

# **Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen**

---

## **Herausforderung für Sozial- und Bildungspolitik**

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Überblick</b>	<b>3</b>
<b>2. Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen</b>	<b>4</b>
2.1. Psychische Krankheiten	4
2.2. Risiko- und Schutzfaktoren	4
<b>3. Förderung der psychischen Gesundheit</b>	<b>6</b>
3.1. Entwicklungs- und gesundheitsfördernde Lebenswelten	6
3.2. Früherkennung	8
3.3. Bevölkerungsbezogene Untersuchungen	10
<b>4. Verantwortungsdiffusion zwischen Sozial- und Bildungssystem</b>	<b>11</b>
4.1. Gesundheitssystem	11
4.2. Kinder- und Jugendhilfe	12
4.3. Sozialhilfe	13
<b>5. Unterstützung durch die Kinderkommission</b>	<b>14</b>
<b>6. Literatur</b>	<b>15</b>

## 1. Überblick

Die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen hat sich in Deutschland ebenso wie in anderen Industrienationen in den vergangenen Jahrzehnten deutlich verändert: Infektionskrankheiten spielen heute nur noch eine nachrangige Rolle, psychische und psychosomatische Erkrankungen gewinnen an Bedeutung.

Etwa jedes/r zwanzigste Kind und Jugendliche in Deutschland hat eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung, etwa jedes fünfte Kind klagt über psychosomatische (psychische und körperliche) Beschwerden. Die geschlechts-, alters- und schichtspezifischen Unterschiede sind erheblich: Bis zur Pubertät sind Jungen stärker gefährdet, danach Mädchen. Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status (Einkommen, Bildung) sind bedeutend häufiger psychisch krank. Psychische Krankheiten nehmen bei Kindern und Jugendlichen weiter zu, darunter vor allem Störungen der Entwicklung, der Emotionalität und des Sozialverhaltens. Die Förderung der psychischen Gesundheit wird daher zu einer dringlichen politischen Aufgabe.

Nach Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention haben Kinder ein Recht auf das höchst erreichbare Maß an Gesundheit. Dabei ist „Gesundheit“ nach der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Es ist ein positiver Zielzustand, der soziale und individuelle Ressourcen und Kompetenzen umfasst und die Voraussetzung zu einem selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Leben darstellt. Damit Kinder und Jugendliche die notwendigen kognitiven, emotionalen und sozialen Kompetenzen erwerben und positive Ressourcen erfahren können, gilt es neben einer ausreichenden Versorgung bereits erkrankter Kinder und Jugendlicher und der Früherkennung von Risikoentwicklungen vor allem Elternkompetenzen zu stärken und Lebenswelten gesundheitsförderlich zu gestalten.

Die Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen setzt somit eine Vernetzung von Sozial- und Bildungssystem voraus und ist damit eine große Herausforderung für die Sozial- und Bildungspolitik. Dieser Herausforderung hat sich die Politik bisher nicht gestellt. Im Gegenteil, die mit solchen Querschnittsaufgaben verbundene Verantwortungsdiffusion wird in Zeiten knapper Kassen zu Lasten der jeweils anderen für Einsparungen bzw. Kürzungen genutzt.

## **2. Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen**

### **2.1. Psychische Krankheiten**

Die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland wird heute immer stärker durch psychische und psychosomatische Erkrankungen bestimmt. Insgesamt hat etwa jedes/r zwanzigste Kind und Jugendliche in Deutschland eine behandlungsbedürftige psychische Krankheit. Etwa jedes fünfte Kind klagt über psychosomatische Beschwerden. Insgesamt sind etwa 18 Prozent der Kinder und Jugendlichen psychisch auffällig.

In einer Übersichtsarbeit von Ihle und Esser (2002), die 19 nationale und internationale Studien auswertet, liegen die 6-Monatsprävalenzraten psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter bei 17,2 Prozent. Davon entfallen 9,8 Prozent auf Angststörungen, 7,5 Prozent auf externalisierende Störungen (vor allem Störungen des Sozialverhaltens und hyperkinetische Störungen) und 5,9 Prozent auf depressive Störungen.

