

“Der Puckenhof” e.V.  
Jugendhilfeverbund

Positionspapier und Leitfaden  
zum  
Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS)  
mit und ohne Hyperaktivität

Stand: 10/2002

# Inhaltsverzeichnis

<b>Präambel</b>	<b>3</b>
<b>Teil I: Informationen zum Syndrom</b>	<b>4</b>
• Terminologie	4
• Definition	4
• Auftreten / Häufigkeit	6
• Ätiologie	6
• Klinische Untersuchung (Diagnosestellung)	7
• Anmerkung zum Informationsteil	7
<b>Teil II: Interventions-Richtlinien für unsere Einrichtung</b>	<b>8</b>
• Diagnose von ADS / HKS und Einleitung notwendiger Maßnahmen	8
• Pädagogische Interventionen im Schul- und Gruppenalltag	9
• Medikamentöse Therapie	10
• Psychotherapeutische Interventionen	11
• Beratung, Fortbildung und Supervision	14
<b>Teil III: Zum Umgang mit betroffenen Kindern und Jugendlichen im Gruppenalltag und im schulischen Bereich</b>	<b>15</b>
• Wünsche von ADS-Kindern	15
• Allgemeine Pädagogische Interventionen	15
• Ergänzende Anregungen für die Schule	18
• Umgang mit Medikamenten	21
<b>Anhang</b>	<b>23</b>
• ANHANG 1: ADS/HKS-Diagnoseschema und Differentialdiagnose	23
• ANHANG 2: Auswirkungen von Hyperaktivität auf Verhalten und Leistungen	26
• ANHANG 3: Ablaufschema für den “Umgang” mit ADS	27
• ANHANG 4: Eigenschaften des hyperaktiven Kindes / Jugendlichen und Reaktionen im sozialen Umfeld	28
• ANHANG 5: Probier’s mal mit Gemütlichkeit	29
<b>Literatur / Internet</b>	<b>30</b>

# Präambel

Im Gegensatz zu manch anderen “Modeerscheinungen” der letzten Jahre im Bereich “Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen” ist das Syndrom “Aufmerksamkeits-Defizit mit oder ohne Hyperaktivität” nicht wieder aus dem fachlichen Blick verschwunden. Im Gegenteil: immer mehr Anfragen, Beobachtungen und kontroverse Diskussionen besorgter Eltern und pädagogisch-therapeutischer Fachkräfte sind zu diesem Thema zu verzeichnen. Zudem kann das “Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom mit oder ohne Hyperaktivität” mittlerweile als eigenes Störungsbild mit recht klar abgrenzbarer Symptomatik beschrieben werden. Besondere Aufmerksamkeit sollte diesem Störungsbild zukommen, da die negativen Auswirkungen – kurzfristiger aber insbesondere auch langfristiger Art – auf die soziale Integration und die emotionale sowie kognitive Entwicklung der betroffenen Kinder massiv sein können. Entstehen können extreme dysfunktionale Wechselwirkungen zwischen dem Verhalten der betroffenen Kinder und Jugendlichen und den Erwartungshaltungen der Umwelt mit ihren regulativen und fordernden Ansprüchen. Hinzu tritt die Diskussion um die medikamentöse Mitbehandlung der Symptomatik mit dem Medikament Ritalin / Medikinet bzw. hinsichtlich der Wirkungsweise vergleichbarer Medikamente.

Eltern und betreuende Personen in Schulen und Einrichtungen wie “Der Puckenhof” werden im Zusammenhang mit dem “Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom mit oder ohne Hyperaktivität” mit einer Vielzahl neuer Fragen und Anforderungen konfrontiert. Vor diesem Hintergrund hat “Der Puckenhof” beschlossen, im Rahmen einer pädagogisch-therapeutischen Arbeitsgruppe das vorliegende Positionspapier zu erarbeiten, das den neuesten Stand der Forschung berücksichtigt und die Position unserer Einrichtung zu diesem Störungsbild transparenter erscheinen lässt.

## I. Informationen zum Syndrom

### Terminologie

<b>ADS +H/-H:</b>	Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit oder ohne Hyperaktivität
<b>ADHS:</b>	Aufmerksamkeitsdefizit mit Hyperaktivitätsstörung
<b>HKS:</b>	Hyperkinetische Störung
<b>ADHD:</b>	(engl.) Attention Deficit Hyperactivity Disorder
<b>ADD:</b>	(engl.) Attention Deficit Disorder ( Aufmerksamkeitsdefizitstörung )

### Veraltete Bezeichnungen:

<b>POS:</b>	Psycho-organisches Syndrom
<b>MCD:</b>	Minimale cerebrale Dysfunktion

## Definition

Gemäß der international gültigen Diagnoseschemata ICD-10 / DSM -IV wird das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom mit oder ohne Hyperaktivität durch folgende Symptomatik charakterisiert. Dabei sollte vorab hervorgehoben werden, dass das ICD-10 explizit darauf hinweist, dass die Diagnose nur gestellt werden sollte, **wenn die beschriebenen Verhaltensweisen im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern mit gleicher Intelligenz extrem ausgeprägt sind:**

- früher Beginn
- Störung der Aufmerksamkeit (durch Reizfilterschwäche bei großer Reizoffenheit)
- motorische Überaktivität (ADS)
- Impulsivität (durch Impulssteuerungsschwäche)
- sofortiges Gratifikationsbestreben (nicht abwarten können)
- Mangel an Ausdauer bei Aufgabenstellungen
- Vergesslichkeit.
- Unabhängigkeit dieser Verhaltenscharakteristika von spezifischen Situationen sowie Beständigkeit über längere Zeit.

als zusätzliche Symptomatik kann vorliegen:

- eine auffallend kürzere Schlafdauer als bei Altersgenossen
- nicht altersentsprechende kindliche Verhaltensweisen und eine ausgeprägte Verspieltheit
- das Fehlen einer intrinsischen Motivation
- häufige, auch kurzzeitige Stimmungsschwankungen
- ein auffallender Gerechtigkeitsinn
- eine auffallende Hilfsbereitschaft (aufgrund der Hypersensibilität dieser Kinder).
- eine Distanzlosigkeit in sozialen Beziehungen
- eine Unbekümmertheit in gefährlichen Situationen
- und die impulsive Missachtung sozialer Regeln.

Die beeinträchtigte Aufmerksamkeit und die Überaktivität/Impulsivität sind die für die Diagnose notwendigen Kardinalsymptome, wobei in bestimmten Diagnoseschemata auch das reine Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom ohne überaktives und/oder impulsives Verhalten kategorisiert wird.

Die beeinträchtigte Aufmerksamkeit zeigt sich darin, dass Aufgaben vorzeitig abgebrochen und Tätigkeiten nicht beendet werden. Die Kinder wechseln häufig von einer Aktivität zur andern, wobei sie anscheinend das Interesse an einer Aufgabe verlieren, weil sie zu einer anderen hin abgelenkt werden.

Überaktivität bedeutet exzessive Ruhelosigkeit, besonders in Situationen, die relative Ruhe verlangen. Diese kann sich im Herumlaufen oder -springen äußern, im Zappeln beim Sitzen, im Aufstehen, wenn Sitzen bleiben gefordert wird, oder in ausgeprägter Redseligkeit und Lärmen. Dieses Verhaltensmerkmal zeigt sich am deutlichsten in strukturierten und organisierten Situationen, die ein hohes Maß an eigener Verhaltenskontrolle erfordern.

Impulsivität schließlich äußert sich in Form spontaner, unüberlegter und nicht durchgeplanter Handlungen, deren negative Konsequenzen nicht oder nur unzureichend berücksichtigt werden.

⇒ **zur Diagnose nach ICD-10 / DSM-IV und zur Differentialdiagnose, d.h. zur Abgrenzung zu anderen Verhaltensstörungen und Syndromen im Kindes- und Jugendalter siehe Anhang 1**

⇒ **zu weiteren kurz- und langfristigen Auswirkungen der Störung auf das Verhalten und die Leistungen der betroffenen Kinder und Jugendlichen siehe Anhang 2**

**weitere Definitionsversuche:**

- ➔ “ADS ist keine Krankheit, sondern eine in der Evolution begründete spezifische Kompetenzstruktur.”
- ➔ “ADS – eine andere Art, die Welt zu sehen!”
- ➔ “ADS ist eine genetisch bedingte Hirnschädigung in Form reduzierter Ausführungskontrolle von Handlungen durch das Frontalhirn, verbunden mit einer Störung der Neurotransmitterproduktion im subkordinalen Aufmerksamkeitsnetz.”

## Auftreten / Häufigkeit (Epidemiologie)

Die Häufigkeitsangaben variieren beträchtlich und liegen zwischen 2 und 12 %. Die Störung wird bei Jungen deutlich häufiger als bei Mädchen diagnostiziert (drei- bis neunfach höhere Belastung). Es bleibt aber zu diskutieren, inwieweit die Mädchen nur deshalb unterrepräsentiert sind, weil sie weniger zur hyperaktiven, sondern eher zur verträumten, abwesenden Variante (Schwerpunkt Aufmerksamkeitsdefizit) neigen und deshalb seltener auffallen. Diese Überlegung gilt im übrigen für viele psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter.

Für verschiedene Altersgruppen liegen unterschiedliche Häufigkeitsangaben vor. Geht man allerdings von einer genetischen Disposition aus (siehe Bedingungsmodell), so sind diese Schwankungen eher auf unterschiedliche Anforderungsstrukturen (beispielsweise die erhöhte Notwendigkeit, ab dem Schuleintritt still sitzen bleiben zu können etc.) denn auf veränderliche Grundraten zurückzuführen.

Vorschulkinder (4 – 6 Jahre):	etwa 3 %
Schüler (6 – 13 Jahre):	3 – 7 %
Jugendliche (14 – 20 Jahre):	6 %

Für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit ADHD ist es wichtig zu wissen, dass ab dem Eintritt in die Pubertät – also ab etwa 12 Jahren - zunehmend Störungsbilder wie beispielsweise oppositionelles Verhalten, affektive Störungen (depressive Verstimmungen, Ängstlichkeit) und auch Lern- und Leistungsbeeinträchtigungen die ADHD-Symptomatik begleiten können.

Bedeutsam erscheint darüber hinaus, dass sich die hyperkinetische Störung im Gegensatz zu ursprünglichen Annahmen nicht einfach mit dem Übergang ins Erwachsenenalter zu verwachsen scheint. So berichteten in Längsschnittuntersuchungen bis zu 60 % der als Kind Betroffenen weiterhin Symptome der Aufmerksamkeitsstörung und damit zusammenhängende Probleme im Sozialkontakt und in der Alltagsbewältigung.

