

**Beratungsstelle für Eltern,
Kinder und Jugendliche
des Kreises Groß-Gerau**

Darmstädter Straße 88
64521 Groß-Gerau

Tel.: 06152 7898
Fax: 06152 7897

**Südkreisberatungsstelle
des Kreises Groß-Gerau
- Familien, Jugend-
und Drogenberatung -**

Bahnhofstraße 11
64560 Riedstadt-Goddelau

Tel.: 06158 915766
Fax: 06158 915767

Jahresbericht **2010**



E-Mail: erziehungsberatung@kreisgg.de

Inhaltsverzeichnis

Seite	
1. Einleitung	2
2. Themenschwerpunkt: Kinder und Jugendliche mit einer Aufmerksamkeits-Defizit-Störung mit und ohne Hyperaktivität AD(H)S	5
3. Formen der Kooperation mit Kindertagesstätten - Vielfältige Erfahrungen und gute Aussichten - ein Erfahrungsbericht	15
4. Alleinerziehende Mütter im Beratungskontext	19
5. Neue Medien - ein Schlüsselthema für Erziehung und Erziehungsberatung heute	23
6. Frühe Hilfen in der Beratungsarbeit	25
7. Die einzelfallbezogene Arbeit beider Beratungsstellen im Jahr 2010	27
8. Weiterbildungsangebote für Eltern und pädagogische Fachkräfte und Vernetzungsaktivitäten	29
9. Eigene Fort- und Weiterbildungen die MitarbeiterInnen der beiden Beratungsstellen	31
10. Die MitarbeiterInnen der beiden Beratungsstellen	33
11. Literatur	34
Anhang: Statistische Angaben	38

1. Einleitung

Die Arbeit der beiden Erziehungsberatungsstellen des Landkreises Groß-Gerau war im Jahr 2010 geprägt von Tendenzen, wie sie bundesweit in der Erziehungsberatung, aber auch in anderen Arbeitsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe beobachtbar ist.

- Die Fälle werden durchschnittlich zunehmend schwierig und komplex, erfordern folglich qualitativ wie auch zeitlich einen höheren Einsatz und verstärkte Kooperation mit anderen Institutionen im Bereich der Jugendhilfe, des Bildungs- und Gesundheitswesens.
- Bei einem Teil der Eltern verstärken sich offenbar Unsicherheiten in Erziehungsfragen und -kompetenzen, die Ablehnung von Erziehungsverantwortung sowie eine Verweigerung der Übernahme von Rollenbildern als Erwachsene/-er.
- Bei jedem Alter der beratenen und betreuten Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, von der Schwangerschaft bis über die Volljährigkeit hinaus wird in der Erziehungsberatung zunehmend die Kooperation mit einem breiten Spektrum von Institutionen, Freiberuflern u.a.m. in Jugendhilfe (fachbereichsintern v.a. mit dem ASD, aber auch der Schulsozialarbeit, dem Pflegekinderwesen etc., aber auch mit externen TrägerInnen), Bildungs-, Sozial- und Gesundheitssystem erforderlich.

Zum Beispiel werden bei Lern- und Schulproblemen von Kindern oder Jugendlichen regelmäßig Kooperationen erforderlich mit Lehrkräften, FörderlehrerInnen, Schulleitungen, Fachkräften des Schulpsychologischen Dienstes und der Dezentralen Schule für Erziehungshilfe, der Schulsozialarbeit, Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie, des Allgemeinen Sozialen Dienstes, der Sozialpädagogischen Familienhilfe bzw. sozialpädagogischen Einzelbetreuung, mit ErgotherapeutInnen und LogopädInnen, Hausaufgaben- und Schulkindbetreuung...

Hierbei stellen wir teilweise eine mangelnde Rollenklarheit der involvierten Fachkräfte fest, so dass Kommunikationsprozesse zur fallbezogenen Arbeitsteilung notwendig werden. Auch das Thema Datenschutz muss in diesem Kontext eine höhere Beachtung finden (Informationsweitergabe zu KlientInnen erst nach schriftlicher Schweigepflichtentbindung).

Andererseits belegen u.a. die Shellstudien der letzten Jahre, dass die durchschnittliche elterliche Be- und Erziehungskompetenz in Deutschland zugenommen hat: Ein Gros der befragten Jugendlichen und Jungen Erwachsenen gibt an, sich mit den Eltern gut zu verstehen und später mit eigenen Kinder ähnlich leben zu wollen, wie sie es in ihrer Herkunftsfamilie selbst erfahren.

Tendenzen in der Erziehungsberatung

„Nicht ohne meine Familie.

Die Bedeutung der Familie für Jugendliche ist ein weiteres Mal angestiegen. Mehr als drei Viertel der Jugendlichen (76 Prozent) stellen für sich fest, dass man eine Familie braucht, um wirklich glücklich leben zu können. Das bezieht sich nicht nur auf die Gründung einer eigenen Familie, sondern auch auf die Herkunftsfamilie. Diese bietet gerade in Zeiten gestiegener Anforderungen in Schule, Ausbildung und den ersten Berufsjahren Rückhalt und emotionale Unterstützung.

Mehr als 90 Prozent der Jugendlichen haben ein gutes Verhältnis zu ihren Eltern. Auch mit deren Erziehungsmethoden sind die meisten einverstanden. Fast drei Viertel aller Jugendlichen würden ihre eigenen Kinder so erziehen, wie sie selber erzogen wurden. Deshalb ist es nur verständlich, dass auch das „Hotel Mama“ weiterhin gefragt ist: Fast drei Viertel aller Jugendlichen wohnen noch bei ihren Eltern - insbesondere weil es kostengünstig und bequem ist.

Wieder zugenommen hat der Wunsch nach eigenen Kindern. 69 Prozent der Jugendlichen wünschen sich Nachwuchs. Erneut äußern junge Frauen (73 Prozent) diesen Wunsch häufiger als junge Männer (65 Prozent)“ (vgl. Shell in Deutschland).

Inhaltlich lagen die Schwerpunkte der Beratungstätigkeit wie schon in den vergangenen Jahren bei folgenden Themenbereichen:

- die besondere Förderung so genannter ressourcenarmer Familien im Rahmen einer Lebensweltorientierung der Beratung (vgl. auch Kap. 2)
- in diesem Rahmen der Ausbau niedrigschwelliger Beratungsangebote in verschiedenen Kindertagesstätten (vgl. Kap. 3)
- Trennung und Scheidung in ihrer Bedeutung sowohl für die betroffenen Kinder und Jugendliche als auch für alleinerziehende und umgangsberechtigte Eltern (vgl. hierzu Kap. 4)
- Beratung Alleinerziehender, v.a. Mütter, zu Erziehungs- und anderen familialen Problemen
- Suchtberatung im Bereich illegaler Drogen, besonders im Kontext der Substitutionsbehandlung
- die Teilspezialisierung Sexuelle Kindesmisshandlung
- die Förderung von Medienkompetenz bei Eltern, Kindern und Jugendlichen (vgl. Kap. 5)
- Beratungsleistungen für Institutionen wie Kindergärten und Schulen im Zusammenhang mit vermuteter Kindeswohlgefährdung als ‚Insofern erfahrene Fachkräfte‘ nach § 8a SGB VIII
- Fort- und Weiterbildungsangebote für Eltern, Pflegeeltern und Fachkräfte (vgl. Kap. 7)
- fallübergreifende Gremien- und Vernetzungsarbeit v.a. i.S.d. Prävention, sowohl im Jugendhilfe- als auch im Suchtbereich, fachbereichsintern wie auch v.a. extern (ebd.)

**Beratungs-
schwerpunkte**

- Angebote zu Frühen Hilfen in unseren Beratungsstellen sowie die Netzwerkkoordination der Frühen Hilfen im Landkreis (vgl. Kap. 6).

Auch in diesem Jahr danken wir allen KooperationspartnerInnen der beiden Erziehungsberatungsstellen sehr herzlich für die produktive fallbezogene und fallübergreifende Zusammenarbeit und hoffen, diese auch zukünftig für alle Beteiligten weiterführend gestalten zu können.

Groß-Gerau, Juli 2011

Katharina Sutter, M.A.

(Leiterin der Beratungsstelle)

2. Kinder und Jugendliche mit einer Aufmerksamkeits-Defizit-Störung mit und ohne Hyperaktivität AD(H)S

2.1 Diagnostische Prozesse im Kontext von Erziehungsberatung am Beispiel des ADHS

In der Erziehungsberatung wird vor allem von Eltern mit Kindern im Schulalter häufig die Vermutung geäußert, ihr Kind könne unter einem Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom ADS leiden, vielfach in Verbindung mit gesteigerter Aktivität, also Hyperaktivität (ADHS)¹; auch Fachkräfte in Kindergärten und Schulen gehen bei einer Vielzahl von kindlichen Verhaltensauffälligkeiten von diesem Syndrom aus. Teilweise liegt bereits eine entsprechende Diagnose vor, ausgesprochen von KinderpsychiaterInnen, -ärztInnen, SchulpsychologInnen u.a.m.

AD(H)S ist vielfach expliziter Anlass für die Kontaktaufnahme mit einer Erziehungsberatungsstelle. Im Jahr 2007 z.B. nahmen im engeren Sinne wegen gesundheitsbezogener Anlässe in den bundesdeutschen Erziehungsberatungsstellen ca. 25% aller Ratsuchenden Beratung in Anspruch (Gerth/Menne 36ff.), darunter

- etwa 25% wegen Hinweisen auf das Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom ADHS
- ca. 17% wegen psychosomatischer Probleme
- ungefähr 10% wegen autoaggressiven Verhaltens
- jeweils rund 8% wegen Essstörungen, Nikotin-, Alkohol- und Drogenkonsums und seelischer Behinderung sowie
- jeweils circa 6% wegen Regulationsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern sowie wegen Folgen chronischer Erkrankungen (z.B. Asthma, Neurodermitis, Diabetes) (ebd. 34f.).

Darüber hinaus muss bei einer Vielzahl von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die mit ihren Familien in Erziehungsberatungsstellen Unterstützung finden, davon ausgegangen werden, dass ihr Erleben und Verhalten in Kategorien klinischer Diagnostik (z.B. gemäß der internationalen Klassifikationssystematik des ICD-10 bzw. des DSM-IV, dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) zu verstehen ist (ebd. 38ff.).

Generell erscheint für die diagnostische Fundierung von Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe eine möglichst ganzheitliche Sicht auf die Lebenssituation von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien erforderlich, wie sie insbesondere im Konzept der Lebensweltorientierung dargelegt wurde, das programmatisch auch der Konzeption des Kinder- und Jugendhilfe-Gesetzes zugrunde liegt (hierzu etwa

Lebensweltorientierung der Erziehungsberatung

¹ Der Einfachheit halber wird im Folgenden einheitlich von ADHS gesprochen.

Grunewald/Thiersch 2004). Dies bedeutet, in Diagnose und Intervention sowohl das innere Erleben der KlientInnen als auch ihre familiäre, ökonomische und soziale Situation bestmöglich zu verstehen zu suchen und in dieser Hinsicht individuell angemessene Lösungsstrategien für die jeweilige Lebenssituation zu erarbeiten.

In diesem Zusammenhang liegt

„der zentrale Beitrag der Erziehungsberatung zur Gesundheitsförderung... (in der) **Verbesserung der familialen Kommunikation**, die als eine der Determinanten von Gesundheit gilt“ (Gerth/Menne 32)

u.a. mit den Zielen der Stärkung individueller und familialer **Schutzfaktoren und Ressourcen, Lebenskohärenz** sowie der Ermöglichung von **Selbstwirksamkeitserfahrungen** bei Heranwachsenden und Eltern (ebd.).

In psychosozialer Perspektive ist dabei das erhöhte Risiko der Entwicklung von seelischen, körperlichen bzw. psychosomatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen aus so genannten ressourcenarmen Familien wesentlich. Heranwachsende aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, so v.a. aus alleinerziehenden, aus kinderreichen sowie aus bildungsfernen Familien mit Migrationshintergrund, erfahren verstärkt, schon pränatal,

- Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit sowie
- Schwierigkeiten bei der Entwicklung von Selbstbild
- Wohlbefinden
- Problemverhalten
- bei der Gestaltung sozialer Beziehungen und Partizipation
- wie auch bei Intelligenzentwicklung
- Sprachvermögen und
- schulischen Leistungen (ausführlich: Walper).

Sie haben z.B. ein 2,4fach erhöhtes Risiko, psychische Auffälligkeiten zu entwickeln (Gerth/Menne 25f.). Daher sind gerade für sie verstärkte Anstrengungen der Jugendhilfe, des Bildungs-, Sozial- und Gesundheitssystems erforderlich, um biopsychosoziale Schutzfaktoren zu stärken, Risikofaktoren zu verringern, und ihre Widerstandsfähigkeit (Resilienz) gegenüber biopsychosozialen Belastungsfaktoren zu erhöhen.

Menschliches Empfinden und Verhalten ist letztendlich nie vollständig verstehbar, man kann sich ihm immer nur hypothetisch annähern. Gerade bezüglich der komplexen biopsychosozialen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit ihren individuell zukunfts-offenen Verläufen sind Diagnosen äußerst behutsam zu stellen angesichts der hohen Gefahr,

Besondere körperliche, seelische und soziale Belastungen

Modellhafter Charakter von Diagnosen

- wesentliche Probleme gar nicht zu erkennen oder
- wahrnehmbare Symptome nicht hinreichend sorgfältig durch eine präzise Differenzialdiagnose möglichen Ursachen zuzuordnen und folglich
- zu suboptimalen oder dysfunktionalen Schlüssen bezüglich geeigneter Interventionsformen zu gelangen,
- letztendlich psychosoziale Belastungen dadurch schlimmstenfalls zu chronifizieren
- und schließlich Kinder und Jugendliche z.B. im schulischen Bereich oder im Gesundheitswesen unrealistisch zu ‚etikettieren‘ bzw. zu stigmatisieren, sowie, problematische Selbstzuschreibungen der Betroffenen zu provozieren, etwa nach dem Motto „Ich habe Borderline“ oder „Ich bin ein ADHS-Kind“.

Erziehungsberatung mit ihrem umfassenden Blick auf die sich stetig wandelnden Sozialisationsbedingungen von Kindern und Jugendlichen im Lebenslauf lehrt, wie dringend erforderlich es ist, einer Eingangsdiagnose immer eine Prozessdiagnose folgen zu lassen, das heißt während der gesamten Beratungsdauer sensibel zu bleiben für neue Informationen, die zu einem präziseren Bild der vorliegenden Problematik führen können, sowie eine Individualdiagnostik stets zu ergänzen durch eine Beziehungs- und Umfelddiagnostik (vgl. auch Scheuerer-Englisch u.a, 133).

