

Bericht zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Bayern



Inhalt

Vorwort	4
Zur Einführung in den Bericht	5
1. In Bayern aufwachsen	7
2. Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Unterschätztes Problem oder Modethema?	13
3. Risiko- und Schutzfaktoren der psychischen Gesundheit im Kindes- und Jugendalter	17
4. Wie steht es um die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Bayern – ein Überblick	21
5. Eckdaten zum Versorgungssystem für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Bayern	27
6. Störungsbilder unter der Lupe	39
6.1 Regulationsstörungen	40
6.2 Umschriebene Entwicklungsstörungen	45
6.3 Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)	55
6.4 Depressionen im Kindes- und Jugendalter	62
6.5 Essstörungen	67
6.6 Problematischer Umgang mit Suchtmitteln	72
7. Kinder psychisch erkrankter Eltern	81
8. Information, Beratung und Begleitung – in Bayern und darüber hinaus	89

Vorwort



Der erste Bayerische Kinder-
gesundheitsbericht 2015 hat
gezeigt, dass es dem Groß-
teil der Kinder und Jugend-
lichen in Bayern gut geht,
vielen von ihnen sogar sehr
gut. In Bayern aufwachsen
heißt, in einem Land aufzu-
wachsen, das wirtschaftlich
und sozial stark ist. Aus dem

Bericht ging aber auch hervor: Einige Kinder und Ju-
gendliche brauchen Unterstützung und Hilfe, wenn es
darum geht, gesund aufzuwachsen – körperlich und
seelisch!

Vor allem die Zahl der ambulanten und stationären
Behandlungen aufgrund psychischer Störungen hat in
den letzten Jahren stark zugenommen. Das liegt zum
Teil sicher daran, dass die gesellschaftliche Aufmerk-
samkeit für dieses Thema deutlich gestiegen ist. Das
ist einerseits positiv, weil es dabei hilft, psychische
Erkrankungen weiter zu entstigmatisieren und die Be-
troffenen frühzeitig zu behandeln. Andererseits wird
in der Öffentlichkeit oft sehr emotional darüber disku-
tiert, wo entwicklungsgerechtes Verhalten endet und
eine psychische Störung beginnt.

Ganz bewusst haben wir deshalb in diesem Jahr die
psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
zu unserem Schwerpunktthema gemacht. Mit dem
nun vorliegenden Bericht zur psychischen Gesundheit

von Kindern und Jugendlichen steht uns erstmals eine
umfassende Informationsgrundlage zur Verfügung, die
auch zur Versachlichung der gesellschaftlichen Debatte
beitragen will. Der bundesweit einzigartige Bericht
bündelt eine Vielzahl von Daten, unter anderem zur
Versorgungssituation für psychisch kranke Kinder und
Jugendliche. Er nimmt die häufigsten Störungsbilder
unter die Lupe und widmet sich auch bestimmten Ri-
sikogruppen, die besondere Hilfe benötigen. Außer-
dem informiert der Bericht über das Bayernweite Netz
von niedrigschwelligen und wohnortnahen Angeboten
zur Information, Beratung und Betreuung für psychisch
kranke Kinder und Jugendliche.

Für mich als Bayerische Gesundheitsministerin ist die
weitere Verbesserung der gesundheitlichen Rahmenbe-
dingungen und der gesundheitlichen Chancengleichheit
in allen Landesteilen ein wichtiges Anliegen. Deshalb
fördern wir Modellprojekte beispielsweise zur Behand-
lung von Depressionen im Kinder- und Jugendalter oder
zur Verbesserung der Vernetzung zwischen Jugendhilfe
und Suchthilfe. Wir unterstützen Fachärzte und Psycho-
therapeuten bei der Niederlassung im ländlichen Raum
und wollen die vorgezogene Schuleingangsuntersu-
chung flächendeckend in ganz Bayern einführen.

Was wir heute gemeinsam für die Gesundheit unserer
Kinder und Jugendlichen erreichen, ist die beste Investi-
tion in die Gesellschaft von morgen.

Ihre

Melanie Huml

Staatsministerin für Gesundheit und Pflege

Zur Einführung in den Bericht

Die Daten

In diesem Bericht finden Sie eine Vielzahl von Daten zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Bayern und Deutschland. Dazu wurden unterschiedliche Datenquellen herangezogen, die sich nicht immer auf gleiche Altersgruppen oder den gleichen Beobachtungszeitraum beziehen. Des Weiteren sind Daten aus dem Versorgungsgeschehen manchmal nur eingeschränkt mit Daten aus Studien vergleichbar. Wir haben daher, um Missverständnisse zu vermeiden, oft explizit auf die Datenquellen hingewiesen. Die Wichtigsten sind hier vorab kurz erläutert:

- ▶ **Ambulante Diagnosen:** Ambulante Diagnosen stammen in diesen Bericht von wenigen Ausnahmen abgesehen von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Sie geben wieder, was die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, die in Bayern an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen, an Diagnosen im zweiten Halbjahr 2014 dokumentiert haben. Vergleichbare Daten für Deutschland insgesamt gibt es bisher nicht, hier soll aber die im Sozialgesetzbuch V vorgegebene „Datentransparenzregelung“ demnächst Abhilfe schaffen. Bei der Interpretation ist zu beachten, dass die Häufigkeit von Diagnosen nicht ohne Weiteres mit der Häufigkeit einer Erkrankung gleichzusetzen ist: Wer krank ist, aber nicht zum Arzt geht, taucht in diesen Statistiken nicht auf. Außerdem fehlen die Daten der privat Versicherten. Sie werden bisher nicht in gleicher Weise wie die Daten der Kassenpatienten ausgewertet. Die ambulanten Diagnosen werden nach einem internationalen Klassifikationssystem (dem „ICD“) verschlüsselt.
- ▶ **Stationäre Diagnosen:** Über die Fälle, die im Krankenhaus behandelt werden, gibt in diesem Bericht die amtliche Krankenhausstatistik Auskunft. Hier werden alle Versicherten, auch die privat Versicherten erfasst. Die stationären Fälle und die ambulanten Diagnosen kann man allerdings nicht einfach addieren, oft haben stationär behandelte Patienten auch schon eine Diagnose beim niedergelassenen Arzt oder Psychotherapeuten erhalten. Bei der Krankenhausstatistik ist außerdem zu beachten, dass sie „Fälle“ zählt, nicht Patienten. Ein Patient kann mehrere Fälle verursachen. Dokumentiert wird stets die „Hauptdiagnose“ des Krankenhausaufenthalts. Auch hier kommt das ICD-System zur Anwendung. Die bei Redaktionsschluss aktuellsten Daten waren die des Jahres 2014.
- ▶ **Schuleingangsuntersuchung:** Die Schuleingangsuntersuchung ist eine staatliche Untersuchung. Sie wird von den Gesundheitsämtern durchgeführt und soll vor allem feststellen, wie gut das Kind für den Schulbeginn gerüstet ist und ob es dafür noch Hilfestellungen benötigt, z. B. ob Impflücken zu schließen sind oder eine logopädische Behandlung bei Sprachentwicklungsstörungen angezeigt ist. Diese Daten werden nicht wie die Diagnosen im Versorgungssystem nach ICD verschlüsselt, sondern nach einem eigenen Schema dokumentiert. Verfügbar sind derzeit die Daten des Jahres 2010/2011.
- ▶ **Studiendaten:** Vieles über die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen kann gar nicht in Statistiken erfasst werden, z. B. wenn Beschwerden nicht zu einer Behandlung führen, oder wenn es um andere interessante Aspekte geht wie z. B. Risikofaktoren für Erkrankungen. Hier können nur Studien Daten liefern. Die wichtigste Studie zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts. Die letzte Erhebungswelle fand von 2009 bis 2012 statt. Dabei wurden mehr als 12.000 Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 17 Jahren bzw. ihre Eltern befragt. Bayerische Daten gibt es aus der KiGGS-Studie nicht. Die Häufigkeiten von Erkrankungen aus Studiendaten weichen aus vielen Gründen mehr oder weniger stark davon ab, wie häufig für diese Erkrankungen auch Diagnosen gestellt werden.
- ▶ **Ärzte, Psychotherapeuten, Betten und mehr:** Auch das Versorgungssystem selbst lässt sich nicht aus einer einzigen Datenquelle abbilden. Das führt oft zu verwirrend unterschiedlichen Zahlen, z. B. wenn Arztzahlen einmal aus der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns berichtet werden und dann aus der Mitgliederstatistik der Ärztekammer. Jede Datenquelle hat ihre Stärken und ihre Schwächen – wir hoffen, im Bericht das Beste daraus gemacht zu haben.

Die Ergebnisse

- ▶ In diesem Bericht geht es um 1,7 Mio. Kinder unter 15 Jahren und um 0,4 Mio. Jugendliche im Alter von 15 bis unter 18 Jahren.
- ▶ Für etwa fast 470.000 Kinder und Jugendliche, einem Viertel aller Kinder und Jugendlichen in Bayern, lag 2014 bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns die Diagnose einer psychischen Störung bzw. einer Entwicklungsstörung vor. Die Häufigkeit stimmt – in der Größenordnung – erstaunlich gut mit den Daten aus der bundesweiten KiGGS-Studie überein.
- ▶ Ob es in Bayern mehr oder weniger Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen gibt als im Bundesdurchschnitt, kann mangels entsprechender Daten letztlich nicht beantwortet werden. Die Krankenhausfälle infolge psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen liegen in Bayern etwas unter dem Bundesdurchschnitt. Vermutlich ist das auch bei der Erkrankungshäufigkeit insgesamt so, weil auch die psychische Gesundheit stark von der sozialen Lage abhängt – und die ist in Bayern besser als im Bundesdurchschnitt.
- ▶ Der KiGGS-Studie zufolge haben psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen zwischen den beiden Erhebungswellen 2003/2006 und 2009/2012 nicht zugenommen. Allerdings deuten einige Daten, z. B. die Krankenhausstatistik, darauf hin, dass die Fälle im Versorgungssystem zunehmen. Ob das positiv zu sehen ist, oder kritisch, darauf gehen wir in Kapitel 2 ein.
- ▶ Auch bei den psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter zeigen sich oft deutliche regionale Unterschiede in der Diagnosehäufigkeit. Dies muss nicht auf unterschiedliche Erkrankungshäufigkeiten zurückzuführen sein, sondern kann auch durch regionale Besonderheiten des Versorgungsgeschehens bedingt sein. Nicht immer lassen sich die Ursachen aufklären. Das kann Anknüpfungspunkte für vertiefende Analysen geben und z. B. auch in der kommunalen Gesundheitsberichterstattung thematisiert werden.
- ▶ Der Schulbeginn ist ein wichtiger Abschnitt im Leben der Kinder. Er bringt viele Chancen mit sich, aber auch viele Belastungen. Das zeigt sich auch am Anstieg der Diagnosehäufigkeit vieler Erkrankungen zu diesem Zeitpunkt, z. B. bei der Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In gleicher Weise bedeutsam sind die Pubertät und der Berufseinstieg – hier müssen ebenfalls wichtige Entwicklungsaufgaben gelöst werden, was mitunter belastend sein kann.
- ▶ Sehr erfreulich ist die Entwicklung beim Alkohol- und Tabakkonsum. Die Zahl der Krankenhauseinweisungen infolge von Alkoholvergiftungen bei Jugendlichen geht in Bayern zurück und die Raucherquote liegt – bundesweit – so niedrig wie noch nie.
- ▶ Ein recht neues Problemfeld hat sich durch die Flüchtlingskrise ergeben. Ende 2015 waren schätzungsweise 15.000 unbegleitete minderjährige bzw. junge volljährige Flüchtlinge in der Jugendhilfe in Bayern. Viele leiden seelisch und körperlich an den Folgen der Flucht an sich. Für das Versorgungssystem in Bayern stellen sie eine große Herausforderung dar.

Wir hoffen, der Bericht hilft dabei, das komplexe Thema „Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ etwas transparenter zu machen und so auch Problemlösungen zu unterstützen.

1. In Bayern aufwachsen



1. In Bayern aufwachsen

Das Wichtigste in Kürze

Anzahl der Kinder unter 15 Jahren, 31.12.2014	1,69 Mio.
Anzahl der Jugendlichen, 15 bis unter 18 Jahre, 31.12.2014	0,4 Mio.
Anzahl der Familien mit Kindern unter 18 Jahren, 2014	1,28 Mio.
Armutsgefährdungsquote der Unter-18-Jährigen, 2014	11,9 %

Datenquellen: LfStat

In Bayern leben derzeit fast 1,7 Mio. Kinder unter 15 Jahren (etwas mehr als 13 % der Bevölkerung) und fast 400.000 Jugendliche im Alter zwischen 15 und 18 Jahren (etwas mehr als 3 % der Bevölkerung).

KINDER – JUGENDLICHE: WELCHES ALTER?

Wer als „Kind“ und wer als „Jugendlicher“ gilt, kann je nach Rechtsgebiet an unterschiedlichen Altersgrenzen festgemacht sein. Wenn nichts anderes angegeben ist, gilt in diesem Bericht als Kind, wer unter 15 Jahre alt ist, als Jugendlicher, wer zwischen 15 und 18 Jahre alt ist. Wenn von „Heranwachsenden“ die Rede ist, sind in der Regel die Unter-18-Jährigen insgesamt gemeint.

Sie wachsen in einem Land auf, das ihnen ein sehr gutes materielles und soziales Umfeld bietet. Beispielsweise lag die Armutsgefährdungsquote 2014 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes in Bayern mit 11,5 % deutlich unter dem Bundesdurchschnitt mit 15,4 %, bei den Unter-18-Jährigen waren es in Bayern 11,9 %, im Bundesdurchschnitt 19,0 %. Die Jugendarbeitslosenquote lag im Januar 2016 mit 3,2 % unter der allgemeinen Arbeitslosenquote in Bayern (4,1 %) und ebenfalls deutlich niedriger als die Jugendarbeitslosenquote im Bundesdurchschnitt (5,2 %).

Diese Rahmenbedingungen tragen dazu bei, dass den Kindern und Jugendlichen in Bayern vielfältige Möglichkeiten offen stehen, um ihre Fähigkeiten zu entfalten. Ein gutes materielles und soziales Umfeld macht es leichter, eigene Zukunftsperspektiven zu entwickeln und im Leben zu verwirklichen. Dazu tragen beispielsweise Angebote der frühkindlichen Bildung und die schulischen Angebote ebenso bei wie die kulturellen und sportlichen Angebote der Gemeinden oder die Wahlmöglichkeiten beim Berufsweg.

VERWIRKLICHUNGSSCHANCEN – EXEMPLARISCH

Miniphänomenta – ein Kooperationsprojekt des Bildungswerks der Bayerischen Wirtschaft e. V. mit Grundschulen

Miniphänomenta ist ein Projekt, das darauf abzielt, bei Kindern im Grundschulalter Interesse für Technik und Naturwissenschaften zu wecken. Durch die sinnlichen Erfahrungen an speziellen Experimentierstationen sollen sie naturwissenschaftlich-technische Phänomene erleben, darüber nachdenken und miteinander darüber sprechen.

Mehr Informationen: www.tezba.de

Die Klima-Tage der Jugendbildungsstätten Bayern

Der Schutz der Umwelt und des Klimas ist nicht nur ein gesamtgesellschaftlich wichtiges Anliegen, dieses Thema bewegt auch Kinder und Jugendliche. Mehr als 30.000 Kinder und Jugendliche nehmen jährlich an Bildungsveranstaltungen der Jugendbildungsstätten in Bayern teil. Die „Klima-Tage“ der Jugendbildungsstätten sind eines von vielen Angeboten, die Kindern und Jugendlichen Gelegenheit geben, sich zu informieren und aktiv zu werden.

Mehr Informationen: www.jugendbildungsstaetten.de/projekte/jubi-klimatage

Berufsintegrationsklassen für junge Asylbewerber und Flüchtlinge

Zu den Herausforderungen der Flüchtlingspolitik gehört es auch, jungen Menschen mit einer Bleibeperspektive eine berufliche Zukunft in Deutschland zu ermöglichen. Bayern geht hier mit „Berufsintegrationsklassen“ einen bislang bundesweit einmaligen Weg. Anfang 2016 waren an 80 bayerischen Berufsschulstandorten ca. 440 Berufsintegrationsklassen für Asylbewerber und Flüchtlinge eingerichtet, um ihnen die Vorbereitung auf eine berufliche Ausbildung zu erleichtern.

Mehr Informationen: www.km.Bayern.de/allgemein/meldung/3755/junge-asylbewerber-und-fluechtlinge-koennen-in-ganz-Bayern-berufsintegrationsklassen-besuchen.html

Ein positives familiäres Umfeld ist die beste Voraussetzung für ein psychisch gesundes Aufwachsen der Kinder und Jugendlichen. Dieser hohe Stellenwert der Familie wird nicht nur unter immer neuen Gesichtspunkten durch die Entwicklungspsychologie bestätigt: Der aktuellen Shell-Jugendstudie zufolge ist die Familie auch in der Wahrnehmung der Jugendlichen selbst der wichtigste emotionale Rückhalt im Leben. Zwei Drittel gaben an, dass man eine Familie braucht, um glücklich sein zu können, 90 % sagten, dass sie gut mit ihren Eltern auskommen und drei Viertel würden ihre Kinder so erziehen, wie sie selbst erzogen wurden.¹

Neben der Familie spielen für Kinder und Jugendliche die sozialen Bezüge in ihrem Wohnumfeld, der peer group und den Erziehungs- und Bildungseinrichtungen eine wichtige Rolle. Am 1.3.2015 wurden in Bayern 27,5 % der unter 3-jährigen Kinder in Kindertageseinrichtungen betreut; bedingt durch die hohen Betreuungsquoten in den ostdeutschen Ländern waren das etwas weniger als im Bundesdurchschnitt (32,9 %). Von den 3–5-Jährigen wurden in Bayern 93,5 % in Kindertageseinrichtungen betreut (Bundesdurchschnitt: 94,8 %). Dabei liegen die Betreuungsquoten in NordBayern höher als in SüdBayern.

¹ Albert M., Hurrelmann K., Quenzel G., TNS Infratest Sozialforschung: Jugend 2015. 17. Shell Jugendstudie. Hamburg 2015.

Betreuungsquoten in öffentlich geförderten Einrichtungen Kinder unter 3 Jahre, Stichtag 1.3.2015

Oberbayern	28,8 %
Niederbayern	19,6 %
Oberpfalz	21,9 %
Oberfranken	33,7 %
Mittelfranken	31,2 %
Unterfranken	33,2 %
Schwaben	21,7 %
Bayern	27,5 %

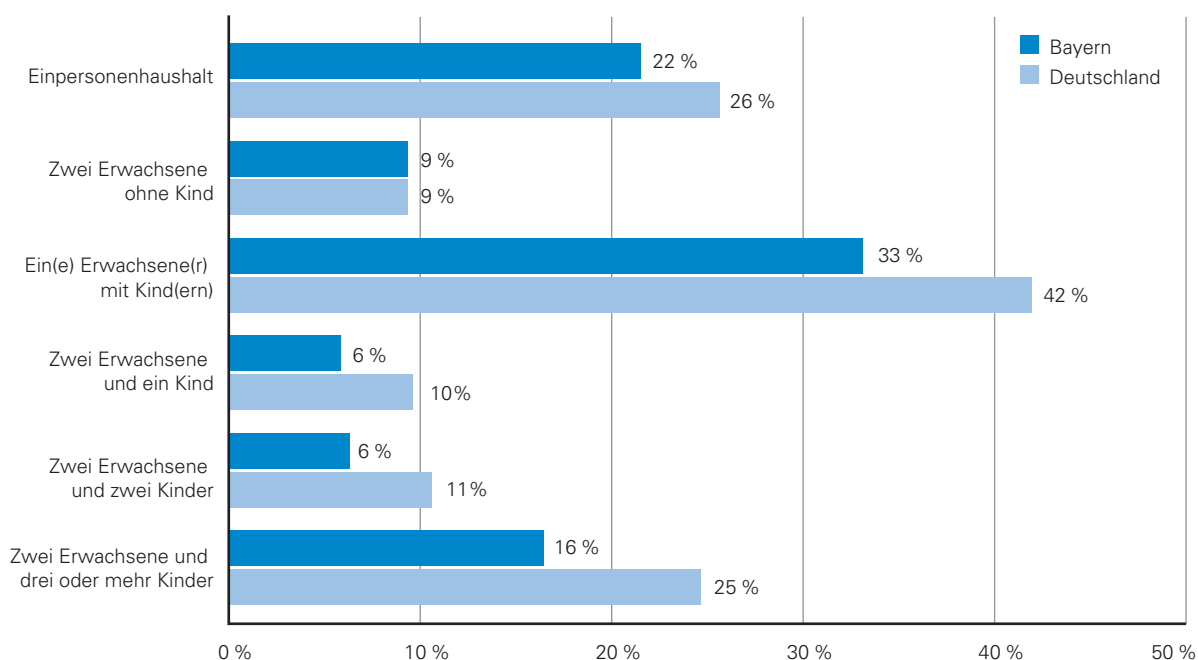
Datenquelle: Statistisches Bundesamt

Gerade in den ersten drei Lebensjahren müssen Eltern die Wahlfreiheit haben, ob sie ihr Kind selbst betreuen oder eine Kindertageseinrichtung in Anspruch nehmen wollen. Es gilt in den ersten Jahren, besonders sensibel auf die Bedürfnisse der Kinder einzugehen, dazu gehört insbesondere das Bedürfnis nach sicherer Bindung. Kinderbetreuungsangebote helfen grundsätzlich familienergänzend, dass die Eltern Familie und Beruf besser vereinbaren können und sie können dazu beitragen, dass die Kinder, vor allem Kinder

aus sozial schwachen Familien, in ihrer psychosozialen Entwicklung zusätzlich gefördert werden. Bei Kindern mit Migrationshintergrund geht es zudem häufig auch darum, die Deutschkenntnisse vor dem Schuleintritt zu verbessern. Die Quote der Kinder mit Migrationshintergrund, die eine Kindertageseinrichtung besuchen, lag zum Stichtag 1.3.2015 in Bayern mit 19 % deutlich unter der der Kinder ohne Migrationshintergrund (31 %). Auch in Deutschland insgesamt besteht diese Diskrepanz (22 % gegenüber 38 %).

Auch in Bayern gibt es Familien in prekärer sozialer Lage. Die soziale Lage ist auch bei den psychischen Störungen ein wichtiger Einflussfaktor, Daten dazu zeigt dieser Bericht in den folgenden Kapiteln. Betrachtet man das Armutsrisiko, so sind in Bayern Paare mit einem oder zwei Kindern seltener armutsgefährdet als kinderlose Paare oder der Bevölkerungsdurchschnitt. Familien mit drei oder mehr Kindern, vor allem aber Alleinerziehende müssen dagegen pro Kopf mit weniger Geld auskommen als der Bevölkerungsdurchschnitt. Ein Drittel der Alleinerziehenden war 2014 armutsgefährdet. In Bayern waren unter den ca. 1,87 Mio. Familien mit ledigen Kindern 2014 knapp 400.000 Alleinerziehende, darunter wiederum gut 220.000 mit Kindern unter 18 Jahren. 90 % dieser Alleinerziehenden sind Frauen.²

Armutsgefährdungsquoten 2014, Bayern und Deutschland



Datenquelle: Statistisches Bundesamt; Anteil der Personen mit weniger als 60 % des mittleren Äquivalenzeinkommens (gemessen am Bundesmedian)

² Bayerisches Landesamt für Statistik: Strukturdaten der Bevölkerung und der Haushalte in Bayern 2014. München 2015.

MIGRATIONSHINTERGRUND UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Aufgrund von sprachlichen, strukturellen und kulturbedingten Zugangsbarrieren nehmen Migranten im Vergleich zu Menschen der Aufnahmegesellschaft ausgewählte Dienste medizinischer und psychosozialer Versorgung seltener bzw. erst spät in Anspruch. Im Hinblick auf die psychische Gesundheit von Migrantenkindern sind darüber hinaus spezielle, migrationsbedingte Risikofaktoren wie beispielsweise (bi-)kulturelle Identitätskrisen, Kriegs- und Fluchterfahrung, höheres Armutsrisiko, Ausgrenzung oder schlechtere Ausbildungschancen zu beachten.

Abhilfe können hier kultursensible, niedrighschwellige Informationsangebote für Eltern, kompetente Sprach- und Kulturmittlung in den Gesundheitsdiensten sowie Unterstützung der Mitarbeiter durch Trainings zum Umgang mit Patienten aus unterschiedlichen Kulturkreisen schaffen.

Im Rahmen des Gesundheitsprojekts „Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Bayern (MiMi)“ werden in Bayern seit 2008 landesweit interkulturelle Gesundheitsmediatoren ausgebildet, die Migranten in zahlreichen Sprachen zur psychischen Gesundheit und diesbezüglichen Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten informieren.

Der Bedarf an Informationen zur psychischen Gesundheit von Kindern ist groß. Die Eltern sind besonders an Informationen rund um die Themen „psychische Störungen im Kindesalter“ sowie „Umgang mit Suchtmitteln“ und „medienbezogene Erziehung und Kompetenz“ interessiert. Zur Verbesserung der Kommunikation zwischen den Fachkräften und Patienten werden seit 2012 im MiMi-Projekt auch Gesundheitsdolmetscher ausgebildet, die zur Sprach- und Kulturmittlung in Psychiatrie, bei psychotherapeutischer Behandlung und in Beratungsstellen eingesetzt werden können.

Die Mitarbeiter der Gesundheitseinrichtungen werden durch gezielte Trainings zum kompetenten Handeln im transkulturellen Feld geschult und mit den Gesundheitsmediatoren und -dolmetschern vernetzt.

Flankierend werden mehrsprachige Informationsmaterialien (Wegweiser, Präsentationsfolien) entwickelt und verbreitet, die Wissenswerte zur psychischen Gesundheit von Kindern sowie über die zuständigen Fachstellen und Ansprechpartner beinhalten. Ausführliche Informationen und Kontaktdaten zum MiMi-Projekt in Bayern finden Sie unter www.ethnomed.com.

Weitere Initiativen und Projekte, die die psychische Gesundheit von Migranten im Fokus haben:

ELTERNTALK: Austausch und Informationen zu Erziehung, Medien, Konsum und Suchtvorbeugung: www.elterntalk.net

Eltern Aktiv – muttersprachliche Elternseminare: Refugio München e.V. bietet für Mütter und Väter mit Flucht- und Migrationshintergrund muttersprachliche Elterntrainings in 26 Sprachen an: www.refugio-muenchen.de.

Münchner Woche für Seelische Gesundheit: 5.–20. Oktober 2017 mit dem Schwerpunkt „Seelische Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund“: www.woche-seelische-gesundheit.de.

Insgesamt betrachtet, sind Kindheit und Jugend heute durch deutlich andere Lebensumstände geprägt als früher.³ Die Familienstruktur hat sich verändert, 17,3 % aller Familien mit minderjährigen Kindern waren 2014 Alleinerziehende, 7,5 % nichteheliche Lebensgemeinschaften. Kinder haben weniger Geschwister als früher (etwa die Hälfte der Familien sind inzwischen Ein-Kind-Familien), die Mütter sind oft berufstätig. Kita, Schule und Freizeit sind bildungsorientierter, die Kinder wachsen weltoffener auf, aber sie erfahren

auch mehr Stress, mehr Erwartungsdruck, mehr Konkurrenz, weniger Zukunftssicherheit, oft eingeschränkte Möglichkeiten des „Austobens“ bzw. der körperlichen Stresskompensation und eine stärkere Gefährdung durch Drogen oder das Internet. Um diese Risiken, die psychisch stabilisierenden Gegengewichte („Ressourcen“) sowie um die psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter selbst geht es in diesem Bericht. Er vertieft das entsprechende Kapitel im Bayerischen Kindergesundheitsbericht von 2015.

³ Siehe auch Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: Bayerischer Kindergesundheitsbericht. München 2015. www.ich-mach-mit.Bayern/startseite.html.

2. Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Unterschätztes Problem oder Modethema?



2. Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Unterschätztes Problem oder Modethema?

Repräsentative Studien zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen belegen einen eindrucksvollen Wandel im Krankheitsgeschehen. Es sind mehr und mehr die chronischen Krankheiten, die die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beeinträchtigen. Dabei haben in den vergangenen Jahren insbesondere psychische Störungen ein stärkeres Gewicht bekommen, Experten sprechen von einer „neuen Morbidität“⁴. Auch international werden psychische Störungen als wachsendes Gesundheitsproblem gesehen. So hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen „Mental Health Action Plan“ verabschiedet, der die Herausforderungen in Prävention und Versorgung benennt.⁵

MENTAL HEALTH ACTION PLAN DER WHO

Die Hauptziele des Mental Health Action Plans sind

- ▶ die Stärkung einer effektiven Gesundheitspolitik im Bereich der psychischen Gesundheit,
- ▶ die Bereitstellung umfassender und integrativ arbeitender Versorgungsangebote und Sozialdienste auf der kommunalen Ebene,
- ▶ der Aufbau von Präventionsstrategien im Bereich der psychischen Gesundheit sowie
- ▶ der Ausbau von Informationsangeboten und die Verbesserung von Evidenzgrundlagen und Forschung zur psychischen Gesundheit.

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts, eine repräsentative Untersuchung der Altersgruppe unter 18 Jahren, belegt, dass psychische Störungen auch bei deutschen Kindern und Jugendlichen kein Randphänomen sind. Nach den Befunden dieser Studie tragen gut 20 % der Heranwachsenden ein erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten und Störungen.⁶ Dies deckt sich mit internationalen Daten. Legt man die Zahlen der KiGGS-Studie zugrunde, wären im Freistaat Bayern von den etwa 2,1 Mio. Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren etwa 400.000 von psychischen Auffälligkeiten betroffen. Zwar sind Studiendaten und Daten aus dem Versorgungsgeschehen nicht direkt vergleichbar, aber mit 470.000 ambulanten Diagnosen einer psychischen Störung bestätigen die Daten aus der kassenärztlichen Versorgung die in der KiGGS-Studie ermittelte Größenordnung.

Anteil der Heranwachsenden im Alter von 3 bis unter 18 Jahren mit erhöhtem Risiko für psychische Auffälligkeiten, Deutschland

Insgesamt	20,2 %
Mädchen	23,4 %
Jungen	16,9 %
3 bis 6 Jahre	17,2 %
7 bis 10 Jahre	23,1 %
11 bis 13 Jahre	23,3 %
14 bis unter 18 Jahre	17,8 %
Sozialstatus niedrig	33,5 %
Sozialstatus mittel	19,0 %
Sozialstatus hoch	9,8 %

Datenquelle: RKI, KiGGS, Erhebung 2009/2012

⁴ Schlack R.: Neue Morbidität im Kindesalter. Aufgaben für die Sozialpädiatrie. Kinderärztliche Praxis 2004; 75: 292–299.

⁵ World Health Organization: Mental Health Action Plan 2013–2020. Geneva 2013.

⁶ Hölling H. et al.: Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012) Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2014; 57: 807–819.

Auch leichtere Auffälligkeiten, die an sich vielleicht noch keinen Krankheitswert haben, können dabei für die Kinder und das familiäre Umfeld belastend sein. So gab in der KiGGS-Studie knapp die Hälfte der Eltern an, ihr Kind habe zumindest leichte Schwierigkeiten in einem der Bereiche Stimmung, Konzentration, Verhalten und/oder Umgang mit anderen: Hiervon bestätigten fast drei Viertel, dass die Beeinträchtigungen seit mindestens einem Jahr anhalten. Etwa ein Fünftel der Eltern gab an, dass dadurch die Familie deutlich belastet ist, aber auch in anderen Lebensbereichen (Kita/Schule, soziales Umfeld) sind Kinder mit psychischen Störungen eingeschränkt.

Schwerere psychische Störungen können langfristige negative Wirkungen auf Gesundheit und Lebensbedingungen haben. Psychisch belastete Kinder und Jugendliche tragen ein hohes Risiko, dass die Erkrankung im Erwachsenenalter bestehen bleibt oder eine andere psychische Erkrankung hinzu tritt. Fachleute gehen beispielsweise davon aus, dass bei etwa 30 % der Kinder, die die Diagnose einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) erhalten, die Kernsymptome auch im Erwachsenenalter bestehen bleiben.⁷

Bereits im Kindes- und Jugendalter sind die Bildungschancen von Heranwachsenden mit psychischen Beeinträchtigungen eingeschränkt. So weisen Jugendliche mit einer ADHS oder einer Lese-Rechtschreibschwäche ein erhöhtes Risiko auf, schlechtere Bildungsabschlüsse zu erlangen als es ihrem Intelligenzniveau entspricht. Vor diesem Hintergrund kommen der **Prävention und frühzeitigen Behandlung** von psychischen Beeinträchtigungen eine zentrale Bedeutung zu.

Mit der gestiegenen Aufmerksamkeit für psychische Störungen und dem Eindruck, psychische Störungen von Kindern und Jugendlichen würden häufiger, steht auch die Frage im Raum, ob es sich nicht um ein Modethema handelt und die gesundheitliche Lage dramatisiert wird. Angesichts des Befundes, dass jedes vierte Kind in Bayern 2014 eine ambulante Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen aufwies,

ist die Frage nicht unberechtigt. Damit verbunden ist auch die Frage, wie sich „normales“ Verhalten von „auffälligem“ unterscheiden lässt bzw. ob nicht „eigentlich normale“ Verhaltensweisen zu oft pathologisiert und zu Krankheiten gemacht werden. Hinzu kommt ein weiterer Aspekt, der Medienberichte über eine Zunahme psychischer Störungen betrifft. Nicht immer bedeuten häufigere Diagnosen auch, dass die Häufigkeit einer Erkrankung zugenommen hat. Oft steckt dahinter vielmehr eine verstärkte Aufmerksamkeit für Symptome, die zu einer Inanspruchnahme des Versorgungssystems führt. Dies ist bei vielen psychischen Erkrankungen eine positiv zu beurteilende Entwicklung, weil die frühzeitige Behandlung schwerere Verläufe reduzieren hilft und die Folgen einer Erkrankung abmildern kann (z. B. bei einer schweren Depression). Bei der Betrachtung zeitlicher Trends kann zudem von Bedeutung sein, dass sich die Anreize für die Vergabe einer Diagnose verändert haben können. Zum Beispiel kann mit der Diagnose ADHS der Anspruch auf eine schulische Förderung einhergehen, an der z. B. die Lehrkräfte einer Schule wie auch die Eltern gleichermaßen interessiert sein können.

Besonders intensiv wird die Schwierigkeit der Abgrenzung von normalen und pathologischen Verhaltensweisen am Beispiel ADHS diskutiert. Die seit den 1990er Jahren drastisch gestiegenen Diagnosezahlen und die häufigen Verordnungen von Methylphenidat (besser bekannt unter den Handelsnamen Ritalin, Concerta, Medikinet oder Equasym) haben zur Vermutung geführt, dass die pharmazeutische Industrie einen neuen Markt zur „Medikalisierung“ geschaffen hat. Die Diskussion wird sehr emotional geführt. Eltern, die mit der Reaktion des sozialen Umfeldes auf die Unruhe und Unaufmerksamkeit ihres Kindes konfrontiert sind, fühlen sich oft durch die Diagnose entlastet. Wenn sie sich dann für eine medikamentöse Behandlung entscheiden – die leitliniengerecht erst dann erfolgen sollte, wenn psychoedukative Maßnahmen und Verhaltenstherapie nicht greifen –, sehen sie sich aber zugleich mit dem Vorwurf konfrontiert, sie wollten ihren „Zappelphilipp“ ruhigstellen und beraubten ihn wichtiger Kindheitserfahrungen.

⁷ Döpfner M., Frölich J., Lehmkuhl G. Aufmerksamkeitsdefizit-, Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Bd. 1. Göttingen 2013; Schubert I., Buitkamp M., Lehmkuhl G.: Versorgung bei ADHS im Übergang zum Erwachsenenalter aus Sicht der Betroffenen. In: Böcken J., Braun, B., Reipschläger U. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2013. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Gütersloh 2013.

Niemand wird bestreiten, dass der Übergang zwischen „normal“ und „auffällig“ fließend ist – auch und gerade im Kindes- und Jugendalter, wo Entwicklungsunterschiede in der Beurteilung von Auffälligkeiten zu berücksichtigen sind. Eine sorgfältige Diagnostik ist deshalb unabdingbar und die etablierten Diagnosesysteme definieren klare Kriterien. So darf die Diagnose ADHS nur vergeben werden, wenn die Probleme länger als ein halbes Jahr bestehen, in mehreren verschiedenen Lebensbereichen, also situationsübergreifend auftreten (z. B. Kindergarten/Schule, Familie, Klinik) und mit deutlichen Beeinträchtigungen einhergehen. Dass die Diagnose häufig erst nach der Einschulung gestellt wird, weist darauf hin, dass der soziale Kontext für die Bewertung von Symptomen relevant ist: Die Verhaltensweisen der Kinder „passen“ nicht zu einem System, das Stillsitzen und konzentriertes Arbeiten verlangt.

Das Beispiel ADHS mag besonders prominent sein, die Diskussion um die Entwicklungsangemessenheit von Verhaltensweisen und die Schwierigkeit der Abgrenzung zwischen „normalem“ und „auffälligem“ Verhalten zeigt sich aber auch in vielen anderen Bereichen. So sind in der Pubertät Gefühle der Wertlosigkeit, Antriebsschwäche oder die Unfähigkeit, sich zu konzentrieren, „normal“. Zugleich sind es diagnostische Kriterien einer Depression und die Abgrenzung zwischen normalem und pathologischem Empfinden bzw. Verhalten ist diagnostisch nicht einfach. Ähnliche Abgrenzungsschwierigkeiten zeigen sich bei der Definition von Regulationsstörungen: Wann muss die Ablehnung der Nahrungsaufnahme durch ein Kleinkind als Fütterstörung beurteilt werden? Wann ist häufiges Weinen eines Säuglings nicht mehr normal, sondern Hinweis auf eine Regulationsstörung? Auch hier sollte die Diagnostik entlang klarer Kriterien erfolgen, um sowohl Unter- als auch Überdiagnostik zu verhindern.

3. Risiko- und Schutzfaktoren der psychischen Gesundheit im Kindes- und Jugendalter



3. Risiko- und Schutzfaktoren der psychischen Gesundheit im Kindes- und Jugendalter

Für die Entwicklung von angemessenen Versorgungsangeboten sowie für Prävention und Gesundheitsförderung ist die Kenntnis von Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Heranwachsenden unabdingbar. Neben personalen Faktoren (z. B. Temperament, Selbstwertgefühl, Kommunikationsfähigkeiten) sind soziale Faktoren (im sozialen Nahbereich z. B. das Familienklima, aber auch auf gesellschaftlicher Ebene, z. B. Diskriminierung) relevant.

In einer Lebenslaufperspektive formuliert die Weltgesundheitsorganisation folgende Risikofaktoren für die psychische Gesundheit bis zum frühen Erwachsenenalter:⁸

- ▶ Ungewollte Schwangerschaften sind **vorgeburtlich** ein Risiko für die gesunde Entwicklung, ebenso Suchtmittelkonsum und Fehlernährung der werdenden Mutter.
- ▶ Im **Säuglings- und Kleinkindalter** gilt eine gute Bindung zu einer festen Bezugsperson als Schlüssel für die psychische Gesundheit. Eine Trennung von der Hauptbezugsperson (z. B. durch Krankheit) und eingeschränktes Bindungsverhalten sowie Vernachlässigung und Misshandlung gefährden in hohem Maße die (psychische) Gesundheit.
- ▶ Negative Erfahrungen in der Familie oder im sozialen Umfeld schränken in der **Kindheit** die

Möglichkeiten ein, die eigenen Fähigkeiten zu entwickeln und auszubauen. Unterstützende Eltern und eine positive Lernumgebung sind förderlich für das psychische Wohlbefinden. Andererseits sind Familienkonflikte und Gewalt, kritische Lebensereignisse und eine geringe Bindung an die Schule Risikofaktoren. Eine geringe Bildung, ein niedriger sozioökonomischer Status oder die Arbeitslosigkeit eines oder beider Elternteile können die Risikolagen noch verstärken – insbesondere dann, wenn mehrere Risikofaktoren gemeinsam auftreten. Auch eine psychische oder Suchterkrankung eines oder beider Elternteile gefährdet die psychische Gesundheit eines Kindes in besonderem Maße.

- ▶ Das **Jugendalter** ist von spezifischen Risiken geprägt. Das Risiko für psychische Erkrankungen wie auch für den Suchtmittelkonsum nimmt zu. Soziale Unterstützung ist hier, wie auch in den anderen Lebensphasen, von zentraler Bedeutung. In einer lebenslauforientierten Perspektive ist die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben besonders relevant: Jugendliche müssen sich u. a. von den Eltern lösen, emotionale Bindungen zu Gleichaltrigen aufbauen, sich mit neuen Problemen wie „Cybermobbing“ auseinandersetzen und sich für einen Beruf qualifizieren. Den meisten Jugendlichen gelingen diese Aufgaben, aber wenn die Bewältigung misslingt, können psychische Beeinträchtigungen die Folge sein.⁹

CYBERMOBBING

Als Cybermobbing (auch Cyber-Bullying) wird ein absichtlicher aggressiver Akt gegenüber einem wehrlosen Opfer verstanden, der wiederholt und über längere Zeit über elektronische Kommunikationsmittel ausgeübt wird. Dazu gehören die Schädigung von Personen durch Beschimpfungen, Drohungen, die Verbreitung von Gerüchten und Lügen oder intimen Daten und Bildern sowie der Ausschluss aus gemeinsamen Aktivitäten. Die Allgegenwärtigkeit von Internet und Mobiltelefonen im Alltag von Kindern und Jugendlichen, die Anonymität des Internets und die Bereitschaft, freiwillig private Informationen preiszugeben, begünstigen Cybermobbing.

