

BERICHT ZUR KINDER-  
UND JUGENDGESUNDHEIT  
IN DEUTSCHLAND



Berufsverband  
Deutscher Psychologinnen  
und Psychologen

MÄRZ 2007



Berufsverband  
Deutscher  
Psychologinnen  
und Psychologen

## Herausgeber

Vorstand des  
Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)  
Bundesgeschäftsstelle  
Glinkastr. 5-7, 10117 Berlin

[www.bdp-verband.org](http://www.bdp-verband.org)

Tel. 030 - 20 91 49 - 0  
Fax 030 - 20 91 49 - 66  
[info@bdp-verband.org](mailto:info@bdp-verband.org)

Hauptgeschäftsführer  
Dipl.-Psych. Armin Traute

Verantwortlich im Sinne des Presserechts:  
Dipl.-Psych. Carola Brücher-Albers, Präsidentin des BDP  
BDP, Glinkastr. 5-7, 10117 Berlin

# INHALT

---

## 1. Vorwort

- 1.1 Deutlicher Zusammenhang zwischen psychischen Auffälligkeiten und niedrigem sozialökonomischen Status (Julia Scharnhorst) 7
- 1.2 Wir brauchen den Austausch von psychologischer Forschung und Praxis mit den politisch Verantwortlichen (Klaus Neumann) 9

## 2. Darstellung der aktuellen gesundheitlichen Belastungen bei Kindern und Jugendlichen in ausgesuchten Themenbereichen

- 2.1 Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter: Gesundheitliche Lage, gesundheitliche Versorgung und Empfehlungen (Wolfgang Ihle und Günter Esser) 11
  - 2.1.1 Einleitung 11
  - 2.1.2 Gesundheitliche Lage 12
  - 2.1.3 Gesundheitliche Versorgung 14
  - 2.1.4 Empfehlungen für die Politik 16
- 2.2 Die psychische Lage der Kinder heute (Rainer Dollase) 22
  - 2.2.1 Vorbemerkungen 22
  - 2.2.2 Zeitwandelstudien 24
  - 2.2.3 Repräsentative Kinderstudien 28
  - 2.2.4 Studien zur Prävalenz von Verhaltensstörungen 29
  - 2.2.5 Empfehlungen 31
- 2.3 Depressionen bei Kindern und Jugendlichen (Klaus Jost) 35
  - 2.3.1 Verbreitung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter 35
  - 2.3.2 Zur Diagnostik depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter 36

2.3.3	Unterschiedliche Erscheinungsbilder von Depressionen im Kindes- und Jugendalter	37
2.3.4	Suizide und Suizidversuche bei depressiven Kindern und Jugendlichen	38
2.3.5	Ursachen und Risiken im Hinblick auf Depressionen im Kindes- und Jugendalter	39
2.3.6	Einschätzung des Suizidrisikos und der Suizidgefährdung (Suizidalität; präsuizidale Zeichen) bei Kindern und Jugendlichen	39
2.3.7	Langfristige Folgen depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter	40
2.3.8	Interventionsmöglichkeiten - Behandlungsansätze in der Therapie depressiver Kinder und Jugendlicher	41
2.3.9	Präventive Möglichkeiten	42
2.3.10	Empfehlungen	44
2.4	Zu den psychosozialen Folgen für Kinder in veränderten familiären Rahmenbedingungen und neue Lebensformen von Erwachsenen (Rainer Dollase)	46
2.4.1	Einleitung	46
2.4.2	Nur konditionale Aussagen möglich	47
2.4.3	Folgen konditionaler Entscheidungen beachten	49
2.4.4	Die NICHD-Studie: Fremdbetreuung unter bestimmten Konditionen günstig	50
2.4.5	Alleinerziehende, Stieffamilien, Patchwork Familien - Effekt abhängig von Konditionen	50
2.4.6	Empfehlungen	51
<b>3.</b>	<b>Konzepte zu Diagnostik und Intervention</b>	
3.1	Qualitätssicherung für Programme zur Gewaltprävention und Gewaltverminderung (Siegfried Preiser)	54
3.1.1	Einleitung	54

3.1.2	Systematische Erfolgskontrollen und Programmevaluationen von Präventions- und Interventionsprogrammen	<b>55</b>
3.1.3	Begutachtung von Präventions- und Interventionsprogrammen	<b>56</b>
3.1.4	Empfehlung	<b>57</b>
3.2	Die Wirksamkeit von Frühförderung bei Entwicklungsstörungen (Matthias Paul Krause)	<b>59</b>
3.2.1	Einleitung	<b>59</b>
3.2.2	Kinder mit mentaler Entwicklungsverzögerung	<b>60</b>
3.2.3	Kinder mit Autismus	<b>60</b>
3.2.4	Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen	<b>61</b>
3.2.5	Kinder mit Körperbehinderung	<b>61</b>
3.2.6	Kinder mit sozioemotionalen Störungen	<b>62</b>
3.2.7	Kinder mit sozialen Risikofaktoren	<b>62</b>
3.2.8	Hilfen für Eltern von Kindern mit Entwicklungsstörungen	<b>63</b>
3.2.9	Empfehlungen	<b>63</b>
3.3	Hochbegabung (Elke Gemeinhardt)	<b>68</b>
3.3.1	Was versteht man unter Hochbegabung	<b>68</b>
3.3.2	Wie kann eine Hochbegabung festgestellt werden?	<b>69</b>
3.3.3	Gehen mit einer Hochbegabung besondere Belastungen einher?	<b>71</b>
3.3.4	Welche Maßnahmen zur Hochbegabtenförderung unterscheidet man?	<b>72</b>
3.3.5	Empfehlungen	<b>73</b>
3.4	Suchtkranke Kinder als Abbild gesellschaftlicher Phänomene (Laszlo A. Pota)	<b>77</b>
3.4.1	Die Ausgangssituation	<b>77</b>
3.4.2	Stationäre Interventionsmöglichkeit	<b>79</b>
3.4.3	Entwicklung von Ecstasy-, Heroin- und Kokainkonsum	<b>80</b>
3.4.4	Prävention von Drogenkonsum	<b>81</b>
3.4.5	Empfehlungen	<b>82</b>

<b>4.</b>	<b>Beispiele der Versorgungsrealität</b>	
4.1	Integration der Elternarbeit in die gesunde Schule (Marion Tacke)	<b>85</b>
4.1.1	Einleitung	<b>85</b>
4.1.2	Elternarbeit	<b>86</b>
4.1.3	Gewandelter Eltern-Begriff	<b>86</b>
4.1.4	Gesunde Schule	<b>87</b>
4.1.5	Eltern für die Zusammenarbeit gewinnen	<b>88</b>
4.1.6	Offener Umgang mit Eltern	<b>90</b>
4.1.7	Gemeinsamer Erziehungsauftrag	<b>90</b>
4.1.8	Projektarbeit	<b>91</b>
4.1.9	Einbindung der Eltern in schulische Prozesse	<b>91</b>
4.1.10	Empfehlungen	<b>92</b>
4.2	Psychotherapeutische Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher am Beispiel Bayern (Astrid Thome und Marianne Rapp)	<b>94</b>
4.2.1	Ausgangslage	<b>94</b>
4.2.2	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in den Bundesländern auf der Basis der Psychotherapie-Richtlinien	<b>95</b>
4.2.3	Leistungen nach dem KJHG	<b>98</b>
4.2.4	Benachteiligte Gruppen	<b>99</b>
4.2.5	Empfehlungen	<b>101</b>
<b>5.</b>	<b>Empfehlungen</b>	<b>104</b>
<b>6.</b>	<b>Verzeichnis der Autorinnen und Autoren</b>	<b>109</b>

# 1. Vorwort

---

## 1.1 Deutlicher Zusammenhang zwischen psychischen Auffälligkeiten und niedrigem sozialökonomischen Status

Niemand exportiert mehr Maschinen, keiner stellt berühmtere Fahrzeuge her als Deutschland. Wenn es um die Lebensbedingungen von Kindern geht, muss die Bundesrepublik sich seit Jahren hinter ihren Nachbarn verstecken. Mittelmäßig nennt die im Februar 2007 veröffentlichte UNICEF-Studie diesen Umgang der deutschen Gesellschaft mit ihren jüngsten Mitgliedern. Kinder haben keinen Vorrang in Deutschland.

Dass die großen Volksparteien die Familienpolitik nun für sich entdeckt haben und fleißig an eigenen Konzepten arbeiten, ist so positiv wie überfällig. Der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) möchte sich in diese durch die PISA-Ergebnisse und dramatische Vorfälle an deutschen Schulen ausgelöste aktuelle politische Debatte über Bildung und Erziehung in Deutschland einschalten. Zum ersten Mal legt der BDP 2007 einen Bericht zur psychischen Gesundheit der Nation vor – in diesem Jahr mit folgendem Schwerpunkt: Kinder, ihre

Entwicklungsbedingungen, ihre psychische Gesundheit sowie die Schwachstellen in der Prävention und der Versorgung. Kinder und Jugendliche gehören überall auf der Welt zu den abhängigsten und schwächsten Mitgliedern der Gesellschaft. In Deutschland werden immer weniger Kinder geboren. Aber nicht nur aus demographischen, sondern auch aus ethischen Gründen hält es der BDP für geboten, den Schwerpunkt 2007 auf die Entwicklung von Kindern und ihre Teilhabe an der Gesellschaft zu legen. Ohne die Fürsorge von Familie, Freunden und der Gesellschaft können sie nicht leben, sich nicht entwickeln und zu stabilen, gesunden und leistungsfreudigen Mitgliedern der Gesellschaft heranwachsen.

Der Bericht ist das Ergebnis der wissenschaftlichen Arbeit an mehreren Universitäten sowie der Auswertung von Erfahrungen, die Psychologen in der täglichen Praxis gesammelt haben. Mein Dank gilt an dieser Stelle allen, die durch Untersuchungen aus ihren Spezialgebieten die

sen Bericht möglich gemacht haben. Die Gesundheitsberichterstattung durch das Robert-Koch-Institut und andere will der BDP nicht ersetzen, sondern ergänzen. Psychologinnen und Psychologen<sup>1</sup> haben in ihrem Bericht eine Auswahl von Themen getroffen, die ihnen besonders wichtig erscheinen, und solchen, die randständig sind und deshalb drohen, in der aktuellen Diskussion vergessen zu werden.

Aktuelle Studien zeigen: Bei ca. 22% aller untersuchten Kinder und Jugendlichen liegen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten vor. Insgesamt müssen ca. 10% aller Kinder und Jugendlichen als im engen Sinn psychisch auffällig beurteilt werden. Der Bericht kommt zu dem Ergebnis, dass eine zum Teil erhebliche Unterversorgung auf diesem Gebiet vorliegt. Er geht auch auf die Folgen einer nicht rechtzeitigen Behandlung z.B. von Depressionen und auf Suizidrisiken ein. Während im gesamtgesellschaftlichen

Maßstab die wirtschaftliche Leistung eines Landes laut UNICEF-Studie keine direkten Auswirkungen auf die Lebensumstände von Kindern hat, zeigt der BDP in seinem Bericht einen klaren Zusammen-

hang zwischen psychischen Auffälligkeiten und einem niedrigen sozialökonomischen Status.

Ein wichtiger Befund sind auch die gestiegenen schulischen Anforderungen. Zusammen mit den ebenfalls gestiegenen Erwartungshaltungen von Eltern an den Bildungserfolg führen sie zu starken Belastungsreaktionen bei Schülern. Eine dramatische Verschlechterung des Verhältnisses von Schülern zu Schule und Lehrern wirft Fragen nach der Effektivität und den richtigen Methoden im Schulwesen auf. Gleichzeitig weist der BDP auf Defizite im Erziehungsverhalten hin. Qualität und Verfügbarkeit von ohnehin nur begrenzt vorhandenen Unterstützungssystemen sieht der Psychologinnenverband durch die beobachteten Kürzungen im Jugendhilfebereich zusätzlich gefährdet.

Psychologinnen und Psychologen leiten – anders als reine Berichtersteller aus den ermittelten Tatsachen eine Reihe von Empfehlungen ab, die im Bericht ebenfalls enthalten sind. Die Politik ist aufgefordert, sich aus diesem Angebot von Möglichkeiten zu bedienen und dabei noch stärker auf die Kompetenz von 40.000 hervorragend ausgebildeten Psychologinnen und Psychologen in unserem Land zu setzen. Interessierte Laien will der BDP

---

<sup>1</sup> Im gesamten Berichtstext wird im Interesse der Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form verwendet. Gemeint sind aber in jedem Fall die Vertreter beiderlei Geschlechts.



für das Thema sensibilisieren und sie ermutigen, in ihrem eigenen Umfeld tätig zu werden. Leid von Kindern, Verhältnisse, die ihrer Entwicklung abträglich sind, dürfen niemandem gleichgültig sein. Neben den Fachleuten sollten auch die Politik

und jeder einzelne Bürger den Mut haben einzugreifen.

Julia Scharnhorst

Vizepräsidentin des BDP

## **1.2 Wir brauchen den Austausch von psychologischer Forschung und Praxis mit den politisch Verantwortlichen**

Kinder sind in unserer Gesellschaft seltener gewordene Gäste, immer häufiger gilt ihnen aber die Aufmerksamkeit von Forschung und Politik. Kindheit als Laboratorium individueller wie kollektiver Entwicklungen hat die psychologische Forschung lange vor der Entdeckung dieser so ungemein wichtigen Randgruppe unserer Gesellschaft durch die Politik interessiert.

Der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen hat dieses Interesse über seine Sektionen, wie z.B. Schulpsychologie oder Klinische Psychologie, stets mitgetragen. So war es für den BDP auch selbstverständlich, sich über die Mitgliedschaft in der „National Coalition zur Umsetzung der Kinderrechte in Deutschland“ (NC) an der Interessenvertretung für Kinder und Jugendliche zu beteiligen. Vom Präsidium des Verbandes

wurde bereits 1992 ein ständiger Beauftragter für Kindeswohl und Kinderrechte berufen. Mein Vorschlag, einen Aktionstag für Kinderrechte an den Schulen in Deutschland einzuführen, wurde im November 2005 von der NC angenommen. Der Aktionstag ist ein Instrument, durch das Kinder, Jugendliche und ihre Familien mehr über ihre Rechte, Beteiligungsmöglichkeiten und Hilfsangebote erfahren.

Den ersten Schritten in diese Richtung werden weitere folgen müssen. Regionale, begrenzte Aktionen scheinen dabei - schon aufgrund der Länderhoheit im Erziehungswesen - ein pragmatischer und zielführender Ansatz zu sein.

Der vorliegende Bericht zur Situation der

psychischen Gesundheit in Deutschland beschreibt die Lebenslage von Kindern und Jugendlichen facettenreich und kundig – es bleibt zu hoffen, dass die hohe fachliche Kompetenz der Beiträge sich im politischen Handeln wiederfinden und zukünftig den Austausch von psychologi-

scher Forschung und Praxis mit den politisch Verantwortlichen verstärken wird.

Dr. Klaus Neumann  
Präsidiumsbeauftragter für  
Kindeswohl und Kinderrechte

## **2. Darstellung der aktuellen gesundheitlichen Belastung bei Kindern und Jugendlichen in ausgesuchten Themenbereichen**

---

### **2.1 Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter: Gesundheitliche Lage, gesundheitliche Versorgung und Empfehlungen**

Dipl.-Psych. Wolfgang Ihle und Prof. Dr. Günter Esser

Wolfgang Ihle und Günter Esser beschreiben in ihrem Beitrag über die gesundheitliche Lage und Versorgung von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen die aktuellen Prävalenzraten und Probleme in der Versorgung. Obwohl psychische Störungen im Kinder- und Jugendalter mit circa 18% etwa gleich häufig auftreten wie bei Erwachsenen, werden sie in der Jugend häufig nicht erkannt und nicht ausreichend behandelt. Als häufigste Störungen sind Angststörungen (10,4%), dissozial-aggressive Störungen (7,5%) sowie depressive Störungen und hyperkinetische Störungen (jeweils 4,4%) zu nennen.

Die Auftretenshäufigkeit vieler psychischer Erkrankungen, insbesondere die von depressiven Störungen und Essstörungen, steigt von der Kindheit bis zum Jugendalter an. Etwa 5% aller Kinder müssen aufgrund besonders ungünstiger Entwicklungsverläufe als chronisch psychisch beeinträchtigt eingestuft werden. Psychische Auffälligkeiten sind signifikant häufiger mit einem niedrigen sozioökonomischen Status der Familien verbunden. Ebenfalls 5% der Kinder können aufgrund psychischer Störungen als dringend behandlungsbedürftig eingeschätzt werden.

Besonders problematisch ist die Dauer psychischer Störungen in einer Zeit wesentlicher kindlicher Entwicklungen und damit verbunden die Verringerung von Entwicklungschancen bei gleichzeitig geringerer Lebensqualität.

Im Hinblick auf die Behandlungsquoten kann eine deutliche Unterversorgung festgestellt werden, insbesondere in den neuen Bundesländern. Weitere Schwachstellen liegen in der Früherkennung, Gesundheitsberichterstattung und Versorgungsplanung und in dem Fehlen spezifischer Ansätze zur Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen.

#### **2.1.1 Einleitung**

Spätestens seit der Global-Burden-of-Disease-Studie (Murray & Lopez, 1996), die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Weltbank und der Harvard-Universität durchgeführt wurde, sind die enormen Folgekosten psychischer Störungen in den Blickpunkt öffentlichen Interesses gerückt. Psychische Störungen verursachen über 15% des "global burden

of disease", der als verlorene Jahre gesunden Lebens (vorzeitiger Tod vs. Behinderung) operationalisiert wurde. Damit liegen psychische Störungen hinter den kardiovaskulären Erkrankungen, aber noch vor den Krebserkrankungen an zweiter Stelle der kostenintensivsten und beeinträchtigendsten Krankheitsgruppen. Aktuelle Studien in den Niederlanden (Meerding, Bonneux, Polder, Koopmanschap & Maas, 1998) und in

Großbritannien (Patel & Knapp, 1998) belegen, dass psychische Störungen für mehr als 20% der Gesamtkosten der Gesundheitsetats dieser Länder verantwortlich sind. Diese Erkenntnisse haben dazu geführt, dass sich in den vergangenen Jahren sowohl die Politik als auch die Verbände der Gesetzlichen Krankenversicherung intensiv mit dem Thema Psychische Störungen auseinandergesetzt haben. Als Beispiele hierfür seien das Grünbuch der Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2005) und die regelmäßigen Gesundheitsreports der Gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. z.B. DAK, 2006) genannt. Gleichzeitig ist festzustellen, dass immer noch ein zu geringer Anteil von Menschen mit psychischen Störungen eine adäquate Behandlung erhält (Wittchen, 2000). Dies trifft trotz der seit der Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes erreichten Verbesserungen insbesondere für die ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen und dies besonders in den neuen Bundesländern zu. Der Bericht der Europäischen Kommission (2000) stellte fest, dass 1. psychische und psychosoziale Probleme in der Jugend häufig nicht erkannt und nicht ausreichend behandelt werden und 2. die Inzidenz vieler Erkrankungen (Depressionen, Sucht, suizidales Verhalten, Essstörungen, psychotische

Störungen) deutlich von der Kindheit bis zum Jugendalter ansteigt. So ist inzwischen wissenschaftlich belegt, dass die meisten psychischen Störungen des Erwachsenenalters ihren Ursprung in Störungen des Kindes- und Jugendalters haben und damit diesem Lebensabschnitt die größte Bedeutung für Prävention und Intervention und damit auch für die Ersparnis von Folgekosten zukommen sollte. Dieser Sachstand hat in Deutschland in der Vergangenheit nicht die nötige politische und wissenschaftliche Aufmerksamkeit gefunden. Im Rahmen des bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS) werden derzeit ebenfalls Daten über die psychische Gesundheit unserer Kinder und Jugendlichen erhoben (Bella-Studie; vgl. Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2006). Im Folgenden möchten wir aktuelle Befunde zur gesundheitlichen Lage und gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen darstellen, um daraus die aus unserer Sicht nötigen Schlüsse abzuleiten.

### **2.1.2 Gesundheitliche Lage**

Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen sind in etwa gleich häufig

wie bei Erwachsenen. Nach dem derzeitigen Forschungsstand muss man von Sechs-Monats-Prävalenzraten psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter in Höhe von ca. 18% ausgehen (vgl. Ihle & Esser, 2002). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die aktuelle Bella-Studie, wonach bei 21,8% der Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten vorliegen (Ravens-Sieberer et al., 2006). Als häufigste Störungen zeigen sich in internationalen Vergleichsstudien Angststörungen mit einer durchschnittlichen Prävalenz von 10,4%, gefolgt von dissozial-aggressiven Störungen mit 7,5% sowie depressiven Störungen und hyperkinetischen Störungen mit jeweils 4,4% (Ihle & Esser, 2002). Auch hier kommt die bundesweit repräsentative Bella-Studie zu ähnlichen Ergebnissen. Hier traten Angststörungen (10%), gefolgt von dissozial-aggressiven Störungen (7,6%), depressiven Störungen (5,4%) und hyperkinetischen Störungen (2,2%), am häufigsten auf (Ravens-Sieberer et al., 2006). Depressive Störungen und Essstörungen nehmen vom Kindes- zum Jugendalter deutlich zu. Angststörungen nehmen hingegen vom Kindesalter bis zur Pubertät ab (v. a. Trennungsangst, Überängstlichkeit), während um die Pubertät (soziale Phobien) und nach der Pubertät (Panikstörung, Agoraphobie) wieder ein deutli-

cher Anstieg festzustellen ist. Bei der Gruppe der externalisierenden Störungen ist insgesamt ein Anstieg der Prävalenz bis zur Pubertät zu beobachten, danach geht die Rate wieder zurück. Dies trifft v. a. für Störungen des Sozialverhaltens und oppositionelles Verhalten zu. Bei den hyperkinetischen Störungen wird der Häufigkeitsgipfel bereits im Schulalter erreicht. Folgt man konservativen Schätzungen, dann kann davon ausgegangen werden, dass ca. 5% der Kinder und Jugendlichen zu einem gegebenen Stichtag aufgrund psychischer Störungen als dringend behandlungsbedürftig einzuschätzen sind (Ihle, Frenzel & Esser, 2006). Die wissenschaftliche und gesellschaftliche Relevanz von psychischen und Entwicklungsstörungen des Kindes- und Jugendalters ergibt sich jedoch nicht nur daraus, dass sie häufig sind. Vielmehr beeinträchtigen sie die Betroffenen aufgrund ihrer Beständigkeit über die Zeit der wesentlichen Entwicklungsabschnitte hinaus, verringern ihre Lebensqualität und ihre Entwicklungschancen. Externalisierende Störungen (v.a. dissozial-aggressive Störungen und hyperkinetische Störungen) weisen bereits ab dem Kindesalter sehr ungünstige Verläufe auf. So konnte gezeigt werden, dass mehr als die Hälfte der Achtjährigen mit dissozialen Störungen 17 Jahre später eine psychische Störung aufweist.

Neben der hohen diagnosespezifischen Stabilität zeigte sich auch die Vorläuferwirkung der dissozialen Störung in Hinblick auf die Ausbildung einer späteren Störung durch Substanzgebrauch (Esser et al., 2000). Depressive Störungen, Angststörungen sowie Substanzmissbrauch und -abhängigkeit sind diejenigen Störungsbilder, die ab dem Jugendalter die ungünstigsten Verläufe nehmen. Die Selbsttötung steht bei Jugendlichen an zweiter Stelle der Todesursachenstatistik. Etwa 5% aller Kinder müssen aufgrund besonders ungünstiger Entwicklungsverläufe als chronisch psychisch beeinträchtigt eingestuft werden. Das Auftreten von Hinweisen auf psychische Auffälligkeiten wird mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status der Familien signifikant häufiger (Ravens-Sieberer et al., 2006).

### **2.1.3 Gesundheitliche Versorgung**

Die Facharzt- und Psychotherapeuten-dichte in Deutschland sowie die seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes erreichten Verbesserungen der Versorgungslage sind im europaweiten Vergleich als sehr positiv zu beurteilen. Die ambulante Psychotherapie ist durch die Psychotherapie-Richtlinien und Psychotherapie-Vereinbarungen geregelt und ga-

rantiert derzeit eine niederschwellige Zugangsmöglichkeit in den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie. Die Psychotherapie-Ausbildung an staatlich anerkannten Ausbildungsstätten hat einen europaweit vorbildlichen Qualitätsstandard erreicht. Außerdem wurden in den letzten Jahren deutliche Verbesserungen bei der Verzahnung der ambulanten, teilstationären und stationären Behandlungskapazitäten erreicht.

Trotz der erreichten Fortschritte sind auch Defizite in der gesundheitlichen Versorgung zu konstatieren. Dies trifft vor allem für die ambulante psychotherapeutische Versorgung in den neuen Bundesländern und die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu. Der Anteil von Kindern und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung beträgt ungefähr 20%. Psychische Störungen sind bei Kindern und Jugendlichen in etwa gleich häufig wie bei Erwachsenen. Dagegen erreicht der Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an allen psychotherapeutischen Leistungserbringern derzeit nur 12,2% (Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2006). Die regionalen Versor-

gungsunterschiede sind extrem groß. So kommen derzeit in Sachsen-Anhalt auf einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 200.000 Einwohner unter 18 Jahren, wohingegen es in Baden-Württemberg 3.787 sind. Vor allem in den östlichen Bundesländern gibt es derzeit extrem wenig niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Brandenburg: 22, Mecklenburg-Vorpommern: 10, Sachsen: 53, Sachsen-Anhalt: 2, Thüringen: 15).

Sollen Behandlungsquoten festgestellt werden, ergeben sich in erster Linie zwei Fragen: Zum einen muss geklärt werden, was ein „behandlungsbedürftiger Fall“ ist, zum anderen, wann er als „versorgt“ gilt. Diesen Fragen sind Wittchen und Jacobi (2001) im Rahmen der Erhebungen zum Bundes-Gesundheits-Survey 1998 nachgegangen. Insgesamt ziehen sie ein dramatisches Fazit, wenn sie feststellen, dass im Bereich der Behandlung psychischer Störungen eine erhebliche Unterversorgung vorherrscht. Fast zwei Drittel der deutschen Erwachsenen mit psychischen Störungen sind nicht in Behandlung. Zudem haben die Autoren festgestellt, dass die ambulante Versorgungslage in den neuen Bundesländern deutlich schlechter ausfällt als in den alten Bun-

desländern und dass Kinder und Jugendliche schlechter versorgt sind als Erwachsene. Dies betrifft trotz der durch das Psychotherapeutengesetz erreichten Verbesserungen nach wie vor sowohl die kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische als auch die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung. Die Behandlungsquoten sind im Allgemeinen von der Versorgungssituation abhängig, wobei sich insbesondere in städtischen Wohngemeinden die Verfügbarkeit von Fachinstitutionen und Überweisungen zu Spezialisten als vermittelnde Faktoren niederschlagen. Daneben sind sie natürlich auch vom Inanspruchnahmeverhalten der Kinder und Jugendlichen bzw. der Eltern abhängig. Die Eltern müssen dabei a) erkennen, dass ihre Kinder Hilfe brauchen, b) in Erwägung ziehen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, c) mögliche Barrieren wie z.B. negative Einstellungen überwinden und d) die Therapie in den Alltag integrieren.

Die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung ist als qualitativ hochwertig und gesichert einzuschätzen. Im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung gibt es auch erste Modelle zur integrierten Versorgung gemäß § 140a SGB V wie zum Beispiel ein IV-Mo-

dell zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) in Rheinland-Pfalz und den neuen Bundesländern mit der Option einer Ausweitung auf die gesamte Bundesrepublik. Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen kommt darüber hinaus auch den Sozialpädiatrischen Zentren, den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten, den Jugendämtern, den Erziehungs- und Familienberatungsstellen sowie dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst der Gesundheitsämter (KJGD) große Bedeutung zu. So sind z.B. in manchen Bundesländern (z.B. Brandenburg) die regelmäßigen Untersuchungen des KJGD von Kindern und Jugendlichen in Kindertagesstätten und Schulen wichtig für die Früherkennung von Störungen und die damit verbundene Einleitung geeigneter Präventions- und Interventionsmaßnahmen und für die Datengewinnung zur Gesundheitsberichterstattung sowie Versorgungsplanung. Hierbei gibt es jedoch große Unterschiede zwischen den Bundesländern, auf die an dieser Stelle nur hingewiesen werden kann.

Der Bereich der Prävention psychischer Störungen stellt bundesweit relatives

Neuland dar, sodass hier (von einzelnen modellhaften Maßnahmen abgesehen) bisher keine regelmäßig praktizierten Ansätze vorliegen. Maßnahmen in Umsetzung des § 20 Abs.1 und 2 SGB V, die spezifisch den Bereich Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen betreffen, sind bisher noch kaum bekannt.

#### **2.1.4 Empfehlungen für die Politik**

##### **Die Erfassung und Früherkennung psychischer Störungen und umschriebener Entwicklungsstörungen des Kinder- und Jugendalters müssen verbessert werden.**

In allen Bundesländern sollten Reihenuntersuchungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (Kindertagesstätte, Einschulung, Schule) durchgeführt und (wo noch nicht vorhanden) um standardisierte Befunderhebungen psychischer Störungen und umschriebener Entwicklungsstörungen ergänzt werden. Praktikable Screeninginstrumente sollten eingesetzt werden, die die Erhebung/Schätzung epidemiologischer Daten erlauben. Eine Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung im Bereich seelischer Gesundheit sowie eine Ver



besserung der Versorgungsplanung könnten dadurch erreicht werden. Außerdem sollten die kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen um diesen Störungsbereich erweitert werden.

**Die ambulante Versorgung muss gesichert und ausgebaut werden, u.a. durch eine erneuerte Bedarfsplanung.**

Trotz der erreichten Fortschritte gibt es auch im Bereich der ambulanten Versorgung Handlungsbedarf. So herrscht in Ostdeutschland nach wie vor eine deutliche Unterversorgung im Bereich der ambulanten Versorgung psychischer Störungen. In den neuen Bundesländern kommen auf 100.000 Einwohner fünf bis acht niedergelassene Psychotherapeuten. In den alten Bundesländern sind es zwischen 15 und 26 Psychotherapeuten. Aber auch innerhalb der besser versorgten Stadtstaaten sind erhebliche regionale Unterschiede in der Versorgungssituation zu beklagen. Gerade in den sozial schwächeren Stadtteilen ist die Versorgung unzureichend. Insbesondere in unterversorgten Gebieten (neue Bundesländer, universitätsferne Gebiete) sollten Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung ergriffen werden. Außerdem ist eine Ausweitung von Modellen zur integrierten Versorgung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter anzustreben.

Die eklatante Unterversorgung mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie macht eine Förderung gerade dieses Versorgungsangebots notwendig. Nach wie vor finden in vielen Regionen psychisch kranke Kinder bzw. ihre Eltern kein adäquates Psychotherapieangebot oder müssen unzumutbare Wartezeiten in Kauf nehmen. Die ambulante psychotherapeutische Versorgung sollte besonders verbessert werden, da sich damit auch aus fachlicher Sicht unnötige stationäre Behandlungen reduzieren ließen. Die Bedarfsplanung sollte so erfolgen, dass ausreichende Versorgungsangebote für psychisch kranke Kinder und Jugendliche entstehen. Dies ist allerdings nicht ohne Mehrausgaben für die GKV zu erreichen. Als Mittel der Wahl ist eine getrennte Bedarfsplanung für Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorzuschlagen. Dadurch entstünden in der GKV zusätzliche Ausgaben von höchstens 207 Mio. Euro (Kostensteigerung: 0,15% der Gesamtausgaben;

Bundespsychotherapeutenkammer, 2006). Als kostengünstigere Alternative könnte eine Quotierung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie eingeführt werden (Mindestversorgungsgrad 20%; zusätzliche Ausgaben von höchstens 100 Mio. Euro; Kostensteigerung: 0,07% der

Gesamtausgaben). Auf dieser Basis könnte bundesweit 1.200 zusätzlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Niederlassungsmöglichkeit eröffnet werden. Eine Anpassung der Bedarfsplanung könnte im Kontext des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄG) umgesetzt werden.

