



Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen.

LIGA.Fokus 8

Impressum

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen
(LIGA.NRW)
Ulenbergstraße 127 – 131
40225 Düsseldorf
Telefon 0211 3101-0
Telefax 0211 3101-1189
www.liga.nrw.de
poststelle@liga.nrw.de

Autoren

Rolf Annuß, LIGA.NRW
Svenja Budde, LIGA.NRW
PD Dr. Alfons Holleederer, LIGA.NRW
Dr. Udo Puteanus, LIGA.NRW
Klaus Simon, LIGA.NRW
Wolfgang Werse, LIGA.NRW

Redaktion und Bearbeitung

LIGA.NRW

Namensbeiträge geben die Meinung der
Verfasser wieder. Sie entsprechen
nicht unbedingt der Auffassung des
Herausgebers.

Layout und Verlag

LIGA.NRW

Das LIGA.NRW ist eine Einrichtung des
Landes Nordrhein-Westfalen und gehört
zum Geschäftsbereich des Ministeriums
für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Nachdruck und Vervielfältigung, auch
auszugsweise, nur mit Genehmigung
des LIGA.NRW.

Düsseldorf, Juli 2010

ISBN 978-3-88139-166-5

0. Zusammenfassung	4
1. Einleitung	5
2. Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter	6
2.1 Soziale Determinanten	6
2.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede	7
3. Empirische Befunde zur psychischen Gesundheit im Kindes- und Jugendalter	9
3.1 Entwicklungstendenzen in der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	9
3.2 Die häufigsten Behandlungsdiagnosen in der ambulanten Behandlung	13
3.3 Stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen	17
3.4 Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland und in Nordrhein-Westfalen in repräsentativen Erhebungen	22
3.5 Ergebnisse der nordrhein-westfälischen Schuleingangs- untersuchungen.....	25
3.6 Psychopharmaka und ADHS bei Kindern und Jugendlichen	29
4. Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen als Gegen- stand von Planungen und Maßnahmen der kommunalen Gesundheitskonferenzen	30
5. Evidenzbasierte Strategien der Prävention und Gesundheits- förderung	33
5.1 Gesundheitsförderung und Prävention in der Familie	33
5.2 Gesundheitsförderung und Prävention im Kindergarten und in der KiTa.....	35
5.3 Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule	36
6. Schlussfolgerungen	38
7. Anhang: Projektrecherche Landesinitiative Gesundes Land Nordrhein-Westfalen zum Thema Prävention und Gesundheits- förderung mit Schwerpunkt seelischer Gesundheit	40
8. Literatur	44

0. Zusammenfassung

Die psychischen Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter steigen derzeit in Nordrhein-Westfalen sehr stark an. Die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird dabei durch soziale Faktoren wie die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung und weiteren Determinanten u.a. sozioökonomischer Status, Geschlecht oder Migrationshintergrund beeinflusst.

Empirische Befunde von repräsentativen Erhebungen und Behandlungsdaten verweisen auf eine Verschiebung im Krankheitsspektrum von den somatischen zu den psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Wie die LIGA.NRW-Analysen der ambulanten Behandlungsfälle und der Krankenhausstatistik für Nordrhein-Westfalen belegen, fand eine kontinuierliche Zunahme der psychischen und Verhaltensstörungen bei den unter 15-Jährigen statt. Im ambulanten Behandlungsbereich dominieren die Entwicklungsstörungen. Besorgniserregend ist zudem die unverhältnismäßig hohe Steigerung an alkoholbedingten Krankenhausfällen, die sich in Nordrhein-Westfalen von 2000 bis 2008 bei den 10- bis 17-Jährigen beinahe verdreifacht haben. Darüber hinaus lässt sich ein Anstieg der Verordnungshäufigkeit von Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen feststellen.

Die Ergebnisse der nordrhein-westfälischen Schuleingangsuntersuchungen 2008/2009 zeigen, dass Verhaltensauffälligkeiten häufiger bei Kindern bildungsferner Familien vorliegen als bei Einschülern aus Familien mit mittlerem oder hohem Bildungsniveau.

Wie eine Befragung der kommunalen Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen ergibt, thematisierten bereits rund zwei Drittel die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In den Konferenzen werden Aspekte der Prävention, Versorgung oder spezielle Maßnahmen für einzelne Zielgruppen behandelt. Allerdings geschah dies nicht immer in der notwendigen Bearbeitungstiefe und Themenbreite.

Die Analysen des LIGA.NRW verdeutlichen, dass es im Kindes- und Jugendalter vulnerable Zielgruppen gibt, die einen ganz besonderen Bedarf an Gesundheitsförderung und Prävention aufweisen. Eine Schlüsselrolle kommt in diesem Zusammenhang den lebensweltbezogenen Interventionen zu, die insbesondere in Familien, in Kindergärten und Kindertagesstätten sowie in Schulen ansetzen.

1. Einleitung

Das Ziel der folgenden Arbeit ist es, den aktuellen Stand der Forschung und der Gesundheitsberichterstattung zur seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in einem kurzen und zeitnahen Überblick zu beschreiben. Die Analyse stellt dabei nicht nur seelische Beeinträchtigungen sondern auch deren Einflussfaktoren dar. Auf dieser Basis werden darüber hinaus Präventionsmöglichkeiten aufgezeigt. Als Grundlage werden Studien und Daten der Gesundheitsberichterstattung herangezogen, die die Thematik der psychischen Gesundheit im Kindes- und Jugendalter oder die Prävention von psychischen Beeinträchtigungen beinhalteten und in den Jahren von 2000 bis 2010 veröffentlicht wurden. Zudem finden ausgewählte Projekte zur Förderung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und der Unterstützung sozial benachteiligter Familien Berücksichtigung. Außerdem wurde eine Befragung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen durchgeführt. Wenn Gesundheitsdaten aus Nordrhein-Westfalen vorliegen, werden diese bevorzugt in die Analyse einbezogen.

2. Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter

Allgemein lässt sich festhalten, dass der Entstehung von psychosomatischen Störungen ein Wirkungsgefüge aus den drei Einflüssen Lebensweise, genetische Disposition und Umwelt zugrunde liegt (Hurrelmann, 2002). Psychische Beeinträchtigungen sind auf interne und externe Einflussfaktoren zurückzuführen. Zu internen Faktoren zählen z.B. Angst und Depression, als externe Faktoren gelten u.a. das familiäre Umfeld (familiärer Stress, Substanzabhängigkeiten in der Familie und niedriger sozioökonomischer Status). Die Prävalenz für psychische Störungen nimmt generell beim Vorliegen mehrerer Risikofaktoren zu (Bayer et al., 2007; Ravens-Sieberer et al., 2008). Darüber hinaus üben gesundheitliche Ressourcen wie der Kohärenzsinn, die Selbstwirksamkeit, die emotionale Intelligenz, die soziale Kompetenz und die gesundheitliche Bildung, protektive Wirkungen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus (Svedbom, 2005).

2.1 Soziale Determinanten

Es liegen Assoziationen zwischen dem Auftreten von psychischen Erkrankungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten und dem **sozioökonomischen Status** vor. Kinder und Jugendliche mit einem niedrigen sozioökonomischen Status haben ein höheres Risiko zu erkranken und weisen häufiger psychische Störungen und Verhaltensprobleme auf als vergleichsweise Kinder aus höheren sozialen Schichten (Hurrelmann 2002; Hurrelmann & Andresen, 2010; Klocke & Becker, 2003; Kim et al., 2007; RKI, 2008). Kinder, die in ungünstigen familiären Verhältnissen leben, sind psychosozial stärker belastet und haben signifikant höhere Werte bei psychischen Auffälligkeiten (Laucht et al., 2000). Der Blick auf die soziale Verteilung von psychischem Wohlbefinden zeigt, dass besonders Jugendliche aus sozial besser gestellten Schichten einen höheren Grad an psychischem Wohlbefinden aufweisen als vergleichsweise unterprivilegierte Jugendliche (Ravens-Sieberer et al., 2003).

Darüber hinaus ist die **emotionale Beziehung zu den Eltern** ein entscheidendes Kriterium für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Je besser die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung, desto positiver ist in der Regel die psycho-soziale Gesundheit der Jugendlichen (Klocke &

Becker, 2003). Der 13. Kinder- und Jugendbericht (BMFSFJ, 2009) betont die Bedeutung einer sicheren Eltern-Kind-Bindung im frühen Kindesalter, die entscheidend für die positive Persönlichkeitsentwicklung, das Sozialverhalten und die Entwicklung erfolgreicher Bewältigungsstrategien ist. Es hat sich allerdings auch gezeigt, dass Jugendliche heutzutage seltener über enge Beziehungen zu den Eltern verfügen als früher. Bei Kindern und Jugendlichen, denen die soziale Unterstützung durch das Netzwerk Familie fehlt, können Probleme nicht so gut emotional bewältigt werden. Zudem bestehen Assoziationen zwischen der sozialen Schicht und der Qualität der Beziehung zu den Eltern. Je höher der soziale Status liegt, desto besser ist das Verhältnis zu den Eltern im Durchschnitt (Hurrelmann et al., 2006; Langness et al., 2006).

Von psychischen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten sind laut KIGGS (2006) Kinder mit **Migrationshintergrund** stärker betroffen als Kinder, die nicht aus Migrantenfamilien stammen. Sie zeigen häufiger Verhaltensprobleme wie Aggressivität und etwas häufiger Anzeichen von Hyperaktivität auf (RKI, 2008). Die nordrhein-westfälischen Schuleingangsuntersuchungen bestätigen diesen Trend allerdings nicht (siehe Kap. 3.5).

2.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Das Geschlecht ist offensichtlich mit der Entwicklung von psychischen Störungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten assoziiert. Das ergeben der KIGGS-Survey in Bezug auf aggressives Verhalten und Hyperaktivität (vgl. Kap. 3.4) und die Auswertungen der nordrhein-westfälischen Behandlungsdaten im ambulanten und stationären Bereich (siehe Kap. 3.1 bis 3.3). Weitere Studien belegen ähnliche geschlechtsspezifische Unterschiede beim Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) (RKI, 2008; Froehlich et al., 2007; Hurrelmann, 2002). Hurrelmann et al. (2006) zeigen auf, dass sich Alltagsbelastungen bei Jungen vermehrt durch nach außen gerichtete Verhaltensweisen wie Aggressivität, Drogenkonsum und Unruhe äußern. Mädchen hingegen weisen häufiger depressive und psychosomatische Störungen auf als Jungen (Hurrelmann, 2002; Hibell et al., 2009). Begründung findet das höhere Depressionsvorkommen bei Mädchen häufig darin, dass diese vermehrt eine nach innen gerichtete Umgangsweise mit Problemen haben (Langness et al., 2006).

