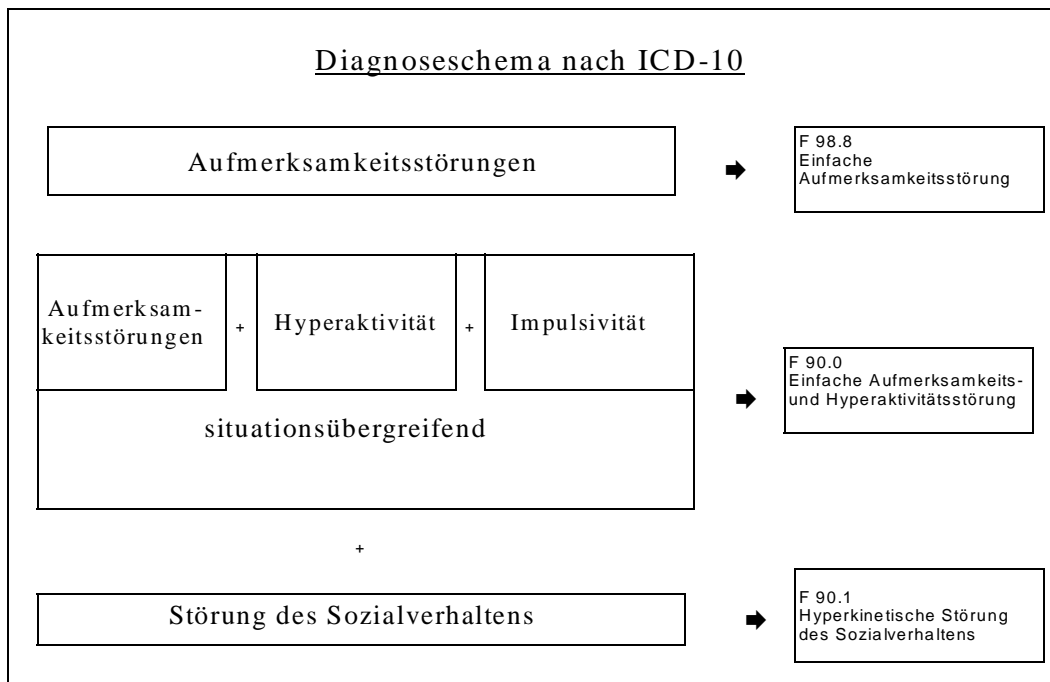


Abbildung 1: Diagnoseschema nach ICD 10²³

Im **DSM-IV** sind die Kategorien Hyperaktivität und Impulsivität zu einem Komplex zusammengefasst. Es werden *drei Subtypen* einer Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung unterschieden:

- Der *Mischtyp* liegt vor, wenn mindestens 6 von 9 Symptomkriterien der Kategorie Unaufmerksamkeit sowie mindestens 6 von 9 Symptomkriterien der Kategorie Hyperaktivität/Impulsivität erfüllt sind.
- Der *vorwiegend unaufmerksame Typ* weist mindestens 6 Symptomkriterien einer Aufmerksamkeitsstörung auf, wohingegen Hyperaktivität und Impulsivität nicht oder nicht hinreichend stark ausgebildet sind.
- Der *vorwiegend hyperaktiv-impulsive Typ* weist mindestens 6 Symptomkriterien für Hyperaktivität und Impulsivität auf, wohingegen eine Aufmerksamkeitsstörung nicht oder nicht hinreichend stark ausgebildet ist.

²³ nach Döpfner et. al. zit. bei Beyer, Regina-Maria 2005, S. 11

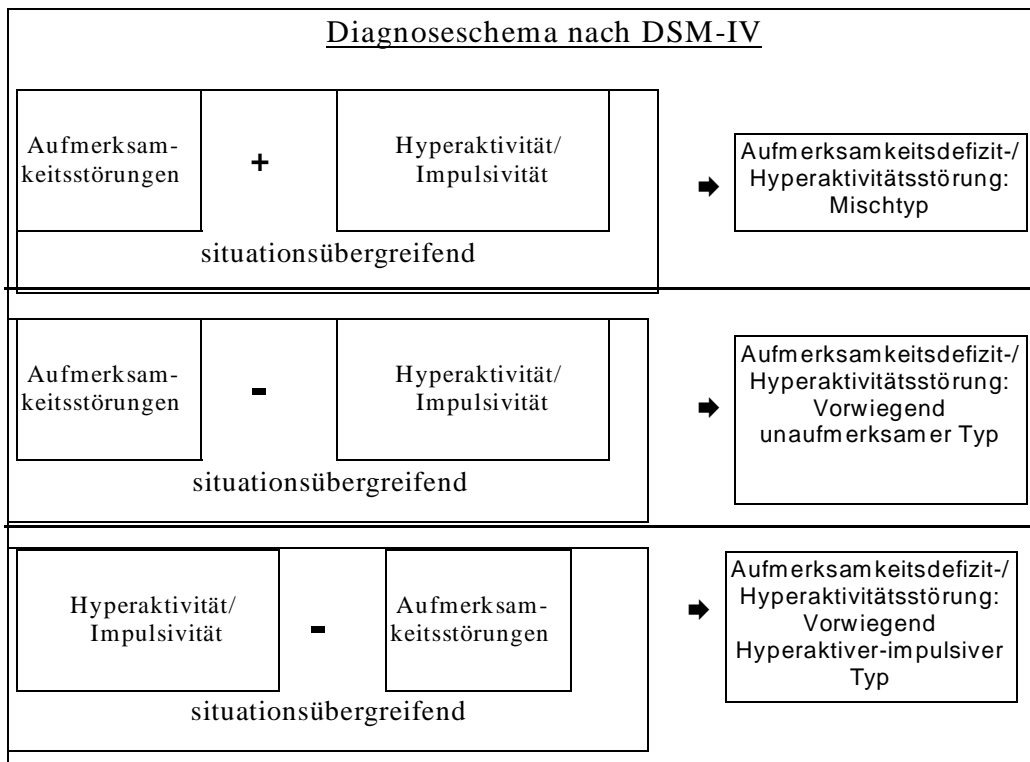


Abbildung 2: Diagnoseschema nach DSM-IV²⁴

Ein weiteres Diagnoseschema²⁵, die amerikanische „**Wender-Utah-Rating-Skale**“ (WURS), bezieht sich speziell auf ADS bei Erwachsenen. Sie wird neben ICD 10²⁶ und DSM IV in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) als Diagnoseschema empfohlen²⁷.

Wender-Utah-Kriterien der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter²⁸

Für eine sichere Diagnose im Erwachsenenalter werden sowohl Aufmerksamkeitsschwäche als auch Hyperaktivität sowie mindestens zwei der unter c-g aufgeführten Symptome verlangt.

a) Aufmerksamkeitsschwäche:

- Probleme, Gespräche aufmerksam zu verfolgen;
- erhöhte Ablenkbarkeit (andere Stimuli können nicht ausgeblendet werden);

²⁴ nach Döpfner et. al. zit. bei Beyer, Regina-Maria 2005, S. 11

²⁵ Wender, Ph. (1995) zit. in Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning (2005) S.201ff

²⁶ Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 2008

²⁷ AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) (2008)

²⁸ in Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning (2005) S.201ff

- Schwierigkeiten, sich auf schriftliche Dinge oder Aufgaben zu konzentrieren;
- Vergesslichkeit;
- häufiges Verlieren oder Verlegen von Gegenständen wie Autoschlüssel, Geldbeutel oder der Brieftasche.

b) Motorische Hyperaktivität:

- Gefühl innerer Unruhe,
- Unfähigkeit, sich zu entspannen, „Nervosität“ (nicht ausgelöst durch Angst),
- Unfähigkeit, sitzende Tätigkeiten durchzuhalten, z. B. am Tisch still sitzen, Spielfilme im Fernsehen ansehen, Zeitung lesen. Stets „auf dem Sprung“ sein; dysphorische Stimmungslagen bei Inaktivität.

c) Affektlabilität:

- Besteht gewöhnlich schon vor der Adoleszenz, gelegentlich schon so lange, wie sich der Betroffene erinnern kann. Gekennzeichnet durch einen Wechsel zwischen normaler und niedergeschlagener Stimmung sowie leichter Erregung. Die niedergeschlagene Stimmung wird vom Patienten häufig als Unzufriedenheit oder Langeweile beschrieben. Die Stimmungswechsel dauern Stunden bis maximal einige Tage (hat das Verhalten bereits zu ernsthaften oder anhaltenden Schwierigkeiten geführt, können sie sich ausdehnen). Im Gegensatz zur „major depression“ (endogene Depression) finden sich kein ausgeprägter Interessenverlust oder somatische Begleiterscheinungen. Die Stimmungswechsel sind meist reaktiv, d.h. die auslösenden Ereignisse können zurückverfolgt werden. Gelegentlich kommen sie aber auch spontan.

d) Desorganisiertes Verhalten:

- Aktivitäten werden unzureichend geplant und organisiert. Gewöhnlich besteht diese Desorganisation in Zusammenhang mit der Arbeit, der Haushaltsführung und/oder mit sonstigen Aufgaben.
- Projekte werden häufig nicht zu Ende gebracht; die Betroffenen wechseln planlos von einer Aufgabe zur nächsten und lassen eine gewisse Beständigkeit vermissen.
- Unsystematische Problemlösestrategien
- Schwierigkeiten in der zeitlichen Organisation; Unfähigkeit, Zeitpläne oder Termine einzuhalten.

e) Affektkontrolle:

Betroffene (und Partner) berichten von

- andauernder Reizbarkeit, auch aus geringem Anlass,
- verminderter Frustrationstoleranz und Wutausbrüchen. Gewöhnlich sind die Wutanfälle nur von kurzer Dauer.
- erhöhte Reizbarkeit im Straßenverkehr, im Umgang mit anderen Verkehrsteilnehmern.
- Die mangelhafte Affektkontrolle wirkt sich nachteilig auf Beziehungen zu Mitmenschen aus.

f) Impulsivität:

Einfache Formen hiervon sind

- Dazwischenreden,
- Unterbrechen anderer im Gespräch,
- Ungeduld,
- impulsiv getätigte Einkäufe,
- Unvermögen, Handlungen langsam und stetig zu vollziehen, ohne dabei Unwohlsein zu empfinden.

g) Emotionale Überreaktion:

- Unvermögen, adäquat mit alltäglichen Stressfaktoren umzugehen,
- überschießende oder ängstlich Reaktionen,
- häufig schnell „belästigt“ oder gestresst.

2. Diagnostisches Vorgehen

Die weiteren Angaben in diesem Kapitel beziehen sich fast ausschließlich auf die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)²⁹.

Die Diagnose einer ADHS wird hauptsächlich aufgrund von Interviews mit den Betroffenen gestellt. Dabei bzw. parallel dazu soll auch eine gründliche medizinische und psychiatrische Befunderhebung erfolgen, wobei besonders geachtet werden muss auf:

²⁹ Ebert, D.; Krause, Johanna; Roth-Sackenheim, Christa (2003) S.940

Psychische/psychiatrische Erkrankungen oder Probleme

- Substanzmissbrauch, -abhängigkeit
- Persönlichkeitsstörungen (vor allem dissozial, impulsiv bzw. emotional-instabil, ängstlich-selbstunsicher)
- Affektive Störungen (Depression oder Manie)
- Angststörungen
- Tic-Störungen, einschließlich Tourette-Störung
- Teilleistungsstörungen (z.B. Legasthenie, Dyskalkulie)
- Schlafstörungen

organisch-psychische Erkrankungen oder Probleme

- Internistische und neurologische Grunderkrankungen wie Schilddrüsenerkrankungen, Anfallsleiden, Schädel-Hirntrauma, Schlafstörungen wie Narkolepsie, Schlafapnoe-Syndrom, Restless legs-Syndrom
- Medikamentöse Behandlungen, die ADS-ähnliche Beschwerden verursachen können, z.B. mit: Barbituraten, Antihistaminika, Theophyllin, Sympathikomimetika, Steroide, Neuroleptika, andere Psychopharmaka.
- Gebrauch psychotroper Substanzen.

Immer zu erfragen sind ADHS-spezifische Charakteristika:

- Körperliche und intellektuelle Entwicklungsanamnese.
- Derzeitige und früher aufgetretene Symptome der ADHS (möglicherweise mit Symptomchecklisten oder Fragebögen mit den genannten Diagnosekriterien).
- Manifestation und Entwicklung der ADHS-Symptome:
frühere und aktuelle Probleme in den Bereichen Schule/Studium, Ausbildungs- oder Arbeitsplatz, Familie, Freunde/ Beziehungen/ Freizeitverhalten. Schulischer Werdegang mit Beurteilungen aus der Schulzeit, – falls verfügbar; Zeugnisse über Lern-, Leistungs- und Sozialverhalten in der Schule; falls vorhanden frühere Testuntersuchungen, Abschlusszeugnisse, Beurteilungen, z.B. aus der Ausbildung, aus Praktika oder ähnliches.

- Familienanamnese bezüglich ADHS, Tic-Störungen, Substanzmissbrauch, Verhaltensstörungen, Persönlichkeitsstörungen, affektiven Störungen, Angststörungen, Entwicklungs- und Teilleistungsstörungen.

Körperliche Untersuchung und somatische Zusatzdiagnostik

Ein internistischer und neurologischer Befund müssen erhoben werden. Es wird als Zusatzdiagnostik eine Schilddrüsenuntersuchung und die Durchführung eines EEGs empfohlen. Ergeben sich dabei Hinweise auf eine organische Erkrankung, sind weiterführende Untersuchungen durchzuführen.

Interviews mit wichtigen Bezugspersonen und/oder Eltern

Da ADS-Betroffene eine schlechte Selbsteinschätzung haben und auch relevante Ereignisse häufig vergessen, sollten Interviews nicht nur mit den Betroffenen, sondern wenn irgend möglich immer auch mit weiteren Personen des Umfelds, also mit PartnerInnen, weiteren Familienmitgliedern, FreundInnen oder möglicherweise auch gut befreundeten KollegInnen zur aktuellen und zur früheren Symptomatik durchgeführt werden. Es sollten die gleichen Inhalte wie beim Interview mit dem Betroffenen selbst abgefragt werden. Es wird empfohlen, von aktuellen Bezugspersonen zusätzlich standardisierte Beurteilungsfragebögen ausfüllen zu lassen.

Testpsychologische Untersuchungen

Eine Diagnosestellung aufgrund von Tests ist nicht möglich; testpsychologische Untersuchungen können aber sinnvoll zur Sicherung der Diagnose beitragen und auch zur Planung und Überprüfung einer Therapie eingesetzt werden.

Folgende testpsychologische Untersuchungen werden vorgeschlagen:

- IQ-Messung,
- neuropsychologische Tests zu Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionen,
- Tests für spezielle Begabungen im Einzelfall
- Tests für Teilleistungsstörungen im Einzelfall, zur Komplettierung der Diagnostik

Um das Kapitel Diagnostik zu beschließen: Nicht jeder hat ADS, der ab und an ein oder auch mehrere Symptome bei sich entdeckt. Und nicht jeder, der ADS hat, ist dadurch in seinem Leben eingeschränkt oder behandlungsbedürftig. ADS ist

keine kategoriale Diagnose nach dem entweder/oder-Prinzip, sondern eine dimensionale³⁰. Bei geringer Symptomatik und/oder gutem Coping werden sich wahrscheinlich kaum gravierende Probleme ergeben. Je vielfältiger und ausgeprägter aber die Symptome sind, bei möglicherweise schwierigen Kontextbedingungen und geringer Problemlösekompetenz, desto dramatischer kann ADS den individuellen Lebensverlauf beeinträchtigen.

II. Erklärungsmodelle und Ursachenforschung

Die Diskussion darüber, ob es ADS überhaupt gibt, was es denn nun genau ist und wie es dazu kommen konnte, schlägt manchmal hohe Wellen und bringt Betroffene einmal mehr in Konflikte. Ganz gleich, wie sie mit ihrem ADS umgehen, Kritiker sind niemals weit weg. Da die Mehrheit der Autoren³¹ heute die Auffassung vertritt, dass es sich bei ADS um eine multifaktorielle Problematik handelt, sollen im Folgenden die wichtigsten Determinanten erörtert werden.

1. Neurobiologische und genetische Komponenten

Die Erforschung der neurobiologischen Grundlagen³² des ADS setzte erst in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts ein, obwohl schon viel früher hirnorganische Ursachen gemutmaß wurden, was an den „alten“ Bezeichnungen wie „MCD“ (minimale cerebrale Dysfunktion) oder POS (psycho-organisches Syndrom) deutlich wird. Viele Wissenschaftler³³ gehen aus von einem im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung veränderten Zusammenspiel der Neurotransmitter Dopamin, Noradrenalin und Serotonin, wahrscheinlich auch Adrenalin und Glutamat³⁴. Es wird als weitgehend gesichert angesehen, dass bei der Reizübertragung an den Synapsen die neuronale Signalübertragung durch einen relativen Dopaminmangel im zwischensynaptischen Spalt beeinträchtigt ist, verursacht durch raschen und verstärkten Rücktransport des Dopamin in die Zelle.

³⁰ Aust-Claus, Elisabeth; Claus, Dieter; Hammer, Petra-Marina 2004, S. 82ff

³¹ um nur einige zu nennen: Hamburger Arbeitskreis 2004, S.20ff. Colla, Michael; Nitz, Caroline; Heel, Sabine 2006, S.25ff; Pütz, Dieter 2006 S.27ff; Schäfer, Ulrike & Rüther, Eckart 2005, S.41ff; Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2002, S.399ff

³² Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning 2005, S. 15 ff

³³ ebd., S.13ff. Colla, Michael; Nitz, Caroline; Heel, Sabine 2006, S. 25ff

³⁴ Pütz, Dieter 2006, S. 33-34

PET-Scans (Positronen-Emissions-Tomographien) von ADS-Betroffenen weisen im Vergleich zu Nichtbetroffenen eine deutlich höhere Dopamintransporter-Dichte³⁵ auf. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass Nikotin auf die Dopamintransporter eine blockierende Wirkung hat, ähnlich wie Stimulantien, die zur ADS-Medikation eingesetzt werden. Man kann davon ausgehen, dass Nikotingebrauch bei Betroffenen nicht selten eine Art Selbstmedikationsversuch darstellt, um ihren mentalen Zustand zu verbessern. Die untersuchten Personen stellten ihren Nikotinkonsum spontan ein, sobald sich beim Rauchen ihre Dopamintransporter-Dichte etwa auf das Durchschnittsmaß reduziert hatte. Manche Personen konsumierten dazu sehr wenige, andere wesentlich mehr Zigaretten. Dopamin spielt eine wichtige Rolle bei der gezielten und kontrollierten Hemmung von Handlungsimpulsen³⁶. Da das Zusammenspiel der Neurotransmitter eng miteinander verknüpft ist, geht man davon aus, dass die Noradrenalin- und Serotonin-gesteuerten Funktionen ebenfalls betroffen sind. Noradrenalin beeinflusst die Modulierung der Aufmerksamkeit, Störungen im Serotonin-Regelkreis können aggressives Verhalten, Depressionen, Angst- und Zwangserkrankungen bewirken.

Auch Besonderheiten in der Hirnstruktur und Hirnfunktion konnten bei ADS-Betroffenen verstärkt festgestellt werden³⁷, wobei noch nicht klar ist, ob und wie weit diese an der Ausprägung des ADS beteiligt sind. In Kernspintomographien wurde eine Volumenminderung des Frontalhirns nachgewiesen. Im SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) fand sich eine verminderte Durchblutung von Frontalhirn und Striatum sowie eine vermehrte Durchblutung der Okzipitallappen. Im PET-Scan zeigten sich im Frontalhirn ein reduzierter Glukosemetabolismus sowie eine verminderte Aktivität der Dopa-Decarboxylase (Enzym zur Umwandlung von Dopa zu Dopamin). Striatum³⁸ und Frontalhirn organisieren maßgeblich das Ineinandergreifen von Kognition, Motivation und Emotion sowie den Entwurf motorischer Muster und das Bewegungsverhalten auf neuronaler Ebene.

³⁵ Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning 2005, S. 116-117

³⁶ Colla, Michael; Nitz, Caroline; Heel, Sabine 2006, S. 23

³⁷ Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning 2005, S. 14-15

³⁸ vgl. Wikipedia: Striatum; 2007

Zwillingsstudien³⁹ scheinen die Erbllichkeit von ADHS deutlich zu belegen. Während bei dizygoten Paaren die Konkordanzrate etwa 35% beträgt, liegt sie bei eineiigen Zwillingen bei 50-80%, was für eine hohe Heritabilität von 0,6-0,8 spricht. Eltern und Geschwister von Betroffenen haben wesentlich häufiger ADS als die Verwandten von unauffälligen Kontrollpersonen. Adoptionsstudien⁴⁰ sprechen ebenfalls für einen genetischen Einfluss bei ADS, wobei hier wie so oft Ursache und Wirkung nicht klar zugeordnet werden können. Bei ADS gehen viele Wissenschaftler zurzeit davon aus⁴¹, dass mindestens 14-15 verschiedene Gene an der erblichen Determination beteiligt sind. Diese Gene weisen Polymorphismen auf, d.h. sie sind in mehreren verschiedenartigen Ausprägungen (oft Allel-Varianten) in der Bevölkerung vertreten, wobei die jeweils einzelnen Ausprägungen meist keine krankheitsverursachende Bedeutung haben. Bei ADS-Betroffenen finden sich teilweise gehäuft Genvarianten, die im Bevölkerungsdurchschnitt eher selten vorkommen, und wenn, dann nicht oder wenig mit anderen seltenen Variationen vergesellschaftet. Auf die vielfältigen Kombinationsmöglichkeiten hier einzugehen würde zu weit führen. Prinzipiell kann man davon ausgehen, dass erst die Kumulation multipler Gen-Variationen⁴² zu ausgeprägten Veränderungen führt. Die vielen verschiedenen Facetten des ADS würden sich dadurch sehr gut erklären. Die Theorie der genetischen Disposition des ADS ist aber nicht unumstritten. Manche Fachleute verwerfen sie völlig⁴³ zugunsten einer psychoneurosozialen Entwicklungstheorie.

2. Psychosoziale und Umweltfaktoren

Psychosoziale- und Umweltbedingungen können die Entwicklung eines ADS verstärken, möglicherweise sogar verursachen. Im Gegenzug sind aber auch ein günstiges Milieu und gute Ressourcen hilfreich wenn es darum geht, eine pathogene Ausprägung des Syndroms abzumildern oder zu verhindern. Die größten psychosozialen Risikofaktoren⁴⁴ bei ADS sind schwierige

³⁹ vgl. Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning 2005, S. 28 ff; Hesslinger, Bernd; Philipsen, Alexandra; Richter, Harald 2004, S.22; Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. S. 412; Colla, Michael; Nitz, Caroline; Heel, Sabine 2006, S. 25

⁴⁰ Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning 2005, S. 29

⁴¹ vgl. Literaturhinweise ebd., S. 29-36

⁴² Schäfer, Ulrike & Rüther, Eckart 2005, S.44

⁴³ Hüther, Gerald & Bonney, Helmut 2007, S. 20

⁴⁴ Hamburger Arbeitskreis 2004, S. 22

Familienverhältnisse, schlechte Umgebungsbedingungen und ein deprivierendes Umfeld. Ein krasses Konstrukt für solche Bedingungen wäre z.B. eine Familie, die von psychischen-, Sucht- oder auch schweren körperlichen Erkrankungen betroffen ist, keine finanziellen Ressourcen hat und in einer zu kleinen, heruntergekommenen Wohnung in einer Gegend mit sozialen Brennpunktproblemen, schlechter Infrastruktur und wenigen Arbeits- und Ausbildungsmöglichkeiten zurechtkommen muss. Ungeordnete, chaotische Tagesabläufe, unzuverlässige, unklare, rasch wechselnde Beziehungen, häufige Beziehungsabbrüche, möglicherweise soziale und/oder emotionale Vernachlässigung, Gewalt, kurz alle Umgebungsbedingungen, die unzuverlässig, unberechenbar, unstrukturiert und bedrohlich sind, können bei entsprechend verletzlichen Menschen psychische und somatische Problematiken auslösen oder bestehende verstärken, also auch ADS. In sonst sicheren sozialen Verhältnissen verursachen schwierige, spannungs- und konfliktbeladene Beziehungen in der Familie, d.h. zwischen Partnern, Eltern und Kindern ein ebensolches Risiko⁴⁵. Trennung oder Tod einer nahe stehenden Person, Beeinträchtigungen durch Probleme während Schwangerschaft und/oder Geburt, schwere Krankheiten und Behinderungen, Unfälle und Traumata können sich ebenfalls negativ auf ADS-Symptome auswirken.

Moderne Unterhaltungs-, Informations- und Kommunikationsmittel können die Entwicklung von ADS möglicherweise verstärken⁴⁶. Durch zeitintensive Beschäftigung in virtuellen Welten, d.h. mit Fernsehen, Internet, Chats, Bloggs, Video-, Computer- und Onlinespielen können sich unmittelbare zwischenmenschliche Kontakte reduzieren und somit auch die Möglichkeit zu direktem Austausch und konkreten Interaktionen. In Folge können psychische Probleme, Krisen und Fehlentwicklungen länger verdeckt bleiben und sich chronifizieren.

Schadstoffe, Umweltgifte, Lebensmittelzusätze und anderen Chemikalien spielen möglicherweise bei der Entwicklung eines ADS auch eine Rolle⁴⁷, wofür es aber keine eindeutigen Beweise gibt und was daher von Fachleuten auch angezweifelt wird⁴⁸. Aus bislang ungeklärter Ursache steigt die Zahl der von ADS, Asthma, Autismus und Aspergersyndrom (einer besonderen Form des Autismus)

⁴⁵ Colla, Michael; Nitz, Caroline; Heel, Sabine 2006, S. 28

⁴⁶ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2005, S. 157

⁴⁷ ebd. S.158

⁴⁸ Schäfer, Ulrike & Rüther, Eckart 2005, S. 48

Betroffenen ständig an. Überstimulation durch elektronische Medien in Verbindung mit emotionaler Isolation und chemischer Überexposition könnten, neben anderen, mögliche Ursachen sein⁴⁹.

III. Komorbiditäten und Probleme der Differenzierung

Mit dem etwas hässlichen Ausdruck⁵⁰ „Komorbiditäten“ werden allgemein Begleiterkrankungen bezeichnet, die vermehrt im Zusammenhang mit einer bestimmten Grunderkrankung auftreten. Da ADS oft, aber sicher nicht immer Krankheitscharakter hat und überdies eine vorwiegend krankheitsbetonte Sichtweise des ADS eher nachteilig ist für eine ressourcenorientierte und mit positiven Konnotationen arbeitende Beratung, sollte man versuchen, zumindest im Kontakt mit KlientInnen diesen Jargon zu meiden.

ADS tritt selten in Reinform auf, besonders bei Erwachsenen; leider ist es häufig mit anderen psychischen Störungen vergesellschaftet⁵¹. Bei Erwachsenen handelt es sich dabei oft um Sekundärerkrankungen, die sich erst in Folge von massiven Problemen durch ein unbehandeltes ADS entwickelt haben⁵². Es stellt sich dabei immer wieder die Frage des „Sowohl-als-auch“ bzw. des „Entweder-oder“. Die Symptomatik anderer Störungen, z.B. des Borderline-Syndroms, kann der des ADS so ähnlich sein⁵³, dass die Abgrenzung auch Fachleuten schwer fällt. Eine Differentialdiagnostik ist besonders wichtig bei Erkrankungen, deren Symptome denen eines ADS gleichen können, die aber andere Ursachen haben und andere Behandlungen erfordern. Beispiele dafür sind⁵⁴: Schilddrüsenerkrankungen, Restless-legs-Syndrom, Narkolepsie, definierte Schlafstörungen, medikamenten-induzierte Unruhe- und Aufmerksamkeitsstörungen, Sinnesbeeinträchtigungen, Chorea, Tic-Erkrankungen, Zustände nach Schädel-Hirnverletzungen, Meningitis oder Enzephalitis, Hirntumore, cerebrale Krampf-Anfallsleiden, Embryopathien durch Schädigungen bei Schwangerschaft und Geburt, Allergien, juckende Dermatitis.

⁴⁹ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2005, S. 158

⁵⁰ ebd., S.132, „nasty bit of medical jargon“

⁵¹ Aust-Claus, Elisabeth; Claus, Dieter; Hammer, Petra-Marina 2004, S. 96

⁵² Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2002, S. 342

⁵³ Pütz, Dieter S. 50

⁵⁴ Schäfer, Ulrike & Rüter, Eckart 2005, S. 50-52

Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten, die möglicherweise mit ADS vergesellschaftet sind oder in Konkurrenz zur ADS-Diagnose stehen (Risikoschätzungen⁵⁵ zur Komorbidität in Klammern), sind: Minderbegabung, Hochbegabung (6%⁵⁶), Teilleistungsschwächen wie Dyslexie und Dyskalkulie (20%), Suchterkrankungen (40% Alkohol, 20% illegale Drogen, 50% Nikotin), Depressionen und Disthymie (20%), dissoziale Persönlichkeitsstörung (15%, äußert sich häufig in delinquentem Verhalten), Oppositionelle Verhaltensweisen, Angststörungen, Zwangsstörungen, Bipolare Störung, Psychosen, Autismus, Borderline-Syndrom, Posttraumatische Belastungsstörung PTSD.

Möglicherweise ist ein ADS für die PTSD prädestinierend⁵⁷. Kindheit und Erwachsenwerden mit einem undiagnostizierten, unbehandelten ADS kann immer wieder zu Episoden von Verletzung, Zurückweisung und Misserfolgen sowie in schwereren Fällen zu verbaler Diskriminierung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch führen. Durch ihre hohe Risikobereitschaft setzen sich Betroffene häufiger gefährlichen Situationen aus, die oben genannte Übergriffe eher ermöglichen, und sie sind durch ihre Bereitschaft und Fähigkeit, solche Erfahrungen auszublenden, abzuspalten und zu verdrängen nicht in der Lage, diese Traumata zu verarbeiten und sich für die Zukunft zu schützen.

Besteht der Verdacht auf das Vorliegen weiterer Störungen oder konkurriert die Diagnose ADS mit Alternativen, muss eine gezielte Differentialdiagnostik zur Klärung erfolgen⁵⁸, z.B. durch psychiatrische und psychologische Testungen, phoniatische, audiologische, ophtalmologische Untersuchungen, möglicherweise auch durch bildgebende Verfahren wie MRTen, Hirn-Spects und PET-Scans.

Umgekehrt kann es durch Parallelen in der Symptomatik auch zu Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen kommen, bei denen ein zugrunde liegendes ADS nicht erkannt und stattdessen (oft erfolglos) eine andere Erkrankung behandelt wird, wie z.B. ein Borderline-Syndrom (siehe Abbildung 3).

⁵⁵ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2005, S. 132-135

⁵⁶ vergl. zu 3% beim Bevölkerungsdurchschnitt; Simchen, Helga 2005, Teil III

⁵⁷ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2005, S. 134

⁵⁸ Hamburger Arbeitskreis 2004, 27-28

Abbildung 3: Ähnlichkeiten der Symptomatik zwischen ADS und Borderline-Störung⁵⁹

ADS	Borderline
Dekonzentriertes Ich-Bewusstsein	Unscharf umrissenes Ich- Bewusstsein
Klinkt sich aus Beziehungen aus	Bricht Beziehungen ab
Organisiert sich um Nervenkitzel herum	Lindert Seelenqualen mit Nervenkitzel
In der Regel impulsiv	In der Regel impulsiv
Zorn über eigene Patzer	Zorn über unerfüllte emotionale Bedürfnisse
Suchtverhalten nicht ungewöhnlich	Suchtverhalten nicht ungewöhnlich
Stimmungsschwankungen	Stimmungsschwankungen
Gewöhnlich leistungsschwach	Gewöhnlich leistungsschwach

Obwohl die Fachliteratur umfangreiche und detaillierte differentialdiagnostische Kriterien liefert⁶⁰ besteht die Gefahr, dass ADS in der Praxis sowohl über- als auch unterdiagnostiziert wird⁶¹, weil diese sehr sorgfältige Diagnostik möglicherweise zeit- und kostenintensive Untersuchungen erfordert, deren Aufwand gescheut wird.

IV. Facetten des ADHS

ICD 10 und DSM IV klassifizieren⁶² durch ihre Kriterien nur 3 ADHS-Typen, nämlich den

- Mischtyp (Hyperaktivität und Unaufmerksamkeit deutlich vorhanden)
- eher unaufmerksamen Typ (hypoaktiv)
- eher hyperaktiven Typ (HKS, hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens).

In diesem groben Raster gibt es natürlich vielfältige Variationen, da die Symptome individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt sind. In den offiziellen

⁵⁹ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2002, S. 281

⁶⁰ Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning 2005, S. 85-182

⁶¹ vgl. WDR-Sendung „Quarks“ 2008

⁶² Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning 2005, S.3-5

Diagnosekriterien werden die Veränderungen in der Ausprägung des ADS im Laufe der Entwicklung zum Erwachsenen noch nicht berücksichtigt, genauso wenig wie geschlechtsspezifische Unterschiede, die ihren Ursprung möglicherweise in der unterschiedlich hohen Dopaminrezeptoren-Dichte⁶³ bei männlichen und weiblichen Jugendlichen vor, während und nach der Pubertät haben. Die ADS-Symptome erfahren deutliche Modifikationen im Laufe der individuellen Entwicklung⁶⁴. Die Hyperaktivität tritt mit dem Erwachsenwerden oft ganz in den Hintergrund, besonders bei weiblichen Betroffenen, die aber auch als Kind viel seltener als Jungen durch Hyperaktivität auffallen. Deutliche Persistenz, zum Teil in veränderter, einem Erwachsenen eher entsprechenden Form⁶⁵, haben jedoch die Symptome

- Aufmerksamkeitsstörungen
- mangelnde Impulskontrolle
- Desorganisation
- Stressintoleranz
- Reizoffenheit
- motorische Störungen.

