



Schwerpunktthema 2015:
Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

bvkgj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e. V.



Einfach und schnell spenden unter:
www.stiftung-kind-und-jugend.de

Stiftung Kind und Jugend

Machen Sie doch einfach mit...

... bei unseren laufenden Projekten

- „Theater auf Rezept“ zur kulturellen Förderung von Jugendlichen
- Recall 2000 – Entwicklung und Evaluation eines digitalen Recall-System zur J1
- BLIKK-Studie – Umgang mit elektronischen Medien und dessen Auswirkungen
- STOPP-Projekt – zur langfristigen Reduzierung von Adipositas

... oder schlagen Sie eigene förderungswürdige Projekte vor.

Natürlich können Sie auch das Stiftungsvermögen durch eine Zustiftung fördern. Wollen Sie die Projekte der Stiftung Kind und Jugend kontinuierlich unterstützen? Dann werden Sie doch einfach Fördermitglied der Stiftung Kind und Jugend!

Kontakt

Stiftung Kind und Jugend
des BVKJ e.V.
Frau Jennifer Hermanns
Mielenforsterstr. 2
51069 Köln
0221-68909-32
Stiftung.bvkj@uminfo.de

Spenden

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln
Spendenkonto:
IBAN: DE 38 3602 0186 0363 7486 00
BIC: HYVEDEMM360
Sie erhalten zu jeder Spende zeitnah
eine Zuwendungsbestätigung.



Wir setzen uns nicht nur für die Gesundheit, sondern auch für adäquate Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen ein.

Dr. Wolfram Hartmann

Inhalt

Andreas Altmann/Regine Hauch
Einleitung _____ 6

Manuela Schwesig
Frühe Hilfen – gemeinsam für ein gutes Aufwachsen _____ 8

Kindeswohl und Kinderrechte

Claudia Marquardt
Einige Aspekte des materiellen und prozessualen Kinderrechtes _____ 10

Dipl.-Psych. Dr. med. Harald Tegtmeier-Metzdorf
Hochkonfliktive Trennung: Nur Ratlosigkeit und Resignation oder gibt es doch Perspektiven und Anlass für Hoffnung? _____ 15

Prof. Dr. Jörg Maywald
Kindeswohl und Kinderrechte im europäischen Vergleich _____ 18

Frühe Hilfen, Inklusion und Integration

Dr. med. Gabriele Trost-Brinkhues
Das Zauberwort „Inklusion“ im Dschungel des Alltags – ein kurzer Beitrag aus dem Alltag des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) _____ 21

Dr. med. Barbara von Kalckreuth
„Das merken doch die Kleinen noch nicht“ – Psychisch belastete Eltern und die Auswirkung auf die Kinder _____ 26

Prof. Dr. Alexander von Gontard
Frühe Erkennung von psychischen Störungen bei Kindern unter sechs Jahren _____ 30

Dr. Dipl. Psych. Michael Barth, Dipl.-Psych. Florian Belzer
Frühe Hilfen in der Kinderarztpraxis – wie kann es gelingen? _____ 34

Bindungsforschung und Gewalterfahrung

Prof. Dr. rer. nat. Heidi Keller
Bindung – ein universelles und kulturspezifisches Konstrukt _____ 37

Prof. Dr. phil. Hellgard Rauh
Frühe vorsprachliche Kommunikationsprozesse als Basis für gesunde Kindesentwicklung _____ 39

Prof. Dr. Ute Ziegenhain
Gewalterfahrungen in frühen Bindungsbeziehungen _____ 44

Dr. rer. nat. Robert Schlack

Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen: Risiko- und Schutzfaktoren, gesundheitsbezogene Lebensqualität und Komorbidität.

Ergebnisse aus der KiGGS- und BELLA-Studie _____ 50

Epidemiologie und besondere Hintergründe

Prof. Dr. phil. Andreas Klocke

Welchen Einfluss hat die Familie auf die seelische Gesundheit von Kindern?

_____ 55

Dr. med. Kerstin Stellermann-Strehlow

Trauma im Kindes- und Jugendalter unter besonderer Berücksichtigung von Flüchtlingserfahrungen

_____ 57

Dr. med. Uwe Büsching

Der Einfluss von Medien auf die gesunde seelische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen

_____ 60

Dr. med. Klaus Skrodzki

ADHS und Warnsymptome für die seelische Gesundheit _____ 65

Prof. Dr. med. Rainer Thomasius

Suchtstörungen und Suchttherapie im Kindes- und Jugendalter _ 67

Dr. med. Dirk Dammann

Schulmeidendes Verhalten – Verständnis und Umgang in der kinder- und jugendärztlichen Praxis

_____ 70

Prof. Dr. phil. Heinrich Ricking

Seelische Gesundheit und Schulabsentismus _____ 74

Prof. Dr. med. Hans-Georg Schlack

Seelische Gesundheit und Entwicklung behinderter Kinder _____ 78

Prof. Dr. Hellmuth Braun-Scharm

Wenn die Seele den Druck nicht mehr aushält – Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen

rechtzeitig erkennen. „Red flags“ für den Pädiater _____ 81

Dr. med. Manfred Endres

Seelische Gesundheit von Jugendlichen – ihre Gefährdung in der Adoleszenz

_____ 84

Andreas Altmann

„Das Scheißleben meines Vaters, das Scheißleben meiner Mutter und meine eigene Scheißjugend.“

demolierte es. Vielleicht trieb ihn die Wahnvorstellung, dass einer zuerst ruiniert werden musste, um in der Wirklichkeit bestehen zu können. Vielleicht war das seine Auffassung von Fürsorge. Vielleicht gehörte er zu jenen, die nichts ausließen, um sich als Hassobjekt zu profilieren. Er schien, und das empfand ich als das Erstaunlichste, auf die Zuneigung seiner Kinder keinen Wert zu legen. War das ein Hinweis auf Stärke? Oder das besondere Kennzeichen eines Herzens, das schon verwaist war, obwohl es rein mechanisch noch funktionierte? Als Muskel, als Pumpe, aber nicht mehr als Zentrum von Seele und Empfinden.

■ Auszug aus dem Buch von Andreas Altmann
„Das Scheißleben meines Vaters, das Scheißleben meiner Mutter und meine eigene Scheißjugend.“

Piper Verlag
Georgenstraße 4
80799 München
<http://www.andreas-altmann.com>

»Kein Kind wird je fassen, dass es sich ohne Liebe zurechtfinden muss, dass die einen geliebt wurden und die anderen nicht. Verfügt jener, der leer ausging, aber über genug Nerven, wird er die Hintergründe aufspüren, warum seine Eltern ihn nicht liebten.«

Andreas Altmann wurde nicht geliebt. Nicht von der Mutter, die ihn ablehnte, weil er nicht die Tochter war, die sie sich gewünscht hatte, und nicht von seinem gewalttätigen, verbitterten Vater, der ihn schlug, bis der Stock zerbrach. Aber Andreas Altmann verfügt über genug Nerven, die Hintergründe aufzuspüren, und er rechnet ab mit seiner lieblosen Familie und seiner trostlosen Kindheit und Jugend im engen, bigotten Wallfahrtsort Altötting. Daraus ist ein bemerkenswertes Buch entstanden: „Das Scheißleben meines Vaters, das Scheißleben meiner Mutter und meine eigene Scheißjugend.“

Und um nichts anderes geht es in dem Buch, das ein Tatsachenbericht ist über das, was Erwachsene Kindern zufügen können. Da ist ein Kind von Geburt an erbärmlichen, lieblosen und gewalttätigen Erwachsenen ausgeliefert, die es quälen und demütigen, bis es eines Tages aufbegehrt, den Vater besiegt und sein Elternhaus für immer verlässt. Ende gut, alles gut? Mitnichten. Das Gefühl, nicht geliebt zu werden, wertlos zu sein, bleibt ein Leben lang. Da kann man Therapien machen und bis ans Ende der Welt reisen, die Wunden bleiben.

Andreas Altmann musste 60 Jahre alt werden, um für seine Wut und seinen Hass eine Sprache zu finden, die stark genug war, gegen das anzuschreiben, was ihm seine Eltern, vor allem der Vater, angetan haben. Und gegen das Selbstmitleid und das Mitleid der anderen. Altmann hat sich aus seiner Familie herausgeschrieben. „Ich war frei“ schreibt er am Ende. Die „eigene Scheißjugend“ vorbei, das Leben gewonnen. Ein Wunder, fern von Altöttingen.

■ Regine Hauch
Salierstr. 9
40545 Düsseldorf

Nach dem Spüldienst und dem >Abmelden< war ich >entlassen<. Wenn ich Glück hatte. Ohne Dank. Hatte ich keines, musste ich >nacharbeiten<. Ebenfalls ohne Dank. Dann war endlich Zeit, die Schulaufgaben zu erledigen. Nach Minuten schlief ich über den Büchern ein. Die ersten Monate mit schmerzhaften Folgen. Denn Vater hatte mich überrascht und mittels Ohrfeigen daran erinnert, >dass man dem Herrgott nicht den Tag stiehlt<. Müde sein war Sünde. Das war die Zeit, in der ich anfing, meine Schlaflosigkeit zu trainieren. Oder eine Art Schlaf, in der ich Vater hörte, wenn er die Treppen hochschlich und ich noch ein, zwei Sekunden hatte, um wieder aufzuwachen und eine sündenfreie Haltung einzunehmen. Eine dem Herrgott und ihm gefällige. Den intakten, den selig schlummernden Schlaf muss ich damals verlernt haben.

Mir kam mein Leben abhanden. Nicht mit Abenteuern und Ekstasen der Lebenslust, nicht mit Eltern, die auf große Fahrt gingen und mir rastlos die Welt zeigten. Nicht mit einem Kinderleben, in dem ein Kind struppig und verrotzt vom Spielplatz nach Hause rannte und zu seiner Neugier beglückwünscht wurde, zu seiner Wildheit, zu seinem Hunger nach Erfahrung. Nein, ich war Kindersoldat. Allerdings unbewaffnet. Nur ausgerüstet – das wusste ich erst später – mit dem unbedingten Willen, an diesem Krieg nicht zu zerbrechen.

Ich wurde so schlecht in der Schule, dass ich selbst in Erdkunde einen Fünfer verpasst bekam. Ich konnte nicht lernen, ich saß vor dem Stoff und mein Blick verschwamm in einer Mischung aus Erschöpfung, Schuldgefühl und der Unmöglichkeit, dieses Schuldgefühl loszuwerden. Eines bedingte das andere, ich war schlapp, schlecht und schuldig. Das Gefühl der Minderwertigkeit saß bereits fest. In mir, in meinem Denken. Auch diese Kunst beherrschte mein Vater: Zur körperlichen Sühne kam die seelische Vergewaltigung. Statt einem Kind die Kraft fürs Leben einzutrichern, es zu initiieren für die nächsten sechzig, siebzig Jahre Zukunft, schlug er das Kinderherz in Stücke,

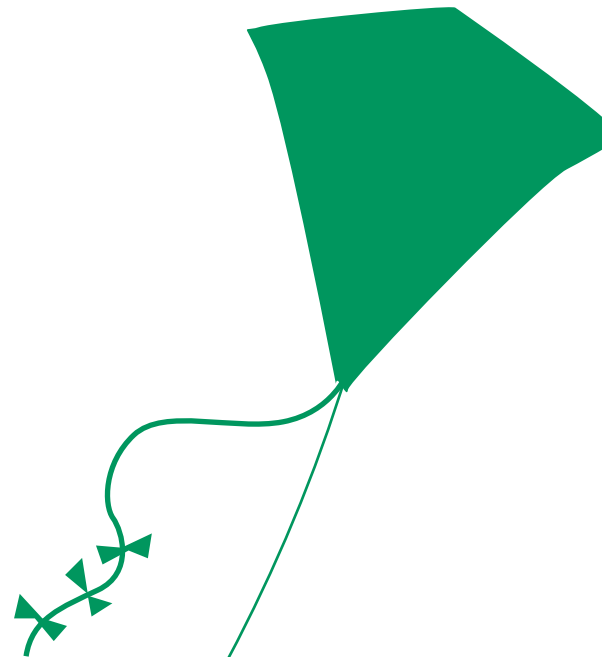
Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen als Schwerpunktthema für das Jahr 2015

Liebe Leserinnen und Leser,

wir haben Sie mit diesem literarischen ‚Farbtupfer‘ auf das so zentrale und doch facettenreiche Schwerpunktthema einstimmen wollen, das in dieser Broschüre von vielen Experten aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet wird. Als Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sind wir mitverantwortlich auch für die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Im Idealfall können auch wir ein wenig dazu beitragen und Fehlentwicklungen frühzeitig erkennen, gegebenenfalls eingreifen und die Eltern stärken, so dass sie ihrer großen Aufgabe gerecht werden können, ihrem Kind Liebe, Geborgenheit und Entwicklungsanregungen zu vermitteln.

Ihre Schwerpunkt-Arbeitsgruppe im BVKJ

Ulrich Fegeler
Karin Geitmann
Wolfram Hartmann
Klaus Rodens
Harald Tegtmeyer-Metzdorf
Nikolaus Weissenrieder
unter Mitarbeit von Christian Fricke (DGSPJ)



Frühe Hilfen – gemeinsam für ein gutes Aufwachsen

Manuela Schwesig
Bundesministerin für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend



Kinder haben ein Recht auf gutes Aufwachsen und Teilhabe in unserer Gesellschaft. Sie haben auch ein Recht auf Gesundheit an Leib und Seele. Das gilt für jeden Menschen; aber jede Kinder- und Jugendärztin, jeder Kinder- und Jugendarzt weiß: Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Sie haben besondere Bedürfnisse nach Schutz, Förderung und Unterstützung.

Das Recht auf ein gutes Aufwachsen zu stärken, heißt, so früh wie möglich anzusetzen – möglichst schon in der Schwangerschaft. Die Geburt eines Kindes ist ein Neubeginn, verbunden mit vielen Hoffnungen. Aber auch eine Situation, die Eltern an ihre Grenzen bringen kann. Alle Eltern können in dieser Situation Hilfe gebrauchen. Deshalb hat die Bundesregierung 2012 im Bundeskinderschutzgesetz mit dem Gesetz zur Kooperation und Intervention im Kinderschutz (KKG) die Prävention gestärkt und darin erstmals „Frühe Hilfen“ normiert. Frühe Hilfen unterstützen insbesondere Familien, die neben den üblichen Herausforderungen nach der Geburt eines Kindes mit weiteren Belastungen wie Armut, Gewalterfahrung der Eltern in der eigenen Kindheit, Wochenbett-Depression der Mutter oder einer psychischen Erkrankung eines Elternteils konfrontiert sind. Im Vordergrund steht dabei die Förderung der Eltern-Kind-Bindung. Ist diese Bindung stabil, ist es um die seelische Gesundheit von Kindern besser bestellt.

Kinder- und Jugendärztinnen sowie Kinder- und Jugendärzte wissen aus ihrer täglichen Praxis, dass sich das Krankheitsspektrum bei Kindern in den letzten Jahrzehnten verändert hat. Das betrifft vor allem die seelische Gesundheit. Die sogenannte „neue Morbidität“ zeigt sich in einer Verschiebung von akuten zu chronischen Erkrankungen und von somatischen zu psychischen Störungen. Die meisten Kinder sind heute körperlich gesund, aber Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, psychische Auffälligkeiten sowie Allergien, Übergewicht und Bewegungsmangel haben deutlich zugenommen. Ihre Abhängigkeit von sozialen Lagen wurde durch die Ergebnisse der ersten Welle des Nationalen Kinder- und Jugendsurveys (KiGGS) erneut bestätigt. Für die betroffenen Kinder und ihre Eltern sind Kinder- und Jugendärzt/innen zumeist die erste und auch einzige Anlaufstelle im Hilfesystem. Die Früherkennungsuntersuchungen spielen dabei eine wesentliche Rolle. Ich freue mich daher und habe mich dafür eingesetzt, dass der Entwurf des Präventionsgesetzes eine Ausdehnung des Anspruches auf Früherkennungsuntersuchungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr vorsieht. Eine für die Kinder gute Regelung ist daneben die Ausrichtung der Früherkennungsuntersuchungen als Vorsorgeinstrument auch auf die Erkennung von psychosozialen Risiko- und Belastungsfaktoren. Drittens bedeutet die Ausweitung des Hebammenzeitraumes für Familien flexiblere Unterstützung und Begleitung.

Im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen bemerken erfahrene Medizinerinnen und Mediziner auch Probleme, die vordergründig die gesunde Entwicklung des Kindes betreffen, deren Ursachen aber bei den Eltern liegen, zum Beispiel Anzeichen für eine Überforderung oder Überlastung der Eltern. Diese Probleme können nicht allein medizinisch gelöst werden.

Hier können die Kinder- und Jugendärztinnen sowie Kinder- und Jugendärzte eine wichtige Brückenfunktion übernehmen, um an weitere Unterstützungsangebote im Netzwerk Frühe Hilfen zu vermitteln. Auch die Forschung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) zeigt, dass Kinder- und Jugendärzt/innen aufgrund ihres besonderen Vertrauensverhältnisses zu Eltern einen niedrigschwelligen Zugang zu weiteren Angeboten herstellen können. In den meisten Regionen gibt es mittlerweile ein koordiniertes Netzwerk Frühe Hilfen mit unterschiedlichen Angeboten zur Unterstützung von Familien: Familienhebammen oder Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen gehören dabei zu den bekanntesten Formen der Unterstützung. Daneben gibt es aber noch vielfältige andere Maßnahmen, wie z. B. ehrenamtliche Familienpatinnen, videogestützte entwicklungspsychologische Beratung oder Gruppenangebote für Eltern.

Allerdings sind nach Einschätzung der Jugendämter bundesweit erst in zirka zwei Drittel der Netzwerke Frühe Hilfen niedergelassene Kinder- und Jugendärzt/innen, Hebammen und Geburtskliniken in der fallübergreifenden Kooperation vertreten. Dies häufig nur mit einer Person, die allein nicht die gesamte jeweilige Berufsgruppe vertreten kann. Die Potenziale der Mitarbeit von Kinder- und Jugendärzt/innen für Frühe Hilfen werden also noch lange nicht ausgeschöpft. Innerhalb der Bundesinitiative sollen daher neben dem strukturellen Aus- und Aufbau auch praktikable Lösungen erarbeitet werden, wie beispielsweise niedergelassene Ärztinnen und Ärzte noch besser in die Netzwerke integriert werden können. Eine Blaupause hierfür bieten die Ansätze, die im Rahmen des Projektes „Interprofessionelle Qualitätszirkel Frühe Hilfen“ vom NZFH zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung in Baden Württemberg erfolgreich erprobt wurden. In den Qualitätszirkeln besprechen Ärztinnen, Ärzte sowie Fachkräfte aus der Kinder- und Jugendhilfe anhand von Fallbeispielen den Unterstützungsbedarf einzelner Familien. Da in den Qualitätszirkeln die Kompetenzen aus den unterschiedlichen Berufsgruppen zusammenkommen, können die Angebote aus den unterschiedlichen Bereichen besser aufeinander abgestimmt werden. Die Familien erhalten so frühzeitig eine passgenaue Unterstützung. Dieses Projekt wurde in Baden-Württemberg bereits flächendeckend umgesetzt und ein Modell der Vergütung der ärztlichen Leistungen konnte ebenfalls erarbeitet werden.

Verbesserungsbedarf gibt es also weiterhin. Dennoch ist die erste Phase der Bundesinitiative Frühe Hilfen sehr erfolgreich verlaufen. Durch die auf vier Jahre bis Ende 2015 befristete Bundesinitiative Frühe Hilfen hat der Gesetzgeber insgesamt 177 Millionen bereitgestellt, um Frühe Hilfen bundesweit auszubauen. Es ist gelungen, tragfähige Strukturen auf allen staatlichen Ebenen aufzubauen. 76 Prozent der Jugendamtsbezirke als kommunale Steuerungsstelle der Netzwerke Frühe Hilfen sind der Meinung, dass es durch die Bundesinitiative bessere Möglichkeiten gibt, Familien in belastenden Lebenslagen zu unterstützen. 98 Prozent der Jugendamtsbezirke haben Netzwerkkoordinierungsstellen eingerichtet. In 84 Prozent der Jugendamtsbezirke wird Betreuung und Begleitung durch

Familienhebammen und vergleichbare Gesundheitsfachberufe angeboten. Das Bundesfamilienministerium hat wichtige Impulse für Frühe Hilfen gesetzt. Die Angebote und Strukturen, die im Rahmen der Bundesinitiative aufgebaut und ausgebaut wurden, werden gebraucht und sind als Unterstützungsinstrumente für junge Familien nicht mehr wegzudenken.

Die Erfahrung der Bundesinitiative Frühe Hilfen macht deutlich: Die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erfordert Feinarbeit und breite Unterstützung. Die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen, die Vernetzung unterschiedlicher Angebote, das Eingehen auf unterschiedliche Lebenslagen hat nicht nur mit dem guten Willen der Beteiligten, sondern auch mit Strukturen und Arbeitsprozessen zu tun. Und mit der Unterstützung durch die Gesellschaft: Festgeschriebene Rechte stärken Kinder und Jugendliche in besonderer Weise. Deshalb finde ich ein ausdrückliches Bekenntnis zu Kinderrechten im Grundgesetz wichtig. Kinderrechte im Grundgesetz verpflichten Politik und Gesellschaft in besonderer Weise, ihr Handeln am Recht des Kindes auf gutes Aufwachsen auszurichten. Doch Initiativen hin, Gesetze her: Am Ende sind es immer Menschen, die mit ihrem Engagement, ihrer Erfahrung und ihrer Einschätzung das Richtige tun müssen. Mein Anliegen als Bundesjugendministerin ist es, diese Menschen stark zu machen, sie zu verbinden, Partner und Unterstützung zu mobilisieren - damit die Gesundheit der Kinder nicht nur in guten, sondern in vielen miteinander verbundenen Händen liegt.

Manuela Schwesig

Einige Aspekte des materiellen und prozessualen Kinderrechtes

Claudia Marquardt

Seit dem grundlegenden Urteil vom 29.07.1968 (BVerfGE 24, 119, 144) betont das Bundesverfassungsgericht in ständiger Rechtsprechung, dass gemäß Artikel 1 Abs. 1 GG und Artikel 2 Abs. 1 GG jedes Kind ein Wesen mit eigener Menschenwürde und dem eigenen Recht auf Entfaltung seiner Persönlichkeit ist. Diese Grundrechte gelten für alle Kinder, unabhängig von ihrer Nationalität oder ihrem Aufenthaltsstatus.

KINDER UND IHRE RECHTE AUS DEM GRUNDGESETZ

Artikel 6 GG schützt die Familie als Lebensgemeinschaft zwischen Eltern und Kindern. Die Verfassung verpflichtet den Staat, die Selbstverantwortlichkeit der Familie zu respektieren und zu fördern (BVerfGE 24,119). Dem Bild des Grundgesetzes entspricht es, der Familie Autonomie einzuräumen. Der Staat darf erst dann eingreifen, wenn Eltern mit ihren Entscheidungen das Kindeswohl konkret gefährden oder wenn zwischen den Eltern und dem Kind starke Interessensgegensätze bestehen.

Eltern haben also das Recht, die Pflege und Erziehung ihrer Kinder nach ihren eigenen Vorstellungen frei zu gestalten. Dieser Grundrechtsschutz darf aber nur für ein Handeln in Anspruch genommen werden, das bei weitester Anerkennung der Selbstverantwortlichkeit der Eltern noch als Pflege und Erziehung gewertet werden kann (BVerfGE 24, 119 ff). Das Elternrecht ist also in erster Linie ein pflichtgebundenes Recht. Und es ist deshalb richtiger, nicht von Elternrecht, sondern von Elternverantwortung zu sprechen.

Wenn Eltern versagen, greift das „Wächteramt“ des Staates nach Artikel 6 Abs. 2 Satz 2 GG ein. Die Anerkennung der Elternverantwortung und der damit verbundenen Rechte findet ihre Rechtfertigung darin, dass das Kind des Schutzes und der Hilfe bedarf, um sich zu einer eigenverantwortlichen Persönlichkeit innerhalb der sozialen Gemeinschaft zu entwickeln. Hierüber muss der Staat wachen und notfalls das Kind, das sich noch nicht selbst zu schützen vermag, davor bewahren, dass seine Entwicklung durch den Missbrauch der elterlichen Rechte oder eine Vernachlässigung durch die Eltern Schaden erleidet.

Das Wohl des Kindes ist oberstes Prinzip. Und bei Interessenskonflikten zwischen dem Kind und seinen Eltern ist das Kindeswohl vorrangig (BVerfG FamRZ 2000, 1489; BVerfG FamRZ 2004, 783, 784; BVerfG FamRZ 2005, 783, 784; BVerfG FamRZ 2010, 865; BVerfG FamRZ 2010, 865; BVerfG FamRZ 2012, 433).

Der Vorrang des Kindeswohls enthält zwei wichtige Grundwertungen:

- 1 Vorrang der Kindesinteressen vor allen anderen beteiligten Interessen
- 2 Vorrang der Einzelfallgerechtigkeit vor allgemeinen Regelungen¹

KINDER UND IHRE RECHTE AUS DER UN-KINDERRECHTSKONVENTION

Diese Konvention definiert in Artikel 1 als Kind jeden Menschen, der das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Artikel 2 verpflichtet Deutschland zur Achtung der in der Konvention festgelegten Kinderrechte ohne jede Diskriminierung unabhängig vom Status des Kindes, seiner Eltern oder seines Vormundes.

Artikel 3 Abs. 1 enthält ebenfalls die Verpflichtung, vorrangig vor allen anderen Interessen das Wohl des Kindes zu berücksichtigen. Artikel 12 enthält die Pflicht, Kinder in sie betreffenden Verfahren anzuhören.

Artikel 19 der UN Konvention verpflichtet die Vertragsstaaten dazu, das Kind vor jeder Form körperlicher oder geistiger Gewaltanwendung, Schadenszufügung oder Misshandlung, vor Verwahrlosung oder Vernachlässigung, schlechter Behandlung oder Ausbeutung und sexuellen Missbrauchs zu schützen.

Artikel 34 verpflichtet die Vertragsstaaten dazu, Kinder vor allen Formen sexueller Ausbeutung und sexueller Missbrauchs zu schützen.

Unter Berufung auf die UN-Kinderrechtskonvention nennt Fegert² sechs Grundbedürfnisse von Kindern:

- 1 Liebe, Akzeptanz und Zuwendung
- 2 Stabile Bindungen
- 3 Bedürfnis nach Ernährung und Versorgung
- 4 Bedürfnis nach Gesundheit
- 5 Bedürfnis nach Schutz vor Gefahren von materieller und sexueller Ausbeutung
- 6 Bedürfnis nach Wissen, Bildung und Vermittlung hinreichender Erfahrung³

DIE RECHTSPRECHUNG DES EUROPÄISCHEN GERICHTSHOFES FÜR MENSCHENRECHTE

Die Europäische Menschenrechtskonvention befasst sich ebenso wie das Grundgesetz in keinem Artikel explizit mit den Rechten



von Kindern. Dennoch hat der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte in Straßburg durch verschiedene Entscheidungen die Rechte von Kindern in den Mitgliedsstaaten gefördert⁴. Gestützt auf Art. 3 der Europäischen Menschenrechtskonvention, der Folter, unmenschliche und entwürdigende Behandlung oder Bestrafung verbietet, hat der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte Staaten verurteilt, die Kinder nicht vor körperlicher Bestrafung durch Eltern oder Schule, aber auch vor Vernachlässigung durch ihre Eltern schützten⁵. So hat der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte in der Entscheidung „Z. and others vs. United Kingdom“ vom 10.05.2001 Z. und seinen Geschwistern eine hohe Schadensersatzsumme gegen Großbritannien zugesprochen, weil die englischen Behörden zwischen 1987 und 1992 trotz eindeutiger Hinweise auf schwere Vernachlässigung und sexuellen Missbrauch in der Familie nichts getan hatten, um Z. und seine Geschwister zu schützen.

Beide Konventionen, sowohl die UN-Kinderkonvention wie die Europäische Menschenrechtskonvention sind völkerrechtliche Verträge, die von deutschen Behörden und Gerichten zu beachten sind⁶.

DEFINITION DER BEGRIFFE KINDESWOHL UND KINDESWOHLGEFÄHRDUNG IN DER DEUTSCHEN RECHTSPRECHUNG

Das „Kindeswohl“ ist für Juristen ein sogenannter unbestimmter Rechtsbegriff⁷, der durch die folgenden Kriterien definiert wird:

- 1 Bindungen des Kindes
- 2 Wille des Kindes
- 3 Betreuungs- und Erziehungskontinuität
- 4 Förderungsmöglichkeiten der betreuenden Person
- 5 Schnelle Entscheidung⁸

Auch § 1 Abs. 1 SGB VIII (das SGB VIII regelt die Aufgaben des Jugendamtes) befasst sich mit einer Definition des Kindeswohls und übernimmt dabei ein wörtliches Zitat aus der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes⁹:

„Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.“

Die Kindeswohlgefährdung wiederum wird von der Rechtsprechung so definiert:

Eine gegenwärtige in einem solchem Maße vorhandene Gefahr, dass sich für die weitere Entwicklung des Kindes eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt (BVerfG FamRZ 2012, 1127; 1129; Palandt/Götz, Rdnr. 8 zu § 1666 BGB).

Grundsätzlich tragen die sorgeberechtigten Eltern eines Kindes die Verantwortung für sein Wohlergehen. Solange sie mit ihren Entscheidungen, ihrem Handeln oder Unterlassen ihr Kind nicht gefährden, darf der Staat sich nicht einmischen (BVerfG FamRZ

2012, 1127, 1128). Ist das Wohl eines Kindes gefährdet, so sind also zunächst seine Eltern dazu berufen, Maßnahmen zu treffen, die der Gefährdung ihres Kindes begegnen. Das gilt natürlich nur, wenn sie Inhaber der elterlichen Sorge sind.

DAS BUNDESKINDERSCHUTZGESETZ (BKISCHG)

Es kommt häufig vor, dass Kinderärzten eine Kindeswohlgefährdung auffällt. Kinderärzte unterliegen jedoch der Schweigepflicht. Das bedeutet, dass sie bisher bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung andere Personen nur:

- mit Einwilligung des Kindes und des Personensorgeberechtigten oder
- nach den gesetzlichen Regeln des rechtfertigenden Notstandes § 34 StGB einbeziehen und informieren durften.

§ 34 StGB erlaubt den Bruch der Schweigepflicht, wenn ein hohes Rechtsgut in Gefahr ist. Ein solch hohes Rechtsgut ist die seelische und körperliche Integrität eines Kindes. Wichtig ist hier, dass die zum Schweigen verpflichtete Person die beiden Rechtsgüter Schutz eines fremden Geheimnisses und Schutz des Kindes oder Jugendlichen gegeneinander abwägt und eine gut überlegte Entscheidung trifft, bevor sie das Jugendamt oder das Familiengericht informiert. Das Bundeskinderschutzgesetz von 2012 enthält eine weitere Erlaubnis zum Bruch der Schweigepflicht. Das Bundeskinderschutzgesetz geht als Bundesgesetz allen landesrechtlichen Regelungen vor.

Die Vorschrift gilt für Ärzte, Hebammen, Entbindungshelfer und Angehörige anderer Heilberufe mit staatlich geregelter Ausbildung (§ 4 Abs. 1 Nr. 1 BKiSchG), wie auch für Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 BKiSchG).

§ 4 Abs. 1 BKiSchG bestimmt, dass die Situation mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten erörtert werden soll. Das gilt aber dann nicht, wenn durch ein solches Gespräch mit dem Personensorgeberechtigten der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt würde.

Gegenüber der öffentlichen Jugendhilfe haben auch Kinder- und Jugendärzte einen Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft der Jugendhilfe. Zu diesem Zweck ist die „pseudonymisierte“ Datenweitergabe gestattet.

Auch nach § 8 b Abs. 1 SGB VIII haben Personen, die beruflich in Kontakt mit Kindern oder Jugendlichen stehen, für die Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung einen Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft.

§ 4 Abs. 3 BKiSchG berechtigt dazu, das Jugendamt zu informieren. Voraussetzung ist, dass man der Meinung ist, dass die Gefahr für das Kind oder den Jugendlichen nicht durch Einbeziehung der sorgeberechtigten Personen beseitigt werden kann. Zu diesem Zweck dürfen die Klardaten der Betroffenen an das Jugendamt weitergegeben werden, ohne dass sich ein Kinder- und Jugendarzt wegen Verletzung der Schweigepflicht strafbar

macht. Die Betroffenen sind vorab zu informieren. Das gilt aber dann nicht, wenn durch eine solche Information der Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird.

Wer also als Geheimnisträger der Schweigepflicht unterliegt und Informationen nur an die insoweit erfahrene Fachkraft in verschlüsselter Form oder unverschlüsselt an das Jugendamt übermittelt, braucht keine Angst vor strafrechtlichen oder zivilrechtlichen Konsequenzen zu haben. Das gilt auch dann, wenn sich der Verdacht später als falsch erweist. Das Vorgehen im Rahmen des § 4 BKiSchG lässt die Rechtswidrigkeit entfallen.

AUFGABEN DES JUGENDAMTES

Das Jugendamt ist Träger des staatlichen Wächteramtes. Es ist verpflichtet, zum Schutz von Kindern einzugreifen, wenn konkrete Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung vorliegen. Es ist verpflichtet, die ihm zugetragenen Informationen sorgfältig zu überprüfen (Wiesner, Rdnr. 6 zu § 8a SGBV III). Um den Schutzauftrag umzusetzen, muss das Jugendamt auch gemäß § 62 Abs. 3 SGB VIII Informationen im Umfeld des betroffenen Kindes oder Jugendlichen einholen (Wiesner, Rdnr. 24 zu § 8a SGB VIII.)

Die Inobhutnahme auf Bitten des Minderjährigen

§ 42 SGB VIII verpflichtet das Jugendamt, Minderjährige in Obhut zu nehmen, wenn diese das Jugendamt darum bitten. Das Jugendamt muss in Obhut nehmen, wenn es darum gebeten wird, ganz gleichgültig, welche Begründung die Minderjährigen für ihren Wunsch anführen. „Es reicht, dass das Kind ein Schutzbedürfnis äußert“ (OLG Zweibrücken FamRZ 96, 1026). Das Jugendamt darf die Inobhutnahme nicht verweigern. „Der Bitte des Kindes oder Jugendlichen folgt ... grundsätzlich die Aufnahmepflicht des Jugendamtes“ (Wiesner, Rdnr. 7 zu § 42 SGB VIII).

Inobhutnahme bei dringender Gefahr

Bei dringender Gefahr für das Kind und den Jugendlichen ist das Jugendamt ebenfalls verpflichtet „in Obhut zu nehmen“. Hier muss die Gefahr aber so dringend sein, dass ein Eingreifen des Familiengerichtes nicht abgewartet werden kann (§§ 8a Abs. 3, Satz 2, 42 Abs. 3 SGB VIII).

Die Inobhutnahme ist eine Möglichkeit, Kinder oder Jugendliche schnell in Sicherheit zu bringen. Inobhutnahme bedeutet die

vorläufige Unterbringung der Minderjährigen bei einer geeigneten Person, in einer Einrichtung oder sonstigen betreuten Wohnform. Möglich ist aber auch die Unterbringung des Kindes bei einer ihm vertrauten Person. Das kann auch der andere Elternteil sein. Denn „es ist eine Selbstverständlichkeit, dass die Unterbringung bei einer Bezugsperson den Vorrang verdient. Bis zur Entscheidung des Familiengerichtes hat das Jugendamt die Befugnis, den Aufenthalt des Kindes zu bestimmen“ (OLG Zweibrücken FamRZ 96, 1026, 1027).

„Die unsichere Perspektive und akute Trennung von der Familie erfordert eine besonders intensive Zuwendung, Betreuung und fachgerechte Gefährdungseinschätzung durch ausreichend vorhandenes, spezialisiertes Personal“¹⁰. Im vertrauten Umfeld und im Umgang mit vertrauten Personen, die verständnisvoll und liebevoll mit ihnen umgehen, fühlen sich Kinder und Jugendliche oft besser als in einem Heim aufgehoben. Professionelle Unterbringung lässt oft die Geborgenheit und Zuwendung vermissen, die Kinder und Jugendliche in einer solchen Situation brauchen.

WELCHES JUGENDAMT IST ÖRTLICH ZUSTÄNDIG?

Für die Inobhutnahme nach §§ 42 SGB VIII ist gemäß § 87 SGB III das Jugendamt, in dessen Bereich sich der Minderjährige tatsächlich gerade aufhält, zuständig¹¹.

RECHTE VON KINDERN UND JUGENDLICHEN AUF BERATUNG UND BETEILIGUNG

Kinder und Jugendliche haben einen Rechtsanspruch auf Beratung sowohl in der Schule (Landesschulgesetze) wie gegenüber dem Jugendamt (§ 8 Abs. 2 SGB VIII). Sie können ohne Wissen der Personensorgeberechtigten beraten werden, wenn die Beratung aufgrund einer Not- und Konfliktlage erforderlich ist und solange durch die Mitteilung an den Personensorgeberechtigten der Beratungszweck vereitelt würde (§§ 8 Abs. 2 u. 3 SGB VIII).

Sie sind gemäß § 8 SGB VIII entsprechend ihrem Entwicklungsstand an allen sie betreffenden Entscheidungen der öffentlichen Jugendhilfe zu beteiligen.

Beteiligung bedeutet, den Minderjährigen den Raum und die Zeit zu geben, ihre Ängste, ihre Befürchtungen, ihre Hoffnungen und Wünsche zu äußern. Beteiligung heißt ferner, dass die Wünsche der Minderjährigen in der Hilfeplanung Berücksichtigung finden sollten, wenn nicht das Wohl des Kindes durch die Umsetzung dieser Wünsche gefährdet wäre¹².

ANWÄLTICHE VERTRETUNG VON JUGENDLICHEN

Jugendliche, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, können sich im Verfahren vor dem Familiengericht durch einen Rechtsanwalt oder eine Rechtsanwältin vertreten lassen (§ 9 Abs. 1 Nr. 3 FamFG; Thomas/Putzo/Hüßtege, Rdnr. 6 zu § 9 FamFG). Die Beordnung einer Anwältin, die das Kind selbst ausgesucht hat, geht der Bestellung eines Verfahrensbeistandes vor (§ 158 Abs. 5 FamFG; Thomas/Putzo/Hüßtege, Rdnr. 6 zu § 9 FamFG).



MASSNAHMEN DES FAMILIENGERICHTES

Die Trennung eines Kindes von seinen Eltern ist der stärkste denkbare Eingriff in das Elternrecht. Die Trennung von den Eltern, aber auch von den Pflegeeltern ist nur zulässig, wenn mildere Maßnahmen nicht ausreichen.

Voraussetzung für eine Maßnahme des Familiengerichtes nach § 1666 BGB ist das Vorliegen einer konkreten Kindeswohlgefährdung (BVerfG FamRZ 2012, 1127;1129).

Das Familiengericht kann auch Maßnahmen gegen Dritte wie zum Beispiel ein Kontakt- oder Näherungsverbot aussprechen. Das Familiengericht kann einer Person auch aufgeben, sich von bestimmten Orten fernzuhalten.

Wichtig ist, dass der Staat Kindern nach einer Herausnahme aus ihrer Familie eine dauerhafte Lebensperspektive und Betreuungskontinuität sichert. Diesem Punkt wird meistens viel zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Sehr oft bleiben Kinder und Jugendliche viel zu lange in vorläufigen Situationen – sei es in Aufnahmeheimen oder Bereitschaftspflegefamilien.

SORGERECHTSENTZUG UND AUSWAHL VON VORMUND UND PFLGER

Das elterliche Sorgerecht umfasst unterschiedliche Rechte, die auch selbstständig entzogen werden können, wie zum Beispiel:

- das Recht, für die Gesundheit des Kindes zu sorgen und Entscheidungen zu treffen (dieses Recht enthält auch das Recht, von der Schweigepflicht zu entbinden)
- das Recht, den Aufenthalt des Kindes zu bestimmen
- das Recht, Schulangelegenheit zu regeln
- das Recht, öffentliche Leistungen zu beantragen

Wurde vom Familiengericht die gesamte elterliche Sorge entzogen, so richtet das Familiengericht eine Vormundschaft ein. Wurden Teile entzogen, so wird eine Pflegschaft eingerichtet. Meistens werden vom Familiengericht Vormundschaften oder Pflegschaften auf das Jugendamt oder einen Verein übertragen. Leider werden Kinder so gut wie nie zur Frage, wer ihr Vormund oder Pfleger werden soll, angehört. Jede Person, die mit dem Kind Kontakt hat, kann dem Gericht schreiben und eine bestimmte Person vorschlagen, die das Vertrauen des Kindes genießt und geeignet ist, die Vormundschaft zu übernehmen. Natürlich kann auch das Kind selbst dem Gericht einen Vormund oder Pfleger vorschlagen. Ein solcher „ehrenamtlicher Einzelvormund oder Pfleger hat gegenüber dem Jugendamt oder einem Verein den Vorrang“. Das heißt, in erster Linie ist die vertraute Person zum Vormund oder Pfleger für das Kind zu bestellen, wenn sie für diese Aufgabe geeignet ist (§ 1791 BGB). Grundsätzlich geht der Gesetzgeber davon aus, dass ein engagierter Laie die Vormundschaft oder Pflegschaft besser wahrnehmen wird als das Jugendamt oder ein Verein.

DAS VERFAHREN VOR DEM FAMILIENGERICHT

Nach der EU-Verordnung Art. 8 Abs. 1 Verordnung EG Nr. 2201/2003 (Brüssel II A) ist das Gericht dessen Mitgliedslandes für Sorge- und Umgangsverfahren zuständig, in dem das Kind zum Zeitpunkt der Antragstellung lebt. Das gilt auch für Maßnahmen zum Schutz des Kindes, einschließlich der Inobhutnahme (EuGH FamRZ 2012, 125).

Örtlich zuständig ist das Familiengericht, in dessen Bezirk das Kind seinen Aufenthalt hat.

Folgende Personen sind am familiengerichtlichen Verfahren beteiligt:

- Eltern
- Pfleger oder Vormünder
- die Minderjährigen
- Jugendamt auf seinen Antrag hin
- Pflegeeltern entweder von Amts wegen oder auf ihren Antrag hin (§ 7 Abs. 3 i. V. m. § 161 Abs. 1 FamFG)
- der Verfahrensbeistand des Kindes

Das Familiengericht stellt dem Kind oder dem Jugendlichen einen eigenen Beistand (Anwalt des Kindes) zur Seite. Dieser Verfahrensbeistand hat das Interesse des Kindes festzustellen und im gerichtlichen Verfahren zur Geltung zu bringen. Er hat das Kind über Gegenstand, Ablauf und möglichen Ausgang des Verfahrens in geeigneter Weise zu informieren (§ 158 Abs. 4 Satz 1 und 2 FamFG).

Das Familiengericht hat von Amts wegen, also von sich aus, den Sachverhalt vollständig aufzuklären und die erforderlichen Ermittlungen durchzuführen (§ 26 FamFG). Das Verfahren des Familiengerichts ist nicht öffentlich. Das bedeutet aber nicht, dass ein Geheimverfahren stattfinden darf. Allen am Verfahren Beteiligten muss alles, was sich in der Akte befindet, mitgeteilt werden. Das Gericht muss allen Verfahrensbeteiligten Gelegenheit geben, zu allem was für die spätere Entscheidung von Bedeutung ist, Stellung zu nehmen.

Und das bedeutet, dass jedes Schriftstück, jede telefonische Mitteilung, die dem Gericht zugeht, allen anderen Verfahrensbeteiligten zugänglich gemacht werden muss. Niemand darf also annehmen, er könne dem Gericht ein Schriftstück zusenden, ohne dass dieses Schriftstück den anderen Verfahrensbeteiligten zugeht. Das wird oft übersehen! Man darf also an das Gericht keine Schriftstücke übersenden, die Informationen enthalten, die vor den Eltern geheim gehalten werden sollen. Ebenso ist es mit Informationen, die man dem Richter gibt. Der Richter darf diese Informationen nicht für sich behalten.

Das Gericht hat von Amts wegen, also von sich aus, den Sachverhalt vollständig aufzuklären und die erforderlichen Ermittlungen durchzuführen (§ 26 FamFG). Leider finden solche Ermittlungen, die ja eigentlich vorgeschrieben sind, so gut wie nie statt. Selten werden die Bezugspersonen des Kindes, oder die Fachleute, die es kennen, wie Lehrer, Betreuer oder Therapeuten, persönlich bei Gericht gehört.

Dabei zeigt sich in der Praxis, dass, wenn Berichte von solchen Fachleuten dem Gericht vorgelegt werden, diese von großer Bedeutung für den Ausgang des Verfahrens sind.

PERSÖNLICHE ANHÖRUNG DES KINDES DURCH DEN RICHTER ODER DIE RICHTERIN

Gemäß § 159 FamFG ist das Kind ab drei Jahren zwingend vom Richter oder der Richterin anzuhören. Die Kinder werden selten durch die Anhörung belastet. In aller Regel ist die persönliche Anhörung für Kinder eher entlastend. Sie erleben, dass sie durch das, was sie sagen, Einfluss auf das Verfahren haben¹³.

Wichtig ist es, die Anhörung gut vorzubereiten. Man muss dem Kind sagen, „Du kannst alles sagen, was Du möchtest, aber Du musst nichts sagen. Wenn Du nicht sprechen willst, ist das völlig in Ordnung.“ Überlegen kann man noch, wer das Kind in die Anhörung begleiten sollte. Das Kind soll gemäß § 159 Abs. 4 FamFG in Anwesenheit seines Verfahrensbeistandes vom Gericht angehört werden. „Hiervon kann ausnahmsweise abgesehen werden, wenn dies im Einzelfall aus Gründen einer besseren Sachverhaltsaufklärung geboten ist. Man sollte das Gericht bitten, die Anhörung des Kindes oder Jugendlichen an einem Extratermin vorzunehmen. Aber das Kind kann auch in einem Café auf seine Anhörung warten. Es sollte nicht im Gerichtsflur gemeinsam mit den wohlmöglich verfeindeten Erwachsenen warten.

Das Kind ist Subjekt und nicht Objekt des Verfahrens!

Wenn vor Gericht keine Vereinbarung erzielt werden kann, muss in Verfahren von Bedeutung für das Kind auch ein Sachverständigengutachten in Auftrag gegeben werden.

Die Auswahl des Sachverständigen trifft das Familiengericht nach pflichtgemäßem Ermessen (§ 30 Abs. 1 FamFG i.V.m. §§ 402–414 ZPO). Die Begutachtung kann aber nur durchgeführt werden, wenn die Personen, deren Mitwirkung dazu erforderlich ist, in die Begutachtung einwilligen. Denn die Begutachtung hat keine spezifische gesetzliche Grundlage, und Art. 2 Abs. 1 GG i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG schützt grundsätzlich vor der Erhebung und Weitergabe von Befunden über den Gesundheitszustand, die seelische Verfassung und den Charakter. Die Mitwirkung an der Begutachtung kann also auch nicht erzwungen werden (ständige Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes, z. B. BVerfG FamRZ 2004, 523). Die Begutachtung setzt Vertrauen in den Sachverständigen voraus. Es gehört deshalb zur korrekten Ausübung des pflichtgemäßen Ermessens des Familiengerichtes, eine sachverständige Person zu bestellen, die das Vertrauen der zu Begutachtenden genießt (KG NJW 97, 69, 70). Die Einwilligung in die Begutachtung für das Kind wird vom Personensorgeberechtigten erteilt. Aus der Weigerung der Sorgeberechtigten, das Kind psychologisch oder ärztlich untersuchen zu lassen, darf das Gericht nur dann Konsequenzen ziehen, wenn in der Verweigerung der Einwilligung in die Untersuchung eine Gefährdung des Kindeswohls liegt, die so schwerwiegend ist, dass sie einen Eingriff über § 1666 Abs. 1 BGB rechtfertigt (OLG München FamRZ 84, 76; OLG Karlsruhe FamRZ 93, 1479; BayObLG FamRZ 95, 501). Zusätzlich zur Einwilligung

der sorgeberechtigten Person muss auch das Kind selbst mit der Begutachtung durch die vom Gericht bestellte Person einverstanden sein. Es kann richtig sein, die Begutachtung durch bestimmte Sachverständige zu verweigern.

Sachverständigengutachten sind vom Gericht kritisch zu würdigen. Das Gericht hat darauf zu achten, dass die Schlussfolgerungen sich aus wissenschaftlich überprüfbaren Kriterien und nicht auf Spekulationen und Vorurteilen herleiten.

Wenn das Sachverständigengutachten auf dem Stand der wissenschaftlichen Forschung widerspruchsfrei, in sich stimmig und überzeugend ist und wenn keine Anzeichen von Mangelhaftigkeit erkennbar sind, dann darf das Gericht von den Ergebnissen des Sachverständigengutachtens nicht abweichen. Die Abweichung von einem fachpsychologischen Gutachten bedarf der eingehenden Begründung und des Nachweises eigener Sachkunde durch das Gericht.

DER EUROPÄISCHE GERICHTSHOF FÜR MENSCHENRECHTE FORDERT EIN FAIRES VERFAHREN¹⁴

Das faire Verfahren, das streng nach den prozessualen Vorschriften geführt wird, ist ein wichtiger Faktor für eine am Kindeswohl orientierte Entscheidung. Inhaltlich falsche Entscheidungen der Gerichte beruhen meist auch auf Verfahrensfehlern. Allerdings verbraucht das faire Verfahren auch Zeit.

§ 155 FamFG verpflichtet die Familiengerichte, Verfahren, die eine Kindeswohlgefährdung zum Thema haben, vorrangig und beschleunigt zu betreiben. Der erste Termin soll gemäß § 155 Abs. 2 Satz 2 FamFG spätestens einen Monat nach Beginn des Verfahrens stattfinden. Dennoch dauern gerade Verfahren, die eine schwere Kindeswohlgefährdung betreffen, sehr lange. Qualifizierte Sachverständige können oft erst nach drei bis vier Monaten mit dem Gutachten beginnen. Gutachten dauern zwei bis vier Monate. Termine müssen immer wieder verschoben werden, weil einer der Verfahrensbeteiligten oder einer der Bevollmächtigten verhindert ist. Wenn ein Verfahren dann noch in die II. Instanz zum Oberlandesgericht geht, vergehen leicht zwei bis drei Jahre. Wenn man das weiß, ist es klar, dass ein Kind trotz andauerndem Verfahren nicht in einer vorläufigen Konstellation untergebracht werden darf. Die unselige Praxis, Kinder zwei bis drei Jahre in einem Heim oder in einer Bereitschaftspflegefamilie unterzubringen, um sie erst nach Abschluss des Verfahrens in eine Dauerpflegefamilie zu bringen, sollte unbedingt beendet werden.

■ **Claudia Marquardt**
Fachanwältin für Familienrecht
Kanzlei Marquardt & Wilhelm
Köln und Berlin
Lütticher Straße 50
50674 Köln
advocado@t-online.de

Literaturangaben und Fußnoten unter:



Hochkonfliktive Trennung: Nur Ratlosigkeit und Resignation oder gibt es doch Perspektiven und Anlass für Hoffnung?

Harald Tegtmeyer-Metzdorf

Jeder niedergelassene Kinder- und Jugendarzt kennt die Situation: Eine Mutter kommt in die Praxis und beklagt schon länger anhaltende und erhebliche Bauchschmerzen, Ängste, Kopfschmerzen, Schlafstörungen oder auch Wutausbrüche und Erziehungsprobleme bei ihrem Kind, nicht selten verbunden mit Schwierigkeiten in Kindergarten oder Schule. Manchmal kann es auch ein Vater sein, und es kann sich auch um mehrere Kinder handeln. Schnell wird dann klar, dass diese Probleme im zeitlichen Zusammenhang mit der elterlichen Trennung aufgekommen sind, manchmal auch schon vorher, wenn die Eltern über längere Zeit heftig gestritten haben. Es handelt sich durchweg um diejenigen Eltern, die vordem in Liebe zusammenfanden, sich nun bis auf das Messer bekämpfen und ihre Kinder in diese Auseinandersetzung ziehen und damit völlig überfordern. Der „Rosenkrieg“, benannt nach dem bekannten, gleichnamigen Film aus den späten 80er Jahren über die erbitterte Trennung des Ehepaars Rose, verselbständigt sich derart, dass die Bedürfnisse der betroffenen Kinder völlig untergehen und psychosomatische Beschwerden zum lebendigen Symptom der verfahrenen Situation werden.

WIE ERGEHT ES DEN KINDERN?

Je jünger die betroffenen Kinder sind, desto mehr sind Eltern und Familie ihr zentraler Angelpunkt, der ihnen als Sicherheit und Geborgenheit vermittelnder Rückzugsort sowohl durch die häufig angespannte Vorläuferentwicklung, die Trennung selber als auch die Folgekonflikte verloren geht (Largo RH, Czernin M 2014, S. 102). Die Elternbeziehung ist eben regelhaft nicht erst mit der Trennung gespannt. Es findet sich häufig schon eine chronisch aggressive bis feindselige Ausformung der Beziehung beider Elternteile im Vorfeld der Trennung, unter der die betroffenen Kinder leiden. Oft erleben die Kinder ohnmächtig exzessive Auseinandersetzungen bis hin zur Gewalt gegen ein Elternteil. Solche Auseinandersetzungen sind kein exklusives Merkmal von Eltern vor oder nach der Trennung. Entscheidend sind dabei aber Häufigkeit und Chronizität, welche die Kinder belasten.

Die psychischen Folgen sind vielfältig und entwicklungsabhängig. Sie reichen von Angst, Trauer und Schuldgefühlen über Aggression bis hin zur Ablehnung des als verantwortlich geglaubten Elternteils. Der typische „Ehekrieg“ bis zur Trennung

der Partner zermürbt, sät Misstrauen, Angst und Aggression. Die Eltern verlieren sich in einseitigen und negativen Bildern vom Anderen und geben den Kindern ein schlechtes Modell, so dass auch sie in Konflikten eher destruktiv reagieren werden, und das grundlegende Vertrauen in die Akzeptanz durch Andere verloren geht.

Ein Teil der Kinder trauert um das fehlende Elternteil. Gerade jüngere Kinder suchen zuweilen bei sich selber die Schuld für die Trennung der Eltern. So sagt zum Beispiel die Mutter zum 6-jährigen Sohn: „Du weißt, wie sich der Papa immer aufgeregt hat, wenn du morgens vor dem Kindergarten so getrödelt hast, dass er zu spät zur Arbeit gekommen ist!“ und der Sohn fragt daraufhin: „Mama, wenn ich mich jetzt immer beeile, kommt dann der Papa zurück?“.

Im Gegensatz dazu grenzen sich oft ältere Kinder vom getrennt lebenden Elternteil unter Übernahme des negativen Bildes und der Schuldvorwürfe ab (Übernahme der „Dämonisierung“ des getrennt lebenden Elternteils), so dass hieraus eine abweisende, verletzte oder wütende Kontaktverweigerung resultieren kann. Dann fehlt es in der weiteren Identitätsentwicklung oft an der Akzeptanz der männlichen Anteile bei den Jungen, wenn sein großes Vorbild – der Vater – ihn verlässt und in seinem Erleben nicht würdigt. Nach dem Verlust ihrer ersten großen Liebe, eben ihrem Vater, steht bei den Mädchen die Annahme der weiblichen Anteile in Frage, so dass sie im Kontakt zum männlichen Geschlecht zu unterwürfigem Verhalten oder aber aggressiver Ablehnung tendieren können. In Studien ist schließlich festgestellt worden, dass mit den skizzierten Tendenzen im Erleben und Verhalten im Vergleich mit Kindern aus nicht oder unkompliziert getrennten Familien ein um das Vierfache erhöhtes Risiko transgenerationaler Wiederholung von schwierigen Partnerschaften und Trennung einhergeht (Amato PR 2001; Hullen G 1998).

WIE SIEHT DIE SITUATION DES KINDER- UND JUGENDARZTES DARUNTER AUS?