Ein gering ausgeprägtes psychisches Wohlbefinden liegt besonders häufig bei Mädchen mit niedrigerem Sozialstatus vor (Ravens-Sieberer et al., 2003).

Das Eintrittsalter für Depressionen hat in den letzten Jahren eine Verschiebung nach unten erfahren. Ab einem Alter von 12 Jahren steigt die Anzahl depressiver Merkmale deutlich an. Jugendliche Mädchen leiden signifikant häufiger an Depressionen als Jungen (Hibell et al., 2009).

3. Empirische Befunde zur psychischen Gesundheit im Kindes- und Jugendalter

Das Thema „seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ ist derzeit aus Public Health Sicht von besonders großer Relevanz, weil die Konstitutionsstörungen, die psychosozial bedingt sind, stark zunehmen. Im Folgenden wird das Vorkommen psychischer Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten und die unterschiedlichen Ausprägungen allgemein und dann nach verschiedenen Datenquellen beschrieben.

3.1 Entwicklungstendenzen in der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

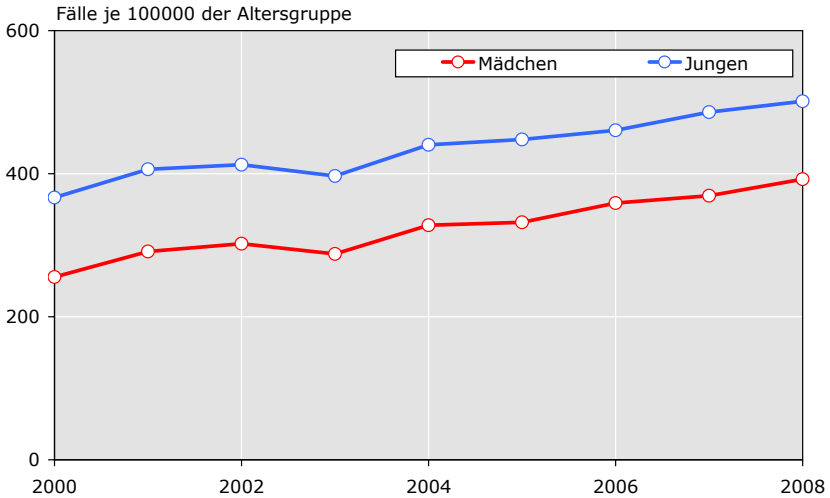
Das Auftreten von Sucht- und Angsterkrankungen geschieht verhältnismäßig frühzeitig im Lebensalter (Klocke & Becker, 2003; Ravens-Sieberer et al., 2003). Darüber hinaus ist eine Zunahme an psychosomatischen Störungen innerhalb der letzten beiden Jahrzehnte zu verzeichnen (Hurlerlmann, 2002). Es konnte zudem eine Morbiditätsverschiebung von den somatischen zu den psychischen Erkrankungen im Krankheitsspektrum festgestellt werden (BMFSFJ, 2009). Die Prävalenz psychischer Störungen ist laut Faltermaier (2005) schwer zu bestimmen, weil bei der Diagnostik im Kindes- und Jugendalter verschiedene methodische Probleme auftreten. Es wird aber geschätzt, dass psychische Störungen bei etwa 13 % bis 27 % der Jugendlichen vorhanden sind (Faltermaier, 2005). Darunter sind bei den Mädchen hauptsächlich Depressionen, Suizidversuche und Ängste zu verzeichnen und bei den Jungen treten vielfach antisoziales Verhalten, Aggressivität und auch Suizide auf (Faltermaier, 2005). Internationale Studien betonen ebenfalls eine weite Verbreitung der psychischen Störungen bei Kindern. Es hat sich international herausgestellt, dass mehr als 20 % der Kinder in modernen Gesellschaften solche Probleme aufweisen (Bayer et al., 2007).

Andere Studien zur Prävalenz von einzelnen seelischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen zeigen, dass 8,6 % unter Hyperaktivität, 3,7 % an Störungen der Gemütslage und 2,1 % an Verhaltensstörungen leiden (Merikangas et al., 2010). Eine Hyperaktivität liegt häufiger bei Jungen vor, während Mädchen mehr Stimmungsstörungen aufzeigen.

Aktuelle Zahlen zur Häufigkeit von psychischen Erkrankungen sowie von Verhaltens- und Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter können in erster Linie aus den Daten der Krankenhausstatistik und der ambulanten Behandlungsfälle der niedergelassenen Ärzte abgeleitet werden. Hierbei bilden die Krankenhausbehandlungen nur einen relativ geringen Anteil der Erkrankungsfälle ab, die durch besonders schwerwiegende Verläufe gekennzeichnet sind. Hinzu kommen Notfallbehandlungen wie z. B. die Alkoholvergiftungen, die in den letzten Jahren dramatisch angestiegen sind. Ambulante Diagnosedaten der Kassenärztlichen Vereinigungen stehen in Nordrhein-Westfalen seit dem Jahr 2005 für Auswertungen zur Verfügung. Mit diesen Daten ist es erstmals möglich, das Krankheitsgeschehen in der Bevölkerung – in diesem Fall bei den Kindern und Jugendlichen – mehr oder weniger lückenlos darzustellen. Da die vorliegenden Datensätze nach 5-Jahres-Altersgruppen zusammengefasst sind, beschränken sich die folgenden Auswertungen auf Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 14 Jahren. Die Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen ist als Gesamtheit bereits nicht mehr repräsentativ für das Krankheitsgeschehen im Kindes- und Jugendalter, weil die 18- bis 19-Jährigen das Krankheitsspektrum in dieser Altersgruppe aufgrund hoher Inzidenzen dominieren.

Im Zeitraum zwischen den Jahren 2000 und 2008 haben die Krankenhausfälle wegen psychischer und Verhaltensstörungen (ICD-10 F00-F99) bei den unter 15-Jährigen kontinuierlich zugenommen. Der Zuwachs der Behandlungsraten (Fälle je 100.000 der Altersgruppe) betrug 43 %. Er stieg bei Mädchen mit 54 % stärker an als bei den Jungen mit 37 % (Abb. 1). Zum Vergleich: Die Behandlungsrate in der Gesamtbevölkerung nahm im gleichen Zeitraum „nur“ um 26 % zu.

Abb. 1: Krankenhausfälle wegen psychischer und Verhaltensstörungen (F00-F99) bei unter 15-Jährigen in Nordrhein-Westfalen von 2000 – 2008



Die Raten der Jungen liegen rund ein Drittel höher als die der Mädchen (Abb.1). Bedingt durch den seit zwanzig Jahren unverminderten Geburtenrückgang fällt die Zunahme der absoluten Fallzahlen im Beobachtungszeitraum (2000: 9.152 Fälle, 2008: 11.665 Fälle) mit knapp 28 % erkennbar niedriger aus als die Zunahme der Behandlungsrate je 100.000. Die Tatsache, dass die Zahl der Kinder in unserer Gesellschaft ständig abnimmt, führt daher immer zu einer Unterschätzung aktueller Entwicklungstrends, wenn man nur auf die absoluten Zahlen schaut und nicht die populationsbezogenen Raten berücksichtigt.

Die jährlichen Zuwachsraten bei den ambulanten Behandlungsraten wegen psychischer Erkrankungen in dieser Altersgruppe entsprechen nahezu exakt denen der Krankenhausbehandlungen, so dass man davon ausgehen kann, dass es sich hier nicht nur um einen isolierten Trend bei den besonders schweren Fällen handelt, die eine stationäre Behandlung erfordern. Bei den ambulanten Behandlungsdiagnosen liegt die Zunahme (je 100.000 der Altersgruppe) für die Kinder und Jugendlichen fast doppelt so hoch wie in der Gesamtbevölkerung (+14,3 % gegenüber + 7,8 % bezogen auf den Zeitraum 2005-2008).

Da bei den vorliegenden ambulanten Daten die Zahl aller vom Arzt vergebenen Diagnosen gezählt wird und pro Patient im allgemeinen mehrere Diagnosen kodiert werden, lässt sich aus der Summe der Diagnosen nicht die Gesamtzahl aller wegen psychischer Erkrankungen behandelte Kinder ableiten. Dies ist jedoch problemlos für Einzeldiagnosen möglich, wie im Folgenden dargestellt.

3.2. Die häufigsten Behandlungsdiagnosen in der ambulanten Behandlung

Der weitaus überwiegende Teil der Behandlungsfälle im Bereich der psychischen Erkrankungen und Verhaltens- bzw. Entwicklungsstörungen findet sich bei Kindern und Jugendlichen in zwei Untergruppen der ICD-10 Systematik: „Entwicklungsstörungen (F80-F89)“ sowie „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)“. Beide Erkrankungsgruppen haben in den Praxen der niedergelassenen Ärzte in dem relativ kurzen Beobachtungszeitraum zwischen 2005 und 2008 erheblich zugenommen (F80-F89: +18 %, F90-F98: + 22 %).

