

Kennwort: Wer A sagt muss auch B sagen

**Das therapeutische Klettern als ergänzende ergotherapeutische Maßnahme in der Behandlung von Kindern mit ADS
(Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom)**

- ein Projekt -



Inhaltsverzeichnis

VORWORT DES VORSITZENDEN DER VEREINIGUNG FÜR PSYCHISCH KRANKE KINDER UND JUGENDLICHE E.V. -----	5
1. EINLEITUNG DER INITIATORIN -----	6
2. PROJEKTDESCHEIBUNG -----	8
2.1. ZIELGRUPPE:-----	8
2.2. ÄÜßERE RAHMENBEDINGUNGEN-----	8
2.3. METHODIK-----	9
2.4. ZEITLICHER RAHMEN UND ABLAUF DER STUNDEN-----	10
2.5. ELTERNARBEIT-----	11
2.6. BETREUUNGSPERSONEN-----	12
2.7. KOSTEN-----	12
2.8. EVALUATION-----	12
3. STÖRUNGSBILD UND GRUNDLAGEN IN DER BEHANDLUNG ADS -----	13
3.1. BEGRIFFSBESTIMMUNG-----	13
3.2. KLASSIFIKATION-----	13
3.2.1. <i>Definition</i> -----	13
3.2.2. <i>Leitsymptome</i> -----	14
3.2.3. <i>Schweregradeinteilung</i> -----	14
3.2.4. <i>Untergruppen</i> -----	14
3.2.5. <i>Ausschlussdiagnose</i> -----	15
3.3. ÄRZTLICHE DIAGNOSTIK-----	15
3.4. MULTIAXIALES BEWERTUNGSSYSTEM-----	16
3.5. INTERVENTIONEN, MULTIMODALE THERAPIEANSÄTZE-----	16
4. DIE ERGOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG ALS BAUSTEIN EINES MULTIMODALEN BEHANDLUNGSANSATZES IN DER BEHANDLUNG VON KINDERN MIT ADS -----	20
4.1. ERGOTHERAPEUTISCHE BEFUNDERHEBUNG ALS GRUNDLAGE FÜR DIE BEHANDLUNGSPLANUNG-----	21
4.1.1. <i>Erstgespräch und Beobachtung</i> -----	21
4.1.2. <i>Klientenzentrierte Assessments / Fragebögen</i> -----	22
4.1.3. <i>gezielte Verhaltensbeobachtung</i> -----	22
4.1.4. <i>Befunderhebung anderer Verdachtsdiagnosen</i> -----	23
4.2. ERGOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNGSANSATZ-----	24
4.3. DAS MEDIUM KLETTERN IN DER ERGOTHERAPIE-----	26
5. GRUNDLAGEN DES THERAPEUTISCHEN KLETTERNS -----	27
5.1. EINFÜHRUNG IN DAS SPORTKLETTERN-----	27
5.2. DAS THERAPEUTISCHE KLETTERN-----	31

6. WIRKPRINZIPIEN DES ERGOTHERAPEUTISCHEN KLETTERNS AUF DER GRUNDLAGE EINER PSYCHISCH-FUNKTIONELLEN BEHANDLUNG LAUT AKTUELLEM HEILMITTELKATALOG	33
6.1. VERBESSERUNG UND STÄRKUNG DER PSYCHISCHEN GRUNDFUNKTIONEN WIE ANTRIEB, MOTIVATION, BELASTBARKEIT, AUSDAUER UND FLEXIBILITÄT	33
6.2. VERBESSERUNG EINGESCHRÄNKTER KÖRPERLICHER FUNKTIONEN WIE DIE VERBESSERUNG VON GLEICHGEWICHT, DER GROB UND FEINMOTORIK, DER KOORDINATION UND KÖRPERWAHRNEHMUNG.	34
6.3. VERBESSERUNG DER KÖRPERWAHRNEHMUNG UND WAHRNEHMUNGSVERARBEITUNG.	37
6.4. VERBESSERUNG DER REALITÄTSBEZOGENHEIT, DER SELBST- UND FREMDWAHRNEHMUNG	38
6.5. VERBESSERUNG DES SITUATIONSGERECHTEN VERHALTENS, AUCH DER SOZIOEMOTIONALEN KOMPETENZ UND INTERAKTIONSFÄHIGKEIT	39
6.6. VERBESSERUNG DER KOGNITIVEN FUNKTIONEN	41
6.7. VERBESSERUNG DER PSYCHISCHEN STABILISIERUNG UND DES SELBSTVERTRAUENS	41
6.8. VERBESSERUNG DER EIGENSTÄNDIGEN LEBENSFÜHRUNG UND DER GRUNDARBEITSFÄHIGKEITEN	42
7. FALLBEISPIELE	42
7.1. FALLBEISPIEL M., MÄNNLICH, 8,9 JAHRE	42
7.2. FALLBEISPIEL J., WEIBLICH, 12 JAHRE ALT	46
8. EVALUATIONSERGEBNISSE	47
9. FINANZIERUNGSMODELLE	50
10. ZUSAMMENFASSUNG	51
11. AUSBLICK	53
12. LITERATURVERZEICHNIS	54
13. ANHANG	55

Vorwort des Vorsitzenden der Vereinigung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche e.V.

Die Aufmerksamkeitsdefizitstörung bzw. Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist inzwischen die meist bevorzugte Störung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie geworden.

Es gilt als unstrittig, dass nach entsprechender Diagnostik eine korrekt dosierte Medikation über längere Zeit sinnvoll und unabdingbar ist, eine begleitende verhaltenstherapeutische und psychosoziale Begleitung ebenfalls indiziert ist.

Von entscheidender Bedeutung ist die Notwendigkeit - bei allen zur Anwendung gelangenden Therapieformen von ADHS-Patienten - überzeugende Strukturen zu vermitteln.

Insofern kommt dem Projekt KLETTERN eine sehr wichtige Bedeutung zu, da hierbei die motorische Hyperaktivität kanalisiert wird, soziale Effekte verbessert und gesteigert werden und die Selbstkompetenz kognitiv verbessert wird.

Aus kinderpsychiatrischer Sicht kann das ergotherapeutische KLETTERN vielen unter ADHS leidenden Kindern und ihren Familien unter fachkompetenter Anleitung Entlastung und Hilfe bringen. Die Vereinigung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche e. V. ist von der Effizienz des Therapiekonzeptes überzeugt und wird das Projekt nach Möglichkeit auch weiterhin unterstützen.

Die vorliegende Präsentation ist überzeugend und von daher preiswürdig!

FA Dr. med. für Kinder- und Jugendpsychiatrie

1. Einleitung der Initiatorin

Schon sehr lange beschäftigte mich immer wieder der Wunsch, ein Kletterangebot mit therapeutischer Ausrichtung für ADS Kinder anzubieten.

Auf die Idee haben mich die Kinder mit ADS gebracht. Schon im ersten Kontakt mit diesen Kindern ist mir aufgefallen, dass sie fast jede erdenkliche Möglichkeit nutzten, irgendwo hoch zu klettern. In ihrem normalen Umfeld werden sie jedoch aus diversen Gründen ständig „gebremst“, und selbst im geschützten therapeutischen Setting stoßen diese Kinder immer wieder an die Grenzen.

Das auslösende Ereignis, meine Idee tatsächlich in die Tat umzusetzen, war ein Vorfall, den mir die Mutter eines meiner Therapiekinder erzählte. Der Junge war an einem Wochenende auf einen Baum geklettert. Erstmal nichts Außergewöhnliches. Das ADS-spezifische war jedoch, dass dieser Junge auf Grund seiner ungebremsten Impulsivität und seiner Freude an der Bewegung alle Fragen der Sicherheit „vergaß“ oder als zweitrangig erachtete. So kletterte er so weit in die Baumkrone hoch, bis die Äste zu dünn waren, ihn zu tragen. Inzwischen war er auf über 10m Höhe geklettert und eine Menschenmenge hatte sich am Boden versammelt, die mit guten Tipps und Ratschlägen das Kind bewegen wollten, wieder herunter zu kommen. Durch diese besorgten Menschen wurde das Kind so verunsichert, dass es sich nicht mehr vom Baum herunter traute. Wieso diese Menschen alle so in Sorge waren, musste ich dem Kind später erst erklären, es hatte keinerlei Problembewusstsein. Die Geschichte endete damit, dass die Feuerwehr das Kind vom Baum „retten“ musste.

Fazit für mich war; es sollte doch möglich sein, einen Raum für diese Kinder zu schaffen, wo sie sich gefahrlos die zweifelsohne starken sensorischen Reize holen dürfen, wo sie ihrer Bewegungsfreude in einem strukturierten Rahmen Ausdruck geben dürfen und wo sie ihre ureigenen Grenzen definieren können. Aber auch einen Raum, um auf legale Art und Weise den Adrenalinkick holen können, den sie offensichtlich ab und zu brauchen.

Das dass Klettern eine geeignete Möglichkeit sein könnte, diese Bedingungen für diese Kinder zu schaffen, war für mich auf Grund meiner eigenen Freizeitgestaltung und Erfahrung mit dem Klettern nahe liegend.

Im Rahmen meiner damaligen Anstellung an einer Frühförder- und Beratungsstelle war meine Idee aus verschiedenen Gründen nicht realisierbar. Als ich mich 2006 in eigener Praxis niederließ, war dies eine der ersten Wünsche, die ich mir, lange gehegt, erfüllte. Mit einem erfahrenen Feldenkreispädagogen und Kletterer fand ich den geeigneten Partner um dieses Projekt zu realisieren. Auch ihm war, um es in seinen Worten zu sagen, aufgefallen, dass es Kinder gibt, die sehr aktiv sind und im wahrsten Sinne des Wortes überall hinauf wollen, sich jedoch schwer tun, eine Handlung zu planen und zu Ende zu führen. Anderen scheint die Motivation zu fehlen, eine Herausforderung überhaupt anzunehmen, um sie später auch bewältigen zu können. (ADS-H). Dass sich eine gerichtete Handlungsfähigkeit und die Motivation, sich Problemen zu stellen, durch das Klettern mit diesen Kindern verbessern könnte, war die Grundlage seiner Idee.

Auf Grund unserer gemeinsamen Beobachtungen starteten wir, unterstützt von der Vereinigung zur Hilfe psychisch kranker Kinder und Jugendlicher e.V. , im Frühjahr 2007 eine Probeprojekt mit 8 Kindern. Der Vereinigung gehören diverse Kinder- und Jugendpsychiater an, niedergelassene Ärzte und Ärzte aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Uni.

Unser Projekt ist auf großes Interesse gestoßen und wir hatten schon 2008 so viele Anmeldungen, dass wir unser Angebot auf vier Gruppen erweitern konnten. Um dies personell überhaupt leisten zu können, mussten wir nach weiteren geeigneten Personen Ausschau halten, die uns unterstützen können. Wir sind froh und dankbar, unser Team mit einer Erzieherin und Kletterin sowie einer Ergotherapeutin und Kletterin erweitern zu können. Zeitweise wurde unser Team von einem Studenten der Sozialpädagogik unterstützt. Er hat seine Diplomarbeit über unser Projekt geschrieben.

Besonders freut mich, diese Arbeit mit meiner Kollegin, die staatl. gepr. Ergotherapeutin in eigener Praxis ist, einreichen zu können. Sind wir doch auf dem freien

Markt auch so etwas wie Konkurrentinnen, möchten bewusst ein Signal setzen, dass trotz dieser Tatsache die Arbeit an einem gemeinsamen Projekt möglich und fruchtbar sein kann.

2. Projektbeschreibung

Das therapeutische Kinderklettern soll eine körperbetonte Arbeit mit Kindern sein, die zu einem sinnvollen Miteinander hinführen soll, dem Achtsamkeit und gegenseitiger Respekt zu Grunde liegt.

Schwerpunkte der Gruppe sind die Verbesserung der Eigenwahrnehmung und der Selbsteinschätzung. Weitere Schwerpunkte sind die Eingliederung in die Gruppengemeinschaft und die Schulung der körperlichen Fähigkeiten.

2.1. Zielgruppe:

Die Kinderklettergruppe richtet sich an Kinder mit ADS aber auch an Kinder, die nicht das Vollbild eines ADS zeigen, jedoch spezifische Symptome aufweisen und einer spezifischen Unterstützung bedürfen. Das Angebot richtet sich an Kinder, die vom Kinderarzt oder Kinder- und Jugendpsychiater direkt zu uns empfohlen werden.

Das Alter der Kinder soll zwischen 6 und 12 Jahren sein. Diese Altersspanne ist bewusst groß gehalten, da die Erfahrung zeigt, dass Kinder - ganz besonders ADS-Kinder - von altersgemischten Gruppen bei entsprechendem Setting enorm profitieren.

2.2. Äußere Rahmenbedingungen

Für das Kinderklettern ist die Kletterhalle des örtlichen Alpenvereines angemietet. Die Kletterhalle verfügt sowohl über eine kleine „Boulderhöhle“ in der sich die Kinder frei und ohne ständige Aufsicht bewegen können als auch über eine Halle mit einer Höhe von 17 m. Es sind unterschiedliche Routen mit verschiedenen Schwierigkeitsgraden gelegt. Bei schönem Wetter gibt es auch die Möglichkeit an einer künstlichen und felsstrukturierten Wand draußen zu klettern.

Außerhalb der Sicherheitshöhe klettern die Kinder gesichert von einer Betreuungsperson am Seil Toprope bis zum Vorstieg.

2.3. Methodik

Die Förderung orientiert sich an den Leitsymptomen des ADS. Dies geschieht vorzugsweise über das Klettern selbst. Dies wird im Weiteren kurz ausgeführt.

1. Störung der Aufmerksamkeit:

Das Klettern erfordert eine ungeteilte Aufmerksamkeit auf das momentane Tun. Wird die Konzentration unterbrochen, z. B. durch Wegsehen, Schwätzen, unkontrolliertes „Rumhampeln“, tritt die Konsequenz sofort ein. Man fällt ins Seil.

2. Störung der Impulskontrolle:

Das Klettern erfordert eine hohe Kontrolle der Impulsivität. Genau wie bei Punkt 1, hat ein impulsiver Ausbruch sofortige Konsequenzen, ohne das pädagogisch interveniert werden muss, die Konsequenz ergibt sich aus dem Tun selbst. Ebenso erfordert das Klettern Beharrlichkeit und Ausdauer, auch die Frustrationstoleranz kann hierbei optimal erweitert werden.