Die Leiden der Kinder sind oft ausgeprägt und gestalten sich resistent gegen Versuche gleich welcher Art zur Linderung der Beschwerden. Den behandelnden Pädiater überkommen dabei häufig Gefühle von Perspektivlosigkeit und Resignation. Auf der anderen Seite wird er leicht eingenommen von der Perspektive der Mutter, die schon lange darin geübt ist, ihre Sicht der Dinge in ausgefeilter und überzeugender Form nach außen zu präsentieren, wobei die angestrebte Konsequenz in der Regel der auch familiengerichtlich festgelegte Beziehungsabbruch zum Vater ist. Im Zusammenwirken des Elternteils mit dem Scheidungsanwalt soll der Kinder- und Jugendarzt dann oft instrumentalisiert werden, vermeintliche Fehlbehandlungen bei körperlichen Erkrankungen der Kinder, Verletzungen oder gar Hinweise auf sexuellen Missbrauch zu dokumentieren. Die behandelnden Ärzte sind ihrerseits darin routiniert, Beschwerden nicht vorschnell zu bagatellisieren und insbesondere auf körperliche Symptome einzugehen. Derart fügen sie sich dann zwanglos ein in das intendierte Vorgehen der elterlichen Partei, die den Kontakt zum Pädiater über dessen Betreuung der Kinder pflegt.

Zumeist ist auch das zuständige Jugendamt involviert, hat aber oft keinen Kontakt zum betreuenden Kinder- und Jugendarzt, weil diese Verbindung nicht bedacht ist oder aber der Kontakt bei fehlender Einwilligung der Erziehungsberechtigten verschlossen bleibt. So sind mangelnde Information und fehlende Nutzung von möglichen Synergien in der Behandlung bei den beteiligten Professionen oft eher die Regel denn die Ausnahme.

Die ärztliche Beratung der Mutter oder der (schon älteren) Kinder bzw. Jugendlichen verbleibt solange auf der reinen Symptomebene, wie sie nicht an der angespannten Grundsituation ansetzt. Insbesondere wird die Verordnung oder Empfehlung von Schmerzmitteln, Carminativa, pflanzlichen Sedativa oder Schlafmitteln im Wesentlichen unwirksam bleiben.

WIE VERHALTEN SICH DIE GERICHTE?

Laut Statistischem Bundesamt schwankten die Zahlen der Eheschließungen in den letzten 12 Jahren um 380.000 pro Jahr; die der Ehetrennungen hat sich in derselben Zeit von etwa 214.000 auf 180.000 pro Jahr vermindert, mit einem gleichzeitigen Trend zu einer längeren Ehedauer bis zur Trennung – 2007 durchschnittlich 13,9 Ehejahre. Im selben Jahr waren davon knapp die Hälfte Familien mit durchschnittlich 2 Kindern. Hochkonfliktive Trennungsfamilien stellen dabei eine Minderheit dar, die jedoch die involvierten Fachleute viel beschäftigen. So werden nach Schätzungen aus den USA etwa 80% der Arbeitskapazitäten der Gerichte durch nur 10% der Scheidungsfälle besetzt (Dietrich PS. Paul S 2006) – so viel zu den Zahlen.

Die Familienrichter werden auf ihre komplizierte Aufgabe nicht gesondert vorbereitet. Sie sollen nach dem Gesetz handeln, die anderen komplexen Dimensionen müssen sie sich autodidaktisch aneignen (Hummel K 2012).

Einerseits als verfahrensrechtliche Option, andererseits als individueller Ausweg aus der schwierigen Situation werden regelmäßig fachpsychologische Gutachten eingeholt, die jedoch zu einem Drittel bis zu mehr als der Hälfte allein schon formalen Mindestanforderungen nicht genügen (Salewski C, Stürmer S 2014). Richter übernehmen gleichwohl die Schlussfolgerungen solcher Gutachten, in dem sie hiernach entscheiden. Damit haben die Ergebnisse der Begutachtung gravierende Folgen für die zerstrittenen Eltern und ihre Kinder. Jürgen Rudolph (2007) beklagt, dass in der „Praxis des Kindschaftsrechts ... weniger das Recht des Kindes als vielmehr überwiegend das Recht auf das Kind im Mittelpunkt der Verfahren steht.“ (S. 36) Die dagegen stehende Verantwortlichkeit für das Kind im Sinne von einer Sorgspflicht mutiert derart zu einem Sorgerecht an dem Kind, das in Verfahren, in denen am Kindeswohl gezweifelt wird, einem von beiden Elternteilen entzogen werden soll. Das seit 1998 gültige Kindschaftsrecht hatte hingegen das gemeinsame Sorgerecht zum Standard erhoben. Die Alleinverantwortung des Familiengerichts beim Entzug der elterlichen Sorge widerspricht im Übrigen dem seit 2012 geltenden Bundeskinderschutzgesetz, das in § 3 verbindliche, interprofessionelle Netzstrukturen zur Abwendung von Gefahren für das Kindeswohl fordert.

Schließlich gibt es bisher auch keine Vorschriften zur Ausbildung von fachpsychologischen Gutachtern. So werden zwar Weiterbildungen angeboten von der Föderation Deutscher Psychologinnenvereinigungen wie von dem Fachverband systemisch-lösungsorientierter Sachverständiger im Familienrecht, FSL; diese sind jedoch nur fakultative Voraussetzungen für die Ernennung zum familienrechtlichen Gutachter.

WELCHE PERSPEKTIVEN ZUR LÖSUNG GIBT ES?

Eltern müssen aus der Fortführung des Ehekriegs herausfinden und lernen, die Trennung zu akzeptieren. Wichtig ist es, die eigenen Anteile zu erkennen, dem anderen Elternteil so weit als möglich zu verzeihen und die Kinder aus dem Konflikt herauszuhalten. Die Kinder dürfen nicht in der Auseinandersetzung instrumentalisiert werden. Es darf kein Koalitionsdruck aufgebaut werden, und Loyalitätskonflikte für die Kinder müssen damit vermieden werden. Die Kinder benötigen gute Modelle für eine konstruktive Bewältigung von Konflikten, so dass sie eine Selbstwirksamkeit in sozialen Beziehungen erlangen und nicht der erlernten Hilflosigkeit (Seligmann M 1999) erliegen.

Durch die Vorsorgeuntersuchungen und die kurative Betreuung der Kinder und Jugendlichen sind die Kinder- und Jugendärzte in regelmäßigem Kontakt mit den Familien, so dass häufig ein besonderes Vertrauensverhältnis besteht, das auch im Interesse der Kinder genutzt werden sollte. In Psychosomatik und Gesprächsführung fortgebildete Pädiater sind besser dazu in der Lage, Elternteile ansatzweise aus ihrer Fixierung auf den Rosenkrieg zu lösen und z. B. eine Bereitschaft für ein Gruppencoaching zu wecken. Dabei ist zu beachten, dass eine adäquate Honorierung von Gesprächsmedizin sowie von der Teilnahme an Vernetzungstreffen eine Voraussetzung dafür darstellt, dass niedergelassene Ärzte daran ohne Einkommenseinbußen teilnehmen können.

Das alleinige Einwirken von einer Seite auf strittige Elternteile wird nicht ausreichen; nur durch eine Synergie von verschiedenerlei Seiten wird es realistische Chancen auf Veränderungen geben. Eine Vernetzung und Kooperation der involvierten Fachkräfte und Institutionen ist daher geeignet, einer einseitigen Information, Instrumentalisierung und Eskalation entgegen zu wirken. Diesen Ansatz versuchte der Cochemer Familienrichter Jürgen Rudolph (Rudolph J 2007) vor Ort umzusetzen. Mit möglichst kurzfristigen Beratungs- und Verhandlungsterminen sowie einer Zusammenarbeit von Richtern, Anwälten, Jugendamt und Beratungsstellen wurden damit sehr viel häufiger Durchbrüche in verfahrenen Familienrechtsangelegenheiten mit Erhalt der gemeinsamen Sorge für die Kinder erzielt. In ähnlicher Weise gibt es eine gut etablierte Zusammenarbeit zwischen dem Familiengericht und der Psychologischen Beratungsstelle des Diakonischen Werkes in Regensburg (Pfähler R 2013). Der unterschiedliche Blick der Richter auf die „Parteien“ und der Psychologen auf die „Ratsuchenden“ ergänzt sich und ermöglicht immer wieder einvernehmliche und außergerichtliche Lösungen, die sich ohne den Zugang zur Psychodynamik der Streitenden nicht eröffnet hätten. Muss hingegen der Familienrichter, begründet auf einem (teuren) psychologischen Gutachten die

Trennungsregelung festlegen, so geht diese in der Regel im Erleben der Parteien zu Ungunsten einer Seite aus. Die für die Zukunft wichtige Akzeptanz der Entscheidung wird damit überwiegend ausbleiben.

Aufgrund der unzureichenden Rechtspraxis in den Familiengerichten mit oft mangelhaften Gutachten und der fehlenden Regelung der Weiterbildung der Gutachter kam es am 08.07.2014 zu einer ersten interdisziplinären Besprechung im Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz – mit dem Ziel einer Festschreibung der Weiterbildung für die Gutachter und damit einhergehend der Standards für die Gutachtenerstellung im Sinne der betroffenen Familien.

Maßnahmen zur Besserung der Kommunikation zwischen den hochstrittigen Eltern und Gruppenprogramme mit den betroffenen Kindern haben sich in den USA schon früher als in Deutschland etabliert. Dabei erwies es sich als besonders wichtig, mit Beratung und Coaching der gegeneinander agierenden Elternteile zu beginnen. So werden die Eltern teilweise in getrennte Gruppen-Coachings geleitet, in denen sie schonungslos mit den Folgen ihres Rosenkriegs für die eigenen Kinder konfrontiert werden – und das mit großem Erfolg.

Ein komplexes und länger dauerndes Gruppenprogramm wurde mit dem Elternkurs „Kinder im Blick“ in München wiederholt umgesetzt und in einer begleitenden wissenschaftlichen Untersuchung überprüft (Krey M, Walper S 2011).

Die Ziele dieser Elternkurse lassen sich wie folgt beschreiben:

- Aufbau einer emotionalen Stabilität und Stärkung der Selbstfürsorge als solide Basis für Veränderungen
- Stärkung von Elternkompetenzen mit besserer Regulation der eigenen Emotionen wie auch der des Kindes; Feinfühligkeit und Förderung von Kommunikation und Bindung
- Anbahnung einer friedlichen Elternbeziehung mit Konfliktbegrenzung; im Einzelfall auch Abgrenzung und Minimierung der Kontakte mit „paralleler Elternschaft“, wenn die Abgrenzung von Elternschaft und Partnerkonflikt nicht zu gelingen vermag
- Autonomieförderung und warme Fürsorge, aber auch Grenzsetzung gegenüber den betroffenen Kindern und Jugendlichen
- Abbau von dysfunktionalen Mustern und Koalitionsdruck, Verhinderung von Allianzen. Aktives Zuhören und Begrenzung von Konfliktthemen

Die Themen verteilen sich auf 6 Sitzungen im Wochenabstand zu je 3 Stunden mit jeweils einer Pause von 20 Minuten bei 8 bis maximal 12 Teilnehmern, wovon höchstens ein Viertel hochstrittigen Partnerschaften entstammen sollten. Die sich im Trennungsprozess befindenden Partner werden auf verschiedene Gruppen verteilt, so dass zumindest 2 parallele Gruppen angeboten werden sollten, um eine synchrone Teilnahme zu ermöglichen. Angeleitet werden die Gruppen durch ein entsprechend geschultes, gemischtgeschlechtliches Trainerpaar.

Von 2006 bis 2008 wurden 5 Kursdurchläufe mit 2 parallelen Gruppen mittels Fragebögen für die Teilnehmer evaluiert

(Bröning S 2009). Dabei gab es eine gute Einschätzung für den Kursaufbau, die eingesetzten Methoden und die Veränderungen im Umgang mit dem Kind bei gleichzeitig zurückhaltender Bewertung in Bezug auf die erzielten und erwarteten Verhaltensänderungen zum Partner.

Wünsche und Forderungen von Kindern und Jugendlichen an ihre Eltern

- Wir wünschen uns, dass unsere Eltern auch nach ihrer Trennung beide für uns unsere Eltern bleiben, wie erwachsene Menschen miteinander reden und sich um uns kümmern, auch wenn sie sich trennen.
- Das geht nur, wenn sie es lassen, sich gegenseitig mies zu machen und uns gegeneinander auszuspielen. Fragt uns nicht, wen von Euch beiden wir lieber mögen. Wir wünschen uns, dass wir nicht hin- und hergerissen werden und dass wir keine Botschafter für unsere Eltern sein müssen. Helft uns, in Kontakt zum anderen Elternteil zu bleiben. Wir, die Kinder, haben jetzt zwei Zuhause.
- Versucht nicht, uns um die Wette zu verwöhnen. Von einem gemeinsamen Spiel haben wir viel mehr als von Schokolade und einem neuen Spielzeug.
- Wir wünschen uns, dass unsere Eltern den Kontakt von uns zu anderen, uns vertrauten Personen fördern, die nicht unmittelbar selbst beteiligt sind. Wir brauchen manchmal auch einen Ansprechpartner, bei dem wir auch negative Gefühle aussprechen dürfen.
- Akzeptiert bitte auch die anderen Großeltern von mir. Und seid fair zu dem neuen Partner, den einer von Euch findet oder schon gefunden hat. Mit diesem Menschen müssen und wollen wir Kinder uns ja auch arrangieren.
- Wir wünschen uns, dass unsere Eltern auch Hilfe von außen, z. B. in einer Beratungsstelle, annehmen. Vermittelt uns, dass das okay ist, damit auch wir lernen, uns unterstützen zu lassen.
- Wir wünschen uns, dass unsere Eltern uns nicht das Gefühl geben, schuld zu sein an ihrer Trennung. Und erzählt uns nichts von Dingen, die wir noch nicht verstehen können – spricht darüber mit anderen Erwachsenen, aber nicht mit uns.
- In Entscheidungen, die uns und unser zukünftiges (Familien-)Leben betreffen, möchten wir aber, wenn möglich, mit einbezogen und nicht vor vollendete Tatsachen gestellt werden.
- Benutzt diese Bitten nicht dazu, dem Anderen vorzuwerfen, wie schlecht er zu uns ist. Wenn Ihr das tut, habt Ihr nicht verstanden, wie es uns als Kindern geht und was wir brauchen, um glücklich zu sein.

Mein Kind und ich: 20 Bitten eines Trennungs- und Scheidungskindes an seine Eltern.
<http://www.karin-jaeckel.de/werhilft/waskinderwollen2.html>

WELCHE MASSNAHMEN ZUR BESSERUNG SIND GEBOTEN?

Bei hochstrittigen Trennungsfamilien müssen alle Fachleute gut kooperieren. Sie ergänzen sich mit ihrer jeweiligen Perspektive auf das Geschehen und ermöglichen in der Zusammenarbeit eine Abkehr von Parteilichkeit und weiterer Eskalation des Rosenkriegs. Nur auf diesem Wege wird dem Leiden der Kinder die Grundlage entzogen und eine stabile Neuorientierung möglich. Auch eine Einbindung des betreuenden Kinder- und Jugendarztes sollte angestrebt werden. Gerade bei einer langjährigen Vertrauensbeziehung besteht die Chance, zumindest ein Elternteil für Mediationsprozesse und Gruppencoaching zu öffnen.

Im lokalen Rahmen sind Netzwerke notwendig, um die Ressourcen für Beratung und Therapie nutzen zu können. Von richterlicher Seite muss auf die Wahrnehmung von Gruppenprogrammen durch die „Rosenkrieger“ gedrängt werden, um einvernehmliche Lösungen mit guter Akzeptanz durch beide Elternteile und die betroffenen Kinder zu erzielen. Zudem wird eine profunde berufliche Vorbereitung der Familienrichter auf ihre schwierige Aufgabe wie auch eine qualifizierte und obligatorische Weiterbildung zum fachpsychologischen Gutachter dringend benötigt.

■ *Dipl.-Psych. Dr. med. Harald Tegtmeyer-Metzdorf*
Praxis für Allgemein- und Neuropädiatrie, Psychotherapie
Sprecher des Ausschusses für Psychosomatik und Psychotherapie im BVKJ
Kemptener Straße 28
88131 Lindau
harald.tegtmeyer@uminfo.de

Literaturangaben unter:



Kindeswohl und Kinderrechte im europäischen Vergleich

Jörg Maywald

Kinder genießen von Beginn an unveräußerliche Menschenrechte. Kinderrechte als Menschenrechte für Kinder sind unmittelbarer Ausdruck der jedem Kind innewohnenden Würde. Dabei ist Kinderrechtsschutz weitaus mehr als Kinderschutz. Eine an den Kinderrechten orientierte Arbeit mit Kindern respektiert das Kind als eigenständigen Träger von Schutz-, Förder- und Beteiligungsrechten.

In den vergangenen etwa drei Jahrzehnten fand ein globaler Wandel statt von einem auf die kindlichen Bedürfnisse (Needs of Children) zu einem auf die Rechte des Kindes bezogenen Ansatz (Child Rights based Approach). Dies hat weit reichende Folgen für das Selbstverständnis der mit Kindern und für Kinder tätigen Fachkräfte und Institutionen. Eine Konsequenz besteht darin, die Orientierung an den Rechten des einzelnen Kindes und von Kindern insgesamt als inneren Kern des Leitbilds dieser Berufsgruppen und Organisationen zu betrachten. Ein Beispiel für diesen Wandel ist UNICEF, das sich von einer Wohlfahrts- zu einer Kinderrechtsorganisation weiterentwickelt hat.

Normativer Bezugspunkt dieser Entwicklung ist seit 1989 die UN-Kinderrechtskonvention (UN-KRK), das weltweit am meisten ratifizierte Menschenrechtsübereinkommen. Die Konvention ist insofern einmalig, als sie die bisher größte Bandbreite fundamentaler Menschenrechte – soziale, ökonomische, kulturelle, zivile und politische – in einem einzigen Vertragswerk zusammenbindet. Die in den 54 Artikeln niedergelegten, völkerrechtlich verbindlichen Mindeststandards haben zum Ziel, weltweit die Würde, das Überleben und die Entwicklung von Kindern (bis 18 Jahren) und damit von mehr als der Hälfte der Weltbevölkerung sicherzustellen. Besonders wichtig sind die in der UN-KRK enthaltenen sogenannten Allgemeinen Prinzipien (General Principles), die als Querschnittsrechte bei allen Kinder betreffenden Entscheidungen zu berücksichtigen sind, darunter das Gebot der Nichtdiskriminierung in Artikel 2, der Vorrang des Kindeswohls in Artikel 3, das Recht auf Leben und bestmögliche Entwicklung in Artikel 6 und das Recht des Kindes auf alters- und reifeangemessene Beteiligung in Artikel 12.

Bei einer vergleichenden Betrachtung in europäischer Perspektive stellen sich zahlreiche Fragen: Was für eine Rolle spielen die Kinderrechte in den Ländern Europas und in den bedeutenden europäischen Institutionen wie Europarat und Europäischer Union? Welche gesetzlichen und tatsächlichen Verbesserungen für Kinder wurden bisher erreicht? Wie hat sich der zentrale Begriff des Kindeswohls verändert? In welchen Bereichen besteht politischer Handlungsbedarf?

KINDERRECHTE IN EUROPA

Alle 50 Länder Europas sind Vertragsstaaten der UN-KRK. Der Europarat als Zusammenschluss von 47 europäischen Ländern sowie die 28 Mitgliedsstaaten umfassende Europäische Union (EU) haben sich mehrfach zu den Kinderrechten bekannt. Das Europäische Parlament hält gemäß einer EntschlieÙung vom 27. November 2014 anlässlich 25 Jahre UN-Kinderrechtskonvention die Rechte des Kindes „für einen Kernbereich der EU-Politik“ und hat die EU-Kommission aufgefordert, „eine ehrgeizige und umfassende Strategie für den Schutz der Rechte des Kindes sowie einen Aktionsplan für die kommenden fünf Jahre vorzulegen, die auf der EU-Agenda für die Rechte des Kindes aufbauen und diese weiterentwickeln“ (Europäisches Parlament 2014).

In der Charta der Grundrechte der Europäischen Union sind die Kinderrechte explizit aufgeführt. Artikel 24 der EU-Grundrechtecharta lautet wie folgt: „Kinder haben Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge, die für ihr Wohlergehen notwendig sind. Sie können ihre Meinung frei äußern. Ihre Meinung wird in den Angelegenheiten, die sie betreffen, in einer ihrem Alter und ihrem Reifegrad entsprechenden Weise berücksichtigt. Bei allen Kinder betreffenden Maßnahmen öffentlicher oder privater Einrichtungen muss das Wohl des Kindes eine vorrangige Erwägung sein. Jedes Kind hat Anspruch auf regelmäßige persönliche Beziehungen und direkte Kontakte zu beiden Elternteilen, es sei denn, dies steht seinem Wohl entgegen.“

Bei der Integration der Kinderrechte in die nationalen Gesetzgebungen gehen die Länder Europas unterschiedliche Wege, die u. a. durch ihre jeweiligen Verfassungen vorgegeben sind. Zu unterscheiden sind diejenigen Länder, in denen die Ratifikation der UN-KRK automatisch dazu geführt hat, dass die Konvention Bestandteil des nationalen Rechts wurde, von denjenigen, in denen explizite Umsetzungsschritte notwendig sind. Deutschland gehört zur zweiten Kategorie. Zwar gilt die UN-KRK nach Rücknahme der Vorbehaltserklärung im Jahr 2010 uneingeschränkt für jedes in Deutschland lebende Kind, sie schafft subjektive Rechtspositionen und begründet unmittelbar anwendbare Normen. Gemäß Artikel 25 des Grundgesetzes nimmt sie aber lediglich den Rang eines einfachen Bundesgesetzes ein, steht also nicht über der Verfassung. Im Falle einer Konkurrenz zwischen Grundgesetz und UN-KRK kommt dem Grundgesetz eine Vorrangstellung zu. Nur die ausdrückliche Aufnahme der Kinderrechte in das Grundgesetz würde diesen Zustand ändern.

In 35 Ländern Europas wurden auf nationaler Ebene unabhängige Ombudspersonen für Kinder (Kinderbeauftragte) eingesetzt, die im European Network of Ombudspersons for Children (ENOC) zusammengeschlossen sind. Aufgabe dieser Ombudspersonen ist vor allem die Förderung der Umsetzung der UN-KRK, teilweise verbunden mit der Möglichkeit, Beschwerden über Kinderrechtsverletzungen entgegenzunehmen und zu bearbeiten. Deutschland kennt keinen Kinderbeauftragten auf Bundesebene. Allerdings hat die Bundesregierung angekündigt, in 2015 beim Deutschen Institut für Menschenrechte eine unabhängige Monitoringstelle zur Überwachung der Kinderrechte einzurichten.

VERBESSERUNGEN FÜR KINDER

Das Inkrafttreten der UN-KRK hat in Europa und darüber hinaus zu substantiellen Verbesserungen der rechtlichen und tatsächlichen Situation von Kindern geführt. Ein besonders eindrucksvolles Beispiel ist die schrittweise Einführung des Rechts auf gewaltfreie Erziehung. Als erstes Land hat 1979 Schweden Gewalt als Erziehungsmittel in jeder Form verboten, in Deutschland wurde das Recht des Kindes auf gewaltfreie Erziehung im Jahr 2000 in das Bürgerliche Gesetzbuch (§ 1631 Abs. 2) aufgenommen. Aktuell (Stand: Januar 2015) ist in weltweit 43 Ländern – darunter in 23 europäischen Staaten – Gewalt in Familien, Schulen, Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen sowie in Jugendstrafanstalten gesetzlich verboten. In zahlreichen Ländern allerdings, wie zum Beispiel in Frankreich und Großbritannien, steht ein umfassendes Gewaltverbot noch aus (für eine globale Übersicht siehe www.endcorporalpunishment.org).

Aber nicht nur der Kinderschutz wurde in den vergangenen Jahren gestärkt, sondern auch im Bereich der Förder- und Teilnehmungsrechte gab es Fortschritte. Zwar fehlt hier eine systematische Übersicht für Europa, aber ähnlich wie in Deutschland wurden in zahlreichen Ländern die Rechte von Kindern auf Gesundheitsförderung (Frühe Hilfen) und frühkindliche Bildung sowie auf Gehör und Beteiligung (u. a. in zivilrechtlichen Verfahren) deutlich verbessert.

KINDESWOHL UND KINDERRECHTE

In Verbindung mit dem gewachsenen Bewusstsein für die Rechte des Kindes fand zugleich ein Wandel im Verständnis des Begriffs Kindeswohl statt. Während traditionelle Auffassungen davon ausgehen, dass die Erwachsenen – Eltern und Fachkräfte – immer schon wissen, was für ein Kind oder einen Jugendlichen in einer bestimmten Entscheidungssituation am besten ist, betrachtet eine an den Kinderrechten orientierte Sichtweise die alters- und reifeangemessene Berücksichtigung des kindlichen Willens als unverzichtbaren Bestandteil bei der Ermittlung des kindlichen Wohls. Ein solcher Verzicht auf paternalistische Inbesitznahme des Kindes wird auch viel besser dem englischsprachigen Original der UN-KRK gerecht, in dem der Begriff Kindeswohl mit „best interests of the child“ wiedergegeben ist.

Kindeswohlsentscheidungen sind immer auf den Einzelfall bezogene Abwägungsentscheidungen. Da es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff handelt, ist der Begriff Kindeswohl juristisch nicht definiert. In humanwissenschaftlicher Perspektive bedeutet dies:

Ein am Wohl des Kindes ausgerichtetes Handeln ist dasjenige, welches unter angemessener Berücksichtigung des kindlichen Willens die an den Grundrechten und Grundbedürfnissen von Kindern orientierte für das Kind jeweils günstigste Handlungsalternative wählt.

Eine besondere Herausforderung stellen Konflikte zwischen dem nachdrücklich geäußerten Kindeswillen und dem (vorgeblichen) Wohl des Kindes dar. Als Orientierung kann gelten, dass ein Handeln gegen den Willen eines Kindes besonders begründungspflichtig ist. In Anlehnung an Wiesemann & Peters kommt dem kindlichen Willen besonders in denjenigen Fällen eine hohe Bedeutung zu, wenn „die nachdrückliche Meinungsäußerung des Kindes, die wiederholt vorgetragen wird, für das Kind eine besondere emotionale Bedeutung hat und deren Nichtbeachtung die Selbstachtung des Kindes untergraben würde“ (Wiesemann & Peters 2013, S. 29).

HERAUSFORDERUNGEN FÜR DIE ZUKUNFT

Trotz zahlreicher Fortschritte auf internationaler, europäischer und nationaler Ebene bleibt weiterhin viel zu tun. Defizite bestehen sowohl bei der rechtlichen Umsetzung der UN-KRK als auch bei der tatsächlichen Verwirklichung bestehender Rechte. Außerdem ist zu bemängeln, dass die Kinderrechte bei vielen Fachkräften und auch bei Kindern und Eltern selbst immer noch viel zu wenig bekannt sind. Vor allem in den folgenden Bereichen besteht Handlungsbedarf:

- 1 Alle Programme für Kinder und mit Kindern an den Kinderrechten orientieren: Sämtliche Vorhaben für Kinder und mit Kindern sollten an deren Ansprüchen und Rechten, und nicht allein an den jeweils verhandelbaren, situativen und leicht zu relativierenden Bedürfnissen orientiert sein. Ein auf den Kinderrechten basierender Ansatz sollte zum Standard von Programmplanung und Konzeptentwicklung in der Arbeit mit Kindern gehören, sowohl in der Praxis der unterschiedlichen Berufsgruppen und auf verbandlicher Ebene als auch im Verwaltungshandeln und in der Politik.
- 2 Ein Monitoringsystem der Kinderrechte aufbauen: Auf allen föderalen Ebenen (Kommunen, Länder, Bund, EU) sollte ein Monitoringsystem sich ergänzender Institutionen etabliert werden, dessen Aufgabe darin besteht, die Umsetzung der Kinderrechte zu überwachen und zu fördern, Beschwerden über Kinderrechtsverletzungen entgegenzunehmen und zu bearbeiten und Vorschläge für Verbesserungen zu entwickeln.

- 3 Kinderrechte im Grundgesetz verankern: Die Rechte des Kindes sollten ausdrücklich und als Individualrechte ausgestaltet in das Grundgesetz aufgenommen werden. Durch die explizite Verankerung der Kinderrechte in der Verfassung käme Deutschland als Vertragsstaat der UN-KRK einer Staatenverpflichtung nach und würde darüber hinaus Vorgaben der EU-Grundrechtecharta in nationales Recht umsetzen. Dieser Schritt wäre in besonderer Weise geeignet, das allgemeine Bewusstsein für die Rechte der Kinder zu stärken und ein klares Signal an Staat und Gesellschaft zu senden, das Wohlergehen und die Verwirklichung der Rechte der Kinder als bereichsübergreifende Kernaufgabe anzusehen. Ein entsprechender Formulierungsvorschlag wurde vom Aktionsbündnis Kinderrechte erarbeitet (www.kinderrechte-ins-grundgesetz.de).
- 4 Die Wahlaltersgrenze herabsetzen: Nach dem Prinzip „Ein Mensch – eine Stimme“ sollte Kindern das Grundrecht der Wahl eingeräumt werden. Auf diese Weise würden die Demokratie auf eine breitere Basis gestellt und die politischen Kräfteverhältnisse zwischen den Generationen neu balanciert werden.
- 5 Die UN-Kinderrechtskonvention weiterentwickeln: Auch die UN-KRK selbst sollte weiterentwickelt und an aktuelle Herausforderungen angepasst werden. Besonders wichtig wären die Einführung ökologischer Kinderrechte, die Stärkung demokratischer Mitwirkungsrechte und ein Ausbau des internationalen Gerichtssystems zur effektiven Verfolgung von Kinderrechtsverletzungen.

■ Prof. Dr. Jörg Maywald
Geschäftsführer der Deutschen Liga für das Kind, Honorarprofessor an der Fachhochschule Potsdam und Sprecher der National Coalition Deutschland – Netzwerk zur Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention.
Deutsche Liga für das Kind
Charlottenstraße 65
D-10117 Berlin
joerg-maywald@gmx.de

Literaturangaben unter:



Das Zauberwort „Inklusion“ im Dschungel des Alltags – ein kurzer Beitrag aus dem Alltag des Kinder- und Jugend- gesundheitsdienstes (KJGD)

Gabriele Trost-Brinkhues

Inklusion – Was ist das eigentlich? Die meisten von uns haben den Begriff schon gehört. Aber was genau steckt dahinter? Geht es nur um behinderte Kinder und Jugendliche in Kindergarten und Schule oder geht es um die gesamte Gesellschaft? Und was bedeutet Inklusion für jeden von uns persönlich? Der (öffentliche) Kinder- und Jugendgesundheitsdienst hat den Anspruch, sich besonders für in jeder Richtung benachteiligte Kinder und Jugendliche einzusetzen. Neben dem Blick auf individuelle Notwendigkeiten wird die gesamtgesellschaftliche Sicht zur entscheidenden Handlungsmaxime. Steckt in der Inklusion die Chance für einen Weg hin zu einem wertschätzenden und die individuellen Ressourcen ernsthaft nutzenden Miteinander?

HINTERGRUND, BEGRIFFSBESTIMMUNG, RECHTSKONVENTIONEN DER VEREINTEN NATIONEN

Unter Inklusion wird das Recht auf uneingeschränkte Teilhabe aller Menschen an allen Bereichen der Gesellschaft verstanden, das gilt nach verschiedenen UN-Konventionen für alle Menschen, unabhängig von Geschlecht, Alter, Ethnie, körperlicher Verfassung, Intelligenz, Religionszugehörigkeit, sexueller Orientierung, eventueller Behinderung ... – also für alle Menschen! Vielfalt und Solidarität sind wichtige Kennzeichen einer lebendigen, solidarischen und zukunftsorientierten Gesellschaft. Jeden Menschen gilt es in seiner Einzigartigkeit uneingeschränkt anzuerkennen und zu fördern. Hieran könnte sich die Kunst des positiven Zusammenlebens unterschiedlicher Menschen in den verschiedenen Lebenswelten beweisen.

Mit der UN-Behindertenrechtskonvention wird das Recht auf Teilhabe in allen Bereichen der Gesellschaft festgeschrieben. Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung wurde Ende 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen (UN) verabschiedet. Deutschland und derzeit 158

weitere Länder bekennen sich zur UN-Konvention und haben sich mit ihrer Unterzeichnung verpflichtet, sie umzusetzen.

Weltweit leben rund 1 Milliarde Menschen mit Behinderung. Das sind etwa 15% der Weltbevölkerung. Damit stellen sie die größte „Minderheit“ auf der Erde dar. In Deutschland leben etwa 10 Millionen Menschen mit einer nicht unerheblichen Behinderung. Das sind etwa 12% der Bevölkerung, davon ca. 1/3 Kinder und Jugendliche, 2/3 Erwachsene. Unter Berücksichtigung des demographischen Wandels ist zukünftig eher von mehr Menschen mit einer oder mehreren Beeinträchtigungen/Behinderungen auszugehen. Die Behindertenrechtskonvention ist in Deutschland seit knapp vier Jahren rechtskräftig. Seitdem haben Menschen mit Behinderung (von jung bis alt) ein zusätzlich festgeschriebenes Recht auf Selbstbestimmung, gesellschaftliche Teilhabe, Chancengleichheit und Barrierefreiheit.

Mit der UN-Kinderrechtskonvention wird zudem jedem Kind das Recht auf Leben, Bildung, Schutz vor Gewalt, Teilhabe und viele andere Rechte zugesichert. Die Kinderrechte gelten für jedes Kind auf der Welt, unabhängig von Geschlecht oder Herkunft. Alle Staaten außer Somalia, Südsudan und den USA haben die UN-Kinderrechtskonvention ratifiziert und sich völkerrechtlich dazu verpflichtet, für das Wohlergehen aller Kinder und Jugendlichen zu sorgen. Deutschland hat sich zur Einhaltung und Umsetzung beider an dieser Stelle wesentlichen Rechtskonventionen verpflichtet. Kinder sind also nicht „nur“ die Zukunft. Ihre Rechte gelten schon heute – für jedes Kind und jeden Jugendlichen.

EXKLUSION, SEPARATION, INTEGRATION, INKLUSION

Die genannten Begriffe sind in den letzten Jahrzehnten in verschiedenen Kontexten genutzt worden. Es zeigt sich eine Kontroverse um die inhaltliche Ausrichtung des Exklusionsbegriffs zwischen der soziologischen Systemtheorie und der internationalen Ungleichheitsforschung (Armut und Arbeitslosigkeit). Während die Vertreter der Ungleichheitsforschung überwiegend historisch und anhand von normativen Werten argumentieren, beschreiben die Vertreter von Systemtheorien Exklusion allgemein theoretisch und als ein zeitlich unabhängiges Phänomen.

In der Pädiatrie müssen die die Gesamtgesundheit erheblich beeinflussenden sozialen Beeinträchtigungen und „Behinderungen“ stark in den Vordergrund von Integrations- und Inklusionsbemühungen rücken. Armut und Bildungsferne, damit fehlende Anschlussmöglichkeiten an die Überwindung der sozialen Folgen bilden für mich das eigentliche Dilemma. Da sprechen wir von soziogenen Entwicklungsstörungen und (drohenden) Behinderungen, medikalisieren und stellen die Medizin wie die Pädagogik vor ein schier unlösbares Problem: „Inkludiert doch mal.“

In der Pädagogik wird im Kontext der genannten Begriffe der Teilhabeausschluss vom „regulären“ Schulsystem und eine daraus grundsätzliche Bildungsbenachteiligung postuliert, was für einen Teil der Lernbeeinträchtigungen sicher zutrifft, für einen



anderen Teil behindertener Schülerinnen und Schüler aber auch nicht. So ist nicht zu leugnen, dass die bisherige schulgesetzliche Verankerung einer sonderpädagogischen Betreuung das Recht auf angemessene Bildung und Ressourcennutzung für jedes Kind, unabhängig von der Schwere der Behinderung bzw. den eingeschränkten persönlichen Möglichkeiten, erst geschaffen hatte.

INKLUSION ALS ZIEL UND DER STEINIGE WEG DORTHIN

Der Weg führte und führt auch heute noch in manchen Ländern dieser Welt von der Exklusion / dem Ausschluss von bestimmten Menschen aus der Gesellschaft (nicht nur in unserer unrühmlichen Vergangenheit) über die Separation (oder positiv ausgedrückt über den Zusammenschluss bestimmter Gruppen) zur Integration und damit zur Teilnahme in bestimmten Kontexten. Hinter dem Begriff „Separation“ verbirgt sich in Deutschland die Entwicklung zu einem qualitativ hochwertigen System an Fördereinrichtungen und Förderschulen mit einer möglichst frühen, fachkompetenten und erfolgreichen Frühförderung. Die „Integration“ von mehreren unterschiedlich beeinträchtigten Kindern in einer Gesamtgruppe mit nicht beeinträchtigten Kindern ist in den letzten Jahren mit großem Erfolg für beide Gruppen voran gebracht worden. Jeder Kinder- und Jugendarzt sollte sich durch einen Besuch in einer integrativen Kindertagesstätte oder Schule mit einem multiprofessionellen Betreuungs- und Behandlungssystem ein eigenes Bild machen. Diese für die Kinder positiven Förderbedingungen in Kindergärten/ Kindertagesstätten und Schulen gilt es fortzusetzen und nicht zu gefährden, sondern in Richtung Inklusion auszubauen. Hier ist auch für eine entsprechende gesundheitliche Versorgung, z. B. bei einem Kind mit Epilepsie oder Diabetes gut gesorgt.

Mit der Inklusion wollen und werden wir noch einen Schritt weiter gehen: Jedes Kind, jeder Mensch ist anders, es besteht eine große Vielfalt – Handicap oder Hochbegabung ist die Varianz am Rande der großen Normalität. Verhalten „originell“ oder psychisch krank – alle bilden die Diversität ab. Und alle gehören in eine Gesellschaft. Kein Kind oder Jugendlicher darf benachteiligt werden. Inklusion bedeutet das Recht eines jeden! auf Teilhabe, auf eine bestmögliche individuelle Förderung (auch für „gute“ Kinder? Auch für die Jungen in unserem Bildungssystem?!), auf eine persönliche Entfaltung unter optimalen Bedingungen für jeden Einzelnen hin zu einer „inklusiven Gesellschaft“.

Inklusion fordert, die Rahmenbedingungen in unserer Gesellschaft so zu gestalten, dass alle Kinder und Jugendlichen entsprechend ihren Möglichkeiten und Fähigkeiten bestmöglich gefördert werden und so Chancen zu einem selbstbestimmten Leben in der Gemeinschaft erhalten.

WAS SIND DIE NOTWENDIGEN SCHRITTE?

Der ernsthafte Blick auf die Ressourcen und die individuellen Hilfe- und Fördernotwendigkeiten gilt für alle Kinder – auch für Kinder und Jugendliche mit unterschiedlich schweren Sinnesbeeinträchtigungen, mit schweren sensorischen Integrationsstörungen, mit körperlichen Handicaps, mit schweren Erkrankungen, mit intellektuellen Beeinträchtigungen, mit Mehrfachbeeinträchtigungen, mit autistischen Störungen. Aber auch für Kinder und Jugendliche mit umschriebenen Entwicklungsstörungen (Teilleistungsstörungen), ADHS, gutem Begabungsprofil, psychischen Belastungen und Erkrankungen oder anderen Beeinträchtigungen. Es wird schnell klar: Ohne eine deutliche Verbesserung der äußeren und inneren Rahmenbedingungen, der personellen und sächlichen Ressourcen, einem ernstgemeinten „kein Kind zurück lassen“, ist eine solche Inklusion aller Kinder und Jugendlichen nicht zu schaffen. Wir alle müssen es wollen und auch die Finanzen dafür bereitstellen. Für eine Bildung wirklich aller Kinder vom ersten Lebenstag an müssen wir sehr viel mehr investieren.

ALLTAGSBOTSCHAFTEN AUS DEM KJGD

Was sollte der Anspruch auf Bildung und Teilhabe für jedes Kind, jeden Jugendlichen in diesem Land beinhalten? Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst ist täglich mit zahlreichen Problemen der Benachteiligung konfrontiert – für die Pädiaterinnen und Pädiater aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst ergibt sich ein sehr heterogenes Bild! Und es geht keineswegs nur um Kinder und Jugendliche mit Behinderung, sondern um die Inklusion von weitergehend und in vieler Hinsicht benachteiligten/beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen.

Mindestens 20% aller Kinder in Deutschland (Tendenz seit 20 Jahren zunehmend) wachsen nachweislich in einem bildungsfernen Milieu auf. Bildungsferne und Armut zeigen ebenfalls hohe Korrelationen. Chronische körperliche und psychische Erkrankungen der Eltern belasten die Entwicklung. Die physische wie psychische Gesundheit dieser Kinder und Jugendlichen ist von klein an bekanntermaßen und nachweislich gefährdet oder bereits in unterschiedlichem Maße beeinträchtigt. Die Gesamtentwicklung wird aus meiner Sicht mehr als behindert, es existiert hier eine Benachteiligung auf breiter Front. Ein unsäglicher Kreislauf von mangelnder Förderung und Forderung, fehlerhafter oder unzureichender Anregung, fehlender Wahrnehmung gesamtgesundheitlicher Versorgung lässt sich aufzeigen. Hier führen mangelnder Schulerfolg, fehlender Schulabschluss, keine erfolgreiche Ausbildung, keine Chance auf ein auskömmliches Einkommen auf dem Arbeitsmarkt zur direkten Beeinflussung besonders auch der psychischen Gesundheit. Erfahrungen

von Selbstwirksamkeit fehlen, Ansätze zur Ausbildung von Selbstbewusstsein werden im Keim erstickt, Frustrationen häufen sich. Die Zusammenhänge zu vermehrter Unfallhäufigkeit, reaktiven Verhaltensschwierigkeiten, Substanzmissbrauch, psychischen Belastungen und langfristiger Beeinträchtigung der jugendlichen Entwicklungsaufgaben zu einem selbstbestimmten Erwachsenen sind häufig genug beschrieben. Und da reicht es nicht, eine Rollstuhlrampe anzulegen!

Wen gilt es also zu inkludieren? Kinder mit Behinderungen, ja! Welche Kinder und Jugendlichen warten auch noch darauf, eine faire Chance zu bekommen? Sind es wirklich nur erheblich geistig und körperlich beeinträchtigte Kinder und Jugendliche? Oder sind es vielleicht Kinder, denen das Lernen nicht einfach „zufliegt“? Kinder und Jugendliche mit uneinheitlichem Begabungsprofil (was eher die Regel und nicht die Ausnahme ist), mit pubertären (Hirnbau bedingten) „Durchhängern“, mit Jungen-spezifischen Verhaltensweisen, mit den reaktiven psychischen Belastungen von Elterntrennung, elterlichen körperlichen, psychischen oder Suchterkrankungen ...? Harte und entscheidende Realität ist die Abhängigkeit der Chancen für alle Kinder und Jugendliche – mit und ohne Handicap – von den familiären und sozialen Ressourcen. Zur ernstgemeinten Inklusion gilt es auch diese Benachteiligungen auszugleichen.

Inklusion und psychische Gesundheit

Ich betreue seit 30 Jahren mehrere (endlich gut ausgestattete) Förderschulen mit insgesamt etwa 500 Kindern und Jugendlichen – und jeder von ihnen hat ein anderes Handicap. Bei vielen kann ein Laie auf den ersten Blick keine Behinderung erkennen, diese Kinder besuchen „ihre Schule“.

Ja, es ist für viele ein physischer und psychischer Schonraum, es gibt mehr Zeit, weniger Leistungsdruck, es wird Freizeit und soziales Miteinander gelebt, lebenspraktische Fähigkeiten werden vermittelt, auch Wichtiges aus dem Haushaltsalltag wird gelernt. Individuelle Förderung von zieldifferenz bis zielgleich! Wenn man diese jungen Menschen beim Schwarzlichttheater erlebt, beim Rollstuhlbasketball, bei Basaren und Schulfesten – dann kann nur jemand von „Separation“ reden, der nie dabei war. Hier gibt es strahlende Gesichter, viele Freundschaften, „Schmetterlinge im Bauch“, Händchen halten und eine große Schulgemeinde! Ein „Wir“!

ALLTAGSARBEIT IM KJGD

Die Kinder- und Jugendärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) haben nicht die Möglichkeiten, Heil- und Hilfsmittel oder kurative Leistungen des SGB V zu bewilligen, sondern sie sind in die Begutachtung der Leistungen anderer Sozialgesetzbücher und auch bei „Mischfinanzierungen“ eingebunden.

Jede Leistung, die zur Teilhabe und Eingliederung in ein System in Deutschland führt, muss „beantragt“ werden und wird in der Regel durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst begutachtet und nach dessen „Empfehlung“ durch die entsprechend zuständigen Stellen bewilligt. Alle behinderten oder von Behinderung bedrohten Kinder und Jugendlichen in der Kommune werden dem KJGD i. d. R. mehrfach vorgestellt.

Mögliche Anlässe im Lebensverlauf:

- Heilpädagogische und/oder interdisziplinäre Frühförderung (Mischfinanzierung) über die örtliche Eingliederungshilfe (Sozialhilfe)
- Integrative, inklusive oder heilpädagogische Förderung in einer Kindertagesstätte direkt/indirekt über die örtliche Jugendhilfe/Sozialhilfe oder über die überörtliche Sozialhilfe (teilstationäre Leistungen)
- Aufnahme in die Schule – mit oder ohne sonderpädagogischen Förderanspruch
- Hilfen zur angemessenen Schulbildung, besondere Förderung, Einzelfallhilfen bzw. Inklusionshelfer
- Diverse Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- Dauerhafte stationäre Unterbringung
- Familienentlastende Dienste bei besonderen behinderungsspezifischen Belastungen
- Spezifische pädagogische Maßnahmen wie z. B. Autismus-spezifische Förderung
- ...

Die wesentlichen gesetzlichen Grundlagen hierzu sind zunächst das SGB IX, dann das SGB V mit dem Rechtsanspruch auf medizinische und pädagogische Frühförderleistungen (Komplexleistungen), das SGB VIII mit dem § 35 a (seelische Behinderung) und schließlich das SGB XII mit den §§ 53,54 ff. Dabei geht es meist um die Frage, ob ein Kind (wesentlich) behindert oder von Behinderung bedroht ist und daher die Teilhabe beeinträchtigt ist. Die örtlichen Strukturen unterscheiden sich dabei nicht unerheblich trotz gleichlautender Bundesgesetze, manchmal differierender Landesbestimmungen. Vor allem aber bestimmen die örtlichen Angebotsstrukturen, welche besonderen Anträge überdurchschnittlich oft eingebracht werden. Wie unschwer erkennbar, ist an dieser Stelle der Inklusionsgedanke noch in die entsprechenden Sozialgesetzbücher einzuarbeiten.

INKLUSIONSFORDERUNGEN NUR AN DIE SCHULE?

Ist es wirklich gelungen, in 16 x 16 x 16 Schulversuchen in 16 Bundesländern die individuelle Förderung und Forderung aller Kinder und Jugendlichen an den individuellen Ressourcen orientiert zu gestalten? Haben wir aus den erfolgreichen und prämierten Beispielen von inklusiven Kitas und Schulen die entscheidenden Botschaften, was die Haltung, die gute personelle und sächliche Ausstattung und die generellen Partizipationsanforderungen angehen, verstanden und tragen diese in die Fläche? Theoretisch ja, in der Praxis aber hapert es noch gewaltig. Da wird über Konnexität gestritten (und die Frage: wer soll das bezahlen?), Kosten von einer Ebene in die andere transferiert, neue „Märkte“ entstehen: Für jeden einen Inklusionshelfer (als „Schatten“ hinter den Behinderten)? Gebärdolmetscher überall? Hauptsache, ein Aufzug für Rollstuhlfahrer

existiert ...? Oder geht es um Macht und Zuständigkeiten und idealisierte Theorien und das alles möglichst zu Lasten des Geldbeutels anderer?

Interessieren wir uns ernsthaft auch für die Kinder und Jugendlichen, die handwerkliche und weniger theoretische Begabungen haben? Oder zählen nur Abiturquoten als Qualitätskriterien, unabhängig davon, ob sich die jungen Menschen mit sich und ihrer Aufgabe im Leben identifizieren können? Haben wir nicht Kunst- und Werkräume „vernichtet“? Schulküchen zu Hochglanz-Ausgabeküchen verwandelt, werden nicht gerade die Haupt- und Förderschulen mit ihren Werkstätten geschlossen und die dazugehörigen Handwerker „freigesetzt“? Individuelle, ressourcenorientierte Förderung und angemessene Forderung gilt aus meiner Sicht für jedes Kind, jeden Jugendlichen! Und der Erfolg von Inklusion in unserer Gesellschaft wird langfristig nicht daran gemessen, wie viele Trisomie-21-Kinder im zieldifferenten Unterricht ein Gymnasium besucht haben.

Der Inklusionsbegriff sollte auch an anderer Stelle nicht missbraucht werden. Eine ehrliche Ressourcenorientierung erfordert ein noch genaueres Hinschauen als der Blick auf mögliche „Defizite“. Lassen Sie sich nicht blenden von: „bloß nicht etikettieren“, „bloß nicht genau hinsehen“, „wird schon noch“, „wächst sich aus“, „alles Entwicklungsvarianz“ – auch wenn gar keine angemessene Förderung und Forderung oder individuellen Hilfen in Sicht sind. Als Beispiel für eine solche Ressourcenorientierung möchte ich die Möglichkeiten von hörgeschädigten Kindern im Vergleich zu vor 10 Jahren beschreiben: Wird ein Kind mit einer mittelgradigen Hörstörung im Alter von 4–6 Wochen mit einem Hörgerät versorgt, gelingt eine deutlich verbesserte Hörentwicklung und eine weitgehend unauffällige Sprachentwicklung – frühe Diagnostik, angemessene Maßnahmen, langfristiger Erfolg!

Würde man die gleiche Debatte zu den altersbedingten Einschränkungen und Behinderungen machen, dann dürfte man keine „separierenden“ betreuten Wohnformen oder Pflegeeinrichtungen haben, sondern als Ideal wäre z. B. ein Mehrgenerationen-Haus in aller Munde. Und dann würde man doch kluger Weise die Pflegeheime erst einmal schließen und jedem alten Menschen mit einer Behinderung eine einzelne Pflegekraft oder auch mehrere zur Verfügung stellen – zur Erfüllung eines idealisierten Inklusionsgedankens. Die Schaffung einer adäquaten Betreuungslandschaft sollte eine langfristige Entwicklung mit Augenmaß voraussetzen – lassen Sie uns also ebenso klug mit unseren Kindern und Jugendlichen umgehen.

Eine intelligente Gesellschaft fordert und fördert alle ihre Menschen entsprechend der individuellen Möglichkeiten und noch so kleinen Ressourcen und bringt allen eine entsprechende Wertschätzung entgegen, unabhängig von Geschlecht, Alter, Ethnie, körperlicher Verfassung, Intelligenz, Religionszugehörigkeit, sexueller Orientierung oder eventueller Behinderung.

BARRIEREN IM KOPF

Jeder von uns muss sich fragen lassen, ob eine solche Inklusive Gesellschaft schon im eigenen Kopf Einzug gehalten hat – oder wie viele Urteile und Vorurteile es noch zu überwinden gilt. Sicher ist es ein Prozess, ein steiniger Weg, auf den wir uns alle äußerlich und innerlich begeben müssen. Mit der entsprechenden Haltung lassen sich die äußeren Barrieren sehr schnell und die inneren Barrieren langfristig überwinden. Ehrlichkeit ist gefragt! Dogmatische und die Menschen nicht mitnehmende Umsetzungen – also unter Umgehung der im Bildungssystem arbeitenden Menschen und auch durch Aktivierung von Ängsten und Widerständen – werden mehr Barrieren schaffen als überwinden helfen.

Gelebte Inklusion gehört zu jedem von uns – auch ich möchte als wertgeschätzter Teil dieser Gesellschaft leben dürfen. Handicaps gilt es einzubeziehen, wer von uns glaubt, Einschränkungen, Beeinträchtigungen oder gar Behinderungen gehörten nicht zumindest vorübergehend oder auch für immer zum Leben dazu, hat vergessen, seine Augen und Ohren zu öffnen.

Inklusion kann eine bessere Welt für uns ALLE schaffen!

■ Dr. med. Gabriele Trost-Brinkhues
BVKJ-Ausschuss Kind, Schule, ÖGD
BVÖGD-Ausschuss KJGD
An der Rast 47
52072 Aachen

Literaturangaben unter:



Ein Beitrag aus dem Internet:

www.freiewelt.net/inklusion-um-jeden-preis-10050318/

Vielleicht lässt sich die Problematik der INKLUSION an einem Beispiel aus dem Straßenverkehr verdeutlichen, hier wird zumindest klar, dass es nicht nur einen Weg geben sollte.

Es ist die Aufgabe des Staates, seine Bürger vor Gefahren zu schützen. Daher lässt er es sich sehr viel Geld kosten, für die schwächsten Verkehrsteilnehmer parallel zu den Bundes- und Landesstraßen Radwege zu bauen. Hier können sich die Radfahrer gefahrlos mehr Platz genehmigen, schnell oder langsam fahren, überholen oder absteigen. Wie riskant wäre es, wenn sie nun verlangten, sich mit ihrem Rad ebenfalls auf der KFZ-Fahrbahn bewegen zu dürfen, weil sie sich auf dem Radweg als Bummler diskriminiert fühlen, an den Rand gedrängt, abgesondert und als Verkehrsteilnehmer zweiter Klasse abgestempelt? Und würden sie mit der Begründung, dass alle Verkehrsteilnehmer „gleichberechtigt“ sind, fordern, dass die Geschwindigkeit für den KFZ-Verkehr auf 30 km/h begrenzt wird? Übertragen auf die schulische Inklusion von Kindern mit Einschränkungen zeigt sich, dass **Gleichberechtigung** oft missverstanden wird. Zu ihrem Recht und zu ihrem Schutz und Fortkommen wurden

für die Menschen mit Behinderungen in den zurückliegenden Jahrzehnten mit hohen Kosten hervorragende behindertengerechte Einrichtungen geschaffen, das Betreuungspersonal adäquat geschult, pädagogisches Material bereitgehalten, die Gruppengrößen minimiert, höchst differenzierte Angebote ermöglicht und das Lerntempo der Behinderung jedes einzelnen Menschen angepasst. Diskriminierung?

Ist es nicht vielmehr diskriminierend, die Einschränkungen der behinderten Kinder zu ignorieren, sie auf die „Fahrbahn“, sprich auf die öffentliche Schule zu schicken, sie dem Lerntempo der Mehrheit in der Klasse auszusetzen, sie tagtäglich zu überfordern, sie spüren zu lassen: Du bist anders, du bist eingeschränkt, du kommst nicht mit! Auf diese Weise verlieren die Schwächsten ihre Gleichberechtigung. Ebenso wäre es auch diskriminierend, der Mehrzahl der Kinder einer Klasse ein angepasstes Lerntempo abzuverlangen.

DIE FLEDDERMÄUSE Kabarett aus Aachen

Auszüge aus dem Programm 2014 zum Thema

Wo: Herzlich willkommen meine Damen und Herren. Ich begrüße auch nicht minder... bemittelt – auch alle körperlich, geistig, mental, vertikal, horizontal und auch genital herausgeforderten Mitbürgerinnen und Mitbürger zu unserem Seminar „Kabarett und Inklusion! Zwei Welten begegnen sich!“

Was bedeutet Inklusion? Also, dann stellen wir uns mal ganz dumm!!! Hööhöö, kleiner Scherz. Will sagen: Stellen wir uns also mal ganz herausgefordert! Inklusion bedeutet, dass alle Menschen das gleiche Recht auf volle Teilhabe an der Gesellschaft haben, egal wie stark Einzelne dabei unterstützt werden müssen. Klar? Es geht also um die grundsätzliche Anerkennung von Unterschiedlichkeiten, den Abbau von Barrieren, also auch um die Aufhebung der Ausgrenzung in Humor und Satire.

Be: Sie meinen, erst wer schon mal zum Gespött geworden ist gehört so richtig zur Gesellschaft?

Wo: Ein völliger Verzicht auf Randgruppenwitze oder gar ein Verbot wären gewiss eine humorlose Diskriminierung.

Be: Also auf gut Deutsch! Auch ein Behinderter hat das Recht darauf verarscht zu werden.

Mi: Super! Barrierefreier Humor. Direkt zum Ziel ohne Umschweife – voll in die Zwölf.

Jü: (schrullig) Der Satire geht es also nicht nur um Interaktion zwischen Inklusion und Exklusion, sondern generell um Irritationen bei der Produktion von Reaktionen auf Kommunikation?!

Wo: Ähh ja ...! Eine Person – egal wie anders sie sein mag – wird als Bereicherung für die Gruppe betrachtet ... und kann so auf ihre eigene Art wertvolle Leistungen erbringen. Stellt somit auch einen neuen Fundus an satirischem Betrachtungsmaterial dar. Über ihn und mit ihm darf gelacht und gescherzt werden.