## Bedingungsmodell (Ätiologie)

In den letzten Jahren ist bei der Suche nach den Gründen für die Verhaltensauffälligkeiten von “ADS/HKS-Kindern” eine *Stoffwechselstörung* im Gehirn in den Fokus gerückt. Es wird vermutet, dass das *Neurotransmittersystem* (also das Zusammenspiel verschiedener Botenstoffe, die für die *Reizweiterleitung* im Nervensystem verantwortlich sind) im Frontalhirn nur beeinträchtigt arbeiten kann. Demnach führt eine Störung in der Zusammensetzung und im Abbau von Neurotransmittern oder ein Mangel daran (insbesondere der Botenstoffe Dopamin und Noradrenalin) zu einer reduzierten Reizweiterleitung bzw. Reizverarbeitung mit der Konsequenz erschwerter Wahrnehmungs- und Lernprozesse. Dies hat in Zusammenhang mit ungebremsten Handlungsimpulsen eine *mangelnde Selbststeuerung* des Verhaltens zur Folge. Betroffen sind davon insbesondere die Aufmerksamkeit, die motorische Aktivität und die Impulsivität.

Mittlerweile wird bei der Frage der *Ätiologie* wie bei nahezu allen Verhaltensstörungen ein *Diathese-Stress-Modell* zugrunde gelegt. Als Ausgangspunkt für das Abweichen des Gehirnstoffwechsels wird demnach eine *genetische Disposition* (d.h. eine angeborene Neigung zur Entwicklung einer Störung) mit der möglichen Folge einer beeinträchtigten Gehirnentwicklung angenommen. Diese Disposition (die nicht gleichzusetzen ist mit einer automatischen Fehlentwicklung) steht im Wechselspiel mit den *sozialisierenden Umweltbedingungen*, so dass es zu einer mehr oder minder starken Ausprägung der Störung kommen kann. Das bedeutet, dass problematische Familienverhältnisse und andere negative Erziehungseinflüsse unter der beschriebenen Sichtweise als *Ursache* für die ADS/HKS inzwischen ausgeschlossen werden, die individuelle Symptomatik und den weiteren Verlauf aber durchaus in günstiger bzw. ungünstiger Weise mitbestimmen können. Es empfiehlt sich demnach von *verstärkenden und aufrechterhaltenden Faktoren* zu sprechen.

Auf diese Annahme gründet sich auch das therapeutische und erzieherische Vorgehen, das mit entsprechenden Interventionen versucht, die mangelhafte Reizverarbeitung zu kompensieren und auch das soziale Umfeld dazu anleitet, durch verändertes Verhalten gegenüber dem betroffenen Kind einen Beitrag zu einer positiveren Entwicklung zu leisten.

Bestimmte Nahrungsmittelbestandteile (wie Phosphate) oder allergiefördernde Lebensmittel werden als zusätzliche Wirkfaktoren bei der Stoffwechselstörung diskutiert, ein wissenschaftlicher Beweis steht bisher aus. Das gleiche gilt auch für pränatale Belastungsfaktoren, insbesondere übermäßigen Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft.

## **Klinische Untersuchung (Diagnosestellung)**

Sie erfolgt mit Hilfe von:

1. Anamnese
2. Verhaltensbeobachtung
3. Allgemeiner psychologischer und heilpädagogischer Untersuchung
4. Körperlicher Untersuchung
5. Ggf. Schätzskalen, Fragebögen und spezifischen Testverfahren

⇒ zur Diagnosestellung nach ICD-10 / DSM-IV siehe Anhang 1

## **Anmerkung zu diesem Informationsteil**

Wir haben es in unseren Arbeitsbereichen auch mit Erscheinungsformen zu tun, die sich in der Symptomatik von den zuvor beschriebenen nicht oder nur wenig unterscheiden, die aber einen psychoreaktiven Schwerpunkt besitzen (beispielsweise F 91.0 Störungen des Sozialverhaltens). Dieser Umstand ändert bei entsprechender Symptomatik - **abgesehen von medikamentösen Interventionsüberlegungen** - jedoch nichts an dem von uns vorgesehenen Interventionsmuster, wie es im Teil II dargestellt wird.

## **II. Interventions-Richtlinien für unsere Einrichtung**

### **Diagnose von ADS / HKS und Einleitung notwendiger Maßnahmen**

In der *ersten Fallbesprechung* nach Aufnahme des Kindes können sich aufgrund entsprechender *Vorinformationen, Verhaltensbeobachtungen* und *Untersuchungsergebnisse* mehr oder weniger deutliche Hinweise auf das Vorliegen des Syndroms ergeben. In diesem Fall muss dann eine weitere Klärung erfolgen, ob ADS bzw. HKS tatsächlich vorliegt oder nicht.

Diese Klärung erfolgt primär über eine *fachärztliche Untersuchung* (Kinderarzt, Kinder- und Jugendpsychiater) und zusätzlich über den Einsatz von *standardisierten Fragebögen* (z.B. von CONNERS) und *Testverfahren* wie den DISYPS-KJ (Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter von DÖPFNER & LEHMKUHL) oder den HKS (Fragebogen zum Hyperkinetischen Syndrom und Therapieleitfaden).

Bei positivem Befund werden notwendige heil- bzw. sonderpädagogischen Maßnahmen in Gruppe und Schule, therapeutische Maßnahmen durch den Fachdienst sowie Aspekte der Elternberatung erarbeitet und/oder eingeleitet. Außerdem muss die Frage der Medikation mit dem behandelnden Arzt geklärt und ggf. die Dosierung (Menge und Verteilung über den Tag) angepasst werden.

Wurde die Diagnose ADS / HKS bereits vor Aufnahme des Kindes in unsere Einrichtung gestellt, so wird diese zunächst übernommen. Das (Fort-)Bestehen des Syndroms wird dann durch Beobachtungen aus Gruppe, Schule und Elternhaus überprüft. Sollten über das Vorliegen von ADS / HKS Zweifel entstehen, so werden diese entweder in der nächsten EFB oder im Rahmen der Teambesprechung erörtert. Falls hier keine Klärung möglich ist, wird der oben dargestellte Verfahrensablauf (fachärztliche Untersuchung, Einsatz von Fragebögen, Tests) eingeleitet.

Wenn sich Hinweise für das Vorliegen von ADS bzw. HKS erst zu einem späteren Zeitpunkt ergeben, so werden diese in die nächste EFB eingebracht bzw. es wird eigens dafür eine EFB vereinbart. Die ggf. notwendige Abklärung und die Einleitung der erforderlichen Maßnahmen bei positivem Befund erfolgt über den gleichen Verfahrensablauf wie schon zuvor beschrieben.

Die Durchführung der jeweiligen Verfahrensschritte obliegt primär den für das jeweilige Kind zuständigen Mitarbeitern aus Gruppe, Schule und Fachdienst und wird in den EFB konkret vereinbart. Die Koordination des gesamten Verfahrens erfolgt durch den Teamberater der Gruppe, in der das Kind untergebracht ist.

⇒ **der hier geschilderte Verfahrensablauf ist in Form eines Ablaufschemas im Anhang 3 übersichtlich dargestellt.**

Ist die Frage nach Vorliegen von ADS / HKS geklärt, kann auf die im folgenden beschriebenen Interventionsmöglichkeiten zurückgegriffen werden. Dabei sind die individuelle Persönlichkeit des betroffenen Kindes oder Jugendlichen, sowie die spezifischen Bedingungen der jeweiligen Situation zu berücksichtigen. Hyperaktivität ist nicht gleich Hyperaktivität, d.h. dass nicht die gleiche Intervention bei jedem Kind die gleiche Wirkung oder den gleichen Erfolg hat. Die Interventionen müssen demnach auf die betroffenen Kinder / Jugendlichen individuell zugeschnitten, differenziert umgesetzt und laufend überprüft werden.

Es erscheint demnach notwendig, dass alle Beteiligten ihr Verhalten kritisch überprüfen und in Absprache ein möglichst übereinstimmendes Interventionskonzept finden.

## **Pädagogische Interventionen im Schul- und Gruppenalltag**

Die pädagogische Grundhaltung sollte von dem Bewusstsein geprägt sein, dass auftretende Schwierigkeiten in der Arbeit mit ADS-Kindern nicht durch deren Bösartigkeit, mangelndem Willen oder anderen Charaktermängeln zu erklären sind. Denn auch das **ADS**-Kind erlebt subjektiv: **A**n**D**auernd **S**tress ist **A**uf **D**auer **S**chlimm!

*Betroffene Kinder **wollen nicht** beleidigen, ärgern oder stören, **nicht** meine pädagogische Kompetenz in Frage stellen, **wollen nicht** meinen Unterricht aus den Angeln heben. Dem Kind sollte deshalb Empathie und Akzeptanz bzgl. seiner Problematik vermittelt werden, darüber hinaus aber auch die Möglichkeit der Veränderung aufgezeigt werden. Dies kann auch durch direkte verbale Mitteilung geschehen. Auch sollte hervorgehoben werden, dass ADS-Kinder unter bestimmten Bedingungen Stärken zeigen können: z.B. eine gute Ausdauer am PC und TV, eine gute Ausdauer bei selbstgewählten Tätigkeiten, unauffälliges Verhalten in neuen und überschaubaren Situationen oder auch Steuerbarkeit im Einzelkontakt.*

⇒ **siehe hierzu auch Anhang 4**

**Grundsätzlich gilt:** *Ein freundlicher, evtl. auch humorvoller Umgangston ist für eine positive Beziehung förderlich.*

- gewünschtes Verhalten oder auch die Anstrengungsbereitschaft des Kindes sollte angemessen positiv - wenn möglich sofort - verstärkt werden, um so das Selbstwertgefühl der Kinder zu verbessern. Negative Verstärkung durch häufige Aufmerksamkeitszuwendung auf unerwünschtes Betragen sollte möglichst minimiert werden (Gefahr des operanten Konditionierens!). Wenn möglich: unerwünschtes Verhalten nicht beachten!! .
- es erscheint wichtig, an den Ressourcen und Stärken (z.B. technische, musische, sportliche Begabungen bzw. Interessen jeglicher Art) der Kinder anzusetzen. Die ungebremste Phantasie oder Kreativität kann auch positiv genutzt werden (z. B. der hyperaktive Schüler darf Art, Farbe der Gestaltung der Tafelanschriften, Hefteinträge auswählen).
- hyperaktiven Kindern sollten Fähigkeiten zur Problembewältigung entsprechend ihrer Ressourcen zugetraut werden.
- gerade bei ADS-Kindern spielt Modell-Lernen eine große Rolle

- alle im pädagogischen Umfeld mit dem Kind arbeitenden Personen sollten sich in Ruhe und außerhalb von kritischen Situationen klar absprechen. Regeln müssen festgelegt, Reaktionen auf absehbares Kinderverhalten abgestimmt werden.