3. Hyperaktivität oder Hypoaktivität

Das Klettern stellt hohe Anforderungen an die Koordination von Bewegungsabläufen, sowie die vorausschauende Planung derselben. Ebenso lernen die Kinder ihre motorischen Fähigkeiten und Grenzen richtig einzuschätzen und diese konkret umzusetzen. Störungen in der Propriozeption, der Kraftdosierung und dem Vestibulärsystem werden durch das Klettern verbessert. Hiervon profitieren sowohl hyper- als auch hypoaktive Kinder.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Förderung der sozialen Kompetenzen. Das Klettern beruht wie kaum ein anderer Sport auf dem Zusammenspiel mehrerer Personen. Sichern und gesichert werden, auf den Anderen vertrauen und Verantwortung übernehmen, für sich selbst und für Andere: Warten, bis man dran ist, zuverlässiges und genaues arbeiten (Knoten) sind einige Aspekte die beim Klettern unerlässlich sind. Außerdem soll die Gruppe Halt geben und eine Integration aller teilnehmenden Kinder anstreben, insbesondere da diese Kinder sich fast nur in der Rolle des Außenseiters erleben und in vielen konventionellen Sportgruppen auf Grund ihrer Störung in kürzester Zeit nicht mehr tragbar sind. Um dieses Ziel zu erreichen ist die Gruppe für 1 Jahr konzipiert. Nach einer Probezeit von 1 Mo-

nat erklären die Eltern und die Kinder sich bereit, kontinuierlich für 1 Jahr an der Gruppe teilzunehmen.

Da die Gruppe in den Räumen des Alpenvereins stattfindet ist eine Integration in die bestehenden Kindergruppen des Alpenvereins nahe liegend und somit der Transfer in eine nicht therapeutische Kindergruppe angebahnt.

Unser pädagogischer Umgang mit diesen Kindern hat sich im Laufe der Arbeit sehr gewandelt. Waren wir zu Beginn der Arbeit noch davon überzeugt, ein strafes Regelwerk mit Methoden aus der Verhaltenstherapie wäre unerlässlich, um mit 8 ADS Kindern in einer Kletterhall sinnvolle Arbeit zu gestalten, so sind wir immer mehr dazu übergegangen, den Schwerpunkt auf die Beziehungsarbeit zu legen. Selbstverständlich gibt es immer noch sehr klare Regeln, so wohl was den Umgang miteinander als auch die Sicherheitsbestimmungen beim Klettern angeht, aber der Schwerpunkt hat sich verändert. Anstatt auf ein starres Regelwerk setzen wir auf liebevolle, beziehungsorientierte Konsequenz. Hierbei sind uns die Leitlinien des Martemeokonzpts hilfreich.

Wir sind seit dem letzten Kurs, dazu übergegangen, die Kinder von Anfang an in die Sicherungstechnik ein zu führen und sie auch sofort unter Aufsicht eines geschulten Therapeuten sichern zu lassen. (Im ersten Schritt ist der Therapeut die erste Sicherung und das Kind lernt als zweite Sicherung die Handhabung. Im zweiten Schritt, ist das Kind die erste Sicherung und der Therapeut die Zweite. Niemals jedoch sichert ein Kind während des Kurses allein.

2.4. Zeitlicher Rahmen und Ablauf der Stunden

Das Kinderklettern findet immer Montagnachmittag, jeweils um 14:30 UHR und um 16:30 Uhr in der Kletterhalle des Alpenvereines zweimal monatlich für jeweils 1,5 Stunden statt für die Dauer von einem Jahr.

Zu Beginn jeder Stunde findet eine Runde statt, in der die Kinder kurz erzählen dürfen, wie es ihnen gerade geht. In dieser Runde werden die individuellen Ziele des Tages festgelegt. Hierzu werden die noch ausstehenden Aufgaben und unge lösten Probleme der letzten Stunde aufgegriffen und die in der Abschlussrunde der letzten Stunde erarbeiteten neuen Aufgaben noch mal neu definiert und als Zielsetzung für diese Stunde gegeben. Die Ziele werden von den Kindern weitge-

hend selber definiert, wir erachten es aber als unsere Aufgabe, dem Kinde Hilfestellung zu geben, die gesetzten Ziele dann auch zu erreichen, beziehungsweise in der Besprechung so zu adaptieren, dass diese auch erreicht werden können.

In der Halbzeit findet eine Pause von einer Viertelstunde statt. Auch hier kommen wir wieder in einer Runde zusammen um zu essen, zu trinken und uns kurz auszutauschen. Das Essen findet in Form eines kleinen Buffets statt. Jedes Kind überlegt sich im Laufe der Woche, was es zur Gemeinschaft beisteuern kann. Das mitgebrachte Essen muss gesund sein (z.B. getrocknete Früchte, Nüsse etc.) und durch Viele teilbar sein. Das gemeinsame Essen soll die Gemeinschaft stärken und die sozialen Kompetenzen fördern.

Zum Ende findet noch mal eine Runde statt, in der von jedem Kind selber reflektiert wird, ob es die gesteckten Ziele erreicht hat. Es findet keine Wertung unsererseits statt, jedoch eine Hilfestellung, neue Ziele für die nächste Stunde zu erarbeiten beziehungsweise nicht erreichte Ziele noch mal neu zu überdenken oder zu adaptieren.

2.5. Elternarbeit

Es findet zu Beginn jeden Kurses ein Elternabend statt, an dem die Zielsetzung des Projektes und technische Fragen zum Klettern geklärt werden.

Am Ende jeden Kurses findet ein Tagesausflug mit den Eltern in ein nahe gelegenes Klettergebiet statt. Dies dient sowohl dem nochmaligen Austausch zwischen Therapeut und Elternhaus als auch der Interaktionsförderung zwischen Eltern und Kind. Auch ist die Idee, den Eltern mit ihren Kindern wieder positive Erlebnisse miteinander zu ermöglichen und so vielleicht auch eine sinnvolle Freizeitgestaltung für die ganze Familie anzubahnen. (Einige Familien hat durch diese Aktion schon das Kletterfieber gepackt!)

Ein regelmäßiger kurzer Austausch mit den Eltern findet jeweils vor oder nach der Kletterstunde statt. Zudem besteht die Möglichkeit, individuelle Elterngespräche zu vereinbaren. Da ungefähr ein Drittel der Kinder sich zusätzlich in unserer ergotherapeutischen Behandlung befindet, besteht auch die Möglichkeit, Themen

therapeutischen Behandlung befindet, besteht auch die Möglichkeit, Themen aus dem Kletterkurs im regulären Elterngespräch aufzugreifen.

Ein zusätzliches Angebot für Eltern mit den Geschwisterkindern besteht seit 2008. Auf Grund der regen Nachfrage der Eltern bieten wir nun auch im Laufe des Jahres einen Kletterausflug in die Umgebung an.

2.6. Betreuungspersonen

Die Gruppe wird immer von mindestens zwei Betreuungspersonen geleitet, i. d. R. von einem erfahrenen Kletterer und einer pädagogischen oder therapeutischen Fachkraft. Bei Gruppen mit besonders hohem Betreuungsaufwand kommt jeweils noch eine studentische Hilfskraft dazu.

2.7. Kosten

Der monatliche Beitrag pro Kind beträgt 48.-Euro von September bis Juli. Darin enthalten sind die Personalkosten, die Miete für die Kletterhalle und das Material. Ebenfalls darin enthalten ist der Eltern-Kind Kletterausflug am Ende des Kurses, der mit Bestandteil der Konzeption ist

Eine Ermäßigung ist nach Absprache möglich. Die Differenz wird vom Förderverein für psychisch kranke Kinder e.V. getragen. Unter ganz bestimmten Bedingungen ist es sogar möglich, dass ein Kind komplett gefördert wird. Dies durften wir bisher einmal für ein Kind in Anspruch nehmen.

2.8. Evaluation

Eine Evaluation hat in Form von Elternfragebögen stattgefunden. Die Ergebnisse finden sich in Kap. 9. Im Anhang finden sie ein Exemplar des Elternfragebogens.

3. Störungsbild und Grundlagen in der Behandlung ADS

Da es sehr verschiedene Blickwinkel gibt, dieses Störungsbild ADS zu betrachten - die Autoren dieser Arbeit aber davon überzeugt sind, dass sowohl die Diagnostik als auch die umfassende Behandlungsplanung in die Hände eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder eines erfahrenen Pädiaters gehört - orientieren wir uns eng an den Leitlinien und Empfehlungen der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

3.1. Begriffsbestimmung

Grundlage der ärztlichen Diagnostik nach den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist im deutschen Sprachraum das ICD-10 (International Classification of Disease, Injuries and Causes of Death). Hier wird noch der Begriff der Hyperkinetischen Störung verwendet. Im Alltagsgebrauch jedoch wird immer mehr der Begriff Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung - kurz ADS - gebraucht. Dieser Begriff stammt aus dem DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Hierbei handelt es sich um ein Klassifikationssystem, das ursprünglich hauptsächlich in der USA verwendet worden ist. Mittlerweile wird es aber auch von den hiesigen Kinder- und Jugendpsychiatern benutzt.

In den Medien wird dagegen häufig der Begriff „Hyperaktiv“ unsachgemäß verwendet. Die falsche Verwendung hat zu vielen Vorurteilen gegenüber diesen Kindern geführt. Wir verwenden weitestgehend den Begriff ADS. In medizinischen Belangen orientieren wir uns an der Nomenklatur des ICD 10.

3.2. Klassifikation

3.2.1. Definition

Hyperkinetische Störungen (HKS) sind durch ein durchgehendes Muster von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität gekennzeichnet, das in einem für den Entwicklungsstand des Betroffenen abnormen Ausmaß situationsübergreifend auftritt. Die Störung beginnt vor dem Alter von 6 Jahren und sollte in mindestens 2 Lebensbereichen/Situationen (z.B. in der Schule, in der

Lebensbereichen/Situationen (z.B. in der Schule, in der Familie, in der Untersuchungssituation) über mehr als 6 Monate auftreten.

3.2.2. Leitsymptome

Leitsymptome sind Unaufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit), Überaktivität, (Hyperaktivität, motorische Unruhe), auch Impulsivität.

3.2.3. Schweregradeinteilung

Vermutliche handelt es sich um ein kontinuierlich verteiltes Merkmal. Im DSM-IV wird auch der vorherrschend unaufmerksame Subtypus beschrieben. Dieser zeichnet sich durch eine sehr viel geringere motorische Aktivität aus, tendiert sogar manchmal regelrecht zur Hypoaktivität, viele dieser Kinder sind auch hypoton. Generell lässt sich der Schweregrad an der Intensität der Symptomatik, an dem Grad der Generalisierung in verschiedenen Lebensbereichen (Familie, Kindergarten/Schule, Freizeitbereich), der Einschränkung des Funktionsniveaus in diesen Lebensbereichen und an dem Grad bemessen, in dem die Symptomatik nicht nur in fremdbestimmten Situationen (z.B. Schule, Hausaufgaben), sondern auch in selbstbestimmten Situationen (Spiel) auftritt.

3.2.4. Untergruppen

Hinsichtlich der Klassifikation von Subtypen konnte noch kein Konsens gefunden werden. Nach DSM-IV lassen sich hyperkinetische Störungen (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen) wie folgt unterteilen:

- Vorherrschend unaufmerksamer Subtypus
- Vorherrschend hyperaktiver-impulsiver Subtypus
- Gemischter Subtypus.

Bei Jugendlichen und Erwachsenen, die nicht mehr alle notwendigen Symptome zeigen, kann die Diagnose nach DSM-VI durch den Zusatz „in partieller Remission“ spezifiziert werden.

ICD-10 macht folgende Unterscheidungen:

- Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0)
- Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1), bei der sowohl die Kriterien für eine hyperkinetische Störung als auch für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt sind. Diese Kombinationsdiagnose wird durch die Häufigkeit begründet, mit der beide Störungen gemeinsam auftreten, und mit der im Vergleich zur einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung vermutlich ungünstigeren Prognose. Andere und nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störungen (F.90.8 und F90.9)
- Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F98.8, oder F 90.8)

3.2.5. Ausschlussdiagnose

Wenn bei intellektuell retardierten Patienten hyperkinetische Symptome vorliegen, müssen diese deutlich stärker ausgeprägt sein als dies bei Menschen mit diesem Grad an Retardierung üblicherweise der Fall ist. Bei Patienten mit einem IQ von unter 50 und extremer Unruhe sowie repetierendem Verhalten muss die Diagnose einer überaktiven Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien (F84.4) erwogen werden.

Tief greifende Entwicklungsstörungen (F84.4) sind nach ICD-10 und nach DSM-IV Ausschlussdiagnosen. Allerdings zeigen nicht alle Kinder und Jugendlichen mit einer tief greifenden Entwicklungsstörung auch die Symptome einer hyperkinetischen Störung und eine Doppeldiagnose bei Patienten, welche die Kriterien beider Störungen erfüllen, setzt sich sowohl in der Forschung als auch in der Praxis durch. Weitere Ausschlussdiagnosen sind dem Entscheidungsbaum für die Diagnose hyperkinetischer Störungen in den Leitlinien zu entnehmen.

3.3. Ärztliche Diagnostik

Laut Leitlinien, wird eine störungsspezifische Diagnostik empfohlen, die im Wesentlichen folgende Elemente enthält:

- Genaues Erfassen der Symptomatik mittels Exploration der Eltern, des Kindergartens/der Schule durch Fragebögen und Verhaltensbeobachtungen während der Untersuchungssituation.

- Erfassen der störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte
- Erfassen von psychiatrischen Komorbiditäten (80% aller ADS- Kinder haben komorbide Störungen).
- Ausschluss von Störungsrelevanten Rahmenbedingungen (hierzu gehört auch die körperliche Untersuchung)
- Apparative, Labor- und Testdiagnostik und psychologische Testverfahren (z.B. Intelligenztests zum Ausschluss einer Intelligenzminderung oder Teilleistungsstörung)
- Weitergehende Diagnostik und Differenzialdiagnostik wie zum Beispiel die Abklärung einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung (Autismus), einer schizophrenen Störung, einer organisch-neurologischen Primärstörung, desorganisierte, chaotische Familienverhältnisse, Misshandlung oder massive Vernachlässigung und andere Störungen (siehe Leitlinien).

3.4. Multiaxiales Bewertungssystem

Es findet eine Zusammenfassung der diagnostischen Ergebnisse statt, welche im multiaxialen Bewertungssystem eingeordnet werden. Hierzu gehört die Identifizierung der Leitsymptome, die Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen unter Einbezug der Differenzialdiagnosen.

3.5. Interventionen, multimodale Therapieansätze

Die Behandlung kann meist ambulant durchgeführt werden. Eine stationäre oder teilstationäre Therapie kann bei besonders schwer ausgeprägter hyperkinetischer Symptomatik, bei besonders schwer ausgeprägten komorbiden Störungen, so wie bei mangelnden Ressourcen in der Familie oder im Kindergarten/Schule oder bei besonders ungünstigen psychosozialen Bedingungen indiziert sein. Auch eine nicht erfolgreich verlaufende ambulante Therapie, kann eine Indikation für eine stationäre/teilstationäre Behandlung sein.

Wie bereits erwähnt können die meisten Kinder mit ADS ambulant behandelt werden, weshalb wir uns auf den multimodalen Therapieansatz in der ambulanten Therapie beschränken.

