

2.3 Psychische Auffälligkeiten

Im Überblick

- ▶ Bei rund 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland – bei Jungen häufiger als bei Mädchen – finden sich Anhaltspunkte für psychische Probleme.
- ▶ Am häufigsten fallen Kinder und Jugendliche durch aggressives und dissoziales Verhalten auf, danach folgen Probleme mit Gleichaltrigen, Ängstlichkeit und Depressivität sowie Unaufmerksamkeit und motorische Unruhe.
- ▶ Während unaufmerksames und hyperaktives Verhalten vor allem im Grundschulalter vermehrt auftritt, machen sich aggressiv-dissoziale Verhaltensmuster besonders bei den 11- bis 13-jährigen bemerkbar.
- ▶ Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus, Migrationshintergrund, nur einem erziehenden Elternteil oder arbeitsloser Mutter sind vermehrt von psychischen Auffälligkeiten betroffen.
- ▶ Ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen in Deutschland verfügt über unzureichende personale, soziale und familiäre Ressourcen; besonders benachteiligt sind Kinder aus sozial schwachen Familien.
- ▶ Die Prävention psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen erfordert die Aufklärung der gesamten Bevölkerung über Risiko- und Schutzfaktoren der Kinder, die Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenzen sowie umfassende qualitätsgesicherte Maßnahmenpakete für Risikogruppen.
- ▶ Maßnahmen sollten partizipativ ausgerichtet sein und die personalen, sozialen und familiären Ressourcen der Kinder und auch der Eltern fördern.
- ▶ Kinder von psychisch, chronisch oder schwer erkrankten Eltern haben ein besonders hohes Risiko für psychische Störungen, daher müssen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte immer auch das Wohl der Kinder ihrer Patientinnen und Patienten im Auge haben.
- ▶ Das gesetzliche Kinderfrüherkennungsprogramm sollte um Aspekte der psychischen Gesundheit erweitert werden und die Beratung der Eltern einschließen.

2.3.1 Einführung: Relevanz für die Gesundheitspolitik

Etwa ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen weltweit leidet laut nationalen und internationalen Studien an psychischen Problemen [1, 2, 3]. Besonders häufig sind dabei Angststörungen, gefolgt von aggressiv-dissozialen Auffälligkeiten, Depressionen und hyperkinetischen Verhaltensmustern. Für die Entstehung der meisten psychischen Störungen wird ein multifaktorielles Ursachengefüge verantwortlich gemacht, das neben genetischen und körperlichen Faktoren auch individuell-lebensgeschichtliche Aspekte sowie soziale Bedingungen umfasst [1].

Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter mindern nicht nur das Wohlbefinden der Betroffenen, sondern können auch ihre soziale Funktionsfähigkeit, den Bildungserfolg und die beruflichen Möglichkeiten beeinträchtigen und sich damit weit ins spätere Leben hinein auswirken [4]. Zudem ist bekannt, dass viele psychische Störungen des Erwachsenenalters bereits in der Kindheit und Jugend ihren Ausgang nehmen [5]. Allerdings werden psychosoziale Probleme bei Heranwachsenden häufig nicht erkannt oder nicht ausreichend behandelt [6]. Auf der Grundlage der KiGGS-Ergebnisse hat die Bundesregierung ein Strategiepapier zur Förderung der Kindergesundheit vorgelegt [7]. Darin wird die Notwendigkeit betont, die psychische Gesundheit der heranwachsenden Generation zu stärken.

Nicht zuletzt wegen der weiten Verbreitung psychischer Auffälligkeiten wird seit einiger Zeit von einem veränderten Krankheitsgeschehen, einer »neuen Morbidität«, gesprochen. Kennzeichen dieser Entwicklung, die in den letzten Jahrzehnten auch bei Kindern und Jugendlichen beobachtet wurde, ist eine Verschiebung des Krankheitsspektrums von den akuten zu den chronischen Erkrankungen sowie von den somatischen zu den psychischen Störungen [8]. Vor diesem Hintergrund bildete die Gewinnung von Informationen zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland einen Schwerpunkt im Erhebungskonzept von KiGGS.