Dadurch ergeben sich fast immer weitere emotionale Probleme, Schwierigkeiten in persönlichen Beziehungen und im sozialen Umfeld. Zusätzlich zum ADS auftretende Störungen oder Schwächen verändern das Profil der Gesamtsymptomatik entsprechend. Die folgenden Beschreibungen⁶⁶ dienen als Beispiele und stellen keine definierten eigenständigen Erkrankungen dar.

- ADS ohne Hyperaktivität

In der Regel eher angepasste, stille Personen, oft motorisch verlangsamt oder sogar träge (kann unterbrochen sein von hyperaktiven Episoden, z.B. bei Stress), die unter massiven Konzentrationsproblemen, hochgradiger Ablenkbarkeit, Abschweifen der Gedanken und den Folgen häufiger Tagträume leiden. Leistungsfähigkeit und Selbstbild sind reduziert.

⁶³ ebd. S.8

⁶⁴ ebd., S. 37

⁶⁵ ebd., S.38-41

⁶⁶ Hallowell, Edward M.& Ratey, John J. 2002, 231-293

- ADS und Lernstörungen

Am häufigsten tritt ADS (auch bei Erwachsenen) gemeinsam mit Lernstörungen bzw. -schwächen wie Legasthenie, Dyskalkulie und Hör-Verständnisschwäche auf und verstärkt die dabei entstehenden Probleme. Da im Regelschulsystem dieser Problematik wenig Verständnis und kaum Unterstützung entgegengebracht wird, erfahren ADS-Betroffene auch bei hoher Begabung fast regelhaft eine „verunglückte“ Schulkarriere mit ständigen Gefühlen von Verletzung, Wut, Enttäuschung und Angst. Häufig werden schlechtere Abschlüsse erzielt als es nach dem mentalen Potential der Betroffenen möglich gewesen wäre, was wiederum schlechtere Berufs- und Karrierechancen bedingt.

- ADS und Depression

Erfahrungen, die im Lauf eines Lebens in Folge eines beeinträchtigenden, unbehandelten ADS im Übermaß gemacht werden, wie: ständige Frustration, massive Gedächtnisprobleme, klar wahrgenommenes Underachievement, häufige verletzend Kritik, niedriges Selbstwertgefühl bis hin zur Selbstverachtung, können sehr wohl depressionsähnliche Zustände hervorrufen. Das „darunter“ liegende ADS wird dabei oft übersehen. Auch wird von manchen Autoren⁶⁷ spekuliert, dass ADS und Depression möglicherweise eine ähnliche pathophysiologische Grundlage haben könnten. Bei ADS finden sich oft Charakteristika wie Eigensinn, Zorn ob der eigenen Situation, kein Hang zum Selbstmitleid, „niemals aufgeben“. Diese passen aber eher schlecht in das diagnostische Muster einer „regulären“ Depression und könnten als Anhaltspunkt zur Differenzierung dienen.

- ADS und Suchtverhalten

Die Entwicklung von Suchtverhalten bzw. Substanzmissbrauch in Folge eines ADS wird häufig beschrieben. Nicht selten ist darin ein Selbstheilungsversuch zu sehen, eine Selbstmedikation mit psychoaktiven Substanzen. Als bevorzugt benutzte Substanzen gelten Alkohol, Marihuana und Kokain. So geben manche KokainbenutzerInnen an⁶⁸, nach Gebrauch der Droge kein „High“ zu empfinden, sondern ein klareres Bewusstsein, eine gesteigerte Konzentration. Da es sich sowohl bei Kokain als auch bei Methylphenidat (MPH), dem häufigsten zur ADS-Therapie eingesetzten Wirkstoff, um Stimulantien handelt, erscheint das logisch.

⁶⁷Hallowell, Edward M.& Ratey, John J. 2002, S. 239-242

⁶⁸ ebd., S. 263

Auch das bei MPH-Unverträglichkeit manchmal zur Medikation verwendete Amphetamin („Speed“) fällt in diese Substanzkategorie. Obwohl Alkohol und Marihuana eine eher gegenteilige, dämpfende Wirkung entfalten, wird das von ADS-Betroffenen oft als konzentrationsfördernd und klärend erlebt. Ob der vielen unerwünschten Nebenwirkungen und der Eigendynamik, die ein längerer bzw. intensiver Gebrauch von Alkohol und illegalen Drogen entwickeln kann, ist diese Selbstmedikation auf Dauer natürlich wenig erfolgreich. Obwohl eine Suchterkrankung, auch wenn ADS zugrunde liegt, eigenständig behandelt werden muss, gibt es Fallbeispiele von dramatisch erfolgreichen Behandlungsverläufen⁶⁹, wenn parallel zur Abhängigkeit auch das ADS wirksam behandelt werden kann.

- ADS und Risikoverhalten

Diese Kombination äußert sich in einer extremen Vorliebe für hochstimulierende, oft gefährliche Situationen und Handlungen. Der daraus resultierende Nervenkitzel dient zur Steigerung der Konzentration und zu hochgradiger Fokussierung⁷⁰. Betroffen sind davon eher Menschen mit einer Tendenz zur Hyperaktivität. Die „Träumer“ unter den ADS-Betroffenen benutzen zur Stimulierung meist ihre selbst erschaffenen Innenwelten. Wichtig ist dabei im Gedächtnis zu behalten, dass die von fast allen ADS-Betroffenen ersehnte und erwünschte Konzentration ohne „Hilfsmittel“ nur mit enormer Anstrengung oder gar nicht aufrechterhalten werden kann. Folgende Verhaltensmuster und Merkmale kommen dabei häufig vor:

Chronische Waghalsigkeit; exzessive sportliche Betätigung; faszinierende (schillernde) Persönlichkeit; Abenteuerjäger; Strohfeueraffären; große Ungeduld; Unfallneigung; Suchtverhalten; gewohnheitsmäßiges Glücksspiel; chronisches Schuldenmachen; Wutausbrüche; Gewalttätigkeit; zum Teil massive Störungen der Impulskontrolle wie Kleptomanie oder Pyromanie.

- ADS und Störungen im Sozialverhalten

Störungen im Sozialverhalten können durch schlechte Entwicklungsbedingungen wie Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch, Einfluss schädigender Substanzen etc. hervorgerufen werden sowie auch in Folge eines ADS auftreten. Obwohl sich bei intensiver Kenntnis und Beobachtung der Verhaltensweisen Rückschlüsse auf die Ursachen bilden lassen, ist die klare Zuordnung oft nicht

⁶⁹ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2002, S. 264-267

⁷⁰ ebd., S. 275

mehr möglich. Es wird gemutmaß⁷¹, dass sich unter gewalttätigen und sozial nicht integrierbaren Personen in Nervenkliniken und Gefängnissen häufig Menschen mit einem undiagnostizierten und unbehandelten ADS befinden.

- ADS und Angstzustände

Ein Teil der Angst kann hier begründet sein in anderen ADS-Symptomen wie Leistungsschwäche, geringem Selbstwert, sozialen Krisen durch Kommunikations- und Leistungsprobleme (drohender Arbeitsplatzverlust, Beziehungs- und Eheprobleme) und ist leicht nachvollziehbar. Ein anderer Teil des Angstepfindens scheint für Außenstehende aber oft unverständlich, weil diese Angst, das Sorgen um „Kleinigkeiten“, von Betroffenen als strukturierendes Stimulans benutzt und in der Organisation des Alltags benötigt wird, um Konzentration aufrechtzuerhalten.

- ADS und dissoziative Zustände

Als dissoziativer Zustand wird die Unverbundenheit zwischen einem Gefühl und seiner Ursache beschrieben, wie es oft bei traumatisierenden Erlebnissen geschieht. Die daraus resultierende „Abgelenktheit“ kann mit den Symptomen des ADS verwechselt werden, oder auch parallel dazu auftreten.

- ADS und Zwangsstörungen

ADS kann gemeinsam mit Zwangsstörungen auftreten, wobei meist nur die Zwangsstörungen diagnostiziert und behandelt werden, da deren Symptome auffälliger sind und ein darunter liegendes ADS leicht maskieren können.

- ADS und Agitiertheit/Manie

Obwohl Manie und ADS tatsächlich koexistieren können, handelt es sich meist um alternative Erkrankungen. Wie bereits bei der Borderline-Störung beschrieben können ADS-Symptome einer bipolaren Störung täuschend ähnlich sehen, sprechen dann aber auf die gängigen Therapien selten an. Daher ist es wichtig, in solchen Fällen ein unerkanntes ADS diagnostisch ebenfalls in Betracht zu ziehen und ggf. danach zu behandeln.

⁷¹ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J., S. 287

V. Persönliches und soziales Erleben

Rein körperliche Handicaps wie z.B. eine Geh- oder Sehbehinderung wecken bei den meisten „Gesunden“ empathische Reaktionen: Man stellt sich vor, wie es sich anfühlt, nicht sehen oder schlecht gehen zu können. ADS hingegen ist für Nicht-Betroffene nur schwer oder gar nicht nachvollziehbar⁷².

Es gibt allerdings Situationen, in denen die Fähigkeit zur Konzentration fast jedem abhanden kommt. Beispiele dafür wären: großer Hunger, drängende, belastende Probleme, eine schwere Grippe oder eine andere beeinträchtigende Krankheit, schmerzhaftes Trennungsphasen, stundenlanges Getöse eines Presslufthammers. Genau diese Unfähigkeit zur Konzentration empfinden ADS-Betroffene von innen heraus, ohne erkennbaren äußeren Anlass. Kurze Zeitspannen mangelhafter Konzentrationsfähigkeit können noch mit großer Willensanstrengung überbrückt werden, aber nicht für lange, und ADS-Betroffene können solche Anstrengungen meist noch schlechter leisten als andere. In Kernbereichen des täglichen Lebens weichen Wahrnehmung, Reaktionen und Fähigkeiten betroffener Personen deutlich vom Durchschnitt der Allgemeinheit ab. In unzähligen Fallbeschreibungen⁷³ wird deutlich, dass diese „Andersartigkeit“ den Betroffenen durchaus bewusst ist und oft schmerzlich erlebt wird, nicht selten als selbstverschuldete Charakterschwäche, obwohl die Defizite nicht oder nur schwer und selten willentlich ausgeglichen werden können. Weil ADS glücklicherweise nicht nur Schattenseiten hat, sondern auch mit einigen außerordentlichen Fähigkeiten verknüpft sein kann, fällt es Außenstehenden oft noch schwerer, die Probleme, Patzer und Pannen der Betroffenen als Unfähigkeit zu akzeptieren und darin keine Nachlässigkeit oder bösen Willen zu sehen⁷⁴. „Willst du nicht oder kannst du nicht?“⁷⁵ werden Betroffene ständig gefragt, spätestens nach dem Schuleintritt. Mit den Adjektiven „dumm, faul und/oder verrückt“⁷⁶ werden viele so häufig bedacht, dass es fast unmöglich ist, diese Zuschreibungen nicht zu internalisieren.

Das alte Kinderbuch „Der Struwwelpeter“⁷⁷, wird gerne als frühe Fallbeschreibung von ADS-Kindern angesehen⁷⁸, und in der Presse nennt man

⁷² Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2005, S. 20ff

⁷³ ebd., Aust-Claus, Elisabeth; Claus, Dieter; Hammer, Petra-Marina 2004; Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2002; Toussaint, Lina L.- 2001; u.a.

⁷⁴ Beerwert, Walter 2006, S.32-51

⁷⁵ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2005, S.48

⁷⁶ ebd., S. 52

⁷⁷ Hoffmann, Heinrich 1845

ADS auch schon mal das „Zappelphilipp-Syndrom“⁷⁹. Die Behandlung, die manche Kinder in diesem Buch erfahren, kann als überzogenes Beispiel gelten für die Grundhaltung, mit der ADS-Betroffenen zu allen Zeiten begegnet wurde. Der alleingelassene Konrad tröstet sich mit Daumenlutschen und wird dafür grausam verstümmelt; das reizhungrige, ebenfalls sich selbst überlassene Paulinchen mit den Zündhölzern muss „für die Moral von der Geschicht“⁸⁰ lichterloh verbrennen; der dicke Suppenkasper mutiert ob seiner Widersetzlichkeit zum anorektischen Gerippe, das letzte Bild seiner Geschichte ziert die Suppenschüssel auf seinem Grab; der mutige und experimentierfreudige Robert fliegt fort bis in den Himmel - und ward nie mehr gesehen. Vergleichsweise gut getroffen haben es da noch Hans (Guck-in-die-Luft), (Zappel-)Philipp und (Struwwel-)Peter. Der unachtsame Tagräumer Hans fällt lediglich ins Wasser und wird gerade noch rechtzeitig gerettet. Dem viel beschworenen Zappelphilipp passiert erst mal gar nicht viel, außer dass er, wie Tausende vor und nach ihm, beim Stuhlkippeln unsanft auf dem Boden landet, begraben unter der Tischdecke samt Sonntagsbraten und Terrine, während seine steifen Biedermeiereltern fassungslos dem verschütt' gegangenen gutbürgerlichen Mittagssmahl nachtrauern. Der wilde Peter mit ebensolcher Mähne und enormen Fingernägeln hätte gut 100 Jahre später bestens in das Kultmusical „Hair“ gepasst, und wurde für sein Aussehen auch mit ganz ähnlichen Zuschreibungen bedacht: Garstig, struwwelig, halt eben „Pfui, Pfui“. So breitbeinig, trotzig und provozierend wie er da auf seinem Podest steht haben die bösen Worte seine Haltung wahrscheinlich nicht sehr verändert.

Selten verläuft der Lebenslauf Betroffener geradlinig. Unangepasst und chaotisch erreichen sie kaum die Abschlüsse und Qualifikationen, die man für gut bezahlte Jobs benötigt. Ca. 35% der schulpflichtigen Kinder mit ADS erreichen nicht den angestrebten Schulabschluss⁸⁰. Auch die moderne Arbeitswelt bringt tollpatschigen, schusseligen, vergesslichen und eigenwilligen Zeitgenossen wenig Verständnis entgegen, selbst wenn diese in guten Zeiten bei großem Engagement und hoher Kreativität Glanzleistungen vollbringen können. Ein hitziges Temperament, viel Hunger nach „Action“, große Reizoffenheit und ein oft nicht vorhandenes Zeitgefühl machen ein Zusammenleben in Partnerschaft und Familie äußerst anfällig für Krisen, zusätzlich verschärfen sich die Probleme oft noch

⁷⁸ Hüther, Gerald & Bonney, Helmut 2005; Beerwert, Walter, 2006; Schäfer, Ulrike & Rüther, Eckart 2005; u.v.a.

⁷⁹ WDR-Sendung „Quarks“ mit Ranga Yogeshvar 2008

⁸⁰ Schäfer, Ulrike & Rüther, Eckart 2005, S. 32-37

durch eine unsichere Einkommenssituation und existentielle Probleme. Betroffene sind meist lebenslang mit einer heiklen Außenseiterrolle konfrontiert, Ruhe und Sicherheit sind seltene Erfahrungen.

Wie bereits beschrieben hat ADS aber auch schöne, kreative und erfolgsversprechende Seiten. Der so genannte „Hyperfokus“⁸¹ ist eine davon. Betroffene können, wenn sie von einer Sache überzeugt und fasziniert sind, für lange Zeit hochkonzentriert daran arbeiten, aber nur, solange es für sie spannend bleibt. Die oft reichlich vorhandene Kreativität wird effektiv eingesetzt, es werden verblüffende, geniale Lösungen gefunden. Auch sehr hohe Stimulation scheint bei den Betroffenen eine plötzliche Umkehr der Verhältnisse bewirken zu können. In Krisensituationen auf Leben und Tod, auf Intensivstationen und in Notfallambulanzen, bei Katastrophen oder bestimmten (oft riskanten) Aktivitäten wie Steilwandklettern, bei Verhandlungen um hohe Geldsummen oder Arbeiten mit enormer Herausforderung können Menschen mit ADS sich häufig hervorragend und überdurchschnittlich bewähren, rasch und intuitiv sicher die richtigen Entscheidungen treffen, ablenkende Reize so völlig ausblenden, dass sie sich später kaum daran erinnern (z.B. Schmerz und Verletzungen bei Katastrophenhelfern, die in völliger Hingabe an die auszuführende Tätigkeit einfach nicht mehr registriert werden). Aber auch der Hyperfokus hat seinen Preis; physische und mentale Leistungsgrenzen werden nicht mehr wahrgenommen oder nicht beachtet, Schmerzen und körperliche Bedürfnisse erfolgreich, aber nicht folgenlos ignoriert. Nicht selten hinterlässt eine solche Leistungsorgie völlig erschöpfte und ausgebrannte Menschen.

ADS-Betroffene können außerordentlich empathisch sein für die Not und die Gefühle anderer⁸² und deren Situation und Stimmungslage intuitiv richtig erfassen. Daher findet man sie oft in Helferberufen als SozialarbeiterInnen, ÄrztInnen, KrankenpflegerInnen. Leider funktioniert das nicht immer zuverlässig. In unauffälligen Alltagssituationen verprellen Betroffene oft ihr Gegenüber, indem sie anderen abrupt ins Wort fallen (um den eigenen Gedanken nicht zu vergessen), nicht richtig zuhören (weil im Geiste schon 10 Gedanken weiter), taktlose Bemerkungen machen (weil erst gesprochen und dann – vielleicht – nachgedacht wird).

⁸¹ Beerwert, Christine 2007, S. 68-72

⁸² ebd., S. 48

Auch über die Lebensspanne hinweg ist die Ausprägung des Syndroms nicht gleichmäßig⁸³. Selbst quälend unkonzentrierte Kinder und Jugendliche können als Erwachsene Episoden relativer Normalität erleben, wenn die Umstände günstig sind, sprich: ein Abschluss erzielt, ein passender Beruf und Partner gefunden und ein einigermaßen strukturiertes Leben geführt werden kann. Das ADS scheint fast verschwunden zu sein, um manchmal später mit Vehemenz zurückzukehren, etwa bei existentiellen Krisen oder Krankheiten mit chronisch verschlechterter Gesundheit und nachlassender Leistungsfähigkeit, oder auch nur im Zuge des natürlichen Alterungsprozesses jenseits der Vierzig⁸⁴.

Ein Autor⁸⁵ beschreibt die Betroffenen als Jäger und Sammler in einer Gesellschaft von bodenständigen Bauern. Die Fähigkeiten der Jäger, ein weites Umfeld rasch zu überblicken, möglichst viele Dinge zeitgleich wahrzunehmen, auf markante Signale blitzschnell (d.h. impulsiv und ohne zu überlegen) und instinktsicher zu reagieren, rasch hohe Leistungen zu vollbringen, um danach wieder völlig abzuschalten und nichts zu tun, diese Leistungskurve kollidiert häufig mit einer Umwelt, die eine stetige, gleichmäßige und zuverlässige Leistungsbereitschaft und –fähigkeit fordert. Daraus können sich, je nach individueller Ausprägung und Verlauf des ADS, massive psychische und soziale Probleme ergeben. Wiederholt werden Betroffene beschrieben⁸⁶, die trotz anfänglich guter Ausstattung und Erfolgsprognose irgendwann als Einzelgänger auf der Straße oder im Wohnwagen auf der grünen Wiese landen.

VI. Medikation

Verschiedene Medikamente, vorwiegend Stimulantien, werden zur Linderung⁸⁷ von ADS-Symptomen erfolgreich eingesetzt. Als Einzelmaßnahme bewirkt die Therapie mit Stimulantien bei bis zu 80% der Behandelten eine Besserung ihrer Problematik⁸⁸. Die Ergebnisse der Anfang der 90er Jahre vom US-amerikanischen Gesundheitsministerium in Auftrag gegebenen, mit 579 Kindern über 4 Jahre

⁸³ Beerwert, Walter 2006, S. 32

⁸⁴ Beerwert, Christine 2007, S.102

⁸⁵ Hartmann, Thom 1997

⁸⁶ Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning 2005, S. 107

⁸⁷ Hallowell, Edward M.& Ratey, John J. 2002, S. 42

⁸⁸ Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning 2005 S. 139-141

hinweg durchgeführten so genannten „MTA- Studie“ (Multimodal Treatment Study of ADHD) waren verblüffend positiv⁸⁹ (siehe Schaubild).

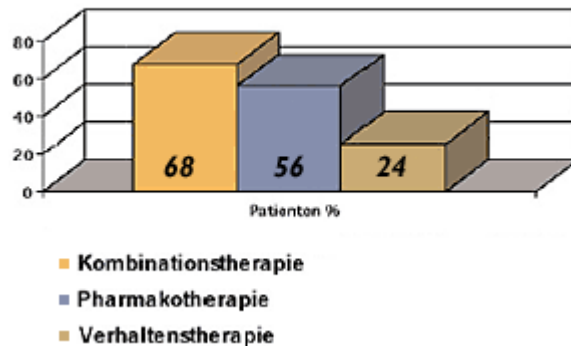


Abbildung 4.: Am Ende der MTA-Studie als "unauffällig" beurteilte Kinder in %⁹⁰

Eine 1998 durchgeführte 14monatige follow-up-Studie zeigte sehr ähnliche Ergebnisse⁹¹.

Manche Praktiker vergleichen eine individuell sorgfältig eingestellte Medikation bei ADS mit dem Verordnen einer Brille bei Sehschwäche⁹². Die zur Medikation bei ADS eingesetzten Substanzen sind in erster Linie Stimulantien, insbesondere Methylphenidat (MPH; der Handelsname „Ritalin“ stand lange für die Substanz), aber in Ausnahmefällen auch Amphetamin. Dass diese Substanzen unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, in der Drogenszene zum Teil als Rauschmittel benutzt werden und bei missbräuchlicher Verwendung suchtbildend sein können war der Nährboden für ungezählte Spekulationen und Fehlinformationen. Viele Ärzte sind mit der Verordnung zögerlich, was vielleicht auch mit dem höheren Verwaltungs- und Kontrollaufwand bei der Rezeptierung zusammenhängt⁹³. Bei ärztlich verordneter und überwachter Anwendung finden sich jedoch keine Anzeichen für verstärkte Suchtbildung oder verstärkte missbräuchliche

⁸⁹ in Anlehnung an: Jensen, Peter S. et al., Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): Implications and Applications for Primary Care Providers, JDBP Vol. 22, No. 1, February 2001; zitiert in: <http://www.info-adhs.de/wie-wird-behandelt/multimodaler-ansatz.html>

⁹⁰ ebd.

⁹¹ Abikoff, Howard B.; Conners, C. Keith; Greenhill, Laurence L.; Hinshaw, Stephen P.; Pelham, William E.; Swanson, James M. 1999 in: <http://clinicaltrials.gov/show/NCT00000388> Abruf am 15.03.2008

⁹² Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2002, S. 42

⁹³ analog der immer noch zögerlichen Verordnung von Morphinen und Opiaten in der Palliativmedizin

Anwendung⁹⁴. Im Gegenteil liegt der Trend bei kontrollierter Medikation eher in der Einnahme geringerer Dosierungen als der empfohlenen⁹⁵. Es wird auch häufig beschrieben, dass unter der Medikation ein bereits etablierter Substanzmissbrauch reduziert oder beendet werden kann⁹⁶, vielleicht weil der Substanzmissbrauch der Betroffenen als Selbstmedikationsversuch zu werten war.

Einer erfolgreichen Medikation geht eine mehr oder weniger lange Zeit der Medikamenteneinstellung⁹⁷ voraus, nicht selten über mehrere Wochen oder sogar Monate. Als Standard gilt, mit einer sehr geringen täglichen Dosis (2,5-5mg) Methylphenidat zu beginnen, die kaum erkennbare Wirkung zeigt, um die Verträglichkeit zu testen. Bei guter Verträglichkeit wird die Dosis sehr langsam und schrittweise bis zum Erreichen einer zufriedenstellenden Wirkung gesteigert. Danach wird meist versucht, auf ein in der Wirkung retardiertes Präparat zu wechseln. Reines Methylphenidat beginnt nach ca. 0,5-2 Stunden (je nachdem, ob und was vorher gegessen wurde) zu wirken, die Wirkung hält nur ca. 4 Stunden an. Um einen ganzen Tag abzudecken müssen also mindestens 2 Einnahmen erfolgen. Die zweite Einnahme wird von den Betroffenen häufig vergessen. Lässt die Wirkung nach, ist oft ein sog. „Reboundeffekt“⁹⁸ festzustellen. Die Betroffenen erleben dabei eine individuell sehr unterschiedlich verlaufende Phase verstärkter Konzentrations- und/oder Stimmungsprobleme, die kurzfristig heftiger sein können als sie ohne Medikation waren. Ein gravierender Mangel der Medikation mit unretardiertem Methylphenidat ist die schwankende Wirkstoffanflutung im Organismus, daraus resultierend eine unbeständige Wirkung sowie der beschriebene Reboundeffekt bei nachlassender Wirkung. Daher wurden schon früh Retardprodukte mit längerer Wirkdauer entwickelt und immer weiter verbessert, so dass heute Methylphenidat in Formulierungen auf dem Markt ist, die nur eine Einnahme täglich erfordern und wesentlich geringere bis keine Reboundeffekte mehr haben. Die modernen Retardmedikamente beinhalten zwar noch immer die gleiche Substanz, aber in einer anderen Galenik, die die gleichmäßige Freisetzung der Wirkstoffe über einen längeren Zeitraum gewährleistet. Ein Missbrauch dieser Medikamente durch Sniefen zur Rauscherzeugung – bei den alten Präparaten potentiell möglich – ist bei den neuen

⁹⁴ Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning 2005 S. 156f.

⁹⁵ Eichlseder, Walter 2003, S.147-151

⁹⁶ Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning 2005 S. 152

⁹⁷ ebd., S. 148ff.

⁹⁸ Behn, Birte: Case Management: Medikation im Kindesalter. S.45-50 in: Kahl, Kai G.; Puls, Jan H.; Schmid, Gabriele 2007 S. 47

völlig ausgeschlossen⁹⁹. An Retardprodukten mit dem Wirkstoff Methylphenidat stehen in Deutschland zur Verfügung:

- Concerta, das in seiner speziellen Galenik einzige Produkt mit einer in der Intensität ausbalancierten individuellen Wirkdauer von 8-12 Stunden; das Medikament existiert in 3 verschiedenen Stärken, die Tabletten sind nicht teilbar, die langsame, kontinuierliche Freisetzung des Wirkstoffs erfolgt durch unterschiedliche Schichtung
- Equasym retard und Medikinet retard; die Medikamente bestehen aus Kapseln mit kleinen Kügelchen, die unterschiedlich resistente Ummantelungen aufweisen und so die Freigabe des Wirkstoffes verzögern, die Wirkdauer beträgt 6-8 Stunden. Die Kapseln können geöffnet und die Kügelchen dann sehr individuell dosiert werden; man ist nicht mehr auf die vorgegebenen Stärken beschränkt. Bei starker Tablettenaversion können die Kügelchen in Speisen gerührt eingenommen werden.

Amphetaminsäfte¹⁰⁰ werden selten eingesetzt, meist nur bei Unverträglichkeit oder unbefriedigender Wirkung von Methylphenidat. Eher werden in solchen Fällen Antidepressiva versucht, oft erfolgreich.

Seit 2005 ist Atomoxetin¹⁰¹ (Markenname „Strattera“) auf dem deutschen Markt, ein vom Hersteller ursprünglich als Antidepressivum entwickeltes Medikament, dessen Wirkprofil bei ADS erst später erkannt und evaluiert wurde. Dieser Wirkstoff hat den Vorteil, nicht unter BTMG zu fallen, daher ist die Verordnung auch nicht mit den oben beschriebenen Auflagen verbunden; und er steht nicht so sehr in dem Ruf, Abhängigkeit zu bilden. Jedoch die Hoffnungen, die man anfangs in das Medikament gesetzt hatte, nämlich die Stimulantien ersetzen zu können, haben sich bislang nicht erfüllt, und die Behandlungskosten sind wesentlich höher.

Eine zufriedenstellende medikamentöse Einstellung erfordert große Erfahrung, Fingerspitzengefühl und ist manchmal langwierig¹⁰². Möglicherweise müssen wechselnde Präparate „ausprobiert“ werden, bis ein optimales Resultat erzielt werden kann. Sehr viele der auf diesem Gebiet erfahrenen Ärzte sind jedoch

⁹⁹ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2005, S. 249

¹⁰⁰ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2005, S. 249-251

¹⁰¹ Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning 2005 S. 165-167

¹⁰² Kordon, Andreas & Kahl, Kai G.: Case Management: Medikamentöse Therapie. S. 117-127 in: Kahl, Kai G.; Puls, Jan H.; Schmid, Gabriele 2007 S. 117ff.

überzeugt, dass eine gute Medikation das Befinden und die Situation der Betroffenen drastisch verbessern kann und somit den Aufwand rechtfertigt.

VII. Expertenstreit

Die wissenschaftliche Haltung zu ADS ist keine einheitliche. Relevante Aspekte werden in Frage gestellt, auch von ernstzunehmenden Fachleuten. Obwohl die bisher hier zusammengetragenen Grundlagen die herrschende fachliche Meinung widerspiegeln¹⁰³, beinhaltet auch die Kritik daran durchaus nachvollziehbare Argumente, die ich im Folgenden kurz erläutern möchte.

Allem voran wird die Existenz eines Krankheitsbildes ADS angezweifelt, die Diagnosekriterien werden als ungenau und subjektiv angesehen¹⁰⁴. ADS wird unter anderem betrachtet als nachvollziehbare Reaktion gesunder Kinder auf problematische Umweltbedingungen in Schule, Elternhaus und Gesellschaft.

Den Diagnosekriterien wird Beliebigkeit und Subjektivität unterstellt, was bereits im Kapitel B.I.2. angesprochen wurde.

In den vorliegenden Diagnoserichtlinien ist jedoch klar festgelegt, welche Kriterien erfüllt sein müssen. ADS ist eine dimensionale Diagnose. Relative Angaben wie „oft“, „häufig“, „viel“ sollen einer klaren Abweichung von Normalzustand entsprechen. Natürlich kann man sich darüber streiten, wie „Normalität“ in diesem Zusammenhang definiert ist. ADS tritt in sehr unterschiedlicher Form und Intensität auf¹⁰⁵, nicht jede Ausprägung ist beeinträchtigend oder behandlungsbedürftig, die Übergänge können unscharf sein, die Maßstäbe der Beobachter individuell unterschiedlich. Man muss dennoch davon ausgehen, dass die Diagnosesteller in der Beobachtung von Auffälligkeiten geschult und erfahren sind, wie beispielsweise Kinderärzte, Neurologen und Psychiater, und dass sie in der Lage sind, ein normales und ein abweichendes Erscheinungsbild zu erkennen und zu unterscheiden.

Dieses Problem stellt sich aber nicht nur bei ADS. Bei vielen anderen sowohl psychischen wie auch somatischen Erkrankungen, z.B. bei Depression, Borderline-Störung, Migräne, Zerrungen und Schmerzzuständen (HWS-

¹⁰³ Taylor, Eric et al., European clinical guidelines for hyperkinetic disorder 2004

¹⁰⁴ stellvertretend für die Argumentation: Amft, Hartmut, in: Leuzinger-Bohleber, Marianne; Brandl, Yvonne; Hüther, Gerald (Hg) 2006, S. 70-89. Weiterhin: ADHS-Schweiz 2008

¹⁰⁵ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2002, S. 21ff.

Syndrom), für die (noch) keine eindeutigen objektiv messbaren Krankheitsparameter existieren, ist die exakte diagnostische Einschätzung ähnlich schwierig.

Weiter wird die genetische Ätiologie des ADS ebenso angezweifelt wie die Verlässlichkeit der Aussagen, die sich auf bildgebende diagnostische Verfahren stützen¹⁰⁶. Die auffälligen Symptome werden gewertet als Reaktion des Individuums (meist des Kindes bzw. Säuglings) auf ungünstige Umweltbedingungen. Im Fokus stehen dabei besonders Beziehungsstörungen zu den frühen Bezugspersonen, also in der Regel der Mutter, ein misslungener Beziehungsaufbau zum Vater und somit ein nicht zufriedenstellender Ablöseprozess von der Mutter. Teilweise wird auch eine negative intrauterine psychogene Beeinflussung des Föten gemutmaß, z.B. durch eine Ablehnung der Schwangerschaft durch die Mutter oder die Eltern. Durch diese Erfahrungen könnte sich das kindliche Gehirn bzw. seine neuronalen Regelkreise so entwickeln, dass das Symptombild des ADS mit seinen hirnorganischen Besonderheiten und der abweichenden Transmittersteuerung entsteht¹⁰⁷.