Jü: Ähh, ja, ...?! Ich als „verhaltensorigineller“ Mitbürger habe da nur noch eine kleine Irritation bei der Integration der Inklusion unter Berücksichtigung der Bevölkerungsexplosion...

Mi: Der leidet doch an Erosion (deutet aufs Hirn)

Be: und wie, wo und wer soll das alles den Menschen bei... äh bei... biegen ... in... äh ... in... in...doktrinieren!!

Wo: Das ... – das ist die klassische Aufgabe der Schulen.

Be: Versteh ich nicht ... Wenn jetzt alle Bedürftigen inkludiert sind, dann sind doch alle Förderschulen und Therapeuten überflüssig und arbeitslos ...

Wo: Nein, nein, ... bis dahin sind alle Regelschulen und Einrichtungen vom Staat großzügig mit Geld bedacht worden, umfangreich umgebaut, neu ausgestattet und mit tausenden von Fachpädagogen und Therapeuten ausgestattet worden...

Jü: Realsatire! Es darf gelacht werden. (wendet sich ans Publikum und animiert)

Wo: In jeder Klasse wimmelt es nur so von Fach- und Förderlehrern, ...

Mi: Ah, und wenn ich in Zukunft möchte, dass mein Kind besonders bevorteilt wird, dann bemühe ich mich einfach um eine förderbedürftige Diagnose – was ja dann auch keinen Makel mehr darstellt - und schon erhält mein Kind eine besondere Förderung.

Be: Der glorreiche Beginn eines Wettförderkampfes unter gleichgeschalteten Randgruppen. Super!

Mi: Und was ist mit denen, die am Ende doch durchs Raster fallen?

Wo: Ziel wird es sein, in multiprofessionellen Unterstützungsstellen, wo also Schulpsychologen, Sonderpädagogen, Pädagogen, Sozialpädagogen zusammen mit Mitarbeitern vom Jugend-, Sozial- und Gesundheitsamt und dem Jobcenter gemeinsam im Kreis sitzen und dem Inkludierten – extrem herausgeforderten Mitbürger – unauffällig klar machen...

Be: ... dass er nichts taugt!?!

Wo: Nein, ... dass er seinen Beitrag zum Gemeinwesen leisten ... kann.

Be: Wenn er dann noch Bock dazu hat ...

Mi: Vielmehr muss geklärt werden, ob der definiert Diskriminierte überhaupt inkludiert werden will. Wer gegen seinen Willen inkludiert wird, dem widerfährt ja quasi soziale Gewalt.

Jü: Genau! Will der Fleischfresser, der Veganer, der Pädophile, der Mörder überhaupt inkludiert werden??? Ich weiß es nicht, wo soll das noch enden ... ich weiß es nicht ...

Wo: Was wissen Sie nicht?

Jü: Müssen wir künftig auch posthum tradiertes Kulturgut dem politisch korrekten Inklusionsgedanken aussetzen?

Wo: Wie??

Jü: Dürfen wir irgendwann vielleicht Sprichwörter und Brauchtumslieder nicht mehr ungehemmt ... benutzen... ?

Alle: Häää??

Jü: Na ja, so etwas wie: „Zehn kleine Negerlein ...“, „Auf einem Bein kann man nicht stehen ...“ oder auch „Ein blindes Huhn findet auch mal ein Korn ...“

Satire oder Realität?

Wo: Gerne greife ich den Hinweis auf besondere Gruppen auf und werde einmal am Beispiel eines Vereins (Handballer, Angler oder Karnevalisten) den entscheidenden Unterschied zwischen Integration und Inklusion erklären.

Als Randgruppe reiht sich ein Verein mit besonderen Interessen für viele Zeitgenossen nahtlos in die Reihe anderer Randgruppen wie „Behinderte“, „Nachtclubbesitzer“ oder, oder gar Frauen ein. Früher konnte man eine solche Gruppe/Rotte integrieren, in dem man ihnen z. B. in einem Festsaal oder Zelt einen eigenen Tisch – hinten im Eck – reservierte. So waren sie unter sich und konnten ihre Riten pflegen und ausleben ohne den „Normalo“, den sogenannten Normalbürger, nachhaltig zu stören. Und trotzdem waren sie irgendwie „dabei“! Wenn man jetzt allerdings diese „rüde Rotte“ im ganzen Saal gleichmäßig verteilen würde, also den ganzen Saal durch z. B. Karnevalisten aufmischen würde ... nur mal angenommen ... ich meine – wer will das schon ... dann nennt man das Inklusion!

Jü: Der Saal hat nichts davon und der Handballer oder Karnevalist auch nicht. Und die Spitze davon ist dann, dass man neben jeden besonderen Menschen noch einen „Inklusionshelfer“ stellt, einen „besonderen Schatten“ halt ...



„Das merken doch die Kleinen noch nicht“ – Psychisch belastete Eltern und die Auswirkung auf die Kinder

Barbara von Kalckreuth

Psychische Belastungen und Erkrankungen sind trotz aller Aufklärungsarbeit Themen, die Scham- und Schuldgefühle hervorrufen und lieber verschwiegen werden. Psychisch belastete und kranke Eltern sind aber eine Realität und Kinder sind von ihren Eltern psychisch abhängig.

Es ist eine wichtige ärztliche Aufgabe, anlässlich eines symptomatisch gewordenen Kindes, gleich welcher Altersstufe, den Blick auf die psychische Befindlichkeit der Eltern zu richten. Mit anderen Worten: Wenn Eltern Verantwortung für ihre seelische Gesundheit übernehmen, sich fragen, untersuchen und behandeln lassen, eröffnen sie ihren Kindern einen angemessenen Entwicklungsraum, den sie selbst in ihrer Kindheit wahrscheinlich nicht hatten.



EINIGE FAKTEN UND ERSTE MASSNAHMEN

Eine statistische Angabe sagt, dass in Deutschland drei Millionen Kinder unter 18 Jahren mit einem psychisch kranken Elternteil zusammen leben. Bei einer Gesamtzahl von 13 Millionen Kindern ist das jedes vierte Kind.

Dieses Zusammenleben ist charakterisiert durch ein tägliches Bemühen, einen nach außen normal erscheinenden Alltag aufrecht zu erhalten. Dabei übernimmt das Kind automatisch Aufgaben, die seinem Alter nicht entsprechen, sieht sich verantwortlich für die Befindlichkeit von Mutter oder Vater, leidet unter Scham- und Schuldgefühlen, opfert unfreiwillig und unbewusst einen Teil seiner Kindheit. Die „Tüchtigkeit“ und Anpasstheit vieler dieser Kinder hat einen hohen Preis.

Anstatt nach außen zu gehen und Hilfe zu holen, ziehen sich alle Betroffenen zurück.

In dieser chronischen Überforderungssituation wird das Kind mit hoher Wahrscheinlichkeit Symptome entwickeln, die von Infektanfälligkeit über Schulleistungsstörungen, Kopfschmerzen, Einnässen, Einkoten, Nägelkauen, ADHS, autistischem Rückzug bis zur Zwangssymptomatik und Konversion jede Gestalt annehmen können. Wo Worte nicht möglich sind, spricht der Körper mit seiner verschlüsselten Sprache, die wir dann Symptome nennen.

Das gilt auch für das Baby- und Kleinkindalter. Hier sind es Schrei- und Schlafstörungen, Trink- und Essstörungen, anklammerndes und oppositionelles Verhalten, hinter denen die seelische Not von Eltern und Kindern stehen.

Sie werden allerdings oftmals nicht als Hilferuf oder Ausdruck von Wut und Verzweiflung verstanden, sondern eher als individuelles Entwicklungsproblem des Kindes eingeordnet.

Die psychische Befindlichkeit der Eltern muss in die Diagnostik aufgenommen werden, denn sie ist ein wichtiger Schlüssel zum Verständnis der Interaktionsstörung, die sich im Symptom des Kindes Ausdruck verschafft.

Das Zulassen eines Dritten, das Aufheben des schamvollen Rückzugs, die Erfahrung einer entlastenden therapeutischen Beziehung sind die Voraussetzungen für einen Lösungsweg, der für jede Familie individuell gefunden werden kann.

An dieser Stelle ist der Patienten-Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf zu nennen, der den Mutterpass und das Früherkennungsheft ergänzt. Mit den Fragen soll die psychosoziale Realität der werdenden und jungen Familie erfasst werden.

Dadurch besteht jetzt viel früher, bereits während der Schwangerschaft, die Möglichkeit, psychische und soziale Belastungen zu erkennen und präventiv durch Begleitung, Beratung oder kurativ mit Psychotherapie Entwicklungsschritte zu ermöglichen. Der Anhaltsbogen richtet sich an alle Eltern, sodass Diskriminierung weitgehend ausgeschlossen ist.

Er könnte und sollte noch ergänzt werden durch die Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS. Es handelt sich dabei um einen Fragebogen mit 10 Fragen, der die Diagnose einer postpartalen Depression ermöglicht.

Die Symptomatik einer postpartalen Depression, bestehend aus Schlafstörung, Morgentief, Appetit- und Antriebsstörung, Selbstunsicherheit wird noch zu häufig als „normal“ verkannt. Dabei wird kostbare Zeit versäumt, denn das Baby sollte rasch eine emotional präsenzte Mutter bekommen.

Die Behandlung ist vielfach bewährt und besteht aus dem Einsatz einer Familienpflegerin, einer Psychotherapie für Mutter/Vater zusammen mit dem Baby. Der Einsatz eines Antidepressivums, das so gut wie immer mit dem Stillen vereinbar ist, sollte mit einem Psychiater besprochen werden.

Die Frühen Hilfen sind ein erstes Versorgungsnetz für psychosozialen Unterstützungsbedarf während der Schwangerschaft und in den ersten drei Lebensjahren.

Alle Kinder reagieren also auf die psychische Befindlichkeit der Eltern. Nicht nur auf die Befindlichkeit der Mutter, sondern auch auf den Vater, der für die Mutter idealerweise wie ein umhüllender Mantel ist. Er hat durch seine Berufstätigkeit oft weniger Kontakt zu den Kindern.

Vor einigen Jahren wurden die Kinder psychisch kranker Eltern noch als „Vergessene Kinder“ bezeichnet. Mittlerweile hat sich eine Vielfalt von niederschweligen und feinfühligem Angeboten für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder bundesweit entwickelt (Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder psychisch erkrankter Eltern).

Erstaunlich ist dabei, dass es jeder Kommune überlassen bleibt, wie sie mit dem Bedarf nach Halt gebenden Strukturen und therapeutischen Erfordernissen umgeht. Oft sind es Stiftungen, die diese Arbeit finanziell erst ermöglichen. Hier besteht Informations- und Entwicklungsbedarf bei den Kostenträgern auf politischer, medizinischer und sozialer Seite.

DIE LANGZEITWIRKUNG PSYCHISCHER BELASTUNG AUF DIE KINDER

In meine Praxis als psychoanalytische Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapeutin kommen junge Eltern, deren Baby nicht schläft, viel schreit, sich nicht ablegen lässt, klammert, nicht trinken will. Oder deren Kleinkind heftige Trotzanfälle hat oder das Essen verweigert.

Ausgehend vom Symptom des Kindes entfalten sich rasch die Lebensgeschichten der Eltern, die zu deren eigenem Erstaunen voller unverarbeiteter Belastungen sind, die ihnen bisher nicht bewusst waren. Die jungen Eltern berichten von ihrer Kindheit, die geprägt war von einer psychisch kranken Mutter oder Vater, gelegentlich auch Großeltern. Diese jungen Eltern haben als Kinder Einsamkeit und Gewalt, Alkoholkrankheit, Depression und materielle Not erlebt. Sie steckten in einem Loyalitätskonflikt mit dem kranken Elternteil, für den sie sich verantwortlich gefühlt haben, auf den sie aber auch wütend waren. Sie entschuldigen den jähzornigen Vater, haben die depressive Mutter und die jüngeren Geschwister gestützt, um nicht selbst unterzugehen, berichten von der Angst vor dem alkoholisiert heimkehrenden Vater, der zu Hause tobt, wie sie unter der Bettdecke erstarrt sind, wenn der Vater die Mutter geschlagen hat. Nach

dreißig Jahren berichten sie zum ersten Mal vom sexuellen Missbrauch durch den Stiefvater, den die Mutter nicht geglaubt hat oder durch den netten Nachbarn, der einfach da war und Zeit hatte. Eine Aufzählung von Konstellationen aus der täglichen Praxis.

Das stille Leiden als Kind wurde damals nicht wahr- oder ernstgenommen, die Schulschwierigkeiten hingenommen oder dem Kind zum Vorwurf gemacht, die Ablösung von den Eltern war wegen der Loyalität und Bedürftigkeit schwierig oder ist noch nicht gelungen. Schwierigkeiten und Krisen in der Partnerschaft wurden bagatellisiert, „weil es doch so vielen so geht und bei den Eltern nicht anders war“.

Jetzt aber fordert das Baby mit seiner Symptomatik die Eltern auf, sich von diesen emotionalen Altlasten zu befreien. Und es ist oft das erste Mal, dass die Betroffenen über die schwierigen Zeiten als Kind reden.

Auch hier ist es wieder das Kind, jetzt das Baby oder Kleinkind, das mit seiner Symptomatik aufmerksam macht, dass ein Elternteil unbearbeitete Last mit sich trägt.

Diese Entdeckungsarbeit ist Inhalt der psychoanalytischen Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie (SKEPT), bei der das Baby ein wichtiger Teilnehmer ist. Seine Aktionen, Reaktionen und Fähigkeiten lösen bei den Eltern Gefühle, Vorstellungen und Erinnerungen aus, die Zugang zur eigenen Kindheit mit den unbearbeiteten Konflikten und Belastungen ermöglichen. Aus Verwicklung kann Entwicklung werden.

MUTTER – VATER – KIND – EIN GANZ BESONDERES BEZIEHUNGSGEFÜGE

Die Bedeutung der Bezugspersonen für die seelische und körperliche Gesundheit von Kindern ist heute unumstritten. Die Entwicklung einer sicheren Bindung bzw. einer emotionalen Halt gebenden Beziehung ist Wunsch aller Eltern und zentrales Anliegen aller Geburtsvorbereitungs- und Elternkurse.

Das Einbeziehen des werdenden Vaters in die Geburtsvorbereitungskurse und seine Anwesenheit bei der Geburt sind selbstverständlicher geworden.

Das neue gesellschaftliche Bewusstsein zeigt sich auch auf politischer Ebene in der Einführung der Elternzeit, die der Entwicklung der Familie Raum, Zeit und eine finanzielle Unterstützung bietet.

Es war und ist noch immer ein langer Weg von der strengen, beziehungsarmen „deutschen Mutter und ihrem ersten Kind“ (Haarer J) hin zur emotional freien Mutter, die ihrer mütterlichen Intuition trauen und ihr folgen darf.

Das gilt auch für die Väter, denen es oft an Vorbildern für die Rolle des präsenten, aktiven, entlastenden Vaters fehlt. Auch sie entwickeln während der Schwangerschaft ihre intuitive Väterlichkeit, die sie in ihrer eigenen Kindheit erfahren haben. Die fürsorgliche Haltung lässt sich nicht nur beobachten, sondern auch anhand des Testosteron- und Prolactinspiegels mes-

sen. Voraussetzung ist dabei die emotionale Anteilnahme an der Schwangerschaft.

Vor 100 und vor 75 Jahren sind die Väter in den Krieg gezogen – heute gibt es Vätermomente und Elternzeit. Ein großer Fortschritt. Eine friedliche Revolution.

Das Mutter-Vater-Kind-Beziehungssystem ist unausgewogen. Die physiologische körperliche und emotionale Unreife des menschlichen Neugeborenen erfordert Schutz und emotionale und körperliche Fürsorge, um das Überleben des Babys zu sichern. Diese Abhängigkeit stellt hohe Anforderungen an die Eltern bzw. andere Bezugspersonen. Es geht darum, eigene Bedürfnisse zurückstellen zu können, heftige Gefühle des Babys und eigene Gefühle auszuhalten, ohne sie ausleben zu müssen (Containment). Eltern sollten sich einfühlen können in das Baby, um seine Signale zu verstehen, um zu erkennen, was es braucht (Mentalisierung), siehe unten.

Die Abhängigkeit des Babys ist einerseits die Basis für die Entwicklung der verlässlichen Beziehung zwischen Eltern und Kind, für die heute oft der Begriff der Bindung gebraucht wird.

Im Falle einer psychischen Belastung oder Erkrankung der Bezugsperson wird das Baby überschwemmt mit den wenig modulierten Gefühlen und Impulsen. Oder es lebt in einer emotional armen Welt, die es zunächst mit seiner Aktivität beleben möchte. Schließlich resigniert es und zieht sich zurück.

KINDER REGISTRIEREN ALLES

„Das merken doch die kleinen Kinder noch nicht“, so und ähnlich lauten die Meinungen über das, was Babys aus der Elternwelt mitbekommen. Doch die Erkenntnisse der Säuglingsforschung zeigen, wie intensiv die Babys Mimik und Gestik aufnehmen, Geruch, Stimme, Berührung und Bewegung im Raum registrieren und genießen können. Oder wenn es zu viel wird, sich zu schützen versuchen, unruhig werden oder sich abwenden.

Babys brauchen einen Filter für die überwältigende, aber zugleich anregende und interessante Welt, in die sie hineingeboren werden. Diese Aufgabe übernehmen die Eltern mit dem Repertoire, das sie aus der eigenen Lebensgeschichte mitbringen.

Der Übergang in die Elternschaft, wozu auch die Schwangerschaft gehört, ist eine dramatische Entwicklungsphase für alle Beteiligten. Für die Eltern könnte man sie mit der Adoleszenz vergleichen. Der Übergang in die Elternschaft ist eine Zeit mit heftigen Gefühlen und Unsicherheiten, die bereits den gesunden Erwachsenen an seine Grenzen bringt. Umso mehr psychisch belastete oder kranke Eltern.

WELCHE FÄHIGKEITEN SOLLTEN MÄNNER UND FRAUEN ENTWICKELN, WENN SIE MÜTTER UND VÄTER WERDEN?

Zwei Fähigkeiten sind besonders wichtig:

- 1 **Containment** ist die Fähigkeit, heftige Gefühle bei sich zu behalten, die Spannung auszuhalten, zu bearbeiten und in eine angemessene Handlung zu überführen.
- 2 **Mentalisierung** ist die Fähigkeit, den Gefühlszustand eines anderen zu erfassen, um entsprechend handeln zu können.

Psychisch belastete oder kranke Menschen sind durchlässig für die Gefühle anderer, können sich nur schwer abgrenzen. Eigene Bedürfnisse werden z. B. auf das Baby projiziert, sodass Belastungen, Missverständnisse und unverständliche Reaktionen entstehen.

Das Schreien des Babys kann so als Angriff oder Ablehnung gedeutet werden, dadurch heftige Gefühle bei Mutter oder Vater auslösen und zu aggressivem Handeln führen.

Hinzu kommt, dass das Schreien des Babys ein Gefühl von Ohnmacht erzeugen kann, das in seiner Intensität der Ohnmacht des Kindes von damals entspricht, die schon damals unerträglich war, aber unerkannt geblieben ist.

Diese Ohnmacht des inneren Kindes verzerrt die aktuelle Situation und macht sie überwältigend. Ohnmacht kann in Aggression umschlagen oder in Erstarrung und Ausblenden der Bedürftigkeit des Babys. Überschwemmt von eigenen Gefühlen setzt die Fähigkeit zu denken aus. Es gibt dann weder Containment noch Mentalisierung für das Kind und keinen stabilen Erwachsenen, der diese Aufgaben übernimmt.

Für diese überwältigenden Erinnerungen gibt es einen anschaulichen Begriff von Selma Fraiberg:

„Die Gespenster in der Kinderstube“

Partnerschaft, Schwangerschaft, Geburt und die Anforderungen der ersten Monate bedeuten großen körperlichen und psychischen Stress und große emotionale Offenheit. In dieser Zeit können unverarbeitete Erinnerungen aus dem Unbewussten aufsteigen, die die aktuelle Situation belasten und verzerren. Das Phänomen kann mit einer posttraumatischen Belastungsstörung verglichen werden.

Das unstillbare Schreien eines Babys und die daraus entstehende Ohnmacht wird dann so erlebt, wie die eigene Ohnmacht als Kind angesichts einer depressiven, emotional „toten“ Mutter. Durch die emotionale Überschwemmung ist die Fähigkeit zum Denken eingeschränkt. Angst, Panik und Aggression können ausgelöst werden, gefolgt von Schuld- und Schamgefühlen.

DIE FOLGEN

Dieser Teufelskreis kann verschiedene Folgen haben.

Dem Kind fehlt die emotionale Entlastung. Es schreit weiter. Schließlich resigniert es, wird ruhig. Oft wird dies so verstanden, dass das Kind jetzt etwas gelernt habe und „brav“ geworden sei. Die äußere „Ruhe“ täuscht aber, denn der Stress für das Kind bleibt bestehen. Zum eigenen Schutz hat das Baby den Kontakt zur Bezugsperson reduziert. Aber auch den Kontakt zur Umgebung, die es ja eigentlich kennenlernen möchte. Daraus kann eine Entwicklungsverzögerung entstehen oder sich ein Verhalten mit autistischen Zügen entwickeln.

Das Kind bleibt unruhig und die Eltern geraten in die Gefahr, ihre Ohnmacht und Hilflosigkeit in einer Misshandlung zu entladen. Sie wiederholen ihre eigene, unaufgelöste Situation als überfordertes Kind.

Fight or flight sind zwei von der Natur angelegte Reaktionsweisen auf Stress.

Fight wäre beim Baby die Schrei- und Schlafstörung, die Unruhe.

Flight wäre das ruhig erscheinende, in Wirklichkeit aber erstarrte, hoch angespannte Baby. Diese Verhaltensweisen können als Versuch verstanden werden, die unerträgliche Situation zu verändern oder sich zu schützen.

Es liegt nahe, in diesen Reaktionsformen erste Ansätze von ADHS oder auch autistische Merkmale zu sehen.

Die Lösung dieser für Eltern und Kind belastenden Verwicklung von Vergangenheit und Gegenwart liegt im Zulassen eines therapeutischen Dritten. Er übernimmt Containment und Mentalisierung für Eltern und Kind, bietet die sichere Basis, auf der die Türen zur eigenen Kindheit geöffnet werden. Verdrängte Gefühle und Belastungen durch einen psychisch kranken Elternteil können so zugelassen, durchgearbeitet und integriert werden.

PSYCHISCH BELASTETE UND KRANKE ELTERN DÜRFEN KEIN TABU SEIN

Psychische Auffälligkeiten und Erkrankungen sind häufig. Sie haben einen Gipfel in der Spätadoleszenz und im jungen Erwachsenenalter. Zudem ist der Übergang in die Elternschaft mit einer Neuorganisation der Psyche verbunden, die zusammen mit dem bereits genannten Stress eine psychische Erkrankung manifestieren oder verschlimmern kann. In psychischer Belastung und Erkrankung steckt aber auch eine Entwicklungschance, die mit therapeutischer Hilfe angebahnt werden kann.

Es ist bemerkenswert, dass die meisten Eltern wegen der Symptome der Babys und Kleinkinder in die Babyambulanz kommen. Das gilt auch für die postpartale Depression, die ca. jede fünfte Frau und jeden zwanzigsten Mann betrifft. Und auf die das Baby reagiert.

Eine kleine Zahl bemerkt, dass sie sich psychisch verändert haben und suchen daher Hilfe in der Babyambulanz.

Es ist fatal, dass psychische Belastungen, psychische Auffälligkeiten und erst recht psychische Krankheiten gesellschaftlich und individuell noch immer als Mangel, als beschämend und diskriminierend angesehen werden. Also werden sie mit viel Energie verleugnet, verborgen und abgewehrt.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Alle Kinder reagieren mit unterschiedlichen Symptomen oder aber unsichtbar auf die psychische Befindlichkeit von Eltern.

Daher sollte der Blick aller mit der frühen Kindheit beschäftigten Personen die Eltern und ihr Befinden erfassen. Belastungen und Ressourcen sollten benannt werden.

Die Enttabuisierung psychischer Belastung und Krankheit ist weiterhin notwendig. Psychische Belastung oder Erkrankung ist nicht selbstverschuldet. Sie darf nicht entwertet oder vorwurfsvoll als fehlender Wille des Betroffenen angesehen werden.

Eltern soll grundsätzlich eine wertschätzende Haltung entgegengebracht werden. Denn:

Alle Eltern wollen gute Eltern sein.

■ *Dr. med. Barbara von Kalckreuth
Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin
Ärztin für psychotherapeutische Medizin
Mitglied des Vorstands der Gesellschaft für die seelische Gesundheit
in der frühen Kindheit (GAIMH)
Goethestraße 24
79100 Freiburg
barbara.kalckreuth@babyambulanz.de*

Literaturangaben unter:



Frühe Erkennung von psychischen Störungen bei Kindern unter sechs Jahren

Alexander von Gontard

Psychische Störungen sind bei jungen Kindern genauso häufig wie bei Schulkindern und Jugendlichen. Sie können mit einer erheblichen Beeinträchtigung im Alltag einhergehen und die weitere Entwicklung negativ beeinflussen. Da sie wirksam behandelt werden können, ist eine frühe Erkennung und spezifische Diagnose erforderlich. Um den Besonderheiten dieses Altersabschnitts gerecht zu werden, wurden spezielle Klassifikationssysteme für Störungen bei Vorschulkindern entwickelt, die sich in der Praxis bewährt haben (Klassifikationssystem „Zero to Three“). Insgesamt können 12 verschiedene Gruppen von Störungen unterschieden werden. Bei jungen Kindern ist bei der Diagnostik die enge Einbindung der Bezugspersonen, entwicklungspsychologische Aspekte und begleitende körperliche Erkrankungen besonders zu berücksichtigen. Aus diesem Grund wurden die interdisziplinären S2k-Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter (AWMF 028/028) in vielen Konsensustreffen entwickelt. In dieser Broschüre sollen die wichtigsten allgemeinen Ergebnisse und Empfehlungen zusammengefasst werden. Dabei werden vor allem diagnostische Aspekte berücksichtigt.

Das Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter, d. h. das Alter von der Geburt bis zur Einschulung, ist durch eine rasche Entwicklungsdynamik gekennzeichnet. Psychische Störungen im frühen Kindesalter sind häufig und betreffen in verschiedenen Studien: 14–25 % aller Kleinkinder in den USA – 9–12 % sogar mit deutlichen Beeinträchtigungen; 8,9 %, bzw. 6,9 % der 3- bis 6-jährigen Mädchen und Jungen mit grenzwertigen und 6,9 %, bzw. 3,7 % mit eindeutigen psychischen Auffälligkeiten in Deutschland; 7,1 % der 4-jährigen Kinder in Norwegen; 10,1 % der 4- bis 6-jährigen Kinder in Island. Zudem zeigen psychische Störungen eine hohe Persistenz im Verlauf von 3 bis 6 Jahren.

Psychische Störungen sind auch in diesem Lebensabschnitt vielgestaltig und können diagnostiziert und wirksam behandelt werden. Insgesamt können 12 Gruppen von Störungen unterschieden werden. Zur Diagnostik steht neben den ICD-10- und DSM-5-Klassifikationssystemen die für junge Kinder speziell entwickelte Klassifikation DC:0-3R (Zero to Three, 2005) zur Verfügung. Diese Klassifikation berücksichtigt nicht

nur die psychopathologischen Besonderheiten dieses Entwicklungsalters, sondern rückt die Beziehung (und mögliche Beziehungsstörungen) in den Vordergrund.

In mehreren Treffen wurden unter der Mitarbeit vieler Fachverbände die S2k-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter entwickelt. Es werden ausschließlich psychische Störungen, aber nicht körperliche Erkrankungen und Behinderungen, Intelligenzminderung, Teilleistungsstörungen und spezifische Entwicklungsstörungen in dieser Leitlinie behandelt. Dabei wird die gesamte Altersspanne von 0 bis 5;11 Jahren abgedeckt. Bei den S2k-Leitlinien werden Schlüsselempfehlungen formuliert, die auf einem formalen Konsensfindungsprozess unter Berücksichtigung der Forschungslage beruhen. In dieser Broschüre sollen die wichtigsten allgemeinen Aspekte zur Diagnostik und Therapie aus der Kurzversion der Leitlinie zusammengefasst werden. In diesem Kontext können aus Platzgründen leider nicht die Empfehlungen zu den 12 Störungsgruppen referiert werden. Es darf daher auf die schon verabschiedeten und bald im Netz zur Verfügung stehenden Leitlinien verwiesen werden. Auch die Monographie des Autors (von Gontard, 2010) ermöglicht einen guten Überblick.

KINDLICHE PSYCHISCHE STÖRUNGEN UND SYMPTOME

„Die Diagnose einer psychischen Störung bei Kindern im Alter von 0 bis 5;11 Jahren soll unter Berücksichtigung der Interaktion und nur auf der Basis der jeweiligen Diagnosekriterien gestellt werden.“ (AWMF 028/028). Diese erste Schlüsselempfehlung besagt, dass Diagnosen nicht willkürlich gestellt werden dürfen, sondern dass eindeutig etablierte Kriterien von Klassifikationssystemen, vor allem der ICD-10 und der DC:0-3R (Zero-to-Three) berücksichtigt werden sollen.

Nicht nur manifest ausgeprägte Störungen, sondern auch Symptome, die nicht alle Kriterien für eine Diagnose erfüllen, können für Kind und Eltern sehr belastend und beeinträchtigend sein, die Alltagsfunktionen einschränken, zu Interaktionsschwierigkeiten führen und die Entwicklung negativ beeinflussen. Symptome unter der Schwelle einer Diagnose liegen vor, wenn z. B. Dauer, Schweregrad und Häufigkeit einer Symptomatik nicht die Diagnosekriterien erfüllen, oder das Alter des Kindes eine Diagnose ausschließt. Sie können als Vorläufer späterer Störungen wirken. Eine Beratung bei belastenden Symptomen kann auch ohne Diagnose sinnvoll sein und sollte deshalb angeboten werden.

BEZIEHUNGSSTÖRUNGEN

Neben der Hauptdiagnose des Kindes soll in jedem Fall auch eine mögliche Beziehungsstörung erfasst oder ausgeschlossen werden. Dazu ist die Einteilung der DC:0-3R sehr hilfreich, nach der ausgeprägte interaktive Störungen für die jeweiligen Dyaden klassifiziert werden. In der Beziehungsdiagnostik werden

die Qualität des interaktiven Verhaltens, der affektive Ton und die psychische Involvierung erfasst. Folgende Formen von Beziehungsstörungen können dabei unterschieden werden:

- Überinvolvierte Beziehungsstörung
- Unterinvolvierte Beziehungsstörung
- Ängstlich/angespannte Beziehungsstörung
- Ärgerlich/ablehnende Beziehungsstörung
- Gemischte Beziehungsstörung
- Verbal misshandelnde Beziehungsstörung
- Körperlich misshandelnde Beziehungsstörung
- Sexuell misshandelnde Beziehungsstörung

Die Beziehungseinschätzung ist so wichtig wegen der engen Verbindung von kindlichem Verhalten und Bezugsperson. Auch sind Beziehungsstörungen mit einer ungünstigen Prognose für eine kindliche Störung verbunden. Bei schweren Beziehungsstörungen kann das Kindeswohl gefährdet sein. Auch sind eigene elterliche psychische Störungen (wie Depression oder Persönlichkeitsstörungen) bei Beziehungsstörungen häufig. Beratung und Behandlung der Eltern kann in diesen Fällen angezeigt sein. Aus diesem Grund sollte nie auf die Diagnose einer möglichen Beziehungsstörung verzichtet werden.

Ein Novum der Leitlinie ist eine weitere Schlüsselempfehlung: „Eine Beziehungsstörung nach DC: 0-3R kann auch ohne eine kindliche psychische Störung bestehen. Eine Beratung und Intervention soll auch in solchen Fällen erfolgen“ (AWMF 028/028). Diese Konstellation einer Beziehungsstörung ohne bisherige Störung des Kindes ist z. B. wiederum bei Eltern mit eigenen psychischen Störungen häufiger. Eine Beratung bei leichteren Beziehungsstörungen hat prophylaktische Auswirkungen und kann das Entstehen zukünftiger kindlicher Störungen verhindern. Bei schweren, misshandelnden Beziehungsstörungen steht natürlich der Schutz des Kindes im Vordergrund.

DIAGNOSTIK

Nach den Leitlinien soll die Grunddiagnostik psychischer Störungen in allen Behandlungskontexten möglich sein. Die Diagnostik erfordert klinische Erfahrung und genügend Zeit. Essentielle, unverzichtbare Bestandteile sind dabei klinische Anamnese, körperliche Diagnostik, psychopathologischer Befund und Interaktions-/Beziehungsdiagnostik.

Besonders wichtig ist dabei eine ausführliche und detaillierte Anamnese, wie es auch die amerikanischen Leitlinien betonen (AACAP, 1997). Nach der Anamnese folgt die klinische Beobachtung des spontanen Verhaltens, der Interaktion und der Beziehung. Wenn möglich sollte das Kind mit Eltern oder Hauptbezugspersonen zusammen beobachtet werden. Das Kind kann zusätzlich mit jedem Elternteil getrennt beobachtet werden, um die beziehungspezifische Symptomatologie zu erfassen. Dazu wird die Spielsitzung minimal strukturiert, um einen möglichst unverfälschten Eindruck zu gewinnen. Eine semi-strukturierte

videobasierte Interaktionsdiagnostik kann als Ergänzung verwendet werden. Wie bei älteren Kindern wird ein psychopathologischer Befund erhoben, z. B. mit der ITMSE (Infant and Toddler Mental Status Exam) (AACAP, 1997).

Wegen der Häufigkeit von somatischen Begleit- oder Grundkrankheiten sowie entwicklungsneurologischer Auffälligkeiten darf auf eine körperliche Untersuchung nicht verzichtet werden. Falls erforderlich und indiziert sollen Zusatzuntersuchungen und Befunde aus anderen Fachgebieten eingeholt werden (Entwicklungs- und Neuropädiatrie, Humangenetik, Pädaudiologie, usw.). EEG und weitere neurophysiologische Untersuchungen, bildgebende Verfahren, Funktions-Untersuchungen und Labor-diagnostik erfolgen nach Indikation.

Nach den Leitlinien sollen „standardisierte Verfahren bei Indikation zusätzlich verwendet werden“ (AWMF 028/028). Standardisierte Untersuchungsinstrumente ermöglichen eine systematische Diagnostik einzelner Funktionsbereiche und ein Vergleich mit den Werten gleichaltriger Kinder (AACAP, 1997). Sie ersetzen die Basisdiagnostik nicht und sollen nie die einzige Grundlage der Einschätzung sein. Mit anderen Worten: die klinische Einschätzung steht im Vordergrund, die standardisierte Diagnostik wird in Ergänzung nach Indikation durchgeführt und liefert wichtige, zusätzliche Informationen. Zu den standardisierten diagnostischen Verfahren gehören:

- Entwicklungstests
- Intelligenztests
- Leistungstests, z. B. der Sprache und der motorischen Funktionen
- Verhaltensskalen
- Allgemeine Verhaltensfragebögen
- Spezifische Fragebögen
- Interaktionsinstrumente
- Standardisierte Beobachtungsinstrumente
- Strukturierte psychiatrische Interviews
- Kinderinterviews
- Projektive Tests
- Neuropsychologische Tests

THERAPIE

Eine Diagnose des Kindes nach ICD-10 und/oder DC: 0-3R beim Kind ist Voraussetzung für eine Therapie. Es handelt sich dabei um einen sequentiellen Prozess: Erst erfolgt die Diagnosestellung, dann die differentielle Therapieindikationsstellung und anschließend die Beratung und die störungsbezogene Therapie. Von daher wurde eindeutig festgelegt: „Eine Therapie soll erst nach Diagnostik und bei vorliegender Diagnose einer kindlichen Störung und/oder einer Beziehungsstörung erfolgen“ (AWMF 028/028).

Wenn tatsächlich eine Störung vorliegt, dann soll „eine Beratung bei vorliegender Diagnose in jedem Fall erfolgen“ (AWMF 028/028). Die ärztliche, psychotherapeutische, psychologische und pädagogische Beratung von Kindern und ihren Bezugspersonen kann von der reinen Patientenaufklärung bis zur Psychoedukation reichen. Eine Beratung stellt oft die Grundlage einer Therapie dar. Bei vielen Störungen, vor allem bei leichterer Ausprägung, kann Beratung allein ausreichend sein. Indiziert ist Beratung auch bei subklinischer Symptomatik unter der Schwelle einer Diagnose, die dennoch für Kinder und Eltern sehr belastend ist. Zudem bietet die frühzeitige Beratung bei subklinischen Symptomen die Chance, einem ungünstigen Verlauf mit der Entwicklung späterer Symptome vorzubeugen.

Falls eine Beratung nicht ausreicht, sollen immer nicht medikamentöse (d. h. überwiegend psychotherapeutische) Interventionen den Vorrang in der Behandlung psychischer Störungen im Vorschulalter haben: „Nicht medikamentöse Therapien sollten nach differentieller Indikationsstellung die Haupttherapieform für psychische Störungen darstellen“ (AWMF 028/028).

Psychotherapie ist die Hauptbehandlungsform psychischer Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter. Psychotherapeutische Interventionen haben in der Regel Vorrang vor pharmakologischen Therapien, soweit letztere in dieser Altersgruppe überhaupt in Frage kommen.

Nach differentieller Indikationsstellung, die Schweregrad, Komorbidität, Alter, multifaktorielle Ätiologie und soziale Einflussfaktoren berücksichtigt und abhängig vom Behandlungssetting (Praxis, Klinik, häuslicher Rahmen, Kindergarten) sind unterschiedliche psychotherapeutische Verfahren und Anwendungsformen indiziert. Dabei kommt eine Vielzahl von Therapieformen in Frage. Diese umfassen:

- Eltern-Kind- und Elterntrainings
- Eltern-Säuglings- und Eltern-Kleinkind-Psychotherapien
- Einzelpsychotherapien des Kindes
- Therapie mit Fokus auf die Paar- und Familiendynamik
- Psychotherapie und psychiatrische Behandlung der Eltern
- Systemische Familientherapie
- Tagesklinische und stationäre Behandlungen

Je nach vorliegender, diagnostizierter Störung soll die wirksamste Behandlungsmethode gewählt werden. Dabei können auch mehrere psychotherapeutische Verfahren sinnvoll miteinander kombiniert werden. Ein ambulantes Setting ist in der Regel vorzuziehen. Bei schweren Störungen, die eine intensive Überwachung und Intervention erfordern, können teilstationäre und stationäre Behandlungen indiziert sein. Deshalb sollen sich „die Methoden und Techniken, die Intensität und das Setting der Psychotherapie nach Art und Schweregrad der Störung richten“ (AWMF 028/028).

Oft ist bei schweren Störungen auch eine Psychotherapie alleine nicht ausreichend. Deshalb sollen „multimodale Therapien und/oder weitere psychosoziale Unterstützungsangebote je nach Indikation erfolgen“ (AWMF 028/028). Die differentielle Therapieindikation beschränkt sich nicht nur auf die Auswahl der Psychotherapieverfahren, sondern auch weiterer Behandlungsformen. Hierzu ist nach Diagnosestellung eine klare Indikation erforderlich. Weitere Behandlungsformen umfassen:

- Assoziierte Therapien (wie Logopädie, Ergotherapie, Heilpädagogik, Physiotherapie und/oder Psychomotorik)
- Behandlung körperlicher Erkrankungen
- Jugendhilfemaßnahmen

Bei jungen Kindern sind Therapien nur erfolgreich, wenn Eltern und Bezugspersonen eng einbezogen werden. Selbst bei Einzeltherapien von älteren Vorschulkindern ist eine intensive Elternarbeit erforderlich. Deshalb lautet eine weitere Schlüsselempfehlung der Leitlinien, dass „Eltern und/oder Bezugspersonen immer einbezogen werden“ (AWMF 028/028).

Wie schon oben erwähnt, hat die Psychotherapie bei jungen Kindern immer Vorrang vor pharmakologischen Interventionen. Wenn ein Kind aber mittelgradige bis schwere Symptome aufweist, die trotz geeigneter psychotherapeutischer Interventionen persistieren, kann es sinnvoller sein, eine sorgfältig überwachte Pharmakotherapie zu erwägen. Eine Pharmakotherapie erfolgt für die meisten Medikamente als Off-label-Verschreibung im Alter von 0 bis 5;11 Jahren. Die Hauptindikation für eine Pharmakotherapie im Vorschulalter ist die ADHS. Die Empfehlungen zur Pharmakotherapie wurden deshalb sehr zurückhaltend formuliert: „Eine Pharmakotherapie kann bei gezielter Indikation und bei unzureichender nicht medikamentöser Intervention erfolgen. Eine Pharmakotherapie soll immer mit Beratung und/oder nicht medikamentösen Interventionen kombiniert werden“ (AWMF 028/028).

SPEZIELLE STÖRUNGEN

Neben den Beziehungsstörungen können junge Kinder eine Vielzahl von Störungen aufweisen. Einige Störungen wurden in den Leitlinien ausgespart, entweder weil sie zu selten vorkommen (wie elektiver Mutismus, Ticstörungen, Zwangsstörungen oder somatoforme Störungen) oder weil sie so komplex sind, dass eigene Leitlinien geplant sind (wie Autismus-Spektrum-Störungen). Manche Störungen kommen zum Glück in dieser Altersgruppe nicht vor, wie zum Beispiel schizophrene Psychosen, dissoziative Störungen, Suchtstörungen, Anorexia und Bulimia nervosa, Panikstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen. Diese Störungen brauchen selbst bei der Differentialdiagnose aufgrund des Alters nicht berücksichtigt werden.

Viele Störungen sind auch innerhalb des Vorschulalters entwicklungsabhängig, d. h., die Diagnose kann z. T. erst ab einem Mindestalter gestellt werden – oder ist bis auf ein maximales Alter beschränkt. Eine Liste der 12 wichtigsten Störungen mit dem jeweiligen Altersspektrum findet sich in Tabelle 1:

Tabelle 1: Die wichtigsten 12 psychischen Störungen bei jungen Kindern mit jeweiligen Altersspannen

Störung	Mindestalter zur Diagnose
Fütterstörungen	4 Wochen
Schlafstörungen	12 Monate
Persistierendes exzessives Schreien	3 Monate
Regulationsstörungen	bis 3 Jahre
Ausscheidungsstörungen	4, bzw. 5 Jahre
Depressive Störungen	3 Jahre
Angststörungen	18 Monate
Anpassungsstörungen	keine Angaben
Posttraumatische Belastungsstörungen	18 Monate
Bindungsstörungen	9 Monate
Hyperkinetische Störungen (HKS)/ Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	3 bzw. 4 Jahre
Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (ODD)	3 Jahre

Es ist zu wünschen, dass die Relevanz von psychischen Störungen bei jungen Kindern in Forschung und Praxis zunehmend gesehen wird, da sie genauso häufig sind wie bei Schulkindern und Jugendlichen. Auf der Grundlage einer frühen und altersspezifischen Diagnostik, können Beratung und gezielte Therapien erfolgen. Aktuelles Leiden und Beeinträchtigungen können wirksam verringert und die Persistenz von kindlichen Störungen ins Schulkind- und Jugendalter verhindert werden. Dazu ist eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit unbedingt erforderlich, wie sie auch bei der Leitlinienerstellung gelungen ist.

■ Prof. Dr. Alexander von Gontard
Direktor der Klinik, Lehrstuhlinhaber
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum des Saarlandes
Kirrberger Straße 100
66421 Homburg
sekretariat.kjp@uks.eu

Literaturangaben unter:



Alle in Tabelle 1 aufgeführten Störungen werden mit aktuellem Forschungsstand und mit Schlüsselempfehlungen in den Leitlinien (AWMF 028/028) und bei von Gontard (2010) ausführlich behandelt.

AUSBLICK

Das Ziel der Leitlinie war es, im Konsensusverfahren und basierend auf einer umfassenden Literaturübersicht, Handlungsempfehlungen zur Diagnostik und Therapie psychischer Störungen im gesamten Vorschulalter (von 0 bis 5;11 Jahren) zu vermitteln. Eine Aktualisierung ist alle 5 Jahre vorgesehen.



Frühe Hilfen in der Kinderarztpraxis – wie kann es gelingen?

Michael Barth,
Florian Belzer

Der negative Einfluss psychosozialer Belastungen von Eltern auf die gesunde Entwicklung von Säuglingen und kleinen Kindern ist nachgewiesen (Laucht et al. 1992, 2002; Thyen et al. 2010). Das frühzeitige Erkennen solcher Faktoren und die Vermittlung psychosozial stark belasteter Familien in die regional vorhandenen Unterstützungsangebote ist daher ein wichtiges Ziel der Prävention und Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter. Die Kinder- und Jugendärzte zählen zu den wichtigsten Akteuren im Bereich der Frühen Hilfen, da sie in einer von Vertrauen geprägten, professionalisierten und oft mehrjährigen Beziehung zu jungen Familien stehen. Zudem sind es die einzigen Akteure, die über 95% der jungen Familien im 1. Lebensjahr des Kindes sehen (Kamtsiuris et al. 2007). Frühzeitige und niederschwellig ansetzenden Unterstützungsangebote für junge Familien werden seit dem Aktionsprogramm „Bundesinitiative Frühe Hilfen“ (BMFSFJ, 2012) kontinuierlich ausgebaut und stehen zunehmend auch Pädiatern als eine wichtige und hilfreiche Option für die von ihnen betreuten psychosozial belasteten Patientenfamilien zur Verfügung.

Gefördert vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wurde zwischen November 2011 und Dezember 2012 mittels einer deutschlandweiten strukturierten Expertenbefragung (n = 41) der „Pädiatrische Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf bei der U3 bis U6“ (Martens Le-Bouar et al. 2013) entwickelt, der Praxispädiater bei der Erfassung und Dokumentation von psychosozialen Belastungen im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen im ersten Lebensjahr des Kindes gezielt unterstützen soll. Der Anhaltsbogen enthält folgende Kerninhalte (siehe auch Abb. 1).

- ❶ Psychosoziale Belastungen, die die Bewältigungsmöglichkeiten junger Familien zu übersteigen drohen, aber noch zu keinen klinisch relevanten Störungen geführt haben
- ❷ Regulationsstörungen des Säuglings
- ❸ Postpartale Depression der Hauptbezugsperson

Abb. 1 Die Belastungskategorien des Pädiatrischen Anhaltsbogens (aus Martens-Le Bouar, 2013)

Psychosoziale Belastungen	Familienanamnese				
	1. Die momentanen Belastungen drohen die Bewältigungsmöglichkeiten der Familie zu übersteigen	U3	U4	U5	U6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Auffälligkeiten beim Kind				
	2. Pflege / Ernährung	U3	U4	U5	U6
	3. Entwicklung / Verhalten (Sicht des Pädiaters)	U3	U4	U5	U6
	4. Entwicklung / Verhalten (Sicht der Eltern)	U3	U4	U5	U6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Belastungen der Hauptbezugsperson (H.)					
5. starke Erschöpfung	U3	U4	U5	U6	
6. selbstberichtete mangelnde Unterstützung	U3	U4	U5	U6	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Eltern-Kind-Interaktion					
7. mangelnde Zuwendung (Blick-, Körperkontakt, Ansprache)	U3	U4	U5	U6	
8. wenig einfühlsames Handling	U3	U4	U5	U6	
9. Anzeichen von Überforderung	U3	U4	U5	U6	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Klinisch relevante Symptome	Regulationsstörungen				
	10. Exzessives Schreien / starke Unruhe	U3	U4	U5	U6
	11. Schlafstörungen	U3	U4	U5	U6
	12. Fütterstörungen	U3	U4	U5	U6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anzeichen Postpartaler Depression					
13. Interessenlosigkeit, Niedergeschlagenheit	U3	U4	U5	U6	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Der Anhaltsbogen ist als Dokumentationsbogen konzipiert und nicht als „Screening-Instrument“, d. h., aus den dokumentierten Belastungen folgen keine konkreten Handlungsanweisungen an den Pädiater. Der Bogen überlässt dem Pädiater seine volle Entscheidungs- und Handlungsautonomie. Die folgenden Hinweise sind lediglich als Empfehlungen zu verstehen:

Liegt nach Einschätzung des Pädiaters eine postpartale Depression der Mutter ohne Regulationsstörung des Säuglings vor, sollte die Mutter nach Möglichkeit an einen Facharzt vermittelt werden. Liegt eine Regulationsstörung des Säuglings vor, kann diese entweder durch den Pädiater selbst oder durch entsprechend qualifizierte Therapeuten behandelt werden, an die der Pädiater die Familie weitervermittelt. Liegen weder eine Regulationsstörung des Säuglings noch eine postpartale Depression der Mutter, jedoch psychosoziale Belastungen vor, sollte der Pädiater die Familie an die lokale Koordinierungsstelle Frühe Hilfen weitervermitteln. Der Pädiatrische Anhaltsbogen ist verlaufsorientiert gestaltet, d. h., ist sich der Pädiater in seiner Bewertung von Belastungen unsicher, kann er den noch unsicheren Verdacht auf Belastungen im Bogen dokumentieren und zunächst die weitere Entwicklung bis zur nächsten Früherkennungsuntersuchung abwarten.

EVALUATION DES PÄDIATRISCHEN ANHALTSBOGENS¹

Erste Evaluationsergebnisse zum Pädiatrischen Anhaltsbogen liegen vor, können hier jedoch nur skizzenhaft dargestellt werden (ausführlich in Barth, M. & Renner I. (2015), Kindermedizin und Frühe Hilfen). Folgende Forschungsfragen standen bei der Evaluation im Mittelpunkt:

- ❶ Wie häufig stellen niedergelassene Kinder- und Jugendärzte anhand des Anhaltsbogens Belastungen bei jungen Familien fest? Wie häufig stellen bei den gleichen Familien trainierte Interviewer Belastungen fest?
- ❷ Inwieweit stimmen die Kinder- und Jugendärzte mit den trainierten Interviewern in ihren Belastungseinschätzungen überein?
- ❸ Wie häufig wird seitens der Ärzte an die Frühen Hilfen und andere Maßnahmen vermittelt?

An der Studie nahmen Familien teil, die zur Früherkennungsuntersuchung U5 in teilnehmenden pädiatrischen Praxen in Freiburg und München gesehen wurden (nach vorheriger Einverständniserklärung). Die Familien wurden vom Pädiater anhand des Anhaltsbogens hinsichtlich vorliegender Belastungen eingeschätzt. Jeder teilnehmende Pädiater erhielt eine kurze Schulung sowie ein kurzes Manual zum Anhaltsbogen. Familien, bei denen sich ein „positiver“ Befund ergab, wurden zu einem Forschungsinterview (Krippeit et al., 2013) eingeladen. Das Interview wurde 4 bis 6 Wochen nach der U5 im häuslichen Umfeld der Familien durchgeführt. Aus Machbarkeitsgründen konnten im Studienzeitraum nicht alle als „negativ“ eingeschätzten Familien nachbefragt werden. Daher wurde aus der Gruppe mit „negativem“ Befund eine Zufallsauswahl für das Forschungsinterview gezogen. Die Interviewer waren verblindet, d.h., sie kannten die Einschätzung des Pädiaters nicht.

ERGEBNISSE

Es liegen auswertbare Daten von 385 Familien vor (Teilnahmequote ~35%). Die Teilnehmer und Nichtteilnehmer unterschieden sich nicht hinsichtlich der Merkmale Schulabschluss, Migrationshintergrund und Alter. Insgesamt beteiligten sich 28 Praxis-Pädiater in Freiburg und München an der Studie.

Häufigkeiten:

Von den 385 teilnehmenden Familien waren 51 (13,2%) aus Sicht der Kinder- und Jugendärzte psychosozial belastet. Klinisch relevante Anzeichen einer postpartalen Depression wurden bei zwei Fällen (0,5%), frühkindliche Regulationsstörungen bei 18 Fällen (4,7%) und subklinische psychosoziale Belastungen bei 31 Fällen (8,1%) von den Ärzten dokumentiert (Abb. 2). Bei 72,5% der 51 Familien war eine Eintragung im Anhaltsbogen dokumentiert worden, bei 27,5% lagen 2 bis 6 Eintragungen vor.

Abb. 2 Häufigkeiten dokumentierter Belastungen in den Hauptkategorien des Pädiatrischen Anhaltsbogens

Pädiater (n = 385 Familien)		Interviewer (n = 161 Familien)
n = 31 (8,05%)	Psychosoziale Belastungen	n = 15 (9,3%)
n = 18 (4,7%)	Regulationsstörungen	n = 18 (11,2%)
n = 2 (0,5%)	Postpartale Depression	n = 24 (14,9%)

Im Rahmen des Forschungs-Interviews ergaben sich Belastungen bei 57 von 161 (35,4%) interviewten Familien. Bei 24 von 161 (14,9%) Müttern zeigten sich Hinweise auf eine postpartale Depression. Regulationsstörungen des Säuglings dokumentierten die Interviewer bei 18 Fällen (11,2%). Bei 15 Familien (9,3%) stellten die Interviewer ausschließlich subklinische psychosoziale Belastungen fest.

Übereinstimmung:

Aufgrund der relativ geringen Fallzahl konnte die Übereinstimmung von Ärzten und Interviewern nur über alle Kategorien des Anhaltsbogens berechnet werden. Bei knapp 2/3 der aus ärztlicher Sicht belasteten Familien stimmten die Interviewer mit den Ärzten überein (65%). Waren Familien aus ärztlicher Sicht nicht belastet, traf dies bei 72% dieser Familien auch im Interview zu. Dokumentierten die Ärzte mehr als eine Belastung im Anhaltsbogen (n = 12), bestätigten sich diese Fälle zu 92% im Interview.

Vermittlung:

Vermittlungszahlen liegen nur für den Studienstandort Freiburg vor (Tab. 1). Eine postpartale Depression wurde von den Ärzten in Freiburg einmal festgestellt. Dieser Fall wurde vom Pädiater an eine psychiatrische Fachambulanz weitervermittelt. Von den 10 in Freiburg festgestellten Fällen frühkindlicher Regulationsstörungen wurden sieben Familien von den Ärzten beraten, eine Familie an eine Babyambulanz weitervermittelt, sowie bei zwei Fällen zunächst nicht interveniert. Beobachteten die Ärzte deutliche Anzeichen für psychosoziale Belastungen (n = 21), entschieden sie sich am häufigsten für eine vertiefende Beratung (n = 14). Bei sieben Fällen wurde sich für das beobachtende Zuwarten entschieden. Wie Tab. 1 zeigt, vermittelten die Kinder- und Jugendärzte keinen Fall an die Frühen Hilfen.

Tabelle 1: Häufigkeiten der Beratung und Vermittlung belasteter Familien durch Pädiater*

Störungsbereich	Beratung	Vermittlung an Fachbereich/ Frühe Hilfen	Keine Intervention
Postpartale Depression (n = 1)	0	1	0
Regulationsstörungen (n = 10)	7	1	2
Psychosoziale Belastungen (n = 21)	14	0	7

* Zahlen gelten nur für den Studienstandort Freiburg, da für München keine Vermittlungszahlen vorliegen

¹ Projekt gefördert durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Datenerhebung in Freiburg und München von Mai bis Oktober 2013).

DISKUSSION

Die Interviewer dokumentierten deutlich häufiger familiäre Belastungen als die an der Studie beteiligten Praxis-Pädiater. Ein Grund hierfür ist, dass im Forschungs-Interview im Unterschied zu dem stärker auf das Kind ausgerichteten pädiatrischen Kontext die elternbezogenen Inhalte des Pädiatrischen Anhaltbogens sehr ausführlich erfragt wurden. Auf dem Hintergrund völlig unterschiedlicher Erhebungskontexte (pädiatrische Praxis vs. häusliches Umfeld der Familien) ist die Übereinstimmung der ärztlichen Gesamteinschätzung mit dem Gesamtbefund des Interviews als gut zu bewerten. Dies gilt nicht für die Häufigkeit/Übereinstimmung auf der Ebene einzelner Kategorien des Anhaltbogens. Die etwa weit unter der Prävalenzrate von ca. 15% (Hübner-Liebermann 2012) liegende Fallzahl der von den Ärzten identifizierten Fälle postpartaler Depression (0,5% der Gesamtstichprobe) macht deutlich, dass Mütter mit Symptomen einer postpartalen Depression durch eine rein klinische Einschätzung nicht valide erkannt werden können (vgl. Mishina 2010).