⁸ World Health Organization: Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors. Background paper by WHO secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan 2012.

⁹ Quenzel G.: Entwicklungsaufgaben und Gesundheit im Jugendalter. Weinheim 2015.

Je nach Definition variieren die geschätzten Häufigkeiten von Erfahrungen mit Cybermobbing für Deutschland deutlich zwischen 3 % und 43 %.¹⁰ Nach der EU Kids Online-Studie waren 6 % der befragten 9–16-jährigen Heranwachsenden aus 25 europäischen Ländern bereits Opfer von Online-Cybermobbing geworden, in Deutschland mit 5 % etwas weniger. Zum Vergleich: Die Häufigkeit des „traditionellen“ Mobbing lag mit 16 % deutschlandweit deutlich höher.¹¹ In den meisten Fällen sind die Täter beim Cybermobbing persönlich bekannt und kommen vor allem aus dem Schulumfeld, reine Online-Bekanntschaften scheinen eher selten.¹²

Jugendliche in der Mittelstufe sind am stärksten gefährdet. Cybermobbing-Opfer benutzen das Internet besonders häufig, sind sozial eher ängstlich und haben weniger Kontakte außerhalb des Internets. Opfer sind häufig auch von traditionellem Mobbing betroffen, zeigen eher depressive Symptome und eine negative Selbstwahrnehmung sowie überdurchschnittliche Schulnoten. Die Datenlage zu Geschlechterunterschieden ist bislang inkonsistent. Die Folgen von Cybermobbing sind bislang kaum erforscht. Es wird vermutet, dass Opfererfahrungen zu erhöhter Ängstlichkeit, emotionaler Belastung und Depressivität sowie zu vermehrtem Alkohol- und Tabakkonsum führen.¹³

Zahlreiche personale, soziale und gesellschaftliche Faktoren tragen zum Erhalt der psychischen Gesundheit bei. Im Rahmen von Maßnahmen der sogenannten **„universellen Prävention“**, die nicht auf spezielle Risikogruppen ausgerichtet sind, wird angestrebt, die allgemeinen Bedingungen für ein psychisch gesundes Aufwachsen zu stärken. Kurse zur Förderung

der Bindung zwischen Eltern und Säuglingen bzw. Kleinkindern gehören hier ebenso dazu wie Lebenskompetenzprogramme in der Kita oder Schule (siehe hierzu ausführlicher in Kapitel 4). Aber auch die Unterstützung in biographischen Umbruchphasen (z. B. Einschulung, Einstieg in das Berufsleben) ist hier zu nennen.

DER EINSTIEG IN DEN BERUF ALS GESUNDHEITLICH KRITISCHE LEBENSPHASE

Ein Projekt zur Stressprävention für Auszubildende, das im Rahmen der Initiative Gesund.Leben.Bayern gefördert wurde, ergab, dass 57 % der Auszubildenden häufig körperliche Beschwerden haben, 45 % leiden unter psychischen Beschwerden. Ungünstige Arbeitsstrukturen (z. B. Termin- oder Leistungsdruck oder eintönige Arbeiten) und Konflikte mit Kollegen und Ausbildern, aber auch Anforderungen in der Berufsschule tragen wesentlich zum Stresserleben bei und verdienen mehr Aufmerksamkeit im Bereich der Gesundheitsförderung in der Ausbildung.

Das Projekt ist ein Kooperationsprojekt zwischen INIFES Internationales Institut für Empirische Sozialökonomie und der SCHULEWIRTSCHAFT Akademie im Bildungswerk der Bayerischen Wirtschaft e. V.¹⁴

¹⁰ Schultze-Krumbholz A., Scheithauer H.: Cyberbullying unter Kindern und Jugendlichen – ein Forschungsüberblick. Psychosozial 2010; 122: 79–91.

¹¹ Livingstone S., Smith P. K.: Annual research review: Harms experienced by child users of online and mobile technologies: the nature, prevalence and management of sexual and aggressive risks in the digital age. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2014; 55: 635–654.

¹² Bündnis gegen Cybermobbing: Cyberlife – Spannungsfeld zwischen Faszination und Gefahr. Cybermobbing bei Schülerinnen und Schülern. www.buendnis-gegen-cybermobbing.de/Studie/cybermobbingstudie.pdf, Abruf 24.2.2016.

¹³ Schultze-Krumbholz A., Scheithauer H.: Cyberbullying unter Kindern und Jugendlichen – ein Forschungsüberblick. Psychosozial 2010; 122: 79–91. Ausführliche Informationen zum Thema „Cybermobbing“ gibt es auch im Leitfaden des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Soziales, Familie und Integration (StMAS) „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – Erkennen und Handeln“, www.aerzteleitfaden.Bayern.de.

¹⁴ Wiegel C. et al.: Projekt „Der Berufseinstieg als gesundheitlich kritische Lebensphase: Kein Distress in der Ausbildung!“ Unveröffentlichter Endbericht, Stadtbergen 2015.

Neben genetischen und physiologischen Faktoren tragen auch Persönlichkeitsmerkmale und psychosoziale Faktoren zur Entstehung und zum Verlauf psychischer Störungen bei. Kinder und Jugendliche, deren Möglichkeiten und Fähigkeiten zur Bewältigung von Herausforderungen starke Defizite aufweisen, sind überproportional häufig von psychischen oder Verhaltensauffälligkeiten betroffen. Fachleute sprechen in diesem Zusammenhang von „**Ressourcen**“, die es zu stärken gilt. Dabei können je nach Erkrankung verschiedene Ressourcenbündel eine Rolle spielen – personale, familiäre, soziale und gesellschaftliche.¹⁵

Ein wichtiger Forschungsbereich ist dabei die „**Resilienzforschung**“. Hier geht es um Faktoren, die Kinder und Jugendliche gesund erhalten, obwohl sie unter besonders schwierigen Bedingungen aufwachsen, z. B. Heranwachsende, deren Eltern psychisch krank sind, die von familiärer Gewalt betroffen sind oder die ein Trauma (z. B. als minderjährige Flüchtlinge) bewäl-

tigen müssen. Studien konnten wichtige Resilienzfaktoren identifizieren. Dazu gehört soziale Unterstützung, vor allem aber eine konstante und unterstützende Bezugsperson (innerhalb oder außerhalb der Familie), die sich in zahlreichen Studien als zentraler Schutzfaktor gezeigt hat.¹⁶ Aber auch spirituelle und kulturelle Verankerung sind wichtige soziale Ressourcen. Als personale Ressourcen gelten Flexibilität, Optimismus, Selbstwirksamkeit, Problemlösekompetenzen, aber auch neurobiologische und neurophysiologische Strukturen. Auch die Fähigkeit zu einer angemessenen Emotionsregulation und Stressbewältigung zählen als krankheitsübergreifende Resilienzfaktoren.

Über die Förderung der individuellen Widerstandskraft darf aber nicht in Vergessenheit geraten, dass auch das soziale Umfeld unterstützend sein muss, um nicht die persönlichen Bewältigungskompetenzen zu überfordern.

BAYERISCHER PRÄVENTIONSPLAN

Mit dem Bayerischen Präventionsplan (www.praeventionsplan.Bayern.de) werden diese Herausforderungen angenommen: Gesundes Aufwachsen in der Familie, in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und in der Schule ist als eines von vier Handlungsfeldern benannt, in denen die bayerische Präventionspolitik Akzente setzen will. Vor allem die Prävention und Gesundheitsförderung sollen hier gestärkt werden. Für dieses Handlungsfeld werden insgesamt fünf Ziele genannt, von denen vier einen deutlichen Bezug zur Förderung der psychischen Gesundheit aufweisen:

- ▶ Bestmögliche Startchancen für alle Kinder,
- ▶ Sichere Bindungen und gesundes Selbstbewusstsein,
- ▶ Ausgewogene Ernährung und ein aktiver Lebensstil,
- ▶ Schutz vor Suchtgefahren,
- ▶ Früherkennung von Gesundheitsrisiken und Schutz vor vermeidbaren Erkrankungen.

¹⁵ Robert Koch-Institut: Gesundheit in Deutschland. Berlin 2015.

¹⁶ Werner E. E.: What can we learn about resilience from large-scale longitudinal studies? In: Goldstein S., Brooks R. (Hrsg.): Handbook of resilience in children. New York 2006: 510–549.

4. Wie steht es um die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Bayern – ein Überblick



4. Wie steht es um die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Bayern – ein Überblick

Das Wichtigste in Kürze

- ▶ Im Jahr 2014 hatten fast 470.000 bayerische Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in der ambulanten Versorgung eine diagnostizierte psychische Störung.
- ▶ Entwicklungsstörungen gehören zu den am häufigsten in einer kinderärztlichen Praxis gestellten Diagnosen. Hiervon sind vor allem jüngere Kinder betroffen.
- ▶ Mit der Einschulung wird ADHS als Störungsbild relevant. Mehr als 80.000 Heranwachsende hatten 2014 diese Diagnose.
- ▶ Depressive Erkrankungen mit mehr als 14.000 Diagnosen und Substanzkonsum mit gut 5.000 Diagnosen gewinnen im Jugendalter an Bedeutung.
- ▶ Mehr als 6.000 Kinder unter 15 Jahren und fast 14.000 Jugendliche im Alter von 15 bis unter 20 Jahren wurden in Bayern aufgrund einer psychischen Erkrankung vollstationär behandelt. Die stationären Behandlungen haben über einen Zeitraum von 15 Jahren – in den höheren Altersgruppen – zugenommen, liegen aber unter dem Bundesdurchschnitt.

Die Situation in Deutschland

Psychische Störungen gehören zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Der bundesweiten KiGGS-Studie zufolge gibt es bei jedem fünften Heranwachsenden in Deutschland im Alter von 3 bis unter 18 Jahren Hinweise auf psychische Auffälligkeiten. Jungen sind zunächst häufiger betroffen als Mädchen, allerdings dreht sich im Jugendalter das Geschlechterverhältnis bei einigen Störungen (z.B. Depression) um. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind dreimal so häufig betroffen wie Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus. Im Zeitverlauf hat sich die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten

der KiGGS-Studie zufolge gegenüber der ersten Erhebung 2003/2006 nicht verändert – dies ist auch für Bayern anzunehmen.

Unter den Störungsbildern, die KiGGS erfasst, sind **Essstörungen und ADHS** am häufigsten. Bei 21,9 % Kinder und Jugendlichen zwischen 11 und 18 Jahren wurden Hinweise auf eine Essstörung beobachtet. Die Prävalenz ist bei Mädchen mit 28,9 % deutlich höher als bei Jungen (15,2 %) und steigt mit dem Alter an. Ein erhöhtes Risiko haben Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sowie Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Für ADHS wird in der KiGGS-Studie die Prävalenz für die Altersgruppe 3 bis unter 18 Jahre auf 5 % geschätzt. Grundlage hierfür sind Angaben der Eltern zur Frage, ob jemals die Diagnose ADHS gestellt wurde. Für weitere 5,8 % wird von einem Verdacht auf ADHS ausgegangen. Auch hier gilt, dass Jungen häufiger betroffen sind als Mädchen und dass das Risiko in Familien mit niedrigem Sozialstatus höher ist als in Familien mit hohem Sozialstatus.¹⁷

Die Situation in Bayern

Bayernspezifische Daten liegen aus der KiGGS-Studie nicht vor. Wie bereits im Bayerischen Kindergesundheitsbericht 2015 konnte jedoch auf Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zurückgegriffen werden. Sie spiegeln das Diagnose- und Behandlungsgeschehen in den kassenärztlichen Praxen wider, d. h. für ca. 90 % der Kinder und Jugendlichen – Privatpatienten gehen nicht in diese Statistik ein. Im Jahr 2014, genauer im zweiten Halbjahr 2014, lag demnach bei ca. 470.000 GKV-versicherten bayerischen Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren **im ambulanten Bereich** eine Diagnose einer psychischen Störung (ICD-Ziffern F00–F99¹⁸) vor. Das war etwa jeder vierte

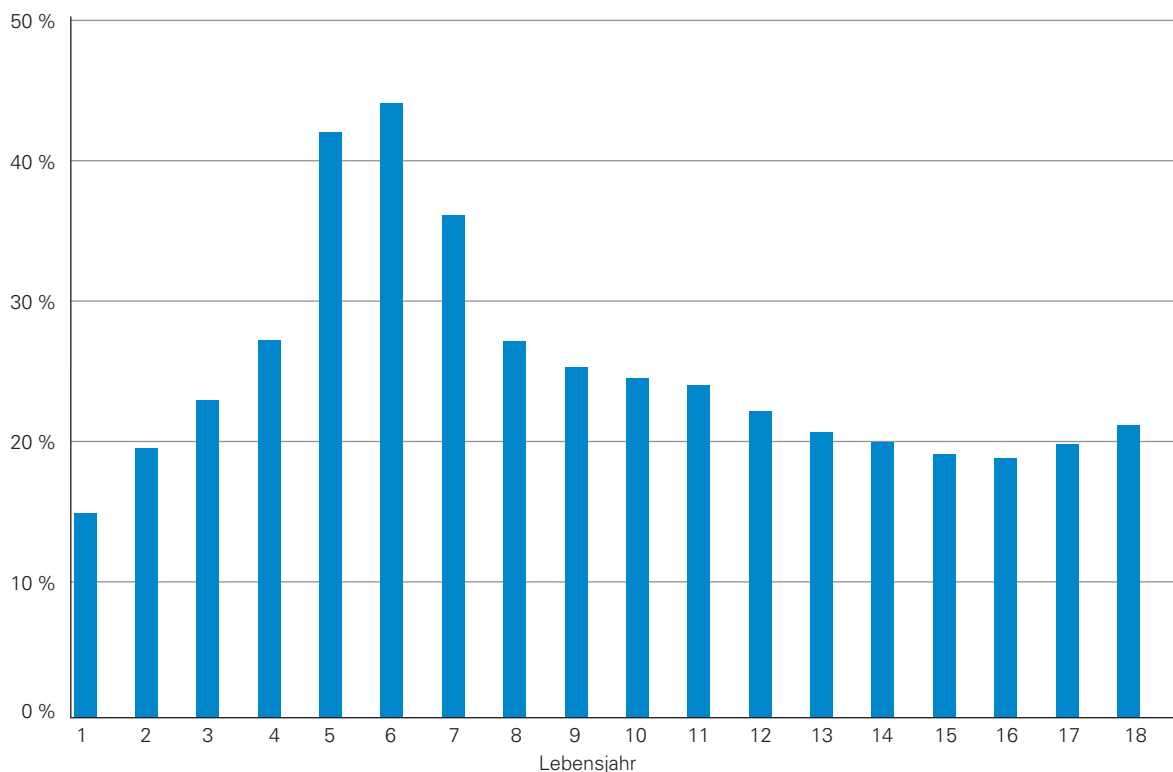
¹⁷ Hölling H. et al.: Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2014; 57: 807–819; Hölling H., Schlack R.: Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007; 50: 794–799.

¹⁸ Ärztliche Diagnosen werden im deutschen Versorgungssystem nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) verschlüsselt. Die psychischen Störungen haben dabei die ICD-Ziffern F00–F99. Zur ICD-Klassifikation siehe www.dimdi.de/static/de/klassi/index.htm.

Heranwachsende, so dass die ambulanten Abrechnungsdaten in der Größenordnung gut zu den KiGGS-Daten passen.¹⁹ Darunter waren etwa

200.000 Kinder unter 7 Jahren, 200.000 Kinder und Jugendliche zwischen 7 und 14 Jahren und gut 70.000 Jugendliche zwischen 15 und 18 Jahren.

Anteil der Kinder und Jugendlichen mit einer Diagnose aus der Gruppe der „Psychischen und Verhaltensstörungen“ (F00–F99) in der ambulanten Versorgung, Bayern, 2014



Datenquelle: KVB, Sonderauswertung

Während bis zum Alter von 14 Jahren Jungen häufiger eine Diagnose erhalten als Mädchen, dreht sich das Geschlechterverhältnis in der Altersgruppe 15 bis unter 18 Jahre um.

Bei den Klein- und Vorschulkindern sind Entwicklungsstörungen (F80–F89) die häufigste Diagnose, gefolgt von Verhaltens- und emotionalen Störungen (F90–F99). Im Alter zwischen 7 und 14 Jahren gewinnen Verhaltens- und emotionale Störungen an Bedeutung, hier machen dann Hyperkinetische Störungen (ADHS) gut die Hälfte der Diagnosen aus. Bestimmte, bei kleine-

ren Kindern relevante Diagnosen aus dem Spektrum der Verhaltens- und emotionalen Störungen, z. B. Enuresis (Einnässen) und Enkopresis (Einkoten), gehen dagegen ab dem Schulalter stark zurück. Aber auch Entwicklungsstörungen bleiben relevant. Beide Störungen bilden auch in der Altersgruppe 15 bis unter 18 Jahre die wichtigsten Diagnosen, Depressionen (F32 und F33) und Substanzkonsum (F10 bis F19) kommen als relevante Störungsbilder dazu. In den Schwerpunktkapiteln dieses Berichts gibt es dazu weitere Informationen.

¹⁹ Bei den ambulanten Abrechnungsdaten der KVB hat sich gegenüber dem Bayerischen Kindergesundheitsbericht 2015 die Berechnungsweise leicht verändert, so dass die hier dargestellten Daten nicht als zeitliche Veränderung gegenüber den Daten im Kindergesundheitsbericht zu interpretieren sind. Dargestellt werden in diesem Bericht Patienten mit einer F-Diagnose im zweiten Halbjahr 2014. Raten beziehen sich auf alle „bekannten Patienten“, nicht nur die mit einer Abrechnung im Bezugszeitraum. Bei den absoluten Fallzahlen ist zu berücksichtigen, dass die Fälle der privatversicherten Kinder und Jugendlichen nicht enthalten sind, d. h. bezogen auf alle Kinder und Jugendlichen in Bayern etwas mehr Fälle diagnostiziert werden.

4. Wie steht es um die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Bayern – ein Überblick

Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit einer Diagnose aus der Gruppe der „Psychischen und Verhaltensstörungen“ (F00–F99) in der ambulanten Versorgung, Bayern, 2014						
	0 bis unter 7 Jahre		7 bis unter 15 Jahre		15 bis unter 18 Jahre	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
Psychische und Verhaltensstörungen insgesamt (F00–F99)	114.640	85.112	119.471	76.685	34.627	36.971
darunter:						
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19)	128	122	303	293	1.783	2.424
Depression (F32 und F33)	231	153	2.473	2.538	2.802	6.283
Essstörungen (F50)	1.911	1.997	1.576	2.112	502	2.408
Entwicklungsstörungen (F80–F89)	87.187	58.398	66.426	35.861	10.884	5.864
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (F90–F99)	36.092	25.750	72.575	37.396	19.329	10.366
darunter: Hyperkinetische Störungen (F90)	5.135	1.796	42.077	14.946	14.134	4.681

Datenquelle: KVB, Sonderauswertung

In regionaler Betrachtung schwanken die Häufigkeiten der Diagnosen bei GKV-versicherten Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren zwischen 23,6 % in Schwaben und 29,5 % in Mittelfranken.

Anteil der GKV-versicherten Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren mit einer ambulant diagnostizierten psychischen Störung nach Regierungsbezirk, 2014

Bayern	25,7 %
Oberbayern	25,3 %
Niederbayern	24,2 %
Oberpfalz	25,2 %
Oberfranken	26,5 %
Mittelfranken	29,5 %
Unterfranken	27,2 %
Schwaben	23,6 %

Datenquelle: KVB, Sonderauswertung

Für die **vollstationären Behandlungen** liegen Daten aus der amtlichen Krankenhausstatistik vor, die alle Patienten einschließt, auch die privat Versicherten. Stationäre Behandlungen aufgrund einer psychischen Störung haben in Bayern wie in Deutschland in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Im Jahr 2014 gab es 6.190 Krankenhausfälle infolge psychischer Störungen bei bayerischen Kindern unter 15 Jahren und weitere 13.596 Fälle bei Jugendlichen der Altersgruppe 15 bis unter 20 Jahre. Die Rate je 100.000 Kinder liegt in Bayern etwas unter dem Bundesdurchschnitt.

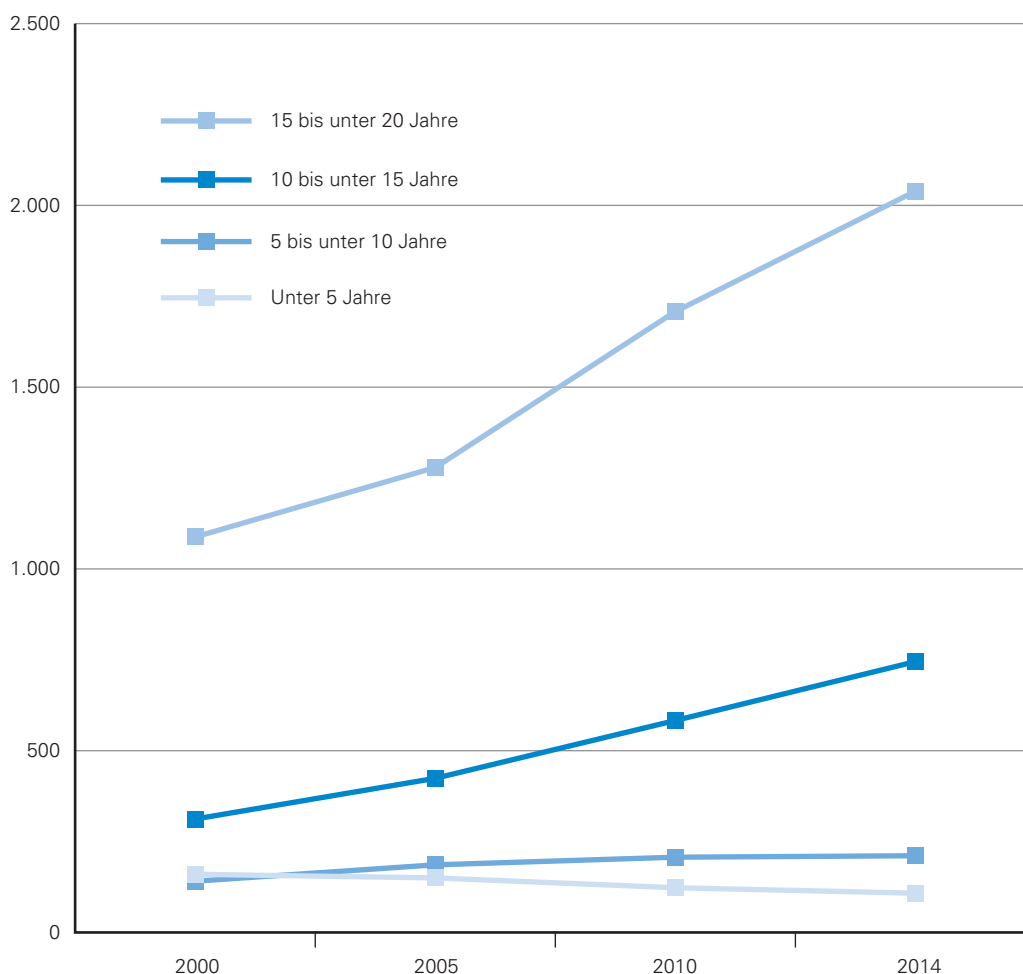
STATIONÄRE BEHANDLUNGEN

Die Daten über die stationären Behandlungen in diesem Bericht sind der amtlichen Krankenhausstatistik entnommen. Diese Statistik wird von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder gemeinsam durchgeführt. Dabei werden die Daten aller Krankenhäuser erhoben. Ausgewiesen werden in diesem Bericht die vollstationären Fälle (einschl. Stundenfälle) der Akutkrankenhäuser (ohne Vorsorge- und Rehakliniken). Die Altersgliederung orientiert sich in der Regel an den veröffentlichten Daten der amtlichen Statistik, d. h. es werden Fälle für Kinder unter 15 Jahren sowie Fälle für die Altersgruppe der 15- bis Unter-20-Jährigen ausgewiesen.

Abgesehen von den jüngeren Kindern hat dabei die Rate der stationären Fälle in den letzten 15 Jahren zugenommen, am stärksten bei den Jugendlichen zwischen 15 und 20 Jahren: Bei den männlichen Jugend-

lichen stieg sie von 1.045 je 100.000 im Jahr 2000 auf 1.877 je 100.000 im Jahr 2014, bei den weiblichen Jugendlichen von 1.132 auf 2.210.

Krankenhausfälle aufgrund einer psychischen Störung, Rate je 100.000 Kinder und Jugendliche, Bayern



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik

4. Wie steht es um die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Bayern – ein Überblick

In Bezug auf die wichtigsten Diagnosen zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei den ambulanten Diagnosen: In der Altersgruppe unter 5 Jahre sind Entwicklungsstörungen sowie Verhaltens- und emotionale Störungen (F90–F99) besonders bedeutsam. Gleiches gilt für die Altersgruppe 5 bis unter 10 Jahre. In der Altersgruppe 10 bis unter 15 Jahre gewinnen bei den Mädchen neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen an Bedeutung, bei den Jungen bleiben die Verhaltens- und emotionalen Störungen relevant, hier vor allem hyperkinetische Störungen. Bei älteren Mädchen und Jungen unter 20 Jahren ist der Substanzkonsum der häufigste Anlass für einen stationären Aufenthalt, hier spielt die Alkoholintoxikation eine besondere Rolle. Bei den Mädchen und jungen Frauen haben affektive Störungen (insbesondere Depressionen) und neurotische, somatoforme und Belastungsstörungen aber ein ähnliches Gewicht.

Die Rate der stationären Fälle ist in allen Regierungsbezirken in den letzten Jahren gestiegen. Bei den Unter-20-Jährigen war sie 2014 in Niederbayern mit 762 je 100.000 am niedrigsten, in Unterfranken mit 1.086 je 100.000 am höchsten, vermutlich bedingt durch regionale Besonderheiten der Versorgungsstruktur.

5. Eckdaten zum Versorgungssystem für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Bayern



5. Eckdaten zum Versorgungssystem für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Bayern

Das Wichtigste in Kürze

- ▶ Für die ambulante Versorgung sind als erste Anlaufstelle die Kinder- und Hausärzte wichtig: Sie stellen fast drei Viertel der Diagnosen.
- ▶ An der kassenärztlichen Versorgung im ambulanten Bereich nahmen zum Stichtag 2.2.2016 in Bayern 1.093 Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, 168 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie 842 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten teil. 19 Sozialpädiatrische Zentren sowie 29 Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutsambulanzen unterstützen die ambulante Versorgung bei besonderem Bedarf.
- ▶ Das Versorgungsangebot ist dabei insgesamt gut, aber bei einigen Arztgruppen mit deutlichen regionalen Unterschieden.
- ▶ Die Versorgung hat sich sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich in den vergangenen Jahren deutlich verbessert.
- ▶ 2014 gab es 661 aufgestellte Betten in der Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 15 Jahre zuvor waren es knapp die Hälfte.
- ▶ Etwa die Hälfte der Krankenhausfälle infolge psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen wird in einer auf diese Störungen spezialisierten Fachabteilung versorgt, ganz überwiegend in der Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Je nach Behandlungsanlass kann aber auch die Versorgung in einer anderen Fachabteilung, z. B. der Inneren Medizin, indiziert sein.

Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen und ihre Eltern treffen in Bayern auf ein differenziertes ambulantes, teilstationäres und stationäres Versorgungssystem, das Hausärzte, Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,²⁰ Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie weitere Fachärzte ebenso umfasst wie die Sozialpädiatrischen Zentren, die Angebote der Kinder- und Jugendhilfe, der Frühförderung, ein großes Spektrum an Beratungsstellen und Selbsthilfestellen (siehe auch den Serviceanhang des Berichts). Dies kann hier nicht im Detail dargestellt werden, die folgende Darstellung muss sich auf einige wichtige Strukturdaten zur Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher beschränken.

²⁰ Auch ein Teil der Psychologischen Psychotherapeuten (die Erwachsene behandeln) hat eine Abrechnungsgenehmigung für Kinder und Jugendliche.

KINDER UND JUGENDLICHE IN BEHANDLUNG

Von den drei für die Diagnose und Versorgung psychischer Störungen bei Heranwachsenden wichtigsten Therapeutengruppen behandeln Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in der Regel bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Regel bis zum vollendeten 21. Lebensjahr.

Über die verschiedenen Möglichkeiten einer Psychotherapie und worauf dabei zu achten ist, informiert z.B. die Elternbroschüre „Psychotherapie für Kinder und Jugendliche“ der Bundespsychotherapeutenkammer:

www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK_Infomaterial/Elternratgeber/BPtK_Elternratgeber.pdf

Die ärztliche und psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen hat sich sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich in den letzten Jahren deutlich verbessert. Dies gilt für Deutschland gleichermaßen wie für Bayern. Waren im Jahr 2005 in Bayern 1.627 Ärzte mit der Gebiets- / bzw. Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendmedizin mit ärztlicher Tätigkeit bei der Ärztekammer gemeldet (kassenärztliche und privatärztliche Versorgung), so waren es 2014 bereits 2.143, darunter 1.134 ambulant und 841 stationär tätige Ärzte.²¹ Bei den Kinder- und Jugendpsychiatern stieg die Zahl im gleichen Zeitraum von 166 (darunter 83 ambulant, 73 stationär) auf 307 (darunter 152 ambulant, 142 stationär). Gegenüber dem Jahr 2000 hat sich ihre Zahl sogar verdreifacht. Die Psychotherapeutenkammer verzeichnete von 2005 bis 2014 eine Zunahme der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Bayern von 686 auf 1.178.

Die Stärkung des ambulanten Sektors ist eine wichtige Voraussetzung für eine gute gemeindepsychiatrische Versorgung, die hilft, Klinikaufenthalte zu vermeiden.

Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung wird im Folgenden vor allem mit Blick auf die kassenärztliche Versorgung beschrieben. Zum einen stellt sie den Großteil der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung sicher, zum anderen sind Daten aus der privatärztlichen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher nur sehr eingeschränkt verfügbar.

In zahlreichen Fällen sind Hausärzte bzw. Kinder- und Jugendärzte die erste Anlaufstelle für Eltern, wenn sie sich Sorgen um ihr Kind machen. Ein Blick auf die abgerechneten Diagnosen zu psychischen Störungen zeigt die große Bedeutung dieser „familiennahen“ Ärzte: Fast drei Viertel der Fälle werden in einer pädiatrischen oder hausärztlichen Praxis diagnostiziert, etwa 10 % durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Rest durch andere Facharztgruppen.

Zum 2.2.2016 wies das Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns 1.093 Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin aus, die an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt waren.²² Insgesamt ist die kinderärztliche Versorgung in Bayern gut, Unterversorgung im Sinne der Bedarfsplanung (im fachärztlichen Bereich bei einem Versorgungsgrad unter 50 %) tritt in Bayern nicht auf.

²¹ Die Differenz der Summe von ambulant und stationär tätigen Ärzten zur Gesamtzahl resultiert aus anderen ärztlichen Tätigkeitsbereichen, z.B. in Behörden.

²² Daten nach der sog. „Personenzählung“, die u.U. nur anteilig in die Bedarfsplanung eingehen.

Auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen sind vor allem die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten spezialisiert. Zum 2.2.2016 waren 168 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie an

der kassenärztlichen Versorgung beteiligt. Als Richtwert in der ambulanten Versorgung gilt, dass hier ein Facharzt für 16.909 Kinder und Jugendliche zuständig sein soll. Hier zeigen sich in Bayern große regionale Unterschiede im Versorgungsgrad:

Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung; Versorgungsgrade nach Region, Stichtag 2.2.2016

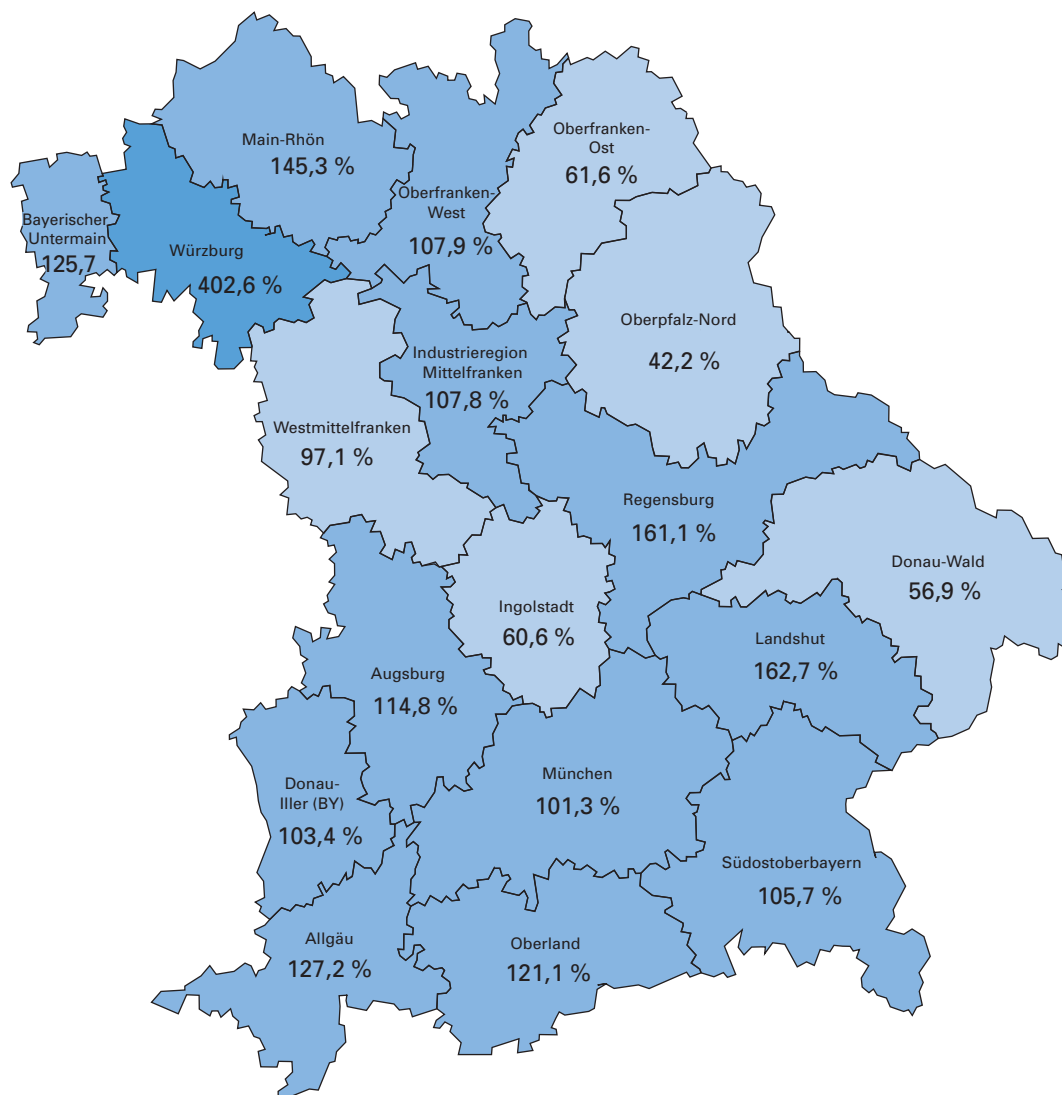
Region	Versorgungsgrad	Region	Versorgungsgrad
Oberbayern		Oberpfalz	
Ingolstadt	60,6 %	Oberpfalz-Nord	42,2 %
München	101,3 %	Regensburg	161,1 %
Oberland	121,1 %	Niederbayern	
Südostoberbayern	105,7 %	Donau-Wald	56,9 %
Oberfranken		Landshut	162,7 %
Oberfranken-Ost	61,6 %	Schwaben	
Oberfranken-West	107,9 %	Allgäu	127,2 %
Mittelfranken		Augsburg	114,8 %
Industrieregion Mittelfranken	107,8 %	Donau-Iller (BY)	103,4 %
Westmittelfranken	97,1 %		
Unterfranken			
Bayerischer Untermain	125,7 %		
Main-Rhön	145,3 %		
Würzburg	402,6 %		

Datenquelle: KVB Versorgungsatlas

Ein Blick auf den Versorgungsgrad zeigt, dass lediglich in der Region Oberpfalz-Nord mit einem Versorgungsgrad von 42,2 % eine Unterversorgung im Sinne der Bedarfsplanung vorliegt. In drei weiteren Regionen liegt der Versorgungsgrad unter 70 % (Ingolstadt: 60,6 %, Oberfranken-Ost: 61,6 %, Donau-Wald: 56,9 %). In acht Regionen liegt der Versorgungsgrad über 110 %. An der Spitze steht hier Würzburg mit einem Versorgungsgrad von 402,6 %, gefolgt von Landshut (162,7 %), Regensburg (161,1 %), Main-

Rhön (145,3 %), Allgäu (127,2 %), dem Bayerischen Untermain (125,7 %), Oberland (121,1 %) und Augsburg (114,8 %). Aufgrund der geringen absoluten Zahlen der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie können dabei auch kurzfristig größere Schwankungen des regionalen Versorgungsgrads auftreten, wenn ein Facharzt hinkommt oder wegfällt. So lag der Versorgungsgrad in Südostoberbayern zum Stichtag 28.8.2015 noch bei 60,9 %, am 2.2.2016 dagegen bei 105,7 %.

**Regionale Versorgungsgrade bei Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
Stichtag 2.2.2016**



Datenquelle: KVB Versorgungsatlas, Grafik LGL

Die ambulante psychotherapeutische Versorgung der Kinder und Jugendlichen wird zu einem großen Teil durch die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten getragen. Zum 2.2.2016 waren in Bayern 842 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt. Einen Versorgungsgrad im Sinne der Bedarfsplanung gibt es hier nicht, da die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

nicht gesondert beplant werden. Aber auch bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gibt es deutliche regionale Unterschiede: Während in Oberbayern 43,8 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf 100.000 Kinder und Jugendliche (unter 21 Jahren) kommen, sind es in Niederbayern mit 21,4 Therapeuten je 100.000 Kinder und Jugendliche nicht einmal halb so viel (Durchschnitt Bayern: 33,7).

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der kassenärztlichen Versorgung, Stichtag 2.2.2016

	Anzahl	je 100.000 Kinder und Jugendliche unter 21 Jahren
Oberbayern	394	43,8
Niederbayern	51	21,4
Oberpfalz	51	24,0
Oberfranken	55	28,0
Mittelfranken	116	34,8
Unterfranken	66	26,4
Schwaben	116	31,3
Bayern	842	33,7

Datenquelle: KVB, Berechnungen LGL, Bevölkerung unter 21 Jahren zum 31.12.2014; die GKV-Versicherten unter 21 Jahren sind auf Bezirksebene nicht verfügbar.

Des Weiteren gibt es, wie bei anderen Facharztgruppen auch, ein Stadt-Land-Gefälle in der Versorgung. Je nach Versorgungssituation kann es in der ambulanten Psychotherapie gerade bei Kindern und Jugendlichen auch zu mehrmonatigen Wartezeiten auf ein Erstgespräch bzw. eine Therapie kommen. Die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015 geplante „psychotherapeutische Sprechstunde“ soll hier zu einer Verbesserung der Situation führen. Die Schwierigkeiten, einen Therapieplatz im Regelsystem der vertragsärztlichen Versorgung zu finden, hat in der Vergangenheit zu vielen „Kostenerstattungsfällen“ geführt, bei denen die Krankenkassen auch Therapien bei Therapeuten ohne Kassenzulassung finanzieren. Daten zur Entwicklung der Kostenerstattungsfälle in Bayern gibt es jedoch nicht.

Einen wichtigen Beitrag zur ambulanten Versorgung der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Problemen leisten auch die 19 **Sozialpädiatrischen Zentren** in Bayern. Für Fälle, in denen eine vorhandene oder drohende psychische Erkrankung von Kindern und Jugendlichen wegen ihrer Art, Schwere oder Dauer

nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden kann, bieten die Sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V eine interdisziplinäre Versorgung an. Sie leisten ihren Versorgungsbeitrag also insbesondere in schwerwiegenden bzw. komplexen Fällen, in denen andere Behandlungsangebote alleine nicht ausreichen.

An der ambulanten Versorgung wirken des Weiteren die **Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen** (PIAs) mit. Ihr Angebot richtet sich zum einen an Kranke, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines besonderen, krankenhaushaften Versorgungsangebotes bedürfen. Sie sollen helfen, Krankenhauseinweisungen zu vermeiden bzw. stationäre Behandlungszeiten zu verkürzen. Zum anderen richtet sich das Angebot der PIAs auch an Erkrankte, die darauf wegen zu großer Entfernungen zu geeigneten niedergelassenen Ärzten angewiesen sind, d. h. sie erfüllen eine „Auffangfunktion“ in weniger gut versorgten Regionen. In Bayern haben derzeit 29 Einrichtungen eine entsprechende Ermächtigung.