2.2 Symptomatologie

Die derzeit gültige Internationale Klassifikation ICD-10 führt als wesentliche Symptome einer ADHS auf: **Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität.**

„A. AUFMERKSAMKEIT

1. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten.
2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten.
3. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn ansprechen.
4. Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen.
5. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.
6. Vermeidet häufig Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengung erfordern, hat eine Abneigung gegen sie oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit ihnen, wie z.B. Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben.
7. Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt, z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug.
8. Lässt sich durch äußere Reize leicht ablenken.
9. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.

B. HYPERAKTIVITÄT

1. Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl

**Symptome eines
vermuteten/
diagnostizierten
ADHS**

herum.

2. Steht häufig in der Klasse oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.
3. Lläuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist.
4. Hat Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.
5. Ist häufig „auf Achse“ oder handelt wie „getrieben“, oder zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Aufforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist.

C.IMPULSIVITAT

1. Platzt häufig mit Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.
2. Kann nur schwer abwarten, bis er/sie bei Spielen oder in Gruppensituationen an der Reihe ist.
3. Unterbricht und stört andere häufig, platzt z.B. in Gespräche oder in Spiele anderer hinein.
4. Redet häufig übermäßig viel, ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren“ (BZgA 2006, 10).

Voraussetzung für die Bestimmung der Diagnose ist, dass die Symptome seit dem Vorschulalter in überdurchschnittlicher Ausprägung über eine Mindestdauer von sechs Monaten hinweg in unterschiedlichen Lebenssituationen (z.B. Familie, Schule) feststellbar waren². Bei der darüber hinaus in Deutschland üblichen Unterscheidung einer Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (ADS) steht die Unaufmerksamkeit im Mittelpunkt, in Verbindung mit einem langsamen Arbeitstempo (Puls 11).

2.3 Erklärungsansätze

In der ADHS-Diskussion nimmt eine auf körperliche Ursachen fokussierte Sicht breiten Raum ein, der zufolge

„es sich bei den Aufmerksamkeitsstörungen vorrangig um ein neurobiologisches Phänomen (handelt), wobei die Veranlagung für diese Problematik offensichtlich vererbbar ist“ (Puls 12).

In dieser Perspektive geht man davon aus, dass

„es sich um eine Funktionsstörung handelt auf neuronaler Ebene im Stirnhirnbereich und einiger mit ihm in Verbindung stehender Stammganglien. Es besteht eine Dysbalance der verschiedenen Neurotransmitter³ untereinander. Im synaptischen Spalt kommt es zum Mangel eines oder mehrerer Neurotransmitter, bedingt durch eine molekulargenetisch verursachte Transporterstörung. Dadurch wird im synaptischen Spalt die Weiterleitung von Nervenreizen blockiert“ (Simchen 84).

² In einer Elternbefragung der GEK-Krankenkasse gaben allerdings über 40% der Eltern an, die Symptomatik habe sich erst nach Vollendung des sechsten Lebensjahres entwickelt, sowie über 25%, erst nach Vollendung des siebten Lebensjahres; auch gaben knapp 20% an, es sei nur ein Lebensbereich belastet (GEK 2008, 82).

³ Dopamin, Noradrenalin und Serotonin

Eine genetisch bedingte Stoffwechselstörung?

- Auf Details dieser neurobiologischen Aspekte soll an dieser Stelle nicht weiterführend eingegangen werden. - Das Verhältnis verschiedener Neurotransmitter entscheidet danach darüber, ob sich eine Person **hyper- oder hypoaktiv** verhält, d.h. ein ADS mit oder ohne Hyperaktivität vorliegt. Zu geringe Produktion von Noradrenalin und Serotonin bedingt darüber hinaus eine übermäßige Ausschüttung des Stresshormons Cortisol, Ursache einer anhaltenden, nicht produktiv nutzbaren Unruhe (Simchen 84f.)⁴.

Es wird mancherorts von einer Vererbbarkeit von 75 - 90% ausgegangen, als weitere Auslöser werden vorgeburtliche Risiken wie Frühgeburtlichkeit und Schädigungen verschiedenster Art, oder Alkohol- und Nikotinkonsum der Mutter diskutiert (Ladwig 19f.).

Der Perspektive einer ‚rein genetisch bedingten Stoffwechselstörung‘, welche Umweltfaktoren vollständig oder weitgehend ausschließt, stehen Modelle gegenüber, die eine biopsychosoziale oder entwicklungspsychologische Genese annehmen (Schmela 119).

„Das manifeste Bild eines ADS/H beinhaltet immer eine bio-psycho-soziale Störung in den Bereichen: kognitive Fähigkeiten, neuromotorisch-sensomotorische Funktionen und Steuerung der Gefühle und der Verhaltensbildung. Eine beeinträchtigte Reizverarbeitung ist dafür die Ursache, die Reizaufnahme ist zu groß, die Reizschwelle ist zu niedrig, die Reaktion auf die Reize spontan und überschießend. Das Gehirn wird dadurch überfordert, die Daueraufmerksamkeit kann nicht gehalten werden“ (Simchen 89; ähnlich GEK 2008, 23).

Folgen sind Funktionseinbußen in den Bereichen Arbeitsgedächtnis, Impulssteuerung und strukturierte Handlungsplanung (Ladwig 20).

Zur Perspektive der Genetik hinzukommen muss folglich immer die der **Epigenetik**, d.h. die Erforschung der Umwelterfahrungen, die eine Aktivierung von Genen veranlassen (Bonney 2008b, 22).

„Keinesfalls haben die Gene die Macht, den Organismus nach ihren Befehlen tanzen zu lassen. Vielmehr ist die Funktion der Gene an die Kooperation mit zahlreichen externen Faktoren gebunden. Auf jedem Gen findet sich ein Teilstück, das solche aus dem Organismus kommende Signale erkennen kann und dann veranlasst, ob und wie stark das Gen zur Wirkung kommt...“ (ebd.).

4 An biologischen Ursachen werden darüber hinaus auch Faktoren wie Rauchen der Mutter in der Schwangerschaft, Störungen des Fettsäurestoffwechsels, verringerte Zink-Serumspiegel, einige Nahrungsmittel u.a.m diskutiert, vgl. GEK 2008, 26ff.

Eine biopsychosoziale oder entwicklungspsychologische Perspektive

Eine rein körperliche Ursache ist nicht belegbar. Bei KlientInnen mit (vermutetem) ADHS teilweise erhobene neurochemische Abweichungen der Hirnentwicklung können auch eine Konsequenz bestimmter biopsychosozialer Lebensumstände sein.

„Die derzeit gängigen Erklärungen von ADHS als Stoffwechseldefekt und Aktivierungsdefizit (Unterfunktion des frontostriatalen Systems) weisen die theoretische Schwäche auf, dass nicht klar wird, ob die gefundenen neurochemischen Veränderungen Ursache, Begleiterscheinung oder Folge der Symptomatik ist. Zahlreiche zum Teil widersprüchliche Befunde liegen vor, die auch auf morphologische Veränderungen im Zusammenhang mit ADHS hinweisen. Der Mythos, dass biologische Veränderungen automatisch als Ursache für psychische Auffälligkeiten darstellen, ist insbesondere aus systemtheoretischer Sicht absurd und wird darüber hinaus durch zahlreiche Befunde neuerer Hirnforschung hinsichtlich der Plastizität und dynamischen Lernfähigkeit dieses Organs widerlegt“ (Brandau 32).

Tatsächlich sind bei betroffenen Kindern und Jugendliche neurobiologische Anomalien vielfach nicht nachweisbar (Schmela 119).

Faktisch besteht kein einziges Testverfahren, das dieses Syndrom sicher ‚beweisen‘ würde (Schmid 31; Schmela 102). Stattdessen bedarf es umfassender diagnostischer und anamnestischer Bemühungen, um ein adäquates Bild der vorliegenden psychosozialen Belastung zu erhalten.

Keine sichere Testmethode

Kann man also von den oben beschriebenen Symptomen des ADHS verlässlich diagnostisch auf eine spezifische Erkrankung schließen? Mit der Analogie, dass hohes Fieber auch keinen eindeutigen Rückschluss auf eine Mittelohr-, Lungen- oder Blinddarmentzündung zulässt, sondern eine genauere Diagnostik erfordert, spricht Neeral von ‚grober Fahrlässigkeit‘, wenn man alleine aufgrund dieser Verhaltensweisen bereits auf das Vorliegen eines ADHS schließt, ohne psychodynamische oder psychosoziale Ursachen zu erforschen (Neeral 2008a, 30).

„Eine fachliche Diagnostik erstreckt sich auf mehrere Stunden und umfasst eine ausführliche Leistungs-, Entwicklungs- und Psychodiagnostik des Kindes, die Erhebung der Familien- und Schulgeschichte des Kindes sowie die Erfassung der Familien- und schulischen Situation des Kindes. Idealerweise beinhaltet dies eine Unterrichtsbeobachtung des Kindes durch den Diagnostiker in der Schule, mindestens jedoch die Erfassung seines Verhaltens (Stärken und Schwächen) über standardisierte Checklisten und Fragebögen, bei denen es nicht nur um vermeintliche AD(H) S-,Symptome‘ gehen sollte, sondern auch um das sonstige Verhalten und Erleben des Kindes in der Schule, in der Familie und in anderen Kon-

texten. Neben Aufmerksamkeitsproblemen haben viele Kinder andere psychische Störungen, deren Relevanz als mögliche Begleiterscheinung, Folgen oder Ursachen der Konzentrationsstörungen es professionell zu erfassen gilt. Andere psychische Störungen und Belastungen als Ursachen von Konzentrationsschwächen werden in der Praxis jedoch leider oft übersehen“ (Schmela 103).

Bei der Erfassung der familialen Situation sind dabei z.B. auch Faktoren wie Medienkonsum (Reizüberflutung), Gesundheits- und Erziehungsverhalten (z.B. Mangel an Zuwendung, und/oder an Grenzziehung) etc. zu berücksichtigen (Ladwig 21, GEK 2008, 25). Auch bedarf es internistischer und neurologischer Untersuchungen, um etwa Einschränkungen des Seh- und Hörvermögens als Ursache auszuschließen, oder aber neurologische Erkrankungen wie Epilepsie, u.a.m (Ladwig 21, Dt. Gesellschaft 243).

2.3 Psychische Belastungen und Störungen als Ursachen von Symptomen mangelnder Aufmerksamkeit sowie Hyperaktivität

Verhaltensauffälligkeiten, die Assoziationen bezüglich eines ADHS-Syndroms hervorrufen, können z.B. von den folgenden psychischen Störungen herrühren:

- einer Anpassungsstörung z.B. infolge einer belastenden Lebenssituation wie im Kontext von Trennung und Scheidung
- emotionalen Störungen
- Beziehungs- und Bindungsstörungen
- Störungen des Sozialverhaltens
- schulischen Unter- und Überforderungssituationen
- Teilleistungsstörungen
- autistischen Störungen (Schmid 28)⁵.

Auch können die Kernsymptome der Unaufmerksamkeit, Unruhe und Impulsivität allein Ausdruck des Leidens unter belastenden psychosozialen Entwicklungsbedingungen sein (Ladwig 21).

„Aufmerksamkeitsprobleme sind zunächst völlig unspezifische Stressanzeiger“ (Schmela 101).

„Was heute als ADHS diagnostiziert wird, ist... in der Regel eine Sammel-diagnose zu Störungsbildern mit verschiedenen Ursachen. Diese reichen von prä- und perinatalen Schädigungen über Traumata, auch transgenerationale, zu frühen Störungen von Objektbeziehungen sowie Bindungsstörungen bis hin zu Entwicklungsstörungen durch Erziehung“ (Heinemann/Hopf 18).

Besonders plausibel erscheint der Ansatz von Neeral, die be-

⁵ Eine noch umfassendere Liste organischer, funktioneller und sozialer Störungen, die zu Einschränkungen der Aufmerksamkeitssteuerung und Impulskontrolle führen können, findet sich bei Brandau 31.

schriebenen Symptome mit biologischen Reaktionsmustern zu erklären, wie sie auch Tieren in Bedrohungssituationen zur Verfügung stehen: Die Flucht zu ergreifen, anzugreifen, oder sich reflexartig tot zu stellen (Neeral 2008a, 23ff.). Gerade dann, wenn Kindern und Jugendlichen wenige sprachliche Ausdrucksmöglichkeiten zur Wahl stehen, tendieren sie dazu, Situationen durch nonverbale Verhaltensweisen zu gestalten zu suchen (vgl. ebd. 26ff.). SchülerInnen, die nicht auf ihrem Platz sitzen bleiben können, fürchten folglich möglicherweise z.B. drohende Erfahrungen, den an sie gestellten Ansprüchen nicht gerecht werden zu können. Oder sie flüchten in die Unaufmerksamkeit i.S. einer Dissoziation, weil sie innerlich mit ihrer Aufmerksamkeit an für sie substantielleren Themen gebunden sind.

Nur wenn die beobachteten Symptome der Konzentrationschwierigkeiten, Unruhe etc. nicht anderen körperlichen oder/und psychischen Erkrankungen zuzuordnen sind (bzw. sich aufgrund von Medikamentierungen wegen anderer Erkrankungen entwickeln), kann im Sinne einer Arbeitshypothese von ADHS gesprochen werden, als ‚Restkategorie‘, ‚Sammelbecken‘ von psychischen Auffälligkeiten, welche bislang in den gängigen Klassifikationssystemen noch nicht hinreichend beschrieben wurden (Schmela 103, GEK 68).

Eine
,Restkategorie‘

In tiefenpsychologischer Perspektive sollte man also primär davon ausgehen, dass es psychische Störungen sind, die zu Schwierigkeiten der Fokussierung der Aufmerksamkeit, zu Impulsivität sowie Hyperaktivität führen (Heinemann/Hopf 16, ähnlich Schmela 120).

Bei der Überprüfung von ADHS-Diagnosen stellte z.B. Schmela vielfach eine der folgenden Störungen/Phänomene fest:

1. „Bindungsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen
2. Störungen des Sozialverhaltens
3. Emotionale Störungen (Angst, Depression, Identitätsentwicklungsstörungen, Parentifizierungen, Triangulationen)
4. Schulische Überforderung (und zwar nicht nur bei vorliegender Lernbehinderung oder geistiger Behinderung)
5. Unzureichende Lern- und Arbeitstechniken, Teilleistungsstörungen
6. Psychisch gesunde Kinder und Jugendliche, die aber ein für Erwachsene unbequemes Verhalten zeigten“ (Schmela 112; ähnlich Teeral 30).

2.4 Die Frage der Medikamentierung

Die beschriebene Bevorzugung des so genannten ‚einseitig-

biologisch-mechanistischen Pathologiemodells' führte in der Vergangenheit in Deutschland zu einer immensen Steigerung der Verschreibung des Psychostimulanz Methylphenidat, einem Amphetamin-Typ (Psychostimulanzien bilden eine Gruppe von Psychopharmaka) namens Ritalin, Medikinet, Concerta (dem Betäubungsmittelrecht unterstehend und daher nur auf gesonderten Rezepten verschreibbar);

„von 1993 bis 2006 um 3591 Prozent, von 34 Kilogramm auf 1221 Kilogramm“ (Werner u.a. 150).