Inwieweit bei diesen Unterstellungen, die Mutter hätte (immer) einen großen Anteil an der Entstehung des ADS, bereits „Motherhunting“¹⁰⁸ praktiziert wird sei dahingestellt. Für Beratung und Therapie ist es eher zweitrangig, ob zuerst eine besondere Hirnfunktion und dann problematische Lebensumstände entstanden sind oder umgekehrt. Aufgabe von Beratung und Therapie ist es, Menschen in problematischen Lebenslagen effektiv zu unterstützen und sie so zu einem möglichst zufrieden stellenden Leben zu befähigen. Da man heute im Gegensatz zu älteren Paradigmen weiß, dass Anpassung und Ausprägung des Gehirns nicht mit Erreichen eines bestimmten Reifegrades abgeschlossen sind, sondern bis ins hohe Alter hinein strukturelle Entwicklungs-, Kompensations- und Qualifizierungsprozesse des Gehirns erfolgen können¹⁰⁹, besteht auch potentiell die Möglichkeit zur Veränderung und Normalisierung problematischer Strukturen, wie sie beim ADS zu finden sind.

Es wird massiv Kritik geübt an der Therapie mit Stimulantien bei ADHS. Nebenwirkungen und schädliche Auswirkungen werden zum Teil drastisch

¹⁰⁶ Hüther, Gerald & Bonney, Helmut 2007 S. 56-70

¹⁰⁷ Hüther, Gerald in: Leuzinger-Bohleber, Marianne; Brandl, Yvonne; Hüther, Gerald 2006, S.230-235

¹⁰⁸ Drüe, Gerhild 2006, S. 144-156

¹⁰⁹ Cerrutti, Herbert 1994; Hüther, Gerald & Bonney, Helmut 2007 S. 25-26

beschrieben¹¹⁰. Andere Quellen weisen die Medikation mit Stimulantien bei bestimmungsgemäßem Gebrauch als sicher und nebenwirkungsarm aus¹¹¹, wenn die speziellen Behandlungsrichtlinien beachtet werden. Die Wirksamkeit der Therapie mit Stimulantien ist in einer Vielzahl von Studien belegt¹¹². Ein Risiko der missbräuchlichen Verwendung besteht, wie bei vielen anderen Medikamenten auch; aber weder missbräuchliche Anwendung noch die Entwicklung von Abhängigkeiten waren in der jahrzehntelangen Geschichte der Stimulantientherapie bislang ein Problem¹¹³. Man kann mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, dass nahezu jedes Medikament bei der Einnahme das Risiko unerwünschter Effekte birgt, so auch die hier eingesetzten Stimulantien. Allerdings stellt auch ein unbehandeltes beeinträchtigendes ADS ein großes Risiko dar für soziale Benachteiligung und Sekundärerkrankungen¹¹⁴. Last but not least ist die medikamentenfreie Psychotherapie ebenfalls nicht ohne Risiken¹¹⁵; berichtet wird unter anderem von möglicherweise therapieinduzierten Psychosen und Suiziden.

Ob und welches Risiko eingegangen wird müssen die Betroffenen selbst entscheiden, wie bei einer somatischen Behandlung auch. Unverzichtbar ist hier eine umfassende, einfühlsame und verantwortungsvolle Information und Beratung, die Menschen in die Lage versetzt, diese Entscheidungen auch möglichst sicher treffen zu können.

C. Beratung, Coaching und Psychotherapie bei ADS

Bei der Behandlung des ADS wird eine multimodale Therapie als besonders effektiv angesehen¹¹⁶, d.h. neben, ergänzend oder alternativ zu möglicher Medikation sollen auch andere Behandlungsmöglichkeiten angeboten und eingesetzt werden. Gewünscht werden aufeinander abgestimmte störungsspezifische Verfahren zur Behandlung der Kernsymptomatik und ihrer

¹¹⁰ ebd., S.71-78, nur beispielhaft. Manche Darstellungen im Internet, z.B. <http://www.adhs-schweiz.ch/wissenschaft.htm> sind noch drastischer.

¹¹¹ Bundesärztekammer 2005 S. 32-33; Höger, Christoph; Banaschewski, Tobias; Specht, Friedrich; Rothenberger, Aribert 2002

¹¹² Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning 2005, S.139-141

¹¹³ Aust-Claus, Elisabeth; Claus, Dieter; Hammer, Petra-Marina 2004, S.327. Eichlseder, Walter 2003, S. 149/150

¹¹⁴ Pütz, Dieter 2006, S. 67-68

¹¹⁵ Märtens, Michael; Petzold, Hilarion G. 2002, S. 21-25

¹¹⁶ BMSG Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung 2002 S. 1-3

Begleitstörungen¹¹⁷. Nun ist, wie mehrfach erwähnt, das Störungsbild bei Erwachsenen erst seit wenigen Jahren als solches fachlich anerkannt. Kostenträger sträuben sich immer noch erfolgreich, entsprechende Therapien bei Erwachsenen zu finanzieren¹¹⁸. Demzufolge befindet sich die Entwicklung qualitativ fundierter psychosozialer Behandlungsangebote, die störungsspezifisch ADS-betroffene Erwachsene ansprechen, noch in den Anfängen. Die Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung wird mittlerweile kaum noch in Frage gestellt¹¹⁹. Von den bisher in der Literatur vorgeschlagenen psychosozialen bzw. psychotherapeutischen Beratungs- und Behandlungsansätzen des Erwachsenen-ADS sind aber meines Wissens bisher nur wenige so konzeptualisiert, dass sie die Bezeichnung wirklich verdienen, und erst einer wurde hinsichtlich seiner Effizienz kontrolliert¹²⁰. Aktuell beginnen in einer multizentrischen Studie 10 Lehrinstitute unter Leitung der Universität des Saarlandes in Homburg, die Wirksamkeit verschiedener Therapieansätze bei Erwachsenen mit ADHS, einzeln und in Kombination, zu erforschen¹²¹. Da diese Studie gerade am Anfang steht, werden die Ergebnisse leider noch etwas auf sich warten lassen.

Es muss deshalb für die weitere Betrachtung dieser störungsspezifischen Beratungs- und Behandlungsansätze klar sein, dass es sich um Handlungs- und Therapiekonzepte erfahrener Praktiker handelt, die (noch) nicht oder nur in Ausnahmefällen standardisiert und wissenschaftlich evaluiert sind.

I. Aufklärung und Information

Einer ADS-spezifischen Beratung und Therapie muss zwingend eine ausführliche Differentialdiagnostik vorausgehen¹²².

Die Mitteilung der Diagnose und damit verbunden die Vermittlung wichtiger Informationen über Handlungsoptionen bei ADS ist für Betroffene meist schon ein wesentlicher Schritt zur Verbesserung ihrer Lebensqualität und bereits ein

¹¹⁷ ebd.

¹¹⁸ Elspaß, Heike-Helena 2008

¹¹⁹ Lambert, Michael J.; Hawkins, Eric J.; Hatfield, Derek R. in: Märtens, Michael; Petzold, Hilarion G. 2002, S. 40

¹²⁰ Hesslinger, Bernd; Philipsen, Alexandra; Richter, Harald 2004, S. 38-40; das positive Ergebnis sollte jedoch noch unter Vorbehalt gesehen werden, nach einem Hinweis der Autoren auf die geringe Probandenzahl.

¹²¹ Davids, E.; Keller-Pließnig A. (Fr.), Gastpar M. 2008 in: http://www.uni-essen.de/ap/html/adhs_1.html

¹²² Neuhaus, Cordula 2000, S. 244

wichtiger Teil ihrer Therapie. Die Disposition besteht regelhaft seit der Kindheit, und seit ihrer Kindheit leiden die meisten Betroffenen auch darunter. Sie spüren ihr „Anderssein“ schon lange und vielfach schmerzvoll, ohne es sich erklären oder verstehen zu können. Sie versuchen oft mit größter Anstrengung und nicht selten erfolglos, sich jener „Normalität“ anzupassen, die anderen so mühelos zu gelingen scheint. Sie geben sich meist selbst die Schuld für ihr „Versagen“ und führen es auf eigene Dummheit, Faulheit, mangelnde Disziplin und Selbstbeherrschung oder moralische Unzulänglichkeit zurück. Bei vielen medizinischen Problemen beginnt mit der Diagnose erst der eigentliche Leidensweg der Betroffenen (z.B. bei Krebserkrankungen); bei ADS erleben viele Betroffene mit der Diagnose eine deutliche Trendwende zum Besseren¹²³. Erwachsene entdecken häufig ihre eigene Betroffenheit durch das Auftreten von ADS bei ihren Kindern. Sie bekommen im Zuge von Informationsbeschaffung, Meinungsbildung und Coaching der Kinder einen Aha-Effekt ihre eigenen Probleme betreffend und suchen dann Behandlungsmöglichkeiten auch für sich selbst.

Die Identifizierung von ADS als neurophysiologische Disposition, die nicht durch Selbstverschulden verursacht worden ist, bedeutet für Betroffene und meist auch für ihre Familien eine große Entlastung. Wenn Kritiker der Diagnose das als „Einrasten in ein Krankheitsmodell“ bezeichnen¹²⁴, wo die weitere Verantwortung dem Hilffssystem übergeben und Defizite folgenlos auf das Syndrom geschoben werden können, so trifft das bei ADS höchstens in Ausnahmefällen zu. Den Betroffenen eröffnet sich nach Diagnosestellung häufig erstmals die Möglichkeit, ihre Situation eigenständig positiv beeinflussen und verändern zu können, womit oft ein enormer Energie- und Motivationsschub einhergeht. Manche Betroffene werden allein schon durch die Diagnostik und die damit einhergehende Information ermächtigt, in Zukunft zufriedenstellende Problemlösestrategien für sich zu entwickeln¹²⁵.

Der/Die Betroffene sollte umfassend, wissenschaftlich korrekt und einfühlsam über ADS informiert werden, am besten von einer Person, die bereits das Vertrauen der Beteiligten genießt und durch ihre Ausbildung zu dieser Aufgabe auch befähigt ist. Empfehlungen guter Literatur zum Selbststudium sind wichtig, da viele KlientInnen in diesem Gespräch nicht alle gegebenen Informationen aufnehmen können. Auch der Besuch von Vortragsveranstaltungen und

¹²³ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2002, S. 178ff.

¹²⁴ Weniger, Thomas 2004, S. 2598

¹²⁵ Rösler, Michael; Alm, Barbara; Krämer, Sabine 2007, S. 32

Selbsthilfegruppen kann hilfreich sein. Die Mitteilung der Diagnose sowie die Aufklärung über ADS empfinden viele Betroffene als wichtiges Ereignis in ihrem Leben. Nicht selten werden dabei heftige emotionale Prozesse in Gang gesetzt, die begleitet und reflektiert werden müssen. Der Schwerpunkt dieser Gespräche sollte ressourcenorientiert auf den Stärken der ADS-Persönlichkeit liegen¹²⁶, ohne die Problembereiche auszublenden oder zu verharmlosen. Diese sind durch eine unvoreingenommene, klare Identifikation und Herangehensweise bei völligem Verzicht auf jegliche Schuldzuschreibung mit adäquatem Training, Coaching und Coping extrem verbesserungsfähig. Die Haltung der Betroffenen zum ADS sowie ihr Selbstbild diesbezüglich haben großen Einfluss auf den Erfolg einer Behandlung und auf ihre weitere persönliche Entwicklung¹²⁷. Der offene Umgang mit ADS im Austausch mit der Familie und dem Lebensumfeld (Freundeskreis, Schule, Ausbildung, Arbeitssituation) kann unterstützend sein und ist eigentlich wünschenswert. Im Hinblick auf Wettbewerb, Konkurrenzdenken und die manchmal feindselige Haltung wichtiger Personen in Ausbildung und Arbeitswelt¹²⁸ ist das wohl aber nicht immer in vollem Umfang zu verwirklichen. ADS stellt in vieler Hinsicht besondere Anforderungen an Berater und Therapeutinnen. Durch das oft schwierige Verhältnis der Betroffenen zu Struktur und Ordnung – die meisten sind chronisch unterstrukturiert, wenige klammern sich jedoch sehr rigide an äußere Strukturen, um die fehlende „innere Ordnung“ zu kompensieren – braucht die Hilfsperson viel Flexibilität, Geduld und Verantwortungsbereitschaft¹²⁹. Sie muss den Betroffenen aktiv und manchmal bestimmend dabei helfen, ihr Leben umzugestalten. Im Gegensatz zur allgemein üblichen, nicht-direktiven Beratungspraxis müssen den KlientInnen eher konkrete Vorschläge gemacht werden, welche Möglichkeiten es für sie gibt, sich zu organisieren, konzentriert zu bleiben, Termine einzuhalten, Listen anzulegen, bei der Arbeit Prioritäten zu setzen, allgemein mit dem Chaos ihres Alltagslebens zurechtzukommen. Das soll nicht *für*, sondern muss gemeinsam *mit* den KlientInnen getan werden, um Ihnen den Lernprozess zu ermöglichen, es gegebenenfalls auch alleine machen zu können.

¹²⁶ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2002, S.336-341

¹²⁷ ebd S. 177-180

¹²⁸ ebd. S. 179

¹²⁹ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2002, S. 338ff

ADS darf auch und gerade bei großem Verständnis für die Situation der Betroffenen niemals als Entschuldigung oder Rechtfertigung für verantwortungsloses Handeln und Verhalten gelten¹³⁰.

II. Beratung und Psychoedukation

Das weitere individuelle Handlungs- und ggf. Therapiekonzept soll gemeinsam mit den Betroffenen in Abhängigkeit von der Schwere ihrer Symptomatik, ihren Beeinträchtigungen, ihrem Selbstwertgefühl, ihren Ressourcen und natürlich ihren persönlichen Wünschen erarbeitet werden¹³¹. Es ist günstig, wenn Angehörige und Bezugspersonen miteinbezogen werden können. Eine begleitende Beratung von ADS-Betroffenen dient hauptsächlich zur Unterstützung der Selbstorganisation sowie zur emotionalen Entlastung, auch der Bezugspersonen. Bewältigungsstrategien, Stärken, Fähigkeiten, Selbstwert und Lebensqualität sollen verbessert werden. Die Notwendigkeit einer Psychotherapie kann in der Beratung erörtert werden. Sie ist nicht von vorneherein zwingend, scheint aber sehr angeraten, wenn Beeinträchtigungen durch die Kernsymptome nicht zufriedenstellend reduziert werden können oder wenn Sekundärerkrankungen und einschränkende Komorbiditäten vorliegen, die möglicherweise auch eigenständig behandelt werden müssen (wie z.B. Suchterkrankungen)¹³².

1. Medikamente

Das in B.VI. bereits besprochene vorausgesetzt, können die bevorzugt bei ADS eingesetzten Medikamente Konzentration, Ausdauer, Kurzzeitgedächtnis, Arbeitsgenauigkeit, Impulskontrolle und andere Symptome entscheidend verbessern¹³³. Betroffene berichten, dass sie nach erfolgter Einstellung auf ein Stimulans erstmals ein Buch zu Ende lesen, konzentriert einem Gespräch folgen, über einen längeren Zeitraum an einer Arbeit bleiben konnten und ähnliches¹³⁴. Die Beratung hinsichtlich der Medikation sollte wissenschaftlich fundiert sein (siehe B.VI.) und ergebnisoffen erfolgen. Die KlientInnen müssen ihre

¹³⁰ ebd., S.332

¹³¹ Rösler, Michael; Alm, Barbara; Krämer, Sabine 2007, S.31-39

¹³² ebd., S.39

¹³³ ebd., S.36; Neuhaus, Cordula 2000, S. 261/262

¹³⁴ Toussaint, Lïona L.- 2001, S. 97-99

Entscheidung nach eigenen Prioritäten fällen, weil hauptsächlich sie von den Vorzügen und Nachteilen/Risiken sowohl der Medikation als auch der Nichtmedikation betroffen sind. Praktiker halten Beratung und/oder Coaching in Verbindung mit medikamentöser Behandlung für das erfolgreichste Behandlungskonzept¹³⁵, allerdings nur, wenn im Hinblick auf die Medikamente eine wirklich gute Compliance besteht. Vom Medikamenteneinsatz sollte eher abgeraten werden, wenn die Betroffenen anhaltende Bedenken oder ein schlechtes Gefühl dabei haben. Auch ein stark ausgeprägtes Autarkiebedürfnis, bei ADS häufig, steht der Medikation oft entgegen¹³⁶. Man möchte keinesfalls von der „Krücke“ Ritalin abhängig sein. Contraindiziert für die Medikation ist ein bereits vorliegender ausgeprägter Substanzmissbrauch, weil gefährliche Wechselwirkungen mit den Medikamenten dann kaum noch überblickt werden können¹³⁷. Die Vorstellung, mit Medikamenten mache man sich alles zu einfach, kuriere nur an den Symptomen herum und decke die wahren Probleme zu, ist nicht zutreffend¹³⁸. Befragungen von Jugendlichen, warum sie manchmal auf die Medikamente verzichten, obwohl sie sich eigentlich als förderlich erwiesen haben, deuten auf eine grundsätzliche Verbesserung ihrer Einsicht und Handlungskompetenz hin. Eine Jugendliche beklagte, dass sie die Unordnung in ihrem Schrank unter Medikation als extrem störend empfinde und nicht ertragen könne, sondern aufräumen müsse. Ohne Medikamente sei es ihr egal. Ein Student verzichtete immer dann auf die Medikation, wenn er vorhatte die Vorlesung zu schwänzen. Sonst hätte er deshalb ein schlechtes Gewissen und könne seine „Freizeit“ nicht richtig genießen. Auch die von Beobachtern manchmal beklagte Ernsthaftigkeit, Verstimmung oder Traurigkeit der Betroffenen unter Medikation – manche Lehrer vermissen sogar die Lustigkeit und Originalität ihrer „Klassencloowns“ - hat ihre Ursache weniger in einer „Nebenwirkung“ des Medikaments denn im Bewusstwerden der bisher erlebten Defizite¹³⁹.

¹³⁵ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2002, S. 354ff

¹³⁶ Neuhaus, Cordula 2000, S. 258-262

¹³⁷ Hesslinger, Bernd; Philipsen, Alexandra; Richter, Harald 2004, S. 27

¹³⁸ Eichlseder, Walter 2003, S. 145

¹³⁹ ebd., S. 161-162. Analogien finden sich hier zu der Fallbeschreibung „Witty ticcy Ray“ von Oliver Sacks. Ein junger Tourette-Patient erfährt durch das Medikament Haloperidol eine deutliche Verbesserung sowohl seiner Krankheitssymptome als auch seiner sozialen Probleme mit Arbeitgeber und Familie. Trotzdem trauert er heftig um seine krankheitstypischen herausragenden Fähigkeiten als Musiker und Possenreißer und ist verzweifelt. Sacks definiert das als „hochgradige Abhängigkeit von seinem exotischen Leiden“. Sacks, Oliver 1996, S. 130-143

2. Problembereiche

Der Fokus der Beratung liegt eindeutig auf dem gemeinsamen Entwickeln tragfähiger Problemlösestrategien für die individuellen „kritischen“ Punkte, die immer wieder Krisen im Leben des/der Betroffenen auslösen. Manche der Problembereiche überschneiden sich mit denen anderer Störungen, z.B. bei Borderline-Syndrom oder bipolarer Störung, zum Teil können auch ähnliche Strategien eingesetzt werden¹⁴⁰. Je nach Selbstorganisationsvermögen sowie individueller Ausprägung und Intensität des ADS ist ein unterschiedlicher Grad an Unterstützung notwendig und hilfreich. Manche Klientinnen kommen schon mit einer Literaturempfehlung zum Selbststudium hervorragend zurecht, andere haben einen größeren Hilfebedarf und benötigen regelmäßige Beratungstermine, Coaching, Skilltraining und Therapie. Bei der Auswahl der folgenden Problembereiche handelt es sich um Themen, die sehr viele ADS-KlientInnen betreffen, wobei natürlich nicht alle in jedem Bereich Schwierigkeiten haben.

– Zeitmanagement

Kurze Aufmerksamkeitsspanne, große Reizoffenheit, Vergesslichkeit und Probleme im Umgang mit vorgegebenen Strukturen bringen bei ADS automatisch Konflikte bei der Zeiteinteilung¹⁴¹. Betroffene haben oft (vor der Beratung) gar keine Uhr in Reichweite. Man kann ja aufs Handy schauen. Die Suche nach dem Handy in vielen Taschen dauert oft sehr lange, also verlässt man sich aufs Gefühl. Aus gefühlten 5 Minuten werden dann rasch 30 oder mehr¹⁴². Im Beschreiben der Probleme sollten bereits Lösungsansätze erarbeitet werden, die möglichst exakt auf die individuelle Situation passen. Das pauschale Empfehlen von Uhren, Kalendern und Stundenplänen ist, auch bei vordergründig guter Akzeptanz, kontraproduktiv. Das Unterwerfen unter starre Strukturen weckt so oft schlimme Erinnerungen, dass eine fast körperliche Abneigung dagegen besteht¹⁴³. Hilfreich ist es aber, die Zeit spür- und sichtbar zu machen. Der Einsatz eines Weckers oder einer klingelnden Eieruhr, kreisförmige Zeitdiagramme mit anteilsmäßig eingezeichneten Aktivitäten in verschiedenen Farben („Kuchenmodell“), elektronische Terminplaner etc. können meist besser akzeptiert werden als langweilige Listen. Zeitgefühl muss oft erst trainiert werden, in dem man den

¹⁴⁰ Hesslinger, Bernd; Philipsen, Alexandra; Richter, Harald 2004, S.31-34

¹⁴¹ Hallowell, Edward M.& Ratey, John J. 2005, S. 24

¹⁴² Beerwert, Christine 2007; S.35

¹⁴³ Neuhaus, Cordula 2000, 168-172

Zeitbedarf bestimmter Tätigkeiten vorher gemeinsam abschätzt und später überprüft¹⁴⁴. Zur besseren Überschaubarkeit, um Überforderung und schneller Frustration vorzubeugen und Erfolgserlebnisse zu ermöglichen (als Belohnung), hat es sich bei ADS fast in jedem Problembereich bewährt, in sehr kleinen Schritten vorzugehen (Salamitaktik)¹⁴⁵. Betroffene neigen in Anfangseuphorie dazu, sich heillos zu überfordern, also muss die Hilfsperson mitregulieren und strukturieren.

– Management der Gegenstände (Unordnung)

ADS-Betroffene organisieren ihre Dinge häufig in Haufen (z.B. von Wäsche, Schuhen, Werkzeug etc.) und Stapeln (Papiere, Zeitschriften, Bücher). Wichtige Gegenstände wie Schlüssel und Geldbeutel müssen ständig gesucht werden, oft in zeit- und nervenaufreibender Hektik. Durch gedankliche Abwesenheit landen Gegenstände an den unmöglichsten Orten, z.B. der Autoschlüssel im Kühlschrank, wo sie nur schwer gefunden werden können¹⁴⁶. Bei geplanter Verhaltensänderung sollte als erstes eine Prioritätenliste erstellt werden, was am dringendsten geordnet werden muss, z.B. durch ein leicht zugängliches Schlüsselbrett oder ein Körbchen. Oft ist es erfolgreicher, dazu Freunde oder Bekannte um Hilfe zu bitten, nicht zum Aufräumen oder Erledigen von Arbeiten, sondern um die Aufmerksamkeit des Betroffenen „bei Laune“ (fokussiert) zu halten. Betroffene sollten dabei nie bis an die Erschöpfungsgrenze arbeiten, sondern nach einem Teilerfolg aufhören und sich eine Belohnung gönnen¹⁴⁷. Die Wahl geeigneter Ablage- und Ordnungssysteme sollte nach Effizienz, Geschmack und Geldbeutel erfolgen; es ist nicht hilfreich, lediglich stapelweise Ordner oder Kisten anzuschaffen. Das wäre nur ein „mehr desselben“¹⁴⁸ in der Messie-Welt¹⁴⁹. Die Sammelwut vieler Betroffener kann zum ernststen Problem werden, bei dem vielleicht ein intensiveres Coaching oder Psychotherapie angezeigt ist.

– Planung (Kontrolle im Chaos)

Neben der schon erwähnten Zeiteinteilung geht es hier zusätzlich um konkurrierende Aufgaben, Tätigkeiten und Verantwortlichkeiten. Weil bei

¹⁴⁴ ebd.

¹⁴⁵ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2002, S. 372

¹⁴⁶ Aust-Claus, Elisabeth; Claus, Dieter; Hammer, Petra-Marina 2004, S. 40

¹⁴⁷ Aust-Claus, Elisabeth; Claus, Dieter; Hammer, Petra-Marina 2004, 209-237

¹⁴⁸ Watzlawick, Paul; Weakland, John H.; Fisch, Richard 2005, S. 51-59

¹⁴⁹ Neuy-Bartmann, Astrid 2008, S. 3

insgesamt diffusem Zeitgefühl auch kaum eine realistische Einschätzung für den Zeitbedarf einzelner Tätigkeiten vorhanden ist, wird in die zur Verfügung stehende Zeit gern wesentlich mehr hineingepackt als hineinpasst, ohne die zusätzlichen „vergessenen“ Arbeiten für zwischendurch. Das resultiert oft in erheblichem Stress, Überforderung und Problemen in Beziehungen zu anderen Menschen, vor allem in der Familie und im Arbeitskontext¹⁵⁰, wg. Verspätung, scheinbarer Unzuverlässigkeit oder Gleichgültigkeit. Auch hier ist das Erstellen von Plänen und Prioritätenlisten wichtig. Die KlientInnen brauchen dafür meist Anleitung und Hilfestellung. Das Delegieren von Tätigkeiten und Verpflichtungen, soweit mach- und bezahlbar, kann große Erleichterung bringen und hilft den Betroffenen darüber hinaus, ihre Stärken voll und effektiv einzusetzen¹⁵¹.

– Erinnerungsstützen (Vergesslichkeit)

Pinboards, große Wandkalender, PostIt-Zettel, Terminkalender (unverzichtbar!) und Notizblöcke (für Blitzideen) haben sich als hilfreich erwiesen, allerdings nur, wenn die Hilfen auch beachtet, aktualisiert und nicht überstrapaziert werden (z.B. durch Myriaden von Zettelchen)¹⁵². Manche KlientInnen schreiben sich besonders wichtige Dinge auf den Badezimmerspiegel, damit sie morgens beim Zähneputzen gleich daran erinnert werden.

– Impulssteuerung

Mangelnde Affekt- oder Impulskontrolle, die „zu kurze Zündschnur“, ist ein bedeutendes Problem bei ADS. Der Spontankauf, der das Budget sprengt¹⁵³, die unüberlegt begonnene Liebesaffäre¹⁵⁴, die vielleicht handgreifliche Auseinandersetzung mit einem Provokateur¹⁵⁵ sind nur wenige Beispiele. Meistens sind diese Impulse nur sehr kurz drängend und unwiderstehlich. Wenn es gelingt, eine Zeitspanne zwischen Impuls und Handlung zu schieben, haben sich die Betroffenen in der Regel wieder ausreichend im Griff. Die Kontrolle, dieses „Innehalten“ zu gewährleisten, erfordert aber viel Übung und auch Unterstützung, die Techniken dazu sind unterschiedlich. Sie können darin

¹⁵⁰ ebd. S. 247-274

¹⁵¹ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2002, S. 373

¹⁵² ebd. S. 372-378

¹⁵³ ebd., S. 242

¹⁵⁴ ebd., S. 291

¹⁵⁵ Schäfer, Ulrike & Rüther, Eckart 2005, S. 67

bestehen, vor einer Spontanhandlung generell zu zählen (wie weit ist individuell unterschiedlich), sich im Geiste ein Stoppschild vor Augen zu führen, bis sich wieder Gelassenheit einstellt, die Kreditkarten in einem Eisblock einzufrieren¹⁵⁶ und anderes.

– Finanzen

ADS-Betroffene haben, wenn sie nicht gerade in der Finanzwelt tätig sind oder sich aktiv mit Anlagen beschäftigen (was oft mit dem beliebten Nervenkitzel verbunden ist), wenig Beziehung zu Geld. Viele wissen kaum genau, wie viel sie verdienen¹⁵⁷. Solange das nicht wegen Überschuldung zum Problem wird, sehen die Betroffenen hier auch selten Handlungsbedarf. Erst wenn sich die Mahnungen häufen, das Konto gepfändet ist, der Gerichtsvollzieher vor der Tür steht, die Wohnung wegen Mietrückstand gekündigt wird, kurz eine Zwangslage entstanden ist, wird oft erst die Notwendigkeit eingesehen, hier etwas zu ändern¹⁵⁸. KollegInnen aus der Schuldnerberatung haben täglich mit diesem Phänomen zu tun. Bei knapper Kasse, und möglichst schon vorher, ist eine Budgetermittlung und die Auflistung der täglichen Ausgaben (Belege sammeln!) dringend zu empfehlen und auch dafür zu sorgen, dass die Betroffenen dabei Unterstützung erhalten. Die Frage nach dem Stand der Finanzen ist mittlerweile mein Standard in der Beratung bei ADS-betroffenen KlientInnen.

– Kommunikation

Betroffene haben häufig Probleme in der Kommunikation mit ihren nichtbetroffenen Mitmenschen. Entweder können sie einem Gespräch nicht folgen, oder sie haben große Mühe, ihren Gesprächspartnern nicht ständig ins Wort zu fallen. Ersteres liegt in ihrer abdriftenden Aufmerksamkeit begründet, letzteres in der mangelnden Impulskontrolle. Auch die Worte, die manchmal sehr spontan und ohne böse Absicht geäußert werden, tragen nicht immer dazu bei, sich Freunde zu schaffen. ADS-Betroffene bemühen sich daher oft voller Reue um versehentlich beleidigte und gekränkte Mitmenschen und versuchen, Wiedergutmachung zu leisten, was nicht immer gelingt¹⁵⁹. Leider bemerken Betroffene in solchen Situationen ihr Fehlverhalten erst, wenn es schon passiert

¹⁵⁶ Aust-Claus, Elisabeth; Claus, Dieter; Hammer, Petra-Marina 2004, S. 242-243

¹⁵⁷ ebd., S. 140

¹⁵⁸ ebd., 239-246

¹⁵⁹ ebd. S. 280-285

ist, können also hier schlecht selbst gegensteuern. Eingeweihte FreundInnen und Familienmitglieder, aber auch hilfreiche ArbeitskollegInnen oder AssistentInnen können mit den Betroffenen einen Code vereinbaren, um die entgleisende Aufmerksamkeit zurückzuholen¹⁶⁰ oder zu signalisieren, dass eine peinliche Situation im Entstehen begriffen ist. Vorsicht ist dabei allerdings geboten, da sich hier leicht problematische Hierarchien in Richtung „Eltern-Kind-Interaktion“ etablieren können¹⁶¹.

– Spaß

Menschen mit ADS müssen häufig wesentlich mehr Leistung bringen als andere, um das Gleiche zu erreichen bzw. um ihr Leben zufriedenstellend gestalten zu können¹⁶². Auch scheinen Selbstmotivationsfähigkeit und körpereigene Belohnungsmechanismen im Vergleich zu anderen reduziert zu sein¹⁶³. Umso wichtiger ist es, ein zuverlässiges Belohnungssystem zu installieren. Die positive Verstärkung sollte dabei möglichst direkt erfolgen, z.B. durch kleine angenehme Pausen nach vollzogenen Arbeitsteilschritten, um eine sichere Zuordnung durch die Betroffenen zu gewährleisten. Was als Belohnung empfunden wird ist natürlich individuell herauszuarbeiten. Bewegung, körperliche Aktivitäten oder Sport sollten nach Möglichkeit immer mit eingeplant werden, da deren äußerst positive, konzentrationsfördernde und leistungssteigernde Wirkung bei ADS mittlerweile von mehreren Autoren betont wird¹⁶⁴. Hyperaktive finden hier eine konstruktive Möglichkeit, ihrem Bewegungsdrang nachzugeben; hypoaktive, eher träge ADS-Betroffene können dadurch ihrem Bewegungsmangel gegensteuern und sich mobilisieren.

3. Ressourcen

Es ist für den Selbstwert und die Entwicklung der Betroffenen kontraproduktiv, ADS rein defizitorientiert, also ausschließlich als Krankheit zu sehen¹⁶⁵. ADS kann unbestritten *erheblichen* Krankheitswert haben, und die gesellschafts- und

¹⁶⁰ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2002, S. 380-390

¹⁶¹ Schäfer, Ulrike & Rüther, Eckart 2005, S. 68

¹⁶² Aust-Claus, Elisabeth; Claus, Dieter; Hammer, Petra-Marina 2004, S. 272

¹⁶³ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2002, S. 416 sowie 2005 S. 61

¹⁶⁴ Beerwert, Walter 2006, S.231; Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2005, S. 175

¹⁶⁵ Beerwert, Walter: ADS- Ein Medizin-? Schul-? Sozial-? Arbeitsplatz-? Erziehungs-? Oder gesellschaftliches Problem? in: Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität e.V. 2006, S. 13

sozialpolitisch zu gewährende Unterstützung ist hier unverzichtbar, aber das ist nur eine Seite des ADS. In Beratung und Therapie ist das (An-)Erkennen, Entwickeln und Ausbauen von positiven Eigenschaften und Stärken der Betroffenen mindestens genauso wichtig wie die Reduktion der Problembereiche. Die folgenden Fähigkeiten, Talente und Charaktereigenschaften werden überdurchschnittlich häufig im Zusammenhang mit ADS erwähnt¹⁶⁶:

– Empathie, Idealismus, Selbstlosigkeit, Mut

Intuitives Erfassen der Befindlichkeit anderer Menschen, zum Teil auch von Tieren, bedingungsloses Eintreten für die Belange von Schwächeren unter Inkaufnahme eigener Nachteile, spontaner Verzicht und Verschenken persönlicher Sachen, auch Essen, sind häufig bei Betroffenen zu beobachten.