NIEDERLASSUNGSFÖRDERUNG IN BAYERN

Um eine wohnortnahe Gesundheitsversorgung in ganz Bayern zu gewährleisten, fördert die Bayerische Staatsregierung seit 2012 die Niederlassung von Hausärzten im ländlichen Raum. In den folgenden Jahren wurde die Förderung auf bestimmte Facharztgruppen und Psychotherapeuten ausgedehnt. Kinderärzte, Kinder- und Jugendpsychiater sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gehören zu den Arztgruppen dieses Programms. Sie können eine Förderung bis zu 60.000 Euro erhalten (die Psychotherapeuten bis 20.000 Euro). Eine Filialpraxis kann mit bis zu 15.000 Euro (Psychotherapeuten: 5.000 Euro) gefördert werden.

Mehr Information: Bayerische Gesundheitsagentur,
www.lgl.Bayern.de/gesundheit/bayerische_gesundheitsagentur/index.htm

Stationäre und teilstationäre Versorgung

In Deutschland wurde der Krankenhausstatistik zufolge 2014 knapp die Hälfte der stationären Fälle infolge einer psychischen Störung bei Kindern und Jugendlichen in einer Fachabteilung mit psychiatrisch-psychotherapeutischem Profil behandelt. Je nach Behandlungsanlass kann aber auch die Versorgung in einer anderen Fachabteilung indiziert sein, z. B. wenn Jugendliche mit einer akuten Alkoholvergiftung ins Krankenhaus kommen. Unter den anderen Fachabteilungen hat mit knapp 13 % die Innere Medizin am meisten Fälle behandelt.

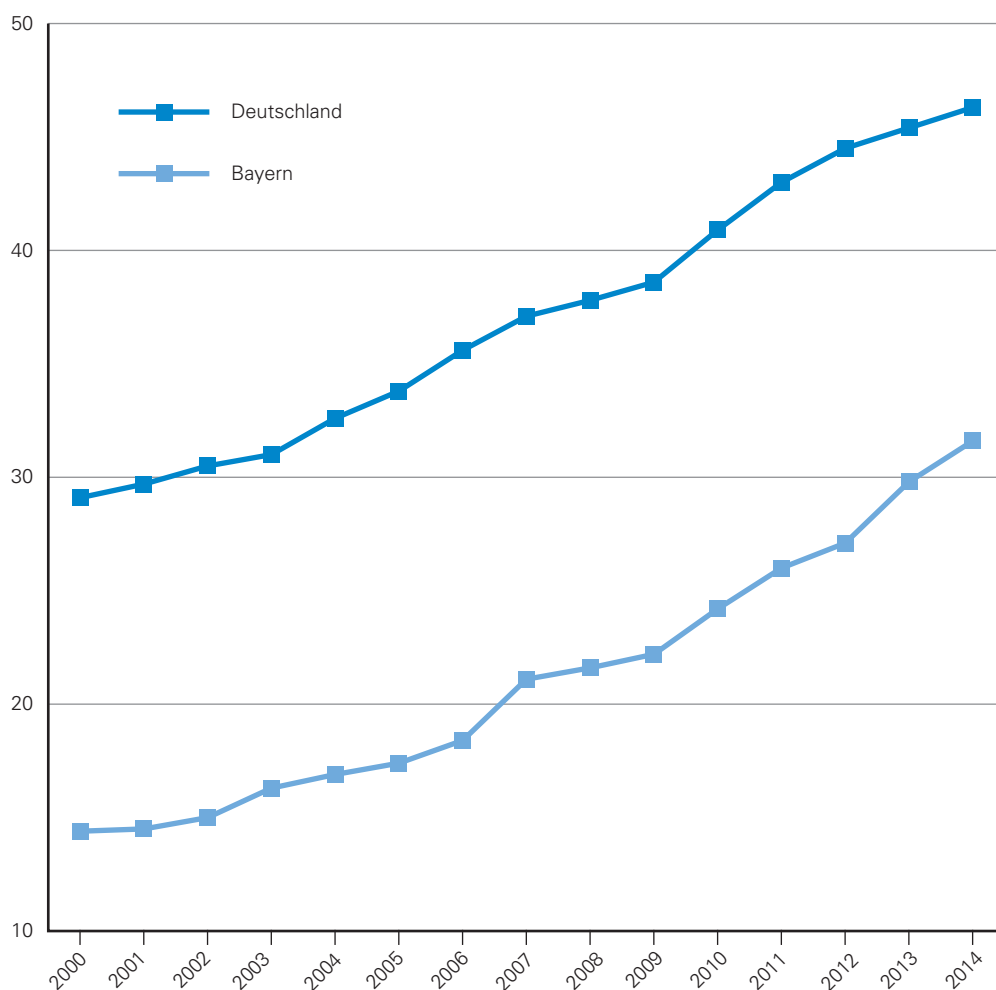
In Bayern sind die Verhältnisse ganz ähnlich. Von den Fällen unter 15 Jahren wurde 2014 ebenfalls die Hälfte in einer Fachabteilung mit psychiatrisch-psychotherapeutischem Profil versorgt. Dabei zeigt sich eine deutliche Verschiebung gegenüber 2005: Damals wurden nur 34 % in einer solchen Fachabteilung behandelt. Unter den Fachabteilungen entfielen in dieser Altersgruppe die meisten Fälle auf die Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (90,7 %), in kleinerem Umfang auf die Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik (9,0 %) und 9 Kinder wurden in der Erwachsenenpsychiatrie behandelt. Diese Anteile haben sich gegenüber 2005 kaum verändert.

Auch in der Altersgruppe der 15- bis 18-Jährigen wurde die Hälfte der Fälle in einer Fachabteilung mit psychiatrisch-psychotherapeutischem Profil behandelt, aber in einer etwas anderen Verteilung: 78,3 % wurden hier in der Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie behandelt, 11,7 % in der Psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik und 10 % in der Erwachsenenpsychiatrie. Vor 10 Jahren wurden sogar fast 30 % in der Erwachsenenpsychiatrie behandelt und nur 61,4 % in der Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, in der Psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik waren es damals 8,8 %.

Die Krankenhausstatistik weist zudem aus, dass 2014 in Bayern 40 Fälle jüngerer Erwachsener (im Alter zwischen 20 und 25 Jahren) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt wurden – etwa um die Behandlungskontinuität zu sichern.

Die Zunahme des Anteils der Fälle, die in der Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie behandelt werden konnten, korrespondiert mit der Verbesserung des Versorgungsangebots. Die Zahl der Betten in der Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hat sich in den letzten Jahren auch in Bayern deutlich erhöht. Von 343 Betten (14,4 je 100.000 unter 18-Jährige) im Jahr 2000 ist ihre Zahl auf 661 Betten (31,6 je 100.000 unter 18-Jährige) im Jahr 2014 gestiegen. Der Bundesdurchschnitt lag 2014 bei 46,3 Betten je 100.000 unter 18-Jährige.

Betten in der Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie je 100.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren



Datenquellen: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik, Bevölkerungsfortschreibung zum 31.12.2014; Berechnungen LGL

Regional betrachtet ist der stärkste Bettenzuwachs in Oberbayern, Mittelfranken und Unterfranken zu verzeichnen. Dort hat sich die Bettenzahl im Zehnjahreszeitraum zwischen 2005 und 2014 verdoppelt: in Oberbayern von 133 auf 271, in Mittelfranken von 60 auf

114 und in Unterfranken von 39 auf 91 Betten. In Niederbayern (4 Betten Zuwachs) und Schwaben (10 Betten Zuwachs) war nur eine geringe Zunahme zu beobachten, in der Oberpfalz und in Oberfranken blieb die Bettenzahl im genannten Zeitraum unverändert.

BETTEN

Bei den „Betten“ erfasst die Krankenhausstatistik „aufgestellte Betten“, d. h. betriebsbereite Betten der vollstationären Versorgung, unabhängig von der Art ihrer Förderung. Die Daten können sich daher von denen in der Krankenhausplanung unterscheiden. Davon zu unterscheiden sind „Plätze“ in der teilstationären Versorgung in Tages- oder Nachtkliniken.

Unter den 2014 in Bayern vorgehaltenen 661 Betten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie waren 355 Betten in den Bezirkskrankenhäusern.

Betten in der Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Bayern nach Regierungsbezirken

	Insgesamt	In Bezirkskrankenhäusern	
	Betten 2014	Betten 01.01.2015	Teilstationäre Plätze 01.01.2015
Bayern	661	355	213
Oberbayern	271	160	54
Niederbayern	36	36	47
Oberpfalz	28	28	50
Oberfranken	28	28	44
Mittelfranken	114	30	15
Unterfranken	91	29	0
Schwaben	93	44	3

Datenquellen: LfStat, Bayerischer Bezirkstag

Insgesamt gab es in Bayern zum Stichtag 1.1.2015 in 18 kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen **448 Tages- und Nachtambulanzplätze**. Durch den Aufbau solcher Angebote konnte Bayernweit ein Netz an niedrigschwelligen und wohnortnahen Behandlungsangeboten geschaffen werden. Damit können z.B. stationäre Behandlungen mit weniger schweren Erkrankungen oft vermieden werden.

Werden Kinder und Jugendliche mit einer psychischen Erkrankung in die Klinik eingewiesen, ist von

einem längeren Krankenhausaufenthalt auszugehen. Die durchschnittliche Verweildauer liegt altersabhängig zwischen 15 und 38 Tagen. Affektive Störungen gehen mit besonders langen Verweildauern einher, ebenso Entwicklungsstörungen, wenn sie nach dem 10. Lebensjahr auftreten. Aufgrund der gegenüber anderen Erkrankungen vergleichsweise langen Verweildauern gibt es in den Kliniken spezielle Schulkonzepte in Absprache mit den Stammschulen und den Eltern. Die Kinder gehen in Klinikschulen oder in Einzelfällen auch weiterhin in ihre Stammschule.

Durchschnittliche Verweildauer in Tagen bei stationären Behandlungen infolge psychischer Störungen (F00–F99), 2014, Bayern

	unter 5 Jahre		5 bis unter 10 Jahre		10 bis unter 15 Jahre		15 bis unter 20 Jahre	
	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen
Psychische und Verhaltensstörungen gesamt (F00–F99)	15,8	13,7	30,1	41,0	27,8	31,5	22,7	13,1
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19)	1,0	1,3	–	1,0	2,0	2,3	2,5	3,2
Affektive Störungen (F30–F39)	3,8	12,4	44,2	62,8	34,3	41,7	35,2	34,9
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48)	20,1	24,0	26,6	32,4	20,1	29,2	17,6	15,2
Entwicklungsstörungen (F80–F89)	8,0	8,3	9,8	21,3	28,2	39,0	28,3	35,6
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit (F90–F98)	21,4	19,9	40,7	48,9	35,9	40,8	22,5	25,6

Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik

Dabei hängen die Verweildauern nicht nur mit der Schwere bzw. dem Verlauf der einzelnen Störungsbilder zusammen, es spiegeln sich darin auch Einflüsse der länderspezifischen Versorgungsstrukturen wider. So reicht beispielsweise die Spannbreite der Verweildauer bei der depressiven Episode (F32) bei Kindern zwischen den Bundesländern von 27,8 Tagen (Nordrhein-Westfalen) bis 49,6 Tagen (Bremen). In Bayern lag sie 2014 bei 36,1 Tagen – etwas mehr als im Bundesdurchschnitt mit 34,7 Tagen.

Weitere Versorgungsangebote

Auch die **Kinder- und Jugendhilfe** bietet auf der Grundlage von SGB VIII (Sozialgesetzbuch, Achtes Buch) ergänzend zu den Angeboten im Gesundheitsbereich ambulante (insbesondere in Erziehungsberatungsstellen) und stationäre Unterstützung, z. B. bei Entwicklungsstörungen oder Verhaltensauffälligkeiten, aber auch für Kinder psychisch erkrankter Eltern oder bei Kindeswohlgefährdung. Damit dies bedarfsgerecht geschehen kann, ist eine enge Zusammenarbeit der Akteure im Gesundheitsbereich mit denen der Kinder- und Jugendhilfe besonders wichtig. Nach

einer Studie der Bundespsychotherapeutenkammer leiden rund 40 % der Kinder und Jugendlichen, die Beratungsstellen der Jugendhilfe aufsuchen, unter einer psychischen Erkrankung, in stationären Einrichtungen sind es sogar 75 %.²³

So wurden der Kinder- und Jugendhilfestatistik zufolge von Jugendhilfeträgern im Jahr 2013 fast 70.000 junge Menschen in Bayern durch Beratungen und andere Hilfen unterstützt, darunter fast 20.000 Heranwachsende mit Migrationshintergrund. Unter den zum Stichtag 31.12.2013 laufenden ca. 60.000 Maßnahmen waren in fast 8.000 Fällen Entwicklungsauffälligkeiten und seelische Probleme Hauptgrund, in mehr als 7.500 Fällen Auffälligkeiten des Sozialverhaltens und in mehr als 5.000 Fällen Belastungen der Heranwachsenden durch Problemlagen der Eltern.

Die **Frühförderung** ist ein Baustein der Versorgung nach SGB X. Hier geht es um Hilfen für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder, darunter auch bei seelischen Behinderungen und Entwicklungsverzögerungen. Interdisziplinäre Frühförderstellen gibt es in Bayern flächendeckend in allen Regionen. In jedem

²³ BPTK: BPTK-Studie Psychotherapeuten in der Jugendhilfe einschließlich Erziehungsberatung. Ergebnisse einer Befragung von angestellten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Berlin 2015.

Landkreis und jeder kreisfreien Stadt gibt es mindestens eine Frühförderstelle, insgesamt sind es in Bayern über 200 Frühförderstellen und 18 sozialpädiatrische Zentren.²⁴

Komplementäre therapeutische Angebote wie **Logopädie** (Sprachtherapie) und **Ergotherapie** ergänzen ebenfalls das ambulante Versorgungsangebot, da sie z. B. bei Sprachentwicklungsstörungen oder zur Behandlung von motorischen Problemen, unter denen Kinder mit ADHS zuweilen leiden, verordnet werden.

Eine wichtige Funktion neben dem professionellen Hilfesystem erfüllen **Selbsthilfegruppen**. Hier finden Betroffene und Angehörige störungsspezifisch Unterstützung. Auch für Kinder bzw. ihre Eltern gibt es in Bayern zahlreiche Angebote (siehe exemplarisch auch im Serviceanhang dieses Berichts). Beratung und Vermittlung leistet die **Selbsthilfekoordination Bayern**: www.seko-Bayern.de.

Prävention psychischer Störungen

In Primärprävention und Gesundheitsförderung wird zwischen drei Zugängen unterschieden, die auch für die Förderung der psychischen Gesundheit und die Verhinderung psychischer Erkrankungen relevant sind:

Universelle Prävention spricht die gesamte Bevölkerung an, selektive Prävention interveniert bei umrissenen Zielgruppen mit einem vermuteten, eventuell überdurchschnittlichen Risiko und indizierte Prävention zielt auf Personen und Gruppen mit gesicherten Risikofaktoren bzw. manifesten Störungen oder Devianzen. Die Grenzen sind mitunter fließend; insbesondere die Abgrenzung zwischen selektiver und indizierter Prävention ist nicht immer eindeutig zu treffen.

Zur **universellen Prävention** und Gesundheitsförderung zählen Ansätze für Kinder und Jugendliche, die in der Kita oder Schule etabliert werden, um z. B. die Lebenskompetenzen und Problemlösekompetenzen zu steigern. Sie haben eine niedrige Zugangsschwelle und wirken nicht stigmatisierend, da sie sich an die gesamte Gruppe (in der Kita oder Schule) wenden. Die Grundlage bildet der „pädagogische Alltag“ in den Kitas und Schulen. So stärkt die pädagogische Arbeit auf der Grundlage des Bayerischen Bildungs- und Erziehungsplans Kinder von Anfang an in ihren Basiskompetenzen und befähigt sie zum Umgang mit der individuellen, familiären und gesellschaftlichen Situation.

Universelle Prävention als darauf aufbauendes Angebot ist vor allem im Rahmen von Lebenskompetenzprogrammen (Kita oder Schule) oder anderen schulischen Gesundheitsförderungsprogrammen angesiedelt. Verschiedene Studien belegen eine (moderate) Wirksamkeit, wenn die Interventionen entwicklungsangemessen konzipiert wurden.²⁵ Auch schulische Suchtpräventionsprogramme und Programme zum konstruktiven Umgang mit Konflikten wie auch Stressbewältigungstrainings oder Programme zur Förderung des elterlichen Bindungsverhaltens sind hier zu nennen, denn sie stärken die Ressourcen der Kinder (und der Eltern) und liefern damit einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung.

Maßnahmen müssen sich dabei nicht unbedingt an das Individuum mit dem Ziel einer Einstellungs- oder Verhaltensänderung wenden. Gerade im Bereich der Suchtprävention haben sich verhältnisorientierte Ansätze bewährt. Neben Steuererhöhungen und Rauchverboten in öffentlichen Einrichtungen sind hier auch Maßnahmen relevant, die auf kommunaler Ebene eine Kultur des Hinsehens etablieren.

Beispiele für universelle Präventionsmaßnahmen in Bayern

- ▶ PeKiP: Prager Eltern-Kind-Programm zur Förderung des Bindungsverhaltens
- ▶ Mit mir nicht: Präventionsprogramm für Kindertagesstätten in Bayern zur Auseinandersetzung mit Konflikt- und Risikosituationen
- ▶ Landesprogramm Gute gesunde Schule in Bayern
- ▶ Klasse2000: Umfassendes vierjähriges Gesundheitsförderungsprogramm an Grundschulen
- ▶ JuvenTUM: Grundschulkinder als Gesundheitsexperten
- ▶ Faustlos: Training von Konfliktbewältigungsstrategien in Grundschulen
- ▶ HaLT – Hart am Limit (proaktiver Baustein): Über die Zusammenarbeit lokaler Akteure wird in Bezug auf Alkoholkonsum eine Kultur des Hinsehens geschaffen
- ▶ Starker Wille statt Promille: Alkoholpräventionsprogramm für Jugendliche
- ▶ Prävention depressiver Störungen von Jugendlichen in Bayern: Aufklärungsbroschüre „Paul ganz unten“ für Jugendliche und Entwicklung eines Screeninginstrumentes
- ▶ Psychische Gesundheit und Depression bei Schülern: Lehrerfortbildung der Universität Würzburg

²⁴ Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration: www.stmas.Bayern.de/teilhabe/fruehfoerd/

²⁵ Beelmann A. et al.: Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. Eine Meta-Analyse der deutschsprachigen Wirksamkeitsforschung. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 2014; 22: 1–14; Röhrle B: Prävention und Gesundheitsförderung, Bd. III für Kinder und Jugendliche. Tübingen 2007.

Selektive Prävention konzentriert sich auf Kinder und Jugendliche mit einem erhöhten Risiko, z. B. Kinder aus suchtbelasteten Familien oder mit einem psychisch kranken Elternteil. Auch spezifische Angebote für Jugendliche mit auffälligem Drogenkonsum sind hier zu nennen. So wendet sich der reaktive Baustein des Projekts HaLT – Hart am Limit an Kinder und Jugendliche, die mit einer Alkoholintoxikation stationär aufgenommen wurden. Mit Einzel- und Gruppengesprächen, auch mit den Eltern, sollen ein riskanter Alkoholkonsum und eine erneute Einweisung mit einer F10-Diagnose verhindert werden.

Zu erwähnen ist in diesem Kontext neben den Angeboten der Frühen Hilfen im „KoKi-Netzwerk frühe Kindheit“ auch das in Bayern vorbildlich ausgebaute Netz an Schulpsychologen und Fachkräften der Jugendhilfe, die direkt an der Schule im Arbeitsfeld „Jugendsozialarbeit an Schulen – JaS“ zum Einsatz kommen. In Bayern arbeiten 500 Schulpsychologen, die mit ihrer Doppelqualifikation als Lehrer und Psychologen u. a. bei persönlichen Krisen Beratung anbieten, aber auch präventiv aktiv sind. Die Jugendsozialarbeit an Schulen unterstützt sozial benachteiligte Jugendliche und nimmt z. B. Mobbing sowie Drogenprobleme in den Blick; sie arbeitet dabei eng mit der Schule zusammen.

Beispiele für (überwiegend) selektive Präventionsmaßnahmen in Bayern

- ▶ Mindzone: Suchtprävention bei jugendlichen Clubbesuchern
- ▶ Crystal-Meth: Aufklärungskampagne zu den Risiken der „Partydroge“ Crystal-Meth
- ▶ Beratungsangebote der Koordinierenden Kinderschutzzstellen (KoKis) zur Unterstützung von belasteten Familien mit Säuglingen und Kleinkindern
- ▶ Familienhebammen
- ▶ Primärprävention von Depression bei Kindern und Jugendlichen mit einem an Depression erkrankten Elternteil (PRODO)
- ▶ Familiensprechstunde der Psycho-Onkologie der Medizinischen Klinik und Poliklinik III der LMU München in Kooperation mit dem Verein Lebensmut zur Unterstützung von Kindern mit einem krebserkrankten Elternteil
- ▶ HaLT – Hart am Limit, reaktiver Baustein: Beratungsangebote für Jugendliche mit Alkoholintoxikation und ihre Eltern

Als Beispiele für **indizierte Programme** sind Maßnahmen zu nennen, die z. B. drogenauffällige Jugendliche begleiten. Auch viele Angebote der Kinder- und Jugendhilfe sind hier (oder in der selektiven Prävention) zu verorten.

FRÜHE HILFEN

- ▶ Frühe Hilfen sind ein multiprofessionelles Angebot an niedrigschwelligen Unterstützungsangeboten aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung und der Kinder- und Jugendhilfe. Diese Angebote richten sich an schwangere Frauen, werdende Väter und Familien mit Kindern im Alter von 0–3 Jahren. Mit Unterstützung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Soziales, Familie und Integration (StMAS) gibt es in Bayern seit 2009 flächendeckend **KoKi-Netzwerke frühe Kindheit**. Die Fachkräfte der Koordinierenden Kinderschutzzstellen (KoKis), die beim Jugendamt angesiedelt sind, vernetzen systematisch die regionalen Angebote der Frühen Hilfen im „Netzwerk frühe Kindheit“ vor Ort (Netzwerkarbeit) und helfen Eltern bei der Suche nach der bestmöglichen Unterstützung (Navigationsfunktion). Durch das frühzeitige Erkennen von Überforderungssituationen von Eltern und anderen Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung sollen insbesondere Familien in belastenden Lebenssituationen möglichst früh erreicht und gezielt unterstützt und gefördert werden. Neben der Vermeidung von Kindeswohlgefährdungen werden durch die Förderung elterlicher Beziehungs- und

Erziehungskompetenzen positive Entwicklungschancen für Kinder geschaffen.

- ▶ Erfolgsfaktoren für die interdisziplinäre Kooperation von Gesundheitsbereich und Kinder- und Jugendhilfe beschreibt z. B. der Leitfaden des StMAS „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – Erkennen und Handeln“ (insbesondere Kapitel 2).
- ▶ Im Rahmen des Schwerpunktthemas 2016/2017 und unter Schirmherrschaft beider Staatsministerinnen veranstalten StMAS und StMPG am 24.11.2016 einen gemeinsamen Fachtag für Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe mit dem Fokus „Kinder psychisch erkrankter Eltern“.

Mehr Information:

- ▶ Koordinierende Kinderschutzzstellen, KoKi-Netzwerke frühe Kindheit: www.koki.Bayern.de
- ▶ Leitfaden des StMAS „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – Erkennen und Handeln“: www.aerzteleitfaden.Bayern.de
- ▶ Übersicht zu Frühen Hilfen in Bayern: www.fruehehilfen.Bayern.de
- ▶ Nationales Zentrum Frühe Hilfen: www.fruehehilfen.de

6. Störungsbilder unter der Lupe



6. Störungsbilder unter der Lupe

6.1 REGULATIONSSTÖRUNGEN

Das Wichtigste in Kürze

- ▶ Exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen stellen Formen frühkindlicher Regulationsstörungen dar.
- ▶ Es besteht kein Konsens darüber, wie die verschiedenen Störungen zu definieren sind, deshalb variieren die Häufigkeitsschätzungen stark.
- ▶ Die Häufigkeit exzessiven Schreiens wird auf 16 bis 21 % der Babys geschätzt – in Bayern wären dann jährlich etwa 20.000 Kinder betroffen.
- ▶ Die Schätzungen für frühkindliche Ein- und Durchschlafstörungen variieren zwischen 10 und 30 %.
- ▶ Schwere, persistierende Fütterstörungen, die sich in rigoroser Nahrungsverweigerung oder starker Essunlust des Kindes zeigen, liegen bei schätzungsweise 3 bis 10 % der Kinder vor.
- ▶ Die Ursachen sind multifaktoriell und sowohl auf Seiten des Kindes, wie auch bei den Eltern und im familiären Gesamtsystem zu suchen.
- ▶ Regulationsstörungen können ein Risikofaktor für Verhaltensauffälligkeiten im späteren Kindesalter sein.
- ▶ Die Behandlung frühkindlicher Regulationsstörungen berücksichtigt die verschiedenen Einflussfaktoren und schließt die Stärkung der Eltern sowie die Förderung einer positiven Interaktion zwischen Eltern und Kind ein (z. B. in den so genannten Schreiambulanzen).

Hintergrund

Frühkindliche Regulationsstörungen können in Form von exzessivem Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen sowie exzessivem Klammern, sozialer Ängstlichkeit, Trotzen und aggressivem Verhalten oder Spielunlust auftreten, wobei häufig auch mehrere Bereiche

gleichzeitig betroffen sind. Sie sind Ausdruck einer eingeschränkten Fähigkeit des Säuglings oder Kleinkindes, ein Verhalten zu regulieren – d. h. aktivierende und hemmende Prozesse der Verhaltensregulation stehen nicht im Gleichgewicht. Dabei werden die Probleme der Verhaltensregulation häufig als Element einer Trias wahrgenommen, die folgende Faktoren beinhaltet:²⁶

- ▶ Problem(e) der frühkindlichen Verhaltensregulation
- ▶ Dysfunktionale Kommunikationsmuster im störungsrelevanten Kontext
- ▶ Überforderungssyndrom der Hauptbezugsperson(en)

Die Ursachen frühkindlicher Regulationsstörungen sind multifaktoriell und beinhalten sowohl Faktoren auf der medizinischen als auch auf der psychosozialen Ebene. Regulationsstörungen können ein Risikofaktor für die Entstehung von Verhaltensproblemen (u. a. ADHS, aggressives Verhalten, Wutanfälle) im späteren Kindesalter sein. Insbesondere das Vorliegen mehrerer Regulationsstörungen in der frühen Kindheit, deren Persistenz sowie ein stark risiko-belastetes familiäres Umfeld tragen demnach zu einem erhöhten Risiko für die Entwicklung von Verhaltensproblemen bei.²⁷

Eine adäquate Behandlung frühkindlicher Regulationsstörungen ist somit nicht nur aufgrund der akuten Symptomatik und Belastung erforderlich, sondern auch mit Blick auf die potentiellen weiteren psychischen Auffälligkeiten. Dabei ist den verschiedenen Problemebenen und den multifaktoriellen Ursachen Rechnung zu tragen. So geht es in speziellen Einrichtungen zur Behandlung von Regulationsstörungen – wie z. B. den „Schreiambulanzen“ – nicht nur um die Behandlung des Kindes, sondern ebenso um eine Belastungsreduktion und Stärkung der Eltern sowie eine Förderung positiver Interaktionen zwischen Eltern und Kind.²⁸

²⁶ Papoušek M.: Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In: Papoušek M. et al. (Hrsg.): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Bern 2004: 77–110.

²⁷ Hemmi M. H. et al.: Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood. A meta-analysis. Archives of Disease in Childhood 2011; 96: 622–629.

²⁸ Korczak D. et al.: Effektivität und Effizienz von psychologischen, psychiatrischen, sozialmedizinischen und komplementärmedizinischen Interventionen bei Schreibabys (z. B. regulative Störung) in Schreiambulanzen. HTA-Bericht 124. Köln 2012.

Flankierend zu den medizinischen Angeboten wird Eltern von Schreibabys an 46 Standorten in Bayern in Erziehungsberatungsstellen, Familienbildungsstätten und Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen von rund 100 speziell fortgebildeten Fachkräften Rat und Hilfe angeboten. Für den Aufbau des Beratungsangebots hat das StMAS eine Million Euro zur Verfügung gestellt. Um die Qualität des Beratungsangebots dauerhaft zu sichern, fördert das StMAS zudem im

jährlichen Wechsel einen Fortbildungs- und einen Fachtag. Die Schreibaby-Beratungsstellen ergänzen somit die Arbeit von Schreiambulanzen und Frühförderstellen.

Ausführlich behandelt ist das Thema „Regulationsstörungen“ auch im Leitfaden des StMAS „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – Erkennen und Handeln“: www.aerzteleitfaden.Bayern.de.

MÜNCHNER SPRECHSTUNDE FÜR SCHREIBABYS

In Deutschland wurde die erste Schreiambulanz im Jahr 1991 am Kinderzentrum München von Prof. Dr. Mechthild Papoušek eingerichtet. Sie dient als Anlaufstelle für Eltern von Säuglingen und Kleinkindern (bis drei Jahre), die durch exzessives Schreien, Schlaf- oder Fütterstörungen, Trotzen, Wutanfälle, Klammern oder andere Regulationsstörungen auffallen. Die Betreuung der Eltern und Kinder erfolgt dabei durch ein interdisziplinäres Team (u. a. Kinderärzte, Psychologen, Sozialpädagogen, Therapeuten). Elemente der Behandlung sind:

- ▶ Krisenintervention
- ▶ Entwicklungsberatung (z. B. Informationen zur kindlichen Entwicklung, Besprechen von bevorstehenden Entwicklungsaufgaben)
- ▶ Videogestützte Interaktionsanleitung (z. B. Spielen, Füttern, Schlafenlegen)
- ▶ Kommunikations- und Beziehungstherapie
- ▶ Eltern-Säuglings-Psychotherapie
- ▶ Paar- und Familienberatung/-Therapie

In der Ambulanz werden dabei nicht nur „Schreibabys“ behandelt, sondern auch andere frühkindliche Beschwerden. Eine Auswertung von 425 Fällen des Jahres 2013 ergab folgende Verteilung nach Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich):

- ▶ Schlafstörung: n = 334; 78,6 %
- ▶ Fütterstörung: n = 103; 24,2 %
- ▶ Exzessives Schreien: n = 132; 31,1 %
- ▶ Anpassungsstörung: Klammern: n = 7; 1,6 %
- ▶ Anpassungsstörung: Trotzen: n = 18; 4,2 %
- ▶ Anpassungsstörung: Dysphorie: n = 1; 0,2 %
- ▶ Anpassungsstörung: Hyperexcitabilität/ Dysregulation: n = 8; 1,9 %
- ▶ Bindungs- und Beziehungsstörung: n = 3; 0,7 %
- ▶ Keine Diagnose bei organischem Befund: n = 6; 1,4 %

Mehr Information: www.kbo-kinderzentrum-muenchen.de

Im Folgenden werden von den frühkindlichen Regulationsstörungen das exzessive Schreien sowie Schlaf- und Fütterstörungen näher betrachtet, die häufig auch gemeinsam auftreten. Die Definition und Klassifikation

dieser Störungen ist aus verschiedenen Gründen nicht einfach: So ist zum einen die Abgrenzung zum normalen Verhalten schwierig. Zum anderen sind die genannten Störungen – mit Ausnahme der Fütterstörungen –

in den verbreiteten Klassifikationssystemen (ICD, DSM) nicht enthalten. In der Praxis wird deshalb häufig auf die Diagnose der Anpassungsstörung (F43.2) ausgewichen.²⁹ Derzeit besteht kein allgemeiner Konsens darüber, wie die einzelnen Störungen definiert sind, sodass auch Studienergebnisse zur Prävalenz je nach zugrunde liegender Definition stark variieren können. Symptome von exzessivem Schreien und/oder Schlaf- und Fütterstörungen liegen Experten zufolge bei etwa 20 % aller Säuglinge im ersten Lebensjahr vor.³⁰

Exzessives Schreien

Nach einem häufig verwendeten Diagnoseschema handelt es sich um exzessives Schreien, wenn das Schreien bzw. die Unruhephasen

1. länger als **drei Stunden** pro Tag,
2. mehr als **dreimal in der Woche** und
3. über einen Zeitraum von insgesamt **mehr als drei Wochen** auftreten.³¹

Nach den aktuellen Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter soll darüber hinaus die wahrgenommene Belastung der Bezugsperson(en) erfasst werden, was u. a. wegen der potentiellen Misshandlungsgefahr des Kindes bedeutsam ist.³²

Für Deutschland wurde in zwei Studien eine Prävalenz in den ersten drei Lebensmonaten zwischen 16 und 21 % geschätzt. Das wären – auf die bayerischen Säuglingszahlen übertragen – jährlich ca. 20.000 betroffene Kinder in Bayern. Mit zunehmendem Lebensalter wird die Häufigkeit dabei geringer (über sechs Monate: 2,5 %). Insbesondere das persistierende exzessive Schreien, welches über den dritten Lebensmonat hinaus andauert, gilt als Risikofaktor für die weitere Entwicklung des Kindes.³³



²⁹ Groß S.: Diagnostische Herangehensweisen. In: Cierpka M. (Hrsg.): Regulationsstörungen. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit kleinen Kindern. Berlin, Heidelberg 2015: 15–27.

³⁰ Hemmi M. H. et al.: Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood. A meta-analysis. Archives of Disease in Childhood 2011; 96: 622–629.

³¹ Bolten M. et al.: Psychische Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter. Exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Bd. 17. Göttingen 2013.

³² Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP): Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter (S2k), AWMF 2013.

³³ von Kries R. et al.: Excessive Crying Beyond 3 Months May Herald Other Features of Multiple Regulatory Problems. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 2006; 160: 508–511.; Wurmser H. et al.: Excessive infant crying: often not confined to the first 3 months of age. Early Human Development 2001; 64: 1–6.

Mögliche Einflussfaktoren auf das exzessive Schreien	
Ebene	Faktoren
Kind	▶ auffällige organische Befunde ▶ Störungen der postnatalen Reifung ▶ Traumatisierung vor oder während der Geburt, geburtsbedingte Risikofaktoren ▶ Wahrnehmungsstörungen (sensorische Integration)
Eltern	▶ psychische Belastungen ▶ Einstellung zur Erziehung ▶ belastende Erfahrungen in der Kindheit ▶ Persönlichkeit der Eltern ▶ Störungen des Verhaltens, der Kommunikation ▶ Störungen der Adaptation nach der Geburt ▶ negativ beurteilte Schwangerschaft
Familiäres System	▶ mangelnde soziale Unterstützung ▶ problematische Eltern-Kind-Beziehung, Interaktionsprobleme ▶ Konflikte in der Partnerschaft ▶ Konflikte in der Beziehung zur eigenen Familie ▶ nicht verarbeitete Traumata ▶ sozioökonomische Belastung

Nach Korczak et al.: Effektivität und Effizienz von psychologischen, psychiatrischen, sozialmedizinischen und komplementärmedizinischen Interventionen bei Schreibabys (z. B. regulative Störung) in Schreiambulanzen. HTA-Bericht 124. Köln 2012

Schlafstörungen

Schlafstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter treten insbesondere in Form von Einschlaf- oder Durchschlafstörungen auf. Einschlafstörungen sind dadurch gekennzeichnet, dass die elterliche Unterstützung zum Einschlafen benötigt wird (z. B. Umhertragen, Singen) und die Einschlafzeit verlängert ist, z. B. weil das Kind versucht, das Zubettgehen hinauszuzögern. Durchschlafstörungen zeichnen sich dadurch aus, dass das Kind nachts mehrfach aufwacht und nicht alleine wieder einschlafen kann, wodurch ebenfalls der elterliche Schlaf unterbrochen wird.³⁴

Wie auch beim exzessiven Schreien variiert die Prävalenz von Schlafstörungen in Abhängigkeit von der zugrundeliegenden Definition oder der betrachteten Altersspanne stark und wird auf 10 bis 30 % geschätzt.³⁵ In einer deutschen Studie wurden Schlafprobleme (nächtliches Aufwachen mind. fünfmal pro Woche mit durchschnittlich 15 Minuten Wachphase)

für 13 % der Kinder im ersten Lebensjahr berichtet, für 5,5 % im zweiten, 2,5 % im dritten und 1,4 % im vierten Lebensjahr.³⁶ In Längsschnittstudien konnte gezeigt werden, dass im Säuglingsalter auftretende Schlafprobleme bis in das (Vor-)Schulalter andauern, chronisch werden können und dann langfristige Auswirkungen auf die Entwicklung und Gesundheit haben.³⁷

Auch die Ursachen für Schlafstörungen in der frühen Kindheit sind vielfältig. Auf Seiten des Kindes spielen u. a. das Temperament, Einflussfaktoren rund um die Geburt und organische Faktoren eine Rolle. In Bezug auf die Eltern werden eigene psychische Erkrankungen, Verlust- und Trennungserfahrungen, Fehlgeburten oder eigene Schlafstörungen als ursächliche Faktoren diskutiert. Zentral sind auf dieser Ebene auch bestimmte ungünstige Verhaltensmuster der Eltern in Form spezifischer Einschlafhilfen für die Kinder, die

³⁴ Bolten M. et al.: Psychische Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter. Exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Bd. 17. Göttingen 2013.

³⁵ Wurmser H.: Schrei-, Schlaf- und Fütterstörung. Monatsschrift Kinderheilkunde 2009; 157: 574–579.

³⁶ von Kries R. et al.: Excessive Crying Beyond 3 Months May Herald Other Features of Multiple Regulatory Problems. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 2006; 160: 508–511.

³⁷ Mindell J. A. et al.: Behavioral Treatment of Bedtime Problems and Night Wakings in Infants and Young Children. An American Academy of Sleep Medicine Review. Sleep 2006; 29: 1263–1276.

länger beibehalten werden als notwendig. Ebenso kann mangelndes Wissen der Eltern über den Schlaf im Kontext der Entwicklung des Kindes zu der Entstehung von Schlafstörungen beitragen. Nicht zuletzt sind im Bereich des familiären Systems Partnerschaftskonflikte bedeutsam, Kommunikationsprobleme/Missverständnisse zwischen Eltern und Kind, aber auch die spezifischen Umgebungsbedingungen, denen das Kind beim Schlafen ausgesetzt ist (z. B. Teilen des Zimmers mit Geschwistern).³⁸

Fütterstörungen

Fütterstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter äußern sich häufig durch eine rigorose Nahrungsverweigerung oder starke Essunlust des Kindes, die es durch abwehrendes und ablehnendes Verhalten verdeutlicht (z. B. Kopf wegdrehen, Löffel wegschieben, Ausspucken oder Erbrechen der Nahrung). Auch durch ein vermehrtes Bedürfnis des Kindes nach Ablenkung während des Fütterns kann eine Fütterstörung sichtbar werden. Zudem findet die Nahrungsaufnahme häufig unregelmäßig statt, wobei Dauer und Nahrungsmenge z. T. stark variieren. Fütterstörungen können mit einer Gedeihstörung (d. h. eine von der Norm abweichende Gewichtsentwicklung) einhergehen oder aber isoliert auftreten.³⁹ Insgesamt bestehen – wie auch bei dem exzessiven Schreien und den Schlafstörungen – keine einheitlichen Kriterien, die eine Fütterstörung definieren.

Entsprechend der verschiedenen Definitionen von Fütterstörungen bestehen auch für diese Form der frühkindlichen Regulationsstörung unterschiedliche Angaben zur Häufigkeit. Etwa 25 bis 45 % der normal

entwickelten und bis zu 80 % der entwicklungsverzögerten Säuglinge bzw. Kleinkinder weisen irgendeine Art von Fütterproblemen auf – jedoch sind viele dieser Probleme auch nur vorübergehend und stellen keine Störung im eigentlichen Sinne dar.⁴⁰ Schwere und persistierende Fütterstörungen werden in verschiedenen Studien mit einer Häufigkeit zwischen 3 und 10 % angegeben.⁴¹ In einer deutschen Untersuchung wurden relevante Probleme beim Füttern bzw. Essen (u. a. Ablenkung erforderlich) für 1,4 % der Kinder im ersten Lebensjahr berichtet, sowie für gut 3 % im zweiten, dritten und vierten Lebensjahr.⁴²

Die Ursachen frühkindlicher Fütterstörungen ähneln z. T. denen des exzessiven Schreiens oder der Schlafstörungen, weisen aber auch spezifische Aspekte auf. Neben der Persönlichkeit und dem kindlichen Temperament spielen organische Befunde ebenso eine Rolle wie traumatische Erfahrungen (z. B. Beatmung oder Ernährung über eine Nasensonde, zwanghafte Nahrungszufuhr durch Festhalten oder Nahrungsgabe während des Schreiens). Zudem werden auf Seiten der Eltern psychische Probleme der Mutter genannt (insbesondere Essstörungen), aber auch elterliche Trennungs- und Verlusterfahrungen sind von Bedeutung. Durch die lebenswichtige Funktion von Nahrungsaufnahme spielen solche Erfahrungen der Eltern im Kontext der Nahrungsverweigerung ihres Kindes eine wichtige Rolle. Geringe soziale Unterstützung und Konflikte in der Partnerschaft stellen auch für Fütterstörungen Risikofaktoren dar. Im Zusammenspiel der kindlichen und elterlichen Faktoren können schließlich Interaktionsmuster entstehen, die eine bestehende Fütterproblematik noch zusätzlich verstärken.⁴³

³⁸ Bolten M. et al.: Psychische Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter. Exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Bd. 17. Göttingen 2013.; Schieche M. et al.: Schlafstörungen: Aktuelle Ergebnisse und klinische Erfahrungen. In: Papoušek M. et al. (Hrsg.): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Bern 2004: 145–170.; Mindell J. A. et al.: Behavioral Treatment of Bedtime Problems and Night Wakings in Infants and Young Children. An American Academy of Sleep Medicine Review. Sleep 2006; 29: 1263–1276.