Dabei darf Methylphenidat in Deutschland nur im Alter von 6 - 18 Jahren verschrieben werden (für jüngere Kinder nur als off-label-use, also außerhalb der Zulassung, vgl. GEK 2008, 32).

Allein im Zeitraum von 2005 - 2006 stieg die Verabreichungsquote in Deutschland um fast 20% auf 39,3 Millionen definierte Tagesdosen (DDD, entsprechend 30 mg); die mittleren Kosten für eine Tagesdosis Methylphenidat werden mit € 2,19 beziffert (GEK 2008, 36f.)⁶.

Seit 2005 wird darüber hinaus auch das Nicht-Stimulanz Atomoxetin (Name des Medikaments: Strattera) verschrieben, ein selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, ursprünglich als Antidepressivum konzipiert (GEK 2008, 32, 35). Zudem kommen andere amphetamin-haltige Rezepturen zur Anwendung (vgl. GEK 2008, 32).

Ein Großteil der Kinder und Jugendlichen, bei denen ADHS diagnostiziert wurde, wird auch medikamentiert (GEK 2008, 11). Im Jahr 2006 waren 80% der mit Stimulanzien behandelten Minderjährigen mit diagnostiziertem ADHS männlich (ebd. 142).

Fachliche Standards etwa der dt. Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (2003), die i.d.R. eine Psychotherapie voraussetzen, werden nicht realisiert (Schmela 115). Erst im vergangenen Jahr erließ das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) infolge entsprechender Bemühungen der Europäischen Kommission neue Bestimmungen, die die Verschreibung von Medikamenten im Kontext der Behandlung eines (angeblichen) ADHS-Syndroms wesentlich erschweren, z.B. an das Primat vorausgegangener Therapien, v.a. von Psychotherapie, sowie an eine ausführliche Anamnese, Diagnostik, und medizinische Begleitung knüpfen (s. im Einzelnen Bundestherapeutenkammer 2009).

⁶ Demgegenüber wurden 2006 2,3 Mio Tagesdosen von Strattera verschrieben, mittlere Kosten etwa € 8,54; Strattera ist auch für Erwachsene verschreibungsfähig.

Die Einnahme von Methylphenidat oder Atomoxetin kann gerade im Schulbereich zu einer Beruhigung führen (GEK 2008, 40f.). Langfristig scheint jedoch zumindest durch die Vergabe von Stimulanzien gegenüber einer reinen Psychotherapie kein Vorteil gegeben, im Gegenteil: Zumindest mittelfristig kommt es bei Einnahme von Methylphenidat möglicherweise zu Wachstumsverzögerungen, Appetithemmung, Schlafstörungen sowie zu erhöhter Delinquenz und Substanzmissbrauch u.a.m. kommen (ebd. 32ff, 36, 41); bei der Verabreichung von Strattera können als Nebenwirkungen folgende Symptome auftreten: Feindseligkeit (v.a. Aggressivität, oppositionelles Verhalten, Wut) und emotionale Labilität, Übelkeit und Müdigkeit, mangelnde Wirksamkeit bei Depressivität, Auftreten oder Verschlimmern suizidaler Verhaltensweisen (GEK 2008, 36).

„Mehr als die Hälfte der Befragten gab an, dass sich bei ihren Kindern unter der medikamentösen Behandlung dauerhafte Nebenwirkungen gezeigt hatten. Ein Drittel der Befragten stufte die Nebenwirkungen als stark oder sehr stark belastend ein.

Dieses Ergebnis sollte zusammen mit der Erkenntnis, dass 13,6% der Eltern, die die Medikamenteneinnahme eingestellt hatten, dies mit deren mangelnder Wirkung begründeten, noch einmal die Bedeutung und den Förderbedarf anderer Therapieansätze hervorheben.

Dass auch nicht-medikamentöse Maßnahmen sehr wirksam sein können, zeigt sich unter anderem darin, dass die Eltern ‚Gespräche‘ als zweitbeste Behandlungsmaßnahme nach der medikamentösen Therapie einstufen...“ (GEK 2008, 153).

Konsequenzen für die Gestaltung der Beratung

Erziehungsberatung sollte daher bei auftretenden Symptomen von Unaufmerksamkeit, Konzentrationsschwäche und Hyperaktivität, in Kooperation mit Professionellen benachbarter Disziplinen wie KinderpsychiaterInnen, besonders sorgfältig auf mögliche psychodynamische Ursachen achten, die den tieferen Sinn dieser Verhaltensweisen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen erklären und deren beraterisch-therapeutische Berücksichtigung eine nachhaltige Verbesserung der psychosozialen Situation der Betroffenen bewirken könnte.

3. Formen der Kooperation mit Kindertagesstätten - Vielfältige Erfahrungen und gute Aussichten - ein Erfahrungsbericht

Von Helga Löcher-Bäder und Katharina Etteldorf

Kindertagesstätten erfüllen den Auftrag familienergänzender Betreuung, Erziehung und Bildung. Sie gewährleisten dies in der Regel ortsnah und in großer Akzeptanz sowie in enger und vertrauensvoller Kooperation mit den Eltern.

**Ziele der
Kooperation**

Kindertagesstätten sind ein Treffpunkt für Familien und durch die dort stattfindende Elternarbeit entsteht eine stabile Vertrauensbasis für ein effektives Hilfesystem. Mit Familien meinen wir ausdrücklich verschiedene Lebensformen (verheiratete Eltern, unverheiratete Paare, Kinder mit einem Elternteil oder neu zusammengesetzte Familien). Die hohe Zahl von Trennungen hat zusammen mit Unsicherheiten von Eltern, die sich auf Erziehungsfragen erstreckt, den Beratungsbedarf in Kindertagesstätten enorm verstärkt.

Wir wollen mit unseren Angeboten in Kindertagesstätten ErzieherInnen und Familien unterstützen und ggf. mit Hilfe einer guten Kooperation von Jugend- und Gesundheitshilfe Kinder kontinuierlich in ihrer Entwicklung fördern und begleiten. Intensive Zusammenarbeit soll bei Eltern für Transparenz sorgen und den Zugang zu vorhandenen Beratungsangeboten verbessern. Wir wollen Hand in Hand mit den Kindertagesstätten Angebote früher Beratung, Information und Hilfe für Eltern leichter zugänglich machen.

Wir möchten vor Ort ein niedrigschwelliges Beratungsangebot etablieren, das vor allem ressourcenarmen Familien sowie ErzieherInnen einen kurzen Weg zu uns, zumindest eine Kontaktabahnung, ermöglicht. Durch die gezielte Zusammenarbeit mit der Beratungsstelle soll es den Kindertagesstätten als erster Anlaufstelle für Eltern ermöglicht werden, Familien bei bestehendem Bedarf früh und niedrigschwellig an die zuständige Einrichtung bzw. Beratungsstelle weiterzuleiten. Es ist oft für Eltern einfacher, sich zunächst einer vertrauten Erzieher/in anzuvertrauen, als den ersten Schritt zur Beratungsstelle zu gehen. Gemeinsam können weitere Maßnahmen geplant und unterstützend begleitet werden.

Ein niedrigschwelliges Beratungsangebot

Im Austausch mit Eltern und ErzieherInnen können verschiedene Erfahrungen mit und Wahrnehmungen von einem Kind gemeinsam erörtert und weitere Schritte zur Förderung sowohl im familiären als auch im institutionellen Kontext geplant werden.

ErzieherInnen haben eine lang andauernde Alltagserfahrung mit dem Kind und meist gute Kontakte mit der Familie. Auf der anderen Seite verfügen die MitarbeiterInnen der Beratungsstelle über ein spezifisches Fachwissen und/oder spezielle Beratungs- und Therapieangebote.

Unser vorrangiges Ziel besteht in der frühen Prävention schwieriger Entwicklungsverläufe, d.h. Entwicklungsrisiken sollen vor der Einschulung erkannt werden, damit ihnen frühzeitig und gezielt entgegengewirkt werden kann.

Angebote für Eltern und ErzieherInnen

Die Beratungsstelle stellt den Kindertagesstätten kontinuierlich aktualisierte Flugblätter über das allgemeine Angebot der Beratungsstelle bzw. Hilfen im Netz der Jugendhilfe zur Verfügung, die von der Kindertagesstätte sowohl für Eltern zugänglich gemacht als auch im Bedarfsfall Eltern gezielt an die Hand gegeben werden.

Informationsmaterial/ Informationsveranstaltungen

Wir nehmen auf Wunsch bei gegebenem Anlass und in Absprache mit dem Kita-Team an Informationsveranstaltungen für Eltern teil, bei denen u. a. über die Aufgaben, Angebote und Arbeitsweisen der Beratungsstelle und die Kooperation informiert wird.

Bei spezifischen Fragenstellungen im Rahmen ihres Aufgabebereichs und ihrer Ressourcen konzipiert die Beratungsstelle in Absprache mit den Kindertageseinrichtungen themenspezifische Elternabende und führt diese vor Ort durch. Nachgefragte Themen sind Erziehungs- und Entwicklungsfragen, wie aggressives Verhalten von Kindern, Grenzsetzungen von Eltern, Sinn von kindlichem Spiel, Trotzverhalten u.v.m. Nebenbei verlieren dabei manche Eltern die Scheu, eine Erziehungsberatungsstelle aufzusuchen, um sich vertiefend beraten zu lassen. Ein weiteres Angebot können angeleitete Elterngesprächskreise zu Erziehungsthemen vor Ort sein.

Elternabende/ Elterngesprächskreise

Wenn ErzieherInnen Eltern Erziehungsberatung empfehlen, besteht im Bedarfsfall die Möglichkeit, zur Überwindung großer Schwellenängste bei Eltern, Erstgespräche durch die Beratungsstelle mit oder ohne Begleitung der entsprechenden pädagogischen MitarbeiterInnen in der Kindertagesstätte durchzuführen.

Gespräche vor Ort mit Eltern und/oder ErzieherInnen sowie Hospitationen

Sollte im Beratungsprozess eine Abstimmung zwischen BeraterIn, Familie und pädagogischen MitarbeiterInnen der Tageseinrichtung notwendig sein, können in Absprachen mit den

Eltern Beratungsgespräche mit allen Beteiligten sowohl in der Beratungsstelle als auch in der Kindertageseinrichtung stattfinden. Die Initiative dazu kann von allen Beteiligten ausgehen. So kann eine fachliche Vorgehensweise abgesprochen, die Entwicklung kann gemeinsam verfolgt werden und ein Austausch unterschiedlicher Sichtweisen von einem Kind kann stattfinden. Eine gemeinsame Vorgehensweise kann entwickelt werden mit dem Ergebnis, dass ErzieherInnen, Eltern und BeraterInnen an einem Strang ziehen.

Bei Zustimmung der Eltern können BeraterInnen im Tagesstättenalltag eine Verhaltensbeobachtung des Kindes durchführen, um diagnostische Informationen über das Kind zu erhalten und entweder die Eltern oder die pädagogischen MitarbeiterInnen der Tageseinrichtung beratend zu unterstützen.

In dem Geist solcher Zusammenarbeit bekommt Erziehungsberatung für Eltern den Charakter einer leicht zu nutzenden frühen Hilfe statt des letzten rettenden Ankers, wenn familiäre Konflikte bereits eskaliert oder Probleme chronifiziert sind.

Darüber hinaus können ErzieherInnen in anonymisierter Weise ohne Einwilligung der Eltern über Kinder sprechen, deren Entwicklung sie beschäftigt. Der/die BeraterIn berät in allen Fragen, die die ErzieherInnen in der täglichen Arbeit mit einem oder mehreren schwierigen Kindern bewegen. Die/der ErziehungsberaterIn sieht das Kind selbst nicht (was einen Auftrag der/des Sorgeberechtigten voraussetzen würde). Vielmehr lässt sich der/die BeraterIn aus dem Blickwinkel der Erzieherin die Entwicklung des Kindes schildern bzw. über die Problemlage berichten. Anonymisierte Fallbesprechungen können die ErzieherInnen in ihrer Kompetenz stärken, damit sie Entwicklungsbedürfnisse und -risiken einzelner Kinder erkennen, angemessen einschätzen und den richtigen Umgang damit finden können - sowohl einrichtungsintern als auch in Zusammenarbeit mit den Eltern und ggf. mit anderen Fachkräften außerhalb des Kindergartens.

**Anonymisierte
Fallbesprechungen**

Eine Fachberatung nach § 8 a SGB VIII in Fällen, in denen ErzieherInnen um das Kindeswohl besorgt sind, ist sowohl zur Abklärung des Gefährdungsrisikos für das betroffene Kind als auch ggf. für Überlegungen bezüglich des Zugangs zu dessen Eltern schnell und unproblematisch möglich. Gespräche vor Ort können auch hier helfen, die Fachberatung nach § 8 a SGB VIII und die daran anknüpfende Einbeziehung von Eltern

**Fachberatung
nach § 8a KJHG**

weitgehend niedrigschwellig zu gestalten. Eltern werden in einem vertrauten Rahmen informiert und Ängste vor weiterführenden Hilfsmaßnahmen können abgebaut werden.

Die direkte Kooperation zwischen Beratungsstelle und Kindertagesstätten wirkt sich positiv auf den fachlichen Umgang mit drohender Kindeswohlgefährdung aus, indem sie pädagogische Fachkräfte qualifiziert.

Teamberatung

Darüber hinaus bieten wir fallbezogene Teamberatung sowie Fortbildungen für ErzieherInnen (z. B. zu Themen wie Bindungstheorie, ErzieherInnen als Bindungspersonen, wie führe ich ein Elterngespräch...) im Rahmen von zeitlich begrenzten Projekten an.

Fortbildung

Netzwerkarbeit

Die überregionale Kooperation mit FachberaterInnen des Kreises und der Kommunen erfolgt z. B. im Netzwerk „Gegen Gewalt“, im Netzwerk Frühe Hilfen und mit Kita-Leiterinnen in regionalen Arbeitskreisen.

Ausblick

Unsere oben beschriebene Arbeit in Kindertagesstätten wird getragen von der Bereitschaft zur Kooperation und von der Offenheit aller Beteiligten sowie dem Austausch mit den Eltern auf Augenhöhe. Uns ist sehr an der Entwicklung und Umsetzung von Arbeitsansätzen gelegen, die sich an speziellen Bedürfnissen von Kindern und Eltern orientieren.

Mit zwei Kindertagesstätten in Mörfelden-Walldorf und einer Kindertagesstätte in Riedstadt haben wir Projekte ins Leben gerufen mit dem Ziel, Migrantenfamilien und belastete Familien besser zu erreichen. Feste AnsprechpartnerInnen aus den Beratungsstellen bieten in den Kindertagesstätten regelmäßige Sprechstunden an, gestalten Informationsabende und beteiligen sich an informellen Aktivitäten, wie Elterncafés, Elternfrühstück u. ä. Diese Präsenzzeiten haben sich in den Einrichtungen schnell etabliert, ohne dass für die Einrichtungen ein zu großer Zusatzaufwand entstanden wäre, der als abschreckende Hürde wirken könnte.