Die Folgen psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen reichen oft bis ins Erwachsenenalter. Sie sind Ursache von dauerhaften seelischen Behinderungen und späterem dissozialem Verhalten und sind mit einer Verkürzung der Lebenszeit verbunden. Die Hälfte aller Angststörungen beginnt beispielsweise schon vor dem elften Lebensjahr. Die hohe Prävalenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter führt langfristig zu hohen sozialen Folgekosten. Dazu gehören Gesundheitsleistungen, schulische Misserfolge, fehlende Berufschancen und Arbeitslosigkeit, Heimaufenthalte und Inhaftierung.

### **2.2. Risiko- und Schutzfaktoren**

Zahlreiche Studien zeigen deutliche geschlechts-, alters- und schichtspezifische Unterschiede beim Auftreten psychischer Störungen. Bis zur Pubertät sind Jungen häufiger psychisch krank als Mädchen. Mit Beginn der Pubertät sind Mädchen gefährdeter, insbesondere durch emotionale Störungen. Darüber hinaus besteht ein starker Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Morbidität bzw. Mortalität. Belege lieferte hier jüngst die „BELLA-Studie“ des Robert-Koch-Instituts zur psychischen Ge-

sundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, in der im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes in den Jahren 2003 bis 2006 eine repräsentative Stichprobe von Kindern und Jugendlichen untersucht wurde (Kurth, 2006). Je niedriger die soziale Schicht, desto häufiger zeigten sich Ängste, Depressionen und Störungen des Sozialverhaltens. Häufig kumulieren bei Kindern und Jugendlichen aus sozial schwachen Familien verschiedene Risiken wie negative mediale Vorbilder und interpersonelle Identifikationsmuster, belastende Milieus, Fehlen an Sorge und Zuwendung, kritische Lebensereignisse, wie z. B. der Verlust einer Bezugsperson (Trennung, Scheidung, Tod), oder mangelnde soziale Integration.

Voraussetzung für eine gesunde körperliche und geistige Entwicklung sind Lebensbedingungen, die neben der Sicherung der existenziellen Grundbedürfnisse und dem Schutz vor Gefahren für Leib und Leben eine positive sozio-emotionale Bindung zu einer Bezugsperson sowie Lernanreize und Unterstützung für die motorische, kognitive, emotionale und soziale Entwicklung beinhalten. Armut bedeutet nicht grundsätzlich eine größere Krankheitshäufigkeit. Wie Kinder und Jugendliche ihre Armut verarbeiten und welche gesundheitlichen Auswirkungen sie aufgrund ihres niedrigen sozioökonomischen Status erleiden, hängt entscheidend davon ab, welchen Rückhalt und welche Unterstützung sie erfahren. Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern), Freunde sowie Schule und Vereine können Schutzfaktoren gegen eine krankmachende Umwelt sein. Sie können ein positives Selbstbild fördern, soziale Kompetenzen vermitteln und gegen belastende Lebensbedingungen widerstandsfähig machen.

Für die Schaffung entwicklungsförderlicher Bedingungen sind in der Regel die Eltern verantwortlich. Sind sie dazu nicht bereit oder nicht fähig, spricht man von Kindesvernachlässigung (physisch oder emotional). Die Zahl der amtlich erfassten Vernachlässigungen von Kindern stagniert in den vergangenen Jahren. Sie war mit 1.170 gemeldeten Fällen 2004 etwa auf dem gleichen Niveau wie 1996 mit 1.193 Fällen. Fälle von Verwahrlosung werden in der amtlichen Kriminalitätsstatistik nicht gesondert gezählt, machen allerdings den größten Anteil bei Vernachlässigung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht aus. Nach Schätzungen des UN-Kinderhilfswerks UNICEF leben in Deutschland ca. 200.000 Kinder in verwaorlostem Zustand oder müssen täglich Misshandlungen ertragen. Die Dunkelziffer vernachlässigter Kinder ist somit gewaltig.

### 3. Förderung der psychischen Gesundheit

Das Ziel von Prävention ist es, psychische Erkrankungen zu vermeiden oder eine sich anbahnende Krankheitsentwicklung so frühzeitig zu diagnostizieren und zu therapieren, dass eine Erkrankung und Langzeitschäden vermieden werden können. Die Förderung der psychischen Gesundheit bedeutet neben der Verhinderung oder Heilung psychischer Erkrankungen die Stärkung kognitiver, psychosozialer und emotionaler Kompetenzen und Ressourcen, damit sich Kinder und Jugendliche zu selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Individuen entwickeln können.