2.3.2 Definition, Häufigkeit und Altersbezug

Hinweise auf psychische Auffälligkeiten wurden bei der KiGGS-Erhebung mit dem Fragebogen »Strengths and Difficulties Questionnaire« (SDQ) erfasst [9]. Der SDQ ist ein international anerkanntes Screening-Instrument für emotionale und Verhaltensprobleme von Kindern und Jugendlichen. Wichtig zu berücksichtigen dabei ist, dass bei einem

Screening zwar Anhaltspunkte für eventuelle psychische Störungen identifiziert, aber keine Diagnosen gestellt werden können. Insofern handelt es sich bei den KiGGS-Teilnehmern mit auffälligen Ergebnissen im SDQ auch nicht zwangsläufig um Erkrankte, sondern vielmehr um eine Risikogruppe.

Der SDQ ermöglicht Aussagen zu vier Problembereichen: Ängstlichkeit und Depressivität, aggressiv-dissoziales Verhalten, hyperaktives und unaufmerksames Verhalten sowie Probleme mit Gleichaltrigen (Peer-Probleme). Darüber hinaus wird im SDQ als Dimension persönlicher Stärke das so genannte prosoziale, durch Hilfsbereitschaft gekennzeichnete Verhalten abgebildet. Aus den vier Problembereichen lässt sich ein Gesamtproblemwert errechnen. In Bezug auf jeden der Einzelbereiche sowie den Gesamtproblemwert können Kinder und Jugendliche aufgrund ihrer individuellen Testergebnisse als unauffällig, grenzwertig auffällig oder auffällig eingestuft werden. Als Risikogruppe werden Jungen und Mädchen mit grenzwertig auffälligen oder auffälligen Werten im SDQ betrachtet. Die folgenden Angaben beruhen auf der Einschätzung der Eltern für 3- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche.

Bezüglich des Gesamtproblemwerts tragen insgesamt 14,7 % der Kinder und Jugendlichen ein erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten, wobei 7,5 % als grenzwertig auffällig und 7,2 % als auffällig einzustufen sind [10]. Jungen sind mit 17,8 % deutlich häufiger in der Risikogruppe vertreten als Mädchen (11,5 %). Bei Betrachtung der einzelnen Problembereiche zeigt sich, dass Jungen insbesondere vermehrt mit Unaufmerksamkeits- bzw. Hyperaktivitätsproblemen sowie mit aggressiv-dissozialem Verhalten zu tun haben. Auch fallen bei ihnen die Probleme mit Gleichaltrigen etwas mehr ins Gewicht als bei Mädchen. Für Mädchen zeigen sich hingegen häufiger Hinweise auf emotionale Schwierigkeiten (Ängstlichkeit und Depressivität), außerdem lässt sich bei ihnen ein stärker ausgeprägtes prosoziales Verhalten feststellen (Tabelle 2.3.2.1).

Für psychische Auffälligkeit insgesamt (SDQ-Gesamtproblemwert) ergibt sich kein klarer Alters-

trend. Die meisten Hinweise auf psychische Probleme zeigen sich im Grundschulalter (7 bis 10 Jahre). Mit zunehmendem Alter sinkt der Anteil auffälliger Kinder tendenziell, wobei sich allerdings nur zwischen der Altersgruppe der 7- bis 10-Jährigen und der 14- bis 17-Jährigen ein statistisch bedeutsamer Rückgang verzeichnen lässt.