³⁹ von Hofacker N. et al.: Fütter- und Gedeihstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. In: Papoušek M. et al. (Hrsg.): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Bern 2004: 171–199.

⁴⁰ Bryant-Waugh R. et al.: Feeding and eating disorders in childhood. International Journal of Eating Disorders 2010; 43: 98–111.

⁴¹ von Hofacker N. et al.: Fütter- und Gedeihstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. In: Papoušek M. et al. (Hrsg.): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Bern 2004: 171–199.

⁴² von Kries R. et al.: Excessive Crying Beyond 3 Months May Herald Other Features of Multiple Regulatory Problems. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 2006; 160: 508–511.

⁴³ von Hofacker N. et al.: Fütter- und Gedeihstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. In: Papoušek M. et al. (Hrsg.): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Bern 2004: 171–199.; Bolten M. et al.: Psychische Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter. Exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Bd. 17. Göttingen 2013.

6.2 UMSCHRIEBENE ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN

Das Wichtigste in Kürze

- ▶ Sprachentwicklungsstörungen (F80) gehören zu den häufigsten Diagnosen in der kinderärztlichen Praxis. Im Jahr 2014 hatten gut 170.000 bayerische Kinder und Jugendliche eine solche Diagnose (die mehrere Varianten umfasst). Die Diagnose wird vor allem vor der Einschulung gestellt.
- ▶ Jungen sind häufiger von Sprachentwicklungsstörungen betroffen als Mädchen.
- ▶ Bei jedem 5. Kind wurde im Rahmen der staatlichen Schuleingangsuntersuchung 2010/11 eine Lautbildungsstörung festgestellt, bei jedem 10. eine Wort-/Satzbildungsstörung.
- ▶ Bei knapp 40.000 Kindern und Jugendlichen wurde 2014 eine Entwicklungsstörung schulischer Leistungen diagnostiziert. In der Hälfte der Fälle handelt es sich um eine Lese- und Rechtschreibstörung.
- ▶ Teilleistungsstörungen gehen häufig auch mit anderen psychischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen einher.

Hintergrund

Umschriebene Entwicklungsstörungen (UES) können im Bereich der Sprache und des Sprechens, des Lesens und Schreibens, im Rechnen und der Motorik sichtbar werden und manifestieren sich im Kindesalter. Sie äußern sich durch eine spezifische („umschriebene“) Beeinträchtigung der Entwicklung bestimmter Funktionen in einem bestimmten Bereich bei ansonsten unauffälliger Entwicklung, weshalb auch der Begriff der Teilleistungsstörung verwendet wird. Wenn mehrere Bereiche gleichzeitig betroffen sind, ohne dass einer davon dominiert, spricht man von einer kombinierten umschriebenen Entwicklungsstörung.

Sie sind von den sogenannten tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (z. B. Autismus) abzugrenzen, bei denen sich die Beeinträchtigung umfassender darstellt und nicht nur einen speziellen Funktionsbereich betrifft.⁴⁴ Nach der ICD-10 werden die umschriebenen Entwicklungsstörungen den psychischen Störungen und dort den Entwicklungsstörungen (F80–F89) zugeordnet. Dabei werden Beeinträchtigungen des Sprechens und der Sprache, schulischer Fertigkeiten und der motorischen Funktion unterschieden. Im Folgenden geht es schwerpunktmäßig um den Bereich der schulischen Fertigkeiten, d. h. um die Lese- und Rechtschreibstörung sowie die Rechenstörung. Da verschiedene Studien gezeigt haben, dass bei Kindern mit Problemen im Bereich des Lesens und Schreibens häufig eine verzögerte Sprachentwicklung vorausgeht,⁴⁵ werden auch die Sprachentwicklungsstörungen thematisiert. Diese sind innerhalb der Gesamtdiagnosegruppe der Entwicklungsstörungen insbesondere bei den unter 7-jährigen Kindern relevant, während bei den älteren Kindern Beeinträchtigungen der schulischen Fertigkeiten an Bedeutung gewinnen.

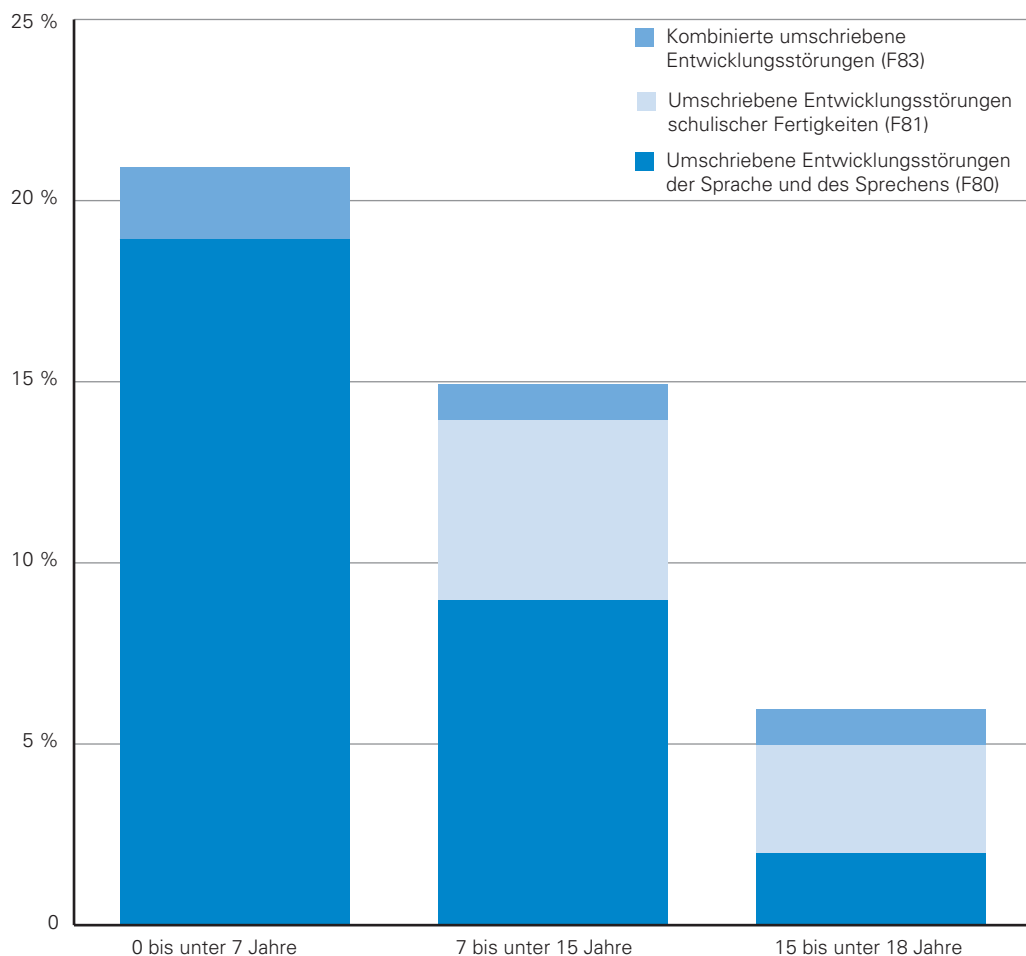
Umschriebene Entwicklungsstörungen erfordern nur in sehr seltenen Fällen eine stationäre Behandlung. Im Jahr 2014 gab es 96 stationäre Behandlungsfälle bei bayerischen Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren aufgrund einer Sprachentwicklungsstörung. Bei den kombinierten Störungen waren es 186 Fälle und bei den Störungen schulischer Fertigkeiten zwei Fälle.

Im ambulanten Bereich verzeichnete die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns 2014 insgesamt knapp 265.000 Fälle von Entwicklungsstörungen (F80–F89) bei Kindern und Jugendlichen, davon entfielen knapp 220.000 (83 %) auf umschriebene Entwicklungsstörungen (F80–F83).

⁴⁴ Steinbrink C., Lachmann T.: Lese-Rechtschreibstörung. Grundlagen, Diagnostik, Intervention. Berlin, Heidelberg 2014.

⁴⁵ Schlack H., Esser G.: Umschriebene Entwicklungsstörungen. In: Schlack H. (Hrsg.): Sozialpädiatrie. Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag. Berlin, Heidelberg 2009: 157–187.

Anteil der Kinder und Jugendlichen mit umschriebenen Entwicklungsstörungen (F80–F83), Bayern, 2014



Datenquelle: KVB, Sonderauswertung

Sprachentwicklungsstörungen

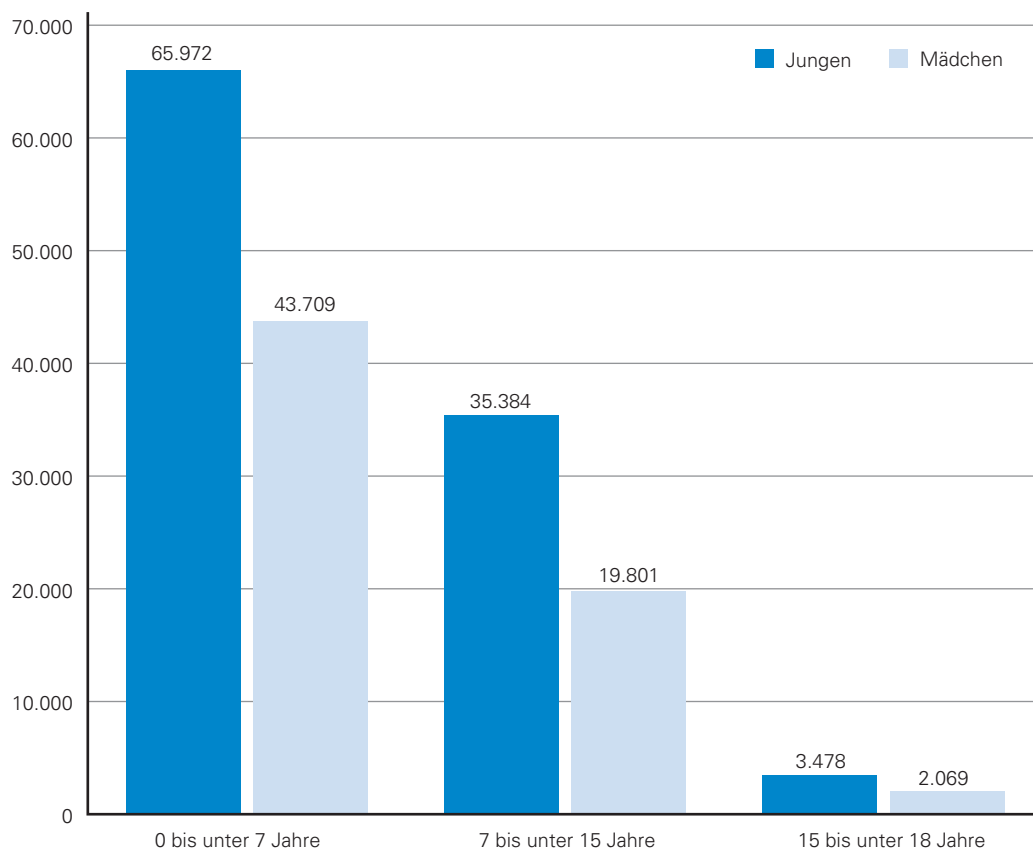
Sprachentwicklungsstörungen gehören zu den häufigsten Diagnosen in der kinderärztlichen Praxis. Nach der Definition der ICD-10 verläuft bei diesen Störungen der Spracherwerb bereits in frühen Phasen der Entwicklung nicht erwartungsgemäß, wobei neurologische Störungen, sensorische Einschränkungen (z. B. des Hörens), eine geringere Intelligenz oder Faktoren der Umwelt (z. B. mangelnde Anregung) nicht ursächlich sind. Die Probleme des Kindes liegen im Bereich der Artikulation (Artikulationsstörung), der Anwendung gesprochener Sprache (Expressive Sprachstörung) oder dem Sprachverständnis (Rezeptive Sprachstörung). Die beiden zuletzt genannten Störungen gehören zu den sog. spezifischen Sprachentwicklungsstörungen, die als ein Risikofaktor u. a. für die weitere Bildungslaufbahn und damit verbunden

auch für einen niedrigen sozio-ökonomischen Status gelten, während Artikulationsstörungen weniger gravierende Folgen haben. In nationalen und internationalen Studien wird die Häufigkeit von spezifischen Sprachentwicklungsstörungen mit 6 bis 7 % angegeben, während für Sprachauffälligkeiten z. T. ein deutlich häufigeres Vorkommen berichtet wird. Studien zufolge weisen Jungen etwa dreimal so oft wie Mädchen Störungen der Sprachentwicklung auf.⁴⁶

In Bayern wurde 2014 bei insgesamt ca. 170.000 gesetzlich krankenversicherten Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren die Diagnose einer Sprachentwicklungsstörung gestellt, was einem Anteil von knapp zwei Dritteln an der Oberkategorie Entwicklungsstörungen (F80–F89) entspricht. Dabei sind Jungen in allen Altersgruppen häufiger betroffen als Mädchen.

⁴⁶ Schlack H., Esser G.: Umschriebene Entwicklungsstörungen. In: Schlack H. (Hrsg.): Sozialpädiatrie. Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag. Berlin, Heidelberg 2009: 157–187.

Kinder und Jugendliche mit Sprachentwicklungsstörungen (F80), Bayern, 2014



Datenquelle: KVB, Sonderauswertung

Für kombinierte Störungen in den Bereichen Sprache, Motorik und Kognition zeigt sich eine ähnliche Alters- und Geschlechterverteilung, aber mit einer deutlich

geringeren Häufigkeit (Diagnosen im Jahr 2014 bei unter 18-Jährigen: 19.476).

ERGEBNISSE DER SCHULEINGANGSUNTERSUCHUNG IN BAYERN

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung 2010/11 wurden bei 20,5 % der Vorschulkinder Lautbildungsstörungen und bei 9,6 % Wort/Satzbildungsstörungen diagnostiziert. Ein Viertel der Kinder hatte mindestens eine der beiden Sprachstörungen; beide Störungsbilder gemeinsam traten bei 4,8 % der Kinder auf. Bei Jungen sind diese Störungen mit 25,0 % bzw. 11,3 % häufiger als bei Mädchen (15,8 % bzw. 7,8 %). Für die Lautbildungsstörungen lassen sich kaum Variationen mit dem Migrationshintergrund aufzeigen, wohl aber für die Wort/Satzbildungsstörungen: Diese sind mit 6,0 % bei Kindern ohne Migrationshintergrund am seltensten, bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund mit 24,1 % am häufigsten (Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund: 11,7 %).

Je nach Region schwanken die Lautbildungsstörungen zwischen 18,4 % in Oberfranken und 24,6 % in der Oberpfalz. In Bezug auf Wort/Satzbildungsstörungen sind die niedrigsten Prävalenzraten in Niederbayern (7,8 %) zu beobachten, die höchsten in Mittelfranken (12,7 %).

Bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen ist das Risiko für sonstige psychische Auffälligkeiten um das Vier- bis Fünffache erhöht.⁴⁷ Häufige psychiatrische Diagnosen sind dabei ADHS, Störungen des Sozialverhaltens und emotionale Störungen, wobei Jungen eher als unruhig und oppositionell, Mädchen als sehr empfindlich und leicht zu verunsichern beschrieben werden. Die psychischen Auffälligkeiten werden dabei nicht nur als Folge der Sprachentwicklungsstörung verstanden, sondern auch als zusätzlich auftretende Symptome (Komorbidität).⁴⁸

Mangelnder schulischer Erfolg von Kindern mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen kann auch durch eine damit einhergehende Lese- und Rechtschreibstörung verursacht werden. Wie in verschiedenen Studien gezeigt wurde, hängt ein erfolgreiches Erlernen des Lesens und Schreibens mit verschiedenen Fähigkeiten im Bereich des Sprechens und der Sprache zusammen. Insbesondere die Fähigkeit, die Lautstruktur der gesprochenen Sprache zu erfassen („phonologische Bewusstheit“), wird dabei als zentraler Aspekt hervorgehoben und stellt einen häufigen Ansatzpunkt in Programmen zur Prävention von Lese- und Rechtschreibstörungen bereits im Vorschulalter dar.⁴⁹

WÜRZBURGER TRAININGSPROGRAMM: HÖREN, LAUSCHEN, LERNEN

Das Programm **Hören, Lauschen, Lernen** soll die phonologische Bewusstheit von Vorschulkindern fördern. Während eines Zeitraums von etwa fünf Monaten soll es täglich 10 bis 15 Minuten in Kleingruppen mit Kindergartenkindern vor der Einschulung durchgeführt werden. Nacheinander werden sechs Übungseinheiten unter Anleitung durchgeführt:

- 1) Lauschspiele zur Förderung der Geräusch- und Spracherkennung
- 2) Reime erkennen und bilden
- 3) Sätze in Wörter zerlegen und Wörter verbinden
- 4) Wörter in Silben zerlegen und Silben verbinden
- 5) Den ersten Laut eines Wortes (Anlaut) erkennen
- 6) Wörter in Laute (Phoneme) zerlegen und Laute verbinden

In Evaluationsstudien hat sich gezeigt, dass das Programm sowohl die phonologische Bewusstheit der Kinder verbessert als auch das Lesen und Schreiben nachhaltig positiv beeinflusst, wobei eine konsequente und vollständige Durchführung für den Erfolg des Programms wesentlich ist. Zudem weisen Studien darauf hin, dass Risikokinder (mit einem erhöhten Risiko für eine Lese- und Rechtschreibstörung) sowie Kinder mit Migrationshintergrund ebenso von der Förderungsmaßnahme profitieren.⁵⁰

⁴⁷ von Suchodoletz W.: Früherkennung von umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2011; 39: 377–385.

⁴⁸ von Suchodoletz W.: Umschriebene Sprachentwicklungsstörungen. Monatsschrift Kinderheilkunde 2003; 151: 31–37.

⁴⁹ Rückert E. M. et al.: Prävention von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten. Kindheit und Entwicklung 2010; 19: 82–89.

⁵⁰ von Suchodoletz W.: Therapie von Lese- Rechtschreibstörungen. In: von Suchodoletz W. (Hrsg.): Therapie von Entwicklungsstörungen. Was wirkt wirklich? Göttingen 2010: 89–128.

Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten

Bei den umschriebenen Entwicklungsstörungen der schulischen Fertigkeiten, für die auch die Begriffe **Teilleistungsstörung oder Lernstörung** zu finden sind, werden in der ICD-10-Klassifikation die Lese- und Rechtschreibstörung (F81.0), die isolierte Rechtschreibstörung (F81.1), die Rechenstörung (F81.2) sowie eine Kombination aus diesen verschiedenen Störungen (F81.3) unterschieden. Eine isolierte Lesestörung ist – anders als im Klassifikationssystem DSM-5 – nicht vorgesehen.⁵¹ Die Teilleistungsstörungen sind dadurch gekennzeichnet, dass die Entwicklung der Lese-, Rechtschreib- oder Rechenfertigkeiten bereits in frühen Entwicklungsphasen beeinträchtigt ist. Die Beeinträchtigung ist dabei nicht allein durch fehlende oder unangemessene Lerngelegenheiten, eine allgemeine Intelligenzminderung oder Sehprobleme erklärbar.

Die Teilleistungs- bzw. Lernstörungen sind von den sog. Lernschwächen abzugrenzen: Weicht das Leistungsniveau eines Kindes in dem jeweiligen Bereich (Lesen, Schreiben, Rechnen) von der alters- und klassenspezifischen Norm ab (Minderleistung), handelt es sich zunächst um eine Lernschwäche. Ist die Leistung des Kindes dabei zusätzlich auch geringer als aufgrund des Intelligenzniveaus des Kindes zu erwarten wäre, handelt es sich um eine Lernstörung. Bei Angaben zur Häufigkeit muss deshalb berücksichtigt werden, welche Kriterien zugrunde gelegt wurden. Die Unterscheidung ist außerdem u. a. hinsichtlich schulischer Sonderregelungen (Nachteilsausgleich bzw. Notenschutz) oder bestimmter Fördermaßnahmen (z. B. Förderklassen) relevant, die oft für lernschwache Kinder nicht vorgesehen sind. Die Differenzierung wird jedoch zunehmend kritisch gesehen, vor allem, was den Zugang zu Fördermaßnahmen angeht.⁵²

Eine Lese- und Rechtschreibstörung tritt häufig in Kombination mit einer Rechenstörung auf: Etwa 20 bis 40 % der Kinder mit einer Lese- und Rechtschreibstörung weisen zusätzlich auch eine Rechenstörung auf.⁵³ Die Entwicklungsprognose ist für diese Kinder deutlich ungünstiger als für diejenigen, die nur in einem der Bereiche Schwierigkeiten haben, da Rückstände nur schwer aufzuholen sind. Auch hinsichtlich der sozial-emotionalen Entwicklung gelten Kinder mit einer kombinierten Störung als besonders gefährdet und weisen deshalb einen besonderen Unterstützungsbedarf auf.⁵⁴ In Bayern machen kombinierte Störungen 6 % aller diagnostizierten Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten bei unter 18-jährigen gesetzlich krankenversicherten Kindern und Jugendlichen aus. Am häufigsten ist die Lese- und Rechtschreibstörung.

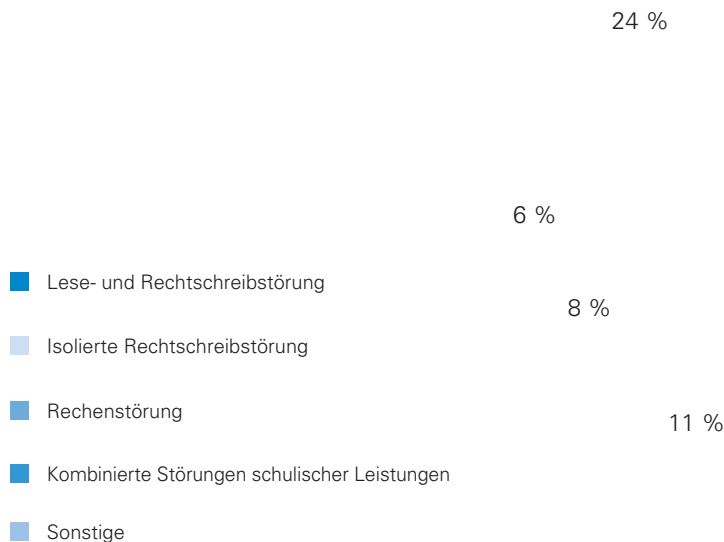
⁵¹ Thomas K. et al.: Stichwort – Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft 2015; 18: 431–451.

⁵² Fischbach A. et al.: Prävalenz von Lernschwächen und Lernstörungen. Zur Bedeutung der Diagnosekriterien. Lernen und Lernstörungen 2013; 2: 65–76.

⁵³ Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.): Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln 2007.

⁵⁴ Thomas K. et al.: Stichwort – Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft 2015; 18: 431–451.

Verteilung der umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81), Altersgruppe unter 18 Jahre, Bayern, 2014

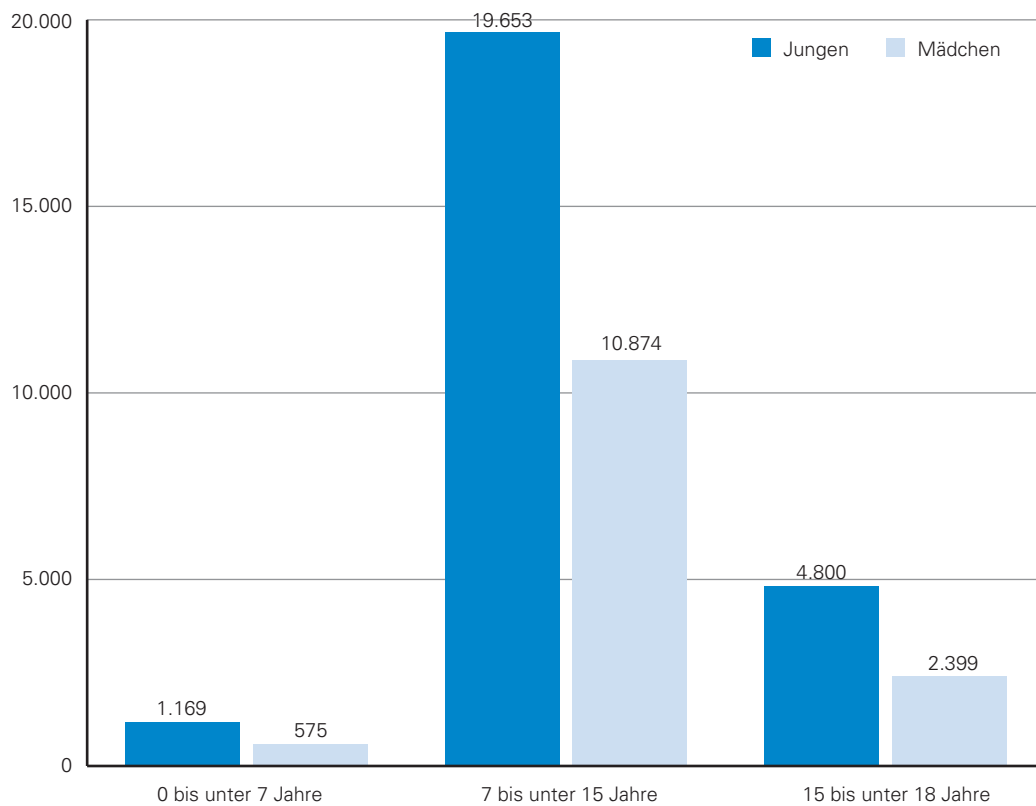


Datenquelle: KVB, Sonderauswertung

Knapp 40.000 gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren wiesen 2014 eine ambulante Diagnose einer umschriebenen Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten auf (ca. 2 % der Unter-18-Jährigen). Erwartungsgemäß spielen sie aufgrund ihrer Definition bei den Unter-7-Jährigen eine untergeordnete Rolle. Die 7- bis 14-Jährigen stellen die Altersgruppe mit den häufigsten Diagnosen einer solchen Entwicklungsstörung dar, jedoch machen sie bei

den 15- bis 18-Jährigen innerhalb der Gesamtdiagnosegruppe der Entwicklungsstörungen mit gut 40 % den größten Anteil aus, während bei den 7 bis 14-Jährigen noch die Sprachentwicklungsstörungen an erster Stelle stehen. In allen Altersgruppen wird die Diagnose einer umschriebenen Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten bei Jungen etwa doppelt so häufig vergeben wie bei Mädchen.

Kinder und Jugendliche mit umschriebener Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten (F81), Bayern, 2014



Datenquelle: KVB, Sonderauswertung

Kinder mit Lernschwäche zeigen eine höhere psychische Belastung als Kinder mit normalen schulischen Leistungen und haben ein größeres Risiko, internalisierende Störungen (Angst, Depression) oder externalisierende Verhaltensauffälligkeiten (aggressives oder dissoziales Verhalten) zu entwickeln.⁵⁵ Es ist deshalb wichtig, möglichst frühzeitig durch Frühförderprogramme der Entwicklung einer ausgeprägten Teilleistungsstörung

vorzubeugen oder deren Ausmaß zu verringern. Sind Teilleistungsstörungen vorhanden, ist es neben der Förderung der entsprechenden Fertigkeiten außerdem notwendig, die Kinder in der Schule zu entlasten (z. B. durch Fördermaßnahmen), ihre emotionale Stabilität zu stärken und mögliche psychische Auffälligkeiten zu behandeln. Dabei sollten auch die Eltern zum Umgang und der Förderung des Kindes beraten werden.⁵⁶

⁵⁵ Lambert K., Spinath B.: Veränderungen psychischer Belastung durch die Förderung von rechenschwachen Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2013; 41: 23–34.

⁵⁶ Thomas K. et al.: Stichwort – Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft 2015; 18: 431–451.

KOSTENÜBERNAHME AUSSERSCHULISCHER LERNTHERAPIE

Die Krankenkassen übernehmen keine Kosten für Lerntherapien. Es besteht die Möglichkeit, einen Antrag auf entsprechende Förderung beim Jugendamt zu stellen („Eingliederungshilfe“ nach § 35a SGB VIII), jedoch muss dem betroffenen Kind dazu bescheinigt werden, dass es von seelischer Behinderung bedroht ist. Weitere Informationen dazu finden sich auf der Internetseite des Bundesverbands Legasthenie & Dyskalkulie e. V.:

www.bvl-legasthenie.de/beratung-und-service/finanzierung.html

AUSWAHL EINES LERNTHERAPEUTEN

Bislang gibt es keine staatlich anerkannte Ausbildung bzw. entsprechende Anforderungsprofile für Lerntherapeuten im Bereich der Lese- und Rechtschreib- oder Rechenstörung. Um Eltern betroffener Kinder bei der Auswahl eines qualifizierten Lerntherapeuten zu unterstützen, hat der Bundesverband Legasthenie & Dyskalkulie e. V. einen Weiterbildungsstandard entwickelt, nach dem Therapieeinrichtungen zertifiziert werden können. Für Bayern sind zertifizierte Therapeuten auf der Internetseite des Landesverbands Legasthenie & Dyskalkulie e. V. zu finden:

www.legasthenie-Bayern.de/landesverband/therapeuten-Bayern.html

Lese- und Rechtschreibstörung

Bei der Lese- und Rechtschreibstörung (auch Legasthenie oder Dyslexie genannt) sind nach der ICD-10-Klassifikation die Lesefertigkeiten beeinträchtigt; zusätzlich können auch die Rechtschreibfertigkeiten eingeschränkt sein. Ist nur der Bereich des Schreibens betroffen, handelt es sich um eine isolierte Rechtschreibstörung. Charakteristisch für eine Leseproblematik sind ein gehäuftes Auftreten von Lesefehlern (z. B. Auslassen, Vertauschen oder Hinzufügen von Buchstaben oder Wörtern), Probleme beim lauten Vorlesen, ein schlechtes Leseverständnis sowie eine geringe Lesegeschwindigkeit. Rechtschreibprobleme zeigen sich durch das Auslassen, Vertauschen oder Einfügen von Buchstaben, das Verwechseln ähnlich klingender Buchstaben oder Variationen in der Falschschreibung eines Wortes.⁵⁷

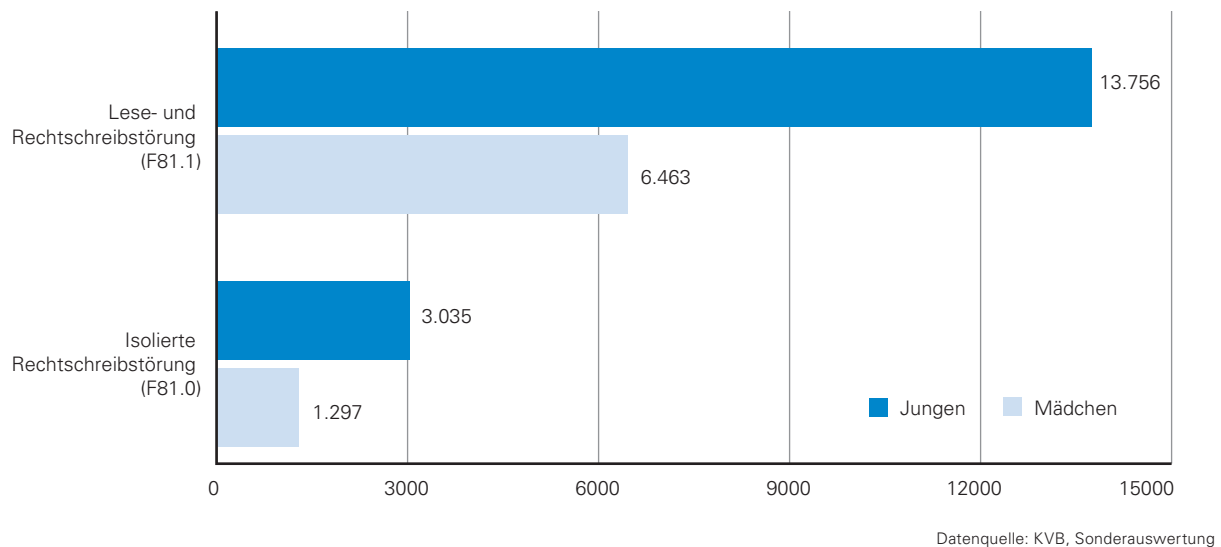
Angaben zur Häufigkeit der Lese- und Rechtschreibstörung variieren je nach verwendeter Definition und liegen überwiegend zwischen 4 und 8 %.⁵⁸ Bei Jungen wird im Vergleich zu Mädchen etwa doppelt so häufig eine Lese- und Rechtschreibstörung diagnostiziert, jedoch reduzieren sich diese Unterschiede, wenn eine isolierte Lesestörung betrachtet wird. Möglicherweise spielen somit hinsichtlich des höheren Anteils bei Jungen eher Rechtschreibschwierigkeiten eine Rolle.⁵⁹ Auch in Bayern entfallen rund 70 % der diagnostizierten Störungen im Bereich des Lesens und/oder Rechtschreibens bei unter 18-jährigen GKV-Versicherten auf Jungen.

⁵⁷ Thomas K. et al.: Stichwort – Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft 2015; 18: 431–451.

⁵⁸ Steinbrink C., Lachmann T.: Lese-Rechtschreibstörung. Grundlagen, Diagnostik, Intervention. Berlin, Heidelberg 2014.

⁵⁹ Thomas K. et al.: Stichwort – Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft 2015; 18: 431–451.

Kinder und Jugendliche mit diagnostizierter Lese- und Rechtschreibstörung (F81.0 und F81.1), Bayern, 2014



Etwa 40 bis 60 % der Kinder mit einer Lese- und Rechtschreibstörung weisen psychische Probleme auf.⁶⁰ Dabei kann es sich sowohl um Probleme in Folge der Störung handeln als auch um zusätzlich auftretende psychische Erkrankungen im Sinne einer Komorbidität. Das Risiko für eine Hyperkinetische Störung bzw. eine ADHS sowie auch für eine Angststörung ist um das Vierfache erhöht, für eine soziale Phobie sogar um das Sechsfache.⁶¹ Für suizidale Gedanken oder Suizidversuche wurde bei Jugendlichen mit einer Lese- und Rechtschreibstörung in Studien eine dreimal so hohe Rate im Vergleich zu nicht betroffenen Jugendlichen ermittelt. Bereits im Grundschulalter kommen negative Gedanken, schulbezogene Ängste, Belastungen durch Mobbing, eine bedrückte Stimmung oder das Gefühl, allein gelassen zu werden, häufiger vor.⁶² In Bezug auf depressive Störungen gibt es unterschiedliche Ergebnisse. Werden Eltern und Lehrer befragt, zeigen sich höhere Werte für internalisierende Symptome (z. B. Depression, Angst) bei Kindern mit einer Lese- und Rechtschreibstörung, nicht jedoch in klinischen Interviews.⁶³ Eine Lese- und Rechtschreibstörung ist darüber hinaus

auch für die langfristige psychische Entwicklung bedeutsam, wie in einer deutschen Studie gezeigt werden konnte. Achtjährige mit einer entsprechenden Störung wiesen auch im Alter von 25 Jahren mehr psychische Symptome (dissoziale und hyperkinetische) auf; darüber hinaus war auch der Suchtbereich (Rauchen, Alkoholmissbrauch) ungünstiger ausgeprägt.⁶⁴

Rechenstörung

Nach der ICD-10-Klassifikation sind bei einer Rechenstörung (auch Dyskalkulie genannt) die grundlegenden Rechenfertigkeiten des Kindes beeinträchtigt. Kennzeichnend sind Probleme bei dem Verständnis und Vergleichen von Zahlen und Mengen (größer/kleiner, weniger/mehr), dem Aufschreiben und Benennen von Zahlen oder der Zählfähigkeit. Die Kinder haben daher schulische Probleme in Mathematik und anderen Fächern, für die Rechenfertigkeiten benötigt werden, und haben auch Schwierigkeiten bei der Bewältigung alltäglicher Aufgaben (z. B. finanzielle Angelegenheiten, Erfassen der Uhrzeit).⁶⁵

⁶⁰ Schulte-Körne G.: Diagnostik und Therapie der Lese-Rechtschreib-Störung. Deutsches Ärzteblatt International 2010; 107: 718–726.

⁶¹ Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.): Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln 2007.

⁶² Schulte-Körne G.: Diagnostik und Therapie der Lese-Rechtschreib-Störung. Deutsches Ärzteblatt International 2010; 107: 718–726.

⁶³ Kohn J. et al.: Psychische Auffälligkeiten bei Umschriebenen Entwicklungsstörungen. Gibt es Unterschiede zwischen Lese-Rechtschreib- und Rechenstörungen? Lernen und Lernstörungen 2013; 2: 7–20.

⁶⁴ Esser G. et al.: Was wird aus Achtjährigen mit einer Lese- und Rechtschreibstörung. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 2002; 31: 235–242.

⁶⁵ Ise E., Schulte-Körne G.: Symptomatik, Diagnostik und Behandlung der Rechenstörung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2013; 41: 271–280.

Auch hier variieren die Angaben zur Häufigkeit. Etwa 3 bis 8 % der Kinder und Jugendlichen sind Experten zufolge betroffen, sodass diese Störung ungefähr so häufig vorkommt wie die Lese- und Rechtschreibstörung.⁶⁶ Mädchen sind häufiger betroffen als Jungen. In Bayern wurde im Jahr 2014 bei 3.101 gesetzlich versicherten Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren eine Rechenstörung festgestellt, darunter waren 62 % Mädchen.

Auch Rechenstörungen können mit weiteren psychischen Auffälligkeiten einhergehen. Häufig werden Aufmerksamkeitsprobleme angegeben; von einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sind bis zu 40 % der Kinder mit einer Rechenstörung

betroffen. Zudem fallen häufig ängstliche und depressive Symptome auf, die mit dem erlebten Misserfolg zusammenhängen können. Kinder mit einer Rechenstörung nehmen ihre intellektuellen Fähigkeiten als unzureichend wahr, was sich negativ auf ihr Selbstvertrauen auswirken kann.⁶⁷ Ergebnisse einer deutschen Studie weisen darauf hin, dass spezifische Interventionen zur Förderung rechenschwacher Kinder nicht nur die Mathematikleistungen verbessern, sondern sich zudem positiv auf das psychische Funktionsniveau der geförderten Kinder auswirken können (insbesondere reduzierte Prüfungsangst, Schulunlust, Aufmerksamkeitsprobleme sowie der von den Eltern berichtete psychische Gesamtbelastungswert).⁶⁸

HILFEN IN BAYERN

Ob und in welcher Art Kinder mit Schwierigkeiten im Bereich des Lesens, Schreibens und/oder Rechnens durch schulische Fördermaßnahmen oder z. B. einen Nachteilsausgleich unterstützt bzw. entlastet werden, kann in den einzelnen Bundesländern ganz unterschiedlich gestaltet sein. In Bayern gibt es den sog. „Legasthenie-Erlass“, in dem geregelt ist, dass Kinder mit entsprechenden Lernschwierigkeiten durch bestimmte schulische Maßnahmen (u. a. zusätzliche Förderkurse, mündliche Erarbeitung von neuen Lerninhalten) gefördert werden. Der Nachteilsausgleich (u. a. Zeitzuschlag, keine Benotung der Rechtschreibung in Aufsätzen) ist verpflichtend für Kinder mit einer diagnostizierten Legasthenie, und möglich für Kinder mit einer Lese- und Rechtschreibschwäche.

Für Kinder mit einer Rechenstörung gibt es in Bayern bislang hingegen keinen Nachteilsausgleich. Jedoch hat der Bayerische Landtag im Oktober 2014 einen Beschluss zur „Verstärkung der Förderung und Unterstützung von Schülerinnen und Schülern mit besonderen Schwierigkeiten im Rechnen“ gefasst. Darin ist u. a. vorgesehen, für Lehrkräfte eine Handreichung (z. B. Empfehlungen zur Leistungsbewertung) zu erstellen sowie das Thema stärker in die Lehrerbildung aufzunehmen. Auch die Frühförderung in Kindertageseinrichtungen wird dort aufgegriffen.

Landesverband Legasthenie & Dyskalkulie e. V.: www.legasthenie-Bayern.de/schule/erlasse.html

Staatliche Schulberatung in Bayern: www.schulberatung.Bayern.de/schulberatung/Bayern/fragen_paed_psy/lern_leistungsschwierigkeiten/index_07807.asp

⁶⁶ Thomas K. et al.: Stichwort – Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft 2015; 18: 431–451.