Um die Erkennung eines psychosozialen Hilfebedarfs mit Hilfe des Anhaltbogens insgesamt zu verbessern, wäre das Bereitstellen von ausformulierten Fragen sicher hilfreich. Aus den Ergebnissen dieser Studie lassen sich „treffsichere“ Fragen aus dem Forschungsinterview destillieren. Zu den Fragen, die sich im Forschungsinterview besonders bei der Erfassung eines psychosozialen Hilfebedarfs bewährt haben, gehören die Fragen in Tab. 2.

Tabelle 2: Besonders bewährte Fragen zur Feststellung eines familiären Hilfebedarfs*

Störungsbereich	Fragen
Psychosoziale Belastungen	Gibt es etwas, das Sie besorgt? Wünschen Sie sich hierbei Unterstützung? Haben Sie Kontakte zu anderen Eltern mit kleinen Kindern?
Regulationsstörungen	Haben Sie den Eindruck, dass ihr Kind sehr häufig schreit oder unruhig ist? Wie klappt es mit dem Füttern, dem Schlafen?
Postpartale Depression	Fühlten Sie sich in letzter Zeit häufig niedergeschlagen oder bedrückt? Hatten Sie in letzter Zeit weniger Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

*aus dem Freiburger Elterninterview (Krippeit et al. 2013)

Ungeachtet der jeweiligen psychosozialen Belastung bilden das beobachtende Zuwarten und eine vertiefende Beratung die mit großem Abstand häufigsten pädiatrischen Interventionen. Bei diesem verlaufsorientierten Vorgehen ist die Vermittlung von Frühen Hilfen (noch) keine Handlungsoption für Pädiater. Dieser Befund „bestätigt“ die von den Frühen Hilfen oft an die Praxis-Pädiatrie herangetragene „Enttäuschung“ über die Kooperation. Es muss an dieser Stelle jedoch deutlich gesagt werden, dass die Praxispädiatrie keinesfalls als „Zulieferer“ zu den Koordinierungsstellen der Frühen Hilfen mißverstanden werden darf. Bezüglich der Frage, wie die Vermittlung belasteter Familien aus der Praxis-Pädiatrie in das System der Frühen Hilfen gelingen kann, gibt es noch einen erheblichen

weiteren Forschungsbedarf. Fest steht, dass die Pädiater von den Frühen Hilfen darüber aufgeklärt werden müssen, welche Hilfe-Maßnahmen geeignet sind, umweltbedingte Entwicklungsgefährdungen von Säuglingen und Kleinkindern zu beheben. Hierzu wäre ein zentraler Baustein, dass Vertreter der Frühen Hilfen Kinderarztpraxen aktiv aufsuchen und über konkrete Maßnahmen der Frühen Hilfen informieren. Aus vielen Rückmeldungen von Kinder- und Jugendärzten ist zudem bekannt, dass sie sich zur Klärung von Fragen einen konkreten und erreichbaren Ansprechpartner der lokal vorhandenen Koordinierungsstelle der Frühen Hilfen wünschen.

Ein Beispiel, wie die Kooperation zwischen der Praxispädiatrie und den Frühen Hilfen gefördert werden kann, ist ein aktuell von der Stadt Freiburg und dem Kommunalverband für Jugend und Soziales in Zusammenarbeit mit uns durchgeführtes Pilotprojekt, bei dem eine Mitarbeiterin der Frühen Hilfen regelmäßig zu einem festen wöchentlichen Termin in eine pädiatrische Praxis kommt. Ein Großteil der von der Praxis betreuten Kinder stammt aus Armutsfamilien oder hat einen Migrationshintergrund. Der Kinder- und Jugendarzt erhebt zunächst mit dem Pädiatrischen Anhaltbogen psychosoziale Belastungen der Eltern und vermittelt die Familie bei Bedarf umgehend an „seine“ Frühe-Hilfen-Mitarbeiterin weiter, die dann direkt vor Ort, d. h. in einem Nebenraum des Untersuchungszimmers, die Eltern initial berät. Dieses Angebot wird besonders von Eltern in prekären Lebenslagen positiv aufgenommen und vom Kinder- und Jugendarzt als sehr hilfreich bewertet. Auch wenn die begleitende Evaluation noch läuft, wurden von der Pilot-Praxis bereits jetzt deutlich mehr Fälle im Zeitraum eines Jahres an die Koordinierungsstelle Frühe Hilfen vermittelt als im Jahr zuvor von der gesamten Praxis-Pädiatrie in Freiburg.

■ *Dr. Dipl. Psych. Michael Barth*
Forschungsgruppenleiter
Dipl.-Psych. Florian Belzer
Stellvertretender Projektleiter
Pädiatrische Psychosomatik
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Universitätsklinikum Freiburg
Mathildenstraße 1
79106 Freiburg
florian.belzer@uniklinik-freiburg.de
michael.barth@uniklinik-freiburg.de

Literaturangaben unter:



Bindung – ein universelles und kulturspezifisches Konstrukt

Heidi Keller

Der englische Psychiater John Bowlby (1969, 1988) ist der Gründungsvater der Bindungstheorie. Beeinflusst durch die Situation von Kindern im Nachkriegsengland und einer Expertise, die er für die WHO über den Zusammenhang zwischen mütterlicher Pflege und der seelischen Gesundheit von Kindern verfasste (Bowlby, 1951), brachte er das ihm zugängliche Wissen aus Medizin, Psychoanalyse, Ethologie, Evolutionärer Theorie und Systemwissenschaften zusammen und formulierte eine Theorie zur Primarität der sozial emotionalen Entwicklung. Er beschrieb Bindung als die wesentliche Beziehung, die die Bezugsperson in der Nähe des Babys hält und das Baby die Nähe der Bezugsperson suchen lässt in Situationen von Belastung und Stress. Bindungsverhalten, also Nähe suchen, wird besonders durch Schmerzen, Müdigkeit, furchtauslösende Situationen und auch durch die reale oder scheinbare Nichtverfügbarkeit der Mutter ausgelöst (Bowlby, 1988). Bowlby betrachtet Bindung als ein emotionales Band zwischen Elternteil und Kind mit der Funktion des Schutzes und des Trostes für das Kind, damit es sich der Exploration der Umwelt zuwenden kann.

Später kam die kanadische Psychologin Mary Salter Ainsworth nach England und begann mit Bowlby zusammen zu arbeiten. Obwohl ihr die Urheberschaft für konzeptionelle Beiträge, wie die Bindungs-Explorations-Balance oder das Konzept der mütterlichen Feinfühligkeit zugeschrieben werden, bestand ihr Beitrag doch wesentlich darin, die Ideen Bowlby's auszuarbeiten und zu operationalisieren. So entwickelte sie das Standardverfahren zur Messung der Bindungssicherheit, den sog. „Fremde-Situations-Test“, eine Serie von kurzen Episoden des Spiels von Mutter und 1-jährigem Kind, Trennungsepisoden und Konfrontation mit einer fremden Frau in einer Laborsituation. Dieses Verfahren entstand als Anpassung an das Verhalten euroamerikanischer Kinder, die durch häusliche Trennungsepisoden von der Mutter nicht so gestresst waren, dass das Bindungssystem aktiviert wurde, wie es Mary Ainsworth zuvor in Uganda beobachtet hatte. Die Beobachtungen von Ainsworth werden häufig als kulturelle Basis der Bindungstheorie interpretiert. Das ist allerdings sehr kurz gegriffen, da die Anpassung an die euroamerikanische Familienrealität vorgenommen wurde, der Fremde-Situations-Test inzwischen aber weltweit ohne weitere Anpassungen verwendet wurde und wird.

Diese Vorgehensweise wird aus der evolutionären Verankerung des Bindungsmotivs und des Bindungsverhaltens abgeleitet. Es wird angenommen, dass Bindung in der Menschheitsgeschichte entstanden ist, um das wegen des notwendigen Gehirnwachstums als „physiologische Frühgeburt“ (Pechtl, 1984) geborene

Baby zu schützen und seiner Entwicklung eine sichere Grundlage zu geben. Diese evolutionären Wurzeln werden fälschlicherweise mit Universalität gleichgesetzt, und zwar sowohl hinsichtlich des Entstehens von Bindung, ihren Erscheinungsformen und den Konsequenzen. Sichere Bindung, die auf der Grundlage von sozialen Erfahrungen mit einer sensitiven primären Bezugsperson entsteht, wird als die beste Strategie mit der besten Perspektive für die weitere Entwicklung betrachtet. Tatsächlich ist aber aus Sicht der neodarwinistischen evolutionären Theorie kontextuelle Information substantiell, um Anpassung zu definieren. Das bedeutet, dass Variabilität die Essenz eines evolutionären Ansatzes darstellt und folglich eine Strategie nicht für alle Kontexte adaptiv sein kann.

Auf den Sachverhalt, dass evolutionäre Ansätze die Bewertung nicht nur von biologischen Prädispositionen, sondern auch von Umgebungskontingenzen, in denen diese Prädispositionen sich ausdrücken verlangen, haben Michael Lamb und Kollegen (1984) schon sehr früh hingewiesen, ohne dass dies auf die Bindungsforscher Eindruck gemacht hätte. Interessanterweise hatte John Bowlby die kontextuelle Natur von Bindung in seinen frühen Schriften noch hervorgehoben. Die nachfolgenden Bindungsforscher haben jedoch die Theorie zu einem geschlossenen System gemacht, ohne neuere Entwicklungen in den grundlegenden Disziplinen zu berücksichtigen.

Jede Theorie basiert auf philosophischen Prinzipien und damit auf einem bestimmten Menschenbild. So hat der Kulturpsychologe Robert LeVine (z. B. 2014) immer wieder hervorgehoben, dass die Bindungstheorie eine kulturelle Ideologie mütterlichen Verhaltens und kindlicher Entwicklung darstelle. Der inhärente moralische Imperativ hat Auswirkungen auf die Definition psychischer Gesundheit und das Wohlbefinden im Allgemeinen. Demnach ist Bindungssicherheit nicht einfach eine Verhaltenskategorie, sondern auch ein moralisches Ideal, das die Entwicklung kulturell geschätzter Qualitäten unterstützt, wie Selbstvertrauen, Neugier und psychologische Unabhängigkeit. Mütterliche Sensitivität ist nicht nur die Grundlage von Bindungssicherheit, sondern zugleich die Bewertung mütterlicher Qualität, also eine Form, gute von schlechten Müttern zu unterscheiden. Die sensitive Mutter akzeptiert den eigenen Willen des Babys, respektiert seine Stimmungslagen und bewertet seine Bedürfnisse als die einer unabhängigen, autonomen Person. Prompte Reaktionen selbst auf die subtilsten Signale des Babys sind notwendig, damit der Zusammenhang erkannt werden kann und Kontrollüberzeugungen ausgebildet werden können. Grundlage ist hier das kulturelle Modell der psychologischen Autonomie, das der Ausbildung des inneren Selbst mit Wünschen, Intentionen, Präferenzen, Überzeugungen Priorität einräumt. Diese Philosophie/Ideologie ist an die Lebenswirklichkeit der westlichen Mittelschicht angepasst. Sie erfordert Ressourcen, z. B. viel Zeit, die nicht für andere Erfordernisse aufgebracht werden muss, exklusive Beziehungen, da diese distale Intensität (Blickkontakt als primärer Kommunikationskanal) an den dyadischen Kontext gekoppelt ist, und ein hohes Niveau formaler Bildung, die die Würdigung der inneren, mentalen Welt ermöglicht. Diese Lebensform ist typisch für weniger als 5% der Weltbevölkerung (Keller & Kärtner, 2013).

bvkJ.

Die Lebenskontexte von Menschen, die nicht der westlichen Mittelschicht angehören (und dazu gehören natürlich auch Menschen mit anderen soziodemographischen Profilen in westlichen Ländern), unterscheiden sich drastisch von diesen Bedingungen. Niedrigere Niveaus formaler Bildung sind assoziiert mit früherer Erstelternschaft, mehr Kindern und einem dichteren familiären Netzwerk. Entsprechend funktioniert die Familie eher als ein sozioökonomisches System als ein Verband unabhängiger Individuen. Kooperation und Verantwortlichkeiten sind die kulturellen Werte, die an diesen Lebenskontext angepasst sind und die die leitenden Prinzipien der Sozialisation der nächsten Generation abbilden. Bindung entsteht somit auf anderen Grundlagen und muss sich entsprechend auch anders manifestieren. Inzwischen gibt es eine beachtliche Zahl von kultur- und kulturpsychologischen Dokumentationen von Bindungsbeziehungen in von der westlichen Mittelschicht abweichenden Kontexten (s. dazu Otto & Keller, 2014; Quinn & Mageo, 2013). Am augenscheinlichsten ist die Abweichung von der Monotropieannahme der klassischen Bindungstheorie, d. h. einer primären Beziehung mit der Mutter und möglicherweise noch wenige andere nachgeordnete Beziehungen. Vielmehr entsteht Sicherheit, die ja den Kern von Bindung darstellt, aus dem Gefüge multipler Beziehungen. Interessanterweise hat Mary Ainsworth in ihrer Dissertation auch noch von familiärer Sicherheit gesprochen, in der sich das Individuum realisiert (Salter, 1940, S. 45). Der Bezug zu einer spezifischen Bindungsfigur, der Mutter, wurde erst in den späteren Schriften expliziert, was durchaus historische Veränderungen der Lebensverhältnisse und damit einhergehende kulturelle Anpassungen abbilden kann.

Die Anthropologin Sarah Hrdy (2005) hat überzeugend argumentiert, dass die Menschheit nicht hätte überleben können, wenn die Aufzucht der Nachkommen die alleinige Verantwortlichkeit von Müttern gewesen wäre. Sie hat ein kooperatives Aufzuchtmodell (cooperative breeding system) vorgeschlagen als ein soziales System von Verwandten und Nichtverwandten, die gemeinsam die Kinder großziehen. Solche multiplen Pflegesysteme sind weit verbreitet, auch bei nicht menschlichen Primaten. Bowlby leitete seine Monotropieannahme aus der Forschung an Rhesusaffen ab, die der mit ihm befreundete Ethologe Robert Hinde in England durchführte. Die Rhesusaffen haben ein exklusives mütterliches Betreuungssystem. Steven Suomi (2008, S. 177) kommentierte das so: „One wonders how Bowlby’s attachment theory would have looked if Hinde had been studying capuchin rather than rhesus monkeys!“

Multiple Pflegesysteme sind bisher wenig systematisch untersucht worden. In jedem Fall gibt es sehr verschiedene Formen: die Mutter mag die Hauptbezugsperson sein und von anderen unterstützt werden bis hin zu der Mutter als eine unter anderen.

Mit dem Pflegesystem variieren natürlich die sozialen Erfahrungen. Bei den Efe im Urwald von Zaire, werden Neugeborene zwischen verschiedenen Frauen hin und her gereicht, die sich Stillen, Halten und Tragen teilen (Tronick, Morelli & Ivey, 1992). Bei den Aka im Kongobecken haben Säuglinge etwa 20 Personen, mit denen sie täglich im Kontakt sind (Meehan, 2005). Bei den Beng an der Elfenbeinküste sehen Neugeborene außer der Mutter die Großmutter, häufig eine Tante und vielleicht noch ein oder zwei andere verwandte Frauen. Nachdem das Neugeborene

gewaschen wurde, wird die Geburt im Dorf bekannt gegeben und innerhalb einer Stunde kommen die Dorfbewohner, um das Neugeborene zu begrüßen (Gottlieb, 2004).

Susan Seymour kommt aufgrund ihrer umfangreichen Studien in Indien zu dem Schluss, dass auch in Kontexten schnellen Wandels und Modernisierung, „... exclusive mothering is the exception, rather than the rule and that the concept of maternal indulgence – that is, a mother focused solely or primarily on responding to and nurturing her child – is itself problematic“ (Seymour, 2004, S. 550).

Beziehungen, die in solchen sozialen Geflechten bestehen, sind nicht auf die psychologische Autonomie des Kindes ausgerichtet, sondern auf das Hineinwachsen in die Gemeinschaft. Daher ist hierarchische Verbundenheit hier das leitende sozialisatorische Prinzip (Keller & Kärtner, 2013). Das bedeutet, dass die selbstbezogenen Eigenschaften, wie Durchsetzungsfähigkeit, Einzigartigkeit, Selbstbewusstsein und Selbstverantwortung wenig Raum haben. Vielmehr stehen soziale Charakteristika wie Verantwortung, Respekt, soziale Regulation und Kooperation im Zentrum der sozialisatorischen Bemühungen. Dies darf aber nicht dahingehend missverstanden werden, dass die selbstbezogenen Eigenschaften unterdrückt werden müssen und die soziale Harmonie erzwungen wird. Es handelt sich um grundsätzlich unterschiedliche Wertorientierungen. Und die drücken sich zum Beispiel auch in unterschiedlichen Bedeutungen ein und desselben Begriffes aus. Die Anthropologin Bambi Chapin macht dies am Beispiel Singhalesischer Jugendlicher klar. Diese zeigten ihre Reife in der Fähigkeit, gute Wahlen und unabhängige und gute Entscheidungen zu treffen. Bis hierher würden auch westliche Mittelschichtjugendliche mitgehen. Aber für die Singhalesischen Jugendlichen ist es selbstverständlich, dass sie sich im Einklang mit ihren Eltern und deren Meinung befinden. Das dürfte für westliche Jugendliche nicht unbedingt handlungsleitend sein. Autonomie zeigt sich in Sri Lanka darin, die Wünsche der Gemeinschaft zu erkennen, zu entscheiden, ihnen Folge zu leisten und diese zu akzeptieren. Dies zeige die Fähigkeit eines jungen Menschen, unabhängig wählen, werten und handeln zu können (Chapin, 2013).

Wenn man bedenkt, dass ca. 90% der in Deutschland einwandernden Menschen aus Kontexten kommen, die eher der Kultur der hierarchischen Relationalität angehören, gibt es viele Gründe, sich mit Bindung als einem kulturinformierten Konstrukt zu beschäftigen und nicht ein Modell als für alle gültig und gesund zu erklären.

■ Prof. Dr. rer. nat. Heidi Keller
Universität Osnabrück
Fachbereich Humanwissenschaften
Institut für Psychologie
Entwicklung und Kultur
Artilleriestraße 34
49076 Osnabrück
heller@uos.de

Literaturangaben unter:



Frühe vorsprachliche Kommunikationsprozesse als Basis für gesunde Kindesentwicklung

Hellgard Rauh

Die Entwicklung der kindlichen Kommunikation beginnt mit seiner Geburt und hat viele Facetten. Die Bedeutung der komplexeren elterlichen Kompetenzen und die Folgen eingeschränkter elterlicher Kompetenzen wurden lange unterschätzt.



VORSPRACHLICHE KOMMUNIKATION

Fragt man Eltern sehr junger Kinder, etwa im Rahmen einer entwicklungsdiagnostischen Einschätzung, was ihr Kind schon alles kann, dann erhält man relativ sichere Auskunft über motorische Fertigkeiten, Ess- und Ausscheidungsverhalten, evtl. über das Schlafverhalten und, ab dem 2. Lebensjahr vielleicht etwas über die ersten Worte. Wie aber das noch vorsprachliche Kind mit anderen kommuniziert oder welche sozialen Kompetenzen es gerade neu entwickelt hat, können sie meist nicht beschreiben. Manchmal berichten sie bestenfalls über ihr Gefühl, dass sie gut mit dem Kind klar kommen, oder dass irgendetwas im Umgang mit dem Kind befremdlich ist. Auch in der ärztlichen Praxis ist die Einschätzung des kommunikativen kindlichen Verhaltens schwierig, da das Kind durch die fremde Umgebung meist eingeschüchtert und das begleitende Elternteil angespannt ist. Kommunikation findet am ehesten in einer entspannten und von dem Kind als sicher erlebten Situation statt. Auch in der Forschung wurden die kommunikativen Fähigkeiten und Bedürfnisse des Kleinstkindes lange unterschätzt, zumal Kleinkindforscher lange davon überzeugt waren, dass Kommunikation als hoch komplexes Verhalten erst später als der Umgang mit Objekten und möglicherweise erst mit der Sprache ausgebildet werden könne. Inzwischen ist es keine Frage mehr, dass kommunikative Kompetenzen schon vor dem Spracherwerb entwickelt werden und sich parallel zur Sprache weiterentwickeln, sprachliche und nicht sprachliche Kommunikation viele Gemeinsamkeiten haben, aber auch Unterschiede aufweisen.

Die vor- und nicht sprachliche Kommunikation ist in der Tat ein Verhalten mit vielen Facetten. Sie beinhaltet zum einen das Senden und Empfangen von Information zwischen mindestens zwei Personen. Nicht sprachliche Kommunikation verlangt dabei in der Regel die unmittelbare Anwesenheit der miteinander kommunizierenden Personen, denn sie erfolgt wesentlich über Mimik, Gestik, Laute und Stimmausdruck, aber auch über Körperhaltung, Körperfarbe, körperliche Berührung und Wärme. Während Körperfarbe und Wärme vegetative, unwillentliche Ausdrucksarten sind, können andere, wie Mimik und Stimmausdruck, vom Sender (auch) gezielt gesteuert werden. Augen, Mund und Hände sowie Stimme werden zu den auch kulturell wichtigsten menschlichen nicht sprachlichen Kommunikationsmitteln (Tomasello & Vaisch 2013).

Botschaften der nicht sprachlichen Kommunikation können z. B. die Mitteilung über die eigene Befindlichkeit sein, sie können aber auch, ggf. gezielt, Verhalten des Partners herauslocken oder provozieren oder bewerten. Nicht sprachliche Botschaften lassen sich nach formalen Merkmalen charakterisieren, nämlich nach zeitlichem Verlauf, Dauer, Tempo, Intensität, Rhythmus und Spannung. Solche Begriffe werden auch in der Musik verwendet und haben hier wie dort auch psychologische Bedeutung. Damit eine zunächst einseitige (positive) Botschaft zur Kommunikation wird, wird sich – im gelingenden Falle – der Partner in die formale Struktur „einschwingen“, sie aufgreifen und sie weiterführen. Bedeutet die Ausgangsbotschaft Ausdruck von Kummer oder Schmerz, ist vom Partner ein linderndes Verhalten gefragt, das dem Leidenden hilft, in eine balancierte Lage zurückzufinden. Kommunikatives Interaktionsverhalten,

bvkd.

das als „gemeinsames Tun“ („joint behavior“) oder „Abwechseln“ („turn taking“) charakterisiert werden kann, hat im Falle ihres auch formalen Gelingens bei beiden Partnern eine gehobene Stimmung zur Folge (Stadler-Elmer 2015). Damit gezielte Kommunikation gelingt, werden von den Partnern komplexe sozial-kognitive Fähigkeiten verlangt: kompetentes „Lesen“ der Ausdrucksmerkmale des/der Anderen, Verstehen seiner/ihrer Handlungsziele, Gefühle, Wünsche und Motivationen, ggf. Bewerten seiner/ihrer Handlungen, Absichten und möglichen Handlungsfolgen. Die Reaktionen des Partners vermitteln dabei zugleich auch seine/ihre Einschätzungen und Wertschätzungen der Person. Über Kommunikation bauen sich soziale und emotionale Beziehungen auf; sie können Selbst- und Fremdbilder grundlegen, wie etwa in den Bindungsbeziehungen zwischen Eltern und Kind (Ainsworth et al. 1978).

Nicht sprachliche Kommunikation ist auch die Basis für gemeinsames Spielen, Singen und Tanzen (Stadler-Elmer 2015) sowie für gemeinsames Ausführen von Alltagsaufgaben und gemeinsames Arbeiten. Hier werden sozial-kulturelle Rituale und Skripte vermittelt oder gemeinsam neues Wissen aufgebaut („Ko-Konstruktion“; vgl. Bugental & Goodnow 1998). Die vorsprachliche Kommunikation ist auch die Grundlage und ein Gerüst für die sich später entwickelnde sprachliche Kommunikation und hat mit ihr viele strukturelle Merkmale gemeinsam, denn Sprache besteht nicht nur aus Wörtern und Grammatik. Im weiteren Entwicklungsverlauf begleitet und unterstützt sie die sprachliche Kommunikation und kann sie notfalls weitgehend ersetzen. Auch die vielfältigen Facetten der nicht sprachlichen Kommunikation bilden sich erst im Verlaufe der kindlichen Entwicklung und bis weit in das Erwachsenenalter hinein aus, und bei diesen schließlich in sehr unterschiedlichen Ausprägungen.

Sprachliche und nicht sprachliche Kommunikationsfähigkeiten sind auch im Erwachsenenalter von wachsender Bedeutung, zumal in einer Arbeitswelt, in der es immer weniger auf Körperkraft und körperliche Geschicklichkeit ankommt und sogar viele kognitive Leistungen effektiver von entsprechenden Geräten abgenommen werden. Andererseits werden viele psychische und soziale Verhaltensprobleme, nicht nur die von Kindern und Jugendlichen, häufig auf Kommunikationsprobleme zurückgeführt, die bereits in der vorsprachlichen Zeit ihren Ursprung haben könnten.

FRÜHE KOMMUNIKATIONSENTWICKLUNG – DIE SEITE DES KINDES

Psychologisch forschende Kinderärzte, wie Brazelton in den USA, Trevarthen und der in Berlin aufgewachsene Schaffer in Schottland und Papousek in Deutschland haben – vor nun schon fast 50 Jahren – zur wachsenden Erkenntnis beigetragen, dass der Mensch bereits als kommunizierendes und soziales Wesen geboren wird. Neue Forschungsmethoden, die das Blick- und das Saugverhalten, das Kopfwenden, aber auch elektrophysiologische Reaktionen des kindlichen Gehirns (ERP) sowie Verhaltensaufzeichnungen mittels Video nutzen, haben zur wissenschaftlichen Sicherung dieser Erkenntnisse verholfen.

Das neugeborene Kind ist – trotz erheblicher motorischer Unreife – mit faszinierenden sozial-kommunikativen Bereitschaften und Verhaltensweisen ausgestattet. Es hat schon vorgeburtlich an seiner akustischen sozialen Umwelt teilgenommen und kann rhythmische und prosodische Merkmale seiner künftigen Muttersprache von anderen Sprachen unterscheiden und sehr bald auch das Sprechen der Mutter von dem anderer Personen. Sein Tast- und sein Geruchssinn sind ebenfalls gut ausgeprägt, so dass es den Geschmack der (Mutter-) Milch, den Geruch der Mutter, ihre Art, es zu halten und zu streicheln, bald wiedererkennt. Wenn es auch noch nicht richtig scharf in die Ferne oder ganz nah sehen kann, sind seine Sehfähigkeiten gut genug, dass es Gesichter von anderen Dingen unterscheiden kann und sie zu sehen bevorzugt. Beim Gesicht orientiert es sich zunächst an markanten Konturen (z. B. Haaransatz) und am Dreieck von Augen und Mund. Ein bewegtes Gesicht erkennt es besser als ein statisches Bild davon. Es kann mit seinem Blick einem sich bewegenden Kopf (oder auch kräftig farbigen Gegenstand) von der Mittellinie aus nach rechts und links, bald auch nach oben und unten, folgen. Es schaut bevorzugt in Richtung der Augen und des Mundes, vor allem, wenn diese sich bewegen, was sogar meist kontingent zu seinem eigenen Verhalten geschieht. Es ist schon unmittelbar nach der Geburt, und ohne jegliche Erfahrung im Umgang mit Menschen, in der Lage, bestimmte Gesichtsgesten (O-Mund und E-Mund, Zunge herausstrecken) nachzuahmen (Meltzoff & Moore 1994; vgl. Rauh 2014). Neuere Erkenntnisse zur Funktion von Spiegelneuronen liefern hierfür eine neurologische Erklärungsbasis. Erst drei Tage alte Babys bevorzugen den durch Punkte dargestellten biologischen Bewegungsablauf eines gehenden Menschen vor einem sich ebenfalls, aber zufällig, bewegenden vergleichbaren Punktemuster. Sie präferieren sogar das Punktemuster eines Menschen, der sich voranbewegt (Treppe steigt), vor einem gleichen Punktemuster mit Bewegung auf der Stelle (Tretmühle) (Beidet-Ildei et al. 2013). Das Schreien kleiner Babys ist für die meisten Erwachsenen unwiderstehlich; sie fühlen sich gedrängt, zu helfen. Durch Berührung und durch die menschliche Stimme lassen sie sich beruhigen, wenn sie nicht allzu erregt sind; ansonsten hilft das Aufnehmen, wobei die meisten Babys sich aktiv anschiegen und einkuscheln; schließlich helfen das rhythmische Wiegen und evtl. der Schnuller oder die Brust (Brazelton 2008; Rauh 2008; 2014).

Schon in den ersten Wochen treten die Babys in eine Art mimischen und Gurrdialog mit dem Interaktionspartner, wenn sie sich im optimalen Abstand zu seinem Gesicht (ca. 25–30 cm) befinden und in entspannter, aufmerksamer Stimmung sind (Papousek 2008). Im Alter von drei Monaten fasziniert sie der vermeintliche Partner im Spiegel, zumal der maximal synchron mit ihnen reagiert. Mit dem sich entwickelnden Scharfsehen werden für das Baby Gesichter besonders spannend. Es beginnt nun, vertraute von unvertrauten Gesichtern, sogar Männer von Frauen zu unterscheiden (Freitag & Schwarzer 2013) sowie eine fröhliche und freundliche von einer neutralen oder unfreundlichen Mimik. Schließlich wird es empfänglich dafür, ob die Lippenbewegungen mit dem Rhythmus der Sprache übereinstimmen (Rochat 2008). Schon vor dem 3. Lebensmonat reagieren die Babys empfindlich, wenn ihr Interaktionspartner plötzlich „erstarrt“ („still face paradigm“), und ab neun Wochen erken-

nen sie, ob ihre Mutter mit ihnen (über TV-Schleife) zeitlich direkt interagiert oder ob ihnen ein ebenso freundliches Verhalten der Mutter von vor einigen Minuten präsentiert wird (Nadel et al 1999).

Mit dem ersten sozialen Widerlächeln (etwa 6 Wochen nach erwartetem Geburtstermin) wird die „1. soziale Revolution“ (Rochat 2008) des Babys eingeleitet. Seitens der Eltern wird das Kind nun als aktiverer Interaktionspartner wahrgenommen. Bei frühgeborenen Kindern müssen sie allerdings die zusätzlichen Wochen der Frühgeburtlichkeit abwarten, was für manche Eltern eine schwere Geduldprobe, und manchmal eine Frustration, darstellt. In den ersten zwei bis drei Monaten ist die Interaktion zwischen Kind und Betreuungsperson allerdings vor allem durch Pflege und Versorgung bestimmt und durch die in dieser Zeit für das Kind vordringliche „Entwicklungsaufgabe“, sein physiologisches und sein motorisches System sowie seine Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitssysteme an die neue physikalische und soziale Umwelt anzupassen (Brazelton 2008). Das Kind ist dabei – wenn auch erst in Ansätzen – durchaus eigenaktiv. Für seine noch unvollkommene Selbstregulation bedarf es aber der feinfühlig und komplementären Unterstützung durch seine Betreuungsperson. Diese sollte das an seinem ganzen Körper ablesbare Ausdrucksverhalten und Anzeichen des Babys für Belastetheit oder Überbelastung „verstehen“ können und „prompt“ und „angemessen“ reagieren (die drei Definitionskomponenten für Feinfühligkeit oder Sensitivität in Sinne von Ainsworth et al. 1978). An den zunehmend längeren Interaktions-situationen in entspannten Situationen beteiligt sich das Kind mit Interesse und Engagement. Spiegelt die Mutter sein Verhalten, vor allem seine Mimik und Lautierungen, dann steigert dies sein Engagement. Andauerndes mangelndes positives feedback vermindert es dagegen, und das Kommunikationsmuster wirkt dysreguliert (Lavelli & Fogel 2013).

In den nächsten drei Monaten wird das Kind kompetenter im Umgang mit Objekten (Greifentwicklung, Sitzen). Es pendelt nun zwischen seinem Interesse an Objekten und an Personen, ohne beides miteinander koordinieren zu können. Das Kind wiederholt gezielt und erkundend Aktivitäten, die zu einem interessanten Ergebnis geführt haben (sekundäre Kreisreaktionen nach Piaget, 1975). Die Interaktion mit Personen wird ebenfalls zielgerichteter und gewinnt den Charakter eines Abwechsel-Spiels („turn-taking“), vor allem auch bei der lautlichen Interaktion (Papousek 2008). Die spielerischen Interaktionsroutinen stabilisieren sich und das Kind entwickelt Erwartungen an seinen Interaktionspartner.

Ab etwa acht/neun Monaten beginnen die Kinder mit ihrem erwachsenen Partner über ein Objekt gemeinsamer Aufmerksamkeit (triadisch) zu kommunizieren. Diese neue Entwicklungsstufe charakterisieren Entwicklungspsychologen als 2. soziale Revolution (Rochat 2008). Das Kind kann nun in die Aufmerksamkeitsrichtung des Partners einschwenken. Mit etwa 11 Monaten versteht es seine Zeigegesten und verwendet sie selbst mit etwa 12 Monaten, um den Anderen auf etwas aufmerksam zu machen. Mit etwa 14 Monaten versteht es, dass der Andere mit den Augen sieht, und wenig später (18 Monaten), dass er etwas nicht sehen kann, wenn seine Blickrichtung verstellt ist.

Gemeinsam auf etwas Drittes gerichtete Aufmerksamkeit („joint attention“) und gegenseitige Aufmerksamkeitslenkung sind zudem meist mit positivem Affekt verbunden. Auch blinde Kinder können diese triadischen Kompetenzen entwickeln, dann allerdings vorwiegend über den taktilen und auditiven Modus (Ratray & Zeedyk 2005). In der zweiten Hälfte des ersten Jahres beginnen die Kleinen auch zu unterscheiden, ob die Handlung der Person, der sie zuschauen, zielbezogen und beabsichtigt (intentional) oder zufällig ist. Sie sehen offenbar im Partner eine Person, die über ähnliche mentale Prozesse verfügt, wie es selbst, sich aber dennoch von ihm unterscheidet („theory of mind“, vgl. Rochat 2008). Ab etwa neun Monaten schauen sie auch zur Bezugsperson („social referencing“), um aus ihrem emotionalen Verhalten zu lesen, ob sie die Situation als gefährlich einschätzt, bzw. zeigen ihr einen Gegenstand, mit dem sie gerade spielen, um mit ihr ihre Freude zu teilen.

Im 2. Lebensjahr beginnt der Spracherwerb. Aber auch die nicht sprachlichen kommunikativen Kompetenzen erweitern sich, beeinflussen die sprachliche Entwicklung und werden von ihr beeinflusst. Das emotionale Ausdrucksrepertoire des Kindes erweitert sich (Saarni et al. 1998). Es lernte schon im 1. Lebensjahr durch die seinen Emotionsausdruck spiegelnde Nachahmung der Bezugsperson, seine eigenen Gefühlsausdrücke zu unterscheiden. Sein eigenes Nachahmen von Ausdrucksgesten (Chartrang & Lakin 2013) förderte nicht nur seine Sympathie und Empathie mit dem Partner, sondern ermöglicht ihm im 2. und 3. Lebensjahr, seine Gefühlsausdrücke gezielt einzusetzen, um andere zu beeinflussen. Doch erst im Schulalter können die Kinder ihre spontanen Gefühle steuern und z. B. eine Enttäuschung über ein unmögliches Geschenk mit falscher Freude überspielen (Saarni et al. 1998). Auch die sozial-kognitiven Fähigkeiten entwickeln sich weiter. Ab etwa Mitte des 2. Lebensjahres erkennt es, dass die Person im Spiegel es selbst repräsentiert. Bald erkennen sie sich auch auf Bildern und im Video wieder und entwickeln eine innere Vorstellung von sich selbst. Es kann sich zunehmend in die Gefühle und Wünsche Anderer hineinversetzen und beginnt spontan zu helfen, z. B. wenn dem Anderen etwas herunter gefallen ist, oder zu trösten, wenn er oder sie sich verletzt hat (Tomasello & Vaish 2013). Ab etwa vier Jahren können sie sich auch ansatzweise in das Wissen und Denken des Anderen hineinversetzen und beginnen zu verstehen, dass der andere aus einem mangelnden Wissen oder aus einem Missverstehen heraus anders handelt („falsche Überzeugung“, „Theory of Mind“), als es das wissende Kind täte (Sodian & Kristen 2014). Die meisten Stufen dieses Entwicklungsstranges konnten auch in anderen Kulturen bestätigt werden. Ob das spontane Helfen des Eineinhalbjährigen eine eher sozial-kognitive Leistung oder eher sozial-emotional begründet ist, ist unentschieden. Es scheint jedoch nur eine von mehreren Voraussetzungen für späteres prosoziales Verhalten (mit 5 Jahren) zu sein (Paulus et al. 2015). Letzteres ist zudem auch mit moralischen Bewertungen verbunden. Ab Ende des 2. Lebensjahres beginnen Kinder, ihr eigenes Handeln und sich selbst als Person zu bewerten (Stolz, Scham, Schuld) und auch (möglichst positive) Bewertungen von Anderen herauszufordern. Ebenfalls in der 2. Hälfte des 2. Lebensjahres beginnen sie, bei Alltagsroutinen, Spielen und Gruppenaktivitäten dabei sein und mit-

machen zu wollen und übernehmen auch kleine Aufträge im Rahmen solcher sozialer „Skripte“ (Bugental & Goodnow 1998). Der starke Drang, zur sozialen Gruppe dazu zu gehören, sich mit ihr identifizieren zu können, ist ein wesentlicher Motor für die frühkindliche Sozialisationsbereitschaft (Tomasello & Vaish 2013). Seine kommunikativen und sozial-kognitiven Kompetenzen erweitert das Kind auch durch das immer komplexer, aber auch abstrakter werdende Symbol- und Rollenspiel, das es im Vorschul- und Schulalter überwiegend mit Gleichaltrigen spielt und dabei unterschiedliche Rollen und Funktionen erkundet. Auf einer „inneren“ Bühne kann dies auch zum Geschichten-ausdenken und Tagträumen sowie zu virtuellen Kommunikationsspielen im Jugendalter führen.

Die kommunikativen Kompetenzen des kleinen Kindes entwickeln sich in den verschiedenen Kulturen überwiegend ähnlich. In allen kulturellen Settings bekommen Kinder offenbar genügend der passenden Erfahrungen, um vor allem die grundlegenden sozialkognitiven Fertigkeiten entwickeln zu können (Callaghan et al. 2011). Kulturelle Einflüsse scheinen aber dennoch ab dem zweiten Halbjahr wirksam zu werden. Sind die Kinder im ersten Lebenshalbjahr noch für alle Sprachlaute, Gesichter und Facetten der Mimik, für alle Gesten und Rhythmen entsprechend ihren physikalischen Merkmalen offen, so engen sich ihre Unterscheidungsleistungen im zweiten Lebenshalbjahr zunehmend auf die in der eigenen Kultur bedeutungshaltigen ein (Pascalis et al. 2014). Eine wichtige Kategorie ist dabei „vertraut/fremd“. Die Kategorie „vertraut“ wird stärker ausdifferenziert als die Kategorie „fremd“. Im Vorschul- und Grundschulalter vergrößern sich die kulturellen Unterschiede. In westlichen, eher die Individualität und Autonomie des Kindes betonenden Kulturen, scheinen das Selbsterkennen und Beachten der eigenen Gefühle sowie das Handeln aus internen Motiven stärker gefördert zu werden; in eher kollektivistischen Kulturen (z. B. Indien, Indigene in Brasilien) werden dagegen früh soziale Verantwortlichkeit und Pflichten betont, die aus zwischenmenschlichen Beziehungen erwachsen, und sind für die Kinder besonders starke Motive (Kärtner & Schuhmacher 2014).

Die Altersangaben in diesem Abschnitt gelten für gesunde Kinder unter ausreichenden Anregungsbedingungen. Für Kinder mit allgemeinen oder partiellen Entwicklungsverzögerungen ist dagegen das Entwicklungsalter eine bessere Orientierungshilfe.

VORSPRACHLICHE KOMMUNIKATION – DIE SEITE DER ELTERN

Das kommunikative Verhalten der Eltern mit ihrem kleinen Kindes ist unverzichtbarer Bestandteil der kindlichen Kommunikationsentwicklung und ihrer Diagnostik. Eltern (auch Großeltern und mit der Fürsorge beauftragte Erwachsene und selbst größere Kinder) sind offenbar biologisch darauf voreingestellt, mit einem vorsprachlichen Baby so zu kommunizieren, wie es seinen kommunikativen Möglichkeiten entspricht und sein Lernen optimal fördert. Das Forscherpaar Papousek bezeichnete dies als „intuitives Elternverhalten“ (Papousek & Papousek 1987). Diese Fähigkeit ist insofern intuitiv, als sie den Erwachsenen meist

nicht bewusst, mitunter sogar peinlich ist. Sie wurde in den verschiedensten Kulturen beobachtet, ist aber im individuellen Falle unterschiedlich ausgeprägt. Intuitives Elternverhalten lässt sich besonders im 1. Lebensjahr des Kindes beobachten. Ohne es speziell gelernt zu haben oder sich dessen überhaupt bewusst zu sein, reagieren Eltern auf das Schauen des ganz kleinen Babys mit einer unmittelbaren „Grußreaktion“ ihrer Augen (Papousek & Papousek 1987); sie besänftigen es mit fallender, langsamer oder ermuntern es mit hoher, schnellerer Stimmelmelodie; sie prüfen den Wachheitsgrad am Tonus der Hand- oder Kinnmuskulatur; sie halten bei direkter Interaktion den kindlichen Kopf in etwa 25 cm Abstand zum eigenen Gesicht, was in der Neugeborenenzeit dem optimalen Sehabstand des Babys entspricht. Sie unterstützen seine Lernprozesse u. a. durch Spiegelung und Kommentierung der kindlichen Mimik und vermuteter Gefühle, und seine Handlungs- und Lautierungsversuche durch verlangsamtes und mehrfach wiederholtes Nachmachen. Die meisten Erwachsenen, und auch größere Kinder, „erfinden“ diese dem kleinkindlichen Lernen optimal angepassten Verhaltensweisen spontan in der Interaktion mit dem Kind; insofern sind die Babys auch Lehrmeister ihrer Eltern. In vielen Kulturen übernehmen ältere Kinder in großen Anteilen die Aufgabe des Lehrens ihrer noch vorsprachlichen Geschwister (Teiser et al. 2014).

Hauptaufgabe des elterlichen Interaktions- und Kommunikationsverhaltens ist es in den ersten Lebensmonaten des Kindes, ihm zu helfen, seine vitalen Prozesse in aktive Balance zu bringen. Elterliche Feinfühligkeit oder „Sensitivität“ (Ainsworth et al. 1978, Grossmann 1977) beinhaltet, dass die Beziehungsperson des Kindes prompt und zugleich angemessen auf die Signale des Kindes reagiert und dabei emotionale Wärme ausstrahlt. Dies gilt im weiteren Verlauf der Säuglingsentwicklung vorwiegend in Situationen, in denen das Kind Schmerz, Kummer, Belastungen oder Angst erlebt. Elterliche Sensitivität schon in den ersten Lebensmonaten ist eine wesentliche Voraussetzung für eine sichere Bindungsbeziehung im 2. Lebensjahr (Rauh et al. 2000). Eine mit beiden Eltern unsichere sozial-emotionale Bindung ist offenbar ein deutlicher Prädiktor für – meist externalisierende – Verhaltensprobleme mit acht Jahren; eine sichere Bindung zu mindestens einem Elternteil kann dieses Risiko eindämmen (Kochanska & Kim 2013). Feinfühligkeit der Eltern mit dem Säugling und Kleinkind vermag mögliche Spätfolgen von Frühgeburtlichkeit zu mildern (Als & Butler 2008) und fördert auch bei Kindern mit Trisomie 21 die sozial-kommunikative und Verhaltensentwicklung (Rauh 2012).

Jenseits des ersten Halbjahres gewinnen Kommunikations- und Interaktionssituationen in neutraler oder gar positiver Stimmungslage zunehmend an Bedeutung. Hier kann elterliche Feinfühligkeit und elterliche Didaktik am besten als eine „gegenseitig responsive Orientierung“ („mutually responsive orientation“, MRO; Kochanska et al. 2008) beschrieben werden. Sie wird charakterisiert durch miteinander koordinierte Routinen, harmonische Kommunikation und emotionales Mitschwingen, wie es im gelingendem gemeinsamen Spielen zum Ausdruck kommt. Es ist seitens der Eltern nicht mehr ganz so intuitiv wie das Verhalten mit dem Baby, stellt aber einen wichtigen Rahmen für

das Lernen kultureller Inhalte dar und wird zu einem wichtigen Prädiktor für eine positive Sozialisation des Kindes. Während aus dem ersten Lebensjahr das mütterliche Verhalten besonders vorhersageträchtig ist, erlangt nun auch das entsprechende Verhalten des Vaters an Bedeutung. Positive Kommunikationserfahrungen mit den Eltern fördern das aktive Bemühen des Kindes zur Selbstregulation (erfasst mit vier Jahren) und die Internalisierung von Verhaltensstandards (erfasst mit fünf Jahren). Kinder mit schwierigem Temperament erwiesen sich in etlichen Studien als besonders empfänglich für sowohl negative, aber auch positive Umwelterfahrungen (vgl. Rauh & Bergmann 2014). Besonders bei ihnen und auch bei Kindern aus ungünstigem Milieu schützte feinfühliges und kindorientiertes Interaktionsverhalten der Eltern vor späteren Verhaltensproblemen (Kochanska & Kim 2014). In einer großen multizentrischen amerikanischen Längsschnittstudie erwies sich die mütterliche Sensitivität, erfasst in den ersten zwei Lebensjahren, als der stärkste Prädiktor für das Sozialverhalten des Kindes in der Grundschule, und er war deutlich stärker als Dauer und Qualität der außerfamiliären Betreuungen und Kindergärten (NICHD Child Care Research Network 2003). Eine prospektive Studie mit 113 inzwischen erwachsenen Kleinstkindern konnte zwar einen signifikanten, wenngleich nur schwachen, direkten Pfad von der Sensitivitätserfahrung in den ersten 2,5 Jahren (gemittelt über vier Zeitpunkte) bis zu den eigenen Erfahrungen und Vorstellungen als Eltern bei den nun 32-Jährigen nachweisen. Die „Teilpfade“ von der mütterlichen Sensitivität im Kleinstkindalter zur sozialen Kompetenz im Umgang mit Gleichaltrigen im Grundschul- und Jugendalter (ebenfalls gemittelt über vier Termine), von dort zur Beziehungskompetenz zum Lebenspartner im frühen Erwachsenenalter (mit 23 und 32 Jahren) und von dort zur eigenen elterlichen Kompetenz waren dagegen wesentlich überzeugender (Raby et al. 2015).

Die elterliche intuitive Kompetenz als „Verhaltensbereitschaft“ ist bei den Eltern sehr unterschiedlich ausgeprägt und kann durch Belastungen überdeckt und verschüttet sein. Zu junge, in ihrer Persönlichkeitsentwicklung für die Aufgabe noch nicht reife Eltern, durch eigene Kindheitserlebnisse traumatisierte Eltern, Eltern unter akuten sozialen, finanziellen und gesundheitlichen Belastungen können sich nicht offen genug ihrem Kinde zuwenden und vermitteln durch ihr Verhalten unklare emotionale Botschaften. Psychische Störungen, vor allem Depressionen, aber auch sedierende Medikamente, vermindern den mimischen Emotionsausdruck, einen wichtigen Kommunikationskanal, aber auch die Freude der Eltern am Umgang mit dem Kind. Kinder, deren Eltern im Kindesalter von sechs Monaten überlastet waren, unter Angst und Depressionen litten, verhielten sich im Alter von 16 bis 22 Monaten (Trotzzeit) oft besonders aggressiv und unkontrolliert (schlugen, stießen, bisen) (Naerde et al. 2014), was Ausdruck von kindlicher Unsicherheit und kommunikativer Inkompetenz sein kann.

Eltern mit geringer Intelligenz scheinen zwar auch in gewissem Maße über „intuitive Elternkompetenz“ zu verfügen. Es fällt ihnen aber offensichtlich schwer, ihr zunächst positives Zuwendungsverhalten an das sich in der Interaktion ständig wandelnde Verhalten des Kindes angemessen anzupassen; ihr Ver-

halten ist eher „pseudo-feinfühlig“ (Rauh 2010). Immerhin bietet es aber positive Ansätze, die durch Anleitung, Übung und Erfahrung weiterentwickelt werden könnten, sowohl zur besseren Entwicklung der Kinder als auch der Mütter selbst. Damit die Kinder gut gedeihen, benötigen sie aber spätestens im Laufe des 2. Lebensjahres Kommunikations- und Interaktionserfahrungen mit kompetent didaktisierten Elementen, damit keine Defizite, vor allem in der kommunikativen und sprachlichen Entwicklung, entstehen.

Die große Bedeutung einer feinfühlig, individualisierten Interaktion und Kommunikation in den ersten Lebensmonaten und gegenseitig responsiv orientierter Kommunikation im Kleinkindalter zeigen auch die Erfahrungen mit den adoptierten rumänischen Waisenkindern (Rutter et al. 2010). Wurden die unter extremen Hospitalismusschäden leidenden Kinder vor dem 6. Lebensmonat in fürsorgliche Familien adoptiert, konnten ihre schweren Entwicklungsdefizite in den nächsten zwei Jahren weitgehend ausgeglichen werden. Konnte die Adoption aber erst nach dem 6. Lebensmonat erfolgen, entwickelten die Kinder trotz aller Pflege- und Sozialisationsbemühungen der neuen Eltern gehäuft sozial-emotionale Besonderheiten oder gar Probleme. Dazu gehörten im Vorschulalter Schwierigkeiten, kulturell angemessen mit anderen Menschen Kontakt aufzunehmen, ein allzu ungehemmter Umgang mit Fremden, verminderte Aufmerksamkeitssteuerung bei gemeinsamen Aufgaben, evtl. auch kognitive Defizite, und im Schul- und Jugendalter Verhaltens- und emotionale Störungen (Rutter et al. 2010).

EMPFEHLUNGEN

Die frühe Förderung der kindlichen kommunikativen und sozialen Kompetenz sollte bei den ganz frischen Eltern beginnen. Unmittelbar nach der Geburt sind sie auch am ehesten zugänglich für Unterstützung und Ratschläge, zumal wenn nicht nur potenzielle Risikoeltern angesprochen werden. In vielen Regionen haben Hebammen diese unterstützende Rolle angenommen. Sie sollten in ihrer Ausbildung in die Förderung der elterlichen Feinfühligkeit eingeführt werden. Solche Programme zeigen bereits vielfach positive Wirkungen (vgl. Ziegenhain 2011). Wesentliche Bestandteile erfolgreicher Förderung sind Rat und Hilfe bei der Reduktion von Belastungen der Familie, das Lehren elterlicher Fürsorgefertigkeiten in Ernährung und Pflege des Säuglings, aber auch die individuelle Unterstützung und Bestärkung feinfühligler Interaktionsansätze. Videos mit vor allem auch positiven Beispielen aus dem eigenen Verhalten der Mütter und Hilfe beim differenzierten Beschreiben, Erklären und Verstehen des kindlichen Ausdrucksverhaltens erwiesen sich als besonders wirksam und werden auch gern angenommen. Bereits weniger als 10 solcher individuellen Beratungen in den ersten drei Lebensmonaten haben die Sensitivität von Hochrisiko-Müttern deutlich erhöht (Bovenschen et al. 2012). Es war zwar ein Anfang gesetzt, aber der Erfolg stagnierte in den nächsten drei Monaten oder verminderte sich sogar. Eine intensive Förderung von Hochrisiko-Müttern über zweieinhalb Jahre (etwa 55 Besuche) war nachhaltend erfolgreicher, zumal sich das elterliche Verhalten ja an die wachsenden Kompetenzen des

Kindes anpassen muss. Mit 30 Monaten waren die Kinder aktiver mit ihrer Umwelt, besser in ihrer expressiven Sprache, sozial engagierter, zeigten komplexeres Spiel und hatten weniger Verhaltensprobleme. Die Verbesserungen in den kindlichen Entwicklungsmerkmalen konnten ganz klar mit der verbesserten mütterlichen Responsivität in Zusammenhang gebracht werden (Guttentag et al. 2014). Verschiedene ökonomische Studien haben nachgewiesen, dass eine Intervention in den Familien am Beginn des kindlichen Entwicklungsweges, auch wenn sie sehr intensiv sein sollte, für die Gesellschaft deutlich preiswerter kommt als das Behandeln der negativen Entwicklungsfolgen bei den dann älteren Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen. Nicht jedes Kind, das in einer Hochrisiko-Umwelt aufwächst, entwickelt zwangsläufig Verhaltensprobleme; es gibt immer auch vergleichsweise resiliente Kinder. Man kann dies aber (bislang) noch nicht zum Zeitpunkt der Geburt diagnostizieren. Daher dürfte es notwendig sein, das Unterstützungs- und Förderangebot, zumindest anfangs, breit zu streuen, um möglichst viele Familien zu erreichen. Selbst unter dieser Prämisse soll der ökonomische und gesellschaftliche Nutzen im Vergleich zur späteren, gezielten Intervention, wenn die Kinder bereits Auffälligkeiten zeigen (Ihle & Esser, 2007; Jaffee & Christian 2014), größer sein.

■ Prof. Dr. phil. Hellgard Rauh
Professorin em. für Entwicklungspsychologie
Universität Potsdam
Department Psychologie
14476 Potsdam
rauh@uni-potsdam.de

Literaturangaben unter:



Gewalterfahrungen in frühen Bindungsbeziehungen

Ute Ziegenhain

Kinder wachsen in unterschiedlichsten gesellschaftlichen und kulturellen Kontexten auf und entwickeln sich dabei gewöhnlich gut. Allerdings gibt es so genannte Basis- bzw. Grundbedürfnisse, deren Erfüllung für eine gelingende Entwicklung von Kindern unabdingbar ist.

GRUNDBEDÜRFNISSE VON KINDERN UND FÜRSORGEKRITERIEN

In der UN-Kinderrechtskonvention sind die Grundbedürfnisse als wesentliche Standards zum Schutz von Kindern beschrieben und als grundlegende Rechte von Kindern von der Staatengemeinschaft anerkannt. Diese umfassen neben dem Recht auf Gesundheit, dem Recht auf Ernährung und Versorgung, dem Recht auf Wissen und Bildung, dem Recht auf Liebe und Akzeptanz bzw. auf Bindung und soziale Beziehungen ausdrücklich auch das Recht auf Unversehrtheit vor Gefahren bzw. vor materieller, emotionaler und sexueller Ausbeutung.

Gewalt gegen Kinder findet in allen Gesellschaften und Schichten statt. In armen und benachteiligten Gruppen oder Ländern aber ist das Risiko für Kinder, Opfer von Gewalt zu werden, deutlich erhöht. Auch in unserer Kultur und Gesellschaft sind Gewalterfahrungen von Kindern häufig mit Armut und sozialer Ungleichheit verbunden.

Damit geht einher, dass Kinder mit Gewalterfahrungen häufig auch gesundheitlich benachteiligt sind. Selbst in einem Land mit einer guten gesundheitlichen und sozialen Versorgung wie der Bundesrepublik Deutschland überlappen dabei Risikofaktoren für die gesundheitliche Entwicklung, für mangelndes Präventionsverhalten und für schlechte Bildungsverläufe (Fegert, 2010). Dies macht deutlich, dass Gewalterfahrungen von Kindern bzw. deren Verhinderung sich nicht isoliert betrachten lassen. Vielmehr müssen sie im Zusammenhang mit der Sicherung von Basisbedürfnissen als ein Ganzes gesehen werden. Dies schließt gesundheitliche Entwicklung, Bildungserfolg und gelingende, liebevolle Familienbeziehungen ein. Dabei ist die Familie das wesentliche Setting, in dem Kinder, und dabei insbesondere kleine Kinder oft ausschließlich, aufwachsen. Insofern erfah-

ren Kinder in der Familie Schutz und Sicherheit, sie erleben aber schlimmstenfalls in der Familie auch Gewalt.

GEWALT GEGEN KINDER

Tatsächlich findet Gewalt gegen Kinder am häufigsten im häuslichen Umfeld und durch die Eltern bzw. durch nahe Familienmitglieder statt (Pinheiro, 2006). Dies betrifft insbesondere Kinder zwischen 0 bis 14 Jahren. Gemäß einer Definition der Vereinten Nationen sind sie es, die, wenn es zu Gewalt kommt, diese in der Familie erleben. Demgegenüber erleben Jugendliche zwischen 15 und 18 Jahren Gewalt eher im „nachbarschaftlichen“ Setting bzw. in der Öffentlichkeit.