**Präventive Angebote vor allem für Störungsbilder mit den höchsten gesellschaftlichen Folgekosten und den ungünstigsten Verläufen sollten implementiert werden.**

Im Grünbuch der Europäischen Kommission werden die Förderung der psychischen Gesundheit und die Prävention psychischer Erkrankungen als gesamtgesellschaftliche Herausforderungen formuliert. Im deutschen gegliederten System der sozialen Sicherung sind zur Erfüllung dieser Aufgaben die gemeinsamen Anstrengungen aller Akteure zu intensivieren, durch Primärprävention und Früherkennung psychischer Störungen individuelles Leid und gesellschaftliche Nachteile abzuwenden. An dieser Stelle ist auf die Notwendigkeit der gesetzlichen Verankerung der Prävention als vierte Säule im Gesundheitswesen hinzuweisen (Stichwort: Präventionsgesetz). Angesichts der derzeit nur begrenzt zur Verfügung ste-

henden Ressourcen sollten sich alle Beteiligten zunächst auf die Störungsbilder mit den höchsten gesellschaftlichen Folgekosten und den ungünstigsten Verläufen (z.B. starke Verschlechterung der Entwicklungsprognose, hohes Risiko für Komorbidität) konzentrieren. Diese Angebote sollten nahtlos auf die Ergebnisse der Reihenuntersuchungen abgestimmt sein und im Sinne indizierter Prävention den Kindern und Jugendlichen und ihren Familien angeboten werden, die im Screening (sub-) klinische Symptome aufwiesen. So könnten z.B. Modellprojekte inkl. Evaluation in den Bereichen Prävention von Störungen des Sozialverhaltens, Delinquenz, Störungen durch Substanzgebrauch sowie zur Prävention von Depressionen und Selbsttötung initiiert werden. Ziel dieser Programme wäre es, die Prävalenz- bzw. Inzidenzraten von Störungen des Sozialverhaltens und Jugenddelinquenz, Störungen durch Substanzgebrauch, von depressiven Störungen und Suiziden zu senken.

**Die Zugangswahrscheinlichkeit sozial Schwacher/ Benachteiligter zu präventiven Angeboten sollte durch settingbezogene, gemeindenahe und selektive Ansätze für bestimmte Risikogruppen erhöht werden.**

Kinder, die in psychosozial ungünstigen Verhältnissen aufwachsen, haben eine erhöhte Erkrankungswahrscheinlichkeit v.a. für externalisierende Störungen und Störungen durch Substanzgebrauch. Zudem ergibt sich für diese Gruppe ein verringertes Inanspruchnahmeverhalten für Hilfsangebote. Diesem Zustand sollte durch geeignete, die Betroffenen erreichende Angebote begegnet werden. So sollten settingbezogene Präventionsansätze in Kindergarten und Schule zur indizierten Prävention, gemeindenahе individuumbezogene Präventionsansätze (z.B. in sozialen Brennpunkten) und selektive Präventionsansätze für bestimmte Risikogruppen implementiert werden.

**Die hohe Behandlerqualität im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sollte gesichert werden: Master-Abschluss als Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung zum Erwachsenen- und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.**

Das Psychotherapeutengesetz hat eine einheitliche hohe Ausbildungsqualität für die psychotherapeutische Ausbildung erreicht. Für die Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sind neben den Psychologen auch Pädagogen und Sozialpädagogen zulassungsberechtigt. Im Zuge der Umstellung des Studiums auf

gestufte Bachelor- und Master-Studiengänge ergibt sich die Notwendigkeit der Anpassung der Zulassungsvoraussetzungen. Die Fachwelt (Bundespsychotherapeutenkammer, Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Berufsverband Deutscher Psychologen, Arbeitsgemeinschaft Zulassung zur Ausbildung in KJP, Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden) ist sich einig, dass für beide Psychotherapeutenberufe nur ein Master-Abschluss als akademische Grundqualifikation eine qualitätsgesicherte Versorgung auch in der Zukunft garantieren kann. Psychotherapie für Kinder und Jugendliche ist keine „kleine“ Psychotherapie, die geringere Anforderungen an die Qualifikation von Psychotherapeuten stellt als die Psychotherapie für Erwachsene. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten müssen in der Lage sein, mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sowie mit zahlreichen Berufsgruppen interdisziplinär zusammenzuarbeiten. Hierzu sind umfassende Kenntnisse über die normale und die abweichende Entwicklung der gesamten Lebensspanne unumgänglich. Für die qualitätsgesicherte Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist die Rezeption einer dynamischen Wissenschafts- und Fachdisziplin notwendig. Die Breite des Fachgebiets zeigt sich z.B. in den altersbezo-

gen unterschiedlichen kognitiven, sozialen und emotionalen Entwicklungen von Patienten im Kindes- und Jugendalter. Die Absolventen von Master-Studiengängen erwerben jene Schlüsselqualifikationen, die für die kritische Adaption des ständigen wissenschaftlichen Fortschritts in die Praxis erforderlich sind. Ein Bachelor-Studiengang vermittelt nicht die für einen akademischen Heilberuf erforderliche wissenschaftliche Methodenkompetenz. Bachelor-Studiengänge zielen auf den

Erwerb erster berufspraktischer Qualifikationen. Der Bachelor-Abschluss ist daher als Zugangsvoraussetzung für eine Psychotherapieausbildung nicht ausreichend. Die wissenschaftliche Qualifizierung, die für die Ausübung der Psychotherapie notwendig ist, wird ausschließlich in Master-Studiengängen vermittelt. Daher ist mit Nachdruck dieser Abschluss auch als Zulassungsvoraussetzung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieausbildungen zu fordern.

#### **Literatur:**

- Bundespsychotherapeutenkammer (2006). Positionspapier Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. Handlungsbedarf im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz. Berlin: BPTK.
- DAK (2006). DAK Gesundheitsreport 2006. Hamburg: DAK Gesundheitsmanagement.
- Esser, G., Ihle, W., Schmidt, M. H. & Blanz, B. (2000). Der Verlauf psychischer Störungen vom Kindes- zum Erwachsenenalter. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29, 276-283.
- Europäische Kommission (2000). Bericht über die gesundheitliche Situation der jungen Menschen in der Europäischen Union. Luxemburg: Europäische Kommission, Direktion F – Öffentliche Gesundheit.
- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. Psychologische Rundschau, 53, 159-169.
- Ihle, W., Frenzel, T. & Esser, G. (2006). Epidemiologie und Verlauf psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. In: F. Mattejat (Hrsg.), Lehrbuch der Psychotherapie. Band 4: Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien, S. 85-96. München: CIP Medien.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2005). Grünbuch. Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. Brüssel: Kommission der Europäischen Gemeinschaften.
- Meerding, W. J., Bonneux, L., Polder, J. J., Koopmanschap, M. A. & Maas, P. J. von der (1998). Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in the Netherlands: Cost of illness study. British Medical Journal, 317, 111-115.
- Murray, C. J .L. & Lopez, A. D. (eds.) (1996). The global burden of disease and injury series, Volume 1: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Patel, A. & Knapp, M. R. J. (1998). Costs of mental illness in England. *Mental Health Research Review*, 5, 4-10.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2006). Modul Psychische Gesundheit (Bella-Studie). Vortrag im Rahmen des Symposiums Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KIGGS) in Deutschland: Erste Ergebnisse. Berlin, 25. September 2006.
- Wittchen, H.-U. (2000). „Bedarfsgerechte Versorgung psychischer Störungen“. Abschätzungen aufgrund epidemiologischer, bevölkerungsbezogener Daten. Stellungnahme im Zusammenhang mit der Befragung von Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt*, 44, 993-1000.

**Korrespondenzadressen:**

Dipl.-Psych. Wolfgang Ihle, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Psychologischer Psychotherapeut; E-Mail: ihle@uni-potsdam.de  
Prof. Dr. Günter Esser, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut; E-Mail: gesser@uni-potsdam.de  
Institut für Psychologie und Akademie für Psychotherapie und Interventionsforschung an der Universität Potsdam, Friedrich-Ebert-Straße 112, 14467 Potsdam

## 2.2 Die psychische Lage der Kinder heute

Prof. Dr. Rainer Dollase

Rainer Dollase weist darauf hin, dass Kinder zwar elastisch und produktiv auf Umgebungsveränderungen reagieren, aber auch in ihren Anpassungsleistungen überfordert sein können. Ein empirisch belegter Aspekt ist die Sicherheit der Bindung an Bezugspersonen. Andere gängige Vorstellungen über als problematisch angesehene Konstellationen (Einzelkindsituation, Anstieg von Aggression) können in Zeitwandelstudien nicht belegt werden.

Ein wichtiger Befund besteht in den gestiegenen schulischen Anforderungen und entsprechenden Belastungsreaktionen einerseits und den gestiegenen Erwartungshaltungen der Eltern an den Bildungserfolg ihrer Kinder andererseits. Gleichzeitig hat sich die Einstellung der Schüler zur Schule und zu den Lehrern massiv verschlechtert. Dies wirft Fragen nach der Effektivität und den richtigen Methoden im Schulwesen auf.

In repräsentativen Studien ergibt sich zwar ein hoher Anteil an Kindern, die ihre Kindheit als gut bis sehr gut einstufen, die positiven Bewertungen kontrastieren allerdings mit dem bedeutsamen Anteil von 11%, die sich sehr unglücklich und schlecht fühlen.

Ergebnisse von Studien zu Verhaltensstörungen und deren Ursachen weisen auf zwei besonders einflussreiche Faktoren hin: Überbeanspruchung durch die Schule und Defizite im Erziehungsverhalten. Im Beitrag werden die Ansatzpunkte zur Verbesserung des Erziehungsverhaltens, der Beziehungen innerhalb der Familie und Risikofaktoren mit negativen Wirkungen auf die Erziehungskompetenz dargestellt.

Insgesamt verweisen die ambivalenten Forschungsergebnisse darauf, dass die Wahl der Perspektive im politischen Steuerungsprozess wesentlich ist. Die Konzentration auf einen positiven Mittelwert und auf den Großteil der Kinder führt dazu, dass die besonderen Förderaufgaben zur Gewährleistung von Bildungs- und Entwicklungschancen benachteiligter Kinder strukturell vernachlässigt werden. Verstärkte Anstrengungen zur Unterstützung der im Bildungsprozess besonders förderbedürftigen Kinder, die bei den PISA-Siegerländern eine hohe Bedeutung haben, fehlen in Deutschland noch.

### 2.2.1 Vorbemerkungen

Die veränderten Rahmenbedingungen für Familien und Kinder sind seit Jahrzehnten bekannt. Für die Entwicklung der Chancen für Kinder heute und in Zukunft ist eine Betrachtung der psychischen Folgen veränderter Rahmenbedingungen notwendig. Wie reagieren Kinder auf veränderte Lebensbedingungen?

Vor der Beantwortung der Frage sind drei Vorbemerkungen notwendig:

1. Ob sich eine Änderung der Rahmenbedingungen direkt auf das psychische Erleben und Verhalten der Kinder auswirkt, kann nur empirisch bestimmt werden, da die Reaktionen der Kinder auf veränderte Lebensbedingungen nicht aus diesen theoretisch, quasi argumentativ, abgeleitet werden können. Kinder reagieren elas

tisch und produktiv auf Umgebungsveränderungen. Sie reagieren nicht plastisch, sie sind keine durch die Umwelt beschriftbare „Tabula rasa“, sondern eher resilient (Resilienz = Spannkraft), d.h. Kinder sind in der Lage, eine erhebliche Variation der Umweltbedingungen zu ertragen, ohne sich zu verändern, wobei diese Anpassungsleistungen psychische Energien verlangen. Diese Anpassungsleistungen können Kinder überfordern, wenn keine Kompensationen von irgendwoher erfolgen (Berk, 2005).

2. Es muss allgemein davon ausgegangen werden, dass viele Änderungen in Technik und Gesellschaft für die psychische Entwicklung von Kindern irrelevant sind und sich nur in marginalen oder belanglosen Änderungen manifestieren. Beispiel: Ein Vierjähriger kann einen DVD-Player bedienen. Das ist eine banale Anpassung an Umweltgegebenheiten und verändert nicht die psychische Struktur eines Menschen. Auch organisatorische Veränderungen im Bildungssystem sind eher marginal im Vergleich zu dem, was in der Interaktion mit Lehrkräften und Klassenkameraden passiert (Ergebnis von Mehrebenenanalysen z.B. zu Aggression, Fremdenfeindlichkeit, Erfolg von Unterricht; Dollase, Bieler, Ridder, Köhneemann, & Woitowitz, 2000; Wang, Haertel, &

Walberg, 1993). Die Sicherheit der Bindung an Bezugspersonen wäre demgegenüber ein hochsensibler Bereich – Änderungen hierin haben weitreichende Folgen (Spangler & Zimmermann, 1997).

3. Menschen, das zeigt die Forschung zur „relativen Deprivation“ (Aronson, Wilson, & Akert, 2004), benötigen ein zu bewältigendes mittleres Ausmaß an Stress (i.e. Herausforderungen), damit sie ihre Fähigkeiten und Kompetenzen zur Bewältigung der Umwelt schulen können. Aus der Bewältigung von Schwierigkeiten entsteht eine gewisse Zufriedenheit. Lebt der Mensch in einer Welt ohne Stressoren, so verkümmern seine Bewältigungskompetenzen, und es stellt sich eine ebenso unglückliche Gesamtstimmung ein wie bei einer Überforderung mit Stressoren, die nicht mehr bewältigt werden können (Lazarus, 1966).

Die Frage nach der psychischen Lage der Kinder heute kann empirisch durch drei empirische Forschungsrichtungen beantwortet werden:

1. Zeitwandelstudien, in denen geprüft wird, ob die Kinder früher anders oder besser waren als heute, um aus solchen Veränderungen zu schließen, welche

Auswirkungen die gegenwärtigen Bedingungen auf Kinder haben könnten.

2. Repräsentative Untersuchungen, die die subjektive Sicht der Kinder auf die heutige Welt erfassen oder die mit den Kindern vertraute Personen, z.B. Lehrer, Eltern, über die Kinder und ihre Probleme bzw. ihre Anpassung befragen.

3. Studien zur Prävalenz von Verhaltensstörungen, in denen z.T. nicht nur die Vorkommenshäufigkeit, sondern auch ihre parallelen Bedingungen bzw. Ursachen ermittelt werden.

### 2.2.2 Zeitwandelstudien

In der öffentlichen Diskussion wurde immer angenommen, dass die Veränderungen der Moderne und der Postmoderne unbedingt relevante, meist defizitäre Folgen für die gegenwärtige Generation von Kindern und Jugendlichen haben müssten. Oftmals wurden diese Veränderungen nur aus dem Augenschein erschlossen und nicht bewiesen. Der Beweis von Veränderungen der Kinder und Jugendlichen ist schwierig, da er voraussetzt, dass man empirische Untersuchungen von „früher“ hat, die mit aktuellen zum selben Thema verglichen werden können. Aus solchen

Vergleichen kann dann auf tatsächliche Veränderungen geschlossen werden. Am besten sind „orts- und methodenidentische Replikationen“, d.h. Wiederholungen von alten Untersuchungen in denselben Orten und mit denselben Messinstrumenten (beispielsweise eine Untersuchung aus dem Jahre 1972 im nördlichen Ruhrgebiet wird im Jahre 1946 an denselben Schulen wie damals mit denselben Fragebögen wiederholt).

Aus den deutschen und internationalen Zeitwandelbefunden kann man folgende Phänomene belegen:

**a)** Die zunehmende **Einzelkindsituation** ist für die psychische Entwicklung der Einzelkinder nicht problematisch – die typischen Vorurteile gegenüber Einzelkindern lassen sich nicht verifizieren, zumal heute Einzelkinder eine Fülle von sozialen Kontakten in öffentlichen Institutionen, Kindergärten etc. knüpfen (Falbo & Polit, 1986).

**b)** Die aus anekdotischen Beobachtungen erschlossene „**Verplanung**“ des kindlichen Lebens, die „**Verinselung**“ und die „**Verhäuslichung**“ der Kinder konnten in empirischen Untersuchungen nicht bestätigt werden (Deutsches Jugendinstitut, 1993). Von diesen Phänomenen sind nur kleine Teile der Kinder und Jugendlichen



betroffen, und wenn, dann hat eine meist problemlose Anpassung daran stattgefunden.

**c) *Fernsehen und Aggression.*** Weltweit gibt es zahlreiche Metaanalysen, die letztlich alle zu demselben Ergebnis kommen, dass der Einfluss des Fernsehens auf die Aggressivität von Kindern und Jugendlichen genauso stark ist wie der Einfluss der Eltern, der Einfluss der Lehrer, der Einfluss der Klassenkameraden, die alle am Entstehen ungefähr 5% der Varianz erklären (Anderson & Bushman, 2002). Aggression hat komplexe andere Ursachen, die nicht unmittelbar mit den Medien zu tun haben. Die Aggression als solche ist zumindest seit den frühen 1990er Jahren nicht gestiegen, sondern eher geringer geworden, u.a. auch an einer Abnahme der Raufunfälle von 48,6 je 1000 Schüler auf 32,8 in 2003 erkenntlich (Pressemeldung 2006).

**d) *IQ-Anstieg.*** Der sog. „Flynn-Effekt“ beschreibt einen allgemeinen IQ-Anstieg in den Industrienationen von den 1950er zu den 1980er bzw. 1990er Jahren, der ungefähr bei 20 IQ-Punkten im Durchschnitt liegt (Flynn, 1987). Der IQ-Anstieg in den Industrienationen reflektiert eine gestiegene intellektuelle Anregung der kleinen Kinder durch die Veränderung der Umgebungen. Dieser IQ-Anstieg trifft oder traf auch auf deutsche Populationen zu, ob-

gleich in internationalen Schulleistungsvergleichen die deutschen Schüler (allerdings unter Einschluss der zugewanderten) schlecht abgeschnitten haben. Zugleich sind aber die PISA-Messverfahren eher einem IQ-Test ähnlich (Rindermann, 2006) und erfassen mehr einen g-Faktor der Intelligenz (= allgemeine Intelligenz). Möglich, dass die Form der schriftlichen, intersubjektiv überprüf- baren Erfassung von Leistung durch Tests für viele deutsche Schüler ungewohnt ist – oder der IQ ist wieder gesunken.

**e) *Gestiegene schulische Anforderungen und entsprechende Belastungsreaktionen.*** Wie schon früher nachgewiesen wurde, ist das, was von den Schülern in der Schule verlangt wurde, zwischen 1900 und 1970 erheblich gestiegen (Dollase, 1986; Klaus, 1981). Eine Analyse der Mathematikanforderungen beispielsweise konnte dies deutlich belegen. Zugleich sind die Bildungsaspirationen der Eltern massiv gestiegen, zwischen 42 und 60% (je nach Studie) erwarten von ihrem Nachwuchs das Abitur, aus den oberen Sozialschichten gar 90%, aus den unteren 30% (Büchner & Krüger, 1996). Kinder verbringen sehr viel Zeit mit der Erledigung ihrer Hausaufgaben, und die Schule ist mitschuldig am zunehmenden Ernstcharakter von Kindheit und Jugend. In diesem Zusammenhang hat sich auch die

Einstellung der Schüler zur Schule massiv verschlechtert, ebenfalls das Verhältnis zu den Lehrern (Dollase & Koch, 2007). Diese Befunde stellen, zusammen mit der möglichen Nichtausschöpfung des Begaubungspotential die Frage nach der Effektivität und nach den richtigen Methoden der Leistungssteigerung im Schulwesen.

**f) *Selbstständigkeit und Selbstbewusstsein verändern sich.*** Während die den Kindern zugestandene und verlangte Selbstständigkeit seitens der Eltern zunächst bis in die 1980er Jahre stieg, gibt es Schwankungen in den Folgejahren; gleichwohl ist sie gegenüber früher deutlich gestiegen. International sind ähnliche Schwankungen beobachtbar: Seit 1980 nimmt das Selbstbewusstsein stärker zu, vorher ist es eher etwas gesunken. Ähnliches gilt für Extraversion (z.B. Geselligkeit) und externale Kontrollüberzeugung (z.B.: Nicht ich bin für mein Schicksal verantwortlich, sondern äußere Kräfte) sowie für Durchsetzungsfähigkeit – alles steigt (Twenge, 2001a, 2001b; Twenge & Campbell, 2001; Twenge, Zhang & Im, 2004). Die Zunahme der Selbstständigkeit ist nicht immer mit optimalen Einstellungen zum Leben verbunden, sog. „jugendzentrierte“ Jugendliche, die sich an den Gleichaltrigen orientieren und weniger Hilfestellung von den Erwachsenen erfahren (im Gegensatz zu sog. "erwachse-

nenzentrierte"), zeigen stärkeres Problemverhalten und schlechtere Schulanpassung (Shell, 1982). Der sog. autoritative Erziehungsstil (nicht zu verwechseln mit dem autoritären Erziehungsstil), der in einer Kombination von Lenkung und Zuwendung zum Nachwuchs besteht, hat in allen Bereichen bessere Folgen für Kinder und Jugendliche als permissive oder Laisser-faire- oder autoritäre Stile (Lamborn, Mounts, Steinberg, & Dornbusch, 1991; Fuhrer, 2005).

**g) *Verbesserte Einstellungen zu Ausländern.*** Zwischen 1983 und 1996 hat sich die Einstellung von Schülern zu Klassenkameraden mit Migrationshintergrund deutlich verbessert. Der unterschiedliche Migrationshintergrund wird zunehmend als normal angesehen und eine Mischung von Schulklassen von Schülern für normal gehalten (Ridder & Dollase, 1999).

**h) *Verändertes Geschlechterverhalten.*** Eine Vielzahl von Studien weist nach, dass sich Jungen und Mädchen stärker angleichen, insbesondere (s. oben) nimmt die Durchsetzungsfähigkeit der Mädchen zu, allerdings ist die Freundschaftstrennung zwischen Jungen und Mädchen sowohl in der Grundschule als auch in der Hauptschule im Vergleich zu den frühen 1970er Jahren heute stärker ausgeprägt. Die Schulleistungen der

Mädchen sind bereits seit älteren Untersuchungen besser als die der Jungen.

Im Jahre 2040 sollen Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre insgesamt nur noch 14% an der Gesamtbevölkerung ausmachen (Fuhrer, 2005). Die psychologischen Folgen einer solchen „Kinderentwöhnung“ sind in der „child effect“-Forschung bzw. der „retroaktiven Sozialisation“ untersucht worden (Doehleemann, 1979; Klewes, 1983). Es sind weitreichende Folgen für die soziale und personale Anpassung zu erwarten: Erwachsene mit Kindern verhalten sich gegenüber Normen der Politik aus verständlichen Gründen anders als Erwachsene ohne Kinder. Kinder „ersparen Therapien“, sind soziales und personales Korrektiv für „unausgegorene“ Verhaltensweisen von Erwachsenen (Vorsicht: nur Durchschnittswerte). Eine Verstärkung des intergenerationalen Kontaktes - z.B. im Betreuungs- und Förderungssystem - mit dem Ziel der Verbreitung von Erfahrungen ist auch im Interesse der Verhinderung eines Überlieferungsbruches von praktikablen erzieherischen Verhaltensweisen sinnvoll.

Was ist an diesen Ergebnissen steuerungsrelevant?

Die empirisch einigermaßen kontrollierten Zeitwandelstudien tragen nicht zum defizitären Bild der heutigen Kinder und Ju-

gendlichen bei. Sie zeigen, dass es auch einige Positiva zu bemerken gibt bzw. dass sich Veränderungen dort ausgewirkt haben, wo sie in der öffentlichen Diskussion weniger vermutet wurden. Die Aggressivität hat nicht wesentlich zugenommen, im Gegenteil, sie ist, wenn man einen größeren Zeitraum von 100 bis 200 Jahren betrachtet, deutlich zurückgegangen. Im Auge behalten werden müssen die Angst vor dem Scheitern, vor der Schule, vor dem Versagen in der Schule und die dadurch der Kindheit aufgebürdeten Lebensentscheidung, die Kindheit in diesem Bereich ernster macht als vorher.

Neben einer Einflussnahme auf Schule und das öffentliche Erziehungs- und Bildungssystem ist ein weiterer Befund von großer Wichtigkeit: Die schlechte Beurteilung heutiger Kinder rührt von einem veränderten Bezugssystem für die Beurteilung von Kindern in den Köpfen der heutigen erwachsenen Erzieher, Lehrer, Eltern etc. her. Es konnte in einer orts- und methodenidentischen Replikation gezeigt werden, dass im Jahre 1972 das hypothetisch „normale“ Kind für deutlich aggressiver, frecher, aber auch passiver gehalten wurde als im Jahre 1996 (Dollase, 2000). Bei identischem Verhalten der Kinder ergibt sich also oft ein dra-

matischeres Bild, weil sich die Bewertungsmaßstäbe in den Köpfen der Erwachsenen über Kinder verschoben haben. Möglicherweise ein Effekt, der einer „kinderentwöhnten Gesellschaft“ geschuldet ist.

Die beiden relevanten Steuerungsbereiche sind also *Schule* und *Normveränderung*.

### 2.2.3 Repräsentative Kinderstudien

Ob sich Kinder glücklich und zufrieden fühlen, wird in verschiedenen Kinderstudien (Salzburger Survey, LBS-Kinder-Survey u.a; LBS-Initiative, 2002; Bucher, 2001) geprüft. Mit Eintritt der Pubertät werden alle Kinder sowohl in Deutschland wie auch im europäischen Ausland subjektiv etwas unglücklicher, wenngleich insgesamt Kinder und Jugendliche in Deutschland ihre Kindheit als glücklich bezeichnen. Der Wunsch nach „Freizeit, Freiraum und Freunden“ erklärt mehr Varianz als alle demographischen Variablen zusammen, ist für Kinder also ein ganz wesentlicher Bereich ihres persönlichen Glücksempfindens. Glücklich sind Kinder (Bucher, 2001), wenn sie in einer vollständigen Familie leben, häufig gelobt werden, wenn sie Anerkennung

erfahren, wenn sie mit ihren Eltern in der Freizeit viel unternehmen können, wenn sie häufig mit ihren Freunden zusammen sind, wenn sie nicht mit Druck, sondern mit Argumenten erzogen wurden, wenn sie zu Hause in der elterlichen Wohnung nicht beengt sind, wenn sie Erfolg in der Schule haben und der Unterricht gut und spannend ist. Viel Langeweile und das Gegenteil der Glücksfaktoren machen Kinder unglücklich.

Die LBS-Kinderstudie (2003) bezog sich nur auf nordrhein-westfälische Schüler und ist deswegen besonders relevant (N=1000). Sie ergibt im Großen und Ganzen ähnliche Ergebnisse wie die Salzburger Studie zum Kinderglück, ermittelt aber auch 11% Kinder, die sich in der Schule sehr unglücklich und schlecht fühlen, gleichzeitig beurteilen ein Drittel der Kinder ihre Kindheit mit sehr gut und gut. Ein positives Bild also.

Die größte NRW-Studie u.a. zur Zufriedenheit von Kindern in allen Schulformen der Sekundarstufe I (SI) wurde von Dollase u.a. durchgeführt (N = 7.800; Dollase, Bieler, Ridder, Köhnmann, & Woitowitz, 2000). Von insgesamt 21 Lebensbereichen erreichen „Eltern“ „Familie“ und „Freunde“ die drei Spitzenplätze mit Noten besser als 2,0. Lehrer liegen auf

Platz 12 und „meine Schulklasse“ auf Platz 16 – „die Schule“ landet auf dem drittletzten Platz. In einer aktuellen Studie (Dollase & Koch, 2007) zeigt sich übrigens, dass Schüler der SI wie der SII die postmodernen Werte deutlich schlechter und die materialistischen Werte der (Vor-)Moderne wieder deutlich besser bewerten als ihre Lehrer. Altersspezifische Unterschiede existieren zwischen 10 und 16: Es gibt einen sehr starken Abfall der Zufriedenheit mit den „Lehrern“ und mit den „Klassenkameraden“ ab etwa 12/13 Jahren. Sowohl das Klassenklima als auch das Verhältnis zu den Lehrern scheint ab dem 13./14. Lebensjahr deutlich verschlechtert, während das zu den Eltern und Freunden eher gleich positiv bleibt. Bemerkenswert aber ist vor allem der Befund, dass gegenüber der Schule die Eltern und die Familie wesentlich positiver bewertet werden.

Auch hier also wieder eine steuerungsrelevante, problematische Beurteilung von Schule und dem, was mit ihr zusammenhängt. Unterstützung finden diese Ergebnisse durch die Shell-Studien und auch durch einige Fragen, die in PISA zum Verhältnis zu den Lehrern gestellt worden sind.

## **2.2.4 Studien zur Prävalenz von Verhaltensstörungen**

Während Kinder-Surveys aktuell ein relativ positives Bild vom emotionalen Zustand auch der NRW-Kinder zeigen, so sind Erhebungen zur Prävalenz (Vorkommen) von Verhaltensstörungen, wie zu erwarten, relativ alarmierend. Nach einer aktuellen Metaanalyse muss bei Kindern von einer Prävalenzrate von 15 bis 22% psychischer Störungen ausgegangen werden, die dann zu weiteren Folgestörungen (komorbide Störungen) führen können (Ihle & Esser, 2002). Weitere Untersuchungen bestätigen eine ähnliche Größenordnung und gehen von rund 18 bis 27% psychischer Störungen aus (Fuhrer, 2005). Diese Prozentsätze müssten relativiert werden, weil „Persistenzraten“, d.h., konstante Störungen über einen gewissen Zeitraum, oftmals nur zwischen 40 und 60 % liegen. Es gibt also Spontanremissionen, d.h. Störungen verschwinden „von selbst“. Unter den psychischen Störungen sind Angststörungen am häufigsten, die oftmals auch wiederum mit Schule zu tun haben.

Fragt man Lehrer nach den Problemen mit Schülern, so gibt es in nur 7% der Klassen kein auffälliges Kind, in 93% also mindestens eines (Berliner Studie; Berg,

Seifried, & Winkelmann, 2001). Die häufigste Störung ist immer das Arbeits- und Lernverhalten der Schüler. Also auch hier wieder ein Hinweis darauf, dass Schule ein wesentlicher Glücks- bzw. Unglücksfaktor für Kinder sein kann und es offenbar nicht gelingt, einen kinderfreundlichen, aber auch Leistung fördernden Unterricht zu organisieren.

Die Ursachen von Verhaltensstörungen sind vielfältig, es schälen sich allerdings zwei Faktoren als besonders wichtig heraus: die Überbeanspruchung durch Schule (Hurrelmann, 2002) und Defizite im Erziehungsverhalten (Hahlweg, 2001).

Zur Analyse der Defizite im Erziehungsverhalten gibt es einen umfangreichen Forschungsstand, insbesondere sind der interparentale Kontakt (wie gehen die Eltern miteinander um), die Qualität der Eltern-Kind-Bindung und natürlich auch kindliche, temperamentsbedingte (also relativ stark genetisch determinierte) Verhaltensauffälligkeiten entscheidend, wenn man von sozio-ökonomischen Faktoren (z.B. Armut) absieht.

Nicht alle Einflussfaktoren sind dem steuernden Zugriff eines Gemeinwesens zugänglich: Die Einflüsse auf die Beziehungen innerhalb der Familie liegen einmal in

der eigenen Kindheitserfahrung der Eltern, in Persönlichkeitsmerkmalen, in den Beziehungen der Ehepartner, im sozialen Netzwerk der Eltern, sie hängen von Kindmerkmalen, etwa der Ressourcivität des Kindes (dem Spaß, den das Kind den Eltern bereitet) ab, von Arbeitsplatz Erfahrungen und von der ökonomischen Lage. Die Einflüsse dieser Faktoren auf die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion sind alle ungefähr gleich stark (Pfadkoeffizienten um .20 bis .35). Sie hängen vom kognitiven Niveau, von der Bildung der Eltern, der elterlichen Persönlichkeit, der Zufriedenheit mit dem Partner, aber auch in gleicher Stärke von den Eigenheiten des Kindes, von seinem schwierigen Temperament, ab. Es gibt 77 Studien, in denen die Wechselwirkung zwischen kindlichem Verhalten und der Qualität der Eltern-Kind-Bindung untersucht wird, und etwa 68 Studien, in denen der interparentale Kontakt und die kindliche Verhaltensauffälligkeit untersucht werden (vgl. zur Übersicht Fuhrer, 2005, S.125 ff.).