⇒ **Tipps für den alltagspraktischen Umgang mit ADS-Kindern siehe im Abschnitt III: Zum Umgang mit betroffenen Kindern und Jugendlichen im Gruppenalltag und im schulischen Bereich**

## **Medikamentöse Therapie**

Für die medikamentöse Behandlung des ADS/HKS wird in nahezu allen Fällen der Wirkstoff Methylphenidat unter dem Markennamen "Ritalin" oder "Medikinet" vertrieben. Dieser Wirkstoff ist ein Derivat des Amphetamins und gehört zur Gruppe der Psychostimulanzien. Im Regelfall wirken diese Substanzen nicht nur konzentrationsfördernd sondern auch aufputschend; bei Vorliegen des ADS/HKS-Syndroms haben sie neben der konzentrationsfördernden aber eine dämpfende, beruhigende Wirkung (paradoxe Wirkungsweise).

Zu beachten ist, dass die Wirkung des Medikaments nur etwa zwei bis vier Stunden nach Einnahme vorhanden ist, weshalb meist mehrmals am Tag eine Gabe erforderlich ist.

In der Entwicklung befindlich sind Medikamente, die eine deutlich längere und insbesondere gleichmäßigere Wirkung entfalten (Depotmedikamente). In Kombination mit dem Standard-Medikament wird dann meist nur eine Gabe am Tag notwendig sein.

Für die Behandlung des ADS/HKS mit Methylphenidat (Ritalin) liegen eine Vielzahl gesicherter Erkenntnisse vor, die Indikation und Wirksamkeit belegen.

Zahlreiche, langfristige Studien belegen, dass sich die Kernsymptome des ADS (motorische Unruhe, kurze Aufmerksamkeitsspanne, Impulsivität) durch eine medikamentöse Behandlung deutlich verringern lassen. Häufig ist eine solche Medikation sogar die Voraussetzung dafür, dass pädagogische und psychotherapeutische Verfahren überhaupt wirksam werden können. Bei voller Ausprägung der ADS-Symptomatik sind zudem alle Beteiligten, sowohl der Symptomträger wie auch seine Bezugspersonen, einem hohen Leidensdruck ausgesetzt. Durch das Übermaß konfliktreicher Abläufe können Anerkennung und Wertschätzung kaum noch oder nur erschwert gewährt werden. Dieser Umstand wiederum begünstigt eine negative Sozialentwicklung des Kindes und damit auch eine Aufrechterhaltung bzw. Verstärkung der Symptomatik. Dieser negative Kreislauf kann durch die Medikation meist schnell und effektiv gestoppt werden.

Verschreibung und Dosierung des Medikaments sowie die Festsetzung der Zeitpunkte der Einnahme über den Tag hinweg liegen ausschließlich in fachärztlicher Verantwortung. Eine Veränderung der Medikation kann nur nach Zustimmung des behandelnden Arztes erfolgen.

Das Psychostimulans Ritalin birgt die Gefahr einer missbräuchlichen Verwendung. Deshalb muss die tägliche Einnahme von dem Betreuer / der Betreuerin kontrolliert werden.

Zu einem verantwortungsvollen Umgang mit der medikamentösen Therapie des ADS/HKS gehört ferner eine sorgfältige Kontrolle ihrer Wirksamkeit und ihrer Nebenwirkungen. Dies kann u.a. durch standardisierte Fragebögen/Einschätzskalen (z.B. Ratingskalen von Conners) erfolgen. Beobachtungen, die Anlass zur Hinterfragung der Medikation bieten, sollten dann mit dem behandelnden Arzt besprochen werden.

⇒ **zum konkreten Umgang mit Medikamenten in Schule und Gruppe siehe Abschnitt III, Punkt 3**

## Psychotherapeutische Interventionen

Die medikamentöse Therapie des ADS/HKS bietet dem betroffenen Kind und seinen Eltern bzw. anderweitigen Bezugspersonen häufig eine deutliche Entlastung in der aktuellen Lebenssituation. Da die Erkrankung jedoch in der Regel bereits massive negative Einflüsse auf die Entwicklung des Kindes bis zum Zeitpunkt einer gezielten Behandlung zur Folge hatte, ist dieser Ansatz allein nicht in der Lage, die entsprechenden psychosozialen Schwierigkeiten aufzulösen. Diesbezüglich sind weitere therapeutische Interventionen gefragt, insbesondere eine psychotherapeutische Elternarbeit und psychotherapeutische Einzelstunden mit dem Kind. Dabei sollten sich alle Beteiligten – sofern in Kombination mit anderen Behandlungsansätzen eine grundlegende Veränderung anvisiert wird – auf einen langen Therapieprozess einstellen, der in der Regel nicht unter 2 - 3 Jahren liegen dürfte.

Neben einer fundierten *Aufklärung und Information über ADS/HKS* (Welchen Einschränkungen wird das Kind durch die Störung unterworfen? Wie verarbeitet es die in seiner subjektiven Welt erscheinenden Reize? Warum reagiert das Kind so und nicht anders? etc.) kommen in der Arbeit mit dem Kind je nach Entwicklung und Verlauf der Störung *Elemente aus verschiedenen Therapieverfahren* zum Einsatz. Wie bei jedem anderen Kind, das in unserer Einrichtung psychotherapeutische Einzelstunden im Fachdienst erhält, werden diese Elemente individuell zusammengestellt und umgesetzt.

Auch wird jeder Therapeut abhängig von seinem therapeutischen Hintergrund, seiner Ausbildung und seiner Erfahrung eigene Akzente und Schwerpunkte in der Arbeit mit dem Kind setzen und auf unterschiedliche Konzepte zurückgreifen.

Da ADS/HKS in erster Linie als eine Störung im Bereich der Steuerung gesehen wird (Aufmerksamkeit, Motorik und Impulsivität), haben sich *verhaltenstherapeutische Konzepte* und *Therapieprogramme* besonders bewährt. Diese Programme legen den Schwerpunkt auf die Veränderung von sich negativ auswirkenden Verhaltensmustern in der Interaktion Kind-Umwelt. Das Ziel liegt darin, den Teufelskreis von Steuerungsdefiziten, negativen Reaktionen der Umwelt, Verunsicherung/Frustration des Kindes und damit wieder Verschärfung der Steuerungsdefizite zu durchbrechen. Im Einzelnen beinhalten die Therapieprogramme ein *Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitstraining*, ein familiäres und soziales *Interaktionstraining*, die *Vermittlung von Lernstrategien*, die Förderung der - trotz aller Schwierigkeiten - vorhandenen *Ressourcen* des Kindes und einen Aufbau seines *Selbstwertgefühls*. Gerade der letzte Zielbereich, aber auch der Aspekt "soziale Interaktion und Kommunikation" sind allerdings keine genuin verhaltenstherapeutischen Therapieschwerpunkte. Hier ist eine Kombination mit Elementen aus *tiefenpsychologisch orientierten Therapieansätzen*, der *nondirektiven Spieltherapie* und *anderen Therapieansätzen und -techniken* nicht nur zu empfehlen, sondern geradezu unerlässlich.

Bisher befinden sich zwei verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Therapieprogramme im Fachdienst der Einrichtung in der Erprobungsphase:

1. Das sogenannte THOP-Programm (Therapieprogramm für Kinder mit hyperaktivem und oppositionellem Problemverhalten, M. DÖPFNER et al., 1998) legt den Schwerpunkt auf das familiäre System, und damit auf die Frage, was die einzelnen Beteiligten (insbesondere Eltern und Kind) tun können, damit sich das bislang von negativen Erfahrungen geprägte System so verändert, dass ein Zusammenleben erleichtert wird und das hyperaktive Kind aus der Rolle des schwarzen Schafes befreit wird. Das THOP ist nach dem Bausteinprinzip aufgebaut, d.h. je nach Ausprägung einzelner problematischer Bereiche werden die therapeutischen Schwerpunkte ausgewählt.
2. Beim Therapieprogramm nach LAUTH & SCHLOTTKE (Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern, 1997) steht dagegen die Arbeit am Kind in Form eines Selbstinstruktions-/Selbststeuerungstrainings und eines Wahrnehmungstrainings im Vordergrund.

Bezüglich der Umsetzbarkeit des THOP im Rahmen einer heilpädagogischen Tagesstätte liegen erste Erfahrungen vor:

## **Stärken:**

- Die Diagnose der ADHD bzw. des oppositionellen Verhaltens erfolgt über die mit den international anerkannten ICD-10-Kriterien operierenden Diagnose-Checkliste; zudem wird in einem ersten Abschnitt Bezug genommen auf die genauen Kriterien der ADHD bzw. der oppositionellen Verhaltensstörung und der Ätiologie dieser Störungsbilder. Zu loben ist also der hohe Stellenwert, der einer gewissenhaften Diagnostik vor Einleitung therapeutischer Maßnahmen beigemessen wird.
- Bausteinprinzip: das Programm ist für das einzelne Kind und seine spezifische Ausformung der Störung zuschneidbar. Das Programm ist sowohl im Bereich der ADHD-Behandlung als auch in der Behandlung oppositioneller Störungen einsetzbar. Es findet sich dabei ein vergleichbarer Aufbau der sehr detailliert ausgearbeiteten einzelnen Therapiebausteine (Übersicht, benötigte Materialien, Sitzungsablauf und Aufgabenstellung an die Eltern).
- Es besteht eine klare Unterteilung des Therapieprogramms in das eigentliche Manual und gut ausgearbeitete Therapiematerialien (Diagnostik, Therapieplanung/-kontrolle, Eltern-Kind-Programm und Begleitgeschichten für die Kinder). Das Programm berücksichtigt somit sowohl den Diagnoseprozess als auch den Therapieprozess (inklusive Verlaufskontrolle). Ziellisten, Beobachtungsbögen etc. die im Zuge der Therapie ausgefüllt werden, bieten immer wieder die Möglichkeit, im Therapieprozess innezuhalten, Rückschau zu halten und weitere Schritte abzustimmen. Das THOP einhält ein strukturiertes und für alle Beteiligten transparentes therapeutisches Vorgehen.
- Das therapeutische Vorgehen und die Zielsetzungen werden gemeinsam mit den Eltern erarbeitet und auch das Kind wird mit altersgerechter Information versorgt. Den Eltern wird durch das strukturierte Vorgehen und die zu Beginn der Therapie transparent gemachte Therapieplanung ein Gefühl der Wertschätzung und Einbezogenheit vermittelt, das die Therapiemotivation unterstützen dürfte. Es existiert auch ein Begleittext für Eltern (Eltern-Kind-Programm), der die Therapietransparenz zusätzlich erhöht.
- Problematische Therapiesituationen werden diskutiert und Lösungsmöglichkeiten angeboten:
- Das Therapieprogramm bietet eine Fülle an Interventionstechniken und Ansatzpunkten, die – allerdings in modifizierter Form – auch für den Gruppenalltag relevant erscheinen:
- **Grundsätzlich gilt: es gibt keine Alternative zu einem strukturierten, klaren Vorgehen, gerade bei Störungen, die durch Haltlosigkeit und die Suche nach verlässlichen Lebensregeln bzw. Grenzen charakterisiert werden.**