Gewalt gegen Kinder wird in der UN-Kinderrechtskonvention im Artikel 19 genauer definiert. Sie betrifft „alle Formen von körperlicher oder psychischer Gewalt, Verletzung und (emotionaler) Misshandlung, Vernachlässigung oder vernachlässigende Behandlung oder Ausbeutung, sexueller Missbrauch eingeschlossen“ (eigene Übersetzung).

Gemäß neuerer Zahlen der WHO (2014) erstreckt sich die Auftretenshäufigkeit von Gewalt gegen Kinder im europäischen Raum von 9,6% bei sexuellem Missbrauch (5,7% bei Jungen, 13,4% bei Mädchen) über 22,9% bei körperlicher Misshandlung bis zu 29,1% bei emotionaler Misshandlung. Weltweit liegt die Auftretenshäufigkeit für körperliche Vernachlässigung bei 16,3% und für emotionale Vernachlässigung bei 18,4%. In Deutschland wurde bisher keine nationale Strategie zur kontinuierlichen und einheitlichen Erfassung von Gefährdungen etabliert. Lediglich aus der Polizeilichen Kriminalstatistik lassen sich Zahlen systematisch ableiten. Diese betreffen jedoch nur die polizeilich bekannt gewordenen Fälle und liegen lediglich im 1-%-Bereich. Demgegenüber verweisen die empirischen Dunkelfeldstudien auf Opferzahlen bis zu 10% der Kinder einer Altersgruppe (Pillhofer et al., 2011). Tatsächlich wird also Gewalt an Kindern und Jugendlichen, vor allem intrafamiliäre Gewalt, in vielen Fällen nicht entdeckt. Eine regelmäßige und standardisierte Erfassung von Gewalt gegen Kinder nach dem Vorbild Kanadas oder den USA, wo auch im medizinischen Bereich nach einer einheitlichen Beschreibung der „Centers for Disease Control“, CDC, Misshandlungsformen dokumentiert und erfasst werden, wäre dringend notwendig und eine wichtige Grundlage für die Planung und Evaluation von frühen Kinderschutzprogrammen.

Dabei sind insbesondere kleinere Kinder gefährdet. Gemäß der regelmäßigen Statistik der CDC ereignen sich mehr als 2/3 aller misshandlungsbedingten Todesfälle in den ersten 48 Lebensmonaten. Hohe misshandlungsbedingte Gefährdungen liegen neben Hämatomen, Platzwunden, Knochenbrüchen oder Verbrennungen bzw. Verbrühungen in Schütteltraumata oder inneren Blutungen mit nicht selten fatalen entwicklungsneurologischen bzw. schlimmstenfalls tödlichen Folgen. Typische Vernachlässigungsformen im Säuglingsalter sind unterlassene Aufsicht, unterlassener Schutz oder Gedeihstörungen (bis hin zum psychosozialen Minderwuchs) aufgrund unzureichender Ernährung. Akute Gefährdungen liegen in erhöhten Unfallrisi-

ken bei Säuglingen und Kleinkindern oder in der Gefahr raschen Austrocknens bei unzureichender Flüssigkeitszufuhr.

BEZIEHUNGSBEZOGENE PERSPEKTIVE VON ENTWICKLUNG

Säuglinge und Kleinkinder sind in hohem Maße von der Unterstützung und Fürsorge durch die Eltern oder andere Betreuungspersonen abhängig. Dabei lässt sich adäquate Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern oft nicht von mangelnder elterlicher Zuwendung bzw. Empathiedefiziten trennen.

Der englische Kinderarzt und Psychoanalytiker Winnicott hat diese Angewiesenheit bereits früh im Sinne einer beziehungsbezogenen Perspektive von Entwicklung formuliert: „There is no such thing as a baby, there is a baby and someone“ (Winnicott, 1949). Dies entspricht der Sichtweise der ethologischen Bindungstheorie und -forschung, wie sie von Bowlby, Zeitgenosse Winnicotts und, wie dieser, Mitglied der psychoanalytischen Gesellschaft in England, konzipiert wurde. Danach sind kleine Kinder fundamental auf emotionale Fürsorge und Unterstützung, Schutz und (emotionale) Sicherheit angewiesen. Demgemäß sind Bindungspersonen diejenigen Personen, bei denen das Kind bei Belastung Nähe und Schutz sucht, und an die es sich wendet, um getröstet zu werden. Damit verbunden ist eine innere Erregung beim Kind, die erst mit Nähe und Kontakt zur Bindungsperson wieder abklingt. Bindung bzw. Nähe zur Bindungsperson reduziert also Angst, und zwar insbesondere in unvertrauten Situationen. Im Sinne des bindungstheoretischen Feinfühligkeitskonzeptes lässt sich daraus die Funktion der Bindungsperson als die einer externen Regulationshilfe ableiten. Sie unterstützt das Kind bei der Regulation seiner physiologischen und emotionalen Erregungszustände sowie seines Verhaltens.

Die zunächst biologisch begründete bzw. aus Verhaltensbeobachtungen abgeleitete und zunehmend empirisch abgesicherte Annahme, dass Bindungspersonen eine regulative Funktion haben, konnte später auch mit physiologischen bzw. hormonellen Korrelaten belegt werden (Herzfrequenzanstieg, Anstieg des Cortisolspiegels bei Trennung bzw. Abnahme bei Nähe und Kontakt). Mit der Stärke des Bindungsbedürfnisses dürfte zusammenhängen, dass sich auch diejenigen Kinder an ihre Eltern binden, die sie misshandeln oder vernachlässigen. Umgekehrt bedeutet dies, dass ein extrem deprivierender Beziehungskontext vorliegen muss, wenn es Kindern nicht gelingt, sich an eine Bezugsperson zu binden (Ziegenhain et al., 2014).

MISSHANDLUNG UND VERNACHLÄSSIGUNG IM BEZIEHUNGSKONTEXT

Das biologisch angelegte Bedürfnis von Säuglingen und Kleinkindern sich an eine nahestehende und (emotional) verfügbare Bezugsperson zu binden, verliert dann seinen Entwicklungsvorteil und birgt das Risiko schwerwiegender (Entwicklungs-) Konsequenzen, wenn die Bindungsperson ihrer „Entwicklungs-

aufgabe“ nicht nachkommen kann, die Grundbedürfnisse des Kindes nach kontinuierlicher und verlässlicher Fürsorge im oben ausgeführten Sinne zu erfüllen. Dazu sind nicht alle Eltern in der Lage. Schlimmstenfalls versagen Eltern dann auch in ihrer grundlegend biologisch angelegten Aufgabe, nämlich der das Kind zu schützen. Damit geht es um mehr als „lediglich“ unzureichendes oder fehlendes feinfühliges Verhalten im Umgang mit dem Kind. In extremer Ausprägung handelt es sich vielmehr um (emotionale und/oder körperliche) Misshandlung oder Vernachlässigung.

Tatsächlich sind die Grenzen zwischen angemessenem, belastendem und entwicklungs-kritischem und -gefährdendem Verhalten von Eltern fließend. Zu letzteren Verhaltensweisen gehören neben übermäßig harschem, aggressivem oder feindseligem Verhalten so genanntes „dysfunktionales“ Verhalten. Dies lässt sich z. B. als Rollenkonfusion beschreiben. Sie tritt etwa dann auf, wenn Eltern von ihrem Kleinkind erwarten, dass es sie tröstet, wenn es ihnen schlecht geht bzw. wenn sie sexualisiertes Verhalten gegenüber dem Kind zeigen oder hilflos sind, sich in einer jeweiligen Situation entsprechend ihrer elterlichen Rolle und Verantwortung zu verhalten.

Kinder leiden unter solchem Verhalten. Sie werden in ihren Regulationsbemühungen nicht nur unzureichend unterstützt, sondern erfahren schlimmstenfalls überhaupt keine Unterstützung bzw. fürchten sich vor der Mutter oder dem Vater. Dabei dürften solche ängstigenden Erfahrungen insbesondere entwicklungs-kritisch sein, wenn sie von einer engen Bindungsperson verursacht werden und wenn sie chronischer Bestandteil ihrer Beziehungserfahrungen sind. Bindungstheoretisch betrachtet befinden sich gerade kleine Kinder in einem unlösbaren emotionalen Konflikt: Angst aktiviert, biologisch vorprogrammiert, das kindliche Bindungssystem. Das Kleinkind muss daher unweigerlich Nähe und Kontakt zur Bindungsperson suchen. Ist aber die Bindungsperson, bei der das Kind Schutz sucht, gleichzeitig in Personalunion diejenige, die seine Angst verursacht, dann kollabieren seine Verhaltensstrategien und seine Aufmerksamkeit. Sind solche konflikthaften Erfahrungen nachhaltig und/oder stark angstaussend, beeinträchtigen sie offenbar seine Bewältigungskompetenzen und seine Fähigkeiten, seine Gefühle flexibel zu regulieren.

RISIKEN TRANSGENERATIONALER WEITERGABE

Es sind häufig Eltern mit eigenen traumatischen oder Misshandlungsvorerfahrungen, die, wie oben beschrieben, aggressiv oder feindselig gegenüber ihrem Kind sind, „dysfunktionales“ Verhalten zeigen bzw. es schlimmstenfalls misshandeln oder vernachlässigen. Allerdings ist dieser Teufelskreis transgenerationaler Weitergabe von Misshandlung nicht unausweichlich. Gemäß vorliegender Studien sind es zwischen 7% und 23% der Eltern mit eigenen Misshandlungserfahrungen, die ihre Kinder misshandeln. Es sind Risikofaktoren ebenso wie schützende, protektive Faktoren, die mit dazu beitragen, ob misshandelte Eltern auch ihre Kinder misshandeln oder eben nicht. Diese sind sowohl psychosozial (z. B. Armut, psychische Erkrankung, jugendliche Elternschaft) als auch biologisch (z. B. „Trauma-Gedächtnis“) begründet. Sie addieren sich und

stehen miteinander, aber auch mit protektiven Faktoren, in dynamischer Wechselwirkung. Letztere protektive Faktoren sind z. B. soziale Unterstützung, Intelligenz oder Bildung. Sie können die Wirkung von Risikofaktoren abpuffern. Insgesamt lässt sich aus den Befunden der Schutz- und Risikofaktorenforschung ableiten, dass es gewöhnlich weniger einzelne, isolierte Faktoren sind, die Risiken für eine mögliche Kindeswohlgefährdung ausmachen, sondern die Kumulation und Wechselwirkung von Risiken, insbesondere dann, wenn Risiken nicht durch Schutzfaktoren abgepuffert werden. Belegt ist, dass das Gefährdungsrisiko sprunghaft ansteigt, wenn mehrere Risiken vorliegen und sich gegenseitig beeinflussen. Die Mechanismen solcher Prozesse der Weitergabe bzw. die spezifischen Wirkungen von Risiken und protektiven Faktoren im Zusammenspiel psychosozialer und biologischer Faktoren sind jedoch noch weitgehend unbekannt („Transmission Gap“). Diskutiert werden z. B. geringe Impulskontrolle, tiefgreifende und beständige Gefühle von Hoffnungslosigkeit oder mangelnde Problemlöse-/ Stressbewältigungskompetenzen.

Demgegenüber sind die Risiken für Kindeswohlgefährdung mittlerweile gut bekannt und empirisch einigermaßen (wenngleich unterschiedlich) gut abgesichert. Tabelle 1 stellt in einem Überblick relevante Risikofaktoren für Misshandlung und Vernachlässigung solchen Faktoren gegenüber, die als Risiken für frühe Erziehungsschwierigkeiten gefunden wurden. Sie basiert auf einer systematischen Forschungsübersicht von Heinz Kindler über methodisch gut aufgebaute Längsschnittstudien (Kindler, 2009; 21 bzw. 15 Studien, wenigstens einmal replizierte Risikofaktoren, medizinisch/gerichtlich/behördlich abgesicherte Gefährdungereignisse, Anwendung standardisierter und normierter Verfahren).

ENTWICKLUNGSFOLGEN VON MISSHANDLUNG- UND VERNACHLÄSSIGUNGSERFAHRUNGEN

Tatsächlich zeigen misshandelte und vernachlässigte Kleinkinder häufig gravierende Bindungsprobleme. Dies zeigt sich im gehäuften Auftreten so genannter hochunsicher-desorganisierter Bindung sowie von Bindungsstörungen bei misshandelten und vernachlässigten Kindern. Sowohl hochunsicher-desorganisierte Bindung als auch Bindungsstörungen lassen sich entwicklungspsychopathologisch bzw. als gestörtes Bindungsverhalten interpretieren. Es sind beziehungsbezogene Probleme und Störungen, die sich individuell manifestieren. Dabei entstammen sie unterschiedlichen Konzepten. Der Typ hochunsicher-desorganisierte Bindung wurde im Kontext entwicklungspsychologisch-bindungstheoretischer Forschung entwickelt. Demgegenüber wurden Bindungsstörungen im klinischen Kontext des diagnostischen Manuals der ICD-10 definiert. Während hochunsichere Bindung ein Kontinuum beschreibt, das die Intensität und den Ausprägungsgrad von Belastungen abbildet, beschreibt die Klassifikation einer Bindungsstörung eine voll ausgebildete psychische Störung des Kindesalters. Unterschieden werden die Form der reaktiven Bindungsstörung (F94.1) und die Bindungsstörung mit Enthemmung (F94.2).

Tabelle 1: Risikofaktoren für Vernachlässigung/Misshandlung sowie für frühe Erziehungsschwierigkeiten (nach Kindler, 2009)

mindestens in zwei Längsschnittstudien bestätigte Risikofaktoren für	
Vernachlässigung / Misshandlung	Erziehungsschwierigkeiten/Auffälligkeit Entwicklungsstand
Grobindikatoren der familiären sozialen Lage	
niedriger Bildungsstand Armut / Bezug von Sozialeinkommen	niedriger Bildungsstand
Lebenssituation der Familie	
Partnerschaftsprobleme/-gewalt häufige Umzüge sozial isoliert / wenig Unterstützung	Partnerschaftsprobleme/-gewalt hohe Stressbelastung
persönliche Voraussetzung von Mutter/Vater für die Bewältigung von Fürsorge und Erziehung	
Mutter sehr jung Mutter geringe Intelligenz Mutter selbst Gefährdung erfahren Mutter/Vater als Kind in Fremdunterbringung Mutter geringes Selbstvertrauen	Mutter sehr jung Mutter/Vater „Broken Home“ Mutter geringe Bewältigungsfähigkeiten Mutter/Vater strafrechtlich verurteilt
psychische Gesundheit Mutter / Vater	
Mutter psychisch auffällig Mutter Anzeichen Depression Mutter impulsiv/aggressiv Mutter emotional instabil	Mutter psychisch auffällig Mutter Anzeichen Depression Mutter impulsiv/aggressiv
Haltung gegenüber Kind und Verhalten während der Schwangerschaft	
Kind ungewollt, Mutter negativ über Kind lückenhafte Vorsorgeuntersuchungen Mutter unrealistische Erwartungen	
Fürsorge- und Erziehungsanforderungen durch Kind oder Geschwister	
geringes Geburtsgewicht schwieriges Kind mehrere jüngere Kinder in der Familie	geringes Geburtsgewicht Kind ist ein Junge
beobachtbares Fürsorge- bzw. Erziehungsverhalten Mutter/Vater	
Mutter problematisches Fürsorgeverhalten	Mutter problematisches Interaktionsverhalten Mutter ungünstiges Bindungsmuster wenig anregender Förder-/Erziehungskontext
andere Faktoren	
	Fremdbetreuung von geringer Qualität

Neuere Befunde über die Entwicklung der rumänischen Heimkinder belegten ein erhöhtes Risiko für reaktive Bindungsstörung bzw. für Bindungsstörung mit Enthemmung. Bereits bei jungen Kindern mit häuslichen Gewalterfahrungen wurden Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung diagnostiziert. Auswirkungen von Gewalterfahrungen zeigten sich auch in multiplen Symptomen einer Traumafolgestörung, insbesondere dann, wenn Kinder früh und/oder chronisch von Bezugspersonen misshandelt werden. Damit geht im Übrigen auch das Risiko einher, in der weiteren Entwicklung erneut Opfer von Misshandlung oder Vernachlässigung zu werden. Insgesamt stellen Vernachlässigung und/oder Misshandlung von Kindern einen nichtspezifischen Risikofaktor für psychiatrische und körperliche Erkrankungen dar.

Dabei lassen sich die verschiedene Formen von Gewalt nicht immer klar voneinander abgrenzen. Sie treten vielmehr häufig gemeinsam auf. Insofern lassen sich auch spezifische Folgen einzelner Formen von Gewalterfahrungen schwer beschreiben. Längerfristig zeigten Kinder in Abhängigkeit vom Entwicklungsalter und von der Dauer der erlebten Gewalt sowohl inter-

nalisierende Symptome und zurückgezogenes Verhalten als auch externalisierende Probleme und aggressive Verhaltensmuster. Dabei gingen somatisch mit internalisierenden Symptomen auch Veränderungen in der circadianen Rhythmik des Cortisolspiegels einher. Chronischer Stress aufgrund von Vernachlässigungs- und/oder Missbrauchserfahrungen führt zu Veränderungen der biologischen Stressachse (HPA-Achse), des Immunsystems (proinflammatorische Zytokine) sowie der Hirnstruktur und -funktion. Damit erhöht sich wiederum das Risiko für Krankheiten.

Gen-Umwelt-Interaktionen tragen zudem zu einer verstärkten Vulnerabilität von misshandelten und vernachlässigten Kindern bei. Diese Kinder dürften auch empfindlicher gegenüber dysfunktionalem und inadäquatem elterlichem Verhalten sein, wie es ja zwangsläufig mit Misshandlung oder Vernachlässigung einhergeht. Beispielsweise wurde die Interaktion zwischen genetischer Disposition und der Qualität elterlichen feinfühligem Verhaltens belegt, und zwar mit dem Vorkommen eines Polymorphismus auf dem DRD4-Gen (7-faches Allel) und dem Serotonin-Transmitter-Polymorphismus (5HTTLPR). Der

DRD4-Polymorphismus wurde in anderen Zusammenhängen mit Irritierbarkeit, Hyperaktivität und Neugierverhalten bei Erwachsenen, Impulsivität, zwanghaftem Verhalten und Drogenmissbrauch gefunden. Der Serotonin-Polymorphismus ist mit der Regulation von Furcht und Angst assoziiert.

Darüber hinaus sind Bedingungen wichtig, unter denen Gen-Umwelt-Interaktionen im Kontext von kritischem Elternverhalten bzw. Misshandlung und Vernachlässigung über epigenetische Prozesse modifiziert werden. Danach ließ sich fürsorgliches Verhalten bzw. erhöhte Stressreaktivität von Rattenmüttern über epigenetische Veränderungen nachweisen (Methylierung in den Promotorregionen von bestimmten Genabschnitten mit der Folge, dass diese nicht abgelesen werden bzw. über interne Transmitter- bzw. Hormonkaskaden die Ausschüttung von Oxytocin bzw. Cortisol beeinflussen). Gemäß erster Studien zeigten sich die Effekte epigenetischer Regulierung nach Misshandlungserfahrungen auch bei Menschen. Danach zeigten sich Zusammenhänge etwa mit mütterlichem Stress in der frühen Kindheit und väterlichem Stress im Vorschulalter (vgl. Ziegenhain et al., 2014).

PRÄVENTION VON GEWALT ALS INTERDISZIPLINÄRE AUFGABE

In Deutschland hat in den vergangenen Jahren eine systematische (Weiter-)Entwicklung im Kinderschutz stattgefunden. Wie in vielen anderen Ländern waren es tragische Kinderschuttfälle, die, begleitet von großer medialer Aufmerksamkeit, eine Debatte über mögliche Wege der Prävention von Kindeswohlgefährdung bzw. von Gewalt gegen Kinder, aber auch weitergehend über systematische Wege in einen „guten Start“ ins Leben in Gang setzte. Dabei ging es zunächst darum, psychosozial belastete Familien mit Säuglingen und Kleinkindern früh und rechtzeitig zu erreichen sowie frühe Unterstützungs- und Versorgungsangebote im Sinne sogenannter Frühwarnsysteme zu etablieren. Damit standen eher kontrollierende Elemente im Vordergrund, wie etwa die der Risikoabklärung oder die verpflichtender Hausbesuche. Daneben wurde aber der frühe und rechtzeitige Zugang zu Familien mit Säuglingen und Kleinkindern zunehmend auch im Sinne niedrigschwelliger und nicht risikobezogener Unterstützung für alle jungen Familien begriffen. Im Zuge dieser Diskussion wurde dann der Begriff der sozialen Frühwarnsysteme mehr und mehr von dem der sogenannten Frühen Hilfen abgelöst. Unabhängig davon aber bewegt sich die Debatte, ausgesprochen und unausgesprochen, nach wie vor im Spannungsfeld zwischen „Hilfe“ und „Kontrolle“. Es geht gleichermaßen um präventive Unterstützung und Angebote für Familien als auch darum, für weitergehende Maßnahmen zu sorgen, wenn trotz vorhandener Angebote der Schutz des Kindes nicht sichergestellt werden kann.

Dass diese Debatte, im Unterschied zu vorhergehenden Kinderschutzdebatten und über die üblicherweise kurze mediale und politische Aufmerksamkeit hinaus, bisher erstaunlich nachhaltig geführt wurde, mag auch damit zusammenhängen, dass sie von systematischen und längerfristig angelegten

fachlichen und politischen Initiativen auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene begleitet wurde. Das Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes (1.1.2012) stellt einen vorläufigen Endpunkt im Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen und im präventiven Kinderschutz dar.

Dabei geht es insbesondere um zwei wesentlichen Qualitätsmerkmale. Diese sind zum einen ein flächendeckendes und interdisziplinär vorgehaltenes Angebotsrepertoire vor Ort und zum anderen lokale interdisziplinäre Kooperations- und Vernetzungsstrukturen, insbesondere zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe.

Derzeit sind interdisziplinär zusammengesetzte Versorgungsangebote für belastete Familien in Deutschland unterschiedlich weit vorangeschritten und ausgestaltet. Sie reichen von eher einzelnen und nicht koordinierten Angeboten (z. B. alleiniger Einsatz von Familienhebammen) bis hin zu einer breiten Palette von Angeboten und Leistungen. Letztere umfassen idealerweise die Bandbreite von niedrigschwelligen bis zu spezifischen und hochschwelligen Angeboten, die interdisziplinär vorgehalten werden und aufeinander abgestimmt sind. Insbesondere so genannte risikospezifische Angebote zur Prävention von Kindeswohlgefährdung sind bisher wenig systematisch etabliert. Neuere und erfolgversprechende Entwicklungen liegen in selektiv präventiven Programmen zur Förderung elterlicher Beziehungs- Erziehungskompetenzen, wie sie insbesondere vor bindungstheoretischem Hintergrund konzeptualisiert wurden. Sie setzen spezifisch an eingeschränktem feinfühligem bzw. dysfunktionalem Verhalten von Eltern an, wie es nahezu immer mit (drohender) Gewalt bzw. dem Risiko einhergeht, das Kind zu vernachlässigen oder zu misshandeln. In Deutschland waren solche manualisierten Programme bisher wenig systematisch verbreitet bzw. nicht im Angebotsrepertoire der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens implementiert. Beispiele solcher bindungstheoretischen Programme, die in Deutschland zunehmend eingesetzt werden und für die auch Evaluationsergebnisse vorliegen, sind STEEP (Steps Toward Effective and Enjoyable Parenting; Suess, 2010) oder die entwicklungspsychologische Beratung (Ziegenhain, Derksen & Fegert im Druck; Pillhofer et al., in press).

Die flächendeckende und nachhaltige Etablierung von systematischen Kooperations- und Vernetzungsstrukturen ist ein weiteres zentrales Qualitätsmerkmal im Kinderschutz und in den Frühen Hilfen. Insbesondere die systematische und nachhaltige Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem ist wesentliche Voraussetzung dafür, dass Familien mit Säuglingen und Kleinkindern rechtzeitig und passgenau unterstützt und versorgt werden. Insbesondere bei Familien mit Risikokonstellationen lässt sich adäquate Unterstützung und Versorgung nicht mit einer isolierten Maßnahme und nicht mit den Kompetenzen einer einzelnen fachlichen Disziplin oder Zuständigkeit allein abdecken. Und es sind gewöhnlich zunächst nur Fachkräfte im Gesundheitswesen, wie z. B. Ärztinnen und Ärzte in der Gynäkologie bzw. der Kinderheilkunde sowie Hebammen, die frühen Kontakt zum Säugling und seinen Eltern haben.

Die Umsetzung der Frühen Hilfen zeigte bisher unterschiedliche Entwicklungen in der Etablierung fallübergreifender Vernetzungsstrukturen vor Ort. Diese unterscheiden sich derzeit darin, inwieweit sie sich eher auf eine Kooperation zwischen den Akteuren innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe beschränken oder aber multiprofessionell und breit angelegt sind.

Tatsächlich verband sich mit der Verabschiedung des Bundeskinderschutzgesetzes auch der Wunsch, einen bundeseinheitlichen Rahmen für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit im Kinderschutz zu spannen. Eines der zentralen Anliegen des Gesetzes ist es, präventive Ansätze und die Etablierung von lokalen Netzwerken „Frühe Hilfen“ zu stärken. Allerdings fehlen im Gesetz entscheidende Änderungen in den Regelungsbereichen, die vom Bundesministerium für Gesundheit, BMG, verantwortet wurden. Die Regelungen im Gesetz, die das Gesundheitssystem und dessen Mitwirkung in lokalen Netzwerken betreffen, wurden zunächst allein im Jugendhilferecht beschrieben. Dieser „Geburtsfehler“ des Gesetzes schreibt die rein „freiwillige“ Beteiligung der Partner im Gesundheitssystem an interdisziplinären Kooperations- und Vernetzungsstrukturen vor Ort fort.

Der Runde Tisch sexueller Kindesmissbrauch erbrachte dann weitere Handlungssicherheit und die Herstellung von Verbindlichkeit, um ein regelmäßiges, transparentes Monitoring, auch auf der Gesundheitsseite zu ermöglichen bzw. um die interdisziplinäre Abklärung z. B. in der Ambulanz einer Kinderklinik abzurechnen. Der Runde Tisch forderte, dass „Diagnostik und Intervention bei sexuellem Missbrauch, Vernachlässigung und Kindesmisshandlung im Gesundheitswesen dokumentier- und abrechenbar sein“ sollten (Seite 32 Abschlussbericht des Runden Tisches). Tatsächlich durften im Krankenhaus, aufgrund einer Kodierrichtlinie des InEK, die für Deutschland verbindlichen ICD-10-Kodierungen der deutschen Version der internationalen Klassifikation ICD-10-GM, im Kapitel T74 Missbrauch von Personen nicht angewandt werden (Codes T74.0 „Vernachlässigung oder Im-Stich-Lassen“ bzw. T74.1 „Kindesmisshandlung“). Diese Problematik war zuvor im Gesetzgebungsverfahren des Bundeskinderschutzgesetzes nicht zwischen den Ressorts des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu klären. Seit 2013 kann nun ein entsprechender Abrechnungscode für die Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit im Krankenhaus genutzt werden. Parallel dazu wurde eine Ausnahmeregelung für die genannte Mitteilungspflicht bei so genannten drittverursachten Gesundheitsschäden geschaffen. „Bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs oder einer Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen sein können, besteht keine Mitteilungspflicht“ (§ 294 a Absatz 1 Satz 2, SGB V).

Zusammenfassend dürfte der Erfolg erfolgreicher Prävention von Gewalt und erfolgreichen Kinderschutzes davon abhängen, wie effektiv interdisziplinäre Netzwerkstrukturen etabliert werden und wie gut interdisziplinäre Zusammenarbeit auch im Einzelfall vor Ort gestaltet und strukturiert wird. Dies ist derzeit in Deutschland längst nicht überall erreicht. Beispiels-

weise ist im Bereich von psychisch erkrankten Eltern der Einbezug des Gesundheitssystems nicht systematisch gegeben (vgl. Neuköllner Erklärung (http://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder_Jugendpsychiatrie/Dokumente/14_04_07_NeukoellnerErklaerung.pdf)). Es bleibt weiterhin gleichermaßen herausfordernd, interdisziplinäre Vernetzungsstrukturen zu optimieren und Unterstützungs- und Versorgungsangebote weiter auszubauen sowie spezifisch und individuell den jeweiligen Bedürfnissen insbesondere von Familien in Risikosituationen anzupassen.

■ Prof. Dr. Ute Ziegenhain
Leiterin der Sektion Pädagogik, Jugendhilfe,
Bindungsforschung und Entwicklungspsychopathologie
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Steinhövelstraße 5
89075 Ulm
ute.ziegenhain@uniklinik-ulm.de

Die Literaturliste ist über die im Artikel verwiesenen Referenzen hinaus um weitere Referenzen ergänzt, auf die im Artikel Bezug genommen wird.

Literaturangaben unter:



Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen: Risiko- und Schutzfaktoren, gesundheitsbezogene Lebensqualität und Komorbidität. Ergebnisse aus der KiGGS- und BELLA-Studie.

Robert Schlack

Gewalterfahrungen bei Kindern und Jugendlichen sind häufig. Verschiedene Studien aus Deutschland weisen relativ konstant einen Anteil von etwa einem Viertel bis einem Drittel von Kindern und Jugendlichen aus, die – bezogen auf die letzten zwölf Monate – Gewalterfahrungen gemacht haben. Am häufigsten sind dabei Gewaltvorkommnisse unter Gleichaltrigen. Obwohl Gewalterfahrungen für Kinder und Jugendliche ein erhebliches psychosoziales Entwicklungsrisiko darstellen, ist davon auszugehen, dass deren Bedeutung im klinischen Alltag oft unterschätzt wird. Eine aktuelle amerikanische Studie zeigte beispielsweise durch eine Analyse von Anamnesegesprächen mit jugendlichen Patienten, die zu einer Erst- oder Routineversorgung vorgestellt wurden, dass nur jeder fünfte Patient mit schweren Gewalterfahrungen speziell nach diesen Erfahrungen gefragt wurde (Sigel & Harpin, 2013). Ziel dieses Beitrags ist es, anhand von Daten der bundesweit repräsentativen KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts die Bedeutung von Gewalterfahrungen für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Kontext von Risiko- und Schutzfaktoren sowie gesundheitsbezogener Lebensqualität aufzuzeigen. Zugleich werden mögliche Ansatzpunkte einer ressourcenorientierten Prävention und Intervention skizziert.

AGGRESSION UND GEWALT BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN – DEFINITIONEN

Die Diagnosesysteme ICD-10 und DSM-IV-TR klassifizieren Verhaltensweisen, die sich mit einer Schädigungsabsicht gegen Personen oder Objekte unter Missachtung der Rechte Dritter richten, als Störungen des Sozialverhaltens. Aggressive Verhaltensweisen lassen sich aber auch nach funktionalen Aspekten unterscheiden: Unter ‚proaktiver Aggression‘ wird ein instrumentell-zielorientiertes Vorgehen mit hoher Selbstwirksamkeit und vorteilhaften Ergebniserwartungen verstanden, zum Beispiel zur Erlangung eines materiellen Vorteils (z. B. das „Abziehen“ von Geld oder Handys von Mitschülern) oder eines immateriellen Vorteils wie das Ausüben von Macht, etwa durch Bedrohung oder Einschüchterung Anderer. Im Konzept der ‚reaktiven Aggression‘ dagegen wird aggressives Verhalten als mit Ärger verbundene Defensivreaktion auf eine tatsächliche oder vermeintliche Bedrohung oder Provokation aufgefasst. Als Gewalt lassen sich massive Formen von Aggression bezeichnen, denen ein körperliches oder physisches Machtgefälle zugrunde liegt (Selg, Mees & Berg, 1997).

Passive Gewalterfahrungen können Kinder und Jugendliche prinzipiell in jedem ihrer Lebensräume machen. Vernachlässigung und Kindesmisshandlungen – einschließlich sexueller Gewalt gegen Kinder – finden vor allem im familiären Umfeld statt. Statistisch gesehen sind solche Ereignisse jedoch deutlich seltener als Gewalterfahrungen, die Kinder und Jugendliche mit Gleichaltrigen (Peers) machen. Aber auch diese vermeintlich leichteren Formen von Gewalt, wie etwa das Bullying unter Schülern, das die wiederholte Gewaltausübung einer oder mehrerer Täter gegen ein Opfer in einer stabilen Täter-Opfer-Beziehung bezeichnet, können die körperliche und psychische Gesundheit sowie die Lebensqualität der Opfer erheblich beeinträchtigen.

TÄTER, OPFER UND TÄTER/OPFER

Gewalterfahrungen können Kinder und Jugendliche als Opfer, Täter oder Täter/Opfer einer Gewalthandlung machen. Dabei wird das Gewaltverhalten von Kindern und Jugendlichen von verschiedenen Forschungsrichtungen unterschiedlich untersucht. So legt die Jugendgewaltforschung, die sich definitionsgemäß auf das Adoleszenzalter bezieht, ihren Gewaltdefinitionen meist schwereres Gewaltverhalten wie Körperverletzung, Vergewaltigung, Raub, das Tragen oder den Einsatz von Hieb- und Stich- oder Schusswaffen zugrunde und verfolgt Opfer- und Tätererfahrungen in der Regel in getrennten Forschungslinien. Die Bullyingforschung bezieht sich dagegen vor allem auf das Grundschulalter und die Präadoleszenz. Aus der Bullyingforschung ist bekannt, dass für Täter/Opfer, d.h. Kinder und Jugendliche, die sowohl Täter- als auch Opfer-Erfahrungen aufweisen, regelmäßig die höchsten psychosozialen Belastungen berichtet werden.

Nur wenige Studien zu Gewalterfahrungen Jugendlicher unterscheiden in ihren Täter- oder Opferklassifikationen explizit nach der Häufigkeit von Gewalterfahrungen. Bislang vorlie-



gende Ergebnisse legen jedoch nahe, dass mehrfache Viktimisierung aber auch wiederholte Gewaltausübung mit besonders starken psychischen Belastungen beziehungsweise ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten einhergehen. So sind Mehrfach-Viktimisierungen in hohem Maß mit Trauma, depressiven Symptomen oder Selbstmordgedanken assoziiert (Brunstein-Kloemek, Marocco, Kleinmann, Schonfeld & Gould, 2008); in einem neuseeländischen Schulsurvey war die wiederholte Ausübung von körperlicher Gewalt mit bis zu fünffach erhöhten Raten sexuell missbrauchenden Verhaltens sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen verbunden (Fleming et al., 2007).

DATENBASIS

Die KiGGS-Basiserhebung (2003-2006) des Robert Koch-Instituts, Berlin, bietet die bislang einmalige Möglichkeit, auf einer bundesweit repräsentativen Datenbasis Selbstauskünfte zu Aggression und Gewalterfahrungen von insgesamt 6.813 Jungen und Mädchen im Alter von 11 bis 17 Jahren zu einer Vielzahl von Indikatoren psychischer Auffälligkeiten sowie zu Risiko- und Schutzfaktoren und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Beziehung zu setzen. Risikofaktoren im Kontext von Aggression und Gewalt sind individuelle, familiäre oder soziale Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit, an einer Gewalthandlung beteiligt zu sein, erhöhen. Schutzfaktoren sind individuelle, familiäre und soziale Ressourcen, die zur Vermeidung von Fehlentwicklungen eingesetzt werden oder als Kompensationsfaktoren schädliche Effekte von Risikofaktoren mildern oder abpuffern (Petermann & Schmidt, 2006). Der vorliegende Beitrag fasst ausgewählte Ergebnisse entsprechender Analysen mit den KiGGS-Daten zusammen.

HÄUFIGKEIT VON GEWALTERFAHRUNGEN

Insgesamt ein Viertel der Kinder und Jugendlichen in der KiGGS-Stichprobe berichtete über mindestens eine Gewalterfahrung in den letzten 12 Monaten (Schlack & Hölling 2007). Die Zahlen sind gut vergleichbar mit einer bundesweiten Schülerbefragung des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen, die mit 24,7 % über eine insgesamt ähnlich hohe Gewaltbelastung der Befragten als Opfer, Täter oder Täter/Opfer berichtet (Baier, Pfeiffer, Simonson & Rabold, 2009). Knapp ein Drittel der Jugendlichen in der BELLA-Studie, einem Vertiefungsmodul zur psychischen Gesundheit mit einer probabilistischen Unterstichprobe von KiGGS, ließ sich als entweder proaktiv-, reaktiv- oder reaktiv-proaktiv aggressiv klassifizieren (Schlack, Hölling, Erhart, Petermann & Ravens-Sieberer, 2010). Jungen waren sowohl hinsichtlich Gewaltbeteiligung als auch hinsichtlich der Risikogruppen funktional aggressiven Verhaltens in allen Kategorien überrepräsentiert (Tabelle 1).

Tabelle 1: Prävalenz von Gewalterfahrungen in den letzten 12 Monaten (KiGGS-Studie 2003-2006) sowie von Risikogruppen funktional-aggressiven Verhaltens bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren (BELLA-Studie 2003-2006)

KiGGS-Studie	Unbeteiligt	Opfer	Täter	Täter/Opfer
Jungen (n=3382)	67,9%	5,2%	19,9%	7,6%
Mädchen (n=3237)	82,5%	3,9%	9,9%	3,6%
BELLA-Studie	Nicht aggressiv	Proaktiv-aggressiv	Reaktiv-aggressiv	Reaktiv-proaktiv aggressiv
Jungen (n=846)	55,5%	10,3%	20,8%	13,3%
Mädchen (n=854)	79,8%	9,8%	7,2%	3,2%

RISIKO- UND SCHUTZFAKTOREN FÜR DIE ROLLEN-EINNAHME ALS OPFER, TÄTER ODER TÄTER/OPFER

Während Risikofaktoren für Gewaltbeteiligung vergleichsweise gut untersucht sind, befindet sich die Forschung zu Schutzfaktoren und Lebensqualität im Kontext von Aggression und Gewalt bei Kindern und Jugendlichen noch im Frühstadium. Schlack, Hölling und Petermann (2009) untersuchten, inwieweit sich bekannte Risikofaktoren (männliches Geschlecht, proaktiv-instrumentelle und reaktiv-expressive Gewaltbereitschaft, Familienstatus, Hauptschulbesuch oder Bildungsferne des Elternhauses) durch psychosoziale Ressourcen (personale Ressourcen, familiärer Zusammenhalt und soziale Unterstützung) puffern oder neutralisieren ließen. Im Ergebnis wurden vor allem strukturelle familiäre Risiken wie ‚Aufwachsen in einer Ein-Elternfamilie‘ bei Opfern und ‚Aufwachsen in einer Stieffamilie‘ bei Täter/Opfern durch die psychosozialen Ressourcen gemildert. Darüber hinaus erwies sich insbesondere ein guter familiärer Zusammenhalt als protektiv gegenüber Opfer-, Täter- als auch Täter-/Opfer-Erfahrungen. Als nahezu unbeeinflussbar erweisen sich dagegen individuelle Risikofaktoren wie proaktiv-instrumentelle oder reaktive-expressive Gewaltbereitschaft sowie die Effekte sozialer Risikofaktoren wie Hauptschulbesuch und Bildungsferne der Eltern.

PSYCHISCHE AUFFÄLLIGKEITEN NACH ART DER GEWALTBETEILIGUNG BEI JUNGEN UND MÄDCHEN

Jungen und Mädchen, die an Gewalthandlungen beteiligt sind, weisen in jeder Rolle – als Opfer, Täter oder Täter/Opfer – deutliche Einschränkungen ihrer psychischen Gesundheit auf (Schlack & Petermann, 2013). Dabei zeigten sich in der KiGGS-Studie unterschiedliche Risikomuster, je nach Art der Gewaltbeteiligung: ausschließliche Opfer wiesen vor allem erhöhte Risiken für internalisierende psychische Auffälligkeiten wie emotionale Probleme (Ängstlichkeit und Depressivität), Essstörungssymptome, Schlafprobleme und psychosomatischen Schmerz, allerdings auch für externalisierende Verhaltensprobleme auf (Tabelle 2a und b). Jugendliche mit ausschließlichen Tätererfahrungen wiesen vor allem externalisierende Verhaltensauffälligkeiten, ein erhöhtes Risiko für eine ADHS-Diagnose sowie erhöhte Risiken für Alkohol- und Drogenkonsum auf; allerdings zeigte der Täter-Status auch Assoziationen mit

allen Indikatoren internalisierender Auffälligkeiten. Jugendliche mit kombinierten Täter-/Opfer-Erfahrungen stellten wie erwartet eine besondere Risikogruppe dar, die die höchsten Risikoassoziationen sowohl hinsichtlich der Indikatoren internalisierender als auch externalisierender Störungen aufwies (Tabelle 2a und b).

Mädchen mit Opfer-, Täter- oder Täter/Opfer-Erfahrung wiesen überproportional hohe Risiken für externalisierende psychische Auffälligkeiten sowie als Täterinnen und Täter/Opfer ein bis zu neunfach erhöhtes Risiko für den habituellen Konsum illegaler Drogen auf (Tabelle 2b), obwohl diese Verhaltensauffälligkeiten bei Mädchen sonst vergleichsweise niederprävalent sind. Analog ließ sich für psychosomatischen Schmerz ein solches „Gender Paradox“ bei männlichen Jugendlichen mit Tätererfahrungen (Täter und Täter/Opfer) erstmalig explizit in einer repräsentativen Stichprobe nachweisen – Ergebnisse, die wichtige Hinweise für die klinische Praxis geben. Mit dem Begriff „Gender Paradox“ lässt sich in Anlehnung an Loeber und Keenan (1994) der Befund bezeichnen, dass Zugehörige eines Geschlechts bei einer im Vergleich zum anderen Geschlecht niedrigeren Basisprävalenz einer psychischen Störung unter der Risikoassoziation ‚Gewalt‘ einem höheren Risiko für diese Störungen ausgesetzt sind. Bislang gibt es keine schlüssigen Erklärungen für dieses Phänomen. Zwar sind stark negative interpersonale Beziehungen als geschlechtsspezifischer Risikofaktor für weibliche Gewaltausübung bekannt (Goldweber, Brody & Cauffman, 2009), und es ist gut vorstellbar, dass externalisierende Verhaltensweisen für Mädchen in Hochrisikosituationen eine fehlangepasste, aber situativ rationale Funktionalität besitzen. Dies erklärt aber noch nicht, warum das Gender Paradox auch bei Jungen auftritt. Hier besteht insgesamt noch Forschungsbedarf.

JUGENDLICHE MIT UNTERSCHIEDLICH HÄUFIGEN GEWALTERFAHRUNGEN

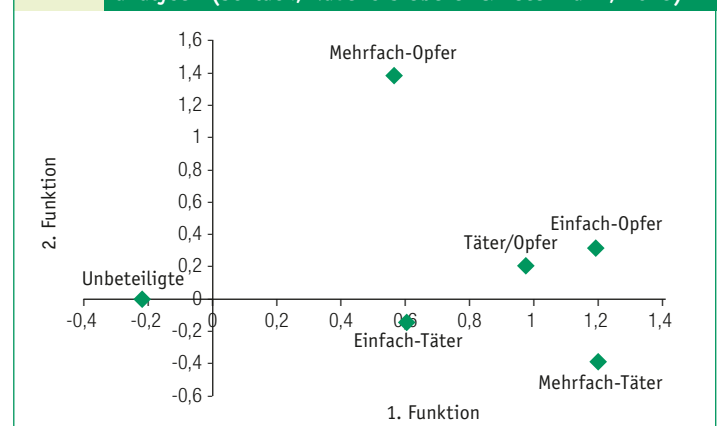
Wurde nach unterschiedlicher Häufigkeit von Gewalterfahrungen differenziert, traten mit mehrfach viktimisierten Kindern und Jugendlichen sowie mit solchen, die eine Historie mehrfacher Gewaltausübung aufwiesen, neben Täter/Opfern weitere Hochrisikogruppen hervor (Schlack, Ravens-Sieberer & Petermann, 2013). Zunächst war jedoch allen gewaltbetroffenen Jugendlichen ungeachtet der Art ihrer Gewaltbeteiligung eine signifikant schlechtere familiäre Funktionsfähigkeit (familiärer Zusammenhalt und familiäre Lebensqualität) gemeinsam. Mehrfach-Opfer zeichneten sich darüber hinaus vor allem durch starke emotionale Probleme und starke soziale Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen aus, dazu berichteten sie die geringste Verfügbarkeit sämtlicher psychosozialer Ressourcen und die geringste gesundheitsbezogene Lebensqualität. Mehrfach-Täter berichteten dagegen die meisten externalisierenden Verhaltensprobleme, Hyperaktivitätsprobleme, die geringste schulische Funktionsfähigkeit, das geringste prosoziale Verhalten und eine signifikant schlechtere gesundheitsbezogene Lebensqualität – jedoch keine Defizite hinsichtlich personaler (Selbstwirksamkeitserwartung) und sozialer Ressourcen. Weitere Ergebnisse waren, dass auch geringgradige Gewaltbeteiligung mit signifikanten Beeinträchtigungen verbunden war. So hatten Einfach-Opfer mehr emotionale, Hyperaktivitäts- und Peerprobleme, weniger personale und familiäre Ressourcen und eine geringere körperliche, familiäre und peerbezogene Lebensqualität als Unbeteiligte. Einfach-Täter hatten dagegen mehr Verhaltens- und Hyperaktivitätsprobleme, weniger prosoziales Verhalten, ebenfalls weniger personale und familiäre Ressourcen und eine geringere körperliche und familiäre Lebensqualität. Ein multivariater Vergleich aller Täter-Opfer-Gruppen wies die Gruppe der Mehrfach-Opfer – nicht die der Täter/Opfer – als die psychosozial am stärksten belastete unter den gewaltbetroffenen Jugendlichen aus (Abbildung 1).

Tabelle 2: Zusammenhänge von Indikatoren internalisierender und externalisierender psychischer Störungen und Gewaltbeteiligung 11- bis 17-jähriger Jugendlicher in den letzten 12 Monaten als Opfer, Täter oder Täter/Opfer (Schlack & Petermann, 2013; vereinfachte Darstellung); a) kein Geschlechtseffekt nachweisbar; b) Geschlechtseffekt nachweisbar

	Opfer		Täter		Täter/Opfer	
	AOR	p	AOR	p	AOR	p
a)						
Emotionale Probleme	1,63	0,017	1,60	<0,001	2,57	<0,001
Essstörungssymptome (SCOFF)	1,47	0,012	1,33	0,006	1,90	<0,001
Schlafprobleme	2,91	<0,001	1,72	<0,001	2,89	<0,001
ADHS	1,56	0,087	1,82	<0,001	1,66	0,027
Häufiger Alkoholkonsum	1,49	0,087	2,21	<0,001	2,92	<0,001
b)						
	Opfer		Täter		Täter/Opfer	
	AOR	p	AOR	p	AOR	p
Somatisierungsprobleme						
Mädchen	1,37	0,379	0,99	0,949	1,40	0,323
Jungen	1,08	0,889	2,19	<0,001	2,82	<0,001
Verhaltensprobleme						
Mädchen	3,80	0,001	4,91	<0,001	5,06	<0,001
Jungen	2,25	0,008	3,30	<0,001	4,33	<0,001
Illegale Drogen						
Mädchen	1,02	0,980	4,36	<0,001	8,92	<0,001
Jungen	1,48	0,407	2,88	<0,001	2,94	<0,001

Anmerkung: AOR = Adjustiertes Odds Ratio; adjustiert für Alter, Sozialstatus und Familienstruktur; Fettdruck = signifikantes Ergebnis (p<0,05)

Abb. 1 Grafische Darstellung der Ergebnisse einer Diskriminanzanalyse* (Schlack, Ravens-Sieberer & Petermann, 2013)

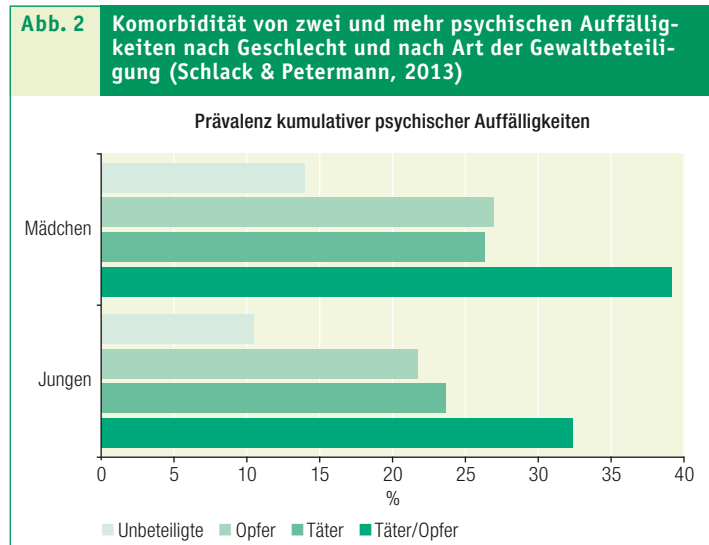


* Interpretation: Je größer der Abstand der Gruppenzentroiden (grüne Raute) der verschiedenen Täter-Opfer-Gruppen ist, desto stärker sind die Unterschiede zwischen den jeweiligen Gruppen. Am stärksten unterscheiden sich somit Unbeteiligte von sämtlichen gewaltbetroffenen Gruppen (1. Funktion). In der Binnendifferenzierung der gewaltbeteiligten Gruppen unterscheiden sich Mehrfach-Opfer am stärksten von den übrigen gewaltbeteiligten Jugendlichen durch mehr emotionale Probleme (Ängstlichkeit und Depressivität) sowie mehr soziale Probleme mit Gleichaltrigen und eine schlechtere psychische und peerbezogene Lebensqualität (2. Funktion).

Dies war insofern überraschend, als aufgrund bisheriger Befunde zu erwarten gewesen war, dass sich die Täter/Opfer als Gruppe mit den stärksten psychosozialen Belastungen erweisen würden.

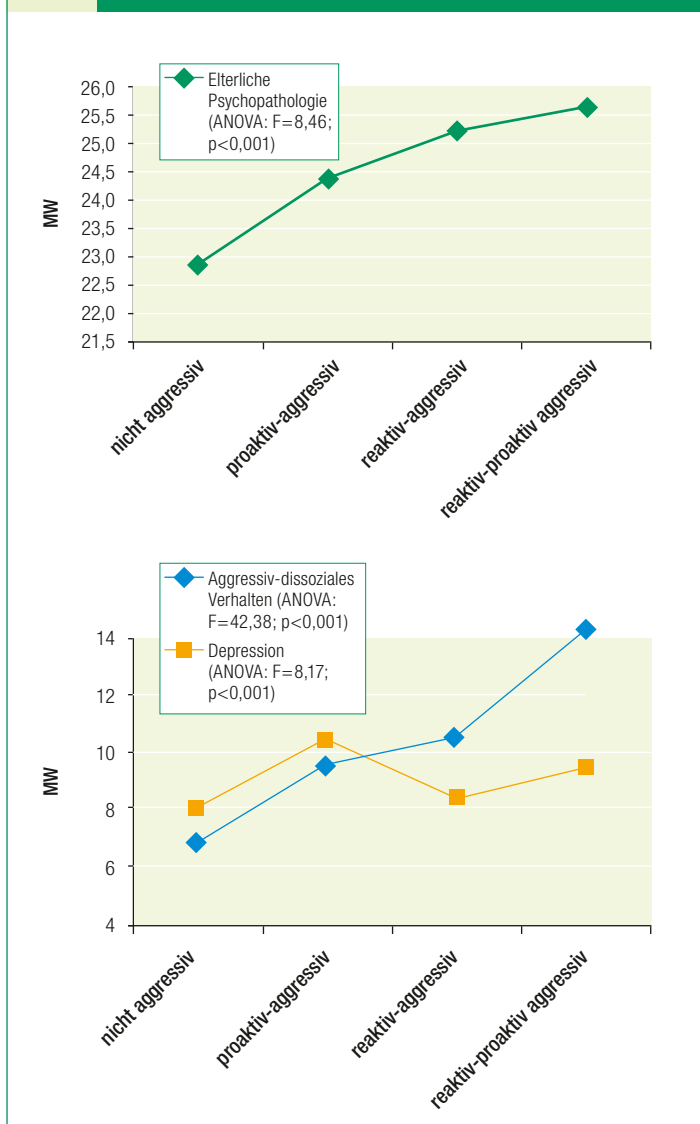
PSYCHOPATHOLOGISCHE KOMORBIDITÄT

Kinder und Jugendliche mit Gewalterfahrungen unterliegen einem deutlich erhöhten Risiko für psychopathologische Komorbidität. Dabei ist einerseits zu beachten, dass die Risikoprofile jedweder Gruppe mit Gewaltbeteiligung – Opfer, Täter sowie Täter/Opfer – Assoziationen sowohl mit internalisierenden als auch externalisierenden Auffälligkeiten enthielten (siehe Tabelle 2a und b). Andererseits lagen auch die Komorbiditätsraten für mindestens zwei psychische Auffälligkeiten bei gewaltbetroffenen Jungen und Mädchen weitaus höher: 21,7 % der männlichen Opfer, 23,5 % der männlichen Täter und 32,1 % der männlichen Täter/Opfer sowie 26,9 % der weiblichen Opfer, 26,3 % der weiblichen Täter und 39,1 % der weiblichen Täter/Opfer wiesen zwei oder mehr psychische Auffälligkeiten auf (versus 10,5 % der männlichen bzw. 13,9 % der weiblichen Unbeteiligten) (Abbildung 2). Die Komorbiditätsrate für weibliche Täter/Opfer erreicht damit eine Höhe, wie sie für weibliche Jugendliche im Strafvollzug in den USA berichtet wird.



In einer Vertiefungsstudie wurde die Komorbidität von aggressiv-dissozialem Verhalten und depressiver Symptomatik vor dem Hintergrund elterlicher Psychopathologie als gemeinsamem Risikofaktor bei reaktiv-, proaktiv- und reaktiv-proaktiv aggressiven Jugendlichen untersucht (Schlack et al., 2010). Alle Jugendlichen, die einer der genannten Risikogruppen funktional-aggressiven Verhaltens angehörten, zeichneten sich durch signifikant höhere Werte für elterliche Psychopathologie aus. Die höchsten Depressionswerte erzielten proaktiv-aggressive Jugendliche, die höchsten Werte für aggressiv-dissoziales Verhalten dagegen die reaktiv-proaktiv aggressive Gruppe (Abbildung 3).

Abb. 3 Ausprägungen elterlicher Psychopathologie, aggressiv-dissozialen Verhaltens und depressiver Symptomatik bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen unterschiedlicher funktionaler Aggressionstypen (Schlack et al., 2010)



ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

Die KiGGS-Ergebnisse – wie auch die Ergebnisse anderer Studien – zeigen die hohe Relevanz von Gewalterfahrungen für psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen klar auf. Dabei wird die zentrale Bedeutung der Familie deutlich. Trennungs- und Verlusterfahrungen im Bereich der Kernfamilie sowie elterliche Psychopathologie erwiesen sich als bedeutsame Risikofaktoren für aggressiv-dissoziale Verhaltensweisen und Gewaltbeteiligung. Jedoch können gute psychosoziale Ressourcen solche Risiken offenbar zumindest teilweise puffern. Insbesondere erwies sich ein guter familiärer Zusammenhalt als Schutzfaktor für die Einnahme jedweder Gewaltrolle. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse mit Blick auf die jeweiligen Gewaltrollen zusammengefasst und mögliche Ansatzpunkte für eine ressourcenorientierte Prävention und Intervention skizziert.

Jugendliche mit Opfererfahrung zeigten ein Muster vorrangig internalisierender und sozialer Probleme. Sie hatten kein Risiko für häufigen Konsum von Alkohol und illegalen Drogen. Einfach-Opfer wiesen mehr personale Ressourcen auf als Mehrfach-Opfer: in Hinsicht auf eine ressourcenorientierte Intervention (Empowerment, Lenz 2011) könnte daher die Stärkung personaler Ressourcen (Selbstwirksamkeitserwartung, Optimismus) Jugendliche mit geringgradiger Gewaltexposition vor wiederholter Opfererfahrung schützen. Auch könnte eine Stärkung sozialer Unterstützung erfolgversprechend sein, da diese Ressource bei Gewaltopfern vorhanden war und sozialtherapeutisch darauf aufgebaut werden kann. Darüber hinaus könnten die Überwindung ängstlicher und depressiver Stimmungslagen und ein soziales Kompetenztraining (Petermann & Petermann, 2010) perspektivisch zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität von Opfern beitragen.