#### 3.1. Entwicklungs- und gesundheitsfördernde Lebenswelten

Ein Ansatz der Primärprävention psychischer Störungen ist die rechtzeitige Förderung von Elternkompetenz. Das potenzielle Maßnahmenspektrum ist sehr breit und kann von Infobroschüren über Elterntrainings bis hin zu Psychotherapien psychisch kranker Mütter und Väter reichen. Auch die weiteren Sozialisationsinstanzen (Kindergarten, KITA, Schule, Ausbildungsbetrieb) können fördernde Lebenswelten schaffen, in denen Selbstwirksamkeitserwartungen, soziale und emotionale Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen gezielt gefördert werden<sup>1</sup>. Entscheidend ist hier die Konzentration auf einige, gut evaluierte Programme, die für eine breite Implementierung und nachhaltige Effekte zudem eine langfristige Finanzierung benötigen.

Die Initiative "Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme" des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) legt dabei als „soziales Frühwarnsystem“ einen Fokus auf besonders gefährdete Familien. Laufende, regionale Modelle, aber auch neue Ansätze sollen daraufhin evaluiert werden, ob sie geeignet sind, Vernachlässigung und Misshandlung frühzeitig zu erfassen und zu verhindern. Bereits während der Schwangerschaft sowie vor und nach der Geburt sollen durch eine bessere Vernetzung von Gesundheitssystem und Jugendhilfe Risiken erkannt und rechtzeitig Hilfen eingeleitet werden. Ergebnis soll ein bundesweites Frühwarnsystem aus Hebammen, Kliniken, Ärzten und Jugendhilfe sein, das gefährdete Kinder schützen und fördern kann. Aktivitäten in den Ländern sollen vom Bund koordiniert, begleitet und ausgewertet werden.

---

<sup>1</sup> Überblick zu „Maßnahmen zur Prävention und Frühintervention bei Risikoentwicklungen im Kindes- und Jugendalter“ abrufbar unter [http://www2.bptk.de/uploads/tabelle\\_2.pdf](http://www2.bptk.de/uploads/tabelle_2.pdf)

Erfolge von Frühwarnsystemen, wie das Family-Partnership-Program in den USA oder Kanada, das eine positive Kosten-Nutzen-Bilanz vorweisen kann, sind gerade darauf zurückzuführen, dass frühzeitig zielgruppenorientierte Hilfen zur Erziehung, zur Selbstwirksamkeitsförderung und zur beruflichen Eingliederung angeboten werden (s. zusammenfassend Olds & Korfmacher, 1998). Zu den vielfältigen Maßnahmen, die für Risikofamilien relevant sein können, gehört neben Erziehungshilfen und spezifischen Trainings für Kinder von Risikomüttern und -vätern auch die diagnostische Abklärung von psychischen Störungen und ggf. ihre zeitnahe Behandlung. Dazu bedarf es psychotherapeutischer Differenzialdiagnostik und Kompetenz in der Jugendhilfe. Viele Risikoeltern leiden selbst unter den Folgen von Misshandlung und Vernachlässigung in ihrer eigenen Kindheit oder sind aufgrund ihrer sozialen Situation akut belastet. Auch Eltern brauchen u. U. parallel zu anderen Hilfsangeboten eine psychotherapeutische Behandlung.

Die erfolgreiche Realisierung sozialer Frühwarnsysteme setzt allerdings eine Qualitätssicherung und hinreichende Ressourcen für die Vernetzung zwischen Gesundheitssystem, Öffentlichem Gesundheitsdienst und Jugendhilfe voraus. Zur Qualitätssicherung eines sozialen Frühwarnsystems gehört deshalb unverzichtbar eine hohe professionelle Qualifikation der einzelnen Akteure. Wenn Hebammen und Familienhelfer zu Schlüsselfiguren werden, um eine „Geh-Struktur“ zu ermöglichen, muss sichergestellt werden, dass sie familiäre Gefährdungen zuverlässig einschätzen und in angemessener Weise Maßnahmen einleiten können. Bei hinreichender Qualifikation und angemessener fachlicher Begleitung der Beteiligten ist davon auszugehen, dass soziale Frühwarnsysteme auch einen wichtigen Beitrag zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern leisten können