– Kreativität, Originalität, Spontaneität, Fantasie, Querdenker

Künstlerische Talente, Begabung für das Aufspüren außergewöhnlicher Lösungen, Erfindergeist zeichnet viele Menschen mit ADS aus¹⁶⁷. Möglicherweise können sie durch ihre Reizoffenheit mehr Optionen überblicken als normgesteuerte Menschen. ADS-Betroffene sind an Chaos gewöhnt und damit vertraut, viele leben darin, zumindest zeitweise. Das geschieht zwar selten freiwillig, aber dennoch: ADS-Betroffene können Chaos manchmal äußerst kreativ nutzen¹⁶⁸ und funktionieren in solchen Situationen besser als andere.

– Multitasking¹⁶⁹

Viele Betroffene sind, zumindest in guten Zeiten, „multitasking“-fähig. Sie arbeiten im Geiste häufig parallel an mehreren Projekten, wie ein Computer, bei dem mehrere Programme geöffnet sind¹⁷⁰. Kommen sie an einem Punkt nicht weiter, gehen sie zum nächsten Thema über. Zeitgleich sind sie dabei oft noch mit handwerklichen oder körperlichen Routinetätigkeiten wie Haus- oder Gartenarbeit beschäftigt. Das schafft zusätzliche Stimulation und verhilft nicht selten zu ungewöhnlichen gedanklichen Querverbindungen, wenn es nicht übertrieben wird und dann in Zerstreuung oder im Burn-Out endet¹⁷¹.

¹⁶⁶ Neuy-Bartmann, Astrid: Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ADS/ADHS. Ebd., S.51

¹⁶⁷ Pütz, Dieter 2006, S. 24

¹⁶⁸ Beerwert, Walter 2006, S. 208-210

¹⁶⁹ Weiss, Lynn 2003, S. 43 f.

¹⁷⁰ Beerwert, Christine 2007, S. 55-56

¹⁷¹ ebd., S. 87-90

– Hyperfokus

Die absolute Konzentration auf ein einziges Thema, oft unter Vergessen von Zeit und Raum und manchmal auch Essen und Trinken, kann man vielleicht auch bei normgesteuerten Menschen finden, aber ADS-Betroffene sind häufig Meister darin¹⁷². Wenn ein Problem oder eine Aufgabe wirklich fasziniert, können sie lange Zeit hochkonzentriert daran arbeiten und erreichen dabei mit Begeisterung eine verblüffende Tiefe und detaillierte Spezialkenntnisse. Auch hier besteht allerdings das Risiko, sich in Extremen zu verlieren und völlig zu erschöpfen, aber sehr oft werden dabei auch großartige Projekte und zündende Geschäftsideen geboren.

– Beruf¹⁷³

Hier liegt oft der Schlüssel zu einem zufriedenen Leben, ganz besonders für ADS-Betroffene. In der Enge eines hierarchischen Betriebes mit starren Entscheidungsstrukturen, unflexiblen zeitlichen und räumlichen Vorgaben, missgünstigen und/oder langweiligen KollegInnen und einem ebensolchen Ambiente können für ADS-Betroffene fatale Situationen entstehen¹⁷⁴. Ob ihrer Probleme mit Struktur und Ordnung sind sie fast immer angreifbar, und ihre Fähigkeiten machen sie nicht selten zum Objekt des Neides. Das Mobbingrisiko ist deshalb hoch. So entsteht, oft aus der Not heraus, die berufliche Selbständigkeit, wo Können und Engagement mehr zählt als Anpasstheit. Mit guter Unterstützung bei der Organisation können ADS-Betroffene darin sehr erfolgreich sein. Auch in Medienberufen, im künstlerischen Bereich, im Entertainment finden überdurchschnittlich viele Menschen mit ADS-typischen Charakteristika die Nische, die ihren besonderen Fähigkeiten und ihren Bedürfnissen an Stimulation, Freiraum und Selbstverwirklichung entgegenkommt.

– Bewegung, körperliche Arbeit und Sport

Jede Art von Bewegung und körperlicher Aktivität, ob in der Freizeit, im Sport oder im Beruf, wirkt sich positiv auf ADS-Symptome aus, ist allgemein gesundheitsfördernd und verbessert Wahrnehmung und Körpergefühl¹⁷⁵. Regelmäßige, geplante körperliche Aktivitäten sind ein strukturgebendes Element,

¹⁷² ebd., S. 68

¹⁷³ Weiss, Lynn 2003, S. 47 f.

¹⁷⁴ Beerwert, Christine 2007, S. 185

¹⁷⁵ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2002, S.377, S.389; 2005, S. 218-221; Beerwert, Walter 2006, S. 231

mindern die bei ADS häufigen Ess-, Schlaf- und Sexualprobleme und können das Selbstwertgefühl erheblich steigern¹⁷⁶. Durch die verbesserte Durchblutung und Sauerstoffversorgung erhöhen sich mentale Leistungsfähigkeit und Konzentration¹⁷⁷. Mannschaftssportarten wie Volleyball oder Fußball fördern überdies die Teamfähigkeit und schaffen Gelegenheit zu sozialen Kontakten¹⁷⁸. Da ADS-Betroffene zu Extremen neigen, muss auch hier dringend darauf geachtet werden, Überforderung zu vermeiden, um das daraus resultierende Verletzungsrisiko zu minimieren.

III. Selbsthilfe und Training

Es gibt ein mittlerweile ein ausgearbeitetes Selbsthilfekonzzept, das als Trainingsprogramm alleine durchgearbeitet werden kann¹⁷⁹. Das Programm beinhaltet Übungs- und Handlungsanleitungen zur Verbesserung der bereits besprochenen Kernbereiche

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| – Aufmerksamkeitsstörung | – Affektkontrolle, Impulsivität |
| – Motorische Hyperaktivität | – Emotionale Übererregbarkeit |
| – Achtsamkeit im Alltag | – Problemlösetraining |
| – Affektlabilität | – Stadien der Veränderung |
| – Desorganisiertes Verhalten | – Soziale Kompetenz |

Es orientiert sich an einem evaluierten Therapiekonzept¹⁸⁰ nach dem dialektisch-behavioralen Therapiemodell¹⁸¹, das im Kapitel C.5. genauer erläutert wird, daher soll hier das Trainingsprogramm nicht detailliert beschrieben werden.

Es ist vorgesehen, die Einheiten über mehrere Wochen hinweg nacheinander durchzuarbeiten. Übungs- und Lösungsvorschläge sind einfach umzusetzen, originell und erscheinen auch stimmig. Das Programm ist allerdings nicht evaluiert. Es bleiben auch große Zweifel, ob die Betroffenen in der Mehrzahl so gut strukturiert und diszipliniert sind, ein solches Programm aus eigenem Antrieb bis zum Schluss durchzuführen, denn mangelnde Konzentration und rasch nachlassendes Interesse sind ein Hauptproblem des ADS. Die einzelnen Schritte

¹⁷⁶ ebd.

¹⁷⁷ Hallowell, Edward M.& Ratey, John J. 2005, S. 220

¹⁷⁸ Hallowell, Edward M.& Ratey, John J. 2002, S. 389

¹⁷⁹ Pütz, Dieter 2006, S. 92-121

¹⁸⁰ Hesslinger, Bernd; Philipsen, Alexandra; Richter, Harald 2004, S. 27ff.

¹⁸¹ ebd. S.31

erscheinen zudem etwas stark „pauschaliert“ (one size doesn't fit all!). Ob jede einzelne Übung für jeden so passend ist, oder ob sie bei stärkerer Individualisierung nicht wesentlich effektiver wäre, bleibt die Frage. Immer wieder betont wird auch die unzureichende Selbstwahrnehmung von ADS-Betroffenen¹⁸², so dass es sinnvoller erscheint, die Betroffenen in ihren Bemühungen nicht alleine zu lassen, sondern dafür zu sorgen, dass sie im Austausch mit einem oder mehreren ADS-kundigen Menschen immer konstruktive Rückmeldung erhalten können.

Es gibt mittlerweile aber flächendeckend ADS-Selbsthilfegruppen jeder Prägung¹⁸³, so dass sich bei entsprechendem Engagement sicher eine Übungsgruppe finden oder zusammenstellen lässt, die die einzelnen Schritte des Trainingsprogramms entsprechend modifizieren und individuell anpassen kann. Solch eine Gruppe ginge, je nach Intensität und Verbindlichkeit, schon in die Richtung eines Skill-Trainings¹⁸⁴, dass je nach Problematik und Anspruch der Teilnehmer bzw. Qualifikation der Gruppenleitung bis zur qualitativ abgesicherten Psychotherapie (auch Einzeltherapie) intensivierbar ist.

In Deutschland haben sich die beiden großen Selbsthilfeverbände „Arbeitskreis Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität“ und „Arbeitskreis hyperaktives Kind“ vor einem Jahr zum Verband „ADHS Deutschland e.V.“ zusammengeschlossen¹⁸⁵, um ihre Kräfte bündeln und Synergieeffekte nutzen zu können. Der Verband listet auf der Homepage die Adressen seiner regionalen Selbsthilfegruppen auf und bietet gute, wissenschaftlich validierte Artikel und Schriften sowie ständig aktualisierte sozialrechtliche Informationen.

IV. Coaching

Es gibt in Deutschland meines Wissens erst ein ausgearbeitetes Konzept zum störungsspezifischen Coaching bei Erwachsenen¹⁸⁶. Die Autorin sieht die hervorragende Eignung des Coaching als therapeutisches Instrument bei ADS in der intuitiven Fähigkeit der Betroffenen, die Gefühle und Stimmungslage ihres

¹⁸² Beerwert, Christine 2007, S.77; Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning 2005, S. 56; Winkler, Martin 2008

¹⁸³ http://www.ads-kurse.de/ads_adhs_selbsthilfegruppen.htm Abruf am 12.04.08

¹⁸⁴ Sendera, Alice & Sendera, Martina 2007, S. 98ff.

¹⁸⁵ siehe: <http://www.adhs-deutschland.de/> Abruf am 12.04.08

¹⁸⁶ Beerwert, Christine 2007: Suche dir Menschen, die dir guttun. Coaching für Erwachsene mit ADS.

Gegenübers zu erraten und als Reflexion ihrer eigenen Person zu benutzen¹⁸⁷. Aufgrund der eingeschränkten Selbstwahrnehmung und Selbsteinschätzung bei ADS definieren sich Betroffene stark über die Reaktionen und Stimmungen ihrer Mitmenschen, ohne dass explizit ein Feedback ausgetauscht werden muss. Sie „leihen“¹⁸⁸ sich quasi die Gefühle ihrer Kommunikationspartner und benutzen sie für ihre eigene Standortbestimmung sowie als Entscheidungs- und Motivationshilfe. Ist ein solcher Austausch nicht gegeben, besteht oft Unsicherheit oder sogar „Lähmung“ in Bezug auf eigenes Handeln. Der Coach wirkt so als Katalysator für die persönliche und soziale Entwicklung der KlientInnen.

Coaching findet bei diesem Konzept immer „vor Ort“ statt, also in der Wohnung und/oder auf der Arbeitsstelle der Betroffenen, um deren Lebens- und Arbeitssituation möglichst genau zu erfassen und ihre Stressbelastung bzw. Ablenkung durch lange Autofahrten und ungewohnte Umgebung gering halten zu können. Der Coach übernimmt die Verantwortung für den Rahmen des Settings¹⁸⁹, z.B. dass Termine eingehalten werden (durch Erinnerungsanrufe), eine reizarme Umgebung geschaffen wird (TV, Radio, Telefon ausschalten) und dass regelmäßige Pausen gemacht werden, spätestens nach einer Stunde etwa 10 Minuten.

Das Erlernen eines „inneren Dialoges“¹⁹⁰, also gedankliche Selbstgespräche über relevante(!) Themen zu führen, sind ein wichtiger Schritt in Richtung Selbststruktur, da Betroffene dazu neigen, sich eher über Außenreize zu organisieren. Eine fällige Rechnung wird erst überwiesen, wenn sie „ins Auge“ fällt; die Waschmaschine wird erst gefüllt, wenn die Wäscheberge störend werden oder man ein bestimmtes Kleidungsstück dringend braucht. Dieses System ist natürlich extrem störungsanfällig und wenig zuverlässig. Echte, halblaute Selbstgespräche zu führen kann für eine Übergangszeit zum Erlernen des inneren Dialoges sinnvoll sein.

Die Settings werden möglichst ritualisiert. Coach und KlientIn erstellen gemeinsam eine individuelle Prioritätenliste und planen einzelne

¹⁸⁷ ebd., S. 27

¹⁸⁸ Analogien könnten bestehen zu den von Oliver Sacks beschriebenen, an Akinesie leidenden Parkinson-Patienten (Dopaminregulationsstörung), die durch einem Außenimpuls plötzlich zu erstaunlich gut koordinierter Bewegung im Stande sind, nach dem Verebben des Impulses jedoch wieder in der Reglosigkeit erstarren. Er verwendet hier den Ausdruck „den Willen ausleihen“. In: Sacks, Oliver 1991, S.48/49

¹⁸⁹ Beerwert, Christine 2007, S. 33-35

¹⁹⁰ ebd., S.36-38

Handlungsabläufe im Detail. Manchmal übernimmt der Coach Teilaufgaben (z.B. die Terminvereinbarung bei einem Spezialisten), die den KlientInnen (noch) unverhältnismäßig schwer fallen. Bei der nächsten Sitzung überprüfen beide gemeinsam den Fortgang des Geschehens. Was lief gut, was kann noch verbessert, was sollte besser delegiert werden¹⁹¹.

Große Teile des Programms erinnern an ein intensiviertes, auf die individuelle Situation maßgeschneidertes Skilltraining im Lebenskontext der Betroffenen. Wie dort liegt der Fokus auf dem Ausbau individueller Stärken, dem Erlernen von Problemlösestrategien, der verbesserten Kontrolle problematischer Abläufe, der beruflichen Organisation sowie der allgemeinen Lebensführung mit ADS im familiären und sozialen Umfeld. Es wird systematisch geübt, z.B. Überforderung zu vermeiden, regelmäßige körperliche Aktivitäten sowie gesunde Ernährung zu planen, einen geeigneten Schlafrhythmus zu finden.

Grenzfälle¹⁹², die den Rahmen des Coaching sprengen können, sind gegeben, wenn neben dem ADS noch hochriskante Komorbiditäten wie Sucherkrankungen, dissoziale Störungen oder eine schwere Depression vorliegen, die zusätzlich intensive, möglicherweise auch stationäre Therapie erfordern. Auch eine ausgeprägte Hypoaktivität kann ein Grund für das Misslingen des Coaching sein, weil die Motivation der KlientInnen dann manchmal nur solange anhält wie der Coach persönlich anwesend ist¹⁹³.

Coaching und medikamentöse Therapie können sich gegenseitig sinnvoll ergänzen, weil die Durchführung des Coaching durch eine gut eingestellte Medikation besser und effektiver gestaltet werden kann. Im Gegenzug kann Coaching den Selbstüberforderungstendenzen, die manchmal im Zuge einer gelungenen Medikation auftreten, erfolgreich entgegenwirken, mögliche Nebenwirkungen wie z.B. Reboundeffekte können besser erkannt werden¹⁹⁴.

Da „Coaching“ kein geschützter Begriff ist, muss im Vorfeld gründlich abgeklärt werden, welche Zielsetzung das jeweils angebotene Verfahren hat und welche Methoden dabei eingesetzt werden¹⁹⁵. Auch werden die Kosten von den Krankenkassen nicht übernommen¹⁹⁶, was unter anderem daran liegen mag, dass

¹⁹¹ ebd., S.58-61

¹⁹² ebd., S.107ff

¹⁹³ ebd., S. 112-113

¹⁹⁴ ebd., S. 141-149; S. 182-183

¹⁹⁵ Puls, Jan Hendrik: Case Management: Psychotherapie. S.89/90 in: Kahl, Kai G.; Puls, Jan H.; Schmid, Gabriele 2007, S. 90

¹⁹⁶ ebd.; weiterhin: Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning: Geleitwort. In: Beerwert, Christine 2007, S. 9

das Verfahren noch nicht genügend standardisiert ist. Sofern Coaching von Fachleuten als Honorarleistung angeboten wird, werden die meisten ADS-betroffenen Erwachsenen, die aufgrund ihrer Störung oft erhebliche Defizite in Ausbildung und Berufsausübung haben, selten die finanziellen Mittel dafür aufbringen können¹⁹⁷.

V. Psychotherapeutische Ansätze

Das sog. „Eckpunktepapier“ des Bundesgesundheitsministeriums¹⁹⁸ definiert die Therapie von ADHS als multimodal, d.h. es können und sollen vorrangig psychoedukative, psychosoziale und/oder psychotherapeutische Behandlungsformen eingesetzt und ggf. mit medikamentöser Therapie kombiniert werden.

Nicht bei jeder Form und Ausprägung des ADS bei Erwachsenen ist Psychotherapie indiziert¹⁹⁹. Geraten wird zur Psychotherapie bei sehr ausgeprägten Störungen in einem Lebensbereich, bei leichten bis mittleren Störungen in mehreren Lebensbereichen oder bei krankheitswertigen Komorbiditäten, die möglicherweise vorrangig behandelt werden müssen wie z.B. Suchterkrankungen. Gründe für eine Psychotherapie wegen ADS-spezifischer Probleme können sein: drohender Arbeitsplatzverlust, Gefährdung des Fortbestandes von Freundschaft, Partnerschaft, Ehe und Familie, ständige massive Gereiztheit und daraus resultierende Konflikte mit anderen Menschen, suchthaftes Verhalten mit und ohne Substanzmissbrauch (Süßigkeiten, Kaufrausch, Sex), Hypersensibilität (z.B. auf Geräusche), häufige oder permanente Angstzustände (vor Prüfungen oder ähnlichem; etwas zu vergessen, krank zu werden, zu verunfallen), gefährdende Risiko- und Sensationsgier, tiefe dauerhafte Frustration, chronische Überforderung, Suizidtendenzen.

Bei der Auswahl einer geeigneten Psychotherapie spielen mehrere Aspekte eine Rolle. Am wichtigsten ist wohl die Beziehung zum Therapeuten/zur Therapeutin. Diese Beziehung ist die entscheidende Größe für den Erfolg einer Therapie, weit wichtiger als die Auswahl des Settings oder die angewandten Methoden²⁰⁰. Um

¹⁹⁷ ebd.

¹⁹⁸ BMSG 2002 S. 2

¹⁹⁹ Pütz, Dieter 2006, S. 67-70

²⁰⁰ analog zu: Nestmann, Frank: Beratungsmethoden und Beratungsbeziehung. S. 791/792 in Nestmann, Frank; Engel, Frank; Sickendiek, Ursel 2004, S.783-796

eine störungsspezifische Therapie durchführen zu können sollte der Therapeut/die Therapeutin natürlich bestens mit ADS und auch im Umgang mit den Betroffenen vertraut sein²⁰¹. Er/Sie muss hier oft wesentlich mehr strukturieren und ordnen als bei anderen Dispositionen, direkter vorgehen, die KlientInnen bewusst fokussieren, als „Ablenkungsunterdrücker“²⁰² fungieren. Manche dieser Handlungsweisen werden in bestimmten Therapieschulen geradezu als fehlerhaft gewertet²⁰³, sind aber für die Orientierung und Motivation bei ADS-Betroffenen unerlässlich.

Als Setting ist sowohl Einzel-, Paar-, Familien-, Mehrpersonen- als auch Gruppensetting möglich. Gerade in der Gruppentherapie haben Menschen mit ADS die Möglichkeit, sich gut eingebunden und verstanden zu fühlen, denn einerseits tendieren sie zu Extravertiertheit und Geselligkeit, leiden aber andererseits auch oft unter Einsamkeit, Isolation und Beziehungslosigkeit²⁰⁴.

Noch eine Besonderheit, die ADS von anderen Störungen stark unterscheidet, ist bei der Therapie unbedingt zu berücksichtigen. ADS hat, wie schon beschrieben, wundervolle Seiten; doch auch die problematischen Verhaltensaspekte sind für viele Betroffene oft nicht per se unangenehm²⁰⁵, sondern mehr deren Folgen, was sie sich aber zum Handlungszeitpunkt nicht oder nur schlecht vergegenwärtigen können. Während eine Depression grundsätzlich mit unschönen Gefühlen einhergeht, erfolgt das Ausleben der ADS-Symptome - wie Träumen nachzuhängen, „auszurasten“, immer zu sagen, was man gerade denkt - oft in energetisch gehobener, manchmal sogar rauschhafter oder euphorischer Stimmungslage. Es macht natürlich jedem ab und an Spaß, sich gehen zu lassen. Dass man hinterher oft unverhältnismäßig dafür leiden muss, wird von ADS-Betroffenen aber nicht realisiert, sie leben ganz im „hier und jetzt“, sind „zeitblind“²⁰⁶. Die Schwierigkeiten kommen erst hinterher, wenn es zum Einlenken zu spät ist, so sicher wie ein Kater nach dem Rausch: Teurer Blechschaden weil gedankenverloren gefahren; Beziehungsabbruch nach unbedachtem Flirt; Kündigung, weil dem Chef gegenüber im Ton vergriffen.

ADS-Betroffene haben selten die Wahl, sich so oder anders zu verhalten. Oft „passiert“ das Verhalten einfach, immer unbedacht und häufig ganz ungewollt,

²⁰¹ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2002, S. 338-353

²⁰² ebd., S. 345

²⁰³ ebd., S. 342/343

²⁰⁴ ebd., S. 349

²⁰⁵ vgl. Pütz, Dieter 2006, S. 69: „die Diagnose ADHS darf keine Lizenz zum Ausleben des Fehlverhaltens sein“

²⁰⁶ Neuhaus, Cordula 2007, S. 26

doch danach durch noch so große Reue oder Bedauern nicht wieder gut zu machen.

Impulse, Affekte und Aufmerksamkeit bei Bedarf wirksam kontrollieren und steuern zu können ist wichtigstes Therapieziel²⁰⁷ bei ADS, und für die Betroffenen wesentlich schwieriger und anstrengender als für Normgesteuerte. Eine gut eingestellte begleitende Medikation kann erheblich den Drang zu unangepasstem Spontanverhalten mildern und so das Erlernen und Einüben von Kontrolle erleichtern, verbessern oder überhaupt erst möglich machen²⁰⁸.

1. Verhaltenstherapeutisch orientiertes Modell

Das im Weiteren vorgestellte störungsspezifische Therapiekonzept²⁰⁹ für Erwachsene mit ADS ist meines Wissens das bislang einzige hinsichtlich seiner Wirksamkeit überprüfte. Die Autoren haben nach einer Pilotstudie die Effektivität des Programms getestet²¹⁰. Die Teilnehmer erreichten signifikant gut bis sehr gut verbesserte Werte in Bezug auf ADS-Symptomatik, Depressions-Symptomatik und selbst eingeschätzte Befindlichkeit. Alle Teilnehmer würden die Therapie gerne fortsetzen, keiner hatte vorzeitig abgebrochen. Während Themenbezug und Informationswert der Veranstaltung sehr hoch geschätzt wurden, erzielte die Umsetzung eigener Wünsche und die Verbesserung der Selbstkontrollfähigkeiten „nur“ etwa 75%ige Zufriedenheitswerte. Da die Anzahl der befragten Teilnehmer lediglich 30 betrug, legen die Autoren nahe, die guten Ergebnisse vorerst zurückhaltend zu bewerten. Das Therapiekonzept wurde störungsspezifisch erstellt im Sinne der Dialektisch-Behaviouralen Therapie (DBT)²¹¹.

Die DBT²¹² ist ein verhaltenstherapeutisches Verfahren, das erfolgreich bei der Behandlung von Borderline-Störung und Posttraumatischer Belastungsstörung PTSD eingesetzt wird²¹³. Da sich die Symptombereiche dieser Störungen mit

²⁰⁷ vgl. auch John Nash (erkrankt an Schizophrenie, in Remission): „So wie man bei einer Diät Fett und Süßes meiden muss, habe ich entschieden, meinem geistigen Appetit auf bestimmte Dinge nicht mehr zu folgen: meinem Appetit auf Muster, meinem Appetit auf Imaginationen und Träume.“ in: Sylvia Nasar 2002, S.434/435

²⁰⁸ Neuhaus, Cordula 2007, S. 71

²⁰⁹ Hesslinger, Bernd; Philipsen, Alexandra; Richter, Harald 2004

²¹⁰ ebd., S. 38-40

²¹¹ ebd., S.31-33, lt. Autoren in Anlehnung an das Therapiekonzept von Marsha Linehan bei Borderline-Störungen

²¹² Sendera, Alice & Sendera, Martina 2007, S. 70-93

²¹³ ebd. S. 1-8

denen von ADS teilweise überschneiden, wurde das DBT-Konzept für ADS modifiziert.

Therapieziel dieses Konzeptes ist es, ADS kontrollieren zu lernen²¹⁴. Der Therapieablauf erfolgt in festgelegten Modulen, die sowohl im Gruppen- als auch im Einzelsetting ausgeführt werden können. Für die Projektstudie wurde das Gruppensetting gewählt. Übungen zwischen den Settings als „Hausaufgaben“ sind fester Bestandteil der Therapie. Therapiegefährdendes Verhalten wie unentschuldigtes Fehlen, Verspätung, „Vergessen“ der Übungen, Rauschzustände, aggressives Verhalten, Grenzverletzungen gegenüber den anderen TeilnehmerInnen oder TherapeutInnen wird problematisiert und kann zum Ausschluss führen.

Das Konzept beinhaltet 13 Sitzungen à 2 Stunden einmal wöchentlich mit 2 TherapeutInnen und 7-9 TeilnehmerInnen. Die Hierarchie der angestrebten Verhaltensmodifikationen war²¹⁵:

- a) lebensbedrohliches, gesundheitsschädigendes Verhalten
- b) massiv dissoziales, desintegrativ-gefährdendes Verhalten
- c) therapiegefährdendes Verhalten
- d) beeinträchtigendes, die Lebensqualität reduzierendes Verhalten

Die einzelnen Sitzungen sind wie folgt strukturiert²¹⁶:

- 1.) Vorstellung der TeilnehmerInnen; Vereinbarungen zu Regeln wie Schweigepflicht, Anwesenheit, Pünktlichkeit etc., Zieldefinitionen.
- 2.) Informationen zum ADS: Ätiologie, Diagnostik, Ausprägung, Interpretationen.

Zen-buddhistisches Achtsamkeitstraining Stufe I²¹⁷:

- Was: Wahrnehmen, Beschreiben (in den 3 Aspekten Denken, Fühlen und Körperempfindung), Teilnehmen
 - Wie: nicht wertend, konzentriert und wirkungsvoll
- Ziele des Achtsamkeitstraining sind Konzentration und Selbstwahrnehmung.

²¹⁴ Hesslinger, Bernd; Philipsen, Alexandra; Richter, Harald 2004 S. 33ff.

²¹⁵ ebd., S. 37

²¹⁶ ebd., S. 60

²¹⁷ ebd., S.66/67

- 3.) Achtsamkeitsübungen trainieren²¹⁸: Jeder versucht möglichst mehrfach, bewusst etwas wahrzunehmen, ohne sich ablenken zu lassen („teilnehmen“), und das Wahrgenommene den Gruppenmitgliedern unter den 3 Aspekten *Denken*, *Fühlen* und *Körperempfindung* in Worten möglichst genau mitzuteilen, konzentriert und nicht bewertend.
Hausaufgabe²¹⁹: 2 Achtsamkeitsübungen, schriftliches Festhalten des Übungsverlaufs.
- 4.) „Chaos und Kontrolle“: Skilltraining zu Ordnungs- und Planungshilfen wie: Terminkalender; Wecker; Pinnwand; Stunden-, Wochen-, Monatspläne; „Salamitaktik“; Coaching etc.
Hausaufgabe: Was klappt, was nicht?
- 5.) Problemverhalten und Verhaltensanalyse: Benennung des Problemverhaltens (z.B. beleidigendes Verhalten), vorausgehende Bedingungen (z.B. Stress), Anfälligkeitsfaktoren (z.B. Alkohol), Konsequenzen (z.B. Streit mit anderen), Lösungsanalyse (z.B. Sport), Vorbeugung (z.B. bessere Planung), Wiedergutmachung.
- 6.) Verhaltensanalysen trainieren
- 7.) Gefühlsregulation: a) Emotionstheorie (Primäremotionen, Signal- und Kommunikationscharakter, Emotion und Kognition, Körpergefühl, Verhalten); b) Gefühlswahrnehmung und Regulation, bes. Wut und Ärger: Was empfinde ich genau? Wie drücke ich es aus? Was sind die Konsequenzen? Wann verzichte ich auf den Ausdruck? Was tue ich stattdessen?
- 8.) a) Depression: Formen von Depressionen, Symptome, Therapieverfahren
b) Medikation bei ADS: Information, Behandlungsablauf, Wirkung, Erfahrungsaustausch, Umgang mit den Medikamenten.
Ziel: Realistische Einschätzung des Behandlungserfolges der Medikation; Euphorie und allzu hohe Erwartungen der Realität anpassen.
- 9.) Impulskontrolle²²⁰: Verhaltensanalysen (was denke/fühle/spüre ich, wenn ich die Kontrolle verliere); Konsequenzen von

²¹⁸ Sendera, Alice & Sendera, Martina 2007, S. 121-132

²¹⁹ Hesslinger, Bernd; Philipsen, Alexandra; Richter, Harald 2004 S. 69.

²²⁰ ebd., S.82-84

Kontrollverlusten; typische Situationen, frühzeitiges Erkennen von Gefahr; Zielorientierung: Was wollte ich? Was hat mich abgehalten? Wie hätte ich es erreichen können? Skills zum Erlangen von Kontrolle (was kann helfen?). Handlungsplanung: Was muss ich tun, um mein Ziel zu erreichen? Schrittweise Planung (Salamitaktik), Prioritäten klären.

- 10.) Stressmanagement: Zusammenhang von Stress und desorganisiertem Verhalten; Aktivierungs-Leistungs-Kurve; Stresssituationen, Stressreaktionen: funktional/dysfunktional (was denke, fühle, tue ich?); Stressvermeidung: welche Methoden, Handlungsplanung; Sport zur Stressreduktion.
- 11.) Sucht²²¹: Wonach bin ich süchtig (Substanzen, Sex, Sport, Glücksspiel, Risikoverhalten, Internet)? Merkmale von Abhängigkeit: zwanghaftes Verlangen, Kontrollverlust, Entzugserscheinungen, Toleranzbildung, Konsumfokus, schädliche Folgen des Konsums. Verhaltensalternativen (Achtsamkeitstraining, Skills: was könnte helfen?). Möglicherweise Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung. Erfahrungsaustausch und Diskussion der TeilnehmerInnen stehen im Vordergrund.
- 12.) Beziehungen: Informationsmaterial für Angehörige der TeilnehmerInnen; Angebot für individuelle Termine gemeinsam mit den Angehörigen/Partnern/Familien.
Selbstachtung: Welche Folgen hatte/hat ADS für meine Biographie, meine Beziehungen, mein Selbstvertrauen.
Vorteile von ADS gegenüber normgesteuertem Verhalten
- 13.) Rückblick auf die Therapie: Was wurde erreicht, was nicht, was ist verbesserungsfähig? Rückmeldungen der Teilnehmer, Austausch, Bewertungsbogen.
Selbsthilfegruppe: Gründung, mögliche Teilnahme
Abschied

Das vorgestellte Konzept ist sehr gut strukturiert und kann bei entsprechender Ausbildung auch in modifizierter Form nachgearbeitet werden.

²²¹ ebd., S. 90-93

Kritisch sehe ich den recht hohen Anteil an schriftlicher Reflektionsarbeit, besonders in den Verhaltensanalysen. Da Betroffene ohne Unterstützung damit oft große Schwierigkeiten und auch eine Abneigung gegen diese Art der Aufarbeitung haben dürften, sehe ich hier die Gefahr von Versagen und Frustration. Alternativ könnten Elemente des Rollenspiels mit eingebaut und per Video dokumentiert oder von einem Gruppenmitglied protokolliert werden.

Das Programm erscheint außerdem sehr umfangreich und konzentriert, die angesetzte Zeit für die Durcharbeitung und Bewältigung ist knapp bemessen, was zu Lasten der Gründlichkeit gehen könnte. Die erlernten Fähigkeiten sollten bei den Teilnehmern nach der Therapie so sicher wie möglich implementiert sein. Zusätzlich halte ich es für ratsam, wenn nötig eine Traumabewältigung²²² in die Psychotherapie zu integrieren, auch weil sich das individuelle, situationsangepasste Skilltraining dabei ebenfalls bewährt hat²²³.