Ansatzpunkte einer multimodalen Behandlung

Die multimodale Behandlung der hyperkinetischen Symptomatik kann folgende Interventionen umfassen;

- Aufklärung der Eltern und Erzieher/Lehrer oder anderer wichtiger Bezugspersonen hinsichtlich der Symptomatik, der vermuteten Ätiologie und der vermutlichen Verlaufes sowie der Behandlungsmöglichkeiten. Ebenso ist die Beratung hinsichtlich pädagogischer Interventionen zur Bewältigung konkreter Problemsituationen angezeigt.
- Aufklärung und Beratung des Kindes/des Jugendlichen. Diese wird ab dem Schulalter empfohlen und wird entsprechend dem Entwicklungsstand des Kindes/Jugendlichen durchgeführt. Inhaltlich umfasst sie die selben Punkte wie die Aufklärung der Eltern.
- Elternt raining und Interventionen in der Familie: Diese Interventionen setzen eine Kooperationsbereitschaft der Hauptbezugspersonen sowie das Vorhandensein von Ressourcen in der Familie voraus. Das Elternt raining einschließlich verhaltenstherapeutischer Interventionen in der Familie beinhaltet die Anwendung positiver Verstärkung und negativer Konsequenz bei umschriebenem Problemverhalten in der spezifischen Problemsituation unter Einbeziehung spezieller verhaltenstherapeutischer Techniken. Bei Kindern ab dem Schulalter sind auch Selbstmanagement-Interventionen (Selbstbeobachtung, Selbstbeurteilung und Selbstverstärkung) Inhalt des Elternt rainings. Bei Störungen der familiären Beziehung und bei Jugendlichen können familientherapeutische Interventionen hilfreich sein.
- Interventionen im Kindergarten/Schule zur Verminderung externaler (hyperkinetischer/aggressiver) Symptomatik. Diese kann in ganz besonderen Fällen, auch eine Platzierung in einer Sondereinrichtung beinhalten. In der Regel finden Interventionen auf verhaltenstherapeutischer Basis statt, so wie Selbstmanagement-Interventionen. Diese erfordern natürlich eine gute Kooperation mit den Pädagogen und setzen Ressourcen des Lehrpersonales

voraus. In besonders schweren Fällen gibt es auch die Möglichkeit, einen Schulbegleiter/Integrationshelfer hinzuzuziehen.

- Kognitive Therapie des Kindes/Jugendlichen zur Verminderung von impulsiven und unorganisierten Aufgabenlösungen und /oder zur Anleitung des Kindes/Jugendlichen zur Modifikation des Problemverhaltens. Diese ist bei Kindern ab dem Schulalter empfohlen und beinhaltet unter anderem Methoden zur Selbstinstruktion (z.B. Selbstinstruktionstraining nach Lauth und Schlottke) oder Selbstmanagement-Interventionen.
- Pharmakotherapie zur Verminderung hyperkinetischer Symptome in der Schule (im Kindergarten), in der Familie oder in anderen Umgebungen. Vor einer medikamentösen Behandlung sollten die Patienten unter Berücksichtigung bestimmter Aspekte gründlich untersucht werden. Ebenso ist eine ausführliche Familienanamnese bezüglich bestimmter Erkrankungen zu erheben. Eine Aufklärung der Eltern über Nutzen und Risiken der Durchführung und Unterlassung der medikamentösen Therapie ist zu Beginn jeder Behandlung unerlässlich.

Bei medikamentöser Behandlung sind die Effekte in der Schule, zu Hause und während anderer Aktivitäten des Kindes zu kontrollieren. Das Kind ist als aktiver Teilnehmer in diesen Prozess einzubinden. In Deutschland zugelassene Präparate für Kinder ab 6 Jahren zur Behandlung des ADS sind; Methylphenidat mit schneller Freisetzung (Ritalin Medikinet, Equasym, Methylphenidat Hexal), d-l-Amphetamin (Amphetaminsaft oder Kapseln), Methylphenidat mit modifizierter Freisetzung (Medikinet Retar, Concerta, Equasym Retard) und Atomoxetin (Strattera). Die Psychostimulanzientherapie sollte adaptiv bezüglich der Dosierung und der Tagesabschnitte, die durch die Therapie abgedeckt werden sollen, eingesetzt werden. Methylphenidat wird auf Grund der klinischen Erfahrung und der Studienlage als generelle Medikation der ersten Wahl empfohlen. Während der medikamentösen Behandlung hat eine regelmäßige Verlaufskontrolle durch den Arzt zu erfolgen, die wiederum bestimmte Aspekte zu berücksichtigen hat, wie zum Beispiel die Entwicklung der Leitsymptome, die schulischen Leistungen, die emotionale Entwicklung, die Beziehung zu Gleichaltrigen und vieles mehr.

Weiterhin sind natürlich auch besondere Aspekte vom Arzt zu berücksichtigen, wie Drogen- und Medikamenten Missbrauch bei Jugendlichen oder Tickstörung bei Kinder/Jugendlichen, die unter Umständen ein Ausschlusskriterium für eine medikamentöse Behandlung sein können. Auch eventuelle Nebenwirkungen, wie Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Tics etc. sind vom Arzt in regelmäßigen Abständen zu erfassen.

(Der Abschnitt Pharmakotherapie wurde von uns stark gekürzt, da die medikamentöse Behandlung in die Hände eines erfahrenen Pädiaters/Kinder- und Jugendpsychiaters gehört und hier nur ein Einblick in die Pharmakotherapie gegeben werden soll.)

Neben der Möglichkeit, Kinder/Jugendliche in besonderen Fällen auch stationär/teilstationär zu behandeln, gibt es auch die Möglichkeit, längerfristige Hilfen im Rahmen der Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen.

Unter entbehrlichen Therapiemaßnahmen werden in den Leitlinien die phosphatarme Diät, die Wirksamkeit homöopathischer Arzneimittel, die tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie und die Wirksamkeit von Entspannungsverfahren genannt.

Die Wirksamkeit von ungesättigten Fettsäuren und von Neurofeedback ist in einigen kleineren Studien nachgewiesen worden, ausführlichere Studien sind jedoch noch notwendig, weshalb sie auch unter entbehrlichen Therapiemaßnahmen genannt werden.

Die Wirksamkeit von Mototherapie, Krankengymnastik Psychomotorik und Ergotherapie zur *alleinigen* Behandlung der hyperkinetischen Kernsymptomatik ist nicht belegt (und wird deshalb unter entbehrlicher Therapie in den Leitlinien aufgeführt.)

Die Autoren sind der Meinung, dass die ergotherapeutische Behandlung ein wichtiger Behandlungsbaustein in einem multimodalen Behandlungskonzept einnimmt und als ergänzende Maßnahme wichtige Aspekte der Behandlung berücksichtigt, wie im Kapitel 4 ausführlich dargestellt wird.

4. Die ergotherapeutische Behandlung als Baustein eines multimodalen Behandlungsansatzes in der Behandlung von Kindern mit ADS

Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkungen bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigung in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, den Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen.

(DVE 08/2007)¹

Mit dieser gemeinsamen Definition für die Ergotherapie möchten wir uns dem Tätigkeitsfeld in der Pädiatrie und hier speziell der Arbeit mit ADS Kindern annähern. Nach der Definition des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten steht die Erfassung und Therapie der Betätigungskompetenz im Zentrum der ergotherapeutischen Therapie. Im Prozess der Behandlung von ADS Kindern erheben Ergotherapeuten fortlaufend die Evaluation der Betätigungskompetenz in den Bereichen

- Selbstversorgung
- Produktivität ((z. B. Schule, Hausaufgaben, aufräumen)
- Freizeit (ruhige und aktive Freizeit, soziales Leben)

Gemeinsam mit Eltern und Kind entwirft die Ergotherapeutin den Behandlungsplan / Aktionsplan und wählt die geeigneten Methoden und Maßnahmen aus.

Die in der Ergotherapie angewandten Methoden bedienen sich häufig auf der Grundlage von Bezugswissenschaften berufsübergreifender Konzepte (siehe dazu Kap.4.2), in denen durch eine gezielte Vorgehensweise und Fokussierung auf eine handlungsbezogene Zielsetzung das typisch Ergotherapeutische erarbeitet und aufgezeigt wird.

¹ www.dve.info/aerzte.html

4.1. Ergotherapeutische Befunderhebung als Grundlage für die Behandlungsplanung

Der ergotherapeutische Evaluationsprozess dient nicht nur dazu die Behandlung zu planen, sondern gibt auch die Möglichkeit dem Arzt zusätzliche Informationen, auf der Partizipations- oder Betätigungsebene für seine Diagnose zur Verfügung zu stellen.

Die Ergotherapeutin sieht das Kind regelmäßig und hat so die Möglichkeit, in verschiedenen Situationen einen umfassenden Eindruck vom Kind, seiner Entwicklung und seinem Alltag zu bekommen. Ihre Informationen können für den Arzt zur Planung weiterer Interventionen wertvoll und hilfreich sein.

4.1.1. Erstgespräch und Beobachtung

Im Erstkontakt mit den Eltern sammelt die Ergotherapeutin Informationen zur aktuellen Situation des Kindes, erfährt etwas zum Behandlungsauftrag des Arztes und der Familie. Sie kann ihrerseits ihren Behandlungsansatz erläutern und Informationen geben zum Ablauf der weiteren Therapiestunden.

In einem Anamnesebogen erfasst sie neben Fragen zur Schwangerschaft, Geburt und Entwicklung des Kindes vor allem auch Hinweise zur aktuellen störungsspezifischen Situation hinsichtlich

- des Verhaltens des Kindes in seinem Alltag (Leitsymptomatik, Handlungskompetenz, sozialem Verhalten und Emotionalität)
- problematischer Situationen (in der Familie, in der Öffentlichkeit, Kindergarten, Schule, Hort, Freundeskreis, Sportverein usw.)
- Art des Verhalten des Kindes und deren Veränderbarkeit in unterschiedlichen Situationen
- Den Ressourcen des Kindes und seines Umfeldes (Stärken und Fähigkeiten, Hilfemöglichkeiten und Unterstützungen im Umfeld)
- Wunsch nach Veränderung des Kindes und der Eltern, d. h. was ist jeder Bereit dafür zu tun bzw. welche Versuche wurden schon getätigt?

Gemeinsam wird danach auf der Partizipationsebene der alltagsbezogene Behandlungsauftrag gemeinsam mit Eltern und Kind erarbeitet und formuliert. Somit

kann dieser im Verlauf der Therapie immer wieder aufgegriffen werden und stärkt die Verantwortlichkeit und Beteiligung aller am Erreichen des Ziels.

4.1.2. Klientenzentrierte Assessments / Fragebögen

Neben klientenzentrierter ergotherapeutischen Assessments wie z. B. dem Assessment Canadian Occupational Performance Measure (COPM), der die Handlungskompetenz des Kindes erhebt, in der Ausführung bewertet und im Verlauf Veränderungen in der Problempromanz evaluiert, gibt es in der gegenwärtigen Literatur weitere Fragebogenverfahren die zur Eingangsdiagnostik als auch zur weiteren Verlaufskontrolle in der Ergotherapie genutzt werden können.

Erwähnenswert sind dabei vor allem die THOP Checklisten von Döpfner et. Al. (1998) die vor allem Problemsituationen in der Familie und Verhaltensprobleme bei den Hausaufgaben beschreiben. Auch Lauth und Schlottke (1997) haben im Rahmen ihres Aufmerksamkeitstrainings einen Fragebogen entwickelt, der Aufmerksamkeitsstörungen in ihren Auswirkungen differenziert (Lauth und Linderkamp 2000). Zur Erfassung der Stärken und Schwächen eines Kindes bietet der SDQ (Goodman 1999) eine gute Möglichkeit sowohl Eltern- und Lehrermeinung zu erfassen als auch das Kind sich einschätzen zu lassen.

4.1.3. gezielte Verhaltensbeobachtung

Für die Ergotherapie ist Verhaltensbeobachtung ein wichtiger Aspekt der Befunderhebung. Beobachtungsbögen, wie z. B. der „Hofgeismarer Beobachtungsbogen – HVB“ (Kolberg 2006) ermöglichen eine strukturierte Dokumentation von Verhalten des Kindes in verschiedenen Bereichen. Die Beobachtung in verschiedenen Situationen ist deshalb so wichtig, weil ADS-Kinder in neuen und spannenden Situationen tendentiell motiviert und konzentriert sind und es ihnen bei langweiligen Aufgaben schwerer fällt, ihre Konzentration aufrecht zu erhalten.

Ebenso wichtig ist es, das Kind auf verschiedenen Ebenen zu beobachten um Schwächen und Stärken in die Therapiestunden einbinden zu können. Dabei werden beobachtet

- Motorik
- Aufmerksamkeit

- Impulsivität
- Handlungskompetenz
- Arbeits- und Regelverhalten
- Sozialverhalten und
- Emotionalität

sowohl im freien als auch im angeleiteten Spiel bis hin zum Regelspiel. Auch fließenden Beobachtungen ein, wie sich das Kind in verschiedenen sozialen Situationen verhält – im Kontakt zu Kindern /Erwachsenen, im Einzelkontakt oder in einer Gruppenkonstellation usw.

Zur Untermauerung der Diagnostik von Aufmerksamkeitsverhalten ist es besonders wichtig, dem Kind auch Arbeitsproben wie Zuordnungs- und Suchaufgaben als auch strategische und wissensabhängige Aufgaben zu geben und das Kind bei der Bewältigung dieser zu beobachten. Solche strukturierten Aufgabenstellungen können natürlich auch durchgeführte Tests im Bereich der Motorik oder anderer Teilleistungsbereiche sein.

4.1.4. Befunderhebung anderer Verdachtsdiagnosen

Häufig kommen Kinder mit ADS schon mit beschriebenen zusätzlichen Störungen in die Praxis oder es stellt sich im Verlauf der ergotherapeutischen Befundung heraus, dass Komorbiditäten mitbehandelt werden sollten. Ggf. kann dann die Ergotherapeutin zu ihrer Sammlung an Informationen Befunde aus den Bereichen

- Fein- und grobmotorische Auffälligkeiten
- Visueller Wahrnehmung
- Auditiver Wahrnehmung sowie der
- Wahrnehmungsverarbeitung

hinzufügen oder selbst erfassen mittels spezieller Tests. Bei jüngeren Kindern ist oftmals eine Erfassung des Entwicklungsstandes mit Entwicklungstest sinnvoll.

4.2. Ergotherapeutische Behandlungsansatz

Wenn man davon ausgeht, dass bei ADS eine Störung der exekutiven Funktionen vorliegt und das damit ein generelles Inhibitionsdefizit besteht, das sich insbesondere auf die motorischen und kognitiven Fertigkeiten negativ auswirkt, kommt der Ergotherapie mit funktionell orientierten Therapietechniken zur Verbesserung der motorischen Koordination sowie der Förderung der Handlungsplanung und der Arbeitshaltung im Rahmen handlungsorientierter Aufgabenstellungen wichtige Bedeutung im multimodalen Konzept zur Behandlung von ADS Kindern zu.