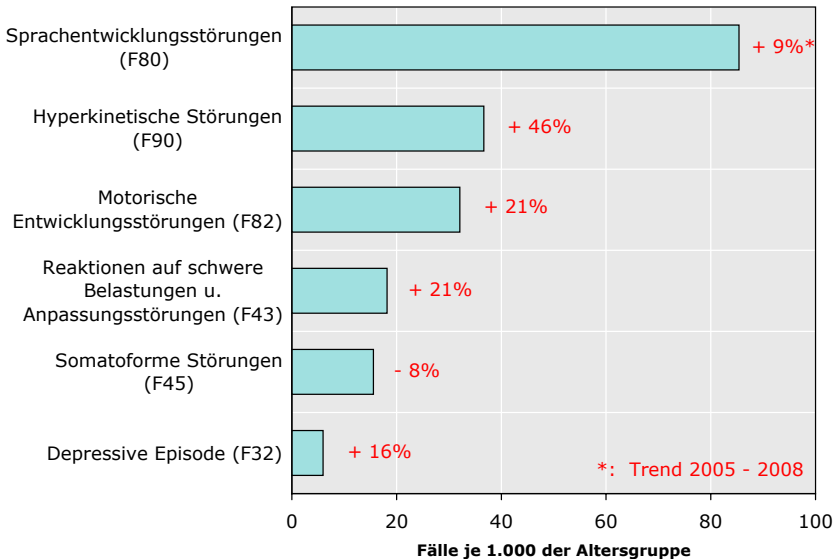
Tab. 1: Die zehn häufigsten ambulanten Behandlungsdiagnosen der Gruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ bei unter 15-Jährigen in Nordrhein-Westfalen in 2008

	Diagnose	Anzahl	Je 1.000
1.	Sprachentwicklungsstörungen (F80)	220.224	85,4
2.	Hyperkinetische Störungen, ADHS (F90)	94.683	36,7
3.	Motorische Entwicklungsstörungen (F82)	82.860	32,1
4.	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (Einnässen, Stottern u.a.) (F98)	81.487	31,6
5.	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	46.975	18,2
6.	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen (F83)	43.467	16,9
7.	Emotionale Störungen des Kindesalters (F93)	43.302	16,8
8.	Somatoforme Störungen (F45)	40.284	15,6
9.	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81)	39.979	15,5
10.	Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung (F89)	39.796	15,4

Im ambulanten Bereich dominieren eindeutig die Entwicklungsstörungen - allen voran die Sprachentwicklungsstörungen, die 2008 mit 220.000 Fällen bei ca. 9 % der unter 15-Jährigen in Nordrhein-Westfalen diagnostiziert wurden (85,4 je 1.000 der Altersgruppe, Abb. 2 und Tab. 1). Da im Datensatz der ambulanten Behandlungen die Privatversicherten (ca. 10 % der Bevölkerung) nicht enthalten sind, kann man annehmen, dass die „tatsächlichen“ bevölkerungsbezogenen Raten eher etwas höher liegen, als hier angegeben. Zudem muss von einer erheblichen Zahl von Kindern mit nicht diagnostizierten bzw. nicht behandelten Entwicklungsstörungen ausgegangen werden, die in dieser Statistik ebenfalls fehlen. Mit rund zwei Dritteln der ambulanten Behandlungsfälle sind Jungen deutlich häufiger als Mädchen von Entwicklungsstörungen betroffen.

Mit dem Älterwerden der Kinder vermindern sich diese Störungen zunehmend, sie können aber durchaus in abgeschwächter Form bis ins Erwachsenenalter andauern. Vor allem durch sekundäre Folgen wie Minderungen des Selbstwertgefühls und der sozialen Anerkennung und Integration können Entwicklungsstörungen krankheitsrelevant werden. Im Folgenden soll der Fokus jedoch auf einigen ausgewählten psychischen Störungen im engeren Sinne liegen, die häufig deutlich belastender für die betroffenen Kinder und ihre Familie sind als die o.g. Entwicklungsstörungen und die durch einen teilweise sprunghaften Anstieg in den letzten Jahren auffallen.

Abb. 2: Ausgewählte häufige ambulante Behandlungsdiagnosen der Gruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ bei unter 15-Jährigen in NRW in 2008



Bei knapp 95.000 ambulanten Fällen wegen „Hyperkinetischen Störungen (F90)“ ergibt sich im Jahr 2008 eine Behandlungsrate von 3,7 % aller Kinder und Jugendlichen dieser Altersgruppe, in der am stärksten betroffenen Altersgruppe der 5 bis 9-Jährigen beträgt die Behandlungsrate 5,3 %. Schätzungsweise 1,3 % der ambulant behandelten Kinder werden wegen dieser Diagnose auch in ein Krankenhaus aufgenommen (siehe auch Kap. 3.3). Besorgniserregend ist die Zunahme der Behandlungsraten: Im ambulanten Bereich betrug der Anstieg zwischen 2005 und 2008 rund 46 %, im stationären Bereich für den gleichen Zeitraum 35 % (2000 bis 2008: 84 %).

Die Krankheit kann einen erheblichen Einfluss auf die Schulleistungen der betroffenen Kinder haben. Häufigkeit und kontinuierliche Zunahme der hyperkinetischen Störungen erfordern vermehrte Anstrengungen bei der Ursachenforschung, frühzeitigen Erkennung der oft verspätet diagnostizierten Erkrankung sowie die Sicherstellung einer kompetenten fachärztlichen Behandlung.

Zwei weitere häufig vertretene Diagnosen stammen aus der Gruppe der „Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48)“, nämlich die „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)“ sowie die „Somatoformen Störungen (F45)“. Die somatoformen Störungen, früher u.a. auch als psychogene oder psychosomatische Störungen bezeichnet, umfassen im Kindesalter in erster Linie Kopf- und Bauchschmerzen, Übelkeit oder Gliederschmerzen, jeweils ohne erkennbare körperliche Ursache. Bei den Diagnosen ist gemeinsam, dass sie bei Mädchen häufiger als bei Jungen auftreten und dass sie im ambulanten wie im stationären Bereich in den letzten Jahren eine rückläufige Tendenz aufweisen – mit Ausnahme der Belastungs- und Anpassungsstörungen im ambulanten Sektor: Sie sind zwischen 2005 und 2008 bei den Kindern und Jugendlichen um 21 % angestiegen (Abb. 2).

3.3 Stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen

Diejenige Diagnose aus der Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen, die bei den unter 15-Jährigen am häufigsten zur Einweisung in ein Krankenhaus führt, ist für den Nichtfachmann nur schwer mit einem konkreten Krankheitsbild in Verbindung zu bringen: „Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92)“. Die Diagnose nimmt eine Sonderstellung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein, da bei vielen betroffenen Kindern zu Beginn der Krankheit häufig noch keine eindeutige Diagnosestellung wie z. B. schizophrene oder affektive Störung möglich ist.

Tab. 2: Die zehn häufigsten stationären Behandlungsdiagnosen der Gruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ bei unter 15-Jährigen in Nordrhein-Westfalen in 2008

	Diagnose	Anzahl	Je 1.000
1.	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92)	1.639	0,6
2.	Hyperkinetische Störungen, ADHS (F90)	1.237	0,5
3.	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	1.075	0,4
4.	Emotionale Störungen des Kindesalters (F93)	903	0,4
5.	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen (F83)	790	0,3
6.	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	748	0,3
7.	Somatoforme Störungen (F45)	741	0,3
8.	Andere Verhaltens- u. emotionale Störungen mit Beginn i. d. Kindheit u. Jugend (Einnässen, Stottern u.a.) (F98)	541	0,2
9.	Depressive Episode (F32)	504	0,2
10.	Störungen des Sozialverhaltens (F91)	467	0,2

Um eine frühzeitige Festlegung, evtl. auch Stigmatisierung zu vermeiden, verwendet man die relativ offene Diagnose F92 als „Einstiegsdiagnose“, die im weiteren Verlauf der Erkrankung konkretisiert werden kann. Zwei Drittel der betroffenen Kinder und Jugendlichen sind Jungen.

Zwischen 2000 und 2008 ist die stationäre Behandlungsrate wegen dieser Diagnose um 49 % angestiegen. Auffällig ist die hohe Hospitalisierungsrate gemessen an den ambulanten Fallzahlen: Bei 16.380 ambulanten Fällen 2008 beträgt der Anteil stationärer Behandlungen (1.639 Fälle) genau 10 %. Es fällt auch auf, dass die stationären Behandlungsraten je 100.000 wegen F92 in Nordrhein-Westfalen eine erhebliche regionale Streuung aufweisen, einige Kreise liegen um das Zwei- bis Dreifache über dem Landesdurchschnitt bei wohnortbezogenen Auswertungen.

Abgesehen von der Diagnose „kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen (F83)“, bei der i.d.R. sprachliche, motorische und schulische Entwicklungsstörungen parallel auftreten, führen Entwicklungsstörungen nur sehr selten zu stationären Behandlungen (vgl. Tabellen 1 und 2).

Vor allem sind hier die „Hyperkinetischen Störungen (F90)“, auch als ADS bzw. ADHS bekannt, zu nennen, die sowohl bei den stationären wie bei den unten noch folgenden ambulanten Behandlungen zur Zeit die zweithäufigste Diagnose bei den unter 15-Jährigen bilden. Bei dieser Störung, die durch die Kombination von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität gekennzeichnet ist, überwiegen mit rund drei Viertel der Betroffenen eindeutig die Jungen.

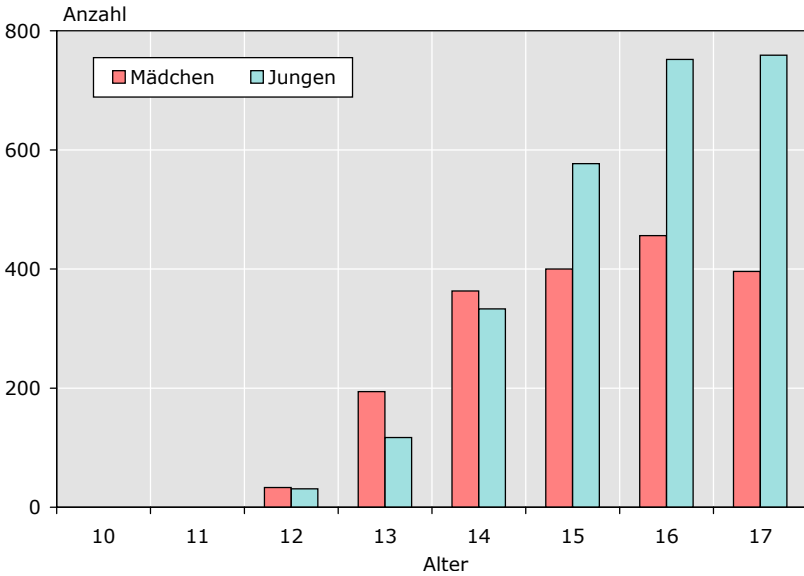
In dieser Altersgruppe treten bereits voll ausgebildete Depressionen auf, die eine stationäre Behandlung erforderlich machen. Im Jahr 2008 war dies bei 504 Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen der Fall (Tab. 2). Überraschend ist der extreme Anstieg stationärer Behandlungen zwischen 2000 und 2008, der vor allem die Mädchen betrifft: Fallzahlen und Behandlungsraten insgesamt haben sich verfünffacht, bei den Mädchen liegen die Fallzahlen 2008 mit 349 Fällen sogar fast sieben mal so hoch wie die 54 Fälle im Jahr 2000.