2. Tiefenpsychologisch orientiertes Modell

Die Eignung tiefenpsychologischer Therapien bei ADS, besonders die der klassischen Psychoanalyse, wird von nicht wenigen Fachleuten in Frage gestellt²²⁴. Probleme mit dieser Therapieform könnten in der Eigenart des ADS liegen, also auf Seiten der KlientInnen entstehen. Das „Freie Assoziieren“ kann schwierig sein, wenn dem einen nichts einfällt, während der andere von Hölzchen auf Stöckchen kommt und redet ohne Punkt und Komma²²⁵. Die teilweise rigiden Regeln psychoanalytischer Settings (bzw. - TherapeutInnen) veranlassen viele KlientInnen eher, die Therapie abubrechen, als sich diesen Regeln zu unterwerfen²²⁶. Auch die Neigung psychoanalytisch orientierter TherapeutInnen, die durch ADS verursachten Störungen sehr oft im ursächlichen Zusammenhang mit verdrängten ödipalen Konflikten oder Inzestwünschen²²⁷ zu sehen, ist für

²²² Sendera, Alice & Sendera, Martina 2007, S. 92

²²³ ebd., z.B. S.186/187

²²⁴ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2002, S. 342; Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning 2005, S. 175/176; Stollhoff, Kirsten; Mahler, Wilhelm; Duscha, Karin 2002, S. 193; Drüe, Gerhild 2006, S. 105-113; Beerwert, Walter 2006, S. 177-197

²²⁵ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2002, S. 342

²²⁶ Beerwert, Walter 2006, S. 178; Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning 2005, S. 176

²²⁷ Leuzinger-Bohleber, Marianne; Brandl, Yvonne; Hüther, Gerald 2006, S. 208, in: Dammasch, Frank: ADHS – endlich hat das Kind einen Namen, S. 189-221; Heinemann, Evelyn; Hopf, Hans 2006, S. 168 u.a.a.O.

Betroffene häufig nur schwer oder gar nicht nachvollziehbar²²⁸. Die in einem Fachbuch für psychoanalytisch orientierte ADS-Therapie gefundene Bezeichnung „Lust der Lüste“²²⁹ für unterstellte Inzestwünsche scheint denn auch mehr als befremdlich vor dem Hintergrund der sehr realen Missbrauchserfahrungen²³⁰, die viele ADS-Betroffene mit komorbider PTSD²³¹ haben erleiden müssen.

Ein anderes Problem besteht in der festen Überzeugung vieler psychoanalytisch orientierter TherapeutInnen, der Ursprung des ADS läge nicht bzw. kaum in der genetischen Disposition der Betroffenen, sondern sei eine Folge massiver frühkindlicher Entwicklungsstörungen aufgrund von defizitärem Fehlverhalten der Bezugspersonen²³². Diese Überzeugung wurde in der Vergangenheit lange, wenn nicht explizit so doch in Grundzügen mitgetragen von vielen pädagogischen Fachkräften²³³. Eltern, speziell den Müttern, wurde und wird, wenn sie z.B. in Erziehungsberatungsstellen um Hilfe bitten oder beim Jugendamt Eingliederungshilfe oder Hilfen zur Erziehung²³⁴ beantragten möchten, oft direkt oder indirekt mangelnde Erziehungskompetenz unterstellt²³⁵. Es gibt hier Parallelen zu der noch vor einigen Jahren heftig geführten Debatte um die Ätiologie des Autismus²³⁶, bei der ebenfalls lange Zeit hauptsächlich das Verhalten der Mütter als auslösender Faktor angesehen wurde.

Die Medikation mit Stimulantien wird aufgrund dieser Annahmen von vielen Vertretern der psychoanalytischen Schulen sehr kritisch gesehen, eher abgelehnt und gilt, wenn überhaupt, nur in äußerst seltenen Ausnahmefällen als akzeptabel²³⁷. Diese Haltung steht im Gegensatz zur herrschenden Meinung, vertreten durch Fachverbände und das Bundesgesundheitsministerium²³⁸. Problematisch sehe ich dabei die mögliche Verunsicherung der Betroffenen bezüglich einer adäquaten Therapie, sowie daraus resultierend eine Verschlechterung ihrer Compliance.

²²⁸ Drüe, Gerhild 2006, S. 106

²²⁹ Heinemann, Evelyn; Hopf, Hans 2006, S. 168

²³⁰ Sendera, Alice & Sendera, Martina 2007, S. 147-149

²³¹ ebd., S. 36

²³² Heinemann, Evelyn; Hopf, Hans 2006, S. 17-19

²³³ Drüe, Gerhild 2006, S. 105-145

²³⁴ nach SGB VIII § 35a bzw. § 27

²³⁵ Drüe, Gerhild 2006, S. 110-111

²³⁶ ebd., S. 145-446

²³⁷ Transportierte Grundhaltung vieler Artikel in: Leuzinger-Bohleber, Marianne; Brandl, Yvonne; Hüther, Gerald 2006; ebenso in: Heinemann, Evelyn; Hopf, Hans 2006 S. 145-157 durch die gesamte Veröffentlichung

²³⁸ AWMF 2008; BMSG 2002

Die im Zusammenhang mit medikamentöser ADS-Therapie häufig geäußerte Ansicht, die Probleme und auffälligen Verhaltensweisen der Betroffenen resultierten aus einer natürlichen, nachvollziehbaren Reaktion auf unnatürliche, krankmachende Kontextbedingungen in Familie, Schule und Gesellschaft²³⁹, ist für die Betroffenen zwar vordergründig entlastend, aber nicht wirklich hilfreich. Sicher steckt viel Zutreffendes in dieser Aussage. In einem grundsätzlich anderen kulturellen Kontext, z.B. in einer Gemeinschaft von nomadisierenden Jägern und Sammlern, wäre eine ADHS-Disposition vielleicht günstig, vorteilhaft, sogar wünschenswert und würde nicht als Störung behandelt werden²⁴⁰. Leider ist der hier bestehende gesellschaftliche Kontext den meisten Betroffenen vorgegeben, und er wird sich auch nicht nach ihren Wünschen und Bedürfnissen ändern, zumindest nicht rasch genug um ihre Situation wirklich zu verbessern²⁴¹.

Nichtsdestoweniger werden tiefenpsychologische Therapien, vor allem die psychoanalytisch-interaktionelle Methode²⁴², als mögliche Behandlungsform bei ADS auch empfohlen.

Das verständnisvolle Annehmen des Klienten, der sich selbst oft als hochgradig gestört erlebt, kann den Aufbau einer tragfähigen Beziehung zum Therapeuten ermöglichen²⁴³. Durch diese Beziehung und die Interaktion mit dem Therapeuten kann Wertschätzung erfahren werden und ein besseres Selbstwertgefühl entstehen. Die Formulierung der Gegenübertragungsgefühle der TherapeutInnen in wertschätzender Form kann den KlientInnen helfen, ihre Wirkung auf andere besser zu erkennen als es ihnen sonst aufgrund der durch die Transmitterstörung eingeschränkten Wahrnehmungsfähigkeit möglich ist²⁴⁴.

Nicht zuletzt war die Beziehung zu den frühen Bezugspersonen bei vielen Betroffenen tatsächlich problematisch. Die Auffälligkeiten vieler Kinder mit ADS stellen für die Eltern häufig eine permanente Überforderung dar²⁴⁵. Väter, normalerweise in tragender Funktion bei der Verselbstständigung der Kinder und ihrer schrittweisen Ablösung von der Mutter, ziehen sich bei ADHS-Kindern nicht selten völlig von der Er- und Beziehungsarbeit zurück²⁴⁶, so dass die Mütter

²³⁹ Amft, Hartmut: ADHS: Hirnstoffwechselstörung und/oder Symptom einer kranken Gesellschaft. S. 84/85 in: Leuzinger-Bohleber, Marianne; Brandl, Yvonne; Hüther, Gerald 2006, S. 70-90

²⁴⁰ Hartmann, Thom 1997, S. 32-37

²⁴¹ Stollhoff, Kirsten; Mahler, Wilhelm; Duscha, Karin 2002, S. 192/193

²⁴² Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning 2005, S. 177

²⁴³ ebd., S.176

²⁴⁴ ebd., S.179

²⁴⁵ ebd., S.178, S.181

²⁴⁶ Heinemann, Evelyn; Hopf, Hans 2006: bei einem Großteil der beschriebenen Fallbeispiele waren die Väter abwesend, zurückgezogen und/oder an der Erziehung der Kinder kaum beteiligt.

die Hauptlast dieser Verantwortung zu tragen haben. Wegen des sehr hohen Strukturierungs- und auch Kontrollbedarfes, den diese Kinder zeigen, kann die von beiden Seiten oft gewünschte Ablösung und Verselbstständigung der Kinder kaum oder nur unzureichend vollzogen werden²⁴⁷.

Auch die erwachsenen Betroffenen sind deshalb noch oft hin- und hergerissen zwischen starkem Autonomiestreben einerseits und Verlustängsten andererseits. Solche Krisen können in einer tiefenpsychologisch orientierten Langzeittherapie²⁴⁸ durch Aufarbeitung der Hintergrundproblematik und der dadurch vielleicht ermöglichten Nachreifung der Persönlichkeit besser integriert werden als in anderen, vorwiegend gegenwarts- und zukunftsorientierten und auf rasche Effektivität ausgerichteten Therapieformen.

3. Paar- und Familientherapie

Je nach Ausprägung beeinflusst ADS fast immer das ganze Beziehungssystem, vor allem aber das nähere Umfeld der Betroffenen wie Partner und Familie²⁴⁹.

Bei Außenkontakten und im Arbeitskontext können unerwünschte Impulse und Verhaltensweisen mit viel Energie vielleicht noch kontrolliert und unterdrückt werden. Zuhause, wo die Signale auf Ausruhen, Entspannen und Abschalten stehen, brechen die mühsam im Zaum gehaltenen Emotionen und Impulse dann manchmal umso vehementer durch, oft zum Leidwesen der Angehörigen.

In einer gemeinsamen Therapie können die Anstrengungen und Leistungen der Familienmitglieder entsprechend gewürdigt werden. Die Arbeit an- und mit ADS-bedingten Problemen soll zu mehr Verständnis und zur Deeskalation bei Auseinandersetzungen beitragen, die Familie entlasten und somit das Zusammenleben erleichtern, bereichern und den Zusammenhalt stärken²⁵⁰.

Wie bei den meisten anderen Psychotherapieformen gibt es auch hier noch kein evaluiertes Konzept für die störungsspezifische Psychotherapie bei ADS. Ich möchte daher als erstes ein noch visionäres Konzept einer Schweizer Therapeutin für eine Paargruppe mit dem Schwerpunkt ADS vorstellen²⁵¹.

²⁴⁷ Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning 2005, S. 178/179

²⁴⁸ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2005, S. 338

²⁴⁹ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2002, S. 347; S. 197

²⁵⁰ Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning 2005, S. 181

²⁵¹ Ryffel-Rawak, Doris 2007: ADHS und Partnerschaft - eine Herausforderung.

Das Konzept sieht 7 etwa zweistündige Sitzungen in der Gruppe vor. Zentrales Thema ist ADS in der Partnerschaft. Die Sitzungen haben unterschiedliche, vorgegebene Schwerpunkte. Sollte zwischen den Sitzungen bei Einzelnen Bedarf zu intensiverer Therapie bestehen, werden zusätzliche Einzeltermine angeboten.

In der ersten Sitzung²⁵² stellen sich die Teilnehmer vor. Jede Person erzählt von sich und ihrem Lebenslauf die Dinge, die sie im Zusammenhang mit ADS für relevant hält. Durch die unterschiedlichen Ausprägungen des Syndroms ergeben sich sehr individuelle Bilder der TeilnehmerInnen. In der nächsten Runde geht es um die persönlichen Schwerpunkte, die die betroffenen PartnerInnen in der Therapie bearbeiten möchten. Während der eine z.B. die stärksten Probleme mit Wutausbrüchen und Impulsivität hat, leiden andere hauptsächlich unter ihrer Desorganisiertheit, unter ausgeprägtem Reizhunger oder unter Underachievement und dem daraus häufig resultierenden niedrigen sozialen Status.

Die zweite Sitzung²⁵³ hat die Phase der Verliebtheit und den Beziehungsaufbau zum Fokus. Wie wurde die Beziehung begonnen, welche Erwartungen wurden oder werden an den Partner gestellt, wie hat sich die jetzige Beziehung entwickelt, gibt es Bezugspunkte zu früheren Beziehungen. Manche suchen im Partner den Coach, der sie strukturiert, andere den Kumpel, der mit durch dick und dünn geht. Fallstricke solcher Konstellationen werden aufgezeigt.

In der dritten Sitzung²⁵⁴ geht es um Ehe und Partnerschaft. Die Elternschaft wird angesprochen, außerdem Verletzungen, Sexualität und Treue in der Beziehung. Attraktion und Langeweile sind die zentralen Punkte.

In der 4. Sitzung²⁵⁵ sind betroffene Kinder das Thema. Große Emotionalität, Trauer und Verzweiflung über die Probleme der Kinder kommen bei vielen zum Ausdruck. Die Betroffenen möchten ihre Kinder unterstützen, ihnen die eigenen schmerzliche Erfahrungen im Zusammenhang mit ADS ersparen und erinnern sich an ihre Verletzungen aus der Kindheit. Medikation wird bei denen, die sie anwenden, positiv bewertet.

In der 5. Sitzung²⁵⁶ kommen nicht betroffene Partner zu Wort. Problemschwerpunkte im Zusammenleben mit ADS-Betroffenen sind häufig deren Tendenzen zur Untreue, fehlendes Zeitgefühl, Stimmungslabilitäten, Tendenzen zum Substanzmissbrauch, Überforderung mit der Kindererziehung,

²⁵² Ebd., S.27-49

²⁵³ ebd., S. 53-65

²⁵⁴ ebd., S.69-75

²⁵⁵ ebd., S.79-85

²⁵⁶ ebd., S. 89-93

starkes Autonomiestreben mit dem gleichzeitigen Bedürfnis nach Halt und Geborgenheit sowie die häufige Notwendigkeit, vom Partner gecoacht und strukturiert zu werden. Als Anziehungsfaktoren werden genannt: Temperament, Spontaneität, Charme, Kreativität, Großzügigkeit, Enthusiasmus und Engagement. Krisensituationen sind der Schwerpunkt der 6. Sitzung²⁵⁷. Der „Seitensprung“ einer Teilnehmerin mit nachfolgendem dramatischem Beziehungsabbruch durch den Partner gibt den Anstoß zur Reflektion schwerer Beziehungskrisen bei den anderen Gruppenmitgliedern. ADS-Betroffene werden deutlich häufiger geschieden²⁵⁸, also ist ganz besonders auf die Partnerwahl und den Umgang mit Beziehungskrisen zu achten, was auch Thema in der Familientherapie ist. Dargestellt wird von den TeilnehmerInnen einerseits die Unfähigkeit, bei Auseinandersetzungen ruhig und sachlich zu bleiben. Heftige emotionale Reaktionen, die oft lange zurückgehalten werden, um bei entsprechend hohem Reizniveau dann aber doch ungefiltert auszubrechen, können die Situation dermaßen zum Eskalieren bringen, dass die Beziehung ernsthaften Schaden nimmt oder zerbricht. Andererseits verhindern große Empathie für den Partner, Mitleid, Schuldgefühle und suizidale Tendenzen oft eine erfolgreiche Problematisierung und Auseinandersetzung solange, bis die Beziehung völlig untragbar geworden ist. Auch hier wird die Medikation als hilfreich wahrgenommen, weil sie die Impulskontrolle wirksam unterstützt.

In der letzten Sitzung²⁵⁹ wird über gelungene Strategien im Umgang mit ADS gesprochen. Was sich im Lebenslauf und in der Partnerschaft als hilfreich und fördernd erwiesen hat, wird resümiert. Besonnenheit bei der Partnerwahl, Auszeiten bei akuten Krisen, Zurückhaltung bei Spontanreaktionen und Verständnis für die Lage des Partners rangieren weit oben, aber auch möglichst einvernehmliche Trennung vom Partner, wenn die Unvereinbarkeit zu groß ist.

Auch bei diesem Therapieansatz äußern die TeilnehmerInnen den Wunsch, weiter zu machen, wie es schon mehrfach in der Literatur beschrieben wurde²⁶⁰. Daraus lässt sich ableiten, dass viele Betroffene das Bedürfnis nach kontinuierlicher Unterstützung haben mit der Möglichkeit, anstehende Probleme zeitnah in regelmäßigen Settings und einem sicheren, geschützten Rahmen bearbeiten zu können.

²⁵⁷ ebd., 97-106

²⁵⁸ Pütz, Dieter 2006, S. 22

²⁵⁹ Ryffel- Rawak, Doris 2007, S. 115-120

²⁶⁰ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J. 2002, S. 352/353

Für die Familietherapie gibt es ebenfalls noch kein ausgearbeitetes ADS-spezifisches Konzept. Im Folgenden werden jedoch Strategien und Methoden genannt, die sich bei solchen Settings als nützlich erwiesen haben. Wie andere soziale Systeme reagieren auch Familiensysteme eher träge auf Veränderungen²⁶¹. Jeder hat seine gewohnte, eingespielte Rolle und Position, die andere Familienmitglieder als gegeben ansehen. Individuelle Änderungen sind eine potentielle Gefährdung des Systems, werden demzufolge oft nicht akzeptiert und häufig sabotiert. Aufgabe des Therapeuten ist es, die Familie dabei zu unterstützen, Veränderungen zuzulassen und Veränderungswünsche umzusetzen. Folgende Methoden kommen dafür in Frage:

Die „Sinndeutung“ (oder „Reframing“) dient dazu, die positive Funktion einer möglicherweise negativen Verhaltensweise klarzumachen. Das kann Empathie und Veränderungsbereitschaft bei den anderen erhöhen.

Der „Einspruch“ unterbricht destruktive Verhaltensweisen und schafft Raum zum Erproben anderer, konstruktiver Umgangsformen.

Direktive Beratung (z.B. „Hausaufgaben“) und Suggestion (z.B. „du kannst das schaffen!“) bestärken aktiv Impulse zur Veränderung der Situation.

In Familien mit ADS-Betroffenen ist Streit häufig an der Tagesordnung²⁶². Die meisten Betroffenen können Langeweile nicht ertragen, lieben aber Stimulation, und Streit ist stimulierend. Streiten ist oft viel spannender und anregender als vernünftiges und friedliches Verhandeln. Also muss, um den kooperativen Umgang in der Familie zu fördern, bei allen Familienmitgliedern für ausreichend Möglichkeiten zur positiven Stimulierung gesorgt werden, z.B. durch genug freie Zeit für Hobbys, sportliche und kreative Betätigungen. Aktivitäten in diese Richtung sollten bei allen anerkannt und gefördert werden, solange sie für die Familie akzeptabel, erschwinglich und sozial verträglich sind.

Weiterhin ist zur Vermeidung eskalierender Auseinandersetzungen das Erlernen konstruktiver Verhandlungstechniken²⁶³ wie z.B. dem „prinzipiengeleiteten Verhandeln“ wichtig. Kernpunkte dieses Konzeptes sind:

- Trennung von Person und Problem
- Konzentration auf Interessen statt auf Standpunkte
- Schaffen vielfältiger Optionen

²⁶¹ ebd., S. 206, 208, 209

²⁶² ebd., S. 212/213

²⁶³ ebd., S. 214

- Festlegen objektiver und von den Verhandlungspartnern anerkannter Kriterien

Außerdem empfiehlt sich die Einigung über allgemein akzeptierte Regeln des Zusammenlebens (z.B. wer wofür die Verantwortung trägt)²⁶⁴. Je klarer die Erwartungen der einzelnen Familienmitglieder aneinander sind (z.B.: Versprechen müssen grundsätzlich eingehalten werden), je verlässlicher auf die Regeln geachtet wird, desto besser kommen ADS-Betroffene damit zurecht.

Rollenspiele²⁶⁵ können in diesem Rahmen sehr gut eingesetzt werden. Aufgrund ihrer schlechten Selbstwahrnehmung ist den Betroffenen häufig nicht bewusst, wie sie auf andere wirken und was ihr unbedachtes Verhalten in anderen auslöst. Solche Abläufe lebendig demonstriert zu bekommen fördert das Verständnis oft mehr als stundenlange intellektuelle Gespräche.

Ein offener, akzeptierender und vorwiegend ressourcenorientierter Umgang mit ADS in der Familie ist dringend angeraten, damit sich die Betroffenen von ihren oft lebenslang getragenen Stigmen (z.B. „Freak“, „Unruhestifter“, „Träumer“, „Chaot“) und dem damit verbundenen „labeling Approach“²⁶⁶ befreien und eine positive Identität finden können²⁶⁷.

VI. Therapieunterstützende Maßnahmen und „alternative“ Therapien

Deutlich therapieunterstützend wirken sportliche und körperliche Aktivitäten²⁶⁸, Geschicklichkeitstraining wie Jonglage, Diabolospiele etc.²⁶⁹, motorisch-rhythmische Aktivitäten wie Trommeln und Tanzen²⁷⁰. Diese Tätigkeiten können helfen, starken Bewegungsdrang konstruktiv auszuagieren, hypoaktive ADS-Betroffene zu mobilisieren, die Geschicklichkeit zu verbessern und die oft etwas linkisch wirkende Motorik vieler ADS-Betroffener zu harmonisieren.

²⁶⁴ ebd., S. 221

²⁶⁵ ebd., S. 220

²⁶⁸ Auf negative Zuweisungen reagiert eine entsprechende Person oft mit dem Rückzug in die zugewiesene Rolle, wenn kein anderes Selbstbild bleibt, was häufig noch stärkere Desintegration zur Folge hat.

²⁶⁹ Hollowell, Edward M. & Ratey, John J. 2002, S. 217/218

²⁶⁸ Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning 2005, S. 183/183

²⁶⁹ Hollowell, Edward M. & Ratey, John J. 2005, S. 231/232

²⁷⁰ Beerwert, Walter 2006, S.225/226

Bei den häufig angebotenen Nahrungsergänzungsmitteln hat bislang nur Zink in kontrollierten Studien, die allerdings mit Kindern und nicht mit Erwachsenen durchgeführt wurden, eine symptomverbessernde Wirkung gezeigt²⁷¹. Bei gleichzeitigem Einsatz von Methylphenidat war die Wirkung nochmals deutlich besser als bei alleiniger Gabe der Einzelsubstanzen.

Eine positive Wirkung von anderen Zusatzstoffen wie z.B. Omega3-Fettsäuren konnte bislang nicht bewiesen werden²⁷², ebenso wenig wie bei verschiedenen Diäten ein positiver Einfluss auf die ADS-Symptomatik nachgewiesen werden konnte. Eine phosphatarme Diät, die lange Zeit als Therapie für ADS gehandelt wurde, stellt sogar einen gefährlichen Eingriff in den Stoffwechsel dar und kann Folgeerkrankungen wie z.B. Demineralisierung des Skeletts verursachen²⁷³.

Die Wirkung von Homöopathika ist umstritten²⁷⁴. Nach intensiver Recherche habe ich zwei Veröffentlichungen über eine recht groß angelegte Studie mit 216 Kindern gefunden, die von positiven Ergebnissen beim Einsatz eines Homöopathikums berichten; allerdings ist der wissenschaftliche Anspruch der Quellen nicht eindeutig und der Studienaufbau wird nicht detailliert geschildert²⁷⁵. So genannte Bio- bzw. Neurofeedback-Verfahren sind vielversprechende Ansätze zum Training der willentlichen Symptomkontrolle, besonders zur Regulierung der Aufmerksamkeit²⁷⁶. Allerdings sind diese Verfahren noch wenig standardisiert, in der Praxis selten zugänglich und kaum therapeutisch etabliert. Beim Biofeedback werden biologische Vorgänge, die normalerweise nicht bewusst wahrgenommen werden, mit technischen Hilfsmitteln den ProbandInnen sichtbar gemacht²⁷⁷. In einer vorliegenden Studie zur Wirksamkeit des Neurofeedback bei ADS wurden den mit Elektroden „verkabelten“ ProbandInnen ihre Hirnströme auf einen Computerbildschirm übertragen. Die ProbandInnen können so die willentliche Beeinflussung ihrer Bioparameter trainieren, was oft auch gelingt. Der positive Effekt des Neurofeedback auf die Aufmerksamkeitsregulierung war in dieser Studie mit 34 Kindern nicht nur signifikant nachweisbar, sondern auch anderen Vergleichsverfahren wie z.B. einem DBT-Programm überlegen.

²⁷¹ Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning 2005, S. 170

²⁷² ebd., S.182/183; Hallowell, Edward M.& Ratey, John J. 2005, S. 214-217

²⁷³ Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning 2005, S. 183

²⁷⁴ Behn, Birte: Case-Management: Medikation im Kindesalter. in: Kahl, Kai G.; Puls, Jan H.; Schmid, Gabriele 2007, S. 49

²⁷⁵ o.V. 2007: <http://www.aerztezeitung.de/suchen/?sid=458751&query=zappelin>; Becker, Conny 2005 in <http://pharmazeutische-zeitung.de/fileadmin/pza/2005-40/pharm3.htm>

²⁷⁶ Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning 2005, S. 183

²⁷⁷ Leins, Ulrike 2004, S. 137-143

Problematisch beim „Ausprobieren“ nicht evaluierter Alternativ- oder Außenseitermethoden ist einerseits die fragliche Wirkung, andererseits der Zeitbedarf, vom finanziellen Aufwand einmal abgesehen.

Erweist sich z.B. eine bestimmte Therapie nach 3 Monaten als völlig wirkungslos, hat der Betroffene nicht nur eine Frustration mehr zu verkraften, sondern auch wertvolle Zeit verloren, nicht selten zum wiederholten Mal. Führt man sich dabei die Situation eines jungen Erwachsenen in der Schule, in der Ausbildung oder im Studium vor Augen, wird schnell klar, welche gravierenden Auswirkungen es haben kann, wenn Aufmerksamkeit und/oder Affekte nach ineffektiven Therapien immer noch nicht hinreichend selbstgesteuert werden können.

Prüfungen oder Klassenstufen dürfen nicht endlos wiederholt werden. Wenn bestimmte Leistungen, aus welchem Grund auch immer, nicht zeitnah erbracht werden können, gilt der Ausbildungsgang irgendwann als gescheitert und muss abgebrochen werden. Eine wirkungsvolle Therapie kann viele Probleme, die durch derartige „Knicke“ im Lebenslauf verursacht werden, deutlich abmildern oder deren Entstehen ganz verhindern.

D. Rechtliche Probleme, Integration und Nachteilsausgleich

Seit dem letzten Jahr besteht in Deutschland für alle Einwohner die Pflicht, sich für den Krankheitsfall zu versichern²⁷⁸. Ich gehe daher in den weiteren Ausführungen von einem bestehenden Krankenversicherungsschutz der Betroffenen aus.

Die Träger der Krankenversicherung haben die Aufgabe, die Gesundheit ihrer Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder deren Gesundheitszustand zu verbessern²⁷⁹. Wie bereits ausführlich dargestellt kann ADS auch bei Erwachsenen die Dimension einer Krankheit annehmen, insbesondere wenn keine Behandlung erfolgt. Dies wird dadurch verifiziert, dass ADS bei Erwachsenen sowohl in der ICD 10²⁸⁰ als Krankheit klassifiziert als auch vom Bundesministerium für Gesundheit²⁸¹ als solche anerkannt wurde.

²⁷⁸ § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

²⁷⁹ § 1 Satz 1 SGB V

²⁸⁰ Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 2008

<http://www.dimdi.de/static/de/klasi/diagnosen/icd10/ls-icdhtml.htm>

²⁸¹ Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung 2002

Der Krankheitsbegriff ist medizinisch definiert als subjektiv empfundene und/oder objektiv feststellbare Störung der Gesundheit²⁸². Sozialversicherungsrechtlich wird als Krankheit ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand bezeichnet, der entweder behandlungsbedürftig ist oder Arbeitsunfähigkeit bedingt, der den Betroffenen in seinen körperlichen und geistigen Funktionen mehr als geringfügig beeinträchtigt oder diese unmöglich macht²⁸³. Behandlungsbedürftig ist eine Krankheit dann, wenn körperliche und/oder psychische Funktionen dadurch soweit beeinträchtigt sind, dass ärztliche Hilfe erforderlich und die Krankheit behandlungsfähig ist. Um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern muss ärztliche Hilfe notwendig sein²⁸⁴.

Wenn ADS in beeinträchtigender Ausprägung unter diesen Vorgaben betrachtet wird, sollte man selbstverständlich annehmen, dass die Betroffenen einen Anspruch auf Behandlung haben. Leider wird unser Gesundheitssystem diesem Anspruch bislang nicht gerecht, was ich im folgenden Kapitel näher erläutern werde.

Menschen erreichen Behindertenstatus, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit länger als 6 Monate²⁸⁵ von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft infolge dieser Abweichung beeinträchtigt ist²⁸⁶. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist. Es darf niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden²⁸⁷. Bei einer Behinderung handelt es sich nicht um ein bloßes Anderssein, dass allein wegen der Vorurteile und Einstellungen der Bevölkerung nachteilige Folgen für die Betroffenen hat, sondern um eine Eigenschaft, die ihr Leben im Vergleich zu Nichtbehinderten von vornherein schwieriger macht, unabhängig von gesellschaftlichen Auffassungen. Diese Situation soll nicht zu Ausgrenzungen führen²⁸⁸. ADS ist ein chronischer Zustand, der in problematischer Ausprägung meist mit massiven Beeinträchtigungen einhergeht. Demnach hätten die Betroffenen eigentlich Anspruch auf die im Gesetz vorgesehenen Leistungen zur

²⁸² Universität Leipzig 2007, S. 15

²⁸³ ebd.

²⁸⁴ § 27 Abs.1 Satz 1 SGB V

²⁸⁵ siehe § 2 Abs. 1 SGB IX, ergänzend auch: § 56 Abs. 1 SGB VII

²⁸⁶ § 2 Abs. 1 SGB IX

²⁸⁷ Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG

²⁸⁸ BVerfGE 96, 288, 08. Oktober 1997; Abruf 13.05.2008 in:

http://lehrstuhl.jura.uni-goettingen.de/tschmitz/ChronBVerfG/1997-1.htm#_ftn62

Verbesserung ihrer Situation²⁸⁹. Doch auch bei schwierigen ADS-bedingten Nachteilen haben Betroffenen (noch) wenig bis keine Möglichkeiten, die Gewährung dieser Leistungen durchzusetzen, was ebenfalls im Weiteren dargestellt werden soll.

I. Kostenübernahme der ADS-Therapie bei Erwachsenen

Nach den anerkannten Behandlungsleitlinien für ADS im Erwachsenenalter²⁹⁰ gelten pharmakologische Therapien und psychotherapeutische Therapien als die wirksamsten Behandlungsoptionen. Bei vielen anderen Indikationen können Betroffene problemlos ihren Anspruch auf diese Therapien²⁹¹ realisieren. Bei ADS ist das für betroffene Erwachsene leider noch nicht ohne weiteres möglich.

1. Pharmakologische Therapien

Nach den wissenschaftlichen Leitlinien²⁹² sind Stimulantien, also in diesem Fall vorwiegend Methylphenidat (MPH), zur medikamentösen Behandlung von ADS das Mittel erster Wahl; Atomoxetin und antidepressiv wirkende Stoffe können alternativ oder, bei entsprechender Komorbidität, ergänzend eingesetzt werden²⁹³. Die beiden hauptsächlich eingesetzten Wirkstoffe MPH und Atomoxetin sind in Deutschland zur Verordnung bei ADS zugelassen²⁹⁴, jedoch allein für Kinder. Nur unter sehr strengen Voraussetzungen werden diese Medikamente auch Erwachsenen verordnet.

Die Zulassung von Arzneimitteln obliegt dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), einer selbständigen Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Trotz aufwändiger Recherchen war es nicht möglich, dort die exakten Indikatonskriterien der einzelnen Präparate zu erfahren, mutmaßlich bestehen die verschiedenen Anbieter aus Wettbewerbsgründen auf strengem Datenschutz. Aus diesem Grund basieren die nachfolgend dargestellten Zusammenhänge hauptsächlich auf Informationen

²⁸⁹ Leistungen zur Teilhabe nach § 4 Abs. 1 Nr. 1-4 SGB IX

²⁹⁰ AWMF 2003

²⁹¹ SGB V § 27 Abs.1 Satz 1 Nr. 1 und Nr. 3 SGB V

²⁹² AWMF 2003

²⁹³ ebd.

²⁹⁴ Website des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM):

http://www.bfarm.de/cln_030/nn_1199672/DE/BfArM/BfArM-node.html_nnn=true Abruf am 05.05.2008

aus der Literatur²⁹⁵, aus Gerichtsurteilen und auf Auskünften von verordnenden Ärzten. Bei der zentralen Diagnose ADS gilt die Zulassung von MPH nur für Kinder unter 18 Jahren; andere Indikationen wie z.B. Narkolepsie²⁹⁶ lassen den Einsatz von MPH bei Erwachsenen allerdings zu. Demnach ist zurzeit die ADS-Therapie bei Erwachsenen mit Methylphenidat (MPH) in Deutschland (im Ggs. zu Dänemark²⁹⁷) nicht durch eine Zulassung abgedeckt. Ein Hersteller hat nach Vorlage einer umfangreichen Studie mit 259 erwachsenen PatientInnen die Zulassung beantragt, bislang jedoch ohne Erfolg²⁹⁸. Atomoxetin ist zugelassen für die Behandlung des ADS bei Kindern ab sechs Jahren und bei Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms²⁹⁹, was bedeutet, dass im Verlauf einer multimodalen Therapie, die im Kindesalter begonnen und bis zur Volljährigkeit nicht abgeschlossen wurde, die Medikation mit Atomoxetin auch über das 18. Lebensjahr hinaus weitergeführt werden kann.