Methoden, die ursprünglich nicht von Ergotherapeuten entwickelt wurden kommen in der ergotherapeutischen Behandlung bei ADS im Rahmen der neuropsychologischen und psychisch-funktionellen Behandlung als anerkannte und bereits auf ihre Wirksamkeit hin untersuchte Verfahren wie Aufmerksamkeits- und Konzentrationstrainings häufig zum Einsatz. Winter / Arasin haben diese in ihrem 2007 erschienenen Buch² ausführlich beschrieben:

- **THOP** (Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten, Döpfner et. Al. 1998)
- **Alert-Programm** (ergotherapeutisches Programm für Kinder mit ADHS, Williams und Shellenberger 2001)
- **KTP** (Konzentrationstrainingsprogramm, Ettrich 1998)
- **MTK** (Marburger Konzentrationstrainingsprogramm, Krowatschek et. Al. 2004)
- Training für aufmerksamkeitsgestörte Kinder (**Lauth & Schlottke** 2002)
- **Attentioner** (Jacobs et. Al. 2005)
- **Reminder** (Lepach, et. Al. 2003)

In Einzel- oder Gruppentherapie eingesetzt arbeiten alle erwähnten manualisierten Konzepte am medizinischen Störungsbild orientiert. In den meisten Fällen kommen klassisch verhaltenstherapeutische Interventionen (durch den Einsatz von Verstärkern) und kognitiv, verhaltensmodifizierende Verfahren (Selbstinstruktion

² Winter / Arasin: Ergotherapie bei ADHS, Thieme Verlag 2007

/Selbstmanagement) zu Einsatz. Häufig werden Leitfiguren genommen, um die Identifikation der Kinder mit den Trainings zu verbessern.

KTP, MTK und das Training für aufmerksamkeitsgestörte Kinder nach Lauth & Schlottke arbeiten bewusst auf der Ebene der Veränderung des Arbeitsverhaltens. Attentioner und Reminder - als neuropsychologische Trainings – nutzen verhaltenstherapeutische Interventionen, um bei den Kindern sozial erwünschtes Verhalten anzubahnen. Unterschiedlich werden in den jeweiligen Konzepten auch die Eltern eingebunden, wobei sich Attentioner und Reminder deutlich auf die Leistungssteigerung (Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsleistungen) der Kinder konzentrieren. Bis auf das Alert-Programm sind die Programme von Psychologen entwickelt und gehen aus ergotherapeutischer Sicht zu wenig auf sensomotorische Aspekte ein.

In unseren Plädoyer für eine psychisch-funktionelle Gruppentherapie innerhalb der Ergotherapie mit dem Medium Klettern haben wir uns vor allem mit Konzepten von KollegInnen auseinandergesetzt, die uns einen ergotherapeutischen / handlungspraktischen Umgang mit unserem ADS-Klientel aufzeigen, welches die ganzheitliche Betrachtung und die Orientierung an den Ressourcen der ADS-Kindern beachtet.

Das “Ergotherapeutische Trainingsprogramm bei ADHS” (ETP-ADHS) nach Winter/Arasin für Kinder hat zum Ziel, die Symptomatik zu verringern, die Handlungssteuerung zu verbessern, die Frustrationstoleranz zu erhöhen und die Eltern-Kind-Beziehung zu entlasten. Das Trainingsprogramm umfasst 26 Therapieeinheiten. Jede Therapiestunde wird detailliert beschrieben. Das ET-ET, das Elterntrainingsprogramm, findet in den letzten 10 Minuten der Trainingsstunden statt. Es soll über die Störung ADS informieren, adäquates Elternverhalten für eine Verringerung der Symptomatik beim Kind etablieren und dadurch auch die Eltern-Kind-Interaktion verbessern.

Die kindbezogenen Einheiten sind aufeinander aufbauend und gliedern sich in zwei Phasen: Koordination und Selbstregulation sowie handlungsorientiertes Aufmerksamkeitstraining.

4.3. Das Medium Klettern in der Ergotherapie

Viele ergotherapeutische Praxen besitzen bereits eine eigene, kleine Kletterwand (Boulderwand). Wird das Klettern im Rahmen der ergotherapeutischen Behandlung in der eigenen Praxis angewandt, ist es über die Krankenkasse ab rechenbar. Diese Art der Behandlung hat durchaus ihre Berechtigung, wie wir gleich ausführen werden. In unserem Projekt werden wir einen anderen Schwerpunkt aufzeigen, da das Klettern in der Gruppe in einer Kletterhalle stattfindet.

Das ergotherapeutische Klettern im Rahmen der Behandlung in der Praxis, ist besonders für Kinder und Jugendliche mit Wahrnehmungsstörungen und cerebralen Bewegungsbeeinträchtigungen geeignet. Im Sinne der sensorischen Integrations-therapie werden besonders die Basissinne (Gleichgewichtssinn, Körpersinn und Tastsinn) angesprochen. Eine positive Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper steht im Vordergrund dieser Therapieform. Die motorischen Komponenten fordern Auge-Hand und bilaterale Koordination. Bewegungsplanung und Körperspannung werden gezielt angesprochen. Im kognitiven Bereich lernen die Kinder beim Klettern sich zu konzentrieren, Handlungen und Schritte zu planen. Psychisch werden die Kinder herausgefordert, sich selbst einzuschätzen, die eigenen Grenzen und Ressourcen zu erfahren und mit den eigenen Ängsten um zu gehen, allerdings nicht in dem Maße wie in der Halle. Die Kletterwände in der Praxis sind meistens nicht höher wie 2.50 Meter und die Kinder klettern meist unangeseilt. Stürze werden durch eine dicke Matte abgefangen. Die psychische Belastung ist deshalb geringer, wie beim Klettern in großen Höhen.

Klettern in der Ergotherapie ist sinnvoll

- bei Kindern mit Wahrnehmungsstörungen
- bei sensorischen Integrationsstörungen
- bei nicht angepasster Tonusregulierung und Kraftdosierung
- bei Schwierigkeiten mit Gleichgewichtsreaktionen
- bei mangelnder Koordination der beiden Körperhälften
- bei schlechter Augen-Hand-Koordination Hand-Hand-Koordination und Hand-Fuß-Koordination
- bei Schwierigkeiten in der Bewegungsplanung und den Bewegungsabläufen

- bei Problemen beim Einhalten von Reihenfolgen, Frequenzen und Rhythmen
- bei schwachem Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein

Bei Kindern mit der Diagnose ADS bietet sich das Klettern in der Halle als Gruppentherapie nach den Richtlinien der psychisch-funktionellen Behandlung an, wie im Kapitel 6 ausführlich dargestellt wird.

5. Grundlagen des therapeutischen Kletterns

Da es mittlerweile eine Fülle von Literatur zum Thema Klettern gibt, sowohl aus diversen therapeutischen Richtungen als auch aus der pädagogischen (speziell der Sozialpädagogik), werden wir uns hier mit einer kurzen Einführung in das therapeutische Klettern begnügen, um uns dann im Kapitel 6, ausführlich mit den ergotherapeutischen Aspekten der Wirkprinzipien des Kletterns, unter Berücksichtigung der Richtlinien des ergotherapeutischen Heilmittelkataloges zu befassen.

Da das therapeutische Klettern aus dem klassischen Sportklettern erwachsen ist, geben wir erst einen Überblick, über das Sportklettern, auch um die Begrifflichkeiten zu definieren.

5.1. Einführung in das Sportklettern³

Sportklettern ist eine Form des Freikletterns, dessen moderne Ausprägung Ende der 60er und Anfang 70er Jahre in den USA entstand und nach der Erstbegehung der Route "Pumprisse" durch Reinhard Karl 1977 in Deutschland populär wurde. Beim Sportklettern stehen im Gegensatz zum klassischen Bergsteigen weniger alpinistische, sondern eher sportliche Motive im Vordergrund; anstatt einen Gipfel zu erreichen, geht es beim Sportklettern darum, die Kletterroute an sich, d. h. meist hohe technische Schwierigkeiten auf kurzen Strecken zu überwinden. Der Begriff bezieht sich nicht nur auf das Klettern am natürlichen Fels, sondern auch auf das Klettern an künstlichen Anlagen wie zum Beispiel in der Kletterhalle.

³ In Auszügen aus Wikipedia, der freien Enzyklopädie

Beim Sportklettern dienen Seil und Haken üblicherweise nur als Sicherung und werden nicht für die Fortbewegung benutzt. Meistens wird in Zweierseilschaften geklettert, wobei sich eine Person am Boden befindet oder in einem Stand fixiert ist und sichert, während die andere Person klettert („vorsteigt“). Seltener angewandt werden Techniken, mit denen sich eine einzelne Person während des Kletterns selbst sichert (Solo-Klettern). Wird ganz auf eine Sicherung verzichtet, spricht man vom Free-Solo-Klettern.

Sportklettern wird sowohl als Breitensport als auch als Wettkampfsport betrieben. Als Bewegung umfasst das moderne Sportklettern nicht nur rein klettertechnische oder sportliche Aspekte, sondern ein ganzes Lebensgefühl, in dem oftmals Werte wie "Coolness", Spontaneität, Kreativität, Hedonismus oder gelebte Freiheit zum Ausdruck kommen.

Das Sportklettern kann auf verschiedene Arten betrieben werden. Diese **Spielformen** überschneiden sich teilweise. Differenzierungskriterien können die Motivation, der Ort, die Beschaffenheit der Wände, die Absicherung und anderes sein.

- **Plaisirklettern**

Der Begriff Plaisierklettern wurde 1992 von Jürg von Känel mit dem Titel eines Kletterführers namens „Schweiz Plaisir“ eingeführt. Als Plaisirkletterer werden darin diejenigen bezeichnet, die hauptsächlich in unteren Schwierigkeitsgraden zum Genuss (französisch: plaisir) klettern. In diesen Schwierigkeitsgraden klettern gerne auch Familien.

Insgesamt ist das Plaisirklettern neben dem Hallenklettern die am weitesten verbreitete Spielform des Sportkletterns und eine bedeutende Komponente der Entwicklung des nicht primär leistungs- und schwierigkeitenorientierten Breitensports.

- **Schwierigkeitsklettern**

Im Gegensatz zum Plaisirklettern steht beim Schwierigkeitsklettern (teilweise von Laien auch undifferenziert als Extremklettern bezeichnet) das Klettern in mittleren und hohen Schwierigkeitsgraden - meist an der persönlichen Leistungs- und Sturzgrenze - im Vordergrund. Stürze werden dabei, bis zum Erlangen des Klettererfolgs, bewusst in Kauf genommen. Falls der Kletterer entscheidet die Route on-sight oder flash zu versuchen hat er da-

zu einen Versuch der gelingt - oder mit einem Sturz endet. Danach wird die Route zum persönlichen Kletterprojekt. Bis zum erfolgreichen Durchstieg, im anerkannten rotpunkt Begehungsstil, übt der Kletterer in seinem "Projekt".

- **Bouldern**

Bouldern ist Sportklettern in Absprunghöhe. Daher fehlen Sicherungsseil und Klettergurt. Wesentliche Ausrüstungsteile sind Kletterschuhe, ein Magnesiabeutel, eine Zahnbürste (um die Griffe zwecks besserer Reibung zu putzen), ein Teppich zum Putzen der Schuhe und eine Bouldermatte um Stürze abzufangen sowie Fußverletzungen zu vermeiden. Sogenannte Boulderprobleme können nur aus wenigen senkrechten Zügen bestehen, waagrecht oder quer können sie aber beliebig weit reichen. Boulderer reizt es, für eine verhältnismäßig kurze Kletterroute alle Kletterfähigkeiten in besonders konzentrierter Form einzusetzen.

Meist müssen einzelne Passagen mehrmals versucht oder gar häufig geübt werden, um ein Boulderproblem optimal zu lösen. Da Boulderprobleme oft komplexe Bewegungsmuster verlangen, geht es in einem ersten kreativen Schritt darum, herauszufinden, wie die Bewegungen funktionieren. Es gilt, das Rätsel, das Problem geistig zu lösen. Konditionell ist beim Bouldern in der Regel ein höchst möglicher Krafteinsatz („Maximalkraft“) notwendig.

- **Alpines Sportklettern**

Seit Beginn des Sportkletterns beschränkten sich die Sportkletterer nicht nur auf die Klettergärten. Auch im alpinen und hochalpinen Gelände werden Mehrseillängenrouten und deren einzelne Seillängen im Rotpunktstil freigelettert. Die Übertragung der Errungenschaften des Schwierigkeitskletterns auf hohe Alpenwände wurde von Wolfgang Güllich als logische und zwingende Entwicklung bezeichnet. Der wesentliche Unterschied zum klassischen alpinen Klettern ist im weiten Sinne – unabhängig von der Qualität der Absicherung – der sportklettermäßig anerkannte Begehungsstil, mit dem die Route durchklettert wird. Im engen Sinne kann man unter alpinem Sportklettern aber auch nur diejenigen Routen zusammenfassen, die neben der Rotpunktbegehung auch soliden Fels und gute, fix installierte Siche-

rungsmittel – üblicherweise Bohrhaken – aufweisen. Im Gegensatz zum Klettern im Klettergarten handelt es sich bei alpinen Sportkletterrouten immer um Mehrseillängenrouten. Alpines Sportklettern erfordert vom Kletterer zusätzliche alpinistische Kenntnisse, beispielsweise über Wetterkunde, Orientierung, alpine Gefahren und Bergungstechniken. Diese zusätzlichen Anforderungen bewirken, dass bei alpinen Sportkletterrouten der reine Schwierigkeitsgrad an Aussagekraft verliert.

- **Outdoorklettern / Indoorklettern**

Unter Outdoorklettern versteht man das Klettern im Freien an natürlichen Felsen und Wänden.

Der Begriff Hallenklettern oder Indoorklettern bezeichnet das Klettern in der Kletterhalle oder an privaten häuslichen Trainingswänden. Durch das ständig wachsende Angebot an Kletterhallen nimmt auch die Zahl an Indoorkletterern zu. Die meisten Hallenkletterer gehen früher oder später auch zum Outdoorklettern. Es gibt jedoch auch eine wachsende Zahl an Sportkletterern, die auch längerfristig, im Sinne eines reinen Fitnesssports in der Kletterhalle bleiben. Umgekehrt wächst aber auch die Akzeptanz der Kletterhalle als Wintertraining für überzeugte Outdoorkletterer. Die Kletterhallen sind zusammen mit dem Plaisirklettern wesentliche Träger der Entwicklung des Sportkletterns zum Breitensport.

- **Buildering**

Unter Buildering oder urban climbing versteht man das Klettern an Gebäuden und künstlichen Mauern. In Städten wie beispielsweise Berlin, um die kaum natürliche Felsen zu finden sind, wird legal an alten Bunkern und ähnlichen Gebäuden geklettert. Höhere Touren sind dabei, analog zu normalen Kletterrouten mit fixen Bohrhaken abgesichert.