Der Täterstatus war mit proaktiv-instrumenteller und reaktiv-expressiver Gewaltbereitschaft, mehr Verhaltensproblemen und Hyperaktivität/ADHS, Substanzkonsum, schlechterer Lebensqualität und geringerer schulischer Funktionsfähigkeit verbunden. Der Schwerpunkt für die Arbeit mit Tätern von Jugendgewalt sollte daher vor allem darauf liegen, externalisierendes Verhalten zu reduzieren und prosoziale Fähigkeiten sowie Empathiefähigkeit zu fördern (Petermann & Petermann, 2012). Eine frühzeitige Intervention bei schulischen Problemen könnte dazu beitragen, negative Bildungskarrieren zu verhindern und damit die Wahrscheinlichkeit für ein Abgleiten in Delinquenz und Kriminalität verringern. Das Ergebnis, dass Täter, insbesondere auch Mehrfach-Täter, sich nicht signifikant von Unbeteiligten hinsichtlich personaler Ressourcen unterscheiden, steht in Einklang mit Annahmen der sozial-kognitiven Lerntheorie, dass „erfolgreiche“ Aggression bei Tätern zu positiven Ergebniserwartungen führen kann, die sich stabilisierend und verstärkend für dieses Verhalten auswirken. Unklar bleibt auch, ob die von Jugendlichen mit ausschließlichen Täterstatus berichteten sozialen Ressourcen tatsächlich ein relevanter Ansatzpunkt für eine ressourcenorientierte Arbeit mit jugendlichen Gewalttätern sein können oder ob dieser Befund eher auf wechselseitiger Selbstbestätigung in devianten Peer-Gruppen beruht.

HOCHRISIKOGRUPPEN

Für die Hochrisikogruppen der Mehrfach-Opfer und Täter/Opfer bestehen Gemeinsamkeiten, aber auch spezifische Unterschiede hinsichtlich ihres psychosozialen Risikoprofils. Beide Gruppen waren in besonderem Maß von negativen Familienbeziehungen betroffen, sie berichteten die stärksten internalisierenden Probleme und die größten sozialen Schwierigkeiten im Umgang mit ihren Peers und wiesen insgesamt die geringste Verfügbarkeit psychosozialer Ressourcen auf. Ein spezifischer Unterschied zwischen beiden Gruppen bestand jedoch in der höheren Ausprägung von Verhaltensproblemen und in geringerem prosozialem Verhalten bei Täter/Opfern sowie in der herausragenden Bedeutung von internalisierenden und Peerproblemen für Mehrfach-Opfer. Weitere Studien deuten auf

hohe Suizidalitätsrisiken für poly-viktimisierte Jugendliche hin (Brunstein-Klomek et al., 2008). Bei beiden Gruppen müsste eine ressourcenorientierte Intervention angesichts der multiplen Risikokonstellationen, der hohen psychopathologischen Belastung und der geringen Ressourcenverfügbarkeit neben der Verringerung von Risiken auf einen schrittweisen Aufbau von Resilienzen zielen. Während eine solche mehrere Bereiche umfassende Intervention für Täter/Opfer auch Maßnahmen zur Reduktion externalisierender und Förderung prosozialer Verhaltensweisen enthalten müsste, sollten für Mehrfach-Opfer außer dem unabdingbaren Schutz vor fortgesetzter Viktimisierung die Vermittlung von Bewältigungsstrategien für emotionale Probleme sowie ein soziales Kompetenztraining, das Selbstsicherheit, Selbstvertrauen, Selbstbehauptungsstrategien und soziale Interaktionsfähigkeit fördert, im Vordergrund stehen. Von hoher Bedeutung wären für beide Gruppen ebenso stabile Umfeldbedingungen, die gegebenenfalls unterstützend von außen sichergestellt werden müssten.

FAZIT

Bei Kontakten mit dem Gesundheitssystem bzw. der Anamnese psychisch bzw. verhaltensauffälliger Kinder und Jugendlicher sollten mögliche Gewalterfahrungen und Gewaltbeteiligungen grundsätzlich mitbedacht werden (vgl. Sigel & Harpin, 2013), wobei nicht nur auf Opfer-, sondern auch Tätererfahrungen geachtet werden sollte. Besondere Aufmerksamkeit sollte dabei gewaltbetroffenen Mädchen zuteilwerden, insbesondere solchen, die angeben, sowohl Opfer als auch Täterin von Gewalthandlungen gewesen zu sein, da für diese stark erhöhte Risiken für klinisch relevante externalisierende Verhaltensauffälligkeiten und den Konsum illegaler Drogen sowie hohe Komorbiditätsraten für zwei und mehr psychische Auffälligkeiten gefunden wurden. Von Bedeutung in diesem Zusammenhang ist auch, dass das Risikoprofil jeden Typs von Gewaltbetroffenheit bei Jugendlichen sowohl internalisierende als auch externalisierende Auffälligkeiten enthält. Daher sollte bei gewaltbetroffenen Jugendlichen ungeachtet der spezifischen Form der Gewalterfahrung sowohl auf internalisierende Symptome als auch auf externalisierende Verhaltensauffälligkeiten geachtet werden.

■ *Dr. rer. nat. Robert Schlack
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Robert Koch-Institut
Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Straße 62–66
12101 Berlin
SchlackR@rki.de*

Literaturangaben unter:



Welchen Einfluss hat die Familie auf die seelische Gesundheit von Kindern?

Andreas Klocke

Die sozialepidemiologische Forschung findet seit gut zwei Jahrzehnten hohe Korrelationen zwischen Lebensbedingungen und Lebenswandel auf der einen und dem Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand auf der anderen Seite. Mit Bezug auf die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen gilt diese Feststellung uneingeschränkt, sie muss jedoch spezifiziert werden. Denn Kinder wachsen unter Anleitung der Eltern auf. Sie leben in Familien und werden unter den Bedingungen groß, die ihnen ihre Familie bietet. Die Frage nach den sozialen Determinanten der Kindergesundheit verweist daher zentral auf die Familie. Kinder sind arm oder reich, wenn ihre Eltern arm oder reich sind, sie sind Emissionen ausgesetzt, je nach Wohnstandort des Familienhaushalts, sie essen, was die Eltern einkaufen und sie zeigen psychosoziale Auffälligkeiten, wenn das Familienklima in den „eigenen vier Wänden“ nicht stimmt. Vor diesem Hintergrund wird in diesem Beitrag der Familie als zentrale Sozialisationsinstanz besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

GESUNDHEITSSOZIALISATION IN DER FAMILIE

Die Familie ist die zentrale Sozialisationsinstanz im Leben der jungen Menschen. Wohl folgt die moderne Sozialisationsforschung dem Konzept des „produktiv realitätsverarbeitenden Subjekts“ (Hurrelmann) und sie anerkennt damit hohe Grade der jugendlichen Selbstsozialisation, jedoch werden zentrale Bausteine des Gesundheitsverhaltens in den Familien grundgelegt. Gerade die Alltagsroutinen „zu Hause“ haben häufig einen lebenslangen Effekt (z. B. Essgewohnheiten, Bewegungsverhalten, Rauchen) auf das Gesundheitsverhalten.

Gesundheit wird in der neueren Gesundheitswissenschaft entsprechend der Konzeption der Weltgesundheitsorganisation als Ressource verstanden, die einen Menschen in die Lage versetzt, ein „produktives“ Leben zu führen (WHO, Ottawa Charter 1986). Eine eingeschränkte Gesundheit im Sinne einer „unzureichenden“ Ressource zur Lebensbewältigung hat gravierende und langfristige Auswirkungen auf die Biografie der jungen Menschen. Denn Voraussetzung einer guten gesundheitlichen und psychischen Entwicklung ist die Fähigkeit, eigenes und zielorientiertes Handeln zu verwirklichen. Damit gilt zusammengefasst: Die familialen Lebensbedingungen strahlen auf die Gesundheit und insbesondere auf das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen aus.

Die Analysen basieren auf den Daten der deutschen „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“-Studie, die in Deutschland seit 1994 alle vier Jahre durchgeführt wird. Zu Studiendetails siehe www.hbsc.org bzw. www.hbsc-germany.de. Es wird den Wirkungen verschiedener sozialer Merkmale, einzelner Lebenslagen bzw. Familienformen nachgegangen: Alter, Geschlecht, Nationalität, Arbeitslosigkeit eines Elternteils, Wohlstand der Familie, Familienform und Eltern-Kind-Beziehung. Zielvariablen sind Indikatoren der psychosozialen Gesundheit.

ERGEBNISSE

In einer ersten Analyse werden ausgewählte Zielvariablen der psychosozialen Gesundheit nach der sozialen Wohlstandslage der Familie betrachtet (Tabelle 1).

Tabelle 1: Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen nach der Wohlstandsposition der Familie						
Wohlstandsposition der Familie	Subj. Gesundheit einigermaßen/schlecht	Gesundheitliche Beschwerden mehr als 3	Rauchen wöchentlich	Sport Selten/weniger als 1x wöchentlich	TV/Video Mehr als 5 Std./Tag	kein Frühstück an Schultagen
Niedrig	18	37	10	29	14	32
Mittel	15	32	6	23	8	23
hoch	11	27	5	18	7	17
N	4.817	4.849	4.827	4.705	4.806	4.793

Quelle: HBSC 2010 Daten für Deutschland (N=5.005), Daten gewichtet
 Zielvariablen: unerwünschte Verhaltensweisen bzw. ein unerwünschter Gesundheitszustand
 Signifikanzniveau: alle Zusammenhänge sind signifikant auf dem Niveau $p \leq 0,001$

Aus Tabelle 1 ist ersichtlich, dass durchgehend ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Wohlstandsposition der Familie und der seelischen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen vorliegt. Je schlechter die Wohlstandsposition der Familie, desto schlechter die Gesundheit bzw. das Gesundheitsverhalten. Dieser klare Befund wird in vielen Studien berichtet, er wird seit vielen Jahren und in vielen Ländern beobachtet. So klar dieses Muster in bivariaten Betrachtungen hervortritt, so wenig eindeutig zeigt sich dieser Zusammenhang in multivariaten Analysen (hier nicht ausgewiesen). In den multivariaten Analysen weist die Familienform für alle untersuchten Zielvariablen des Gesundheitsverhaltens signifikante Effekte auf. Die soziale Lage der Familie zeigt in der multivariaten Betrachtung ebenfalls durchgängig signifikante Effekte auf das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen. Der gesundheitliche Status selbst ist hingegen nur sehr schwach durch die soziale Lage der Familie geprägt. Hervorzuheben sind die durchgängig hohen Effekte der Eltern-Kind-Beziehung auf alle Zielvariablen, insbesondere auf den Gesundheitszustand. Ein Befund, der sich in vielen Analysen als einer der wichtigsten Faktoren für das kindliche bzw. jugendliche Wohlbefinden zeigt. Dies verweist darauf, wie deutlich Kinder von Unterstützungsnetzwerken („soziales Kapital“) profitieren. Soziales Kapital bezeichnet in Anlehnung an Anthony Giddens auf Vertrauen basierende Netzwerke, auf die Menschen zurückgreifen können, wenn sie soziale Unterstützung brauchen. Die Analysen und die Messung sozialen Kapitals wird in der HBSC-Studie über vier Bereiche vorgenommen: Soziales Kapital in der Familie, soziales Kapital in Freundschaftsbeziehungen, soziales Kapital in der Nachbarschaft und soziales Kapital durch die Einbindung in Institutionen. Die Analysen zeigen: Je mehr Sozialkapital zur Verfügung steht, desto günstiger ist das Gesundheitsverhalten.

DISKUSSION

Es zeigt sich ein nahezu durchgängiger Effekt der Familie auf alle untersuchten psychosozialen Zielvariablen. Die Bilanz lautet daher: Die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen variiert mit der Familie, in der sie aufwachsen. Es muss ein schlechteres Abschneiden der Kinder in sozial schwachen Familien gegenüber ihren Altersgleichen in Mittelschichtfamilien festgehalten werden. Dies ist kein neuer Befund, aber leider ist er immer noch gültig. Die Familie ist der Ort, in dem sich die sozialen Lebensumstände der jungen Menschen bündeln. Der soziökonomische Status der Familie, der Bildungshintergrund der Eltern, die Familienform sowie die Beziehungsqualität zwischen Eltern und Kindern finden hier ihren Ausdruck und determinieren in erheblichem Umfang die seelische Gesundheit der Kinder. Weiterhin können wir festhalten: Sozialkapital hat eine eigenständige, positive Wirkung auf das Gesundheitsverhalten der Jugendlichen. Dem Sozialkapital kommt daher in der Diskussion um die Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit eine vermittelnde Funktion zu. Studien der letzten Jahre legen sogar den Schluss nahe, dass – sieht man einmal von extremen Ereignissen ab – nicht so sehr die Belastungen für die Gesundheit des Menschen verantwortlich zeichnen, sondern die zur Verfügung stehenden Ressourcen, die über die

Tragweite der Belastungen entscheiden. Die Forschung hat auf diese Erkenntnisse reagiert und thematisiert zunehmend die Potenziale, die es Menschen ermöglichen, einen produktiven Lebensstil auszubilden. Ansätze der Gesundheitsförderung für Jugendliche in sozial benachteiligten Lebenslagen sollten genau diese Ressourcen stützen.

DANKSAGUNG

HBSC ist eine internationale Studie, die in Kooperation mit dem WHO-Regionalbüro für Europa erfolgt. Die Koordination der Studie liegt bei Candace Currie, die auch das Internationale Coordinating Committee leitet. Das HBSC-Netzwerk setzt sich aus über 150 WissenschaftlerInnen aus verschiedenen Disziplinen in Europa, Nordamerika und Israel zusammen. Nähere Informationen über die HBSC-Studie sowie der beteiligten Forschungsgruppen sind zu finden unter: www.hbsc.org.

■ Prof. Dr. phil. Andreas Klocke
Professor für Allgemeine Soziologie und Geschäftsführender Direktor
des Forschungszentrums Demografischer Wandel
Frankfurt University of Applied Sciences
Forschungszentrum Demografischer Wandel (FZDW)
Nibelungenplatz 1
60318 Frankfurt
andreas.klocke@fzdw.de



Trauma im Kindes- und Jugendalter unter besonderer Berücksichtigung von Flüchtlingserfahrungen

Kerstin Stellermann-Strehlow

Minderjährige Flüchtlinge haben in ihrem Heimatland sowie auf der Flucht meist zahlreiche traumatische Erfahrungen gemacht, die zu psychischen/psychosomatischen Auffälligkeiten führen können. Allerdings zeigen Kinder selten die klassischen Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Bei der Erkennung und Erstversorgung bildet der Pädiater eine wichtige Brückenfunktion zum Kinder- und Jugendpsychiater/-psychotherapeuten.

WAS IST TRAUMA?

Der Begriff Trauma stammt aus dem griechischen und bedeutet Wunde. In der Psychologie beschreibt es eine seelische Wunde – durch ein überforderndes Ereignis kommt es zum Zusammenbruch der psychischen Struktur. Wie bei einer körperlichen Verletzung, die eine seelische Wunde zur Folge haben kann, benötigt auch die psychische Wunde eine frühzeitige und differentialdiagnostische spezialisierte Abklärung und ggf. Behandlung.

Nach Riedesser und Fischer ist eine traumatische Erfahrung „ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, welches mit einem Gefühl der Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis hervorruft“ (Fischer et al. 2009).

Die Bewältigungsmöglichkeiten eines Menschen sind abhängig vom Stand seiner kognitiven, affektiven und sozialen Entwicklung, so dass Situationen, die für ein Kleinkind potenziell belastend sein können (z. B. das Verlieren der Bezugsperson im Supermarkt, die Geburt eines Geschwisterkindes), für ein gesund entwickeltes Schulkind keine Überforderung darstellen sollten, gleichzeitig kann die Erfahrung der Flucht für einen Säugling, der in den Armen der Großmutter getragen wird, untraumatisch sein.

Das in den kategorialen Diagnostikmanualen ICD-10 und DSM5 geforderte Kriterium eines außergewöhnlichen Ereignisses, sollte also vor dem Entwicklungsstand des Kindes/Jugendlichen eingeschätzt werden. Um diesem Sachverhalt gerecht zu werden, ist es sinnvoll von belastenden Erfahrungen zu reden, die eine exzessive Stressreaktion hervorrufen (Hensel 2014).

Ca. 25% aller Kinder und Jugendlichen erleben bis zum 16. Lebensjahr mindestens ein belastendes Ereignis, die Prävalenz der PTBS liegt bei Jugendlichen zwischen 1,6-5%, bei Kleinkindern nur bei 0,1%, was sich dadurch erklären lässt, dass Kinder nicht die klassischen traumaspezifischen Symptome zeigen, diesem Punkt wird DSM5 mit seinen Kriterien der PTBS bei unter 6-Jährigen nun mehr gerecht.

WAS PASSIERT BEI EINER EXZESSIVEN STRESSREAKTION?

Auf neurobiologischer Ebene kommt es zu einer Aktivierung der Kampf- und Fluchtreaktion, der hypothalamisch-hypophysär-adrenergen Achse, die eine Desaktivierung des Hippocampus sowie eine Aktivierung der Amygdala zur Folge hat. Es kommt zu Dekontextualisierung von Erinnerungen sowie einer emotionalen und hormonalen Überaktivität, gleichzeitig kommt es zu einer hemisphärischen Lateralisation, die einen Kontrollverlust über sprachlich-sequentielles Denken zur Folge hat. Basierend auf diesen neurologischen Stressreaktionen kommt es zur dissoziativen Amnesie, kontextunabhängigen Flashbacks, extremer Affektdysregulation sowie dissoziativen Sinnesempfindungen (Bessel et al. 1998). Bei Kleinkindern kommt es zusätzlich zu einer Aktivierung des Bindungssystems (Brisch 2012).

FOLGEN VON EXZESSIVEN STRESSOREN/TRAUMATA:

Nur wenige psychische Symptome sind traumaspezifisch, dazu gehören aber ausgeprägte Dissoziationen und Flashbacks. Die Symptome der PTBS spiegeln sich in drei klassischen Symptombereichen wider:

- 1 unwillkürliches Wiedererleben (Flashback, intrusive Alpträume, Reenactment)
- 2 anhaltende Vermeidungsreaktionen/Dissoziation (Vermeiden von Traumahinweisreizen (Triggern), tiefe Abwesenheitszustände)
- 3 Symptome von Hyperarousal (Schlafprobleme, Reizbarkeit, Konzentrationsstörung, motorische Unruhe, Impulsdurchbrüche etc.)

Jedoch kann sich aus einer exzessiven Stressreaktion neben einer PTBS jede psychische Störung entwickeln (Ackermann et al. 1998), bei kindlichen Traumatisierungen sind dies oft ADHS, Störung des Sozialverhaltens sowie Störungen der Emotionen oder Ängste. Weiterhin Depressionen, Sucht, Ausscheidungs-, Ess-, Anpassungs-, Bindungs- und Entwicklungsstörungen. Und bei Kleinkindern Schlaf-, Fütter- und Regulationsstörungen.

Unbehandelt können diese traumakompensatorischen Symptome lebenslange schädigende Wirkung (Anda et al. 2006) bis zu reversiblen epigenetischen Veränderungen der Stressregulation (Konstanz 2014) zur Folge haben.

Eine korrekte Klassifikation der Symptome hat somit eine hohe Relevanz, da sie den Weg zu einer adäquaten traumaspezifischen Behandlung bahnen oder verhindern kann. Dem Pädiater liegt hier eine wichtige weichenstellende Funktion inne, da dieser oft als Vertrauensperson der Familie als erstes konsultiert wird und sich gerade im Kleinkindalter viele traumatogene/Stressor-basierte kompensatorische Symptome auf der vegetativen Ebene präsentieren.

FLÜCHTLINGSKINDER

2014 veröffentlichte UNICEF, dass jeder dritte in die BRD einreisende Flüchtling ein Kind/Jugendlicher ist. Schätzungsweise leben aktuell 65.000 Flüchtlingskinder mit unsicheren Aufenthaltsstatus in Deutschland. Flüchtlingskinder sind durch ihre Erfahrung von Krieg, Verfolgung und Flucht besonders stark von exzessiven Belastungssituationen betroffen. In der BRD angekommen, leben sie oft in meist isolierten, eingeschränkten Lebensbedingungen mit unsicheren Aufenthaltsstatus bei unbekannter Sprache und fremder Lebensart, was ihre Bewältigungsfaktoren zusätzlich einschränken kann. Flüchtlingskinder sind somit oft durch die Erfahrungen vor und während der Flucht belastet, zusätzlich sind sie meist Kinder von traumatisierten Eltern (40% der Asylbewerber zeigten in der Untersuchung von Gäbel et al. 2006 Symptome einer PTSD), die ihrer elterlichen Fürsorge und Entwicklungsförderung aufgrund der eigenen psychischen Belastung nur bedingt nachkommen können. Oft erhalten sie parentifizierte Aufträge im Familiensystem, z. B. Dolmetscher der Familie zu sein, Fürsorgepflichten für die Familie zu übernehmen, welche zu Überforderungen führen können, die die Entwicklung der Kinder weiterhin einschränken können. Besonders komplex ist die Situation der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge. Nach Angaben von Caritas sollen 2014 ca. 6.590 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in der BRD angekommen sein, die meisten zwischen 14 und 18 Jahren alt, die ohne vertraute Familienangehörige Flucht und Ankunft meistern müssen.

Flüchtlingskindern ist zudem der Weg in das Gesundheitssystem meist erschwert und die Fremdsprache, kombiniert mit der eingeschränkten Fähigkeit der verbalen Kommunikation über belastende Ereignisse, erschwert oft frühzeitige Zugangswege zu adäquaten Behandlungen. Dazu kommen Faktoren wie Zeitdruck und mangelnde Dolmetscher.

Es ist zu beachten, dass die Flüchtlingskinder und ihre Familien, oder bei in Deutschland geborenen Flüchtlingskindern die Eltern im Heimatland, Opfer von politischer Gewalt geworden sind, die sie zur Flucht bewegt hat. Eine Individualisierung durch alleinige Erhebung von belastenden Ereignissen wird der soziopolitischen Gesamtsituation und den Verletzung von Menschenrechten nicht gerecht und sollte bei der Anamnese Berücksichtigung finden.

RESILIENZ, RESSOURCEN UND BINDUNG

Die Fokussierung auf belastende Lebensereignisse soll aber nicht den Blick darauf verstellen, dass viele der Kinder und Jugendlichen resilient reagieren oder sich basierend auf der Belastungssituation weiterentwickeln. Nicht jeder Flüchtling, nicht jedes Kind, das Zeuge oder Opfer von interpersoneller Gewalt geworden ist, entwickelt psychische Probleme. Nach Papadopoulos (2007) gibt es drei Arten der Reaktion auf eine Belastung/Trauma: negativ, neutral oder positiv.

Die Spanne einer negativen Reaktion reicht von „normalem“ Leid bis zu psychischer Störung. Die neutrale Reaktion lässt sich als Resilienz bezeichnen. Der Begriff kommt aus der Physik und bezeichnet die Eigenschaft eines Materials nach Belastung wieder in die Ursprungsform zurückzukehren (Kasper et al. 2008). Bei Resilienz handelt es sich nicht um ein stabiles Persönlichkeitsmerkmal. Eine neutrale Reaktion ist neben Resilienzfaktoren von den materiellen (Geld, Rohstoffe, etc.) und immateriellen (Gesundheit, Charakter, etc.) Ressourcen des Individuums abhängig.

Eine positive Reaktion kann zu posttraumatischem Wachstum führen (Tedschi et al, 1996), wobei man bei Kindern differenzieren muss zwischen einem Entwicklungsschub und einer Pseudonormalität/Pseudoautonomie, die oft zum Schutz von Bezugspersonen eingenommen werden und Symptome verdecken können. Alle drei Reaktionen können in verschiedenen Lebensbereichen und Funktionen nebeneinander vorliegen.

Studien zeigten, dass die Gefahr der Entwicklung von pathologischen Symptomen nach belastenden/traumatischen Ereignissen steigt, wenn diese durch interpersonelle Gewalt (man made disaster) verursacht worden sind, sie steigt um so mehr je vertrauter die Gewalt ausübende Person ist, während das Überleben einer Naturkatastrophe ein geringeres Risiko birgt.

Ein wichtiger Faktor der neutralen Verarbeitung von belastenden Ereignissen bei Kindern und Jugendlichen ist eine sichere Bindungserfahrung zu einer Bezugsperson in der frühen Kindheit. Sie ermöglicht dem Kind in Belastungssituationen Kontakt zur Bezugsperson aufzunehmen (Ainsworth et al. 1969), die Bindungserfahrung ermöglicht aber auch die Exploration und die Kontaktaufnahme zu anderen Menschen (Ainsworth et al. 1969, Grossmann 1999). Unsicher gebundene Kinder haben in belastenden Situationen eingeschränkte Bewältigungsmöglichkeiten (Werner 2000).

Eine Anbindung von Eltern an Elternschulen und SAFE®-Gruppen kann somit präventive Auswirkungen auf die Bewältigungsmöglichkeiten eines Kindes haben.

WAS SOLLTE MAN BEACHTEN?

Kinder und Jugendliche, die extreme Belastungssituationen überlebt haben, haben mit der einhergehenden Hilflosigkeit meist die Erfahrung des Kontrollverlustes gemacht. Beim Umgang ist daher ein hohes Maß an Sensibilität und Transparenz notwendig, um diese Erfahrung nicht zu wiederholen.

Eine stressorsensible Anamnese sollte bei Kleinkindern z. B. die Frage nach psychischen Belastungen von Bezugspersonen, Trennungserfahrungen und chronischen Erkrankungen umfassen.

Bei älteren Kindern und Jugendlichen sollten auch Fragen nach Unfällen, Bezeugung oder Überleben von Gewalterfahrungen (häusliche Gewalt, sexuelle Gewalt, Mobbing), Tod sowie Erfahrungen von Krieg und Verfolgung gestellt werden. Aber auch Ressourcen sollten Teil einer stressorsensiblen Anamnese sein.

Es empfiehlt sich, Kinder ab ca. 5 Jahren nach einem gemeinsamen Gespräch auch getrennt von den Eltern bei Verdacht auf belastende Ereignisse und bezogen auf traumakompensatorische Symptome zu befragen, da diese oft ihre Eltern schützen wollen.

Bei nicht deutschsprechenden Flüchtlingseltern sollte, wenn möglich, ein Dolmetscher anwesend sein, der/die kultursensitiv übersetzen kann.

TRAUMANETZ

Die Versorgung von traumatisierten Kindern/Jugendlichen benötigt meist ein Netzwerk von Versorgern.

Neben dem Pädiater, Kinder- und Jugendpsychiater/-psychotherapeut ist oft die Unterstützung durch das Jugendamt indiziert sowie ggf. Opferschutzorganisationen wie der Weiße Ring. Da es sich gerade bei interpersoneller Gewalt oft um strafrechtliche Tatbestände handelt, ist auch die Einbeziehung der Polizei ins Netzwerk notwendig. Bei Flüchtlingspatienten ist die Einbeziehung eines nicht zum Familiensystem gehörenden geschulten Dolmetschers sowie die Einbeziehung von lokalen Hilfsorganisationen hilfreich (z. B. Herausgabe von Flyern). Bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen sollte schnellstmöglich ein Vormund benannt werden.

BEHANDLUNG

Zur ersten Hilfe gehört Schaffung von Sicherheit und Stabilisierung, dazu gehört die Symptomerkennung, gefolgt von Ressourcenaktivierung, Hinweisen zur Stressbewältigung und Reduktion von Vermeidungsverhalten. Es sollte eine dem Alter angepasste Psychoedukation des Kindes sowie der Bezugsperson über die neurobiologischen Stressreaktion und den traumakompensatorischen Symptomen stattfinden.

Eine akute Belastungsreaktion darf bis zu 4 Wochen nach einem Ereignis auftreten, sollte aber von den Symptomen im Verlauf rückläufig sein. Sollte der Rückgang nicht eintreten oder die Alltagsfähigkeit sehr belastet sein, ist die Überweisung an einen Kinder- und Jugendpsychiater/-psychotherapeuten, bevorzugt mit Ausbildung in spezieller Traumatherapie für Kinder und Jugendliche, indiziert. Auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie können zertifizierte TherapeutInnen gesucht werden (www.degpt.de).

Zu den traumakompensatorischen Symptomen kann eine akute Suizidalität gehören, die erfragt werden sollte und eine kinder-

und jugendpsychiatrische akutstationäre Behandlung indiziert. Besonders auslaufende Duldungen können bei Flüchtlingspatienten zu einer akuten Verschlechterung der Symptomatik führen.

Für Betroffene wichtig sind die psychoedukativen Sätze:

Abnormales Verhalten auf eine abnormale Situation ist normal.

Nicht Du bist /Ihr Kind ist verrückt, sondern das was Dir/ihm/ihr passiert ist.

Tabelle 1: Symptome nach Entwicklungsalter (in jeder Stufe können Symptome aus einer jüngeren Altersstufe auftreten)

Alter in Jahren	Symptome
0–1	Schreckhaftigkeit, verminderte Beruhigbarkeit, Futterstörung, Gedeihstörung
1–3	Anklammerndes Verhalten, Regressives Verhalten (Daumenlutschen) Entwicklungsretardierung, Hyperarousal mit z. B. Schlafstörungen, Hyperaktivität, Angst, angespannte Wachsamkeit, Somatisierungen
3–6	Traumatisches Spiel (Nachspielen der Ereignisse), sekundäre Enuresis und Enkopresis, sozialer Rückzug
6–10	Schulleistungsstörung, Konzentrationsstörung, zunehmende Symptome einer PTBS
10–14	Zunehmende PTBS-Symptome, Konversionssyndrom, Drogenkonsum, psychotische Symptome
14–18	Klassische PTBS, soziales und/oder schulisches Scheitern

Bedeutendste Resilienzfaktoren (Wilson et al. 1993, Wilson 1995):

- ➊ Locus of control (Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen)
- ➋ Self disclosure (Selbstaufdeckung)
- ➌ Gruppengefühl, Erleben als Überlebender
- ➍ Erleben von eigenen Coping-Strategien, Ressourcen
- ➎ Altruismus, prosoziales Verhalten
- ➏ Fähigkeit, Bedeutung in Trauma und Zukunft zu sehen
- ➐ Soziale Interaktion

■ Dr. med. Kerstin Stellermann-Strehlow
Oberärztin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik des Kindes- u. Jugendalters
Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- u. Jugendalters (DZSKJ)
& Ambulanzzentrum des UKE
Martinistraße 52
20246 Hamburg
K.stellermann-strehlow@uke.de

Literaturangaben unter:



Der Einfluss von Medien auf die gesunde seelische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen

Uwe Büsching

Tatort Ende Dezember 2014: „Das verkaufte Lächeln“. Am Isarwehr wird die Leiche des 14-jährigen Tim K. gefunden. Der Junge wurde aus nächster Nähe erschossen. Es gibt kein ersichtliches Motiv für die Tat. Tim hatte weder Probleme mit seinen Eltern noch mit seinen Mitschülern. Wenn er nicht mit seinen Freunden Hanna und Florian unterwegs war, saß er am Computer und entwickelte angeblich Apps und Webseiten, um sein Taschengeld aufzubessern.

So bürgerlich und harmlos wirkt es oft. Digital immigrants – Menschen, die vor 1980 geboren wurden – können sich oft nicht vorstellen, was Digital-inborn-Menschen, die nach 1990 geboren wurden, mit PC und Co. alles unternehmen. Väter sind stolz, weil sie technisch voll auf der Höhe sind, was aber ihre Kids nachts mit dem Prepaid-Smartphone in ihrem Zimmer machen, weil durch das WLAN ihnen keine Kosten entstehen, wissen sie nicht. Sie haben sich bis zu der Frage überhaupt keine Gedanken gemacht – blauäugig!

Im Tatort geht es um Kinderpornographie. Jungs verkaufen sich online, sie prahlen vor ihren Eltern, sie könnten mit dem Internet mehr verdienen als die Mutter als Tankstellenwächterin. Dem Zuschauer bleibt verborgen, ob diese alleinerziehende „Unterschichtmutter“ nicht doch weiß, was ihr Sohn mit dem PC treibt und es toleriert. Zwei weitere Aspekte zum Thema seelische Gesundheit und Medien wurden in dem Tatort aufgegriffen – die Zerstörung von Familien und der Überwachungsstaat.

Als Tim und Florian begannen, sich vor für sie völlig Fremde vor der Internetkamera auszuziehen, war es aufregend, spannend, machte neugierig. Auch der pädophile, gut bürgerlich lebende Spanner setzt auf Anonymität. Als die Sache aufliegt, Tim tot ist und

Florian als Täter überführt wird, werden ganz viele Angehörige emotional tief verletzt. Die Befürworter des WWW argumentieren: Schaut her, mit den neuen Medien sind nur die Formen der Kriminalität anders, das ist doch nicht Schuld der neuen Medien.

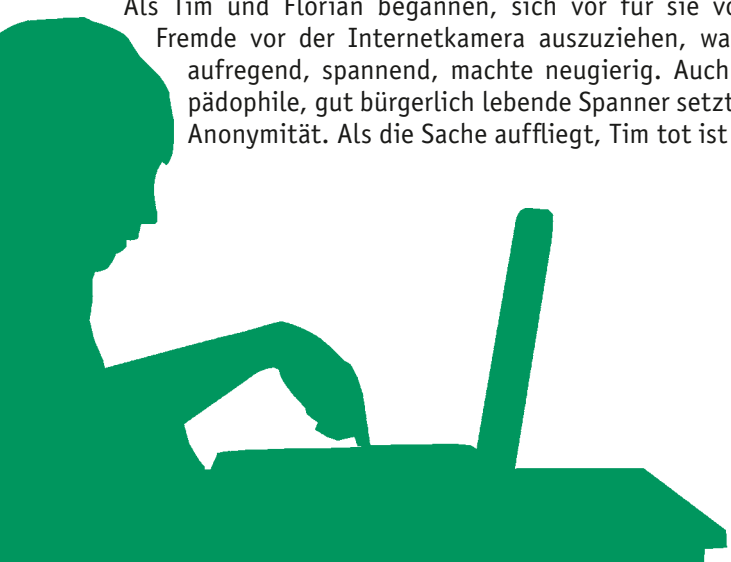
Auch zur Überführung des Täters werden moderne Medien eingesetzt: Überwachungskameras und Handyortung. Ob die Zuschauer für sich bemerkten, wie PC-Profis das Gelöschte wieder sichtbar machen? Alles wurde unspektakulär gespielt. Es ist zu befürchten, so ist es auch im richtigen Leben. Die Warnungen von George Orwell „1984 – Big Brother Is Watching You!“ sind verdrängt. Anhand des Aufenthaltes von Besitzern moderner Funktelefone, verharmlosend „Handy“ (handlich?) genannt, lassen sich Profile der Benutzer erstellen, aber auch Alibis überprüfen.

NEUE MEDIEN SIND EIN SEGEN, ABER EBEN AUCH EINE GEFAHR

Bei der Nutzung neuer Medien stehen wir vor ähnlichen Problemen wie beim Essen: gar nicht – geht nicht, zu viel ist gesundheitsgefährdend, besonders extravagant, lecker, alternativ – immer reizvoll. Medien sind die Herausforderung unserer Zeit, für Kinder, Jugendliche, Eltern aber auch der Gesellschaft. Das politische und das juristische System ist zu schwerfällig, um bei dem Speed der Onlinemedienentwicklung Risiken zu minimieren. Fehlt es vielleicht auch an den richtigen Beratern? Sind sie als digital immigrants einfach zu gutgläubig? So befolgen sie auch die Ratschläge einer mittlerweile angesehenen Stiftung, obwohl diese einem der großen privaten Fernsehanbieter ganz nah steht. Deshalb macht es keinen guten Eindruck, wenn Politiker zu nah mit den Medienkonzernen verbunden sind oder für Vorträge bei Veranstaltungen der Medienindustrie hohe Honorare kassieren.

Die alles bestimmende Frage: Was sind denn 17.000 Neuerkrankungen an Mediensucht im Verhältnis zu Millionen von zufriedenen, glücklichen Spielern, Internetnutzern und Dauertelefonierern? Es sind einfach tausende zu viel. Hinter jedem Medienabhängigen steckt nicht nur eine persönliche, sondern auch eine familiäre Tragödie. Allen voran bezeichnet die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen die Medien-/Internetsucht als viel schlimmer als die Abhängigkeit von Substanzmitteln. Für alle Abhängigkeiten gibt es geschätzte Zahlen.

Jede Zahlenangabe, jeder Zahlenvergleich beschreibt eine unerträgliche Zahl von Katastrophen. Wenn dabei die Selbstreflexion nicht einsetzt, dann gaukeln Zahlenangaben vor, man habe die Probleme im Griff, weil man die Probleme kennt und analysiert. Deshalb liefert Wissenschaft nach hohem Arbeitsaufwand der Politik Zahlen, ändert dies etwas? Wir kennen seit Jahren Zahlen zur Substanzmittelabhängigkeit, mehr als zwanzig Jahre kennen wir Zahlen zur Spielsucht. In diesen Jahren wurde es allmählich zur allgemeingültigen Kenntnis: Spielsucht hat genau dieselben fatalen Folgen wie Substanzmittelabhängigkeit. Die Interessen der Spielehersteller, der Spielhallenbetreiber und deren Lobbyisten sind stärker



als das Schutzbedürfnis junger Menschen. Es geht schließlich um Milliarden. Wer darauf vertraut, Glücksspiel werde durch konkrete politische Maßnahmen eingeschränkt, wer glaubt, die Politik würde Jugendliche und Familien sicher vor den Gefahren der neuen Medien schützen, der möge kritischer werden, dazu hier exemplarisch einige Informationen:

Zur **These von Schutz und Vorsicht** durch die Politik sei eine Pressemitteilung der Berliner SPD zitiert: **„Spielsucht zerstört Menschen** – Krankhafte Spielsucht ruiniert die soziale, berufliche und materielle Lebenssituation vieler Menschen. In Berlin haben nach aktuellen Schätzungen mehr als 50.000 Menschen ein problematisches Spielverhalten, davon sind rund 28.000 krankhaft spielsüchtig (vgl. Studie BZgA 02-2014). Junge Männer, Menschen mit Migrationshintergrund und Erwerbslose haben ein deutlich erhöhtes Risiko für problematisches Glücksspiel. Die Hoffnung auf den großen Gewinn verleitet viele, unkontrolliert zu spielen und finanzielle Risiken zu unterschätzen.“

Das Thema Gefährdung der seelischen Gesundheit ist demnach in der Politik bekannt. Beim Lesen der Presserklärung entsteht ein sehr positiver Eindruck: Politisch Verantwortliche haben die Gefahren der digitalen Medien erkannt und im Griff. Doch die Zeiträume, die eine Gesetzgebung benötigt, bis Entscheidungen getroffen werden, sind einfach zu lang: Wenige Jahre nach Einführung der Smartphones und Jahrzehnte nach Erkennen des Suchtpotenzials von Glücksspiel hat die Politik vor 6 Jahren eine erste Regulierung der Glücksspielsucht von Bund und Länder formuliert:

Der **erste Staatsvertrag zum Glücksspielwesen** in Deutschland (kurz **Glücksspielstaatsvertrag** oder GlüStV) ist seit dem 1.1.2008 gültig. Ein vergleichbares Gesetz in Bezug auf Glücksspiele im Internet gibt es nicht. Bereits nach drei Jahren Gültigkeit trat am 31. Dezember 2011 der **Glücksspielstaatsvertrag** wieder außer Kraft, da die Ministerpräsidenten der Länder und regierenden Bürgermeister der Stadtstaaten seine Fortgeltung über dieses Datum hinaus nicht beschlossen hatten (§ 28 Abs. 1 Satz 1 GlüStV a. F.). Am 1. Juli 2012 trat er dann doch in seiner aktuellen Fassung in Kraft. Die Auseinandersetzungen mit den Lobbyisten müssen heftig gewesen sein.

Die Ziele waren durch das **Bundesverfassungsgericht** vorgegeben: **die Spielsucht sollte bekämpft** bzw. ihre Entstehung bereits verhindert werden. Es galt, insbesondere den Jugend- und Spielerschutz zu gewährleisten. Hierzu soll das Glücksspielangebot begrenzt und in geordnete Bahnen gelenkt und die ordnungsgemäße Durchführung von Glücksspielen sichergestellt werden, um so auch betrügerische Machenschaften und sonstige Folge- und Begleitkriminalität des illegalen Glücksspiels abzuwehren. Der Glücksspielstaatsvertrag folgt diesen Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts. Demnach ist das staatliche Glücksspielmonopol nur durch eine konsequente und glaubhafte Erfüllung der staatlichen Suchtprävention zu rechtfertigen. Dies sind die Erfahrungen der Gesetzgebung zum Bereich Glücksspiel. **Online-Glücksspiel und Mediennutzung** haben generell, wissenschaftlich gesichert, die gleichen Auswirkungen wie Glücksspiel, nur sehr viel häufiger. Das Bun-

desverfassungsgericht hat bisher die Legislative nicht aufgefordert, Gesetze zum Schutz der Jugend durch Medien zu erlassen. Gesetze zum Schutz der Jugend gibt es viele, aber keines zum Schutze der Jugend vor der Suchtgefährdung durch Medien.

Stattdessen war **Online-Glücksspiel durch die Änderung im GlüStV mit Gültigkeit vom 1. Juli 2012 nicht mehr generell verboten**. Wegen der nun anstehenden weiteren Novellierung des GlüStV wird nach Meinung der Experten des Vereins Glücksspielsucht (www.gluecksspielsucht.de) der Spielhallenbetrieb vermindert, aber das Online-Spielen weiter ausgebaut werden.

Die Bedrohung der seelischen Gesundheit wie in der Presseerklärung der SPD beschrieben oder die Texte zum Glücksspielstaatsvertrag reichen aus, um zu belegen, wie sehr die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bedroht ist. Auch die Daten der BZgA sind allen Politikern bekannt. Warum also gibt es dennoch so viele Medien- und Spieleabhängige? Hat die Politik zu viele Berater aus dem Medienprotagonisten und zu wenige aus den medienkritischen Fachkreisen? Auch deshalb macht es keinen guten Eindruck, wenn Politiker zu nahe den Medienkonzernen stehen oder für Vorträge bei Veranstaltungen der Medienindustrie hohe Honorare kassieren. Mehr Informationen dazu erhalten Sie auf der Homepage www.gluecksspielsucht.de. Zudem sind auch stets Arbeitsplätze in Gefahr, wenn die Diskussion über Gefahren durch die neuen Medien begonnen wird. Solche Pressemitteilungen, wie die der SPD, wirken auf Insider unglaubwürdig. In der realen Welt scheinen die Vorteile der neuen (bildgegeben) Medien absoluten Vorrang zu haben (Tab.1).

Tabelle 1: Aufwachsen und leben in einer digitalen Medienwelt – eine Aufzählung*

Chancen	Risiken
Zugang zu globaler Information	Pädophilie, Fremde
Bildungsressourcen	Extreme bzw. sexuelle Gewalt
Soziale Kontakte zu alten/neuen Freunden	Andere schädliche/ provozierende Inhalte
Unterhaltung, Spiele, Spaß	Material/Aktivitäten von Rassisten/Hassern aller Art
Herstellung nutzergenerierter Inhalte	Kommerzielle Werbung / Formen werblicher Persuasion
Zivile und politische Partizipation	Einseitige oder falsche Information
Anonymität und Privatheit beim Ausdruck der eigenen Identität	Ausbeutung persönlicher Information
Engagement/Aktivitäten für die Gemeinschaft	Cyberbullying, Stalking, Belästigung
Technologische Expertise und Kompetenz	Glücksspiel, finanzielle Betrügereien
Berufliche Förderung, Karriereförderung	Selbstverletzendes Verhalten (Selbstmord, Anorexie etc.)
Ratschläge/Beratung (persönlich, gesundheitlich, sexuell)	Übergriffe in das Privatleben, Missbrauch privater Information
Bildung von speziellen Interessensgruppen, von Fanforen	Illegale Aktivitäten (Computerhacker, Terroristen)
Gemeinsame Erfahrung mit örtlich entfernten anderen	Anonymität
	Illegale Inhalte

* modifiziert nach einem Vortrag von Prof. Oliver Bilke Hentsch bei der Fachtagung der Drogenbeauftragten in Berlin, Oktober 2013

Die Erfahrungen zu Glücksspiel und Glückspielsucht sind seit Jahren bekannt, diese sind zudem eine wichtige Vorgabe und damit Informationsquelle der viel bedrohlicheren Mediensucht. Manch einem ist die Bedrohung der digitalen Medien noch nicht bekannt, von anderen, muss man annehmen, wird diese gezielt „heruntergespielt“. Allein die Kenntnis, dass das Glückspiel sich von den Spielhallen/Casinos ins Internet verschiebt und noch mehr verschoben wird, ist nur wenigen bekannt und die überwiegende Zahl der Wissenden schweigt aus kommerziellen Gründen. Bildgebende Medien sind Werbeträger der vordersten Front. Wer sich mit bildgebenden Medien beschäftigt, ist dieser Werbung permanent ausgesetzt. Marketing der Firmen, Medienfachleute und Politik wissen dies, Medienpädagogen auch.

Indem Kinder, Jugendliche und mehr und mehr auch Erwachsene **zuhauf in die virtuelle Welt** fliehen, verlieren sie größtenteils den Realitätsbezug. Mit Mediengebrauch wird das „Lustzentrum“ des Gehirns in massivster Weise stimuliert. Es droht massiver physischer als auch psychischer Schaden. Die Reize der bunten Unterhaltungswelt sind umso stärker, je jünger die Anwender. Das Leben in virtuellen Welten ist im Gegensatz zur realen Welt von Erfolg geprägt und wenn nicht, gibt es die RESET-Taste, die nach der Fünf in Mathe eben nicht genutzt werden kann. Für einen kleinen Prozentsatz, aber für viele Tausend sind die Folgen verheerend: Verlust von Kompetenzen und Fähigkeiten in der Schule, im Studium, im Beruf und im sozialen Umfeld. Am Ende der Spirale steht die Mediensucht mit all den von anderen Süchten bekannten bio-psycho-sozialen Folgen.

Am Beginn des Mediengebrauchs steht das reale Leben der Kinder dem des virtuellen entgegen. Wer etwas ändern möchte, muss sich mit den Ausgangslagen beschäftigen. Die Realität ist leistungsbestimmt, lässt zunehmend weniger Freiräume und Schule ist ja auch nicht wirklich anregend. Computer sind für viele Kinder und Jugendliche ein besonders attraktiver Ersatz für das, was sie unserer heutigen Welt nicht finden. Zudem können sie Fähigkeiten und Geschick ausbilden, was ihnen eine Sonderstellung in der Peer-Group zuweist, ihr „Ich“ aufwertet.

Aus einem Interview mit Prof. Dr. Gerald Hüther zum Thema „Computer – Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche“: „Wenn Kinder und Jugendliche täglich mehrere Stunden vor ihrem Computern verbringen, verändert das nicht nur ihre Wahrnehmung, ihr Raum- und Zeitempfinden und ihre Gefühlswelt – alles, was sie in den Computerspielen erleben, verändert auch ihr Gehirn. Die Fiktion wird dann zur lebendigen Wirklichkeit und das reale Leben zur bloßen Fiktion.“ Betroffen sind deutlich mehr Jungen, weil sie stärker als Mädchen darauf angewiesen sind, Halt in äußeren Dingen zu suchen. Dies macht sie anfälliger für Angebote von außen. Das Spektrum reicht von Drogen über Gewalt bis hin zu Computerspielen, die besonders gefährlich sind.

Die Alternativen der virtuellen Welt sind verlockend. Dem häufig unerfreulichen Alltag kann man so entfliehen, auch wenn vielleicht die Streitereien mit Eltern und Geschwistern zunehmen. Wenn Eltern und Geschwister ebenso den bildge-

benden Medien „verfallen“ sind, ist die virtuelle Welt umso verlockender. Wenn dann noch die „Freunde“ wechseln, Freundschaften zerbrechen, Beziehungen scheitern, die Leistungsfähigkeit in Schule und/oder Beruf abnimmt, dann ist die Sucht und der „Absturz“ erreicht.

Medienprotagonisten verknüpfen diese Zusammenhänge anders. Für diese sind psychisch auffällige, vielleicht sogar psychisch kranke Menschen die Ursache für Mediensucht. Diese Kranken sind leider deutlich mehr durch Medien gefährdet, aber kann man dies den neuen Medien anlasten? Warum sollte man den Segen der modernen Technologien nicht nutzen, nur weil ein paar Tausend psychisch Kranker damit nicht umgehen können? Dies ist das aktuelle Dilemma, wir wissen, dass psychiatrische Erkrankungen und Medienmissbrauch zusammenhängen, aber wir wissen nicht, in welchem (Aus-)Maß und was – wie oft – ursächlich ist.

Wieder gibt es nur Zahlen zur Spielsucht, nicht aber zur Mediensucht. Eine Studie der Uni Hohenheim von 2011 zur Spielsucht belegt, dass mehr als 300 Millionen Euro Jahr für Jahr aufgebracht werden müssen, um zum Beispiel Therapien zu bezahlen oder Fehlzeiten am Arbeitsplatz auszugleichen. Erfasst wurden in der Untersuchung eine Vielzahl von Folgekosten – von Aufwendungen für die Therapie bis hin zu Schäden durch von Glücksspiel verursachter Beschaffungskriminalität. Die Kosten durch Tabak- und Alkoholkonsum bezifferte die Studie als Vergleich im zweistelligen Milliardenbereich. Um zu erahnen, wo Mediensucht hinführt, mag der Bezug auf Behandlungen von Patienten mit Spielsucht in psychiatrischen Kliniken sein. Diese waren und sind heute selten, die Mediensucht nimmt heute in vielen Kliniken bereits die Hälfte der Therapieplätze in Anspruch.

Auch Mediensucht sucht nach Ersatzerfolg. Mediensucht hat dabei viele Facetten und mehrere Gefahren. Am deutlichsten unterscheidet sich Mediensucht in der Stille der Abhängigkeit: Abhängige grölen, saufen, schlagen nicht – sie verschwinden nur einfach, ganz unmerklich aus dem realen Leben. Die intensive Beschäftigung des Gehirns mit den Anforderungen der Medien führt dazu, dass die Leistungsfähigkeit diesen Anforderungen optimal angepasst ist, aber für das reale Leben sind diese untauglich. Die virtuelle Spielmaschinerie bindet schon die jüngsten Kinder.

Empfehlung von Prof. Hüther an die Eltern: „Eltern, die der Meinung sind, das Gehirn ihrer Kinder entwickle sich von allein, egal, ob sie draußen spielen, ob sie lesen, Musik machen oder vor ihren Computerspielen hocken, müssen dringend umdenken“. Eltern müssen Vorbilder sein. Eltern, die selber mediensüchtig sind, können Kindern nicht zeigen, wie man das reale Leben meistert. Andernfalls droht eine zunehmende Lebensuntüchtigkeit in der realen Welt, eine zunehmende Unfähigkeit, Anforderungen und Entwicklungsaufgaben zu bewältigen.

Um den Ursachen der Entwicklung von Mediensucht entgegenzuwirken, müssen dieselben „Konzepte und Therapien“ einsetzen, die auch bei anderen psychiatrischen Erkrankungen eingesetzt werden: Bindungs- und Beziehungsverbesserung, Stär-

ken stärken, Vorbildsuche, soziale Ressourcen suchen, etc. Bis hierhin ist dies medienunabhängig. Das besonders Heimtückische an den virtuellen Welten ist, diese „therapeutischen Konzepte“ werden als selbstwertsteigernde Attribute in Spiele, Werbung etc. für Laien unmerklich eingeflochten. Für kein anderes abhängig machendes Agens haben die Dealer jemals diese glücklich machenden Eigenschaften einem Suchtmittel implantiert. Allein die schon zu oft bei den verschiedensten Entwicklungsstörungen gehörte Forderung nach Umkehrung von ungünstigen oder defizitären Entwicklungsbedingungen für Kinder und Jugendliche wird die hohe Zahl an Neuerkrankungen an Mediensucht nicht ändern.

Vielen Eltern sind die Begriffe Onlinesucht/Onlinerollenspielsucht/Mediensucht völlig unbekannt, bis zu dem Tag, wenn sie erfahren, dass ihr Nachwuchs betroffen ist, überwiegend Jungen. Den „Absturz“ in die Sucht gibt es nicht; er vollzieht sich schleichend über Monate. Oft sind es andere Ereignisse, die Eltern diese tiefgreifenden Veränderungen der Betroffenen signalisieren. Mediensucht bedeutet: die Betroffenen haben die Kontrolle über ihr reales Leben vollkommen verloren.

Mehr und mehr können sich Eltern bei Suchtberatungsstellen informieren, Ärzte und Kliniken konsultierten. Die virtuelle Welt ist in der Abhängigkeitssituation so stark, dass Betroffene unendliche Ausflüchte haben, warum sie Therapie nicht benötigen. Jedwede Unterstützung des Mediensüchtigen bedeutet, die Mediensucht zu unterstützen. Wie bei den Substanzmittelabhängigen kommt es zu Co-Abhängigkeit, die die Sucht verschlimmert und verlängert.

Wir überlassen Kinder und Jugendliche den Medien – es wird schon gut gehen! So kann es nicht weitergehen, gefordert sind zeitnahe Lösungen. Keine nüchternen Statistiken, sondern Berichte von Familien und von Aussteigern (u. a. bei www.rollenspielsucht.de oder bei AKTIV GEGEN MEDIENSUCHT). Wir wissen, z. B. von den Untersuchungen des Kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen (kfn), dass Eltern in punkto Medienerziehung Hilfe und Informationen wünschen. In vielen Familien gibt es exzessive Mediennutzung, gefolgt von Kommunikationslosigkeit und nicht vorhandenen gemeinsamen Familienunternehmungen. Eltern fürchten, als rückständig eingestuft zu werden, ihre Kinder als Außenseiter zu erziehen. Sie scheinen nicht mehr zu wissen, was Kinder-Erziehung ist – oder liegt es daran, dass sie digital immigrants sind?

Handy an, Hirn aus – wie doof machen uns ... war der Titel der Sendung „hart aber fair“ am 5.1.15. Der Teilnehmer Ranga Yogeshwar, der seinen Kindern die Mediennutzung im Schlafraum verboten hatte, sagte, dass sein mittlerweile 20-jähriger Sohn befand, er sei nicht hart genug gewesen. Wenn aber Eltern merken, dass ihre hoffnungsvollen Sprösslinge an Medien gescheitert sind, erfasst diese eine ohnmächtige Wut, Wut auf etliche z. T. fahrlässig verharmlosende Medienpädagogen, die für die Heranwachsenden den nahezu unbegrenzten Zugang zum PC empfehlen.

Werden Mütter von älteren Spielsüchtigen gefragt, was sie getan hätten, wenn sie früher gewusst hätten, wohin die exzessive Mediennutzung führt, ist die übereinstimmende Antwort: „Wir hätten ganz klar eingegriffen und die Mediennutzungszeiten radikal reduziert.“ Häufig hatten sie den Rat etlicher Medienpädagogen befolgt, eher freizügig mit den PC-Zeiten ihrer Kinder umzugehen, um ihnen nicht den erfolgreichen Weg in die berufliche Zukunft zu verbauen. Medienhersteller, Medienunternehmen, Medienberater sind Klasse, wieder einmal sind die Eltern schuldig.

Der BVKJ will sich aktiv dieser Entwicklung entgegenstellen und hat dazu kompetente Partner gefunden. Gemeinsam mit dem Institut für Medizinökonomie und Medizinische Versorgungsforschung der Rheinischen Fachhochschule Köln suchen wir nach Möglichkeiten, die Zahl der Neuerkrankungen an Mediensucht zu reduzieren und setzen darauf, dass die in Prävention erfahrenen und bei den Eltern sehr akzeptierten niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte/innen im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen die Eltern beraten und informieren können. Dabei werden wir unterstützt vom Deutschen Kinderschutzbund und der Deutschen Sportjugend, wissenschaftliche Unterstützung in Bezug auf das Medienverhalten erhalten wir vom psychologischen Institut der Universität Duisburg – Essen. Unser Projekt steht unter der Schirmherrschaft der Drogenbeauftragten der Bundesregierung. Dass digitale Medien unser gesellschaftliches und soziales Leben verändern und einen wichtigen Bestandteil unserer Informations- und Kommunikationskultur sind, daran wird weder gezweifelt noch wollen wir daran etwas ändern. Unser Motto lautet deshalb: **Schau schlau!**

Seit wenigen Jahren wird viel über mögliche Einflüsse der digitalen Mediennutzung auf die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen diskutiert und geforscht. Aus den Ergebnissen werden zu selten Folgerungen abgeleitet, es gibt keine Idee von Vorbeugung des Fehlverhaltens im Umgang mit Medien. In einer Sache sind sich die Experten einig: Notwendig ist eine verantwortungsvolle Medienerziehung, welche individuell auf jedes einzelne Kind und Jugendlichen zugeschnitten sein muss. Aber wie könnte diese aussehen, wer soll dies leisten? Da missbräuchliche Mediennutzung Krankheit bedeutet, sind auch ärztliche Präventionen gefragt, nicht nur, wie heute schon vielerorts üblich, ärztliche Therapien, wenn es bereits zu spät ist.