⁶⁷ Ise E., Schulte-Körne G.: Symptomatik, Diagnostik und Behandlung der Rechenstörung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2013; 41: 271–280; Kohn J. et al.: Psychische Auffälligkeiten bei Umschriebenen Entwicklungsstörungen. Gibt es Unterschiede zwischen Lese-Rechtschreib- und Rechenstörungen? Lernen und Lernstörungen 2013; 2: 7–20.

⁶⁸ Lambert K., Spinath B.: Veränderungen psychischer Belastung durch die Förderung von rechenschwachen Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2013; 41: 23–34.

6.3 AUFMERKSAMKEITS- UND HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNGEN (ADHS)

Das Wichtigste in Kürze

- ▶ Etwa 4 bis 5 % aller Kinder und Jugendlichen erhalten die Diagnose ADHS. In Bayern sind es mehr als 80.000 Heranwachsende.
- ▶ Jungen sind dreimal so häufig betroffen wie Mädchen.
- ▶ Mit der Erkrankung gehen erhebliche Beeinträchtigungen in allen Lebensbereichen sowie das Risiko für weitere psychische Störungen einher.
- ▶ Die Therapie sollte multimodal und wohnortnah erfolgen. Eine Verordnung von Stimulanzien ist erst angezeigt, wenn psychoedukative Maßnahmen und Verhaltenstherapie keine Wirkung zeigen.
- ▶ Etwa die Hälfte der Heranwachsenden mit ADHS-Diagnose erhält Stimulanzien (Methylphenidat); die Verordnungen liegen in Bayern etwa 25 % höher als im Bundesgebiet. Die Verordnungsmengen sind leicht rückläufig.
- ▶ Im regionalen Vergleich fällt eine Häufung von Diagnosen und Verordnungen in Würzburg auf.

Hintergrund

Kaum ein anderes Gesundheitsproblem im Kindes- und Jugendalter wird seit langem so intensiv diskutiert wie die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), in den Medien auch „Zappelphilipp-Syndrom“ genannt. Dabei spielt auch eine Rolle, dass sowohl die Diagnosen als auch die Verordnungen des Wirkstoffs Methylphenidat stark angestiegen sind und mit dem Störungsbild die Frage verbunden ist, ob hier möglicherweise in manchen Fällen nur „normales“ Verhalten pathologisiert wird (siehe auch Kapitel 2). Ab dem 7. Lebensjahr sind hyperkinetische Störungen – vor allem bei Jungen – die wichtigste Diagnose aus dem Bereich der psychischen Störungen und in der kinderärztlichen Praxis sind sie nach Sprachentwicklungsstörungen die am zweithäufigsten festgestellte psychische Störung.⁶⁹ Das Störungsbild wird in der ICD unter der Ziffer F90 codiert. Eine vor allem bei Mädchen vorkommende Variante, bei der mehr die Aufmerksamkeitsstörung im Vordergrund steht (ADS), wird zusammen mit anderen

Störungen unter F98.8 codiert. Spezifische Daten dazu liegen für Bayern nicht vor. Im Folgenden geht es primär um die Hyperaktivitätsstörungen (F90).

ADHS steht für eine verminderte Fähigkeit zur Selbststeuerung bei Kindern und Jugendlichen, die sich in den drei Hauptsymptomen Aufmerksamkeitsstörung, körperliche Unruhe/Hyperaktivität und Impulsivität niederschlägt.⁷⁰ Gemäß der Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V.⁷¹ liegt ADHS vor, wenn unaufmerksames und impulsives Verhalten mit oder ohne deutliche Hyperaktivität stark ausgeprägt ist, nicht dem Alter und Entwicklungsstand entspricht und zu deutlicher Beeinträchtigung in verschiedenen sozialen Bezugssystemen und in der schulischen oder beruflichen Leistung führt.

Die Diagnose sollte nur dann vergeben werden, wenn die Probleme über ein halbes Jahr lang bestehen, bereits vor dem Schulalter aufgetreten sind und in mehreren verschiedenen Lebensbereichen, also situationsübergreifend auftreten (z. B. Kindergarten/Schule, Familie, Klinik). Außerdem müssen die Beeinträchtigungen deutlich ausgeprägt und damit klinisch bedeutsam sein.

Die Betroffenen leiden häufig unter erheblichen familiären, schulischen und später auch beruflichen Problemen. In einer Vielzahl von Fällen treten weitere psychische Probleme gemeinsam mit ADHS auf (sogenannte „komorbide Störungen“). Besonders häufig sind dabei eine hohe Aggressivität, affektive, meist depressive Störungen, Angststörungen, motorische Defizite, Sprach- und Sprechstörungen, dissoziales Verhalten, Lernprobleme wie Lese-Rechtschreib- oder Rechenschwäche sowie ab dem Jugendalter Drogen- und Alkoholmissbrauch.⁷²

Bei zahlreichen Betroffenen ergeben sich aufgrund der verringerten Aufmerksamkeit und Impulsivität zum einen Schulleistungsprobleme, zum anderen Konflikte mit Lehrern und Mitschülern. In der Folge weisen Jugendliche mit einer ADHS ein erhöhtes Risiko auf, schlechtere Bildungsabschlüsse zu erlangen als es ihrem Intelligenzniveau entspricht.⁷³

⁶⁹ Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland: Die 50 häufigsten ICD-10-Schlüsselnummern nach Fachgruppen aus dem ADT-Panel des Zentralinstituts. Jahr 2014. Berlin 2015.

⁷⁰ Wenn die Hyperaktivität nicht oder nur gering ausgeprägt ist, spricht man auch von „ADS“. Dabei ist bei Jungen die Hyperaktivität häufig stärker ausgeprägt als bei Mädchen, die eher zu einem „tagträumerischen“ Verhalten neigen. Dies kann ein Grund sein, warum ADHS bei Jungen deutlich häufiger diagnostiziert wird. Im Folgenden wird der Oberbegriff ADHS gewählt, die Variante ohne ausgeprägte Hyperaktivitätssymptome ADS ist mitgemeint.

⁷¹ Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V. (2007/2014). Leitlinie ADHS bei Kindern und Jugendlichen (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung). www.ag-adhs.de/uploads/Leitlinie2014mr.pdf.

⁷² Döpfner M., Frölich J., Lehmkuhl G.: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Göttingen 2013.

⁷³ Schubert I., Buitkamp M., Lehmkuhl G.: Versorgung bei ADHS im Übergang zum Erwachsenenalter aus Sicht der Betroffenen. In: Böcken J., Braun B., Repschläger U. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2013. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Gütersloh 2013.

ADHS zählt weltweit zu den häufigsten chronisch verlaufenden psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Angaben zur Prävalenz schwanken in Abhängigkeit von der Datenbasis. Experten gehen von einer Prävalenz von etwa 4 bis 5 % aus. Während in den jüngeren Altersgruppen die Erkrankungsraten mittlerweile stabil sind, steigen die Erkrankungen bei den über 15-Jährigen an. Unklar ist, ob der auf der Basis von Krankenkassendaten zeitweise zu beobachtende Anstieg der Diagnosen (vor allem in älteren Altersgruppen) eine höhere Erkrankungshäufigkeit widerspiegelt oder durch andere Faktoren zu erklären ist (z. B. Abrechnungsmöglichkeiten der Beratung, schulische Förderung). Auffällig ist, dass Jungen deutlich häufiger eine ADHS-Diagnose bekommen als Mädchen und Kinder mit niedrigem Sozialstatus häufiger betroffen sind als Kinder mit hohem Sozialstatus.

Krankheitsursachen und Behandlung

Im Hinblick auf die Ursachen von ADHS ist von einer multifaktoriellen Genese auszugehen, die sowohl biologische Faktoren (genetische Prädisposition) als auch psychosoziale Faktoren (Einflüsse durch Familie, Schule etc.) als Ursachen umfasst. Entsprechend empfehlen die einschlägigen Leitlinien eine multimodale Therapie, die wohnortnah und unter Einbeziehung von Therapeuten aus dem medizinischen und psychotherapeutischen Bereich umgesetzt werden sollte. Die Leitlinien sehen vor, neben den betroffenen Kindern und Jugendlichen auch Eltern, Lehrkräfte und andere relevante Bezugspersonen in die Therapie einzubeziehen. Psychoedukative Maßnahmen, Verhaltenstherapien sowie die Einbindung in Selbsthilfegruppen sind Therapiemethoden erster Wahl und sollen nicht nur den Betroffenen selbst, sondern auch den Angehörigen und Bezugspersonen den Umgang mit der ADHS-Symptomatik erleichtern. Wenngleich eine medikamentöse Therapie der ADHS nachweislich einen großen positiven Effekt auf die Verminderung der Kernsymptome hat, sollen Medikamente (vornehmlich Psychostimulanzien mit dem Wirkstoff Methylphenidat) wegen der Nebenwirkungen nur dann verordnet werden, wenn die zuvor genannten Therapiemethoden keine ausreichende Wirkung erzielen und die weitere Entwicklung sowie das Wohl des Kindes gefährdet sind.

Inwieweit die Diagnostik immer adäquat erfolgt, ist unklar, so dass Fehldiagnosen nicht ausgeschlossen werden können.⁷⁴ Optimierungsbedarf besteht bei der Therapie. Eine multimodale Behandlung wird noch nicht ausreichend umgesetzt. Hinweise hierauf geben die KiGGS-Daten: 62 % der Kinder und Jugendlichen (im Alter von 3 bis unter 18 Jahren) mit ADHS-Diagnose wurden im Verlauf ihres Lebens bereits medikamentös behandelt, nur 45,2 % erhielten dagegen schon einmal eine psychotherapeutische Behandlung.⁷⁵ Auch die Auswertung der Abrechnungsdaten zweier großer Krankenkassen zeigt, dass bei der erstmaligen Diagnose nur knapp 60 % der Betroffenen eine psychotherapeutische Leistung verordnet erhielten – vor dem Hintergrund der Leitlinienempfehlungen besteht hier noch Handlungsbedarf.⁷⁶ Die großen regionalen Unterschiede in Diagnostik und Verordnung (siehe dazu unten) deuten ebenfalls an, dass die Behandlung nicht durchgehend nach einem einheitlichen Standard erfolgt.

Häufigkeit von Diagnosen und Verordnungen in Bayern

Ambulante Behandlungen

Nach Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hatten im Jahr 2014 insgesamt 82.769 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren die Diagnose ADHS, Jungen knapp dreimal so häufig wie Mädchen. Die Daten zeigen einen Erkrankungsgipfel zwischen dem 7. und 15. Lebensjahr und verweisen darauf, dass die Schule eine wichtige Kontextvariable ist, die den Druck auf die Eltern, eine Diagnose stellen zu lassen und Behandlungsoptionen in Anspruch zu nehmen, erhöht.

⁷⁴ Gebhardt B. et al.: ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Befragungsergebnisse und Auswertungen von Daten der Gmünder ErsatzKasse GEK. GEK-Edition, Bd. 65. Sankt Augustin 2008; Bruchmüller K., Margraf J., Schneider S.: Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1) 2012: 128–138.

⁷⁵ Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 1). Public Use File, erste Version. 2012. Berechnungen Universität Bielefeld.

⁷⁶ Abbas S. et al.: Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen: Zeitliche Trends, Langzeitverläufe und Einflussfaktoren für eine Verordnung auf der Basis von Daten deutschlandweit tätiger Krankenkassen – PsychoMedChild-Studie. Abschlussbericht 2015 (Förderkennzeichen BMBF: 01GY1130).

Kinder und Jugendliche mit der Diagnose „Hyperkinetische Störungen“ (F90), Bayern, 2014

	0 bis unter 7 Jahre		7 bis unter 15 Jahre		15 bis unter 18 Jahre	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
Fälle	5.135	1.796	42.077	14.946	14.134	4.681
Darunter: Fälle mit mind. 2 Quartalen mit der gleichen Diagnose	3.834	1.239	39.918	13.843	13.873	4.538

Datenquelle: KVB, Sonderauswertung

Daten der Barmer GEK zeigen, dass bei knapp 40 % aller Patienten mit einer gesicherten ADHS-Diagnose diese Diagnose (auch) von einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gestellt wurde, bei knapp 60 % wurde die Diagnose vom Kinderarzt und bei knapp 40 % vom Hausarzt dokumentiert.⁷⁷

Die Behandlung der Kinder erfolgt dann – neben den genannten Arztgruppen – vor allem auch durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, wobei regional sehr unterschiedliche Wartezeiten auf einen Therapieplatz bestehen. Des Weiteren können Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen eine wichtige unterstützende Rolle in der Begleitung von Therapien spielen.

ADHS-NETZ

Das zentrale adhs-netz ist ein Netzwerk zur Verbesserung der Versorgung von Heranwachsenden und Erwachsenen mit ADHS. Auf dem Infoportal www.adhs.info stehen Informationen für Betroffene, Eltern und Lehrer sowie die Kontaktdaten zu den regionalen Netzwerken bereit. In Bayern gibt es neun regionale Netze.

Methylphenidat-Verordnungen

Daten der Barmer GEK zufolge erhielten 2,3 % der Unter-20-Jährigen in Bayern 2014 eine Methylphenidatverordnung (bei insgesamt ca. 5 % Kindern und Jugendlichen mit einer gesicherten ADHS-Diagnose).

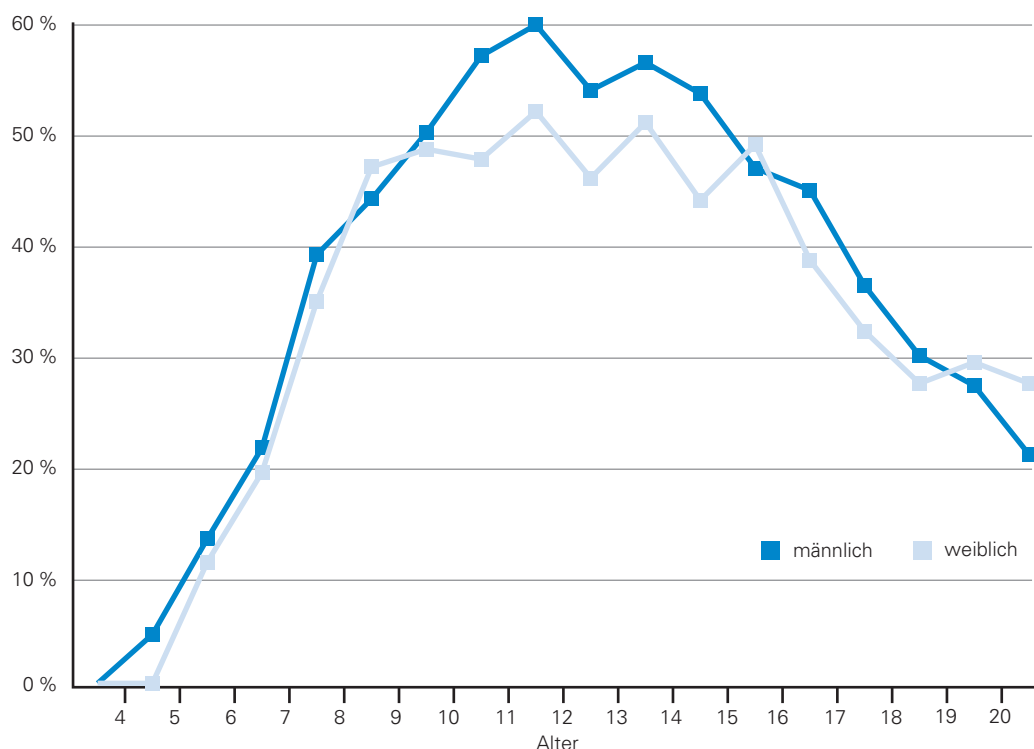
Das ist etwas mehr als in Deutschland insgesamt (1,8 % Verordnungen, 4,3 % gesicherte Diagnosen).⁷⁸ Abrechnungsdaten anderer Krankenkassen zeigen ganz ähnliche Befunde.⁷⁹

⁷⁷ Einige Patienten erhalten die Diagnose von mehreren Ärzten.

⁷⁸ Grobe T. et al.: Barmer GEK Arztreport 2016. Siegburg 2016.

⁷⁹ Abbas S. et al.: Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen: Zeitliche Trends, Langzeitverläufe und Einflussfaktoren für eine Verordnung auf der Basis von Daten deutschlandweit tätiger Krankenkassen – PsychoMedChild-Studie. Abschlussbericht 2015 (Förderkennzeichen BMBF: 01GY1130).

Anteil der Kinder und Jugendlichen mit ADHS mit mindestens einer Methylphenidat-Verordnung im laufenden Jahr, Bayern, 2014



Datenquelle: Barmer GEK, Sonderauswertung zum Arztreport 2016; Basis: Daten 2014, gesicherte Diagnosen

Der Anteil der medikamentös behandelten Fälle steigt mit Erreichen des Schulalters stark an und erreicht seinen Höhepunkt etwa zwischen 9 und 16 Jahren. Es zeigt sich, dass Jungen mit ADHS zwar häufiger medikamentös behandelt werden als Mädchen, ausgeprägter ist dieser Unterschied jedoch nur im Altersbereich von 11 bis 15 Jahren. Hier steigt der Anteil behandelter Fälle bei den Jungen auf knapp 60 % der diagnostizierten ADHS-Fälle an, während er bei Mädchen knapp unter 50 % bleibt.

Legt man die zu Lasten der GKV verordneten Stimulanzien zugrunde, zeigt sich nach Jahren des weitgehend kontinuierlichen Anstiegs seit 2012 ein leichter Rückgang der Verordnungsmengen,⁸⁰ der in den Analysen

einzelner Krankenkassen ebenso bestätigt wurde (siehe unten) wie in den Angaben der Bundesopiumstelle.

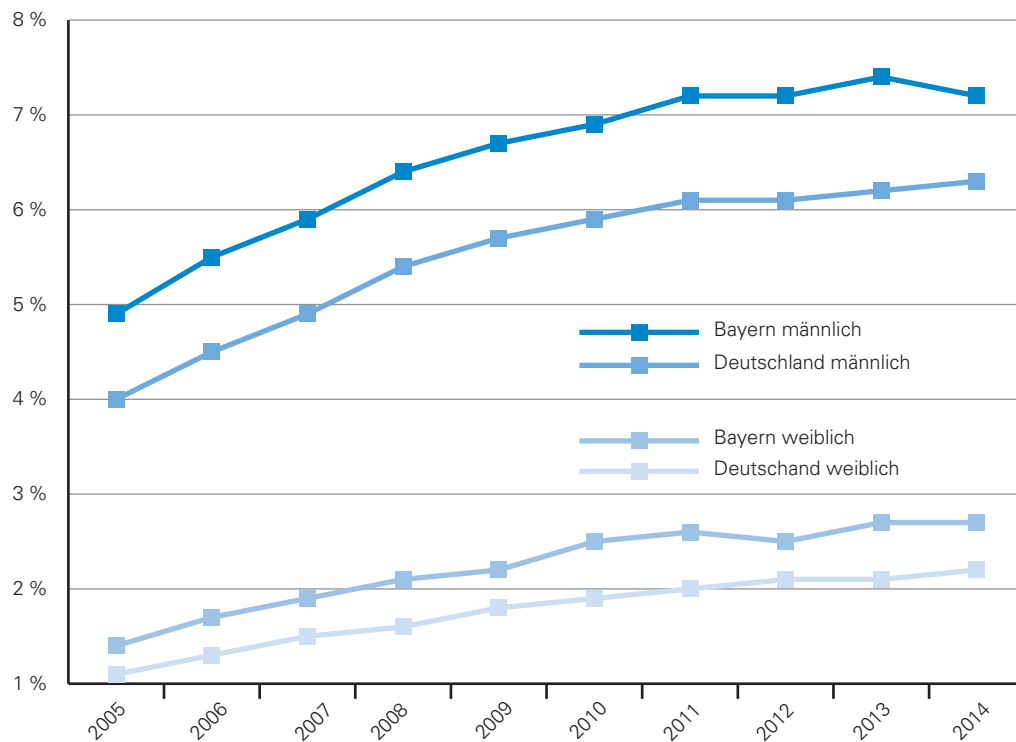
Für die stationären Behandlungen spielt ADHS kaum eine Rolle. Im Jahr 2014 gab es in Bayern 789 stationäre Behandlungsfälle bei Kindern und Jugendlichen unter 20 Jahren.

Zeitliche Trends

Über die letzten 10 Jahre hinweg zeigen die Daten der Barmer GEK einen Anstieg der ADHS-Diagnosen bei den Unter-20-Jährigen, mit einer Stabilisierung ab 2011. Die Diagnosehäufigkeit liegt in Bayern ca. 15 % über dem Bundesdurchschnitt.

⁸⁰ Schwabe U., Paffrath D. (Hrsg.): Arzneiverordnungsreport 2015. Berlin 2015.

Anteil der Kinder und Jugendlichen unter 20 Jahren mit ADHS

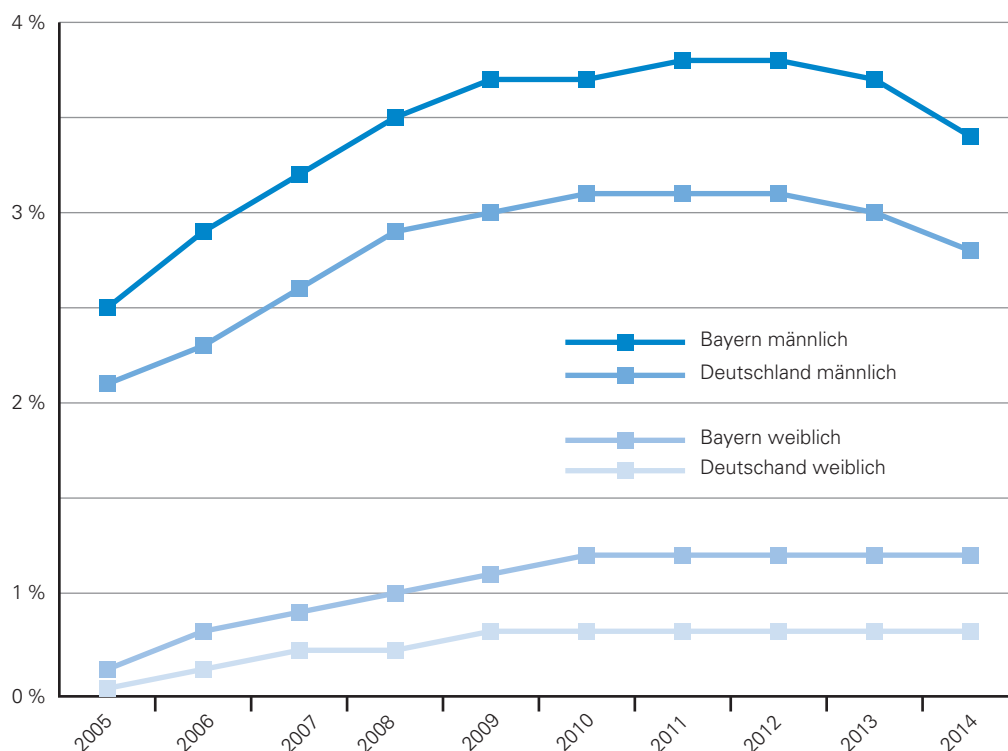


Datenquelle: Barmer GEK, Sonderauswertung zum Arztreport 2016; Basis: gesicherte ambulante Diagnosen, altersstandardisiert

Wie bereits eingangs erwähnt, liegt auch der Anteil der Methylphenidat-Verordnungen in Bayern etwas über dem Bundesdurchschnitt. Beim Anteil der Kinder und Jugendlichen, die mindestens eine Verordnung eines Methylphenidat-Präparates im Jahr erhalten haben, zeigt sich bei den Jungen seit kurzem in Deutschland wie in Bayern ein leicht rückläufiger Trend, bei den Mädchen eine Stagnation. Zu dieser

Entwicklung hat wahrscheinlich die Einschränkung der Verordnungsfähigkeit ADHS-spezifischer Medikamente durch den Gemeinsamen Bundesausschuss Ende 2010 beigetragen. Zwar kam es zeitgleich zur Einführung neuer ADHS-Medikamente, die andere Wirkstoffe enthalten und daher in der Grafik nicht mit erfasst sind, aber auch unter Berücksichtigung aller ADHS-Medikamente bleibt der Rückgang erkennbar.⁸¹

⁸¹ Grobe T. et al.: Barmer GEK Arztreport 2016. Siegburg 2016.

Anteil der Kinder und Jugendlichen unter 20 Jahren mit Methylphenidat-Verordnung

Datenquelle: Barmer GEK, Sonderauswertung zum Arztreport 2016; Daten altersstandardisiert

Regionale Unterschiede

Daten der Barmer GEK lassen seit mehreren Jahren eine auffällige Häufung von ADHS-Diagnosen und Medikamentenverordnungen in Würzburg erkennen. Die Diagnoseraten liegen hier etwa 2,5-mal höher als im Bundesdurchschnitt. Andere Studien bestätigen diesen Befund.⁸² In den Abrechnungsdaten der Kassennärztlichen Vereinigung Bayerns fallen die drei frän-

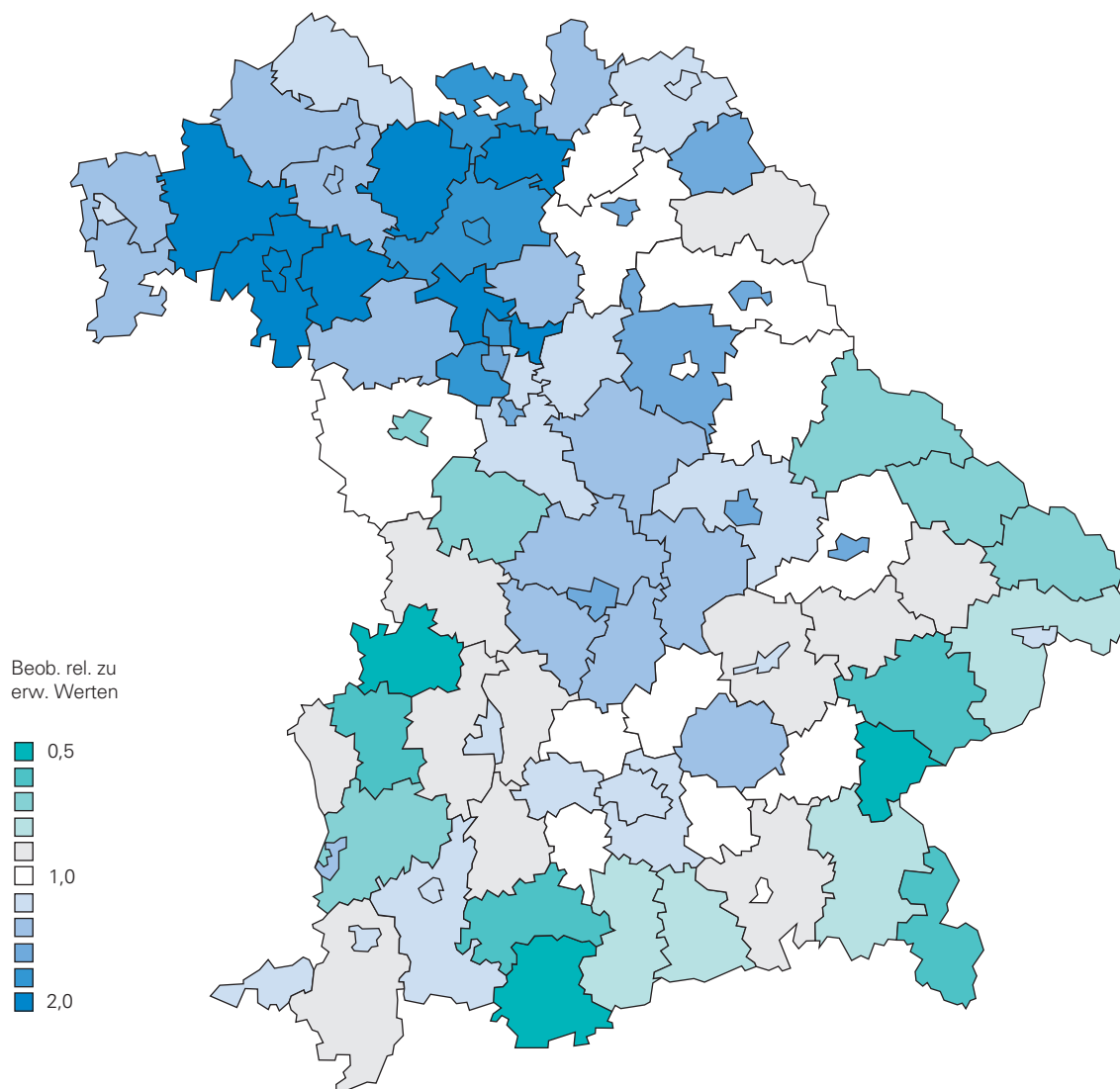
kischen Regierungsbezirke und hier insbesondere Unterfranken ebenfalls durch überdurchschnittliche Diagnosehäufigkeiten bei ADHS auf. Wie im Kapitel zur Versorgungsstruktur (Kapitel 5) erwähnt, ist Würzburg auch die Region mit einer deutlich überdurchschnittlichen Versorgung mit Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

⁸² Hering R. et al.: Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung in Deutschland. Teil 1 – Entwicklung der Diagnose- und Medikationsprävalenzen von ADHS zwischen 2008 und 2011 im regionalen Vergleich. Köln 2014.

REGIONALE UNTERSCHIEDE – WAS BEDEUTEN SIE?

Hinsichtlich der Ursachen für die regionalen Unterschiede bei ADHS besteht noch Forschungsbedarf. In Unterfranken erhielten im Vergleich zum Bundesdurchschnitt deutlich mehr Kinder und Jugendliche die Diagnose „Hyperkinetische Störung“ von Hausärzten, aber auch von niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern.⁸³ Dies kann einerseits bedeuten, dass ein bestehender Versorgungsbedarf besser erfüllt wird als in anderen Regionen, kann jedoch auch andererseits ein Hinweis darauf sein, dass das Vorliegen einer Störung und deren Behandlung in dieser Region ärztlich anders beurteilt werden bzw. mit der Versorgungsdichte zusammenhängt. Auch könnte es sein, dass Eltern, Selbsthilfeverbände oder Lehrer regional unterschiedlich auf eine Diagnose drängen, wenn dadurch ein schulischer Förderbedarf gerechtfertigt werden kann.

Regionale Unterschiede der Häufigkeit von ADHS-Diagnosen bei Unter-20-Jährigen, Bayern, 2014



Datenquelle: Barmer GEK Arztreport 2016; Basis: Daten 2014;

blau: Abweichung vom Erwartungswert (Bundesdurchschnitt) nach oben, grün: Abweichung vom Erwartungswert nach unten

⁸³ Grobe T et al. Barmer GEK Arztreport 2013. Siegburg, 2013.

6.4 DEPRESSIONEN IM KINDES- UND JUGENDALTER

Das Wichtigste in Kürze

- ▶ Der KiGGS-Studie zufolge leiden in Deutschland etwa 7 % aller Jugendlichen an einer Depression. Mädchen sind häufiger betroffen als Jungen.
- ▶ In Bayern hatten gut 14.000 Heranwachsende unter 18 Jahren diese Diagnose, in der Hälfte der Fälle vom Kinderarzt oder Hausarzt gestellt.
- ▶ Im Jahr 2014 mussten gut 3.000 Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren infolge einer Depression stationär behandelt werden. Die stationären Behandlungen sind in den vergangenen 15 Jahren angestiegen, sie liegen in Bayern jedoch unter dem Bundesdurchschnitt.
- ▶ Im Jahr 2014 nahmen sich 48 Heranwachsende unter 20 Jahren in Bayern das Leben, Jungen häufiger als Mädchen. In der Tendenz nehmen die Suizidraten ab, sie liegen aber in Bayern auch bei den Heranwachsenden (vor allem bei den Jungen) über dem Bundesdurchschnitt.

Hintergrund

Affektive Störungen, zu denen u. a. Depressionen zählen, gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Jugendalter. In der Altersgruppe 15 bis unter 20 Jahre sind sie nach Störungen durch Substanzkonsum der zweithäufigste Anlass für eine stationäre

Behandlung innerhalb der Gruppe der Psychischen und Verhaltensstörungen. Fachleute schätzen die Prävalenz bei Kindern auf etwa 3 %, für Jugendliche zwischen 14 und unter 18 Jahren auf etwa 7 %.⁸⁴ Während sich in der Kindheit keine Geschlechterunterschiede aufzeigen lassen, sind im Jugendalter Mädchen deutlich häufiger betroffen als Jungen.⁸⁵

Kinder und Jugendliche mit einer depressiven Erkrankung haben ein erhöhtes Risiko, auch als Erwachsene an einer Depression zu leiden.⁸⁶ Auch aus diesem Grund ist eine frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Bedeutung.

Die Abgrenzung einer klinisch relevanten Depression von normalen Entwicklungsphasen im Kindes- und Jugendalter ist nicht immer einfach. Grundsätzlich werden bei Jugendlichen dieselben diagnostischen Kriterien angelegt, die auch im Erwachsenenalter gelten, wonach mindestens fünf spezifische Symptome (siehe Textkasten auf Seite 63) über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen bestehen und eine Änderung gegenüber der vorherigen Leistungsfähigkeit darstellen müssen (DSM IV). Die Diagnostik ist aber erschwert, weil depressive Symptome von Aggression, Hyperaktivität und Lerndefiziten überlagert werden können.⁸⁷ Die S3-Leitlinie „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen“⁸⁸ betont, dass die Diagnose nur durch ausgebildetes Fachpersonal erfolgen sollte.

⁸⁴ Ravens-Sieberer U. et al.: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007; 50: 871–878.

⁸⁵ Preiß M., Remschmidt H.: Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter – Eine Übersicht. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2007; 35: 385–397.

⁸⁶ Maughan B. et al.: Depression in childhood and adolescence. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2013; 22.

⁸⁷ Seiffge-Krenke I.: Depression bei Kindern und Jugendlichen: Prävalenz, Diagnostik, ätiologische Faktoren, Geschlechtsunterschiede, therapeutische Ansätze. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 2007; 56: 185–205.

⁸⁸ Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP): Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen. S3-Leitlinie. AWMF 2013.

KRITERIEN EINER DEPRESSIVEN EPISODE (DSM IV)

- ▶ Depressive Verstimmung an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages
- ▶ Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an (fast) allen Aktivitäten
- ▶ Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme oder verminderter/gesteigerter Appetit
- ▶ Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen
- ▶ Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung an fast allen Tagen
- ▶ Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle an fast allen Tagen
- ▶ Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit an fast allen Tagen
- ▶ Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder Suizidvorstellungen

Depressionen haben multifaktorielle Ursachen: Sowohl psychosoziale Aspekte (z. B. kritische Lebensereignisse, akute psychosoziale Belastungen) als auch neurobiologische Faktoren (z. B. genetische Faktoren, Überaktivität der Stresshormonachse) können zur Entstehung von Depressionen beitragen. Auch familiäre Faktoren spielen eine Rolle, z. B. wenn bereits ein Elternteil depressiv erkrankt ist.⁸⁹

Während im Kindesalter Depressionen noch selten sind, nimmt die Prävalenz der Erkrankung ab der Pubertät deutlich zu. Zwischen dem 15. und dem 30. Lebensjahr treten erstmalige Depressionen am häufigsten auf.⁹⁰

Die Behandlung unterscheidet sich je nach Schweregrad. Laut S3-Leitlinie können depressive Störungen von Kindern und Jugendlichen in der Regel ambulant behandelt werden, während die stationäre Behandlung schwereren Formen (u. a. bei Suizidalität) vorbehalten ist. Als Therapien der Wahl gelten ab dem achten Lebensjahr eine kognitiv-verhaltenstherapeutische oder eine interpersonelle Psychotherapie (IPT), wobei letztere nicht von den Krankenkassen bezahlt wird. Den genannten psychotherapeutischen Verfahren wird gegenüber einer medikamentösen Therapie mit Fluoxetin der Vorrang gegeben.



⁸⁹ Matthejat F., Remschmidt H.: Kinder psychisch kranker Eltern. Deutsches Ärzteblatt 2008; 105: 413–418.

⁹⁰ Groen G., Petermann F.: Depressive Kinder und Jugendliche. Göttingen 2002.

Häufigkeit von Diagnosen und Verordnungen in Bayern

Ambulante Behandlungen

Nach Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern hatten im Jahr 2014 gut 14.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren die Diagnose Depression. Die Diagnosen steigen mit dem Alter an. In der Altersgruppe 15 bis unter 18 Jahre gibt es mehr als doppelt so viele Diagnosen bei Mädchen im Vergleich zu Jungen. Im Zusammenhang mit den Depressionen ist ein zweites

Störungsbild relevant: die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43). Diese Diagnose lag im Jahr 2014 bei knapp 55.000 Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren vor, im Kindesalter gibt es mehr Diagnosen bei den Jungen, in der Altersgruppe 15 bis unter 18 Jahren bei den Mädchen.

Beide Störungsbilder unterscheiden sich in der Häufigkeit regional nach Regierungsbezirken nicht ausgeprägt und die – vergleichsweise geringen – regionalen Unterschiede zeigen auch kein interpretierbares Muster.

Kinder und Jugendliche mit den Diagnosen „Depression“ (F32 und F33) und „Belastungsreaktionen/Anpassungsstörungen“ (F43), Bayern, 2014						
	0 bis unter 7 Jahre		7 bis unter 15 Jahre		15 bis unter 18 Jahre	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
Depression						
Anzahl Patienten mit der Diagnose	231	153	2.473	2.538	2.802	6.283
darunter mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	79	46	1.598	1.643	2.102	4.686
Reaktion auf schwere Belastungen						
Anzahl Patienten mit der Diagnose	7.308	6.167	15.199	12.030	5.192	8.493
darunter mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	3.747	3.021	12.007	8.945	3.788	5.775

Datenquelle: KVB, Sonderauswertung

Verordnungen

Krankassendaten auf der Basis von Versicherten der TK und der AOK zufolge haben 0,26 % der Heranwachsenden in Bayern im Jahr 2014 eine Verordnung für ein Antidepressivum erhalten. Bayern liegt damit etwas über dem Bundesdurchschnitt mit 0,22 %.⁹¹

⁹¹ Abbas S. et al.: Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen: Zeitliche Trends, Langzeitverläufe und Einflussfaktoren für eine Verordnung auf der Basis von Daten deutschlandweit tätiger Krankenkassen – PsychoMedChild-Studie. Abschlussbericht 2015 (Förderkennzeichen BMBF: 01GY1130).

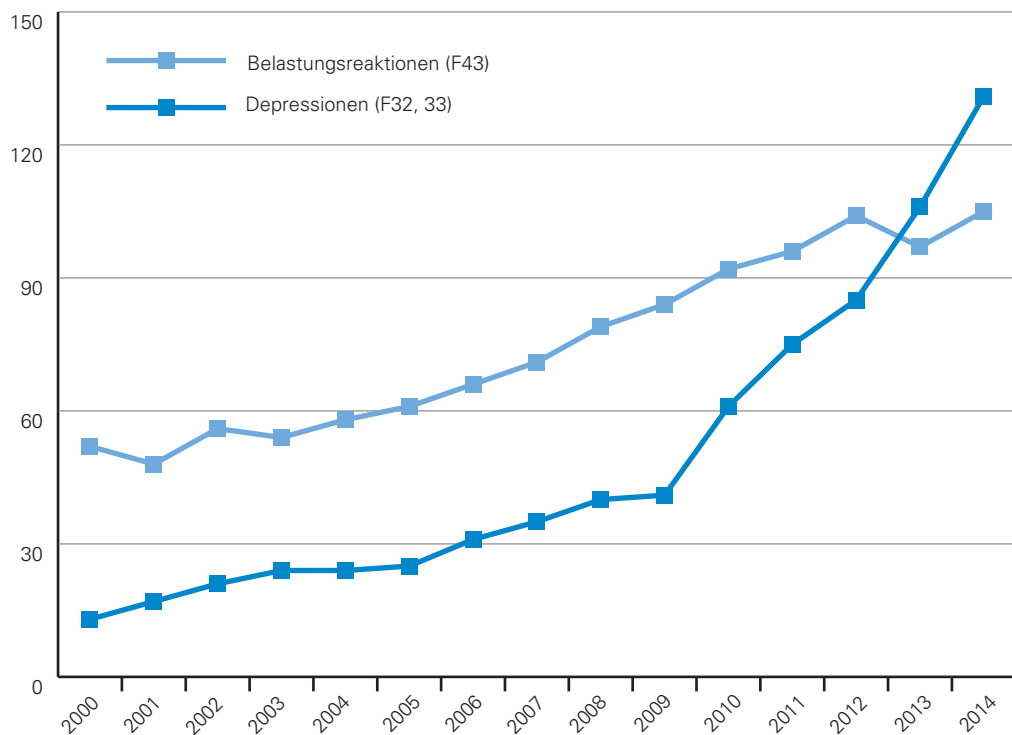
Stationäre Behandlungen

Im Krankenhaus werden überwiegend mittelschwere und schwere Depressionen versorgt. In Bayern waren das 2014 gut 3.000 Fälle (F32, F33), darunter nahezu 60 % mittelgradige und fast 40 % schwere Depressionen. Bei den Unter-15-Jährigen gab es 695 stationäre Fälle, in der Altersgruppe 15 bis unter 20 Jahre 2.386 Fälle. Dabei sind Mädchen bzw. junge Frauen deutlich häufiger betroffen als Jungen bzw. junge Männer. Bei den Belastungsreaktionen/Anpassungs-

störungen gab es 810 stationäre Fälle unter 15 Jahren und 1.676 Fälle in der Altersgruppe 15 bis unter 20 Jahre, auch hier ist das weibliche Geschlecht häufiger betroffen.