In den weiteren Lebensjahren kommt der Prävention psychischer Störungen in den Lebenswelten KITA und Schule und später auch dem Ausbildungsbetrieb eine wachsende Bedeutung zu. Bildung und Gesundheit sind dabei zwei Seiten der Medaille „Entwicklung“. Lernen kann nur, wer gesund ist und gesund bleibt. Dass in diesen Lebenswelten zentrale Gesundheitsressourcen, wie ein hoher Selbstwert und soziale wie emotionale Kompetenzen, vermittelt werden können, wurde vielfach empirisch bestätigt.

Auch hier zeigt sich wieder für sozial Benachteiligte eine besonders ungünstige Dynamik: Ein niedriger Bildungsstand und ein schlechterer Gesundheitsstatus bilden einen Teufelskreis. Die Förderung der psychischen Gesundheit bedeutet daher, gerade die sozial Benachteiligten in ihren Lebenswelten anzusprechen. Aber oft werden sozial Benachteiligte durch Präventionsangebote schlechter erreicht: Viele Projekte auf Gemeindeebene konzentrieren sich daher auf niedrigschwellige Angebote. Das Hamburger Projekt "ADEBAR", das im sozialen Brennpunkt St. Pauli junge Familien betreut und werdende Mütter, Väter und junge Eltern in ihrer Kompetenz stärkt, eine gesunde Entwicklung ihrer Kinder zu fördern, wurde 2006 mit dem Deutschen Präventionspreis ausgezeichnet.

### 3.2. Früherkennung

In Deutschland haben die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (U1 bis U9, § 26 SGB V) und damit die Kinderärzte die Aufgabe, körperliche, psychische oder geistige Fehlentwicklungen so rechtzeitig zu erkennen, dass ihnen vorgebeugt oder sie ggf. frühzeitig therapiert werden können. Die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (U1 bis U9) werden von den meisten Eltern gut angenommen. Allerdings beteiligen sich Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status und Familien mit Migrationshintergrund unterdurchschnittlich (Delekat & Kis, 2001; Klocke, 2001) und damit jene Familien, die ein erhöhtes Risiko psychischer Erkrankungen aufweisen.

Aber die Früherkennungsuntersuchungen in der derzeitigen Form sind überhaupt kein probates Mittel zur Prävention psychischer Erkrankungen und zur Förderung der psychischen Gesundheit. Der psychosoziale, emotionale und kognitive Entwicklungsstand eines Kindes wird bislang nicht systematisch erfasst<sup>2</sup>. Ebenso fehlen Kriterien zur Diagnose von Vernachlässigung. Für eine differenzialdiagnostische Untersuchung von Risikokindern reicht zudem die Zeit einer U1- bis U9-Untersuchung nicht aus. Die Sensitivität von Früherkennungsuntersuchungen kann nur erhöht werden, wenn der Untersuchungsgegenstand erweitert wird und es zu stärkerer Kooperation zwischen Kinderärzten und Psychotherapeuten (mit Schwerpunkt Kinder- und

---

<sup>2</sup> Die BPTK hat einen tabellarischen Überblick zu „Verfahren und Instrumente zur Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten und -risiken“ zusammengestellt. Abrufbar unter : [http://www2.bptk.de/uploads/tabelle\\_1.pdf](http://www2.bptk.de/uploads/tabelle_1.pdf)



Jugendlichenpsychotherapie) sowie einer Zusammenarbeit mit den in der Jugendhilfe tätigen Psychotherapeuten (z. B. kommunale Erziehungsberatung) kommt.

Eine Initiative des Bundesrates (BR-Drs. 56/06) fordert, die Akzeptanz und Effektivität von Früherkennungsuntersuchungen durch eine verbesserte Information der Eltern sowie die Einführung eines verbindlichen Einladungswesens zu erhöhen. Eine Entschließung des Bundesrates (BR-Drs. 823/06) verlangt dazu eine verpflichtende Teilnahme. Die Entschließung fordert die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf einzubringen, mit dem die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für alle Kinder im Alter von einem halben Jahr bis zu fünfeneinhalb Jahren zur Rechtspflicht erhoben wird. Gleichzeitig empfiehlt die Länderkammer, das Einladungswesen zu verbessern und die Untersuchungsintervalle und -inhalte im Rahmen der laufenden Überarbeitung durch den G-BA an die neuen Untersuchungsgegenstände anzupassen (BR-Drs. 898/06).