Kinder und Jugendliche wachsen nur scheinbar selbstverständlich mit Medien auf. Um mit diesen heute **sinnvoll und verantwortungsbewusst** umgehen zu können, brauchen Kinder und Jugendliche in erster Linie Medienkompetenz, d. h. die Fähigkeit, Medien und ihre Inhalte den eigenen Zielen und Bedürfnissen entsprechend einzuordnen. Mehrfach wurde durch Umfragen bewiesen, dass vor allem Erziehungsberechtigte zum Thema „Umgang mit der elektronischen Welt“ Unterstützung und Beratung benötigen.

Wir haben deshalb das **Projekt „BLIKK-Medien“** entwickelt, welches evaluieren soll, welche Auswirkungen die Nutzung von elektronischen Medien auf die psychische und physische Ent-

wicklung von Kindern und Jugendlichen haben. Hierbei werden sowohl das Alter des Kindes, der Sozialstatus und auch das Medienverhalten in der Familie in die Untersuchung einbezogen. Die Abkürzung BLIKK steht für: Bewältigung, Lernverhalten, Intelligenz, Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen im Umgang mit elektronischen Medien. Folgende Kernfragen sollen im Rahmen des Projektes beantwortet werden können:

„Gibt es Kriterien, um Mediennutzungszeiten von Kindern und Jugendlichen als „normal“ oder als „überhöht“ einzustufen und welche Zusammenhänge bestehen zwischen Mediennutzung und psychischer und physischer Entwicklung – immer unter der Berücksichtigung der altersentsprechenden psychologischen und physiologischen Reife.“

Diese Evaluation erfolgt im Rahmen der bewährten Früherkennungsuntersuchungen für Kinder- und Jugendliche U3–J1 ergänzt um folgende Evaluationstools: Erweiterter Untersuchungsbogen (**Paed.Check®**), Fragebögen zum Lebensumfeld sowie Fragebogen zum Medienverhalten in der Familie.

Weitere Details zur Studie erhalten Sie über die Geschäftsstelle des BVKJ oder über das Institut für Medizinökonomie und Medizinische Versorgungsforschung der Rheinischen Fachhochschule Köln. Wir laden Interessierte an dieser Studie, insbesondere Politiker/innen, herzlich ein, kontaktieren Sie uns, helfen Sie uns im Interesse der betroffenen Familien und Kinder, helfen Sie uns auch bei der Suche nach Sponsoren. Der Umfang dieser Untersuchungen ist derartig groß, dass dies nicht allein vom BVKJ oder der Stiftung des Verbandes: Kind und Jugend (www.stiftung-kind-und-jugend.de) zu finanzieren ist.

Innovativ an diesem Forschungsprojekt ist es zu prüfen, inwieweit sich frühzeitig Hinweise auf kindliche bzw. adoleszente Entwicklungsstörungen, bedingt durch eine, noch zu definierende, übermäßige, frühe Nutzung von elektronischen Medien im Vorschul- und Grundschulalter sowie bei Adoleszenten evaluieren lassen. Das digitale Nutzungsverhalten der Eltern und der Kinder soll im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen erhoben werden. Im späteren Verlauf soll zusätzlich durch den Einsatz von ärztlich genutzten „Medienpräventionskonzepten für Eltern, Kinder und Jugendliche“ geprüft werden, inwieweit hierdurch die Entwicklung der Kinder hin zu einem „gesunden Medienkonsum“ beeinflusst werden kann und/oder sich bei den Eltern und den Kindern longitudinal eine Medienkompetenz entwickelt. Weil die aktuell durchgeführten Mediennutzungsstudien bei Kindern und Jugendlichen nicht auf die relevanten Daten aus den U3–J1-Untersuchungen zurückgreifen, sind entwicklungsmedizinische Aussagen im Hinblick auf das Nutzungsverhalten zu diesen entwicklungsrelevanten Fragestellungen nicht möglich. Entsprechendes gilt für einen möglichen „entwicklungsprägenden Einfluss“ des elterlichen elektronischen Medienverhaltens auf die Probanden-Entwicklung.

Das Vorhaben ist gemeinnützig. Die Abwicklung der Finanzierung erfolgt durch die Stiftung Kind und Jugend des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte.

■ *Dr. med. Uwe Büsching
Kinder- und Jugendarzt
Berufsverband der Kinder und Jugendärzte
- Mitglied des Vorstandes
- Sprecher des Ausschusses Jugendmedizin
Mitglied der Vertreterversammlung der KVWL
Mitglied der Kammerversammlung der ÄKWL
Beckhausstraße 171
33611 Bielefeld
ubbbs@gmx.de*

Literaturangaben unter:



BZgA: Medienübersichten (<http://www.bzga.de>)
KIM-Studie – MPFS www.mpfs.de/?id=462
Verein Glücksspielsucht (www.gluecksspielsucht.de)



ADHS und Warnsymptome für die seelische Gesundheit

Klaus Skrodzki

In der Praxis werden uns häufig Kinder vorgestellt, die Verhaltensauffälligkeiten schon im Kindergarten, vermehrt aber in der Schule zeigen. Viele dieser „Besonderheiten“ können Warnsignale für eine Störung der seelischen Gesundheit sein. Wir müssen sie ernst nehmen, Eltern und Kindern zuhören und die Familien beraten. Und besonders, wenn diese Auffälligkeiten auch zuhause auftreten, sollten wir auch eine zugrunde liegende ADHS in Betracht ziehen und entsprechende weitere Diagnostik einleiten.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert seelische Gesundheit als „Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen“. Selbstverständlich gehören Probleme und Konflikte zum Leben. Im Idealfall kann jeder Mensch solche Konflikte und Belastungen bewältigen. Prinzipiell sind seelische Störungen schwerer zu erkennen als körperlich nachweisbare Störungen und Erkrankungen. Die Symptome betreffen apparativ nicht messbare Dimensionen wie Gefühl, Wahrnehmung, Orientierung und Verhalten. Es handelt sich um Phänomene, für die es keine genau definierten Normen gibt. Deshalb orientieren sich die Diagnosen im klinischen Bereich an der Beschreibung und der Wahrnehmung des Zustandes und am Verlauf der Erkrankung. Nur unter Berücksichtigung der Gesamtsymptomatik, ihres zeitlichen Verlaufes und der sozialen Rahmenbedingungen ist eine exakte Diagnosestellung möglich. Seelische Störungen treten in verschiedenen Formen auf und die Übergänge zum Normalen sind fließend. Deshalb werden diese Veränderungen und Störungen in der Öffentlichkeit oft nicht als Krankheiten anerkannt.

Gerade bei ADHS – der Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung – trifft dies in hohem Maß zu: Kaum eine andere psychische Störung wird in der Öffentlichkeit derart heftig und kontrovers diskutiert, in den Medien meist negativ dargestellt und auch von manchen Ärzten und Lehrern immer noch negiert, obwohl kaum eine andere psychische Störung wissenschaftlich derart gut bearbeitet, belegt und definiert ist.

ADHS ist weltweit die häufigste psychische Störung im Kindes- und Jugendalter mit einer Prävalenz von etwa 5%, das entspricht ca. 500.000 Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 18.

Schon früh im Säuglingsalter fallen manche Kinder auf mit unerklärlichen langdauernden Schreiphasen, mit motorischer Unruhe, Ess- und Schlafproblemen, Ablehnung von Körperkontakt und Misslaunigkeit. Diese Säuglinge sind anstrengend für die Eltern und verunsichern sie. Die intuitive elterliche Erziehungsfähigkeit wird reduziert. Die Eltern werden zunehmend hilflos und die vielen unterschiedlichen – meist gut gemeinten – Ratschläge der Umgebung, von Großeltern, Pädagogen und anderen Fachleuten sorgen oft für noch mehr Verunsicherung. Die Hilflosigkeit der Eltern kann zu Rückzug oder Ablehnung bis zu Aggressionen führen, und häufig kommt es schon jetzt zu Streitigkeiten zwischen den Eltern über die vermeintlich richtigen Maßnahmen.

Wenn im Kleinkindalter plan- und rastlose Aktivität hinzukommt, geringe Ausdauer bei Einzel- und Gruppenspiel, ausgeprägte Trotzreaktionen und Schwierigkeiten in Kindertageseinrichtungen durch unberechenbares Sozialverhalten, entsteht erheblicher Druck auf Eltern, ihr Verhalten zuhause zu überdenken, zu ändern oder irgendwelche angebotenen Hilfen anzunehmen. Aber auch für diese Kinder kommt es meist zu einer besonderen Situation: entweder lernen sie durch ihr Verhalten, Vorteile für sich zu erreichen und die Verhaltensweisen verfestigen sich oder sie empfinden durch die Maßnahmen der Erzieher und anderen Kinder Zurücksetzung und erste Ausgrenzung. Als Folge wachsen bei ihnen Aggressionen oder andererseits Ängste. Viele dieser Kinder erleben sich schon früh als „anders“. Frühzeitige – oft durchaus sinnvolle – Therapieangebote lassen die Kinder sich selbst als „behandlungsbedürftig“ und „schlecht“ empfinden.

Schwierigkeiten, verbale Aufforderungen in adäquate motorische Handlungen umzusetzen, wenig Ausdauer und Bemühen, Aufgaben sorgfältig zu Ende zu bringen, lassen Eltern und Erzieher oft an den Fähigkeiten dieser Kinder zweifeln. Teilleistungsschwächen bezüglich auditiver und visueller Wahrnehmung sind häufig, leichtere Störungen in Fein- und Grobmotorik und Sprachstörungen sorgen für Handlungsbedarf. Die gemeinsame Zeit der Eltern mit diesem Kind ist durch häusliche Streitereien, pädagogische und andere Therapiemaßnahmen belastet. Es bleibt nur noch wenig Zeit zum Spiel. Und durch ihr Verhalten haben viele dieser Kinder schon im Vorschulbereich keine beständigen Freundschaften. Kind, Eltern und Familie isolieren sich zunehmend wegen des auffallenden kindlichen Verhaltens oder werden von außen isoliert. Stabiles, sicheres Selbstbewusstsein mit einer positiven Sichtweise der eigenen Person ist selten.

Trotzdem freuen sich viele dieser Kinder noch auf die Schule. Verständnisvolle Lehrer erkennen und belohnen oft den Charme dieser Kinder in den ersten beiden Klassen noch. Gute Lehrer entdecken auch die kreativen Fähigkeiten und zündenden Ideen. Aber da störendes Verhalten im Unterricht, wenig Ausdauer und mangelnde Bereitschaft, sich auch zu weniger interessanten Themen motivieren zu lassen, oft vorherrscht, entsteht eine Abwärtsspirale. Diese führt meist in der 3. Klasse zu solch starken Problemen, dass die Frage nach medizinisch/psychologischer Diagnostik aufgeworfen wird, wenn es sich um Eltern handelt, bei denen der Lehrer auf Grund von Stand

und Bildung Erziehungskompetenz annimmt. Bei Eltern aus sozial schwächeren Schichten wird eher an Erziehungskompetenz, Vernachlässigung und fehlendes Interesse an der schulischen und sozialen Bildung gedacht.

Im Verlauf der Schulzeit kommen Eltern immer mehr an die Grenzen ihrer Kraft: mangelnde Regelakzeptanz der Kinder in Familie, Spielgruppe und Klassengemeinschaft, Stören im Unterricht, hohe Risikobereitschaft, geringe Frustrationstoleranz und aggressives Verhalten sorgen für negative Beurteilung der Sozialkompetenz. Wenig Ausdauer, starke Ablenkbarkeit, schlechte Schrift, chaotisches Ordnungsverhalten führen zu schlechten Noten, Klassenwiederholungen und nicht selten zu einer Abwärtskaskade: Gymnasium – Realschule – Mittel- oder Hauptschule und schließlich fehlendem Schulabschluss – oft trotz guter oder sogar hoher Intelligenz.

Und emotionale Instabilität, andauerndes, oft überhastetes Reden, falsche und unangepasste Reaktion auf Aussagen und Handlungen der Gleichaltrigen, Einmischen in die Gespräche anderer, sorgen für fehlende dauerhafte soziale Bindungen und damit Außenseitertum. Und bei fast allen besteht ein niedriges Selbstbewusstsein, das in Adoleszenz und Erwachsenenalter zu weiteren Störungen wie Depression, Ängsten und Suizidalität führt. Der Lebensweg ist gekennzeichnet durch geringeren schulischen und später beruflichen Erfolg, wechselnde Arbeitsstellen, niedrigere Einkommensstufe, weniger dauerhafte Freundschaften, schwieriges persönliches Beziehungsgeflecht und mehr Probleme mit den Lebenspartnern.

Sehr viel seltener als Gleichaltrige befinden sich diese Kinder und Jugendlichen in einem Zustand des Wohlbefindens, sehr viel seltener gelingt es ihnen, im Alltag ihre Fähigkeiten auszuschöpfen und sie sinnvoll und nützlich einzubringen. Ganz normale Lebensbelastungen werden bei ihrer Vorgeschichte zu unzubewältigenden Hindernissen. Ein produktives und fruchtbares Arbeiten kann oft nur in Ausnahmesituationen erfolgen und ist nicht die Regel. Sie sind oft auch nicht imstande, zu der Gemeinschaft das beizutragen, was diese von ihnen erwartet. Und damit wird ihre seelische Gesundheit deutlich gestört.

Ihre kreativen Fähigkeiten, andere Dinge zu sehen, die nicht im allgemeinen Fokus liegen, ungewöhnliche Lösungen zu finden, aus Niederschlägen heiter wieder aufzustehen und sich ohne Grenzen für andere einzusetzen, werden meist nicht gesehen, kaum geschätzt und oft sogar negativ bewertet.

Eine der vornehmsten Aufgaben der Pädiatrie ist es, Warnzeichen solch einer Fehlentwicklung der seelischen Gesundheit frühzeitig zu erkennen. Schon im Säuglingsalter brauchen Eltern von Kindern mit Regulations- und Bindungsstörungen adäquate Hilfe. Im Kleinkindalter brauchen sie Beratung, Unterstützung und passende Therapien, aber auch Schutz vor unnötigen und stigmatisierenden Maßnahmen. Sie brauchen aber auch Schutz und Hilfe bei den verunsichernden und destruktiven Aussagen von Internet, Medien und selbsternannten Helfern und Heilern. Und im Schulalter ist die vertrauensvolle und von gegenseitigem Respekt getragene Zusammenarbeit des Arztes, der Schule, der Behörden und der Eltern unabdingbar. Als Kinder- und Jugendärzte haben wir die Aufgabe, diese

Warnzeichen einer gestörten seelischen Entwicklung zu erkennen und beim drohenden Übergang in eine Störung die entsprechenden diagnostischen Maßnahmen einzuleiten und eine dann eventuell notwendig werdende Therapie zu veranlassen.

Aber ohne dass Politik, Krankenkassen und Gesellschaft einen Rahmen zur Verfügung stellen, in dem frühzeitige Hilfen möglich und später notwendige Maßnahmen auch durchführbar und finanzierbar sind, wird eine unnötig hohe Zahl von Menschen unter dieser seelischen Störung leiden und trotz entsprechender theoretischer Möglichkeiten keine Hilfe und Betreuung finden und unbehandelt bleiben.

■ *Dr. med. Klaus Skrodzki*
Kinder- und Jugendärztliche Gemeinschaftspraxis
Drs. T. Fröhlich, B. Hinkes, K. Skrodzki
Schönbornstraße 14a
91301 Forchheim
info@kinderaerzte-forchheim.de

Suchtstörungen und Suchttherapie im Kindes- und Jugendalter

Rainer Thomasius

Der Kinder- und Jugendmediziner hat bei der Diagnostik, Frühintervention und Behandlungszuweisung von Kindern und Jugendlichen mit substanzbezogenen Störungen eine Schlüsselstellung. In der weiterführenden Suchttherapie werden neben somatischen und pharmakologischen Behandlungsansätzen verschiedene psycho-, körper-, sozial- und familientherapeutische sowie pädagogische Verfahren eingesetzt.

SUBSTANZMISSBRAUCH IM KINDES- UND JUGENDALTER

Der Konsum legaler und illegaler psychotroper Substanzen ist im Jugend- und jungen Erwachsenenalter weit verbreitet, stellt aber für die Mehrzahl der Jugendlichen ein passageres, auf die Adoleszenz zeitlich beschränktes Entwicklungsphänomen dar. Im Kindesalter kommen Substanzgebrauch und -missbrauch deutlich seltener vor. Die Adoleszenz ist wie kein anderer Lebensabschnitt mit Experimentierfreude und Risikobereitschaft verbunden. Jugendliche erwarten sich vom Konsum psychotroper Substanzen Glücksgefühle sowie Abbau von Hemmungen, Erhöhung ihres sozialen Status in der Peergroup und Entlastung von Alltagsproblemen. Aus entwicklungspsychologischer Sicht kann der Substanzkonsum zur Lösung der für die Adoleszenz typischen Entwicklungsaufgaben beitragen.



Beispielsweise demonstriert Substanzgebrauch Autonomie und eigenen Lebensstil, welche die Ablösung von den Eltern unterstützen. Der Substanzkonsum wird eingestellt, wenn keine psychischen oder sozialen Beeinträchtigungen aus der Kindheit die altersgerechte Entwicklung behindern und zusätzlich soziale Netzwerke protektiv auf diese einwirken („maturing out“). Nur ein relativ kleiner Teil unter den konsumerfahrenen Jugendlichen entwickelt relevante Missbrauchs- oder Abhängigkeitsmuster bzw. substanzbezogene Störungen. Bei den von Suchtstörungen betroffenen Jugendlichen treffen häufig lebensgeschichtlich früh einwirkende Risikofaktoren mit problematischen Folgen des Konsums zusammen.

DIAGNOSTIK UND ALTERSSPEZIFISCHES VORGEHEN

In der Diagnostik substanzbezogener Störungen ist bei Jugendlichen eine offene und vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient von ausschlaggebender Bedeutung. Selbstauskünfte über den Substanzkonsum sind in diesem Fall meist zuverlässig zu erhalten.

In Tabelle 1 werden diagnostisch zu berücksichtigenden Indikatoren benannt, die das Risiko für das Auftreten einer substanzbezogenen Störung im Jugendalter erhöhen und daher in der Anamnese- und Befunderhebung Berücksichtigung finden sollten.

Tabelle 1: Diagnostisch zu berücksichtigende Indikatoren für eine substanzbezogene Störung im Jugendalter

- Familienanamnese: Substanzmissbrauch der Eltern und Geschwister, Dissozialität in der Familie, gestörte Eltern-Kind-Beziehungen, psychische Erkrankungen in der Familie
- Komorbide psychische Störungen: z. B. AD(H)S, Störung des Sozialverhaltens, affektive Störung, Angststörung, Suizidalität, Störung der Emotionsregulation
- Erlebte negative (Entzug, „Craving“) und erhoffte positive (Statuszuwachs, Problemreduktion) Wirkungen und Folgen des Substanzkonsums, früher Tabakkonsum
- Psychische Traumatisierung, Gewalterfahrung (auch in Zeugeschaft), frühe Sexualkontakte, frühe Schwangerschaft
- Nachlassende Schulleistung, sozialer Rückzug, Schulabbruch
- Dissoziales Verhalten (Erwachsene belügen, Eltern bestehlen), Delinquenz
- Substanzkonsum und Delinquenz bei den Peers
- Ökonomisch-soziale Benachteiligung, Zugehörigkeit zu „Randgruppen“, depriviertes Wohnumfeld und hohe Kriminalitätsrate

Jugendliche mit substanzbezogenen Störungen weisen pathophysiologische und entwicklungspsychopathologische Eigenarten auf, die in der Behandlung berücksichtigt werden müssen. Der frühe Alkohol- und Drogenkonsum hat bereits im Jugendalter aufgrund der besonderen Vulnerabilität des pubertären Gehirns neurotoxische und neurodegenerative Auswirkungen. Eine Suchtmittelabhängigkeit entwickelt sich

aufgrund der erhöhten neurobiologischen Ansprechbarkeit des sogenannten Suchtgedächtnisses in der Pubertät besonders rasch. Reifungsstörungen der Hirnentwicklung, Identitätsstörungen und andere komorbide psychischen Störungen erfordern ein hohes Maß an störungs- und altersspezifischer Orientierung. Neben den psychosozialen und suchtmmedizinischen Umständen und Auswirkungen des Missbrauchs psychoaktiver Substanzen müssen die alterstypischen Entwicklungsphasen des Jugend- und jungen Erwachsenenalters im Rahmen entwicklungspsychiatrischer Diagnostik und Behandlung angemessen berücksichtigt werden:

THERAPIEPLANUNG UND -GESTALTUNG

Für Jugendliche mit substanzbezogenen Störungen werden ambulante, stationäre und (selten) teilstationäre Behandlungsformen angeboten. In der Suchttherapie unterscheidet man zwischen der Akut- und Postakutbehandlung. In der Akutbehandlung ist die qualifizierte Entzugsbehandlung von Bedeutung. Sie dauert 2 bis 4 Wochen und wird von medizinischen Leistungserbringern durchgeführt. Ziele der qualifizierten Entzugsbehandlung sind medizinische Diagnostik, Behandlung von Entzugssymptomen und somatischen Begleiterkrankungen, kinder- und jugendpsychiatrische, neuropsychologische und psychosoziale Diagnostik, Förderung von Einsicht in die Problematik des Substanzkonsums und Motivationsförderung für die Inanspruchnahme weiterführender Therapie. Die Ziele der sich anschließenden Postakutbehandlung sind die Festigung von Abstinenz, die Einleitung weiterführender Suchttherapie mit psychoedukativen und rückfallpräventiven Inhalten und die ursächliche Behandlung komorbider psychischer Störungen. Die Dauer der Postakutbehandlung ist je nach Setting sehr unterschiedlich. Sie beträgt indikationsgeleitet 8 bis 16 Wochen in einem Suchtschwerpunkt der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. Manche Bundesländer halten in Deutschland für Jugendliche mit Suchtstörungen spezielle Rehabilitationseinrichtungen vor, in denen eine Behandlungsdauer von 12 bis 18 Monaten sichergestellt ist. Die Angebote werden anteilig aus Krankenkassen (SGB V) und Hilfen zur Erziehung bzw. der Jugendhilfe (SGB VIII) finanziert.

Suchttherapie bei Jugendlichen ist in aller Regel hoch strukturiert und angemessen einsichtsorientiert. Ausgehend von einer biopsychosozialen entwicklungsorientierten Perspektive ist ein multimodales interdisziplinäres Therapiekonzept unter Einbeziehung verschiedener Behandlungselemente notwendig. Das Spektrum der einzelnen Interventionen umfasst neben den somatischen und pharmakologischen Behandlungsverfahren sowohl psychotherapeutische und körpertherapeutische Verfahren als auch sozialtherapeutische Maßnahmen. Psychotherapeutische Ansätze (Einzel- und Gruppentherapie, Familientherapie, Rückfallpräventionstraining, sog. Boostersessions) werden durch komplementäre Therapieformen ergänzt (Bewegungs- und Körpertherapie, Ergotherapie und Musiktherapie). Pädagogische, schulische und berufsvorbereitende Förderung sind ebenfalls notwendig. Das Behandlungsteam zeichnet sich durch fundierte Kenntnis der

suchtspezifischen Kommunikationsmuster aus. Es muss hochgradig belastbar sein und erhält regelmäßig externe Supervision.

In den Behandlungsleitlinien der Fachgesellschaften werden für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit substanzbezogenen Störungen Behandlungsziele und -prinzipien wie folgt definiert:

- Die Behandlung soll intensiv und lang genug sein, um eine dauerhafte Beendigung des Substanzmissbrauchs sowie eine Verbesserung der assoziierten Verhaltens- und emotionalen Probleme zu erzielen.
- Intensität und Dauer der Behandlung sollen an den individuellen Voraussetzungen ausgerichtet werden (bezüglich Substanzmissbrauch, Behandlungsmotivation, komorbider psychischer Störungen, psychosozialem und beruflichem Förderbedarf).
- Die Interventionen sollen möglichst alle dysfunktionalen Lebensbereiche des Jugendlichen abdecken.
- In die Behandlung soll die Herkunftsfamilie des Patienten einbezogen werden.
- Die Eltern sollen in ihrer erzieherischen Kompetenz gestärkt werden; eventuelle Suchtprobleme der Eltern sollen erkannt und ebenfalls behandelt werden.
- Die Behandlung soll den Adoleszenten und seine Familie dabei unterstützen, einen von Suchtmitteln abstinenten Lebensstil zu entwickeln, wozu auch die Vermittlung sinnvoller Freizeitaktivitäten mit abstinenten Gleichaltrigen gehört.
- Der Besuch von Selbsthilfegruppen soll angeregt werden.
- Die Behandlung soll sich auf die sozioökonomischen und kulturellen Voraussetzungen der Patienten einstellen; benachteiligten Familien sollen soziale Hilfen vermittelt werden.
- Das Behandlungsprogramm soll mit anderen örtlichen psychosozialen Versorgungseinrichtungen vernetzt sein.

VERSORGUNGSNETZWERK FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

In Deutschland greifen bei der Beratung, Betreuung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit substanzbezogenen Störungen üblicherweise verschiedene Maßnahmen der Jugendhilfe, Suchtkrankenhilfe, Schülerhilfe, Straffälligenhilfe, Polizei und Selbsthilfe mit den Angeboten der medizinischen Versorgung ineinander. Neben häufig beklagten Schnittstellenproblemen an den Übergangsbereichen von behördlicher oder institutioneller Zuständigkeit (Suchthilfe, Jugendhilfe, Schule, medizinische Versorgung) trifft man teilweise auch innerhalb einzelner Versorgungssysteme auf unzureichende Vernetzung und Synergie. Darüber hinaus mangelt es

in vielen Regionen Deutschlands nach wie vor an speziellen ambulanten und stationären Behandlungsplätzen für behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche mit substanzbezogenen Störungen. Die Bereitstellung von qualifizierten Entzugsbehandlungsplätzen ist für Kinder und Jugendliche in der Bundesrepublik Deutschland zurzeit unzureichend; in vielen Regionen fehlt ein entsprechendes Angebot vollends. Suchtkranke Minderjährige werden in Suchthilfeeinrichtungen für Erwachsene nicht adäquat versorgt. Tatsächlich ist die gemeinsame Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen aber noch heute gang und gäbe. Erwachsene Suchtkranke beeinflussen Kinder und Jugendliche mit einem Substanzmissbrauch ungünstig. Notwendig ist daher ein eigenes Behandlungssetting für Minderjährige, das dem Entwicklungsstand und den schulischen sowie pädagogischen Entwicklungsanforderungen junger Menschen und dem vielfach aufgrund von psychischer Komorbidität bestehenden kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsbedarf Rechnung trägt.

■ *Prof. Dr. med. Rainer Thomasius*
Ärztlicher Leiter
Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- u. Jugendalters (DZSKJ)
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
thomasius@uke.de

Literaturangaben unter:



Schulmeidendes Verhalten – Verständnis und Umgang in der kinder- und jugendärztlichen Praxis

Dirk Dammann

Schulmeidendes Verhalten stellt den Kinder- und Jugendmediziner, die Patienten, wie die betroffenen Eltern vor eine große Herausforderung. Es muss ein Verständnis erarbeitet werden und es braucht ein zeitnahes Case- und Caremanagement, welches primär aus der Praxis heraus geleistet werden muss. Hoher Leidensdruck in der Familie forciert Behandlungsabbrüche und schafft Chronifizierungen. Wissen um Behandlungsansätze und Netzwerkstrukturen sind ein wesentlicher Baustein in der psychosomatischen Grundversorgung dieses Klientels.

GRUNDLAGEN UND HINTERGRÜNDE

Eine einheitliche Definition besteht nicht. Wissenschaftliche Auswertungen gibt es zum Teil, da die Daten aber nicht durchgehend aus den Schul- resp. Klassenbüchern erhoben und ausgewertet werden können, liegen nur bedingt sichere Zahlen vor. Zudem sind viele Schüler wegen somatoformer Störungen krankgeschrieben und tauchen nicht als Schulmeider in den Schulen auf. Über die Auswirkung und Konsequenzen besteht jedoch seit Jahren Einigkeit. So ist nach Schätzungen bei bis zu 5% der Kinder von einem aktiven schulmeidenden Verhalten auszugehen. Dies entspricht etwa 300.000 Schülern in Deutschland. Wenn man aktive und passive Schulmeider zusammenfasst, kommen 5–10% der Schüler dafür in Frage. 6,1% der Schüler zeigen unentschuldigtes Fehlen. Der Beginn des (aktiven) schulmeidenden Verhaltens liegt nach der Literatur in der 5./6. Klasse. In der Praxis zeigen bereits Grundschul Kinder somatoforme Beschwerden, die zu Schulmeidung führen. Bundesweit finden sich etwa 10.000 Totalverweigerer. Zählt man alle Formen des schulmeidenden Verhaltens zusammen, sind etwa 10–30% der Schüler betroffen. Dabei findet sich eine Schwerpunktverteilung in den Haupt- und Sonderschulen mit ca. 80% der schulmeidenden Kinder. In Gymnasien sind nur 2–4% schulmeidende Kinder betroffen. Ein Häufigkeitsspitzen liegt zwischen dem 12. und 14. Lebensjahr. Zwischen schulmeidendem Verhalten, Versetzungen und Schulabschlüssen findet sich ein direkter Zusammenhang. Entschuldigt wie unentschuldigtes Fehlen ist mit Verhaltens- und emotionalen Auffälligkeiten assoziiert. Dabei

zeigen Schüler mit unentschuldigtem Verhalten mehr emotionale Auffälligkeiten und Schüler mit unentschuldigtem Fehlen mehr Auffälligkeiten im sozialen Verhaltensbereich. Angstbedingte Schulmeider zeigen eher emotionale Probleme.

DIE FOLGEN FÜR DIE SCHÜLER SIND WEITREICHEND

Die Auswirkungen sind bereits seit Jahrzehnten bekannt. So zeigen Schüler mit schulmeidendem Verhalten einen signifikanten Notenabfall oder Probleme der Persönlichkeitsentwicklung durch mangelnde soziale Integration. Sie haben schlechtere Schulabschlüsse, später ein höheres Risiko für Arbeitslosigkeit und häufigeren Arbeitswechsel. Betroffen sind insbesondere Männer. Es findet sich Unzufriedenheit im Beruf mit vermehrten Krankheitstagen, zunehmenden psychischen Störungen. Häufig finden sich bei dieser Gruppe Sozialphobien, bipolare Störungen wie Depression und Zwangsstörungen im späteren Erwachsenenalter. Bei Männern lässt sich eine Zunahme an Abhängigkeit und Kriminalität, bei Frauen eine höhere Abhängigkeit gegenüber öffentlichen Hilfen nachweisen. Zudem zeigt diese Gruppe eine Zunahme gesundheitlicher Probleme, auch im Erwachsenenalter häufigere Partnerwechsel bei geringerem Einkommen und höherer Scheidungsrate.

EINTEILUNG SCHULMEIDENDES VERHALTEN

Eine durchweg einheitliche Definition besteht nicht. In der Praxis unterscheiden wir folgende Arten:

- **Schulangst**
Hier besteht das eigentliche Problem im Bereich der Schule. Das können Überforderungssituationen, Mobbing-Erfahrungen oder Situationen mit gefühlten Misserfolgen oder angstbesetzten Situationen in der Schule sein.
- **Schulphobie**
Hier liegt das eigentliche Problem nicht in der Schule, sondern im Bereich des familiären Umfeldes. So könnten Trennungängste, aber auch belastende, z.B. chronische Erkrankungen eines Elternteils oder Spannungen in der Familie im Vordergrund stehen.
- **Dissoziales Schulmeiden**
Dies ist die eigentliche Form, die umgangssprachlich als ‚schulschwänzendes‘ Schulmeiden bezeichnet wird. Hier besteht ohne Belastungsfaktoren im Hintergrund schlicht keine Motivation, in die Schule zu gehen, und die Kinder meiden mit Blick auf das Lustprinzip. Treffen mit Freunden, stromern durch die Stadt mit Freunden oder alleine stehen im Vordergrund. Ein Leidensdruck findet sich hier in der Regel bei den Kindern nicht. Dieses Verhalten muss abgegrenzt werden von Abhängigkeits- und Suchterkrankungen, z. B. bei exzessivem Medienkonsum als dann aber eigene Ursache für schulmeidendes Verhalten.

- **Missbrauch der elterlichen Sorge**

z.B. bei ideologischer oder religiöser Überzeugung der Eltern, in deren Rahmen die Eltern ihren Kindern den Schulbesuch verbieten. Dies wird in der Bundesrepublik Deutschland als Kindeswohlgefährdung bewertet und kann mit dem Entzug des elterlichen Sorgerechts geahndet werden. Ist eher selten.

Darüber hinaus unterscheiden wir, ob die Kinder

- aktiv am Unterricht fehlen, wie oben beschrieben oder
- passiv im Unterricht Schulmeiden zeigen.

Bei dem passiven Schulmeiden ist das Kind zwar physisch im Unterricht anwesend, hat jedoch emotional nicht die Möglichkeit, dem Unterricht zu folgen, oder hat innerlich gekündigt und zeigt keine Bereitschaft, sich auf den Unterricht einzulassen.

Es sei darauf hingewiesen, dass es sicherlich auch Mischtypen dieses schulmeidenden Verhaltens gibt.

DIE SITUATION IN DER KINDER- UND JUGEND-ÄRZTLICHEN PRAXIS

In den Praxen sind wir meist mit schulphobischen oder schulängstlichen Kindern konfrontiert, auf die sich dieser Artikel auch primär konzentriert.

Für die Schulen ist die Frage des entschuldigenden oder unentschuldigenden Fehlens wichtig. Mit Blick auf die Schulpflicht, die mit Bezug auf Artikel 7 Abs. 1 GG in den meisten Landesverfassungen festgeschrieben ist, ist der Tatbestand einer Schulpflichtsverletzung formal bereits erfüllt, wenn der Schüler bereits eine Unterrichtsstunde unentschuldig fehlt. Die Reaktion hierauf ist in den einzelnen Bundesländern nicht einheitlich geregelt. In den meisten Bundesländern entspricht das Fehlen im Unterricht einer Ordnungswidrigkeit, in Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und im Saarland können Schulpflichtverstöße im Extremfall auch strafrechtlich verfolgt werden. Neben Geldbußen kann grundsätzlich ein Schulzwang auch mit Polizeibegleitung durchgesetzt werden. Bei schulängstlichen oder schulphobischen Kindern greifen diese Regelungen aber durchweg nicht, da die Kinder bei hohem eigenem Leidensdruck zumindest aus Sicht der Eltern häufig gerechtfertigt fehlen und sich die Eltern hilflos fühlen, die Kinder gegen die gebotenen Symptome in den Unterricht zu zwingen.

In der ärztlichen Praxis sind wir in der Regel mit Kindern konfrontiert, die im Rahmen der Schulangst oder der Schulphobie stellvertretend eine bunte, meist psychosomatische Symptomatik zeigen, die zunächst einer organischen Abklärung bedürfen. Lassen sich organische Gründe für die Symptome nicht finden und ergibt sich ein zeitlicher Zusammenhang mit dem Schulbesuch und Sistieren der Symptome an den Wochenenden bzw. Ferien, greifen die formalen juristischen, schulrechtlichen Ansätze nicht. Vielmehr befinden wir uns häufig in einer Situa-

tion, bei der die Kinder unbewusst im Sinne einer neurotischen Reaktion diese Symptome entwickeln und bei hoher Empathie und Zuneigung durch die Eltern dann die Kinder zunächst physiologisch von ihren Eltern geschützt werden. Gleichzeitig entsteht hierdurch ein Teufelskreis, bei dem die Kinder sehr schnell über die in der Regel somatoformen Symptome einen Schonraum bekommen, der eine sehr zeitnahe Verstärkung des schulmeidenden Verhaltens triggert. In dieser Situation ist es üblich, dass Eltern Krankschreibungen einfordern. Der Kinder- und Jugendarzt in der Praxis kommt dadurch in eine gewisse Breddouille. Einerseits wird in der Regel deutlich, dass eine Krankschreibung aus rein medizinisch organischen Gründen nicht notwendig ist. Aus psychotherapeutischer Sicht ist diese sogar kontraindiziert wegen der Verstärkung des schulmeidenden Verhaltens und der Angstsymptomatik. Andererseits kann nur eine Krankschreibung die Kinder, Eltern wie Schulen akut aus dem Handlungszwang nehmen, die Kinder in die Schule zu zwingen.

MÖGLICHES VORGEHEN BEI SCHULMEIDENDEM VERHALTEN

Zunächst sollte in der kinder- und jugendärztlichen Praxis ein medizinischer Check-up und eine organische Ausschluss-Diagnostik der benannten Symptome erfolgen. Ist diese erfolgt, sollte eine „Multiaxiale Abbildung nach ICD 10“, optional unter Hinzuziehung eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder über die örtlichen SPZ's oder Kinderpsychiater erfolgen. In dieser diagnostischen Einstufung wird neben der organischen Ausschlussdiagnostik eine umfassende Anamnese mit biographischen und familienanamnestischen Daten erstellt, ein psychischer Befund erhoben und dieser durch gegebenenfalls testpsychologische Maßnahmen ergänzt. Hierunter ist es dann möglich, psychisch relevante Diagnosen zu benennen oder auszuschließen. Zu einer Bewertung gehört dabei die Einschätzung unter Berücksichtigung des Lern- und Leistungsniveaus, der kognitiven Fähigkeiten nach Ausschluss von Teilleistungsstörungen, um chronische Misserfolge und zusätzliche Belastungen in diesem Bereich ausschließen zu können. Hierunter ist es dann möglich, die 6 Achsen der ICD 10 nach Remschmidt abzubilden, um die Situation, in der sich das Kind befindet, ganzheitlich zu erfassen:

- Achse I:** klinisch psychiatrisches Syndrom, z. B. Anpassungsstörung, Depression, Angst etc.
- Achse II:** Teilleistungsstörungen wie LRS, Dyskalkulie
- Achse III:** Lern- und Leistungsniveau mit kognitivem Funktionsniveau (Intelligenz)
- Achse IV:** organische Erkrankungen
- Achse V:** psychosoziales Umfeld, in dem das Kind lebt, z. B. Art und Weise der Erziehung, mögliche psychische Erkrankungen der Eltern, Belastungen wie Umzüge, unzureichende Aufsicht und Steuerung etc.

Achse VI: hieraus ergibt sich dann in der Gesamtschau die mögliche Beeinträchtigung von Teilhabe und Gefährdung des Kindes, im Sinne des psychosozialen Funktionsniveaus

VORGEHEN BEI ERFOLGTER DIAGNOSTIK BEI SCHULMEIDENDEM VERHALTEN

Zunächst sollten die Eltern angeleitet werden und ein gemeinsames Verständnis des Kindes bzw. Jugendlichen erarbeitet werden. Sollte es keine organische erklärbaren Ursachen geben, die medizinisch behandelt werden müssen, und deshalb keinen Grund geben, dass das Kind nicht doch zur Schule gehen könnte, ist es zunächst erforderlich, die Eltern zu beraten, dem Kind einen klaren Auftrag zu geben und das Kind bei der Reintegration in die Schule zu begleiten. Dabei sollten klare zeitliche Perspektive geschaffen werden, bei denen das Kind/der Jugendliche sehr zeitnah wieder in die Schule eingegliedert wird.

Eckpunkte:

- unterstützende Begleitung
- mögliche Ängste nehmen und Konflikte offen und gemeinsam mit dem Kind klären
- enge Kooperation mit der Schule
- stützende, wertschätzende Führung der Kinder
- verbindliche Abläufe und Übergaben, z. B. zusammen mit den Lehrern oder in der Klasse entwickeln
- auf der anderen Seite sollte ein Rahmen entwickelt werden, bei dem die Kinder, sollten sie doch zu Hause bleiben, hier keine unmittelbaren Vorteile erfahren

So ist für das kindliche Gehirn der entlastende Rahmen innerhalb der Wohnung, womöglich mit Unterhaltung (Fernsehprogramm, PC, Smartphone) bis hin zur Verpflegung und möglichen Taxi-Diensten der Eltern hoch fixierend mit Blick auf das schulmeidende Verhalten. Parallel entsteht hier in aller Regel eine ängstliche Grundhaltung bei der Konfrontation mit dem Thema Schule, was schulmeidendes Verhalten sehr schnell zunehmen lässt. Die Kinder zeigen in solchen Situationen häufig sehr ausgeprägte Widerstände, die die Eltern beängstigen und überfordern. Ohne eine Exposition mit den negativ besetzten Erfahrungen im Kontext Schule ist die Entwicklung in der Regel jedoch nicht umkehrbar. Vor diesem Hintergrund sollten die Eltern parallel Unterstützung im pädagogischen Bereich bekommen. Hier bietet sich niederschwellig an, die Eltern an eine psychologische Beratungsstelle vor Ort anzubinden. Sehr niederschwellig und ortsnah finden sich Beratungsstellen im Online-Beratungsführer unter www.dajeb.de. Hier kann nach der Postleitzahl eine geeignete ortsnaher Beratungsstelle herausgefunden werden. Diese sind in der Regel über die Kommune oder kirchlich finanziert, so dass weder Anträge über die Krankenkasse noch lange Wartezeiten bestehen. Die Online-Abfrage kann nach Postleitzahlen oder Ortsnamen erfolgen. Zuständig sind hier die psychologischen Beratungsstellen mit den Ange-

boten Erziehungsberatung, Beratung für Kinder und Jugendliche und Eltern/Familien/Jugendberatung.

WAS, WENN DIESE ERSTEN INTERVENTIONEN NICHT GREIFEN?

Sollten diese Hilfen nicht zeitnah und effektiv greifen, muss das Aufbauen eines intensiven Netzwerkes empfohlen werden. Die Eltern sollten parallel zum zuständigen Jugendamt gehen, um einen Antrag auf Jugendhilfe zu stellen (Ziel z. B.: Hilfe zur Erziehung im Sinne einer sozialpädagogischen Familienhilfe), sich an die zuständigen Institutsambulanz der Kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik in der Region wenden, die optional in der Lage ist, neben einer ambulanten Vorstellung (Möglichkeit der Diagnostik auch hier) auch eine stationäre Behandlung durchführen zu können.

Zu finden über: <http://www.kinderpsychiater.org>

Erkundigen Sie sich im Zweifelsfall, ob die Klinik zuständig ist.

Gute Hilfen finden sich auch unter:

<http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org>

Eine psychotherapeutische Anbindung kann parallel ebenfalls angegangen werden, bei Richtlinientherapien bestehen jedoch häufig längere Wartezeiten, die bei schulmeidendem Verhalten eine Chronifizierung bewirken würden, so dass ambulante psychotherapeutische Maßnahmen zwar mit geplant werden sollten, kurzfristig jedoch in der Regel nicht ausreichend genug greifen. Die Anbindung an der Institutsambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte mit dem Ergebnis geführt werden, dass hier im Falle eines schulmeidenden Verhaltens sowohl ein Krisengespräch zeitnah durchgeführt werden kann, als auch eine optionale stationäre Aufnahme zur Krisenintervention erfolgen kann. Diese sollten kurzfristig stattfinden, eine Entlassung ist hier in der Regel schon nach einem, spätestens 3 Tagen üblich (im Unterschied zu einer stationär-therapeutischen Behandlung über in der Regel 2–3 Monate). Hierunter erfährt das Kind, dass das akut schulmeidende Verhalten nicht den in der Vergangenheit gelernten Schon- und Schutzraum mit sofortiger Entlastung im häuslichen Umfeld bringt. Bei all diesen Maßnahmen sei aber noch einmal darauf verwiesen, dass eine Beschulbarkeit grundsätzlich zumutbar sein muss und auch ist. Sollte diese nicht gegeben sein, z. B. bei traumatischen Erlebnissen wie bei akutem Mobbing oder chronischer und dauerhafter Überforderung, sollte nicht der Weg der Exposition, sondern der Entlastung gesucht werden, bei der z. B. eine andere Schule gefunden wird, die dem Kind dann eher gerecht wird. So ist es denkbar, dass ein Kind sehr gute sprachliche Fähigkeiten hat, die über Defizite im kognitiven Bereich hinweg täuschen und so eine nicht geeignete Schulform gesucht wurde.

Stellt sich hierüber innerhalb weniger Wochen keine stabile Entwicklung ein, muss über eine stationäre Behandlung nachgedacht werden. Spätestens jetzt sollte die Jugendhilfe im Rahmen der Hilfeplanung (Jugendamt) aktiv geworden sein und

bereits eigene Maßnahmen zur Unterstützung der Familie greifen. Diese können sowohl im Bereich der Beratung der Eltern in pädagogischen Fragen, einer möglichen Beistandschaft für das Kind oder aber auch in einer möglichen Schulbegleitung liegen. Wenn diese Maßnahmen zusammen aber nicht zielführend sind, muss über eine stationäre Maßnahme diskutiert werden. Hier bietet sich an, dass Kind entweder in eine psychosomatische Akut-Klinik einzuweisen oder eine Behandlung in der zuständigen regionalen kinder- und jugendpsychiatrischen Akut-Klinik durchzuführen. Letztere muss vorher über die zuständige Institutsambulanz abgestimmt werden und die Aufnahme kann erst nach Herausgabe eines Aufnahmetermins erfolgen. In beiden Fällen besteht durch die Herausnahme des Kindes und die vollstationäre Behandlung eine intensive Möglichkeit für das Kind, neue Verhaltensweisen zu erproben und bereits therapeutische Interventionen zu starten. Nachteil dieser Maßnahmen ist, dass das Kind voraussichtlich nur 1–2 Stunden Schule/Tag erhalten wird und somit noch mehr Distanz zum Leistungsstand der zugehörigen Klasse bekommt.

Parallel besteht die Möglichkeit, einen Reha-Antrag für eine Kinder-rehabilitative Maßnahme zu stellen. Dieser sollte über die zuständige Deutsche Rentenversicherung gestellt werden. Alternativ ist ein Antrag über die Krankenkasse möglich. Da Bewilligung und Einbestellung 1–4 Monate Wartezeit in Anspruch nehmen, sollte ein solcher Antrag eher frühzeitig gestellt werden. Rehabilitative Leistungen haben den Vorteil einer intensiveren Beschulung, sollten bei schulmeidendem Verhalten aber erst angegangen werden, nachdem Diagnostik sowie eine Anbindung an eine entsprechende Institutsambulanz erfolgt ist. Hintergrund ist, dass die rehabilitative Maßnahme keine Intensiv-Behandlung, keine 1:1-Betreuung und auch keine gesicherte Maßnahme mit Zwangsbehandlung durchführen kann. Bei Scheitern einer rehabilitativen Maßnahme sollte erneut die akutpsychiatrische Behandlung ins Auge gefasst werden. So haben formal alle stationären Behandlungsmöglichkeiten ihre Berechtigung, werden von den Kindern aber besser angenommen, wenn sie transparent aufgebaut sind und von den Abläufen her ineinander greifen.

Zwangsmaßnahmen gegen den Willen des Kindes sind bei schulmeidendem Verhalten grundsätzlich gerechtfertigt, müssen von den Eltern dann beim zuständigen Familiengericht unter Verweise auf den § 1631 b des BGB beantragt werden. In diesem Fall ist eine rehabilitative Behandlung nicht möglich, diese kann aber im Anschluss an eine akutpsychiatrische Behandlung durchaus zur Erprobung der Wiedereingliederung erfolgen.

Tipp: Auch der vorliegende Beschluss eines § 1631 b BGB (gesicherte Unterbringung gegen den Willen des Patienten) durch das zuständige Familiengericht garantiert keine kurzfristige Aufnahme in einer akutpsychiatrischen Klinik. Dieser Beschluss rechtfertigt lediglich die Unterbringung in einem gesicherten Rahmen unter Beschlussbedingungen und ermöglicht es der Klinik, das Kind vorübergehend geschlossen zu führen. Diese Beschlüsse bestehen in der Regel maximal 6 Wochen und es ist Ziel, dass die Kinder im Anschluss freiwillig weiter an der Behandlung mitarbeiten.

Von Beginn an ist es dabei essentiell, die Eltern gut zu begleiten, da häufig ein hoher emotionaler Druck entsteht, der die Eltern nahezu regelmäßig zu Abbruchgedanken verleitet. Jeder Rückschritt aber schafft entsprechend eine hohe Chronifizierung und verstärkt die Angst der Kinder.

Sollten all diese Maßnahmen nicht zu einer nachhaltigen stabilen Wiedereingliederung führen, muss letztlich über vollstationäre Jugendhilfe-Maßnahme diskutiert werden. Hier bieten sich therapeutische Wohngruppen an, die über die Grundlage des § 35 a KJHG durch die Jugendhilfe finanziert werden. Dabei kommt es zu einer internatsähnlichen Unterbringung, die sozialpädagogische und psychotherapeutische Elemente nutzt, sowie im Rahmen einer recht intensiven Elternarbeit über 1–2 Jahre zum Ziel hat, das Kind schulisch zu reintegrieren, um es dann möglichst wieder den häuslichen Rahmen zurückzuführen.

Es gibt eine Reihe regionaler Angebote wie z. B. die Schwerpunktambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie Essen für schulmeidende Kinder oder das Projekt des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend „Schulverweigerung – die zweite Chance“. Diese sind regionale Angebote und die Hauptaufgabe der flächendeckenden Anbindung, Diagnostik und Bahnung dieser Kinder und Jugendlichen liegt in der kinder- und jugendärztlichen Praxis. Damit tragen wir eine hohe soziale Verantwortung und der Kinder- und Jugendmediziner stellt eines der wesentlichen Räder im Case- und Care-Management schulmeidender Kinder und Jugendlicher dar.

■ *Dr. med. Dirk Dammann*
Chefarzt
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Sozialmedizin,
Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche
Am Vogelherd 14
88239 Wangen
dirk.dammann@wz-kliniken.de

Literatur beim Verfasser

Seelische Gesundheit und Schulabsentismus

Heinrich Ricking

Schulversäumnisse bilden eine schulform- und schulsystemübergreifende Herausforderung, deren pädagogische Relevanz hierzulande erst in jüngerer Zeit erkannt wurde. Schüler mit hohen Fehlquoten, die später oft ohne Mindestqualifikationen und/oder vor dem Auslaufen der Schulpflicht die Schule verlassen, können als Hochrisikogruppe für spätere Devianz, Gesundheitsprobleme, Armut und Arbeitslosigkeit betrachtet werden. Angesichts dieser Folgen ist es auch Aufgabe der Schule, Jugendhilfe und Kinder- und Jugendmedizin, ihren Beitrag dazu zu leisten, illegitime Schulversäumnisse zu senken, die innere Teilhabe der Schüler am Unterricht zu fördern und auch diejenigen, die bereits am Rande stehen, wirksam einzubinden.

PROBLEMSTELLUNG

Ein beträchtlicher Teil unserer Schülerschaft wächst in risikobeladenen Lebenssituationen auf, die v. a. durch sozio-ökonomische Belastungen und psycho-soziale Problemlagen bedingt werden. Die rasanten Veränderungen in der kindlichen Lebenswelt in den letzten Jahrzehnten haben dazu geführt, dass die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen zunehmend fokussiert wird. Im Kontext dieser Schwerpunktver-

schiebung von den somatischen zu den psychischen Krankheiten spricht man von neuer Morbidität, auch um deutlich zu machen, dass es sich hierbei um eine grundsätzliche und nachhaltige Veränderung handelt. Psychische Störungen bei jungen Menschen erweisen sich im Entwicklungsverlauf als relativ stabil, sind in ihren Auswirkungen deutlich erfahrbar und betreffen sowohl den Umgang mit sich selbst, das familiäre Zusammenleben, den Freizeitbereich im Umgang mit Gleichaltrigen als auch die Schule. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen haben oftmals massive Probleme, den schulischen Anforderungen in akademischer und sozialer Hinsicht zu genügen – die Entwicklungsprobleme der ersten Lebensjahre artikulieren sich in mangelnder sozialer Integration, in emotionaler Instabilität und in schulischen Leistungsproblemen (Knollmann et al. 2009). Eine häufige Folgeproblematik ist Schulabsentismus. Oft kumulieren bei diesen Schülern Angsterleben, Leistungsversagen oder soziale Ausgrenzungen in einem Maße, dass sie sich von der Schule distanzieren und mit ihr brechen. Dauerhafte schulische Desintegration bleibt allerdings kein schulisches Problem – ihr folgen mittelfristig mit relativ hoher Wahrscheinlichkeit prekäre Lebensverhältnisse in beruflicher und sozialer Hinsicht. Schulabsentismus wird zu einem Baustein in Entwicklungskreisen transgenerativer Benachteiligung.

PSYCHISCHE AUFFÄLLIGKEITEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Diesen Ausführungen liegt ein Verständnis zugrunde, demnach abweichendes Verhalten in einer biopsychosozialen Perspektive die Folge von Erfahrungen ist, die auf die kognitiv-emotionale Verarbeitung von Person-Umwelt-Situationen zurückgehen (Scheithauer et al. 2000). Für psychische Störungen und abweichendes Verhalten in der Kindheit sind die Entwicklungsbedingungen in der Familie von großer Relevanz. Vor allem die Lebensverhältnisse in der primären Sozialisationsinstanz, die vielfach durch sozioökonomische Erschwernisse und ein ungünstiges Familienklima bestimmt werden, bedingen für einen Teil der Kinder und Jugendlichen keinen positiven Entwicklungsrahmen. Viele Eltern sind verunsichert in Bezug auf die zu vermittelnden Werte, auf die Methoden der Erziehung und erweisen sich als wenig kompetent. In deutlichem Maße zeigt sich für einige Kinder und Jugendliche ein Verlust an normativer Orientierung und einer Schwächung stützender sozialer Netzwerke (Castello & Schutzbach 2014).

Einen besonders ungünstigen Entwicklungsrahmen schaffen degenerierende Familien, in denen kaum noch Gemeinsamkeit erlebt wird, in der Kinder nicht ausreichend versorgt werden und selten positive Beziehungsangebote bekommen, stattdessen unangemessene Erfahrungsangebote über die Medien. Die Folgen sind messbar: Die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen aus Herkunftsfamilien mit geringem sozialen Status ist im Vergleich zu anderen Statusgruppen



um das Drei- bis Vierfache erhöht (Robert Koch-Institut 2014). Risikofaktoren für Kinder entstehen häufig durch Missbrauch und Kindesvernachlässigung: Vernachlässigung ist die andauernde und wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns sorgeverantwortlicher Personen ..., welches zur Sicherstellung der körperlichen und seelischen Versorgung des Kindes notwendig wäre“ (Schone et al., 1997, S. 21). Hoher Leidensdruck beim Individuum und hohe soziale Kosten (Public Health) in der Gesellschaft sind die folgenden Belastungen.

Dabei handelt es sich nicht um eine Randgruppe: 20,2% der Gesamtpopulation der unter 18-Jährigen fallen in die Risikogruppe für psychische Auffälligkeit (Robert Koch-Institut 2014). Allgemein sind Jungen anfälliger für belastende Einflüsse als Mädchen und zeigen das durch Verhaltensbeeinträchtigungen. Die Werte liegen bei Jungen mit 23,4% höher als bei Mädchen mit 16,9%, was ebenfalls durch die KiGGS-Studie aktuell belegt wird, die Daten (gemessen mit dem SDQ) zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (3–17 Jahre) in Deutschland erhebt (Robert Koch-Institut 2014). Auf der Phänomenebene fallen Jungen v. a. innerhalb eines externalisierenden Modus als ausagierende Personen auf, die ständig in Bewegung sind, impulsiv auf Reize reagieren und ihre Aufmerksamkeit nur schwer zu steuern vermögen (Störung der Aufmerksamkeitsregulation); auch als solche, die mit aggressiven Verhaltensmustern oder Meidungsverhalten versuchen, Konflikte zu regeln (Störung des Sozialverhaltens). Daneben sind Kinder und Jugendliche zu beachten, die sich in sozialen Situationen zurückziehen, verunsichert, angstvoll und gehemmt wirken (v. a. Angststörungen und Depression). Hier sind Mädchen überproportional häufig vertreten. Sie fallen aufgrund der internalisierenden Merkmale weniger auf, benötigen jedoch oft ebenso pädagogisch-therapeutische Unterstützung (Stein & Myschker, 2014).