## **Schwachpunkte:**

- Der routinierte Umgang mit dem Manual erfordert eine immense Einarbeitungszeit und Durchführungszeit, die im Rahmen der Arbeit in einer Institution oft nicht zur Verfügung steht. Einzelne Bausteine können jedoch im Umfang an die Bedürfnisse und Kompetenzen der Eltern in unserer Einrichtung angepasst und kombiniert werden. Dies ermöglicht eine in Anbetracht der institutionellen Rahmenbedingungen und des spezifischen Klientels optimierte Therapiedurchführung.
- Die notwendige enge Frequenz der Elternarbeit ist in vielen Fällen nicht zu realisieren, da sie eine extrem hohe Motivation und Veränderungsenergie der betroffenen Eltern voraussetzt. Viele Eltern dürften sich darüber hinaus angesichts der Fülle an Therapiebausteinen schnell überfordert fühlen – eine Modifikation an die jeweiligen Kompetenzen (⇒ Motivation, kognitive Leistungsgrenzen, Zeitgrenzen) der Eltern erscheint demnach dringend erforderlich.
- Eine zu sklavische Verfolgung der Ziele einzelner Therapiebausteine (“Ich muss an dem Thema dranbleiben!”) verschleiert unter Umständen den Blick für die individuelle Situation der Familie und des Kindes und lässt andere – nicht bausteinrelevante, aber mindestens ebenso aktuelle -Themen in den Hintergrund rücken. Es wird zudem suggeriert, dass in den einzelnen Sitzungen ausschließlich das Thema des jeweiligen Therapiebausteins eine Rolle spielen wird. Es ist erfahrungsgemäß aber davon auszugehen, dass ganz aktuelle Themen und Situationen von den Eltern und auch vom Kind angesprochen und auch bearbeitet werden müssen (ein: “Das ist heute aber nicht Thema!” erscheint kaum vorstellbar).
- Der Therapiefortschritt wird sehr schematisch und idealistisch dargestellt – es muss aber bei einem nicht “idealen” Klientel von einem wesentlich höheren Stundenkontingent ausgegangen werden. Zwar wird eine Misserfolgsanalyse angeboten, doch erweckt selbst diese mitunter den Eindruck, es handle sich um rasch zu lösende Krisensituationen, die bei entsprechend strukturiertem Vorgehen rasch zu bewältigen seien. Zudem

erscheint es zweifelhaft, ob eine Abstimmung der jeweiligen Themen und des Therapietempos zwischen Kind und Eltern - wie vorgesehen - immer möglich ist. Bei der Erarbeitung neuer Therapiebausteine wird darüber hinaus oft nicht ersichtlich, wie bereits besprochene Bausteine und Zielsetzungen parallel weiterverfolgt und deren Wirksamkeit überprüft wird

- Die Evaluation der Therapieerfolge durch Nacherhebungen wird kaum diskutiert – das bedeutsame Thema “Auffrischung” und “Nacharbeitung” der erarbeiteten Interaktions-Techniken wird allein in den abschließenden Fallbeispielen kurz angeschnitten

## **Beratung, Fortbildung und Supervision der Mitarbeiter unserer Einrichtung**

Die Behandlung von Kindern mit ADS erfordert ein *interdisziplinäres Vorgehen*, an dem verschiedene Berufsgruppen beteiligt sind. Des Weiteren sind spezielle Kenntnisse zur Genese, Diagnostik, pädagogischen, therapeutischen und medikamentösen Behandlung von ADS erforderlich. Nicht zuletzt gibt es auf diesem Gebiet immer wieder neue Erkenntnisse und Erfahrungen, die Eingang finden müssen in den angemessenen Umgang mit ADS-Kindern und in deren Behandlung.

Eine Einrichtung wie unsere muss deshalb gewährleisten, dass die Mitarbeiter genügend qualifiziert sind in der Betreuung und Behandlung dieser Kinder, aber auch hinsichtlich der bei dieser Störung unbedingt notwendigen Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und Institutionen.

Diese *Qualifizierung* erfolgt über den Einzelfall in den sozialpädagogischen Abteilungen standardmäßig innerhalb der Teambesprechung. Darüber hinaus geschieht dies durch interne und externe Fortbildungen für die Mitarbeiter und Hinweise auf Fachliteratur zu diesem Thema. Dennoch ergeben sich hierbei immer wieder Fragen, die nicht nur sachlicher Natur sind, sondern auch mit persönlichen Emotionen verbunden sind. Häufige Stress- und Belastungssituationen im intensiven Kontakt zum ADS-Kind kann die persönliche Befindlichkeit jedes Mitarbeiters negativ beeinflussen und Zweifel an der Angemessenheit des eigenen Umgangs mit dem Kind wecken. In diesem Fall bietet sich die *Supervision* als sinnvolles Instrument an, entweder auf kollegialer Ebene oder durch einen ausgebildeten Supervisor.

⇒ als weitere persönliche Anregung siehe auch das Schaubild Anhang 5

Bei der Zusammenarbeit mit den Eltern kommen die pädagogischen Mitarbeiter bei ADS oft selbst in die Funktion von Beratern für die Eltern im Umgang mit ihrem Kind. Hier sind dann neben der Vermittlung von Kenntnissen zu ADS auch beraterische Fähigkeiten notwendig, so dass diese Beratung auch durch Eltern angenommen und schließlich umgesetzt werden kann.

Die Beratung der pädagogischen Mitarbeiter in Bezug auf ADS wird durch die jeweiligen Fachdienste und Abteilungsleiter gewährleistet (Teambesprechung). Dies gilt auch für *interne Fortbildungsveranstaltungen*, für externe insoweit, dass die Mitarbeiter auf entsprechende Angebote hingewiesen werden (mit teilweiser Kostenübernahme durch unsere Einrichtung).

## **III. Zum Umgang mit betroffenen Kindern und Jugendlichen im Gruppenalltag und im schulischen Bereich**

### **Wünsche von ADS-Kindern**

(nach C. NEUHAUS)

- Bitte nicht so grimmig dreinschauen, ein freundliches fröhliches Gesicht wäre einfach schön.
- Bitte nicht die schlechte Laune an wehrlosen Kindern auslassen.
- Ab und zu ein Spaß lockert die Stimmung auf.
- Bitte niemanden bevorzugen oder aber auf niemanden "falsche" Rücksicht nehmen.
- Einen nicht gleich als “chancenlos” bezeichnen, wenn man etwas nicht sofort weiß/kann.
- Bitte auch mal Tipps geben.

- Bitte die Kinder nicht als unwissendes und unwichtiges Wesen betrachten und sich selbst als Allwissenden darüber stellen.
- Bitte nicht etwas ankündigen oder versprechen, was man nachher nicht hält.
- Bitte auch mal eigene Fehler eingestehen.
- Bitte nicht alles persönlich nehmen – oft hat man ja etwas, was man jetzt ein “bisschen frech äußert”, gar nicht so gemeint.

## 1. Allgemeine Pädagogische Interventionen

### a) Kommunikation mit ADS-Kindern

- Günstige Voraussetzungen für ein Gespräch ergeben sich im Anschluss an positive Erlebnisse bzw. Erfolge. Misserfolg, Frustrationen und Ärger sind meist keine guten Gelegenheiten für ermutigende Gespräche!
- Anweisungen sollten möglichst klar und kindgerecht formuliert werden. Niemals sollte zuviel gleichzeitig eingefordert werden (Anforderung ohne Überforderung). Hierbei ist ein freundliches, aber bestimmtes und konsequentes Auftreten notwendig. Der Komplexitätsgrad der Anforderungen kann langsam gesteigert werden.
- Nonverbale, verhaltensformende Korrekturen sind oft wirksamer als wiederkehrende verbale Kritik, Ermahnungen und Schimpfen. Handeln statt Reden! Blickkontakt, Nähe (z. B. das ADS-Kind kann eher erreicht werden, wenn es am Esstisch, bei Busfahrten, etc. sich in der Nähe eines Betreuers aufhält) oder Körperkontakt können die Wirksamkeit von Anweisungen erhöhen (z. B. Hand auf die Schulter legen, wortloses Wegnehmen eines Gegenstandes, Drehen des Kopfes in die “richtige Richtung”, Deuten mit der Hand auf einen Punkt im Heft, wo das Kind arbeiten soll, etc.).
- Zeitdruck und Hektik sind, wenn möglich, im direkten Umgang mit ADS-Kindern zu reduzieren, vor allem in Bereichen, die dem ADS-Kind schwer fallen und bei denen es erwartungsgemäß Widerstände leisten wird. Für spezifische Aufgaben sollen spezifische Zeiten gegeben werden. (Bsp.: Kurz vor dem Nach-Hause-Fahren oder beim Verlassen des Schwimmbades, ..., ADS-Kinder als erstes auffordern, sich fertig zu machen.)
- Die Weitergabe von Informationen bzw. Feedback an das Kind sollen möglichst sachlich formuliert sein.
- Das Kind braucht häufig Rückmeldung (verbal/nonverbal) zu dem, was es tut (Bsp.: in Form eines Rituals, am Abend Rückmeldung über den Tag bzw. vor dem Nach-Hause-Fahren).
- Bei unbeliebten Tätigkeiten kann es auch sehr sinnvoll sein, einfach “mitzumotzen”, im ruhigen Brummelton, der aber keinesfalls ironisch, sarkastisch oder zynisch sein soll.
- Lautwerden kann in entsprechenden Situationen hilfreich sein, um den Kindern Grenzen aufzuzeigen. So scheinen Männer mit einer tiefen und kraftvollen Stimme von ADS-Kindern besser wahrgenommen zu werden. Die Grenzsetzung sollte aber nicht im persönlich-destruktiven Sinne (“Bist du blöd”, “Du kannst ja nicht einmal...” etc.) erfolgen. Nicht die Person an sich, sondern das unangemessene Verhalten kritisieren!
- Es kann sich in einzelnen Situationen als sinnvoll erweisen, wenn Konflikte in zeitlichem Abstand besprochen werden. Entsprechend hilfreich kann es sein, Klärungen in andere Räumlichkeiten zu verlegen bzw. dem ADS-Kind das Publikum zu nehmen (Prophylaxe gegen Gruppenkasper oder Sündenbockentwicklung).

