

Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Dr. Hanna Permien Deutsches Jugendinstitut München

16. Forum Psychiatrie und Psychotherapie Paderborn

8.-9.-11.2011

Gliederung

- 1. Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Kontext**
- 2. Neue Morbiditäten und veränderte Bedingungen des Aufwachsens**
- 3. Gesundheit und soziale Ungleichheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland**
- 4. Wo könnten Lösungen liegen?**

1. Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Kontext

- Psychische Gesundheit – immer eingebettet in einen **biopsychosozialen Kontext**.
- Niemand ist „**völlig gesund**“ oder „**total krank**“ und Gesundheit ist **kein stabiler Zustand**:
- Gesundheit ist ein **aktiver Prozess**, in dem Menschen ihr ganzes Leben lang **krankmachende Einflüsse (Risikofaktoren)** mit **gesunderhaltenden Ressourcen (Schutzfaktoren)** ausbalancieren.
- Menschen sind und bleiben umso gesünder – verfügen über umso mehr **Resilienz** – je positiver das Verhältnis von Schutz- zu Risikofaktoren ist.

1. Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Kontext

Gesundheit ist nicht nur **von außen** („objektiv“??) zu messen und zu bewerten.

Genauso wichtig ist die **subjektive Bewertung**:

Psychische Gesundheit heißt also auch:

Wohlbefinden und (subjektive) Lebensqualität:

- Wer sich (auch „in seiner Haut“) **wohlfühlt**, sieht die eigene **Lebenssituation**, seine **sozialen Netzwerke** und seine **Teilhabechancen** positiv bzw. glaubt, sie **zum Positiven verändern** zu können.

1. Psychische Gesundheit im Kontext

Gesundheit als „soziales Konstrukt“

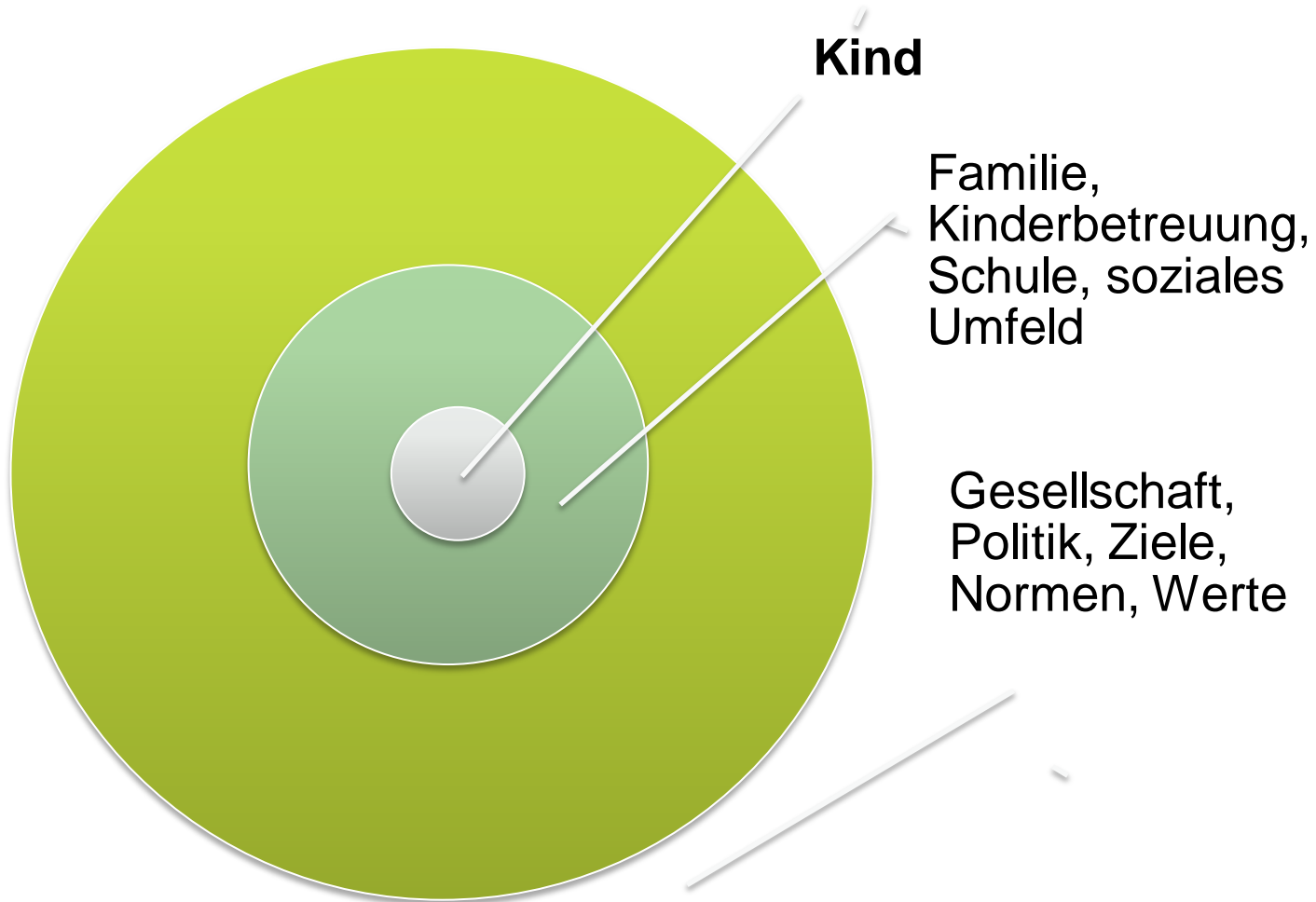
- Wer definiert die **Störungen**, nach welcher **Norm**?
 - In Bezug auf welche familialen **Lebensverhältnisse**?
 - In Bezug auf welche **gesellschaftlichen Ansprüche** und **Erwartungen** an Kinder und Jugendliche?
- >> Feststellung psychischer Störungen: Gefahr der dauerhaften **Etikettierung** und u.U. „**Lähmung**“ des Willens zur Veränderung!!