Risikofaktoren bzw. eine kumulative Beeinträchtigung der elterlichen Erziehungs-kompetenz sind: 1. frühes Alter der Mutter bei der Geburt des ersten Kindes, 2. niedriges Bildungsniveau, 3. geringes Selbstwertgefühl, 4. niedrige Intelligenz, 5. niedriges Einkommen, 6. fehlender Partner, 7.

große Kinderzahl, 8. schwieriges kindliches Temperament (Hannan & Luster, 1991). Der Rolle des niedrigen Einkommens widmet man sich nicht erst nach den jüngsten Berichten über Kinderarmut. In der Oakland-Studie (Elder, 1974) ist die „Erschütterbarkeit der familiären Erziehung“ durch finanziellen Abstieg bereits eindringlich nachgewiesen

Das Besondere an diesen Ergebnissen ist, dass nicht nur die Rahmenbedingungen, sondern auch das Kind durch sein angeborenes Temperament, durch seine Eigenheiten, zu Ratlosigkeit und Verzweiflungstaten der Eltern im Erziehungsverhalten und zu Misserfolgen in der Erziehung beitragen können. Die „Pflegerleichtigkeit“ des Kindes wiederum ist ein relativ starker Faktor bei dem Wunsch nach einem weiteren Kind.

Der letzte Punkt wird steuerungsrelevant dadurch, dass Hilfen für Eltern mit schwierigen Kindern angeboten werden könnten, aber dies auch in Nordrhein-Westfalen nicht in ausreichendem Maße geschieht. Psychische Störungen führen zum „global burden of disease“, d.h. zu den verlorenen Jahren des Lebens durch psychische Störungen. Wie eine Studie nachwies, werden nur 17% der Erkrankten behandelt und von diesen wiederum nur 17% adä-

quat (Wittchen, 2000). Es ist an dieser Stelle zu fragen, ob die angebotenen Beratungshilfen privater und öffentlicher Träger bzw. in Schule integrierter Psychologen in Nordrhein-Westfalen ausreichend sind oder ob auch für NRW das gilt, was europaweit längst festgestellt worden ist: dass die Ausstattung des Schul- und Bildungssystems mit Schulpsychologen am schlechtesten in ganz Europa ist (auch Malta ist an der Bundesrepublik vorbeigezogen).

### **2.2.5 Empfehlungen**

Die Ambivalenz der Forschungslage – positiv bewertete Gesamtsituation der psychischen Lage von Kindern einerseits und 20% Verhaltensauffälligkeiten andererseits – offenbart möglicherweise auch ein Defizit bisheriger Steuerungsversuche und ihrer Begründungen. Zu oft gibt man sich nur mit Durchschnittswerten oder Mehrheiten zufrieden („Fast 80% der Kinder fühlen sich in der Ganztagschule wohl ...“, „Nur 15% der Kinder unter drei Jahren zeigen Anpassungsprobleme ...“), ohne zu berücksichtigen, dass die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind eine Verhaltensstörung bekommt – je nach Studie – fünf bis zehnmal höher ist als die Wahr-

scheinlichkeit, dass ein Raucher an Krebs oder Herz-Kreislauf-Krankheiten erkrankt.

Für die Steuerung auch in anderen Bereichen des auffälligen Verhaltens (Fremdenfeindlichkeit, Gewalt, Krankheiten etc.) ist die Frage stets aktuell, ... ob man sich mit der Normalität der Mehrheit beruhigen will und die gegenwärtige Situation als positiv darstellt oder ... ob man die Quoten des auffälligen und gefährlichen Verhaltens als seismographische Anzeiger für strukturelle Defizite ansehen will.

Das 20%-Risiko für Verhaltensauffälligkeiten hat Folgen für die Risikokalkulation beim Kinderwunsch: Ein solch hohes Risiko wird deutlicher wahrgenommen als das Raucherrisiko und hat eine breitere Signalwirkung für das schlechte „Image“ von Kindern.

#### **Literatur:**

- Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2002). The Effects of Media Violence on Society. *Science*, 295, 2377-2378.
- Aronson, E., Wilson, T. D., & Akert, R. M. (2004). *Sozialpsychologie*. München: Pearson.
- Berg, D., Seifried, K., & Winkelmann, K. (2001). Verhaltensauffälligkeiten bei Berliner Grundschulern - Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In C. Hanckel, B. Jötten & K. Seifried (Eds.), *Schule zwischen Realität und Vision*. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Berk, L. (2005). *Entwicklungspsychologie*. München: Pearson.
- Bucher, A. A. (2001). *Was Kinder glücklich macht*. Weinheim: Juventa.
- Büchner, P., & Krüger, H.-H. (1996). Schule als Lebensort von Kindern und Jugendlichen. Zur Wechselwirkung von Schule und außerschulischer Lebenswelt. In P. Büchner, B. Fuhs & H.-H. Krüger (Eds.), *Vom Teddybär zum ersten Kuss. Wege aus der Kindheit in Ost- und*

Deshalb ist bei allen Steuerungsversuchen stets auch an jene zu denken, die etwas nicht schaffen, nicht von einer Maßnahme profitieren, nicht glücklich werden. PISA-Sieger-Länder geben sich bekanntlich mehr Mühe mit den Kindern, die außerhalb der Norm liegen. Ein dichtes Beratungsnetz, gerade auch für Eltern, die Integration von Psychologen in Schulen etc. wären solche wünschenswerten Maßnahmen.

Der vorliegende Überblick müsste durch einen Überblick über die Beratungsstrukturen in NRW, die Früherkennungsmöglichkeiten (Screenings) sowie durch Surveys zu Kriminalität und Gesundheit (Hurrelmann, Klocke, Melzer, & Ravenssieber, 2003) ergänzt werden.



Westdeutschland, S. 201-224). Opladen: Leske & Budrich.

- Deutsches Jugendinstitut, M. (Ed.). (1993). Was tun Kinder am Nachmittag? Weinheim: Juventa.
- Doehlemann, M. (1979). Von Kindern lernen. Die Position des Kindes in der Welt der Erwachsenen. München: Juventa.
- Dollase, R. (1986). Sind Kinder heute anders als früher? Probleme und Ergebnisse von Zeitwandelstudien. *Bildung und Erziehung*, 39 (2), 133-147.
- Dollase, R. (2000). Kinder zwischen Familie und Peers. Ergebnisse soziometrischer Zeitwandelstudien in Kindergärten, Grund- und Hauptschulen zwischen 1972 und 1976. In A. u. a. Herlth (Ed.), *Spannungsfeld Familienkindheit*. Opladen: Leske und Budrich.
- Dollase, R., Bieler, A., Ridder, A., Köhnmann, I. & Woitowitz, K. (2000). Nachhall im Klassenzimmer. In W. Heitmeyer & R. Anhut (Eds.), *Bedrohte Stadtgesellschaft*, S. 199-255). Weinheim: Juventa.
- Dollase, R., & Koch, K. C. (Eds.) (2007). *Die Integration islamischer Menschen. Nähe und Distanz in elf Berufsgruppen*. Opladen: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Elder, G. H. (1974). *Children of the Great Depression*. Chicago: University of Chicago Press.
- Falbo, T., & Polit, D. F. (1986). Quantitative review of the only child literature: research evidence and theory development. *Psychological Bulletin*, 100, 176-189.
- Flynn, J. R. (1987). Massive IQ gains in 14 nations: What IQ tests really measure. *Psychological Bulletin*, 101 (2), 171-191.
- Fuhrer, U. (2005). *Lehrbuch Erziehungspsychologie*. Bern: Huber.
- Hahlweg, K. (2001). Bevor das Kind in den Brunnen fällt. Prävention kindlicher Verhaltensstörungen. In W. Deutsch & M. Wenglorz (Eds.), *Zentrale Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen* (S. 189-235). Stuttgart: Klett Cotta.
- Hannan, K., & Luster, T. (1991). Influence of parent, child, and contextual factors on the quality of home environment. *Infant mental Health Journal*, 12, 17-30.
- Hurrelmann, K. (2002). Kindheit in der Leistungsgesellschaft. In D. K. e.V. (Ed.), *Kinderreport Deutschland. Daten, Fakten, Hintergründe* (S. 43-62). München: Kopaed.
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., & Ravens-Sieber, U. (Eds.). (2003). *Jugendgesundheitssurvey*. Weinheim: Juventa.
- Ihle, W., & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53 (4), 159-169.
- Klaus, F. (1981). *Langfristige Veränderung von Risikofaktoren der Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen* (No. 9): Universität Freiburg.
- Klewes, J. (1983). *Retroaktive Sozialisation - Einflüsse Jugendlicher auf ihre Eltern*. Weinheim: Beltz.
- Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L. & Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful parents. *Child Development*, 62, 1049-1065.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- LBS-Initiative, J. F. (Ed.) (2002). *LBS Kinderbarometer 2002. Stimmungen, Meinungen, Trends von Kindern und Jugendlichen in NRW*. Münster/Hessen: LBS.
- Ridder, A., & Dollase, R. (1999). Interkulturelle Integration bei Hauptschülern im Zeitvergleich 1983-1996. In R. Dollase, T. Kliche & H. Moser (Eds.), *Politische Psychologie der Fremdenfeindlichkeit. Opfer - Täter - Mittäter* (S. 219-240). Weinheim: Juventa.
- Rindermann, H. (2006). Was messen internationale Schulleistungsstudien? Schulleistungen, Schülerfähigkeiten, kognitive Fähigkeiten, Wissen oder allgemeine Intelligenz? *Psychologische Rundschau*, 57 (2), 69-86.
- Shell, A. (1982). *Jugend 81*. Opladen: Leske und Budrich.
- Spangler, G., & Zimmermann, P. (Eds.). (1997). *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Twenge, J. M. (2001a). Birth cohort changes in extraversion: A cross-temporal meta-analysis, 1966-1993. *Personality and Individual Differences*, 30 (5), 735-748.
- Twenge, J. M. (2001b). Changes in women's assertiveness in response to status and roles: A cross-temporal meta-analysis, 1931-1993. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81 (1), 133-145.
- Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2001). Age and birth cohort differences in self-esteem: A cross-temporal meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 5 (4), 321-344.
- Twenge, J. M., Zhang, L., & Im, C. (2004). It's beyond my control: A crosstemporal meta-analysis of increasing externality in locus of control, 1960-2002. *Personality and Social Psychology Review*, 8 (3), 308-319.
- Wang, M. C., Haertel, G. D., & Walberg, H. J. (1993). Toward a Knowledge Base for School Learning. *Review of Educational Research*, 63 (3), 249-294.
- Wittchen, H.-U. (2000). Bedarfsgerechte Versorgung psychischer Störungen. Abschätzungen aufgrund epidemiologischer, bevölkerungsbezogener Daten. Stellungnahme im Zusammenhang mit der Befragung von Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie.

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. Rainer Dollase, E-Mail: [rainer.dollase@post.uni-bielefeld.de](mailto:rainer.dollase@post.uni-bielefeld.de)  
Universität Bielefeld  
Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft  
Abteilung für Psychologie  
Postfach 10 01 31  
33615 Bielefeld

## 2.3 Depressionen bei Kindern und Jugendlichen

Dr. Klaus Jost

Der Artikel behandelt die Diagnostik depressiver Störungen, unterschiedliche Erscheinungsbilder von Depressionen und die Ursachen und Risiken von Depressionen im Kindes- und Jugendalter. Mindestens 10% aller Jugendlichen haben bis zum Eintritt in das Erwachsenenalter eine oder mehrere ernst zu nehmende depressive Episoden durchlebt. Bipolare Störungen sind eher selten anzutreffen. Demgegenüber sind z.B. kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen bei Kindern und Jugendlichen relativ häufiger.

Das gleichzeitige Vorhandensein anderer Störungen neben der Depression (Komorbidität) ist ein generelles Problem für die Diagnostik (aber auch für die Therapie) depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter.

Entgegen einer allgemeinen Abnahme von Suiziden sind die Verhältnisse bei Kindern eher konstant (im Jahr 2003: 23 Kinder und 244 Jugendliche). Der prozentuale Anteil der durch Suizid verstorbenen Kinder und Jugendlichen an der Zahl aller Suizide in der Gesamtbevölkerung der BRD stieg in den letzten Jahren sogar kontinuierlich an (1993: 2,3%, 2002: 3,0% Kinder und Jugendliche).

Was Ursachen und Risiken für das Auftreten einer depressiven Störung im Kindes- und Jugendalter anbelangt, sprechen wir von einer multifaktoriellen Genese. Wie auch bei anderen psychischen Störungen gehen wir von einem komplexen bio-psycho-sozialen Prozess aus, ohne bislang das Zusammenspiel und die mögliche wechselseitige Einflussnahme der Wirkfaktoren genau zu kennen.

Allgemeine Aspekte des Schutzes vor depressiven Störungen sind unterstützende familiäre Strukturen in Belastungssituationen, sichere familiäre Bindungen, Akzeptanz, Toleranz und Unterstützung in der Gruppe von Gleichaltrigen, Stressimmunisierung und Steigerung psychischer Widerstandsfähigkeit, Erlernen von Konfliktlösungsstrategien und Einflussnahme auf Gedanken und Gefühle eigener Hilffähigkeit.

### 2.3.1 Verbreitung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sieht in der Depression weltweit eines der schwerwiegendsten Gesundheitsprobleme von Menschen. Empirische Studien weisen für die letzten Jahrzehnte auf eine Zunahme dieser Störungen auch bei Kindern und Jugendlichen hin (s. u.a. die Münchener Studie, Wittchen et al., 1998; die Bremer Jugendstudie, Essau et al.,

1998).

Es ist davon auszugehen, dass mindestens 10% aller Jugendlichen bis zum Eintritt in das Erwachsenenalter eine (oder auch mehrere) ernst zu nehmende depressive Episoden durchlebt haben. Unter Zugrundelegung von Selbstbeurteilungen Jugendlicher, die eine solche schwerwiegende Diagnose noch nicht rechtfertigen, sind in annähernd 50% depressive Störungen anzunehmen – ein deutlicher Hin

weis auf ein weitverbreitetes Phänomen im Jugendalter.<sup>2</sup>

### 2.3.2 Zur Diagnostik depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter

Gebräuchliche psychiatrische Diagnoseinventare (ICD-10 und DSM IV) ordnen „Depressive Störungen von Kindern und Jugendlichen“ der Klasse der „Affektiven Störungen“ zu. In Unterscheidung zu verbreiteten, alltäglichen Befindlichkeitsbeeinträchtigungen in Form von Traurigkeit und Lustlosigkeit gehen wir erst dann von einer depressiven Störung oder Erkrankung aus, wenn

- ▣ mehrere Symptome gleichzeitig vorliegen,
- ▣ die Symptome eine bestimmte Intensität bieten,
- ▣ die Symptome eine Zeit andauern (mindestens wenige Wochen),
- ▣ die Symptome bei den Betroffenen zu Beeinträchtigungen oder Leiden führen.

Bevor die Diagnose „Depressive Episode“ gestellt wird, muss sicher sein, dass keine

---

<sup>2</sup> So belegt die Bremer Jugendstudie (Essau et al., 1998), dass fast 42% der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen sich schon einmal über mindestens zwei Wochen fast täglich traurig, niedergeschlagen oder deprimiert gefühlt haben.

körperliche Erkrankung (organisch bedingte psychische Störung), auch kein Drogen- oder Medikamentenkonsum vorliegen, ferner, dass die depressive Verstimmung keine Reaktion auf den Tod einer nahestehenden Person darstellt („einfache Trauerreaktion“).

Kinder und Jugendliche mit „leichten depressiven Störungen“ (vier bis fünf Symptome liegen vor) gehen schulischen und sozialen Aktivitäten noch zum größten Teil nach. Mit „schweren depressiven Störungen“ sind ein erheblicher Verlust des Selbstwertgefühls sowie ausgeprägte Gefühle eigener Wertlosigkeit und Schuld verbunden. Körperliche Symptome, aber auch Suizidideen und -handlungen sind häufig. Betroffene Kinder und Jugendliche können ihren Alltag nicht mehr bewältigen.

Bipolare Störungen sind bei Kindern und Jugendlichen eher selten anzutreffen. Demgegenüber sind z.B. kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92.0) bei Kindern und Jugendlichen relativ häufiger: Gemeint sind Zustände trotzigen, aggressiven, auch dissozialen Verhaltens, die mit emotionalen Symptomen von Niedergeschlagenheit, Traurigkeit oder Angst verbunden sind.

Das gleichzeitige Vorhandensein anderer Störungen neben der Depression (Komorbidität) ist ein generelles Problem für die Diagnostik (aber auch für die Therapie) depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter. Für Kinder und Jugendliche wird angenommen, dass die Depression mindestens ebenso häufig im Kontext mit anderen Störungen auftritt wie als Einzelstörung. Zu solchen anderen Störungen zählen bei Kindern: aggressiv-dissoziales Verhalten, Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsdefizite, Angststörungen (Trennungängste); bei Jugendlichen: Drogen-/Alkoholkonsum, Essstörungen, Soziale Phobie.

Zur Einzelfalldiagnostik depressiver Störungen und Beeinträchtigungen im Kindes- und Jugendalter werden verschiedene Methoden eingesetzt, u.a. die Exploration der Eltern, des Kindes, des Jugendlichen, von Lehrern, Jugendbetreuern, die Anamneseerhebung, das Diagnostische Interview, Klinische Diagnose-Checklisten, Verhaltensbeobachtung/-analyse, Psychodiagnostische Testverfahren etc. Eine gute und verlässliche Diagnostik ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung.

### **2.3.3 Unterschiedliche Erscheinungsbilder von Depressionen im Kindes- und Jugendalter**

Aussehen und mögliche Ursachen von Depressionen im Kindes- und Jugendalter fallen unterschiedlich aus.

Das diesbezügliche verlässliche Wissen ist eher noch gering, obwohl zunehmend auf diesem Gebiet geforscht wird. Groen und Petermann (2002) stellen fest, dass „depressive Zustände weniger ein klar abgrenzbares Störungsbild, sondern eher fließende, dimensionale Abweichungen bzw. besondere Ausprägungen eines Spektrums darstellen, die häufig in einem engen Zusammenhang mit anderen Auffälligkeiten und psychischen Problemen des Kindes- und Jugendalters auftreten“. Depressive Symptome treten oft eher allmählich und schleichend auf. Am Anfang können andere Symptome (Angst und Verhaltensstörungen) im Vordergrund stehen.

Trotz Ähnlichkeiten mit den Verhältnissen bei Erwachsenen sind bei Kindern und Jugendlichen alters- und entwicklungs-spezifische Aspekte zu berücksichtigen, welche die Ausdrucksformen von Depressionen (z.B. Reizbarkeit, Jammern, aggressives Verhalten, Stimmungsschwankungen) mitbestimmen.

Wir treffen bei Kindern die sog. larvierte bzw. maskierte Depression an, d.h. depressive Störungen, die sich nicht selten hinter körperlichen Symptomen und Beschwerden, auch hinter anderen Verhaltensauffälligkeiten wie z.B. Schulangst, Lern- und Leistungsstörungen oder aggressivem Verhalten verbergen können.

Die zeitliche Dauer depressiver Episoden bei Kindern und Jugendlichen liegt zwischen einigen Wochen und mehreren Jahren. Die Gesundungsrate der Kinder und Jugendlichen nach durchlebter depressiver Episode ist recht hoch. Die Angaben reichen - je nach Studie - von 31% bis 98%. Für einen Teil der Betroffenen ist allerdings ein erhebliches Langzeitrisiko einer erneuten Erkrankung anzunehmen. Einige klinische Studien, die einen Zeitraum von 5 bis über 20 Jahren erfassen, sprechen von ca. 70%.

#### **2.3.4 Suizide und Suizidversuche bei depressiven Kindern und Jugendlichen**

Entgegen einer allgemeinen Abnahme von Suiziden sind die Verhältnisse bei Kindern eher konstant (im Jahr 2003: 23 Kinder und 244 Jugendliche). Der prozentuale Anteil der durch Suizid verstorbenen Kinder und Jugendlichen an der

Zahl aller Suizide in der Gesamtbevölkerung der BRD stieg in den letzten Jahren sogar kontinuierlich an (1993: 2,3%, 2002: 3,0% Kinder und Jugendliche). Erstmals im Jahr 2003 ist eine Umkehr dieses Trends festzustellen (2003: 2,4%). Ob diese Trendwende stabil ist und sich fortsetzt, ist offen.

Die Zahl der Suizidversuche junger Menschen steigt an, sie übertreffen die Suizide um das Zehn- bis Zwanzigfache. Die Dunkelziffer ist hoch. Viele der Suizidversuche werden als solche nicht erkannt. Gleichwohl stellen sie sehr ernst zu nehmende Hilferufe dar. Diese Kinder und Jugendlichen wollen überwiegend nicht wirklich tot sein, sie sehen nur keinen anderen Weg mehr, um auf ihre persönliche Not und Verzweiflung aufmerksam zu machen. Wichtige Komponenten von Suizidalität ist die depressive Verfassung, verbunden mit Hoffnungs- und Aussichtslosigkeit.

Kinder und Jugendliche mit der Diagnose "Depression" sind nicht nur akut gefährdet, sie bieten – wie Längsschnittstudien zeigen – auch späterhin eine vergleichsweise hohe Rate auftretender Suizidgedanken, Suizidversuche und vollendeter Suizide. Eine höhere Suizidgefährdung besteht insbesondere bei depressiven Kindern und Jugendlichen, die **zusätzliche** (komorbide) Störungen aufweisen

(Wunderlich, Bronisch & Wittchen, 1998), z.B. Angst- und Verhaltensstörungen.

### **2.3.5 Ursachen und Risiken im Hinblick auf Depressionen im Kindes- und Jugendalter**

Als Ursachen emotionaler Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen wurden bereits früher genannt: Physische Gründe (epileptische Erkrankung, Infektionen etc.), genetische Belastung, auch psychologische Faktoren wie frühe Verlust-erfahrungen, andere belastende Lebensereignisse und -umstände (einschneidende Veränderungen), Erziehungspraktiken (Bestrafungen, Überbehütung, Inkonsistenz).

Was Ursachen und Risiken für das Auftreten einer depressiven Störung im Kindes- und Jugendalter anbelangt, sprechen wir von einer multifaktoriellen Genese. Wie auch bei anderen psychischen Störungen gehen wir von einem komplexen bio-psycho-sozialen Prozess aus, ohne bislang das Zusammenspiel und die mögliche wechselseitige Einflussnahme der Wirkfaktoren genau zu kennen.

Die nicht selten recht turbulent verlaufende Jugendphase stellt zweifellos ein

Depressionsrisiko dar. Die Jugend gilt entwicklungspsychologisch als eine Zeit des Umbruchs und damit auch als eine Zeit erhöhter Verletzbarkeit, die zu verschiedenen psychischen Problemen sowie Fehlanpassungen führen kann.

Mit Beginn der Adoleszenz ist eine Zunahme depressiver Symptome und Störungen zu beobachten, die unter Hinweis auf die in dieser Umbruchzeit gegebene besondere Gefährdung erklärt wird.

### **2.3.6 Einschätzung des Suizidrisikos und der Suizidgefährdung (Suizidalität, präsuizidale Zeichen) bei Kindern und Jugendlichen**

Verhaltensauffälligkeiten, depressive Gemütsverfassungen, mitunter auch Andeutungen oder konkrete Äußerungen von Kindern und Jugendlichen, sich umbringen zu wollen, werden in ihrer Bedeutung nicht selten falsch eingeschätzt oder nicht ernst genommen. In aller Regel gehen Selbsttötungen Vorwarnungen voraus. Jugendliche, die einen Suizid durchführen oder versuchen, wenden sich mit ihren Problemen seltener an eine Vertrauensperson, sie bieten häufiger Verhaltensauffälligkeiten, Abweichungen von

dem ansonsten üblichen und gewohnten Verhalten.

Von Kindern und Jugendlichen, die nicht mehr leben wollen, werden vielfältige Signale ausgesandt (u.a. Andeutungen, Hinweise, Drohungen, Bilder, Abschiedsbriefe, konkrete vorbereitende Handlungen, Träume und Phantasien der Selbstvernichtung, Rückzug).

Die Beurteilung einer möglichen Suizidalität gehört zu den zentralen Problemen im Umgang mit Rat suchenden und hilfebedürftigen Kindern und Jugendlichen.

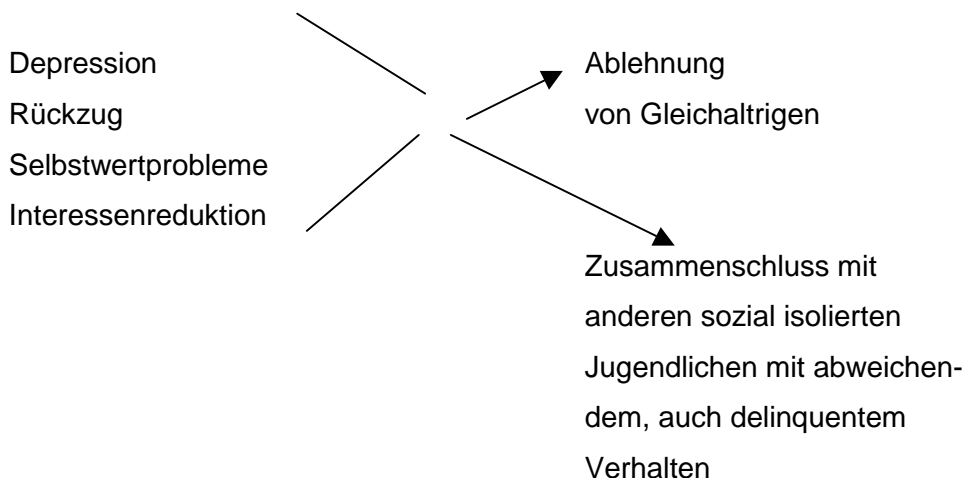
### 2.3.7 Langfristige Folgen depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter

Depressive Störungen führen zu erhebli-

chen Konsequenzen im Hinblick auf die Entwicklung dieser Kinder und Jugendlichen. Sie stellen wesentliche Entwicklungsrisiken dar, wenn man z.B. an Schule und Ausbildung und an die in dieser Zeit so wichtigen sozialen Beziehungen denkt. Die depressiven Störungen können sich negativ auf die Entwicklung altersentsprechender sozialer, kognitiver und emotionaler Kompetenzen auswirken.

Depressive Kinder und Jugendliche zeigen ein bis ins Erwachsenenalter reichendes erhöhtes Risiko auch für andere psychische Störungen: Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, andere im Körperlichen sich äußernde hypochondrische Störungen, Drogen-, Alkohol-, Medikamentenkonsum, aggressiv-dissoziales und delinquentes Verhalten.

Depression als Risiko für dissoziales und delinquentes Verhalten:





In einem mit Depression verbundenen erhöhten Risiko für Drogen-/Medikamenten- / Alkoholmissbrauch kommt gleichsam die untaugliche „Selbstbehandlung“ mancher depressiver Jugendlicher zum Ausdruck, die versuchen, auf diese Weise ihre negative Gefühlsverfassung und Selbstwertproblematik in den Griff zu bekommen.

### **2.3.8 Interventionsmöglichkeiten - Behandlungsansätze in der Therapie depressiver Kinder und Jugendlicher**

Was die Behandlung anbelangt, wird davon ausgegangen, dass ein Großteil depressiver Kinder und Jugendlicher keiner professionellen Behandlung zugeführt wird, d.h. ohne jede fachliche Unterstützung bleibt. Nicht zuletzt wegen der hohen Verbreitung von Depressionen im Jugendalter und der damit verbundenen Entwicklungsrisiken für Kinder und Jugendliche sind jedoch früh einsetzende Maßnahmen der Behandlung und auch der Prävention von großer Bedeutung. Der multifaktoriellen Genese depressiver Störungen versucht man in der Therapie durch eine entsprechend breit angelegte Behandlung zu begegnen.

Die Therapieplanung hat eine Reihe von Faktoren zu berücksichtigen, u.a.: Schwere und Art der Depression, Suizidalität, Ausmaß psychosozialer Beeinträchtigungen und Belastungen, Vorliegen komorbider Störungen, Alter und Entwicklungsstand des Kindes/Jugendlichen und persönliche sowie soziale Ressourcen.

Es gibt Indikationen, die eine stationäre Behandlung des depressiven Kindes oder Jugendlichen notwendig erscheinen lassen oder gar unumgänglich machen. Hierzu zählen u.a. eine schwere depressive Symptomatik, eine akute Suizidgefahr, psychotische Symptome etc.

#### **Kognitive Verhaltenstherapie**

Die Kognitive Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen ist vergleichsweise „am besten untersucht und am weitesten entwickelt“ (Groen & Petermann, 2002; zu den Ansätzen siehe Hautzinger, 1997).

Die kognitive VT hat zum Ziel, zunächst die unangemessenen, negativen Denk- und Verhaltensmuster zu erkennen, schließlich die Gedanken, die Gefühle und das Verhalten der betroffenen Kinder und Jugendlichen positiv zu beeinflussen und zu verändern. Dies geschieht jeweils auf altersentsprechende Art und Weise.

Studien zur Wirksamkeit der kognitiven VT bei depressiven Kindern und Jugendlichen berichten z.T. Behandlungserfolgsraten von 60% (s. Groen & Petermann, 2002).

### **Interpersonelle Psychotherapie (ITP)**

Die Behandlung nimmt soziale Konflikte und Belastungen in den Blick, sie initiiert Problemlösungsstrategien und baut soziale Kompetenz auf.

### **Familientherapie (FT)**

Die FT hat Veränderungen familiärer Kommunikations- und Beziehungsmuster, die Lösung unterschiedlichster Probleme und Belastungen in der Familie zum Ziel. Letztlich sollen der familiäre Zusammenhalt gefördert und die Beziehungen der Familienmitglieder verbessert werden.

Die Behandlung depressiver Kinder und Jugendlicher unter Einsatz von Psychopharmaka (Antidepressiva) ist angezeigt in schweren Fällen, die mit einer psychotischen Symptomatik oder auch mit einer hohen Suizidalität verbunden sind. Antidepressiva hellen die Stimmung auf, heben den Antrieb, reduzieren Niedergeschlagenheit und andere depressive Symptome. Bei diesen Kindern und Jugendlichen wird vielfach erst durch eine medikamentöse Behandlung Psychothe-

rapie möglich. Beide Behandlungsaspekte stellen dann eine sinnvolle Einheit dar.

### **2.3.9 Präventive Möglichkeiten**

Depressive Störungen haben längerfristige Beeinträchtigungen von Entwicklungen zur Folge und enthalten Rückfallrisiken bis ins Erwachsenenalter. Nicht zuletzt deshalb ist der Auf- und Ausbau von Präventionsansätzen dringend notwendig.

Allgemeine Aspekte des Schutzes vor depressiven Störungen sind:

- Unterstützende familiäre Strukturen in Belastungssituationen (z.B. Mädchen durch ihre Mütter)
- Sichere familiäre Bindungen als Voraussetzung eines stabilen Selbstvertrauens des Jugendlichen, auch als gewisser Schutz in Situationen von Stress und kritischen Lebensereignissen
- Akzeptanz, Toleranz und Unterstützung in der Gruppe von Gleichaltrigen (wichtiger Raum, sich selbst zu erproben und Eigenschaften wie soziale Kompetenz, Selbstbehauptung und Durchsetzungsvermögen zu entwickeln, ein insgesamt positives Selbstbild)

- ▣ Stressimmunisierung und Steigerung psychischer Widerstandsfähigkeit durch Kompetenzerhöhung des Jugendlichen (u.a. positives Selbstwertgefühl, Erhöhung interpersonaler Problemlösungskompetenz)
- ▣ Erlernen von Konfliktlösungsstrategien
- ▣ Einflussnahme auf Gedanken und Gefühle eigener Hilflosigkeit (auch Veränderungen der Attribuierungen)

Soziale Unsicherheit ist nicht selten ein Vorläufersymptom depressiver Störungen. Sozialer Kompetenzerwerb kann demnach der Depression vorbeugen. Neben dem Training der Kinder erfolgt eine wichtige Arbeit mit Eltern und anderen Bezugspersonen, die in die Therapie eingebunden werden.

Zu den Maßnahmen der generellen Prävention gehört:

- ▣ Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in Schulen, um ihnen emotionale und soziale Kompetenzen zu vermitteln, die depressiven Störungen vorbeugen können. Hier ist als Beispiel das Programm „Leichtigkeit im sozialen Alltag“ (LISA) von Pössel et al. zu nennen, das ein Selbstsicherheitstraining einschließt, in dem Schüler in Rollenspielen selbstsicheres, unsicheres und

aggressives Verhalten unterscheiden lernen und adäquate soziale Verhaltensweisen trainieren.