Die Grenze zwischen Sportklettern und alpinem Klettern ist bedingt durch die Entwicklung der Sicherungsausrüstung mittlerweile fließend. Während im klassischen alpinen Klettern oft das Bezwingen eines Berges im Vordergrund steht, geht es beim Sportklettern nur darum, Routen (oft an der eigenen Leistungsgrenze) im Sinne des Freikletterns zu bewältigen. Sportkletterrouten sind in der Regel viel

kürzer (meist: 10–30 m, teilweise auch bis zu 100 m) und erstrecken sich oft nur über einen einzelnen Fels. Die Routen sind meistens mit fixen und in kurzen Abständen angebrachten Bohrhaken abgesichert. Durch die engen Hakenabstände und die optimal fixierten Sicherungspunkte ist die Verletzungsgefahr bei einem Sturz im Vergleich zu Stürzen im alpinen Gelände viel geringer, was ermöglicht, an der Sturz- und damit an der Leistungsgrenze zu klettern. In Klettergärten sind zudem die Gefahren durch Naturgewalten wie Lawinen oder Steinschlag kleiner als unter alpinen Bedingungen.

Die Spielform des alpinen Sportkletterns bewegt sich in diesem unscharf definierten Grenzbereich zum traditionellen alpinen Klettern. Es existieren ehemals alpine Routen, die heute gut abgesichert sind und zu leichten Sportkletterrouten geworden sind. Andererseits bezwingen heutige Spitzenkletterer auch unter alpinen Verhältnissen mit, je nach Route auch schlechter Absicherung oder ganz ohne fixes Sicherungsmaterial Schwierigkeiten, wie sie fürs Sportklettern typisch sind.

Das Sportklettern ist eine Sportart bei der es durch die Höhe der Felsen zum Absturz des Kletterers kommen kann. Aus diesem Grunde ist es notwendig ein Kletterseil und einen sichernden Kletterpartner zu verwenden. Dabei gibt es verschiedene Formen des Sicherns und Gesichertwerdens. Grundsätzlich können Vorstiegsklettern, Topropeklettern, Nachstiegsklettern und ungesichertes Klettern unterschieden werden.

5.2. Das therapeutische Klettern

Das therapeutische Klettern, ist die Verbindung der Bewegung in der Vertikalen mit dem Hintergrundwissen der Physiologie und Psychologie. Klettern bietet spielerische, gezielte und reaktive Handlungsabfolgen, welche sich – durch Instruktionen – präventiv, kurativ, sowie rehabilitativ einsetzen lassen.

Viele motorische Elemente des Klettersports sind auch in der Therapie nutzbar. Fortbildungskurse gibt es seit Mitte der 90er Jahre. Therapeuten nutzen es in der orthopädischen, traumatologischen und neurologischen Rehabilitation

Die Verwendung einer künstlichen Kletterwand im Rahmen der ergo- und physiotherapeutischen Arbeit ist sowohl aus entwicklungsphysiologischen, neurophysiologischen als auch biomechanischen Gesichtspunkten sinnvoll.

So versteht sich z. B: das ITK (Integrativ therapeutische Klettern nach Scharler) sogar als ergänzende Methode innerhalb bestehender Therapieformen. 2001 hat Prof. V. Janda das ITK als ein hocheffizientes kinästhetisches Training hinsichtlich der Anbahnung und Wiederherstellung der posturalen Aktivität der Muskulatur beschrieben, sowie die Bedeutung einer guten Posture als Grundlage für eine gute Bewegung (Zielmotorik) hervorgehoben.

Konkret lässt sich z.B. bei Kreuzbandoperierten, bei Kindern und Erwachsenen mit Skoliose, bei Parkinsonpatienten, bei Leuten mit chronischen Wirbelsäulenbeschwerden, Kindern mit sensomotorischen Defiziten, Therapieklettern anwenden. Jeder Patient bringt andere Voraussetzungen in die Therapie mit (Bewegungseinschränkungen, Körpergröße, emotionale Grundvoraussetzungen etc.). Individuell und problembezogen werden die Übungen an der therapeutischen Kletterwand instruiert. Ziele dabei sind u. a.

- Beinachsenstabilität oder Schultergelenkstabilisierung
- Verknüpfung beider Körper- und Gehirnhälften
- vor allem aber verbesserte Ganzkörperkoordination
- Sekundär Kräftigung der Muskulatur

Gut, dass die Kunstwand gegenüber der Naturwand einen entschiedenen Vorteil hat: das Bohrlochraster! Griffe und Tritte kann man individuell und indikationsspezifisch positionieren.

Eine Studie mit Rückenpatienten hat ergeben, dass Klettern gleichwertige und in einzelnen Bereichen bessere Ergebnisse als Krafttraining zeigt. Es kommt vor allem zu einer verbesserten Muskelbalance, welche durch das reine progressiv dynamische Krafttraining nicht zu erreichen ist.⁴

Die psychischen Aspekte wie die Förderung der Motivation und des Antriebs, der Stärkung des Selbstwertgefühles und der Ausbildung der Fähigkeit sich schwierigen Situationen zu stellen ist in der Erlebnispädagogik seit vielen Jahren bekannt und wird erfolgreich angewendet.

⁴ siehe Literaturliste; Effekte eines Klettertrainings. Heitkamp et al.

6. Wirkprinzipien des ergotherapeutischen Kletterns auf der Grundlage einer psychisch–funktionellen Behandlung laut aktuellem Heilmittelkatalog

6.1. Verbesserung und Stärkung der psychischen Grundfunktionen wie Antrieb, Motivation, Belastbarkeit, Ausdauer und Flexibilität

Die so genannten psychischen Grundfunktionen wie Antrieb, Motivation, Belastbarkeit, Ausdauer und Flexibilität werden beim Klettern permanent gefragt.

Bei Kindern mit Hyperaktivität ist der *Antrieb und die Motivation* meist erst mal kein Thema. Im Gegenteil, diese Kinder würden am liebsten gerne gleich die Wände hoch gehen. Allerdings ohne konkreten Plan und Ziel. Da besteht die Aufgabe des Therapeuten darin, die positiven Kräfte zu nutzen und in geordnete Bahnen zu lenken. Das heißt konkret, den Antrieb und die oft sehr große Motivation zu benennen und auch zu würdigen, aber mit dem Kind auch einzuüben, seinen spontanen Drang, jetzt gleich los zu legen (Impulskontrollstörung) erst mal kurz zu bremsen. Dies ist nötig, um ein realistisches Ziel konkret zu definieren und eine Handlungsplanung anzuleiten.

Anders sieht es bei den hypoaktiven Kindern aus. Denen fehlt der Antrieb und die Motivation oft und die Aufgabe scheint fast unlösbar. Eine 15 Meter hohe Wand zu erklettern, wie soll das zu schaffen sein? In diesem Falle, ist der Therapeut ganz anders gefragt. Jetzt geht es darum, das Kind zu motivieren, ihm kleine Etappenziele anzubieten, vielleicht auch erst mal einen Quergang in Bodennähe zu erklettern um erste Erfolgserlebnisse zu schaffen. Auch ist der Therapeut gefragt, mit diesem Kind, eine konkrete Handlungsplanung auszuarbeiten um den Berg, im wahrsten Sinne des Wortes, nicht so groß erscheinen zu lassen.

Auch die *Belastbarkeit* wird beim Klettern immer wieder bis auf das Äußerste gefordert und erprobt. Ein Problem, dem sich sowohl die hyperaktiven als auch die hypoaktiven ADS–Kinder immer wieder stellen müssen. Beim Klettern kommt man immer wieder in Situationen, wo eine Entscheidung gefragt ist. Gebe ich auf, weil die Kraft nachlässt oder ein Problem unlösbar scheint, oder stelle ich mich der Anforderung. Manchmal braucht es viel Zähigkeit, aber auch Mut, den nächsten

Schritt oder Griff zu tun. Ist dieser Punkt erreicht und die Entscheidung gefallen, gilt es das Vorhaben umzusetzen. Wie groß ist dann die Freude und der Stolz, wenn es gelingt. Und wenn es misslingt ist wieder die Belastbarkeit gefragt, es noch einmal zu versuchen. Wieder ganz unten zu beginnen mit dem Risiko, es erneut nicht zu schaffen.

Wie die Belastbarkeit ist auch die *Ausdauer* ein immer wiederkehrendes Thema beim Klettern. Eine Route von unten bis oben zu schaffen erfordert viel Kraft und Beharrlichkeit. Dies ist oft mit einer enormen Willensanstrengung verbunden, die erst einmal aufgebracht werden muss. Wie schon oben beschrieben tauchen beim Klettern immer wieder Situationen auf, die eine Willensentscheidung erfordern. In diesem Zusammenhang lässt sich auch die Frustrationstoleranz wunderbar trainieren. Bekommt das Kind einen Wutanfall oder gibt einfach auf und lässt los, fällt es sofort ins Seil. Eine pädagogische Intervention ist nicht nötig, das Kind spürt die Konsequenzen sofort, ohne sich dabei weh zu tun.

Die Förderung der *Flexibilität* ergibt sich wieder einmal aus dem Tun selbst. Das Kind kann sich zwar am Boden eine Route überlegen und seine Schritte planen, was auch sinnvoll und erwünscht ist. Es gibt jedoch keine Garantie, dieses Vorhaben auch genau so durchführen zu können. Ist das Kind erst mal in der Wand, muss es sich flexibel mit den anstehenden Problemen auseinandersetzen. Es kann zum Beispiel sein, dass es die Distanz zwischen zwei Griffen falsch eingeschätzt hat, oder seine Kraft überschätzt hat. Dann gilt es flexible Lösungen zu finden, manchmal auch mit Hilfe des Therapeuten.

6.2. Verbesserung eingeschränkter körperlicher Funktionen wie die Verbesserung von Gleichgewicht, der Grob und Feinmotorik, der Koordination und Körperwahrnehmung.

„Power is nothing without control“ (Pirelli Werbung) trifft den Kern des Neurophysiologischen und motivationalen Therapieansatzes des Kletterns!

Augenfälliges Merkmal der ADS Kinder ist ihre allgemeine *motorische Unruhe*. So sind viele von ihnen im ersten Moment vor einer Kletterwand auch nicht zu bremsen und es bedarf klarer Regeln für das gesicherte Begehen der Routen.

Häufig zeigen sich ADS Kinder bewegungsfreudig, jedoch fehlt ihnen oft bei genauerem Betrachten die ausreichende Fähigkeit, Motorik zu kontrollieren, zu planen und an die jeweilige Situation anzupassen. So scheitern sie oft, nicht nur durch ihre mangelnde Möglichkeiten im Sozialkontakt, sondern auch aufgrund mangelnder motorischer Kontrolle und Hemmung motorischer Abläufe, im Sportunterricht und bei Freizeitaktivitäten.

Diese defizitäre Hemmung (unüberlegter) motorischer Verhaltensantworten ist eine wichtige exekutive Funktion, die ins Spiel kommt, wenn es darum geht, ein bereits begonnenes oder geplantes motorisches Antwortverhalten zu unterbrechen, wenn die äußeren Umstände dies gebieten oder sich die Absicht geändert hat. Immer wieder ist zu beobachten, wie ein ADS Kind an der Wand von seinem Ziel schnell abweicht und so z. B. nicht die eigentlich geplante Route einhält sondern alle zur Verfügung stehenden Griffe mit verwendet um irgendwie nach oben zu kommen. In einer Route zu bleiben und davon nicht abzuweichen erfordert nämlich, sich motorisch zurückzunehmen, genauer zu überlegen und zu planen, welchen Schritt (Hand oder Fuß) ich als nächstes nehmen muss, um einen speziellen Griff zu kommen. Damit einher geht die Notwendigkeit Körperspannung aufzubauen und zu halten.

Feinmotorisch sind beim Klettern sowohl Kraft in Hand und Fuß als auch vor allem deren koordinatives Zusammenspiel mit Augen- und Kopfbewegungen gefordert. Der Förderung von ADS Kindern, die Probleme in der feinmotorischen Steuerung und Kraftdosierung bis hin zum Lesen und Schreiben haben, wird beim Klettern mit dem deutlichen Fokus auf genauem Hinsehen und zielgenauem Bewegen, Arbeiten und Handeln, eine Tätigkeit angeboten, bei der langfristig nur zielgerichtetes Bewegen zum Erfolg führt. So gibt es z.B. die Möglichkeit, in den Routen mehr Bein- oder Armarbeit einzubauen. Diesen Unterschied spüren die Kinder dann unmittelbar, sie müssen Pausen machen, weil Hände und/oder Füße müde werden. Auch die Verschiedenheit der Griffe erfordert andere Grifftechniken. Oftmals sind nur kleine Griffe und Tritte erreichbar, und schon muss die Stabilität in den distalen Extremitäten als auch deren Kraft angepasst werden. Natürlich erfordern auch der praktische Umgang mit Klettergurt, beim Einbinden in das Seil usw. feinmotorisch koordinative Fähigkeiten.

Klettern beinhaltet azyklische Bewegungen in Koordinationsmustern, die im Alltag nicht angetroffen werden. Das heißt, jede Bewegung muss bewusst kontrolliert werden, da nicht auf die Basis automatisierter Bewegungsabläufe zugegriffen werden kann. Somit fördern Kletterbewegungen über die Entwicklung kinästhetischer Bewegungsprogramme das motorische Lernen. Das Klettern (und Hangeln) kann verstanden werden als ein wichtiges Basismuster der menschlichen Motorik. Wir agieren oder reagieren aufgrund eigener Ideen und Wünsche oder auch aufgrund wahrgenommener Ereignisse. Das limbische System und der assoziative Kortex (das Frontalhirn) bereiten unsere Handlung vor, der sensomotorische Kortex plant zusammen mit den Basalganglien und dem Kleinhirn die Ausführung und das Rückenmark vermittelt und moduliert die Informationen für das Muskelskelettsystem. Die ausgeführte Handlung wird beurteilt und ein Feedback des Ergebnisses wahrgenommen.

Das Klettern als therapeutisches Medium verbindet aufgabenorientierte und prozessorientierte Therapiekonzepte auf hervorragende Weise, da es auf der einen Seite den grundlegenden Bewegungsformen zugeordnet werden kann, welches u. a.

- große Muskelgruppen, wie z. B. die den Rumpf stabilisierende Muskulatur beansprucht sowie
- Muskelgruppen fordert, die sonst häufig vernachlässigt werden und die sonst schwierig zu trainieren sind (Hand- und Fußmuskulatur)
- verschiedene und oft vernachlässigte koordinative Fähigkeiten trainiert - so die durch die abgestimmten Bewegungen aller vier Extremitäten ganzkörperbezogene intermuskuläre Koordinationsfähigkeit sowie
- die Fähigkeiten zu Raumorientierung und Balance als auch
- Voraussetzung schafft für sichere Beherrschung komplexer Bewegungsabläufe.

Auf der anderen Seite bietet es vielfältige Möglichkeiten spielerisch als auch individuelle auf das Kind abgestimmte Aufgaben zu stellen.