Da der Anstieg im ambulanten Bereich eher moderat ausfällt (+16 % zwischen 2005 und 2008), stellt sich die Frage, wie es zu dieser Zunahme schwerwiegender Fälle kommt, die eine Krankenhausbehandlung erforderlich machen. Allerdings fällt auch bei dieser Diagnose auf, dass einzelne Städte stationäre Behandlungsraten aufweisen, die erheblich über dem Landesdurchschnitt liegen (Wohnortbezogene Auswertung).

Die letzte Diagnose, die wir hier betrachten wollen, steht an dritter Stelle in der Häufigkeit stationärer Behandlungen (und bei der erweiterten Altersgruppe „unter 20-Jährige“ bereits an erster Stelle): „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)“. In erster Linie handelt es sich hier um die akuten, notfallmäßig behandelten Alkoholvergiftungen (Tab. 2). Die aktuellen Entwicklungen zu dieser Problematik (Stichwort „Koma-Saufen“) werden in der Presse regelmäßig berichtet. Zu dieser Diagnose liegen auch Auswertungen der Krankenhausstatistik nach Einzelaltersjahren (10 bis 17 Jahre) vor.

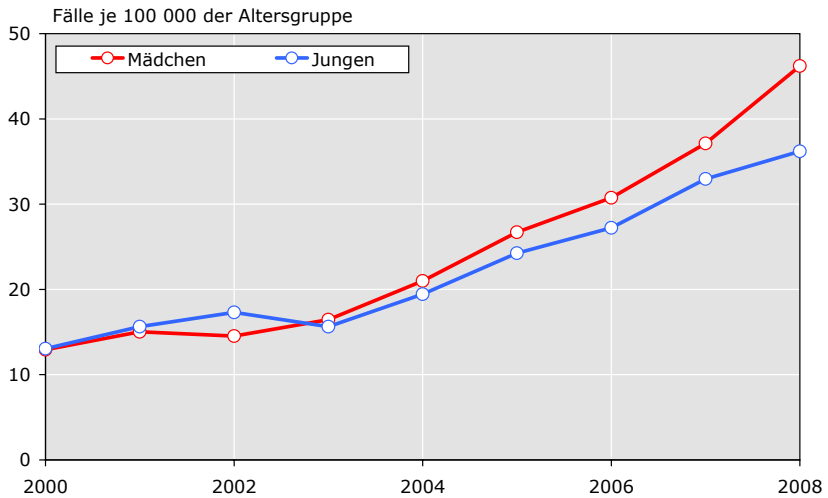
Die Krankenhausfälle wegen Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen (10 bis 17 Jahre) nehmen bundesweit und auch in Nordrhein-Westfalen in den letzten Jahren sprunghaft zu. Die Fallzahlen haben sich zwischen 2000 und 2008 bei Mädchen wie Jungen nahezu verdreifacht. Der Anteil der Mädchen beträgt im Schnitt 40 % der Fälle, in den unteren Altersgruppen (bis 14 Jahre) liegen die Behandlungszahlen bei den Mädchen sogar höher als die der Jungen (Abb. 3).

Abb. 3: Krankenhausfälle wegen Alkohol (F10) bei 10- bis 17-Jährigen nach Alter und Geschlecht in Nordrhein-Westfalen in 2008



Wird nur die Gruppe der unter 15-Jährigen betrachtet, liegen die Behandlungsraten bei den Mädchen seit 2003 über denen der Jungen und der Abstand zwischen Jungen und Mädchen wird zusehends größer (Abb. 4).

Abb. 4: Krankenhausfälle wegen Alkohol (F10) bei unter 15-Jährigen in Nordrhein-Westfalen von 2000 - 2008



Im Jahr 2008 wurden in Nordrhein-Westfalen 1.075 unter 15-Jährige bzw. 4.411 unter 17-Jährige wegen Alkoholvergiftung im Krankenhaus behandelt. Der Anstieg in Abbildung 4 zeigt, dass die bisherigen Präventionsanstrengungen, auch die 2004 eingeführte Sondersteuer auf die sogenannten Alkopop-Getränke, wenig bewirkt haben. Bei den Mädchen wiederholt sich hier eine Entwicklung, die bereits seit längerer Zeit beim Rauchen beobachtet wird: In der Altersklasse der 12- bis 15-Jährigen rauchen mittlerweile mehr Mädchen als Jungen.

3.4 Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland und in Nordrhein-Westfalen in repräsentativen Erhebungen

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland werden u.a. anhand der **HBSC-Studie „Health Behaviour in Schoolaged Children“ (2001/02)** regelmäßig erhoben. Dabei zeigten 6 % der befragten Jugendlichen psychische Auffälligkeiten wie Verhaltensprobleme, Hyperaktivität und emotionale Probleme (Langness et al., 2003). Ca. 80 % der befragten Jugendlichen konnten in dieser Studie als psychisch unauffällig identifiziert werden. Darunter können jedoch auch einige als „psychisch grenzwertig“ bezeichnet werden (Ravens-Sieberer et al., 2003).

Aktuelle Ergebnisse der **HBSC-Stichprobe in Nordrhein-Westfalen (2005/06)** zeigen, dass ungefähr 20 % der befragten Jugendlichen unter psychosozialen Beeinträchtigungen leiden (Bohn et al., 2010). In Bezug auf die Lebensqualität verorten 74 % der Jugendlichen diese im hohen oder mittleren Bereich. Die Analysen belegen, dass die subjektiv empfundene Lebensqualität mit zunehmendem Alter abnimmt. Die Befragung zu psychosomatischen Beschwerden ergab, dass 77 % der Schüler und Schülerinnen unter psychosozialen Gesundheitsbeeinträchtigungen leiden. Bei der nach Geschlecht differenzierten Betrachtung fällt auf, dass bei Mädchen häufiger psychosomatische Beeinträchtigungen auftreten als dies bei Jungen der Fall ist. Allgemein wurde herausgefunden, dass psychosoziale Beeinträchtigungen bei den weiblichen Jugendlichen mit zunehmendem Alter ansteigen und die wahrgenommene Belastung bei beiden Geschlechtern nach dem Schultyp variiert. So leiden mehr Hauptschüler unter psychischen Belastungen als Gymnasiasten (Bohn et al., 2010).

Die Ergebnisse des **nationalen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS)** des Robert Koch-Instituts (RKI) (2008) beschreiben ein ähnliches Bild. Laut Angaben der Eltern sind 14,8 % der Kinder und Jugendlichen von 3 bis 17 Jahren verhaltensauffällig, wobei bei mehr Jungen als bei Mädchen Verhaltensauffälligkeiten zu verzeichnen sind. Laut KIGGS zählen Verhaltensauffälligkeiten neben emotionalen Problemen und Hyperaktivität zu den beständigsten Problembereichen von Kindern und Jugendlichen (Hölling et al., 2007). Hyperaktivität weisen 15,3 % der Grundschulkinder aus Familien mit niedrigem sozialen Status und lediglich 3,8 % der Kinder aus

Familien mit einem hohen sozioökonomischen Status auf (RKI, 2008). Die Ergebnisse von KIGGS (2006) verweisen auch auf einen sozialen Gradienten in Bezug auf psychische Auffälligkeiten. So haben mehr Kinder mit niedrigem sozioökonomischem Status vermehrt psychische Probleme als Kinder aus höheren sozialen Schichten (23,2 % versus 8,1 %) (Hölling et al., 2007). KIGGS (2006) stellte bei Jungen im Grundschulalter deutlich häufiger als bei Mädchen aggressives Verhalten (18,7 % versus 11,3 %) sowie Hyperaktivitätsprobleme (14,3 % versus 6,4 %) fest. Das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) tritt überwiegend im Grundschulalter und in den frühen Phasen der Jugend auf. So zeigt sich eine stetige Zunahme dieser Störung zwischen dem Alter von 7 bis 13 Jahren. Diese Entwicklung vollzieht sich im Jugendalter jedoch wieder rückläufig (RKI, 2008). Laut KIGGS wurde ADHS bei 10,2 % der Jungen und bei 2,3 % der 11- bis 17-Jährigen diagnostiziert (RKI, 2008). Darüber hinaus lässt sich ein sozialer Gradient bei dem Vorkommen dieses Syndroms feststellen. Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischen Status (SES) leiden häufiger unter ADHS als Kinder aus höheren sozialen Schichten (Froehlich et al., 2007; RKI, 2008).

Die Ergebnisse der in Deutschland durchgeführten **2. World Vision Kinderstudie 2010** demonstrieren ebenfalls eine Kluft zwischen Kindern mit niedrigem und hohem ökonomischen Status auf (Hurrelmann & Andresen, 2010). So leiden Kinder zwischen 6 und 11 Jahren häufiger unter Ängsten, die sich auf den Alltag beziehen. Besonders deutlich wird dieser Unterschied bei der Furcht vor schlechten Schulnoten, wonach ca. zwei Drittel der Kinder, die Armut erleben, von derartigen Ängsten bedrückt sind. Eine weitere bedeutende Alltagsangst dieser Kinder ist die Furcht vor der Arbeitslosigkeit ihrer Eltern. Über ein Zehntel der befragten Jungen und Mädchen weisen eine sehr geringe Selbstwirksamkeitserwartung auf.

Dass ein Zusammenhang zwischen der Gesundheit und einem niedrigen sozioökonomischen Status besteht zeigt auch der **Mikrozensus 2005**. Eine Analyse dieser Daten nach Erwerbsstatus, Behinderung und Gesundheit für Nordrhein-Westfalen belegt, dass Gesundheitsunterschiede bei Kindern je nach Erwerbsbeteiligung der Eltern bzw. des Haupteinkommensbeziehers variieren (Hollederer, 2010). So weisen Kinder von Arbeitssuchenden im Vergleich zu Kindern von Erwerbstätigen einen höheren Krankenstand

(4,3 % versus 3,3 %) und einen größeren Anteil an anerkannten Behinderungen (1,6 % versus 1,0 %) auf. Zudem sind bei diesen einige Risikofaktoren bzw. riskante Verhaltensweisen stärker vertreten. Dies zeigt sich besonders in Bezug auf aktiven Tabakkonsum (1,2 % versus 0,9 %) und leicht erhöhte Durchschnittswerte beim Body-Mass-Index (BMI).