Mit Blick auf die vier Subskalen psychischer Auffälligkeiten stellen sich die Ergebnisse differenzierter dar. Während hinsichtlich der emotionalen Probleme (Ängstlichkeit und Depressivität) ähnlich wie im Gesamtproblemwert kein bedeutsamer Alterstrend zu erkennen ist, zeichnen sich in den anderen Problemfeldern durchaus altersspezifische Unterschiede ab. So liegt der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Hinweisen auf aggressives und dissoziales Verhalten im jüngeren Teenageralter (11 bis 13 Jahre) mit 31,9 % und im Grundschulalter (7 bis 10 Jahre: 29,9 %) etwas höher als während der Adoleszenz (14 bis 17 Jahre: 27,5 %). Demgegenüber ist unaufmerksames und hyperaktives Verhalten ein typisches Problem des Grundschulalters und spielt danach eine immer kleinere Rolle: Während von den 7- bis 10-Jährigen noch 17,9 % nach Angaben ihrer Eltern als grenzwertig auffällig oder auffällig einzustufen sind, sind dies bei den 11- bis 13-Jährigen 14,8 % und bei den 14- bis 17-Jährigen 9,2 %. Der Trend ist entwicklungspsychologisch plausibel, da sich Hyperaktivitätssymptome mit steigendem Alter tendenziell verlieren. Für Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen (Peer-Probleme) gibt es wiederum keinen klaren Alterstrend.

2.3.3 Ausgewählte Einflüsse: Risiko- und Schutzfaktoren

Das Auftreten psychischer Auffälligkeiten kann durch biologische, familiäre und soziale Risikofaktoren begünstigt, durch entsprechende Schutzfaktoren (Ressourcen) dagegen vermindert werden [11, 12]. Deshalb wurden in KiGGS auch Risikomerkmale und Schutzfaktoren für psychische Auffälligkeiten untersucht.

Tabelle 2.3.2.1
Psychische Auffälligkeiten bzw. prosoziales Verhalten bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 7 Jahren (Elternurteil) [10]

	Gesamt		Jungen		Mädchen	
	Grenzwertig	Auffällig	Grenzwertig	Auffällig	Grenzwertig	Auffällig
Gesamtproblemwert	7,5 %	7,2 %	8,8 %	9,0 %	6,2 %	5,3 %
Emotionale Probleme	7,2 %	9,7 %	6,9 %	8,6 %	7,5 %	9,7 %
aggressiv-dissoziales Verhalten	16,0 %	14,8 %	17,5 %	17,6 %	14,5 %	11,9 %
Unaufmerksamkeit-/Hyperaktivität	5,9 %	7,9 %	7,3 %	10,8 %	4,5 %	4,8 %
Peer-Probleme	10,5 %	11,5 %	11,3 %	13,1 %	9,6 %	9,9 %
Prosoziales Verhalten	7,0 %	3,6 %	9,0 %	4,7 %	5,0 %	2,5 %

Soziale Risikofaktoren sind nach den Ergebnissen von KiGGS u. a. ein niedriger sozioökonomischer Status und ein Migrationshintergrund der Familie. So liegt der Anteil der Kinder mit grenzwertig auffälligem oder auffälligem SDQ-Gesamtwert bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus fast dreimal so hoch wie in Familien mit hohem Sozialstatus (23,2 % versus 8,1%). Migrantenkinder werden mit 21,3 % deutlich häufiger als psychisch auffällig eingeschätzt als Kinder ohne Migrationshintergrund (13,5 %). Auch die Berufstätigkeit der Mutter scheint im Zusammenhang mit psychischen Auffälligkeiten der Kinder zu stehen, wobei die Arbeitslosigkeit der Mütter hier einen negativen Einfluss zu haben scheint (Tabelle 2.3.3.1). Bezüglich der Berufstätigkeit der Mutter wurde unterschieden, ob sie zum Befragungszeitpunkt arbeitslos, nicht berufstätig (z. B. in Ausbildung bzw. Studium befindlich, vorübergehend freigestellt aufgrund Erziehungszeit, etc.), teilzeit- oder vollzeitbeschäftigt war.

Einen familiären Risikofaktor stellt die Lebenssituation von Kindern in Einelternfamilien dar, so zeigen Jungen und Mädchen, die bei nur einem Elternteil (zu 90 % bei der Mutter) aufwachsen, vermehrt psychische Auffälligkeiten. Diese Kinder wurden mit denjenigen verglichen, die mit beiden leiblichen Eltern oder ihren Stiefeltern im Haushalt zusammen leben (Tabelle 2.3.3.1).