Neurophysiologisch weisen die Kinder mit ADS als auch mit ADS+H aufgrund der zentralnervösen Wachheit einen *dysregulierten Haltungstonus* auf. Dieser zeigt

sich in schlaffer Muskulatur/schlapper Haltung als auch in angespannter Muskulatur/aufrechter Haltung.

Therapeutisch stellt die *Verbesserung von Muskelspannung und muskulärer Tonusregulation* eine zentrale Rolle in der Verbesserung der Alertness dar. Damit ist das Klettern in hervorragender Weise geeignet, insbesondere Kindern mit inadäquatem Haltungshintergrund⁵ bzw. schwacher posturaler Anpassung zu besserer Stabilisation zu verhelfen. Über verstärkten propriozeptiven Input (Prinzip Druck und Zug, Kokontraktion), über vestibulären Input und über Aufrichtung gegen die Schwerkraft mit geringer Unterstützungsfläche kommen die Kinder beim Klettern zu einer verbesserten Muskelspannung und muskulärer Tonusregulation.

Entscheidend für ein ökonomisches Klettern ist vor allem die Lage des Körperschwerpunktes und nicht die Armkraft. Unser Bewegungszentrum befindet sich in der Lenden-Becken-Hüft-Region, in der sich unser Körperschwerpunkt befindet. So ist das diesen Kindern (vor allem mit Hyperaktivität) sehr eigene Bedürfnis nach Hochklettern oftmals täuschend, da sie viel zu viel Armkraft verwenden.

Die Kinder mit geringem Haltungstonus merken sehr schnell, dass längeres Klettern auch anstrengend ist und so kann man mit ihnen besprechen, dass nur ein ökonomisches Klettern mit Stabilisierung des Rumpfes und Gewichtsverlagerung dicht an die Wand heran Kraft spart und ihnen so weitere Ziele eröffnet.

Nach und nach ist es allmählich möglich, spielerisch Übungen bouldernd an der Wand mit den Kindern zu machen, da man hier besser Technik üben kann, die jedem einzelnen Kind seine motorischen Stärken und Schwächen eröffnet.

Mit verbesserter eigener *Körperwahrnehmung* wächst die Bereitschaft zu motorischem Üben um das nächste Ziel - eine besondere Route oder im Vorstieg zu klettern - zu erreichen.

6.3. Verbesserung der Körperwahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung.

Therapieklettern hat – wie schon beschrieben - mit Sport- oder Alpinklettern nichts gemeinsam. Beim Therapieklettern geht es nicht um die Bewältigung eines Schwierigkeitsgrades oder das Durchsteigen einer alpinen Route, sondern es geht um Förderung von Kraftausdauer, Beweglichkeit, Koordination, Konzentration und

⁵ Begriff aus der Sensorischen Integration

Selbstvertrauen *über vor allem verbesserte Körperwahrnehmung*. Durch das Erlangen grundlegender koordinativer Fähigkeiten ist dann die Bewältigung von Aktivitäten im Alltag verbessert möglich.

Durch die beim Klettern ausgeübten Greif-, Zug- und Steigbewegungen wird die *sensorische Integration* – also das Zusammenspiel von sensorischen und motorischen Impulsen – gefördert. Überkreuzte Bewegungen tragen zu einer besseren Verschaltung zwischen den beiden Hemisphären bei. Propriozeptive und vestibuläre Reize verhelfen zu einem besseren Gleichgewicht bzw. einer Haltungsanpassung der Muskulatur.

Sinnessystem übergreifend erfahren die ADS-Kinder über „sich Spüren“ ihr Erregungsniveau zu senken. Klettern bietet dabei in hohem Maße über *kombiniert propriozeptive, taktile und vestibuläre Reizgabe* eine Bündelung der Aufmerksamkeit auf die Bewegungsaktivität.

Beim Klettern bekommt das Kind sehr unmittelbar Rückmeldung über Bewegung und Stellung seines Körpers – über Möglichkeiten und Grenzen dieses. Über verstärkte propriozeptive Wahrnehmung werden vor allem andere empfindsame Systeme gehemmt.

Auch die *visuelle Wahrnehmung und Rechts-Links-Wahrnehmung* ist gefordert bei der Suche nach neuen Wegen und Möglichkeiten in der Kletterwand. Praxie und damit einhergehend *Körperschema* werden verbessert durch Wiederholung von Bewegungen und Variation von Bewegungssequenzen.

Immer wieder stellen wir auch fest, dass diese oftmals so bewegungsfreudigen Kinder überhaupt keine Gespür für die Feinheiten ihres Körpers haben und gar nicht merken, dass einmal die Füße und einmal die Hände gar nicht spüren wohin sie treten (wollen). So bieten Eingangsrituale wie eine Fuß-Massage schöne Möglichkeiten darauf aufmerksam zu machen.

6.4. Verbesserung der Realitätsbezogenheit, der Selbst- und Fremdwahrnehmung

Realitätsbezogenheit und Selbsteinschätzung sind beim Klettern wichtige Voraussetzungen um eine Route konkret planen zu können. Das Kind muss realistisch einschätzen können oder es eben durch das Klettern lernen, wie äußeren Begebenheiten sind. Zum Beispiel welchen Schwierigkeitsgrad es wählt, wie die Wand beschaffen ist, welche Neigung sie hat wie die Abstände der Griffe zu einander

sind und vieles mehr. Ebenso muss es sein eigenes Können und seine körperliche Konstitution kennen, also sich selber einschätzen können, um sich realistisch mit den Anforderungen der gewählten Route vergleichen zu können. Ist diese Selbsteinschätzung realitätsbezogen, gelingt die geplante Route meist gut. Diese Einschätzung ist jedoch ein häufiges Problem von Kindern mit ADS. Immer wieder passiert es, zu Beginn des Kurses häufiger, dass sich Kinder mit hyperaktivem Bewegungsmuster heillos überschätzen. „Ich klettere heute den Überhang!“ ist zum Beispiel der Ausspruch eines Jungen in der zweiten Therapiestunde. Hier dem Kind auch einmal die Erfahrung zu ermöglichen, seine Realitätsbezogenheit und seine Selbstwahrnehmung zu überprüfen, ist eines der Möglichkeiten, die dieser geschützte Rahmen bietet sowie dem Kind die Gelegenheit gibt Grenzen selber zu definieren.

Das hypoaktive Kind hingegen traut sich kaum etwas zu. Seine Realitätsbezogenheit und Selbstwahrnehmung sind von einem schwachen Selbstwertgefühl geprägt. Bei diesem Kind ist es wichtig, die Meßlatte so zu stecken, dass ein Erfolgserlebnis möglich ist, es jedoch sehr wohl seine eigenen Grenzen spüren und vielleicht sogar erweitern kann. Zu merken es war gar nicht so schwierig, wie ich dachte und ich kann ja doch mehr, als ich mir zutraue, ist Ziel der therapeutischen Begleitung bei diesem Kind.

Die *Fremdwahrnehmung* ist bei Kindern mit ADS sehr situationsabhängig. Sind sie in eine Sache vertieft, können sie ihre Umgebung und ihre Mitmenschen völlig „vergessen“. Andererseits haben diese Kinder manchmal alle „Antennen“ ausgefahren, sie kriegen alles und jeden mit, jede atmosphärische Schwingung, jedes Wort, das sie nicht hören sollten und jede kleinste Veränderung der Umwelt.

Beim Klettern ist eine permanente, konzentrierte Präsenz gefragt. Ganz besonders beim Sichern. Da darf das Kind keinen Moment seinen Kletterkameraden aus den Augen lassen, hängt doch sein Leben von seiner ordentlichen Sicherung ab.

6.5. Verbesserung des situationsgerechten Verhaltens, auch der sozioemotionalen Kompetenz und Interaktionsfähigkeit

Situationsgerechtes Verhalten ist eine der zu erlernenden Grundfähigkeiten, damit das gemeinsame Klettern gelingen kann. Es beginnt schon damit, dass ganz klare Regeln eingehalten werden müssen, z. B.

- keiner klettert ungesichert an der Kletterwand,
- keiner klettert ohne Partnercheck los etc.

Die Kinder lernen sehr schnell, welches Verhalten in welchen Situationen gefragt ist. Sind sie zum Beispiel am Sichern (auch wenn noch ein Erwachsener dabei ist), bedarf das höchste Aufmerksamkeit, egal was sonst noch in der Halle passiert. Die Situation erfordert auch eine hohe *sozioemotionale Kompetenz*. Das Kind muss seinen Kletterpartner permanent im Blick haben, muss Unsicherheiten und Angst erkennen können, nicht selten beginnen die Kinder auch gegen Ende des Kurses hin, ihre Kletterkameraden zu ermutigen und sie mit Tipps zu versorgen, wie eine Route gelingen kann. Wir haben von Anfang an darauf geachtet, dass sich die Kinder nicht gegenseitig messen, sondern nur an ihren eigenen Leistungen. Es ist sehr schön zu beobachten, wie viele Kinder dies aufgreifen und ihre Kameraden mit verbalen Ermunterungen unterstützen und sich sogar an den Erfolgen der Anderen freuen können. Wir hatten einmal die Situation, dass ein schwaches Kind eine Route fast bis zum Ende hin geschafft hat und dann aufgeben wollte. Alle Kinder, die dies mitbekommen haben, haben dieses Kind im Chor angefeuert - „Du schaffst es“ - so dass das Kind sein Ziel erreichen konnte, ein Erfolgserlebnis für die ganze Gruppe.

Ein großes Problem von ADS-Kindern ist die mangelnde Impulskontrollstörung. Durch den hohen Grad an Verantwortung, die diese Kinder, gerade beim Sichern übernehmen müssen, können sie sich ein impulsives Verhalten nicht leisten, was den Kindern sehr bewusst ist. Ich habe in der ganzen Zeit nie erlebt, dass ein Kind einfach weggelaufen wäre oder seinen Kletterkameraden sonst irgendwie im Stich gelassen hätte.

Die *Interaktionsfähigkeit* ist permanent gefragt. Klettern kann man nur zu zweit. Es bedarf permanenter Absprachen, welchen Kletterpartner das Kind wählt, als auch welche Routen begangen werden sollen und welche Ziele in der Stunde erreicht werden sollen. Auch Fragen, wer zuerst klettern darf, wer später klettert und sichert sind zu klären. Beim Partnercheck übernehmen die Kinder gegenseitig Verantwortung für einander, in dem sie die Sicherheit der Knoten, des Gurtes und der Karabiner beim Partner kontrollieren, was sie oft sehr gewissenhaft tun. Auf eine gemeinsame, ritualisierte Absprache hin („Bis Du bereit?“), kann das eigentliche Klettern dann beginnen.

6.6. Verbesserung der kognitiven Funktionen

Das Klettern erfordert permanente Aufmerksamkeit und Konzentration, sowohl beim Klettern als auch beim Sichern. Die leiseste Unaufmerksamkeit hat sofortige Konsequenzen. Auch die Merkfähigkeit ist gefragt. Muss ich mich doch an der Wand an die geplante Route erinnern. Auch Knoten erfordert eine gute Merkfähigkeit so wie eine gute räumliche Wahrnehmung. Bei einigen Kindern, besonders im Vorschulalter und in den ersten beiden Klassen, konnte das Erlernen der Knoten, dazu beitragen, sich Buchstaben und Zahlen besser zu merken zu können. Muss man doch beim Knoten machen die Richtungen sehr gut beherrschen und genau beobachten: geht das Seil von rechts nach links, oben drüber oder unten durch?

Wir sind der Meinung, das Klettern an und für sich erfordert so viel Konzentration und Aufmerksamkeit, dass ein zusätzliches kognitive Angebot eher vom eigentlichen Tun ablenkt.

6.7. Verbesserung der psychischen Stabilisierung und des Selbstvertrauens

Die *Verbesserung der psychischen Stabilisierung und des Selbstvertrauens* beobachten viele Eltern der ADS-Kinder während des Kletterkurses und beschreiben dies auch explizit in der Evaluation. Nur schon die Tatsache, in einer Gruppe von Kindern mit ähnlichen Störungsbildern nicht immer Außenseiter sein zu müssen, ist für viele Kinder ein völlig neues, heilsames Erlebnis. Haben doch nicht wenige erfahren müssen, dass sie zum Beispiel in einer Sportgruppe nicht tragbar sind, weil sie sich nicht an die Regeln halten können oder durch ihre Impulsivität und Hyperaktivität die ganze Gruppe aufmischen. In der Klettergruppe können sie sich ganz neu erfahren. Sie erleben sich als zuverlässige und vertrauenswürdige Partner. Sie erfahren, dass sie sehr wohl auch einmal konzentriert bei der Sache sein können, eine gestellte Aufgabe bewältigen können, ihre persönlichen Grenzen erweitern können und vieles mehr Sie erleben sich als Teil einer Gruppe und erfahren durch ihr neues „Hobby“ oft auch eine hohe Akzeptanz in ihrer Schulkasse. Fotos vom Kletterkurs werden stolz Freunden und Verwandten gezeigt und lösen Bewunderung und Erstaunen aus. Die Kinder erfahren sich auch in der Interaktion mit anderen Kindern und erwachsenen Bezugspersonen, ganz neu.

Einige Eltern berichten, dass sich die Stellung ihres Kindes in der Klasse während des Kletterkurses verändert hat. Sie seien nun besser integriert, hätten Freunde gefunden, was natürlich zur psychischen Stabilisierung und zur Förderung des Selbstvertrauens enorm beiträgt.

6.8. Verbesserung der eigenständigen Lebensführung und der Grundarbeitsfähigkeiten

Das Klettern verlangt von Anfang an eine gewisse Selbständigkeit. Es kommt zum Beispiel immer wieder vor, dass Kinder auf Grund der propriozeptiven Störung und der Schwierigkeit der Handlungsplanung und Durchführung von Handlungsabläufen sich kaum selber Anziehen können, was zu Hause immer wieder zu Konflikten führt. Das Umziehen vor dem Klettern und das Anziehen des Klettergurtes ist mit einer hohen Motivation verbunden und fördert Ressourcen die bei normalen Alltagshandlungen nicht gegeben sind. Gelingt dies immer besser, kann ein Transfer in den Alltag stattfinden. Was in der Kletterhalle bewältigt werden kann, ist zu Hause vergleichsweise einfach. Wie bereits beschrieben, sind manche Handlungsabläufe zwingend nötig und müssen auf das genaueste ausgeführt werden. Dies erfordert eine genaue Handlungsplanung und erlaubt keine Fehler. An einem Arbeitsablauf dran zu bleiben ist Voraussetzung, um überhaupt klettern zu können. Der Gurt muss perfekt sitzen, die passenden Kletterschuhe ausgesucht und angezogen werden, das Material wie Karabiner, Seil und Knoten müssen kontrolliert werden, der Kletterpartner gefunden werden, die Route ausgesucht und vieles mehr. Wieder ist die hohe Motivation klettern zu wollen den Kindern eine große Hilfe und ermöglicht Handlungsabläufe durchzuführen, die ohne diese Motivation kaum bewältigt werden könnten.