Ob eine Pflicht tatsächlich die gewünschten Erfolge zeigen würde, ist allerdings zweifelhaft. Ein obligatorisches Einlade- und Meldewesen wäre ausgesprochen verwaltungsaufwendig, da es einen Rückgriff auf die Melderegisterdaten notwendig macht. Das vorgeschlagene Verfahren eines „verbindlichen Einladungswesens“ birgt zudem die Gefahr eines großen Anteils falsch-positiver Meldungen an die Jugendhilfe. Möglich ist zudem, dass gefährdete Familien durch zeitlich-taktisches Verhalten dafür sorgen könnten, dass ihre Kinder symptomfrei zur vertragsärztlichen Untersuchung erscheinen. Die Nichtteilnahme an einer U1- bis U9-Untersuchung ist also kein valider Indikator für Kindesmisshandlung und -vernachlässigung.

Ein Potenzial zur Förderung der Teilnahmequoten liegt vielmehr in einer verbesserten Information über Früherkennungsuntersuchungen. Als wirksam haben sich vor allem Kampagnen erwiesen, die den konkreten Nutzen von Vorsorgeuntersuchungen herausstellen (Delekat & Kis, 2001). Eine solche Maßnahme ist z. B. die Initiative „Ich geh’ zur U! Und Du?“ der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA), mit der durch Informationskampagnen und Pressearbeit insbesondere eine höhere Beteiligung von Kindern aus sozial schwachen Elternhäusern sowie von Migranten erzielt werden konnte.

### 3.3. Bevölkerungsbezogene Untersuchungen

Bevölkerungsbezogene Untersuchungen sind traditioneller Aufgaben- und Kompetenzbereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Der ÖGD könnte daher stärker in die Früherkennung von Entwicklungsrisiken einbezogen werden. Bereits etablierte Maßnahmen, wie Schuleingangsuntersuchungen, könnten systematischer ausgebaut bzw. dort wieder „neu entdeckt“ werden, wo man sie – auch aus Kostengründen – bereits abgeschafft hat. Wichtig ist, dass solche Untersuchungen zu einem Zeitpunkt stattfinden, an dem entwicklungsbedingte Belastungen gehäuft auftreten, beispielsweise zu Beginn der Kindergarten- bzw. Hortbetreuung, und nicht erst unmittelbar vor der Einschulung. In dieser Situation könnten frühzeitig Defizite in der kognitiven und Sprachentwicklung sowie Auffälligkeiten der sozial-emotionalen Entwicklung erkannt und wirkungsvolle Fördermaßnahmen eingeleitet werden. Gleiches gilt für die ersten Schuljahre, die für Kinder erhebliche Belastungen bedeuten können. Daher sind zusätzliche Untersuchungen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst am Ende des dritten Lebensjahres und zwischen dem siebten und achten Lebensjahr sinnvoll, um Krisen im Kindergarten bzw. in den ersten Schuljahren rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln.

## 4. Verantwortungsdiffusion zwischen Sozial- und Bildungssystem

Die Beratung, Betreuung und Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher bzw. ihrer Eltern ist i. d. R. eine komplexe Leistung, die eine qualifizierte Kooperation verschiedener Institutionen, Leistungserbringer und Kostenträger erfordert.

### 4.1. Gesundheitssystem

Zur ambulanten Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher sind in der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich zugelassen: Kinderärzte, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychiater sowie Psychologische Psychotherapeuten und ärztliche Psychotherapeuten mit entsprechender Zusatzqualifikation. Die ambulante psychotherapeutische Versorgung wird dabei fast ausschließlich von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geleistet. Ihre Behandlungskapazitäten sind jedoch absolut und regional völlig unzureichend.