### b) Unterstützung durch Regeln

Das hyperaktive Kind ist meist ein vital schwaches Kind, das stabile Grenzen benötigt. Fallen diese Regeln zu schwach aus, so wird das Kind "ungezügelt" (*Grenzen so weit wie möglich, aber auch so eng wie nötig!*)

- Für die Orientierung von ADS-Kindern sind klar strukturierte Tagesabläufe und feste Regeln (Zeitregeln, Ablaufregeln z. B. in Form eines Regelplans oder "Vertrag"), sowie absehbare Konsequenzen besonders notwendig.

- Anforderungen sollen angekündigt werden, verbunden mit der Rückversicherung (vielleicht in eigenen Worten wiederholen lassen), ob das Kind die Ankündigungen auch wahrgenommen hat. Bei Regelübertretung sollte das Kind vorgewarnt werden.
- Wenige, sorgfältig überlegte Regeln sollen aufgestellt werden und auf deren Einhaltung konsequent geachtet werden. Die Einhaltung von Regeln, gestellte Aufgaben bzw. Anforderungen sollten konsequent kontrolliert werden.

#### **c) Aufmerksamkeitsfokussierung**

- Aktive Beteiligung an interessanten Aufgaben bzw. zupackendes Mitarbeiten fördern. (Übertragung von Aufgaben und / oder Verantwortungsbereichen um dem Kind das Gefühl von besonderer Beachtung zu geben und ein gezieltes Ausführen des Bewegungsdranges zu ermöglichen. Beispiele: holen einer Unterlage aus dem Lehrerzimmer; aus der Küche Essen nachholen ...)

#### **d) Minimierung von Reizen**

- In Spiel-, Lern-, Bastelsituationen usw. sollte auf wenig, aber überschaubares Material geachtet werden. Ein Überangebot könnte die Sprunghaftigkeit verstärken!
- Bei den Hausaufgaben bzw. bei den Schulaufgaben soll auf dem Tisch des Kindes nichts liegen, was es ablenken könnte.
- In Arbeitssituationen sollte möglichst Ruhe herrschen. ☺ Ein Ding der Unmöglichkeit?! ☺
- Abhängig von der Stimmung des Kindes oder der Situation erscheint eine Auszeit für das Kind im Sinne einer reizarmen Situation sinnvoll. Ein zentraler "Time-Out-Raum" ist im Augenblick aufgrund der räumlichen Gegebenheiten und z.T. zu langen Zugangswegen im Puckenhof nicht zu realisieren (Stand Herbst 2001). Je nach den eigenen räumlichen Vorgaben kann aber jede Gruppe bzw. jedes Haus eine eigene "Time-Out-Ecke" bzw. "Time-Out-Räumlichkeiten" individuell gestalten, um auf entsprechende Problemsituationen reagieren zu können.

#### **e) Kanalisieren des Bewegungsdrangs**

- ADS Kinder (v. a. mit Hyperaktivität) können sich nicht austoben. Sie können nicht selbst von sich aus auf die "Bremse treten". Je mehr sie toben, desto mehr kreiseln sie in ein hohes Erregungsniveau hinein und drehen auf. Aufregende Spiele, massive Bereizung sowie permanentes Einreden auf das Kind führen immer zu verstärkter Unruhe.
- Immer wieder beruhigende, entspannende Phasen sollten (im Alltag) eingebaut werden. (z. B. Beim Beenden des Sportes in der Turnhalle kann das gezielte Ziehen einer schweren Matte hilfreich sein, sich wieder zu beruhigen.)

#### **f) Unterstützung im emotionalen Bereich**

- ADS-Kinder benötigen in der Regel noch mehr Zuwendung als andere Kinder ("Angenommen-Sein so wie es ist"). Dies gilt insbesondere dann, wenn ADS-Kinder infolge der Medikamentierung ihre Defizite und ihr Fehlverhalten erkennen und u.U. mit depressiven Zügen darauf reagieren.
- Die Selbstakzeptanz der ADS-Kinder sollte - wann immer es geht - gefördert werden.
- Mut machen zur Bewältigung von Anforderungen, damit das ADS-Kind selbst-bewusster wird (Bsp.: "Ich weiß, dass es dir schwer fällt, aber ich bin mir sicher, dass du es lernen wirst.")
- Förderung der sozialen Integration in der Schulklasse bzw. der Gruppe: Auslachen, Beschimpfen, Kritisieren oder ähnliche Reaktionen der anderen Kinder sollten verhindert oder ausgeglichen werden, um einer potentiellen Außenseiterrolle entgegen zu wirken.

## 2. Ergänzende Anregungen für die Schule

### a) Kommunikation mit ADS-Kinder

- Arbeitsanweisungen sollen in einfachen Worten gegeben werden, immer wieder andersartige Erklärungsansätze verwirren das Kind.

### b) Aufmerksamkeit fokussieren

- Die Lerninhalte sollten mit möglichst viel Veranschaulichung und Aktivität im Unterricht eingebaut werden. Möglicher Effekt: ganzheitliche Erfassung des Stoffes
- Die Hinweissignale für Übergänge im Unterricht sollen klar definiert sein ("Rechnen ist jetzt zu Ende. Bitte das Rechenbuch vom Tisch, wir brauchen das Lesebuch!")
- Vereinbarte Signale und Zeichen können nach Ankündigung gut im gesamten Klassenverband dazu beitragen, dass sich alle an das erinnern, was auf dieses Signal oder Zeichen hin erfolgen soll ( Bsp.: ein Kärtchen, auf dem ein Zeigefinger einen Mund verschließt, kann das Signal für "Ruhe" sein. )
- Förderung eines Gefühls permanenter Zuwendung: Es kann die Aufmerksamkeit des ADS-Kindes immer wieder neu aufgebaut werden, indem im Unterricht ständig versucht wird, diese Kinder mit Namen anzureden (z.B. mitten im Satz wird völlig unvermittelt "gell, Peter" gesagt). Vorteil: ständiges Schimpfen kann reduziert werden.
- ADS-Schüler können sich während des Unterrichtes bzw. während schriftl. Arbeiten mit weniger auffälligen oder störenden Tätigkeiten beschäftigen (z. B. Bleistift spitzen bis sie ganz klein sind, Comiczeichnungen am Rand des Heftes, ...). Möglicher Effekt: höhere Aufmerksamkeit, Wachheit und eine aktivere Teilnahme am Unterrichtsgeschehen.
- Wichtig: nur konkrete klare Absprachen mit betroffenem Schüler, Klasse und Fachlehrern gewährleisten Erfolg
- Bei Klassenarbeiten kann durch Hinsehen, Zunicken, Anlächeln usw. das Gefühl der positiven Beziehung vermittelt werden bzw. Konzentration aufgebaut werden.

### c) Kanalisieren des Bewegungsdrangs

- Während einer Arbeitsphase sollte das Kind nicht die Erlaubnis bekommen, sich vom Platz zu entfernen.

### d) Unterstützung im emotionalen Bereich

- Das Aufrufen eines offensichtlich "weggetretenen" ADS-Schülers sollte mit einer Vorankündigung der gleich an ihn gerichteten Frage einhergehen (z. B. "Klaus jetzt hab ich eine ganz spezielle Frage, von der ich glaube, dass (nur) Du sie mir beantworten kannst, zu folgendem Thema . . ." oder " Wir wollen alle einmal anhören, was Klaus uns zu folgendem Thema . . . zu sagen hat, bist Du bereit?")
- Vorteil: solche Vorgehensweise wird erstens von der Klasse akzeptiert (wichtig!) und hilft zweitens, Blockaden bei dem Betroffenen zu lösen, bzw. verhindert drittens, ihn wegen einer tatsächlichen "Absence" vor der Klasse bloß zu stellen.

### e) Äußere Rahmenbedingungen für das Klassenzimmer

- Der Arbeitsplatz des ADS-Kindes sollte möglichst im Bereich des Klassenzimmers sein, in dem der Lehrer häufig präsent sein kann. Wenn er mehrere ADS-Kinder hat, sollte er seinen Einsatzradius strategisch planen und immer wieder im Klassenzimmer unterwegs sein, um mit kurzen und nonverbalen Korrekturen die Kinder am Geschehen zu halten.

- Das ADS-Kind sollte im Klassenzimmer einen festen Sitzplatz bekommen, an den es sich gewöhnen kann. Bei Stillarbeit kann es sich als günstig erweisen, wenn das Kind einen Platz für sich alleine hat. Auch der Wechsel des Banknachbars sollte möglichst vermieden werden. Ein eher ruhigeres Kind neben dem ADS-Kind bietet ein positives Modell.

#### f) **Vorschläge zur Leistungsbewertung (ggf. mit Rücksprache mit der Schulleitung)**

- Ein ADS-Schüler sollte seine Schulaufgabe gleich in der ersten Stunde schreiben, weil er da noch in der Lage ist, die nötige Konzentration aufzubringen.
- Zeitdruck bei Klassenarbeiten und ständiger Hinweis auf die verbleibende Minutenzahl sollte möglichst unterbleiben.
- Er erhält eine verlängerte Arbeitszeit, wobei geklärt sein muss, ob diese Maßnahme individuell sinnvoll erscheint.
- Er kann seinen Aufsatz am Computer ausführen: die motorische Belastung (Handschriften) fällt weg, eine bessere Übersicht und Gliederung seiner Arbeit erscheint möglich
- Er sollte - wenn möglich - seine Arbeit in einem gesonderten Raum schreiben, wo er fernab aller Ablenkungen durch Geräusche, Bewegungen usw. mehr Konzentration aufbringen kann.
- Auch farbiges Papier, leise Musik (möglichst kein Heavy Metall oder Songs mit auffordernden Texten) und andere begleitende Reize können u. U. (abhängig von dem ADS-Kind) zur Konzentrationsverbesserung beitragen.
- Das Schriftbild des ADS-Kindes sollte nicht mit dem Schriftbild normgesteuerter Kinder verglichen werden. Es wird davon abgeraten (siehe Cordula Neuhaus S. 181) Notenabzug wegen der Schrift zu geben. Bei älteren Kindern ist es sinnvoll, sie aufzufordern Druckschrift zu schreiben, bei jüngeren Kindern auf vereinfachte Schreibschrift umzusteigen.
- In mündlichen Unterricht ist das ADS-Kind wesentlich besser als im schriftlichen. Anerkennendes und uneingeschränktes Lob für gute Beiträge (auch bei Teilerfolgen und Teilfortschritten) muntern es auf.