Zudem lassen sich Assoziationen zwischen der Anzahl an psychosozialen Risikofaktoren wie u.a. Depression, negatives Selbstwertgefühl, Anomie, Selbstmordversuch, Gedanken der Selbstverletzung und des Alkoholkonsums feststellen. Die Ergebnisse der **ESPAD-Studie (2007)** zeigen eine Steigerung des riskanten Alkoholkonsums im Zeitraum 1995 bis 2007 in vielen europäischen Ländern auf. Ein starker Anstieg des übermäßigen Trinkens von Alkohol ist besonders bei Mädchen zu erkennen (Hibell et al., 2009). Je größer die Anzahl von Risikofaktoren, desto höher ist die Frequenz des Alkoholkonsums (Hibell et al., 2009).

3.5 Ergebnisse der nordrhein-westfälischen Schuleingangsuntersuchungen

Die Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen ist eine der wichtigsten Datenquellen für die kommunale und landesweite Gesundheitsberichterstattung im Bereich Kindes- und Jugendgesundheit. Durch die flächendeckende Erfassung auf kommunaler Ebene sind Analysen bis auf Stadtteilebene möglich (LIGA.NRW, 2008a).

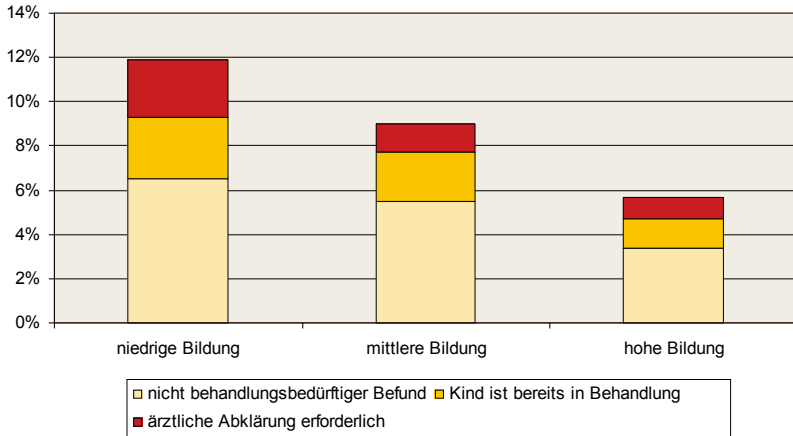
Im Folgenden wird gezeigt, wie soziale Einflussgrößen auf die seelische Gesundheit von Einschülern wirken. Im Fokus steht dabei die Variable „Bildung der Eltern“ (LIGA.NRW, 2008b) als eine der wichtigsten Prädiktoren für die seelische Gesundheit von Kindern.

Die ärztlichen Untersuchungen von Einschülern im **Schuljahr 2008/2009** in Nordrhein-Westfalen ergaben, dass bei 5,5 % der Mädchen und 10,3 % der Jungen Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten vorlagen.

Darüber hinaus korrespondieren soziale Belastungen in der Familie mit auffälligem Verhalten von Kindern (Abb. 5). So zeigten 11,9 % der Einschüler aus Familien mit einem niedrigen Bildungsniveau, 9,0 % der Kinder aus Familien mittlerer Bildung und 5,9 % der Kinder aus Familien mit hoher Bildung Hinweise auf ein problematisches Verhalten.

Kinder aus bildungsfernen Familien sind häufiger wegen einer Verhaltensauffälligkeit in ärztlicher Behandlung als Kinder aus Familien mit mittlerem bzw. hohem Bildungsniveau (2,8 %; 2,2 % bzw. 1,3 %). Bei 2,6 % der Einschüler mit einem bildungsfernen Hintergrund hält der Schularzt eine (fach-)ärztliche Abklärung der noch nicht ausreichend ärztlich versorgten Verhaltensauffälligkeit für notwendig. Bei Kindern aus Familien mit einem hohen Bildungsniveau ist dies lediglich bei 1,0 % der Fall.

Abb. 5: Anteil der Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten nach Bildungsstand von Vater oder Mutter in den schulärztlichen Einschulungsuntersuchungen zum Schuljahr 2008/2009 in Nordrhein-Westfalen



(n= 25.103 Eltern, die Angaben zur Bildung machten)

Einschüler mit Migrationshintergrund (erfasst durch die Erstsprache) sind – im Gegensatz zu den Ergebnissen des KIGGS – bei den schulärztlichen Untersuchungen in NRW nicht häufiger betroffen als Kinder ohne Migrationshintergrund. Anhand der Daten kann gezeigt werden, dass Kinder mit Migrationshintergrund trotz eines Hinweises auf eine Verhaltensauffälligkeit jedoch weniger häufig in ärztlicher Behandlung sind. 2,7 % der Einschüler ohne Migrationshintergrund befanden sich zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung wegen einer Verhaltensauffälligkeit in Behandlung. Bei den Kindern mit Migrationshintergrund waren dies lediglich 1,4 %.

Bei den schulärztlichen Untersuchungen zur Einschulung in das Schuljahr 2008/2009 wurde in Nordrhein-Westfalen der Bereich „Entwicklung“ mit Hilfe des Screenings des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen (S-ENS) untersucht¹. Entwicklungsstörungen beeinflussen nicht nur langfristig die schulische Leistungsfähigkeit und

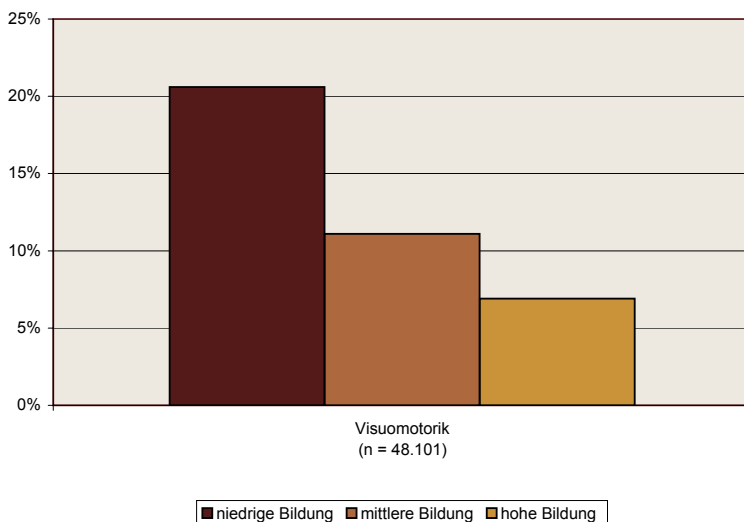
¹ Wegen der Vorverlegung des Einschulungsalters in Nordrhein-Westfalen wird seit der Einschulungsuntersuchungen zur Einschulung in das Schuljahr 2009/2010 das für nunmehr jüngere Kinder entwickelte Sozialpädiatrische Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen SOPESS eingesetzt. Vgl.: M. Daseking, F. Petermann, D. Röske, G. Trost-Brinkhues, K. Simon, M. Oldenhage, Das Gesundheitswesen 2009; 71(10): 648-655

den beruflichen Erfolg, sie haben auch Einfluss auf die psychosoziale Integration von Menschen. Exemplarisch soll die Visuomotorik – als Vorläuferfähigkeit des Erlernens des Schreibens - analysiert werden.

Bei den Einschulungsuntersuchungen werden die erreichten Punktwerte für jeden Merkmalsbereich des Screenings erfasst. Hier wird unterschieden, ob es sich um einen „unauffälligen“, „grenzwertigen“ oder „auffälligen“ Punktwert handelt. Andererseits wird dokumentiert, ob der Schularzt eine Nachuntersuchung des Einschülers zur eventuellen Einleitung von therapeutischen Maßnahmen für notwendig erachtet.

Abbildung 6 verdeutlicht den Zusammenhang zwischen einem auffälligen Punktwert und der Bildung der Eltern.

Abb. 6: Anteil der Kinder mit auffälligem Screeningergebnis S-ENS zur Visuomotorik nach Bildungsstand von Vater oder Mutter in den schulärztlichen Einschulungsuntersuchungen zum Schuljahr 2008/2009 in Nordrhein-Westfalen



Kinder mit einem bildungsfernen Hintergrund haben ein deutlich höheres Risiko für ein auffälliges Screeningergebnis. Bei 20,6 % dieser Kinder ist das Screeningergebnis auffällig. Bei den Kindern, deren Eltern über eine hohe Bildung verfügen, sind dies lediglich 6,9 %. Das Risiko für einen auffälligen Punktwert ist von Kindern aus Familien mit niedriger Bildung somit etwa dreimal so hoch wie für Kinder aus Familien mit hoher Bildung. Einschüler mit Migrationshintergrund haben mit 17,0 % ebenfalls ein erhöhtes Risiko screeningauffällig zu sein. Kinder ohne Migrationshintergrund sind dagegen nur zu 12,5 % screeningauffällig. Die Zusammenhänge sind im Bereich Migration also weniger stark ausgeprägt.

Auf Grundlage des Screeningergebnisses entscheidet der Schularzt, ob der Screenigbefund medizinisch relevant ist und ob ggf. medizinische Interventionen notwendig sind. Bei etwa 7 % der Kinder aus „bildungsfernen“ Familien empfiehlt der Schularzt aufgrund eines Verdachts der Störung der Entwicklung im Bereich Visuomotorik eine (fach-)ärztliche Nachuntersuchung, um ggf. therapeutische Maßnahmen einzuleiten. Bei Kindern aus Familien mit hoher Bildung sind dies lediglich 1,6 %.

In Bezug auf den Migrationhintergrund ist festzustellen, dass im Bereich Visuomotorik bei 4,9 % der Einschüler mit Migrationshintergrund der Schularzt eine Nachuntersuchung für nötig erachtet. Bei Kindern ohne Migrationshintergrund sind dies lediglich 3,2 %.