Die stationären Fälle haben dabei sowohl bei den Depressionen als auch bei den Belastungsreaktionen/Anpassungsstörungen in den letzten Jahren stetig zugenommen – dies gilt für Bayern wie für Deutschland gleichermaßen.

Krankenhausfälle infolge von Belastungsreaktionen/Anpassungsstörungen sowie Depressionen bei Unter-20-Jährigen, je 100.000 der Altersgruppe, Bayern



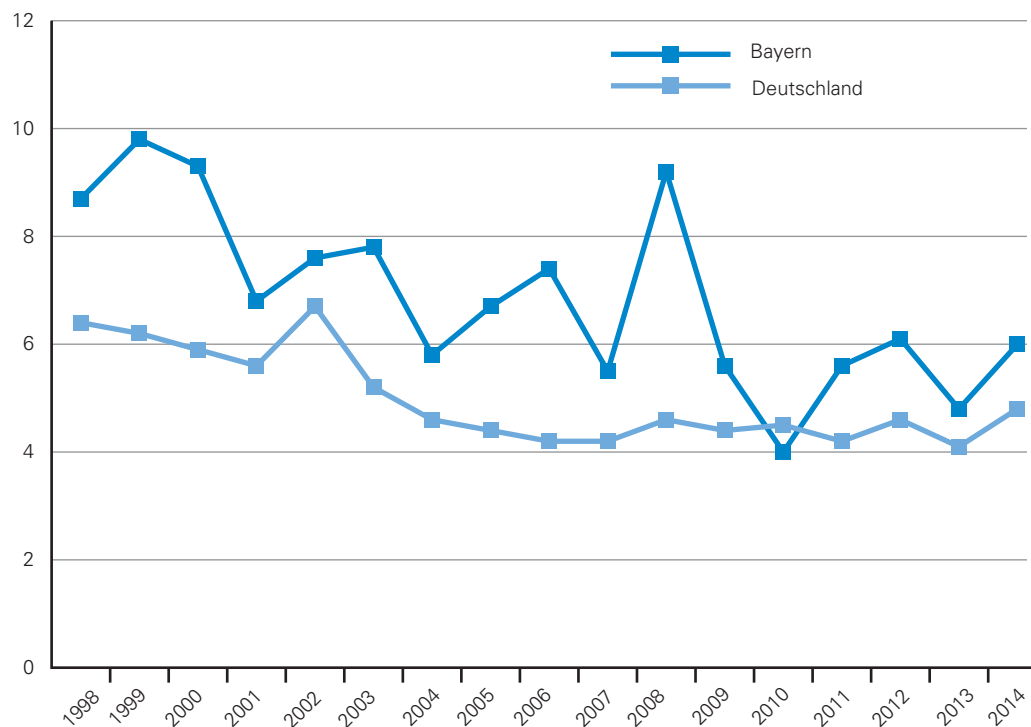
Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Berechnungen LGL

Suizid

Depressive Erkrankungen sind ein Risikofaktor für Suizid und Suizidalität. Im Jahr 2014 nahmen sich 48 Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren in Bayern das Leben. In der Altersgruppe 15 bis unter 20 Jahren sind Suizide nach Unfällen die zweithäufigste Todesursache, sie hatten 2014 einen Anteil von 23 % an allen Todesursachen in der Altersgruppe. Die Suizidraten sind bei

Jungen in der Altersgruppe 15 bis unter 20 Jahren mit 8,4 je 100.000 mehr als doppelt so hoch wie bei den Mädchen der gleichen Altersgruppe (3,4 je 100.000). Die Suizidraten in Bayern liegen auch bei den Heranwachsenden etwas über dem Bundesdurchschnitt. Aufgrund der kleinen absoluten Fallzahlen schwanken sie zufallsbedingt relativ stark, im langfristigen Trend sind sie rückläufig.

Suizidsterbefälle in der Altersgruppe 15 bis unter 20 Jahre, je 100.000 der Altersgruppe



Datenquelle: Statistisches Bundesamt

6.5 ESSSTÖRUNGEN

Das Wichtigste in Kürze

- ▶ Im Jahr 2014 wurden in Bayern 10.500 Kinder und Jugendliche ambulant wegen einer Essstörung behandelt. Unter den 10- bis Unter-20-Jährigen waren etwas mehr als 1.000 zur Behandlung in einer Klinik (vor allem wegen Magersucht).
- ▶ Die stationären Behandlungsfälle sind – nach einem Rückgang in 2005 – bei den Mädchen angestiegen, bei den Jungen sind sie – auf insgesamt niedrigerem Niveau – konstant.
- ▶ Von Essstörungen sind vor allem Mädchen betroffen: Zwischen 0,3 und 1 % aller jugendlichen Mädchen leiden an einer Magersucht (Anorexia nervosa), etwa 1 % leidet an einer Ess-Brechsucht (Bulimie).
- ▶ Essstörungen sind meist mit weiteren psychischen Problemen verbunden, z. B. Depression und Abhängigkeitserkrankungen. Anorexie ist eine der am häufigsten tödlich endenden psychischen Erkrankungen (aufgrund von körperlichen Spätschäden, aber auch von Suizid).
- ▶ Die Ursachen sind vielfältig. Ein wichtiger Risikofaktor ist die Unzufriedenheit mit dem Gewicht. Etwa ein Viertel der 15-jährigen Mädchen und jeder zehnte gleichaltrige Junge machen aktuell eine Diät zur Gewichtsreduktion.

Hintergrund

Unter dem Begriff Essstörungen werden verschiedene Störungsbilder zusammengefasst, die sich in ihrem Erscheinungsbild deutlich unterscheiden, jedoch häufig ineinander übergehen können. Im Kindes- und Jugendalter gehören Essstörungen zu den häufigsten chronischen Erkrankungen. Eine Schwierigkeit bei der Abschätzung der Häufigkeit dieser Störungen ist allerdings, dass Betroffene ihre Erkrankung oft verbergen und keine professionelle Hilfe suchen. Daher wird die Häufigkeit über Behandlungsstatistiken vermutlich stark unterschätzt. Essstörungen beginnen vorwiegend im Jugendalter, es sind deutlich mehr Mädchen betroffen als Jungen.

Hauptdiagnosen sind die Magersucht (Anorexie), Bulimie (Ess-Brech-Sucht) und die sogenannte Binge-Eating-Störung (Essanfälle ohne kompensierende Maßnahmen). Hinzu kommt eine recht große Gruppe Betroffener, die verschiedene Symptome gestörten Essverhaltens aufweist, ohne die Kriterien einer dieser recht klar umrissenen Diagnosen zu erfüllen.

Gemeinsam ist den verschiedenen Essstörungen, dass das Essverhalten keinen normalen Hunger- und Sättigungssignalen folgt, die oft nicht mehr wahrgenommen werden. Gewichtskontrolle und Essen werden zu einem das Leben beherrschenden Thema und sind meist mit negativen Gefühlen wie Schuld, Angst, Ekel oder Scham verbunden.

Die **Magersucht** ist gekennzeichnet durch einen selbst herbeigeführten Gewichtsverlust, der zu extremem Untergewicht führen kann. Häufig empfinden sich die Betroffenen dennoch als zu dick oder haben Angst davor, dies zu werden. Symptome sind eine stark eingeschränkte Nahrungsaufnahme, übermäßige sportliche Aktivität und z. T. selbst herbeigeführtes Erbrechen oder Gebrauch von Abführ- und Entwässerungsmitteln. Die dauerhafte Unterernährung kann körperliche Funktionsstörungen und anhaltende Schäden hervorrufen. Mädchen sind besonders betroffen. Schätzungen gehen davon aus, dass die Prävalenz klinisch manifester Anorexie unter weiblichen Jugendlichen bei etwa 0,3 bis 1 % liegt, die meisten Neuerkrankungen betreffen Mädchen im Alter von 14–19 Jahren.⁹²

Bei der **Bulimie** kommt es wiederholt zu Essanfällen, in deren Folge die aufgenommene Nahrung wieder erbrochen wird oder Abführmittel eingenommen werden. Kompensatorisch eingesetzt werden aber auch extremer Sport und Fastenphasen. Die Betroffenen sind gedanklich ähnlich übermäßig mit der Gewichtskontrolle und ihrer Figur beschäftigt wie Magersüchtige, behalten jedoch häufig ein unauffälliges Gewicht. Durch wiederholtes Erbrechen kann es zu körperlichen Schäden kommen. Der Bulimie gehen oft Diätphasen oder eine Magersucht voraus. Für die Bulimie wird vermutet, dass derzeit etwa 1 % aller Mädchen und junger Frauen darunter leiden, über die Lebensspanne hinweg etwa 1,5 %.⁹³

⁹² Herpertz-Dahlmann B.: Anorexia nervosa im Kindes- und Jugendalter. In: Herpertz S. et al. (Hrsg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas. Mit 21 Tabellen. Heidelberg 2008: 19–23.

⁹³ Fichter M. M.: Prävalenz und Inzidenz anorektischer und bulimischer Essstörungen. In: Herpertz S. et al. (Hrsg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas. Mit 21 Tabellen. Heidelberg 2008: 38–43.

Auch bei der **Binge-Eating-Störung** kommt es zu Heißhungerattacken, in denen wesentlich größere Nahrungsmengen aufgenommen werden als der Körper benötigt. Die Nahrungsaufnahme wird häufig durch psychische Belastungssituationen ausgelöst und als Bewältigungsstrategie eingesetzt. Da keine Maßnahmen ergriffen werden, um die übermäßige Kalorienzufuhr zu kompensieren, ist diese Essstörung oft mit, manchmal extremem, Übergewicht als körperlicher Folge verbunden. In der ICD-10 wird diese Störungsform bisher unter den nicht näher bezeichneten Essstörungen diagnostiziert und stellt somit keine eigenständige Diagnose dar. Entsprechend liegen über die Verbreitung der Binge-Eating-Störung weniger Erkenntnisse vor. Schätzungen der Lebenszeitprävalenz liegen in internationalen Studien bei etwa 2 % der Allgemeinbevölkerung.⁹⁴ Auch wenn diese Störung ebenfalls beim männlichen Geschlecht deutlich seltener auftritt, ist sie im Vergleich zu den anderen Essstörungen hier häufiger.⁹⁵

Essstörungen gehen oft mit weiteren psychischen Problemen (Komorbiditäten) einher. Besonders häufig sind Depressionen. Aber auch Angststörungen, Zwangsstörungen oder Persönlichkeitsstörungen treten häufiger auf. Bei Bulimie und Binge-Eating besteht außerdem ein erhöhtes Risiko für weitere Abhängigkeitserkrankungen.⁹⁶ Neben körperlichen Schädigungen und anhaltenden psychischen Problemen führen Essstörungen, v. a. die Anorexie, nicht selten zum Tod, wobei die Schätzungen hier von 4 bis 20 % der Betroffenen deutlich variieren. Neben körperlichen Spätschäden ist der Suizid dabei eine häufige Todesursache.⁹⁷ Todesfälle in Folge von Bulimie sind seltener als bei der Anorexie; gleichwohl weisen Betroffene ein etwas erhöhtes Sterberisiko (1,6-fach) gegenüber Nichtbetroffenen auf.⁹⁸ Vergleichbare Schätzungen liegen für die Binge-Eating-Störung nicht vor.

Die Ursachen für Essstörungen sind vermutlich vielschichtig und beinhalten ein Zusammenwirken ver-

schiedener Faktoren, das nicht abschließend geklärt ist. Als Risikofaktoren angenommen werden u. a. eine genetische Veranlagung, Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, familiäre Konflikte, sexueller Missbrauch, Vernachlässigung, ein geringer Selbstwert, Schüchternheit, Adipositas in der Kindheit oder Jugend, vorangehende psychische Probleme wie Angst- oder Schlafstörungen, negative Emotionalität, Depressivität, zwanghafte Persönlichkeitszüge und bei Anorexie Perfektionismus und sportlicher Leistungsdruck. Dabei ist nicht immer geklärt, ob solche Faktoren ursächlich oder auslösend sind, gleichzeitig oder als Folge auftreten.⁹⁹

Als ein bedeutsamer Auslöser für Essstörungen wird das westliche gesellschaftliche Schlankheitsideal angesehen. Dieses wird, gerade im Jugendalter, häufig internalisiert und zum Maßstab der Bewertung eigener Körperformen. Studien zeigen, dass neben negativem Affekt vor allem Unzufriedenheit mit der eigenen Figur und Diäten zu den Risikofaktoren für Essstörungen gehören – und zwar recht unabhängig vom tatsächlichen Gewicht. Dabei werden ein negatives Körperbild und Diäten auch als erste Symptome (Prodromalsymptome) von Essstörungen diskutiert.¹⁰⁰

Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Gewicht nimmt im Jugendalter deutlich zu. Sie ist unter Jugendlichen stark verbreitet und tritt immer häufiger auch bei Jungen auf. Bei Jungen ist zudem auch ein ansteigender Trend über die Zeit zu beobachten.¹⁰¹

Auswertungen der aktuellen deutschlandweiten HBSC-Studie zeigen, dass der Anteil der Jugendlichen, die mit ihrem Gewicht unzufrieden ist, im Jugendalter vor allem bei den Mädchen deutlich zunimmt. Ab einem Alter von 13 Jahren findet sich fast die Hälfte der Mädchen etwas oder sogar viel zu dick. Bei den Jungen sind es deutlich weniger.¹⁰² Es ist davon auszugehen, dass die Situation in Bayern nicht grundlegend anders ist.

⁹⁴ Smink F. R. et al.: Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 2013; 26: 543–548.

⁹⁵ Fichter M. M.: Prävalenz und Inzidenz anorektischer und bulimischer Essstörungen. In: Herpertz S. et al. (Hrsg.): *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Mit 21 Tabellen. Heidelberg 2008: 38–43.

⁹⁶ Treasure J. et al.: Eating disorders. *The Lancet* 2010; 375: 583–593.

⁹⁷ Hoek H. W.: Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 2006; 19: 389–394.

⁹⁸ Nielsen S.: Standardized mortality ratio in bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry* 2003; 60: 851.

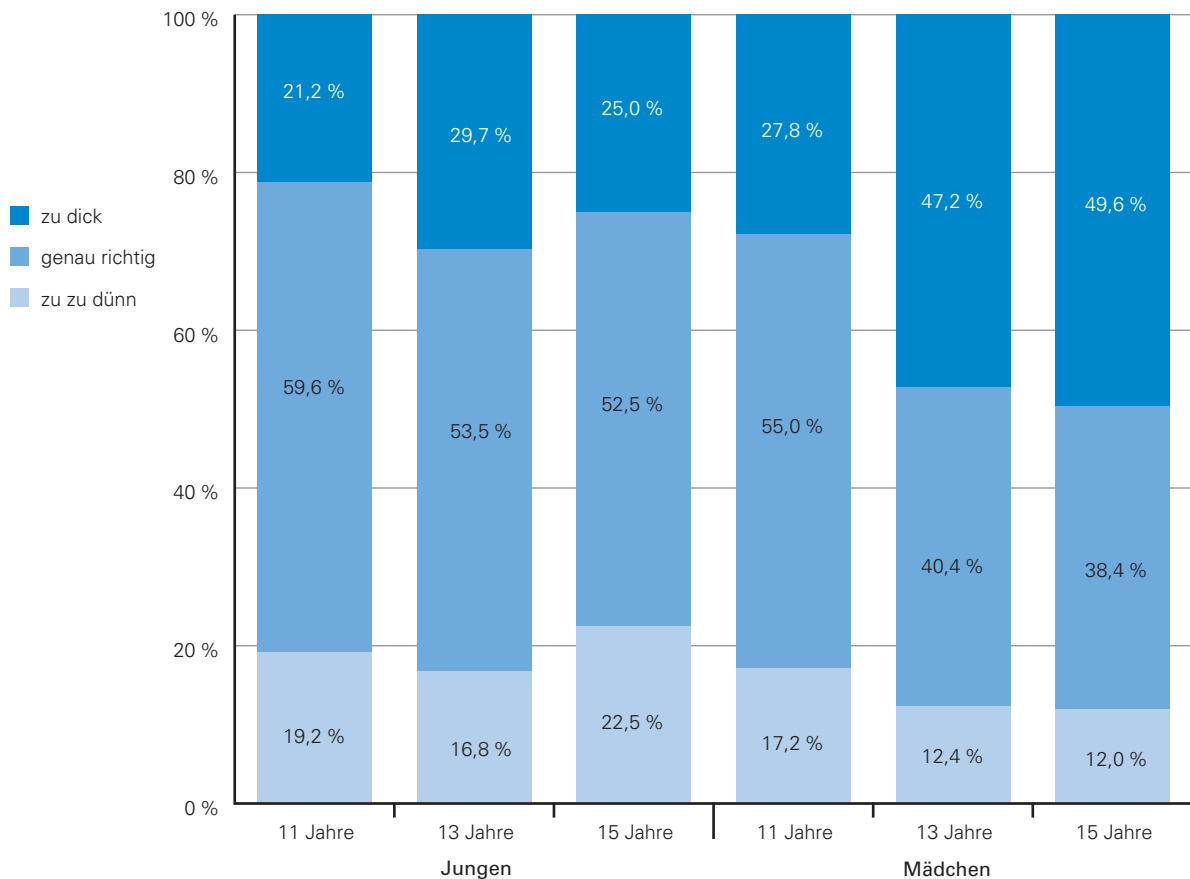
⁹⁹ Jacobi C., Fittig E.: Psychosoziale Risikofaktoren. In: Herpertz S. et al. (Hrsg.): *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Mit 21 Tabellen. Heidelberg 2008: 67–74; Rikani A. A. et al.: A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Annals of Neurosciences* 2013; 20.

¹⁰⁰ Stice E. et al.: Risk factors and prodromal eating pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2010; 51: 518–525.

¹⁰¹ Bucksch J. et al.: Die Entwicklung von Geschlechterunterschieden im gesundheitsrelevanten Verhalten Jugendlicher von 2001 bis 2010. *Das Gesundheitswesen* 2012; 74: S56–S62.

¹⁰² HBSC-Studienverbund Deutschland: Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Körperbild und Diätverhalten von Kindern und Jugendlichen“.

Zufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht nach Alter und Geschlecht, Deutschland 2013/2014



Datenquelle: HBSC 2013/14

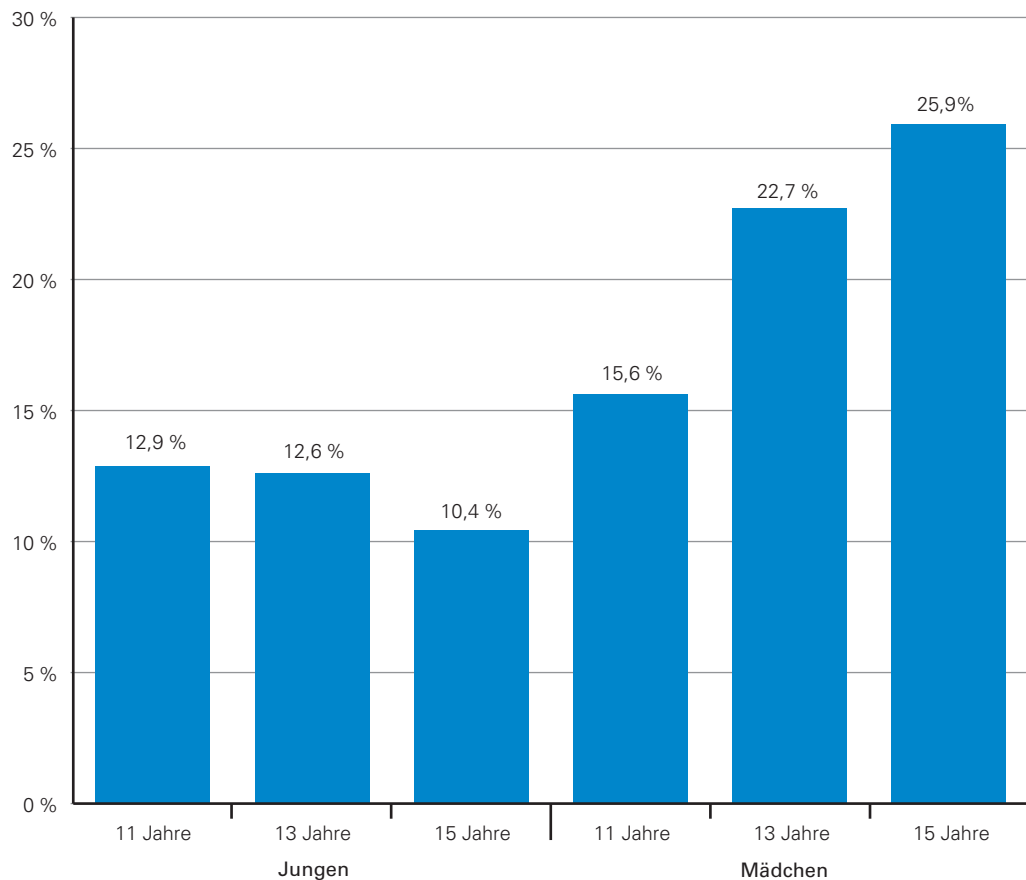
Daten der KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts hatten bereits vor einiger Zeit gezeigt, dass sich nicht nur fast alle übergewichtigen Jugendlichen auch subjektiv zu dick einschätzen, sondern ein großer Anteil der objektiv normalgewichtigen Jugendlichen dies ebenfalls tut. Bei den normalgewichtigen Mädchen waren es sogar etwa 50 %.¹⁰³

Vor diesem Hintergrund erklärt sich auch der hohe Anteil Jugendlicher, die eine Diät machen. Erwartungsgemäß machen mehr Mädchen als Jungen eine Diät, bei den Mädchen nimmt der Anteil derer, die eine Diät machen, in und nach der Pubertät auch deutlich zu. Im Alter von 15 Jahren versucht etwa ein Viertel der in der HBSC-Studie befragten Schülerinnen, ihr Gewicht zu reduzieren.¹⁰⁴

¹⁰³ Kurth B.-M., Ellert U.: Gefühles oder tatsächliches Übergewicht. Worunter leiden Jugendliche mehr? Deutsches Ärzteblatt International 2008; 105: 406–412.

¹⁰⁴ HBSC-Studienverbund Deutschland: Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Körperbild und Diätverhalten von Kindern und Jugendlichen“. <http://hbse-germany.de>.

Jugendliche mit aktueller Diät, Deutschland 2013/2014



Datenquelle: HBSC 2013/14

Dabei besteht, wie zu erwarten, zwischen den Merkmalen Körperunzufriedenheit und dem Diätmachen ein deutlicher Zusammenhang. Etwa 32 % der Jungen und über 40 % der Mädchen, die sich subjektiv als zu dick einschätzen, machten zum Zeitpunkt der HBSC-Befragung eine Diät. Angesichts der Tatsache, dass Schlankheitsdiäten unabhängig vom tatsächlichen Körpergewicht überwiegend negative Folgen haben, z. B. zur Entstehung von Essstörungen führen können, besteht

hier ein Aufklärungsbedarf gegenüber den Jugendlichen. Dies unterstreichen die Daten der KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts: Demnach zeigen über 20 % der 11- bis Unter-18-Jährigen in Deutschland Anzeichen eines gestörten Essverhaltens. Neben Mädchen waren vor allem Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus und solche mit Migrationshintergrund besonders häufig betroffen.¹⁰⁵

¹⁰⁵ Hölling H., Schlack R.: Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007; 50: 794–799.

Inzidenz und Prävalenz in Bayern

Im Jahr 2014 verzeichnete die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns über 10.500 ambulant diagnostizierte Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen. In der Größenordnung entspricht dies den eingangs genannten Häufigkeitsangaben aus der Literatur. Während in der

jüngsten Altersgruppe dabei noch keine Geschlechterunterschiede auffallen, bilden sich diese zunehmend mit ansteigendem Alter heraus. Bei den 15- bis 18-Jährigen gibt es dann fast fünfmal so viele Mädchen mit einer diagnostizierten Essstörung wie Jungen.

Kinder und Jugendliche mit einer ambulanten Diagnose „Essstörung“ (F50), Bayern, 2014

	0 bis unter 7 Jahre		7 bis unter 15 Jahre		15 bis unter 18 Jahre	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
Anzahl Patienten mit der Diagnose F50	1.911	1.997	1.576	2.112	502	2.408
darunter mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	714	692	1.026	1.410	340	1.967

Datenquelle: KVB, Sonderauswertung

Bei den stationären Behandlungen aufgrund von Essstörungen für bayerische Kinder und Jugendliche zeigt sich ein ähnliches Muster: Mädchen werden deutlich häufiger aufgrund von Essstörungen stationär behandelt. Nur bei ihnen zeigt sich ein deutlicher Anstieg mit dem Alter. Die Fallzahlen bei den Unter-10-Jährigen

sind bei beiden Geschlechtern sehr gering. Bei beiden Geschlechtern erfolgen die meisten stationären Behandlungen aufgrund von Anorexie (Mädchen: ca. 77 %, Jungen: ca. 71 % aller stationären Behandlungen wegen Essstörungen).

Krankenhausfälle bei Kindern und Jugendlichen aufgrund einer „Essstörung“ (F50), Bayern, 2014

	10 bis unter 15 Jahre				15 bis unter 20 Jahre			
	Mädchen		Jungen		Mädchen		Jungen	
	Fälle	je 100.000	Fälle	je 100.000	Fälle	je 100.000	Fälle	je 100.000
Essstörungen gesamt (F50)	317	109	29	9	709	219	26	8
darunter:								
Anorexie	269	92	21	7	525	163	18	5
Bulimie	30	10	–	–	140	43	1	0

Datenquelle: Statistisches Bundesamt

Im Zeitverlauf lässt sich vor allem nach 2005 ein Anstieg der stationären Behandlungen bei den weiblichen Jugendlichen der Altersgruppe 15 bis unter 20 Jahre ausmachen – die Rate der Krankenhausfälle ist von 129 je 100.000 im Jahr 2005 auf 219 je 100.000 im Jahr 2014 gestiegen – während sie zwischen 2000

und 2005 zurückgegangen war. Bei den männlichen Jugendlichen blieben sie in den letzten 15 Jahren (auf sehr niedrigem Niveau) stabil. Die Entwicklung verlief dabei bei beiden Geschlechtern in Bayern wie in Deutschland insgesamt parallel.

6.6 PROBLEMATISCHER UMGANG MIT SUCHTMITTELN

Das Wichtigste in Kürze

- ▶ Der Alkoholkonsum Heranwachsender ist zurückgegangen und auch der Anteil der abstinenten Jugendlichen ist gestiegen.
- ▶ Gleichwohl haben 8,1 % der Neunt- und Zehntklässler einen riskanten Alkoholkonsum, 0,6 % weisen einen Hochkonsum auf. Jungen zeigen riskantere Konsummuster als Mädchen. Jugendliche mit Migrationshintergrund (aus islamischen Herkunftsländern) konsumieren seltener Alkohol.
- ▶ Im Jahr 2014 wurden gut 5.000 Heranwachsende unter 20 Jahren in Bayern mit einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingewiesen. Seit 2012 sinken die Raten leicht.
- ▶ Auch der Tabakkonsum ist rückläufig. Etwa 15 % der bayerischen 15- bis 16-Jährigen raucht täglich. Deutliche Unterschiede zeigen sich nach Schulform: Je niedriger das Bildungsniveau, desto höher die Raucheranteile.
- ▶ Jeder fünfte Jugendliche zwischen 15 und 16 Jahren gibt an, in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert zu haben, Jungen häufiger als Mädchen.

Hintergrund

Der erste Kontakt mit legalen und manchmal auch mit illegalen Rauschmitteln findet meist im Jugendalter statt. Auch wenn ein Experimentieren mit einigen dieser Substanzen im Jugendalter einen normalen Entwicklungsschritt darstellt, kann es zu gesundheitlichen Risiken kommen. Zum einen kann der Konsum akute Folgen für den sich noch entwickelnden Organismus haben, z. B. bei Überdosierung (Stichwort „Rauschtrinken“), zum anderen besteht die Gefahr der Entwicklung eines langfristig problematischen Konsummusters, einer Sucht oder Schädigungen durch chronischen Missbrauch. In der Regel steigt dabei die Gefahr der Abhängigkeitsentwicklung, je früher das Einstiegsalter liegt.

Internationale Studien wie die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) weisen darauf hin, dass deutsche Jugendliche Rauschmittel häufiger als der europäische Durchschnitt konsumieren.¹⁰⁶

Besonders gefährdet sind Jugendliche aus bereits suchtblasteten Familien, sozial benachteiligte Jugendliche und Jugendliche mit Gewalterfahrungen, Traumatisierungen oder Vernachlässigung.

Konsum von Rauschmitteln

Alkohol

Deutschlandweite Daten zum Rauschmittelkonsum von Jugendlichen liefern die regelmäßig von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) durchgeführten Studien zur Drogenaffinität, in denen jeweils repräsentative Befragungen von 12- bis (einschl.) 25-Jährigen zu verschiedenen Suchtmitteln erfolgen. In der Erhebung 2015 gaben unter den 12- bis Unter-18-Jährigen 10,9 % an, mindestens einmal in der Woche Alkohol zu trinken. 14,1 % der Jugendlichen der gleichen Altersgruppe hatten im vergangenen Monat mindestens einmal große Mengen Alkohol auf einmal zu sich genommen (Rauschtrinken). Diese Anteile liegen in der Altersgruppe 18 bis 25 Jahre mehr als doppelt so hoch. Dabei bestehen kaum Unterschiede nach Sozialstatus. Einen geringeren Alkoholkonsum weisen Jugendliche mit türkischem oder asiatischem Migrationshintergrund auf. Geschlechterunterschiede zeigen sich im späteren Jugendalter und jungen Erwachsenenalter: Hier trinken Jungen und junge Männer häufiger und mehr Alkohol. Dabei zeigt sich bei den 12- bis Unter-15-Jährigen nach der Jahrtausendwende ein deutlicher Rückgang in der Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums genauso wie in der Häufigkeit riskanten Konsums. Auch das Durchschnittsalter des ersten Alkoholkonsums sowie des ersten Alkoholrausches steigt über die letzten 10 Jahre an und verweist damit ebenfalls auf eine insgesamt positive Entwicklung im Alkoholkonsum Jugendlicher.¹⁰⁷

Allerdings konsumiert weiterhin ein nicht zu vernachlässigender Anteil jugendlicher Alkohol auf gesundheitsgefährdende Art. Der KiGGS-Studie zufolge haben 15,8 % der Jugendlichen im Alter von 11 bis unter 18 Jahren einen riskanten Alkoholkonsum, 11,5 % praktizieren regelmäßig Rauschtrinken, wobei die Häufigkeiten jeweils mit dem Alter deutlich ansteigen: Bei den 17-Jährigen ist sogar bei 50,5 % der männlichen und 44,8 % der weiblichen Jugendlichen von einem riskanten Alkoholkonsum auszugehen.¹⁰⁸

¹⁰⁶ ESPAD - The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs: Germany. Key results 2011. www.espad.org/germany

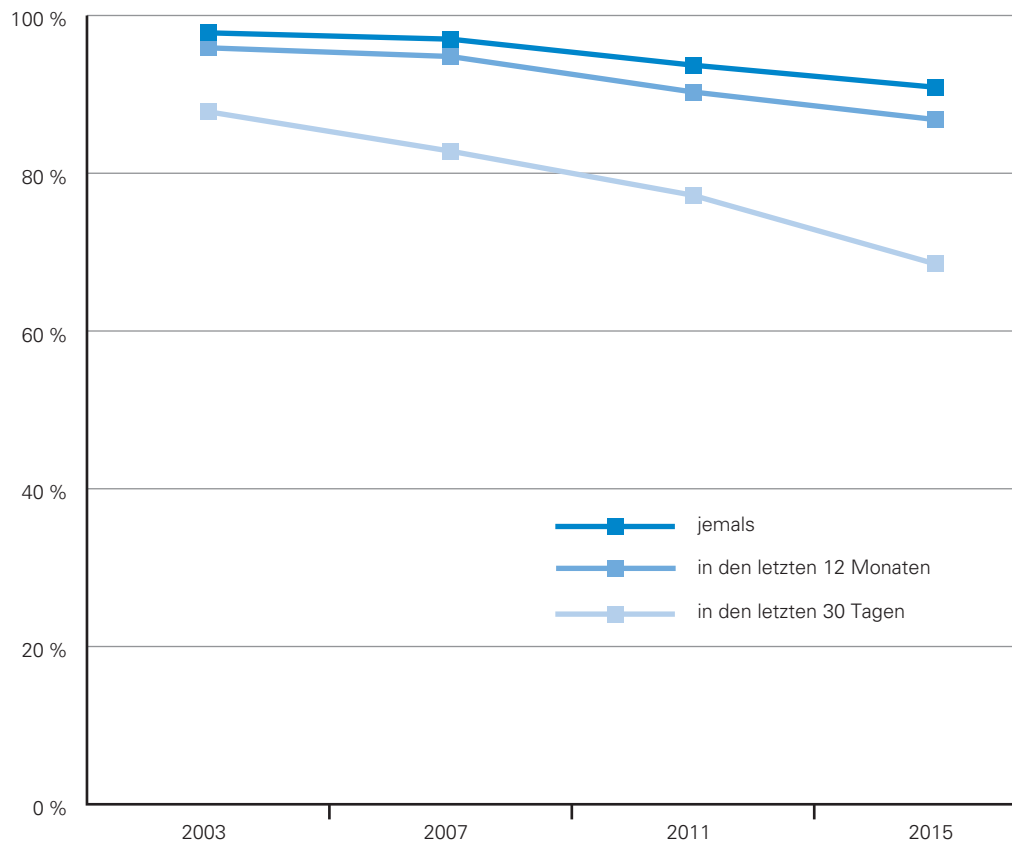
¹⁰⁷ Orth, B.: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln 2016.

¹⁰⁸ Lampert T., Kuntz B.: Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1) Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2014; 57: 830–839.

Aktuelle Daten zum Konsum von Alkohol und anderen Rauschmitteln bayerischer Jugendlicher liefert die ESPAD-Studie, in der im vierjährigen Abstand jeweils Schüler der 9. und 10. Klassenstufe befragt werden.

Dabei zeigt sich, dass in der 9. bis 10. Klasse über 90 % aller Schüler bereits Erfahrungen mit Alkoholkonsum haben.

Anteil der Jugendlichen in den 9. und 10. Klassen, die Alkohol konsumieren, Bayern



Datenquelle: ESPAD-Studie 2015

Unterschiede nach Geschlecht und Schultyp sind kaum vorhanden. Gegenüber 2003 zeigt sich ein deutlicher Rückgang des Anteils der Jugendlichen, die Alkohol konsumieren, dies gilt vor allem für den aktuellen Konsum.¹⁰⁹

Auch der Alkoholkonsum in riskantem bis gefährlichem Ausmaß hat über die Zeit in der Häufigkeit abgenommen. Der riskante Konsum – bei einer geringeren unbedenklichen Alkoholmenge beim weiblichen Geschlecht – kommt bei Mädchen häufiger vor und ist über die Zeit weniger zurückgegangen als bei Jungen. Ein eindeutiger Sozialgradient liegt nicht vor, wobei Realschüler in der Tendenz häufiger zu einem riskanten Konsum neigen.

¹⁰⁹ Kraus L. et al.: Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2015 (ESPAD) Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern. IFT-Berichte, Bd. 188. München 2016.

Anteil der Jugendlichen in den 9. und 10. Klassen nach Konsummuster in den letzten 7 Tagen, Bayern

	Geschlecht			Schulform		
	Gesamt	Jungen	Mädchen	Mittelschule	Realschule	Gymnasium
2003						
Risikanten Konsum	13,6 %	12,8 %	14,3 %	13,6 %	16,4 %	10,1 %
Gefährlicher/Hochkonsum	1,7 %	2,8 %	0,8 %	1,8 %	2,2 %	1,1 %
2007						
Risikanten Konsum	13,2 %	12,3 %	13,9 %	12,6 %	15,1 %	11,7 %
Gefährlicher/Hochkonsum	1,3 %	1,7 %	1,0 %	1,9 %	0,8 %	1,4 %
2011						
Risikanten Konsum	9,8 %	7,9 %	11,5 %	9,3 %	10,1 %	9,8 %
Gefährlicher/Hochkonsum	1,0 %	1,4 %	0,6 %	1,2 %	1,0 %	0,8 %
2015						
Risikanten Konsum	8,1 %	5,5 %	10,7 %	6,8 %	9,7 %	7,2 %
Gefährlicher/Hochkonsum	0,6 %	0,6 %	0,6 %	0,8 %	0,8 %	0,3 %

Datenquelle: ESPAD-Studie 2015. Risikanten Konsum: tägliche Reinalkoholaufnahme bei Jungen mehr als 24 g bis 60 g, bei Mädchen mehr als 12 g bis 40 g; gefährlicher/Hochkonsum: tägliche Reinalkoholaufnahme bei Jungen mehr als 60 g, bei Mädchen mehr als 40 g

Rauchen

In den letzten Jahren ist der Anteil der jugendlichen Raucher deutlich zurückgegangen und hat nach den Daten der BZgA im Jahr 2015 mit 9,6 % den niedrigsten Wert seit Beginn der Erhebungen Ende der 1970er Jahre erreicht. Außerdem ist der Anteil der 12–17-Jährigen, die noch nie geraucht haben, zwischen 2001 und 2015 deutlich von 40,5 % auf 79,1 % angestiegen.¹¹⁰ Die KiGGS-Studie zeigt ähnliche Ergebnisse: Demnach rauchten 2009–2012 etwa 12 % der 11- bis Unter-18-Jährigen. Mit dem Alter steigt der Anteil rauchender Jugendlicher erwartungsgemäß jedoch deutlich an und liegt bei den 17-jährigen Mädchen bei etwa 31 %, bei den gleichaltrigen Jungen bei fast 38 %. Der Einstieg in den regelmäßigen Tabakkonsum erfolgt in der in der KiGGS-Studie befragten Stichprobe mit durchschnittlich etwa 15 Jahren.¹¹¹

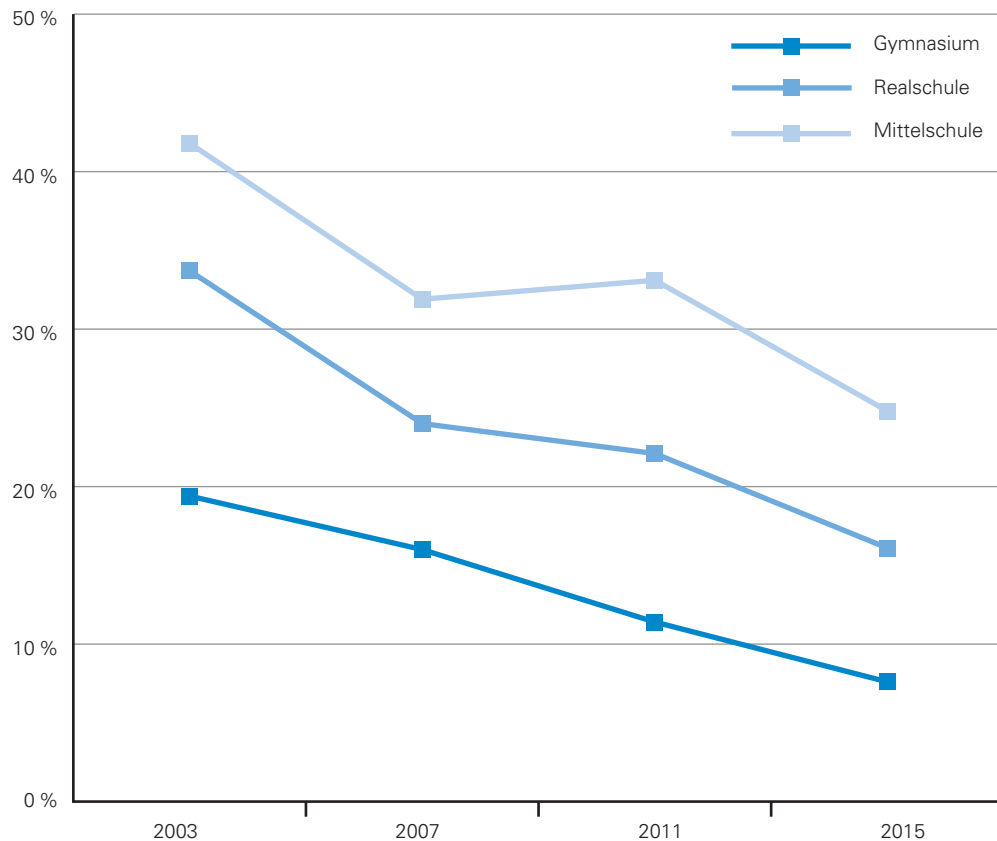
Der rückläufige Trend beim Tabakkonsum zeigt sich in der ESPAD-Studie auch für bayerische Jugendliche.¹¹² Sowohl der Anteil 15- bis 16-jähriger Jugendlicher, welche jemals in ihrem Leben schon einmal geraucht haben als auch der Anteil derjenigen, die angaben, im letzten Monat geraucht zu haben, sank von 2003 (77 % bzw. 44 %) bis 2015 (55 % bzw. 26 %) deutlich und relativ stetig. Einen täglichen Tabakkonsum in den letzten 30 Tagen berichten dabei 2015 etwa 15 % der befragten Jugendlichen. Hier sind Unterschiede zwischen den Schulformen deutlich ausgeprägt: Die meisten täglichen Raucher finden sich unter den Mittelschülern, während Gymnasiasten am seltensten täglich rauchen. Geschlechterunterschiede in der Häufigkeit des Rauchens sind in der Altersstufe, die bei ESPAD befragt wird, anders als z. B. im Erwachsenenalter nur sehr gering ausgeprägt.