Der Zusammenhang zwischen psychischen Auffälligkeiten und sozialen bzw. familiären Risikofaktoren bestätigt sich auch bei der gemeinsamen Analyse der Merkmale (logistische Regression). Beispiels-

weise zeigt sich, dass Kinder alleinerziehender und gleichzeitig arbeitsloser Mütter ein deutlich erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten im Vergleich zu Kindern aus Zweielternfamilien (mit nicht arbeitslosen Müttern) tragen. Ist die Mutter alleinerziehend und nicht von Arbeitslosigkeit betroffen (z. B. Erwerbstätige, Hausfrauen und Studierende) ist das Risiko gegenüber Zweielternfamilien immer noch erhöht. Ein etwas höheres Risiko ist auch mit Arbeitslosigkeit der Mutter in Zweielternfamilien verbunden.

Zu den Schutzfaktoren hinsichtlich einer gesunden psychischen Entwicklung gehören personale, familiäre und soziale Ressourcen. In KiGGS wurden die personalen Ressourcen der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen durch Fragebogen-Angaben zu Optimismus, Kohärenzsinn (d. h. die generelle Zuversicht, dass sich Dinge unabhängig von vorausgegangenen Erfahrungen oder eigenen Anstrengungen positiv entwickeln) und Selbstwirksamkeitserwartung (die generelle Überzeugung, selbst über die notwendige Kompetenz zu verfügen, mit Anforderungen umgehen zu können) erfasst. Für die familiären Ressourcen stehen Angaben zum familiären Zusammenhalt aus 9 Fragen zur Verfügung, die das Klima in der Familie, gemeinsame Unternehmungen und die gegenseitige Unterstützung erfragten. Soziale Ressourcen wurden mit Hilfe der Skala »Soziale Unterstützung« [14] erhoben. Die 11- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen beantworteten diese Fragen selbst.

In Bezug auf jede der genannten Dimensionen von Schutzfaktoren (personal, familiär, sozial) zeigt sich, dass rund ein Fünftel der 11- bis 17-jährigen geringe oder deutliche Defizite aufweist. Bei Jungen sind etwas mehr personale und familiäre Ressourcen zu erkennen, Mädchen hingegen haben deutlich mehr soziale Ressourcen. Generell verfügen Kinder mit niedrigem Sozialstatus über weniger personale, soziale und familiäre Ressourcen als Kinder aus besser gestellten Familien. Bei Kindern mit Migrationshintergrund finden sich vermehrt deutliche Defizite hinsichtlich der sozialen Unterstützung. Im Blick auf die personalen und familiären Ressourcen unterscheiden sich Kinder aus Familien mit und ohne Migrationshintergrund dagegen kaum (Tabelle 2.3.3.2).

Psychische Auffälligkeiten stehen mit den verschiedenen Ressourcen in Zusammenhang (Tabelle 2.3.3.3). So weisen 88,9 % der Kinder und Jugendlichen mit guten personalen Schutzfaktoren einen normalen Gesamtwert im SDQ auf. Unter Heranwachsenden mit stark defizitären personalen Ressourcen ist dies dagegen nur bei 71,3 % der Fall. Der offensichtliche Schutzeffekt personaler Ressourcen ist im Jugendalter (14 bis 17 Jahre) sogar noch ausgeprägter und scheint insbesondere bei Mädchen

Tabelle 2.3.3.1
Anteil der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten (Elternangaben) in verschiedenen Untergruppen [10, 13]

	SDQ-Gesamtwert	
	Grenzwertig	Auffällig
Sozialstatus		
Niedrig	11,0%	12,2%
Mittel	7,0%	6,4%
Hoch	4,6%	3,5%
Migrationshintergrund		
Migrant	11,5%	9,8%
Nicht-Migrant	6,8%	6,7%
Alleinerziehung		
Ja	10,9%	13,0%
Nein	7,0%	6,3%
Berufstätigkeitsstatus der Mutter		
Arbeitslos	12,3%	10,7%
(z. Zt.) nicht berufstätig	7,9%	7,6%
Teilzeit beschäftigt	6,5%	6,5%
Vollzeit beschäftigt	6,9%	6,9%