Wir hoffen, in einem der nächsten Jahresberichte Ausführlicheres mitteilen zu können.

4. Alleinerziehende Mütter im Beratungskontext

Von Diana Tschigas

Fast 30 % unserer Klienten in der Erziehungsberatung sind alleinerziehende Mütter und Väter mit deren Kindern. Was versteht man unter Alleinerziehend?

Nach der freien Enzyklopädie (Wikipedia) bezeichnet „Alleinerziehend“ eine Person, die mit mindestens einem minderjährigen Kind in ständiger Haushaltsgemeinschaft zusammenlebt, dieses betreut und erzieht, ohne einen eigenen Partner in ständiger Hausgemeinschaft zu haben.

Das sind Mütter und Väter, die ledig, verwitwet, dauernd getrennt lebend oder geschieden sind und nicht mit einem anderen Erwachsenen, sondern nur mit ihrem Kind oder Kindern dauerhaft zusammenleben. Das Kind hat dabei nur eine unmittelbare Bezugsperson, den mit ihm zusammenlebenden Elternteil. Mit dem anderen Elternteil gibt es im besten Fall regelmäßige Besuchskontakte.

In der Bundesrepublik gibt es ca. 2,6 Mio. alleinerziehende Mütter und Väter. Die Mehrheit der Alleinerziehenden ist weiblich, der Anteil der allein erziehenden Väter ist mit ca. 10 Prozent relativ gering. Männer, die ihr Kind allein erziehen, verfügen gegenüber den weiblichen Alleinerziehenden durchschnittlich über ein wesentlich höheres Einkommen, weil sie meistens berufstätig sind. Alleinerziehende Mütter verfügen überdurchschnittlich oft über ein sehr geringes Einkommen, weil sie wegen fehlender Möglichkeiten der Kinderbetreuung in vielen Fällen nur Teilzeitstellen annehmen können.

Im Scheidungszeitraum verschlechtert sich die finanzielle Situation deutlich. Zu den Einbußen tragen auch nicht geleistete Unterhaltszahlungen bei. 81% aller Alleinerziehenden geben an, Anspruch auf Unterhalt zu haben. Regelmäßig und in voller Höhe erhält ihn jedoch nur die Hälfte der Berechtigten (BMFSFJ 2008).

Alleinerziehende Mütter sind nicht nur durch finanzielle Probleme, sondern auch durch Zukunftsängste, Anzeichen von Überforderung und durch geringeres Selbstwertgefühl stärker belastet als verheiratete Mütter (Robert Koch Institut). Besonders auffällig ist, dass die alleinerziehenden Mütter mit 24,7% mehr als doppelt so häufig psychische Erkrankungen angeben wie die verheirateten Mütter.

Als Vorteile des Alleinerziehens sehen viele alleinstehende Mütter und Väter das Fehlen dauerhafter Konflikte und

**Einkommens-
situation**

**Psychosoziale
Situation**

ständigen Stressverhaltens, ihre Entscheidungsfreiheit und eigene persönliche Entwicklungschancen.

Welche Zahlen zeigen unsere Beratungsstellen in Bezug auf allein erziehende Eltern?

Im Jahr 2010 haben fast 160 allein erziehende Eltern unsere Beratungsstellen aufgesucht. Davon waren ca. 5% allein erziehende Väter. Bei den alleinerziehenden Eltern lebten ca. 230 Kinder.

Die größte Altersgruppe (ca. 46%) der alleinerziehenden Mütter waren Mütter zwischen dem 40 und 50 Lebensjahr.

Der Anteil der Eltern mit Migrationshintergrund betrug 28,2%.

Die Hauptaltersgruppe der Kinder der alleinerziehenden Eltern war im Alter zwischen 11 und 16 Jahren (40% aller Kinder). Diese Altersgruppe ist schon entwicklungsbedingt von einem stärkeren Wunsch nach Autonomie und Selbstständigkeit geprägt. Die elterliche/mütterliche Haltung in dieser Zeit wird dauerhaft herausgefordert. Die alleinerziehenden Mütter sind gerade in dieser Zeit stark belastet und suchen in einer Erziehungsberatungsstelle nach Unterstützung und pädagogischen Tipps.

**Herausforderung
Pubertät**

Die wichtigsten Themen, wegen derer allein erziehende Mütter im Jahr 2010 unsere Erziehungsberatungsstellen aufgesucht haben, waren:

**Beratungsthemen
bei alleinerziehenden Müttern**

Erziehungsfragen (ca. 38%): Umgang mit Regeln, Trotzverhalten, Umgang mit Konflikten, Umgang mit Wut, Zorn und Ärger der Kinder, hilfreiches erzieherisches Verhalten bei ADHS, Verhaltensauffälligkeiten der Kinder in der Schule, Ablösungsproblematik.

Trennungs-/Scheidungsproblematik (ca. 24%): Hier wurden Fragen geklärt wie Besuchsregelung, begleiteter Umgang, feinfühliges Verhalten nach der Trennung im Umgang mit den Kindern, Hochstrittigkeit der Eltern sowie die Folgen der Trennung für alleinerziehenden Elternteil.

Sonstige Problembereiche (ca. 10%): Psychische Erkrankung der Mutter, Krisenintervention bei besonders schwierigen Situationen, häusliche Gewalt, Soziale Beratung. Viele Mütter beklagen, dass sie nicht genügend finanzielle Unterstützung erhalten. Zudem erfahren sie in ihrer momentanen Lebenssituation wenig Wertschätzung. Viele Alleinerziehende erhalten Arbeitslosengeld oder auch Sozialhilfeleistungen.

Einen großen Teil unserer Beratungen machten **Multiproblemfälle (ca. 19%)** aus: Mehrfachberatungen wie z.B. Erziehungsunsicherheiten, Trennungs-/Scheidungsfolgen, Erschöpfungszustände, Armut. Bei komplexen Problemfällen dauerten die Beratungen länger und wurden höher frequentiert.

Eine geringere Zahl der alleinerziehenden Mütter wandten sich an die Beratungsstelle, weil sie unter **Erschöpfungszuständen (ca. 3%)** litten. Sie stellten hohe Ansprüche an sich selbst und an ihre Kinder. Sie bemühen sich, den Kindern vieles zu ermöglichen und überschätzen dabei ihre eigenen Kräfte.

Alleinerziehende Mütter mit **migrationsbedingter Problematik (ca. 2%)** sind nach der Trennung vom Kindesvater häufig mittellos, haben wenige Informationen über die Sozialsysteme und Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache.

Wie könnte ein typischer Beratungsfall auf Grundlage der Statistik aussehen?

Eine 45jährige, allein erziehende Mutter, wendet sich an die Erziehungsberatungsstelle. Sie hat ein Kind im Alter zwischen dem 11 und 16 Lebensjahr, mit einer hohen Wahrscheinlichkeit ein Junge. Das Anliegen der Mutter ist eine Erziehungsunsicherheit im Umgang mit dem pubertierenden Jungen. Die Kindesmutter hat die Folgen der Trennung von dem Vater des Sohnes noch nicht bewältigt. Sie ist teilzeitbeschäftigt und verfügt über wenige Ressourcen materieller und/oder auch emotionaler Art.

Welche Schlussfolgerungen können wir aus unseren Erfahrungen und Zahlenanalyse ziehen?

Die Erziehungsberatungsstelle agiert als autoritative Kraft, sie unterstützt die alleinerziehenden Mütter, bestimmte Entscheidungen im Umgang mit ihren Kindern zu treffen, und sie stärkt die Erziehungskompetenz. Die Beratungsstelle ist ein Raum, in dem die alleinerziehende Mutter Entlastung für ihre emotionalen Schwierigkeiten erleben kann. Und die Beratungsstelle wird zu einem Platz, an dem die unterbrochene Kommunikation zwischen den Eltern des Kindes oft wieder möglich wird.

Wir erleben in unseren Beratungsstellen auch finanziell gut gestellte Alleinerziehende, die ein gutes soziales Netz aufgebaut haben. Verständlicherweise benötigen diese weniger

die Hilfe einer Beratungsstelle, oder kommen nur zu einem einmaligen Beratungsgespräch und können ihr Anliegen dann selbst gut bewältigen.

Was brauchen allein erziehende Mütter von uns Berater/innen, von den Ämtern und Einrichtungen, damit sie verantwortungsvoll und einfühlsam all die Aufgaben erledigen könnten, die ihnen diese besondere Rolle aufbürdet? Sie brauchen Wertschätzung, eine dauerhaft stabile finanzielle Unterstützung, eine unbürokratische zuverlässige Kinderbetreuungsmöglichkeit, einen regelmäßigen Austausch mit anderen Müttern (soziales Netzwerk) und eine freundliche kompetente Beratung.

Soziale Netzwerke (PALME-Gruppe)

Besonders wichtig sind für Alleinerziehende soziale Netze. Je besser diese funktionieren, umso unproblematischer wird das Alleinerziehen empfunden und umso besser das persönliche Wohlbefinden eingeschätzt. Alleinerziehende aus unteren sozialen Schichten haben kleinere Netzwerke und weniger sozialen Rückhalt. Spezielle Angebote im sozialen Nahraum (z.B. Treffs, Selbsthilfegruppen, Patenschaftsprogramme) helfen Alleinerziehenden.

Als Maßnahme zur Vorbeugung vor überhöhten gesundheitlichen und seelischen Belastungen, sowie als eine Möglichkeit in einem sozialen Netzwerk zu sein, wurde **ein Elternkurs, das Palme-Elterntraining** für allein erziehende Mütter entwickelt. Teile von diesem Kurs wurden auch in unserer Beratungsstelle angeboten¹.

Alleinerziehende Mütter berichten über die positive Erfahrung, andere Mütter kennen zu lernen, sich austauschen zu können, eine emotionale Entlastung zu erleben und hilfreiche Tipps zu bekommen.

¹ Vgl. hierzu den Bericht im Jahresbericht 2009

5. Neue Medien - ein Schlüsselthema für Erziehung und Erziehungsberatung heute

Von Christoph Schmidt

Die Auswirkungen neuer Medien auf die Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen prägen heute vielfach den familiären Alltag und inzwischen auch die Praxis von Erziehungsberatung. Internet, Computerspiele und Handys haben das Familienleben erobert und verändert; sie werden von jungen Menschen ganz selbstverständlich sowie als unverzichtbare Bereicherung erlebt.

Eltern sowie Fachleute reagieren zwiespältig: Während einerseits bereits eine Eltern-Generation herangewachsen ist, die die neuen Möglichkeiten der rasanten technischen Entwicklung umfänglich nutzt, stehen andererseits nicht wenige Eltern der intensiven Medien-Sozialisation von Heranwachsenden eher hilflos gegenüber. Sie suchen nach Orientierung und Kompetenzen, um Chancen und Potentiale elektronischer Medien für Familienleben und Kommunikation zu nutzen. Gleichzeitig brauchen sie Hilfe, Risiken und Gefahren dabei zu erkennen und zu begrenzen.

Erziehungsprobleme in der Familie werden häufig durch problematische Medien-Nutzung potenziert. Familien brauchen deshalb vermehrt Hilfestellung zur Förderung eigener Medien-Kompetenz. Erziehungsberatung ist heutzutage vielfach auch Beratung zum verantwortlichen und kompetenten Umgang mit Medien.

Dementsprechend setzen sich die Beratungsfachkräfte selber mit der Bedeutung der neuen Medien für das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen auseinander. Das betraf im Berichtszeitraum die Mitarbeit unserer Beratungsstelle an verschiedenen Veranstaltungen der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e. V. (*bke*), bspw. zum Thema „Generation Digital - Neue Medien in der analogen Beratung“. Sie haben im Rahmen eines vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderten Projekts zur Stärkung der Medienkompetenz von Familien stattgefunden.

PC und Video-Spiele sind ein Phänomen unserer Zeit. Computerspiele sind längst integraler Bestandteil von Jugendkulturen. Aber auch Erwachsene nutzen inzwischen den virtuellen Erfahrungsraum, um sich selbst zu erfahren, in andere Rollen und Identitäten zu schlüpfen. Soziale Netzwerke faszinieren und können die Identitätsentwicklung von Kindern und Ju-

Förderung der Medienkompetenz von Eltern, Kindern und Jugendlichen

Familiale Konflikte bei schwierigem Umgang mit Neuen Medien

Virtuelle Identitäten

gendlichen genauso fördern wie Online-Rollenspiele. Medien haben in ihrer Bedeutung als Sozialisationsinstanz enorm zugenommen; sie helfen bei der Beantwortung der Grundfrage: „Wer bin ich?“ sowie den Bedürfnissen nach Anerkennung, Zugehörigkeit, Individualität und sozialer Akzeptanz.

Dagegen ist der Alltag von Beratungsanlässen bei problematischer Medien-Nutzung stark von Bedenken und der Wahrnehmung von Risiken und Gefahren geprägt. Eltern sehen sich in der Erziehung ihrer Kinder überfordert und mit der Frage konfrontiert: Was können sie ihren Kindern an Medien-Zugang erlauben und wie können sie eine exzessive Nutzung neuer Medien sinnvoll begrenzen?

Die wesentliche allgemeine Empfehlung für Eltern lautet, sich für den Inhalt und die Form des Medien-Konsums ihrer Kinder wirklich zu interessieren. Erwachsene brauchen Kenntnisse und emotionale Erfahrungen mit der virtuellen Bilderwelt, um die Anziehungskraft elektronischer Medien für Kinder und Jugendliche besser zu verstehen. Nur so können wertende Urteile und notwendige Einschränkungen glaubhaft vermittelt werden.

Online-Rollenspiele haben unstrittig ein hohes Suchtpotential, das nicht selten unterschätzt wird. Risiken bestehen vor allem dann, wenn spielerische Erfolge am Computer von Misserfolgen in der realen Welt begleitet werden.

Bei der quantitativen Begrenzung des Medienkonsums Heranwachsender geht es nicht allein um die jeweilige Anzahl der von dem Bildschirm verbrachten Stunden. Noch wichtiger als die tägliche Dauer der medial verbrachten Zeit ist der regelmäßige Wechsel zu medienfreien Wochentagen und längeren Freizeitintervallen mit Erfolgserlebnissen bei herausfordernden Beschäftigungen ohne Bildschirm.

Anforderungen an Eltern

6. Frühe Hilfen in der Beratungsarbeit

Katharina Etteldorf

Zentrale Zielsetzung des Neuen Bundeskinderschutzgesetzes (das derzeit in Bundestag und Bundesrat verhandelt wird und zum 01.01.2012 in Kraft treten soll) ist es, den präventiven Schutz von Kindern deutlich zu befördern.