1. Psychische Gesundheit im Kontext

Gesundheit als „soziales Konstrukt“

- Psychische Störungen – gerade bei Kindern und Jugendlichen – sind also **nicht allein am Individuum festzumachen** und **nicht losgelöst von personalen und sozialen Ressourcen** zu sehen:
- Zu beachten sind immer die **Entwicklungsressourcen**, die **systemische Eingebundenheit** der jungen Menschen und der **gesellschaftliche Kontext** von **Diagnosen!**

1. Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit aus Systemperspektive



2. Psychische Störungen im Kontext von:

- **Bedingungen des Aufwachsens**
- **Neue Morbiditäten**
- **Soziale Ungleichheit**
- **Lebensverlaufsperspektive**
- **„Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen“**

2. (Erschwerte) Bedingungen des Aufwachsens

- **Steigende Ansprüche** an eine „gelingende Sozialisation“ – bei ungewisser Zukunft!
 - Familie, Schule, Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem sind immer mehr **gefordert** – und nicht selten **überfordert**.
 - Zunehmend **ungleiche Verteilung** von gesellschaftlichen **Ressourcen** und **Risiken** für eine erfolgreiche Lebensgestaltung
- >> Gefahr zunehmender **Exklusion/Ausschließung** von jungen Menschen mit sozialen Benachteiligungen, mit Migrationshintergrund, mit Behinderungen etc.

2. (Erschwerte) Bedingungen des Aufwachsens

- Verschiebung der Balance von **Fördern** zu **Fordern** (z.B. Kinder und Jugendliche sind immer stärker von Armut betroffen – gleichzeitig steigen die Anforderungen an Bildung und „Beschäftigungsfähigkeit“)
- Verschiebung der **Verantwortung** von der **Gesellschaft** immer mehr auf den **Einzelnen**.
- Gleichzeitig: **Abnahme** von sozialem Zusammenhalt und unterstützenden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen
- („vom Wohlfahrts- zum **aktivierenden Sozialstaat**“).

2. Neue Morbiditäten

Veränderungen des Krankheitsspektrums schon bei Kindern und Jugendlichen:

(a) von **akuten zu chronischen Erkrankungen** *und*

(b) von **somatischen zu (chronischen) psychosomatischen und psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten**

(„**Neue Morbiditäten**“).

Neue Morbiditäten gehen auf eine **Vielzahl von individuellen und gesellschaftlichen Ursachen** zurück und sind stark durch das **Verhalten** („Lebensstil“) und die **Lebensverhältnisse** bestimmt .

2. Lebensverlaufsperspektive

Von Bedeutung ist weiter die **Lebensverlaufsperspektive**,

- Wichtig ist schon der **gute Start**:
- **Ungünstige Bedingungen in der Kindheit** (wie Vernachlässigung oder Verwöhnung) begünstigen nicht nur **aktuelle Probleme**, sondern auch **spätere psychische Störungen** (z.B. Depression, ADHS)
- Jeder Mensch sammelt also schon in der Kindheit **Zinsen** bzw. **Hypothesen** in Bezug auf seine Gesundheit.
- Die **Lebensverlaufsperspektive** betont diese Zusammenhänge und die Notwendigkeit der „**Förderung altersspezifischer Entwicklungsressourcen**“ .