¹¹⁰ Orth, B.: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln 2016.

¹¹¹ Lampert T., Kuntz B.: Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1) Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2014; 57: 830–839.

¹¹² Kraus L. et al.: Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2015 (ESPAD) Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern. IFT-Berichte, Bd. 188. München 2016.

Anteil der Jugendlichen in den 9. und 10. Klassen, die in den letzten 30 Tagen täglich rauchten, Bayern



Datenquelle: ESPAD-Studie 2015

Mit Blick auf den rückläufigen Tabakkonsum ist zu berücksichtigen, dass seit einigen Jahren vermehrt das Rauchen von Wasserpfeifen und elektrischen Zigaretten an Beliebtheit gewinnt. In der aktuellen ESPAD-Studie gaben fast 34 % der Neunt- und Zehntklässler in Bayern an, bereits E-Zigaretten geraucht zu haben, knapp 7 % im letzten Monat. Fast die Hälfte der Jugendlichen gab an, bereits einmal Wasserpfeife geraucht zu haben, und bei etwa 20 % traf dies auf den letzten Monat zu. Die Gesundheitsgefahren dieser neuen Konsumformen sind bei den Jugendlichen oft nicht bekannt.

Cannabis

Cannabis ist das am häufigsten konsumierte illegale Rauschmittel bei Jugendlichen. Daten der BZgA zeigen für 2015 einen Anteil von 9,7 % der 12- bis unter-18-jährigen Jugendlichen, die angaben, bereits mindestens einmal Cannabis konsumiert zu haben, 6,6 % hatten dies im letzten Jahr getan und 0,8 % berichteten einen regelmäßigen Konsum (mehr als 10-mal) im letzten Jahr. Dabei wird Cannabis häufiger von männlichen Jugendlichen konsumiert. Die Anteile erhöhen sich deutlich für die Altersgruppe der 18–25-Jährigen. Anders als der Konsum von Alkohol und Tabak zeigt die Entwicklung des Cannabiskonsums einen ansteigenden Trend über die letzten Jahre, nachdem die Konsumhäufigkeit eine Zeitlang zurückgegangen war.¹¹³ Dieser Trend verläuft bei bayerischen Jugendlichen der ESPAD-Studie zufolge sehr ähnlich.

¹¹³ Orth, B.: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln 2016.

Anteil der Jugendlichen in den 9. und 10. Klassen, die Cannabis konsumieren, Bayern						
	Geschlecht			Schulform		
	Gesamt	Jungen	Mädchen	Mittelschule	Realschule	Gymnasium
Lebenszeitprävalenz						
2003	29,5 %	33,8 %	25,6 %	28,8 %	30,8 %	28,5 %
2007	22,5 %	26,9 %	19,0 %	22,8 %	21,2 %	23,6 %
2011	21,5 %	27,9 %	15,6 %	25,0 %	22,4 %	18,5 %
2015	25,2 %	31,8 %	18,7 %	29,6 %	24,2 %	23,6 %
12-Monats-Prävalenz						
2003	24,0 %	27,0 %	21,3 %	22,7 %	23,8 %	25,3 %
2007	15,2 %	19,1 %	12,2 %	14,0 %	13,8 %	17,7 %
2011	16,9 %	22,6 %	11,7 %	16,7 %	18,4 %	15,5 %
2015	21,6 %	27,9 %	15,4 %	24,2 %	19,8 %	21,9 %

Datenquelle: ESPAD-Studie 2015

In Bezug auf den Cannabiskonsum im letzten Monat zeigt sich ein Anstieg bei den Jungen bereits ab 2007, bei den Mädchen erst danach. Dabei konsumieren aktuell 7 % der bayerischen Jungen häufig, d. h. mindestens 6-mal im vergangenen Monat, während dieser Anteil bei den Mädchen nur 1,5 % ausmacht.

Behandlungen aufgrund von substanzbezogenen Störungen

Nach Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern wurden im Jahr 2014 insgesamt 5.053 gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche mit der Diagnose einer substanzbezogenen Störung behandelt. Der Schwerpunkt liegt dabei in der Altersgruppe der 15- bis 18-Jährigen. Bei einem beträchtlichen Anteil – auch in den jüngeren Altersgruppen – wurde

dabei die gleiche Diagnose in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen gestellt, was dafür spricht, dass hier ein problematisches Konsummuster zugrunde liegt und nicht ein einmaliger „Ausrutscher“. In der für Drogenkonsum besonders „anfälligen“ Altersgruppe der 15- bis unter 18-Jährigen gibt es mehr ambulante Diagnosen für substanzbezogene Diagnosen bei den weiblichen Jugendlichen als bei den männlichen Jugendlichen. Dies ist jedoch allein auf die Dokumentation schädlichen Tabakkonsums (F17) zurückzuführen, d. h. hier geht es vermutlich überwiegend um Fälle, in denen sich die jungen Frauen die Pille verschreiben lassen: Rauchen erhöht dann das Risiko für Herz-Kreislaufkrankheiten, z. B. Thrombosen. Bei jungen Männern gibt es keinen vergleichbar häufigen Untersuchungsanlass, bei dem Tabakkonsum als Diagnose festgehalten wird.

DIAGNOSEKRITERIEN FÜR SUBSTANZBEZOGENE STÖRUNGEN

Unter der Überschrift „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ werden in der ICD-10 verschiedenste Probleme durch den Gebrauch sogenannter psychoaktiver Substanzen diagnostisch verschlüsselt (F10 bis F19). Diagnostiziert werden können unterschiedliche Problematiken durch den Gebrauch von Alkohol, Opiaten, Cannabisprodukten, Beruhigungs- oder Schlafmitteln, Kokain, anderen Stimulanzen (z. B. (Meth-)Amphetamin, aber auch Koffein), Halluzinogenen, Tabak, Lösungsmitteln sowie mehreren oder anderen Substanzen. Bei einer Diagnose unterschieden werden dabei:

- ▶ Akute Rauschzustände – diese können u. U. zu Koma, Delir, Verletzungen, Erstickten durch Erbrochenes oder anderen medizinischen Komplikationen führen.
- ▶ Schädlicher Gebrauch – wenn der Gebrauch zu körperlichen oder psychischen Gesundheitsschäden führt.
- ▶ Abhängigkeitssyndrom – dies beinhaltet nicht nur körperliche, sondern v. a. auch psychische Abhängigkeitserscheinungen.
- ▶ Entzugssyndrom – verschiedene Symptome eines Entzugs einer vorher anhaltend konsumierten Substanz; ggf. mit Delir.
- ▶ Psychotische Störung – Halluzinationen, Wahnideen und abnorme Emotionen (z. B. Angstzustände) während oder nach dem Substanzkonsum, aber nicht direkt durch den Rausch oder durch einen Entzug bedingt.
- ▶ Amnestisches Syndrom – starke und andauernde Störung des Gedächtnisses.
- ▶ Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung – Veränderungen des Denkens oder der Persönlichkeit nach Nachlassen der Substanzwirkung, aber in klarem Zusammenhang mit dieser.
- ▶ Sonstige und nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörungen.

Kinder und Jugendliche mit einer ambulanten Diagnose aufgrund des Konsums psychotroper Substanzen (F10–F19), Bayern, 2014

	0 bis unter 7 Jahre		7 bis unter 15 Jahre		15 bis unter 18 Jahre	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
Anzahl Patienten mit der Diagnose (F10–F19)	128	122	303	293	1.783	2.424
darunter mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	53	57	200	155	965	1.439

Datenquelle: KVB, Sonderauswertung

Bei stationären Behandlungen aufgrund von substanzbezogenen Problemen nimmt die Häufigkeit bei den Heranwachsenden in der Altersgruppe ab 15 Jahren ebenfalls deutlich zu. Der größte Anteil stationärer Fälle infolge des Konsums psychotroper Substanzen geht

bei beiden Geschlechtern auf Alkoholkonsum zurück: Bei den 15- bis unter 20-jährigen männlichen Jugendlichen entfallen darauf 77 %, bei den weiblichen Jugendlichen gleichen Alters sogar über 81 %.

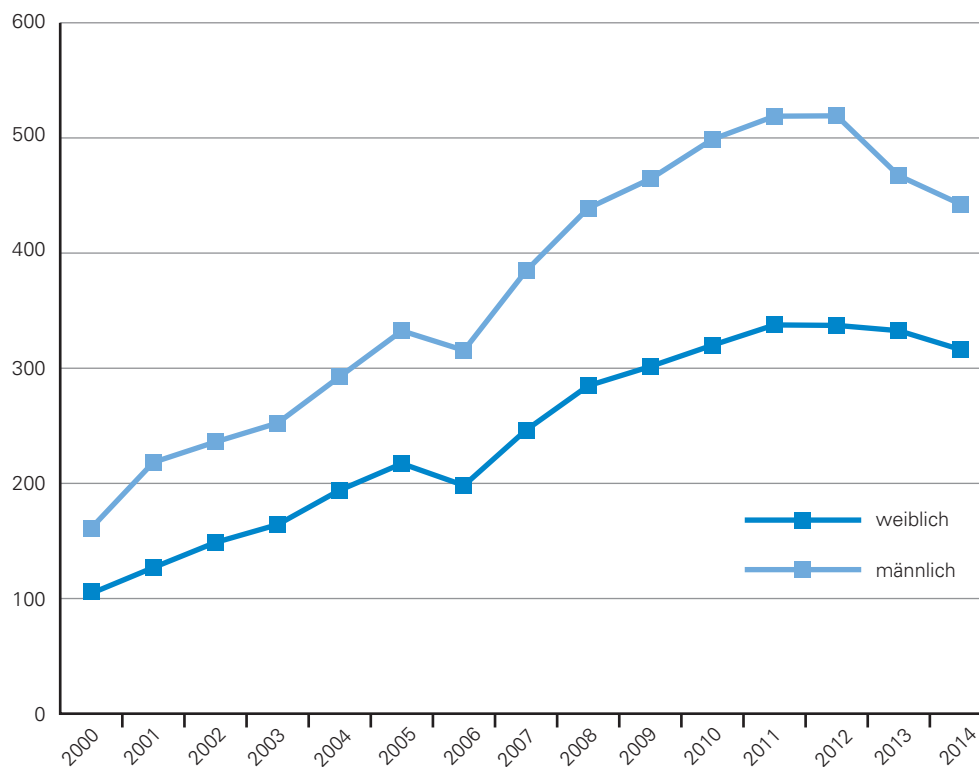
Kinder und Jugendliche mit einer stationären Behandlung aufgrund des Konsums psychotroper Substanzen (F10–F19), Bayern, 2014

	unter 15 Jahre				15 bis unter 20 Jahre			
	Mädchen		Jungen		Mädchen		Jungen	
	Fälle	je 100.000	Fälle	je 100.000	Fälle	je 100.000	Fälle	je 100.000
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen gesamt (F10–F19)	405	49	297	34	2.021	625	3.663	1.066
darunter:								
... durch Alkohol (F10)	340	41	240	28	1.647	509	2.824	822
... durch Cannabinoide (F12)	30	4	24	3	104	32	363	106

Datenquelle: Statistisches Bundesamt

Großes Medieninteresse erregte in den letzten Jahren vor allem das Rauschtrinken Jugendlicher („Binge Drinking“, umgangssprachlich „Komasaufen“). Damit gemeint ist der Konsum großer Mengen Alkohol zu einer Gelegenheit, der zu einem starken Rausch und u. U. zu einer Alkoholvergiftung führen kann. Die Zahl der Jugendlichen, die aufgrund einer akuten Alkohol-

vergiftung in ein Krankenhaus kamen, stieg zwischen den Jahren 2000 und 2012 stark an, seitdem ist sie rückläufig. Junge Männer sind häufiger betroffen als junge Frauen. Für beide Geschlechter liegen die stationären Behandlungsraten infolge einer Alkoholvergiftung in Bayern über dem Bundesdurchschnitt.

Krankenhausfälle je 100.000 infolge akuter Alkoholvergiftung, Altersgruppe 10 bis unter 20 Jahre, Bayern


Datenquelle: Statistisches Bundesamt

Die akute Alkoholvergiftung macht bei Jugendlichen 90 % der alkoholbedingten Krankenhausbehandlungen aus. Behandlungen aufgrund von Abhängigkeit oder Entzugssymptomen sind in dieser Altersgruppe noch vergleichsweise selten.

Akute Rauschzustände aufgrund anderer Substanzen sind im Vergleich mit Alkohol selten Grund für eine stationäre Behandlung.

HALT – HART AM LIMIT

„HaLT – Hart am Limit“ ist ein Präventionsprojekt für Kinder und Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum. Das Programm beinhaltet eine Beratung für Kinder und Jugendliche, die aufgrund einer akuten Alkoholvergiftung stationär behandelt wurden. Die Beratung erfolgt jeweils zeitnah noch im Krankenhaus. Auch für die Eltern gibt es Beratungsangebote.

Das Ziel besteht darin, eine kommunal verankerte Präventionsstrategie bezogen auf Alkoholmissbrauch zu schaffen. Daher richtet sich das Programm auch an die Verantwortlichen der Kommunen und regt dazu an, kommunale Konzepte zur Reduzierung alkoholbedingter Schädigungen zu fördern. HaLT wird von der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen koordiniert. Über Bayern verteilt gibt es inzwischen 45 zertifizierte Zentren, die das Konzept regional umsetzen.

Ein Verzeichnis der Standorte und weitere Informationen gibt es auf der Internetseite www.halt-in-Bayern.de.

Neue Süchte? Computer-, Internet- und Computerspielsucht

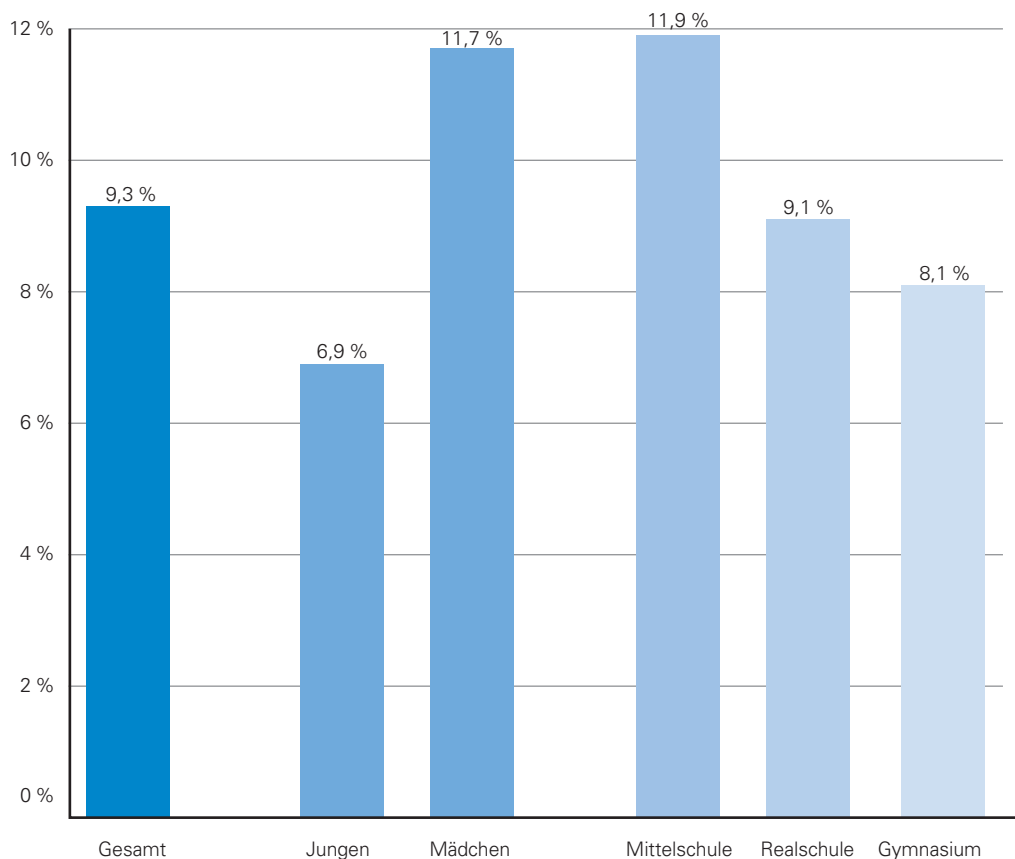
Onlinemedien haben in ihrer Verbreitung stark zugenommen und sind inzwischen in praktisch jedem Haushalt zugänglich. Gerade Jugendliche nehmen die Möglichkeiten neuer Technologien rasch auf und verwenden diese sehr häufig. Für Jugendliche sind Onlinemedien wie Smartphones zum ständigen Begleiter geworden, und viele von ihnen sind über verschiedene Kommunikationsdienste praktisch ständig für ihre (Online-)Freunde erreichbar. Auch das Spielen am Computer ist, gerade bei Jungen, weit verbreitet. In diesem Zusammenhang wird vermehrt von süchtigem Verhalten, von Internetsucht oder Computerspielsucht berichtet.

Bislang gibt es, anders als z. B. bei der Glücksspielsucht, keine offiziell definierten Kriterien, um eine Internet- oder Computer(spiel)sucht zu diagnostizieren. In der Fachwelt ist die Diskussion über die Bedeutung eines problematischen Gebrauchs neuer Onlinemedien, ihre Einordnung als „Sucht“ und die Abgrenzung verschiedener Problematiken noch nicht abgeschlossen. Unstrittig ist aber, dass es exzessive Formen des Onlineverhaltens gibt, die mit negativen gesundheitlichen Folgen verbunden sind. Es gibt verschiedene Instrumente, um einen exzessiven oder problematischen Gebrauch festzustellen. Entsprechend fallen Schätzungen der Häufigkeit in verschiedenen Untersuchungen sehr unterschiedlich aus.

Dabei ist nicht davon auszugehen, dass Jugendliche, die ständig online sind oder oft auf ihr Smartphone schauen, allein deshalb von einer „Sucht“ oder einem exzessiven Onlineverhalten betroffen sind. Ein problematisches Onlineverhalten lässt sich nicht an der Dauer der online verbrachten Zeit festmachen. Entsprechende Kriterien, um einen problematischen Gebrauch festzustellen, lehnen sich i. d. R. an die Kriterien an, die auch stoffgebundenen Süchten oder dem pathologischen Glücksspiel zugrunde liegen. Dazu gehören ein starkes Verlangen nach dem Gebrauch und ein Kontrollverlust über die Nutzung, eine Toleranzentwicklung mit der Zeit, das Auftreten von Entzugssymptomen und eine Einengung von Gedan-

ken und Interesse auf das Suchtmittel. Solche Merkmale werden über Befragungen in Erfahrung gebracht. Eine inzwischen in mehreren Studien eingesetzte Fragebogenskala ist die Compulsive Internet Use Scale (CIUS). Diese Skala wurde auch in der ESPAD-Studie genutzt. Ein Punktwert ab 30 weist dabei auf ein problematisches Internetnutzungsverhalten hin. Dieses wiesen insgesamt 9,3 % der befragten bayerischen Neunt- und Zehntklässler auf. Hier waren Mädchen erkennbar häufiger betroffen als Jungen, Schüler auf der Mittelschule häufiger als solche auf Realschulen und Gymnasien.¹¹⁴ Dabei liegt bei Mädchen häufiger eine auffällige Nutzung in Bezug auf soziale Netzwerke vor, bei Jungen in Bezug auf Online-spiele.¹¹⁵

Anteil der Jugendlichen in den 9. und 10. Klassen mit einem problematischen Internetumgang, Bayern



Datenquelle: ESPAD-Studie 2015; problematischer Internetgebrauch: mindestens 30 Punkte auf der CIUS-Skala

¹¹⁴ Kraus L. et al.: Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2015 (ESPAD) Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern. IFT-Berichte, Bd. 188. München 2016.

¹¹⁵ Rumpf H.-J. et al.: Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA). Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Greifswald, Lübeck 2011.

7. Kinder psychisch erkrankter Eltern



7. Kinder psychisch erkrankter Eltern

Das Wichtigste in Kürze

- ▶ Schätzungsweise 450.000 bis 500.000 Kinder unter 15 Jahren wachsen in Bayern mit einem psychisch erkrankten Elternteil auf. 25.000 bis 30.000 Kinder sind mit einem stationären psychiatrischen Aufenthalt eines Elternteils konfrontiert.
- ▶ Psychische Erkrankungen der Eltern bzw. eines Elternteils stellen eine Herausforderung für die Kinder dar: Gefühle der Desorientierung, Schuldgefühle und die Übernahme elterlicher Rollen schränken das Kindheitserleben ein.
- ▶ Mit der psychischen Erkrankung eines Elternteils steigt auch das Risiko für eine psychische Erkrankung der Kinder. So entwickeln 60 % der Kinder eines depressiven Elternteils im Laufe ihres Lebens selbst eine psychische Störung.
- ▶ Die Reduktion von Risikofaktoren (z. B. familiäre Konflikte) und die Stärkung von Schutzfaktoren im Sinne der Resilienzförderung (z. B. soziale Unterstützung) können das Risikopotenzial verringern.

Die psychische Erkrankung von Eltern ist ein noch wenig beforschter Risikofaktor für die kindliche Entwicklung. Auch wenn die Erkrankung der Eltern im Vordergrund steht, müssen die Auswirkungen auf das gesamte System „Familie“ und speziell auch auf die betroffenen Kinder betrachtet werden.

Häufigkeit

Zur Häufigkeit von Kindern psychisch erkrankter Eltern liegen keine gesicherten Daten vor. Es wird geschätzt, dass in Deutschland etwa drei Millionen Kinder pro Jahr mit einer psychischen Erkrankung eines Elternteils konfrontiert sind, davon jährlich etwa 175.000 Kinder, deren Elternteil stationär psychiatrisch behandelt wird.¹¹⁶ Überträgt man diese Schätzungen bevölkerungsgewichtet auf Bayern, wäre mit ca. 450.000 bis 500.000 Kindern pro Jahr zu rechnen, die mit einem psychisch erkrankten Elternteil aufwachsen, darunter ca. 25.000 bis 30.000 Kinder, die von einer stationären psychiatrischen Behandlung des erkrankten Elternteils betroffen sind. Umgekehrt sind etwa 10 bis 20 % aller stationär behandelten psychiatrischen Patienten in Deutschland erziehungsberechtigte Eltern minderjähriger Kinder.¹¹⁷ Im Rahmen der BELLA-Studie (ein Modul der KiGGS-Studie zur psychischen Gesundheit) gaben 13 % der befragten Eltern von Kindern zwischen 7 und unter 18 Jahren eine psychische Störung bei einem Elternteil an; bei 10 % waren selbstbeurteilte psychopathologische Symptome stark ausgeprägt.¹¹⁸ Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen bei Eltern von Kindern, die stationär in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt wurden, gehörten mit gut 20 % substanzbezogene Störungen (Alkoholismus, Drogenmissbrauch), neurotische und somatoforme Störungen (13 %) sowie affektive Störungen (12 %).¹¹⁹ Zudem werden schizophrene und Persönlichkeitsstörungen als häufige elterliche Erkrankungen genannt, auch in Kombination mit Suchterkrankungen.¹²⁰

Als häufigste psychische Erkrankungen bei Eltern von Kindern, die stationär in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt wurden, gehörten mit gut 20 % substanzbezogene Störungen (Alkoholismus, Drogenmissbrauch), neurotische und somatoforme Störungen (13 %) sowie affektive Störungen (12 %).¹¹⁹ Zudem werden schizophrene und Persönlichkeitsstörungen als häufige elterliche Erkrankungen genannt, auch in Kombination mit Suchterkrankungen.¹²⁰

Auswirkungen auf das Kind

Kinder, die in einer Familie mit einem psychisch kranken Elternteil aufwachsen, empfinden oftmals Desorientierung, da sie die Symptome bzw. das Verhalten ihrer Eltern nicht einordnen können. Häufig entwickeln die Kinder dabei auch Schuldgefühle in Bezug auf die psychische Erkrankung der Eltern. Die Betreuung, Zuwendung und Förderung durch die Eltern ist eingeschränkt; je nach Alter müssen die Kinder zusätzliche Aufgaben (z. B. im Haushalt, Betreuung von Geschwistern) erfüllen. Es kommt zur Übernahme elterlicher Rollen (Parentifizierung), die das Kind überfordert und das

¹¹⁶ Mattejat F. et al.: Kinder psychisch kranker Eltern – Eine Einführung in die Thematik. In: Wiegand-Grefe S. et al. (Hrsg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen 2011: 13–24.

¹¹⁷ Gehrmann J., Sumargo S.: Kinder psychisch kranker Eltern. Monatsschrift Kinderheilkunde 2009; 157: 383–394. Hochrechnungen für Bayern: LGL.

¹¹⁸ Wille N. et al.: Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. European Child & Adolescent Psychiatry 2008; 17 Suppl 1: 133–147.

¹¹⁹ Mattejat F., Remschmidt H.: Kinder psychisch kranker Eltern. Deutsches Ärzteblatt 2008; 105: 413–418.

¹²⁰ Gehrmann J., Sumargo S.: Kinder psychisch kranker Eltern. Monatsschrift Kinderheilkunde 2009; 157: 383–394.

eigene Kindheitserleben einschränkt. Hinzu kommt, dass Kinder mit psychisch kranken Eltern oft nicht wissen, wo sie Unterstützung finden können. Durch die Tabuisierung der elterlichen Erkrankung ist es den Kindern oftmals nicht möglich, das Thema außerhalb der Familie anzusprechen (Gefühl des Verrats). Haben sie zudem negative Reaktionen oder Stigmatisierung im Kontext der elterlichen Erkrankung erlebt, kann dies zu einer weiteren Isolation führen, wenn bspw. Freunde aus Scham nicht mehr eingeladen werden. Durch das Schamgefühl gegenüber ihren Eltern können sie zudem in Loyalitätskonflikte geraten, die ebenso innerhalb der Familie entstehen können (Gefühl, sich für einen Elternteil entscheiden zu müssen). Je nach Alter und Entwicklungsstadium des Kindes wirkt sich die elterliche Erkrankung auf unterschiedliche Weise aus, wie auch je nach Erkrankung spezifische Verhaltensweisen der Eltern (z. B. eingeschränkte emotionale Feinfühligkeit bei Depression) die Kinder belasten können.¹²¹

Die stärkere Belastung der betroffenen Kinder spiegelt sich auch in ihrem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer eigenen psychischen Störung wider, wodurch die Relevanz der elterlichen Erkrankung für die psychische Gesundheit der Kinder deutlich wird. In einer Untersuchung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Marburg zeigte sich, dass etwa die Hälfte der stationär behandelten Kinder und Jugendlichen bei einem psychisch kranken Elternteil lebt. Nicht nur das spezifische Erkrankungsrisiko, d. h. das Risiko, die gleiche Störung wie die Eltern zu entwickeln, sondern auch das allgemeine Risiko für psychische Erkrankungen ist für Kinder psychisch kranker Eltern erhöht.¹²² Abhängig von der jeweiligen Krankheit kann das Erkrankungsrisiko im Vergleich zur Gesamtbevölkerung um das Zwei- bis Zehnfache erhöht sein.¹²³ So ist für Kinder von Eltern mit einer depressiven Erkrankung die Gefahr, selbst eine depressive Störung zu entwickeln, um das Zwei- bis Vierfache erhöht – die elterliche Erkrankung gilt damit als

Haupttrisikofaktor. In Bezug auf eine schwere Form der Depression („Major Depression“) ist das Erkrankungsrisiko der Kinder rund sechsmal so hoch wie bei Kindern mit psychisch unauffälligen Eltern, und etwa 60 % der Kinder von Eltern mit dieser Diagnose entwickeln im Laufe des Kindes- und Jugendalters irgendeine psychische Störung.¹²⁴

Neben der Entwicklung eigener psychischer Erkrankungen haben Kinder von psychischen bzw. suchtkranken Eltern außerdem ein zwei- bis fünfmal so hohes Risiko, vernachlässigt, körperlich oder seelisch misshandelt oder sexuell missbraucht zu werden.¹²⁵ Auch wird für die betroffenen Kinder ein höheres Risiko für suizidales Verhalten berichtet.¹²⁶ Durch die psychische Erkrankung der Eltern können außerdem Regulationsstörungen, Störungen der Emotionsregulation sowie Probleme bei dem Aufbau sicherer Bindungen auftreten, was sich ungünstig auf die Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes auswirken kann.¹²⁷

Risiko- und Schutzfaktoren

Auch wenn Kinder psychisch erkrankter Eltern insgesamt eine Risikogruppe in Bezug auf die Entwicklung eigener psychischer Störungen darstellen, können die betroffenen Kinder in unterschiedlichem Ausmaß gefährdet sein. Die Auswirkung der elterlichen Erkrankung auf die psychische Gesundheit der Kinder hängt dabei mit den vorhandenen Risiko- und Schutzfaktoren bzw. deren Balance zusammen, die im Bereich der Eltern, Kinder, Familie und sozialen Umwelt liegen können. Genetische Merkmale haben einen Einfluss, stehen dabei aber scheinbar in einer Wechselwirkung mit Umweltfaktoren (z. B. psychosoziale Faktoren), wie anhand von Studienergebnissen abgeleitet werden kann.¹²⁸

¹²¹ Gehrman J., Sumargo S.: Kinder psychisch kranker Eltern. Monatsschrift Kinderheilkunde 2009; 157: 383–394.

¹²² Mattejat F., Remschmidt H.: Kinder psychisch kranker Eltern. Deutsches Ärzteblatt 2008; 105: 413–418.

¹²³ Mattejat F. et al.: Kinder psychisch kranker Eltern – Eine Einführung in die Thematik. In: Wiegand-Grefe S. et al. (Hrsg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen 2011: 13–24.

¹²⁴ Lenz A.: Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen 2014.

¹²⁵ Gehrman J., Sumargo S.: Kinder psychisch kranker Eltern. Monatsschrift Kinderheilkunde 2009; 157: 383–394.

¹²⁶ Hosman C. et al.: Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health 2009; 8: 250–263.

¹²⁷ Schmid M. et al.: Die psychosoziale Versorgung von Kindern stationär behandelter psychiatrischer Patienten - Realität und Wünsche. In: Wiegand-Grefe S. et al. (Hrsg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen 2011: 180–205.

¹²⁸ Gehrman J., Sumargo S.: Kinder psychisch kranker Eltern. Monatsschrift Kinderheilkunde 2009; 157: 383–394.

Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern psychisch erkrankter Eltern		
Ebene	Risikofaktoren	Schutzfaktoren
Eltern	▶ Merkmale der Erkrankung: Schweregrad, Chronizität, Komorbidität, jüngeres Alter bei Erkrankungsbeginn, beide Elternteile betroffen, unangemessene Krankheitsbewältigung ▶ Stress und Angst während der Schwangerschaft ▶ mangelnde Erziehungskompetenz/ in-adäquate Eltern-Kind-Interaktion	▶ ein anwesender, gesunder Elternteil, der sich angemessen um das Kind kümmert
Kind	▶ Elterliche Erkrankung: frühe Lebensphase bei Erkrankungsbeginn der Eltern, mangelndes Wissen über die Erkrankung ▶ schwieriges Temperament, Verhaltenshemmung ▶ negative Emotionalität ▶ unsichere Bindung ▶ geringe kognitive und soziale Kompetenz ▶ negatives Selbstwertgefühl	▶ Elterliche Erkrankung: angemessenes Wissen über die Erkrankung ▶ günstiges Temperament ▶ positive Emotionalität ▶ sichere Bindung ▶ hohe kognitive und soziale Kompetenz ▶ positives Selbstwertgefühl ▶ hohes Selbstvertrauen ▶ hohe wahrgenommene soziale Unterstützung
Familie	▶ familiäre Konflikte, unharmonische Beziehung der Eltern ▶ häusliche Gewalt ▶ Armut	▶ hoher Familienzusammenhalt ▶ gutes familiäres Klima ▶ stabile, sichere Lebenssituation
Soziale Umwelt	▶ mangelnde soziale Unterstützung und Verfügbarkeit außenstehender Personen ▶ negative Reaktionen durch Peers, Mobbing ▶ Stigmatisierung ▶ mangelnde Aufmerksamkeit und Unterstützung von Medizinern etc.	▶ hohe soziale Unterstützung und Verfügbarkeit außenstehender Personen ▶ Beachtung durch Mediziner etc.

Quellen: Wiegand-Grefe S. et al.: Elterliche Erkrankung und Gesundheit der Kinder. In: Wiegand-Grefe S. et al. (Hrsg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen 2011: 206–234.; Hosman C. et al.: Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health 2009; 8: 250–263

Der Einfluss anderer Faktoren, wie das Geschlecht der Kinder oder ein Migrationshintergrund der Betroffenen, ist noch nicht ausreichend geklärt.¹²⁹ Besonders entwicklungsgefährdet sind diejenigen Kinder, bei denen psychosoziale Risikofaktoren gehäuft vorkommen – allgemein sind entsprechende Faktoren (ungünstige Lebensbedingungen) bei Kindern psychisch kranker Eltern überrepräsentiert. Insgesamt ist etwa jeder zweite psychisch erkrankte Erwachsene mit Kindern alleinerziehend, sodass bei diesen Kindern eine potentielle Ressource fehlt. Da die Kinder

in den meisten Fällen bei der Mutter bleiben, wirkt sich eine mütterliche psychische Erkrankung auf die seelische Entwicklung des Kindes besonders kritisch aus. Bei jedem fünften Kind weisen außerdem neben den Eltern auch die Großeltern eine psychische Störung auf, sodass diesen Kindern nicht nur eine unbelastete Anlaufstelle fehlt.¹³⁰ Wie in einer Studie gezeigt werden konnte, erhöht sich das psychische Erkrankungsrisiko für die betroffenen Kinder zusätzlich, wenn neben den Eltern auch die Großeltern an einer Depression erkrankt sind.¹³¹

KINDER IN ALKOHOLBELASTETEN FAMILIEN

Eine besondere Situation entsteht für Kinder in alkoholbelasteten Familien, in denen sich das tägliche Leben der Familie grundlegend verändert. Unberechenbare Reaktionen eines Elternteils unter Alkoholeinfluss verunsichern die Kinder ebenso wie abrupte Stimmungs- und Verhaltensschwankungen. Hinzu kommt, dass Kinder in alkoholbelasteten Familien früh den übermäßigen Alkoholkonsum als „normal“ verstehen. In Deutschland sind ca. 2,65 Millionen Kinder und Jugendliche (bis 18 Jahre) im Laufe ihres Lebens permanent oder vorübergehend von einer alkoholbezogenen Störung der Eltern betroffen; das sind 10 bis 15 % der Kinder und Jugendlichen. Von den Kindern alkoholabhängiger Eltern entwickeln etwa 40 % selbst eine substanzbezogene Abhängigkeitserkrankung. Insbesondere Jungen sind gefährdet, selbst eine Alkoholsucht zu entwickeln, wenn ein Elternteil süchtig ist.¹³²



¹²⁹ Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ): Kinder von psychisch erkrankten und suchtkranken Eltern. Diskussionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe. Berlin 2010.

¹³⁰ Gehrman J., Sumargo S.: Kinder psychisch kranker Eltern. Monatsschrift Kinderheilkunde 2009; 157: 383–394.

¹³¹ Griepentrog J. et al.: Kinder psychisch kranker Eltern: Lebenssituation und Entwicklungsrisiken. In: Bauer U. et al. (Hrsg.): Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Bedarf, Koordination, Praxiserfahrungen. Wiesbaden 2012: 23–46.

¹³² Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ): Kinder von psychisch erkrankten und suchtkranken Eltern. Diskussionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe. Berlin 2010; Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e. V.: Bayerisches Forum Suchtprävention. Dokumentation des 9. und 10. Forums Suchtprävention der LZG. München 2009.

Geschwister von psychisch erkrankten Kindern

Geschwister erleben eine psychische Erkrankung der Schwester oder des Bruders anders als deren Eltern. Die Veränderung des erkrankten Geschwisters wirkt sich oft irritierend auf die Entwicklung des gesunden Kindes aus, da z. B. die Zuwendung der Eltern hauptsächlich dem erkrankten Kind gilt.¹³³ Teilweise gilt dies auch für andere schwere bzw. chronische Erkrankungen von Geschwistern. Erfahrungsberichte beschreiben oftmals eine ambivalente Gefühlsmischung

aus Sorge, Scham und Überforderung auf der einen, und Zuneigung, Liebe und Verantwortungsgefühl auf der anderen Seite. Jedoch gibt es bisher kaum gesicherte Daten, wie sich eine psychische Erkrankung des Bruders oder der Schwester auf die Entwicklung eines gesunden Kindes auswirkt. Grundsätzlich ist es aber auch hier wesentlich, in welchem Verhältnis Risiko- und Schutzfaktoren zueinander stehen, also u. a., welche Unterstützung dem gesunden Kind innerhalb und außerhalb der Familie zukommt.¹³⁴

LANDESVERBAND BAYERN DER ANGEHÖRIGEN PSYCHISCH KRANKER e. V.

Auf der Internetseite des Landesverbandes Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e. V. (LApK) findet man Informations- und Aufklärungsmaterial sowie auch Unterstützung bei der Suche nach Hilfe vor Ort. Hier wird auf die Situation der Angehörigen (Eltern, Geschwister, Freunde, etc.) und die Beziehung zu den psychisch Kranken eingegangen und Hilfe angeboten (www.lvBayern-apk.de).

Präventive Ansätze und Interventionen

Da Kinder psychisch erkrankter Eltern eine sehr viel höhere Rate psychischer Störungen aufweisen, wird die Bedeutsamkeit von Prävention bei Kindern psychisch erkrankter Eltern und deren Familie deutlich. Auch wenn die Behandlung des psychisch erkrankten Elternteiles im Vordergrund steht, müssen die Kinder in die Behandlung mit einbezogen werden. Die Präventionsarbeit setzt dabei vor allem auf die Stärkung der Widerstandsfähigkeit (Resilienz). Dabei gelten stabile familiäre, soziale und personale Ressourcen als Schutzfaktoren für psychische Gesundheit. Besonders im Kinder- und Jugendalter ist die Stärkung familiärer Ressourcen im Fokus, da die Familie eine zentrale Sozialisationsinstanz bildet und ein intensiv wirkendes Schutzsystem in psychosozialen Belastungssituationen darstellt. Familienorientierte Präventionsprogramme setzen auf Psychoedukation, Krankheitsauf-

klärung und Ermutigung zur offenen Kommunikation. Interventionen zur Stärkung der Kinder psychisch erkrankter Eltern sollten Experten zufolge deshalb

- ▶ alltagspraktische Hilfen geben (z. B. Stärkung der Erziehungskompetenz und der familiären Kommunikation),
- ▶ die sozialen Ressourcen durch den Aufbau stabiler Beziehung stärken und
- ▶ Psychoedukation sowohl den Eltern, als auch den Kindern anbieten.¹³⁵

Werdenden Eltern und Eltern mit Babys oder Kleinkindern können Angebote der „Frühen Hilfen“, also z. B. die Unterstützung von Familienhebammen oder Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen über ihre Koordinierende Kinderschutzstelle (KoKi) im örtlichen Jugendamt vermittelt werden.

¹³³ Vgl. Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker (LApK). Angehörige zwischen Mitleid und Hilflosigkeit. www.lvBayern-apk.de/sites/beziehung.html#geschwister

¹³⁴ Schmid R. et al.: Die Situation von Geschwistern psychisch Kranker. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie 2005; 73: 736–749.

¹³⁵ Lenz A., Kuhn J.: Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung. In: Wiegand-Greife S. et al. (Hrsg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen 2011: 269–298.

Versorgungsstruktur und Hilfsangebot

Um den Problemlagen von Kindern psychisch erkrankter Eltern nachhaltig gerecht zu werden, bedarf es vernetzter kind-, eltern- und familienbezogener Beratungs- und Interventionsangebote. Voraussetzung hierfür ist die Kooperation und enge Zusammenarbeit unterschiedlichster Institutionen und Professionen, wie z. B. Kinder- und Jugendhilfe, Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gesundheitsämter, niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, sozialpädiatrische Zentren und Ambulanzen, Erziehungs- und Suchtberatungsstellen,

sozialpsychiatrischer Dienst, Kindertagesstätten und Schulen. Vor allem die Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem ist eine Voraussetzung für wirksame und vor allem frühzeitige Hilfeleistung. Hier setzen die flächendeckend in allen Jugendämtern etablierten Koordinierenden Kinderschutzstellen (KoKi-Netzwerk frühe Kindheit) an: Zu ihren Aufgaben gehört es, die regionalen Angebote aus beiden Systemen zu vernetzen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern, um Eltern frühzeitig Hilfe und Unterstützung anbieten zu können.