Tabelle 2.3.3.2
Schutzfaktoren: Verteilung personaler, familiärer und sozialer Ressourcen nach Geschlecht, Sozialstatus und Migrationshintergrund bei 11- bis 17-Jährigen

	Un- auffällig	Grenz- wertig	Deutliche Defizite
Personale Ressourcen			
Geschlecht			
Jungen	81,7%	8,7%	9,5%
Mädchen	77,8%	9,1%	13,0%
Sozialstatus			
Niedrig	76,9%	9,3%	13,8%
Mittel	79,8%	9,3%	10,9%
Hoch	83,5%	8,3%	8,2%
Migrationshintergrund			
Ja	79,0%	7,9%	13,0%
Nein	80,0%	9,1%	10,9%
Familiäre Ressourcen			
Geschlecht			
Jungen	81,1%	8,5%	10,4%
Mädchen	77,6%	9,3%	13,1%
Sozialstatus			
Niedrig	77,6%	8,6%	13,5%
Mittel	79,6%	8,5%	11,9%
Hoch	81,8%	9,1%	9,1%
Migrationshintergrund			
Ja	80,7%	8,4%	10,9%
Nein	79,1%	9,0%	11,9%
Soziale Ressourcen			
Geschlecht			
Jungen	71,7%	16,0%	12,3%
Mädchen	85,1%	7,8%	7,1%
Sozialstatus			
Niedrig	73,9%	13,4%	12,7%
Mittel	78,7%	12,8%	8,5%
Hoch	82,8%	9,7%	7,6%
Migrationshintergrund			
Ja	73,6%	12,6%	13,8%
Nein	79,2%	11,9%	8,9%

zur Geltung zu kommen. Eine ähnliche protektive Wirkung besitzen die familiären Ressourcen, wobei sich allerdings im Unterschied zu den personalen Schutzfaktoren kein Alterseffekt erkennen lässt. Obwohl Jungen insgesamt über mehr familiäre Ressourcen berichten als Mädchen [15], scheint der familiäre Zusammenhalt bei Mädchen eine größere Schutzwirkung für die psychische Gesundheit zu entfalten als bei Jungen.¹

Bei gleichzeitiger Berücksichtigung der verschiedenen Schutzfaktoren, des Alters, Geschlechts und des Migrationshintergrundes (logistische Regression) erweisen sich die personalen Ressourcen als besonders wichtig für die psychische Gesundheit. Werden Heranwachsende mit deutlich defizitären

Tabelle 2.3.3.3
Anteil von 11- bis 17-Jährigen mit psychischen Auffälligkeiten (Elternangaben) nach dem Vorhandensein von Schutzfaktoren (Selbstauskunft) [13]

	SDQ-Gesamtproblemwert		
	Normal	Grenzwertig	Auffällig
Personale Ressourcen			
Unauffällig	88,9%	5,7%	5,4%
Geringe Defizite	80,7%	8,8%	10,5%
Große Defizite	71,3%	13,1%	15,7%
Familiäre Ressourcen			
Unauffällig	88,2%	6,3%	5,5%
Geringe Defizite	84,5%	7,3%	8,2%
Große Defizite	74,0%	9,5%	16,4%
Soziale Ressourcen			
Unauffällig	88,6%	6,1%	5,3%
Geringe Defizite	80,1%	8,8%	11,1%
Große Defizite	74,4%	10,0%	15,6%

und mit normalen personalen Ressourcen hinsichtlich des Vorliegens psychischer Auffälligkeiten verglichen, ergibt sich ein deutlich erhöhtes Risiko bei Kindern und Jugendlichen mit mangelhaften personalen Schutzfaktoren. Am zweitstärksten fallen Defizite hinsichtlich der familiären Ressourcen ins Gewicht, gefolgt von Defiziten innerhalb der sozialen Ressourcen.

2.3.4 Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen

Nach den vorliegenden Ergebnissen tragen insgesamt 14,7% der Kinder und Jugendlichen ein erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten. Einige der betroffenen Jungen und Mädchen mögen tatsächlich an einer klinisch bedeutsamen Störung leiden, während andere lediglich einzelne Symptome aufweisen, die sich im weiteren Verlauf wieder verlieren, aber auch verschärfen können. Da psychische Probleme nicht nur zu akuten Belastungen, sondern mitunter auch zu lebenslangen Auswirkungen auf die individuelle Biografie der Betroffenen sowie ihr familiäres und soziales Umfeld führen, erfordert ein beträchtlicher Anteil von belasteten Kindern und Jugendlichen eine gesteigerte gesellschaftliche Aufmerksamkeit.

Die Weichen für eine gesunde psychische Entwicklung werden bereits in der Schwangerschaft sowie in den ersten Lebensjahren durch die Eltern-Kind-Interaktion und die Bindung zwischen Eltern und Kind gestellt. Wenn es den Eltern aufgrund

¹ Zur Alters- und Geschlechtsverteilung von Ressourcen im Zusammenhang mit psychischen Auffälligkeiten vgl. [13]

besonderer Belastungen nicht gelingt auf die alters- und entwicklungsspezifischen Bedürfnisse ihrer Kinder angemessen einzugehen, kann dies zu Entwicklungs- und Verhaltensstörungen führen, die bis weit in das Erwachsenenalter hineinreichen. Andererseits sind in der frühen Kindheit Fehlentwicklungen im Vergleich zu späteren Altersstufen mit noch relativ wenig aufwändigen Maßnahmen zu verhindern und auch leichter zu beheben [16].

Im Rahmen der Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit [7] wurde das Ziel gesetzt, die gesunde psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen – insbesondere von denjenigen in Risikosituationen – zu stärken und psychische Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Dies sollte durch die gesundheitliche Aufklärung aller werdenden und jungen Eltern über Risiko- und Schutzfaktoren für eine gesunde kindliche Entwicklung geschehen. Besondere Berücksichtigung sollte hierbei sozial benachteiligten Familien, Alleinerziehenden, Arbeitslosen und Menschen mit Migrationshintergrund zukommen [16, 17] (siehe Kapitel Gesundheit und Soziale Ungleichheit). Die KiGGS-Ergebnisse belegen, dass diese Gruppen besonders gefährdet sind. Die Kampagne zur Förderung der Kindergesundheit sollte zeitlich versetzt Botschaften zu unterschiedlichen Schwerpunkten der Kindergesundheit und den erforderlichen Elternkompetenzen für die gesamte Bevölkerung vermitteln und so einen sozialen Lernprozess initiieren, beispielsweise mit Informationen zu einem verbindlichen Erziehungsstil als Schutzfaktor für die seelische Gesundheit der Kinder (»Kinder brauchen Regeln und Grenzen«) [12]. Zudem sollten konkrete Hilfs- und Beratungsmöglichkeiten (z. B. mittels einer Telefonhotline) am Wohnort, insbesondere in sozial benachteiligten Stadtteilen angeboten werden. Maßnahmen, wie z. B. aufsuchende Hebammenhilfe, Elterncafé und Elternnetzwerkgruppen sollten mit Anreizen für Eltern verbunden sein und sie aktiv einbeziehen, um personale, familiäre und soziale Ressourcen der Eltern und Kinder aufzubauen. Das Nationale Zentrum »Frühe Hilfen« – in gemeinsamer Trägerschaft der BZgA und des Deutschen Jugendinstituts [18] – unterstützt bei dieser Aufgabe die Bundesländer und Gemeinden durch die Förderung und Verbreitung von Modellprojekten.