3. Gesundheit und soziale Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen *

Zunächst die gute Nachricht:

**80% - 90% der Kinder und Jugendlichen sind und
fühlen sich (nach Aussagen ihrer Eltern) gesund!**

Aber:

Es gibt einen starken sozialen Gradienten:

**Je niedriger der soziale Status, desto schlechter die bio-
psycho-soziale Gesundheit und deren Einschätzung –
und das gilt schon ab Geburt!**

*** s. dazu KiGGS (2007, 2008) u. 13. Kinder- und Jugendbericht (2009)**

3. „Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen“ im Licht von „neuen Morbiditäten“ und Lebensverlaufsperspektive

0 – < 3 Jahre: Bindung und Autonomie

Risiken:

- **Bindungsstörungen:** a) Distanzlosigkeit, b) Abwehr und Hemmung
Bindungsstörungen können langfristige Folgen für die psychische Gesundheit haben – können aber auch „geheilt“ werden
 - **Regulationsstörungen** (exzessives Schreien, Trotzen oder Klammern sowie Schlaf- und Fütterstörungen und Unruhe):
Bei **15-20% der Kinder** - in Zusammenhang mit dysfunktionalen Eltern-Kind-Beziehungen. **Beratung kann helfen!**
- >> **Zunahme der Kleinkinder mit sozial bedingten Auffälligkeiten** in Beratungs- und Frühförderstellen!!

3. „Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen“

3 – < 6 Jahre: Bewegen, Sprechen, soziale Achtsamkeit:

enger Zusammenhang zwischen diesen Bereichen und mit psychischer Gesundheit im engeren Sinn!!

Risiken: 1. Motorik:

- **Leistungsverlust** gegenüber früheren Generationen,
- **weniger leistungsfähig:** v.a. Kinder aus der Stadt, mit Migrationshintergrund und niedrigem Sozialstatus – aber gerade sie treiben wenig Sport (>>Teufelskreise!)
- Zusammenhang zw. körperlicher Ungeschicklichkeit und Übergewicht !
>> **Risiko sozialer Ausgrenzung und psychischer Belastung!**

3. Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen“

3 – < 6 Jahre: Bewegen, Sprechen, soziale Achtsamkeit:

Risiken: 2. Sprache :

- **Sprachentwicklungsstörungen** (mit körperlichen und psychosozialen Ursachen) bei **4-8% der Kinder**, v.a. bei Jungen.
- Später öfter **Legasthenie** und **Schulleistungsprobleme**, trotz normaler Intelligenz!
- Kinder mit Migrationshintergrund brauchen zudem oft **mehr deutsche Sprachkompetenz!**
- **Risiko sozialer Ausgrenzung und psychischer Belastung!**

3. „Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen“ (3- < 6 J.)

Risiken: 3. Psychische und Verhaltensauffälligkeiten

(Emotionale Probleme, dissoziales Verhalten, Hyperaktivität, Probleme mit Gleichaltrigen, mangelndes proziales Verhalten)

SDQ-Gesamtproblemwert nach Elternaussagen (Hölling 2007):

Gesamt	Unauffällig:	87%
	Grenzwertig	8%
	Auffällig:	5%
Grenzwertig + auffällig:		
Geschlecht:	Jungen:	16%
	Mädchen:	11%
Migrations- hintergrund	Mit MH:	23%
	Ohne MH	12%
Sozialstatus	Niedrig:	24%
	Mittel:	11%
	Hoch:	7%

3. „Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen“ (6- < 12J.)

**6 – < 12 Jahre: Sich (in der Schule) bewähren,
Beziehungen eingehen, sich Welt aneignen**

Ansteigen einer ganzen Reise von Problemen + Störungen:

- **Schmerzen**
 - **Psychische Probleme**
 - **Teilleistungsstörungen**
 - **Übergewicht** (>> häufig Begleit- und Folgeprobleme!!)
 - Zunehmender **Mangel an Bewegung**, besonders bei Mädchen (mit Migrationshintergrund)
- >> **Ein Problem kommt selten allein –**
- >> und das gilt **besonders bei sozial Benachteiligten** (mit Migrationshintergrund), die **viel stärker gesundheitlich belastet** sind!

3. „Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen“ (6- <12 J.)

Risiken 1: **Schmerzen:**

67% der Kinder (v.a. Mädchen) hatten in den letzten 3 Monaten **Schmerzen** (unklare Ursache, vermutlich auch stressbedingt):

- **v.a Kopfschmerzen** (nehmen von 7 bis 10 Jahren zu!).
- **Bauchschmerzen** (nehmen von 7 bis 10 Jahren ab!)

* Vgl. 13. Kinder- und Jugendbericht

3. „Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen“ (6- < 12 J.)