Zur speziellen Prävention bei Kindern/Jugendlichen mit Depressionsrisiken zählen:

- ▣ Arbeit mit Kindern aus schwierigen Familien, z.B. getrennt lebender oder geschiedener Eltern, Eltern mit Abhängigkeitsproblemen (Alkohol, Drogen) oder anderen, auch psychischen (z.B. depressiven) Erkrankungen
- ▣ Training mit Kindern, die sich als sozial unsicher oder ängstlich erweisen (s. hierzu Petermann & Petermann, 2000).

Kinder und Jugendliche mit Depressionen haben selbst nach erfolgter Behandlung ein hohes Rückfallrisiko. Zu empfehlen ist deshalb eine längerfristige Weiterbetreuung der Betroffenen (bis zu ca. ein Jahr, in einzelnen Fällen auch länger), um den Therapieerfolg zu stabilisieren und möglichen anderen Risiken in der weiteren Entwicklung der Kinder und Jugendlichen frühzeitig zu begegnen.

### **2.3.10 Empfehlungen**

**Die Öffentlichkeit muss für das Problem depressiver Kinder und Jugendlicher sensibilisiert werden.**

Eine weitere öffentliche Sensibilisierung für das Problem depressiver Kinder und Jugendlicher ist überfällig, insbesondere auch angesichts der Tatsache, dass die Suizide von Kindern und Jugendlichen nicht dem ansonsten allgemein eher rückläufigen Trend folgen.

**Die primärpräventive Arbeit in Schulen, Vorschulen und anderen Settings muss aufgebaut und dann längerfristig angelegt durchgeführt werden.**

**Niedrigschwellige Beratungseinrichtungen mit altersentsprechenden Angeboten müssen aufgebaut und ausgestattet werden.**

Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen oder auch anderen psychischen Problemen haben erfahrungsgemäß erst recht spät Kontakt zu professio-

nellen Institutionen. Besonders die Ausstattung und der Ausbau niedrigschwelliger Beratungseinrichtungen mit altersentsprechenden Angeboten sind unverzichtbar.

**Die Qualität von Diagnostik und Intervention muss fortentwickelt werden.**

Diagnostik und psychotherapeutische Interventionen müssen auf möglichst hohem Qualitätsniveau entwickelt und erbracht werden, dazu bedarf es neben der Sicherung von Personal- und Konzeptqualität bei vorhandenen Ansätzen weiterer Forschung und Evaluation.

**Literatur**

- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.) (2000). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Döring, G. H. (1997). Junge Menschen - zwischen Selbstzerstörung und Lebensfreude. Informationen zu Suizidalität - Prophylaxeangebote. Kind Jugend Gesellschaft. Zeitschrift für Jugendschutz, 42, 35-45.

- Essau, C. A., Karpinski, N. A., Petermann, F. & Conradt, J. (1998). Häufigkeit und Komorbidität psychischer Störungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 46, 105-124.
- Essau, C. A., Groen, G. & Petermann, F. (2002). Zum Zusammenhang von belastenden Lebensereignissen und Depression bei Kindern und Jugendlichen. In: H. Braun-Scharm (Hrsg.), *Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Groen, G., Petermann, F. (2002). *Depressive Kinder und Jugendliche*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Harrington, R. (2001). *Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. (1997). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen: Behandlungsanleitungen und Materialien (4. überarb. u. erg. Aufl.)*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI, 2. überarb. Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe.
- Hegerl, U. (2004). Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“: Ein bundesweites Projekt zur Optimierung von Therapie und Forschung. [www.kompetenznetz-depression.de](http://www.kompetenznetz-depression.de).
- Petermann, U. & Petermann, F. (2000). *Training mit sozial unsicheren Kindern (7. vollst. überarb. Aufl.)*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Pössel, P., Horn, A. B., Seemann, S. & Hautzinger, M. (2004). *Trainingsprogramm zur Prävention von Depressionen bei Jugendlichen. LARS & LISA: Lust An Realistischer Sicht & Leichtigkeit Im Sozialen Alltag*. Göttingen: Hogrefe.
- Ringel, E. (1989 / 5. Aufl. 1995). *Selbstmord. Appell an die Anderen*. Gütersloh: Kaiser.
- Spitz, R.A. (1946). Anaclitic depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 313-342.
- Stiensmeier-Pelster, J., Schürmann, M. & Duda, K. (2000). *Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ). 2. überarb. u. neunormierte Auflage*. Göttingen: Hogrefe.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Wittchen, H.-U., Nelson, C. B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126.
- Wunderlich, U., Bronisch, T. & Wittchen, H.-U. (1998): Comorbidity patterns in Adolescents and young adults with suicide attempts. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 248, 87 - 95.

**Korrespondenzadresse:**

Dipl.-Psych. Dr. Klaus Jost, E-Mail: [dr.klaus.jost@t-online.de](mailto:dr.klaus.jost@t-online.de)  
 Psychologische Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche  
 Platz der Deutschen Einheit 7  
 63065 Offenbach am Main

## 2.4 Zu den psychosozialen Folgen für Kinder in veränderten familiären Rahmenbedingungen und neue Lebensformen von Erwachsenen

Prof. Dr. Rainer Dollase

Dollase erörtert, unter welchen Konditionen bestimmte familiäre Bedingungskonstellationen positive oder negative Entwicklungen beeinflussen. Die Rahmenbedingungen und Lebensformen für Familien unterliegen dem gesellschaftlichen Wandel und haben in Deutschland zu einer Zunahme prekärer Bedingungen geführt. Einerseits existieren Risiken bei einer Fremdbetreuung im ersten Lebensjahr, andererseits ist eine Fremdbetreuung ab erstem Lebensjahr unschädlich, wenn die Rahmenbedingungen in der Familie und bei der Betreuung, insbesondere die Betreuerrelation und die Qualifikation der Betreuer sowie die Qualität der Familienbetreuung und der schulische Unterricht beachtet werden. Wesentlich sind mithin strukturelle Rahmenbedingungen und die Qualität und Verfügbarkeit von Unterstützungssystemen als wesentliche Beiträge zur Unterstützung von Kindern und Eltern in schwierigen Lebenslagen, wie sie zum Beispiel Trennung und Scheidung darstellen.

### 2.4.1 Einleitung

Trotz der Zunahme von Ein-Personen-Haushalten, Alleinerziehenden, Kinderlosigkeit, Scheidungsraten und Wiederverheiratung, nicht ehelichen Lebensgemeinschaften verbringen offenbar immer noch recht viele Kinder und Jugendliche ihre Lebenszeit bis zum 18. Lebensjahr in der leiblichen Familie (rund 85%). Auch Einzelkinder sind nicht so häufig, wie es manchmal den Anschein hat. Rund 11% Kinder sind Einzelkinder (LBS-Initiative, 2002) – der Prozentsatz bleibt relativ stabil. Auch PISA zeigte, dass 75% der 15-Jährigen noch bei den leiblichen Eltern wohnen. Einer anderen Studie zufolge sind 90% der kleineren Kinder noch im Hause ihrer leiblichen Eltern (Lind, 2001).

Das liegt daran, dass die Scheidungen häufig kinderlose Paare treffen (50%) und die Scheidungen der Kinderreichen deutlich seltener sind.

Nichtsdestoweniger gibt es zunehmend „prekäre Bedingungen“ (Fuhrer, 2005, S. 144), die im Anstieg der Alleinerziehenden, die zu 60% aus Scheidungen entstehen, sowie in Stieffamilien oder Patchwork-Familien bestehen können, aber auch prekäre Bedingungen, die aus doppelter Erwerbstätigkeit, aus Fremdbetreuung etc. entstehen können. Sowohl die psychischen Folgen nicht traditioneller Familien als auch die Gestaltung einer qualitativ hochstehenden Betreuungskette sind schon immer Gegenstand psychologischer Forschung gewesen.

Generell gilt ja, dass die Qualität und Quantität „sinnhafter reziproker Kontakte zwischen Eltern und Kindern“ (Nauck, 1999; Youniss, 1994) eine positive Wirkung auf die Schulbewältigung, die kognitive und soziale Entwicklung eines Kindes haben. Wie das Kinder-Eltern-Survey von Zinnecker & Silbereisen zeigen konnte, sind weder Bildungsniveau noch Berufsstatus noch die Einkommenssituation statistisch signifikant mit dem Familienklima verbunden, das im optimalen Fall sowohl aus „Monitoring“ (Beaufsichtigung, Betreuung, Kontrolle, Lenkung) als auch gleichzeitig aus „Empathie“ (Zuwendung, Verständnis, Nähe, Beziehung zum Kind) besteht (Zinnecker & Silbereisen, 1996). Der „autoritative Erziehungsstil“ (die Kombination aus Lenkung und Zuwendung) erweist sich generell wie auch in nicht traditionellen Familienformen als günstig, kann aber von vielen Eltern aus den verschiedensten Gründen nicht realisiert werden (Baumrind, 1973; Lamborn, Mounts, Steinberg, & Dornbusch, 1991).

Das Verständnis für die schwierige Situation heutiger Eltern ergibt sich aus der Forderung nach beruflicher Flexibilität, aus dem mittlerweile gestiegenen Bewusstsein über das Risiko des Scheiterns von Beziehungen, aus der relativen finanziellen und ökonomischen Benachteiligung

von Familien und aus der strukturellen Rücksichtslosigkeit der Gesellschaft, die auf Familien mit Kindern im Beruf und im allgemeinen gesellschaftlichen Leben nicht genügend Rücksicht nimmt.

Die Fachliteratur ist höchst umfangreich, zählt Zigtausende von Titeln weltweit, führt aber zu einer Reihe von Heuristiken, d.h. einfachen Regeln, die Handlungsstrategien fundieren können, von denen einige im Folgenden erläutert werden sollen.

#### **2.4.2 Nur konditionale Aussagen möglich**

Zunächst einmal ist die Notwendigkeit konditionaler Aussagen hervorzuheben. Fragen, ob eine Fremdunterbringung ab dem ersten Lebensjahr oder eine Kindergartenpflicht ab dem vierten etc. psychologisch sinnvoll sind, können in dieser Form nicht beantwortet werden, und das mit gutem empirischem Grund. Aussagen sind nur konditional zu treffen, d.h., es müssen gleichzeitig Bedingungen angegeben werden, unter denen eine bestimmte Maßnahme gelingen kann. Deswegen können einfache Entscheidungen ohne Rücksichtnahme auf die Konditionen, unter denen sie gelingen, auch poli

tisch nicht getroffen werden, ohne einem Teil der Menschen und Kinder zu schaden.

### **Doppelte Erwerbstätigkeit im Kleinstkindalter als Beispiel**

Als erstes Beispiel soll die alte Debatte um die mütterliche Erwerbstätigkeit dienen. Mittlerweile ist die gesellschaftliche Ächtung deutlich geringer geworden, fast 60% aller Mütter mit kleinen Kindern sind erwerbstätig (Nave-Herz, 2002). Längst bekannt sind eine Reihe von Vorteilen der Berufstätigkeit von Müttern (und Vätern, sollte man hinzufügen), z.B. Zufriedenheit, Netzworbildung etc., aber es entstehen auch Probleme durch die Doppelbelastung wegen des nach wie vor starken Rückzugs der Männer aus der Kinderverantwortung und Haushaltsführung. Auch ist manchmal die Belastung innerhalb der Familie größer, die Anstrengung bei Familienarbeit stressiger als die Arbeit im Beruf. Familie ist deswegen kein Rückzugs- und Erholungsraum, sondern die Schonung findet eher im Beruf statt (Hochschild, 2002). Die früher so genannte „frühe Mutterentbehmung“ (Schmalohr, 1975) wird heute seitens der Forschung mit einer klaren Aussage beantwortet: Eine Mehrfachbindung des kleinen Kindes ist möglich, Fremdbetreuung selbstverständlich auch, aber diese

Fremdbetreuung muss die nötige Qualität haben.

Das ist eine konditionale Aussage, die man noch weiter differenzieren kann. Fremdbetreuung, die durch Berufstätigkeit der Eltern entsteht, ist im Erfolg für das Kind abhängig von: 1. Gründen für die Berufstätigkeit, 2. von der Einstellung zum Beruf, 3. von den Arbeitsbedingungen und Arbeitszeiten, 4. von der Belastung durch Beruf und Familie, 5. von der Einstellung der Väter zur Berufstätigkeit der Mütter und umgekehrt, 6. von dem Engagement der Männer in der Betreuung der Kinder, 7. von der Persönlichkeit und dem Temperament des Kindes und 8. von der Qualität der Fremdbetreuung (vgl. Übersicht in Fuhrer, 2005).

Es gibt in diesem Zusammenhang nur drei empirisch begründete Warnungen für die kleineren Kinder:

1. Im ersten Lebensjahr ist eine Vollzeitbeschäftigung beider Ehepartner nicht sinnvoll.
2. Fremdbetreuung ist bei vielen der allerkleinsten Kinder risikoreich.
3. Zu lange dürfen kleine Kinder (im ersten Lebensjahr besonders) nicht in Fremdbetreuung sein, sonst gibt es einen nachgewiesenen deutlichen Anstieg von Verhaltensstörungen.



Die Bedingungen, die hier für erwerbstätige Eltern aufgezeichnet werden, gelten natürlich auch für traditionelle Familienmuster, in denen eine Person zu Hause bleibt und sich um das Kind kümmert. Auch hier sind 1. Gründe dafür, 2. die Einstellung dazu, 3. die Belastung durch die häusliche Arbeit, 4. die Einstellung des Partners zur häuslichen Arbeit oder zur Berufsarbeit, 4. das Engagement beider, 5. die Persönlichkeit des Kindes etc., 6. die Qualität der Fremdbetreuung oder 7. die Qualität der Betreuung desjenigen, der zu Hause bleibt, ganz entscheidend für die Unschädlichkeit bzw. den Erfolg.

Für die Konstruktion politischer Maßnahmen ist also grundlegend, dass die Konditionen, unter denen eine Entscheidung gelingt, beachtet und strukturiert werden müssen.

### 2.4.3 Folgen konditionaler Entscheidungen beachten

Diese Berücksichtigung der Konditionen führt zu ökonomischen und finanziellen Folgen. So ist etwa die Qualität der Kripenerziehung abhängig von der Einhaltung pädagogischer Standards, die, bezogen auf die Erwachsenen-Kinder-Relation, nach der „National Association for the

Education of Young Children“ (1998) wie folgt angegeben werden:

Alter	Erzieher-Kind-Relation
0 – 1	1 : 3
1 – 2	1 : 5
2 – 3	1 : 6
3 – 4	1 : 8
4 – 5	1 : 10

Diese Relationen, die bei Fünf- bis Sechsjährigen noch um 1 : 15 nach der sog. Tennessee-Studie, der einzigen experimentellen Studie zur positiven Wirkung kleiner Gruppen, ergänzt werden könnten, sind auch für die kognitive und nicht nur für die soziale Entwicklung von kleinen Kindern ein Standard, eine Kondition, die einzuhalten die Qualität sichert (Nye, Hedges & Konstantopoulos, 2001). Des Weiteren gehören dazu: 1. gute Kooperation von Institution und Familie, 2. eine nicht zu lange tägliche Unterbringungszeit, 3. ein regelmäßiger Zeitrhythmus, 4. eine sanfte Eingewöhnung, 5. die Stabilität von Bezugspersonen und 6. die erwähnte angemessene Betreuungsrelation (National Association, 1998). Und natürlich: ein professionelles, wissenschaftlich durch Evidenzbasierung gefundenes optimales Erzieherinnenverhalten.

#### **2.4.4 Die NICHD-Studie: Fremdbetreuung unter bestimmten Konditionen günstig**

Was hier für die doppelte Erwerbstätigkeit der Eltern, die übrigens die vermehrte Forderung nach Teilzeitbeschäftigung impliziert, beispielhaft erläutert wurde, trifft auch auf alle anderen Formen der Vorschulerziehung oder Fremdbetreuung durch Tagesmütter etc. zu. Besonders wichtig ist hier die NICHD-Studie, die seit 1991 von zehn Universitäten in den USA durchgeführt wird und 1.000 Kinder und ihre sämtlichen Fremdbetreuungspersonen und Institutionen in einem Längsschnitt untersucht. Ein Großteil der Ergebnisse ist mittlerweile publiziert (NICHD, 2002, 2003).

Es wäre einseitig, wenn man sagen würde, die Studie hätte eindeutig ergeben, dass Fremdbetreuung keine Nachteile hat. In Wirklichkeit sind es lauter konditionale Aussagen, die die Studie trifft. Die Entwicklung eines Kindes hängt 1. von der Qualität der Fremdbetreuung ab, 2. zusätzlich von der Qualität der Familienbetreuung und 3. zusätzlich von der Qualität der schulischen Unterrichtung sowohl emotional als auch kognitiv. Des Weiteren sind proximale Faktoren wichtig, also Nahfaktoren und nicht distale. Distale nur

insofern, als sie einen direkten Einfluss auf das Verhalten haben, was nach einer zusammenfassenden Studie ja offenbar nur schwach der Fall ist (Wang, Haertel & Walberg, 1993).

#### **2.4.5 Alleinerziehende, Stieffamilien, Patchwork-Familien – Effekt abhängig von Konditionen**

Konditionale Aussagen müssen auch zu den neuen nicht traditionellen Familienformen gemacht werden. Ob Alleinerziehende für die Kinder gut oder nicht gut sind, ob Scheidung bei den Kindern zu Störungen führt, ob Vaterfamilien, Mutterfamilien, Stieffamilien, Patchwork-Familien, Mutterfamilien aufgrund lediger Mutterschaft und Mutterfamilien aufgrund von Scheidung und Trennung schädliche Auswirkungen auf Kinder haben, kann nur konditional beantwortet werden. Störungen sind möglich, aber nicht zwangsläufig. Das gilt für Alleinerziehende genauso wie für Stieffamilien, Vater-, Mutter- und sonstige Familien.

Selbstverständlich gibt es eine Reihe von Studien, die zeigen, dass Scheidungskinder oder auch Kinder von Alleinerziehenden im Durchschnitt gegenüber Kontrollgruppen in der sozialen und psychologi

schen Anpassung, in der Eltern-Kind-Beziehung, bei Verhaltensproblemen und in der Schulleistung benachteiligt sind. Jedes Resultat hat aber eine Streuung, so dass niemals von einer Zwangsläufigkeit eines negativen Effektes ausgegangen werden kann. Scheidungen sind Konflikte, Herausforderungen für ein Kind, auch Stiefväter und Stiefmütter verlangen hohe Anpassungsleistungen des Nachwuchses und von sich selbst, aber es ist mit einem entsprechenden sehr positiven und sehr anstrengenden Erziehungsverhalten und mit Hilfen zu bewältigen. Dazu gehört auch eine psychosoziale Qualität der Beziehungen aller zueinander, eine „familienübergreifende Verantwortung“ und eine „elterliche Verantwortungsgemeinschaft“ nach Scheidung (Schmidt-Denter & Beelmann, 1997; Schmidt-Denter & Schmitz, 1999).

Die schmerzhaften und traurigen, Monate andauernden Krisen, die ein Scheidungskind erleben kann, aber nicht muss, sollen hier nicht bagatellisiert werden. Aber es hängt von vielen Faktoren ab, ob der Auszug eines Elternteiles so problematisch erlebt wird, z.B. davon, welche Konflikte vorausgegangen sind. Durch ein feinfühliges, durch ein optimales, durch ein verständiges und vor allen Dingen auch fundiertes Erziehungsverhalten der Perso-

nen, die mit dem Kind zu tun haben, sind die Dramen zu mildern.

Steuerungsrelevant werden konditionale Aussagen dadurch, dass nunmehr Strukturen gefragt sind, unter denen diese optimalen Konditionen annähernd erreicht werden können bzw. Strukturen, die aus sich heraus auf die unterschiedlichen Qualitätsgefälle und Konditionen sowie ihre Kombinationen Einfluss nehmen. Hierzu gehören z.B. Maßnahmen der Beratung und Hilfe, die durch Beratungsstellen oder durch Beratungen im öffentlichen Bildungs-, Betreuungs- und Erziehungssystem erbracht werden müssten.

#### **2.4.6 Empfehlungen**

Für die Konstruktion politischer Programme ist es wesentlich, die folgewirksamen Rahmenbedingungen und einzelnen Faktoren für deren breitenwirksame und langfristige Effektivität zu beachten und in der Strukturbildung der Leistungen systematisch zu berücksichtigen. Hierzu gehören beispielweise empirisch begründete Warnungen zu bestimmten Formen der Fremdbetreuung ebenso wie familiäre und persönliche Konstellationen auf Seiten der Eltern.

Zur adäquaten Unterstützung von Kindern

und Jugendlichen in prekären Lebenslagen bedarf es konzeptuell hochdifferenzierter Strukturen, um auf die unterschiedlichen Konstellationen von Erziehungsqualitäten und Konditionen Einfluss nehmen zu können. Entgegen beobachtbaren

Trends der Kürzungen im Jugendhilfebereich müssen Maßnahmen der Beratung und Hilfe durch Beratungsstellen im Bildungs-, Betreuung- und Erziehungssystem erbracht werden.

### Literatur:

- Baumrind, D. (1973). The development of instrumental competence through socialization. In A. Pick (Ed.), *Minnesota symposia on child psychology* (Vol. 7). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Hochschild, A. R. (2002). *Work-Life-Balance. Keine Zeit. Wenn die Firma zum zu Hause wird und zu hause nur Arbeit wartet*. Opladen: Leske & Budrich.
- Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L. & Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful parents. *Child Development*, 62, 1049-1065.
- LBS-Initiative, J. F. (Ed.). (2002). *LBS Kinderbarometer 2002. Stimmungen, Meinungen, Trends von Kindern und Jugendlichen in NRW*. Münster/Hessen: LBS.
- Lind, I. (2001). *Späte Scheidung. Eine bindungstheoretische Analyse*. Münster: Waxmann.
- National Association, f. t. E. o. Y. C. (1998). *Accreditation criteria and procedures of the National Academy of Early Childhood Programs*. Washington: Author.
- Nauck, B. (1999). Soziales Kapital und intergenerative Transmission von kulturellem Kapital im regionalen Kontext. In H. Bertram, T. Klein & B. Nauck (Eds.), *Solidarität, Lebensformen und regionale Entwicklung* (S. 17-57). Opladen: Leske & Budrich.
- Nave-Herz, R. (2002). *Familie heute. Wandel der Familienstrukturen und Folge für die Erziehung* (2 ed.). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- NICHD. (2002). Early child care and children's development prior to school entry: Results from the NICHD study of early child care. *American Educational Research Journal*, 39, 133-164.
- NICHD. (2003). Amount of time spent in child care predict socioemotional adjustment during the transition to kindergarten? *Child Development*, 74, 976-1005.
- Nye, B., Hedges, L. V., & Konstantopoulos, S. (2001). Are effects of small classes cumulative? Evidence from a Tennessee experiment. *Journal of Educational Research*, 94, 336-345.
- Schmalohr, E. (1975). *Mutterentbehmung bei Mensch und Tier*. München: Kindler.
- Schmidt-Denter, U. & Beelmann, W. (1997). Kindliche Symptombelastung in der Zeit nach der elterlichen Trennung - Eine differentielle und längsschnittliche Betrachtung. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 29, 26-42.
- Schmidt-Denter, U., & Schmitz, H. (1999). Familiäre Beziehungen und Strukturen sechs Jahre nach der elterlichen Trennung. In S. Walper & B. Schwarz (Eds.), *Was wird aus den Kindern? Chancen und Risiken für die Entwicklung von Kindern aus Trennungs- und Stieffamilien* (S. 73-90). Weinheim: Juventa.
- Wang, M. C., Haertel, G. D., & Walberg, H. J. (1993). Toward a Knowledge Base for School Learning. *Review of Educational Research*, 63 (3), 249-294.
- Youniss, J. (1994). *Soziale Konstruktion und Psychische Entwicklung*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Zinnecker, J. & Silbereisen, R. (1996). *Kindheit in Deutschland*. Weinheim: Juventa.

**Korrespondenzadresse**

Prof. Dr. Rainer Dollase, E-Mail: [rainer.dollase@post.uni-bielefeld.de](mailto:rainer.dollase@post.uni-bielefeld.de)

Universität Bielefeld

Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft

Abteilung für Psychologie

Postfach 10 01 31

33615 Bielefeld

## 3. Konzepte zu Diagnostik und Intervention

---

### 3.1 Qualitätssicherung für Programme zur Gewaltprävention und Gewaltverminderung

Prof. Dr. Siegfried Preiser

Im Anschluss an Gewalttaten unter Jugendlichen (Amoklauf) werden häufig Forderung nach schnellen und wirksamen Maßnahmen laut. Konsequenz ist, dass zahlreiche Projekte einer stabileren theoretischen und empirischen Fundierung ihrer Lösungsansätze bedürfen. Die Sektion Politische Psychologie des BDP hat ein Qualitätsbeurteilungssystem erarbeitet, dessen Kriterien einerseits die praktische und politische Notwendigkeit akuten Handelns trotz mangelnder wissenschaftlicher Informationslage berücksichtigen, andererseits jedoch wissenschaftliche Grundsätze und Erfordernisse nicht vernachlässigen. Die Begutachtung durch einen Expertenbeirat erfolgt kriteriengestützt und erfasst theoretische Fundierung, Qualitätskriterien und Wirksamkeitsnachweise auf mehreren Stufen, Stärken und Schwächen des Programms und gibt Empfehlungen zur Ergänzung und Überarbeitung sowie zur Evaluation des Programms.

#### 3.1.1 Einleitung

Nach spektakulären fremdenfeindlich motivierten Anschlägen auf Asylbewerberheime und Wohnungen von Ausländern ist das öffentliche Bewusstsein für die Notwendigkeit von Gewaltprävention stark gestiegen. Nach dem Erfurter Amoklauf im Jahre 2002 hat sich das Augenmerk zusätzlich auf die nicht explizit politisch motivierte Gewalt gerichtet. In der öffentlichen und der fachlichen Diskussion finden wir in diesem Zusammenhang sowohl vorschnelle als auch besonnene, simple und komplexe, common-sense- und wissenschaftsgestützte Ursachenerklärungen,

vor allem aber die Forderung nach schnellen und wirksamen Maßnahmen. Vorbeugende Maßnahmen gegen Gewalt sind eine aktuelle und dringliche Aufgabe aller gesellschaftlichen und politischen Akteure. Gerade von staatlicher Seite wird sie erfreulicherweise derzeit mit beträchtlichem Aufwand auf verschiedenen Ebenen angegangen. Exzessive Eltern-, Kinder- und Jugendgewalt steht dabei ebenso im Blickpunkt wie kriminelle und terroristische, fremdenfeindliche und sonstige politische Gewalt.

Allerdings stehen aus fachlicher Sicht zahlreiche Projekte bislang auf instabilem

Fundament: Ihre Wirksamkeit ist häufig weder theoretisch verlässlich begründet noch empirisch überprüft. Deshalb muss durch Maßnahmen der Qualitätssicherung für einen effizienten Einsatz der öffentlichen Mittel gesorgt werden. Erfolg versprechende Programme zur Prävention und Verminderung von Gewalt benötigen sozialpsychologische bzw. sozialwissenschaftliche Grundlagen- und Anwendungsforschung, um die Ursachen und Bedingungen von Gewalt zu klären. Pädagogisch-psychologische Präventions- und Interventionsforschung trägt zur Begründung von Maßnahmen und zu deren Evaluation bei. Da Gewalt jedoch im gesellschaftlichen Kontext stattfindet, bleibt es Aufgabe der Politischen Psychologie, das Zusammenspiel von individuellen und gesellschaftlichen Faktoren bei der Entstehung und bei der Bekämpfung von Gewalt zu analysieren.

### **3.1.2 Systematische Erfolgskontrollen und Programmevaluationen von Präventions- und Interventionsprogrammen**

Systematische Erfolgskontrollen und Programmevaluationen sind immer noch relativ selten (vgl. Wagner, Christ & van Dick, 2002). Die Qualitätsbeurteilung

neuer Konzepte erweist sich als schwierig. Die Anbieter neuer Programme müssen erst praktische Erfahrungen machen; die Abnehmer erwarten jedoch eine zügige Implementierung.

Die Sektion Politische Psychologie im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen hat in einer Serie von Expertengesprächen, Fachkonferenzen und Diskussionsveranstaltungen einen in Fragen formulierten Kriterienkatalog entwickelt, der dazu dient, die Qualität von Präventions- und Interventionsprogrammen systematisch zu begutachten und Angebote nach einheitlichen, wirkungsorientierten Kriterien vergleichend bewerten zu können (vgl. Preiser & Wagner, 2003). Diese Kriterien berücksichtigen einerseits die praktische und politische Notwendigkeit des Handelns - auch wenn Evaluationsergebnisse (noch) nicht vorliegen - sollten geeignete Programme und Maßnahmen umgesetzt werden. Andererseits dürfen wissenschaftliche Grundsätze und Erfordernisse nicht einem gesellschaftlich propagierten Pragmatismus geopfert werden, weil bei womöglich ausbleibenden Effekten Ressourcenverschwendung und auch Enttäuschung der beteiligten Professionen, der Politik und nicht zuletzt der Zielgruppen und der Bürger und Bürgerinnen drohen. Dann aber

können unzulängliche Interventionen sogar schlechtere Folgewirkungen haben als ein Nichthandeln. Der Kriterienkatalog berücksichtigt allgemein akzeptierte Standards einer ziel- und handlungsorientierten Planung pädagogischer Interventionen sowie fachwissenschaftlich begründeter Qualitätssicherung und Evaluation. Der Kriterienkatalog soll fortlaufend aktualisiert und jeweils dem aktuellen fachlich-wissenschaftlichen Diskussionsstand angepasst werden.

Zur Umsetzung des Qualitätssicherungsverfahrens hat die Sektion Politische Psychologie einen wissenschaftlichen Expertenbeirat für das Projekt „Prävention von Gewalt, Rechtsextremismus und interkulturellen Konflikten“ eingerichtet. Zum Koordinator des Beirats wurde der Autor dieses Beitrags berufen. Aufgabe des Expertenbeirats ist es, die Qualitätskriterien fortlaufend zu aktualisieren und deren Anwendung in Begutachtungsverfahren zu überwachen. Mitglieder des Beirats sind fachlich ausgewiesen auf den Gebieten der Prävention, Intervention, Qualitätssicherung oder Evaluation in den Bereichen Alltagsgewalt, Dissozialität, Konflikt, Gewaltkriminalität, Fremdenfeindlichkeit bzw. Rechtsextremismus.

Das Verfahren hat Vorteile für alle Beteiligten und kann für verschiedene Funktionen eingesetzt werden. Entwickler und Anbieter von Präventions- und Interventionsprogrammen können ihre Angebote an diesen Kriterien orientieren und dadurch transparent machen. Auftraggeber können - unter Hinzuziehung von fachlich-psychologischer Kompetenz - Angebote nach ebendiesen Kriterien bewerten, vergleichen und schließlich den Erfolg der Durchführung evaluieren. Die Anwender des Beurteilungskatalogs sollten mit den theoretischen Grundlagen von Gewaltentstehung und -prävention vertraut sein und methodische Kenntnisse bezüglich Qualitätssicherung und Evaluation haben.

### **3.1.3 Begutachtung von Präventions- und Interventionsprogrammen**

Die Sektion Politische Psychologie bietet in Kooperation mit ihrem Expertenbeirat an, Projektanträge für die Auftraggeber anhand der veröffentlichten Kriterien zu begutachten und Projekte zu bewerten.

Die Begutachtung umfasst

- eine umfassende, differenzierte Begutachtung des Programms hinsichtlich der Qualitätskriterien, insbesondere der Wirksamkeitsnachweise, auf drei Qualitätsstufen;



- eine detaillierte, an den Kriterien orientierte Rückmeldung über besondere Stärken und Schwachstellen des Programms;
- Empfehlungen zur Erläuterung, Ergänzung oder Überarbeitung des Programms;
- ggf. Hinweise zur Durchführung von Evaluationsuntersuchungen und Informationen oder Kontakte zur Durchführung oder Vermittlung von externen Evaluationen.

Das Ergebnis wird in Form einer Qualitätsbeurteilung (Zertifikat) bescheinigt. Die detaillierten Rückmeldungen werden in einem Anhang aufgeführt. Jedes Programm wird zumindest von zwei Gutachtern überprüft; bei entscheidungsrelevanten Abweichungen in der Beurteilung werden weitere Gutachter hinzugezogen.