#### **EMPFEHLUNGEN FÜR DEN UMGANG MIT HYPERAKTIVEN SCHÜLERN**

- Ständige Ermahnungen
- Schulstrafen
- Elterngespräch
- Schlechte Noten u.a.

**Konventionelle Reaktionen**



**Lehrerreaktionen auf hyperaktives Verhalten**

**Hilfe zur Selbststeuerung**



- Zur Kanalisierung von Zappeligkeit / Bewegungsdrang:  
**Gezielte Aufträge, Besorgungen, Erlauben weniger auffälliger Tätigkeiten** (Spielen mit Radierer, Malen, Kritzeln, evtl. Schneiden etc.)  
*Wirkung:* Fördert durch seinen zusätzlichen Stimulationsgehalt die Konzentrationsfähigkeit

- **Laufende gezielte Ansprache**, Vorankündigung einer Frage . . .  
*Wirkung:* Baut auf, bzw. erhält die Aufmerksamkeit
- **Gezielter Blick- und / oder Körperkontakt** (Schulter berühren etc. )  
*Wirkung:* Schafft momentane Aufmerksamkeit z. B. für Unterrichtsbeiträge
- **Kurze und klar formulierte Einzelanweisungen** bzw. Aufträge  
*Wirkung:* Hilft das "innere Chaos" zu überwinden und Strukturen zu erkennen und abzuarbeiten
- **Klaren Normen- und Sanktionskatalog für Fehlverhalten abstecken und konsequent einhalten**  
*Wirkung:* Führt im Laufe der Zeit zur "Konditionierung" und hilft langfristig, sich an Regeln zu halten.
- **Lob v. a. bei Teilerfolgen und Teilfortschritten**  
*Wirkung:* Motivation zur Leistungssteigerung
- **Individuelle Gestaltung schriftlicher Prüfungssituationen**  
*Wirkung:* Bessere Entfaltung der Leistungsfähigkeit und dadurch Erhöhung der Lernbereitschaft durch Erfolgserleben (bessere Noten)
- **Akzeptanz und Kanalisierung von Kreativität und Phantasie**  
*Wirkung:* Stärkung des Selbstwertgefühls

aus: Merkheft "Ansätze schulischer Förderung für Kinder und Jugendliche mit hyperkinetischem Syndrom.",  
Bundesverband Elterninitiativen zur Förderung hyperaktiver Kinder e.V..

### 3. Umgang mit Medikamenten

Kinder bzw. Jugendliche mit ADS mit und ohne Hyperaktivität erhalten fast alle eines der folgenden Medikamente:

- Ritalin ( Methylphenidat ), Medikinet
- Dipiperon
- Amphetaminsaft
- Hyperilex
- Captagon

#### Dosierung

Die Einstellung auf ein Medikament erfolgt unter ärztlicher Aufsicht. Mit niedrigen Dosierungen wird begonnen. Meistens werden 2 Gaben am Tag - je nach Körpergewicht- verabreicht. Nicht jedes Medikament wirkt bei allen Kindern gleich gut. 10-30% der Kinder reagieren nicht auf ein Medikament.

- Die letzte Tagesdosis sollte nicht nach 16.00 Uhr verabreicht werden, um Einschlafprobleme zu vermeiden.
- Es sollte auf die regelmäßige Medikamenteneinnahme geachtet werden.
- Bei Unklarheiten bzw. Problemen der Medikation sollte enger Kontakt zu Eltern, Schule bzw. Arzt gehalten werden. Dies ist besonders wichtig bei Ferienbetreuungen oder Ferienfahrten.

## **Wirkung auf das Kind**

Nach ½ bis ¾ Std. werden die Kinder ruhiger, aufmerksamer, die Aggressionsbereitschaft sinkt. Die Wirkung hält etwa 4 Stunden an.

Im Umgang mit den genannten Medikamenten ist eine große Sorgfalt angezeigt. Aus diesem Grund gilt:

**Medikamente, insbesondere Medikamente zur Behandlung von ADS, bzw. HKS müssen immer unter Verschluss sein.**

Zu diesem Zweck wurde in jeder Tagesstättengruppe ein "Medizinkasten" montiert. Auch die Schule sieht eine gesicherte Verwahrung vor. Alle Medikamente, sowie eine genaue Dosierungsanleitung sollen darin aufbewahrt werden. So ist auch im Vertretungsfall eine verordnete Medikamentierung gewährleistet.

Die Medikation mit den genannten Mitteln ist für die Kinder häufig sehr hilfreich. Andererseits sind diese Medikamente in die Klasse möglicher Suchtmittel einzuordnen. Die Medikamente werden als Amphetamine auf dem Schwarzmarkt gehandelt. Wir bitten deshalb - ohne eine Panik auslösen oder durch den geheimnisvollen Umgang das Interesse an den Medikamenten insbesondere bei älteren Jugendlichen wecken zu wollen - um einen sorgsamen Umgang mit den Medikamenten.

*In diesem Zusammenhang gilt:*

- Der Ein- und Ausgang der Medikamente ist bezogen auf die einzelnen Kinder zu dokumentieren. Dies gilt auch für den Verbrauch der Medikamente.
- Werden Kinder aus der Einrichtung entlassen, sollten die Medikamente den Eltern der betroffenen Kinder umgehend zurückgegeben werden. Erscheint dies nicht möglich, so sollten die Medikamente spätestens mit Ablauf des Haltbarkeitsdatums durch die Apotheke entsorgt werden.

Im Übrigen wird auf das Merkblatt zum sachgerechten Umgang mit Medikamenten verwiesen, das sich im Informationsordner des Gruppendienstes befindet.

## **Rechtliches**

- Bei den hier aufgeführten Medikamenten handelt es sich ausnahmslos um Medikamente, die dem Betäubungsmittelgesetz (BTMG) unterliegen, das heißt, dass diese Medikamente bei unsachgemäßer Verwendung zur Suchtkrankheit führen können bzw. von Suchtkranken als Suchtmittel oder Ersatzstoffe verwendet werden.
- Das Medikament muss unter Aufsicht der BetreuerIn bzw. der LehrerIn vom Kind/ Jugendlichen eingenommen werden, um auszuschließen, dass größere Mengen gesammelt werden.
- Mit den Eltern sollte über die Sorgfaltspflicht im Umgang mit diesen Medikamenten gesprochen werden.
- Die Übergabe des Medikamentes (z.B. Eltern <-> HPT oder Schule <-> HPT) sollte von Erwachsenen zu Erwachsenen geschehen. Sollte dies nicht möglich sein, muss der Empfänger wissen, dass das Kind Medikamente überbringt und die genaue Anzahl der Tabletten kennen. Durch einen umgehenden telefonischen Kontakt muss geprüft werden, ob das Kind die entsprechende Anzahl abgegeben hat.
- Bei Kontakt mit anderen Institutionen, Ärzten, Schulen etc. sollte immer wieder die Entbindung von der Schweigepflicht berücksichtigt werden.

# ANHANG

## ANHANG 1: ADS/HKS-Diagnoseschema

erstellt nach den international bedeutendsten Klassifikationssystemen:

- Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, Version 4 (**DSM-IV**)
- International Classification of Diseases, Revision 10 (**ICD-10**)

Bezeichnungen der Störung:

im **DSM-IV**: **Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung**

im **ICD-10** : **Hyperkinetische Störung**

### *Folgende Kriterien müssen zur Stellung der Diagnose ADS bzw. HKS zutreffen:*

#### **A.** Entweder (1) oder (1) + (2)

##### **(1) Unaufmerksamkeit**

*Für mindestens sechs Monate mindestens sechs der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß.*

Die Kinder/Jugendlichen

- sind häufig unaufmerksam gegenüber Details oder machen Sorgfaltsfehler bei den Schularbeiten oder sonstigen Arbeiten und Aktivitäten,
- sind häufig nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten,
- hören häufig scheinbar nicht, was ihnen gesagt wird,
- können oft Erklärungen nicht folgen oder ihre Schularbeiten nicht bis zu Ende durchführen (nicht wegen oppositionellem Verhalten oder weil die Erklärungen nicht verstanden werden),
- haben häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren,
- vermeiden oder verweigern häufig Aufgaben, die anhaltende geistige Anstrengung erfordern (wie Hausaufgaben),
- verlieren häufig Gegenstände, die für Aufgaben oder Aktivitäten wichtig sind, z.B. Schularbeiten, Bleistifte, Bücher, Spielsachen oder Werkzeuge,
- sind häufig von externen Stimuli leicht ablenkbar,
- sind häufig vergesslich bei alltäglichen Aktivitäten.

## (2) Überaktivität / Impulsivität

Für mindestens sechs Monate mindestens drei der folgenden Symptome von Überaktivität oder Impulsivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessen Ausmaß.

### **Überaktivität**

Die Kinder/Jugendlichen

- fuchteln häufig mit Händen und Füßen oder zappeln auf den Sitzen,
- verlassen ihren Platz im Klassenraum oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird,
- laufen häufig herum oder klettern exzessiv in Situationen, in denen das unpassend ist (kann bei Jugendlichen auf subjektives Gefühl der Unruhe begrenzt sein),
- sind häufig unnötig laut beim Spielen oder haben Schwierigkeiten bei ruhigen Freizeitbeschäftigungen,
- zeigen ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten, die durch den sozialen Kontext oder Verbote nicht durchgreifend beeinflussbar sind,
- reden häufig übermäßig viel.

### **Impulsivität**

Die Kinder/Jugendlichen:

- platzen häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist,
- können häufig nicht abwarten, bis sie bei Spielen oder in Gruppensituationen an die Reihe kommen,
- unterbrechen oder stören andere häufig (z.B. mischen sie sich ins Gespräch oder Spiel anderer ein).

- B.** Beginn einiger Symptome vor dem siebten Lebensjahr.
- C.** Beeinträchtigung durch die Symptome in mindestens zwei Lebensbereichen (z.B. zu Hause, Schule).
- D.** Die Beeinträchtigung im Leistungs- und im Sozialbereich muss klinisch bedeutsam sein.
- E.** Die Symptome treten nicht ausschließlich im Verlauf einer "Tiefgreifenden Entwicklungsstörung", einer Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung auf und sind nicht besser durch eine andere psychische Störung ("Affektive Störung", "Angststörung", "Dissoziative Störung" oder "Persönlichkeitsstörung") beschrieben.