Risiken: 2. Psychische und Verhaltensauffälligkeiten allgemein

(Emotionale Probleme, dissoziales Verhalten, Hyperaktivität, Probleme mit Gleichaltrigen, mangelndes prosoziales Verhalten)

SDQ-Gesamtproblemwert nach Elternaussagen (Hölling 2007):

Gesamt	Unauffällig: 82%
	Grenzwertig: 8%
	Auffällig: 9%
Geschlecht:	Jungen: 22%
	Mädchen: 13%
Migrations- hintergrund	Mit MH: 24%
	Ohne MH: 16%
Sozialstatus	Niedrig: 29%
	Mittel: 15%
	Hoch: 10%

3. „Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen“ (6- < 12 J.)

Risiken 3: **Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (AD(H)S)**
nach Elternaussagen (Schlack u.a. 2007):

Kinder mit manifester Diagnose		Verdachtsfälle aufgrund ausgewählter Symptome	
Gesamt:	5%	Gesamt:	7%
Jungen:	9%	Jungen:	8%
Mädchen:	2%	Mädchen:	5%
Mit Migrationshintergrund :	3%	Mit MH:	8%
Ohne Migrationshintergrund:	6%	Ohne MH:	6%
Niedriger Sozialstatus:	7%	Niedrig:	11%
Hoher Sozialstatus:	3%	Hoch:	4%

3. „Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen“ (6- < 12J.)

Risiken: 3. AD(H)S – eine Modediagnose??

- Apotheken kauften 2007 **42mal soviel** Methylphenidat (Ritalin etc.) ein wie 1993!
- **Benachteiligte Kinder** (Jungen!) sind doppelt so häufig betroffen!

Fragen dazu:

- Kann AD(H)S **so viel häufiger geworden sein??**
 - Wer hat hier die **Definitionsmacht??** Ärzte??
 - Welche Rolle spielen **Etikettierungsprozesse??**
 - Welche Rolle spielt dabei die **Institution Schule??**
- >> Hohe Anforderungen, kaum noch Bewegungsraum und -zeit?
- >> In „homogenen Lerngruppen“ – kein Platz für **Heterogenität??**
- >> Können Tabletten allein die **Lösung** sein??

3. „Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen“ (6- < 12J.)

Risiken: 4. Entwicklungsstörungen schulischer

Fertigkeiten:

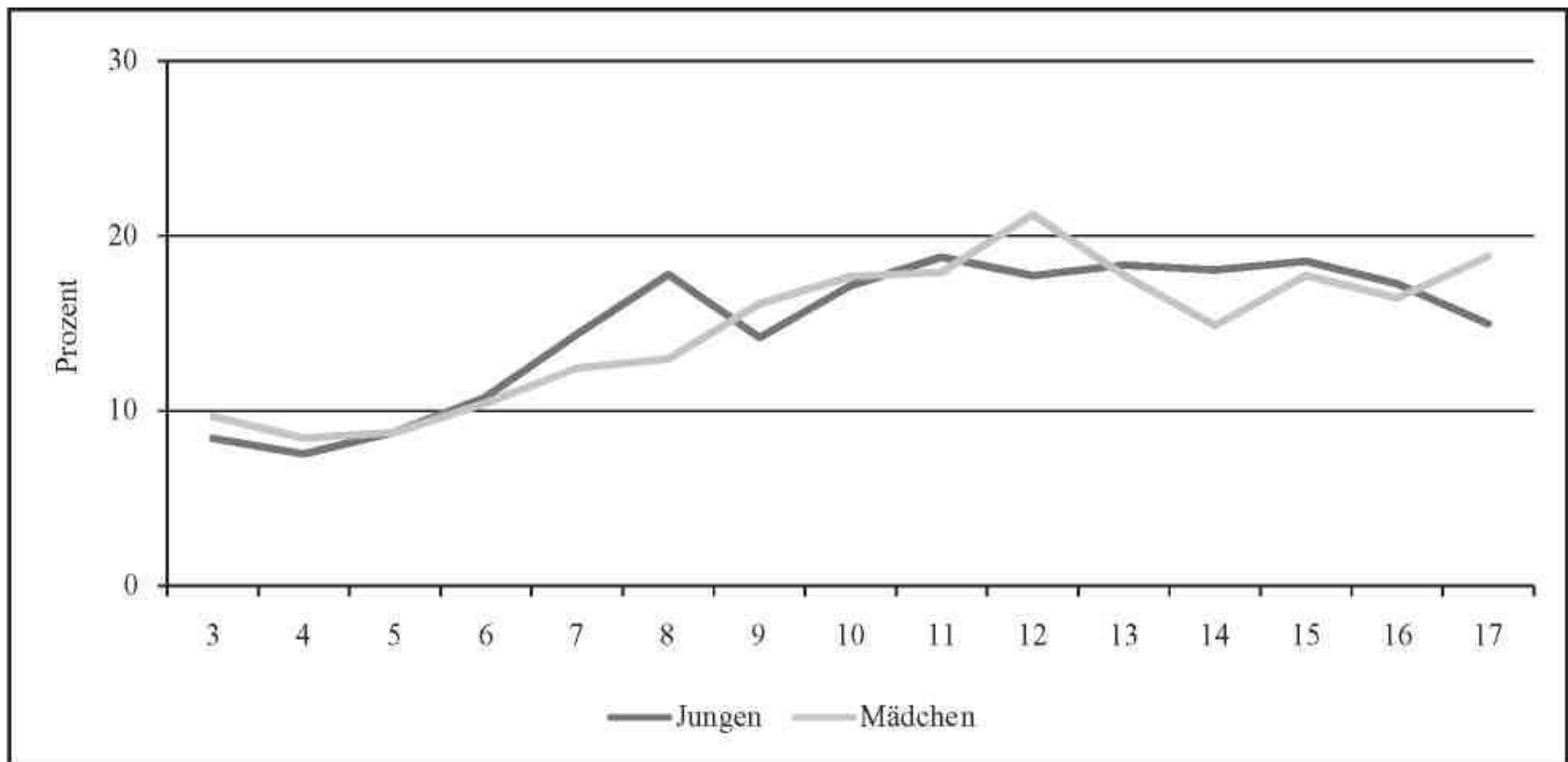
- **Lese-Rechtschreibstörung (Legasthenie)** bei 4-6% der Kinder, v.a. bei Jungen (keine Statusunterschiede!)
- **Rechenstörungen (Dyskalkulie)** bei 3-6% der Kinder, keine Unterschiede nach Geschlecht und Status
- Eine **Kombination beider Störungen** bei Jungen häufiger.
- **Komorbidität mit AD(H)S** nicht selten
- Mögliche **Folgeprobleme: Abwertung** durch Bezugspersonen, **Schulversagen, schlechte Abschlüsse, geringes Selbstwertgefühl, Delinquenz, Aggressivität und/oder depressive Verstimmungen**