*Die Themen der Checkliste (ausführliche Kriterienliste siehe Preiser & Wagner, 2003):*

- ▣ Zielklärung: Benennung und Begründung konkreter und nachprüfbarer Ziele für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer und für die beauftragende Institution
- ▣ Zielgruppe: Beschreibung der Zielgruppe mit Begründung des Bedarfs und der Erreichbarkeit

- ▣ Theoretische Grundlagen: explizite Benennung theoretischer Grundlagen für das Programm insgesamt und für die einzelnen Programmschritte; Bezugnahme auf empirisch gestützte Forschungs- und Anwendungsergebnisse
- ▣ Maßnahmenbeschreibung: Beschreibung organisatorischer Rahmenbedingungen und konkreter Methoden und Medien; Teilnehmeraktivierung; Sicherstellung der Akzeptanz und der Teilnehmermotivation
- ▣ Kompetenzen der Trainerinnen und Trainer: Nachweis der fachlichen und didaktischen Kompetenz
- ▣ Evaluation und Qualitätssicherung: Integration einer systematischen Evaluation in die Programmentwicklung, -anwendung und -optimierung; Maßnahmen zur Qualitätssicherung
- ▣ Preis-Leistungs-Verhältnis (Effizienz): Kosten, Nebenkosten und erwarteter Nutzen

### **3.1.4 Empfehlung**

Auftrag- oder Finanzgeber und Entwickler von Programmen und Maßnahmen der Gewaltprävention sollten in verstärktem Maße systematische Verfahren der vorausschauenden Qualitätssicherung und

der begleitenden und bilanzierenden Wirkungskontrolle einsetzen.

Weitere Informationen und Kontakte:

<http://www.bdp-politische.de/aktuell/quetesiegel.html>

[http://www.beccaria.de/nano.cms/de/Suche Recherche](http://www.beccaria.de/nano.cms/de/Suche_Recherche)

### **Literatur**

Preiser, S. & Wagner, U. (2003). Gewaltprävention und Gewaltverminderung: Qualitätskriterien für Präventions- und Interventionsprogramme. *Report Psychologie*, 28, 660-666.

Wagner, U., Christ, O. & van Dick, R. (2002). Die empirische Evaluation von Präventionsprogrammen gegen Fremdenfeindlichkeit. *Journal für Konflikt- und Gewaltforschung*, 4, 101-117.

### **Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. Siegfried Preiser, E-Mail: [preiser@paed.psych.uni-frankfurt.de](mailto:preiser@paed.psych.uni-frankfurt.de)  
J.W. Goethe-Universität, Institut für Pädagogische Psychologie  
Senckenberganlage 15  
60325 Frankfurt

## 3.2 Die Wirksamkeit von Frühförderung bei Entwicklungsstörungen

Matthias Paul Krause

Frühförderung bei Entwicklungsstörungen richtet sich auf ein Spektrum unterschiedlicher Störungsbilder. Intensive Frühförderung geistig behinderter Kinder innerhalb der ersten fünf Lebensjahre kann die Verlangsamung des Entwicklungstempos fast vollständig aufhalten. Bei der Frühbehandlung autistischer Kinder dominieren verhaltenstherapeutische Ansätze, wobei Frühzeitigkeit des Therapiebeginns, Intensität der Intervention und hohe Anforderungen an die kotheραπεutisch tätigen Eltern als entscheidende Wirkgrößen angesehen werden. Kindern mit Verzögerungen bzw. Störungen der Sprachentwicklung kann durch früh einsetzende logopädische Behandlung unter Einbezug der Eltern und Gruppenprogrammen in Vorschuleinrichtungen geholfen werden. Bei Kindern mit Körperbehinderung scheinen Frühförderung mit dem *NIDCAP*-Programm und die Förderung früher Eltern-Kind-Interaktion erfolgreich, während im ersten Lebensjahr nach Klinikentlassung physiotherapeutische Förderprogramme überlegen sind. Für Kinder mit sozioemotionalen Störungen erweisen sich verhaltenstherapeutische Ansätze (*Triple P / Stepping Stones*-Elterntraining) als Erfolg versprechend.

Nachsorgekonzepte, in denen Eltern von Fachleuten weiter betreut werden, haben sich als vorteilhaft erwiesen. Edukative Programme, Interaktions-coaching, Beziehungsaufnahme oder positives Modellernen sind im Weiteren für Eltern behinderter Kinder hilfreich, ebenso geleitete Elterngruppen und Selbsthilfegruppen. Aus Sicht der Eltern scheinen vor allem die ihnen entgegengebrachte Anerkennung und Wertschätzung im Kontakt förderlich.

### 3.2.1 Einleitung

Unter Frühförderung werden im Folgenden pädagogisch-psychologische sowie logopädische und physiotherapeutische Behandlungsansätze verstanden, die Kindern mit Behinderungen oder Kindern, die aufgrund biologischer bzw. sozialer Risiken von Behinderung bedroht sind, im Vorschulbereich Hilfen zur Ausschöpfung ihres Entwicklungspotentials geben.

Der aktuelle Standard verpflichtet Förderprogramme, mit gegebenen Ressourcen kompatibel zu sein, kulturelle Zugehörig-

keit, Prioritäten und Erwartungen des jeweiligen Individuums und seiner sozialen Umfeld sensibel zu berücksichtigen, sinnvolle berufliche Qualifikationsmöglichkeiten für Professionelle bereitzustellen sowie familienzentriert und entwicklungsorientiert vorzugehen und dabei aktuelle und anerkannte Kenntnisse einzusetzen (Guralnick, 2006). Forschungsbedarf besteht vor allem wegen der erheblichen Variabilität der Entwicklungsmuster der Kinder und der Verschiedenheit familiärer Charakteristika und Reaktionen. In der BRD wird Frühförderung von Interdisziplinären Frühförderstellen, Sozialpädiat

rischen Zentren und niedergelassenen Therapeuten durchgeführt. Methodisch fundierte umfassende Wirksamkeitsstudien mit definierten Störungsgruppen, Längsschnittvergleichen, randomisierten Kontrollgruppen und multizentrischem Ansatz fehlen im deutschsprachigen Bereich.

### **3.2.2 Kinder mit mentaler Entwicklungsverzögerung**

Metaanalysen zeigen mit Effektgrößen zwischen .40 und .75 eine mittlere Wirkung von intensiver Frühförderung auf die kognitive Entwicklung geistig behinderter Kinder im Vergleich zu nicht geförderten Kontrollgruppen (Bailey et al., 1999). Hochfrequente Förderung innerhalb der ersten fünf Lebensjahre kann somit die ansonsten übliche Verlangsamung des Entwicklungstempos, gemessen am "Absinken" des Entwicklungsquotienten um acht bis zwölf Punkte, fast vollständig aufhalten (Guralnick, 1998). Auch bei gut geförderten Schweizer (Largo, 1998) oder deutschen Kindern mit geistiger Behinderung (Krause, 1997) treten diese Befunde auf. Der mentale Entwicklungsquotient in den ersten Lebensjahren bleibt umso stabiler, je früher umfassende Förderung einsetzt (Shonkoff et al., 1992) und je höher der kognitive Entwicklungsstand bei

Programmstart war. Leichter behinderte Kinder (EQ>50) profitieren mehr von Frühförderung als schwerer Behinderte (Fewell & Glick, 1996).

### **3.2.3 Kinder mit Autismus**

Bei der Frühbehandlung autistischer Kinder dominieren verhaltenstherapeutische Ansätze. Frühzeitigkeit des Therapiebeginns und Intensität der Intervention werden als entscheidende Wirkgrößen angesehen (Pelios & Lund, 2001), andererseits hohe Anforderungen an die kotherapeutisch tätigen Eltern beobachtet (Eikeseth et al., 2001). Mit dem *ABA*-Programm (*Applied Behavior Analysis*; Lovaas, 1987) konnten 47% der ursprünglichen Interventionsgruppe nach zwei bis drei Jahren Förderung einen mittleren IQ-Gewinn von 48 Punkten, dazu substantielle Verbesserungen sprachlicher und sozialer Fertigkeiten erreichen (Sallows & Graupner, 2005). Auditiv stimulierende Klangtherapien erwiesen sich in einer Metaanalyse als derzeit nicht evident (Sinha et al., 2006), dagegen scheinen Elterntrainings Erfolg versprechend, die angemessene Kommunikations- und Interaktionsstile vermitteln (McConachie & Diggle, 2006; Prizant et al., 2003) bzw. die häuslich-familiäre Lebensweise mit einbeziehen

(Wetherby & Woods, 2006). Verbreitete Programme wie *TEACCH* (Schopler et al., 1982), *PECS* (*Picture Exchange Communication System*; Bondy & Frost, 2001) oder *Social Stories* (Gray, 1998) gelten als in ihrer Wirksamkeit noch nicht hinlänglich überprüft (Francis, 2005) und müssen insbesondere im Hinblick auf ihre Tauglichkeit für die ersten drei Lebensjahre modifiziert und überprüft werden (Corsello, 2005).

### **3.2.4 Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen**

Einer großen Anzahl von Kindern mit Verzögerungen bzw. Störungen der Sprachentwicklung kann durch früh einsetzende logopädische Behandlung unter Einbezug der Eltern zur Verbesserung der Eltern-Kind-Kommunikation (Gillon, 2005; Bernhardt & Major, 2005; Yoder & Warren, 2002) oder auch mit Gruppenprogrammen in Vorschuleinrichtungen (Hodge & Downie, 2004) geholfen werden. Die Intervention erscheint unumgänglich, da zwei Drittel der unter Dreieinhalbjährigen sprachentwicklungsverzögerten Kinder ohne Behandlung ein Jahr später auffällig bleiben (Roulstone et al., 2003). Phonologische Bewusstheit erweist sich als bester Prädiktor des Erwerb der

Lese- / Schreibfähigkeit (Hesketh, 2004) und sollte deshalb bevorzugt gefördert werden (Denne et al., 2005).

### **3.2.5 Kinder mit Körperbehinderung**

Frühförderung auf der Intensivstation mit früh geborenen Hochrisikokindern scheint am ehesten mit dem *NIDCAP*-Programm (Als, 1996) bzw. mit der Förderung früher Eltern-Kind-Interaktion erfolgreich, während im ersten Lebensjahr nach Klinikentlassung weder Bobath- noch Vojta-Therapie günstige Effekte zeigten – hier scheinen an Meilensteinen oder spezifischen Entwicklungsaufgaben ausgerichtete physiotherapeutische Förderprogramme überlegen (Blauw-Hospers & Hadders-Algra, 2005). Im zweiten Lebensjahr wirkten sich allerdings bei Kindern mit M. Down bzw. Cerebralparese weder Bobath- noch entwicklungsorientierte Interventionen förderlich auf Tempo oder Qualität der motorischen Entwicklung aus (Mahoney et al., 2004). Die Wirksamkeit der Konduktiven Edukation (Hari & Akos, 1988) kann wegen methodisch unzureichender Studien immer noch nicht abschließend beurteilt werden (Darrah et al., 2004). Bei älteren Kindern finden Storck et al. (2000) mit einem interdisziplinären Therapieangebot Therapie

effekte nach einer dreiwöchigen stationären Behandlung bei Kindern mit zerebralen Bewegungsstörungen, im Follow-up außerdem eine Zunahme der Lebensqualität in den Familien.

### **3.2.6 Kinder mit sozioemotionalen Störungen**

Die Prävalenz von psychischen oder Verhaltensstörungen behinderter oder entwicklungsverzögerter Kinder stellt ein drängendes Problem dar (Sarimski, 2005). Auch hier erweisen sich verhaltenstherapeutische Ansätze insbesondere mit dem aus dem von *Triple P* abgeleiteten *Stepping Stones*-Elterntaining als Erfolg versprechend (Roberts et al., 2006), wobei die universelle Anwendung auf alle Behinderungsgruppen nicht gewährleistet zu sein scheint (Whittingham et al., 2006). Auch auf die Notwendigkeit der Förderung sozioemotionaler Kompetenzen behinderter Kleinkinder und Kinder zur Verbesserung ihres Sozialverhaltens mit Gleichaltrigen wird zu Recht hingewiesen (Guralnick, 2006), es werden erste Programmentwicklungen vorgestellt (Iarocci et al., 2006). Familientherapeutische und humanistische Ansätze sind hier leider unterrepräsentiert.

### **3.2.7 Kinder mit sozialen Risikofaktoren**

Ungünstige familiäre Lebensverhältnisse mit Armut, Krankheit, geringem Bildungsniveau und psychischen Problemen der Eltern stellen ein Entwicklungsrisiko dar, da sie zur Vernachlässigung, zu unangemessener Interaktion und Erziehung der Kinder führen können (Laucht & Schmidt, 2005). Nachhaltigkeit der Kompensation früher Risiken scheint am ehesten von Qualität, Intensität und Ressourcen des Förderprogramms abzuhängen - finanziell besser ausgestattete Programme wie das *Perry Preschool Program* mit besserer Ausbildung der Pädagogen, häufigerer Supervision und kleineren Lerngruppen oder das *Brookline Early Education Project* (Palfrey et al., 2005) übertreffen deshalb das breiter angelegte *Head Start Program* in ihrer Langzeitwirkung (Barnett & Hustedt, 2005). Eine erhebliche Bedeutung wird ferner bindungstheoretisch fundierten Präventionsprogrammen zukommen, sofern es gelingt, diese in Familien mit sozialem Risiko zu implementieren (*STEEP*; Suess & Kissgen, 2005) bzw. alternativ niedrigschwellig anzubieten (Beyersmann, 2000; KindErleben, 2006).

### 3.2.8 Hilfen für Eltern von Kindern mit Entwicklungsstörungen

Für den Übergang von der Klinik in den Alltag haben sich Nachsorgekonzepte als vorteilhaft erwiesen, in denen Eltern von Fachleuten weiter betreut werden (Pelchat & Lefebvre, 2004), die in der BRD unter dem Namen "Bunter Kreis" bekannt geworden sind und nachhaltig wirken (Porz et al., 2002). Edukative Programme, Interaktions-coaching, Beziehungsaufnahme oder positives Modelllernen sind im Weiteren für Eltern behinderter Kinder hilfreich (Barnard, 1997), geleitete Elterngruppen und Selbsthilfegruppen erweisen sich nach wie vor als unterstützend (Barnett et al., 2003). Aus Sicht der Eltern scheinen allerdings vor allem die ihnen entgegengebrachte Anerkennung und Wertschätzung im Kontakt förderlich (Lindblad et al., 2005), wobei elterliche Resilienz und sinngebende positive Erfahrungen mit den Kindern gewürdigt sein wollen (Poehlmann et al., 2005; Pakenham et al., 2004).

### 3.2.9 Empfehlungen

**Eine ganzheitliche und methodisch vielfältige Frühförderung von Entwicklungsstörungen muss flächen-**

**deckend erhalten bleiben, um primäre wie sekundäre Entwicklungsgefährdungen aufzuhalten.**

Frühförderung behinderter Kinder erscheint Erfolg versprechend, da Verbesserungen sowohl in kognitiven als auch in sozioemotionalen Funktionen erreicht werden. Frühförderung darf aber auch nicht mit unrealistischen Erwartungen überfrachtet werden, da die Bemühungen oftmals auf biologische Grenzen stoßen. Möglichkeiten der ganzheitlichen und methodisch vielfältigen Förderung müssen flächendeckend erhalten bleiben, um primäre wie sekundäre Entwicklungsgefährdungen aufzuhalten. Dabei scheint in vielen Fällen angemessene Elternarbeit die notwendige Voraussetzung einer dann auch funktionellen Förderung des Kindes. Präventive Angebote werden angesichts zunehmender Armut und psychischer Störungen der Eltern zur Vorbeugung sozioemotionaler Probleme der Kinder eine wachsende Bedeutung haben.

**Spezielle Förderansätze für besondere ätiologische Störungsgruppen in besonderen familiären Lebenssituationen müssen beschrieben werden.**

Zugleich muss die Suche nach speziellen und wirksamen Förderansätzen für besondere ätiologische Störungsgruppen in besonderen familiären Lebenssituationen

forciert werden. Eine breit angelegte und methodisch fundierte Wirksamkeitsstudie zur Effektivität interdisziplinärer Frühförderung unter Berücksichtigung ätiologischer Gruppen sowie kind- und familienzentrierter Interventionen fehlt in der BRD bislang und wäre begrüßenswert.

**Die Qualität der Frühförderung (Weiterqualifikation von Frühfördertherapeuten, Interventionsevaluation, Schaffung valider, standardisierter Messinstrumente) muss fortentwickelt werden.**

Die Weiterqualifikation von Frühfördertherapeuten ist dringend erforderlich, und entsprechende Aktivitäten zu begrüßen (Pretis, 2006). Hierzu gehören auch die Fortführung von Qualitätssicherung, Evaluation von Interventionen sowie die Schaffung valider, änderungssensitiver und für deutsche Verhältnisse standardisierter Messinstrumente für kognitive und sozioemotionale Entwicklungsfortschritte sowie des sozialen Lebensumfeldes von Kindern mit Entwicklungsstörungen, wobei sich die Förderungsergebnisse am Grad der durch sie ermöglichten Teilhabe (ICF) messen lassen müssen.

#### **Literatur**

- Als, H. (1996). Earliest intervention for preterm infants in the newborn intensive care unit (47-76). In: Guralnick, M. J. ed. *The Effectiveness of Early Intervention*. Baltimore: Brookes.
- Bailey, D. B., Aytch, L. S., Odom, S. L., Symons, F. & Wolery, M. (1999). Early intervention as we know it. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 5, 11-20.
- Barnard, K. E. (1997). Influencing parent-child interactions for children at risk. In: Guralnick, M. J. (1997), *The effectiveness of early intervention* (249-268). Baltimore: Brookes.
- Barnett, D., Clements, M., Kaplan-Estrin, M. & Fialka, J. (2003). Building New Dreams Supporting Parents' Adaptation to Their Child With Special Needs. *Infants and Young Children*, 16, 184-200.
- Barnett, S. & Hustedt, J. (2005). Head Start's lasting benefits. *Infant & Young Children*, 18, 16-24.
- Bernhardt, B. & Major, E. (2005). Speech, language and literacy skills 3 years later: A follow-up study of early phonological and metaphonological intervention. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 40, 1-27.
- Beyersmann, I. (2000). Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern in einem sozialen Brennpunkt im Rahmen von Netzwerkstrukturen. *Frühförderung Interdisziplinär*, 19, 10-22.
- Blauw-Hospers, C. H. & Hadders-Algra, M. (2005). A systematic review of the effects of early intervention on motor development. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 47, 421-32.
- Bondy, A. & Frost, L. (2001). The Picture Exchange Communication System. *Behavior Modification*, 25, 725-744.
- Corsello, C. M. (2005). Early Intervention in Autism. *Infants & Young Children*, 18, 74-85.



- Darrah, J., Watkins, B., Chen, L. & Bonin, C. (2004). Conductive education intervention for children with cerebral palsy: an AACPD evidence report. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 46, 187-203.
- Denne, M., Langdown, N., Pring, T. & Roy, P. (2005). Treating children with expressive phonological disorders: does phonological awareness therapy work in the clinic? *International Journal of Language and Communication Disorders*, 40, 493-504.
- Eikeseth, S., Martin, N. T., Mudford, O. C. & Reeves, D. (2001). Progress and outcomes for children with autism receiving parent-managed intensive interventions. *Research in Developmental Disabilities*, 6, 425-448.
- Familien mit Kindern (0-3 Jahre). Preisträger des Deutschen Präventionspreises 2006. [http://www.deutscher-praeventionspreis.de/praeventionspreis\\_2006/downloads/preistraeger/kinderleben\\_muenchen.pdf](http://www.deutscher-praeventionspreis.de/praeventionspreis_2006/downloads/preistraeger/kinderleben_muenchen.pdf)
- Fewell, R. R. & Glick, M. P. (1996). Program evaluation findings of an intensive Early Intervention Program. *American Journal on Mental Retardation*, 101, 233-243.
- Francis, K. (2005). Autism interventions: a critical update. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 47, 493-9.
- Gillon, G. T. (2005). Facilitating phoneme awareness development in 3- and 4-year-old children with speech impairment. *Language Speech and Hearing Services in Schools*, 36, 308-24.
- Gray, C. (1998). Social stories and comic strip conversations with students with Asperger Syndrome and high functioning autism. In: Schopler, E., Mesibov, G. & Kunce, L, eds., *Asperger Syndrome or High Functioning Autism?* (167-198). N.Y.: Plenum Press.
- Guralnick, M. J. (2006). Peer Relationships and the Mental Health of Young Children with Intellectual Delays. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 3, 49-56.
- Guralnick, M. J. (1998). Effectiveness of early intervention for vulnerable children: A developmental perspective. *American Journal on Mental Retardation*, 102, 319-345.
- Guralnick, M. J. & Albertini, G. (2006). Early Intervention in an International Perspective. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 3 (1), 1-2.
- Hari, M. & Akos, K. (1988). *Conductive Education*. London: Routledge.
- Hesketh, A. (2004). Early literacy achievement of children with a history of speech problems. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 39, 453-68.
- Hodge, T. & Downie, J. (2004). Together we are heard: Effectiveness of daily 'language' groups in a community preschool. *Nursing & Health Sciences*, 6, 101-107.
- Iarocci, G. Virji-Babul, N. & Reebye, P. (2006). The Learn at Play Program (LAPP): Merging Family, Developmental Research, Early Intervention, and Policy Goals for Children with Down Syndrome. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 3, 11-21.
- KindErleben (2006) - Entwicklungstherapeutische Beratungsstelle und Tagesstätte für
- Krause, M. P. (1997). *Elterliche Bewältigung und Entwicklung des behinderten Kindes*. Frankfurt: Lang.
- Largo, R. H. (1998). Wie entwickeln sich behinderte Kinder? In H. G. Schlack, *Welche Behandlung nützt behinderten Kindern (S.8-17)?* Mainz: Kirchheim.
- Laucht, M. & Schmidt, M. H. (2005). Entwicklungsverläufe von Hochrisikokindern: Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie. *Kinderärztliche Praxis*, 76 (6).
- Lindblad, B. M., Rasmussen, B. H. & Sandman, P. O. (2005). Being invigorated in parenthood: Parents' experiences of being supported by professionals when having a disabled child. *Journal of Pediatric Nursing*, 20, 288-297.
- Lovaas, I. O. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3-9.
- Mahoney, G., Robinson, C. & Perales, F. (2004). Early Motor Intervention - The Need for New Treatment Paradigms. *Infants and Young Children*, 17, 291-300.
- McConachie, H. & Diggle, T. (2006). Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: a systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*.
- Pakenham, K. I., Sofronoff, K. & Samios, C. (2004). Finding meaning in parenting a child with Asperger syndrome: correlates of sense making and benefit finding. *Research in Developmental Disabilities*, 25, 245-264.

- Palfrey, J. S., Hauser-Cram, P., Bronson, M. B., Warfield, M. E., Sirin, S. & Chan, E. (2005). The Brookline Early Education Project: a 25-year follow-up study of a family-centered early health and development intervention. *Pediatrics*, 116, 144-52.
- Pelchat, D. & Lefebvre, H. (2004). A holistic programme for families with a child with a disability. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 124-131.
- Pelios, L. V. & Lund, S. K. (2001). A selective overview of issues on classification, causation, and early intensive behavioral intervention for autism. *Behavior Modification*, 25 (5), 678-97.
- Poehlmann, J., Clements, M., Abbeduto, L. & Farsad, V. (2005). Family Experiences Associated With a Child's Diagnosis of Fragile X or Down Syndrome: Evidence for Disruption and Resilience. *Mental Retardation*, 43, 255–267.
- Porz, F., Podeswik, A. & Erhardt, H. (2002). Case Management in der Sozialpädiatrie. Das Augsburger Modell. In Löcherbach, P. (Hrsg.), *Case Management : Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis*. Neuwied: Luchterhand.
- Pretis, M. (2006). Professional Training in Early Intervention: A European Perspective. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 3, 42-48.
- Prizant, B. M., Wetherby, A. M., Rubin, E. & Laurent, A. C. (2003). The SCERTS Model - A transactional, family-centered approach to enhancing communication and socioemotional abilities of children with autism. *Infants and Young Children*, 16, 296–316.
- Roberts, C., Mazzucchelli, T., Studman, L. & Sanders, M. R. (2006). Behavioral Family Intervention for Children With Developmental Disabilities and Behavioral Problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 35, 180-193.
- Roulstone, S., Peters, T. J., Glogowska, M. & Enderby, P. (2003). A 12-month follow-up of preschool children investigating the natural history of speech and language delay. *Child: Care, Health and Development*, 29, 245-255.
- Sarimski, K. (2005). *Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Schopler, E., Lansing, M. D. & Waters, L. (1982). *Teaching Activities for Autistic Children: Volume (1982)*. Pro-ed.
- Shonkoff, J.P., Hauser-Cram, P., Krauss, M. W. & Upshur, C. C. (1992). *Development of infants with disabilities and their families (Monographs 57, No. 230)*. Chicago: Society for Research in Child Development.
- Sinha, Y., Silove, N., Wheeler, D. & Williams, K. (2006). Auditory integration training and other sound therapies for autism spectrum disorders: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 10.
- Storck, M., Haug, U. & Karch, D. (2000). Effect of a 3-week inpatient interdisciplinary therapy intervention on young children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 42, Suppl. Nr. 83, 15.
- Suess, G. J. & Kissgen, R. (2005). STEEP - ein bindungstheoretisch und empirisch fundiertes Frühinterventionsprogramm. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 52, 287-292.
- Wetherby, A. M. & Woods, J. J. (2006). Early Social Interaction Project for Children With Autism Spectrum Disorders Beginning in the Second Year of Life: A Preliminary Study. *Topics in Early Childhood Special Education*, 26, 67-82.
- Whittingham, K., Sofronoff, K. & Sheffield, J. K. (2006). Stepping Stones Triple P: A pilot study to evaluate acceptability of the program by parents of a child diagnosed with an Autism Spectrum Disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 27, 364-380.
- Yoder, P. & Warren, S. (2002). Effects of prelinguistic milieu teaching and parent responsivity education on dyads involving children with intellectual disabilities. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45, 1158-1174.

**Kontaktadresse:**

Dr. phil. Matthias Paul Krause  
Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut

Kinderneurologisches Zentrum Bonn  
Waldenburger Ring 46  
53119 Bonn  
0228 - 66 83 150  
0228 - 66 83 139 fax  
Matthias.Krause@lvr.de

### 3.3 Hochbegabung

Elke Gemeinhardt

Das Konstrukt "Hochbegabung" wird als eine weit überdurchschnittliche Ausprägung von Persönlichkeitsmerkmalen verstanden, nach der Individuen im Vergleich zu Gleichaltrigen Spitzenleistungen oder populationsstatistisch seltene Handlungserfolge erreichen. Wissenschaftlich verbreitet ist die Auffassung von Hochbegabung als einer überdurchschnittlich hohen kognitiven Leistungsfähigkeit, die im Bereich der intellektuellen (akademischen) Fähigkeiten liegt. Hochbegabung wird als Überdurchschnittlichkeit in einem Wertebereich von mindestens 130 Intelligenzquotient-Punkten verstanden, den nur die besten 2% einer Altersgruppe erreichen. Ein solches eindimensionales Kriterium kann aber nur einen Teil der hochbegabten Schülern erfassen.

Mit einer überdurchschnittlichen kognitiven Leistungsfähigkeit geht nicht grundsätzlich eine psychische Belastung einher. Grundlegende Unterschiede in der Persönlichkeit hochbegabter und durchschnittlich begabter Schülern wurden nicht nachgewiesen.

Grundsätzlich sind hochbegabte Schüler im normalen Unterricht meist zufrieden und werden nicht automatisch zu im Leistungsvermögen beeinträchtigten Underachievern.

Folgen einer nicht ausreichenden Forderung im Rahmen der regulären Beschulung können langfristig Motivationsprobleme sein, wenn sich die vom Hochbegabten erlebte Redundanz in notwendigen Übungsphasen und Erklärungswiederholungen niederschlägt. Trotz einer Stigmatisierung hochbegabter Schüler durch ihren Klassenverband zeigt sich im Vergleich zu leistungshomogenen Hochbegabtenklassen, dass sich der reguläre Unterricht und die leistungsmäßig hervorgehobene Position der hochbegabten Schüler in einer günstigen Selbsteinschätzung auswirken.

Hochbegabtenförderung wird in Enrichment-Maßnahmen und akzelerative Maßnahmen unterteilt. Befragungen von hochbegabten Schülern zeigen unterschiedliche Stärken beider Fördermaßnahmen. Hochbegabte Schüler in herkömmlichen Schulen geben sich in der psychosozialen Beurteilung günstigere Werte und sind mit den Lernbedingungen unzufrieden. Schüler aus Hochbegabtenklassen zeigen eine große Zufriedenheit mit den Lernbedingungen und den Fortschritten bei gleichzeitig weniger günstiger Selbsteinschätzung der eigenen Fähigkeiten durch den Vergleich mit den ebenfalls leistungsstarken Mitschülern.

#### 3.3.1 Was versteht man unter Hochbegabung?

Eine inhaltliche Eingrenzung des Begriffes der Hochbegabung ist schwierig, da es kein objektiv beobachtbares Phänomen ist, das überindividuell und interkulturell betrachtet werden kann, sondern es sich um ein gesellschaftlich definiertes sozialkulturelles Phänomen handelt (Cramond,

2004; Urban, 1982).

Erschwerend für das Verständnis dieses Begriffes ist eine Fülle von weiteren Begriffen in der Literatur (Spitzenbegabungen, Sonderbegabungen, Talente), die zum Teil synonym oder auch mit Bedeutungsnuancen verwendet werden. So werden verschiedene Kriterien herangezogen, die auf verschiedenen theoretischen Konzeptionen basieren, um Schüler

als „hochbegabt“, „besonders begabt“ oder „begabt“ (im Allgemeinen synonym gebraucht) zu bezeichnen (Mönks, 2000).

In seiner ganz allgemeinen Bedeutung wird das Konstrukt "Hochbegabung" als eine weit überdurchschnittliche Ausprägung von Personmerkmalen verstanden, nach der Individuen, die im Vergleich zu Gleichaltrigen Spitzenleistungen oder populationsstatistisch seltene Handlungserfolge erreichen, als hochbegabt bezeichnet werden.

Über diese ganz allgemeine Beschreibung hinaus gibt es nach Robinson und Clinkenbeard (1998) keinen einheitlichen Sprachgebrauch. Wissenschaftlich verbreitet ist die Auffassung von Hochbegabung als einer überdurchschnittlich hohen kognitiven Leistungsfähigkeit, die im Bereich der intellektuellen (akademischen) Fähigkeiten liegt. In Abgrenzung dazu wird der Begriff des „Talents“ oder der „Sonderbegabung“ meist für eine herausragende spezifisch umschriebene Leistungsfähigkeit gebraucht, die im nicht intellektuellen Bereich liegt (so zum Beispiel Schach, Sport, Schauspiel, Musik, Kunst; Rost, 2001).

Im allgemeinen Verständnis fällt der Begriff „Hochbegabung“ durch einen elitä-

ren Anstrich auf (Tannenbaum, 1998) und erzeugt oft eine innere Distanzierung und Abwehr (Urban, 2004). Diese Ablehnung kann als eher deutsches Problem in Zusammenhang mit dem planmäßig forcieren Elitedenken während der Zeit des Nationalsozialismus (Langfeldt & Tent, 1999) und den damals gegründeten Nationalpolitischen Erziehungsanstalten („Napola-Schulen“) vermutet werden (Heinbokel, 2001).

### **3.3.2 Wie kann eine Hochbegabung festgestellt werden?**

In der allgemeinen Literatur wird das Kriterium des überdurchschnittlichen Intelligenzquotienten oft als einziges Merkmal zur Bestimmung einer Hochbegabung angelegt (Rost, 2001). Hochbegabung wird hier als Überdurchschnittlichkeit in einem Wertebereich von mindestens 130 Intelligenzquotient-Punkten verstanden, den nur die besten 2% einer Altersgruppe erreichen.

Legt man jedoch das in Abbildung 1 aufgeführte Modell zur Erklärung von herausragenden Leistungen zugrunde, dann wird deutlich, dass ein eindimensionales Kriterium wie ein Wert in einem Intelligenztestverfahren von über 130 Intelligenzpunkten nur einen Teil der hochbegabten Schülern

erfassen kann.