AUGSBURGER KINDERSPRECHSTUNDE

Als beispielhaftes Präventionsprojekt für Menschen in besonders belasteten Lebenssituationen wurde 2015 die Augsburger Kindersprechstunde am Augsburger Bezirkskrankenhaus mit dem Bayerischen Präventionspreis ausgezeichnet. Dieses Projekt bietet Mädchen und Jungen mit einem psychisch erkrankten Elternteil Raum für den Austausch über Erfahrungen, Ängste und Fragen, aber auch gemeinsame Freizeitaktivitäten und -erlebnisse.

PRIMÄRPRÄVENTION VON DEPRESSION BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN MIT EINEM AN DEPRESSION ERKRANKTEN ELTERNTEIL (PRODO)

Leidet der Vater oder die Mutter an einer Depression, ist für die Kinder das Risiko erhöht, selbst an einer solchen Störung zu erkranken. Ein Forschungsprojekt der Ludwig-Maximilians-Universität München im Rahmen der Initiative Gesund.Leben.Bayern. untersucht die Wirkung eines Präventionsprogramms für betroffene Familien. Ziel ist es, das Programm bei erfolgreichem Verlauf Bayern- und auch bundesweit einzusetzen (www.kjp.med.uni-muenchen.de, Stichwort „PRODO“).

ZUR SITUATION MINDERJÄHRIGER FLÜCHTLINGE UND IHRER FAMILIEN

- ▶ Rund ein Drittel der Asylsuchenden in Bayern sind Kinder und Jugendliche.
- ▶ Etwa 15.000 dieser Kinder und Jugendlichen waren Ende 2015 als unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (uM) bzw. junge volljährige Flüchtlinge (ehemalige uM die noch unter dem Dach der Jugendhilfe betreut werden) in der Kinder- und Jugendhilfe in Bayern untergebracht.
- ▶ Viele der Kinder und Jugendlichen bringen psychisch belastende Vorerfahrungen mit. Eine Behandlungsbedürftigkeit liegt dabei nicht immer vor.
- ▶ Soziale Unterstützung und tagesstrukturierende Angebote sind eine wichtige Ressource für psychisches Wohlergehen.
- ▶ Die Situation von Flüchtlingen hat in den vergangenen Monaten verstärkt Aufmerksamkeit erlangt. Mehr als die Hälfte aller Flüchtlinge weltweit sind nach Schätzung des United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) Kinder und Jugendliche.¹³⁶
- ▶ Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge¹³⁷ werden durch die öffentlichen Träger der Jugendhilfe in Obhut genommen und bedarfsgerecht betreut.
- ▶ Neben der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) werden Angst und Depression als häufige psychische Probleme von jungen Flüchtlingen genannt. Die Angaben zur Häufigkeit variieren dabei und hängen u. a. von den verwendeten diagnostischen Messinstrumenten, der untersuchten Gruppe und dem methodischen Vorgehen ab.¹³⁸

¹³⁶ United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR): World at War. UNHCR Global Trends. Geneva 2015.

¹³⁷ In Anlehnung an Schammann (2015) meint der Begriff „Flüchtling“ im Folgenden nicht den rechtlichen Status einer Person, sondern beinhaltet auch diejenigen, die (noch) nicht offiziell als schutzberechtigt anerkannt sind. Schammann H.: Rette sich, wer kann? Flüchtlingspolitik im Föderalismus. Aus Politik und Zeitgeschichte 2015; 65: 26–31.

¹³⁸ Ehntholt K. A., Yule W.: Practitioner review: assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2006; 47: 1197–1210.

8. Information, Beratung und Begleitung – in Bayern und darüber hinaus



8. Information, Beratung und Begleitung – in Bayern und darüber hinaus

Es gibt eine Vielzahl von Angeboten für Information, Beratung und Betreuung, Erfahrungsaustausch und Unterstützung für Kinder und ihre Familien. Mit einem Fokus auf Bayern ist eine Auswahl davon in diesem Kapitel zusammengestellt.

Medizinische und psychologische Versorgung

Die Kinderärztin oder der Kinderarzt spielen im Leben jedes Kindes eine wichtige Rolle. Als Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sind sie nicht nur Ansprechpartner bei Erkrankungen, sondern immer auch Begleiter der gesunden Entwicklung, unter anderem durch regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen und durch Beratung der Eltern zu allen Fragen der Kindergesundheit, speziell auch bzgl. der psychischen. Kinder- und Jugendärzte begleiten ihre kleinen Patienten von den ersten Lebenstagen an über viele Jahre bis zum Erwachsenenalter.

Auskunft darüber, welche niedergelassenen Ärzte wohnortnah erreichbar sind, gibt der **Arztsuchdienst der Bayerischen Landesärztekammer** unter:

www.arzt-Bayern.de

Auch die **Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB)** führt ein Verzeichnis aller Ärztinnen und Ärzte mit Kassenzulassung in Bayern, erreichbar telefonisch und online unter:

www.kvb.de

Patienten-Infoline: Tel. 089 5454640420

Bundesweit hilft das Online-Portal **„Kinderärzte im Netz“** dabei, einen niedergelassenen Arzt oder auch Reha-Kliniken für Kinder zu finden. Darüber hinaus gibt das Internetangebot des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (bvkj) umfangreiche Informationen zur kindlichen Entwicklung, zu psychischen Störungen, aber auch allgemeinen medizinischen Sachverhalten.

www.kinderaerzte-im-netz.de oder
www.Bayern.bvkj.de

Übersicht über das kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsnetz in Bayern liefert die Internetseite der Stiftung **„Achtung!Kinderseele“** unter dem Punkt „Service“:

www.achtung-kinderseele.de

Und bei der Suche nach einem Psychotherapieplatz hilft der Psychotherapeutensuchdienst der **Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten** unter dem Punkt Psychotherapeuten-Suche:

www.ptk-Bayern.de

Ein bundesweiter Projekteatlas zum Thema „Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern“ ist auf der Internetseite des **Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.** zu finden:

www.kinder.mapcms.de

Akute Krisen

Im akuten Krisenfall muss schnelle Beratung und Hilfe gewährleistet sein. Neben den regionalen **Krankenhäusern, rechtsmedizinischen Instituten** an nahezu allen größeren Kliniken und der **Polizei** sind folgend einige Anlauf- und Beratungsstellen genannt:

Nummer gegen Kummer e.V. ist die Dachorganisation eines telefonischen und kostenfreien Beratungsangebotes für Kinder, Jugendliche und Eltern. In Bayern gibt es sechs Standorte, so können die Berater, falls nötig, an weiterführende Hilfemöglichkeiten im Umfeld der Anrufenden verweisen. Es gibt sowohl ein **Kinder- und Jugendtelefon** als auch ein **Elterntelefon**.

Auf der Internetseite werden ebenfalls „hilfreiche Links“ zu einigen psychischen Problemfeldern von Kindern und Jugendlichen aufgeführt.

www.nummergegenkummer.de

Kinder- und Jugendtelefon: 116 111

bzw. 0800 111 0333 (anonym und kostenlos)

Mo–Sa: 14.00–20.00 Uhr,

Sa: 14.00–20.00 Uhr: Jugendliche beraten Jugendliche

Elterntelefon: 0800 111 0550 (anonym und kostenlos)

Mo–Fr: 9.00–11.00 Uhr, Di und Do: 17.00–19.00 Uhr

Das **KinderschutzZentrum München** bietet Beratung, Therapie und Hilfen für Kinder, Jugendliche und Familien in Belastungs- und Krisensituationen bei Gewalt, Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung.

KinderschutzZentrum München

Kapuzinerstr. 9 d, 80337 München

Telefon: 089 555356 (Mo–Do: 9.00–12.30 Uhr, 13.30–17.00 Uhr, 19.00–20.00 Uhr / Fr: 9.00–12.30 Uhr 13.30–16.00 Uhr, 19.00–20.00 Uhr / Sa, So und feiertags: 9.30–11.30 Uhr

Der **Krisendienst Psychiatrie München** bietet telefonische Krisenberatung und Krisenintervention als erste Entlastungs- und Orientierungshilfe, mobile Einsätze am Ort der Krise, Abklärung der Krisensituation und Beratung von Betroffenen und Bezugspersonen vor Ort und Wegweisung und Vermittlung an spezialisierte Hilfen:

Telefon: 089 7295960 (Täglich 9.00–21.00 Uhr)

www.krisendienst-psychiatrie.de

Die Bayerischen Krisendienste und Beratungsstellen bei Suizidgefahr bieten Beratung für Menschen in Lebenskrisen, bei Suizidgefährdung und nach einem Suizidversuch (Nachsorge) sowie Hinterbliebenenberatung, Fortbildung und Aufklärung an:

DIE ARCHE – Suizidprävention und Hilfe in Lebenskrisen e. V.

Saarstraße 5, 80797 München

Tel. 089 334041

Mo–Fr: 9.00 – 13.00 Uhr, 14.30–17.00 Uhr

Fax. 089 395354, E-Mail: info@die-arche.de

www.die-arche.de

Krisendienst Würzburg

Kardinal-Döpfner-Platz 1, 97070 Würzburg

Tel.: 0931 57 17 17

Mo–Fr: 14.00–18.00 und nach Vereinbarung

Bereitschaftsdienst von 18.30–0.30 Uhr

E-Mail: info@krisendienst-wuerzburg.de

www.Krisendienst-wuerzburg.de

Krisendienst Horizont – Hilfe bei

Suizidgefahr Regensburg

Hemauer Straße 8, 93047 Regensburg

Tel.: 0941 58 18 1

Mo: 9.00–13.00 Uhr; Di–Do: 9.00–17.00 Uhr;

Fr: 9.00–18.00 Uhr; Sa, So, feiertags: 14.00–18.00 Uhr

www.krisendienst-horizont.de

Krisendienst Mittelfranken

Hessestraße 10, 90443 Nürnberg

Tel.: 0911 4248550

Mo–Do: 18.00–24.00 Uhr; Fr: 16.00–24.00 Uhr;

Sa, So, feiertags: 10.00–24.00 Uhr

Russischsprachiges Angebot Tel.: 0911 42485520

Di: 18.00–20.00; Do: 20.30 – 22.30; Sa: 17.00 – 19.00 Uhr

Türkischsprachiges Angebot Tel.: 0911 42485560

Mo, Mi, Fr, So: 20.00–22.00 Uhr

E-Mail: info@krisendienst-mittelfranken.de

(keine Beratung per E-Mail)

www.krisendienst-mittelfranken.de

Eltern- und Familienbildung, Erziehungsberatung

Familienbildungsstätten begleiten und fördern Eltern und Familien. Sie sind verlässliche Orte für Austausch und Begegnung. Jedes Jahr nehmen mehr als 95.000 Frauen und Männer in Bayern die Kurse, Vorträge, Gruppen, Feste und Freizeiten der Familienbildungsstätten in Anspruch. Ihre Themen sind Erziehung, physische und psychische Gesundheit, Elternschaft und partnerschaftliche Kommunikation, u. v. m. Die Landesarbeitsgemeinschaft Bayerischer Familienbildungsstätten verzeichnet alle Familienbildungsstätten in Bayern:

**Landesarbeitsgemeinschaft
Bayerischer Familienbildungsstätten e. V.
Haus des Stiftens
Landshuter Allee 11, 80637 München
Tel: 089 744200-470**

www.familienbildung-by.de

Das „**Familienhandbuch Bayern**“ des Staatsinstituts für Frühpädagogik ist ein Online-Angebot, das ebenfalls kostenfrei Antworten auf die verschiedensten Fragen im Leben von und mit Kindern gibt. Rund 1.500 Beiträge von Fachleuten decken das gesamte Spektrum des Familienlebens ab, z. B. auch Konfliktsituationen. Die wichtigsten Informationen sind in acht Sprachen abrufbar:

www.familienhandbuch.de

Neben den Beratungsmöglichkeiten in den Jugendämtern mit dem **KoKi-Netzwerk frühe Kindheit** steht Familien in Bayern ein flächendeckendes Netz von rund 180 **Erziehungsberatungsstellen** zur Verfügung. Diese Einrichtungen, die in der Trägerschaft der öffentlichen und freien Jugendhilfe sind, leisten einen wesentlichen Beitrag zur Stärkung elterlicher Erziehungskompetenzen gerade in Belastungssituationen. In den Erziehungsberatungsstellen beraten kostenlos multidisziplinäre Teams bei interfamiliären Problemen, Trennung, Scheidung, Umgang, Erziehungs- und Entwicklungsfragen Eltern und junge Menschen:

www.erziehungsberatung.Bayern.de

Die bayerischen Erziehungsberatungsstellen beteiligen sich personell, der Freistaat finanziell am länderübergreifenden Projekt „Virtuelle Erziehungsberatung“ der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (Näheres siehe bei den überregionalen Informationsplattformen im Internet).

„**Eltern im Netz**“ ist der Elternratgeber des Zentrums Bayern Familie und Soziales - Bayerisches Landesjugendamt, der ebenfalls über alle Fragen rund um Familie und kindliche Entwicklung von der Schwangerschaft bis zum Erwachsenwerden informiert und auch lokale Ansprechpartner nennt:

www.elternimnetz.de

Das **Netzwerk Familienpaten Bayern** unterstützen Familien in schwierigen Lebenssituationen. An über 50 Standorten ist das Projekt inzwischen etabliert, das von den Landesverbänden des Deutschen Kinderschutzbundes e.V. und des Katholischen Deutschen Frauenbundes e.V. sowie des Landesverbandes Mütter- und Familienzentren in Bayern e.V. und dem Zentrum Aktiver Bürger Nürnberg ins Leben gerufen worden ist. Sie schulen die ehrenamtlichen Familienpaten für ihre Aufgaben:

www.familienpaten-Bayern.de

Der **Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e. V.** stellt eine Reihe an Informationen für Familien psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher, ebenso wie für Kinder psychisch kranker Eltern, Beratungsmöglichkeiten, regionale Selbsthilfeangebote, Seminare, u. a. auf der Webseite zur Verfügung:

**Landesverband Bayern der Angehörigen
psychisch Kranker e. V.
Pappenheimstr. 7, 80335 München
Telefon 089 51 08 63 25
E-Mail: lvBayern_apk@t-online.de**

Sprechzeiten: Mo – Fr 10.00 – 14.00 Uhr

www.lvBayern-apk.de

Stichwort: Kinder

Die Elternkurse „**Starke Eltern – Starke Kinder**“ (Deutscher Kinderschutzbund, Landesverband Bayern e.V.) unterstützen Eltern in konfliktgeladenen Situationen den Familienalltag gelassen und souverän zu meistern. Standorte der Bayernweiten Elternkurse sind unter dem Punkt „Angebote“ zu finden (Kurse werden auch auf türkisch oder russisch angeboten):

www.kinderschutzbund-Bayern.de

„**PRODO**“ ist ein Programm der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Ludwig-Maximilians-Universität München zur Primärprävention von Depression bei Kindern und Jugendlichen mit einem an Depression erkrankten Elternteil. Es wird durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege gefördert. Mehr Information dazu:

www.prodo-studie.de

Im Projekt „**Mit Migranten für Migranten**“, kurz „**MiMi Bayern**“, gibt es fremdsprachige Informationen auch zur psychischen Gesundheit, z. B. die Broschüre „Wegweiser Psychotherapie“. In dem u. a. vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege geförderten Projekt des Ethnomedizinischen Zentrums Hannover werden Migrantinnen und Migranten zu interkulturellen „Gesundheitsmediatoren“ ausgebildet. Sie informieren ihre Landsleute muttersprachlich über das deutsche Gesundheitssystem und über gesundheitsbezogene Fragen. Elf Städte in Bayern sind inzwischen MiMi-Standorte: Augsburg, Bamberg, München, Ingolstadt, Kitzingen, Nürnberg, Regensburg, Schweinfurt, Coburg, Landshut und Würzburg. Überregionale Kontaktadressen und Kooperationspartner sind zu finden unter:

www.stmgp.Bayern.de/aufklaerung_vorbeugung/giba/projekte/mimi.htm

Ausgewählte regionale Angebote (exemplarisch)

Die **Kindersprechstunde des Bezirkskrankenhauses Augsburg** bietet Kindern psychisch erkrankter Eltern, die im Bezirkskrankenhaus in Behandlung sind, Raum für den Austausch über Erfahrungen, über Ängste und Fragen, aber auch gemeinsame Freizeitgestaltung.

Bezirkskrankenhaus Augsburg
Dr. Mack-Straße 1, 86156 Augsburg

www.bkh-augsburg.de/ambulante-angebote/kindersprechstunde.html

In Unterfranken können sich Angehörige psychisch Kranker an den **Verein für Angehörigenselbsthilfe Aschaffenburg und Umgebung** wenden. Die frühzeitige Information und der regelhafte Einbezug von Familie und Freunden werden hierbei gefördert.

Verein für Angehörigenselbsthilfe
Aschaffenburg und Umgebung
Zum Stadion 24, 63803 Haibach
Tel.: 06021 607 10

Information und Beratung bei seelischen Problemen und psychiatrischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen findet man auf der Webseite des **Referats für Gesundheit und Umwelt – SG Seelische Gesundheit München:**

SG Seelische Gesundheit
Schwanthalerstraße 69, 80336 München
Tel.: 089 233 669 33 (Kontaktaufnahme)
Fax: 089 233 669 32
E-Mail: kinderpsyberatungsstelle.rgu@muenchen.de

www.muenchen.de

Das **Autismuskompetenzzentrum Oberbayern** bietet Beratung und mehr für Menschen mit Autismus und ihre Angehörigen. Beratungsstellen gibt es in München, Ingolstadt, Rosenheim, Garmisch-Partenkirchen, Landsberg/Lech und Freilassing. Träger sind die Kliniken des Bezirks Oberbayern, der Paritätische Wohlfahrtsverband Bayern sowie der Verein autismus Oberbayern e.V.:

Autismuskompetenzzentrum Oberbayern
gemeinnützige GmbH
Zamdorfer Straße 100, 81677 München
Telefon: 089 4522587-0 / Fax: 089 4522587-19

www.autkom-obb.de/

Informationsplattformen im Internet

Im Internet gibt es zahlreiche Informationsangebote rund um das Thema psychische Kindergesundheit. Wichtig ist es hier darauf zu achten, ob die Internetseiten seriös sind. Dies ist oft nicht einfach zu entscheiden. Anerkannte Gütesiegel wie afgis oder Honcode helfen bei einigen Angeboten. Hier werden exemplarisch nur einige übergreifende Angebote genannt:

Die **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** liefert Informationen zur psychischen Gesundheit von Kindern in verschiedenen Altersgruppen sowie für unterschiedliche Adressaten:

www.kindergesundheit-info.de

Die **Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e. V. (bke)** bietet kostenlos Online-Beratung für Jugendliche mit Problemen und für Eltern an, die von ausgebildeten und erfahrenen Beratungskräften durchgeführt wird. Das Angebot umfasst die Einzelberatung (Mail-Beratung), eine offene Sprechstunde (Einzelberatung als Chat), den Gruppenchat oder den Themenchat und das Forum:

www.bke-jugendberatung.de
www.bke-elternberatung.de

7. Kinder psychisch erkrankter Eltern

Informationen zum Thema psychische Erkrankungen bei Kindern und jungen Menschen gibt es auf der Internetseite des **Kindernetzwerks** unter dem Punkt „Themen-Portale“:

www.kindernetzwerk.de

Der **Dachverband Gemeindepsychiatrie** bietet Informationen über aktuelle Projekte zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, u. a. über einen kostenlosen Kinder-Newsletter:

www.psychiatrie.de/dachverband/kinder/

Gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit stellt die **Familien-Selbsthilfe Psychiatrie des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker e.V.** Informationsbroschüren zu den Schwerpunkten „Psychisch auffällige Kinder und Jugendliche“ und „Kinder psychisch kranker Eltern“ zur Verfügung. Einige Broschüren sind auch in türkischer oder russischer Sprache abrufbar.

www.psychiatrie.de/bapk/

Beim **Netzwerk Prävention des Bayerischen Zentrums für Prävention und Gesundheitsförderung (ZPG)** gibt es auch Informationen über Projekte zur psychischen Gesundheit von Kindern.

www.zpg-Bayern.de/netzwerk-praevention.html

Das Internetangebot der **Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)**, die die rund 44.000 Psychotherapeuten in Deutschland vertritt, bietet Informationen zu einer Vielzahl psychischer Probleme Jugendlicher, z. B. Essstörungen, Depressionen, Selbstverletzungen, Angststörungen, Wut, Sucht und Zwängen:

www.gefuehle-fetzen.net

Internetplattformen zu ausgewählten psychischen Störungen

Im Folgenden werden Unterstützungsangebote im Internet bei ausgewählten psychischen Störungen vorgestellt, die im Kindes- und Jugendalter besonders relevant sind.

Die Internetseite **FIDEO** vom **Diskussionsforum Depression e.V.** richtet sich speziell an Kinder und Jugendliche, aber auch an Familien und Freunde sowie Pädagogen von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen.

www.fideo.de

Das **Münchner Bündnis gegen Depression e.V.** bietet informative Flyer an und kann auf Anfrage Informationstage an Schulen gestalten.

www.buendnis-depression.de/depression/kinder-und-jugendliche.php

Das **ADHS Infoportal** informiert Ratsuchende zum Thema Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS):

www.adhs.info

Das **zentrale adhs-netz** ist ein bundesweites Netzwerk zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Es richtet sich sowohl an Experten als auch an Betroffene, ihre Angehörigen und Bezugspersonen. Es informiert außerdem die Öffentlichkeit über ADHS. In Bayern gibt es derzeit neun regionale Netze, die vor Ort Beratung und Unterstützung bieten:

www.zentrales-adhs-netz.de/regionale-netze.html

„**Kinder stark machen**“ ist eine Initiative der **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** zur Suchtvorbeugung. Auf der Internetseite gibt es Informationen, Unterrichtsmaterialien sowie eine Übersicht zu Beratungsangeboten mit einem Verzeichnis aller Suchtberatungsstellen:

www.kinderstarkmachen.de

Freunde fürs Leben e.V. ist Mitglied der DGS – Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention und klärt Jugendliche und junge Erwachsene über die Themen Suizid und seelische Gesundheit auf.

www.frnd.de

Gesunde Entwicklung fördern ...

... in der Schwangerschaft und den ersten Lebensjahren

Hilfe und Unterstützung für Mütter und Väter mit Säuglingen oder Kleinkindern in schwierigen Lebenslagen bieten die **Koordinierenden Kinderschutzstellen**, kurz **„KoKi“ in Bayern**. Ihr Konzept, vor Ort fachübergreifende Netzwerke der Kinder- und Jugendhilfe mit Kliniken, Ärzten, Hebammen, Beratungsstellen und anderen Akteuren aufzubauen, in denen Familien in belastenden Lebenslagen rechtzeitig und gezielt Unterstützung bekommen, war Vorlage für die im Bundeskinderschutzgesetz aufgenommenen „Netzwerke Frühe Hilfen“, die es inzwischen in ganz Deutschland gibt. Die in allen Landkreisen und kreisfreien Städten Bayerns eingerichteten KoKis sind eigene Fachstellen im Jugendamt, die Rat suchenden Eltern Angebote der Frühen Hilfen vor Ort vermitteln. Ihre Angebote unterliegen der Schweigepflicht und sind kostenfrei. Wo die Koordinierenden Kinderschutzstellen zu finden sind, zeigt das Verzeichnis des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Soziales, Familie und Integration unter:

www.koki.Bayern.de

Auch wenn die jungen Eltern wissen, dass diese schwierige Zeit bald vorüber geht, fühlen sich viele mit einem „Schreibaby“ oft verunsichert, überfordert und erschöpft. Hilfe bieten neben Kinder- und Jugend- sowie Hausärzten auch die Sozialpädiatrischen Zentren. Darüber hinaus wird Eltern von Schreibabys in Bayern an 46 Standorten in Erziehungsberatungsstellen, Familienbildungsstätten und Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen Rat und Hilfe von rund 100 speziell fortgebildeten Fachkräften angeboten. Diese **Schreibaby-Beratungsstellen** ergänzen die Arbeit von „Schreibabyambulanzen“ und Frühförderstellen in ganz Bayern, die Eltern in dieser schwierigen Lage beraten:

www.stmas.Bayern.de/familie/bildung/schreibabys.php

Überregionales Krisentelefon der Münchner Sprechstunde für „Schreibabys“

Telefon: 0800/7100900 (kostenlos)

erreichbar Mittwoch, Freitag, Samstag und Sonntag von 19.00 Uhr bis 22.00 Uhr

... im Kindergartenalter

Die Kindergärten sind ein wichtiger Ort für das Erleben und Erlernen gesunder Lebensweisen. Der **Bayerische Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder in Kindertageseinrichtungen bis zur Einschulung (BEP)** sieht ausdrücklich die Unterstützung der ganzheitlichen Entwicklung vor. Landesweit gibt es verschiedene Projekte für Kindergärten und Kindertageseinrichtungen, die diese Lernprozesse voranbringen, beispielsweise

- **FREUNDE**, ein Präventionsangebot für Kindertageseinrichtungen zur Förderung der Lebenskompetenzen. Das mit dem Bayerischen Gesundheitsförderungs- und Präventionspreis ausgezeichnete Programm, das auf die Fortbildung pädagogischer Fachkräfte setzt, wurde von regionalen Rotary-Clubs in Bayern ins Leben gerufen und wird von der Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e. V. betreut.

www.aj-Bayern.de

- **Papilio** ist ein bundesweites Programm für Kindergärten zur Primärprävention von Verhaltensproblemen und zur Förderung sozioemotionaler Kompetenz. Papilio leistet einen Beitrag zur Sucht- und Gewaltprävention mit Unterstützung von Figuren der Augsburger Puppenkiste. Eine Liste der bayerischen Papilio-Kindergärten findet sich auf der Homepage:

www.papilio.de

- **„Mit mir nicht!“**: Im Präventionsprojekt zur Förderung der psychischen Gesundheit geben die Betriebskrankenkassen (BKK) in Bayern Erzieherinnen Materialien an die Hand, um mit den Kindern spielerisch ein verstärktes Körper- und Selbstbewusstsein, eine verbesserte Gefühlswahrnehmung und ein ausgewogenes Selbstwertgefühl zu erarbeiten.

www.bkk-Bayern.de

... während der Schul- und Ausbildungszeit

Gesundheitsbildung ist traditionell eine wichtige Aufgabe der Schulen: Nach Artikel 1 des Bayerischen Erziehungs- und Unterrichtsgesetzes sollen sie „Wissen und Können vermitteln sowie Geist und Körper, Herz und Charakter bilden“. Zugleich ist das Wohlbefinden von Schülern und Lehrern in der Schule eine wesentliche Bedingung für Lernerfolg und Bildungsqualität.

Das **Landesprogramm für die gute gesunde Schule**, das bereits seit 2008 besteht, zielt auf die systematische Verbesserung der Gesundheit aller am Schulleben Beteiligten mit Hilfe gesundheitsfördernder Maßnahmen und unterstützt Schulen in diesem Entwicklungsprozess unter anderem mit Fortbildungsangeboten und Unterrichtsmodule. Regionalkoordinatoren begleiten die Schulen dabei vor Ort. Kooperationspartner im Landesprogramm sind die Bayerischen Staatsministerien für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst sowie für Gesundheit und Pflege, die AOK Bayern, die Barmer GEK und die Kommunale Unfallversicherung in Bayern:

www.ggs-Bayern.de

Daneben gibt es viele schulbezogene Programme zur Prävention und Gesundheitsförderung, bei denen die psychische Gesundheit ein wesentlicher Baustein ist, zum Beispiel:

- **Klasse 2000**, ein Unterrichtsprogramm des Vereins Programm Klasse2000 e.V. zur Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltprävention in Grund- und Förderschulen. Lehrkräfte und externe Experten gestalten Unterrichtsstunden zu den Themen Ernährung, Bewegung, Gewalt- und Suchtvorbeugung und stärken damit die Kompetenzen und Fertigkeiten der Kinder zur Bewältigung ihres Alltags.

www.klasse2000.de

- Das Lernpaket „Psychisch Kranke“ für Schulen des **Bündnisses für psychisch erkrankte Menschen (BASTA)** soll Jugendliche an Schulen für das Thema psychische Erkrankungen sensibilisieren. Ziel ist es, Vorurteile gegenüber psychisch kranken Menschen abzubauen, beispielsweise durch die persönliche Begegnung mit Psychiatrie-Erfahrenen.

www.openthedoors.de/de/lernpaket_schule.php

- **Lions Quest „Erwachsen werden“**, ein Programm zur Förderung der Persönlichkeitsentwicklung, das dazu befähigen will, Konflikt- und Problemsituationen besser zu bewältigen. Getragen wird es von den Lions-Clubs, in Bayern von den Distrikten Bayern Nord und Bayern Süd.

www.lions-quest.de

- Das **MFM-Projekt** (Mädchen Frauen Meine Tage) wurde 1999 im Fachbereich Ehe und Familie der Erzdiözese München-Freising in Kooperation mit der Bayerischen AIDS-Stiftung, Verein zur Gesundheitsförderung e.V., entwickelt. Das Projekt begleitet Mädchen, Jungen und ihre Eltern in die Pubertät. Unter dem Motto „Nur was ich schätze kann ich schützen“ steht die Wertschätzung des eigenen Körpers als Voraussetzung für einen verantwortungsvollen Umgang mit Gesundheit und Sexualität im Mittelpunkt. Das Projekt wurde mit dem Bayerischen Gesundheitsförderungs- und Präventionspreis ausgezeichnet.

www.mfm-projekt.de

- **„sauba bleim“**, das interaktive Sucht- und Drogen-Präventionsprogramm des Polizeipräsidiums München für Schülerinnen und Schüler an weiterführenden Schulen.

www.polizei.Bayern.de

Stichwort „sauba bleim“

- **„Verrückt? Na und! Seelisch fit in Schule und Ausbildung“** ist ein Projekt unter der Schirmherrschaft des Bundesgesundheitsministers. Es richtet sich an Jugendliche von 14 bis 25 Jahren und will das Thema seelische Gesundheit in Schule und Ausbildung bringen. Schülerinnen, Schüler und Lehrkräfte sollen Wege kennenlernen, besser mit Krisen und seelischen Beschwerden umzugehen.

www.verrueckt-na-und.de

Die **„Aktion Jugendschutz Bayern e.V.“** bietet Material zur Suchtprävention an, mit dem Kinder und Jugendliche sowie Eltern, Lehrer und andere Betreuer arbeiten können.

www.Bayern.jugendschutz.de

Die **Staatliche Schulberatung in Bayern** bietet Schülern, Eltern und Lehrern qualifizierte Ansprechpartner an den Schulen. Ein Team von Beratungsexperten (Beratungslehrkräfte, Schulpsychologen) steht als staatliche Schulberatungsstelle in jedem Bezirk und für jede Schulart zur Verfügung. Unter dem Punkt „Pädagogisch, psychologische Fragestellungen“ erhält man Informationen zu Themen wie, Mobbing, Verhaltensprobleme, u.v.m. und Kontakte zu regionalen Ansprechpartnern:

www.schulberatung.Bayern.de

Jugendsozialarbeit an Schulen – JaS ist gewissermaßen die Filiale des Jugendamts an der Schule. Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche werden von Seiten der Jugendhilfe direkt am Ort der Schule durch sozialpädagogische Fachkräfte unterstützt. Ziele der JaS – Zielgruppe – Arbeitsweise – Einsatzorte sind abrufbar unter:

www.jugendsozialarbeit.Bayern.de

Kinderschutz

Weiterführende Informationen zum **Kinderschutz** in Bayern sind auf der Seite des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Soziales, Familie und Integration (StMAS) zu finden: www.kinderschutz.Bayern.de

Relevante Ansprechpartner und Adressen finden Sie im Leitfaden des StMAS „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – Erkennen und Handeln“, <http://www.stmas.Bayern.de/familie/beratung/jugendamt/>

Die vom StMAS geförderte **Kinderschutzambulanz** ist eine Bayernweite Anlauf- bzw. Beratungsstelle bei Fragen zum Erkennen von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche, insbesondere für Ärzte und andere Fachkräfte der Gesundheitsberufe sowie für Fachkräfte der Jugendhilfe (v. a. Jugendämter), Lehrkräfte und Eltern. In der Kinderschutzambulanz können Kinder und Jugendliche – unabhängig von einer Strafanzeige – schnell, umfassend und kostenlos untersucht, Verletzungen dokumentiert und Beweismittel und Spuren gesichert werden.

Kinderschutzambulanz
Institut für Rechtsmedizin der
Ludwig-Maximilians-Universität München
Nußbaumstraße 26, 80336 München

<http://www.rechtsmedizin.med.uni-muenchen.de/kinderschutzambulanz>

Telefon: 089/2180 73011, Tag und Nacht erreichbar

Das **KinderschutzZentrum des Deutschen Kinderschutzbundes, Landesverband Bayern e. V.** berät Kinder, Jugendliche, Eltern und Bezugspersonen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter helfen bei Gewaltproblemen, vor allem bei körperlicher und seelischer Misshandlung, Vernachlässigung und sexueller Gewalt, telefonisch und persönlich:

KinderschutzZentrum München
Kapuzinerstraße 9D, 80337 München
Telefon: 089 555356

www.kinderschutzbund-muenchen.de,
Stichwort „Kinderschutzzentrum“

Der **Bayerische Jugendring** arbeitet mit seinem Programm „**Prätect**“ für die **Prävention sexueller Gewalt** in der Kinder- und Jugendarbeit, unter anderem mit Informationsveranstaltungen und -materialien, Beratungs- und Fortbildungsangeboten:

Bayerischer Jugendring
Herzog-Heinrich-Straße 7, 80336 München
Telefon: 089 51458-0

www.bjr.de
Stichwort: Prätect

Zusammenhalt stärkt: Angebote der Selbsthilfe

In Bayern gibt es in jeder Region Selbsthilfegruppen zu verschiedensten Themen, viele davon auch zu Erkrankungen bei Kindern. Unterstützt werden sie finanziell durch den Freistaat sowie durch die gesetzliche Krankenversicherung, die nach § 20c des Fünften Sozialgesetzbuches dazu verpflichtet ist. Wer in Bayern eine Selbsthilfegruppe in seiner Nähe sucht oder selbst eine neue Gruppe gründen will, findet Auskunft und Rat bei Selbsthilfekontaktstellen. In Bayern gibt es rund 30 dieser Einrichtungen, die über die **Selbsthilfekoordination (SeKo) Bayern** vernetzt sind:

Selbsthilfekoordination Bayern
Scanzonistraße 4, 97080 Würzburg
Telefon: 0931 2057910

www.seko-Bayern.de und
www.selbsthilfe-in-Bayern.de

Stiftungen, Verbände und Vereinigungen rund um die psychische Kindergesundheit

In Deutschland gibt es eine Vielzahl von großen und kleinen Stiftungen, Verbänden und anderen unterstützenden Organisationen rund um die Kindergesundheit, oft spezialisiert auf Hilfestellungen bei einzelnen psychischen Krankheitsbildern. Einen Überblick über die Stiftungen gibt es unter

www.stiftungen.org

Die in München gegründete Stiftung **Bündnis für Kinder. Gegen Gewalt** unterstützt und fördert ausgewählte Projekte zu Gewaltprävention und Kinderschutz, mit Beteiligung eines breiten gesellschaftlichen Bündnisses:

Stiftung Bündnis für Kinder
Hegelstraße 2, 95447 Bayreuth
E-Mail: info@buendnis-fuer-kinder.de

Die Stiftung **Achtung! Kinderseele** ist ein Zusammenschluss der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V., des Berufsverbands der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. und der Arbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (BAG). Die Stiftung ist Ansprechpartner und Informationsplattform für alle Fragen rund um seelische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter.

Stiftung für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
Neuer Wall 86, 20354 Hamburg
Telefon: 040 36 13 07 600

www.achtung-kinderseele.org

Der **Verein „Menschenskinder“** der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Universität Würzburg setzt sich im Raum Würzburg und Unterfranken für die Belange psychisch kranker Kinder, Jugendlicher und ihrer Familien ein. Es werden therapiebegleitende Aktivitäten angeboten, z. B. gemeinsame Ausflüge und Freizeitmaßnahmen. Weitere Informationen und Kontakt:

„Menschenskinder“ – Verein zur Unterstützung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen in Würzburg und Unterfranken e. V.

c/o Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Universität Würzburg
Füchlsleinstr. 15, 97080 Würzburg
Tel.: 0931 20 17 80 00, Fax: 0931 20 17 80 40
E-Mail: menschenskinder@kjp.uni-wuerzburg.de

www.kjp.ukw.de/einrichtungen/verein-menschenskinder.html

Die **Bayerische Gesellschaft für psychische Gesundheit e. V.** engagiert sich gegen Diskriminierung und Ausgrenzung, für Akzeptanz und Integration psychisch Kranker. Ein Schwerpunkt des Vereins sind therapeutische Jugendwohngruppen. Der Verein wendet sich damit an Jugendliche und junge Erwachsene mit psychiatrischen Erkrankungen in einer schweren Lebenskrise.

www.die-bayerische.de

Der **Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e. V.** stellt eine Reihe an Informationen für Familien psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher, ebenso wie für Kinder psychisch kranker Eltern, Beratungsmöglichkeiten, regionale Selbsthilfeangebote, Seminare, u. a. auf seiner Webseite zur Verfügung:

Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e. V.
Pappenheimstr. 7, 80335 München
Telefon 089 51 08 63 25
E-Mail: lvBayern_apk@t-online.de
Sprechzeiten: Mo–Fr 10.00 Uhr–14.00 Uhr

www.lvBayern-apk.de

Auskünfte zur psychischen Kindergesundheit erhalten Sie auch bei vielen anderen Akteuren des Gesundheitswesens, etwa den **Krankenkassen** oder den **Wohlfahrtsverbänden** sowie insbesondere auch bei den **Gesundheitsämtern in Bayern**. Eine Liste der bayerischen Gesundheitsämter finden Sie unter:

www.oegd-Bayern.de/html/bayerische_gas.html



Bayern | DIREKT ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung.

Unter Telefon **089 12 22 20** oder per E-Mail unter **direkt@Bayern.de** erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.

IMPRESSUM

Herausgeber: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
Haidenauplatz 1, 81667 München
Tel.: (089) 54 02 33-0
www.stmgp.Bayern.de

Redaktion: Dr. Joseph Kuhn, Benjamin Moritz, Franziska Poppe, Sylvia Zollikofer,
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.

Gestaltung: CMS – Cross Media Solutions GmbH, Würzburg

Bildnachweis: © Katarzyna Bialasiewicz / Thinkstock, © Ariel Skelley / Corbis, © Oliver Rossi / Corbis,
© Nino / Corbis, © Richard T. Nowitz / Corbis, © Tim Hall / Corbis, © KidStock Blend Images / Corbis,
© Stockbyte / GettyImages, © Kevin Dodge / Corbis, © JGI Jamie Grill Blend Images / Corbis,
© Anders Hald / Corbis, © Hill Street Studios / Corbis

Druck: Druckerei Schmerbeck GmbH, Tiefenbach

Stand: Juni 2016

Artikelnummer: stmgp_psych_007
© Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

Dem Bericht liegt eine **gutachterliche Stellungnahme** von Prof. Dr. Petra Kolip, Dr. Emily Finne und Sarah Zimmer, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, zugrunde.

Für die **Bereitstellung von Daten** danken wir insbesondere der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, dem Bayerischen Landesamt für Statistik, dem Statistischen Bundesamt sowie Dr. Thomas Grobe, AQUA-Institut, Prof. Dr. Volker Mall, TU München, Lehrstuhl Sozialpädiatrie, Prof. Dr. Ludwig Kraus, IFT München, Afra Gieloff, BAMF und Margret Ziegler vom Kinderzentrum München.

Prof. Dr. Gerd Schulte-Körne, LMU München, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Karl-Heinz Möhrmann, Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V., Bettina Naumann, Aktionsbündnis Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Landkreis Dachau, Peter Lehdorfer, Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Dr. Ingrid Schubert, pmv-Forschungsgruppe Köln und Britta Kelch, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Elena Kromm-Kostjuk, MiMi Bayern sowie den beteiligten Staatsministerien danken wir für **Informationen, Beratung und Durchsicht von Kapiteln**.

In diesem Bericht wird zur besseren Lesbarkeit in der Regel die männliche Schreibweise verwendet. Gemeint sind, insofern es nicht explizit anders hervorgehoben wird, beide Geschlechter.

HINWEIS

Diese Druckschrift wird kostenlos im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von den Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden. Bei publizistischer Verwertung – auch von Teilen – Angabe der Quelle und Übersendung eines Belegexemplars erbeten.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Die Broschüre wird kostenlos abgegeben, jede entgeltliche Weitergabe ist untersagt. Diese Broschüre wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann dennoch nicht übernommen werden. Für die Inhalte fremder Internetangebote sind wir nicht verantwortlich.