Folgende präventiven Maßnahmen sind im Gesetzesentwurf vorgesehen:

- der Aufbau und Ausbau Früher Hilfen sowie verlässlicher Netzwerke für werdende Eltern,
- Einführung von leicht zugänglichen und flächendeckenden Hilfs- und Beratungsangeboten für Familien vor und nach der Geburt sowie in den ersten Lebensjahren des Kindes.

In den letzten Jahren haben wir bereits unsere niedrigschwellige Beratung für Familien (in belastenden Lebenssituationen) während der Schwangerschaft und nach der Geburt in der Erziehungsberatungsstelle Groß-Gerau (Mittelkreis) ausgebaut. Es ist geplant, diesen Arbeitsbereich auch in der Südkreisberatungsstelle aufzubauen und zu etablieren.

Unser Schwerpunkt Frühe Hilfen umfasst folgende Beratungs- und Unterstützungsangebote für Familien und MultiplikatorInnen:

- Videogestützte, entwicklungspsychologische Beratung (EPB/Marte Meo) für Mütter/Väter mit kleinen Kindern.
- aufsuchende Angebote für Familien im Kreiskrankenhaus (Geburtsklinik) in Groß-Gerau, bei Bedarf führen wir Hausbesuche durch bzw. bieten Gespräche in Kindertagesstätten und Arztpraxen an,
- zeitnahes Krisenangebot für Eltern/allein Erziehende vor und nach der Geburt,
- Fortbildungen/Supervisionen für MultiplikatorInnen in der Jugend- und Gesundheitshilfe,
- des Weiteren stehen wir im Netz der Frühen Hilfen als LotInnen Familien, medizinischem und pädagogischem Fachpersonal zur Verfügung,
- Frau Etteldorf ist nach wie vor verantwortliche Koordinatorin der Gesamtkonzeption Frühe Hilfen im Kreis Groß-Gerau. Sie ist dafür mit einem Teil ihrer Arbeitszeit freigestellt.

Resümee

Unsere Beratungsangebote sind im Vorfeld von Erziehungshilfe angesiedelt. Ziel unserer Beratung ist, belastete Familien so früh zu erkennen und zu unterstützen, dass die Spirale

aus Problemlagen und daraus resultierender Überforderung, die wiederum zu neuen Problemen und irgendwann zur Resignation führt, gar nicht erst entsteht. Aus der Bindungs- und Resilienzforschung ist bekannt, wie wichtig es für die Entwicklung eines Kindes ist, eine sichere Bindung zu mindestens einer verlässlichen und emotional erreichbaren Bezugsperson aufzubauen. Der Faktor „sichere Bindung“ gilt mittlerweile als der beste Schutzfaktor für die weitere soziale, emotionale und kognitive Entwicklung, der hilft, vielfältigste Risiken, denen das Kind in seiner Lebenssituation ausgesetzt sein kann, abzupuffern. Nahe liegend und handlungsleitend setzen unsere Beratungsangebote genau hier an - den Aufbau einer sicheren und verlässlichen Eltern-Kind-Bindung gezielt zu unterstützen.

Die früh ansetzende Beratung von Eltern/Alleinerziehenden dient somit auch der Prävention von Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter.

Die Bedeutung früher Prävention wird zunehmend anerkannt. Es ist erwiesen, dass Interventionen, die in der frühen Kindheit ansetzen, von kürzerer Dauer, erfolgreicher und wesentlich kostengünstiger sind als spätere Hilfen.

Mit unseren Angeboten im Bereich der Frühen Hilfen leisten wir einen Beitrag zur systematischen und frühen Förderung der Entwicklung von Kindern und tragen zur Reduktion der Fälle von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung bei.

7. Die einzelfallbezogene Arbeit beider Beratungsstellen im Jahr 2010

Die Fall- und Gesprächszahlen entwickelten sich im Jahr 2010 im Vergleich zum Vorjahr im großen Ganzen konstant.

Entwicklung der Fall- und Gesprächszahlen; Beratungsorte

	Beratungsstelle Groß-Gerau		Südkreisberatungs- stelle	
	2010	2009	2010	2009
KlientInnen	342	350	276	274
darunter übernommen aus dem Vorjahr	84	110	92	57
Gespräche in der Beratungsstelle	987	968	1041	1020
Hausbesuche	9	1	10	15
Beratungen in pädago- gischen Einrichtungen (Kindergärten, Schulen, Jugendamt etc.)	51	57	49	54

Zusätzlich wurden in beiden Beratungsstellen vielfache telefonische Beratungen sowie persönliche Kurzberatungen durchgeführt, die nicht statistisch erhoben wurden.

In den beiden Schulprojekten in der Schillerschule Gernsheim und der Nord-/Schwenkschule Groß-Gerau wurden im vergangenen Jahr darüber hinaus 11 bzw. 13 Beratungszeiten mit jeweils 36 Beratungsgesprächen mit Kindern und Jugendlichen, Eltern und Lehrkräften angeboten.

Auch fand in der Erziehungsberatungsstelle Groß-Gerau erneut eine Trennungs- und Scheidungs-Kindergruppe für Kinder im Grundschulalter und ihre Eltern statt. Neben acht Terminen mit den Kindern wurden drei Elternabende veranstaltet, um die erzieherischen Fähigkeiten der Eltern in dieser schwierigen Lebensphase zu unterstützen.

In zwei Kindergärten in Mörfelden und Walldorf wurden besonders niedrigschwellige Beratungsangebote für bildungsferne Familien vor allem mit Migrationshintergrund etabliert; ein analoges Angebot in Riedstadt wurde initiiert und wird seit Frühjahr 2011 umgesetzt (vgl. Kap. 3).

Nähere statistische Angaben zu den KlientInnen beider Beratungsstellen im Jahr 2010 (Alter und Geschlecht der Kinder, Migrationshintergrund, sozioökonomische Situation der Familie, etc.) finden sich im Anhang.

Aus Sicht der BeraterInnen nahmen die Ratsuchenden vor allem aus folgenden Gründen die Leistungen der Beratungsstellen in Anspruch:

Beratungsgrund ¹	Beratungsstelle Groß-Gerau 2010	Durchschnitt 2007 - 2010	Südkreisberatungsstelle 2010 ca.	Durchschnitt 2007 - 2010
Eingeschränkte Erziehungskompetenz der Eltern/Erziehungsberechtigten	25,4 %	37,1 %	15,6 %	26,5 %
Belastungen des jungen Menschen durch familiäre Konflikte	35,1 %	39,1 %	20,3 %	34,0 %
Entwicklungsauffälligkeiten/ seel. Probleme des jungen Menschen	16,4 %	22,9 %	15,6 %	20,3 %
Schulische/berufl. Probleme des jungen Menschen	17,8 %	22,0 %	14,1 %	19,6 %
Auffälligkeiten im Sozialverhalten des jungen Menschen	10,8 %	17,6 %	36,6 %	34,7 %
Kindeswohlgefährdung	4,7 %	5,0 %	2,9 %	3,8 %
Suchtmittelmissbrauch des jungen Menschen	1,1 %	1,3 %	4 %	11,4 %
Suchtmittelmissbrauch eines Erwachsenen	0,0 %	0,4 %	23,9 %	19,5 %

Deutlich wird, dass nach wie vor allgemeine familiäre Probleme und eine eingeschränkte Erziehungskompetenz der Eltern von den Fachkräften als wesentliche Ursachen für Entwicklungsprobleme von Kindern, Jugendlichen und Jungen Erwachsenen bewertet werden. In der Südkreisberatungsstelle ist darüber hinaus ein besonderes Maß an Auffälligkeiten im Sozialverhalten der minderjährigen und jungen erwachsenen KlientInnen bedeutsam, das mit der schwerpunktmäßigen Thematisierung von Drogenkonsum und Abhängigkeitserkrankungen im Bereich illegale Drogen zusammenhängt. Auch der Bereich der schulischen und Ausbildungsprobleme bleibt konstant für eine wesentliche Anzahl der Beratungen relevant.

¹ Mehrfachnennungen möglich. Eine Komplettübersicht findet sich im Anhang.

8. Weiterbildungsangebote für Eltern, Jugendliche und pädagogische Fachkräfte sowie Vernetzungsaktivitäten

Die Fachkräfte der beiden Beratungsstellen führten im Jahr 2010 folgende Weiterbildungen für Eltern, Jugendliche und Fachkräfte durch:

AG Diagnostik der Konferenz der LeiterInnen der hess. Erziehungsberatungsstellen (Halbtagsseminar)

Fachtag Hochstrittige Trennungs-Scheidungsberatung, mit Prof. Degenhardt, gemeinsam mit dem ASD, organisiert vom Fachdienst Erziehungsberatungsstellen (mit allen Fachkräfte beider Beratungsstellen)

Fortbildung für den Fachdienst Schulsozialarbeit zum Thema Kinder und Jugendliche mit einer Aufmerksamkeits-Defizit-Störung mit und ohne Hyperaktivität AD(H)S im Kontext von Schule und Schulsozialarbeit

Sieben Fortbildungen für Tagespflegeeltern zu den Themen Bindungsentwicklung, pädagogische Konzepte sowie Schutz-auftrag nach § 8a SGB VIII

Supervision für Bereitschaftspflegeeltern (6 Termine)

Suchtpräventionstage an der Johannes-Gutenberg-Schule Gernsheim: Kooperationssitzung sowie Präventionsveranstaltungen in 5 Schulklassen

Fortbildung für Erzieherinnen zum Thema Bindungstheorie und -muster und deren Bedeutung im pädagogischen Alltag in Mörfelden-Walldorf (Halbtagsseminar)

Vorstellung der Arbeit der Erziehungsberatungsstellen im Netzwerk Frühe Hilfen

Elternabend an der Grundschule Nord zum Thema Computerspiele

Zudem nahmen Fachkräfte der Erziehungsberatungsstellen an folgenden Vernetzungsaktivitäten teil:

AG Häusliche Gewalt zum Thema Training zur Interkulturellen Kompetenz

Sitzungen des Jugendhilfeausschusses und Unterausschüssen:
2 Termine

AG Soziale Dienste: 2 Termine

Regionalplenum Mittel- und Südkreis: 2 Termine
Konferenz der LeiterInnen der hess. Erziehungsberatungsstellen
und Untergruppen: 7 Termine

AG Gewalt: 6 Termine

Erziehungskonferenzen des ASDs: 10 Termine

AG Dokumentation: 1 Termin

Regionalplenum Süd der ambulanten und stationären
Suchthilfe Hessen: 6 Termine

Kooperationsprojekt zwischen Fachbereich Jugend und Schule
und Staatlichem Schulamt zur Fortbildung von Lehrkräften
im Bereich Elternarbeit bei Migrationshintergrund: 3 Termine

Kooperation mit dem Fachdienst Kinder- und Jugendhilfeein-
richtungen zum Thema Diagnostische Verfahren in Kindertages-
stätten (z.T. mit kommunalen Kita-FachberaterInnen und an-
deren Beratungsstellen): 4 Termine

Kollegialer Austausch mit dem Fachdienst Kreisjugendförde-
rung/Jugendbildungswerk zum Thema Entwicklungsaufgaben
von Jugendlichen: 1 Termin

Treffen mit der kommunalen Kita-Fachberaterin und Kita-Lei-
terInnen im Kontext des Kita-Projektes Mörfelden-Walldorf:
3 Termine; sowie 9 Beratungs-Präsenzzeiten in den beiden
Kindertagesstätten

Treffen mit den kommunalen Kita-Fachberaterinnen Riedstadt
und Stockstadt im Kontext von Kita-Projekten: 2 Termine;
sowie 3 Präsenzzeiten in der Kita Stockstadt

AG Prävention Biebesheim: 2 Termine

Zur Koordination des Netzwerkes Frühe Hilfen vgl. dessen
Jahresbericht.

9. Eigene Fort- und Weiterbildungen

Lindauer Psychotherapiewochen, Thema Identität. U.a. Kurse zu Kommunikationsanalyse und Videofeedback in der Eltern-Säuglings-/ -Kleinkind-Psychotherapie sowie zu Körpermanipulation als Identitätszeichen und Identitätsersatz. Lindau.

Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit FamFG - Professionen im Diskurs. Fulda. Veranstalter: Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. (zwei Fachkräfte)

Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen - der 13. Kinder- und Jugendbericht und seine Bedeutung für die Region, Groß-Gerau, Veranstalter: Fachdienst Kreisjugendförderung/Jugendbildungswerk u.a.

Kompetenz-Zentrum Online-Spielsucht. Darmstadt Veranstalter: Stadt Darmstadt, Menetekel e.V.

Vom Spiel zur Sucht. Eppenhain. Veranstalter: Therapeutische Einrichtung für junge Abhängige.

Frühe Hilfen: Auf den Anfang kommt es an! Frankfurt/M., Veranstalter: Caritas-Landesarbeitsgemeinschaft Kinder-, Jugend- und Familienhilfe

Therapeutisches Arbeiten mit Kindern. Stein. Veranstalter: Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V.

Gute Partnerschaft der Eltern als Prävention zur Vermeidung von Erziehungs- und Bildungsdefiziten. Neue Wege durch Geburts- und Familienvorbereitung. Fulda. Veranstalter: Deutsche Familienstiftung, Frankfurter Zukunftsrat, Deutscher Hebammen Verband e.V.

Neue Medien. Kassel. Veranstalter: Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V.

Seelische Gesundheit in der frühen Kindheit. Leipzig. Veranstalter: World Association for Infant Mental Health WAIMH

Komplexe Problemstellungen der Jugendhilfe. Mainz. Veranstalter: Mädchenhaus Mainz e.V.

Bindungsstörungen / Borderline - Entwicklungsstörungen unter Einbeziehung der Zusammenarbeit von Jugendhilfe und

Psychiatrie. Bensheim. Veranstalter: Kinder- und Jugendpsychiatrie Riedstadt u.a.

Ehrensache - Strategien zum Schutz junger Migrantinnen.
Netz gegen Gewalt - Polizei Südhessen
Die Bedeutung von Bindungen im Kindesalter. Rüsselsheim.
Veranstalter: Stadt Rüsselsheim u.a. (zwei Fachkräfte)

Psychisch belastete Eltern und ihre Kinder. Frankfurt. Veranstalter: LAG Erziehungsberatung Hessen (drei Fachkräfte)

Identität - Konflikt - Depression. Offenbach/M. Veranstalter: Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche der Stadt Offenbach (zwei Fachkräfte)

Video - AG Entwicklungspsychologische Beratung, 5 Sitzungen

Externe sowie kollegiale Fallsupervisionen (9 Sitzungen)

10. Die MitarbeiterInnen der beiden Beratungsstellen

Die MitarbeiterInnen der beiden Beratungsstellen bilden ein Gesamtteam. Ein Teil der Fachkräfte arbeitet in jeweils einer der beiden Einrichtungen, zwei KollegInnen sind in beiden Institutionen zu je 50% tätig.