3. Risiken 5. Übergewicht /Adipositas bei 3- 17-Jährigen

(nach Kurth/ Schaffrath-Rosario 2007)

	3-6 Jahre	7-10 Jahre	11-13 Jahre	14-17 Jahre
Übergewicht gesamt Davon Adipositas	9% 3%	15% 6%	19% 7%	17% 9%
Geschlecht <i>(nur Adipositas!)</i>	männl: 3% weibl: 3%	männl: 7,0% weibl: 6%	männl: 7% weibl: 7%	männl: 8% weibl: 9%
Migrationshintergrund <i>(nur Adipositas!)</i>	Mit: 5% Ohne: 2%	Mit: 11% Ohne: 5%	Mit: 10% Ohne: 6%	Mit: 9% Ohne: 8%
Sozialer Status <i>(nur Adipositas!)</i>	Niedrig: 4% Mittel: 3% Hoch: 1%	Niedrig: 10% Mittel: 6 % Hoch: 3%	Niedrig: 12% Mittel: 5% Hoch: 4%	Niedrig: 14% Mittel: 8 % Hoch: 5%

3. Risiken: 5. Übergewicht inkl. Adipositas (3-17-Jahre) (Elternangaben, KiGGS-Daten)



3. „Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen“

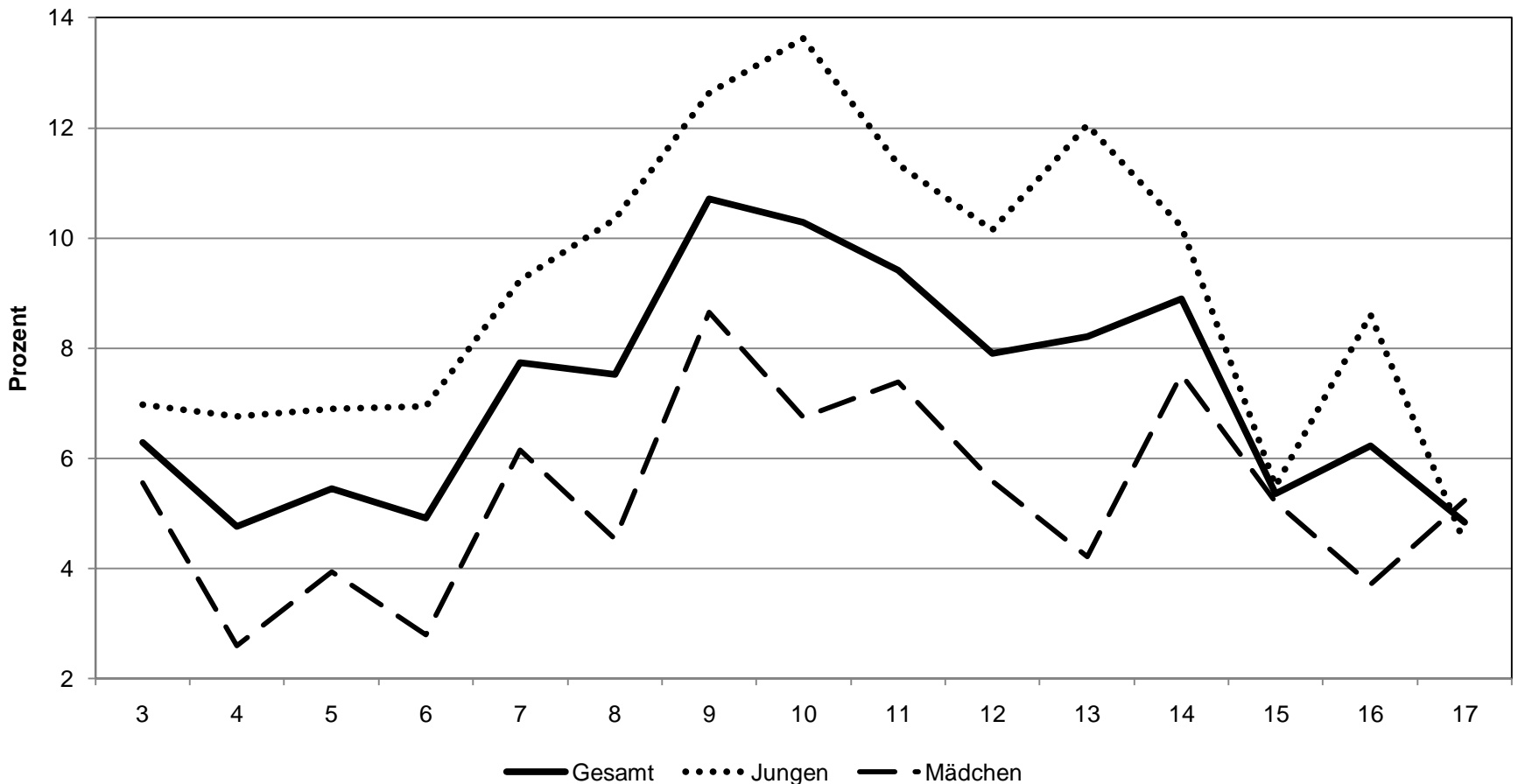
12 – < 18 J.: Körper spüren, Grenzen suchen, Identität finden

Abnahme der psychosozialen Störungen ab 14 Jahren,

Aber: Probleme mit Gefahr der Verfestigung:

- **Essstörungen** (Anorexie, Bulimie),
- **Depressive Störungen,**