3.6 Psychopharmaka und ADHS bei Kindern und Jugendlichen

Die Verordnungshäufigkeit von Psychopharmaka für Kinder und Jugendliche hat in der Bundesrepublik in den letzten 15 Jahren stark zugenommen. Diese Zunahme wurde im Wesentlichen durch den Anstieg von Verordnungen von Methylphenidat (z.B. Ritalin®) zur Behandlung des Aufmerksamkeitsdefizit (-und/oder Hyperaktivitäts-) Syndroms (ADHS) verursacht. Auch die im Rahmen sozialpharmazeutischer Untersuchungen der örtlichen Arzneimittelüberwachung einzelner Kreise und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen in den Jahren 2002 bis 2005 haben diese Tendenz bestätigt.

Die Diskussion über die Verordnungsmengen ist geprägt von der Frage, ob mit der Verordnung von Methylphenidat ggf. leichtfertig (evtl. auf Drängen von Eltern oder anderen Bezugspersonen) versucht wird, mit diesen Arzneimitteln eine Verbesserung der „Auffälligkeiten“ von Heranwachsenden herzustellen, ohne dass eine ausreichende Diagnose vorliegt (BMFSFJ, 2009). Außerdem stellt sich die Frage, ob in allen Kreisen und kreisfreien Städten ausreichend Therapieangebote für Kinder und Jugendliche sowie Hilfen für Eltern und Erzieher/Pädagogen zur Verfügung stehen, um eine leitliniengerechte modulare Therapie zu ermöglichen.

In letzter Zeit wird verstärkt über das eigentlich nicht neue Phänomen diskutiert, dass Psychopharmaka (hier in erster Linie Stimulantien) bei Kindern- und Jugendlichen zur Leistungssteigerung in Schulen und in Ausbildungseinrichtungen benutzt werden. Anhand der zur Verfügung stehenden Zahlen aus den Statistiken der Gesetzlichen Krankenversicherung lässt sich ein Trend zu einem entsprechend größeren Verordnungsvolumen nicht erkennen. Möglicherweise werden diese Medikamente aber über Privatverordnungen oder auf illegale Weise erworben, was sich aber nicht überprüfen lässt. Diese Problematik muss in Zukunft weiter beobachtet werden.

4. Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen als Gegenstand von Planungen und Maßnahmen der kommunalen Gesundheitskonferenzen

Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist Thema in vielen kommunalen Gesundheitskonferenzen. Dabei stehen häufig Fragen der Versorgungsoptimierung im Vordergrund. Einzelaspekte wie die Hilfe für Kinder von sucht- oder psychisch kranken Kindern oder Kindern mit AD(H)S werden ebenfalls häufig behandelt. Aber auch unter Präventionsgesichtspunkten gewinnt das Thema an Bedeutung. Das ergibt eine Befragung der 53 Kreise und kreisfreien Städte (inkl. Städteregion Aachen) in Nordrhein-Westfalen, die im Mai und im Juni 2010 durchgeführt wurde und an der sich 51 Kommunen beteiligten.

Gegenstand der Befragung waren die Initiativen in der Prävention und Versorgung, die im Kooperationsverbund der Beteiligten der kommunalen Gesundheitskonferenzen initiiert wurden, um die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu fördern und zu erhalten. In 35 (65 %) Gebietskörperschaften war bzw. ist das Thema seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen Gegenstand der Beratungen und Maßnahmenplanungen der kommunalen Gesundheitskonferenzen. Ca. die Hälfte haben sowohl Themen aus der Versorgung als auch aus der Prävention bearbeitet, bei jeweils ca. einem Viertel war es entweder Prävention oder Versorgung.

Tab. 3: Handlungsfelder der Gesundheitskonferenzen zur seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (mit Mehrfachnennungen)

Handlungsfelder	Anzahl
I. Grundlagen	9
(Psychiatrie-) Berichterstattung mit Schwerpunkt Kinder/Jugendliche	6
Wegweiser (Psychotherapie, Gesundheit, Psyche), auch mehrsprachig	3
II. Versorgung	13
Verbesserung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (auch über die kommunalen Grenzen)	13
III. Spezielle Zielgruppen	20
Kinder von sucht- und psychisch kranken Eltern	10
AD(H)S	6
Gesundheit verhaltensauffälliger Kinder	3
Kinder als „Zuschauer“ häuslicher Gewalt	2
IV. Prävention und frühe Hilfen	22
Förderung der seelischen Gesundheit	10
Sucht bei Kindern/Jugendlichen	6
Frühe Hilfen	4
Elternkompetenztraining	1
Frühförderung	2
V. Strukturen verbessern	4
Vernetzung der Handelnden und der Hilfesysteme	4
Gesamt	70

Verschiedene Kommunen haben auch zurückgemeldet, dass das Thema bei ihnen in unterschiedlichen Kontexten mitbehandelt wird. So haben z.B. auch Maßnahmen des Programms „Mit Migranten – für Migranten“ (MiMi) die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Fokus. Ande-

re Kreise oder kreisfreie Städte gaben an, dass sie das Thema für wichtig halten und es perspektivisch mit auf die Agenda der kommunalen Gesundheitskonferenzen setzen wollen.

Je nach Thema decken die Maßnahmen das komplette Alterspektrum der Zielgruppe von 0 bis 18 Jahren ab. Bei der Frage nach der Zielgruppendifferenzierung fällt auf, dass Aktionen in der Regel nicht ausdrücklich geschlechterdifferenziert sind. Auf die Herkunft der Zielgruppe wird indes häufiger geachtet: Ein Drittel der Kommunen haben ihre Programme auch auf Migranten ausgerichtet.

Kooperationspartner in der Planung und Umsetzung sind psychiatrische Kliniken, Kassenärztliche Vereinigung, niedergelassene Ärzte, Kinderschutzorganisationen, Krankenkassen, Sucht- und Erziehungsberatungsstellen, Jugendhilfe, Wohlfahrtsverbände, Hochschulen, ProFamilia, KiTas, Schulen und Gesundheitsämter. Häufig werden die Maßnahmen entsprechend den Anforderungen und dem Selbstverständnis der kommunalen Gesundheitskonferenzen durch breit angelegte Aktionsbündnisse vieler Institutionen realisiert.

Als Grundlage für die Interventionen legten relativ viele Kommunen einen besonderen Fokus auf die Gesundheitsberichterstattung zu diesem Thema oder die Darstellung von Angeboten und Strukturen (Tab. 3). Festzustellen ist aber auch, dass das Thema seelische Gesundheit häufig nicht oder nicht mit der erforderlichen Tiefe und Breite behandelt wird. Dies gilt insbesondere für die Förderung der seelischen Gesundheit ohne speziellen Symptom- oder Krankheitsbezug.

5. Evidenzbasierte Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung

Als erfolgversprechende Strategie in der Gesundheitsförderung gilt nach der Ottawa-Charta (1986) der Settingansatz. Die Maßnahmen sollten demnach in Lebenswelten (Settings) stattfinden, in denen Kinder und Jugendliche sich aufhalten wie z.B. Familie, Kindertagesstätte und Schule (Langness et al., 2003; Faltermaier, 2005). Hier richtet sich die Gesundheitsförderung nicht nur an einzelne Kinder und Jugendliche, sondern an ein gesamtes soziales System (Faltermaier, 2005).

Eine wichtige Rolle für die Gesundheitsförderung bzw. die Prävention im Kindes- und Jugendalter spielt in der Praxis der Nationale Aktionsplan für ein kindergerechtes Deutschland. In diesem wurde festgelegt, dass die psychische und physische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stärker gefördert und eine verbesserte gesundheitliche Chancengleichheit erzielt werden sollen (BMFSFJ, 2008).

Die nachfolgenden Abschnitte fokussieren drei ausgewählte Settings:

1. Familie
2. Kindergarten/ KiTa
3. Schule

5.1 Gesundheitsförderung und Prävention in der Familie

Für eine verstärkte Gesundheitsförderung in der Familie spricht, dass diese prägend für den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ist. Kinder und Jugendliche sind u.a. den gleichen Umwelteinflüssen wie ihre Eltern ausgesetzt. Sie sind besonders im Kindesalter von dem Fürsorgeverhalten der Eltern und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen abhängig und teilen denselben sozioökonomischen Status (Klocke & Becker, 2003; Rönnau & Fröhlich-Gildhoff, 2008).

Eltern agieren für ihre Kinder als Vorbild für das Erlernen von Gesundheitsverhaltensweisen. Familie gilt als die wichtigste Sozialisationsinstanz für Kinder und Jugendliche und erster Sozialraum, in dem sich gesundheitliche Verhaltensweisen ausbilden. Die Gesundheit von Kindern wird maßgeblich

von den Eltern z.B. durch die Ernährung und die Körperhygiene beeinflusst. Viele gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen werden im Kindes- und Jugendalter aufgebaut und im Erwachsenenalter manifestiert (Langness et al., 2006; Richter, 2005). Unter Berücksichtigung dieser Tatsachen ist es sinnvoll, Gesundheitsförderung schon möglichst frühzeitig in dem Setting Familie durchzuführen (Faltermaier, 2005).

Projektbeispiele in der Familie

In diesem Zusammenhang liefern Trainings von Eltern mit Kindern im Vorschulalter Möglichkeiten, Prävention und Gesundheitsförderung in der Praxis umzusetzen (wie z.B. das Gordon-Elterntaining). Bei diesen Trainings stehen die Verbesserung der elterlichen Erziehungskompetenz sowie die Schulung von Kindern hinsichtlich der Vermittlung sozial-kognitiver und emotionaler Fähigkeiten im Fokus. Auf diese Weise sollen Verhaltensprobleme oder Gesundheitsrisiken reduziert werden (Hahlweg & Heinrichs, 2008).

Prävention ist gerade bei sozial benachteiligten Kindern und ihren Familien notwendig. Wichtig ist dabei die partizipative Einbindung der Eltern in Programme oder Maßnahmen. Dies wird bereits in einigen niederschweligen Projekten wie der „**Eltern-AG**“, „**Das Empowerment-Programm für mehr Eltern-Kompetenz in Problemfamilien**“ (Ambruster, 2006) und „**Zukunft für Kinder in Düsseldorf**“² umgesetzt. In diesen Projekten wurden sozial benachteiligte Eltern in ihrer Erziehung und im Umgang mit ihren Kindern befähigt oder erhielten Zugang zu speziellen Beratungs-, Hilfs- sowie Präventionsangeboten (Rönnau & Fröhlich-Gildhoff, 2008).