Bei älteren Kindern und Jugendlichen sollten Präventionsmaßnahmen zusätzlich darauf abzielen, personale Ressourcen wie Eigenaktivität, Selbstwert- und Verantwortungsgefühl, Konfliktkompetenz und Genussfähigkeit weiterzuentwickeln (Lebenskompetenzansatz). Ein ausbaufähiges Potential für präventive Interventionsstrategien bieten Kindertagesstätten, Schulen, Freizeiteinrichtungen und Sportvereine. Hier können ohne stigmatisierende

Wirkung gerade auch Kinder und Jugendliche mit besonderen sozialen Belastungen sowie ihre Eltern erreicht werden [19]. Den Kindertagesstätten und Schulen müssen qualitätsgesicherte Konzepte zur Integration von Lebenskompetenzprogrammen [20] zur Verfügung gestellt werden. Insbesondere Ganztagschulen bieten ein hohes Potential für die Gesundheitsförderung, wenn Eltern, Erziehende und Lehrende in einen primärpräventiven Ansatz, der Verhaltens – und Verhältnisprävention umfasst, aktiv einbezogen werden. Die Qualifizierung von Lehrenden und Erziehenden ist die Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen. Für Kinder und Jugendliche mit bereits bestehenden psychischen Auffälligkeiten gibt es wirksame Interventionsprogramme [21]. Freizeiteinrichtungen wie z. B. Sportvereinen, Jugendzentren und Reiseveranstaltern sollte die Möglichkeit gegeben werden, durch eine Zertifizierung ihre gesundheitsförderlichen Qualitäten werbend bekannt zu machen. Besonders günstig ist eine Verbindung mit der Förderung körperlicher Aktivität, da auch diese psychischen Belastungen vorbeugt [22] (siehe Kapitel Körperlich-sportliche Aktivität).

Kinder von psychisch, chronisch oder schwer erkrankten sowie suchtkranken Eltern haben ein besonders hohes Risiko, psychische Störungen zu entwickeln. Daher müssen diese Kinder frühzeitig und möglichst wohnortnah Unterstützung erhalten, beispielsweise durch eine speziell auf Kinder zugeschnittene familientherapeutische Betreuung [21]. Ärztinnen und Ärzte sollten auch immer das Wohl der Kinder ihrer Patientinnen und Patienten im Auge haben, weil diese unmittelbar durch die Krankheit ihrer Eltern betroffen sind.

Die Früherkennung von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen ist dringend weiterzuentwickeln. Das gesetzliche Früherkennungsprogramm nach § 26 SGB V sollte um Screeninginstrumente bzw. Diagnoseverfahren zur frühzeitigen Erfassung von psychosozialen Risiken und psychischen Störungen erweitert werden. Um belastete Kinder nicht aus den Augen zu verlieren, haben sich beispielsweise Erinnerungssysteme als wirksam erwiesen. Dies muss ergänzt werden durch Informationsmaterialien für die Eltern über mögliche Entwicklungsbeeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten. So können Eltern aktiv und vorausschauend erforderliche Erziehungskompetenzen entwickeln und auch bei der Früherkennung im Gespräch mit dem Arzt oder der Ärztin mitwirken. Diese Materialien müssen so gestaltet sein, dass sie insbesondere auch bei Eltern mit niedrigem Sozialstatus oder Migrationshintergrund einsetzbar sind.

Gerade in dem Handlungsfeld psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen ist es besonders wichtig, Maßnahmen qualitätssichernd

zu begleiten. Hierzu muss ein Evaluations- und Qualitätssicherungsverfahren entwickelt werden, das sowohl die Wirksamkeit intensiver Einzelmaßnahmen für besonders betroffene Zielgruppen (z. B. Informationsmaterialien, Elternnetzwerke) als auch der Gesamtstrategie umfasst. Insbesondere Elternkompetenzen müssen repräsentativ im Verlauf beob-

achtet werden, um zu prüfen, ob die eingesetzten bevölkerungsweiten Interventionen wirksam sind. Schließlich trägt die weitere Erforschung der protektiven und Risikofaktoren für psychische Probleme (beispielsweise im Rahmen der KiGGS-Kohorte) dazu bei, dass die Maßnahmen künftig noch präziser ausgerichtet werden können.