7. Fallbeispiele

7.1. Fallbeispiel M., männlich, 8,9 Jahre

Anamnese / Befund:

M. war bereits als Vorschulkind in ergotherapeutischer Behandlung aufgrund einer Entwicklungsverzögerung im Bereich von Motorik und Malentwicklung. Er wurde erneut in der Ergotherapie vorgestellt, da es im Bereich des Lernens (Schule, Hausaufgaben) zu Problemen kam. Wobei er sich im Klassenverband als auch im

häuslichen Umfeld nicht gut organisieren sowie sich kaum mehr als 10 Min. im Unterricht konzentrieren konnte. Die Befunde ergaben

- Auffälligkeiten in den Bereichen:
- Gleichgewicht und Koordination
- Aufmerksamkeit und Arbeitsverhalten
- Handlungsplanung und Selbstorganisation
- Sozioemotionales Verhalten gegenüber Erwachsenen und Gleichaltrigen
- Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Selbstwert

M. bekam ca. ½ Jahr, begleitet von einem häuslichen Bewegungsprogramm, psychisch-funktionelle Ergotherapie in der Gruppe. Laut behandelnder Ergotherapeutin konnte M. vor allem eigene Bedürfnisse besser äußern und sich in der Gruppe besser integrieren und beteiligte sich besser bei der Lösung von Konflikten. Schwierigkeiten hatte er noch, Regeln und Grenzen einzuhalten und seine Aufmerksamkeit bei Arbeitsproben als auch in Gruppenspielen aufrecht zu erhalten. Immer wieder lenkte er sich und die anderen mit kleinkindlichem Verhalten ab.

M. begann im Sept. 2008 die Klettertherapie für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen begann als auch in einem Selbstverteidigungskurs, so dass wir keine weitere ergotherapeutische Gruppe empfahlen

Klettertherapeutische Intervention

In den ersten 2-3 Monaten war M. nicht durchgängig in der Lage, von eingespielten Verhaltensweisen abzuweichen, diese betrafen vor allem:

- Geringe Fähigkeit, seine Aufmerksamkeit sowohl in gemeinsamen Vor- und Nachbesprechungen aufrecht zu erhalten (sitzenzubleiben und zuzuhören...) als auch sich des Kletterns als Aufgabe zuzuwenden
- Regeln, Grenzen und Absprachen einzuhalten
- Sich mitzuteilen in einer altersentsprechenden Kommunikation (Babysprache, den Clown spielen ...)
- Sich einer Anforderung zu stellen und diese auch weiter zu verfolgen (was will ich heute erreichen?)

- Sich zu trauen und anderen Personen zu vertrauen (Angst vor der Höhe überwinden und der Person zu vertrauen, die ihn sichert)
- Sich in der Kommen und Gehen Situation selbständig zu organisieren
- Sich selbständig den Klettergurt anzuziehen und mit sonstigen Klettertechnischen Details vertraut zu machen

M. brauchte fast ½ Jahr um sich zu trauen, mehr als einen Meter an der Wand hoch zu klettern. Sehr schnell begann er zu weinen und es brauchte vertrauensvolle Zusammenarbeit ihn zu mehr Zutrauen zu verhelfen.

Gerne versuchte er, in der ersten Zeit auch die anderen Kinder vom Klettern abzulenken und in ein selbstbestimmtes Spiel zu locken. Seine ersten Kletterversuche brauchten deutlich erreichbare kleine Ziele (immer eine Stufe / einen Tritt) mit der Sicherheit, jederzeit wieder auf den Boden zu können.

Von den Bewegungen her war er vorsichtig bedacht und steif. Er mied das Loslassen und Schwingen am Seil in der Höhe.

Nach 1 Jahr Klettertherapie hat M. für mich einen entscheidenden Schritt gemacht seine Aufgabe (das Klettern) anzunehmen und ernst zu nehmen.

Er ist jetzt in der Lage mitzuteilen, was er in der Kletterstunde machen möchte und ist ausdauernd dabei, seine selbst gesteckten Ziele zu erreichen. Seine Ziele zeigen Realitätsbewusstsein und Perspektiven bezogen auf weitere Kletterziele (Routen und Veränderungen). Er plant sehr genau, was er vorher nicht im geringsten tat. Dabei wählt er zunehmend auch Wege, die ein vorausschauendes Denken und dementsprechenden koordinierten Einsatz seines Körpers erfordern. Er zeigt Wille und Einsatz, was vorher nicht zu sehen war. Bedeutsam ist, dass er seine natürliche Stimme verwendet wenn er kommuniziert, statt einer Babystimme, Er kann seine Freude über Erreichtes spüren und mitteilen, was seinem Selbstbewusstsein sichtlich gut tut. Auch berichtet er in normaler Sprache in den Vor- und Nachbesprechungen über seine Wünsche und weiteren Ziele. Auch erinnert er in der Folgestunde nach 14 Tagen diese. M. hat sowohl motorisch als auch von der Handlungsplanung und sozio-emotionalen Entwicklung her, eine rundum gute Entwicklung gemacht.

Da ich M. schon in den vergangenen Jahren immer wieder als Therapeutin begleitet habe, bin ich davon überzeugt, dass die Verbesserungen vor allem über die

Klettertherapie erreicht wurden, da das Medium Klettern in besonderem Maße dazu geeignet ist Kindern direkte Rückmeldung über ihr Tun zu vermitteln und dadurch insbesondere

- Konzentration und das Selbstvertrauen über vor allem verbesserte Körperwahrnehmung fördert
- Neben der gezielten Koordination von Armen und Beinen vor allem Mut, Willenskraft und psychische Ausdauer stärkt
- Sekundär dadurch das Aufmerksamkeitsverhalten, Handlungsplanung und die Selbstorganisation allgemein verbessert
- Das Selbstwertgefühl steigert indem es Realitätsbezogenheit und Selbsteinschätzung fördert über direkte Erfolge oder Misserfolge

Es wäre wünschenswert, wenn M. nach ersten Schritten in ein verbessertes Selbstwertgefühl bislang Erreichtes weiterhin ausbauen könnte (Mut, Willenskraft und Ausdauer sowohl im körperlichen als auch psychischen Sinne) und es damit langfristig zur

- Verbesserung des situationsgerechten Verhaltens, auch der sozio-emotionalen Kompetenz und Interaktionsfähigkeit
- Verbesserung der kognitiven und motorischen Funktionen
- Verbesserung der psychischen Stabilisierung und des Selbstvertrauens
- Verbesserung der eigenständigen Lebensführung und der Grundarbeitsfähigkeiten

käme. Insofern habe ich die Eltern mit einem Verlaufsbericht in ihrem Versuch unterstützt, die Klettertherapie bei M. als therapeutisch notwendige Maßnahme von ihrer Krankenkasse finanziert zu bekommen.

Nach zunächst mündlicher Kostenzusage der Krankenkasse wurde zuletzt diese leider doch in einem schriftlichen Bescheid zurückgenommen. Begründung: keine nachweisliche Effizienz.

7.2. Fallbeispiel J., weiblich, 12 Jahre alt

Ich berichte über ein 12-jähriges Mädchen, mit diagnostiziertem ADS, in Kinder- und Jugendpsychiatrischer Behandlung, schon vor dem Beginn des Kletterkurses medikamentös eingestellt.

J. zeigte trotz medikamentöser Behandlung eine ausgesprochene Hyperaktivität, eine deutliche Impulskontrollstörung und eine auffallende Aufmerksamkeitsstörung.

Es gelang ihr zum Beispiel zu Beginn des Kurses nicht, in der Runde (die wohl-gemerkt auf dem Boden stattfindet) sitzen zu bleiben. Immer wieder musste sie Aufstehen, blieb jedoch an ihrem Platz stehen und machte allerlei Verrenkungen, so dass wir sie immer wieder ermuntern mussten, sich doch hinzusetzen. Wollte sie etwas erzählen, konnte sie kaum abwarten, es war dann immer ganz dringend und wichtig und sie konnte sich nur darauf einlassen, zu warten, wenn wir ihr versicherten, das wir ihr Anliegen gesehen haben und sie schon dran kommen würde. Durfte sie dann, das ganz Wichtige erzählen, wusste sie meist nicht mehr, was es war oder erzählte so sprunghaft, das wir große Mühe hatten, der Erzählung zu folgen.

Im Laufe der Zeit, gelang es J. immer besser, sitzen zu bleiben. Es genügte, sie kurz anzuschauen und ihr die Hand auf das Bein zu legen, damit sie das gewünschte Verhalten erbringen konnte. Auch die Tatsache zu wissen, das sie ihren Raum zum erzählen bekommt, lies sie ruhiger werden. Manchmal sagte sie mir kurz ein Stichwort, damit ich ihr den Einstieg in das Erzählen erleichtern konnte. Dies allein genügte schon, das sie unter viel weniger Druck als auch strukturierter erzählen konnte.

J. war hoch motiviert, das Klettern zu erlernen und sie hatte großes Talent. Überschätzte sie sich zu Beginn der Therapie noch oft, so konnte sie doch in kurzer Zeit zu einer realistischen Einschätzung gelangen und so ihren Leistungsstand stetig verbessern. Durch das gezielte und konzentrierte Tun, das jedoch an sehr viel zielgerichtete körperlicher Anstrengung, Kraft und Ausdauer gekoppelt ist, konnte J. ihre Kräfte und auch ihre Konzentration bündeln. In der Pausenrunde saß uns dann ein ganz anderes Mädchen gegenüber. Erschöpft und glücklich, mit

schon wieder neuen Plänen wie es nach der Pause weiter gehen soll, jedoch mit strukturierten und realistischen Ideen, die sie dann auch kontinuierlich und beharrlich durchsetzte.

J. konnte außergewöhnlich gut von unserem Angebot profitieren. Dies ist sicher in dem Maße nicht die Regel.

Die Mutter hat im Elternfragebogen fast alle Fragen mit sehr deutlich verbessert, beantwortet. Bei der Frage, hat sich die Fähigkeit zu Steuerung aggressiver Impulse verbessert und bei der Frage, hat sich das Selbstbewusstsein Ihres Kindes verbessert, hat die Mutter noch eine zusätzliche Kategorie zugefügt, (extrem verbessert). Es war ihr wichtig uns das zu sagen. Bei der Frage nach zusätzlichen Therapien, kreuzt die Mutter, medikamentöse Therapie an, mit dem Vermerk, wird z. Z. abgesetzt.

Beenden möchte ich dieses Fallbeispiel mit der Bemerkung der Mutter, die uns natürlich sehr gefreut hat. Die Mutter schreibt:

„Trotzt des sportlichen Talents von J., gelang es ihr nie wirklich erfolgreich oder nur befriedigend eine Sache konzentriert durchzuhalten oder überhaupt abzuschließen. Weder im Leistungsturnen noch in der Schule zeigten sich Erfolge. Freundschaften gab es nur mit „sozial schwierigen“ oder jüngeren Kindern. J. ist inzwischen extrem selbstbewusst, sehr viel besser in der Schule und ein „beliebtes Mädchen“ in ihrer Klasse geworden. Der Erfolg beim Klettern („Ich bin die Beste“) durchzieht alle ihre Lebensbereiche! Selbst der unerwartete Tod einer Bezugsperson von J., konnte sie nicht mehr aus der Bahn werfen.

Vielen Dank für an ein unglaublich tolles Team!“

8. Evaluationsergebnisse

Von Anfang an war es uns wichtig, Veränderungen / Verbesserungen bei den Kindern zu verifizieren. Dazu bekamen die Eltern zum Abschluss des Jahres einen Elternfragebogen mit der Bitte, diesen ausgefüllt an uns zurück zu geben. Diese Beobachtungen beziehen sich auf die Veränderungen bei den Kindern im häuslichen und schulischen Kontext, wie sie von den Eltern wahrgenommen werden.

Die wichtigsten Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen – siehe Grafiken auf der folgenden Seite:

- **Motivation:**

Die Kinder kamen zu über 2/3 (67 %) immer gerne über den gesamten Zeitraum von einem Jahr zum Klettern. Viele von ihnen hatten zuvor oft andere sportliche Aktivitäten, sei es beim Leistungsturnen oder im Sportverein abgebrochen.

- **Planung und Durchführung von Handlungsabläufen:**

Die Eltern beschrieben hier vor allem Verbesserungen in der Bewältigung von lebenspraktischen Aktivitäten. 17 % erlebten ihre Kinder als deutlich, 6 % als sehr deutlich verbessert in der Erledigung von Routinetätigkeiten. 33 % konnten keine Verbesserungen in diesem Bereich feststellen, da ein Transfer vor allem bei schulisch relevanten Aktivitäten nicht stattfand.

- **Koordination und Körperliche Ausdauer:**

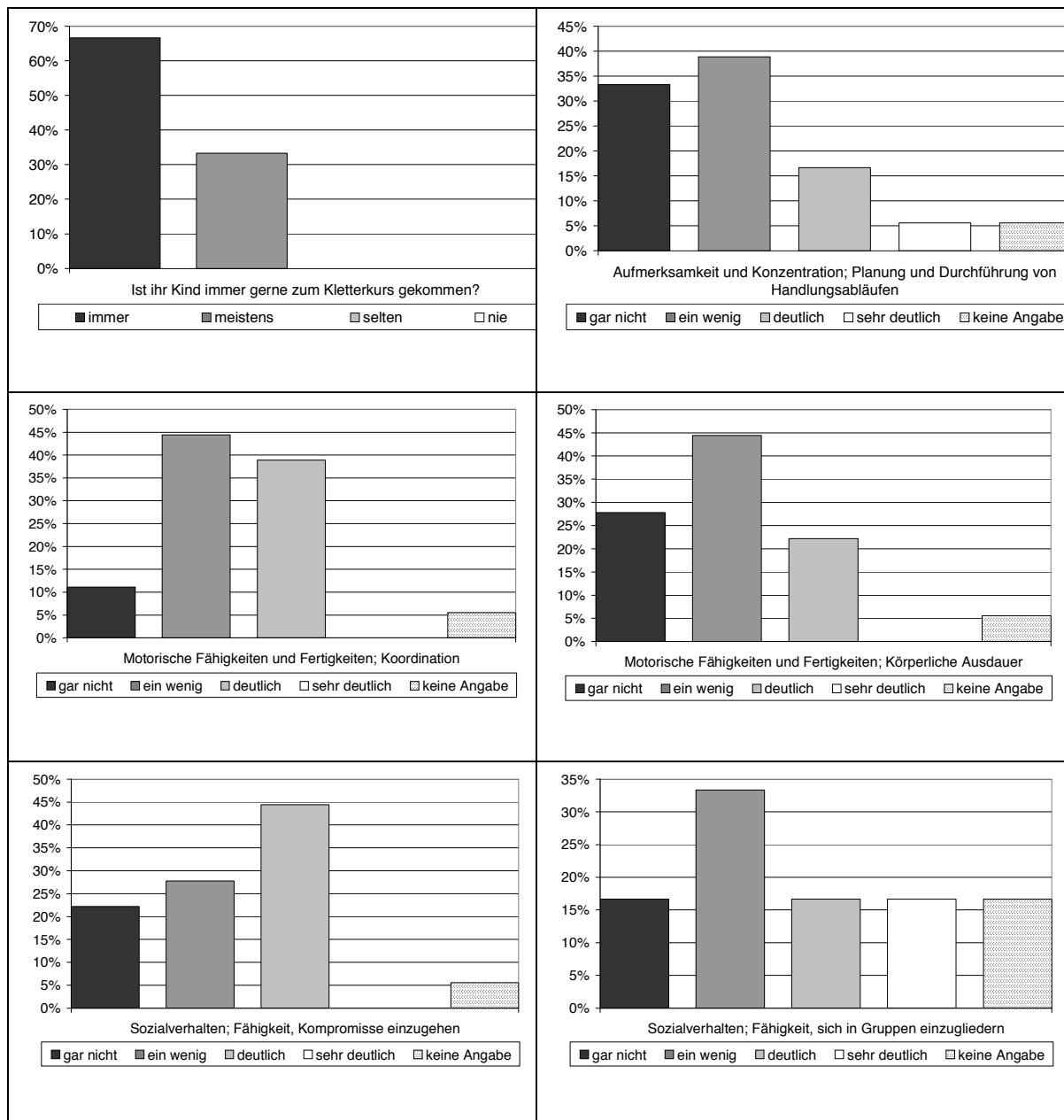
Die Eltern geben durchgängig Verbesserungen im Bereich der motorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten an. Exemplarisch führen wir in der folgenden Grafik den Bereich Koordination und körperliche Ausdauer auf. Immerhin 83% gaben Verbesserungen im Bereich Koordination an. Bei einem Kind hatte sich die Skoliose verbessert. Auch in der Bereitschaft zum Durchhalten bei sportlichen Aktivitäten gaben die Eltern Verbesserung an - immerhin 1/5 als deutliche positive Veränderung (22%).