In diesem Zusammenhang ist außerdem das Projekt „**Modellregion für Erziehung in Paderborn: FAMOS – Familien optimal stärken**“³ zu erwähnen. Im Rahmen dieses Modellprojekts wird angestrebt Gewalt in Familien zu reduzieren und gleichzeitig die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu fördern. Umgesetzt werden diese Zielset-

2 <http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=271>

3 <http://www.modellregion-erziehung.de>

zungen durch Fortbildungen und Beratungsangebote für Experten und Eltern. Zudem erfolgt eine enge Zusammenarbeit zwischen Eltern, Kindergärten, Kinderärzten, Psychotherapeuten und Schulen.

5.2 Gesundheitsförderung und Prävention im Kindergarten und in der KiTa

Die Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Kindergarten bzw. Kindertagesstätte ist sehr erfolgversprechend, weil in dieser Lebenswelt ein sehr niederschwelliger Zugang für fast alle Kinder, unabhängig von sozialer Schicht und kulturellem Hintergrund, ermöglicht wird (BMFSFJ, 2009). Aufgrund oben genannter Erkenntnisse ist es zu empfehlen, die Gesundheit von Kindern so früh wie möglich zu fördern bzw. mit der Prävention zu beginnen. Durch den engen Kontakt zu Kindern und ihren Eltern können Erzieherinnen und Erzieher einen großen Einfluss auf die Entwicklung der Kinder nehmen. Erzieherinnen und Erzieher sind bei Fragen der Erziehung die zweitwichtigste Kontaktperson (Rönnau & Fröhlich-Gildhoff, 2008). Der Begriff „Erziehungspartnerschaft“ umschreibt das Beziehungsgefüge zwischen Eltern und Erzieherinnen und Erziehern, das sich in der Erziehung der Kinder entwickeln kann. Die Erzieherinnen und Erzieher unterstützen die Eltern und bieten ihnen auf Augenhöhe diesbezügliche Hilfestellungen an (Rönnau & Fröhlich-Gildhoff, 2008).

Projektbeispiele im Kindergarten und in der KiTa

Es gibt mittlerweile zahlreiche Aktivitäten zur Förderung der frühkindlichen Entwicklung im Setting Kindergarten bzw. KiTa. Als Beispiel ist u.a. das **Modellprojekt „Papilio“** zu nennen. Die Evaluationsstudie zu „Papilio“ belegt eine positive Wirkung der eingeleiteten Maßnahmen. Die Kinder der Interventionsgruppe zeigten z.B. deutlich weniger Hyperaktivitätsstörungen und höhere sozial-emotionale Kompetenzen als vergleichsweise die Kinder der Kontrollgruppe (Scheithauer & Barquero, 2005). Dieses Projekt wird in NRW derzeit mit einer Laufzeit von 2006 bis 2010 durchgeführt⁴.

4 <http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=867>

Weitere Aktivitäten in der KiTa zur Förderung der Kindergesundheit werden mit dem Projekt „**KindErleben – Entwicklungstherapeutische Beratungsstelle und Tagesstätte für Familien mit Kindern**“ angestrebt. Ziel ist es, Familien mit hohem Risiko oder in schweren Lagen eine ausreichende Unterstützung hinsichtlich Erziehung, Eltern-Kind-Beziehung und frühkindlicher Entwicklung zu bieten (Rönnau & Fröhlich-Gildhoff, 2008).

Eine möglichst frühe Erkennung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern will das Projekt „**So früh! Der Aufbau eines sozialen Frühwarnsystems zur Bearbeitung von Verhaltensauffälligkeiten im Vorschulalter**“ in Kindertagesstätten der Stadt Herne erreichen. Das Ziel ist es, sozial benachteiligte Familien durch ein niederschwelliges Beratungsangebot sowie durch zielgerichtete Beobachtung und durch Ressourcenorientierung weitestgehend zu unterstützen und Verhaltensauffälligkeit möglichst früh zu erkennen (Rönnau & Fröhlich-Gildhoff, 2008).

In diesem Zusammenhang ist auch das 2009 mit dem Gesundheitspreis NRW ausgezeichnete Projekt „**Gesund aufwachsen in Münster - Hebammensprechstunden in Kindertagesstätten**“⁵ zu nennen. Dieses Projekt richtet sich mit einem speziellen Beratungsangebot im Kindergarten und in der Kindertagesstätte an Eltern, Säuglinge, Kinder und junge Erwachsene. Es hat zum Ziel, die individuellen Bewältigungsressourcen zu stärken, Familien zu unterstützen und die Inanspruchnahme von Früherkennungs- bzw. Vorsorgeuntersuchungen zu erhöhen.

5.3 Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule

Die Schule ist ein besonders prägender Lebensraum für Kinder und Jugendliche und nimmt erheblichen Einfluss auf deren Gesundheit und auf deren Sozialisation (Faltermaier, 2005). In diesem Setting sind Lehrerinnen und Lehrer wichtige Bezugspersonen und beeinflussen die emotionale, die kognitive, die physische sowie die soziale Entwicklung von Schülerinnen und Schülern. Wie in der Kindertagesstätte können auch hier fast alle Kinder und Jugendliche unterschiedlicher Herkunft oder sozialem Status erreicht werden. Folglich erhalten Projekte der Gesundheitsförde-

5 <http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=1411>

rung und Prävention in der Schule einen geeigneten Rahmen (Faltermaier, 2005). Gesundheitsförderung in diesem Setting strebt unter Einbettung der Lebensumstände der Schülerinnen und Schüler, die Entwicklung von individuellen Fähigkeiten der Selbstbestimmung und der Selbstwirkung in Bezug auf gesundheitliche Inhalte an (Simovska, 2005).

Projektbeispiele in der Schule

Projekte zur Förderung der seelischen Gesundheit in der Schule werden zahlreich angeboten. In Nordrhein-Westfalen gibt es viele beispielgebende Aktivitäten zur Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Projekt, das einen ganzheitlichen Ansatz der Gesundheit verfolgt, ist **„Gesund macht Schule - Ein Settingprojekt zur Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung für die Primarstufe“**⁶ der AOK Rheinland. Dieses Projekt beinhaltet neben der Stärkung individueller Bewältigungsstrategien u.a. Ziele der Suchtvorbeugung, der Prävention von Essstörungen, Bewegung und Vorsorgeuntersuchungen. Umgesetzt werden diese Bestrebungen durch Beratungsangebote, Informationsbereitstellung und -vermittlung sowie Gesundheitszirkel.

Ähnliche Bestrebungen verfolgt das seit 2006 laufende Projekt **„Gesunde Schulen im Mühlenkreis“**⁷ des Kreises Minden-Lübbecke. Durch Beratungs- und Betreuungsangebote, Informationsbereitstellung und spezielle Unterrichtseinheiten wird die Stärkung der individuellen Bewältigungsressourcen, ein gesundes Ernährungsverhalten sowie erfolgreiche Stressbewältigung angestrebt.

6 <http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=318>

7 <http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=1443>

6. Schlussfolgerungen

Die Analysen in den vorherigen Kapiteln zeigen, dass in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg der psychosozialen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen zu verzeichnen ist. Der Trend lässt sich für die meisten der in dieser Altersgruppe bedeutsamen Diagnosen sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich nachweisen. Zwar nehmen die Erkrankungsfälle dieser Gruppe auch in der Gesamtbevölkerung zu, doch der Anstieg bei den unter 15-Jährigen fällt deutlich steiler aus. Bei keiner anderen Krankheitsgruppe hat das gesellschaftliche und soziale Umfeld einen ähnlich gravierenden Einfluss auf die Krankheitsentstehung und den Krankheitsverlauf wie bei den psychischen und Verhaltensstörungen. Als alarmierend ist in diesem Zusammenhang die massive Zunahme der Krankenhausfälle wegen Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen anzusehen. Weitergehende Analysen und verstärkte Ursachenforschung sind dringend geboten. Daher müssen neben dem Gesundheitswesen auch die Akteure aus den Bereichen Bildung, Familie und Soziales für die Auseinandersetzung mit der hier beschriebenen Entwicklung gewonnen werden.

Diese Entwicklung und die Verschiebung des Krankheitspanoramas von den somatischen zu den psychischen Störungen zeigen einen erheblichen Handlungsbedarf auf dem Gebiet der Prävention und der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen. Bei der Bewertung der Daten wird deutlich, dass vor allem Kinder aus sozial benachteiligten Familien von psychischen Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten betroffen sind. Folglich sollte bei Projekten der Prävention und Gesundheitsförderung ein besonderer Fokus auf diese Zielgruppe gelegt werden, weil sie im Durchschnitt mehr psychische Risikofaktoren aufweisen als Kinder aus einem besser gestellten familiären Umfeld. Zudem fällt auf, dass Kinder aus Migrantenfamilien meist eine etwas höhere Prävalenz bei psychischen Erkrankungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten (ausgenommen ADHS) aufweisen als Kinder ohne Migrationshintergrund. Auch hier zeigt sich ein deutlicher Handlungsbedarf der Förderung seelischer Gesundheit. Für diese beiden Zielgruppen sind auf sie abgestimmte und niederschwellige Angebote empfehlenswert.

Besonders geeignet für die Stärkung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erweisen sich settingbezogene Projekte in der Familie, Kindergarten/Kindertagesstätte und Schule. Diese Lebenswelten üben einen maßgeblichen Einfluss auf die seelische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen aus. Der Setting-Ansatz kann zur Verminderung gesundheitlicher Chancenungleichheit beitragen, wenn bei der Planung von Maßnahmen gezielt Settings mit einem hohen Anteil sozial benachteiligter Personen ausgewählt werden.

Zudem zeigen die Datengrundlagen, dass das Vorkommen psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten nach Geschlecht variiert. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede sind auch auf verschiedene Bewältigungsstrategien von Problemen zurückzuführen und sollten in der Projektpraxis im Sinne des Gender Mainstreaming berücksichtigt werden.