Daher zeigt sich in vielen Regionen Deutschlands eine massive Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. Nach einer Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahre 2000 fanden nur rund 71 Prozent der Kinder und Jugendlichen, die eine Psychotherapie suchten bzw. für die eine Psychotherapie gesucht wurde, ein Therapieangebot. Ein Ergebnis der BELLA-Studie ist, dass nicht einmal die Hälfte der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen psychotherapeutisch oder psychiatrisch versorgt wird. In ländlichen Gebieten ist das Versorgungsangebot neunmal geringer als in Kernstädten. Auch variiert die Versorgungsdichte zwischen den Bundesländern erheblich. Laut KV-Statistik kommen in Baden-Württemberg nur 26,4 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf 100.000 Einwohner unter 18 Jahren, in Bremen dagegen 40. In den östlichen Bundesländern ist die Unterversorgung besonders deutlich. Sachsen-Anhalt hat mit 0,5 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf 100.000 Einwohner, Mecklenburg-Vorpommern mit 3,1 und Brandenburg mit 4,4 die ungünstigsten Relationen zwischen Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten und Einwohnern. Weder die Gesundheitspolitik noch Kassenärztliche Vereinigungen oder Krankenkassen haben bisher außer punktueller Maßnahmen (wie vereinzelte Sonderbedarfszulassungen)

etwas Grundlegendes in dieser Sache unternommen: Mehr Psychotherapeuten bedeuten eben auch mehr Ausgaben.

## 4.2. Kinder- und Jugendhilfe

Zu den Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe gehört die Gewährung von Eingliederungshilfen sowie Hilfen zur Teilhabe für psychisch kranke Kinder. Psychologische Beratungsstellen bzw. Erziehungsberatungsstellen unterstützen Eltern in der Erziehung und bieten Kindern und Jugendlichen Hilfen an, die sie in ihrer Entwicklung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit fördern. Die Kinder- und Jugendhilfe belastet insbesondere die kommunalen Haushalte. Zuzahlungen zur Erziehungsberatung, Einschränkung der Beratungsangebote werden immer wieder diskutiert. Kürzungen mit Verweis auf die Verantwortung des Gesundheits- oder Schulsystems sind nicht selten.

Bei Schulproblemen, wenn es z. B. um die Therapie von Legasthenie und Rechenschwäche geht, wird dies deutlich. Legasthenie und Rechenschwäche sind Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten, die für sich betrachtet noch keine drohende seelische Behinderung darstellen. Es gehört zu den Aufgaben der Schulen, adäquate Förderangebote für solche Schüler und Schülerinnen bereitzuhalten, die Teilleistungsstörungen haben. Da die Schulen jedoch häufig ihrer Verpflichtung nicht ausreichend nachkommen, wenden sich die Eltern zunehmend an die Jugendämter, um ihren Kindern zu helfen. Leistungen der Jugendhilfe sind jedoch erst möglich, wenn die bestehenden Lernprobleme zu weiteren psychischen Störungen oder sozialen Beeinträchtigungen führen. Kinder- und auch Familienförderung stellt sich hier in besonderer Weise als Querschnittsaufgabe dar. Das Abgrenzungsgebaren der Kostenträger geht hier zu Lasten der Kinder und Jugendlichen: Gemeinsame bedarfsorientierte Angebote von Schulen und Jugendhilfe sind eine Lösung.

Die jüngsten Initiativen der Bundesländer zur Erhöhung der Verbindlichkeit von Früherkennungsuntersuchungen sind auch ein Beispiel für Verantwortungsdiffusion. Sie gehen überwiegend zu Lasten des Gesundheitswesens und werden dem Problem, wie oben ausgeführt, nicht wirklich gerecht. Sinnvoll wären soziale Frühwarnsysteme, die aber ein verstärktes Engagement der Jugendhilfe erfordern. Die Ju-

gendhilfe müsste eine integrierende Rolle übernehmen. Erforderlich wären dazu jedoch zusätzliche Ressourcen, um die notwendige Vernetzung zwischen Einrichtungen der Jugendhilfe, Gesundheitssystem und ÖGD strukturieren, aufbauen und pflegen zu können.