- **selbstverletzendes Verhalten,**
- **Suizidalität,**
- **Substanzkonsum,**
- **Delinquenz**

Psychische Auffälligkeiten bei 3- bis 17-Jährigen (Elternangaben); KiGGS-Sonderauswertung des RKI im Rahmen des 13. KJB



3. Risiken: 1. Psychische und Verhaltensauffälligkeiten (Elternangaben, nach Hölling u.a.2007)

	11-13 Jahre	14-17 Jahre
Auffälligkeiten insgesamt	17%	12%
Geschlecht	Mädchen: 12% Jungen: 21%	Mädchen: 11% Jungen: 14%
Migrationshintergrund	Mit: 25% Ohne: 15%	Mit: 15% Ohne: 12%
Sozialer Status	Niedrig: 23% Mittel: 16% Hoch: 8%	Niedrig: 18% Mittel: 12% Hoch: 7%

3. Risiken: 2. Essstörungssymptome (11- 17Jahre)

Selbstauskunft der Befragten (nach Hölling/Schlack 2007)

	11 bis 13 Jahre	14 bis 17 Jahre
insgesamt	21%	23%
Geschlecht	Mädchen: 24% Jungen: 18 %	Mädchen: 32% Jungen: 14%
Migrations- hintergrund	mit MH: 30% ohne MH: 19%	mit MH: 30% ohne MH: 21%
sozialer Status	niedrig: 28% mittel: 19% hoch: 13%	niedrig: 27% mittel: 22% hoch: 17%

3. „Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen“ (12-<18 J.)