In Groß-Gerau sind erreichbar:

- Katharina Sutter, Erziehungswissenschaftlerin M.A., Körper-Psychotherapeutin (19,5 Wochenstunden)
- Katharina Etteldorf, Dipl. Sozialarbeiterin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Familientherapeutin (30,25 Wochenstunden)
- Petra Günther, Verwaltungsfachangestellte (19,5 Wochenstunden)
- Helga Löcher-Bäder, Sozialarbeiterin grad., Familientherapeutin (19,5 Wochenstunden)
- Christoph Schmidt, Dipl. Pädagoge, Familientherapeut (39 Wochenstunden)
- Monika Traum, Verwaltungsfachangestellte (19,5 Wochenstunden).

In der Südkreisberatungsstelle sind tätig:

- Katharina Sutter, Erziehungswissenschaftlerin M.A., Körper-Psychotherapeutin (19,5 Wochenstunden)
- Margit Knöbel, Verwaltungsfachangestellte (19,5 Wochenstunden)
- Helga Löcher-Bäder, Sozialarbeiterin grad., Familientherapeutin (19,5 Wochenstunden)
- Tanja Müller-Facchinetti, Dipl. Sozialpädagogin, Familientherapeutin (30 Wochenstunden)
- Diana Tschigas, Diplompsychologin und systemische Psychotherapeutin (39 Wochenstunden).

11. Literatur:

Benecke, C., u.a., Affekt, Repräsentanz und Reflexives Verständnis bei Hyperaktivität im Kindergarten. In: Warrlich, C., Reinke, E. (Hg.), Auf Der Suche. Psychoanalytische Betrachtungen zum AD(H)S. Gießen 2007. 223 - 253

Bergmann, W., ADHS. Versteckte Depression. In: Frankfurter Rundschau, 05.10.2010 (vgl.: <http://www.fr-online.de/wissenschaft/versteckte-depression/-/1472788/4715672/-/index.html>)

Bonney, H., Vorwort des Herausgebers. In: Bonney, H. (Hg.), ADHS - Kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst. Heidelberg 2008. 7 - 14 (Bonney 2008a)

Bonney, H., Einleitung: 150 Jahre Aufmerksamkeit - zehn Jahre ADHS. In: Bonney, H. (Hg.), ADHS - Kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst. Heidelberg 2008. 15 -24 (Bonney 2008b)

Bonney, H. (Hg.), ADHS - Kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst. Heidelberg 2008

Brisch, Karl Heinz, Posttraumatische Belastungsstörung und Störungen der Aufmerksamkeit und Hyperaktivität. In: Die Kinderschutzzentren (Hg.), ADHS. Diagnostik und Hilfen für betroffene Kinder und Jugendliche und ihre Eltern. Köln 2010. 35 - 71

Brandau, H., ADHS: Ungelöstes Puzzle, biopsychosoziales Interaktionsphänomen oder Mozart-Edison-Syndrom. In: Bonney, H. (Hg.), ADHS - Kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst. Heidelberg 2008. 25 - 41

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ (Hg.), Achter Jugendbericht. Bericht über Bestrebungen und Leistungen der Jugendhilfe. Bonn 1990

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ (Hg.), Familienmonitor 2008. Repräsentative Befragung zum Familienleben und zur Familienpolitik. Erstellt vom Institut für Demoskopie Allensbach. Berlin 2008. Vgl. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung2/Pdf-Anlagen/allensbach-familienmonitor,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ (Hg.), 13. Kinder- und Jugendbericht. Berlin 2009

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ (Hg.), Daten und Fakten zum Thema Alleinerziehende. Material für die Presse. Berlin. Mai 2009

Bundespsychotherapeutenkammer, Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) schränkt die Zulassung Methylphenidat-haltiger Arzneimittel bei ADHS ein. Pressemitteilung vom 22.07.2009 (vgl. <http://www.bptk.de/show/2665506.html?searchshow=adhs>)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg), adhs aufmerksamkeitsdefizit/hyperaktivitätsstörung ... was bedeutet das? Köln 2006

Deutsches Ärzteblatt, ADHS. Wenig Lebensqualität für Mutter und Kind. In: Deutsches Ärzteblatt. 8/2009. 368

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie u.a. (Hg.), Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln 2007³

Die Kinderschutzzentren (Hg.), ADHS. Diagnostik und Hilfen für betroffene Kinder und Jugendliche und ihre Eltern. Köln 2010

Heinemann, E., Hopf, H., AD(H)S. Symptome - Psychodynamik - Fallbeispiele- psychoanalytische Theorie und Therapie. Stuttgart 2006

Gebauer, K., Signale deuten - Beziehung anbieten - Aktionsräume erweitern. In: Bonney, H. (Hg.), ADHS - Kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst. Heidelberg 2008. 135 - 162

Gerth, Ulrich, Menne, Klaus, Der Beitrag der Erziehungsberatung zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Hg.: Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts. München 2009 (<http://www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=939&Jump1=RECHTS-&Jump2=60&suchtext=risikolagen>)

Gmünder ErsatzKasse GEK (Hg.), ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Befragungsergebnisse und Auswertungen von Daten der Gmünder ErsatzKasse GEK. Bremen/Schwäbisch Gmünd 2008

Grunewald, K., Thiersch, H. (Hg.), Praxis der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit. Weinheim 2008²

Günter, M., Die Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätsstörung (ADHS) - eine Denk- und Affektverarbeitungsstörung? In: Zeitschrift Kinderanalyse, Themenheft ADHS. Heft 4. Oktober 2009. Stuttgart 2009. 388 - 415

Heinemann, E., Hopf, H., AD(H)S. Symptome - Psychodynamik - Fallbeispiele - Psychoanalytische Theorie und Therapie. Stuttgart 2006

Hopf, H., ‚Ich fühlte mich nicht allein in dieser schweren Situation...‘ Supervision der psychoanalytischen Behandlung eines neunjährigen Jungen mit der fachärztlichen Diagnose ADHS. In: Zeitschrift Kinderanalyse, Themenheft ADHS. Heft 4. Oktober 2009. Stuttgart 2009. 335 - 365

Koch-Hegener, I., u.a., Veränderungen der mentalen Repräsentation bei Kindern mit ADHS unter einer Behandlung mit Methylphenidat. In: Zeitschrift Kinderanalyse, Themenheft ADHS. Heft 4. Oktober 2009. Stuttgart 2009. 416 - 443

Ladwig, B., Eine Generation wird krankgeschrieben?! Was steckt hinter ADHS? In: Die Kinderschutzzentren (Hg.), ADHS. Diagnostik und Hilfen für betroffene Kinder und Jugendliche und ihre Eltern. Köln 2010. 17 - 26

Neraal, T., Neurobiologische versus psycho- und familiendynamische Ursachenerklärungen. In: Neraal, T., Wildermuth, M. (Hg.), ADHS. Symptome verstehen - Beziehungen verändern. Gießen 2008 (a). 19 - 37

Neeral, T., Derzeitige Theoriekonzepte. In: Neraal, T., Wildermuth, M. (Hg.), ADHS. Symptome verstehen - Beziehungen verändern. Gießen 2008 (b). 39 - 93

Neraal, T., Wildermuth, M. (Hg.), ADHS. Symptome verstehen - Beziehungen verändern. Gießen 2008

Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt, Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Berlin 2003

Puls, J. H., Die wichtigsten Fakten zu ADHS. In: Die Kinderschutzzentren (Hg.), ADHS. Diagnostik und Hilfen für betroffene Kinder und Jugendliche und ihre Eltern. Köln 2010. 11 - 15

Scheuerer-Englisch, H. u.a., Testdiagnostik in der Erziehungsberatung. Empfehlungen auf der Grundlage einer Erhebung in Bayern. In: Scheuerer-Englisch, H. u.a. (Hg.), Jahrbuch für Erziehungsberatung Bd. 7, Weinheim/München 2008, 129 - 150

Schmela, M., ‚Vom Zappeln und vom Philipp...‘. Behandlungsansätze in der Arbeit mit von ADHS betroffenen Kindern. In: Die Kinderschutzzentren (Hg.), ADHS. Diagnostik und Hilfen für betroffene Kinder und Jugendliche und ihre Eltern. Köln 2010. 99 - 147

Schlack, R. u.a., Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 5/6-2007 (vgl.: http://www.kiggs.de/experten/downloads/Basispublikation/Schlack_ADHS.pdf)

Schmid, G., ‚Wer sucht, der findet (immer?!‘ Von Verhaltensmerkmalen zur Diagnose ADHS. In: Die Kinderschutzzentren (Hg.), ADHS. Diagnostik und Hilfen für betroffene Kinder und Jugendliche und ihre Eltern. Köln 2010. 27 - 34

Shell in Deutschland, Jugend 2010. Hamburg 2010. Vgl. http://www.shell.de/home/content/deu/aboutshell/our_commitment/shell_youth_study/2010/family/

Siemer-Eikermann, A., Probleme ohne Ende? ADHS und beginnende Persönlichkeitsstörungen. In: Die Kinderschutzzentren (Hg.), ADHS. Diagnostik und Hilfen für betroffene Kinder und Jugendliche und ihre Eltern. Köln 2010. 73 - 82

Simchen, H., ‚Träumsusen‘ im Fokus. Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ohne Hyperaktivität. In: Die Kinderschutzzentren (Hg.), ADHS. Diagnostik und Hilfen für betroffene Kinder und Jugendliche und ihre Eltern. Köln 2010. 83 - 98

Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung München (Hg.), Aufmerksamkeitsgestörte, hyperaktive Kinder und Jugendliche im Unterricht. 7. Auflage. München 2010.

Steinhausen, Hans-Christoph, Psychische Störungen bei Kindern und Ju-

gendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. München/Jena, 6. Auflage. 2006

Walper, Sabine, Sozialisation in Armut. In: Hurrelmann, K., Grundmann, M., Walper, S. (Hg.), Handbuch Sozialisationsforschung. 7, vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim/Basel 2008. 203 - 216

Warrlich, C., Reinke, E. (Hg.), Auf Der Suche. Psychoanalytische Betrachtungen zum AD(H)S. Gießen 2007

Weinhold, Kerstin, Alleinerziehende Mütter und Väter in Deutschland. München 2008

Werner, I., Lätzer, K.L., Leuzinger-Bohleber, M., Störungen der frühen Affektregulation: Klinische und empirische Annäherungen an ADHS. In: Die Kinderschutzzentren (Hg.), ADHS. Diagnostik und Hilfen für betroffene Kinder und Jugendliche und ihre Eltern. Köln 2010. 149 - 179

Zeitschrift Kinderanalyse, Themenheft ADHS. Heft 4. Oktober 2009. Stuttgart 2009

Internet-Links:

www.adhs-deutschland.de

www.ag-adhs.de

www.familienhandbuch.de

www.kiggs.de

www.sfi-frankfurt.de

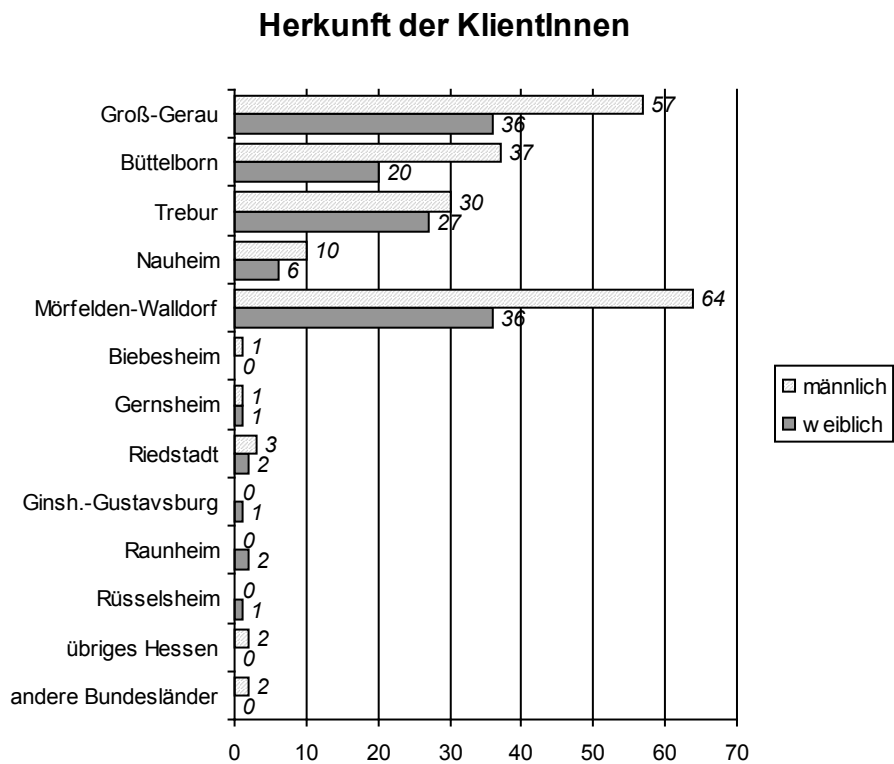
www.uni-duesseldorf.de/AWMF

www.zentrales-adhs-netz.de

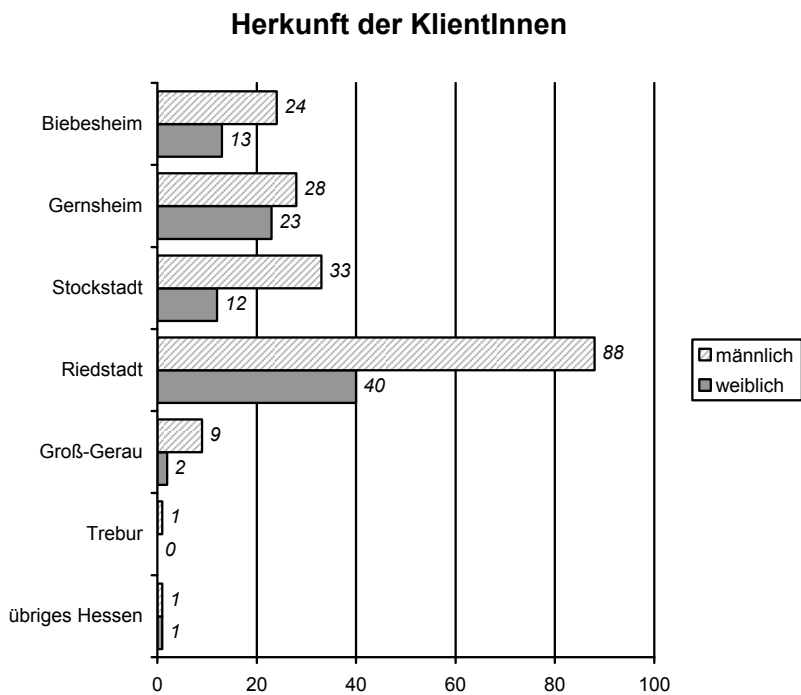
www.bkjpp.de

Anhang: Statistische Angaben

1. Erziehungsberatungsstelle Groß-Gerau

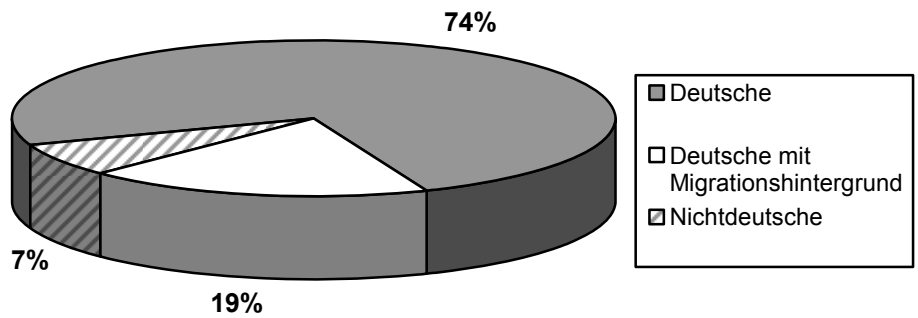


2. Südkreisberatungsstelle Riedstadt



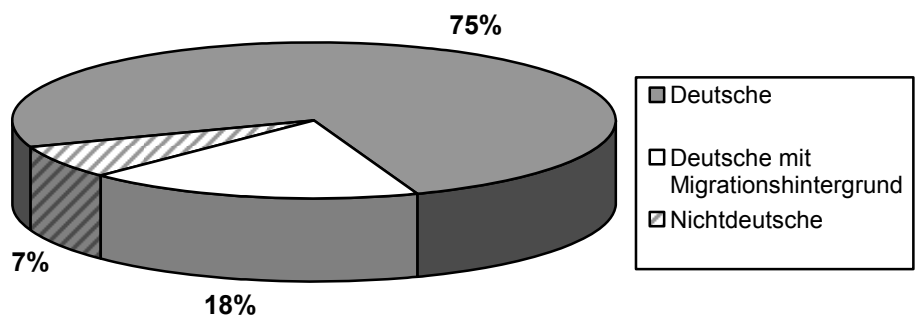
1. Erziehungsberatungsstelle Groß-Gerau

Nationalitätengruppe



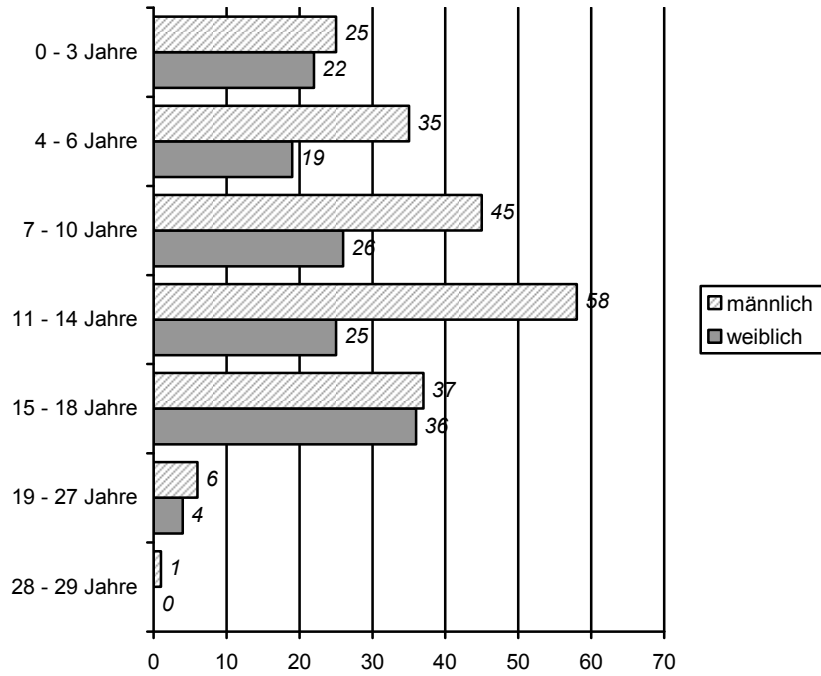
2. Südkreisberatungsstelle Riedstadt

Nationalitätengruppe



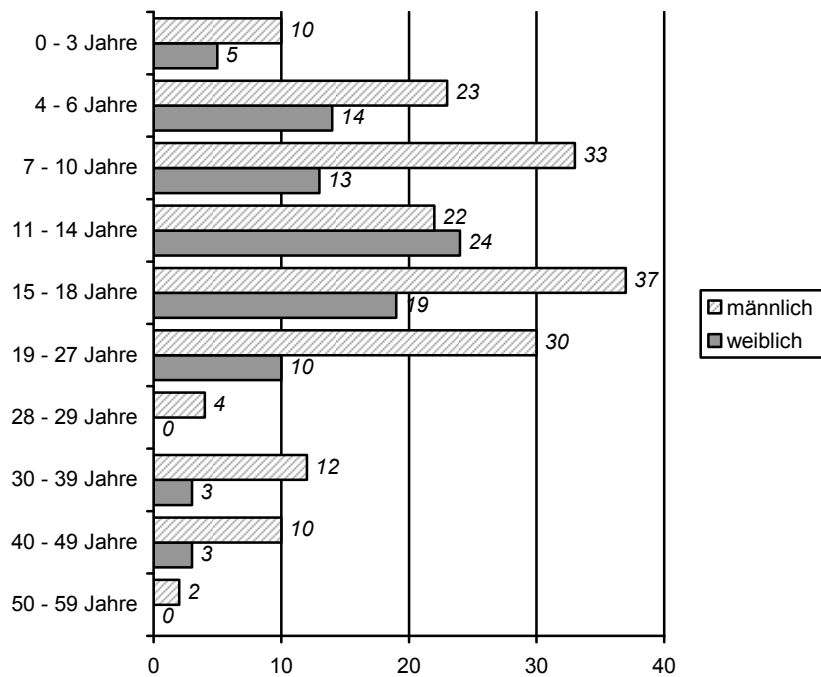
1. Erziehungsberatungsstelle Groß-Gerau

Altersgruppe / Geschlecht



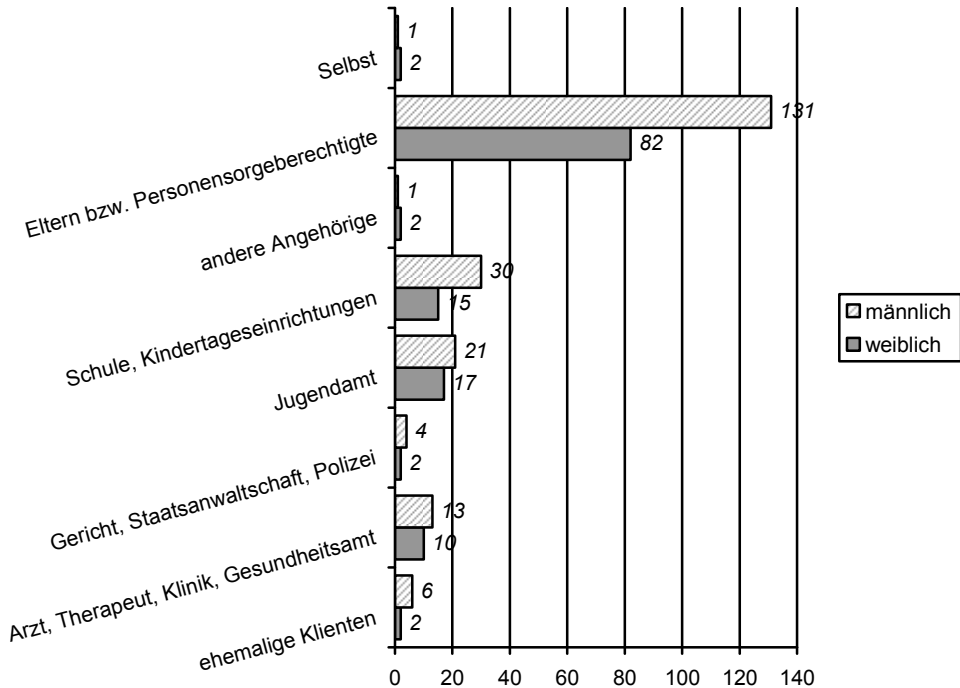
2. Südkreisberatungsstelle Riedstadt

Altersgruppe / Geschlecht



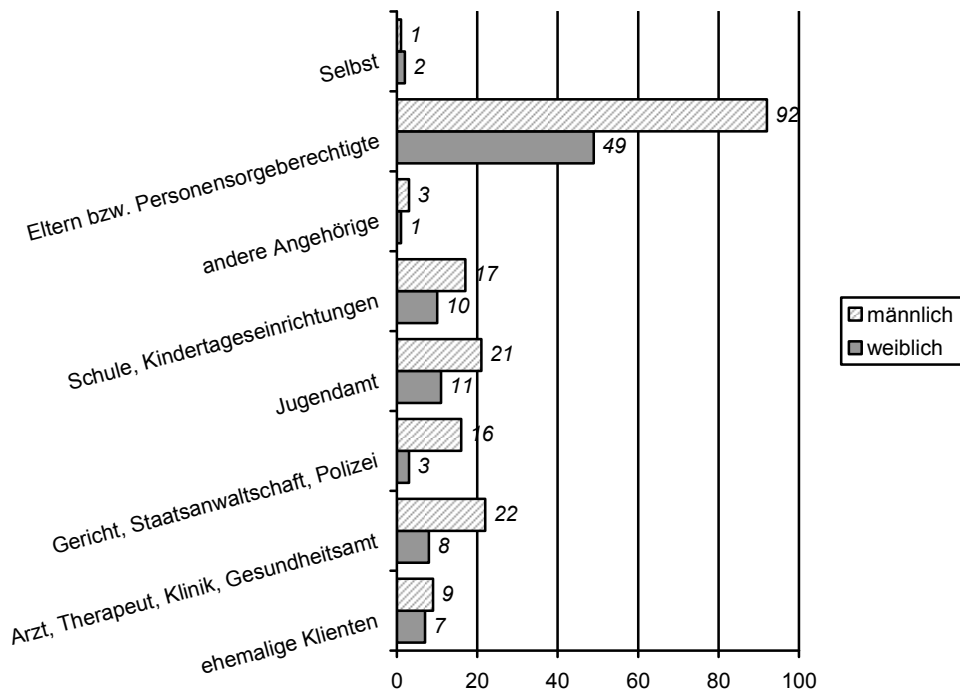
1. Erziehungsberatungsstelle Groß-Gerau

Wer hat den Erstkontakt hergestellt?



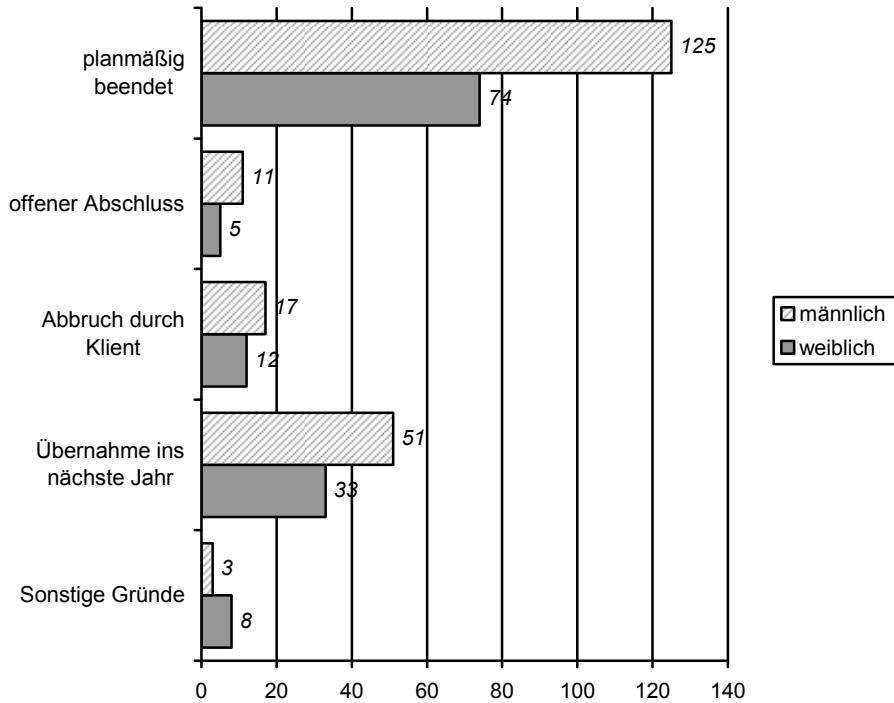
2. Südkreisberatungsstelle Riedstadt

Wer hat den Erstkontakt hergestellt?