Neben Begabungsfaktoren können sich auch Persönlichkeitsmerkmale (wie zum Beispiel die Stressbewältigung, die Leistungsmotivation oder eine hohe Prüfungsangst) oder Umweltmerkmale (wie zum Beispiel die familiäre Lernumwelt und das

Lernklima) ungünstig auf Leistungen auch in einem Testverfahren auswirken.

Da auch kaum kulturfreie Intelligenztestverfahren durchgeführt werden, birgt das alleinige Kriterium des Intelligenztestwertes die Gefahr in sich, hochbegabte Schülern mit zum Beispiel Migrationshintergrund als nicht hochbegabt zu übersehen.

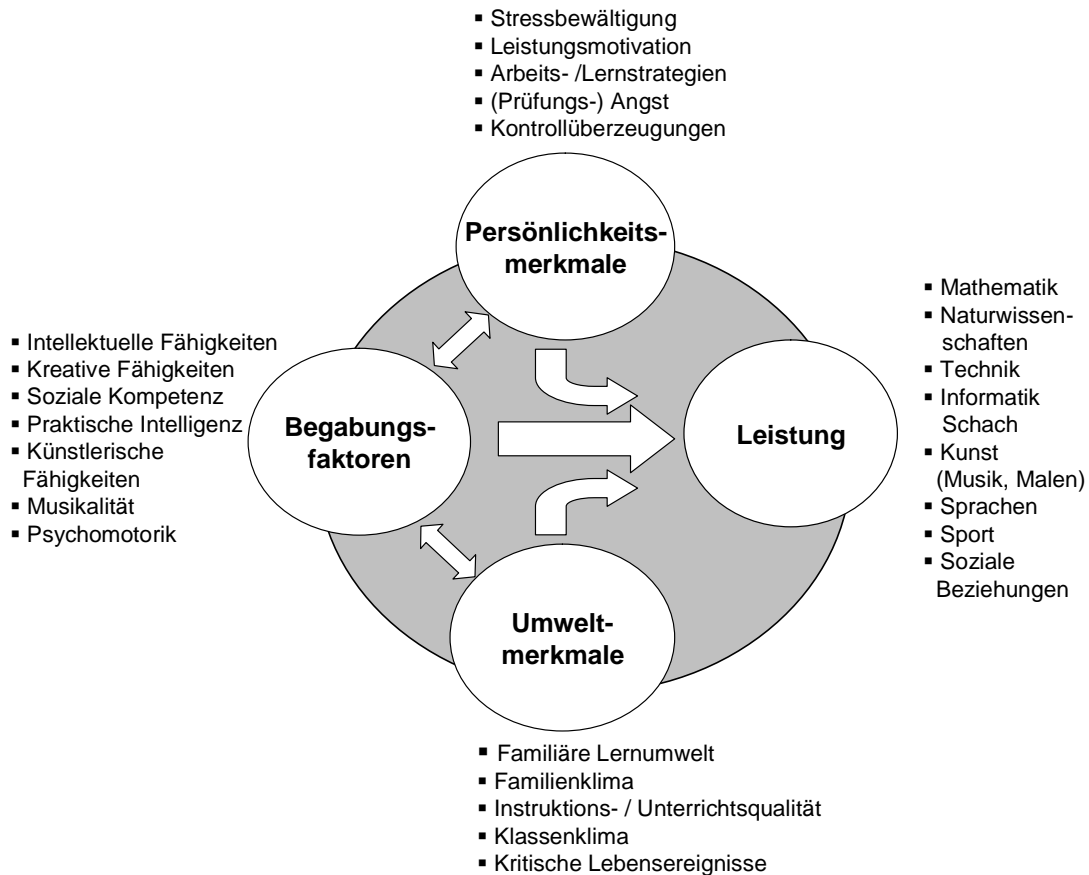


Abbildung 1: Münchner (Hoch-)Begabungsmodell (Heller & Hany, 1986, S. 70)

Dies soll nicht bedeuten, dass die Empfehlung dahin geht, auf den Einsatz der gängigen Intelligenztestverfahren zur Identifikation von hochbegabten Kindern und Jugendlichen (zum Beispiel Kognitiver Fähigkeitstest für 4. bis 12. Klassen, Revision, KFT 4-12 R; Heller & Perleth, 2000; oder den Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder, HAWIK-III; Tewes, Rossmann & Schallberger, 2000) zu verzichten, sondern sie geht dahin, diese Werte differenziert zusammen mit anderen Testverfahren und Eindrücken aus (Eignungs-) Gesprächen zu interpretieren.

### **3.3.3 Gehen mit einer Hochbegabung besondere Belastungen einher?**

Generell geht mit einer überdurchschnittlichen kognitiven Leistungsfähigkeit keine psychische Belastung einher. Grundlegende Unterschiede in der Persönlichkeit zwischen hochbegabten und durchschnittlich begabten Schülern werden in methodisch anspruchsvollen Studien wie zum Beispiel des Marburger Hochbegabungprojektes (Freund-Braier, 2000) nicht nachgewiesen. Die öffentlich immer wieder geäußerten Vorstellungen über einen Zusammenhang zwischen Begabung und psychischer Abnormalität (sog. "Genie-

Verrücktheits-Korrelation"; Rost, 1993) wurden empirisch oft wiederlegt. Auch die Quote einzelner Verhaltensauffälligkeiten unterscheidet sich bei hochbegabten und durchschnittlich begabten Schülern nicht.

Studien, die einen Zusammenhang nachweisen, vergleichen oft spezifische Untergruppen von hochbegabten Schülern mit der Gesamtheit aller Schülern: So werden hochbegabte Schüler, die eine Beratungsinstitution aufsuchen, mit ihrer Altersgruppe verglichen, oder die Gruppe hochbegabter Kinder, deren Eltern aufgrund von Problemen Selbsthilfeorganisationen für Hochbegabte aufsuchen, wird als repräsentativ angesehen. Zudem zeigt sich eine positive Korrelation von Hochbegabung mit der Höhe der sozialen Schicht. Da Eltern höherer sozioökonomischer Schichten sich jedoch generell öfter und schneller an helfende Institutionen wenden, liegt auch hier ein Fehlerpotential einiger Untersuchungen.

Demgegenüber muss aber auch der Einfluss durch die schulische Sozialisation differenziert betrachtet werden: Hier können Effekte durch die schulische Förderung und durch die Mitschülern unterschieden werden.

Ganz grundsätzlich sind die meisten hochbegabten Schüler auch im normalen

Unterricht zufrieden und werden nicht – wie manchmal befürchtet – automatisch zu im Leistungsvermögen beeinträchtigten *Underachievern* (Fachbegriff für Schüler, die deutlich schlechtere Schulnoten erreichen, als es von ihrem Intelligenzniveau her zu erwarten wäre).

Nach einer Studie von Schofield und Hotulainen (2004) nahmen die im Vorschulalter als hochbegabt diagnostizierten Schüler nach einer Gesamtschulzeit ohne jegliche spezifische Hochbegabungsförderung auch beim Schulabschluss die obersten Leistungsrangplätze ein. Schwierig war eher, dass diese hochbegabten Schüler ihre hohe Leistungsfähigkeit nicht als einen wertvollen Aspekt ihrer Person bewerteten (Schofield & Hotulainen, 2004).

Folgen einer regulären Beschulung kann ein Nicht-gefordert-Werden der hochbegabten Schüler sein. Die von ihnen erlebten Redundanzen durch für durchschnittlich begabte Schüler notwendige Übungsphasen und Erklärungswiederholungen können sich langfristig in Motivationsproblemen niederschlagen (Wieczerkowski & Prado, 1993). Trotz einer Stigmatisierung von hochbegabten Schülern durch ihren Klassenverband als „Streber“ (Pelkner & Boehnke, 2003) zeigt sich im Vergleich zu leistungshomogenen Hochbegabtenklassen, dass sich der re-

guläre Unterricht und die leistungsmäßig hervorgehobene Position des hochbegabten Schülers in einer günstigen Selbsteinschätzung vor allem in unterrichtsfachspezifischen Einschätzungen auswirken.

### **3.3.4 Welche Maßnahmen zur Hochbegabtenförderung unterscheidet man?**

Hochbegabtenförderung kann in Enrichment-Maßnahmen (Anreicherung des normalen Unterrichtscurriculums) und akzelerative Maßnahmen (Beschleunigung durch Überspringen von Schulklassen, Hochbegabtenklassen und -schulen) unterteilt werden. Beide Maßnahmen unterscheiden sich grundlegend darin, ob der Schüler im bisherigen Klassenverband verbleibt oder ihn verlässt.

Unter Enrichment-Maßnahmen werden zusätzliche Angebote in den Ferien und am Wochenende verstanden (zum Beispiel Deutsche Schülerakademie, in Nordbaden Hector-Seminare für naturwissenschaftlich-mathematisch begabte Schüler). Dabei verbleibt das hochbegabte Kind bzw. der Jugendliche im leistungsheterogenen Klassenverband mit allen Vor- und Nachteilen und profitiert von den ergänzenden Maßnahmen.



In den Hochbegabtenklassen und -schulen werden hochbegabte Schüler durch Auswahlverfahren und Eignungsgespräche in leistungshomogenen Klassen zusammengefasst. Durch das höhere Lerntempo und die höhere kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit hochbegabter Schüler kann das reguläre Unterrichtscurriculum gestrafft und in den meisten Schulkonzepten die Schulzeit verkürzt oder mit zusätzlichen Unterrichtsangeboten kontinuierlich erweitert werden. In diesen akzelerativen Maßnahmen zeigen sich Anzeichen dafür, dass über diese intensive und fordernde Lernumgebung sogar Einfluss auf die Höhe der Intelligenz genommen werden kann, die im Vergleich zu leistungsheterogen unterrichteten hochbegabten Schülergruppen leicht ansteigt (Kaiser, 1997; Reimann, 2002).

Befragungen von hochbegabten Schülern, die im leistungsheterogenen Klassenverband verblieben und durch zusätzliche Angebote gefördert werden, zeigen im Vergleich zu hochbegabten Schülern, die in Hochbegabtenklassen oder -schulen lernen, unterschiedliche Stärken beider Fördermaßnahmen. Während sich die hochbegabten Schüler in herkömmlichen Schulen in der psychosozialen Beurteilung günstigere Werte geben und mit den Lernbedingungen unzufrieden sind, zeigt

sich gerade bei Schülern der Hochbegabtenklassen eine große Zufriedenheit mit den Lernbedingungen und den Fortschritten bei einer gleichzeitig weniger günstigen Selbsteinschätzung der eigenen Fähigkeiten durch den Vergleich mit den ebenfalls leistungsstarken Mitschülern (Zeidner & Schleyer, 1999).

### 3.3.5 Empfehlungen

Empfehlungen zur Förderung einer Hochbegabung können in Maßnahmen für die Eltern, für die Lehrer, für die Gestaltung der Schullandschaft und für die individuelle Unterstützung der hochbegabten Schüler unterteilt werden.

**Lehrer müssen für das Thema Hochbegabung sensibilisiert und auf Angebote für die Betroffenen aufmerksam gemacht werden.**

In einem engen Kontakt zur Schule brauchen Eltern detaillierte Informationen über verschiedene Unterrichtsmöglichkeiten und Schulschwerpunkte in ihrem Wohnumfeld, um dann gemeinsam mit ihrem Kind und dem Klassenlehrer eine geeignete Möglichkeit zu finden. Hier müssen an jeder Schule engagierte Lehrer durch Fortbildungen sensibilisiert und durch Koordinierungsstellen auf die Angebote der

Region aufmerksam gemacht werden.

**Hochbegabtenklassen und ein flächendeckendes Angebot von Enrichment-Maßnahmen für verschiedene Altersgruppen hochbegabter Schülern sollten eingerichtet werden.**

Grundsätzlich ist neben dem Einrichten von Hochbegabtenklassen auch ein flächendeckendes Angebot von Enrichment-Maßnahmen für verschiedene Altersgruppen hochbegabter Schülern notwendig, um diejenigen Schülern, die aus verschiedenen Gründen im herkömmlichen, regulär leistungsheterogenen Unterricht verbleiben, zu fördern. So kann die Initiative, Schülern ein zusätzliches Betätigungsfeld zum Beispiel durch die Teilnahme an einer Juniorakademie in den Sommerferien zu bieten, diese Jugendlichen motivieren, ihre Leistungsstärke auch im herkömmlichen Unterricht als etwas Positives wahrzunehmen, und ihre Leistungsbereitschaft stärken.

**Kurzfristige psychologische Beratungsangebote, individuelle Ansprechpartner und Mentoren für Hochbegabte sind notwendig.**

Kurzfristige psychologische Beratungsangebote können hilfreich sein, um altersadäquate Konflikte mit Elternhaus und Schule zu entschärfen. Diese werden durch die mit dem Faktor Hochbegabung häufig einhergehende asynchrone Entwicklung von kognitiven, sozial-emotionalen und körperlichen Entwicklungsschritten verstärkt.

Aber auch auf individueller Ebene brauchen hochbegabte Schüler Ansprechpartner, um im regulären leistungsheterogenen Unterricht Unterstützung bei der Suche nach geeigneten zusätzlichen Angeboten zur Förderung zu bekommen.

Auch das Konzept der Mentorenschaft kann sich sehr positiv auf den Berufs- und Lebensweg eines hochbegabten Schülers auswirken. Deutlich wird die Notwendigkeit einer spezifischen Beratung, wenn hochbegabte und leistungsmotivierte Abiturienten nach einem Testverfahren zur Einschätzung von beruflichen Stärken lediglich eine Liste mit rund 150 passenden Berufsvorschlägen ausgehändigt bekommen (Rohrman, 2004).

## Literaturverzeichnis

- Cramond, B. (2004). Can we, should we, need we agree on a definition of giftedness? *Roeper Review*, 27 (1), 15-16.
- Freund-Braier, I. (2000). Persönlichkeitsmerkmale. In: D. H. Rost (Hrsg.), *Hochbegabte und hochleistende Jugendliche*, (S. 161-210). Münster: Waxmann.
- Heinbokel, A. (2001). *Hochbegabung im Spiegel der Printmedien seit 1950. Vom Werdegang eines Bewußtseinswandels* [online]. Osnabrück: BMBF. Verfügbar unter: [http://www.bmbf.de/pub/hochbegabung\\_im\\_spiegel\\_der\\_printmedien\\_seit\\_1950.pdf](http://www.bmbf.de/pub/hochbegabung_im_spiegel_der_printmedien_seit_1950.pdf).  
Letzter Zugriff: 26.02.2006.
- Heller, K. A. & Hany, E. A. (1986). Identification, development and achievement analysis of talented and gifted children in West Germany. In K. A. Heller & J. F. Feldhusen (Hrsg.), *Identifying and nurturing the gifted: An international perspective* (S. 67-82). Toronto: Huber.
- Heller, K. A. & Perleth, C. (2000). *Kognitiver Fähigkeits-Test für 4. bis 12. Klassen, Revision (KFT 4-12 + R). Manual*. Göttingen: Beltz.
- Kaiser, A. (1997). *Entwicklung und Erprobung von Modellen der Begabtenförderung am Gymnasium mit Verkürzung der Schulzeit. Abschlußbericht*. Mainz: v. Hase & Koehler.
- Langfeldt, H.-P. & Tent, L. (1999). *Pädagogisch-psychologische Diagnostik. Band 2: Anwendungsbereiche u. Praxisfelder*. Göttingen: Hogrefe.
- Mönks, F. J. (2000). Begabungen erkennen - Begabte fördern. In: H. Joswig (Hrsg.), *Begabungen erkennen - Begabte fördern* (S. 19-33). Rostock: Uni Rostock, Inst. für Pädag. Psych.
- Pelkner, A.-K. & Boehnke, K. (2003). Streber als Leistungsverweigerer? Projektidee u. erstes Datenmaterial einer Studie zu mathemat. Schulleistungen. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 6 (1), 106-125.
- Reimann, R. (2002). Persönlichkeits- und Leistungsentwicklung im achtjährigen Gymnasium. In: K. A. Heller (Hrsg.), *Begabtenförderung im Gymnasium. Ergeb. e. zehnjährigen Längsschnittstudie* (S. 81-135). Opladen: Leske & Budrich.
- Robinson, A. & Clinkenbeard, P.R. (1998). Giftedness: An exceptionality examined. *Annual Review of Psychology*, 49, 117-139.
- Rohrmann, S. (2004). Erfolg ist nicht alles - Zum Studierverhalten von Absolventen eines Sonderförderzweiges für Hochbegabte. In C. Fischer, F. J. Mönks & E. Grindel (Hrsg.), *Curriculum und Didaktik der Begabtenförderung. Begabungen fördern, Lernen individualisieren* (S. 187-212). Münster: Lit.
- Rost, D. H. (1993). Persönlichkeitsmerkmale hochbegabter Kinder. In: D. H. Rost (Hrsg.), *Lebensumweltanalyse hochbegabter Kinder* (S. 105-137). Göttingen: Hogrefe.
- Rost, D. H. (2001). Hochbegabung. In D. H. Rost (Hrsg.), *Handbuch der Pädagogischen Psychologie* (S. 239-248). Weinheim: Beltz.
- Schofield, N. J. & Hotulainen, R. (2004). Does all cream rise? The plight of unsupported gifted children. *Psychology Science*, 46 (3), 379-386.
- Tannenbaum, A. J. (1998). Programs for the gifted: To be or not to be. *Journal for the Education of the Gifted*, 22 (1), 3-36.
- Tewes, U., Rossmann, P. & Schallberger, U. (2000). *Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder III (HAWK-III)*. Göttingen: Hogrefe.
- Urban, K. K. (2004). *Hochbegabungen. Aufg. u. Chancen für Erziehung, Schule u. Gesellschaft*. Münster: Lit.
- Urban, K. K. (Ed.). (1982). *Hochbegabte Kinder*. Heidelberg: Schindele.
- Wieczerkowski, W. & Prado, T. M. (1993). Spiral of disappointment: Decline in achievement among gifted adolescents. *European Journal for High Ability*, 4 (126-141).
- Zeidner, M. & Schleyer, E.J. (1999). The effects of educational context on individual difference variables, self-perceptions of giftedness, and school attitudes in gifted adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(6), 687-703.

**Kontaktadresse**

Dipl.-Psych. Elke Gemeinhardt, E-Mail: [elke.gemeinhardt@uni-erfurt.de](mailto:elke.gemeinhardt@uni-erfurt.de)  
Universität Erfurt  
Erziehungswissenschaftliche Fakultät  
Lehrstuhl für Pädagogisch-psychologische  
Diagnostik und Differentielle Psychologie  
Nordhäuser Str. 63  
99089 Erfurt

## 3.4 Suchtkranke Kinder als Abbild gesellschaftlicher Phänomene

Laszlo A. Pota

Der Konsum psychotroper Substanzen ist in allen Gesellschaften verbreitet und Teil des kulturellen Lebens. In Europa stellen sinkendes Einstiegsalter, Veränderungen in Bezug auf die Substanzarten und Konsummuster von Kindern und Jugendlichen ein wachsendes Problem dar, dem konzeptuell begegnet werden muss. Für einen Teil der Jugendlichen sind Strukturen im Hilfesystem erforderlich, die Nachreifungsprozesse ermöglichen und adäquat unterstützen können. Für die Gruppe von Jugendlichen, deren Prognose ohne unterstützenden Maßnahmen im Hinblick auf Entwicklungs- und Bildungschancen und ihre gesellschaftliche Teilhabe allgemein schlecht ist, sind sowohl therapeutische Interventionen als auch ein hürdenarmer Zugang notwendig. Zur ausgereiften Mischung der Ansätze in der Drogenhilfe gehört neben strikt abstinenzorientierten Ansätzen auch eine ausreichend ausgestattete Struktur niedrigschwelliger Angebote, damit erwartbaren Vereiendungszenarien für eine nicht unerhebliche Zahl von Kindern und Jugendlichen begegnet werden kann.

### 3.4.1 Die Ausgangssituation

Die Auseinandersetzung mit dem Missbrauch von Nikotin, Koffein, Alkohol, Medikamenten, illegalen und natürlichen Drogen, den Freizeitsüchten sowie den Folgen dieses Missbrauchs sind zu einer vorrangigen gesellschaftspolitischen Aufgabe geworden, besonders da schon bei Kindern die Bereitschaft zum Gebrauch von Rauschmittel stetig steigt und zur Gesundheitsgefährdung führt. Inzwischen haben auch in Europa alle möglichen Formen von Rauschgebrauch selbst in den kleinsten Gruppierungen unserer Gesellschaft – vorzüglich in der Familie – auf einer breiten Basis Einzug erhalten.

Offensichtlich ist bei näherer Betrachtung Abhängigkeit in ihrer Vielfalt ein durchaus menschliches Wesensmerkmal, das zum Menschen gehört, vielleicht ebenso wie das Gegenteil – Unabhängigkeit und Freiheitsstreben. Der gelegentliche Konsum von Drogen (das Ausprobieren) ist bei Jugendlichen und inzwischen auch bei Kindern immer mehr verbreitet. Jugend ist zu begreifen als eine biologisch, psychologisch und sozial bedeutsame Entwicklungsphase, in der der junge Mensch seine eigene Identität zumeist außerhalb des familiären Bezugssystems entwickelt. In dieser Phase tritt die Bedeutung der Familie zurück, die „peer group“ wird mit allen ihren Verflochtenheiten wichtiger Maßstab für das eigene Leben.

Innerhalb eines kurzen Zeitabschnittes stehen die Jugendlichen vor wesentlichen Entscheidungen und Entwicklungsaufgaben. Neben der biologischen Reifung geht es besonders um die soziale Integration, das Erlernen der „richtigen“ - im Sinne von sozial kompetenten - Interaktionsformen sowie die Wahl zwischen den oft wenigen realen Ausbildungs- und Arbeitsplatzangeboten. Viele Jugendliche erleben damit im Alter von 12 bis 18 Jahren eine Überforderung, insbesondere wenn sie bereits von traumatischen Erlebnissen, vielen negativen Erfahrungen, fehlenden Vorbildern, falschen Idealen, geringen persönlichen Erfolgen und Perspektivlosigkeit geprägt sind und wenig Unterstützung aus dem Umfeld erfahren.

Durch die mit steigendem Alter der Kinder und Jugendlichen immer geringer werdenden Möglichkeiten der Eltern, Lehrer und anderen Institutionen auf die individuellen Schwierigkeiten und Rückstände der Betroffenen noch rechtzeitig einzugehen, werden die damit ohnehin schon problematischen Jugendlichen durch eine sich auf Leistung festlegende Gesellschaft bereits in der Schul- oder Arbeitswelt weiter isoliert. Die Folgen sind eine schnelle Abfolge von riskantem und sozial problematischem Verhalten einschließlich Drogenversuchen bis hin zum regelmä-

gen Gebrauch, um das Elend nicht mehr zu spüren. Bei vielen dieser Jugendlichen vollzieht sich damit der Rückzug in peer groups mit aufsässigen Verhaltenstendenzen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Abgleiten in die Beschaffungskriminalität und u. U. Suizidalität. Dies geschieht oft ohne sichtbare Grenzen, fließend.

Eine neue Generation von Konsumenten formiert sich derzeit europaweit in zwei Lagern. Die einen, die sich erst „nur“ gelegentlich auf Designerdrogen einlassenden „Wochenendkonsumenten“, die den Wunsch hegen, „auszuklinken“, ansonsten aber eher kontrolliert in eine ihnen sonst abgehende Genusswelt flüchten; die anderen, die sich nach bekanntem Muster in der Subkultur bestimmter Szenen teilweise schon mit zwölf Jahren einrichten und z. T. gleich mit harten Drogen den Einstieg finden. Auch wenn es „den Jugendlichen“ nicht gibt, erst recht nicht „den Süchtigen“, haben nach statistischen Angaben des Gesundheitsministeriums in Deutschland von zehn Jugendlichen bis zum 21. Lebensjahr 80% Erfahrungen mit Drogen. Von diesen haben 40% ernsthafte Probleme in ihrer Entwicklung erlebt. Bei diesen treten in den meisten Fällen bereits im Vorfeld neben dem häufigen Drogenmissbrauch soziale Störungen und Verhaltensauffälligkeiten auf.

Aus dem Konsumenten wird ein regelmäßiger und problematischer Gebraucher. Diese suchtkranken Kinder und Jugendlichen benötigen in der Regel langfristige und stationäre Hilfsangebote für einen heilenden Prozess samt Nachreifungsmöglichkeiten im psychosozialen Bereich.

### **3.4.2 Stationäre Interventionsmöglichkeit**

Lange Zeit existierte für suchtkranke Kinder und Jugendliche lediglich die Unterbringung in unspezifischen Heim- und Wohnbetreuungsstrukturen oder in den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen großer Klinikkomplexe. Seit 1992 arbeitet in Hamburg eine modellhafte Einrichtung mit 30 Plätzen für die Altersgruppe von 12 bis 18 Jahren. In die Einrichtung (COME IN) werden Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 12 und 18 Jahren aufgenommen, die von einer Vielfalt psychosozialer Defizite betroffen sind. Um der Mehrdimensionalität der Störungen zu begegnen, sind komplexe und vielfältige Formen von Wachstums- und Behandlungsmöglichkeiten, die in ihrer Flexibilität und Struktur langfristig eine Nachreifung sowie Neuorientierung ermöglichen, nötig.

Die Anamnesen der Jugendlichen zeigen interessante Daten auf. Alle Klienten stammen aus Scheidungsfamilien, nur 10% weisen einen Schulabschluss ab. Über 50% der Familien sind selbst von Suchtstrukturen betroffen. Es zeigt sich weiterhin eine im Laufe der Jahre steigende Tendenz von Frühkontakt mit Heroin ab. 80% der Klienten sind von Anfang an polytoxikoman und haben bereits im Alter von 11 bis 13 Jahren den Einstieg in die Heroinszene vollzogen. Die meisten der Kinder und Jugendlichen stammen aus den Bahnhofsszenen der Großstädte sowie aus sozialen Subgruppen wie Autocrash-Kinder, S-Bahn-Surfer, Punker und Trebegänger. Alle Klienten haben Prostitutionserfahrungen und sind in mehrfacher Weise familiärer Gewalt und Missbrauch ausgesetzt gewesen.

Das Durchschnittsalter der Klienten lag 1992 noch bei 17,4 Jahren, heute liegt es bei 15,9 Jahren. Im Durchschnitt kommt es pro Person zu ca. ein bis zwei Abbrüchen im ersten Jahr, bevor eine endgültige Entscheidung zum Therapieverbleib getroffen werden kann.

Die bisherigen Erfahrungen mit Abbrüchen zeigen sehr deutlich, dass zu einem festen Therapieentschluss ein Prozess der wiederholten Überprüfung der insti

tutionellen und persönlichen Grenzen gehört.

Die Besonderheit der Intervention liegt in einer Betreuung, die die suchtkranken Kinder und Jugendlichen prozessorientiert mit ihren Defiziten und Kompetenzen konfrontiert, aber gleichzeitig in einer emanzipierten Beziehung Halt und Kontinuität anbietet. Weiterhin liegen die Stärken des Konzeptes in dem methodenübergreifenden und multiprofessionellen Ansatz, also der Integration von Tätigkeitsfeldern des Gesundheitswesens, der Drogenhilfe und der Jugendhilfe. Dieses Modell der funktionierenden Einheit eines Netzwerks von Therapie, Arbeit, Schule, Freizeit und kontinuierlicher Betreuung begleitet Kinder und Jugendliche, die sonst als Problemfälle durch das Netz der pädagogischen und psychosozialen Versorgung fallen. Ziel ist die tatsächliche Nachreife und gesellschaftliche Wiedereingliederung.

Am Ende können die Jugendlichen in täglicher Auseinandersetzung miteinander aus einem vorgegebenen, klar strukturierten Tagesablauf heraus Selbstversorgung und Selbstverantwortung aufbauen. Dies beinhaltet, den anderen gemäß eigenen Stärken zu helfen und solidarisch miteinander umzugehen. Jeder Schritt im

Lernprozess wird durchschaubar für alle in Form von gemeinsamem Leben, Lernen, Arbeiten und Spielen - immer an den Schwächsten der Gemeinschaft orientiert, denn ein Sichöffnen, Sicheinlassen, Sichneu-Orientieren können nur dort erfolgen, wo der Angst vor Verlust durch liebevolles, aber konsequentes Halten und Begleiten begegnet werden kann.

### **3.4.3 Entwicklung von Ecstasy-, Heroin- und Kokainkonsum**

Die vielfältigen Lebensbelastungen unserer schnelllebigen und leistungsorientierten Gesellschaft führen häufig zu einer Überforderung von Eltern und Kindern. Bestimmend sind dabei Auswirkungen von Umweltfaktoren wie sozialer Druck, gesellschaftliche Benachteiligung, Isolation und Perspektivlosigkeit.

Noch nie wurde der Umgang mit den u. U. todbringenden Substanzen und der Handel damit auch von staatlicher Seite so liberal und freizügig geduldet wie heute.

Zusätzlich zu den inzwischen fast schon als selbstverständlich oder unvermeidlich geltenden drei Millionen Alkohol- und Medikamentenabhängigen sowie den Abhängigen von den sog. harten Drogen, deren Zahl je nach Interpretationsvariante zwischen 100.000 und 500.000 schwankt,



kommt eine Welle von Ecstasy-Konsumenten auf uns zu. Die Zahl der Ecstasy-Konsumenten wird von der Zentralstelle für Suchtgefahren auf zwei Millionen in der Bundesrepublik geschätzt. Die Anzahl der Kinder und Jugendlichen liegt bei rund einem Drittel.

Z. Zt. bildet sich eine Subkultur der Konsumenten von Designerdrogen heraus, die eher angepasst und gesellschaftlich eingebunden sind und nur an den Wochenenden in eine Traumwelt flüchten. Ecstasy ist eine Droge, die alle Schichten erreicht, mit der sich bereits Kinder auf den Weg aus der Realität begeben. Selten bleibt es bei einer Stoffspezifizierung, in den meisten Fällen kommen verschiedene andere Rauschmittel dazu.

Die Zahl derer, die sich zur Heroinszene zugehörig fühlen, nimmt ständig ab. Dies besagt aber nicht, dass es einen Rückgang der Heroinabhängigen gebe. Eher ist festzustellen, dass ein neues Bewusstsein vorherrscht, nach dem die Heroinszene als „Schmuddelszene“ betrachtet wird und sich Jugendliche von ihr nicht mehr angezogen fühlen.

Neben Heroin ist Kokain an die zweite Stelle getreten. Selten wird es intravenös konsumiert, dafür umso öfter geraucht

oder geschnupft. Kokain gilt immer noch als eine „schicke“ Droge, aber auch als eine leistungssteigernde Substanz. Auch Amphetamine werden als Aufputzmittel und künstliche Glückspillen weitere Marktanteile erobern.

Es ist zu erwarten, dass der Konsum von Crack auch in Europa bevorsteht.

#### **3.4.4 Prävention von Drogenkonsum**

Für Handlungsentscheidungen im praktischen Bereich der Drogenentwöhnungsarbeit - sei es in der Vorbeugung, Beratung, Therapie, Bekämpfung des illegalen Handels und der Beschaffungskriminalität oder in der Drogenpolitik allgemein - sind nicht nur Oberflächenphänomene wie Drogenspezifität beim einzelnen Konsumenten, Epidemiologie der einzelnen Rauschmittel oder Abhängigkeitstypen von Bedeutung, sondern auch analytisch erheblich komplexere Fragen wie die nach den Ursachen individueller Drogenabhängigkeit.

Für die Präventionsarbeit ergeben sich Fragen, die noch vor dem Suchtbegriff zu klären sind, Fragen nach den Bedingungen und dem Verlauf einer Abhängigkeitsentwicklung:

- Wie steht das problematische Verhalten in Beziehung zur altersabhängigen Entwicklung?
- Steht das Suchtverhalten im Zusammenhang mit einer Reifungskrise?
- Dient das problematische Verhalten der temporären Entlastung, Kompensation oder Klärung?
- Wie wird die mögliche weitere Entwicklung verlaufen?
- Werden Krisen durch die Veränderungen über die Zeit überholt und damit das störende Verhalten remittierend, oder beginnt ein Teufelskreis, aus dem es kein Entkommen mehr gibt?