Meist endet diese Medikationsmöglichkeit aber spätestens mit 21 Jahren, wenn die Zuständigkeit der Kinder- und Jugendpsychiater wechseln muss auf Fachärzte für Erwachsene³⁰⁰. Zur medikamentösen Versorgung betroffener Erwachsener bleibt so nur noch die Möglichkeit der „Off Label“-Verordnung³⁰¹, was bedeutet, dass zugelassene Arzneimittel möglicherweise unter besonderen Voraussetzungen auch verwendet werden können für Indikationen, für die sie nach dem Arzneimittelgesetz nicht zugelassen sind. Teile dieser Voraussetzungen wurden 2002 durch die Rechtsprechung neu definiert³⁰². Eine Off-Label Verordnung zu Lasten des Kostenträgers darf nur noch erfolgen, wenn keine andere Therapie zur Verfügung steht, wenn die beabsichtigte Behandlung wirksam und unbedenklich ist, und wenn die zu behandelnde Krankheit schwerwiegend, d.h. lebensbedrohlich oder dauerhaft schwer beeinträchtigend ist. Allerdings ist damit die brisante Frage nach der gesetzlichen Rechtmäßigkeit der Off-Label Verordnung bzw. ihrer Vereinbarkeit mit dem Arzneimittelgesetz³⁰³ nicht geklärt. Streng genommen gibt es eine solche Rechtsgrundlage weder im SGB noch im

²⁹⁵ Kahl, Kai G.; Puls, Jan H.; Schmid, Gabriele 2007, S. 117-126. Krause, Johanna & Krause, Klaus Henning 2005, S. 134-157.

²⁹⁶ Poser, Wolfgang 2001; Gemeinsamer Bundesausschuss GBA 2008 b, S. 21

²⁹⁷ beschrieben in: *LSG Bayern* vom 13.06.2006, AZ L 5 KR 93/06, bei Juris am 24.04.2008

²⁹⁸ Medice (Arzneimittelhersteller): Website; Abruf am 13.05.2008

²⁹⁹ <http://www.medice.de/therapiefelder/adhs/patienteninformationen/adhs-im-erwachsenenalter>

³⁰⁰ Kassenärztliche Bundesvereinigung 2008

³⁰¹ Elspaß, Heike-Helena 2008; Veit, Stephan 2008

³⁰² in § 35b Abs. 3 SGB V beschrieben

³⁰³ BSG Urteil vom 19.03.2002 Az: B 1 KR 37/00 R, [Sozialmedizinische Informationsdatenbank für Deutschland](#), Abruf am 15.05.2008

³⁰⁴ AMG § 21 Abs. 1

AMG³⁰⁴. Geregelt ist nur, dass der Off-Label Einsatz von Präparaten durch so genannte Off-Label Expertengruppen ständig überwacht wird³⁰⁵. Eine solche Gruppe vom Fachbereich Neurologie/Psychiatrie des Gemeinsamen Bundesausschusses³⁰⁶ wurde am 03.02.2006 beauftragt, die Off-Label Anwendung von Methylphenidat bei ADHS im Erwachsenenalter, also außerhalb des zugelassenen Indikationsbereiches, zu bewerten³⁰⁷. Bislang wurden keine Ergebnisse veröffentlicht. In den Arzneimittelrichtlinien³⁰⁸ des GBA wird die Verordnungsfähigkeit für Stimulantien³⁰⁹ bei Erwachsenen nur für andere Indikationen benannt, nicht für ADS.

Das größte Dilemma mit dieser Situation ergibt sich für schwer von ADS betroffene Erwachsene, bei denen aus therapeutischen Gründen eine Medikation angezeigt wäre. Wenn ihre Diagnose gestellt wurde und der behandelnde Arzt auch bereit ist, die genannten Medikamente Off-Label zu verordnen, was für ihn in der unsicheren Rechtslage bereits ein Risiko bedeutet, stellt sich die Frage der Kostenübernahme. Eine vertragsärztliche Off-Label Verordnung zu Lasten der Kostenträger ist nur dann zulässig, wenn die beauftragte Expertengruppe eine positive Empfehlung für diese Indikation abgegeben hat und die Empfehlung auch in die Arzneimittel-Richtlinien übernommen wurde³¹⁰, was hier (noch?) nicht der Fall ist. Verordnet der Arzt das Medikament auf „Kassenrezept“, wird der Kostenträger möglicherweise die Kosten sogar vorläufig übernehmen. Das Risiko ist jedoch hoch, dass nachträglich Regressforderungen an den verordnenden Arzt gestellt werden, denen er nachkommen muss³¹¹, wenn er den Sachverhalt nicht entweder in Verhandlungen mit dem Kostenträger oder auf gerichtlichem Weg klären kann³¹². Da dieses Verfahren mit vielen Unwägbarkeiten und einem hohen Kostenrisiko verbunden ist, gehen die meisten den Weg über einen Kostenübernahmeantrag für die beabsichtigte Off-Label Verordnung bei den

³⁰⁴ Verband forschender Arzneimittelhersteller 2007

³⁰⁵ BfArM: Die Expertengruppen Off-Label - Anwendung von Arzneimitteln außerhalb des zugelassenen Indikationsbereichs. 2008

³⁰⁶ Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bestimmt nach SGB V § 92 in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland und legt fest, welche Leistungen erstattet werden. In diesem Beschlussgremium sind Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen vertreten. Die Aufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss führt das Bundesministerium für Gesundheit <http://www.g-ba.de/> Abruf am 08.05.2008

³⁰⁷ Gemeinsamer Bundesausschusses (GBA) 2005, S.3

³⁰⁸ nach SGB V § 92 Abs.1 Nr.6

³⁰⁹ Gemeinsamer Bundesausschuss 2008 a, S. 21

³¹⁰ ebd., S. 25

³¹¹ Elspaß, Heike-Helena 2008

³¹² Veit, Stephan 2008

Kostenträgern³¹³. Dieser sollte ärztlicherseits mit einer konkreten und detaillierten Begründung, die explizit die oben genannten Voraussetzungen umfasst, versehen sein. Der Kostenträger wird nach Beratung durch Fachleute und ggf. nach Erstellung eines Gutachtens durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MdK) den Antrag positiv oder ablehnend bescheiden. Gegen diesen Bescheid kann Widerspruch eingelegt werden³¹⁴. Wird dem Widerspruch nicht abgeholfen, bleibt noch der Weg der Klage bei den zuständigen Sozialgerichten.

Leider ist das wenig aussichtsreich. Bislang wurde die Pflicht zur Kostenübernahme in allen recherchierten Verfahren³¹⁵ letztendlich verneint, allerdings mit sehr unterschiedlicher Begründung. Für den ADS-betroffenen Antragsteller positiv geurteilt wurde nur in einem Verfahren³¹⁶, dessen Entscheidung jedoch durch die nachfolgende Instanz wieder aufgehoben wurde³¹⁷. In den Urteilsbegründungen wurde hauptsächlich Bezug genommen auf das oben erwähnte BSG-Urteil³¹⁸, speziell auf die ausgesprochenen Kriterien zur Off-Label Verordnung, die bedeuten,

- a) es besteht keine zugelassene therapeutische Alternative
- b) die beabsichtigte Behandlung ist aller Voraussicht nach wirksam und unbedenklich
- c) die zu behandelnde Krankheit ist schwerwiegend, d.h. lebensbedrohlich oder dauerhaft schwer beeinträchtigend.

In keinem der genannten Verfahren wurden diese Kriterien als vollständig erfüllt angesehen, sondern lediglich als teilweise zutreffend. Die manchmal extrem strengen Maßstäbe, die hier angelegt wurden, waren für mich schwer nachvollziehbar.

Auch in dem Verfahren³¹⁹, in dem die Kriterien zum größten Teil als erfüllt angesehen wurden, galten sie trotzdem nicht als hinreichend. Die ADS-betroffene Erwachsene hatte ihr Medikament seit einiger Zeit selbst finanziert und befand sich daher in gutem Zustand. Obwohl das Gericht nicht nur die Punkte a und b der

³¹³ Veit, Stephan 2007

³¹⁴ nach SGG §§ 78 ff.

³¹⁵ *LSG Rheinland-Pfalz* vom 21.07.2005, AZ L 5 KR 56/05, bei Beck Online, BeckRS 2006 42786, <http://beck-online.beck.de/default.aspx>; *LSG Bayern* vom 13.06.2006, AZ L 5 KR 93/06, bei Juris <http://www.juris.de/jportal/index.jsp>; *LSG Schleswig-Holstein* vom 31.01.2007 AZ L 5 KR 45/06, bei Beck online, BeckRS 2007 44318; *LSG Berlin* am 04.07.2007, AZ L 9 KR 52/05, bei Juris am 24.04.2008; *LSG Berlin* am 15.08.2007, AZ L 31 KR 139/07, bei Juris am 12.03.2008

³¹⁶ *SG Berlin*, 5.12.2006, Az: S 86 KR 360/05 bei Juris am 12.03.2008

³¹⁷ *LSG Berlin* am 15.08.2007, AZ L 31 KR 139/07, bei Juris am 12.03.2008

³¹⁸ *BSG* 19.03.2002 Az B 1 KR 37/00 R, [Sozialmedizinische Informationsdatenbank für Deutschland](#) Abruf am 15.05.2008

³¹⁹ *LSG Bayern* vom 13.06.2006, AZ L 5 KR 93/06, bei Juris am 24.04.2008, **siehe Anhang II**

oben genannten Kriterien als voll erfüllt ansah, sondern auch schwer beeinträchtigende Auswirkungen des ADS, also ein Kriterium in Punkt c, vor dem Beginn der Medikation durch Arztberichte als belegt anerkannte, stellte es seine Entscheidung auf die aktuell gute Befindlichkeit der Betroffenen ab und wies die Klage zurück.

Zur Zeit dürfte also das größte Problem für ADS-betroffene Erwachsene in einem Verfahren zur Kostenübernahme der Off-Label verordneten Medikamente darin bestehen, ihren aktuellen Grad der Betroffenheit, also zeitnah bestehende schwerwiegende Beeinträchtigungen durch ADS, glaubhaft nachzuweisen³²⁰. Da das bislang wohl noch nicht geglückt ist kann man davon ausgehen, dass die Kostenübernahme in der Regel nur erfolgt, wenn sich die Kostenträger im Vorfeld dazu bereit erklären, was aber durchaus im Bereich des Möglichen liegt³²¹. Auch ein freiwilliger Wechsel der Krankenkasse kann hier in Erwägung gezogen werden, wenn ein anderer Träger im Vorfeld die Kostenübernahme zusichert. Ansonsten bleibt nur die Möglichkeit, die Medikamente privat zu finanzieren, wobei dann für den verordnenden Arzt wiederum gewisse Rechtsunsicherheit besteht, weil die individuelle Notwendigkeit seiner Off-Label Verordnung durch keine weitere fachliche Instanz bestätigt worden ist.

Methylphenidat unterliegt zudem den strengen Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes³²², was die Situation zusätzlich kompliziert und sehr viele behandelnde Ärzte davon abhalten wird, es Erwachsenen zu verordnen, auch wenn diese bereit und in der Lage sind, die Kosten selbst zu tragen. So ist aktuell davon auszugehen, dass vielen schwer von ADS betroffenen und dadurch in ihrer Lebensgestaltung beeinträchtigten Erwachsenen trotz Behandlungsbedürftigkeit der Zugang zu einer adäquaten Medikation verschlossen ist.

³²⁰ Wissing, Reinhard 2007, S. 26

³²¹ Veit, Stephan 2008

³²² BfArM 2008: Betäubungsmittel. Abruf am 12.05.2008

http://www.bfarm.de/nn_1196838/DE/Bundesopiumstelle/BtM/btm-node.html_nnn=true

2. Psychotherapeutische Therapien

Auch die vertragsärztliche Versorgung von ADS-betroffenen Erwachsenen mit Psychotherapie ist nicht so problemlos möglich wie das bei anderen Störungsbildern, z.B. Depression, Schizophrenie oder Borderline-Syndrom der Fall ist.

Verordnung und Durchführung psychotherapeutischer Therapien unterliegen den nach dem SGB V³²³ vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GB-A) erstellten Psychotherapie-Richtlinien³²⁴. Danach ist Psychotherapie nur dann eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen (GKV), wenn sie der Heilung oder Besserung seelischer Krankheiten dient³²⁵. Seelische Krankheiten werden hier verstanden als durch seelische oder körperliche Faktoren verursachte krankhafte Störungen, die in seelischen und körperlichen Symptomen sowie in krankhaften Verhaltensweisen erkennbar werden. Bei einem ADS in krankhafter Ausprägung treffen alle genannten Kriterien zu. Als eine nach den Psychotherapie-Richtlinien geeignete Psychotherapiemethode³²⁶ kann die im Vorfeld in C.V.1. beschriebene verhaltenstherapeutisch orientierte Methode der Dialektisch-Behaviouralen Therapie (DBT) angesehen werden, da sie sowohl eine Theorie zur Entstehung und Aufrechterhaltung des ADS vertritt als auch Indikationskriterien und deren diagnostische Erfassung sowie die spätere therapeutische Vorgehensweise und die angestrebten Behandlungseffekte beschreibt. Auch ist die Verhaltenstherapie als psychotherapeutische Behandlungsform nach diesen Richtlinien anerkannt („Richtlinienverfahren“)³²⁷. Leider kommt in den Psychotherapie-Richtlinien die Indikation ADS/ADHS überhaupt nicht vor³²⁸. In den Anwendungsbereichen findet sich lediglich der Sammelbegriff „Verhaltens- und emotionale Störungen *mit Beginn* in der Kindheit und Jugend“. Da ADS in den ICD 10 allerdings unter dem gleichen Sammelbegriff klassifiziert wird³²⁹ und in den Psychotherapie-Richtlinien regelhaft die ICD 10 Bezeichnungen verwendet werden, kann davon ausgegangen werden, dass auch ein ADS bei Erwachsenen damit einbezogen und somit eine Psychotherapie nach diesen Richtlinien potentiell möglich ist.

³²³ SGB V § 92 Abs. 6 a

³²⁴ Gemeinsamer Bundesausschuss 2008 b: Psychotherapie-Richtlinien vom 21.03.2008, <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-255/RL-Psycho-2007-12-20.pdf>, Abruf am 14.05.2008

³²⁵ ebd. S. 3

³²⁶ ebd. S. 4

³²⁷ ebd. S. 6

³²⁸ ebd., S. 10

³²⁹ Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI, ICD 10 2008, S. 195f; S. 200

Allerdings wird die Diagnose ADS bei Erwachsenen von den Kostenträgern oft nicht ohne weiteres als Indikation für Psychotherapie akzeptiert³³⁰. Ist ADS bei den betroffenen Erwachsenen die einzige Störung, kommt es häufig zu Ablehnungen der Kostenübernahme, weil die Diagnose angezweifelt wird oder die Ausprägung des ADS nicht als gravierend genug angesehen wird, um als seelische Krankheit gewertet zu werden. Anders ist die Situation beim Auftreten von Komorbiditäten wie z.B. Depression, Suchterkrankungen, dissoziativen Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Da diese Krankheitsbilder alleine bereits einen Behandlungsanspruch begründen, der weit weniger hinterfragt wird als der bei ADS, liegt die Vermutung nahe, dass die Kostenübernahme nur oder hauptsächlich aufgrund der Komorbiditäten erfolgt. Da zu diesem Thema in den einschlägigen Dateien³³¹ keinerlei Gerichtsentscheide zu finden waren, ist davon auszugehen, dass es diesbezüglich wenig bis keine Verfahren gegeben hat. Es könnte möglich sein, dass hier Betroffene und Behandler den Weg des geringsten Widerstandes gehen und eine Psychotherapie erst dann erfolgt, wenn bereits Komorbiditäten auftreten. Im Gegensatz dazu ist die therapeutische Versorgung von ADS-betroffenen Kindern und Jugendlichen durch interdisziplinäre Versorgungsnetzwerke³³² in Zusammenarbeit mit Krankenkassen deutlich verbessert und ausgebaut worden. Es gilt als gesichert, dass eine frühzeitige Diagnose und Behandlung bei ADS die Prognose deutlich verbessert und sich das Risiko für die Entwicklung weit reichender Folgestörungen dadurch deutlich verringern lässt³³³. Um zusätzliche ADS-bedingte Beeinträchtigungen zu reduzieren oder gar nicht erst entstehen zu lassen wäre es wichtig, auch ADS-betroffenen Erwachsenen möglichst frühzeitig einen niedrigschwelligen Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung zu ermöglichen und diesen nicht vom Vorhandensein massiver Komorbiditäten abhängig zu machen.

³³⁰ Elspaß, Heike-Helena 2008

³³¹ Beck und Juris

³³² Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung Landesgruppe Rheinland-Pfalz 2008

³³³ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2006,

II. ADS als Behinderung

Der Begriff der Behinderung wurde bereits oben unter D erläutert. Die auch und besonders für Behinderte relevanten verfassungsrechtlichen Grundsätze³³⁴, vor allem das Benachteiligungsverbot für Behinderte, sollen unter anderem über das SGB umgesetzt werden und ggf. auch Ansprüche begründen³³⁵. Das SGB IX bestimmt als Leistungs-Inhaltsgesetz³³⁶ die Rechte und Ansprüche Behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen im SGB, ist aber ähnlich wie das SGB I und das SGB X ein Gesetz, das „lediglich“ Grundsätze und Rahmen definiert und keine direkten Leistungsansprüche begründet³³⁷. Man sollte vermuten, die Vorgaben des SGB IX seien den Leistungsgesetzen im SGB³³⁸ und ihren Verordnungen übergeordnet, aber leider ist das nicht der Fall. Die Bestimmungen des SGB IX gelten **nicht**, wenn die den Aufgaben der Rehabilitationsträger zugrunde liegenden Leistungsgesetze abweichende Regelungen zum gleichen Gegenstandsbereich beinhalten³³⁹. Dabei sind jedoch die Regelungen in den Leistungs-Anspruchsgesetzen des SGB³⁴⁰ stets im Lichte der Teilhabeorientierung des SGB IX auszulegen³⁴¹.

Bedauerlicherweise sind in der Praxis, z.B. bei der Beantragung von Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation, die im SGB IX zugestandenen Rechte behinderter, von Behinderung bedrohter und chronisch kranker Menschen noch nicht selbstverständliche Grundlage für die Leistungsgewährung der unterschiedlichen Rehabilitationsträger geworden³⁴².

³³⁴ GG Art. 1 Abs. 1+2, Art. 2 Abs. 1, insbesondere Art. 3 Abs. 3 S. 2, Sozialstaatsprinzip Art. 20 Abs. 1

³³⁵ SGB I § 1, Eissing, Thomas 2007, S. 7

³³⁶ Welte, Felix 2004 S. 624 f.

³³⁷ Schütte, Wolfgang 2003, S. 1

³³⁸ SGB II, III, V, VI, VII, VIII, XI, XII

³³⁹ SGB XI § 7; Schütte, Wolfgang 2003, S. 1

³⁴⁰ SGB II, III, V, VI, VII, VIII und XII

³⁴¹ Welte, Felix 2004 S. 624 f.

³⁴² Welte, Felix 2004 S. 615 f.

Abbildung 5: Leistungen zur Teilhabe und zuständige Rehabilitationsträger³⁴³

<u>Leistungsträger</u>	Medizinische Rehabilitation (§§ 26-32 SGB IX)	Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 33-43 SGB IX)	Unterhalts-sichernde und andere ergänzende Leistungen (§§ 44-54 SGB IX)	Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§§ 55-59 SGB IX)
Gesetzliche Krankenkassen (GKV) nach SGB V	X		X	
Bundesagentur für Arbeit nach SGB III (+II)		X	X	
Träger der gesetzlichen Unfallversicherung nach SGB VII	X	X	X	X
Träger der gesetzlichen Rentenversicherung nach SGB VI	X	X	X	
Träger der Alterssicherung der Landwirte nach ALG	X		X	
Träger der Kriegsopfer-versorgung und Kriegsopferfürsorge nach BVG	X	X	X	X
Träger der öffentlichen Jugendhilfe nach SGB VIII	X	X		X
Träger der Sozialhilfe nach SGB XII	X	X		X

Möglicherweise noch: Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende (Argen³⁴⁴, optierende Kommunen) nach dem SGB II.

Die Träger der Grundsicherung für Arbeitslose sind im SGB IX nicht als Rehabilitationsträger aufgelistet, sondern allein die Bundesagentur für Arbeit³⁴⁵. Nach meinem Verständnis käme diese Funktion jedoch auch den Argen und den

³⁴³ nach Cebecioglu, Tarik 2006, leicht verändert

³⁴⁴ Arbeitsgemeinschaft zur Grundsicherung für Arbeitssuchende

³⁴⁵ SGB IX § 6a

zugelassenen Kommunen zu, da bereits Teile der ursprünglichen Aufgaben der Sozialhilfeträger sowie der Bundesagentur für Arbeit auf sie übertragen wurden³⁴⁶.

Rehabilitation und Teilhabe sind eingebunden in verschiedene gesellschaftliche Systeme wie dem Gesundheitswesen, der Arbeitswelt, der Bildung und Ausbildung, der Alterssicherung und Pflege, die ihren eigenen Logiken und unterschiedlichen gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben unterliegen. Rehabilitation und Teilhabe sind nicht nur Gegenstand einer eigenständigen Rehabilitations- und Behindertenpolitik, sondern konkurrieren im Rahmen allgemeiner Gesundheitspolitik, Beschäftigungspolitik, Bildungspolitik und Alterssicherungspolitik auch um Ressourcen und Kapazitäten. Bei den Anspruchsvoraussetzungen stehen die Vorgaben des SGB IX den Spezialgesetzen der jeweiligen Träger gegenüber, was häufig zu massiven Problemen bei der Leistungsgewährung führt. Die Gefahr ist, dass behinderte, von Behinderung bedrohte sowie chronisch kranke Menschen nach Gesetzen beurteilt werden, die nicht auf diese Zielgruppe ausgerichtet sind, sondern vorwiegend für gesunde und leistungsfähige Menschen konzipiert wurden, und dass daher den besonderen Bedürfnissen der Behinderten in der Praxis nur ungenügend Rechnung getragen wird³⁴⁷.

Wie im Vorfeld bereits ausführlich erläutert kann ein ADS je nach Intensität und Ausprägung und dem Vorhandensein komorbider- oder Teilleistungsstörungen für die Betroffenen durchaus eine drohenden Behinderung in vielen Bereichen des täglichen Lebens bedeuten oder bereits eine ausgeprägte Behinderung sein. Die Arbeitsfähigkeit kann durch massive Konzentrationsprobleme oder durch Impulskontrollstörungen eingeschränkt sein, ebenso die Erziehungskompetenz. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft kann durch Kommunikationsstörungen und daraus resultierende Isolation stark beeinträchtigt sein. Durch geringe Frustrationstoleranz und Desorganisation leidet oft auch die Fähigkeit, sich den eigenen Lebensunterhalt und die Unterkunft zu sichern und zu erhalten. Jobs werden bei Problemen schnell „geschmissen“, Miet-, Strom-, Gasrechnungen häufig „vergessen“ oder einfach keine Mittel dafür zurückgelegt. Versuche, eine adäquate therapeutische Versorgung zu erlangen scheitern regelhaft, weil der Zugang dazu so schwierig ist. Der Umgang mit den involvierten Institutionen erfordert viel Beharrlichkeit und ist für ADS-Betroffene ein Gräuel, dem sie sich

³⁴⁶ SGB II § 44 b Abs. 3 Satz 1 und 2

³⁴⁷ Welti, Felix 2004 S. 615 f.

meist nicht stellen. Die Teilnahme am Straßenverkehr kann durch chronische Unkonzentriertheit nur eingeschränkt möglich sein oder ein erhöhtes Risiko bergen, sowohl für den Betroffenen selbst als auch für andere. Das gilt für jegliche Teilnahme am Straßenverkehr, auch als Fußgänger.

Mit dem SGB IX wurden die Rehabilitationsträger verpflichtet³⁴⁸, die so genannten „Gemeinsamen Servicestellen“ einzurichten, in denen sich Rat- und Hilfesuchende bei umfassend kompetenten AnsprechpartnerInnen über ihre Ansprüche beraten lassen sowie auch Anträge auf Leistungen stellen können³⁴⁹.

Die Gemeinsamen Servicestellen sollten in Deutschland bis 2002 flächendeckend eingerichtet und eng mit allen Leistungsträgern vernetzt sein, nicht nur mit „ihrem“ direkten, die Servicestelle betreibenden Träger. Die Gemeinsamen Servicestellen erfüllen jedoch den Anspruch des SGB IX nur im Einzelfall; die meisten bleiben weit hinter ihrem gesetzlich festgelegten Leistungsspektrum und den berechtigten Bedürfnissen ihrer Klientel zurück³⁵⁰. Sozialhilfeträger und die Bundesagentur für Arbeit betreiben kaum Gemeinsame Servicestellen. Die Krankenkassen stehen dem eigentlichen Zweck dieser Einrichtungen eher fern und leisten z.B. deutlich weniger Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben als die bei der Rentenversicherung eingerichteten Servicestellen. Die Gemeinsamen Servicestellen betreiben kein Fall-Management und nehmen nur selten direkten Kontakt zu Ärzten, Arbeitgebern, Schulen, Verbänden und Selbsthilfegruppen auf, was eigentlich auch ihr gesetzlicher Auftrag wäre³⁵¹. Nach einer Auswertung, wie häufig die Servicestellen ihre Aufgaben wahrnehmen³⁵², decken nur 10% häufig oder sehr häufig die meisten ihrer Aufgaben ab. 25% haben ihren Arbeitsschwerpunkt in Beratung, Information und Zuständigkeitsklärung. Die restlichen 65% werden als Servicestellen mit niedrigem oder sehr niedrigem Entwicklungsstand eingestuft. Diese Analyse deckt sich vollkommen mit den Erfahrungen meiner eigenen Praxis. Mindestens ein Fünftel meiner Klientel könnte sofort an eine Servicestelle überwiesen werden, würde man dort ihren rechtlich zugesicherten Ansprüchen auch gerecht werden, was zurzeit leider nicht der Fall ist.

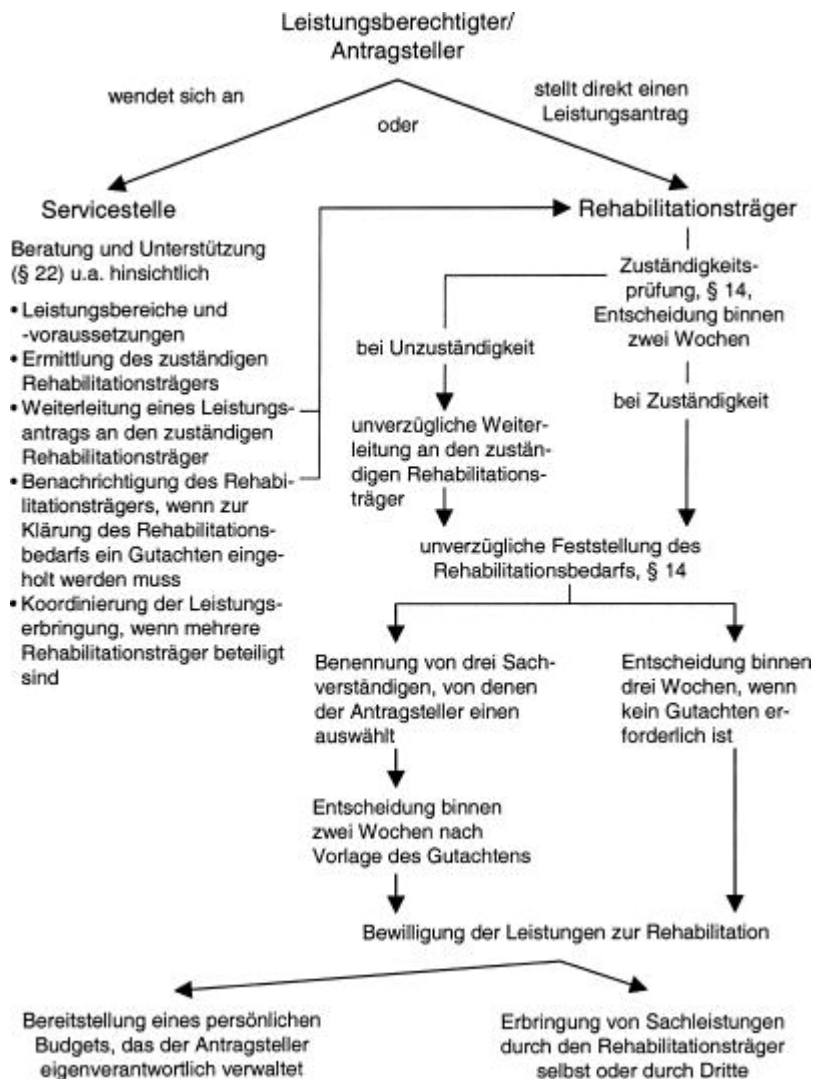
³⁴⁸ SGB IX, § 23

³⁴⁹ siehe Abb. 6

³⁵⁰ Welte, Felix 2004 S. 618

³⁵¹ ebd.

³⁵² ebd.

Abbildung 6: Beantragung von Leistungen nach dem SGB IX³⁵³

Was ADS-betroffene Erwachsene angeht ist mir nicht bekannt, ob aufgrund ihrer durch ADS-Symptome verursachten Beeinträchtigungen überhaupt jemals Leistungen nach dem SGB IX bei einer Servicestelle beantragt worden sind. Leistungen zur Teilhabe müssen jedoch unabhängig von der Ursache der Behinderung erbracht werden³⁵⁴, so dass eine bestimmte Diagnose auf keinen Fall als Ausschlusskriterium angesehen werden darf. Aber gerade Menschen, deren Beeinträchtigungen nicht so offensichtlich sind wie zum Beispiel Gehörlosigkeit oder Blindheit, sehen für sich oft keine Möglichkeit, ihre Anspruchsberechtigung in solchen Verfahren deutlich zu machen.

³⁵³ Quester, R.; Rößler, C. -W.; Klug, N. 2003 S. 169

³⁵⁴ SGB IX §4 Abs. 1 S. 1; SGB I § 10

Die erheblichen Probleme, die sich in den Verfahren per se sowohl bei der Klärung des Leistungsanspruches als auch bei der Bedarfsermittlung³⁵⁵ ergeben, von der Zuständigkeitsklärung einmal ganz abgesehen³⁵⁶, haben ihrerseits eine abschreckende Wirkung auf potentielle Antragsteller. Jeder Rehabilitationsträger hat besondere Leistungsspektren³⁵⁷ und besondere Zugangsvoraussetzungen zu den Leistungen³⁵⁸, so dass den KlientInnen oft völlig unklar bleibt, was sie bei wem beantragen könnten und welche Voraussetzungen sie dafür mitbringen müssen.

1. Einstufung als Behinderung

Eins der wichtigsten Kriterien bei der Klärung der Zugangsvoraussetzungen zu Leistungen nach dem Behindertenrecht ist das Ausmaß der Behinderung bzw. der Beeinträchtigungen. Während das SGB IX die Zielgruppe für mögliche Leistungen nach diesem Buch, also der Behinderten oder von Behinderung Bedrohten, noch recht weit fasst und „lediglich“ ein Abweichen von der Alterskohorte in körperlich/seelisch/geistiger Hinsicht definiert³⁵⁹, wird die Zielgruppe im SGB XII³⁶⁰ deutlich enger gefasst. Es wird hier eine „wesentliche“ Behinderung vorausgesetzt. Außerdem wird der Kreis der Behinderten in der Eingliederungshilfeverordnung einer sehr restriktiven Einteilung in die Grundkategorien „seelisch, geistig, körperlich“ unterworfen, die mit den Paradigmen moderner Medizin und Psychologie nicht vereinbar sind und darüber hinaus die Rehabilitation von Menschen, die nicht eindeutig einer der Kategorien zuzuordnen sind, erschweren oder verhindern³⁶¹.

Bei vielen Behinderungsursachen, beispielsweise bei Fibromyalgie, bei Psychosen oder auch bei ADS, sind weder die Ätiologie wissenschaftlich vollständig geklärt noch sind die Auswirkungen immer eindeutig zuzuordnen. Hat jemand sowohl im seelischen als auch im geistigen als auch im körperlichen Bereich leichte bis mittlere Beeinträchtigungen, würde diese Person nicht in die Kategorie des SGB XII fallen, obgleich der Rehabilitations- und Teilhabebedarf

³⁵⁵ Fuchs, Harry 2007 a S. 19-21

³⁵⁶ nach SGB IX § 14, siehe auch: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR 2005, S. 18

³⁵⁷ z.B. SGB XII § 54; SGB III § 100

³⁵⁸ z.B. SGB XII § 53 Abs. 1+2; SGB III § 97 Abs. 1

³⁵⁹ SGB IX § 2 Abs. 1

³⁶⁰ SGB XII § 53 Abs. 1 in Verb mit VO nach § 60 SGB XII, §§ 1,2+3

³⁶¹ Welti, Felix 2005, S. 14

möglicherweise gleich hoch oder noch höher liegt als bei einem körperlich wesentlich behinderten Menschen, der von keinerlei weiteren Beeinträchtigungen betroffen ist, beispielsweise einem schwer gehbehinderten, aber gut trainierten Rollstuhlfahrer mit hinreichenden Copingstrategien.

Auch Fachleute vertreten manchmal die Ansicht, dass Menschen, die nicht als schwerbehindert eingestuft werden können, grundsätzlich keinen Anspruch auf besondere behindertenspezifische Leistungen haben³⁶². In der Verwaltungspraxis der Rehabilitationsträger ist das wohl häufige Entscheidungsgrundlage, steht aber nach meinem Rechtsverständnis der Absicht des SGB IX entgegen, zumal die Teilhabe schwerbehinderter Menschen explizit im zweiten Teil dieses Buches³⁶³ geregelt wird.