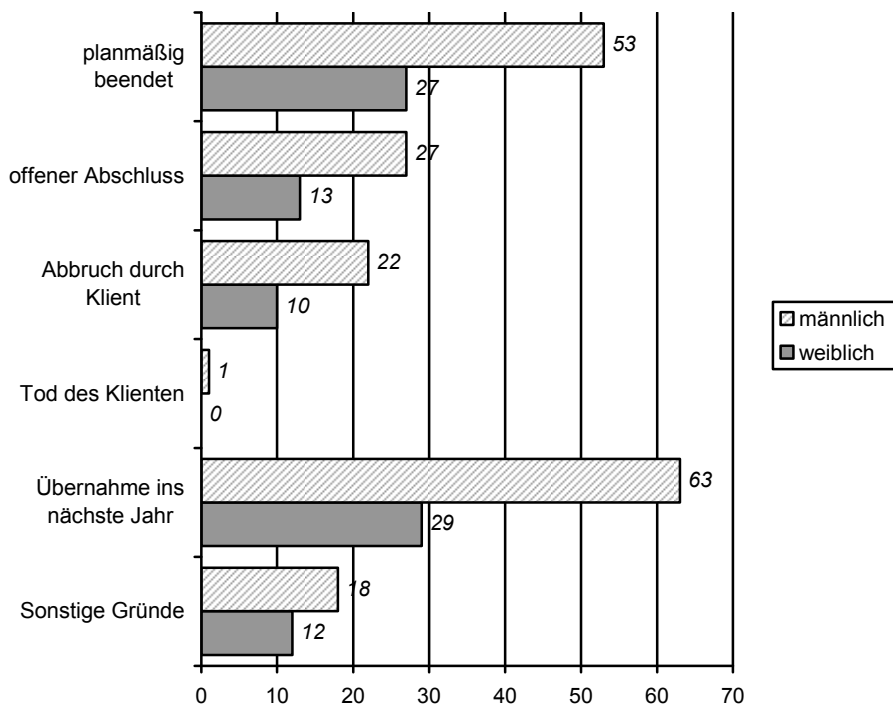
1. Erziehungsberatungsstelle Groß-Gerau

Anzahl der beendeten Maßnahmen



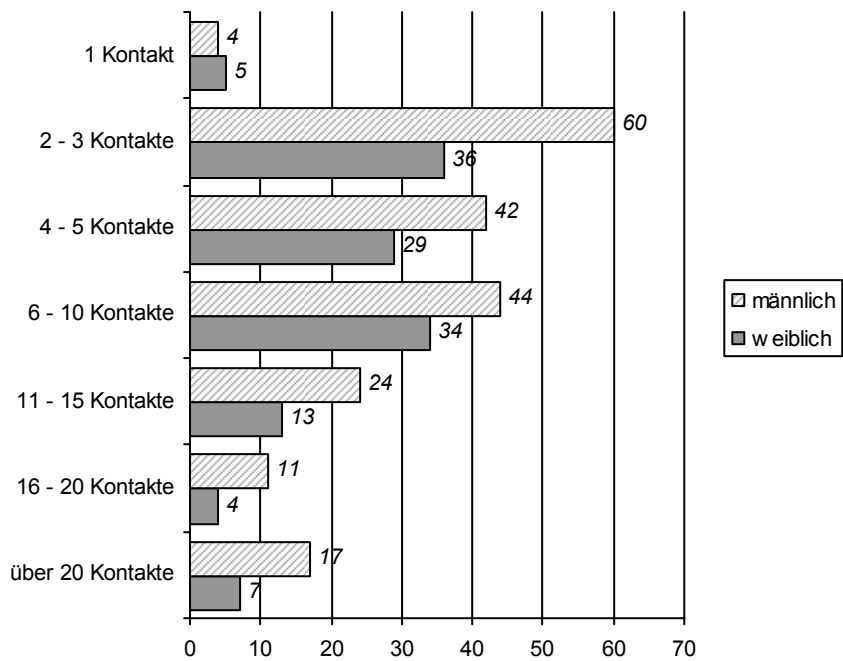
2. Südkreisberatungsstelle Riedstadt

Anzahl der beendeten Maßnahmen



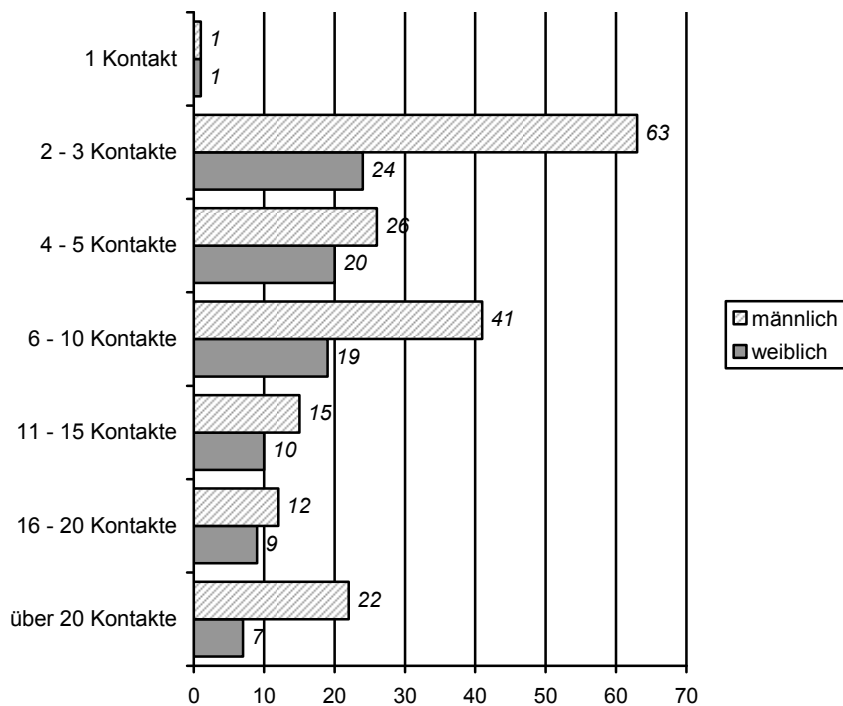
1. Erziehungsberatungsstelle Groß-Gerau

Anzahl der Beratungskontakte pro Fall



2. Südkreisberatungsstelle Riedstadt

Anzahl der Beratungskontakte pro Fall

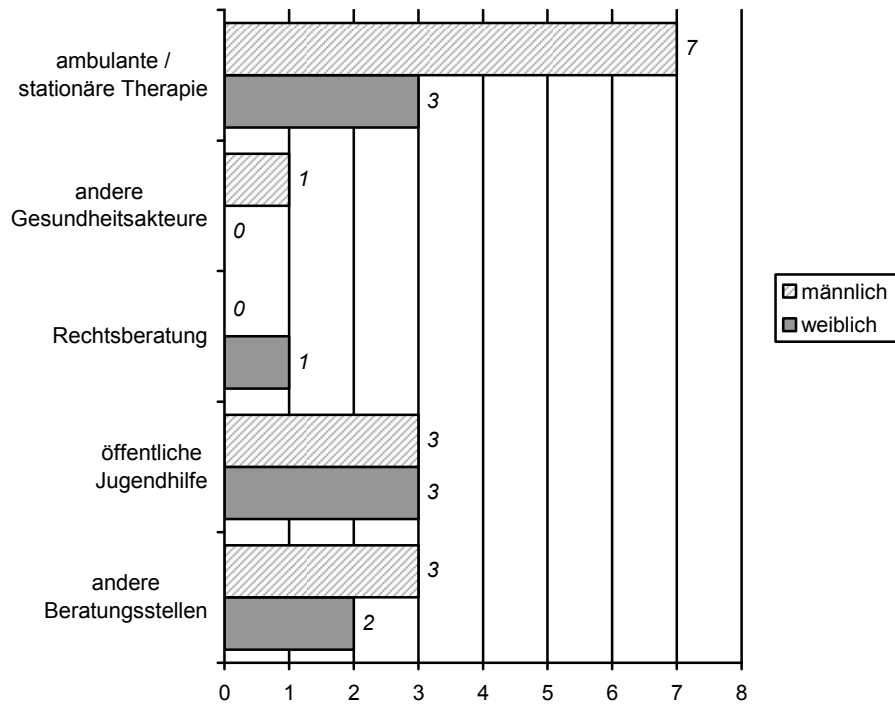


Erziehungsberatungsstelle Groß-Gerau / Südkreisberatungsstelle Riedstadt

Beratungsgrund	Beratungsstelle Groß-Gerau		Südkreis-Beratungsstelle	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich
Unversorgtheit des jungen Menschen	0	2	0	1
Unzureichende Förderung / Betreuung / Versorgung des jungen Menschen	4	4	4	4
Gefährdung des Kindeswohls	7	9	5	3
Eingeschränkte Erziehungs-kompetenz der Eltern / Personensorgeberechtigten	29	58	12	31
Belastung des jungen Menschen durch Problemlagen der Eltern	9	12	10	9
Belastung des jungen Menschen durch familiäre Konflikte	49	71	24	32
Auffälligkeiten im sozialen Verhalten (dissoziales Verhalten) des jungen Menschen	11	26	22	79
Entwicklungsauffälligkeiten / seelische Probleme des jungen Menschen	28	28	22	23
Schulische / berufliche Probleme des jungen Menschen	19	42	12	27
Probleme im Sexualverhalten / Partnerbeziehungen	0	0	2	2
Suchtmittelmissbrauch des jungen Menschen	2	2	2	9
Suchtmittelmissbrauch eines Erwachsenen	0	0	9	57
Schwangerschaftskonflikt	0	0	0	0
Sonstige Gründe	0	0	0	0

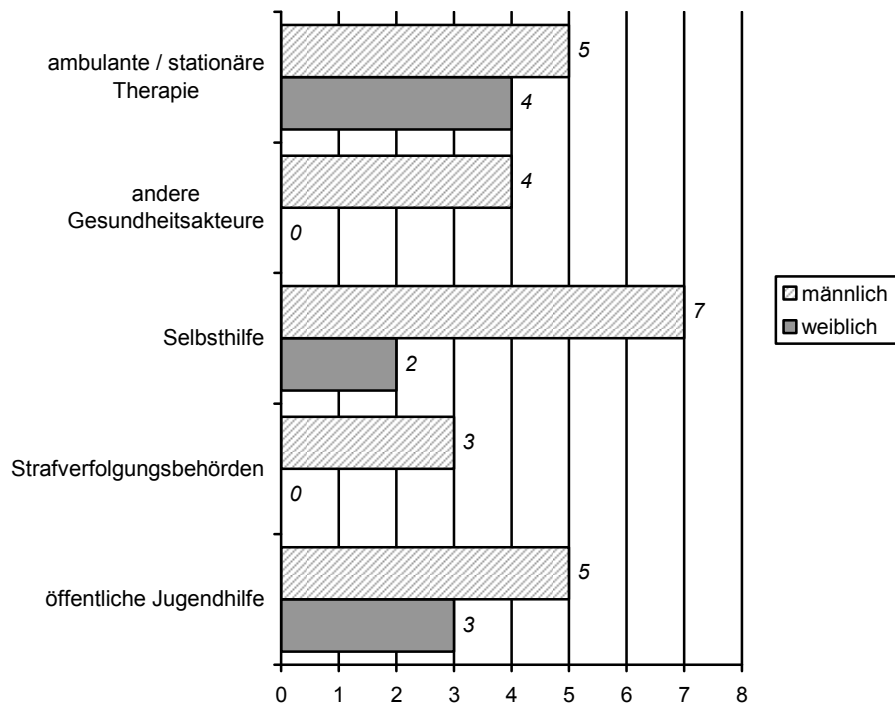
1. Erziehungsberatungsstelle Groß-Gerau

Weitervermittelte KlientInnen



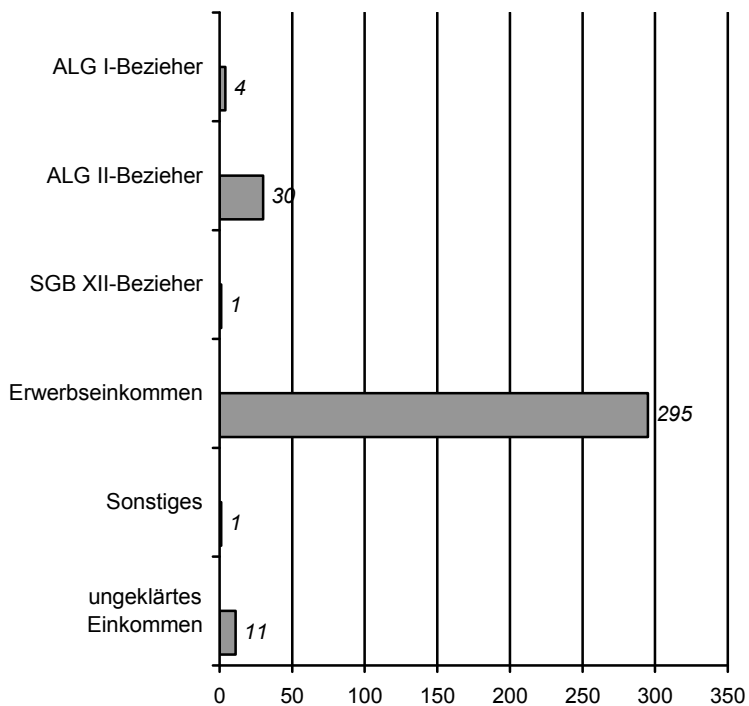
2. Südkreisberatungsstelle Riedstadt

Weitervermittelte KlientInnen



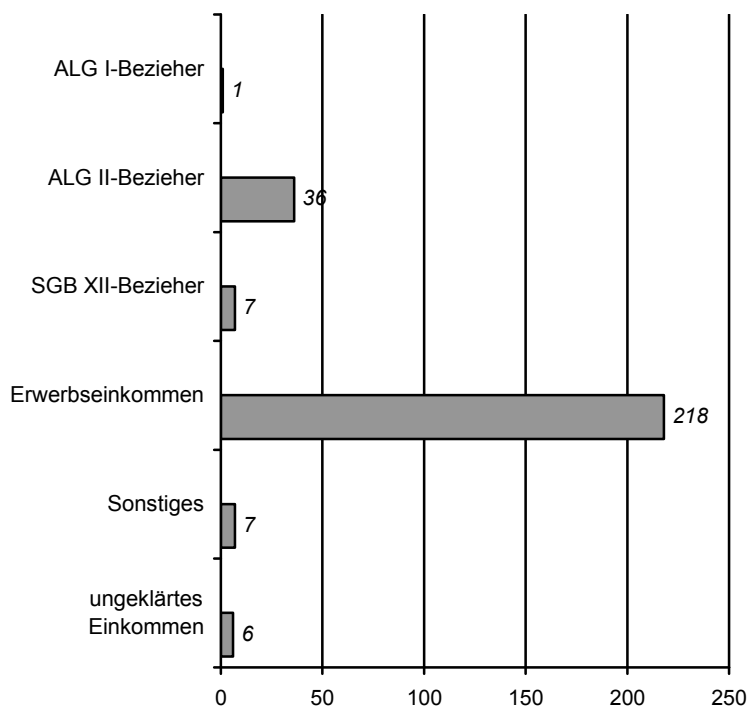
1. Erziehungsberatungsstelle Groß-Gerau

Einkommensart der KlientInnen (n = 350)



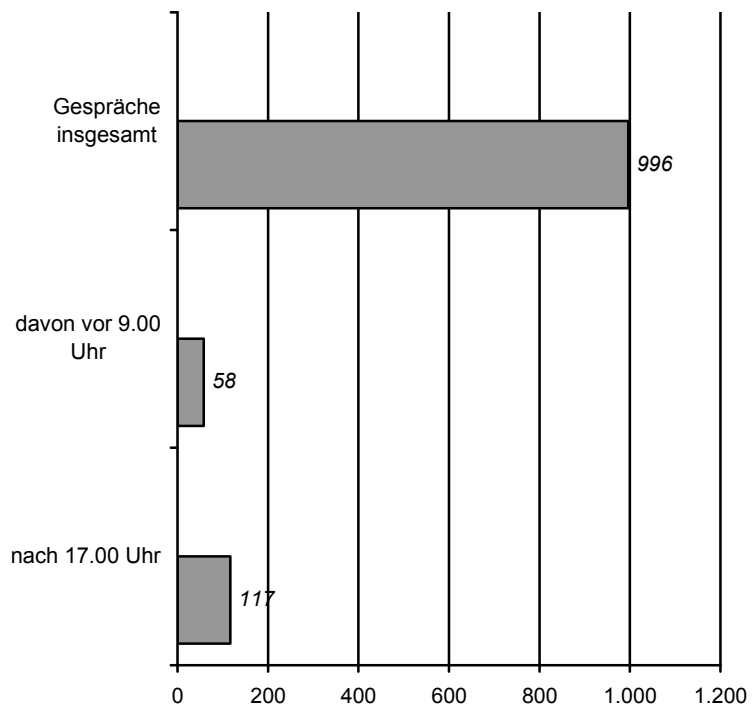
2. Südkreisberatungsstelle Riedstadt

Einkommensart der KlientInnen (n = 274)



1. Erziehungsberatungsstelle Groß-Gerau

Gespräche vor 9.00 bzw. nach 17.00 Uhr



2. Südkreisberatungsstelle Riedstadt

Gespräche vor 9.00 bzw. nach 17.00 Uhr