7. Projektrecherche Landesinitiative Gesundes Land Nordrhein-Westfalen zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung mit Schwerpunkt seelischer Gesundheit.

(<http://www.infoportal-praevention.nrw.de>)

Projekttitlel	Antragsteller	Link
Apfelstrasse... Auf dem Weg zum gesunden Kindergarten	Medusana Stiftung	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=346
Auf der Suche nach dem verborgenen Schatz- ein ganzheitliches Gesundheitsprojekt mit und für Kinder und Eltern	Einrichtung sozialer und kultureller Dienstleistungen	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=224
CHILT-ProjektChildren s Health Interventional Trial	Sporthochschule Köln	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=71
Der Gute Start - Frühe Hilfen für Familien. Entwicklung und Einrichtung einer Clearing- und Koordinierungsstelle.	Bunter Kreis Münsterland e.V.	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=1347
Die MediPäds - Lehrer und Ärzte im Team®	Medusana Stiftung	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=349
„Die vergessenen Angehörigen“ -Präventive Unterstützung von Kindern psychisch kranker Eltern-	Beratungsstelle für Eltern, Kinder u. Jugendl. mit integrierter Schwangerschaftskonfliktberatung	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=273

Projekttitlel	Antragsteller	Link
Ernährung von Kindern in der offenen Ganztags-grundschule	Vereinigte IKK	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=323
FITKIDS - Hilfe für benachteiligte Kinder, deren Eltern süchtig sind	Info & Hilfe in Drogenfragen e.V.	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=321
Forum gelingender Kinderschutz – Sektorübergreifende Kooperation und Hilfen	Forum Kinderzukunft	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=1366
Gesund aufwachsen in Münster- Hebammen-sprechstunden in Kindertagesstätten	Gesundheitsamt Münster	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=1411
Gesund macht Schule Ein Settingprojekt zur Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung für die Primarstufe	AOK Rheinland	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=318
Gesunde Schulen im Mühlenkreis	Kreis Minden-Lübbecke	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=1443
Gesundes und sauberes Schulklima	GSO-Schule, BK 13	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=455
„Ich bin Ich – Gesundheit fördern durch Selbstwertstärkung“Kooperationsprojekt der Universität Göttingen und der Barmer Ersatzkasse (Wuppertal) in 14 Grundschulen der Städte Göttingen und Dortmund	Universität Göttingen	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=69

Projekttitle	Antragsteller	Link
KIPS Kinder- und Familienprojekt, Unterstützung und Hilfe für Kinder, deren Eltern psychisch erkrankt sind	KIPS Kinder- und Familienprojekt, Unterstützung und Hilfe für Kinder deren Eltern psychisch erkrankt sind.	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=852
Klasse2000 Gesundheitsförderung in der Grundschule Gewaltvorbeugung und Suchtvorbeugung	Verein Programm Klasse2000 e.V.	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=405
Kölner Bündnis für gesunde Lebenswelten	LRNK	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=1492
Lehrerfortbildung „ADHS bei Schulkindern“	SPZ Aachen	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=73
MoKi - Mobile Kinder	GEK	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=1308
Netzwerke für Kinder psychisch kranker Eltern in Duisburg	Stadt Duisburg / PSAG	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=1286
OPUS - Netzwerk Bildung und Gesundheit	OPUS NRW	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=68
PAPILIO Ein Programm für Kindergärten zur Primärprävention von Verhaltensproblemen und zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenz. Ein Beitrag zur Sucht- und Gewaltprävention	BARMER	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=867

Projekttitle	Antragsteller	Link
Partizipation - Wege der Gesundheitsförderung in der Sekundarstufe 1	GA Heinsberg	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=3
Praevikus - Ein Konzept zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen	Praevikus e.V.	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=912
Prima Leben - Präventionsangebote für Kinder in Mülheim ausbauen	Stadt Mülheim an der Ruhr, Mühlheimer Sportbund	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=1497
Prävention für Kinder 2006	Prävention für Kinder in Duisburg 2006	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=300
Recklinghäuser Erzieherbeobachtungsbogen zur Vorlage bei den kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen U8 und U9	Gesundheitsamt Recklinghausen	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=11
SisBroJekt - ein Projekt für gesunde Geschwister von chronisch schwerkranken Kindern	VIKP	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=944
Supervision integrativer Kindergärten durch unser Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)	St. Marien-Hospital	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=41
Zukunft für Kinder in Düsseldorf - Hilfen für Kinder und Familien in Risikolagen	Düsseldorfer Gesundheitskonferenz	http://www.infoportal-praevention.nrw.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbld=271

8. Literatur

Armbruster, M. (2006). Eltern-AG: Das Empowerment-Programm für mehr Elternkompetenz in Problemfamilien. Heidelberg: Carl Auer Verlag

Bayer, J.K., Hiscock, H., Morton-Allen, E., Ukoumunne, O.C. & Wake, M. (2007). Prevention of mental health problems: rationale for a universal approach. *Archives of Disease in Childhood* 2007; 92(1):34–38

Bohn, V., Rathmann, K. & Richter, M. (2010). Psychosoziale Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen: Die Bedeutung von Alter, Geschlecht und Schultyp. *Gesundheitswesen* 2010; 72:293-300

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2008). Nationaler Aktionsplan für ein kindergerechtes Deutschland 2005 – 2010 Zwischenbericht. Berlin: BMFSF

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2009). 13. Kinder und Jugendbericht. Berlin: BMFSF

Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH

Froehlich, T.E., Lanphear, B.P., Epstein, J.N., Barbaresi, W.J., Katusic, S.K. & Kahn, R.S. (2007). Prevalence, Recognition, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a National Sample of US Children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2007; 161(9):857-864

Hahlweg., K & Heinrichs, N. (2008). Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Evidenzbasierte Elterntrainings in Deutschland. In: W. Kirch, B. Badura & H. Pfaff (Hrsg.), *Prävention und Versorgungsfor-*schung (S.669-690). Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. & Kraus, L. (2009). The 2007 ESPAD Report – Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs

Hollederer, A. (2010). Erwerbsbeteiligung, Gesundheit und Behinderung in NRW – Ergebnisse einer Sonderauswertung des Mikrozensus 2005. Düsseldorf: LIGA.NRW

Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. & Schlack, R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen - Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007; 50:784-793

Hurrelmann, K. (2002). Psycho- und soziomatische Gesundheitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2002; 45:866-872

Hurrelmann, K., Albert, M., Quenzel, G. & Langness, A. (2006). Eine pragmatische Generation unter Druck – Einführung in die Schell Jugendstudie 2006. In Shell Deutschland Holding (Hrsg.), 15. Shell Jugendstudie, Jugend 2006 (S.31-48). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag

Hurrelmann, K. & Andresen, S. (2010). Kinder in Deutschland 2010: 2. World Vision Kinderstudie. World World Vision Deutschland e.V. (Hrsg.). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag

Kim, H.K., Viner-Brown, S.I. & Garcia, J (2007). Children`s Mental Health and Family Functioning in Rhode Island. Pediatrics 2007; 119:22-28

Klocke, A. & Becker, U. (2003). Die Lebenswelt Familie und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), Jugendgesundheitsurvey - Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO (S.183-241). Weinheim: Juventa Verlag

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (2008a). Schritte zu einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung für Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: LIGA.NRW

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (2008b) Jahresbericht 2006 Schulärztliche Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen“ (Zur Erfassung der Variable „Bildung, S.:45ff). Düsseldorf: LIGA.NRW

Langness, A., Richter, M. & Hurrelmann, K. (2003). Zusammenfassung der Ergebnisse und Konsequenzen für eine jugendgerechte Prävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), Jugendgesundheitsurvey - Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO (S. 301-334). Weinheim: Juventa Verlag

Langness, A., Leven, I. & Hurrelmann, K. (2006). Jugendliche Lebenswelten: Familie, Schule, Freizeit. In Shell Deutschland Holding (Hrsg.), 15. Shell Jugendstudie, Jugend 2006 (S.49-102). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag

Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M.H. (2000). Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 2000; 29(4):246-262

Merikangas, K.R., He, J.P, Brody, D., Fischer, P.W., Bourdon, K. & Koretz, D.S. (2010). Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. Pediatrics 2010;125(1):75-81

Ravens-Sieberer, U., Thomas, C. & Erhart, M. (2003). Körperliche, psychische und soziale Gesundheit von Jugendlichen. In K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), Jugendgesundheitsurvey - Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO (S. 19-98). Weinheim: Juventa Verlag

Ravens-Sieberer, U., Nickel, J., Wille, N., Erhart, M. & Schoppa, A. (2008). Germany: Adolescent mental well-being – current status and promotion. In World Health Organisation (WHO) (2008). Social Cohesion for mental well-being among adolescents (S.104-111). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

Richter, M. (2005). Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter – Der Einfluss sozialer Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH

Robert Koch Institut (RKI) (2008). Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS). Berlin: RKI

Rönnau, M. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2008). Elternarbeit in der Gesundheitsförderung Angebote und Zugangswege unter besonderer Berücksichtigung der Zielgruppe „schwer erreichbare Eltern“ Expertise. Stuttgart: Regierungspräsidium Stuttgart, Landesgesundheitsamt

Scheithauer, H. & Barquero, B. (2005). Bericht (Kurzfassung) zur Evaluation des Projekts Papilio - Ein Programm für Kindergärten zur Primärprävention von Verhaltensproblemen und zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenz im Kindergarten. Augsburg: Gemeinnütziges Institut für angewandtes Gesundheitsmanagement, Entwicklung und Forschung in der Sozialmedizin

Simovska, V. (2005). Participation and Learning about Health. In S. Clift & B. Bruun Jensen (Hrsg.), *The Health Promoting School: International Advances in Theory, Evaluation and Practice* (S.173-192). Kopenhagen: Danish University of Education Press

Svedbom, J. (2005). Health Education and Environmental Education: The Case for Integration. In S. Clift & B. Bruun Jensen (Hrsg.), *The Health Promoting School: International Advances in Theory, Evaluation and Practice* (S.137-149). Kopenhagen: Danish University of Education Press

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen

Ulenbergstraße 127-131, 40225 Düsseldorf
Fax 0211 3101-1189
poststelle@liga.nrw.de

www.liga.nrw.de