### **4.3. Sozialhilfe**

Für geistig behinderte Kinder und Jugendliche sind die Sozialhilfeträger zuständig. Diese lehnen in zahlreichen Fällen Leistungen für geistig behinderte Kinder und Jugendliche nach dem BSHG mit dem Verweis ab, dass die geistige Behinderung als nachrangig zu bewerten sei. Die geistige Behinderung per se führe nicht zu einer bedeutsamen Einschränkung der sozialen Teilhabe. Primär seien schwerwiegende familiäre Probleme für die drohende bzw. bereits misslungene soziale Integration verantwortlich. Insofern seien Leistungen nach dem SGB VIII (Jugendhilfe) erforderlich.

Die grundlegende Ursache für das Verantwortungsgerangel der Kostenträger liegt darin, dass sich oft nicht trennscharf abgrenzen lässt, ob die Ursache für den Hilfebedarf bei einem Kind oder Jugendlichen selbst oder im Erziehungsverhalten der Eltern zu suchen ist. Monokausale Entstehungsmodelle für psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten – wie von den Sozialgesetzen unterstellt – werden der Komplexität der Entstehungs- und Verlaufsbedingungen von Störungen des Erlebens und Verhaltens nicht gerecht und sind wissenschaftlich längst überholt. Die Entstehung von psychischen und Verhaltensstörungen hat vielfältige Ursachen, bei denen genetische, somatische und psychosoziale Faktoren in Wechselbeziehung zueinander stehen. Die klaren Grenzen, die sich Kostenträger eventuell wünschen, lassen sich auf Grund der vielschichtigen psychischen und sozialen Belastungen von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien nicht treffen.

Die seit Jahren diskutierte Option, für Kinder und Jugendliche generell – egal, ob es sich um geistige oder seelische Behinderung handelt – die Zuständigkeit der Jugendhilfe festzuschreiben, wäre die sachlich angemessene Lösung, die allerdings an der Frage der Finanzverantwortung regelmäßig scheitert.

## 5. Unterstützung durch die Kinderkommission

Die Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist eine politische Querschnittsaufgabe, in diesem Fall von Bildungs-, Sozial- und Gesundheitspolitik. Die verschiedenen Politikebenen (Kommune, Länder, Bund) stehen ebenso in der Verantwortung wie die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitssystem. Statt Zuständigkeiten möglichst differenziert abzugrenzen, kommt es darauf an, die gemeinsame Verantwortung zu erkennen und wahrzunehmen.

Die Kinderkommission könnte wichtige Impulse setzen, wenn sie sich im Interesse der Kinder und Jugendlichen für die folgenden Themen engagiert:

- Sicherstellung einer systematischen und langfristig ausgerichteten Erhebung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung (z. B. Fortsetzung und Ausweitung der BELLA-Studie).
- Zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gibt es eine Reihe gut evaluierter Programme, die bisher nur im Rahmen befristeter Projekte finanziert werden. Die Kinderkommission könnte dafür werben, dass diese Programme bei gesicherter, langfristiger Finanzierung in Schulen, Kindergärten oder anderen Jugendhilfeeinrichtungen implementiert werden.
- Die Wirksamkeit sozialer Frühwarnsysteme ist ausreichend belegt. Eine punktuelle Projektförderung ist daher weder dem Problem noch dem Stand der Erkenntnisse angemessen. Vernetzte Beratungs- und Unterstützungsstrukturen sollten flächendeckend zur Verfügung stehen.
- Abbau der Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher im Gesundheitssystem und in der Jugendhilfe.

## 6. Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2000). *Indikatoren zur Ermittlung des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs*. Band 125 Schriftenreihe des BMG. Baden-Baden: Nomos.
- Delekat, D. & Kis, A. (2001). *Gesundheitsberichtserstattung Berlin. Spezialbericht 2001 - 1. Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin*. Berlin: Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen.
- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechterunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, 159-169.
- Klocke, A. (2001). *Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Kurth, B.-M. (2006). Symposium zur Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Abrufbar unter: [http://www.kiggs.de/experten/downloads/dokumente/bgbl\\_KiGGS\\_erste\\_Ergebnisse\\_2006.pdf](http://www.kiggs.de/experten/downloads/dokumente/bgbl_KiGGS_erste_Ergebnisse_2006.pdf)
- Olds, D. & Korfmacher, J. (1998). Findings from a program of research on prenatal and early childhood home visitation: Special issue introduction. *Journal of Community Psychology*, 26,1-3.