In der Entwicklung schulmeidender Verhaltensmuster sind Risikoeinflüsse v. a. hinsichtlich psycho-sozialer Dispositionen des Schülers, familialer Interaktions- und Lebensbedingungen, schulischer Rahmungen und Bindungen sowie Wirkungszusammenhänge zu berücksichtigen, die von Gleichaltrigen(gruppen) ausgehen. Schulabsentismus kann insofern als multikausal bedingtes Verhalten aufgefasst werden, in dem die relevanten Einflussgrößen aus unterschiedlichen Settings kumulieren und in dynamischem Interaktionszusammenhang stehen.

FORMGRUPPEN DES SCHULABSENTISMUS

Schulabsentismus umfasst als Oberbegriff alle Formen und Intensitäten illegitimer Schulversäumnisse. Hinsichtlich der Bedingungsfaktoren lassen sich drei Formgruppen voneinander abgrenzen (Ricking et al., 2009). Neben dem Zurückhalten, bei dem die Fehlzeiten von Erziehungsberechtigten herbeigeführt werden, differenziert man zwischen Schulschwänzen und angstbedingter Schulmeidung/Schulverweigerung, wobei auch von Fällen mit gemischter Symptomatik auszugehen ist (Knollmann et al. 2009).

Schulschwänzen

Beim Schulschwänzen handelt es sich um ein Verhaltensmuster, bei dem Schüler im Rahmen einer ablehnenden Einstellung die Schule als Ganzes, Unterricht oder Lehrer missbilligen und dieses regelmäßig durch Fernbleiben vom Unterricht oder Zuspätkommen deutlich machen. Dabei suchen sie während des Vormittags eine attraktivere Beschäftigung oft außerhalb des elterlichen Hauses auf. Das Vermeiden der unlustgetönten schulischen Leistungssituation und das Überwechseln in befriedigendere Verhaltensweisen außerhalb der Schule unterstreicht die zugrunde liegende (Doppel-)Motivation. Als familiäre Risikofaktoren gelten u. a. schwacher sozioökonomischer Status, Trennung der Eltern, geringe Bildungsambitionen, unzureichende erzieherische Aufsicht und allgemein wenig Unterstützung für schulische Belange durch die Erziehungsberechtigten (Dunkake, 2007). Schulschwänzen tritt überzufällig häufig mit Verhaltensmustern aus dem dissozialen Formenkreis auf (v. a. jugendliche Delinquenz, aggressive Konfliktregelung und Drogenmissbrauch), was problemverschärfend wirkt und auch im Kontext schulaversiver Cliquen zu beobachten ist (Frings, 2007). Schulisch zeigt sich der Zusammenhang zwischen Schulschwänzen und Leistungsversagen sehr prägnant, v. a. bezüglich Schülern mit hohen Fehlquoten (Baier, 2012). Regelmäßige Misserfolge, die in schlechten Leistungsbewertungen oder Klassenwiederholungen Ausdruck finden, sorgen auf Dauer für mangelnde Lernmotivation, belastete pädagogische Beziehungen und Meidungsverhalten. Viele der betroffenen Schüler fühlen sich angesichts schulischer Anforderungen frustriert und überfordert und entwickeln Verhaltenstendenzen, diesen aus dem Weg zu gehen (Oehme, 2007). Schulschwänzen wird zumeist als pädagogisches Problem betrachtet und so sind Schulen aufgefordert, ihre präventiven Optionen auszuschöpfen und bei sich häufenden Fehlzeiten einen wirksamen Handlungsplan einzusetzen (Ricking 2014). Für Schüler, die regelmäßig hohe Fehlzeiten aufweisen oder schon weitgehend der Schule entkoppelt sind, bieten Jugendhilfemaßnahmen, die über das Jugendamt zu initiieren sind, mögliche zusätzliche Unterstützung. Auch intensivpädagogische Ansätze, die bspw. in alternativen Beschulungsprojekten unter Mitarbeit von Sonder- und Sozialpädagogen umgesetzt werden, sind dann in Erwägung zu ziehen.

Angstbedingte Schulmeidung/Schulverweigerung/Schulphobie

Der Begriff Schulverweigerung umfasst Verhaltensmuster, bei dem das Meidungsverhalten zumeist auf ein intensives Angsterleben zurückgeht, das sowohl schulische als auch außerschulische Bezugsfelder aufweisen kann. So definiert Preuß (1978, S. 164): „Als Schulverweigerer sollten diejenigen beschrieben werden, deren Schulabwesenheit den Eltern bekannt ist und deren Verhaltensprobleme sich im emotionalen Bereich so verdichten, dass das Nicht-zur-Schule-gehen-können mit auffälligen psychogenen und/oder psychosomatischen Veränderungen einhergeht.“

Es wird deutlich, dass enge Verbindungen zwischen psychischen Störungen und Schulabsentismus in diesem Bereich von Schulmeidungsverhalten liegen, das vielfach im Rahmen emotionaler Störungen betrachtet wird. Daher haben sich mit dieser Teilgruppe in Forschung und Therapie vor allem klinische Psychologen, Kinder- und Jugendpsychiater oder Pädiater auseinandergesetzt (Ricking 2003). Über die Begriffsverwendung von Schulverweigerung und Schulphobie besteht dabei nur wenig Einigkeit (Schlung 1987). Nachdem Schulphobie (School Phobia) in den 1940er-Jahren in die amerikanische Absentismusforschung eingeführt wurde, ist die Nutzfrequenz dort weitaus höher als in Großbritannien und Deutschland, wo insbesondere nach den maßgebenden Arbeiten von Hersov (1960) Schulverweigerung (School Refusal) der Vorzug gegeben wird.

Grundsätzlich ist bei der angstbedingten Schulmeidung eine Differenzierung hinsichtlich der Referenzfelder geboten. Schulbezogene Ängste gehen entweder auf soziale oder auf leistungsthematische Probleme zurück. Bei letztgenanntem Aspekt verdichtet sich die Angst, in Prüfungen zu versagen oder in der Klasse etwas präsentieren zu müssen, beim Schüler in einem Maße, dass diese Situationen gezielt gemieden werden. Daneben können soziale Ängste ähnliche Folgen zeitigen, wie beispielsweise beim Mobbing/Bullying (Kindler, 2009). Mobbing geschieht systematisch und findet zunehmend auf Plattformen sozialer Netzwerke statt (sog. Cybermobbing). Die Opfer, die über einen längeren Zeitraum bedroht, bloßgestellt, schikaniert oder gedemütigt werden, meiden die Schule, um sich zu schützen. Diese Hintergrundproblematiken für Schulangst sind zumindest teilweise in der Schule verortet und sollten auch nach Möglichkeit in der Schule mit den gebotenen pädagogischen Mitteln bearbeitet werden.

Unter den nicht schulbezogenen Ängsten ist traditionell die Trennungsangst von Bedeutung. Aber auch hier ist weiter zu differenzieren: Nur ein Teil der Schüler verweigert den Schulbesuch, um nicht von der Hauptbezugsperson getrennt zu werden. Bei einem quantitativ bedeutenden Teil ist die Verweigerung eine Folge von Anpassungsstörungen, depressiven Störungen oder sozialen Phobien (Globirsch & Kunert 2013). Knollmann et al. (2009, S. 446) formulieren nach der diagnostischen Betrachtung von 89 Patienten einer Schulverweigererambulanz: „(...) die häufige Verwendung der Diagnose einer unspezifischen Emotionalstörung des Kindesalters sprechen für viele diffuse und überlappende Symptombilder, wohingegen die „klassischen“ Diagnosen (z. B. Trennungsangst) eher in den Hintergrund treten.“

An der Praxis der Entschuldigung bzw. Krankschreibung von Schülern zeigt sich oft, wie wenig durchschaubar die Verhaltensweisen im Graubereich zwischen krankheitsbedingtem Fehlen und illegitimem Versäumnis sein kann und wie wichtig es ist, dass Lehrkräfte und Mediziner kooperieren. Inwieweit wirklich eine Erkrankung vorliegt oder aber eine Entschuldigung genutzt wird, um nicht in die Schule gehen zu müssen, ist aus Lehrerperspektive oft nur schwer zu klären. Bei näherer Beobachtung ist des Öfteren ein Verhaltensmuster erkennbar, bei dem angesichts einer psychischen Drucklage die Flucht in eine

körperliche Krankheit ergriffen wird. Die Schüler geben Anzeichen einer somatoformen Störung zu erkennen und klagen über Schmerzen und Krankheitssymptome (u. a. Kopfschmerzen, Übelkeit), für die sich häufig keine organischen Gründe finden lassen. Nicht selten werden die Betroffenen beim Haus- oder Kinder- und Jugendarzt mit diesen unspezifischen Symptomen vorgestellt. Die tatsächlichen, zumeist psycho-sozialen Gründe, die den Schulbesuch erschweren oder verhindern, sind von somatischen maskiert (Kearney 2001).

ANSATZPUNKTE KOOPERATIVER FÖRDERUNG

Es folgen einige Leitlinien mit Handlungsmöglichkeiten, die günstige Bedingungen für schulische Partizipation schaffen (s. auch Hennemann et al. 2010; Ricking, 2014):

Ziel: schulische Partizipation

Allen Professionellen, die mit schulmeidenden Kindern und Jugendlichen arbeiten, sollte die Zielausrichtung bewusst sein: Es geht nicht allein um physische Anwesenheit, sondern darum, Lern- und Entwicklungsprozesse der Kinder und Jugendlichen in der Schule zu ermöglichen. Lern- und Entwicklungsfortschritte bedingen Partizipation, Partizipation bedingt Anwesenheit. Dabei ist eine hohe Partizipation gerade von denjenigen Schülern anzustreben, die durch Leistungsprobleme, einen niedrigen sozialen Status oder anderer unvorteilhafte Merkmale schnell an den Rand gedrängt werden.

Die Ernsthaftigkeit des Problems wahrnehmen

Wenn Kinder oder Jugendliche für einen längeren Zeitraum den Schulbesuch verweigern, ist dieses in der Regel ein Indikator für die ernsthafte Lage, in der sie sich befinden und aus der sie ohne Hilfe von außen nicht herausfinden. Häufig ist es ein Indikator für eine psychische Störung, die einen Behandlungsbedarf hervorruft (Globirsch & Kunert 2013, Knollmann et al. 2009). Daher ist es von zentraler Relevanz, dass die nach wie vor erkennbare Tabuisierung oder Bagatellisierung dieser Problematik überwunden wird. Schulabsentismus muss im Kontext einer offenen und lösungsorientierten Einstellung die notwendige Aufmerksamkeit zukommen, sodass hilfreiche und angemessene Aktivitäten entstehen.

Warnsignale erkennen

Schulabsentismus ist nicht als situatives Ereignis zu verstehen, sondern als Resultat einer Entwicklung, die sich regelhaft in der Sekundarstufe zeigt, jedoch vielfach bereits in der Primarstufe von ungünstigen Verläufen (z. B. mit Disziplin Konflikten, Schulversagen) geprägt ist. Es wird deutlich, dass präventive Maßnahmen gezielter Lernunterstützung sowie zur Stärkung sozialer Bindungen bereits in der Grundschule gefordert sind (Hillenbrand & Ricking, 2011). Die am Verhalten erkennbare Distanzierung eines Schülers vom Unterricht und der Schule zeigt oft eine zeitlich vorgelagerte Entsprechung in einer inneren Abwehrhaltung gegenüber schulischem Handeln. Ausdruck findet sie in Lernverweigerung oder Rückzug und Gleichgültigkeit gegenüber

der Schule, aber auch in wiederholtem Zuspätkommen und deutlichen Unterrichtsstörungen (evtl. als Zeichen einer inhaltlichen oder sozialen Abkopplung) oder unangemessen langen Fehlzeiten aufgrund von Bagatelkrankheiten (die als Initial für Meidungsverhalten mit psycho-somatischen Anteilen verstanden werden können). Derartige Verhaltensmuster sollten als Warnsignale wahrgenommen werden, die in Schulabsentismus zu eskalieren drohen, und Klärungen bzw. Interventionen erfordern.

Gewöhnungsprozesse unterbinden

Gewöhnungsprozesse durch lange Fehlzeiten sollten möglichst unterbunden werden. So ist es zumeist nicht sinnvoll, die Schulpflichtigen langfristig krank zu schreiben oder zu entschuldigen. Ist eine pädagogische und/oder eine psychotherapeutische Intervention indiziert, sollte diese umgehend beginnen. Schulen müssen stets auf eine unerlaubte Fehlzeit zeitnah reagieren, beispielsweise durch ein Telefonat mit den Erziehungsberechtigten (möglichst noch am gleichen Vormittag) oder auch (wenn möglich) dadurch, den Schüler aufzusuchen und abzuholen. Hintergründig unterstützend bemüht sich die Klassenlehrkraft um einen tragfähigen Kontakt zu den Erziehungsberechtigten.

Gründliche Fallklärung

Die Motive und Problemlagen, die zum Schulabsentismus führen, sind genauso wenig zu vereinheitlichen wie die Verhaltensweisen der Schüler, damit umzugehen. Somit ist eine gründliche Fallklärung vor der Intervention geboten. Verhaltensmerkmale des Schulabsentismus beim Schüler, die dem dissozialen Spektrum in Verbindung mit einer schulfernen Genese zuzurechnen sind, erfordern oftmals Maßnahmen, die die Kooperation von Jugendhilfe und Schule bedingen. Geht es eher um eine emotionale Problematik, in der Angst oder Depression im Kontext einer emotionalen Störung eine große Rolle spielen, sollten Einrichtungen der Schulpsychologie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie eingeschaltet werden.

Schulverweigerung als Folge psychischer Störungen

Hinweise auf eine psychische Störung ergeben sich, wenn die Schulverweigerung den Anschein einer zwanghaften Unfähigkeit zum Schulbesuch erweckt, bei dem der Schüler in der elterlichen Wohnung verbleibt, Körpersymptome beklagt und/oder schwere emotionale Ausbrüche bei anstehendem Schulgang zu beobachten sind. Dann ist eine diagnostische Abklärung erforderlich, die bei einem chronischen Verlauf oft zu einer stationären Behandlung führt.

FAZIT

Auch wenn sich ein beträchtlicher Teil der relevanten Einflussfaktoren für Schulabsentismus innerhalb des Handlungsbereichs von Schulen befindet, sind sie kaum in der Lage, auf alle Fälle adäquat zu reagieren. In Fällen schulferner Genese oder massiver Intensität benötigen Schulen die Unterstützung weiterer Einrichtungen. Diese Hilfe und Unterstützung fließt besonders

schnell und effektiv, wenn sowohl strukturelle als auch personale Kooperationsbezüge existieren. Es ist von zentraler Bedeutung, dass sich entsprechende Institutionen (v. a. Jugendhilfe, Schule und Kinder- und Jugendmedizin) vernetzen und in ein lebendes System professioneller Hilfen eingebunden sind.

■ Prof. Dr. phil. Heinrich Ricking
Professor für Sonderpädagogik
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
F1 – Sonderpädagogik
Ammerländer Heerstraße 114–118
26129 Oldenburg
heinrich.ricking@uni-oldenburg.de

Literatur beim Verfasser

Seelische Gesundheit und Entwicklung behinderter Kinder

Hans-Georg Schlack

Seelische Gesundheit ist die Voraussetzung dafür, dass ein Kind das in seinen Anlagen enthaltene Entwicklungspotenzial ausschöpfen kann. Diese Erkenntnis ergibt sich als Quintessenz aus allen Entwicklungsstudien, die sich mit dem Zusammenhang von psychosozialen Lebensbedingungen einerseits und den Entwicklungsverläufen andererseits befassen (Schlack et al. 2009). Diese Aussage trifft für behinderte Kinder in gleicher Weise zu wie für nicht behinderte Kinder.

Seelische Gesundheit wirkt sich nicht nur positiv auf Emotionalität, Verhalten und soziale Anpassungsfähigkeit aus, sondern ebenso auf die bestmögliche Entfaltung der kognitiven, sprachlichen und motorischen Fähigkeiten. Im gegebenen Kontext ist darüber hinaus eine zweite Aussage, die ebenfalls empirisch zweifelsfrei belegt ist, von großer Bedeutung: Behinderte Kinder entwickeln sich grundsätzlich nach gleichen Gesetzmäßigkeiten wie nicht behinderte Kinder, und sie haben die gleichen entwicklungspezifischen Bedürfnisse (Largo 1998). Selbstverständlich benötigt ein behindertes Kind auch spezielle therapeutische Hilfen für seine Entwicklung; in erster Linie muss aber für die notwendigen Voraussetzungen seiner seelischen Gesundheit Sorge getragen werden.



Gesundheit ist Ausdruck eines dynamischen Gleichgewichts zwischen gesund erhaltenden und potenziell krank machenden Einflüssen und nicht einfach ein Normalzustand, der sich nach erfolgreicher Behandlung einer allfälligen Krankheit wieder einstellt. Diese These steht in Übereinstimmung mit dem von Antonovsky (1997) formulierten Konzept der Salutogenese. Danach hängen Gesundheit und die Widerstandsfähigkeit gegenüber potenziell krank machenden Faktoren („Stressoren“) in erster Linie von dem individuellen Gesundheitspotenzial ab. Dieses (von Antonovsky als „sense of coherence“ bezeichnete) Gesundheitspotenzial ist Ausdruck einer persönlichen, aktiv erworbenen psychischen Kompetenz, deren Wurzeln in der Kindheit liegen, die aber lebenslang weiter entwickelt und gestärkt werden muss. Ob ein Mensch durch die Exposition, z. B. gegenüber einer Infektion oder einer psychischen Belastung tatsächlich krank wird, hängt nicht nur von der Pathogenität des Stressors, sondern auch von der individuellen Widerstandskraft (Resilienz) ab. Über die äußeren Bedingungen, die dieses Gleichgewicht stabilisieren oder destabilisieren können, ist einiges bekannt. Entscheidende Grundlagen für seelische Gesundheit von Kindern sind vor allem

- Sichere Bindung, Vermittlung von Sicherheit und Verlässlichkeit, liebevolle Zuwendung
- Raum für Eigenaktivität, selbstbestimmte Exploration und Lernen und Neugier
- Erfahrung von Selbstwert und eigener Kompetenz durch Erfolgserlebnisse

Zwischen diesen Bedingungen bestehen enge Zusammenhänge: z. B. sind bei unsicherer Bindung eigenaktives Erkunden und Lernen eingeschränkt, und ohne Eigenaktivität kann sich keine Erfahrung mit den eigenen Fähigkeiten einstellen. Sich kompetent fühlen heißt nicht, genau das Gleiche zu leisten wie andere Kinder gleichen Alters, sondern vielmehr die aktuell vorhandenen Fähigkeiten erfolgreich auszuüben (Largo 1998). Ein Kind „weiß“ selbst am besten, wofür es sich interessiert, welche situativen Reize eine Herausforderung zur praktischen Auseinandersetzung darstellen, und welche „Aufgabe“ sich das Kind zutraut zu lösen. Wenn z. B. ein Kind in einem Entwicklungsstand, der dem Beginn des 2. Lebensjahres entspricht, eine Scheibenpyramide vor sich hat, so wird es sich auch ohne besondere Aufforderung und Vorerfahrung herausgefordert fühlen, den Dorn der Scheibenpyramide durch das Loch der Scheiben zu stecken, und es wird diesen Versuch im Falle des Erfolgs oft wiederholen, bis es sich seiner neuen „Kompetenz“ sicher fühlt. Der Beobachter kann am Mienenspiel des Kindes Aufmerksamkeit und Befriedigung ablesen.

Eigenaktivität des Kindes ist also die Triebfeder der Entwicklung, und sie ist in entscheidendem Umfang abhängig von der Interaktion des Kindes mit seinen Bezugspersonen. Die Allgemeingültigkeit dieser Aussage wird durch die wissenschaftliche Literatur, die sich mit der Evaluation von Maßnahmen zur Entwicklungsförderung befasst, widerspruchsfrei bestätigt. Zugleich wird das Phänomen, dass Kinder, die unter ungünstigen sozio-ökonomischen Bedingungen aufwachsen, sich auch

in den kognitiven, sprachlichen und motorischen Funktionen signifikant schlechter entwickeln, plausibel damit erklärt, dass bei sozio-ökonomischem Stress die Interaktionsweisen zwischen den Bezugspersonen und dem Kind in ungünstiger Weise verändert werden und dass darunter die Voraussetzungen für die seelische Gesundheit leiden.

Eine Metaanalyse von 20 Entwicklungsstudien, in welchen die Beziehung zwischen funktioneller Entwicklung (gemessen durch standardisierte Entwicklungstests) und bestimmten mütterlichen Interaktionsweisen mit dem Kind untersucht wurde (Tab. 1), ergab bemerkenswerte Resultate, die bei behinderten und nicht behinderten Kindern völlig übereinstimmen. Je 6 dieser Studien befassten sich mit gesunden, nicht risikobelasteten bzw. mit frühgeborenen Kindern, 8 Studien mit Kindern, bei denen verschiedenartige Behinderungen vorlagen (Down-Syndrom, zerebrale Bewegungsstörungen, Hörstörungen und andere).

Da in keiner der Studien bei den Kindern irgendwelche therapeutischen Interventionen stattfanden, lassen sich die Unterschiede der Entwicklungsfortschritte auf die unterschiedlichen Interaktionsweisen der mütterlichen Bezugspersonen zurückführen.

Es widerspricht vielen tradierten Vorstellungen, einem entwicklungsauffälligen oder behinderten Kind die Kompetenz zuzutrauen, dass es mit seinen spontanen, oft nicht der normalen Erwartung entsprechenden Handlungsweisen einen wichtigen und sinnvollen Beitrag zu seiner Entwicklung leistet. Allzu sehr fühlen sich Eltern und Fachleute herausgefordert, für das Kind aktiv zu werden und es nach bestimmten (von Erwachsenen ausgedachten) Vorgaben zu behandeln. Schon der Begriff Behandlung verrät, dass das Kind dabei Objekt und nicht Subjekt ist.

Responsivität hat nicht mit Laissez-faire zu tun, und im Falle einer Entwicklungsstörung oder Behinderung bedeutet responsives Verhalten keinesfalls, auf entwicklungsfördernde Therapien zu verzichten. Eine Leitlinie sollte die bekannte und viel zitierte Sentenz von Maria Montessori sein: „Hilf mir, es selbst zu tun“. Jede therapeutische Intervention muss sich daran messen lassen, ob sie die Eigenaktivität des Kindes unterstützt oder aber blockiert. Tab. 2 fasst die Aussagen zur Responsivität noch einmal zusammen. Konkret kann das z. B. heißen: ein Kind beim Spiel zu beobachten, anstatt ihm ständig Vorgaben zu machen, dabei seine Aktivität aufmunternd zu kommentieren und durch körperliche Nähe dem Kind das Gefühl von Sicherheit und Teilnahme zu geben, ohne es reglementierend einzuschränken.

Tabelle 1: Auswirkungen mütterlicher Verhaltensweisen auf die Entwicklung des Kindes*

positiv	negativ
<ul style="list-style-type: none"> • Responsivität • anteilnehmende verbale Verstärkung • emotionales Interesse • Angebot altersadäquaten Spielzeugs 	<ul style="list-style-type: none"> • Direktivität • Autoritäre Kontrolle • Überstimulation

* Metaanalyse aus 20 Entwicklungsstudien (je 6 Studien über Low-risk-Kinder und Frühgeborene, 8 Studien über Kinder mit Behinderungen verschiedener Art) (Schlack 1989)

Eine ausgewogene Interaktion, in welcher das Kind eine eigenständige, aktive Rolle spielt, in der es nicht nur auf den Erwachsenen reagiert, sondern auch Initiativen ergreift, auf die der Erwachsene eingeht, ist den genannten Studien zu Folge nicht nur für die psychische und soziale Entwicklung, sondern auch für die funktionelle Entwicklung von ausschlaggebender Bedeutung. Die erwachsene Bezugsperson muss sich dafür zurücknehmen und auf die Signale des Kindes achten. Das ist der wesentliche Grundzug, der mit dem Begriff „Responsivität“ gemeint ist, ein Begriff, der unter den entwicklungsfördernden Interaktionsweisen an erster Stelle steht. Responsivität deckt sich zu größeren Teilen mit dem Begriff der Feinfühligkeit, der in der Bindungsforschung verwendet wird.

Das Aufgreifen der Initiativen des Kindes, ihre Verstärkung, Unterstützung und Ausgestaltung durch sprachliche und emotionale Zuwendung und das Angebot von Spielzeug, welches dem Kind eine aktive Auseinandersetzung mit der dinglichen Umwelt entsprechend dem aktuellen Entwicklungsstand ermöglicht, münden in denselben Effekt: die Förderung der Eigenaktivität des Kindes.

Tabelle 2: Responsivität

Responsivität bedeutet	Responsivität setzt voraus
<ul style="list-style-type: none"> • Gleichgewicht der Mutter-Kind-Interaktion • Förderung der Eigenaktivität des Kindes 	<ul style="list-style-type: none"> • Respekt vor den Kompetenzen des Kindes • Emotionales Interesse am Kinde

RISIKEN FÜR DAS EMOTIONALE GLEICHGEWICHT DER FAMILIE

Schwerwiegende Risiken für die Entwicklung eines Kindes und erst recht eine manifeste Behinderung haben immer gravierende Auswirkungen auf die psychische Situation der Eltern und damit auf ihre Einstellung zum Kind und ihre Interaktionsweisen. Die Behinderung eines Kindes verändert das Leben der ganzen Familie nach innen und außen. Mehr als in jeder anderen Altersstufe steht im frühen Kindesalter nicht so sehr das betroffene Kind selbst als vielmehr seine Familie und insbesondere seine Eltern im Mittelpunkt der psychischen Belastung. In einer frühen Phase der Auseinandersetzung mit dieser belastenden Situation von den Eltern ein „Annehmen“ der Behinderung zu erwarten, ist sehr hoch gegriffen. Viel näher liegend und verständlich ist dagegen, dass Eltern ihre Hoffnung auf Aktionen (oder auch Aktionismus) setzen, vor allem auf den Versuch, das Unannehmbare durch intensive Therapie bzw. Frühförderung noch abzuwenden.

Diese Tendenz wird nicht selten durch manche gut gemeinten Therapieanweisungen verstärkt. Responsiv können aber nur Eltern sein, die emotional im Gleichgewicht sind; es wird ihnen dagegen nur schwer gelingen, wenn sie sich und das Kind unter Leistungs- und Erwartungsdruck setzen und selbst durch unge-

eignete Therapieaufträge unter Druck stehen. In Tab. 3 sind die wichtigsten Faktoren aufgeführt, die das emotionale Gleichgewicht der Eltern und damit die Voraussetzungen einer responsiven Haltung beeinflussen.

FOLGERUNGEN FÜR DIE PRAXIS

Tabelle 3: Bedeutsame Einflussfaktoren auf das emotionale Gleichgewicht der Eltern und auf die Voraussetzungen responsiver Interaktion

- Akzeptanz/Ambivalenz/Ablehnung des Kindes
- Einstellungen auf der Grundlage eigener Kindheitserfahrungen der Eltern
- Ängste, Depressivität
- Soziale Stressfaktoren (z. B. Arbeitslosigkeit, chron. Krankheit, Ein-Eltern-Familie)
- Art und Qualität der professionellen Beratung und Begleitung

Diese empirisch gesicherten Einsichten haben die Konzepte der Behandlung und Förderung behinderter Kinder grundlegend verändert. Funktionelle Übungsbehandlungen („Heilmittel“) haben zwar weiterhin ihren Stellenwert, im Mittelpunkt steht aber die Hilfe für die emotionale Stabilität der Familie, in der ein behindertes Kind aufwächst. Ein afrikanisches Sprichwort sagt: Gras wächst nicht schneller, wenn man daran zieht. Eine Strategie zur Entwicklungsförderung nur an funktioneller Übungsbehandlung auszurichten, würde dem Versuch entsprechen, am Gras zu ziehen. Gras wächst aber schneller, wenn man wässert, düngt und vertikutiert – also für ein „gesundes Milieu“ sorgt, also für die psychische Gesundheit des Kindes auf der Grundlage emotionaler Stabilität der Familie.

Auch wenn jede Familie durch die Behinderung eines Kindes mehr oder weniger stark belastet ist, benötigt nicht jede Familie eine psychotherapeutische Hilfe im engeren Sinne. Notwendig ist aber in jedem Fall eine vorbeugende Psychohygiene, die der Stützung des emotionalen Gleichgewichts dient und die in der haus- und familienärztlichen Betreuung geleistet werden kann und geleistet werden sollte. Elemente einer so verstandenen Psychohygiene sind z. B.

- Empathie und Anteilnahme: Achtsamkeit auf Überforderungssymptome, Interesse an der psychischen Situation der Eltern und ggf. der Geschwister, Wahrnehmung von zusätzlichen Belastungen
- Vorbildfunktion des Arztes im Umgang mit dem Kind: Responsivität, freundliche Zuwendung bei der Untersuchung, Bemühung um Auslösung positiver Emotionen beim Kind
- Respektvolle, wertschätzende Wortwahl

- Hinzuziehung von Beratungs- und Hilfeangeboten außerhalb der ärztlichen Zuständigkeit (was ein ärztliches Informiertsein voraussetzt!)

Responsivität kann (von Eltern und von Fachleuten) erlernt werden! Entsprechende strukturierte Elternkurse werden bereits in den USA und in Großbritannien durchgeführt mit positiven Evaluationsergebnissen.

■ Prof. Dr. med. Hans-Georg Schlack
An den Kreuzen 8
53125 Bonn

Literaturangaben unter:



Wenn die Seele den Druck nicht mehr aushält – Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen rechtzeitig erkennen. „Red flags“ für den Pädiater

Hellmuth Braun-Scharm

Suizidalität gilt in den psychiatrischen Klassifikationssystemen nicht als eigenständige Diagnose, sondern als komplexe Symptomatik, die in Kombination mit diversen Störungsbildern auftreten kann. Dessen ungeachtet ist Suizidalität eines der wichtigsten Themen von Psychiatrie und Psychotherapie und hat ihre Wurzeln, wie viele andere psychische Probleme auch, oft in Kindheit und Jugend. Suizidalität ist ein Thema, das viele Professionen betrifft und das gleichzeitig in der Gesellschaft tabuisiert, zumindest nicht gerne angesprochen wird. Deshalb ist es immer wieder wichtig, Suizidalität als grundsätzliches menschliches Problem zu thematisieren.



Der Suizid ist für den, der stirbt, das Ende des Lebens, und für sein Umfeld, wenn es mit ihm fühlt, der Beginn des Leidens. Suizide können zur Traumatisierung der Hinterbliebenen, aber auch der beteiligten Berufsgruppen (Sanitäter, Pflegepersonal und Ärzte, Polizisten, Zugführer und andere) führen. Niemand kann den Tod eines Freundes oder eines Angehörigen vergessen und unter den vielen Faktoren, die Suizide fördern können, zählen Suizide im sozialen Umfeld zu den wirkungsvollsten. Allein aus diesem Grund wäre eine weitgehende Senkung der Suizidrate sinnvoll und erstrebenswert.

Suizide von Kindern und Jugendlichen führen erfahrungsgemäß zu intensiven emotionalen Reaktionen, nicht nur innerhalb der Familie, sondern auch in der Schule und bei anderen betroffenen Gleichaltrigen. Der Werther-Effekt (Nachfolgehandlungen, die durch Suizidschilderungen in Medien, Büchern etc. ausgelöst werden) ist am besten für junge Menschen nachgewiesen und erfordert eine aktive Identifizierung von gefährdeten Kindern und Jugendlichen.

Für die ärztlich-psychotherapeutische Praxis sind die nicht tödlichen suizidalen Handlungen, also in erster Linie Suizidversuche, suizidale Gedanken und Planungen und zumindest in differentialdiagnostischem Sinne die Selbstverletzungen von größerer Bedeutung. Suizidversuche sind außerdem um ein Vielfaches häufiger als Suizide und gehören seit jeher zu den klassischen Aufgaben der Psychiatrie und Notfallmedizin.

EINFLUSS DES ALTERS

Das Alter zählt zu den markantesten Modulatoren der Häufigkeit von Suizidalität. Um verschiedene Stichproben von suizidalen Menschen vergleichen zu können (verschiedene Länder, Altersgruppen etc.) wird nicht die absolute Häufigkeit von suizidalen Phänomenen, sondern ein Quotient, die sog. Suizid- oder Suizidversuchsrate benutzt (Suizide/Suizidversuche pro 100.000 der Bevölkerung). Die Suizidrate hat eine mit dem Alter steigende Tendenz und erreicht ihr Maximum in den höchsten Altersgruppen. Umgekehrt heißt das, dass suizidale Handlungen umso seltener sind, je jünger die Kinder sind. Laut den öffentlich zugänglichen Daten des Statistischen Bundesamtes sind suizidale Handlungen vor dem 10. Lebensjahr extrem selten und haben in den letzten Jahrzehnten nie die Häufigkeit von $n = 10/\text{Jahr}$ in Deutschland überschritten. Im Jugendalter nimmt die Rate der Suizide und Suizidversuche massiv zu, und die Suizidversuchsrate erreicht bei jungen Menschen im Alter von 15 bis 25 Jahren ihren Höhepunkt.

EINFLUSS DES GESCHLECHTS

Suizide sind in allen Altersgruppen beim männlichen Geschlecht 2–3-mal so häufig wie beim weiblichen, bei den Suizidversuchen ist es umgekehrt und wir finden beim weiblichen Geschlecht 2–3-mal so viele Suizidversuche wie beim männlichen Geschlecht. Da bei Jugendlichen auch die weichen Suizidmethoden dominieren, finden wir im Jugendalter vorwiegend Suizidversuche bei Mädchen, meist durch Tabletteningestion oder Schneiden. Da auch die Selbstverletzungen bei weiblichen Jugendlichen besonders häufig sind, ist eine Differenzierung dieser beiden Störungsbilder eine wichtige Aufgabe von Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

SUIZIDALE METHODEN

Die traditionelle Unterscheidung in harte und weiche suizidale Methoden entspricht weitgehend der Unterscheidung in mehr oder weniger letale Methoden. Deshalb sind die weichen Methoden häufiger bei den Suizidversuchen, die harten Methoden bei den Suiziden zu finden. Die (in Deutschland) häufigsten weichen Methoden sind die Tabletteningestion (meist Schmerz- und Schlaftabletten) sowie das Schneiden. Die häufigste harte Methode ist die Strangulation, neben Sprung aus der Höhe, Überfahren lassen, Erschießen und Ertrinken.

NICHTSUIZIDALES SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN (NSSV)

Selbstverletzungen werden idealtypisch von suizidalen Handlungen unterschieden, weil sie nicht die Beendigung des Lebens zum Ziel haben. Die häufigsten Selbstverletzungen sind das meist oberflächliche, oft serielle Ritzen oder Schneiden, Branding mit heißen oder sehr kalten Materialien, sich selbst schlagen, Offenhalten von Wunden etc.

Der finale Aspekt des NSSV ist eher die Beendigung von unerträglich erlebten emotionalen Zuständen, wie etwa innere Anspannung, Gefühl der inneren Leere, Angst und ähnlichem.

Es gibt allerdings einen Grau- oder Übergangsbereich zwischen suizidalem und nichtsuizidalem Verhalten, der sich dann entwickelt, wenn das NSSV sehr schwerwiegend ist, länger andauert oder kombiniert ist mit ausgeprägten psychischen Störungen. Liegt diese ungünstige Konstellation vor, ist auch beim NSSV langfristig das Suizidrisiko erhöht.

RISIKOFAKTOREN

Die wichtigsten Risikofaktoren für Suizidalität sind psychosoziale Belastungen, psychiatrische Störungen und frühere suizidale Handlungen in der Vorgeschichte. Die wichtigsten psychosozialen Bereiche für Kinder und Jugendliche sind die Familie, die Schule und die Gleichaltrigen. Vor allem chronische Belastungen in diesen Bereichen können auch zu Suizidalität führen, so dass Kinder und Jugendliche mit bekannten

und anhaltenden Belastungen eine zur Exploration verpflichtende Risikogruppe für Suizidalität darstellen.

PSYCHOSOZIALE BELASTUNGEN

Zu den wichtigsten psychosozialen Belastungen gehören Beziehungsabbrüche jeder Art, Trennung, Scheidung und Wiederverheiratung der Eltern, Verlust durch Tod, im schulischen Bereich Unter- und Überforderung, drohendes Versagen, Mobbing, im familiären Bereich Vernachlässigung und Missbrauch, Gewalt und Alkoholismus sowie Armut und deren Folgen. Diese Reihe wäre noch vielfach zu ergänzen, wichtig ist aber weniger die Art und die Anzahl der Belastungen, sondern deren subjektive Bedeutung, die bei jedem einzelnen Patient neu eruiert werden muss.

PSYCHIATRISCHE STÖRUNGEN

Gemeinhin gelten emotionale oder affektive, meist depressive Störungen jeder Art als Grundlage für suizidale Entwicklungen. Aufgrund der ausgeprägten Komorbidität der Depressionen sind Ängste, Substanzmissbrauch, Essstörungen (bei Mädchen) und Störungen des Sozialverhaltens (bei Jungen) in diesem Spektrum bereits enthalten. Nicht minder wichtig sind zusätzlich eher konstitutionelle Eigenschaften wie Unsicherheit, Kränkbarkeit und Impulsivität, die im Erwachsenenalter den Stellenwert von Persönlichkeitsstörungen annehmen können.

DIAGNOSTIK

Das wichtigste Mittel der Diagnostik von Suizidalität ist das anamnestische Gespräch, das eine Familienanamnese und eine komplette psychiatrische Anamnese enthalten sollte. Reine Fragebogenverfahren sind nicht empfehlenswert, nicht zuletzt auch wegen der grundsätzlichen methodischen Probleme der Fragebogenverfahren, insbesondere bei tabuisierten Themen. Noch wichtiger ist allerdings der Aspekt, dass die Verbalisierung suizidaler Gedanken und Absichten allein bereits eine deeskalierende Wirkung haben kann und auf jeden Fall dazu führt, dass die Betroffenen nicht mit ihrer Problematik allein bleiben.

EPIDEMIOLOGIE

Laut den Daten des Statistischen Bundesamtes ist der letzte vollständig ausgewertete Jahrgang in Deutschland das Jahr 2013. Im Jahr 2013 gab es insgesamt 10.076 Suizide, davon 7.449 männlich und 2.627 weiblich. Die Zahl der Suizide bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis 20 Jahre betrug 183, davon 125 männlich und 58 weiblich. Man erkennt hier deutlich den Einfluss von Alter und Geschlecht.

THERAPIE

Beim Erstkontakt ist es wichtig, eine empathische, zugewandte, aber auch eindeutig antisuizidale Haltung einzunehmen. Kritik, besserwisserische Bemerkungen („das wäre aber nicht notwendig gewesen“) oder zu schnelle Lösungsvorschläge sind normalerweise nicht angebracht. Suizidale Gedanken, Gefühle und Handlungen verdienen immer, ernst genommen zu werden, auch wenn sie aus objektiver Sicht noch so abwegig erscheinen mögen. An die Beendigung des Lebens denken Menschen nur, wenn sie sich in einer ausweglosen Situation wähnen. Auch wenn das nach einer paar Stunden möglicherweise wieder anders aussieht.

Die unmittelbare Bearbeitung der suizidalen Symptome ist eine Domäne der Psychotherapie, wobei die meisten Kinder und Jugendlichen keine hochspezialisierten Therapieverfahren benötigen. Für Jugendliche mit Borderline-Symptomatik und Suizidalität gibt es im Rahmen der DBT spezielle Modifikationen zur Bearbeitung suizidaler Erfahrungen. Dies ist jedoch kein Standardverfahren für alle.

Eine medikamentöse Behandlung kann aus zwei Gründen angebracht sein: Zum einen müssen psychiatrische Grunderkrankungen, die nicht oder nicht ausreichend behandelt sind, medikamentös eingestellt werden, wenn dies angemessen und sinnvoll erscheint. Dazu zählen alle Störungen, die auf Medikation gut ansprechen oder sowieso in erster Linie medikamentös behandelt werden, wie etwa Schizophrenien, bipolare Störungen oder schwere Depressionen. Antidepressiva sind jedoch keine Notfallmedikamente und wirken meistens nicht schnell oder nicht zuverlässig genug.

Zum anderen sollten Patienten medikamentös unterstützt werden, wenn sie sehr unruhig, angetrieben, erregt oder verängstigt sind und sich nicht von Suizidalität distanzieren können. Niedrigpotente Neuroleptika oder – für kurze Zeit – Benzodiazepine sind dabei die Mittel der Wahl. Spätestens in diesem Moment stellt sich aber die „Setting-Frage“: Kann der Patient ambulant oder muss er stationär, vielleicht sogar geschlossen behandelt werden? Manchmal ist es wichtiger, diese Frage zu klären, als möglicherweise viel Zeit mit anamnestischen Gesprächen zu verbrauchen. Stationäre Einweisungen und Aufnahmen sind je nach örtlichen Gegebenheiten bisweilen zeitraubende Unternehmungen und können alle Beteiligten viel Energie kosten.

Gleichwohl ist es wichtig, dass auch Pädiater und andere psychiatrische Laien die Suizidprävention zu ihrer Sache machen. Perfektion ist gut, aber nicht immer notwendig oder entscheidend. Das wichtigste ist es, die suizidalen Menschen aus ihrer Einsamkeit und Zurückgezogenheit herauszuholen und dabei ist es nicht so wichtig, wie man das macht. Man braucht auf jeden Fall normalerweise keine abgeschlossene psychotherapeutische Ausbildung dazu.

■ Prof. Dr. med. Hellmuth Braun-Scharm
Kinder- und Jugendpsychiater
Mitglied der DGSP (Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention) und des NASPRO (Nationales Suizidpräventionsprogramm)
Oßwaldstraße 1a
82319 Starnberg
praxis@braun-scharm.de

Literaturangaben unter:



Seelische Gesundheit von Jugendlichen – ihre Gefährdung in der Adoleszenz

Manfred Endres

Die Adoleszenz ist ein Lebensabschnitt, der von dramatischen Veränderungen in der körperlichen und seelischen Entwicklung gekennzeichnet ist. Dadurch sind Jugendliche in dieser Entwicklungsphase besonders gefährdet. Wenn Entwicklungskrisen frühzeitig erkannt werden, können adäquate Behandlungsmaßnahmen rechtzeitig eingeleitet werden.

Die seelische Entwicklung des Menschen verläuft nicht kontinuierlich. Entwicklungsphasen, die durch dramatische Umstrukturierungsprozesse gekennzeichnet sind, werden von Phasen, in denen Konsolidierung Vorrang hat, abgelöst. Die Adoleszenz ist eine Entwicklungsphase, in der es zu einer grundsätzlichen Umstrukturierung des Gehirns kommt, einschließlich der sexuellen Reifung. Gleichzeitig ist die Adoleszenz abhängig von vorangegangenen Entwicklungsschritten, die in der Adoleszenz nachhaltig überarbeitet werden. Während der Begriff Pubertät die Entwicklung zur Geschlechtsreife umfasst, beinhaltet der Begriff Adoleszenz alle körperlichen und seelischen Prozesse des Übergangs von der Kindheit zum Erwachsenenalter. Die Symptome einer adoleszenten Entwicklungskrise sind vielfältig, häufig kann man einen Einbruch der kognitiven Leistungsfähigkeit beobachten, was zu einer Einschränkung der schulischen Leistungsfähigkeit führt. Sie kann im Extremfall zu komplettem Schulversagen führen. Mit dem Schulversagen droht auch der Verlust der Klassengemeinschaft, unter Umständen auch der Schulwechsel. Dabei geht die stabilisierende Funktion der Gleichaltrigengruppe verloren, was die Entwicklungskrise verstärkt. Hier gilt es für Verständnis bei Lehrern zu sorgen und sie mit Entwicklungsprozessen in der Adoleszenz vertraut zu machen. Der pubertäre Entwicklungsschub führt zu körperlichen Veränderungen, die neue Anforderungen an die Integrationsleistungen der Jugendlichen stellen. In der bei Mädchen und Jungen unterschiedlich früh einsetzenden pubertären Entwicklung kommt es zur Ausprägung der sekundären Geschlechtsmerkmale, Sexualität wird zunächst autoerotisch gelebt, dann zunehmend von heterosexuellen Begegnungen abgelöst. Vorübergehende homoerotische Tendenzen können als quälend und verwirrend erlebt werden. Die ersten Liebesbeziehungen sind von unterschiedlichster Qualität, Intensität und Dauer und können mitunter

in dramatische Tragödien münden. Die Jugendlichen beginnen, sich von der Familie abzulösen, das familiäre Umfeld verliert zunehmend an Bedeutung, wichtiger werden Beziehungen zu Gleichaltrigen und zu Erwachsenen außerhalb der Familie. Mit der Geschlechtsreife haben Jugendliche die Möglichkeit, sich fortzupflanzen. Wünsche und Vorstellungen, die in der Kindheit noch Phantasie waren, können jetzt Realität werden. Die emotionale Labilität des Jugendlichen ergibt sich aus der Diskrepanz der körperlichen und der emotionalen bzw. seelischen Entwicklung, die mit der körperlichen nicht Schritt hält. Im Rahmen der neurobiologischen Veränderungen verlieren die Jugendlichen vorübergehend ihre psychische Stabilität. Sie werden sensibler, verletzlicher, irritierbarer (Konrad 2013). Sie verlieren ihr emotionales Gleichgewicht, scheinbare Bagatellen bringen sie aus der Fassung. Häufig ist es nicht leicht zu beurteilen, ob sich Liebeskummer im Bereich des Normalen bewegt oder ob sich eine depressive Erkrankung bis hin zu akuter Suizidalität entwickelt. Grundsätzlich kann bei Mädchen der Versuch, sich die Idealfigur anzuhungern, ein vorübergehendes Phänomen sein, es kann sich aber auch um den Beginn einer Anorexie handeln, die lebensbedrohliche Ausmaße annehmen kann. Jugendliche Mädchen neigen häufig zu autoaggressiven Verhaltensweisen, die sich in Selbstverletzungen oder Essstörungen wie Anorexie, Bulimie oder Adipositas zeigen. Männliche Jugendliche weisen eher externalisierende Verhaltensweisen auf, die sich in erhöhter Risikobereitschaft, in Delinquenz oder in gewalttätigen Auseinandersetzungen mit Gleichaltrigen zeigen. In Extremsportarten werden Grenzen ausgetestet und die Todesnähe gesucht. Die Phantasie der Unsterblichkeit wird mitunter auf eine harte Probe gestellt. Auch hier ist der Grenzbereich zwischen Normalität und Pathologie fließend. Gleiches gilt für autodestruktives Verhalten mit selbst verletzendem Verhalten, das bei Mädchen häufiger vorkommt als bei Jungen. Ebenso schwierig ist der Drogenkonsum von Jugendlichen einzuordnen, die mit Alkohol, Haschisch und Designerdrogen experimentieren, Experimente, die für viele Jugendliche typisch sind. Sie können bei entsprechend veranlagten Jugendlichen eine psychotische Episode auslösen oder zum Griff nach härteren Drogen bis hin zur Drogenabhängigkeit führen.

So stellt sich die Adoleszenz, in der es zu vielfältigen körperlichen und seelischen Umstrukturierungsprozessen kommt, als Phase dar, in der Jugendliche auf unterschiedlichste Weise auffällig werden, was gemeinhin als adoleszente Entwicklungskrise bezeichnet wird. Dabei sind psychische Auffälligkeiten Ausdruck der normalen Bewältigung der Entwicklungskrise, sie können aber auch ein Zeichen für einen pathologischen Verlauf der Adoleszenz bis hin zu den Risiken eines Entwicklungszusammenbruches mit dramatischer Symptomatik sein. Dabei können Jugendliche Angst- oder Zwangsstörungen, Depressionen oder Psychosen entwickeln, wobei die unter Umständen auftretende Suizidalität besondere behandelungs-technische Probleme aufwirft. Ob Jugendliche eine behandlungsbedürftige Symptomatik entwickeln, ist in der Regel nicht leicht zu beurteilen, da sich aus der Art und der Schwere der Symptomatik nicht der weitere Entwicklungsverlauf vorhersagen lässt.

SYMPTOME DER ADOLESCENTEN ENTWICKLUNGSKRISE

- Konzentrationsstörungen
- Schulversagen
- sozialer Rückzug
- Ängste, Panikattacken
- Zwänge
- Depressionen
- Suizidalität
- Selbstverletzungen
- Essstörungen, Anorexie, Bulimie, Adipositas
- erhöhte Risikobereitschaft
- Unfälle
- erhöhter Drogen-, Alkoholkonsum
- Gewalt, Vandalismus
- Delinquenz
- Störung der Realitätswahrnehmung
- Psychosen

Hauptursache der erhöhten Vulnerabilität von Jugendlichen in der Adoleszenz ist die neurobiologische Veränderung des Gehirns, die zahlreiche psychische Umstrukturierungen zur Folge hat. Heute weiß man, dass nicht nur die Entwicklung der Sexualität in der Pubertät mit dem Trieb Schub, verbunden mit der Notwendigkeit, den veränderten sexuell reifenden Körper in das Selbstbild zu integrieren, und die Hinwendung zum anderen Geschlecht, die zentrale Entwicklungsaufgabe der Pubertät ist. Darüber hinaus kommt es zu bis heute noch nicht gänzlich verstandenen Veränderungen im Gehirn, im Bereich der kognitiven Entwicklung, die erst mit dem Ende der Adoleszenz weitgehend abgeschlossen sind. Insgesamt häufen sich die beschriebenen Auffälligkeiten in der Adoleszenz (Hölling 2014), so dass man aufgrund von epidemiologischen Daten davon ausgehen kann, dass etwa 15% der Jugendlichen eine behandlungsbedürftige Symptomatik entwickeln. Wie die Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz bewältigt werden, hängt maßgeblich davon ab, wie die seelische Entwicklung bis zum Eintritt in die Adoleszenz verlaufen ist. Bei der Beurteilung der Entwicklungsrisiken der anstehenden adolescenten Entwicklungsaufgaben lohnt sich ein Blick in die Lebensgeschichte der Jugendlichen, um Risikofaktoren für die weitere Entwicklung aufzuspüren. Heute weiß man, dass die Entwicklung einer stabilen Persönlichkeitsstruktur vor allem von der Entwicklung von sicheren Bindungsrepräsentanzen abhängt (Rass 2012). Wurden die Jugendlichen in der frühen Kindheit von empathischen feinfühligem zugewandten Eltern oder Betreuungspersonen betreut, kann man davon ausgehen, dass sie eine stabile

seelische Struktur entwickeln und die in der Adoleszenz lauenden Gefahren für eine Fehlentwicklung umschiffen. Heute weiß man, dass auch die frühe Krippenbetreuung mit unzureichendem Betreuungsschlüssel die seelische Entwicklung der Kinder gefährden kann (Böhm 2013). Die Entwicklung einer sicheren Bindung und einer stabilen seelischen Struktur können durch generationale Traumatisierungen beeinträchtigt werden, da Eltern, die selbst ständig mit Vergangenheitsbewältigung beschäftigt sind, nur unzureichend emotionalen Entwicklungsraum zur Verfügung stellen können. Gleiches gilt für seelisch kranke Eltern, die aufgrund einer Suchterkrankung, einer psychiatrischen Erkrankung im Sinne einer schweren Depression, einer Angst- oder Zwangserkrankung, einer Psychose oder einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nur eingeschränkt normalen Entwicklungsraum bieten können. Darüber hinaus können traumatische Trennungserfahrungen sowie körperliche Erkrankungen oder Tod eines Elternteils die Entwicklung nachhaltig beeinträchtigen, ebenso wie akute oder chronische Erkrankungen, die Familienmitglieder oder die Kinder selbst betreffen. In besonderer Weise sind Jugendliche mit Migrationshintergrund gefährdet, die in ihrer Entwicklung unterschiedliche Kulturen integrieren müssen. Sie haben häufig Eltern, die um den Verlust der Heimat trauern.

In diesem Zusammenhang sind vor allem schwere Traumatisierungen in der Kindheit in Form von Gewalterfahrungen, Misshandlungen oder sexuellem Missbrauch zu nennen, die in der seelischen Struktur schwere Schäden anrichten können und den adolescenten Entwicklungsprozess nachhaltig stören. Neue Erfahrungen werden in alte Gedächtnisinhalte eingearbeitet, so dass es zu einer ständigen und permanenten Überarbeitung unseres Gedächtnisses kommt. Frühere Erfahrungen werden im Licht der neueren Entwicklung neu beurteilt. So werden Traumatisierungen in der Kindheit erst im adolescenten Entwicklungsprozess in ihrer Gesamtbedeutung erfasst.

LEBENSGESCHICHTLICHE RISIKEN FÜR DIE ADOLESCENTE ENTWICKLUNG

- psychisch kranke Eltern
- somatische Erkrankung eines Elternteils
- akute und chronische Erkrankungen in Kindheit und Jugend
- transgenerationale Traumata
- traumatische Trennungserfahrungen
- Gewalterfahrung
- sexueller Missbrauch
- Migrationshintergrund
- Trennung der Eltern

Auf den adoleszenten Entwicklungsprozess können so eine Vielzahl von Lebenserfahrungen destabilisierend einwirken. So treten Jugendliche mit unterschiedlichsten lebensgeschichtlichen Erfahrungen in den adoleszenten Entwicklungsprozess ein.

BEHANDLUNGSSTRATEGIEN

Häufig fällt es Eltern und Lehrern und auch Ärzten nicht leicht, Jugendliche in der adoleszenten Entwicklung zu begleiten. Dennoch gilt es, Kontakt zu den Jugendlichen zu suchen, um Vorboten einer aus dem Ruder laufenden Entwicklung frühzeitig zu erkennen. Häufig ist es nicht leicht einzuschätzen, wann die Indikation zu einer psychotherapeutischen Behandlung besteht. Psychische Veränderungen schleichen sich mitunter langsam ein und fallen zunächst nicht auf. Um eine psychotherapeutische Abklärung zu gewährleisten, ist die Zusammenarbeit mit einem psychotherapeutisch weiter gebildeten Kinder- und Jugendarzt, einem Kinder- und Jugendpsychiater, einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder einer Beratungsstelle von besonderer Bedeutung. Bei Entwicklungskrisen im Jugendalter, bei drohendem adoleszenten Entwicklungszusammenbruch sind die psychodynamisch orientierten Therapien das Mittel der Wahl, da hier die Geschichte des Jugendlichen im Zusammenhang mit aktuellen Konflikten bearbeitet werden kann. Ziel der Behandlung ist es dabei, die blockierte Entwicklung sowie frühkindliche und aktuelle Traumatisierungen durchzuarbeiten, um den Jugendlichen zu ermöglichen, Anschluss an die altersgerechte Entwicklung zu finden. Dabei können kurze Interventionen Erfolg haben oder aber eine langfristige Behandlung aufgrund struktureller Defizite indiziert sein. Das nötige Rüstzeug können Kinder- und Jugendärzte durch Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, wie der Psychosomatischen Grundversorgung, erwerben. Hier werden Interventionstechniken vermittelt, die einen Zugang zum Jugendlichen ermöglichen, um so die Indikation für eine weiterführende psychotherapeutische Behandlung stellen zu können. Eine vertiefte psychotherapeutische Weiterbildung kann mit dem Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychotherapie erlangt werden. Dann sind auch längere psychotherapeutische Behandlungen in der kinderärztlichen Praxis möglich.

■ *Dr. med. Manfred Endres*
Facharzt für psychosomatische Medizin
Leiter der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie
von Kindern und Jugendlichen e. V.
Spiegelstraße 5
81241 München
www.aerztliche-akademie.de
institut@aerztliche-akademie.de

Literaturangaben unter:



Impressum

Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen BVKJ-Schwerpunktbroschüre 2015

ISBN 978-3-9816001-4-8

1. Auflage April 2015

Herausgeber:

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.
Mielenforster Straße 2, 51069 Köln
www.kinderaerzte-im-netz.de

Chefredaktion:

Dr. med. Klaus Rodens
Angertorstraße 6
89129 Langenau
KlausRodens@t-online.de

Gestaltung:

FAI GmbH, Agrippinawerft 22, 50678 Köln,
info@fai-healthcare.de

Druck:

A. Ollig GmbH & Co. KG, Köhlstraße 17–21, 50827 Köln,
www.ollig-druck.eu

Bildnachweis:

Titelbild: iStock / Katarina Gondova
S. 8 Bundesregierung / Denzel
S. 22 Dr. med. Gabriele Trost-Brinkhues

bvkkj.