- **Fähigkeit Kompromisse einzugehen:**

Die Fähigkeit, sich auch mal zu einigen und nicht auf dem eigenen Standpunkt zu verharren beschrieben immerhin 44 % der Eltern als deutliche Verbesserung.

- **Fähigkeit, sich in Gruppen einzufügen:**

Zufrieden zeigten sich viele der Eltern über die Verbesserung im Sozialverhalten ihrer Kinder im Kontakt mit anderen. 1/3 konnten deutliche bis sehr deutliche positive Fähigkeiten ihrer Kinder beobachten.



Die komplette Zusammenfassung der Fragebögen finden sie im Anhang.

Unsere eigenen Beobachtungen über den Zeitraum von einem Jahr stellen sich wie folgt dar:

- Vor allem die Mädchen konnten sehr von unserem Angebot profitieren. Alle Eltern von Mädchen, berichten, das ihre Kinder enorm an Selbstbewusstsein gewonnen haben und sich dadurch auch die Stellung des Kindes in der Schulklasse verändert und verbessert habe.

- Auffallend ist auch, dass die hypotonen ADS- Kinder, also die Träumerle, sehr gut vom Klettern profitieren. Der Aufbau des Muskeltonus scheint sich direkt auf die Wachsamkeit und die Ansprechbarkeit aus zu wirken.
- Auch die Selbständigkeit sei gewachsen, berichten die Eltern, ebenso die Tatsache, sich anstrengenden Tätigkeiten zu stellen und nicht mehr auszuweichen.
- Die „klassischen“ ADS-Kinder mit Hyperaktivität und Impulskontrollstörung profitieren vor allem im Bereich der sozialen Kompetenzen.
- Der Transfer der Aufmerksamkeit und Konzentration in den Alltag scheint erschwert zu sein. Es bedarf noch anderer Maßnahmen, wie zum Beispiel einem gezielten Konzentrationstraining.
- Die sozialen Kompetenzen konnten jedoch bei allen Kindern so gestärkt werden, dass sie nun auch in Gruppen ohne therapeutisches Setting, wie zum Beispiel Sportgruppen teilnehmen können, was zuvor kaum möglich war.

9. Finanzierungsmodelle

Durch den Personalaufwand und die Miete der Kletterhalle entstehen relativ hohe Kosten. Außerdem muss immer mal wieder Material ersetzt werden (Kletterschuhe, Karabiner etc.) Um diesen finanziellen Aufwand überhaupt stemmen zu können und den Kurs für die Eltern noch einigermaßen bezahlbar zu halten, werden wir von Anfang an vom Förderverein für psychisch kranke Kinder- und Jugendliche e.V. unterstützt. Der Förderverein übernimmt bei bedürftigen Kindern oder bei Kindern, deren Eltern sagen, sie können sich den Kurs nicht leisten, die Differenz zu dem Betrag, den die Eltern aufbringen können. In der Regel sind es 18 Euro pro Kind und Monat. In besonderen Härtefällen ist es auch möglich, ein Kind komplett über den Förderverein zu finanzieren. Dies mussten wir bisher einmal in Anspruch nehmen. Unser Honorar haben wir bisher in einem sehr bescheidenen Rahmen gehalten, es entspricht nicht einmal dem Stundensatz einer psychisch-funktionellen Behandlung für 1 Kind. Bisher überwiegt der Idealismus! Längerfristig streben wir jedoch an, uns ein realistisches Honorar auszahlen zu können.

Im Frühjahr dieses Jahres haben wir die Kassenverbände die für uns zuständig sind, angeschrieben, sie mögen prüfen, ob eine Sondergenehmigung erteilt wer-

den könnte, unser Angebot als psychisch-funktionelle Gruppentherapie außerhalb der Praxisräume abzurechnen. Alle drei zuständigen Stellen haben abgelehnt. Zwei mit der Begründung, nur die Praxisräume wären als Therapieräume zugelassen, die dritte Kasse hat sich zu mindest die Mühe gemacht, unseren Antrag von einem „Sachverständigen“ prüfen zu lassen. Dieser ist zum Schluss gekommen, dass es noch keine wissenschaftlichen Nachweise für die Wirkung des Kletterns gebe und deshalb die Krankenkasse nicht zuständig sei. Außerdem kam dieser Sachverständige zu dem Schluss, dass es weder wirtschaftlich noch notwendig sei und mit einem erhöhten Verletzungsrisiko einhergehe. Hierzu gibt es allerdings eine Studie der Uni Bamberg (Unfallstatistik an Indoor-Kletteranlagen)⁶ die das Gegenteil belegt. Unseren Antrag finden sie im Anhang mit der Begründung, weshalb wir der Meinung sind, das dies wohl eine Leistung der Krankenkassen sein könnte und eine wirtschaftliche noch dazu.

Bis auf weiteres werden wir unser bisheriges Finanzierungsmodell beibehalten müssen. Wir werden aber weiterhin nach Möglichkeiten suchen, dieses Angebot für alle Eltern deren Kinder es brauchen erschwinglich zu machen.

Aktuell prüfen wir gemeinsam mit einer Mutter eines Kindes aus unserer Gruppe (die im Bereich Rehabilitation als Ärztin tätig ist) die Möglichkeit eines Antrages auf Präventivmaßnahme als Funktionstraining.

10. Zusammenfassung

Nach nun schon 2,5 Jahren Erfahrung mit unseren Klettergruppen für ADS-Kinder, dürfen wir mit Freude feststellen:

Unser Angebot hat sich gut etabliert!

Es wird sowohl von den niedergelassenen Pädiatern und Kinder -und Jugendpsychiatern, als auch von der Kinder- und Jugendpsychiatrischen-Abteilung der Uniklinik empfohlen und mit sehr wohlwollenden Blicken begleitet.

⁶ siehe Literaturhinweis, Unfallstatistik an „Indoor-Kletteranlagen“ 1999

Auch die Mitglieder des Fördervereines für psychisch kranke Kinder e. V. (dem sowohl Ärzte als auch Mitarbeiter vom Jugend -und Sozialamt, Heimleiter diverser sozialen Einrichtungen etc. angehören) verfolgen über die regelmäßige finanzielle Unterstützung hinaus, die Entwicklung unseres Projektes gespannt.

Einmal im Jahr, stellen wir die Entwicklung unserer Arbeit den Mitgliedern des Vereines vor.

Unsere erste Gruppe mit 8 Kindern im Jahre 2007 wurde von einem Studenten der Sozialpädagogik begleitet. Er hat seine Diplomarbeit darüber geschrieben.

Mittlerweile haben, wenn man die zu Zeit laufenden Gruppen dazu zählt, 50 Kinder, mit mehr oder weniger ausgeprägten ADS-Symptomen an unserem Angebot teilgenommen. Ungefähr zweidrittel dieser Kinder sind permanent in Kinder- und Jugendpsychiatrischer Behandlung, über die Hälfte wird medikamentös behandelt. Vier Kinder haben an diesem Angebot teilgenommen, die nicht als ADS-Kinder diagnostiziert worden sind oder den Verdacht auf ADS haben. Dies sind zwei autistische Kinder, ein Kind mit einer geistigen Behinderung und einer Balkenagnosie und ein Kind mit Down-Syndrom. Wir haben diese Kinder auf Bitte der Eltern und /oder des Pädiaters dazu genommen, da sie alle Konzentrationsstörungen, eine mangelnde Impulskontrolle und Koordinationsstörungen, bzw. eine motorische Unruhe zeigen. Auch diese Kinder konnten schön von unserm Angebot profitieren und wurden ohne Probleme von der Gruppe akzeptiert.

Einige Kinder haben so viel Gefallen am Klettern gefunden, dass es seit diesem Jahr eine Fortgeschrittenengruppe gibt. Unseren Wunsch, die Kinder in die bestehenden Gruppen des Alpenvereines zu integrieren, konnten wir leider nur teilweise bei einzelnen Kindern verwirklichen, da die Kapazitäten der Kindergruppen des Alpenvereines zu gering sind.

Bei einigen Kindern hat die ganze Familie das Kletterfieber gepackt, so dass eine schöne und sinnvolle Freizeitgestaltung für ein paar Familien angebahnt werden konnte. So muss sich das Kind nicht mehr nur defizitär erleben, sondern die ganze Familie kann zusammen wieder positive Erfahrungen miteinander machen.

Zur Zeit laufen 3 therapeutische Gruppen mit jeweils 10 Kindern und ein Fortgeschrittenengruppe mit 8 Kindern. Einige Kinder sind bereits auf der Warteliste. Es

sieht so aus, dass wir unsere Arbeit noch eine Weile weiter führen könnten und darüber freuen wir uns sehr.

11. Ausblick

Wie schon in der Zusammenfassung erwähnt, blicken wir mit viel Zuversicht in die Zukunft und dürfen doch stark annehmen, dass unsere Klettergruppen in den nächsten Jahren weiter geführt werden können.

Zum Thema Integration in bestehende, nicht therapeutische Gruppen, wünschen wir uns nach wie vor eine Möglichkeit „unsere“ Kinder, in den Gruppen des Alpenvereins zu integrieren. Um die Kapazitäten des Alpenvereins zu erhöhen, überlegen sich, zwei unserer Übungsleiter, ob sie nicht eine Gruppe im Alpenverein anbieten wollen, die sowohl „unsere“ Kinder bedient, als auch die regulären Anfragen an den Alpenverein. Diese Gruppe wäre dann Bestandteil des Alpenvereins und keine therapeutische Gruppe mehr.

Desweiteren besteht die Idee, vermehrt Familienkletterausflüge an zu bieten. Dies soll eine sinnvolle Freizeitgestaltung anbahnen und den Familien Möglichkeiten eröffnen, auch mit „Problemkindern“ schöne Erlebnisse zu gestalten. Desweiteren soll es den negativen Kreislauf von Misserfolg und Sündenbockrolle durchbrechen und die Stellung der Familienmitglieder untereinander neu gestalten.

Wir würden uns wünschen, dass das unser spezielles Konzept des therapeutischen Kletterns mit ADS-Kindern auch bei anderen Therapeuten Interesse weckt und vielleicht sogar zur Nachahmung anregt. Immer wieder bekommen wir Anfragen von interessierten Therapeuten, ob sie bei uns hospitieren dürfen. Wenn es die Gruppendynamik zulässt, erlauben wir das gerne. Auf Grund des regen Interesses könnten wir uns vorstellen, in Zukunft Fortbildungen zu diesem Thema anzubieten. Dies sind jedoch noch wage Ideen, eine Konzeption dazu gibt es noch nicht.

Ein weiterer, sehr großer Wunsch ist es, die Finanzierung längerfristig unabhängig von Spendengeldern zu gestalten. Um weiterhin zu gewährleisten, dass alle Kinder, bei denen die Indikation gestellt wird, von diesem Angebot profitieren können, ist es erforderlich, dass die Kassenverbände das therapeutische Klettern innerhalb

der ergotherapeutischen Behandlung als psychisch-funktionelle Gruppentherapie anerkennen.

Dafür zu kämpfen wird eines unserer nächsten Ziele sein. (Wie oft wurden wir schon von Kinder- und Jugendpsychiatern gefragt, ob sie ein Rezept ausstellen sollen und das Erstaunen war groß, wenn wir sagen mussten, wir dürfen nicht über Kasse abrechnen.)

12. Literaturverzeichnis

Autor	Titel	Verlag, Jahr
Lazik, D.	Therapeutisches Klettern	Thieme Verlag 2008
Winter, B., Arasin, B.	Ergotherapie bei ADHS	Thieme Verlag 2007
Friedrich, Hajo	Klettern als Therapie	Artikel in der Zeitschrift „bio“ 2008
Cernotta, Annegret	Klettertherapie – mit jedem Griff ein bisschen sicherer	Gesundheit Sprechst. 03/2009
Lazik/Bittmann	Erfahrungsbericht zum therapeutischen Klettern	Inst. Für Sportmedizin und Prävention der Uni Potsdam
Esser/Bartik	Klettern in der Ergotherapeutischen Praxis	ET & Rehabilitation Heft 3/2002
Veser/Bady//Wiesner	Konzentriert durch Klettern	Ergopraxis 2009
Scharler, Dirk	Integratives Therapeutisches Klettern	physiopraxis 7-8/04
Heitkamp, h. C. et al.	Effekte eines Klettertrainings	Akt. Rheumatol. 24 (1999) Thieme Verlag
Schöffl/ Winkelmann	Unfallstatistik an Indooranlagen	Sportverlet.-Sportsad.13 (1999) Thieme Verlag
Ricker	AD(H)S und Klettern	Diplomarbeit FB Sozialpädagogik/Sozialarbeit, FH
Hofferer/Royer	Klettern mit Kindern mit Problemverhalten	Artikel http://bidok.ac.at

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie unter <http://www.uni-duesseldorf.de>

Aus dem Internet zum Thema Sportklettern: Wikipedia, die freien Enzyklopädie

13. Anhang