Literaturverzeichnis

- [1] WHO (World Health Organization) (Hrsg) (2001) The World health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva
www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf (Stand: 23.10.2008)
- [2] Ihle W, Esser G (2002) Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau* 53: 159–169
- [3] Barkmann C, Schulte-Markwort M (2004) Prävalenz psychischer Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiatrische Praxis* 31: 1–10
- [4] Barkmann C (2003) Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ein epidemiologisches Screening. Verlag Dr. Kovac, Hamburg
- [5] Ihle W, Esser G, Laucht M et al. (2004) Depressive Störungen und aggressiv-dissoziale Störungen im Kindes- und Jugendalter. Prävalenz, Verlauf und Risikofaktoren. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 47: 728–735
- [6] Europäische Kommission (2000) Bericht über die gesundheitliche Situation der jungen Menschen in der Europäischen Union. Europäische Kommission, Direktion F – Öffentliche Gesundheit. Luxemburg
- [7] Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2008) Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit
www.bmg.bund.de/cln_110/SharedDocs/Publikationen/DE/Praevention/Strategie-Kindergesundheit,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Strategie-Kindergesundheit.pdf (Stand: 23.10.2008)
- [8] Palfrey JS, Tonmiges TF, Green M et al. (2005) Introduction: Addressing the Millennial Morbidity – The Context of Community Pediatrics. *Pediatrics* 115: 1121–1123
- [9] Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 38: 581–586
- [10] Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U et al. (2007) Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 784–793
- [11] Bettge S (2004) Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Charakterisierung, Klassifizierung und Operationalisierung. Diss. Berlin
- [12] Bengel J, Meinders-Lücking F, Rottmann N (2008) Gesundheitliche Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Band 35. Köln
- [13] Hölling H, Schlack R (2008) Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter – Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Gesundheitswesen* 70: 1–10
- [14] Donald CA, Ware JE (1984) The measurement of social support. *Res Community mental Health* 4: 325–370
- [15] Erhart M, Hölling H, Bettge S et al. (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 800–809
- [16] Cierpka M, Stasch M, Groß S (2007) Expertise zum Stand der Prävention/Frühintervention in der frühen Kindheit in Deutschland. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Band 34. Köln
- [17] Bühler A, Kröger C (2006) Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Band 29. Köln
- [18] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Deutsches Jugendinstitut (DJI) (2008) Nationales Zentrum Frühe Hilfen
www.fruehehilfen.de/ (Stand: 06.11.2008)
- [19] Schlack R, Hölling H, Kurth B-M (2007) Inanspruchnahme außerfamiliärer vorschulischer Kindertagesbetreuung und Einfluss auf Merkmale psychischer Gesundheit bei Kindern. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (10): 1249–1258
- [20] Bühler A, Heppekausen K (2005) Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland – Grundlagen und kommentierte Übersicht. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) *Gesundheitsförderung konkret*, Band 6. Köln
- [21] Bramesfeld A, Schwartz FW (2006) Interventionsmöglichkeiten bei Depressionen im Jugend- und Erwachsenenalter aus Public-Health-Sicht. *Gesundheitswesen* 68: 508–516
- [22] Floriani V, Kennedy C (2008) Promotion of physical activity in children. *Curr Opin Pediatr* 20: 90–95

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin
www.rki.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln
www.bzga.de

Redaktion

Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und
Gesundheitsberichterstattung
Angelika Rieck
General-Pape-Straße 62–66
12101 Berlin

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Referat Aufgabenplanung und -koordinierung
Dr. Frank Lehmann, MPH
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln

Grafik/Layout

Gisela Winter
Robert Koch-Institut

Druck

Oktoberdruck AG, Berlin

Zitierweise

Robert Koch-Institut (Hrsg), Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008)
Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von
Kindern und Jugendlichen in Deutschland.
RKI, Berlin

Dezember 2008

Berlin: Robert Koch-Institut
ISBN 978-3-89606-109-7