Als schwerbehindert gelten Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50. Nach Definition³⁶⁴ bezeichnet der „Grad der Behinderung“ ein Ausmaß von Funktionsstörungen und bestimmt damit ein Maß für die Schwere der Behinderung des betroffenen Menschen im Vergleich zu seinen nichtbetroffenen Altersgenossen. Der GdB sagt jedoch nichts aus über die Teilhabefähigkeiten und –möglichkeiten der betroffenen Person, auch nichts über deren Arbeitsfähigkeit. Es gibt häufig Beispiele von Personen mit einem GdB von 50 oder weit darüber, die voll erwerbstätig und sehr erfolgreich sind, wie beispielsweise unser jetziger Innenminister. Die realen Beeinträchtigungen bei Vorliegen einer Behinderung werden zu einem nicht geringen Teil beeinflusst durch andere Faktoren wie z.B. Problemlösekompetenzen der betroffenen Person, finanzielle, räumliche, familiäre, menschliche Ressourcen und anderes.

Der GdB wird bestimmt durch ein Feststellungsverfahren³⁶⁵, dem die „AHP-Tabelle“ (**Anhaltspunkte** für die ärztliche Gutachtertätigkeit³⁶⁶) zugrunde liegt.

Die AHP-Tabelle listet eine Vielfalt an medizinischen Diagnosen auf, direkt mit dem „dazugehörigen“ GdB, in Abstufung auf die Intensität der Störung bzw. der dadurch verursachten Beeinträchtigungen. Weder die Diagnose AD(H)S noch deren teilweise gebräuchlichen Alternativbezeichnungen kommen darin vor. Als Beispiel folgen Diagnosen, unter die man mit einiger Anstrengung ein ADS

³⁶² Eissing, Thomas 2007, S. 37

³⁶³ SGB IX §§ 68ff.

³⁶⁴ Eissing, Thomas 2007, S. 35

³⁶⁵ SGB IX § 69 Abs. 1-4

³⁶⁶ Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2008

möglicherweise einordnen könnte. Unter dem Gliederungspunkt „Nervensystem und Psyche“³⁶⁷ finden sich:

Besondere im Kindesalter beginnende psychische Behinderungen³⁶⁸

Autistische Syndrome

leichte Formen (z. B. Typ Asperger) 50 – 80

sonst 100

Andere emotionale und psychosoziale Störungen („Verhaltensstörungen“)

mit langdauernden erheblichen Einordnungsschwierigkeiten

(z. B. Integration in der Normalschule nichtmöglich) 50 – 80

Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit im Schul- und Jugendalter³⁶⁹

Kognitive Teilleistungsschwächen

(z. B. Lese-Rechtschreib-Schwäche [Legasthenie],

isolierte Rechenstörung)

leicht, ohne wesentliche Beeinträchtigung

der Schulleistungen 0 – 10

sonst – auch unter Berücksichtigung von *Konzentrations- und*

Aufmerksamkeitsstörungen – bis zum Ausgleich 20 – 40

bei besonders schwerer Ausprägung (selten) 50

Wie auch in anderen Klassifizierungssystemen wie z.B. der ICD 10³⁷⁰ oder den Psychotherapie-Richtlinien³⁷¹ findet die offizielle Anerkennung des Fortbestehens der Störung im Erwachsenenalter durch die Fachgesellschaften und das Bundesgesundheitsministerium in der AHP-Tabelle fast keinen Niederschlag. ADS wird so gehandhabt, „als ob“ nur Kinder betroffen wären. Betroffene Erwachsene finden deshalb auf ihrer Suche nach Unterstützung bei den verantwortlichen Trägern wie Krankenkassen, Sozialämtern, Arbeitsagenturen oder den Versorgungsämtern³⁷² wenig bis kein Gehör.

Auf eine telefonische Nachfrage beim Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung in Mainz, ob ein ADS mit der Teilleistungsstörung Legasthenie und

³⁶⁷ ebd., S. 40

³⁶⁸ ebd., S. 47

³⁶⁹ ebd., S. 45

³⁷⁰ Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 2008, S. 195, S. 200

³⁷¹ Gemeinsamer Bundesausschuss 2008 b, S. 10

³⁷² gemeint sind hier die Ämter für Soziale Angelegenheiten, die z.B. Anträge auf Feststellung des GdB bearbeiten

dadurch bedingtem funktionalem Analphabetismus einen GdB bedingen könne, wurde mehrfach auf andere Fachleute in diesem Amt und dann in anderen Versorgungsämtern verwiesen, jedoch konnte sich niemand konkret dazu äußern. Im Amt für soziale Angelegenheiten in Koblenz wurde schließlich von einer dienst erfahrenen leitenden Ärztin³⁷³ mitgeteilt, so etwas sei ihres Wissens noch nie beantragt worden. Sie würde jedoch, nach Prüfung der Umstände und weiterer Erörterung in Fachkreisen, den GdB für diese Ausprägung der Störung unter Vorbehalt auf etwa 10-20 einstufen. Ein als Kind von dieser Störung betroffener, undiagnostizierter und unbehandelter Klient mittleren Alters ist ohne Schul- und Berufsabschluss geblieben und langzeitarbeitslos trotz guter handwerklicher, sozialer und kommunikativer Kompetenzen, die er in verschiedenen Arbeitsgelegenheiten unter Beweis gestellt hat.

Die AHP-Tabelle als Grundlage zur Einstufung des GdB wird seit langem kritisiert³⁷⁴. Eine gute und bereits mehrfach eingeforderte³⁷⁵ Alternative zur AHP-Tabelle wäre die ICF³⁷⁶, die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Der Behinderungsbegriff der ICF ist umfassender und detaillierter als in den AHP und orientiert sich weniger an zugrunde liegenden Störungen und Krankheiten sondern vorrangig an Funktionseinschränkungen, aber auch an Ressourcen, und bezieht umwelt- und kontextbedingte Faktoren in die Analyse mit ein.

Abbildung 7: Komponenten der ICF³⁷⁷

Körperfunktionen sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologische Funktionen).

Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile.

Schädigungen sind Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder -struktur, wie z.B. eine wesentliche Abweichung oder ein Verlust.

Eine **Aktivität** bezeichnet die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen.

Partizipation [Teilhabe] ist das Einbezogenensein in eine Lebenssituation.

Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der Durchführung einer Aktivität haben kann.

Beeinträchtigungen der Partizipation [Teilhabe] sind Probleme, die ein Mensch beim Einbezogenensein in eine Lebenssituation erlebt.

Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten.

³⁷³ Fr. Dr. Hörts, 21.04.08

³⁷⁴ Welti, Felix 2005, S. 106 f.

³⁷⁵ ebd.; Kurth, Markus 2007; Fuchs, Harry 2004 a, S. 2

³⁷⁶ Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 2005

³⁷⁷ ebd. S. 16

Abbildung 8: Überblick über die ICF³⁷⁸

	Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung		Teil 2: Kontextfaktoren	
Komponenten	Körperfunktionen und -strukturen	Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]	Umweltfaktoren	personbezogene Faktoren
Domänen	Körperfunktionen, Körperstrukturen	Lebensbereiche (Aufgaben, Handlungen)	Äußere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung	Innere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung
Konstrukte	Veränderung in Körperfunktionen (physiologisch) Veränderung in Körperstrukturen (anatomisch)	Leistungsfähigkeit (Durchführung von Aufgaben in einer standardisierten Umwelt) Leistung (Durchführung von Aufgaben in der gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt)	fördernde oder beeinträchtigende Einflüsse von Merkmalen der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Welt	Einflüsse von Merkmalen der Person
positiver Aspekt	Funktionale und strukturelle Integrität	Aktivitäten Partizipation [Teilhabe]	positiv wirkende Faktoren	nicht anwendbar
	Funktionsfähigkeit			
negativer Aspekt	Schädigung	Beeinträchtigung der Aktivität Beeinträchtigung der Partizipation [Teilhabe]	negativ wirkende Faktoren (Barrieren, Hindernisse)	nicht anwendbar
	Behinderung			

Abbildung 9: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF³⁷⁹³⁷⁸ ebd. S. 17³⁷⁹ ebd., S.23

Mit einer mehrstufigen Skala können Probleme, aber auch Kompetenzen und Ressourcen beurteilt werden, wie beispielsweise bei der Problembeurteilung:

xxx.0	Problem nicht vorhanden	(ohne, kein, unerheblich ...)	0-4%
xxx.1	Problem leicht ausgeprägt	(schwach, gering ...)	5-24%
xxx.2	Problem mäßig ausgeprägt	(mittel, ziemlich ...)	25-49%
xxx.3	Problem erheblich ausgeprägt	(hoch, äußerst ...)	50-95%
xxx.4	Problem voll ausgeprägt	(komplett, total ...)	96-100%
xxx.8	nicht spezifiziert		
xxx.9	nicht anwendbar		

Abbildung 10: Erstes Beurteilungsmerkmal (Ausmaß oder Größe des Problems)³⁸⁰

Würden die ICF für die Beurteilung der Behinderung oder besser für die Beurteilung der Fähigkeit zur Teilhabe (!) zugrunde gelegt, könnten **alle** mit einem ADS und seinen häufigsten Komorbiditäten einhergehenden Beeinträchtigungen sowie auch die möglicherweise entstandenen Ressourcen erfasst und sowohl ein Teilhabeanspruch als auch der Teilhabebedarf auf genaueste bestimmt werden.

In den folgenden Auszügen sind beispielhaft nur einige wenige Aspekte der ICF dargestellt, die ein ADS hervorragend abbilden könnten.

Es finden sich in der ICF-Komponente „Körperfunktionen“³⁸¹ > mentale Funktionen> globale mentale Funktionen:

b110 Funktionen des Bewusstseins

b1101 Kontinuität des Bewusstseins

Mentale Funktionen, die sich in Erhalt der Wachheit, Aufmerksamkeit und bewusster Wahrnehmung äußern und die bei einer Störung zu Dämmerzustand (Fugue), Trance oder ähnlichen Zuständen führen können.

b110 Globale psychosoziale Funktionen

Sich über das gesamte Leben entwickelnde allgemeine mentale Funktionen, die für das Verständnis und die konstruktive Integration jener mentalen Funktionen erforderlich sind, die zur Bildung interpersoneller Fähigkeiten führen, welche für den Aufbau reziproker sozialer Interaktionen, die sinnvoll und zweckmäßig sind, benötigt werden

Inkl.: Störungen wie bei Autismus

b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit

b1263 Psychische Stabilität

Mentale Funktionen, die sich in einer Persönlichkeit äußern, die durch Ausgeglichenheit, Ruhe und Gefasstheit gekennzeichnet ist, im Gegensatz zu Reizbarkeit, Besorgtheit, Unbeständigkeit und Launenhaftigkeit.

³⁸⁰ ebd., S.27

³⁸¹ ebd., S. 52 ff

b1267 Zuverlässigkeit

Mentale Funktionen, die sich in einer Persönlichkeit äußern, die durch Verlässlichkeit und Prinzipientreue gekennzeichnet ist, im Gegensatz zu Hinterlistigkeit und unsozialem Verhalten.

Es finden sich unter >Spezifische mentale Funktionen (b140 -b189):

b 140 Funktionen der Aufmerksamkeit

Spezifische mentale Funktionen, die die Fokussierung auf einen externen Reiz oder auf innere Vorgänge für eine geforderte Zeitspanne betreffen.

Inkl.: Funktionen, die Daueraufmerksamkeit, Wechsel der Aufmerksamkeit, geteilte Aufmerksamkeit, mit anderen geteilte Aufmerksamkeit, Konzentration und Ablenkbarkeit betreffen

Exkl.: Funktionen des Bewusstseins (b110); Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (b130); des Schlafes (b134); Funktionen des Gedächtnisses (b144); Psychomotorische Funktionen (b147); Funktionen der Wahrnehmung (b156)

b1400 Daueraufmerksamkeit

Mentale Funktionen, die sich in der Konzentration über eine geforderte Zeitspanne äußern

b1401 Wechsel oder Lenkung der Aufmerksamkeit

Mentale Funktionen, die die Umlenkung der Konzentration von einem Reiz auf einen anderen zulassen

b1402 Geteilte Aufmerksamkeit

Mentale Funktionen, die die gleichzeitige Fokussierung auf zwei oder mehr Reize zulassen

b1403 Mit anderen geteilte Aufmerksamkeit

Mentale Funktionen, die die Fokussierung auf denselben Reiz durch zwei oder mehr Personen zulassen, wenn z.B. ein Kind und ein Betreuer sich gemeinsam auf ein Spielzeug konzentrieren

b144 Funktionen des Gedächtnisses

Spezifische mentale Funktionen, die die adäquate Registrierung, die Speicherung und den Abruf von Informationen betreffen

Inkl.: Funktionen, die Kurzzeitgedächtnis und Langzeitgedächtnis, Sofort-, Frisch- und Altgedächtnis, Gedächtnisspanne und Abrufen betreffen; Funktionen, die beim Wiedererkennen und Lernen benutzt werden, wie bei nominaler, selektiver und dissoziativer Amnesie

Exkl.: Funktionen des Bewusstseins (b110); Funktionen der Orientierung (b114); Funktionen der Intelligenz (b117); Funktionen der Aufmerksamkeit (b140); Funktionen der Wahrnehmung (b156); Funktionen des Denkens (b160); Höhere kognitive Funktionen (b164); Kognitivsprachliche Funktionen (b167); Das Rechnen betreffende Funktionen (b172)

b1440 Kurzzeitgedächtnis

Mentale Funktionen, die sich in einer vorübergehenden, störbaren Gedächtnisspeicherung von etwa 30 Sekunden äußern. Aus diesem Speicher gehen Informationen verloren, wenn sie nicht im Langzeitgedächtnis verankert werden

b1441 Langzeitgedächtnis

Mentale Funktionen, die sich in einem Gedächtnissystem zur langzeitigen Übernahme von Informationen aus dem Kurzzeitgedächtnis und zum Abruf dieser Informationen äußern. Es gibt zwei unterschiedliche Formen des Langzeitgedächtnisses: ein autobiographisches (für Ereignisse der Vergangenheit) und semantisches (für Sprache und Sachverhalte).

b1442 Abrufen von Gedächtnisinhalten

Spezifische mentale Funktionen, die das Erinnern von Informationen aus dem Langzeitgedächtnis und zur Überleitung ins Bewusstsein betreffen.

In den aufgeführten einzelnen Bereichen aus der ICF-Komponente der **Körperfunktionen** haben ADS-Betroffene zum Teil erhebliche Probleme, wobei hier nur wenige ausgewählt wurden.

Andere wären z. B. Funktionen des Denkens (b60), höhere kognitive Funktionen (b164) wie Abstraktionsvermögen, Organisieren und Planen, Zeitmanagement, Einsichts-, Urteils- und Problemlösevermögen, kognitiv-sprachliche Funktionen (b167), das Rechnen betreffende Funktionen (b172), mentale Funktionen, die die Durchführung komplexer Bewegungshandlungen betreffen (b176), Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen (b180), um noch einige zu nennen.

Beeinträchtigungen aufgrund von ADS finden sich ebenfalls in der ICF-Komponente der **Körperstrukturen**³⁸² sowie ganz besonders in der Klassifikation der **Aktivitäten und Partizipation**³⁸³, aber auch in der **Umweltkomponente**³⁸⁴ lassen sich erhebliche Defizite ausmachen, besonders in den Bereichen „Unterstützung und Beziehungen“³⁸⁵ sowie „Einstellungen“³⁸⁶.

Leider ist die ICF nicht Beurteilungsgrundlage für die Bestimmung des GdB und wird es auch in absehbarer Zeit nicht werden, obwohl die ICF als Begutachtungsgrundlage bereits Eingang gefunden hat sowohl in die Rehabilitationsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses³⁸⁷ als auch in eine gemeinsame Empfehlung der Rehabilitationsträger³⁸⁸ für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen (Gemeinsame Empfehlung Begutachtung)³⁸⁹. In der Praxis vieler Sozialleistungsträger ist davon allerdings noch nicht allzu viel zu spüren.

Der Bundestag stimmte am 07.11.2007 einem Gesetzentwurf³⁹⁰ zu, der unter anderem die AHP als Grundlage zur Einstufung von GdB und MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit) bestätigte, entgegen dem detailliert geäußerten Vorschlag von Abgeordneten³⁹¹, die AHP ganz durch die ICF zu ersetzen. Letztere sei

³⁸² ebd., S. 84 ff

³⁸³ ebd., S. 97 ff

³⁸⁴ ebd., S. 125 ff

³⁸⁵ ebd., S. 132 f

³⁸⁶ ebd., S. 134

³⁸⁷ Gemeinsamer Bundesausschuss (GB-A) 2004, S. 2, 5, 7+8

³⁸⁸ nach SGB IX § 13 Abs. 1

³⁸⁹ nach SGB IX § 12 Abs. 1 Nr. 4; Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR 2005, S. 1, 2, 8-10

³⁹⁰ „Entwurf zur Änderung des Bundesversorgungsgesetzes und anderer Vorschriften des Sozialen Entschädigungsrechts“, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/069/1606985.pdf>, Abruf am 15.04.2008

³⁹¹ Kurth, Markus 2007

wesentlich geeigneter, das Ausmaß einer Behinderung festzustellen, und von der WHO explizit entwickelt worden, um die Wechselwirkungen von Schädigungen, Funktionsverlusten, Aktivitätseinschränkungen, Partizipationsverlusten und Kontextfaktoren genau zu erfassen. Beklagt wurden außerdem erhebliche Schnittstellenprobleme zwischen den Leistungen unterschiedlicher Rehabilitationsträger infolge uneinheitlicher Behinderungsbegriffe in den verschiedenen Büchern des Sozialgesetzbuches. Der Rechtsbegriff „Grad der Schädigungsfolgen“ (GdS) wird nach dem Gesetzesentwurf den bisher geltenden Begriff „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ (MdE) ablösen.

Würde ein ADS nach der ICF beurteilt werden, könnte sich je nach Grad der Ausprägung und den daraus resultierenden Beeinträchtigungen ohne Zweifel ein Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation bzw. zur Eingliederungshilfe ergeben. Die sozialen Sicherungssysteme sollten dabei als Einheit betrachtet werden und nicht in ihrer Aufsplitterung nach Sicherungszweigen, worauf auch das SGB IX letztlich abzielt, indem es die Ziele der Teilhabeleistungen umfassend und nicht trägerspezifisch definiert³⁹². Ob ADS-betroffene Erwachsene einen, meines Erachtens berechtigten, Anspruch unter den gegebenen Voraussetzungen auch durchzusetzen können ist allerdings zweifelhaft.

2. Teilhabe, Eingliederungshilfe und Nachteilsausgleiche

Sollten Personen, die durch ADS, dessen Komorbiditäten und die daraus resultierenden Folgeprobleme erhebliche Beeinträchtigungen erlitten haben, möglicherweise berechnete Ansprüche auf Teilhabeleistungen haben, stellt sich die Frage, was geeignet ist, die im SGB IX³⁹³ definierten Ziele zu erreichen.

Der Leistungsbedarf muss funktionsbezogen und individuell festgestellt werden³⁹⁴, wobei sich das Gesetz durch die Betonung der Funktionalität bereits auf die ICF bezieht und somit die Unterstützung in allen Bereichen, also den körperlichen, seelischen sowie den sozialen als auch den Leistungs- und Aktivitätsbereichen zum Fokus hat³⁹⁵.

³⁹² Welti, Felix 2005, S. 179

³⁹³ SGB IX §§ 1, 4 Abs.1

³⁹⁴ SGB IX § 10 Abs. 1; Fuchs, Harry 2004 b, S. 2

³⁹⁵ ebd.

Besonders geeignet erscheint in diesem Zusammenhang die Leistungsform des Trägerübergreifenden Persönlichen Budgets (TPB), weil die Betroffenen sich dabei auf einen einzigen Ansprechpartner unter den Rehabilitationsträgern berufen können und die Teilhabeleistung darüber hinaus individueller gestaltet werden kann.

Abbildung 11: Was ist das Persönliche Budget?³⁹⁶



Ein Persönliches Budget ist in diesem Fall eine Teilhabeleistung in Geldform, die an den Leistungsberechtigten direkt ausgezahlt wird und bestimmt ist zur Deckung eines definierten Hilfebedarfes. Das Persönliche Budget ist seit 2001 im SGB IX³⁹⁷ verankert und wurde seit 2003 in 14 Modellregionen bundesweit erprobt. Bis Ende letzten Jahres lag die Entscheidung über die Gewährung von Teilhabeleistungen als Persönliches Budget noch im Ermessen der Behörden, seit dem 1.1.2008 besteht darauf ein Rechtsanspruch. Im Erprobungszeitraum wurden bundesweit in den Budgetverfahren insgesamt 626 Budgets bewilligt, davon 42% bei psychischen Erkrankungen, 31% bei kognitiven Behinderungen und 19% bei körperlichen Behinderungen³⁹⁸. Nur 5 % waren trägerübergreifende Budgets, bei denen ein Träger (Beauftragter) das Verfahren im Auftrag und im Namen der anderen beteiligten Träger durchführt. Nach der Bedarfsfeststellung erfolgt die Leistung als trägerübergreifende Komplexleistung.

³⁹⁶ nach Welke, Antje 2007, S. 3

³⁹⁷ § 17 SGB IX i.V.m. BudgetVO

³⁹⁸ Welke, Antje 2007 S. 7

Bei der im Auftrag des früheren Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (jetzt: Bundesministerium für Arbeit und Soziales) durchgeführten wissenschaftlichen Auswertung der Budgetverfahren wurden noch etliche Schwachstellen in der Ausführung offensichtlich³⁹⁹. Danach liegen erhebliche Verbesserungspotentiale⁴⁰⁰ in der trägerübergreifenden Kooperation, in der Gestaltung standardisierter Bedarfsfeststellungs- Zielvereinbarungs- und Budgetbemessungsverfahren auf den Grundlagen der ICF, in der Vorgehensweise der Leistungsträger, die sich stärker an der Partizipation der Leistungsberechtigten orientieren, mehr Transparenz für die Beteiligten schaffen und ihre Verfahren vereinheitlichen sollten. Auch wird vorgeschlagen, die enge Zweckbindung der Budgets aufzugeben oder zumindest zu lockern zugunsten der Ergebnisqualität bzw. der Zielerreichung, also der verbesserten Teilhabe der BudgetnehmerInnen, und diesen mehr Spielraum zu geben in der Auswahl geeigneter Leistungen.

Könnten diese Vorgaben umgesetzt werden, wäre das Trägerübergreifende Persönliche Budget eine hervorragende Hilfeform für ADS-betroffene Leistungsberechtigte, da sich viele in wirtschaftlich ungünstigen Situationen befinden und sich vergleichbare Leistungen aus eigenen Mitteln nicht beschaffen können.

Eine kleine Auswahl geeigneter Leistungen für ADS-Betroffene wären beispielsweise:

- PCs mit guter Sprachfunktion für Betroffene mit Lese-Rechtschreibschwäche. Das Verfassen schriftlicher Dokumente und der Zugang zu modernen Informationstechnologien via Internet/DSL könnte so wesentlich vereinfacht und die Benachteiligung, die vielen Betroffenen durch ihre Leistungsschwächen entsteht, deutlich reduziert werden.
- ADS-Coaching, wie oben beschrieben, kann zur Zeit nicht über die Krankenkassen finanziert werden, wäre aber eine Leistung, die wesentlich zu einer verbesserten Teilhabe bzw. zur Eingliederung beitragen könnte.
- Soziotherapie⁴⁰¹, die zwar verordnungsfähig ist, aber nicht bei ADS, sondern nur bei schweren psychischen Erkrankungen (die allerdings als Komorbiditäten bei ADS auftreten können).

³⁹⁹ Metzler, Heidrun; Meyer, Thomas; Rauscher, Christine; Schäfers, Markus; Wansing, Gudrun 2007

⁴⁰⁰ ebd., S.19 f

⁴⁰¹ Gemeinsamer Bundesausschuss (GB-A) 2001

- Trainingsmaßnahmen, beispielsweise die Teilnahme an einer betreuten Übungsgruppe (Skilltraining), ähnlich den oben beschriebenen, in der Entwicklung befindlichen Therapieverfahren.
- Begleitende Unterstützung, Assistenz⁴⁰², die auch in bereits bewilligten Budgetverfahren eine Rolle spielt, sei es in Form einer allgemeinen Assistenz bei Alltagsproblemen oder einer Budgetassistenz, die dabei unterstützt, geeignete Leistungen zur verbesserten Teilhabe zu finden und in Anspruch zu nehmen.
- Sportmöglichkeiten

Die Beträge der bereits bewilligten Budgets⁴⁰³ erstrecken sich von 36 Euro bis hin zu 13.275 Euro monatlich, wobei über die Hälfte unter 600 Euro/Monat und über drei Viertel unter 1.000 Euro/Monat betragen. Für ADS-Betroffene in prekären finanziellen Situationen wäre es sicher schon eine große Hilfe, wenn wenigstens der Beitrag für einen Sportverein aus solch einem Budget finanziert werden könnte.

Die Nachteilsausgleiche nach dem SGB IX⁴⁰⁴ können überwiegend nur genutzt werden, wenn eine Schwerbehinderung (und möglicherweise weitere Voraussetzungen) durch einen Schwerbehindertenausweis nachgewiesen werden kann⁴⁰⁵, bzw. wenn die betroffene Person mit einem geringeren GdB den schwerbehinderten Personen gleichgestellt ist, was bei ADS-Betroffenen vergleichsweise selten der Fall sein dürfte. Dennoch sollten Ratsuchende auf diese Möglichkeit hingewiesen werden, weil möglicherweise außer ADS noch andere relevante Beeinträchtigungen (Komorbiditäten, körperliche Erkrankungen, Wirbelsäulenerkrankungen, Sinnesbeeinträchtigungen wie Hör- und Sehschwäche etc.) vorliegen, die insgesamt zu einem Schwerbehindertenstatus führen könnten. Viele der Nachteilsausgleiche, die von der oben genannten schwerbehinderten Personengruppe in Anspruch genommen werden können, wie z.B. Steuererleichterungen, sind jedoch für die ADS-spezifische Problematik wenig relevant.

Prüfungs- und Ausbildungsmodifikationen dagegen wären bei ADS-Betroffenen sehr hilfreich. Nach Empfehlung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB)

⁴⁰² Metzler, Heidrun et. al. 2007, S. 10

⁴⁰³ ebd.

⁴⁰⁴ SGB IX § 126

⁴⁰⁵ Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen 2008

sollen bei Abschluss- bzw. Gesellenprüfungen die besonderen Bedürfnisse behinderter Menschen berücksichtigt werden⁴⁰⁶. In den Magister- und Diplomprüfungsordnungen sind Regelungen aufgenommen, die einen Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile in Prüfungen vorsehen (beispielsweise gesonderte mündliche Prüfungen). Nach einem Beschluss der Kultusministerkonferenz ist für Hochschulprüfungen von schwerbehinderten Menschen vorgesehen, dass Prüfungsleistungen in anderer Form erbracht werden und auch eine verlängerte Bearbeitungszeit in Anspruch genommen werden kann⁴⁰⁷. Für ADS-Betroffene kämen als Nachteilsausgleiche besonders verlängerte Bearbeitungszeiten und besondere Räumlichkeiten zur Reduzierung äußerer Ablenkfaktoren in Frage, aber auch kleinere Pausen bei Prüfungen und alternative mündliche oder Multiple-Choice Prüfungen (bei Lese-Rechtschreibschwäche) wären sicher förderlich. Während sich die Situation in den Schulen in den letzten Jahren sowohl durch die öffentliche Diskussion um das Thema als auch durch die Rechtsprechung⁴⁰⁸ deutlich gebessert hat und ähnliche Nachteilsausgleiche für betroffene Schüler zum Teil recht unkompliziert gewährt werden⁴⁰⁹, sind Nachteilsausgleiche für betroffene Erwachsene noch deutlich schwerer durchzusetzen. So wurde der Antrag eines ADHS-Betroffenen gegen das Prüfungsamt seines Lehrinstitutes auf einstweilige Anordnung von Gewährung einer Schreibzeitverlängerung beim Staatsexamen vom zuständigen Verwaltungsgericht abgelehnt mit folgender Begründung: Beeinträchtigungen wie ADHS erschweren eine zeitgerechte intellektuelle Bewältigung des Prüfungsstoffs und seien nicht auszugleichen⁴¹⁰, da auch die spätere Fähigkeit zur Berufsausübung dadurch in Frage gestellt wäre.

Manche Ausbildungsstätten bieten, und das sollte man bei der Wahl einer solchen unbedingt berücksichtigen, allerdings auch ohne Klageverfahren Unterstützungsmöglichkeiten für ADS Betroffene an, die durchaus als freimütig gewährte Nachteilsausgleiche angesehen werden können.

Mehrere Berufsbildungswerke haben in einem vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung geförderten Modellversuch Ausbildungs- und Qualifizierungsgänge speziell für ADHS-betroffene Jugendliche und junge

⁴⁰⁶ ebd.

⁴⁰⁷ ebd.

⁴⁰⁸ z.B.: BayVGH München 7. Senat, 21.08.2002 7 ZB 02.639; VG Ansbach 29.06.2006 AN 14 K 05.02193; beide in Juris am 24.04.2008

⁴⁰⁹ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2006, S. 27

⁴¹⁰ VG Freiburg: 2 K 1667/07 vom 30.08.2007 bei Beck Online, BeckRS 2008

Erwachsene entwickelt⁴¹¹. Der Behindertendienst der FU-Berlin bietet Unterstützung für betroffene Studierende, die Nachteilsausgleiche beim Studium beantragen möchten⁴¹². Die Universitäten Münster und FU-Berlin bieten im Rahmen der psychologischen Studentenberatung gezielte Unterstützung bei „Prokrastination“ (chronischem Aufschieben) an. Die Uni Köln hat für betroffene StudentInnen kostenfreie ADS-Trainingskurse eingerichtet. Die Kurse werden vom Lehrstuhl für Klinische Psychologie und dem Lehrstuhl für Psychologie und Psychotherapie durchgeführt⁴¹³.

Sofern ADS als Behinderung anerkannt wird, können Arbeitgeber Zuschüsse zur Einrichtung ADS-gerechter Arbeitsplätze in Anspruch nehmen⁴¹⁴. Der Arbeitsplatz müsste natürlich individuell angepasst sein, die Anforderungen werden jedoch häufig den bereits genannten entsprechen: Ein möglichst ruhiger Arbeitsplatz ohne ständige Ablenkungen, eine den Bedürfnissen angepasste technische Ausstattung, Rückzugsmöglichkeiten, mehrere kleine Arbeitspausen, evtl. nahe gelegene Sport oder Bewegungsmöglichkeiten wären für viele Betroffene zur Verbesserung reduzierter Leistungsfähigkeit und somit zum Erhalt ihres Beschäftigungsverhältnisses mit Sicherheit hilfreich.

Ein Bereich, in dem „Nachteilsausgleiche“ bei ADS häufiger gewährt werden sind Strafverfahren. Um nur ein Beispiel zu nennen, es wurde in einem Berufungsverfahren einem wegen Körperverletzung verurteilten ADHS-Betroffenen wegen seines ADHS zumindest eine erhebliche Verminderung der Schuldfähigkeit, wenn nicht Schuldunfähigkeit zuerkannt und das vorhergehende Urteil aufgehoben⁴¹⁵.

Praxiserfahrene ADS-Therapeuten vermuten bei Störungen des Sozialverhaltens in Verbindung mit delinquentem Verhalten häufig ein zugrunde liegendes ADS⁴¹⁶. Man sollte es nicht erst soweit kommen lassen, sondern Betroffenen frühzeitig den Zugang zu ADS-spezifischer Therapie und Unterstützung ermöglichen.

⁴¹¹ Deutscher Bundestag 2005, S. 20, S. 22

⁴¹² http://www.fu-berlin.de/service/behinderung/infos_rtf.doc Abruf am 25.05.2008

⁴¹³ Universität zu Köln, 12.5.2008

⁴¹⁴ § 15 SchwbAV

⁴¹⁵ OLG Hamm: 3 Ss 461/07 vom 05.11.2007; BeckRS 2007

⁴¹⁶ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J., S. 287

E. Konflikte zwischen ressourcenorientierter Beratung und dem Kampf um Nachteilsausgleiche

Ressourcenorientierte Beratung⁴¹⁷ konzentriert sich bewusst auf den „vollen“ Teil eines „halbleeren“ Glases, im Gegensatz zu anderen Hilfeprozessen, die eher die Bearbeitung von Defiziten und Problemen im Fokus haben. Allerdings entsteht die Motivation, Hilfe zu suchen und Beratung in Anspruch zu nehmen, meist erst aus Defizit- oder Verlustsituationen heraus, nachdem alle bekannten und zugänglichen Ressourcen erfolglos eingesetzt wurden. Gerade für Menschen, die wie viele hilfesuchende ADS-Betroffene eher auf der Risiko- und Verliererseite einer Gesellschaft stehen, ist es lebens- und überlebenswichtig, Ressourcen zu erschließen und/oder aufzubauen, um in Krisensituationen darauf zurückgreifen zu können. Dabei soll eine ressourcenorientierte Beratung helfen⁴¹⁸.

Erster Ansatzpunkt dabei ist die Seite persönlicher Ressourcen⁴¹⁹. Oft haben ADS-Betroffene ein Füllhorn individueller Fähigkeiten, Talente und Stärken, die aber ob ihrer Probleme häufig unbeachtet bleiben, verlernt, unterdrückt oder verdrängt wurden. Intuition, Empathie, Gerechtigkeitssinn, Einsatz- und Hilfsbereitschaft, Originalität, Ehrlichkeit, Kreativität, Gutmütigkeit, Spontaneität, Intelligenz und auch die so oft geklagte Risikobereitschaft (in anderen Kontexten als „Mut“ bezeichnet) sind Potentiale, die es sich lohnt zu entdecken und zu entwickeln. Je deutlicher die Stärken der ADS-Persönlichkeit ausgebaut werden können, desto eher treten die unvermeidbaren Schwächen in den Hintergrund. Personen, die durch außergewöhnliche Fähigkeiten überzeugen, verzeiht man leichter den ein oder anderen Fehler wie Unpünktlichkeit, Schlampigkeit oder Vergesslichkeit. Sie sind in der Lage, ihre Defizite an anderer Stelle wett zu machen, oder können sich im besten Fall voll auf ihre Stärken konzentrieren⁴²⁰ und Dinge, mit denen sie große Probleme haben, an bezahlte Helfer delegieren – wenn die Ressourcen dazu vorhanden sind.

Die Sozialberatung hat traditionell die Erschließung materieller und finanzieller, institutioneller und rechtlicher Ressourcen zur Aufgabe und strebt die soziale Sicherung ihrer Klientel an⁴²¹. Für viele benachteiligte Gruppen wie ältere,

⁴¹⁷ Nestmann, Frank: Ressourcenorientierte Beratung. In: Nestmann, Frank; Engel, Frank; Sickendiek, Ursel 2004, S. 730 f

⁴¹⁸ ebd., S. 728 f

⁴¹⁹ ebd., S. 727

⁴²⁰ Hallowell, Edward M. & Ratey, John J., S. 14

⁴²¹ Nestmann, Frank: Ressourcenorientierte Beratung. In: Nestmann, Frank; Engel, Frank; Sickendiek, Ursel 2004, S. 727 f

langzeitarbeitslose und behinderte Menschen haben sich in den letzten Jahren die Chancen auf Eingliederung in den Arbeitsmarkt, auf Bildung, Aus- und Weiterbildung, auf Teilhabe oder auf Rückgängigmachen von Ausgliederung verschlechtert⁴²². Darunter sind mit Sicherheit viele ADS-Betroffene.

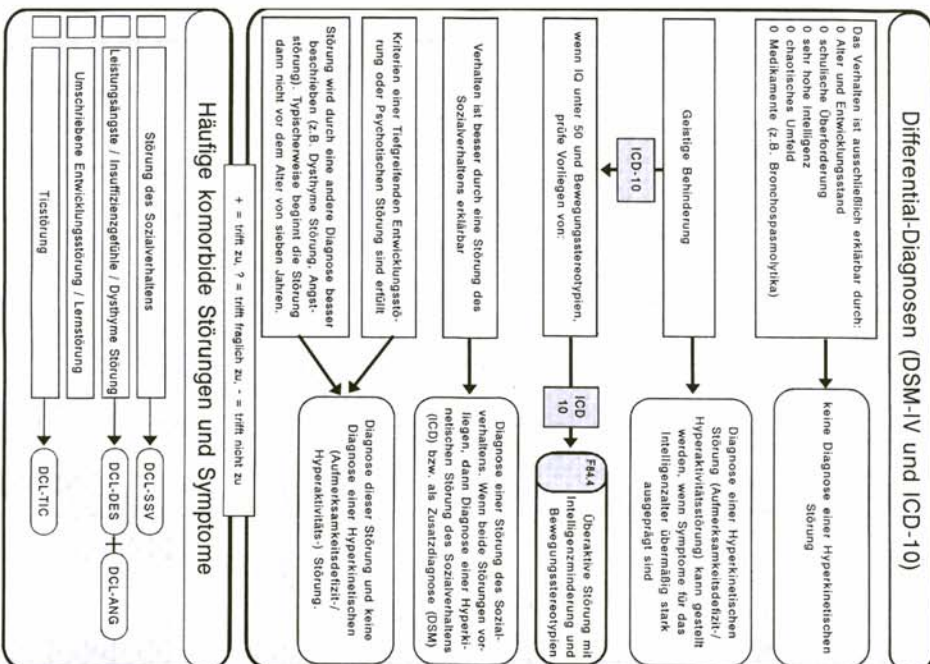
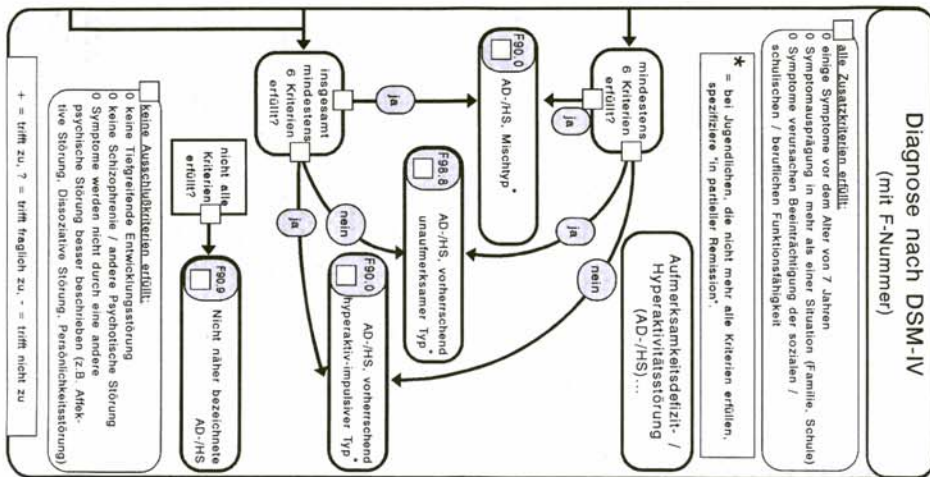
Über mögliche Ansprüche auf Sozialleistungen zu informieren, diese geltend zu machen und ggf. auch bei der Durchsetzung zu helfen gehört daher ebenfalls zur Erschließung einer wichtigen Ressource, die sonst nicht verfügbar und auf keine andere Weise zu beschaffen wäre. Im Idealfall ist die Entwicklung der persönlichen Ressourcen dazu ein parallel und nicht alternativ verlaufender Prozess.

Leider sind die Verfahren zur Gewährung der oben beschriebenen Sozialleistungen immer noch sehr stark defizitorientiert bzw. defizitgebunden. Enorme Anstrengungen, Zeit und Kräfte sind nötig, um persönliche, gesundheitliche und psychische Defizite hinreichend zu beschreiben, zu beweisen und ihren benachteiligenden Einfluss deutlich zu machen. Der Hilfebedürftige muss sich dabei intensiv mit seinen Schwächen und Beeinträchtigungen auseinandersetzen und sich auf diese konzentrieren, anstatt sich mehr seiner Fähigkeiten und Stärken bewusst werden zu können. So bleibt für den wichtigen Ausbau vorhandener persönlicher, familiärer und sozialer Ressourcen kaum noch Zeit und Energie, und das ist nicht nur bei ADS der Fall.

Ein anderer, mehr klientenbezogener und unterstützender Ansatz, der wirklich das Entwicklungspotential und die Befähigung der Betroffenen fokussiert, wäre bei der Leistungsgewährung besonders von Teilhabeleistungen sowohl nötig als auch hilfreich und wünschenswert.

Das ungenutzte, brachliegende oder verschüttete Potential vieler ADS-Betroffener ist gesellschaftlich, sozial und wirtschaftlich eine wertvolle Ressource, die auf diese Weise wirksam und zum Vorteil für alle Beteiligten erschlossen werden könnte.

⁴²² ebd., S. 726; siehe auch „Armutsbericht“: Bundesregierung Deutschland 2008, S. XVII



DCL-HKS Diagnose-Checkliste Hyperkinetische Störungen

Patient(in)	Alter
Untersucher(in)	Datum

Beurteilung basiert auf:

- ☐ Exploration der Eltern / Hauptbezugsperson
- ☐ Exploration des Patienten (der Patientin)
- ☐ Informationen vom Kindergarten / von der Schule
- ☐ Klinischer Beobachtung
- ☐ Anderen Informationen:

Diagnose nach ICD-10

- ☐ Keine Hyperkinetische Störung
- ☐ F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
- ☐ F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
- ☐ F90.9 Nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung
- ☐ F94.4 Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypen

Diagnose nach DSM-IV: Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (AD-/HS):

- ☐ Keine AD-/HS
- ☐ F90.0 AD-/HS - Mischtyp
- ☐ F98.8 AD-/HS - vorherrschend unaufmerksamer Typ
- ☐ F90.0 AD-/HS - vorherrschend hyperaktiv-impulsiver Typ
- ☐ F90.9 Nicht näher bezeichnete AD-/HS

Anhang II

Urteil des Bayerischen LSG vom 13.06.2006

LSG FSB Urteil - 13.06.2006 - L 5 KR 93/06 1 / 5

Bayerisches Landessozialgericht

Urteil (rechtskräftig)

Sozialgericht Nürnberg S 7 KR 543/04

Bayerisches Landessozialgericht L 5 KR 93/06

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 25. Januar 2006 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Weiterversorgung mit dem Medikament Ritalin (Wirkstoff: Methylphenidat) über das Volljährigkeitsalter hinaus.

1.

Die 1985 geborene Klägerin ist an einem Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS) ohne Hyperaktivität erkrankt.

Bei diesem Krankheitsbild zeigen sich häufig Unaufmerksamkeit und Träumereien, Entwicklungsstörungen, insbesondere der Sprache, des Lesens, der Rechtschreibung sowie damit einhergehende Störungen des Sozialverhaltens und emotionale Störungen. Diese Störungen treten in starker Ausprägung auf, häufig zeigen sich deutliche Missverhältnisse zu Entwicklungsalter und Intelligenz. Das ADS ist weder medikamenteninduziert, noch besteht es in organischen Primärstörungen, Psychosen, Angst- oder depressiven Störungen oder gar in einer Borderline-Erkrankung. Ursachen des ADS sind nach den gängigen drei Hypothesen zur Pathophysiologie Defizite des neurologischen Systemes. Auszugehen ist davon, dass die Neurotransmittersysteme in den Synapsen, also der Signaltransport in den Schaltstellen der Nervenvernetzung, gestört sind, weil die Stoffe Dopamin, Noradrenalin sowie Serotonin die ihnen zukommende Aufgaben nicht ausführen. Dementsprechend wird die Erkrankung, welche mit und ohne Hyperaktivität (ADHS/ADS) auftritt, mit Stimulantien behandelt.

In der Kinderpoliklinik der Universität E. wurde die Klägerin Ende 1998 wegen Migräne mit Gesichtsfeldausfall stationär behandelt sowie vom 03.03. bis 10.03.1999 wegen einer Medikamentenintoxikation in suizidaler Absicht.

Im Frühjahr 2000 diagnostizierte Dr.S. das ADS und die Beklagte übernahm seither die Behandlung mit dem Medikament Ritalin (Wirkstoff: Methylphenidat). In der Folge ergab sich ein sehr guter Krankheitsverlauf mit deutlicher Verbesserung des Selbstwertgefühls und eine Verringerung der Migräneanfälle.

2.

Nach Erreichen der Volljährigkeit beendete Dr.S. , die im Schwerpunkt Kinder behandelt, die ärztliche Betreuung und die Klägerin wechselte zum Psychiater/Psychotherapeuten Dr.S ... Dieser beantragte unter dem 01.04.2004, die Kosten der medikamentösen Versorgung mit Methylphenidat für einen weiteren Behandlungszeitraum von ca. zwei Jahren zu übernehmen.

Methylphenidat ist vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zur Behandlung von ADS nur im Kindesalter zugelassen, nicht jedoch im Erwachsenenalter. In der Roten Liste ist als Anwendung das ADS/ADHS eingetragen bei Kindern ab sechs Jahren und zur Weiterführung der Therapie bei Jugendlichen, nicht jedoch bei Erwachsenen. Dr.S. führte in seinem Antrag insoweit aus, bei der Klägerin liege seit der Kindheit und noch immer ein ADS vor; Therapieziel sei es, die Stabilisierung noch weiter fortzuführen, um der Klägerin ein eigenverantwortlich selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Dr.S. bezog sich dabei auf eine Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zur Behandlung von ADHS im Erwachsenenalter (Der Nervenarzt 2003, 939), wonach randomisierte und/oder placebokontrollierte doppelblinde Studien mit

Wirksamkeitsnachweis die Stimulantienbehandlung mit Methylphenidat bei Erwachsenen als Therapie erster Wahl ergeben hätten. Nach dieser Leitlinie existierten jedoch keine publizierten Daten zu Effekten und Nebenwirkungen einer Langzeittherapie. Auf Anfrage der Beklagten erklärte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Bayern in einer Stellungnahme vom 23.04.2004, die Voraussetzungen für den Gebrauch des Medikamentes Methylphenidat über den Zulassungsbereich hinaus (off-label-use) seien nicht gegeben, weil bei der Klägerin zwar Störungen des Leistungsvermögens beeinträchtigten, jedoch eine schwerwiegende, lebensbedrohliche Erkrankung nicht vorliege. Zudem kämen zur Behandlung des ADS auch andere Medikamente oder Verhaltens- sowie Soziotherapie in Betracht.

Mit Bescheid vom 26.05.2004/Widerspruchsbescheid vom 02.09.2004 lehnte die Beklagte die beantragte Kostenübernahme mit der Begründung ab, zur Wirksamkeit von Methylphenidat bei ADS im Erwachsenenalter bestehe keine ausreichend gesicherte Datenlage. Die Leitlinien des DPNG zeigten, dass keine Langzeitstudien zur Wirksamkeit von Methylphenidat bei Erwachsenen vorlägen. Zudem habe das Landessozialgericht (LSG) Berlin sich in einem Beschluss vom 30.01.2004 entsprechend geäußert.

LSG FSB Urteil - 13.06.2006 - L 5 KR 93/06 2 / 5

3.

Im anschließenden Klageverfahren vor dem Sozialgericht Nürnberg hat die Klägerin Kostenerstattung in Höhe von EUR 178,73 sowie Feststellung beantragt, dass sie Anspruch auf Arzneimittelversorgung mit Methylphenidat habe.

Zur Begründung hat sie sich auf eine Stellungnahme des Dr.S. vom 22.11.2004 bezogen, welcher angegeben hat, unter der Weiterverordnung von Methylphenidat sei es bei der ausreichenden psychischen Kompensation des ADS verblieben.

Demgegenüber hat sich die Beklagte auf Grundsatzgutachten des Kompetenzzentrums für Psychiatrie und Psychotherapie von April und Mai 2004, auf ein Grundsatzgutachten des MDK Bayern vom November 2004, Gutachten des MDK Berlin-Brandenburg vom 04.06.2004 sowie vom 02.03.2005 bezogen, welche sich im Wesentlichen wegen fehlender Forschungsgrundlagen gegen eine Behandlung von ADS mit Methylphenidat im Erwachsenenalter ausgesprochen hatten. In der Folgezeit hat Dr.S. der Klägerin im Wege der vertragsärztlichen Versorgung das Medikament Ritalin (Wirkstoff: Methylphenidat) zur Verfügung gestellt.

Mit Urteil vom 25.01.2006 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen mit der Begründung, die Klägerin könne von der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich nur Versorgung mit zugelassenen Arzneimitteln beanspruchen. Denn mit der Zulassung werde für Fertigarzneimittel wie Ritalin der Nachweis der Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit geführt und somit seien die Kriterien für die medikamentöse Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung erfüllt. Ritalin sei jedoch nur für die Behandlung von Kindern, nicht jedoch für Erwachsene, wie es die Klägerin sei, zugelassen. Für eine zulassungsübergreifende Versorgung fehle es an dem erforderlichen Konsens der Fachkreise, dass Qualität und Wirksamkeit des Arzneimittels im neuen Anwendungsgebiet zuverlässig und wissenschaftlich überprüfbar nachgewiesen seien. Hierfür reiche die Richtlinie der DGPPN nicht aus. Zudem solle nach den Richtlinien eine begleitende Therapie durchgeführt werden, welche die Klägerin jedoch nicht erhalte.

4.

Dagegen hat die Klägerin am 13. März 2006 Berufung eingelegt und vorgetragen, der Wirkstoff Methylphenidat stehe kurz vor der Zulassung zur Behandlung von ADS im Erwachsenenalter, hiermit sei im Jahre 2007 zu rechnen. Auch lägen die Voraussetzungen für einen zulassungsübergreifenden Gebrauch vor, weil mittlerweile sich in der Praxis und in Fachkreisen durchgesetzt habe, dass die Therapie mit Ritalin/Methylphenidat unzweifelhaft sei.

Auf Anfrage des Senats hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erklärt, das alternative Arzneimittel Strattera (Wirkstoff: Serotonin-

Wiederaufnahmehemmer Atomoxetin) sei nicht zur ADS-Therapie Erwachsener zugelassen. Im Übrigen sei der Beginn einer Behandlung mit Strattera im Erwachsenenalter nicht angemessen. Dr.S. hat in einer ergänzenden Stellungnahme ausgeführt, während seiner Behandlung hätten keine Klinikaufenthalte, Verschlechterungen oder Leidensveränderungen stattgefunden. Im Falle einer Nichtmedikation müsse aber mit einer Symptomverschlechterung gerechnet werden. Aus psychiatrischer Sicht handle es sich bei ADS um eine Erkrankung, deren Schwere, unbehandelt, die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigen würde. Der Senat hat auf eine Stellungnahme des Vorstandes der Bundesärztekammer zur Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung hingewiesen (veröffentlicht Deutsches Ärzteblatt vom 26.12.2005, A 3609, B 3056 sowie C 2562). Die Beklagte hat ausgeführt, auch nach dieser Stellungnahme sei ein Wirksamkeitsnachweis allein der medikamentösen Behandlung nicht geführt. Die Voraussetzungen für einen zulassungsübergreifenden Anwendungsfall (off-label-use) seien nicht erfüllt. Die Klägerin beantragt, die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Nürnberg vom 25.01.2006 sowie des Bescheides vom 26.05.2004 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 02.09.2004 zu verurteilen, Kosten über insgesamt 293,13 EUR für das selbst beschaffte Arzneimittel Ritalin (Methylphenidat) sowie die Kosten für den künftigen Erwerb von Arzneimitteln mit dem Wirkstoff Methylphenidat zu erstatten.

Die Beklagte beantragt, die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 25.01.2006 zurückzuweisen.

Beigezogen und Gegenstand der mündlichen Verhandlung vom 13.06.2006 waren die Verwaltungsakten der Beklagten. Darauf sowie auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig (§§ 143, 151, 153 Sozialgerichtsgesetz - SGG -), insbesondere ist der Berufungsstreitwert erreicht, weil die Klägerin nicht nur Kostenfreistellung in Höhe von gezahlten EUR 293,13 begehrt, sondern auch Kostenerstattung für den künftigen Arzneimittelerwerb. Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Streitgegenstand ist der Bescheid vom 26.05.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.09.2004, mit welchem die Beklagte die Kostenerstattung für das Arzneimittel Ritalin (Methylphenidat) abgelehnt hat. Die dagegen erhobene und durch Feststellungsbegehren erweiterte Klage hat das Sozialgericht Nürnberg zu Recht abgewiesen.

1.

Zutreffend hat das Sozialgericht dargestellt, dass die Klägerin allein gemäß § 13 Abs.3 Alternative 2 Sozialgesetzbuch (SGB) V Kostenerstattung begehren kann und dass die Beklagte gemäß § 27 Abs.1 Satz 2 Nr.1 LSG FSB Urteil - 13.06.2006 - L 5 KR 93/06 3 / 5 und Nr.3 i.V.m. § 31 Abs.1 SGB V zur ärztlichen Behandlung einschließlich der Versorgung mit den notwendigen Arzneimitteln verpflichtet ist. Der Versorgungsanspruch der Klägerin unterliegt allerdings den Einschränkungen, die §§ 2 Abs.1, 12 Abs.1 SGB V enthalten und die nur einen Anspruch auf Leistungen gewähren, die zweckmäßig sowie wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Stichhaltig hat das Sozialgericht auch ausgeführt, dass das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung kein eigenes Verfahren vorsieht, nach welchem die Krankenkassen für die Arzneimittelversorgung die Einhaltung dieser Kriterien zu gewährleisten haben. Vielmehr ist nach der Konzeption des Gesetzgebers dann von der Einhaltung dieser Kriterien auszugehen, wenn ein Arzneimittel die arzneimittelrechtliche Zulassung besitzt. Verfügt eine Arznei über diese Zulassung nicht, zählt sie im Grundsatz auch nicht zu den verordnungsfähigen Arzneimitteln (vgl. BSG-Urteil vom 19.10.2004 - B 1 KR 27/02 R).

Aufgrund dieser Konzeption kann sich allerdings in besonderen Fällen ein Mangel im Leistungssystem ergeben, falls z.B. ein Arzneimittelhersteller ein eigentlich zulassungsreifes Medikament aus marketing-wirtschaftlichen oder anderweitigen freien

unternehmerischen Entscheidungsgründen (vgl. BSG, Urteil vom 18.03.2004 - B 1 KR 21/03 R Abs.27) dem zeit- und kostenintensiven Genehmigungsverfahren nicht unterwerfen möchte.

2.

Im vorliegenden Fall verfügt das strittige Medikament Ritalin mit dem Wirkstoff Methylphenidat nur über eine arzneimittelrechtliche Zulassung für die Behandlung von ADS/ADHS bei nicht Volljährigen. Für die Behandlung von ADS/ADHS bei Erwachsenen ist es (noch) nicht zugelassen. Streitig ist deshalb nicht die medizinische Versorgung mit einem Medikament, das über keinerlei Zulassung verfügt, sondern die Versorgung mit einem zugelassenen Medikament außerhalb des Zulassungsbereichs. Für diese zulassungsübergreifende Versorgung (off-label-use) hat das Bundessozialgericht (Urteil vom 19.03.2002 - B 1 KR 37/00 R, bestätigt durch Urteile vom 18.04.2004 - B 1 KR 21/02 R und 19.10.2004 - B 1 KR 27/02 R) die Verordnung in einem von der Zulassung nicht umfassten Anwendungsgebiet nur zugelassen, wenn es 1. um die Behandlung einer schwerwiegenden, lebensbedrohlichen oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigenden Erkrankung geht, wenn 2. keine andere Therapie verfügbar ist und wenn 3. aufgrund der Datenlage die begründete Aussicht besteht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg erzielt werden kann.

Dieses dritte Kriterium kann als erfüllt angesehen werden, wenn 3. a) die Erweiterung der Zulassung bereits beantragt ist und die Ergebnisse einer kontrollierten klinischen Prüfung der Phase 3 veröffentlicht sind sowie eine klinisch relevante Wirksamkeit bzw. ein klinisch relevanter Nutzen bei vertretbaren Risiken belegen oder 3. b) außerhalb des Zulassungsverfahrens gewonnene Erkenntnisse veröffentlicht sind, die über Qualität und Wirksamkeit des Arzneimittels in dem neuen Anwendungsgebiet zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbare Aussagen zulassen und aufgrund derer in den einschlägigen Fachkreisen Konsens über einen voraussichtlichen Nutzen in dem vorgenannten Sinne besteht.

a)

Zur Überzeugung des Senats sind im streitigen Fall seit der Veröffentlichung der Stellungnahme des Vorstandes der Bundesärztekammer zur Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Bundesärzteblatt vom 26.12.2005 die unter 3 b) genannten Voraussetzungen für eine zulassungsübergreifende Verordnung erfüllt. Es handelt sich dabei um außerhalb eines Zulassungsverfahrens gewonnene Erkenntnisse über Qualität und Wirksamkeit von Methylphenidat in der Anwendung bei persistierendem ADS/ADHS, die zuverlässig, wissenschaftlich nachgeprüft sind und die auch in den einschlägigen Fachkreisen Zustimmung erfahren. Denn der einschlägige Fachverband DGPPN veröffentlicht diese Studie ebenfalls (www.dgppn.de/Stellungnahmen). Die Studie geht zurück auf einen mit 14 hochrangigen Spezialisten besetzten Arbeitskreis, welcher insgesamt 207 internationale Publikationen zur streitigen Erkrankung ausgewertet hat. Die Studie (Langfassung) führt auf S.28/29 aus, dass bei persistierendem ADS mit klinisch bedeutsamem Schweregrad - wie bei der Klägerin - eine mehrjährige kontinuierliche Medikation auch bis in das Erwachsenenalter hinein indiziert ist. Zudem wird in dieser Studie die Stimulantienbehandlung mit Methylphenidat auch im Erwachsenenalter als Therapie der ersten Wahl bezeichnet (S.47). Insoweit kann sich die Stellungnahme auf die von Faraone im Jahre 2004 veröffentlichte Arbeit mit 140 Personen und einer Kontrollgruppe von 113 Testpersonen beziehen, wobei auch zu beachten ist, dass der Autor/Coautor Faraone mit nicht weniger als in der Stellungnahme zehn zitierten Publikationen über ein dokumentiert anerkanntes Fachwissen verfügt.

Im Übrigen ist das strittige Arzneimittel in Dänemark für die Weiterbehandlung von ADS/ADHS im Erwachsenenalter zugelassen. Zwar bewirkt die Zulassung in einem Staat der EU nicht gleichzeitig die Zulassung in einem anderen Staat der EU (vgl. BSG vom 18.05.2004 - B 1 KR 21/02 R). Jedoch ergibt sich aus der Zulassung in Dänemark ebenso wie aus der Zulassung in Norwegen sowie in Argentinien ein zusätzliches Indiz

für einen bestehenden wissenschaftlichen Konsens bezüglich der Wirksamkeit der streitigen medikamentösen Behandlung.

Damit sind die Voraussetzungen für einen zulassungsübergreifenden Einsatz von Methylphenidat - wie von der Klägerin begehrt - ab 27.12.2005, dem ersten Werktag nach der Veröffentlichung, erfüllt - nicht jedoch vorher.

Insoweit kann sich die Klägerin nicht auf die in Der Nervenarzt 2003, 939 von der DGPPN veröffentlichten Leitlinien zu ADHS im Erwachsenenalter berufen, welche sich nur auf sechs Studien zu Methylphenidat bezogen hatten (Der Nervenarzt 2003, 939, 942) und welche auf Untersuchungen zurückgegriffen hatten, die nur kurze Zeiträume von wenigen Wochen umfasst hatten (S.943).

Für die Zeit vor dem 27.12.2005 entfällt ein Anspruch der Klägerin auf LSG FSB Urteil - 13.06.2006 - L 5 KR 93/06 4 / 5 Versorgung mit Methylphenidat also bereits aus diesem Grunde.

b)

Für die somit allein relevante Zeit ab 27.12.2006 kann sich die Klägerin darauf berufen, dass ihr für Behandlung des ADS keine andere Therapie zur Verfügung steht. Nach der Stellungnahme der Bundesärztekammer ist das Mittel Strattera (Wirkstoff: Atomoxetin) lediglich als Medikament zweiter Wahl anzusehen. Im Übrigen dürfte die Beklagte der Klägerin nicht die Versorgung mit dem unzugelassenen Medikament Ritalin verweigern und sie gleichzeitig auf das ebenfalls nicht zugelassene Arzneimittel Strattera/Atomoxetin verweisen.

Ergänzend ist auszuführen, dass die Beklagte die Klägerin nicht auf eine verhaltens- und sozialtherapeutische Behandlung verweisen darf. Nach der genannten Stellungnahme ist diese nämlich keineswegs eine unverzichtbare Voraussetzung für die medikamentöse Behandlung mit Methylphenidat/Ritalin.

c)

Ein Anspruch der Klägerin scheitert allerdings daran, dass eine zulassungsübergreifende Verordnung eine schwerwiegende Erkrankung voraussetzt, die entweder lebensbedrohlich ist oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt.

Nach der Stellungnahme der Bundesärztekammer kann eine Erkrankung am ADS/ADHS dieses Kriterium durchaus erfüllen, weil die Störungen der Betroffenen kumulativ, dauerhaft, besonders ausgeprägt und in nicht beherrschbarer Form auftreten. Diese Störung der Aufmerksamkeit, der Mangel der Ausdauer, das unruhige Verhalten sowie oder die Impulsivität führen dazu, dass sich als Teil oder Reaktion auf ADS/ADHS schwerwiegende Beeinträchtigungen im sozialen Verhalten und sozialen Umfeld einschließlich der Kommunikation einstellen. Das nicht behandelte ADS/ADHS weist darüber hinaus eine hohe Chronifizierungsrate aus, erwachsene Erkrankte weisen eine drei- bis vierfach erhöhte Prävalenzrate für Alkohol- und Drogenmissbrauch aus. Ebenso ist die Rate sozialer Persönlichkeitsstörungen deutlich erhöht.

Eine zulassungsübergreifende Medikamentenversorgung setzt jedoch nicht nur die generelle Geeignetheit einer Erkrankung voraus, lebensbedrohlich zu sein oder die Lebensqualität dauernd nachhaltig zu beeinflussen; vielmehr müssen konkrete Anhaltspunkte im Einzelfall nachweisbar sein, dass die Krankheit das Leben bedroht oder die Lebensqualität dauerhaft beeinträchtigt. Daran fehlt es hier im relevanten Zeitraum ab 27.12.2005. Bei der Klägerin ist das Vorliegen von ADS in der geforderten Stärke, Form und Auswirkung nicht mehr nachweislich vorhanden. Die stationären Aufenthalte in der Kinderklinik der Universität E. Ende 1998 und insbesondere infolge Suizidversuchs im März 1999 weisen darauf hin, dass bei ihr damals ein ausgeprägtes ADS mit schwerwiegenden Folgen bestanden hatte. Das ADS war allerdings behandelt worden, die Erkrankung ist infolge der Medikation auch entsprechend den Darstellungen der behandelnden Ärztin Dr.S. und des Dr.S. stabilisiert worden. Dafür spricht auch, dass die Klägerin, die zum damaligen Zeitpunkt kurz davor stand, wegen Leistungsschwächen das Gymnasium zu verlassen, das Abitur abgelegt hat und mittlerweile Theologie studiert.

Für den maßgeblichen Zeitraum ab 27.12.2006 ergibt eine Würdigung der erhobenen Beweise, insbesondere der Stellungnahmen des behandelnden Arztes Dr.S. nur Hinweise darauf, dass bei der Klägerin Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite zu erwarten wären, falls die Medikation nicht mehr weiter geführt würde. Hinweise auf konkret drohende Entgleisungen, psychosoziale Dekompensationen, schwerwiegende Kommunikationsstörungen im sozialen Umfeld, Nähe zu Alkohol- oder Drogenmissbrauch sowie Persönlichkeitsstörungen lassen sich der ärztlichen Dokumentation nicht entnehmen. Zwar weist Dr.S. darauf hin, dass es sich bei ADS aus psychiatrischer Sicht um eine Erkrankung handle, deren Schwere, unbehandelt, die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigen würde. Hierbei handelt es sich jedoch nur um eine allgemeine, abschließende Einschätzung, die Dr.S. nicht auf die konkrete Erkrankung der Klägerin bezogen hat.

Dem Senat ist dabei bewusst, dass es sich im Falle der Klägerin nicht um den Regelfall der zulassungsüberschreitenden Behandlung handelt. In vielen Fällen des off-label-use werden Medikamente, welche eine Zulassung für Erwachsene besitzen, bei Erkrankungen für Kinder angewandt oder es handelt sich um eine Medikation für eine vollkommen andere, als die zugelassene Erkrankung. Im streitigen Fall begehrt die Klägerin hingegen Weiterführung der Behandlung mit Ritalin. Es handelt sich somit um - denselben Patienten, - dasselbe Medikament und - die identische Erkrankung, so dass anstelle von einem off-label-use besser von einem beyond-label-use zu sprechen wäre.

In diesen Fällen erscheint es nicht erforderlich, den zulassungsübergreifenden Gebrauch auf lebensbedrohliche oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Erkrankungen zu beschränken. Vielmehr können konkrete Hinweise auf eine schwere Form einer Erkrankung hinreichend sein. In Anbetracht der Tatsache, dass §§ 2 Abs.1, 12 Abs.1 SGB V alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung unter den Grundsatz der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit stellen, müssen aber auch für den streitigen Fall besondere Anforderungen an die Schwere der konkreten Ausprägung der Krankheit gestellt werden. Diese Anforderungen sind im Falle der Klägerin jedoch zur Überzeugung des Senates nicht erreicht.

3.

Ein Anspruch der Klägerin auf die begehrte Medikamentenversorgung ergibt sich auch nicht aus dem Beschluss des LSG FSB Urteil - 13.06.2006 - L 5 KR 93/06 5 / 5 Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AMR) vom 18.04.2006 und den dadurch als Abschnitt H der AMR eingefügten Richtlinien zum off-label-use. Eine entsprechende Entscheidung zum off-label-use von Ritalin/Methylphenidat ist dort weder ergangen noch sind die dortigen Voraussetzungen für eine solche Empfehlung erfüllt.

Da die Klägerin somit unter keinem Gesichtspunkt Anspruch auf Versorgung mit dem Medikament Ritalin/Wirkstoff Methylphenidat hat, war die Berufung in vollem Umfange zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe, die Revision zuzulassen, sind nicht ersichtlich (§ 160 SGG).