Ziel jeder Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention muss es sein, die Sozialisations- und Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen sowie die daran beteiligten Institutionen und sozialen Systeme zu erforschen, zu begleiten und diese an spezifischen Punkten so zu verändern, dass auslösende und verstärkende Prozesse und Faktoren möglichst aller Störungen und Behinderungen beseitigt oder in ihrer Auswirkung gering gehalten werden. Es geht also um die Schaffung und Erhaltung von fördernden Lebensbedingungen.

Hierbei darf primäre Prävention nicht missverstanden werden als Versuch vollständiger Verhütung jedweden Risikoverhaltens. Sekundäre und tertiäre Prävention darf genauso wenig zur Hospitalisierungsmaßnahme verkommen. Eine Herausforderung ist es, den frühestmöglichen, aufgrund der Individualität und Vielfalt der Ursachen nur schwer bestimmbareren Zeitpunkt zur Reintegration und Nachreifung zu finden. Prävention muss an diesen Punkten ansetzen und versuchen, die vermeidbaren Ursachen der Störungen zu finden, ihnen entgegenzuwirken oder sie möglichst zu verhindern. Gegenüber unvermeidbaren Lebenskrisen wie Krankheit und Tod gilt es, eine Haltung zu erwerben, die der persönlichen Weiterentwicklung dient.

### 3.4.5 Empfehlungen

**Um der Mehrdimensionalität der Störungen zu begegnen, sind komplexe Formen von Behandlungsmöglichkeiten erforderlich.**

Die Unterbringung von suchtkranken Kindern und Jugendlichen in unspezifischen Heim- und Wohnbetreuungsstrukturen sollte ergänzt werden durch Einrichtungen mit komplexen und vielfältigen Wachstums- und Behandlungsmöglichkeiten, die

in ihrer Flexibilität und Struktur langfristig eine Nachreifung und Neuorientierung ermöglichen.

**Drogenprävention muss möglichst frühzeitig einsetzen und bedarf nicht nur des Erhalts, sondern auch des Ausbaus der Palette niedrigschwelliger Angebote.**

Kinder und Jugendliche mit Substanzgebrauch werden immer jünger und neh-

men in ihren regelhaft nicht geradlinigen Ausstiegsszenarien nur zögerlich therapeutische Angebote in Anspruch. Die erforderliche möglichst frühzeitige Intervention vermeidet den hohen Verlust von Bildungs- und Entwicklungschancen und bedarf nicht nur des Erhalts der wenigen bestehenden, sondern auch des Ausbaus der Palette niedrigschwelliger Angebote zusätzlich zu den primär präventiven Aktivitäten in Schulen und der Öffentlichkeit.

**Basisliteratur**

Die Literatur zum Drogenproblem, zur Therapie der Drogenabhängigkeit und Suchterkrankung ist nahezu unübersehbar. Es wurden deshalb nur solche Quellen herangezogen, die in einem unmittelbaren Bezug zur Konzeption stehen.

Aßfalg, R.: Die Kunst der Indikation. Neuland-Verlag Geesthacht, 1997

Baudis, R.: Nach Gesundheit und der Krankheit suchen. Rudersberg, 1997

Bittner, G.: Problemkinder – Zur Psychoanalyse kindlicher u. jugendlicher Verhaltensauffälligkeiten, Vandenhoeck 1996

Bock, T., WEIGAND H.: Handwerksbuch Psychiatrie, Psychiatrieverlag, Bonn, 2002

Bühler, Chr.: Einführung in die humanistische Psychologie, Ullstein, Frankfurt, 1983

Bünthe-Ludwig, C.: Gestalttherapie - Integrative Therapie, "Leben heißt wachsen". In: PETZOLD, H. (Hrsg.): Wege zum Menschen - Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie, 2 Bde., Paderborn: Jungfermann, 1984

Cumming, J., Cumming, E.: Ich und Milieu. Theorie und Praxis der Milieuthherapie. Göttingen: Verlag f. Medizinische Psychologie (Vandenhoeck & Ruprecht), 1979

Dörner/Plog: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie, Bonn, 1996

Heigl-Evers, A. Schultze-Dierbach, E., Standke, G.: Grundformen bei Abhängigkeit und Sucht. In: Warneke, K. Bühringer, G. (Hrsg.): Grundstörungen der Sucht. Springer. Bln, Heidelberg, 1991

Herbst, K.: Verlaufsanalyse bei Drogenabhängigkeit nach stationärer Behandlung, 1992

Jones, M.: The Therapeutic Community. New York: Basic Books, 1953

Jones, M.: Theorie und Praxis therapeutischer Gemeinschaften in.: PETZOLD, H.: VORMANN, G., 1980, p. 58 - 67

Kernberg, P. Weiner, A. , Bardenstein, K.: Persönlichkeitsstörungen bei Kindern u. Jugendlichen, Klett-Cotta 2001

Keup, W. (Hrsg.): Folgen der Sucht: 3. wissenschaftl. Symposium gegen d. Suchtgefahren in Tutzing, 1978. Stuttgart: Thieme, 1980

Klingelmann : Wie viel Therapie braucht der Mensch, Sucht, Selbstheilungstendenzen und Familie als biographisches Leitmotiv, Schweiz, 1983

Klußmann, R.: Psychotherapie. Springer Verlag, Berlin, 1993

Luborsky et al.: 1985, Arch gen Psychiatrie 42.606-611

Nissen, G.: Seelische Störungen bei Kindern u. Jugendlichen, Klett-Cotta 2002  
Petzold, H. Maurer, Y.: Integrative Gestalttherapie. In.: MAURER, Y. (Hrsg.): Bedeutende Psychotherapieformen der Gegenwart. Stuttgart: Hippokrates, 1985  
Pota, L. A.: Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Sucht bei Jugendlichen, in Suchtreport 1/2001  
Pota, L. A., Mahringer, N.: Konzeption COME IN! – Fachklinik und Therapeutische Gemeinschaft für suchtkranke Kinder und Jugendliche, *therapiehilfe e.v.*. Hamburg, 2003  
Rahm, D. : Einführung in die integrative Therapie, Paderborn, 1993  
Stein, A.: Problemfelder der Therapie Suchtkranker. Lambertus-Verlag Freiburg, 1985  
Watzl, H. COHEN, R. (Hrsg.): Rückfall und Rückfallprophylaxe. Springer-Verlag, 1989  
Thomasius, R., Küstner, U.: Familie und Sucht, Schattauer. Stuttgart, 2005  
Yalom, Irvin D.: "Grundlagen und Methoden" und "Gruppenpsychotherapie". München: Kindler, 2000

**Kontaktadresse:**

Dipl.-Psych. Laszlo A. Pota, E-Mail: POTA796@aol.com  
Psychotherapeutische Praxis  
Mengstraße 66-70/3  
"Tesdorpf-Haus"  
23552 Lübeck

## 4. Beispiele der Versorgungsrealität

---

### 4.1 Integration der Elternarbeit in die gesunde Schule

Dr. Marion Tacke

Elternarbeit stellt im schulischen Geschehen ein altes, aber auch ein sehr aktuelles Thema dar, wobei Unterschiede nach Schulformen existieren. An Grundschulen und Gymnasien zeigen Eltern stärkeres Engagement als beispielsweise an Hauptschulen. Die Arbeit mit Eltern hat sich aufgrund vielfältiger Veränderungen in der Schulentwicklung gewandelt. Während Eltern früher nur zu Elternabenden und -sprechtagen in die Schule kamen oder wenn sie aufgrund von Leistungs- und Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder zum Gespräch gebeten wurden, beteiligen sich Elternvertretungen heutzutage im höheren Ausmaß an schulischen Prozessen, wie z.B. in Dienstbesprechungen, an schulinternen Lehrerfortbildungen und an der Vernetzung zwischen Elternhäusern und Schulprojekten. Die Integration von Elternarbeit ist aus dem Konzept der gesunden Schule nicht mehr wegzudenken. Es liegen eine Reihe von Ideen vor, wie es gelingen kann, Eltern für das Thema Schule zu interessieren und für schulische Belange zum Vorteil aller in der Institution Tätigen einzubinden.

Weibliche Lehrkräfte nutzen Elterngespräche häufiger und fühlen sich stärker als männliche Kollegen durch diese entlastet. Das Gleiche gilt für über 45-jährige Lehrkräfte. Hier zeigt sich für männliche und jüngere Lehrkräfte Handlungsbedarf in Bezug auf Fort- und Weiterbildungen und Supervisionen.

Möglichkeiten der Einbindung von Eltern in eine gesunde Schule reichen von der ersten Kontaktaufnahme über die Beteiligung an Dienstbesprechungen, schulinternen Lehrerfortbildungen und die Übertragung von Aktivitäten und Verantwortlichkeiten bis hin zu einer selbstverständlichen Kommunikation und Kooperation auf Dauer.

#### 4.1.1 Einleitung

Die Arbeit mit Eltern hat sich aufgrund vielfältiger Veränderungen in der Schulentwicklung gewandelt. Während Eltern früher nur zu Elternabenden und -sprechtagen in die Schule kamen oder wenn sie aufgrund von Leistungs- und Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder zum Gespräch in die Schule gebeten wurden, beteiligen sich Elternvertretungen heutzutage im höheren Ausmaß an schulischen Prozessen, wie z.B. in Dienstbesprechungen, an schulinternen Lehrerfortbildungen und an der Vernetzung zwischen Elternhäusern und Schulprojekten. Die Integration von Elternarbeit ist aus dem Konzept der gesunden Schule nicht mehr wegzudenken. In diesem Artikel werden breitgefächerte Ideen aufgezeigt, wie es gelingen kann, Eltern für das Thema Schule zu interessieren und für

zutage im höheren Ausmaß an schulischen Prozessen, wie z.B. in Dienstbesprechungen, an schulinternen Lehrerfortbildungen und an der Vernetzung zwischen Elternhäusern und Schulprojekten. Die Integration von Elternarbeit ist aus dem Konzept der gesunden Schule nicht mehr wegzudenken. In diesem Artikel werden breitgefächerte Ideen aufgezeigt, wie es gelingen kann, Eltern für das Thema Schule zu interessieren und für

schulische Belange zum Vorteil aller an der Institution Tätigen einzubinden. Hierfür wird zuerst die Elternarbeit erläutert, sodann der gewandelte Eltern-Begriff definiert und darauf aufbauend werden Aspekte der gesunden Schule dargelegt. Es schließen sich Überlegungen und Beispiele dazu an, wie Eltern ganz konkret zur Zusammenarbeit gewonnen werden können.

#### **4.1.2 Elternarbeit**

Die Elternarbeit stellt im schulischen Geschehen ein altes, aber auch ein sehr aktuelles Thema dar. In einem Forschungsprojekt zum Themenkomplex der Gesundheitsförderung an Schulen konnten wir nachweisen, dass von Lehrern die Elternarbeit als eine der leichteren Aufgaben gesehen wird. Erheblich schwieriger schätzen Lehrkräfte in Niedersachsen es ein, Schüler und Schülern zu motivieren, sich am schulischen Geschehen sinnvoll zu beteiligen. Dieses tritt insbesondere für die Schulform Hauptschule zutage (s. Sieland/Tacke 2000).

Es wird aus verschiedenen Projekten deutlich, dass bei der Elternarbeit Unterschiede in den Schulformen vorliegen. An Grundschulen und Gymnasien zeigen El-

tern stärkeres Engagement als beispielsweise an Hauptschulen. Um die Kommunikation und Kooperation zwischen Lehrkräften und Eltern zu erhöhen und zu etablieren, bedarf es eines Konzeptes, das von Seiten der Schule angestoßen werden sollte. Hierfür lassen sich die Eltern, die bereits interessiert am schulischen Geschehen teilnehmen, als Motoren für den Aufbau eines Netzwerkes gewinnen. Dafür ist es wichtig, Eltern als Partner und nicht als Gegner in schulischen Abläufen zu sehen.

#### **4.1.3 Gewandelter Eltern-Begriff**

Eltern sind als „Erziehende“ von Kindern und Jugendlichen zu verstehen. Im traditionellen Sinne werden diese Erziehenden als „Familie“ (bestehend aus Mutter, Vater und Kind/ern) definiert. Es kann sich hierbei um leibliche, Pflege- oder Adoptiveltern handeln. In der Bundesrepublik Deutschland steigt mit zunehmenden Ehescheidungsziffern und veränderten Formen des Zusammenlebens auch die sog. „Ein-Eltern-Familie“, bei der es sich um „Alleinerziehende“ handelt. Zudem nehmen die sog. „Patchwork-Familien“ zu, in denen ehemals Alleinerziehende und deren Kinder eine Gemeinschaft bilden. So soll im Nachfolgenden der „Eltern-

Begriff“, der dem soziostrukturellen Wandel unterliegt, in der vorstehend definierten Form verstanden werden.

Gerade durch das Auseinanderbrechen familiärer Strukturen wird es wichtiger, Eltern in den schulischen Ablauf, d.h. in den für alle Beteiligten wichtigen Bildungs- und Erziehungsauftrag der Institution Schule, zu integrieren. Die Schule stellt ein festes, verlässliches Element im Tagesablauf der Kinder und Jugendlichen dar. Auf dieser Grundlage bietet es sich an, tragfähige Strukturen wachsen zu lassen.

#### **4.1.4 Gesunde Schule**

Die „gesunde Schule“ gewinnt im Rahmen von Gesundheitsförderungsprogrammen, die in der Bundesrepublik Deutschland innerhalb der zurückliegenden zehn Jahre viel Resonanz gefunden haben, zunehmend an Bedeutung. Sie soll hier kurz inhaltlich umrissen werden.

Auf der Grundlage der Erkenntnis, dass gesündere Kinder besser lernen und gesündere Lehrkräfte besser unterrichten, sollte eine gesunde Schule als eine hoch-effiziente Produktionsstätte für Erziehung und Bildung angesehen werden, in der

gesunde Eltern nicht fehlen dürfen. So lässt sich die gesunde Schule auch als eine Fürsorgegemeinschaft verstehen, deren vorrangiges Ziel darin besteht, die Gesundheit aller Beteiligten im Blick zu haben. Es gilt, über das Individuum hinauszudenken. So sollten wir das Individuum in einen umfassenden Kontext von Umwelt, Gesellschaft und Politik stellen. Denn Gesundheit kann nur dort gedeihen, wo Menschen leben, spielen und arbeiten. Eines von 15 Merkmalen der gesundheitsfördernden Schule lautet „... schafft partnerschaftliche Beziehungen zwischen Schule, Elternhaus und Gemeinde/Kommune“. (BARMER-Ersatzkasse 1995, S. 29)

Bundesweit beteiligen sich mittlerweile viele Schulen an Projekten der gesundheitsfördernden Schule. So gehört es z.B. zu einem schulischen Gesundheitsförderprogramm in einem sozialen Brennpunkt dazu, für Schüler und Schülern, die zu Hause kein Frühstück bekommen, morgens eine gesunde Mahlzeit, bestehend aus Müsli und Früchten sowie Milchprodukten, vorzuhalten. Gelder für diese Mahlzeit können von Krankenkassen oder anderen Sponsoren (z.B. von Händlern aus der schulnahen Umgebung) zur Verfügung gestellt werden.

An einer gesunden Schule stehen für die dort Tätigen die Themen Wohlbefinden und Entlastung an oberster Stelle. Hierzu gehört es, die Schulleitung, Lehrkräfte, Kinder und Jugendlichen, Eltern, Hausmeister, Schulleistungen und Sekretärinnen darüber aufzuklären, dass es neben dem physischen Gesundheitsbereich auch den Bereich der psychischen und der sozialen Gesundheit gibt.

*Zum physischen Bereich* gehören sowohl das Sitzen auf ergonomisch geformten Sitzmöbeln, die Einrichtung eines Kiosks (mit gesunden Ernährungsprodukten; Äpfel statt gesüßtem Pudding), Bewegung, Pausen als auch Aufklärung über Zahngesundheit, Hygienevorstellungen, Drogen und AIDS etc.

*Zum psychischen Bereich:* Die Gesundheit im psychischen Bereich enthält die Vermittlung psychohygienischen Denkens und Handelns. Hierzu gehört es, allen an der Schule Beteiligten zu verdeutlichen, dass jedes Individuum eigene Stärken besitzt. So kann ein guter Fußballspieler ein schlechter Mathematiker sein, ein Mädchen, das sehr gute Aufsätze verfasst, kann Schwächen im Fach Geographie haben. Im psychischen Bereich gilt es, jeden Schüler mit eigenen Stärken und Schwächen zu akzeptieren. Selbstwert-

stärkendes Verhalten sollte Kindern und Jugendlichen vermittelt werden. Im Rahmen dieser Vermittlung kann auch der Schulpsychologische Dienst eingeladen werden.

Schüler und Schülern sollten darin verstärkt trainiert werden, sich selbstständig Wissen anzueignen, um langfristig in einer globalisierten Welt mitreden zu können. Hierzu gehört es, den Kindern Lerntechniken und Regeln des Zeit- und Organisationsmanagements frühzeitig mit auf den Weg zu geben.

*Der soziale Bereich* kann in der „Lernenden Organisation Schule“ z.B. Projekte zur Förderung eines guten Schulklimas enthalten, wie Konfliktregelung an der Schule, Gewaltprävention, Erlernen von Problemlösungs-Strategien, Einrichtung eines regelmäßigen Morgenkreises oder Klassenrates (s. Kiper 1997).

#### **4.1.5 Eltern für die Zusammenarbeit gewinnen**

Für den direkten Gesprächskontakt mit Eltern besteht an vielen Schulen Nachholbedarf. Wie sich in einem Teil der Lüneburger Gesundheitsstudie (vgl. Sieland/Tacke 2000) nachweisen lässt, nutzen weibliche Lehrkräfte Elterngesprä-



che häufiger und fühlen sich stärker als ihre männlichen Kollegen durch diese Kommunikation entlastet. Das Gleiche gilt für ältere, über 45-jährige Lehrkräfte. Dadurch zeigt sich also für männliche und jüngere Lehrkräfte Handlungsbedarf für Fort- und Weiterbildungen sowie Supervisionen, in denen sinnvolle und konstruktive Gesprächsführungen durch Rollenspiele beispielhaft erleb- und trainierbar gemacht werden.

Zu schulinternen Lehrerfortbildungen sollte der Lehrkörper (themenspezifisch) regelmäßig die Elternvertreter zum gemeinsamen Austausch einladen. Dadurch lassen sich Schulprojekte elternbegleitet gestalten. In Gesamtschulkonzepten wird z.B. die Elternbeteiligung als eine unterstützende und notwendige Aufgabe begriffen. So treffen wir an diesen Schulen häufig selbstständig agierende Eltern bzw. Erziehende. Sie leiten eine schulinterne Cafeteria, stellen Materialien für Lernprojekte zur Verfügung, helfen beim Anlegen eines Schulgartens oder gestalten Schul-feste, sportliche und musikalische Aufführungen mit. Eltern, die ihre Kinder auf eine Gesamtschule geben, wissen häufig um die Entlastung, die ihre eigene Erziehungsfunktion durch diese Schulform erfährt. Deshalb zeigen sie sich auch bereit, mit und in der Schule Ent-

wicklungsprozesse zu initiieren und weiter zu tragen.

Je stärker Lehrkräfte die eigenen Ängste, die sie vor eventuellen Einmischungen der Eltern in schulische Prozesse haben, abbauen, umso mehr lassen sich Eltern als hilfreiche Interaktionspartner in den schulischen Alltag integrieren. So können Eltern, nachdem deren Kinder im Rahmen von Schulförderlichkeiten in eine neue Schule aufgenommen wurden, zur Kommunikation und Kooperation aufgefordert werden. Durch eine Erhöhung der Transparenz schulischen Vorgehens kann erreicht werden, dass eine gesunde Schule als eine gemeinsame Aufgabe von Eltern, Lehrkräften und Kindern sowie Jugendlichen begriffen wird. Ist das Interesse an schulischer Erziehung und Bildung des Nachwuchses geweckt, so kann es sich ereignen, dass vermehrt Eltern bereit sind, auch an einem neu zu entwickelnden oder immer wieder zu variierenden Leitbild einer Schule mitzuarbeiten. Dieses führt zur Identifizierung mit Schulziele. Werden Eltern beispielsweise an Schulprojekten und am Krisenmanagement beteiligt, so erhöht sich deren Einsicht in die Notwendigkeit der Lösung schulischer Probleme.

Im Rahmen der gesunden Schule ist schon vielerorts die Integration von Eltern

in organisatorische Prozesse gelangen, wie z.B. Leitung einer Milchbar, Dienst in der Schulbibliothek oder Mitarbeit an Schulfesten. Es lassen sich aber auch mit Eltern gemeinsam Referenten in die Schule einladen, die z.B. zu Hochbegabung, zum Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom oder zu Gewalt- und Suchtprävention sprechen. Außerdem können Eltern durch eigene Beiträge bei der Herausgabe einer Schulzeitung helfen. Hierdurch entstehen direkte mitmenschliche Kontakte, die ungezwungen und selbstverständlich ablaufen.

Bedeutsame Ergebnisse aus der Bewältigungsforschung (vgl. Eid/Diener 2002) weisen auf die Wichtigkeit des Wohlbefindens an einer gesunden Schule hin. Hierzu gehört es, alle am Schulgeschehen beteiligten Individuen (von der Schulleitung über die Lehrkräfte, die Eltern, die Kinder, Jugendlichen, die Schulsekretärin, den Schulassistenten bis hin zum Hausmeister) in ein Klima des Wohlbefindens einzubinden. Da die Eltern neben der Schule einen großen Zeitanteil mit ihren Kindern verbringen können, sollte deren Einfluss auf diese von schulischer Seite beachtet werden.

Lehrkräfte sollten kurz-, mittel und langfristig versuchen, für das schulische

Wohlbefinden auf die Mitarbeit von Eltern zu setzen. Diese Mit- bzw. Zusammenarbeit zwischen den Systemen Schule und Elternhaus soll an drei Zielpunkten festgemacht und kurz ausgeführt werden: Offener Umgang mit Eltern, gemeinsamer Erziehungsauftrag und Projektarbeit.

#### **4.1.6 Offener Umgang mit Eltern**

Lehrkräfte sollten versuchen, den Eltern von Anfang an vertrauens- und verständnisvoll, offen, wertschätzend und ehrlich zu begegnen. Dieses Verhalten wird dazu führen, dass sich Eltern ihrerseits kooperationsbereit und engagiert zeigen können. Hierfür ist es von schulischer Seite notwendig, den Kontakt zu und mit den Eltern zu suchen. Dazu gehört es auch, anerkennendes Verhalten, das die Eltern der Schule gegenüber zum Ausdruck bringen, als Lehrkraft annehmen zu können.

#### **4.1.7 Gemeinsamer Erziehungsauftrag**

Im Blickpunkt der Kommunikation zwischen Elternhaus und Schule sollte immer das gemeinsame Arbeiten an den Fähigkeiten und Fertigkeiten der Schülern stehen. Hierfür ist es wichtig, neben der Er

ziehungs- und Bildungsfunktion, die die Schule erfüllt, die Eltern in ihrer Erziehungsaufgabe zu unterstützen und damit das Wohl des Kindes im Blickpunkt zu haben.

#### **4.1.8 Projektarbeit**

Um die Eltern als gleichberechtigte Partner im System der gesunden Schule sehen und sie für das schulische Geschehen interessieren zu können, ist es ratsam, die Eltern durch eine Verantwortungsübertragung in schulische Abläufe und Prozesse zu integrieren. Diese Einbindung kann durch Projektarbeit (wie z.B. Planung und Aufbau eines gesunden Kiosks, Anlegen eines zu gestaltenden Schulgartens, künstlerische Herrichtung einiger Wandflächen oder des Schulhofes) geschehen.

Diese Zielpunkte lassen sich weiter konkretisieren. So kann es von der Schulleitung einer gesunden Schule arrangiert werden, dass Eltern beispielsweise zu einer gemeinsamen Fortbildung mit dem Thema „Effektive Elterngespräche“ eingeladen werden. Denn es soll bei Gesprächen mit den Eltern nicht darum gehen, diese in ihrer Erziehungsfunktion anzugreifen, sondern darum, immer das

Wohlbefinden des Kindes im Fokus zu haben und somit auch Probleme aus der Sicht des Schulkindes zu sehen.

Als weiterer Türöffner für Eltern kann ihre „Hospitation im Unterricht“ dienen. So erweitern sie die eigene Vorstellungskraft für schulische Abläufe und Erfordernisse. Die zum Kindeswohl vertretbaren Überlegungen (insbes. bei Unterschichtfamilien) werden durch eine konkrete Einbindung in schulische Prozesse eher nachvollziehbar und regelbar.

Finden öfter effektive, offene und kurze Gespräche zwischen Lehrkräften und Eltern statt, so können viele Problemlösungen „ganz nebenbei“ erfolgen. Bei schwierigeren Gesprächen sollte der Lehrer immer ruhig und gelassen bleiben, das Kind in den Vordergrund der Betrachtung stellen und hinterher ein Gesprächsprotokoll anfertigen, das den Eltern in Kopie zugänglich gemacht wird. Durch dieses Vorgehen fühlen sich Eltern ernst genommen und nicht einer hierarchischen Schulstruktur hilflos ausgesetzt.

#### **4.1.9 Einbindung der Eltern in schulische Prozesse**

Die Auflistung konkreter Möglichkeiten, wie Eltern in schulische Prozesse eingebunden werden können, mag die Vielfalt

der Kooperation zwischen einer gesunden Schule und den Elternhäusern vermitteln. Konkrete Beispiele seien hierzu nachfolgend notiert.

Eltern können eingebunden werden in die Planung und Durchführung: eines gesunden Kiosks, von sportlichen Ereignissen, Kunstveranstaltungen, Theater- und Musikvorführungen, der Integration ausländischer Eltern, der Vermittlung beruflicher Kenntnisse im Unterricht und diverser anderer Aktivitäten.

Die Überlegungen, Eltern in eine gesunde Schule einzubinden, reichen von der ersten Kontaktaufnahme über die Beteiligung an Dienstbesprechungen, schulinternen Lehrerfortbildungen und die Übertragung von Aktivitäten und Verantwortlichkeiten bis hin zu einer selbstverständlichen Kommunikation und Kooperation auf Dauer. Hierfür ist es bedeutsam, dass Lehrer und Lehrerinnen auf unterschiedliche Elternhäuser zugehen, um die Eltern am schulischen Geschehen durch wiederholte Einladungen sporadisch und langfristig teilhaben zu lassen. So kann sich ein Wohlbefindensprozess entwickeln. Eltern fühlen ihre Kinder und sich selbst in der Schule gut aufgehoben und brauchen nicht gegen das System Schule zu arbeiten.

Ein vernetzter Erziehungs- und Bildungsprozess für Kinder und Jugendliche wird so auf einer guten Basis wachsen. Eltern lernen, sich als Teil des schulischen Systems zu sehen und zu integrieren und wertvolle Beiträge zu leisten, die anderen und der eigenen Familie zugutekommen. Durch die Einbindung der Eltern in eine gesunde Schule wird es möglich, miteinander zu sprechen und Problemlösungsprozesse gemeinsam zu initiieren.

#### **4.1.10 Empfehlungen**

**Politische Entscheider und verantwortliche Akteure auf der Ebene von Ländern und Kommunen sollten Ansätze zur Entwicklung einer gesunden Schule, insbesondere durch Entwicklung des Schulklimas und der Implementierung von Gesundheitsförderung, unterstützen.**

**Eine breite Informationskampagne über die Möglichkeiten der Integration von Eltern in die Entwicklung der gesunden Schule stellt einen wichtigen Baustein für eine regionale Entwicklung dar.**

**Bildungsförderung und Gesundheitsförderung sind eng verbunden und**

**verstärken sich in ihrer Wirkung. Ein Ausbau der Schulpsychologie und die Förderung insbesondere von setting-basierter Prävention in den Bereichen Gesundheit, Bildung und Gewalt an Schulen ist erforderlich.**

**Literatur:**

- BARMER-Ersatzkasse (Hg.)(1995). Gesundheitsförderung für junge Menschen in Europa: Materialien des Netzwerks gesundheitsfördernder Schulen. Ein Handbuch für Lehrerinnen, Lehrer u.a., die mit jungen Menschen arbeiten. Köln.
- Bittner, G. (2001). Erziehungsberatung – „Kleine Psychotherapie“ oder spezifisches Angebot der Jugendhilfe? In: Zeitschrift für Individualpsychologie, 3, 222-237.
- Eid, M., Diener, E. (2002). Wohlbefinden. In: Schwarzer, R., Jerusalem, M./Weber, H. (Hg.). Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch, Göttingen, 634-637.
- Gräser, S. (2000). Die Netzwerkperspektive in der Gesundheitsförderung als Ansatz für professionelles Handeln. In: Gruppendynamik und Organisationsberatung. Zeitschrift für Angewandte Sozialpsychologie, 3, 303-320.
- Heyse, H., Kunigkeit, H., Wichterich, H. (2000). Berufszufriedenheit und Professionalisierung durch Steigerung der Selbstwirksamkeit. In: Smolka, D. (Hg.). Motivation und Mitarbeiterförderung in der Schule. Luchterhand.
- Kiper, H. (1997). Selbst- und Mitbestimmung in der Schule. Das Beispiel Klassenrat. Hohengehren.
- Saldern, von M. (2000). Performanz – ohne Verbesserung der Rahmenbedingungen? In: Sieland, B., Reißland, B. (Hg.). Qualitätssicherung in der Lehrerbildung. Hamburg, 266-289.
- Sieland, B., Tacke, M. (2000). Ansätze zur Förderung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit dienstälterer Lehrkräfte in Niedersachsen. Universität Lüneburg. Institut für Psychologie.
- Tacke, M. (2002). Lehrer/in – ein ungesunder Beruf ? In: Pluspunkt, Sicherheit und Gesundheit in der Schule. Wiesbaden, 1, 18-20.
- Tacke, M. (2003). Verstehen als Grundlage supervisionsgeleiteter Veränderung. Individualpsychologische Gruppensupervision mit Lehrer/inne/n. In: Organisationsberatung – Supervision – Coaching, 2, 169-176.

**Kontaktadresse:**

Dipl.-Psych. Dr. Marion Tacke, E-Mail: [m.tacke@psysup-peine.de](mailto:m.tacke@psysup-peine.de)  
Kleine Schützenstr. 4  
31224 Peine

## 4.2 Psychotherapeutische Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher am Beispiel Bayern

Astrid Thome und Marianne Rapp

Im ambulanten Bereich, insbesondere in ländlichen Regionen, ist die psychotherapeutische Versorgungssituation als schlecht zu bezeichnen, es existieren lange Wartezeiten. Eine Modellrechnung zum Versorgungsgrad zeigt für das als relativ gut versorgt geltende Bundesland Baden-Württemberg, dass dort maximal 50.000 Kinder und Jugendliche psychotherapeutische Hilfe erhalten können, bei angenommenen 145.000 bis 413.000 Kindern und Jugendlichen mit Behandlungsbedarf (Versorgungsgrad von 12% bis höchstens 32%). Dabei sind Randgruppen und Dunkelziffern noch nicht in vollem Umfang berücksichtigt.

Wesentliche Ursachen für die Unterversorgung sind Kostenreduzierungen und Einsparmaßnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und Nachwuchsmangel aufgrund erschwerter Bedingungen der Ausbildung zum Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sowie eine realitätsferne, statische Bedarfsplanung der psychotherapeutischen Versorgung. Benachteiligte Gruppen wie z. B. Flüchtlingskinder, Kinder mit Intelligenzminderung etc. sind von dieser Unterversorgung besonders betroffen.

Die Veränderungen im KJHG 35a haben diese Versorgungslage weiter verschärft, indem Psychologische Psychotherapeuten und Klinische Psychologen mit langjähriger Erfahrung in der Arbeit mit Kindern nicht mehr an der therapeutischen Versorgung von Kindern mitwirken.

Besonders betroffen von der ungenügenden Versorgungssituation sind Jungen und männliche Jugendliche. Da Frauen in der Berufsgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten stärker vertreten sind als Männer, ergibt sich für die Versorgung von Jungen mit Psychotherapie durch männliche Bezugstherapeuten eine noch größere Lücke als bei Mädchen.

### 4.2.1 Ausgangslage

„Psychisch kranke Kinder und Jugendliche schlecht versorgt“ (BPtK, 2006), „Therapeutennotstand in Deutschland“ (Frontal21, 2006), „Seelen in der Warteschleife“ (Die Zeit, 2006) – der Mangel in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird immer offenkundiger und stößt auch auf öffentliches Interesse.