Risiken: 3. Depressive Störungen

- bei 5-14% aller Jugendlichen, v.a. Mädchen.
- Zunahme insgesamt und früheres Auftreten erster Symptome (ab 12. Lebensjahr)!
- **Gute, rechtzeitige Behandlung senkt Risiko** von Chronifizierung und Begleiterkrankungen, z.B. Angststörungen

3. „Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen“ (12-<18 J.)

Risiken:

4. **Selbstverletzendes Verhalten** (bei ca. 16 % der Jugendlichen),

- Oft Mittel zur Spannungslösung nach Traumatisierungen,
- Oft im Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen

5. **Suizidalität:** (ab 12. Lebensjahr Anstieg von Suiziden)

- insgesamt Rückgang vollendeter Suizide (2007: 219 Fälle, 74% Jungen)
- Etwa zehnmal so viele Suizidversuche, v.a. von Mädchen.

6. **Delinquenz:** etwa 7% der 14-18-Jährigen werden mindestens 1 x angezeigt, Dunkelziffer erheblich höher.

„Delinquenzkarrieren“ sehr selten!

5. Substanzkonsum/Suchtverhalten (12-< 18J.)

- **Tabak-** und **Alkohol**konsum: leichter **Rückgang**,
- „**Binge Drinking**“: **Zunahme**
- Konsum **illegaler Drogen** (unklar)
- **Spiel-** und **Internet-“Sucht“** , **Kaufsucht** u.a. : Schätzung: eher **Zunahme**

Unterschiedliche Untersuchungen mit unterschiedlichen Zahlen!!

- Insgesamt relativ **geringe Status-** , aber **große Geschlechter-**
unterschiede (zugunsten der Mädchen) .
- Substanzkonsum bei den meisten Jugendlichen nur **vorübergehend**: Probierverhalten bzw. „Grenzen austesten“ -
- ein kleiner Teil aber **behält riskante Konsummuster** bei und ist längerfristig suchtfährdet.

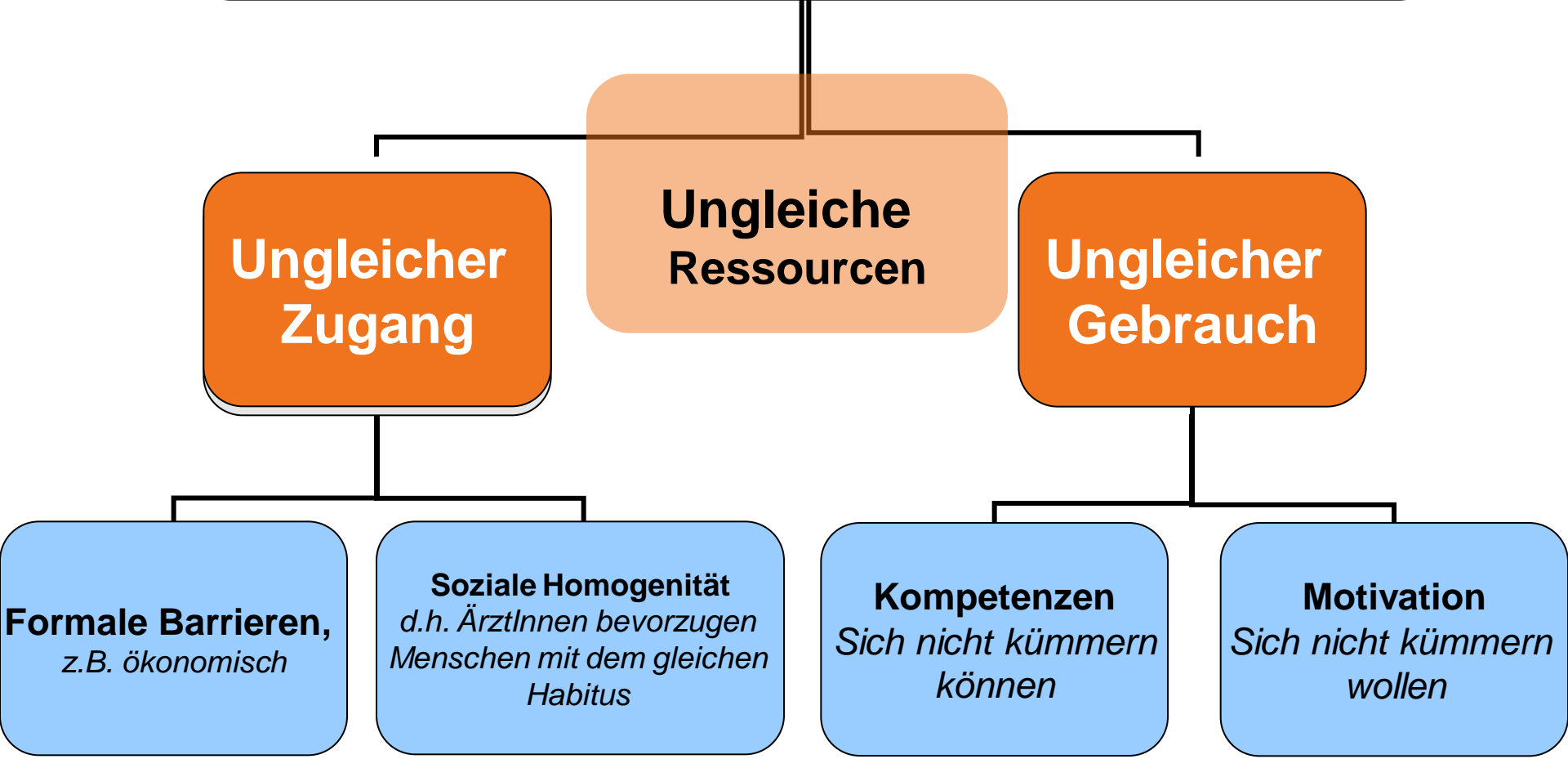
Fazit zu Pkt. 3: wer ärmer ist, ist öfter krank!