Quelle: Kinder-DIPS, UNNEWEHR, SCHNEIDER, MARGRAF, 1995

## **Differentialdiagnose**

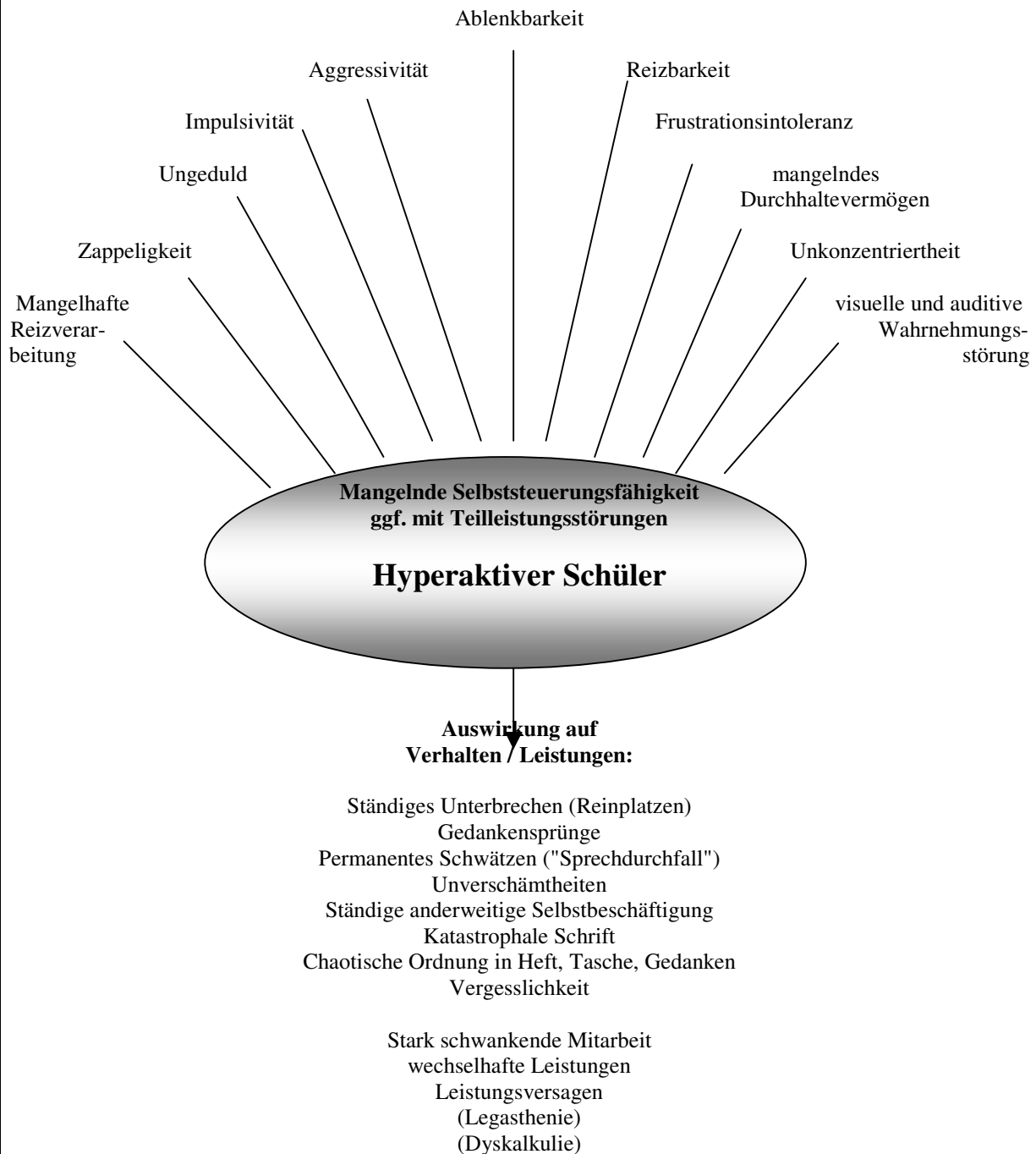
ADS / HKS ist abzugrenzen von:

1. Entwicklungsbedingter Hyperaktivität als normaler Reifungsvariante, insbesondere im Kleinkind- und Vorschulalter
2. Organischen Psychosyndromen (durch Hirnfunktionsstörung aufgrund eines Schädel-Hirn-Traumas)
3. Erethie (krankhafte Reizbarkeit) bei geistiger Behinderung

4. Psychogener Hyperaktivität  
 situativer Hyperaktivität bei akuter emotionaler Spannung und Angst  
 Hyperaktivität bei chronischen Konflikten und Spannungszuständen  
 Deprivationssyndromen
5. Affektiven Störungen
6. Frühkindlichem Autismus
7. Psychotischen Erkrankungen
8. Hyperaktivem Verhalten bei akuten und chronischen Intoxikationen

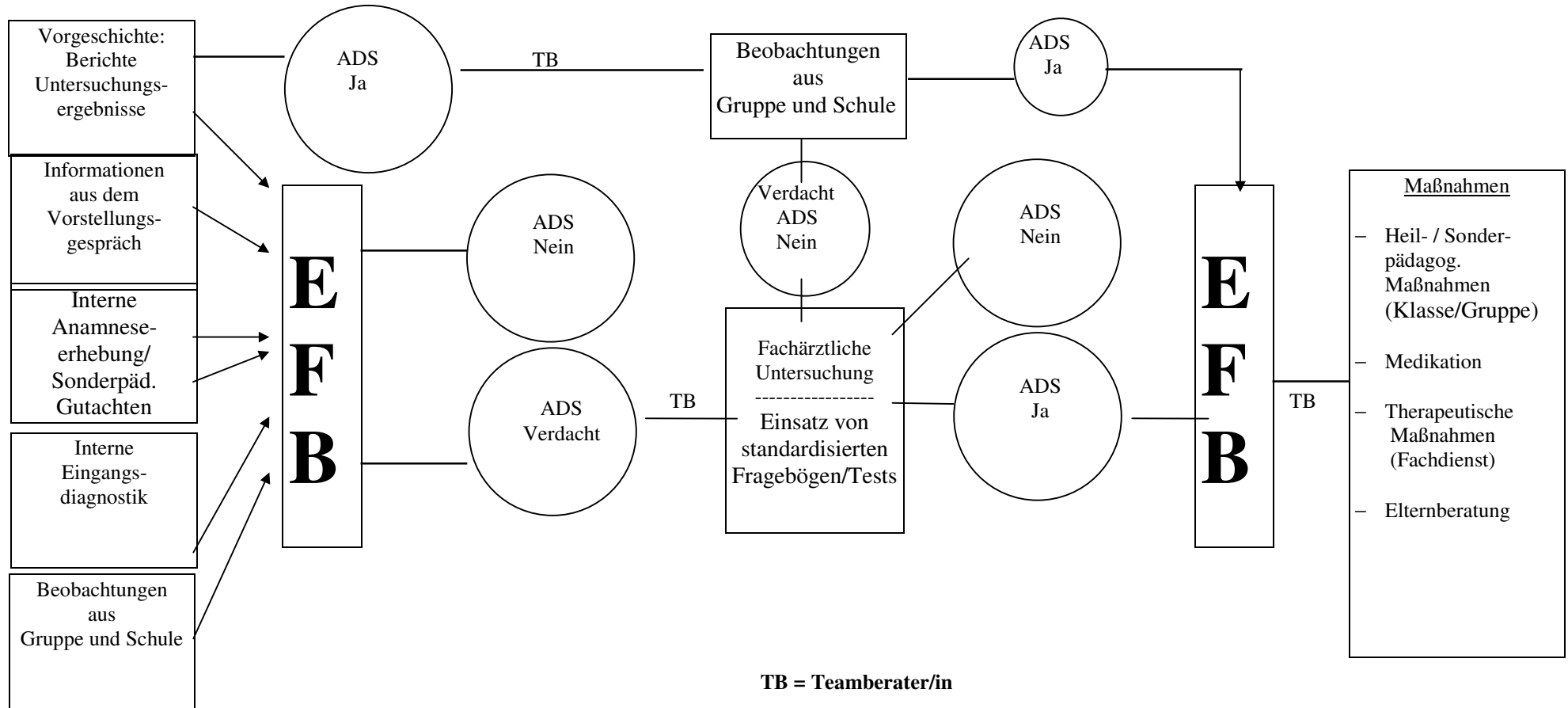
Quelle: H.-C. STEINHAUSEN: Hyperkinetische Störungen im Kindes- und Jugendalter, 1995, Stuttgart, Kohlhammer.

## ANHANG 2: Auswirkungen von Hyperaktivität auf Verhalten und Leistungen

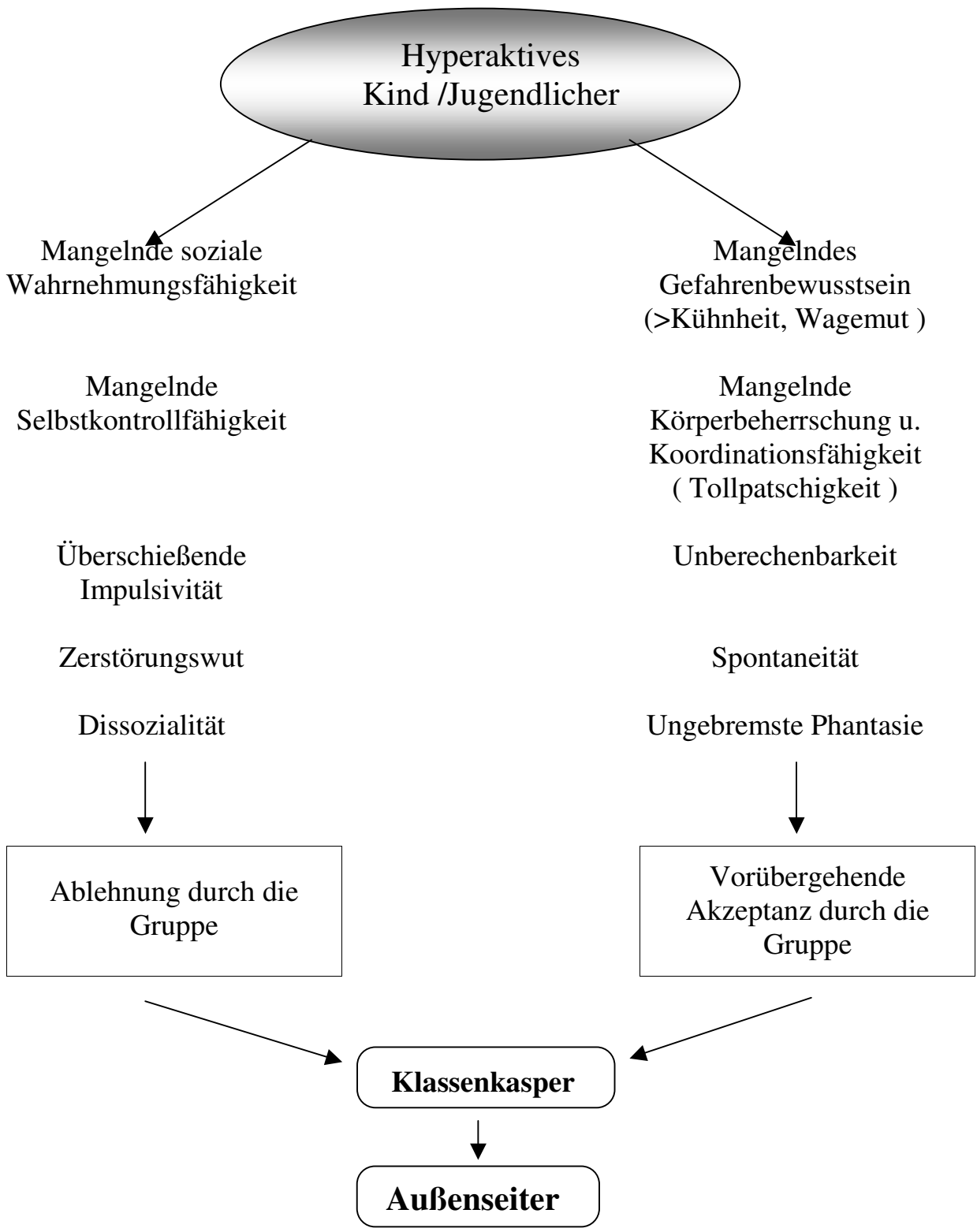


aus: Merkheft "Ansätze schulischer Förderung für Kinder und Jugendliche mit hyperkinetischem Syndrom.", Bundesverband Elterninitiativen zur Förderung hyperaktiver Kinder e.V..

## ANHANG 3: Ablaufschema für den “Umgang” mit ADS



**ANHANG 4: Eigenschaften des hyperaktiven Kindes / Jugendlichen und Reaktionen im sozialen Umfeld ( z.B. Klassenverband, Gruppe)**



<b>LITERATUR</b>	
<b>Literaturhinweise für Eltern:</b>	
<b>Autor / Titel</b>	<b>Bewertung</b>
<p>NEUHAUS, Cordula</p> <p>"Das hyperaktive Kind und seine Probleme" (1996, Ravensburger Verlag)</p>	<p>Das Buch ist für Eltern sowie auch für Pädagogen geeignet.</p> <p>Einfache verständliche Sprache.</p>
<p>EICHLSEDER, W.</p> <p>"Unkonzentriert? Hilfen für hyperaktive Kinder und ihre Eltern" ( 1985, zweite aktualisierte Auflage 1994, Weinheim: Beltz Ratgeber )</p>	<p>Gute und niveauvolle Darstellung, die die Eltern aber auch teilweise überfordern dürfte.</p> <p>Die verhaltenstheoretischen Ratschläge sind sehr knapp und allgemein.</p>
<p>KRAUSE, J.</p> <p>"Leben mit hyperaktiven Kindern" (1995, München, Piper )</p>	<p>Gute Beschreibung der Störung.</p> <p>Guter Überblick über Behandlungsmöglichkeiten.</p>
<p>LAUTH, G.W.; SCHLOTTKE, P.F. &amp; NAUMANN, K.</p> <p>"Ratlose Kinder – ratlose Eltern. Ein Handbuch für Eltern." (1988; München Deutscher Taschenbuch Verlag )</p>	<p>Guter Überblick über die Störung und geeignete Maßnahmen.</p>
<p>SCHWEIZER, C. &amp; PREKOP, J.</p> <p>"Was unsere Kinder unruhig macht" (1991, Stuttgart: Trias )</p>	<p>Einzelne Passagen und einzelne Falldarstellungen sind für die Arbeit mit Eltern gut verwendbar.</p>
<p>TAYLOR, E.</p> <p>"Das hyperaktive Kind. Anregungen für Eltern und Erzieher." (1986; Stuttgart: Hippokrates)</p>	<p>Das Buch ist klar &amp; gut strukturiert geschrieben; es eignet sich gut für die Arbeit mit Eltern. Die Schilderungen spiegeln ein tiefes Verstehen der Probleme und Nöte der betroffenen Eltern wieder und vermitteln Vertrauen und Zuversicht in die eigenen schöpferischen Fähigkeiten, an die der Autor appelliert.</p>
<p>WENDER, P.H.</p> <p>Das hyperaktive Kind (1986, Zweitaufgabe 1991; Ravensburg: Otto Maier)</p>	<p>Schlüssige und gut strukturierte Darstellung, obwohl teilweise nicht ganz leicht zu lesen.</p> <p>Differenzierte und nützliche Hinweise für Eltern.</p>
<p>HARTMANN, J.:</p> <p>"Zappelphilipp und Störenfried. Hyperaktive Kinder und ihre Therapie" (1988, München: Beck )</p>	<p>Das Buch ist für die Arbeit mit Eltern wenig perspektivisch.</p>

<b>Literaturhinweise für Lehrer:</b>	
EICHHOLZ-SCHUHMANN, H., LOHR, H., HAUPT, H. & DREWLANI, K.-H.  "Training für impulsive Kinder zur Steigerung der Aufmerksamkeit bei Problemlöseprozessen." (1992, Broschüre 50 Seiten; Schulpsychologische Beratungsstelle Cochem)	Gut strukturierter Ausbildungskurs, der sich an Lehrer verschiedener Schularten wendet.  Der Kurs wurde in mehreren Durchläufen erprobt.
GLUBRECHT, M.; HENNIG, G.; KOWALCZYK, W.; OTTICH, K. & RUDAT  "Besser lernen. Ein Trainingsprogramm zur Lernförderung für die 5 bis 10" ( 1989, Lichtenau-Scherzheim: AOL-Verlag )	Gut strukturiertes Programm mit Trainer, Übungs- und Informationsmaterial für die Schüler sowie einer Kassette mit Entspannungsübungen.
KLEIN, L.  "Diagnostik und Therapie beim hyperkinetischen Syndrom" (1993, Weinheim: Beltz Test )	Einfache und praktikable Hinweise mit dem Kind im Unterricht.
SPANDL, O.P.  "Konzentrationsstraining für Schulkinder (1980; Freiburg: Herder )	Recht allgemeine Darstellung
VOSS, R. & WIRTZ, R.  "Keine Pillen für den Zappelphilipp." ( 1990, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt )	Bemerkenswert pragmatische und lösungsorientierte sowie konkrete Hinweise zur Vermeidung von Unterrichtsschwierigkeiten

Im Internet sind zum Thema ADS zahlreiche Seiten entstanden, die über gängige Suchmaschinen (z.B. [www.web.de](http://www.web.de); [www.meta-ger.de](http://www.meta-ger.de)) rasch zu finden sind. Wir haben uns bei der Angabe auf einige wichtige und ausführliche Seiten beschränkt. Von diesen Seiten sind viele weitere Links gut zu erreichen.

<a href="http://www.puckenhof.de">http://www.puckenhof.de</a>	Der Evang. Jugendhilfeverbund „Der Puckenhof“ e.V.
<a href="http://www.ads-hyperaktivitaet.de">http://www.ads-hyperaktivitaet.de</a>	Umfangreiche Seite von der Elterngruppe Frankfurt a.M.
<a href="http://www.psychologie-online.ch/add/index.html">http://www.psychologie-online.ch/add/index.html</a>	ADD-Online:  Diese Seite wird von Ärzten gestaltet, ist sehr gut strukturiert und bietet erstklassige Informationen zu ADS / Hyperaktivität, insbesondere bei Erwachsenen. Darüber hinaus finden sich ausführliche Anregungen für Lehrer
<a href="http://www.osn.de/user/hunter/badd.htm">http://www.osn.de/user/hunter/badd.htm</a>	Bundesweiter Verband von Eltern, Erwachsenen mit ADS/Hyperaktivität und Fachleuten, der über den neuesten Stand des Wissens informiert. Unterstützt wird der Verband von einem wissenschaftlichen Beirat und von namhaften Fachleuten.
<a href="http://www.s-line.de/homepages/ads/">http://www.s-line.de/homepages/ads/</a>	Ads e.V.:  Elterninitiative zur Förderung von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS) mit oder ohne Hyperaktivität.

<http://www.hyperaktiv.de/>

Seite von Dr. Johanna Krause. Umfassende und aktuelle Informationen zur Neurobiologie, zur Wirkung von Ritalin und zu ADS-verwandten Themen.

Das vorliegende Konzeptpapier stellt das Ergebnis eines langen und intensiven Austausches zwischen den verschiedenen Fachbereichen des "Puckenhof" dar. An der Entstehung und Entwicklung des Positionspapiers waren zahlreiche Mitarbeiter des Gruppendienstes und Fachdienstes der Tagesstätte, des Fachdienstes der Stationären Hilfen, der Schule und der Ambulanten Dienste beteiligt:

Ralf Begemann  
Barbara Berkmler  
Jens Borrmann  
Eva Bräuning  
Stefanie Brügel  
Claudia Dupke  
Elke Ebbecke  
Vera Hardt  
Stefanie Hetzel  
Reinhold Hofmann  
Thomas Kattner  
Helmut Kittel  
Thomas Krause  
Sandra Leibig  
Martin Leimert  
Jutta Novazin  
Günther Rosenbauer  
Silke Schneider  
Beatrice Vick  
Willi Winkler  
Bärbel Weber

Ein Dank gilt aber auch den nicht namentlich genannten Ideengeberinnen und –gebern, die sich im Laufe des Entstehungsprozesses eingebracht haben.

© 2003 by Mitarbeiter/innen des Puckhofes e.V.

## Der ADS-Ordner soll "leben"!!

Jede/r Kolleg/in kann dazu beitragen, dass der ADS-Ordner sich weiterentwickelt und somit Fachlichkeit sowie Aktualität auf Dauer gesichert bleiben.

Neue Entwicklungen, aktuelle Informationen, eigene Ideen oder Vorschläge zum Thema ADS können zur Sichtung und Verteilung im Büro in die Fächer von Eva Bräuning bzw. von Jens Borrmann gelegt werden, bzw. bei externen Ergänzungen per E-Mail zugesandt werden an:

[borrmann@puckenhof.de](mailto:borrmann@puckenhof.de)

[braeuning@puckenhof.de](mailto:braeuning@puckenhof.de)

Für die Aktualisierung der in den folgenden Bereichen angelegten ADS-Ordner zeichnen sich die in Klammern stehenden Personen verantwortlich:

Schule ( Frau Ebbecke; Frau Novazin )

Stationäre Hilfen ( Herr Hofmann)

HPT ( Frau Leibig; Herr Krause )

Ambulante Hilfen ( Frau Dupke )

Villa Kunterbunt ( Frau Fiedler )

HPT Fachdienst ( Frau Bräuning; Herr Borrmann )