Die Psychotherapeutenkammern und verschiedene Berufsverbände machten be-

reits eindringlich auf diese Missstände aufmerksam (7, 9, 13).

Die Ursachen und Auswirkungen der Unterversorgung sind sowohl den involvierten Berufsgruppen als auch den interessierten Laien schon länger hinreichend bekannt, ohne dass darauf aufbauend politische Entscheidungen herbeiführt werden konnten. Wesentliche Ursachen für die Unterversorgung sind:

- Kostenreduzierungen und Einsparmaßnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe.
- Nachwuchsmangel aufgrund erschwerter Bedingungen der Ausbildung zum Kinder- und Jugendpsychotherapeuten z.B. durch fehlende Regelungen etwa zur Vergütung beruflicher Tätigkeit in der Weiterbildung.
- Nicht realitätsgemäße statische Bedarfsplanung der psychotherapeutischen Versorgung.

In einer Modellrechnung zum Versorgungsgrad zeigen Nübling et.al. (2006) für das als relativ gut versorgt geltende Bundesland Baden-Württemberg, dass dort maximal 50.000 Kinder und Jugendlichen psychotherapeutische Hilfe erhalten können. Im Minimum werden dort jedoch 145.000 und im Maximum 413.000 Kinder und Jugendliche als der Behandlung bedürftig eingeschätzt, wodurch sich ein Versorgungsgrad von 12% bis höchstens 32% ergibt. Dass bei den zugrunde liegenden epidemiologischen Studien Randgruppen und Dunkelziffern vollumfänglich berücksichtigt werden konnten, muss bezweifelt werden. Zudem gingen die Autoren von dem geringsten in entsprechenden Studien angegebenen Therapiezeitkontingent aus. Dies führt nach Nübling et

al. „zu einer um den Faktor 2,5 bis 3,5 optimistischeren Schätzung des realen Versorgungsangebots als bei Zugrundelegen der höheren Fallstundenzahlen. (2006, S. 256). Unter der Annahme realistischer Therapieumfänge bestehen nur noch Behandlungskontingente für 20.000 bzw. 14.300 Kinder und Jugendliche, was einem Versorgungsgrad von 3,5% bis maximal 13,8% entspricht. Dem Argument, dass die Inanspruchnahme regelhaft deutlich geringer ausfällt, muss entgegengehalten werden, dass insbesondere bei Kindern und Jugendlichen zur Sicherung einer gesunden Entwicklung alles dafür getan werden müsste, die Inanspruchnahmerate auf das höchstmögliche Niveau zu heben.

#### **4.2.2 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in den Bundesländern auf der Basis der Psychotherapie-Richtlinien**

Da im Vergleich zu Baden-Württemberg (19,2%) in Bayern (12,5%) ein weit geringerer Prozentsatz der niedergelassenen Psychotherapeuten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind (7), muss davon ausgegangen werden, dass die Versorgungslage in Bayern kritischer ist. Tatsächlich erhielten in Bayern seit In

krafttreten des PsychThG nur 24 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gegenüber 200 Psychologischen Psychotherapeuten eine Approbation.

Obwohl München als Ballungsraum im Vergleich zu den ländlichen Regionen über die größte Psychotherapeutendichte in Bayern verfügt, wird die Versorgungssituation der Kinder und Jugendlichen von praktisch Tätigen selbst dort als katastrophal bezeichnet.

Dr. med. Ulrich Rüth, Oberarzt der "Heckscher Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie" in München, beschreibt gegenüber den Autorinnen eine nahezu aussichtslose Situation für Kinder und Jugendliche, nach einer stationären Behandlung einigermaßen zügig ambulant weiterbetreut zu werden. Erfahrene Therapeuten hätten mittlerweile eine Wartezeit von einem Jahr. In Anbetracht der Notsituation sei jedoch ein Abwarten eigentlich nicht zu verantworten. Die Unterversorgung im ambulanten Sektor führt somit auch im Bereich der Kinderpsychiatrie zum verstärkten Effekt der „Drehtürpsychiatrie“.

Die noch um einiges verschärfte Situation auf dem Land sei am Beispiel der Kleinstadt Schrobenhausen veranschau-

licht: Auf 17.200 Einwohner kommen etwa 3.400 Kinder. Die nächsten Kinderpsychotherapeuten haben ihre Praxen 30 km entfernt und sind weder mit der Bahn noch mit dem Bus zu erreichen: ein Therapeut in Neuburg an der Donau, eine Therapeutin in Pfaffenhofen, beide mit Wartezeiten von derzeit drei Monaten. Seit wenigen Jahren gibt es eine KJP Ambulanz an den Kliniken St. Elisabeth in Neuburg. Auf einen Therapieplatz warten dort bereits 70 Kinder.

Ein zentrales Problem der Bedarfsplanung liegt im Offenhalten eines hohen Anteils von nicht besetzten Kassensitzen zur Ausübung von Psychotherapie für Fachärzte bis zum Jahr 2009. Eine weitere sehr bedeutsame Ursache für die Unterversorgung liegt darin, dass die Bedarfsplanung in der Psychotherapie für Erwachsene und Kinder nicht getrennt ist und in den Jahren nach der Einführung des PsychThG freie Kassensitze durch die größere bestehende Anzahl der Psychologischen Psychotherapeuten besetzt wurden. Diese Planungslücke kann auch durch einen relativ hohen Anteil von Doppelapprobationen nicht geschlossen werden.

Dr. Rüth und der Chefarzt der Klinik für



Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie am Josefinum in Augsburg, Dr. med. Dipl.-Psych. Winkler, sehen die Doppelzulassung vieler Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als einen Faktor des Engpasses der Versorgung: Viele der Psychotherapeuten würden im Laufe ihrer praktischen Tätigkeit bevorzugt Erwachsene behandeln. Vielfache Versuche, eine Änderung bei der Bedarfsplanung aufgrund der Problematik der Doppelzulassung zu bewirken, sind laut Winkler gescheitert.

In ähnlicher Weise äußert sich Lehndorfer (2006). Im Laufe der Berufstätigkeit verändern sich Präferenzen, nicht jeder, der als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und als Erwachsenenpsychotherapeut zugelassen ist, behält ein gleichbleibendes Mischungsverhältnis der Gruppen bei.

Das geschilderte Problem ungenügender Behandlungsmöglichkeiten und insbesondere kurzfristig verfügbarer Therapieplätze ist im betreuten Wohnen ebenfalls virulent. Elke Jenne, leitende Psychologin von heilpädagogischen Mädchenwohngruppen in Augsburg, spricht davon, dass die Therapieplatzsuche für von ihr zu betreuenden Mädchen zunehmend erschwert sei. Dadurch sind auch Neuauf-

nahmen in ihrer Einrichtung nicht planbar. Therapieplätze werden häufig kurzfristig benötigt. Ein Großteil der Therapeuten würde jedoch eine Warteliste von ½ bis 2 Jahren führen. Eine weitere Verschärfung erfahre die Suche durch den Umstand, dass die Kassen kaum noch die Behandlung im Kostenerstattungsverfahren durch die berufsrechtlich legitimierten Erwachsenenpsychotherapeuten zulassen (siehe Anmerkung 1).

Zwar kann der grundlegende Rechtsanspruch auf Behandlung vor Gericht nach § 13 Abs. 3 SGB V erstritten werden, aber welche Eltern oder andere Sorgerechtsberechtigten eines fremduntergebrachten Kindes würden dies auf sich nehmen?

Hier wie sonst auch verlieren die sowieso schon Ärmeren, Deprivierten, Belasteten in höherem Ausmaß Gesundheits- und Bildungschancen. Die geschilderte Unterversorgung wird durch Daten aus einer lokalen, auf Augsburg begrenzten Umfrage des BDP gestützt. Das Verhältnis zwischen Anfragen nach Therapie und den begonnenen Behandlungen betrug bei den befragten niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (n=8) im ersten Halbjahr 2006 im Mittel 1 : 3,8.

Die Veränderungen im KJHG 35a haben diese Versorgungslage weiter verschärft,

nämlich dadurch dass Psychologische Psychotherapeuten und Klinische Psychologen mit langjähriger Erfahrung in der Arbeit mit Kindern nicht mehr an der therapeutischen Versorgung von Kindern mitwirken.

Besonders betroffen von der ungenügenden Versorgungssituation sind Jungen und männliche Jugendliche. Da Frauen in der Berufsgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten stärker vertreten sind als Männer, ergibt sich für die Versorgung von Jungen mit Psychotherapie durch männliche Bezugstherapeuten eine noch größere Lücke als bei Mädchen.

Auf die geschilderten Versorgungsprobleme wurde bislang politisch nicht konzeptionell geantwortet.

In ihrer „Stellungnahme zur Gesundheitsversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher“ bezieht sich die Bundesregierung nicht auf potentielle Änderungen der Bedarfsplanung, sondern verweist auf die Möglichkeit der Sonderbedarfszulassung zur Behebung „eines lokalen Versorgungsbedarfs“ (8).

Dass dies nicht unbedingt einen ausreichender Lösungsansatz darstellt und zudem regional sehr unterschiedlich gehandhabt werden kann, vermuten die

Verfasser des Positionspapiers zur Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher der Bundespsychotherapeutenkammer zu Recht (BPTK 2006, siehe auch Anmerkung 2). Hier gilt jedoch für Bayern, dass die KVen den Umstand der Unterversorgung anerkennen und relativ großzügig neue Ermächtigungen und Zulassungen nach der Sonderbedarfsregelung aussprechen.

#### **4.2.3 Leistungen nach dem KJHG**

Die meisten der von seelischer Beeinträchtigung betroffenen Kinder und Jugendlichen kommen auch ohne einen evidenten Therapeutenmangel nicht beim Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an, sondern nehmen niedrighschwellige psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten, wie sie Einrichtungen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz anbieten, in Anspruch.

Aber gerade diese Einrichtungen erfahren massive Kürzungen (siehe auch DGVT, 2006). Psychotherapeutisch ausgebildete Mitarbeiter fürchten schon seit mehreren Jahren, dass die psychotherapeutische Arbeit ganz aus den Jugendhilfeeinrichtungen entfernt wird.

Der größer gewordene finanzielle Druck auf Länder und Kommunen und die damit verbundene Tendenz, Kinder so lange wie möglich in ihren Familien zu belassen, bewirken, dass stationäre Hilfe dann nicht mehr dem entwicklungsreifen Kind und Jugendlichen als vorübergehende Intervention zugutekommt, sondern drastisch vermehrt bereits entwicklungsarretiert chronifizierte ältere Jugendliche zur stationären Aufnahme kommen, mit denen eine erfolgreiche Arbeit letztlich kostenintensiver und zeitaufwendiger ist.

Kürzungen erfahren auch die Integrationskindergärten, die sog. verhaltensauffälligen und anderen, von möglicher oder realer Behinderung betroffenen Kindern und deren Eltern über Fachdienste – häufig Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – eine therapeutische Situation anbieten können. Hier wurde im Regierungsbezirk Oberbayern – für andere Regionen liegen uns keine Daten vor - die „Förderung durch den Fachdienst von bislang 88 Stunden pro Jahr auf 50 Stunden gekürzt, inklusive aller zusätzlichen Zeitaufwendungen z.B. für Dokumentation, Supervision, Elterngespräche und Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften. „Angesichts von Kindern mit schwersten Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensauffälligkeiten“

sei dies völlig unzureichend, so die gut nachvollziehbare Aussage eines Integrationskindergartenleiters in München.

#### **4.2.4 Benachteiligte Gruppen**

Die Situation von kriegstraumatisierten ausländischen Kindern wird öffentlich kaum zur Kenntnis genommen und findet keinen Eingang in die Bedarfsplanung, der es ohnehin an dem Bezug auf epidemiologisch fundierte Einschätzungen mangelt.

Außer für unbegleitete Jugendliche werden auch die in Arbeit befindlichen Jugend-Surveys weder Überblick geben können über die Zahl zu Schaden gekommener Flüchtlingskinder noch über das Ausmaß der Schädigung, schon gar nicht von Kindern, die bereits hier geboren wurden und durch traumatisierte Eltern belastet sind, gibt Anni Kammerlander, Geschäftsführerin von "Refugio", zu bedenken. Es gebe hierzu fast keine Vernetzung zwischen Politik, Einrichtungen, Anwälten und Betroffenen.

Auch dabei ist die Situation auf dem Land miserabler als die in der Großstadt München.

Lehrer und ihre Schulen wenden sich gelegentlich, Unterstützung suchend an "Refugio", wenn die Not sich nicht kon

zentrierender und sich aus der Gegenwart dissoziierender Kinder und Jugendlicher drastisch offensichtlich werde. "Refugio" bietet kunsttherapeutische Gruppenarbeit an den nachfragenden Schulen an; diese Arbeit hat sich bewährt. Mehr davon könnte eingerichtet werden, wenn Schulen dafür Geldmittel bereitstellen, was in zu geringem Maße geschieht.

Eine ebenfalls kaum Aufmerksamkeit auf sich ziehende Gruppe stellen die Kinder und Jugendlichen mit Intelligenzmindering dar. Marie-Therese Kaufmann und Wolfgang Zehntner, beide als Psychologische Psychotherapeuten in Heilpädagogischen Tagesstätten in Bayern tätig, beschreiben die Lage: „Psychotherapie nach den Richtlinienverfahren berücksichtigt nicht die speziellen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen mit einer intellektuellen Behinderung. Dabei ist die Komorbidität einer psychischen Störung mit einer Intelligenzminderung ca. um das zehnfache höher als die Erkrankungshäufigkeit bei intellektuell nicht beeinträchtigten Menschen. Die stationäre Versorgung in Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken wird in der Regel abgelehnt oder führt nur noch zu größerer Verunsicherung der Patienten.

Die in Einrichtungen der Behindertenhilfe arbeitenden Psychologen und Psychothe-

rapeuten bemühen sich im stationären oder teilstationären Rahmen um eine Mindestversorgung unter Umsetzung psychotherapeutischer Verfahren in einer auf die Bedingungen der Zielgruppe abgestimmten Form. Die vom Bezirk finanzierten psychologischen Fachdienststunden werden real und noch mehr im Verhältnis zum Bedarf immer weniger, und sie sind auch nicht für eine psychotherapeutische Arbeit vorgesehen. Die klassische Klientel der geistigbehinderten mit evtl. komorbiden psychischen Störungen gibt es aufgrund der pränatalen Diagnostik kaum mehr. Mentale Störungen infolge von Deprivation und Verwahrlosung mit schwerwiegender psychosozialer Symptomatik, Frühstörungen nach langen postnatalen Klinikaufhalten, Kinder- und Jugendliche mit schwerwiegenden Bindungs- oder Entwicklungsstörungen und Psychosen, die zum Teil gar keine geistige Behinderung haben, landen häufig in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Diese können mit ihrer bisherigen personellen Ausstattung und fachlichen Konzeption überhaupt nicht mehr angemessen reagieren.“

Wegen fortwährender Finanzkürzungen würde sich heilpädagogische Arbeit wieder zum Verwalten und Verwahren von Menschen zurückentwickeln.

Anders als in skandinavischen Ländern wird die Misere dieser Menschen bei uns negiert. Mit seiner Diagnose „sozioemotionaler Deprivation als häufigstem Erfahrungshintergrund“ der in seiner Einrichtung betreuten Kinder und Jugendlichen benennt Wolfgang Zehner das, was der kalifornische Psychoanalytiker und Entwicklungspsychologe Allan Schore, der in seine Überblicke die Ergebnisse von Bindungsforschung und Hirnphysiologie integriert, als defizitärste Auswirkung von Vernachlässigungsdynamiken beschreibt. Die immer deutlicher werdende Tatsache, dass Hirnreifung umgebungs- und erfahrungsabhängig, der Mensch schlechthin vulnerabel und angewiesen ist in seiner Entwicklung auf eine ausreichend gute Umwelt, findet bislang in der deutschen Diskussion wenig Berücksichtigung.

#### **4.2.5 Empfehlungen**

**Die ausreichende Verfügbarkeit niedrigschwelliger Hilfen im Bereich der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe muss gewährleistet sein.**

**Präventionsangebote im Bereich der frühen Phase im Kontext niedrigschwelliger Hilfen müssen be-**

**darfsgerecht ausgebaut werden (Integrationsprojekte, Fachdienste etc.).**

**Bis zu einer Änderung in der Bedarfsplanung bzw. Bedarfsdeckung sind die Kostenträger aufgefordert, Anträge auf Kostenübernahme durch Erwachsenenpsychotherapeuten unbürokratisch zu bewilligen.**

**Freie Facharztsitze, die bis Ende 2008 nicht durch Fachärzte besetzt werden können, sollten durch Psychologische Psychotherapeuten besetzt werden.**

#### **Anmerkungen:**

1) Auf unsere Anfrage bei einigen gesetzlichen und Ersatzkassen in Augsburg, ob sie aufgrund des nicht gedeckten Bedarfs bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie die Behandlung durch Erwachsenen-Psychotherapeuten im Kostenerstattungsverfahren genehmigen, erklärte dies eine Kasse für unmöglich, eine andere gab an: „nur im Ausnahmefall – zuletzt vor ca. fünf Jahren“, eine andere sagte, es habe in den letzten drei Jahren keine Anfrage gegeben, eine Kasse, es sei ihr zu einem solchen Verfahren nichts bekannt, eine andere: „eher nicht“. Nur eine Betriebs

krankenkasse hatte im letzten Jahr vier Anträge, drei davon seien positiv beschieden, einer abgelehnt worden. Das Genehmigungsverfahren sei jedoch aufwendiger als das sonstige, der Medizinische Dienst der Kassen (MDK) entscheide, es könne darüber mehr als ein halbes Jahr vergehen.

- 2) Die DGVT schreibt in ihrer „Stellungnahme zur psychotherapeutischen

Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen“ vom 13.04.2006, es seien in einigen Bezirken „aufgrund der inzwischen eklatanten Unterversorgung Sonderbedarfszulassungen ausgesprochen“ worden, in anderen Bezirken würde diese Möglichkeit jedoch sehr restriktiv oder gar nicht genutzt.

## Literatur

1. Bayerischer Landtag (2006): Drucksache 15/6236, Antwort des Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung auf die schriftliche Anfrage des Abgeordneten Dr. Linus Förster (SPD) vom 09.05.2006 zur Umsetzung des ‚Nationalen Aktionsplans (NAP) für ein kindgerechtes Deutschland‘ in Bayern (22.08.2006).
2. (2005a): Drucksache 15/2467, Antwort des Staatsministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz vom 28.12.2004 auf die schriftliche Anfrage der Abgeordneten Renate Ackermann, Thomas Mütze (BÜNDNIS 90 DIE GRÜNEN) vom 22.06.2004 zur Verschreibung von Methylphenidat (20.01.2005).
3. (2005b): Drucksache 15/3127, Antwort des Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen vom 16.03.2005 auf die schriftliche Anfrage der Abgeordneten Bärbel Narnhammer SPD vom 28.01.2005 zu Alkopops (28.04.2005).
4. (2005c): Drucksache 15/3815, Antwort des Staatsministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz vom 12.07.2005 auf die schriftliche Anfrage von Frau Bärbel Narnhammer (SPD) vom 02.06.2005 zur ADS/ADHS-Problematik bei Kindern (09.08.2005).
5. (2004): Drucksache 15/877, Antwort des Staatsministeriums für Unterricht und Kultus auf die schriftliche Anfrage der Abgeordneten Christa Naaß (SPD) vom 19.01.2004 zu Leserechtschreib-Schwäche/Legasthenie und Rechenschwäche (26.04.2004).
6. Bundespsychotherapeutenkammer (2006a): Newsletter 1/2006.
7. (2006b): Pressemitteilung: Weltkindertag: Psychisch kranke Kinder warten oft Monate auf Behandlung (19.9.2006).
8. Deutscher Bundestag (2006): Drucksache 16/1051 v. 24.03.2006, Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP zur Gesundheitsversorgung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche.
9. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (2006): DGVT-Stellungnahme zur psychotherapeutischen Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen vom 13.04.2006.

10. Lehdorfer, P. (2006): Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in den Psychotherapie-Richtlinien – Erfahrungen in der psychotherapeutische Praxis. In: Forum Psychotherapeutische Praxis, 6 (2), 87-90.
11. Nübling, Rüdiger; Reisch, Michael; Raymann, Trudi (2006): Zur psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Baden-Württemberg. In: Psychotherapeutenjournal 3/2006, 247-257.
12. Schore, Allan N. (2003): Affect dysregulation and disorders of the self (New York, London: Norton).
13. Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V. (2006): Kommentar der VAKJP zur Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der FDP-Fraktion des Deutschen Bundestages zur Gesundheitsversorgung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche v. 23.04.2006.
14. Weidmann, Anke (2006): Seelen in der Warteschleife – Psychische Erkrankungen sind bei Kindern ebenso häufig wie bei Erwachsenen. Die Versorgung aber ist mangelhaft. In: Die Zeit v. 07.09.2006, Nr. 37.

**Kontaktadresse:**

Dipl.-Psych. Astrid Thome, E-Mail: Astrid.Thome@web.de  
Martin-Luther-Platz 2  
86150 Augsburg

## 5. Empfehlungen

---

Der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen leitet aus dem vorliegenden Bericht eine Reihe von Empfehlungen ab. Sie richten sich vor allem an Politiker auf unterschiedlichen Verantwortungsebenen. Adressaten sind aber auch Lehrer, Eltern, Kinderärzte, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, kurz: alle, die mit der Bildung, Erziehung und dem Wohlergehen von Kindern und Jugendlichen befasst sind. Die Empfehlungen betreffen ausgewählte Bereiche, in denen der BDP besonderen Handlungsbedarf sieht.

### **Psychische Störungen allgemein**

Eine Verbesserung der Früherkennungssysteme und damit einhergehend Gesundheitsberichterstattung und Versorgungsplanung sind dringend erforderlich. Zur Vermeidung stationärer Behandlung sollte die ambulante psychotherapeutische Versorgung entsprechend dem Bedarf gesichert und insbesondere in unterversorgten Gebieten wie den neuen Bundesländern deutlich ausgebaut werden. Eine Anpassung der Bedarfsplanung entsprechend der

regionalen Prävalenz ist erforderlich.

Zur Reduzierung psychischer Störungen bedarf es der Implementierung präventive Angebote, z. B. durch Modellprojekte in den Bereichen Störungen des Sozialverhaltens, durch Substanzgebrauch, Depressionen und Suizid.

Für Kinder aus ungünstigen Verhältnissen sollten Präventionsansätze in Kindergarten, Schule und Gemeinwesen integriert und ergänzend individuumsbezogene zielgruppenspezifische Präventionsansätze implementiert werden.

Die hohe Behandlungsqualität muss weiter gewährleistet bleiben u. a. dadurch, dass für den Zugang zur Psychotherapieausbildung die wissenschaftliche Qualifikation auf der Basis eines Diploms oder des entsprechenden Master-Abschlusses vorgesehen bleibt.

### **Psychotherapeutische Versorgung**

Die ausreichende Verfügbarkeit niedrigschwelliger Hilfen im Bereich der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe muss gewährleistet sein. Hierzu gehört auch der bedarfsgerechte Ausbau von Präventions



angeboten (Integrationsprojekte, Fachdienste etc.).

Bis zu einer Änderung in der Bedarfsplanung bzw. Bedarfsdeckung sind Kostenträger aufgefordert, Anträge auf Kostenübernahme durch Erwachsenenpsychotherapeuten unbürokratisch zu bewilligen.

Eine zügige Vergabe des Anteils der freien Facharztsitze, die bei gleichbleibender Nachwuchsrate an Fachärzten bis zum Ende 2008 nicht besetzt werden können, ist notwendig.

## **Depressionen**

Eine weitere öffentliche Sensibilisierung für das Problem depressiver Kinder und Jugendlicher ist überfällig, insbesondere auch angesichts der Tatsache, dass die Suizide von Kindern und Jugendlichen nicht dem ansonsten allgemein eher rückläufigen Trend folgen.

Die primärpräventive Arbeit in Schulen, Vorschulen und anderen Settings muss aufgebaut und dann längerfristig angelegt durchgeführt werden.

Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen oder auch anderen psychischen Problemen haben erfahrungsgemäß erst spät Kontakt zu professionellen Institu-

tionen. Die adäquate Ausstattung und der Ausbau niedrigschwelliger Beratungseinrichtungen mit altersentsprechenden Angeboten sind unverzichtbar.

Diagnostik und psychotherapeutische Interventionen müssen auf möglichst hohem Qualitätsniveau entwickelt und erbracht werden, dazu bedarf es neben der Sicherung von Personal und Konzeptqualität bei vorhandenen Ansätzen weiterer Forschung und Evaluation.

## **Schule**

Im Interesse der Veränderung negativer Einstellungen von Schülern zu Schule und zu den Lehrern sowie der Minderung von Ängsten vor der Schule und dem Leistungsversagen sind eine Schulklimaentwicklung einerseits und der konfliktbereite Umgang mit hohen elterlichen Erwartungshaltungen andererseits Maßnahmen der Wahl.

Hilfen für Eltern mit schwierigen Kindern und insbesondere bei vorhandenen, sich auf die Erziehungskompetenz auswirkenden Risikofaktoren bedürfen psychologischer Unterstützung in den Bereichen Schule und öffentliche Beratungsangebote. Zur Vermeidung hoher Raten psychischer Beeinträchtigungen und Störungen ist die

ser Bereich dringend auszubauen.

Politische Entscheider und verantwortliche Akteure auf der Ebene von Ländern und Kommunen sollten Ansätze zur Entwicklung einer gesunden Schule, insbesondere durch Entwicklung des Schulklimas und der Implementierung von Gesundheitsförderung, unterstützen.

Eine breite Informationskampagne über die Möglichkeiten der Integration von Eltern in die Entwicklung der gesunden Schule stellt einen wichtigen Baustein für eine regionale Entwicklung dar.

Bildungsförderung und Gesundheitsförderung sind eng verbundenen und verstärken sich in ihrer Wirkung. Ein Ausbau der Schulpsychologie und die Förderung insbesondere von setting-basierter Prävention in den Bereichen Gesundheit, Bildung und Gewalt an Schulen ist erforderlich.

## **Eltern**

Für die Konstruktion politischer Programme ist es wesentlich, die folgewirksamen Rahmenbedingungen und einzelnen Faktoren für deren breitenwirksame und langfristige Effektivität zu beachten und in der Struktur-

bildung der Leistungen systematisch zu berücksichtigen. Hierzu gehören beispielweise empirisch begründete Warnungen zu bestimmten Formen der Fremdbetreuung ebenso wie familiäre und persönliche Konstellationen auf Seiten der Eltern.

Zur adäquaten Unterstützung von Kindern und Jugendlichen in prekären Lebenslagen bedarf es konzeptuell hochdifferenzierter Strukturen, um auf die unterschiedlichen Konstellationen von Erziehungsqualitäten und Konditionen Einfluss nehmen zu können. Entgegen beobachtbaren Trends der Kürzungen im Jugendhilfebereich müssen Maßnahmen der Beratung und Hilfe durch Beratungsstellen im Bildungs-, Betreuungs- und Erziehungssystem erbracht werden.

## **Gewaltprävention und Gewaltverminderung**

Auftrag- oder Finanzgeber und Entwickler von Programmen und Maßnahmen der Gewaltprävention sollten in verstärktem Maße systematische Verfahren der vorausschauenden Qualitätssicherung und der begleitenden und bilanzierenden Wirkungskontrolle einsetzen.

## **Entwicklungsstörungen**

Frühförderung behinderter Kinder ist Erfolg versprechend, da Verbesserungen sowohl in kognitiven als auch sozioemotionalen Funktionen erreicht werden. Möglichkeiten der ganzheitlichen und methodisch vielfältigen Förderung müssen daher flächendeckend erhalten und erforderlichenfalls ausgebaut werden, um primäre wie sekundäre Entwicklungsgefährdungen aufzuhalten.

Präventive Angebote sollen angesichts zunehmender Armut und psychischer Störungen der Eltern zur Vorbeugung sozioemotionaler Probleme der Kinder gemäß ihrer wachsenden Bedeutung ausgebaut werden.

Eine breit angelegte und methodisch fundierte Wirksamkeitsstudie zur Effektivität interdisziplinärer Frühförderung unter Berücksichtigung ätiologischer Gruppen sowie kind- und familienzentrierter Interventionen fehlt in der BRD bislang und wäre begrüßenswert.

## **Suchtverhalten**

Drogenprävention muss möglichst frühzeitig einsetzen und bedarf nicht nur des Erhalts, sondern auch des Ausbaus der Pa-

lette niedrigschwelliger Angebote.

Kinder und Jugendliche mit Substanzgebrauch werden immer jünger und nehmen in ihren regelhaft nicht geradlinigen Ausstiegsszenarien nur zögerlich therapeutische Angebote in Anspruch. Die erforderliche möglichst frühzeitige Intervention vermeidet den hohen Verlust von Bildungs- und Entwicklungschancen und bedarf nicht nur des Erhalts der wenigen bestehenden, sondern auch des Ausbaus der Palette niedrigschwelliger Angebote zusätzlich zu den primär präventiven Aktivitäten in Schulen und der Öffentlichkeit.

## **Hochbegabung**

Für die Förderung von Hochbegabten ist der Aufbau von Informationsstellen für Eltern und die Förderung der Bereitstellung regional vernetzter Angebote unterschiedlicher Art wichtig.

\*

Alle Adressaten dieses Berichts sind aufgefordert, sich mit den Empfehlungen auseinanderzusetzen und zu handeln. Wir wünschen uns, dass sie dabei in Zukunft

noch stärker auf die Kompetenz der rund 40.000 hervorragend ausgebildeten Psychologinnen und Psychologen in der Bundesrepublik zurückgreifen und dass dieser Bericht den Austausch von psychologischer Forschung und Praxis mit den politisch Verantwortlichen verstärken möge.

## 6. Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

---

Prof. Dr. Rainer Dollase  
Universität Bielefeld  
Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft  
Abteilung für Psychologie  
Postfach 10 01 31  
33615 Bielefeld  
E-Mail: rainer.dollase@uni-bielefeld.de

Prof. Dr. Günter Esser, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut  
Institut für Psychologie und Akademie für Psychotherapie und Interventionsforschung an  
der Universität Potsdam  
Friedrich-Ebert-Straße 112  
14467 Potsdam  
E-Mail: gesser@uni-potsdam.de

Dipl.-Psych. Elke Gemeinhardt  
Universität Erfurt  
Erziehungswissenschaftliche Fakultät  
Lehrstuhl für Pädagogisch-psychologische  
Diagnostik und Differentielle Psychologie  
Nordhäuser Str. 63  
99089 Erfurt  
E-Mail: elke.gemeinhardt@uni-erfurt.de

Dipl.-Psych. Wolfgang Ihle, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und  
Psychologischer Psychotherapeut  
Institut für Psychologie und Akademie für Psychotherapie und Interventionsforschung an  
der Universität Potsdam  
Friedrich-Ebert-Straße 112  
14467 Potsdam  
E-Mail: ihle@uni-potsdam.de

Dipl.-Psych. Dr. Klaus Jost  
Psychologische Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche  
Platz der Deutschen Einheit 7  
63065 Offenbach am Main  
E-Mail: dr.klaus.jost@t-online.de

Dr. phil. Matthias Paul Krause, Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut  
Kinderneurologisches Zentrum Bonn  
Waldenburger Ring 46  
53119 Bonn  
Matthias.Krause@lvr.de

Dipl.-Psych. Laszlo A. Pota  
Psychotherapeutische Praxis  
Mengstraße 66-70/3  
"Tesdaorf-Haus"  
23552 Lübeck  
E-Mail: POTA796@aol.com

Prof. Dr. Siegfried Preiser  
J.W. Goethe-Universität  
Institut für Pädagogische Psychologie  
Senckenberganlage 15  
60325 Frankfurt  
E-Mail: preiser@paed.psych.uni-frankfurt.de

Dipl.-Psych. Marianne Rapp  
Lilienstr. 5  
86529 Schrobenhausen  
E-Mail: -marianne@web.de

Dipl.-Psych. Dr. Marion Tacke, Psychologische Psychotherapeutin und Supervisorin  
Kleine Schützenstr. 4  
31224 Peine  
E-Mail: m.tacke@psysup-peine.de

Dipl.-Psych. Astrid Thome  
Martin-Luther-Platz 2  
86150 Augsburg  
E-Mail: Astrid.Thome@web.de