Sozial benachteiligte Jugendliche, v.a. mit **Migrationshintergrund**

- haben ein **ungünstigeres Gesundheitsverhalten**,
- leben in einem **ungünstigeren Familienklima** mit weniger Zusammenhalt
- zeigen **höhere Gewaltbelastung** und **erhöhte Gewaltbereitschaft**.
- **Kinder aus unvollständigen Familien** zeigen gehäuft **psychische Auffälligkeiten**, (v.a. bei Arbeitslosigkeit der Mütter),
- haben insgesamt **geringere personale, soziale und familiäre Ressourcen**, (v.a. Mädchen und Jungen mit psychischen und Verhaltens-Auffälligkeiten) und **fühlen sich weniger wohl**.
- Sie können deshalb **Belastungen besonders schlecht ausgleichen**

(Quelle: KiGGS-Daten; nach Angaben der Eltern und der Jugendlichen)

Ungleichheiten der Gesundheitsversorgung



ZUM SCHLUSS:

Gerade sozial benachteiligte junge Menschen brauchen breitgefächerte und nicht nur symptombezogene Unterstützung!

Denn Gesundheit wird gewonnen in sozialen und biographischen Prozessen, durch Körperaneignung und soziales Lernen!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

13. Kinder- und Jugendbericht und Expertisen

abrufbar über: <http://www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=687>

Deutscher Bundestag (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. BT-Drucksache 16/12860 .

Expertisen (I) : Grundlagen

- *Nico Dragano / Thomas Lampert / Johannes Siegrist: Wie baut sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf auf?*
- *Petra Kolip: Zentrale gender-relevante Kriterien für Gesundheits-förderung und Prävention*
- *Bernd Röhrle: Evaluationsprogramme zu Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention – was können sie leisten?*
- *Manfred Hintermair: Salutogenetische und Empowerment-Konzepte in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen*

Expertisen (II): Kinderbetreuung und Förderung von Heranwachsenden mit Behinderungen

- *Tina Friederich*: Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertageseinrichtungen
- *Renate Höfer, Luise Behringer*: Interdisziplinäre Frühförderung - Angebot und Leistungen
- *Elisabeth Wacker*: Delphi-Studie zu Gesundheitsförderung und Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen.

Expertisen (III): Kinder- und Jugendarbeit und Jugendberufshilfe

- *Andreas Hanses/Kirsten Sander*: Gesundheitsförderung in der außerschulischen Jugendarbeit
- *Knut Lambertin*: Gesundheitsförderung in der Jugendverbandsarbeit
- *Elke Opper/Petra Wagner*: Gesundheitsförderung und Prävention im Kinder- und Jugendsport
- *Peter Paulus*: Gesundheitsförderung in Kooperation von Schule, Jugendhilfe und anderen Partnern
- *Florian Straus*: Gesundheitsförderung und Prävention in berufsbildenden Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe

Expertisen (IV): Gesundheitsförderung und Prävention in Erziehungshilfen und für Kinder und Jugendliche in Risikolagen

- *Albert Lenz*: Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern – Stärkung ihrer Ressourcen durch Angebote der Jugendhilfe
- *Michael Kölch*: Hilfen für Kinder aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern
- *Stephan Sting*: Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter
- *Ulrich Gerth /Klaus Menne*: Der Beitrag der Erziehungsberatung zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen
- *Margret Dörr*: Gesundheitsförderung in stationären Angeboten der Jugendhilfe: Heime als Orte für Salutogenese
- *Jörg M. Fegert/Tanja Besier*: Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem