



## **Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – Kooperation in gemeinsamer Verantwortung**

Basisinformationen und Handlungsempfehlungen

# Impressum

## **Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales**

Referat Psychiatrie, Sucht und Gesundheitsvorsorge  
Oranienstraße 106

10969 Berlin

### **Kontakt:**

#### **Rosmarie Weise**

Referat Psychiatrie, Sucht und Gesundheitsvorsorge  
Fachbereich: Kinder- und Jugendpsychiatrie (I B 11)  
E-Mail: [rosmarie.weise@sengs.berlin.de](mailto:rosmarie.weise@sengs.berlin.de)

### **Sprecher der AG des Landespsychiatriebeirates Berlin:**

#### **Christoph Pewesin**

Landesarzt für KJPP/Leiter des KJPD Reinickendorf  
Bezirksamt Reinickendorf von Berlin  
KJPD LuV Gesundheitsamt  
Teichstr. 65  
13407 Berlin  
E-Mail: [christoph.pewesin@reinickendorf.berlin.de](mailto:christoph.pewesin@reinickendorf.berlin.de)

#### **Dr. med. Hans Willner**

Chefarzt – KJPP  
St. Joseph-Krankenhaus  
Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité  
Wüsthoffstr. 15  
12101 Berlin  
E-Mail: [hans.willner@sjk.de](mailto:hans.willner@sjk.de)

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Senatsverwaltungen für Gesundheit und Soziales und für Bildung, Jugend und Wissenschaft herausgegeben. Inhalte, Layout sowie einzelne Elemente sind urheberrechtlich geschützt. Weiterverwendung und Vervielfältigung sind nur zu privaten Zwecken gestattet. Eine online-Version finden Sie unter den Adressen:

[www.berlin.de/lb/psychiatrie/](http://www.berlin.de/lb/psychiatrie/) (Gesundheit)

[www.berlin.de/sen/bjw/](http://www.berlin.de/sen/bjw/) (Kinder- und Jugendhilfe, Schule)



Bericht der AG Kinder- und Jugend-  
psychiatrie und -psychotherapie des  
Landespsychiatriebeirates Berlin

Teil III

Verbesserung der Zusammenarbeit von Kinder-  
und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,  
Kinder- und Jugendhilfe und Schule

# Inhalt

<b>Gemeinsames Vorwort</b>	<b>6</b>
<b>Zusammenfassung</b>	<b>8</b>
<b>1. Einleitung</b>	<b>10</b>
1.1 Ausgangslage	10
1.2 Zielstellung	11
1.3 Demographische und epidemiologische Daten	12
1.4 Komplexer fachbereichsübergreifender Hilfebedarf	13
1.5 Schnittstelle zur Kinder- und Jugendhilfe	14
1.6 Schnittstelle zur Schule	14
1.7 Schnittstelle zur Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Erwachsenenalters	14
1.8 Schnittstelle zum Vorschulbereich, insbesondere den Kindertagesstätten	14
<b>2. Spezifische Alters- und Kompetenzstufen</b>	<b>15</b>
2.1 Entwicklungsthemen	15
2.1.1 Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter	15
2.1.2 Schul- und beginnendes Berufseintrittsalter	16
2.1.2.1 Grundschulalter (mittlere und späte Kindheit)	16
2.1.2.2 Sekundarschul- und beginnendes Berufseintrittsalter (Jugendalter)	17
2.1.3 Übergang ins Erwachsenenalter	18
2.2 Entwicklungspsychopathologische Risikofaktoren zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter	19
2.2.1 Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter	19
2.2.2 Grundschul- und Jugendalter	21
2.2.3 Übergang ins Erwachsenenalter	25
2.3 Protektive Faktoren und Resilienz	25
2.4 Psychische Störungen im Entwicklungsverlauf	26
2.4.1 Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter	26
2.4.2 Grundschul- und Jugendalter	26
2.4.3 Übergang ins Erwachsenenalter	28

<b>3.</b>	<b>Unterstützungssysteme und Unterstützungsangebote – Ressourcen und Defizite</b>	<b>29</b>
3.1	Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter	29
3.1.1	Gesundheitssystem	29
3.1.2	Kinder- und Jugendhilfe	29
3.1.3	Komplexleistungen Öffentliches Gesundheitssystem – Kinder- und Jugendhilfe	30
3.1.4	Bildungsbereich KITA	31
3.1.5	Schwelle Einschulung	33
3.2	Schul- und beginnendes Berufseintrittsalter	34
3.2.1	Zielgruppe	34
3.2.2	Angebote und Aufgaben von Schule	34
3.2.3	Angebote und Aufgaben der Jugendhilfe	38
3.2.3.1	Jugendhilfe und psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche im Schulalter	38
3.2.3.2	Kooperation von Schule und Jugendhilfe bei psychisch erkrankten Schülern	38
3.2.4	Angebote und Aufgaben des Gesundheitsbereichs	40
3.3	Übergang zum Erwachsenenalter	42
3.3.1	Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	42
3.3.2	Die Unverbundenheit der Sozialgesetzbücher und ihrer Leistungen	43
<b>4.</b>	<b>Wichtige Forderungen</b>	<b>44</b>
4.1	für das Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter	44
4.2	für das Schulalter	44
4.3	für den Übergang zum Erwachsenenalter	45
4.4	Im Kontext von Flucht und Vertreibung	45
<b>5.</b>	<b>Grundsätzliche Empfehlungen</b>	<b>46</b>
<b>6.</b>	<b>Anhänge</b>	<b>48</b>
6.1	Links und Literaturverzeichnis	48
6.2	Glossar	50
6.3	Mitglieder der Arbeitsgruppe KJPP, Jugendhilfe, Schule	51

# Gemeinsames Vorwort



Mario Czaja  
*Senator für Gesundheit und  
Soziales*

Die Lebens-, Entwicklungs- und Bildungsbedingungen für junge Menschen haben sich in den letzten 20 Jahren stark gewandelt. Während die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen mit den veränderten Bedingungen des Aufwachsens zurechtkommt, nimmt das Risiko zu, psychische Auffälligkeiten zu zeigen, an einer psychischen Störung zu erkranken und unterstützende Hilfen und Therapie in Anspruch nehmen zu müssen. Untersuchungen weisen darauf hin, dass ca. 20 bis 25 Prozent der Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten und Entwicklungsstörungen zeigen. Bei ca. 5 bis 8 Prozent besteht Behandlungsbedürftigkeit. Während organische Krankheiten bei Kindern abnehmen, nehmen seelische Probleme zu und drohen zu chronifizieren.

Die Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) ist neben dem Gesundheitssystem (SGB V) der wichtigste Leistungserbringer und Kooperationspartner in der Unterstützung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen und deren Familien. Im Land Berlin sind der Ausbau und die Differenzierung der Angebote für Familien und ihre psychisch beeinträchtigten Kinder weit vorangeschritten. In Bezirken, in denen der Anteil von Familien mit psychischen und sozialen Belastungen erhöht ist, sind die psychosozialen Netzwerke teilweise überlastet. Regionale Unterschiede bei den Angeboten spielen hierbei auch eine Rolle.



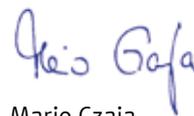
Sandra Scheeres  
*Senatorin für Bildung, Jugend  
und Wissenschaft*

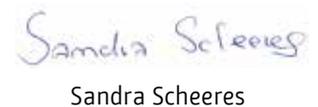
Wir freuen uns, Ihnen den Bericht der Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychiatrie des Landespsychiatriebeirates mit dem Titel „Verbesserung der Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Kinder- und Jugendhilfe und Schule“ an die Hand geben zu können. Dieser Bericht ist in langjähriger intensiver und vertrauensvoller Zusammenarbeit entstanden und richtet sich an alle psychosozialen Fachkräfte/Berufsgruppen in diesem Tätigkeitsbereich sowie an die politisch Verantwortlichen aus den Ressorts Gesundheit, Kinder- und Jugendhilfe, Bildung und Soziales.

Handlungsempfehlungen für verlässliche fachbereichsübergreifende Kooperationen liegen seit langem vor. In der Praxis werden sie zu wenig gelebt. Der Bericht soll dazu beitragen, Hindernisse an den Schnittstellen zwischen den Systemen zu überwinden und verlässliche Kooperations- und Kommunikationsstrukturen in den Bezirken aufzubauen. Verschiedene praktische Erfahrungsebenen werden hierbei mit Ergebnissen aus der medizinischen, pädagogischen und therapeutischen Forschung, Lehre und Praxis verbunden, die zur Qualifizierung in der Betreuung, Begleitung und Behandlung beitragen.

Mit der Übergabe des Berichtes verbinden wir die Hoffnung, dass sich unter Anwendung des kompakten Wissens die Kooperation zwischen den Hilfesystemen für Kinder, Jugendliche und auch für Erwachsene im Land Berlin spürbar verbessert und die „**regionale Verantwortungsgemeinschaft**“ nicht die Ausnahme bleibt, sondern die Regel sein wird. Psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche und ihre Angehörigen brauchen unsere gemeinsame Aufmerksamkeit und passgenaue Hilfeleistungen entsprechend ihrer jeweiligen individuellen Problemlagen. Was sie nicht brauchen sind Stigmatisierungen und Ausgrenzungsbestrebungen.

Wir sind zuversichtlich, dass die gemeinsame Auseinandersetzung vor Ort mit den Empfehlungen dieses Berichtes zur Optimierung des Versorgungsgeschehens in dieser Stadt führen wird.

  
Mario Czaja

  
Sandra Scheeres

# Zusammenfassung

Der vorliegende Teil III des Berichtes der Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie des Landespsychiatriebeirates Berlin setzt an den Erkenntnissen und Handlungsempfehlungen der zwei vorausgegangenen Expertisen zur stationären/teilstationären und ambulanten Versorgungssituation von psychisch erkrankten, seelisch behinderten oder von seelischer Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen an. Im Teil III werden gemäß der Beschlussempfehlung des Landespsychiatriebeirates vom 21.06.2010 die komplexen Lebenssituationen von betroffenen Kindern und Jugendlichen und ihren Familien sowie der daraus resultierende fachbereichsübergreifende Hilfebedarf und die dabei oftmals auftretenden Schnittstellenprobleme zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP), Jugendhilfe und Schule in den Fokus der Untersuchungen gestellt.

Die Zielstellung der ressortübergreifenden Arbeitsgruppe umfasst folgende Punkte:

1. Definition der gemeinsamen Zielgruppen/ Patientengruppen
2. Beschreibung des komplexen fachbereichsübergreifenden Hilfebedarfs
3. Beschreibung der Schnittstellen KJPP, Jugendhilfe und Schule unter Einbeziehung der Kindertagesstätten und der Erwachsenenpsychiatrie
4. Darstellung von Entwicklungsthemen, Entwicklungsstörungen, Unterstützungssystemen und die Erarbeitung von Empfehlungen für spezifische Alters- und Kompetenzstufen
5. Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Ein besseres fachliches Verständnis des Wirkungszusammenhanges zwischen psychischen Auffälligkeiten, dem bio-psycho-sozialen Bedingungsgefüge und dem Wissen über das Kumulieren von Risikofaktoren bei bestimmten Risikogruppen und deren Folgen für das Auftreten, den Verlauf und die Schwere von psychischen Erkrankungen sowie ein zunehmend ausdifferenziertes kinder- und jugendpsychiatrisches und psychosoziales Versorgungssystem haben in den letzten Jahren zu einer wesentlich verbesserten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungssituation auch in Berlin geführt.

Dennoch sind viele Kinder und Jugendliche noch nicht angemessen versorgt.

Die Lebens-, Entwicklungs- und Bildungsbedingungen für junge Menschen haben sich in den letzten 20 Jahren stark verändert. Während die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen mit diesen veränderten Bedingungen des Aufwachsens zurechtkommt, nimmt das Risiko zu, psychische Auffälligkeiten zu zeigen bzw. an einer psychischen Störung zu erkranken und damit unterstützende Hilfen und Therapie in Anspruch nehmen zu müssen.

Verschiedene Untersuchungen weisen darauf hin, dass 20 bis 25 Prozent der Kinder- und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten und Entwicklungsstörungen zeigen und bei 5 bis 8 Prozent Behandlungsbedürftigkeit besteht. Während organische Krankheiten bei Kindern abnehmen, nehmen seelische Probleme zu und drohen zu chronifizieren. Seelische Störungen beeinträchtigen die Aufnahme- und Leistungsfähigkeit, gefährden den individuellen Bildungsabschluss und erschweren oder verhindern damit Partizipation und Teilhabe an der Gesellschaft und im Beruf. Betroffene Kinder und Jugendliche bleiben oft langjährig von Transferleistungen abhängig.

Kumulierende Risiken, wie die Zunahme von:

- materieller, kultureller und sozialer Armut,
- Einpersonenhaushalten mit Kindern, zunehmend auch mit sehr jungen Müttern,
- Menschen mit Migrationshintergrund, Flüchtlingen und Asylsuchenden mit Traumatisierungen,
- Eltern mit psychischen Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen, mit Erziehungs- und Bindungsunsicherheit, aus denen Schwierigkeiten im Umgang mit den eigenen Kindern resultieren

haben zu einer Erhöhung der Fallzahlen im psychosozialen System und zu einer Erhöhung der Intensität der Erkrankung pro Kind und Familie geführt. Wir sehen das in einer stark erhöhten Inanspruchnahme und anhand steigender Fallzahlen und Fallkomplexität bei der Leistungserbringung nach SGB V, SGB VIII und SGB XII.

Im aktuellen kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystem sind starke regionale Unterschiede (z. B. Angebote an Fachärzten/innen, Psychotherapeuten/innen u. a.) zu verzeichnen. Besonders in den Regionen, in denen der Anteil von Familien mit psychischen und sozialen Belastungssituationen wesentlich erhöht ist, sind die psychosozialen Netzwerke überlastet.

Der Bildungsauftrag von Kitas und Schulen hat sich als Reaktion auf die Wandlungen der gesellschaftlichen Wirklichkeit verändert. Deutlich ist, dass die Zahl der Kinder mit psychischen Problemen in Kita und Schule zunimmt. Gleichzeitig wird die Schulentwicklungsplanung in Richtung inklusiver Beschulung ausgebaut. Die sich dadurch ergebenden Veränderungen der Schulstrukturen müssen sich auch an den besonderen Bedarfen der psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen orientieren. Schülerinnen und Schüler mit psychischen Störungen/Erkrankungen benötigen ein differenziertes Angebot, möglichst vor Ort in den Regelschulen. Es muss auch flexible temporäre Angebote für besondere Schüler und Schülergruppen geben, weil sie krankheitsbedingt überfordert sind. Fachübergreifende Kooperationen und gemeinsame Angebote von Jugendhilfe, Schule und Gesundheit sind hier besonders wichtig.

Die Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) ist neben dem Gesundheitssystem (SGB V) der wichtigste Leistungserbringer und Kooperationspartner in der Unterstützung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen und deren Familien, sowohl im Bereich der Hilfen zur Erziehung nach § 27 ff SGB VIII als auch der Eingliederungshilfen für seelische Störungen und Behinderungen nach § 35a SGB VIII. Es gibt ein differenziertes Angebot von Hilfen für die Familien und die jungen Patienten/innen, die vielfach kooperativ zwischen Jugendhilfe, Schule und Gesundheit abgestimmt sind. Konflikte entstehen besonders an den Schnittstellen der Versorgungssysteme durch Personalknappheit und finanzielle Engpässe in der Schule und in den Jugendhilfebudgets. Vorgaben und Standards der Senatsverwaltungen werden von den Bezirken nicht immer eingehalten und müssen kritisch überprüft werden. Neben dem Ausbau und der Differenzierung des Versorgungssystems für psychisch kranke Kinder und Jugendliche ist in den letzten 15 Jahren die Kooperation zwischen Jugendhilfe, Schule und Gesundheit immer stärker diskutiert worden. Der Senatsbericht 2003 sowie das folgende Modellprojekt in zwei Berliner Bezirken belegen die Notwendigkeit zur Verbesserung der

Zusammenarbeit zwischen den Versorgungssystemen eindrucksvoll, weisen jedoch auch auf gravierende Probleme in der Zusammenarbeit bei Familien mit fachbereichsübergreifendem komplexen Hilfebedarf hin. Zu häufig noch arbeiten die Dienststellen und Systeme unverbunden nebeneinander, haben unterschiedliche Begriffssysteme und Konzepte und wenig kompatible rechtliche Grundlagen. Dennoch ist besonders bei den hier im Mittelpunkt stehenden Problemlagen eine gemeinsame Betrachtung und Hilfeleistung nötig, um nachhaltig wirksam zu sein und die in den verschiedenen Lebensbereichen auftretenden Probleme gemeinsam bewältigen zu können.

Eine fachbereichsübergreifende multiprofessionelle Fallbetrachtung und gemeinsame Fallverantwortung ist notwendig. Nur sie kann die notwendigen „Hilfen wie aus einer Hand“ im Sinne einer Verantwortungsgemeinschaft gewährleisten. Diese veränderte Haltung betrifft insbesondere die Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Gesundheit mit dem Schulbereich. Handlungsempfehlungen für verlässliche kooperative Strukturen liegen längst vor. In der Praxis werden sie jedoch noch zu wenig gelebt. Sie betrifft aber auch die Verbesserung der Kooperation zwischen dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfesystem für Kinder und Jugendliche und für Erwachsene, besonders bei Familien mit psychisch erkrankten Eltern und bei psychisch erkrankten Heranwachsenden/jungen Volljährigen.

Die Autorinnen und Autoren wollen mit diesem Bericht die Probleme der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen und ihrer Angehörigen ins öffentliche Bewusstsein bringen. Wir hoffen, dass wir verstärkte Diskussionen über Prävention, Behandlung und Betreuung, Inklusion und die Notwendigkeit von fachbereichsübergreifender Kooperation anstoßen.

# 1. Einleitung

## 1.1 Ausgangslage

Eine enge und verbindliche Zusammenarbeit zwischen den Fachbereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Kinder- und Jugendhilfe und dem Schulbereich wird seit etlichen Jahren in Berlin angestrebt. Die Entwicklung einer ressortübergreifenden Verantwortungsgemeinschaft im Sinne eines Leitbildes hat insbesondere für junge Menschen mit Problemlagen und psychischen Störungen unterschiedlicher Art und Schwere, die in ihrer Entwicklung und oft auch auf ihrem Bildungsweg erheblich beeinträchtigt sind, eine große Bedeutung. Wenn diesen jungen Menschen nicht frühzeitig adäquat geholfen wird, kann ein selbstbestimmtes Leben auf einer soliden Bildungsbasis in weite Ferne rücken. Kinder und Jugendliche, die aufgrund ihres Verhaltens ihre Eltern, Pädagoginnen und Pädagogen, professionelle Helferinnen und Helfer etc. an die Grenzen ihrer Handlungsmöglichkeiten bringen, stellen an die Qualität der Hilfesysteme eine besondere Herausforderung. Obwohl sie quantitativ eine kleine, aber zunehmende Zielgruppe sind, kosten diese „Schwierigsten“ viel Zeit und Kraft. Sie leiden zumeist selbst an sich und ihren Beeinträchtigungen. Eine ganzheitliche und gemeinsame Fallverantwortung und ein abgestimmtes zeitgleiches Handeln in den Hilfesystemen besonders für diese Kinder, Jugendlichen und ihre Angehörigen flächendeckend in allen Berliner Bezirken aufzubauen, ist daher das grundlegende Ziel aller interdisziplinärer Kooperationsbestrebungen.

Die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung hat diesen landesweiten fachbereichsübergreifenden Kooperationsprozess zusammen mit der für Jugend und Bildung zuständigen Senatsverwaltung, den Landesämtern (Gesundheit, Jugend), den Bezirksämtern (Abt. Gesundheit, Jugend, Bildung), den Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie u. a. m. initiiert und begleitet. Eine ressortübergreifende Arbeitsgruppe legte in Zusammenarbeit mit Experten aus dem ambulanten, stationären/teilstationären Versorgungsgeschehen im Jahr 2003 eine entsprechende Handreichung mit Leitlinien und Empfehlungen vor (Sen-GesSozV, Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule).

Zur Erprobung der gemeinsamen Empfehlungen wurde von 2005 bis 2008 in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsregion Steglitz-Zehlendorf und Tempelhof-Schöneberg ein bezirksübergreifendes Modellprojekt durchgeführt.

Der nach einer Abschlussveranstaltung veröffentlichte Bericht (Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg, 2009) der Projektgruppe enthält u. a. die Kernaussage:

**Interdisziplinäre Kooperation auf Augenhöhe ist machbar und muss professioneller Behandlungsstandard sein.**

Die Lösungsansätze und Instrumente zur ressortübergreifenden Zusammenarbeit basieren auf den praktischen Projektergebnissen unter breiter Beteiligung von Experten/innen aus dem Versorgungsgeschehen vor Ort und der Wissenschaft (Evaluation). Die Dokumentation der Tagungsbeiträge und Ergebnisse des Projektes sind im Abschlussbericht des Modellprojektes: „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule“ in der Region Süd-West (2005 bis 2008) nachzulesen.

In den Empfehlung der Arbeitsgruppe von 2003 wird bereits auf das sogenannte Drei-Ebenen-Modell der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) verwiesen, das der Einschätzung des jeweiligen Hilfebedarfs und dessen Zielsetzung zu Grunde zu legen sei. Es wird des Weiteren empfohlen, dass in das integrierte Formulargutachten im Rahmen des Hilfeplans der Jugendhilfe Darlegungen hinsichtlich der Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und daraus folgender Beeinträchtigungen des betreffenden Kindes bzw. Jugendlichen einbezogen werden sollten.

Im Rahmen des Modellprojektes wurde die Struktur der ICF bei der Entwicklung eines fachbereichsübergreifenden Kommunikationssystems zugrunde gelegt. Es wurde ein sogenannter „Einschätzungsbogen“ entwickelt, mit dessen Hilfe eine individuelle komplexe fachübergreifende Bedarfslage festgestellt und ein gemeinsames Fallverständnis erleichtert werden kann. Dieses Instrument stellt bisher die einzige Form einer dokumentierten Zusammenschau sowohl der Probleme als auch der Ressourcen des betreffenden Kindes bzw. des betreffenden Jugendlichen dar. Er wurde in einer Kurz- und einer Langversion entworfen. In der Praxis wird derzeit in der Region die Kurzversion angewandt. Im Bereich der Jugendhilfe und im Schulbereich ist es noch nicht gelungen, das Schema der ICF in die Hilfeplanbegutachtung einzufügen. Wenn die ICF weitere Verbreitung finden sollte, könnte auf den Vorarbeiten im Rahmen des Einschätzungsbogens aufgebaut werden.

### **Arbeitsgruppe des Landespsychiatriebeirates (AG KJPP) 2007 bis 2015**

Im Zusammenhang der Fortschreibung der Krankenhausplanung ergingen wiederholt Hinweise durch verschiedene Expertengremien auf defizitäre Versorgungsstrukturen im Hinblick auf psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche in Berlin. 2007 wurde vom Landespsychiatriebeirat eine Arbeitsgruppe für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit dem Auftrag eingesetzt, eine fachliche Expertise zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungslage in Berlin zu erstellen. Dazu wurde im ersten Schritt das Behandlungsangebot der Abteilungen bzw. Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Gesamtzusammenhang der Versorgungssysteme im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP) untersucht und bewertet. Diese Empfehlungen bildeten die fachlichen Grundsätze für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im neuen Krankenhausplan 2010. In einem zweiten Schritt wurde das ambulante kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Versorgungssystem analysiert und bewertet und wie bereits im ersten Bericht wurde auch hierbei der Focus auf elf herausgehobene Patientengruppen (Risikogruppen) und deren Versorgungsbedarf gerichtet.

Die beiden Expertisen (SenGesSoz, 2008, 2010) der AG KJPP zeigten auf, dass ohne verbindliche Kooperationsbeziehungen des Gesundheitsbereiches mit der Jugendhilfe und dem Schulbereich keine tragfähigen Lösungen für den Personenkreis der psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen möglich sind. Die durch unterschiedliche Finanzierungs- und Arbeitssysteme gekennzeichnete Schnittstellenproblematik würde sich nur reduzieren lassen, wenn alle Beteiligten hierzu gemeinsame Wege weiterentwickeln und gehen. Der Landespsychiatriebeirat hat sich in der Sitzung am 21. Juni 2010 ausführlich mit den Handlungsempfehlungen der AG KJPP zur Verbesserung der Versorgungssituation von seelisch beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen befasst, die Gesamtergebnisse gewürdigt und einen Beschluss mit einem Auftrag zur Weiterarbeit an der Schnittstellenproblematik gefasst:

### **Auszug aus der Beschlussempfehlung vom 21.06.2010:**

Eine an den Entwicklungsaufgaben [...] orientierte verbindliche wechselseitige Unterstützung und Kooperation zwischen allen Verantwortlichen [...] in Jugendhilfe, Schule und Gesundheit und den Krankenkassen ist zur Sicherung der Wirksamkeit von kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen unabdingbar. Kooperationsvereinbarungen müssen personenbezogene Verantwortlichkeit, adäquate Personalausstattung, nach den geltenden fachlichen Leitlinien und Standards angewandte Instrumentarien und die Sicherung aller indizierten Behandlungen und Hilfen beinhalten.

### **Auftrag gemäß Beschlussempfehlung:**

*6. Die Arbeitsgruppe erhält den Auftrag, die Schnittstellenproblematik zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Erwachsenenpsychiatrie, Schule und Jugendhilfe unter Einschluss der Kindertagesstätten sowie der Finanzierungswege zu bearbeiten und die Handlungsempfehlungen in einem dritten Berichtsteil vorzulegen.*

## **1.2 Zielstellung**

Auf der Grundlage der in den Basisberichten Teil I – Stationäre/Teilstationäre Versorgung und Teil II – Ambulante Versorgung zusammengefassten Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Kinder- und Jugendhilfe und dem Schulbereich bei komplexen psychosozialen Problemlagen umfasst die Zielstellung der Arbeitsphase III folgende Punkte:

1. Definition der gemeinsamen Zielgruppen/ Patientengruppen
2. Beschreibung des komplexen fachbereichsübergreifenden Hilfebedarfs
3. Beschreibung der Schnittstellen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP), Jugendhilfe und Schule, zusätzlich Erwachsenenpsychiatrie und Kindertagesstätten
4. Darstellung von Entwicklungsthemen, Entwicklungsstörungen, Unterstützungssystemen und Erarbeitung von Empfehlungen für spezifische Alters- und Kompetenzstufen
5. Zusammenfassung der Ergebnisse und Handlungsempfehlungen

Im Focus der Untersuchung von spezifischen Alters- und Kompetenzstufen (Vorschulphase, Kinder in der Grundschule, Jugendliche in der Oberschule, Adleszenz/Berufsfindung/ Eingliederung in den Beruf/Selbständigkeit) stehen folgende Fragen:

- Welche Entwicklungsthemen sind für die verschiedenen Entwicklungsphasen zentral bedeutsam?
- Was sind Anzeichen für eine altersgemäße Reifung?
- Welche Entwicklungsaufgaben sind zu lösen um eine Lebensphase erfolgreich zu durchlaufen?
- Welche Auffälligkeiten/Schwierigkeiten/Störungen können in der jeweiligen Altersgruppe auftreten und warum?
- Welche Folgen hat das für das Gelingen/Nichtgelingen der jeweiligen Entwicklungsaufgaben?
- Welche Hilfen und Unterstützungssysteme kommen in Frage und wer kann welche Hilfen leisten?
- Wie können abgestimmte Hilfen und Übergänge als Gemeinschaftsaufgabe gestaltet werden?

Die gemeinsamen Erkenntnisse und Empfehlungen aus diesen Betrachtungen fließen in diesen Bericht – Teil III ein, der 2015 dem Landespsychiatriebeirat Berlin zur Diskussion und Beschlussfassung vorgelegt wird.

### 1.3 Demographische und epidemiologische Daten

#### Demographische Daten

Die Bevölkerungsprognose für Berlin deutet anhand der vorliegenden Erhebungen auf eine weitere Bevölkerungszunahme in den nächsten Jahren hin. Neben den älteren und alten Menschen betrifft diese Entwicklung erfreulicherweise vor allem Kinder und Jugendliche. Die regionalen Unterschiede sind teilweise erheblich. Ihre weitere Entwicklung ist jedoch aufgrund von Wanderungsbewegungen innerhalb von Berlin nicht sicher abzuschätzen. Die Zahl der Kinder mit Migrationshintergrund nimmt stetig zu. In Berlin hat inzwischen etwa jedes zweite Neugeborene mindestens ein Elternteil mit diesem Merkmal. Hier sind besondere regionale Schwerpunkte zu verzeichnen. Auch die Zahl der asylsuchenden und insbesondere unbegleiteten Kinder und Jugendlichen aus Kriegs- oder Bürgerkriegsgebieten steigt.

#### Epidemiologische Daten

Im Zusammenhang der Schnittstellen von Kindertagesbetreuung, Schule, Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist zum einen bedeutsam, in welcher Häufigkeit bei Kindern und Jugendlichen psychische Störungen vorliegen, zum anderen, wie sie verlaufen. Grundsätzlich sind Jungen mehr betroffen als Mädchen. Insbesondere in Bezug auf introversive Störungen ändert sich dieses

Verhältnis jedoch im Jugend- und beginnenden Erwachsenenalter.

Die z. Z. vorliegenden Daten aus Deutschland (vgl. BELLA-Studie) weisen darauf hin, dass Kinder und Jugendliche im Querschnitt zu etwa 20 Prozent psychische Auffälligkeiten zeigen und zu ebenfalls etwa 20 Prozent im Verlauf des Kindes- und Jugendalters an (mindestens) einer psychischen Störung erkranken. Angststörungen liegen dabei jeweils an der Spitze mit bis zu 10 Prozent, dahinter folgen Störungen des Sozialverhaltens, depressive Störungen sowie Suchtstörungen (stoffgebunden; nicht stoffgebundene Süchte sind noch nicht sicher genug in ihrem Störungsverständnis erfasst und konzipiert; die vorliegenden Daten weisen auf eine ebenfalls erhebliche Belastung in steigender Tendenz hin). Ein ungünstiges familiäres Klima und ein niedriger sozioökonomischer Status stehen im Vordergrund der Risikofaktoren. Bei kumulierten Risikofaktoren kommt es zu einem starken Anstieg der Häufigkeit psychischer Störungen. Je größer die personalen, familiären und sozialen Ressourcen sind desto niedriger ist das Auftreten psychischer Störungen und umgekehrt. Es gibt Hinweise aus den USA (aus der EU keine entsprechenden Daten), dass etwa die Hälfte aller psychischen Erkrankungen, die im Erwachsenenalter diagnostiziert werden, im Kindes- und Jugendalter beginnen.

Im Zusammenhang der betrachteten Schnittstellen ergibt sich auch die Frage nach besonders von psychischen Störungen belasteten Gruppen von Kindern und Jugendlichen. Die Mannheimer Risikokinderstudie wies eindrucksvoll nach, wie Risiken aus verschiedenen Bereichen (organische und psychosoziale) kumulieren und spezifische und langfristige Auswirkungen haben können. Für sich betrachtet führen psychosoziale Belastungen zu Schwierigkeiten bei den kognitiven und sozial-emotionalen Funktionen und organische Risiken vor allem zu Beeinträchtigungen der sprachlichen und motorischen Entwicklung mit häufiger sekundärer Gefährdung der sozialen Teilhabe und der sozialen und emotionalen Entwicklung.

Gesicherte Daten existieren auch für den Bereich der stationären Jugendhilfe aus der Ulmer Heimkinder-Studie bzw. der Ulmer Heimkinder-Interventionsstudie, deren Ergebnisse für Deutschland denen aus der englischsprachigen Literatur für andere Länder annähernd entsprechen. Die Ulmer Studien zeigten, dass etwa 60 Prozent der untersuchten Kinder und Jugendlichen die Diagnosekriterien für eine psychische Störung erfüllten, knapp 40 Prozent für mehrere psychische Störungen. Etwa 30 Prozent dieser Kinder und Jugendlichen sind so stark von psychischen Belastungen und Störungen betroffen wie nur etwa 2 Prozent der allgemeinen Bevölkerung. Die Interventionsstudie wies zudem die Bedeutung und den Erfolg von kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeu-

tischen Interventionen nach. Vor-Ort-Behandlungen („Home-Treatment“) verkürzt zudem deutlich die Zeiten stationärer Behandlungen.

Eine weitere Gruppe mit hohem Risiko für die Entwicklung einer eigenen psychischen Erkrankung ist die der Kinder von psychisch kranken Eltern. Bei betroffenen Kindern und Jugendlichen liegt das Risiko je nach Erkrankung der Eltern um das etwa zwei- bis zehnfache höher als bei Jugendlichen aus der Allgemeinbevölkerung. Ein besonders hohes Risiko besteht bei Kindern von Eltern mit Suchterkrankungen.

Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund sind ebenfalls häufiger von psychischen Auffälligkeiten und Störungen betroffen. In Abhängigkeit von sozialen Stressoren, denen diese Kinder zwischen den Kulturwelten oft in stärkerem Maß ausgesetzt sind, entsteht eine erhöhte Anfälligkeit für psychische Erkrankungen. Die klinische und ambulante Erfahrung aus der Versorgung dieser Kinder und Jugendlichen bestätigt diese aus internationalen epidemiologischen Untersuchungen gewonnenen Erkenntnisse. Die Heterogenität in sprachlicher und kultureller Hinsicht und deren Verschiedenheit von den Gegebenheiten im aufnehmenden Land spielen dabei eine wesentliche Rolle. Kumulierte Risiken treten hier besonders häufig durch multiple Belastungsfaktoren auf, insbesondere Traumatisierungen: z. B. bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen, bei Kindern, die Eltern, Geschwister oder Verwandte verloren haben, bei Kriegs- und Bürgerkriegsopfern insgesamt, bei Asylsuchenden und ihren Familien, bei illegal Eingewanderten oder Verschleppten, im Extremfall als Opfer von Menschenhandel und Prostitution.

In der Vorgeschichte delinquenter Kinder und Jugendlicher finden sich überzufällig häufig auch Regulations- und Teilleistungsstörungen sowie psychische Störungen in Verbindung mit belastenden psychosozialen Umständen und extravertierten Persönlichkeitsmerkmalen. Schulische Lern- und Leistungsprobleme, Abbrüche der schulischen Laufbahn und Bildungsbenachteiligungen treten in der Folge vermehrt auf. Begünstigende Faktoren im Hinblick auf Gewaltdelinquenz sind u. a. Konsum von Alkohol und Drogen und innerfamiliäre Gewalterfahrungen. Der letztgenannte Faktor tritt bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund gehäuft auf und trägt sowohl zum verstärkten Auftreten von psychischen Störungen als auch zu deren Überrepräsentation bei Gewaltdelikten bei. Kinder und Jugendliche aus Städten und der unteren sozialen Schicht sind vermehrt delinquent. Die sogenannten Intensivtäter stellen eine kleine Gruppe mit einem besonders ausgeprägten psychosozialen Belastungsprofil dar, auch im Hinblick auf psychische Störungen.

In den Schuleingangsuntersuchungen werden zurzeit keine Daten über Risiken im Hinblick auf psychische Störungen oder deren Vorliegen erhoben. Der Einsatz spezifischer Untersuchungsinstrumente wird nach Auswertung des Pilotprojekts im Bezirk Steglitz-Zehlendorf diskutiert. Limitierende Faktoren werden voraussichtlich die nicht ausreichenden personellen Ressourcen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste und der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste und die unterschiedlichen sprachlichen Voraussetzungen der befragten Eltern sein.

#### **1.4 Komplexer fachbereichsübergreifender Hilfebedarf**

Seit über 15 Jahren bestehen Bemühungen von Seiten der Senatsverwaltung für Gesundheit in Zusammenarbeit mit den beteiligten Akteuren aus Kliniken und KJPD, in den letzten Jahren unter Einbeziehung der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater/innen und -psychotherapeuten/innen und der Psychotherapeutenkammer, bei komplexen Problemlagen zu abgestimmten und verbindlichen Hilfen mit den Trägern der Kinder- und Jugendhilfe und der Schule zu kommen. Das in der Einleitung dargestellte, im Modellprojekt entwickelte ressortübergreifende Verfahren wird bisher nur in den Bezirken angewandt, die es entwickelt haben. Einschränkungen sind jedoch auch hier zu verzeichnen. Die Initiatoren des Verfahrens sind überwiegend die Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheitsbereich. Es ist bisher nicht gelungen, die Bereiche Schule und Jugendhilfe zum konsequenten gemeinsam erarbeiteten Vorgehen zu motivieren. Mögliche Ursachen sind u. a. in den unzureichenden personellen Ressourcen der Jugendhilfe und deren Beanspruchung z. B. im Kinderschutz und in der ebenfalls in vielfältiger Hinsicht zu geringen Ausstattung des öffentlichen Schulsektors zu sehen. Die Probleme bei der Entwicklung der inklusiven Schule verdeutlichen diesen Zustand. Dass es zu keiner Übernahme des Verfahrens durch andere Bezirke gekommen ist, liegt auch in regional unterschiedlichen Gegebenheiten mit sehr unterschiedlichen Prozessen und Strukturen sowie an den beteiligten Personen. Einige Bezirke entwickelten eigene, zum Teil pragmatischere Vorgehensweisen mit teilweise bemerkenswerter Effektivität. Als Mangel bleibt darüber hinaus, dass der Übergang/die Transition zu den Erwachsenen/ zur Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie und zum Vorschulbereich/den Kindertagesstätten bisher konzeptionell nicht einbezogen ist.

Eingigkeit besteht darin, dass besonders bei komplexen Problemlagen, aber auch grundsätzlich – von der Prävention bis zur Nachsorge sowie bei alters- und strukturbedingten Übergängen – eine ressortübergreifende kooperative Versorgung unerlässlich ist.

## 1.5 Schnittstelle zur Kinder- und Jugendhilfe

Mit der Verantwortung der Kinder- und Jugendhilfe auch für seelisch behinderte oder von seelischer Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche (SGB VIII) besteht eine wichtige Schnittstelle zwischen dem Gesundheitsbereich (SGB V) und der Kinder- und Jugendhilfe. Berührt werden zudem das SGB XII mit teilweise nach beiden Gesetzbüchern Anspruchsberechtigten sowie das SGB IX im Hinblick auf Rehabilitation. Die Hauptproblematik liegt jedoch in den Berührungsfeldern von SGB V und VIII. Abgestimmte und nachhaltige Hilfen sind von allen Akteurinnen und Akteuren gewünscht. In der Praxis ergeben sich jedoch vielfältige Schwierigkeiten. Diese liegen strukturell in der mangelnden Verbindung der Sozialgesetzbücher und der nach ihren Vorgaben tätigen Institutionen und Organisationen. Das hat zur Folge, dass für die notwendige und insbesondere fachbereichsübergreifende Kooperation nicht per se gemeinsames und abgestimmtes Handeln vorgegeben ist.

## 1.6 Schnittstelle zur Schule

Der Schulbereich umfasst aufgrund der Schulpflicht in Deutschland alle Schülerinnen und Schüler im Alter von sechs bis sechzehn Jahren und wegen der danach sich anschließenden Bildungs- und Ausbildungsphase in Schule, Beruf und Studium auch den Übergang zum Erwachsenenalter. Die bisher etablierten Förderbereiche umfassen nur teilweise psychisch erkrankte Schülerinnen und Schüler. Sie sind zudem nicht in Abstimmung mit dem Gesundheitswesen definiert. Somit liegen auch hier strukturell trennende Voraussetzungen vor, die Kooperation erfordern, um die Schnittstellen nach den Erfordernissen der betroffenen Schülerinnen und Schülern zu gestalten. Der seit 01.04.2015 endlich aufgenommene besondere Förderbedarf bei Krankheit (gemäß den Empfehlungen der Kultusministerkonferenz von 1999) muss erst in seine Umsetzung geführt werden. Auch bei psychischen Erkrankungen kann nun besonderer Förderbedarf festgestellt und Nachteilsausgleich gewährt werden<sup>1</sup>.

## 1.7 Schnittstelle zur Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Erwachsenenalters

Die Trennung zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Erwachsenenalters verläuft aus verschiedenen Gründen weitgehend unverbunden. Dies gilt in etwas unterschiedlichem Maß für sowohl für den ärztlich-medizinischen als auch für den psychologisch-psychotherapeutischen Bereich (Zuständigkeiten der Ärztekammer bzw. der Psychotherapeutenkammer, insgesamt der Krankenkassen bzw. des SGB V). Diese Trennung hat aus Sicht der Betroffenen und der Handelnden aus dem Gesundheitsbereich ungünstige Auswirkungen. Veränderungen im Sinn einer Transition werden zunehmend als notwendig erachtet.

## 1.8 Schnittstelle zum Vorschulbereich, insbesondere den Kindertagesstätten

Erst in jüngerer Zeit hat sich das Wissen etabliert, dass sich von Geburt an psychische Störungen manifestieren können (vgl. z. B. v. Gontard, Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie) und ein möglichst frühzeitiges entsprechendes Einwirken von großer Bedeutung für deren weitere Entwicklung ist. Auch das Wahrnehmen von Gefährdungsbedingungen der Entstehung psychischer Störungen im Vorschulalter und das dem gemäße Handeln der Verantwortlichen aus den verschiedenen damit befassten Bereichen stellt sich als unabdingbar dar. Die dafür vorhandenen Strukturen und Angebote decken hier nur Teilbereiche ab. Die vorhandenen Schnittstellen müssen verbessert und weitere Akteure ins Spiel gebracht werden.

<sup>1</sup> Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft (Hrsg): Leitfaden zur Feststellung sonderpädagogischen Förderbedarfs an Berliner Schulen, Förderbedarf und Nachteilsausgleich bei Krankheit. Berlin 2015

## 2. Spezifische Alters- und Kompetenzstufen

### 2.1 Entwicklungsthemen

#### 2.1.1 Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter

Die Entwicklung des Kindes vollzieht sich von Beginn an im Wechselspiel zwischen angeborenen und erlernten Fähigkeiten und Merkmalen. Die wichtigsten Aufgaben eines Neugeborenen liegen darin, sich an das Leben außerhalb des Mutterleibs anzupassen, die körperlichen und psychischen Funktionen entsprechend zu regulieren und mit den Menschen seiner Umgebung in Beziehung zu sein und zu kommunizieren.

Aus den verschiedenen Bereichen der Säuglings- und Kleinkindforschung wird immer deutlicher, dass schon Neugeborene über vielfältige grundlegende, angeborene Fähigkeiten zur Bewältigung der beschriebenen Aufgaben verfügen. Beeinträchtigungen dieser lebensnotwendigen Fähigkeiten (entwicklungs-psychopathologische Risikofaktoren oder unzureichendes psychosoziales Umfeld s. u.) treten in verschiedener Ausprägung bei etlichen Kindern auf.

Wichtige Merkmale und Fähigkeiten der Entwicklung eines Kindes in den ersten Lebensmonaten und Jahren, die sich unmittelbar oder mittelbar auf die psychische Gesundheit auswirken können, sind Kontaktaufnahme, Gestaltung des Kontakts zu anderen Menschen und Beziehungsentwicklung.

Kinder sind, falls nicht wesentliche Beeinträchtigungen dieser Fähigkeiten vorliegen, von Geburt an in der Lage, aktiv in Kontakt mit ihrer sozialen Umwelt zu treten. Diese Fähigkeit ist in ihrer Entwicklung darauf angewiesen, auf Resonanz zu treffen. Die Signale des Kindes, die zunächst überwiegend nicht sprachlich, sondern mimisch und gestisch zum Ausdruck kommen, benötigen Aufnahme und Verstärkung durch die soziale Umgebung. Bei mangelnder Reaktion oder auch verspäteter oder unpassender Antwort stellen sich Störungen beim Kind ein. Dazu gehören Vermeiden, Ausweichen, eigene unpassende Verhaltensweisen, Regulationsstörungen bis hin zu bleibenden Schädigungen der neurologischen Strukturen bei schwerer Deprivation.

Wenn diese Fähigkeiten des Kindes angemessen beantwortet und unterstützt werden, wie meist der Fall, nehmen sie eine rasante Entwicklung. Es bilden sich personenbezogene Vorlieben heraus, der eigene Gefühlsausdruck wird dem Kind wahrnehmbar, die Unterscheidung zwischen fremden und vertrauten Personen wird möglich, über Imitation wird die

Fähigkeit erlernt, eine eigene spezifische Körpersprache und später auch Sprache zu entwickeln, die Fähigkeit zur geteilten Aufmerksamkeit entsteht. Das Kind lernt wahrzunehmen, ob sein Verhalten von den Bezugspersonen gebilligt wird oder nicht, und das Kind lernt, die emotionale Bewertung der Bezugspersonen im Hinblick auf eigene fragliche Bewertungen wahrzunehmen und zu verarbeiten.

Zunächst sind Kinder bei der Regulierung ihrer körperlichen und psychischen Zustände und Bedürfnisse fast vollständig auf andere Menschen angewiesen. Für das Kind ist es überlebenswichtig, die Sicherheit dieser Regulation zu erfahren. Sowohl die Stabilisierung wesentlicher körperlicher Funktionen wie Ernährung/Nahrungsaufnahme und folglich Gewichtszunahme mit Wachstum und Gedeihen, Schlaf-Wach-Rhythmus, Gefühlsäußerungen, motorische Aktivität oder Selbststimulation sind davon berührt. Für die psychische Entwicklung von besonderer Bedeutung ist die Fähigkeit zur Regulation der Erregung und Aktivierung.

Schon Neugeborene zeigen hier unterschiedliche Intensitäten und Fähigkeiten. Sie benötigen trotz basaler Ausstattung mit eigenen Regulationsmechanismen Hilfe von außen, jedoch in sehr unterschiedlichen Ausmaß. Bei angemessener Unterstützung stabilisieren sich diese Funktionen im Laufe der ersten Lebensjahre zunehmend.

Dass Kinder für die Entwicklung bei grundlegend angeborenen Fähigkeiten Hilfe und Unterstützung von außen benötigen, liegt auf der Hand. Die Entwicklung der Motorik, der Sensorik, aller Qualitäten des Sprechens, der Integration von Informationen aus den verschiedenen Sinnesmodalitäten, des Denkens mit allen unterschiedlichen Dimensionen, der sozialen Fähigkeiten, der Selbstregulation und der Emotionalität sind davon betroffen. Eine feinfühlig und präsente Gestaltung konstanter Beziehung muss dem Kind die Entwicklung dieser Fähigkeiten gewährleisten. Der Begriff der Bindung spielt hier in der sozialpsychologischen Wissenschaft eine entscheidende Rolle. Darunter wird verstanden und zum heutigen Zeitpunkt angenommen, dass Kinder und ihre Bezugspersonen ein angeborenes Bindungsverhalten mitbringen, das jedoch verschieden ausgestaltet sein kann. Sowohl kulturelle als auch individuelle Faktoren spielen dabei eine Rolle. Insgesamt wird eingeschätzt, dass die emotionale wechselseitige Zuwendung von entscheidender Bedeutung in ihrer Qualität für die Entwicklung einer psychischen gesunden Persönlichkeit ist.

Individuelle Temperamentsmerkmale sowie kulturelle Faktoren können die Form dieser Bindung sehr unterschiedlich beeinflussen. Letztere Faktoren sind erst in jüngerer Vergangenheit zunehmend in den Blick geraten und verdienen gerade in einer multikulturellen Gesellschaft erhöhte Aufmerksamkeit.

Nach grundlegenden ersten Lebensmonaten und Jahren mit der basalen Entwicklung in den genannten Bereichen und dem Übergang zum „aufrechten Gang“ tritt zunehmend die durch die Sprache deutlicher vermittelbare individuelle Persönlichkeit des Kindes in den Vordergrund. Die unterschiedlichen Entwicklungstempi der Kinder sind nun wahrnehmbarer, wobei ihnen im Rahmen von vorschulischer und später schulischer Bildung immer noch unzureichend Rechnung getragen wird. Die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel, bei aller Egozentrität des frühen Kindesalters, entwickelt sich. Gedächtnisleistungen, kognitive Kontrollfunktionen, die Fähigkeit zur situationsbezogenen Aktion (bei Unterdrückung automatisierter Handlungen), Koordinations- und Planungsfähigkeit sowie kognitive Flexibilität verbessern sich immer mehr. Im Zusammenhang der gesellschaftlichen Anforderungen unserer Kultur bildet sich eine Neigung zu leistungsmotiviertem Verhalten heraus. Das Selbstbild ist im Vorschulalter überwiegend noch unrealistisch überhöht, günstigenfalls überwiegend positiv. Eigene Interessen bilden sich im Rahmen des Explorations- und Spielverhaltens heraus. Die Beziehung zu Gleichaltrigen wird immer wichtiger, die Sozialisation wird in ihrer Vielfalt durch Kontakte außerhalb der Familie unterstützt. Die Auswirkungen außerfamiliärer Beziehungen auf die spätere Entwicklung sind noch nicht sicher einzuschätzen. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass Störungsfaktoren im Hinblick auf die kindliche Entwicklung im Rahmen der primären Bezugspersonen durch günstige Einflüsse von außerhalb zumindest teilweise kompensiert werden können. Unstrittig scheint zu sein, dass Kinder mit positiver Elternbindung insgesamt sozial geschickter, beliebter und emotional ausgeglichener sind. Unstrittig ist des Weiteren, dass die sprachlichen Fähigkeiten von Kindern entscheidend von der Förderung im vorschulischen Alter beeinflusst werden. Hier sind die kompensatorischen Möglichkeiten außerfamiliärer Förderung besonders gut zu beobachten.

## 2.1.2 Schul- und beginnendes Berufseintrittsalter

Komplexe psychische und psychosoziale Problemlagen von Kindern werden häufig erst mit Eintritt in die Schule bzw. im Verlauf der Beschulung deutlich. Dies ist der Fall, obwohl vielfältige Verbesserungen der Frühdiagnostik und -intervention ab Geburt eines Kindes eingesetzt und weiterentwickelt werden (z. B. Meldesystem der Kinderärzte zur Wahrnehmung der U-Untersuchungen, Kinderschutzregelungen, Frühförderung, rechtlicher Anspruch auf einen Kitaplatz, Netz an Erziehungs-

beratungsstellen u. v. m.; zur Darstellung der Versorgungssituation und -defizite siehe. Berichtsteil junge Kinder). Kindern werden in der Schule Anpassungsleistungen abverlangt, denen sie mitunter aus den verschiedensten, auch psychischen oder/und psychosozialen Gründen nicht nachkommen können. Häufig werden auch Probleme des sozialen Umfelds deutlich oder wirken sich indirekt aus.

### 2.1.2.1 Grundschulalter (mittlere und späte Kindheit)

Mit der Einschulung werden Kinder deutlich stärker als in der Kita an Gruppennormen gemessen. Konzentrationsfähigkeit, Aufmerksamkeitsspanne, optische und akustische Differenzierungsfähigkeit, Arbeitsgedächtnis, kognitive Leistungsfähigkeit, Akzeptanz von Regeln und soziale Integrationsfähigkeit sind wichtige Basiskompetenzen, die mit der Einschulung eine große Bedeutung bekommen.

Die Ergebnisse der Berliner Einschulungsuntersuchungen geben u. a. Hinweise auf den Entwicklungsstand der Kinder in den Bereichen Körperkoordination, Visuomotorik, visuelle Wahrnehmung, Mengenvorwissen als wichtigen Indikatoren für die kognitive Entwicklung sowie das Sprechen und die Sprache. In den genannten Bereichen wurden in den letzten Jahren jeweils etwa ein Viertel aller Kinder in den durchgeführten Screening-Untersuchungen als grenzwertig bis auffällig beurteilt (beim Sprachvermögen kommen Kinder nichtdeutscher Herkunft mit weniger als guten Deutschkenntnissen noch hinzu.). Die Schulärzte kamen zu dem Ergebnis, dass insgesamt etwa 30 bis 40 Prozent der einzuschulenden Kinder zusätzlich schulisch zu fördern wären. Emotionale Beeinträchtigungen bzw. mögliche emotionale Auswirkungen der erhobenen Entwicklungsdefizite werden bisher noch nicht untersucht (nach Auswertung des Pilotprojektes in Steglitz-Zehlendorf dann möglicherweise auch in den übrigen Berliner Bezirken).

In der Schulanfangsphase haben die motorische Entwicklung des Kindes, die Körperbeherrschung und die Ausformung der Fein- und Grobmotorik eine besondere Bedeutung. Auch die sprachliche Differenzierung, der Ausbau des Wortschatzes und die Entwicklung von grammatikalischen Strukturen spielen eine große Rolle. Bei vielen Kindern, insbesondere nichtdeutscher Herkunft, mit Sprachentwicklungsverzögerungen oder bei Förderdefiziten im familiären Rahmen kommt der Schule eine wesentliche Aufgabe zu.

Das Grundschulalter ist im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung durch zunehmende Selbstkontrolle und Verhaltenssteuerung geprägt. Wissensbildung, die Akzeptanz von Regeln und Normen und die zunehmende Geschlechtsidentität, speziell die Abgrenzung vom anderen Geschlecht, stehen im Vordergrund. In der normalen Entwicklung werden zunehmende Gewissenhaftigkeit, Verträglichkeit und Abnahme von

Extrovertiertheit beobachtet. Das Persönlichkeitsprofil der Kinder wird deutlicher (z. B. Über- oder Unterkontrolliertheit, Resilienz, Schüchternheit, Aggressivität u. a.).

Die soziale Entwicklung wird wesentlich durch die Identifikation mit Eltern, Geschwistern, Lehrkräften und Mitschülern beeinflusst. Gruppenbezogenes, prosoziales Verhalten muss geübt und gefestigt werden. Die Beziehungen zu Gleichaltrigen werden immer wichtiger. Ihre Qualität und die Fähigkeit, Freundschaften zu entwickeln, zeigen sich als konstitutiv für das Selbstwertgefühl. Der elterliche Erziehungsstil trägt ebenfalls maßgeblich dazu bei.

Die kognitive Entwicklung ist durch das Stadium der konkreten Operationen sowie durch Konzept- und Regelbildung bestimmt. Das Denken wird einerseits flexibler, andererseits organisierter. Die differenzierte Wahrnehmung und Betrachtung aus verschiedenen Blickwinkeln wird möglich, ebenso die interne Repräsentation und bewusste Beeinflussung einer Situation.

Das Spielverhalten ist in der Schulanfangsphase noch durch Bewegungsspiele, Fantasiespiele, Neugier und Rollenspiele geprägt. Der Einfluss von Medien, Fernsehkonsum, Computerspielen und Spielekonsolen sowie die indirekte Kommunikation über das Internet gewinnt aber im Verlauf immer größere Bedeutung.

Die emotionale Entwicklung zeichnet sich in dieser Phase durch eine Zunahme der sogenannten selbstbezogenen Emotionen aus, die regulierende Funktionen in Bezug auf die eigene Person oder auf andere haben. Intrapersonale Emotionen wie Schuld, Scham oder Stolz beeinflussen die Leistungsmotivation im Sinn von Optimismus oder Pessimismus. Das Verständnis und die Deutung von Emotionen werden differenzierter. Der Vergleich mit anderen wird immer wichtiger, ebenso die Kontrolle über negative Gefühlslagen.

### **2.1.2.2 Sekundarschul- und beginnendes Berufseintrittsalter (Jugendalter)**

Die Zeit zwischen dem Beginn der Geschlechtsreife oder Pubertät und dem Übergang in das Erwachsenenalter ist von wesentlichen Veränderungen und Anforderungen gekennzeichnet. Diese unterliegen erheblichen interindividuellen Schwankungen. Zusätzlich spielen Faktoren der unmittelbaren und mittelbaren Umwelt eine erhebliche Rolle. Insgesamt stehen jede Jugendliche und jeder Jugendlicher deshalb vor immensen Entwicklungs Herausforderungen.

Das Thema „Jugendentwicklung“ hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Wesentlich sind dabei wachsende wissenschaftliche Kenntnisse über die Gehirnentwicklung gerade in dieser Lebensperiode und die zunehmende gesellschaftliche Diversität. Jugendliche sind je nach psychi-

scher Stabilität, kognitiven Fähigkeiten und psychosozialen Umfeld dieser Diversität mehr oder weniger gut gewachsen. Bei grundlegend vorhandenem materiellen Wohlstand in einem noch nie gekanntem Ausmaß bestehen dennoch auch hier interindividuelle und auf verschiedene gesellschaftliche Gruppen bezogene erhebliche Divergenzen.

Entwicklungsthemen ergeben sich aus verschiedenen Dimensionen jugendlichen Erlebens. Die physische und psychische Reifung, die Bewältigung gesellschaftlicher Anforderungen und Erwartungen und der Erwerb persönlicher Zielsetzungen und Werte sind zentrale Bereiche.

Die individuelle Reifung erfolgt durch endokrinologisch ausgelöste und gesteuerte Prozesse in Verbindung mit der Entwicklung des Gehirns vor allem im Hinblick auf die kognitive Regulation neuer und starker Affekte. Die Reifung der (Selbst-) Regulationsfähigkeit dauert nach neuen Erkenntnissen der Gehirnforschung bis ins frühe Erwachsenenalter und läuft der psychosexuellen Entwicklung der einsetzenden Pubertät hinterher. Diese ist aufgrund verbesserter Ernährungsbedingungen, Gesundheitsfürsorge, medizinischer Behandlung und Hygiene in Richtung späte Kindheit „nach vorn“ verschoben. Bei zusätzlich komplexeren und weniger gesellschaftlich definierten Rahmenbedingungen sind die Entwicklungsanforderungen an Jugendliche hoch. Eine historisch noch nicht dagewesene Liberalität in den sozialen Beziehungen ist zu verzeichnen. Gerade Jugendliche aus einem beispielsweise noch traditionell fest gefügten psychosozialen Herkunftsmilieu stehen häufig vor unlösbaren inneren und äußeren Dilemmata. Gleichzeitig besteht der Anspruch eines Bildungsideals, individuelle überlegte Entscheidungen selbst unter Druck auch als Jugendliche schon treffen zu können. Jugendliche benötigen deshalb mehr situative, auf ihren persönlichen Kontext zugeschnittene Unterstützung. Viele Eltern und erwachsene Bezugspersonen fühlen sich dazu aber nicht ausreichend in der Lage, weil sie sich den geschilderten Anforderungen selbst als nicht ausreichend gewachsen erleben.

Entscheidende Entwicklungsthemen ergeben sich aus verschiedenen Entwicklungsmodellen, zu denen z. B. das Konzept der Entwicklungsaufgaben gehört, aber auch das Zusammenspiel von sog. Entwicklungsdomänen. Für die Thematik der psychischen Störungen spielen insbesondere die interaktionistischen Theorien eine wichtige Rolle. Zugrunde liegt die Vorstellung eines aktiven, sich selbstmotivierenden Individuums, das in einer ebenfalls aktiven, durch Entwicklungsaufgaben fordernden Umwelt lebt. Zu den wesentlichen sog. Entwicklungsaufgaben gehören für das Jugendalter u. a. sich einen Freundeskreis mit Altersgenossen beiderlei Geschlechts aufzubauen, die Veränderungen des Körpers und des eigenen Aussehens akzeptieren zu lernen, sich eine geschlechtsspezi-

fische Rolle anzueignen, engere sexuelle Beziehungen einzugehen, Autonomie gegenüber den Eltern zu erwerben, in eine schulische und berufliche zielbezogene Entwicklung zu finden, eigene Vorstellungen zu Partnerschaft und Familie zu finden, sich selbst kennen zu lernen, zu erkennen, wie andere einen wahrnehmen und damit zu beginnen, Lebensziele anzusteuern und zu einer eigenen Weltanschauung zu kommen.

Geschlechts- und zeitbezogen lassen sich Unterschiede identifizieren. Für Mädchen hat z. B. die Akzeptanz des Aussehens und der körperlichen Veränderungen eine größere Bedeutung, für Jungen die Aneignung geschlechtsrollenspezifischen Verhaltens. Zeitbezogen sind z. B. die Einordnung in die Peergroup und die berufliche Identitätsentwicklung konstant bedeutsam, andere Faktoren wie Selbstkenntnis und Freundschaftsbeziehungen hingegen deutlichem Bedeutungswandel unterworfen.

### 2.1.3 Übergang ins Erwachsenenalter

Das Erwachsenenalter ist in gesetzlicher Hinsicht in den deutschsprachigen Ländern, wie in vielen anderen, mit dem chronologischen Alter von 18 Jahren erreicht. Aus entwicklungspsychologischer Sicht gibt es keine eindeutigen Kriterien für dessen Beginn. Verschiedene Faktoren wie individuelle Reifung, Bewältigung von Entwicklungsschritten, soziale Erwartungen, kulturelle Gegebenheiten und Einflüsse u. a. spielen eine wichtige Rolle. Die entwicklungspsychologische Betrachtungsweise des Erwachsenenalters steht zudem noch am Beginn der Forschung, entsprechende empirische Untersuchungen oder theoretische Konzepte sind erst ansatzweise vorhanden. Gründe für diesen Umstand sind unter anderem, dass die Entwicklungsschritte im Erwachsenenalter, wie sie für das Kindes- und Jugendalter beobachtbar und definierbar sind, wesentlich langsamer und zeitlich gedehnter erfolgen. Interindividuelle Unterschiede treten häufiger auf, die physiologische Reifung hat in verschiedene Dimensionen zu einer Art Abschluss gefunden.

Der Begriff der Autonomie als Kennzeichen für Erwachsensein ist in den westlichen Kulturen dadurch gekennzeichnet, dass emotionale, materielle und soziale Eigenständigkeit erreicht sind. Auch hier finden jedoch zahlreiche interindividuelle Besonderheiten ihren Niederschlag. Gemeinsames Kennzeichen der Entwicklung in den sogenannten westlichen Kulturen ist die Verzögerung des Übergangs ins Berufsleben und der Familiengründung. Diese Verzögerung ist mit dem Begriff des sogenannten aufkommenden Erwachsenenalters (Emerging Adulthood) konzeptionalisiert worden. Auf dem Hintergrund erreichter biologischer Reife, jedoch noch nicht sozialer Reife wird damit eine Phase der Exploration auf allen Ebenen beschrieben. Sexuelle Partnerschaft, Berufsfindung

mit Ausbildung und Studium, wechselnde Arbeitsstellen, noch teilweise bestehende intensive Bindung zu den Eltern und der Herkunftsfamilie sind Kennzeichen. Hinzu treten erschwerende gesellschaftliche Umstände wie z. B. die Notwendigkeit, Praktika vor dem Berufseintritt durchzuführen, häufig befristete Arbeitsverträge und die Anforderung, auch örtlich flexibel zu sein. Der Übergang zwischen Adoleszenz und autonomem Erwachsenenalter wird dadurch verzögert. Langfristige Verpflichtungen entstehen erst allmählich, ebenso die Lösung von der Ursprungsfamilie. Die intensive Orientierung auf sich selbst, die Vermeidung von Festlegungen in Bezug auf persönliche Bindungen, Sexualpartner, Arbeitsstellen/Firmenzugehörigkeiten, das Experimentieren mit verschiedenen Lebensstilen und Konsumgewohnheiten, eine hohe materielle Orientierung, das Hinauszögern und grundsätzliche Infrage stellen der Entscheidung für Nachkommen/Kinder sind zu beobachten. Der Übergang zu diesen Festlegungen hat sich allmählich von der Phase des späten Jugend- und beginnenden Erwachsenenalters in die zweite Hälfte der 20er- und in die beginnenden 30er-Jahre hinein verschoben.

Die Entwicklungsfrist hin zum Erwachsenenalter hat sich so verlängert. Die sozialen Erwartungen im Hinblick auf die Entwicklung zum Erwachsenen sind diversifizierter geworden, auch durch die Einflüsse verschiedener Kulturen, die auf junge Erwachsene einwirken. In einer Metropole wie Berlin finden sich zum einen alle Optionen und Freiheiten einer westlichen kulturellen Pluralität, zum anderen haben tradierte soziale und kulturelle Erwartungen für die aus den verschiedenen ethnischen und kulturellen Kontexten stammenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine teils hohe Bedeutung. Soziale Normen und Erwartungen können z. B. für junge Frauen einen normativen Zeitplan des Lebenslaufes darstellen. Ihre soziale Umgebung kann etwa vorgeben, in welchem Alter sie sich zu verheiraten haben und mit wem dies zu geschehen hat. Es kann die Erwartung an die Zeugung von Kindern unmittelbar mit der eingegangenen Bindung einhergehen, sowohl aus tradierten westlichen kulturellen Gruppen, wie z. B. der katholischen Kirche, als auch manchen islamischen oder anderen durch Migration vorhandenen Kontexten. Eine Verletzung des ggf. vorhandenen normativen Zeitplans kann zu negativen Sanktionen, wie sozialer Missbilligung oder sozialem Ausschluss, im schlimmsten Fall bis hin zu körperlicher und seelischer Misshandlung und Tötung führen. Eine Passung im Hinblick auf die sozialen Erwartungen und Normen hingegen wird von der entsprechenden Kultur und Gruppe unterstützt und verstärkt. Viele junge Erwachsene, insbesondere junge Frauen, sehen sich in dieser Phase einer Zerreißprobe zwischen der Einbettung in die soziale Herkunftsgruppe und den Freiheiten einer pluralen offenen Gesellschaft ausgesetzt.

Normative Verläufe sind zunehmend unschärfer und durchlässiger geworden, Deregulation führt zu erhöhten Anforderungen an die individuelle Orientierung und Gestaltung. Das Hinausschieben bindender Entscheidungen, wie Familiengründung, Zeugung von Kindern und berufliche Festlegungen können die Folge sein. Die Fähigkeit zur Selbstregulation wird möglicherweise häufig nicht in dem Maße erworben, wie es nötig wäre. Das Konzept der Multidirektionalität der Lebensspannenpsychologie weist darauf hin, dass gerade das junge Erwachsenenalter eine Phase darstellt, in der durch Nichteingehen von Verpflichtungen und Festlegungen versucht wird, ein Maximum an Offenhalten von Lebensoptionen zu erzielen. Die materiellen Möglichkeiten der westlichen technisierten Kultur bieten zudem genügend Statusgewinn und Unabhängigkeit, um diese Offenheit für die meisten erreichbar werden zu lassen. Diejenigen jedoch, denen die Teilhabe an diesen Möglichkeiten verwehrt oder teilweise verwehrt ist, suchen ihre Orientierung womöglich verstärkt in externer Regulation, wie z. B. bestimmten extremen politischen Gruppierungen und persönlichen Festlegungen im Rahmen eng definierter kultureller Normen.

## 2.2 Entwicklungspsychopathologische Risikofaktoren zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

### 2.2.1 Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter

Bei der Entwicklung eines Kindes können vielfältige psychopathologische Risikofaktoren auftreten. Im Abschnitt über das Grundschul- und Jugendalter werden diese Risikofaktoren im Sinne eines biopsychosozialen Verständnisses für das gesamte Kindes- und Jugendalter ausdifferenziert und durch situative Faktoren ergänzt. In diesem Abschnitt über das Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter werden Faktoren aufgeführt, die vor, während und nach der Geburt von besonderer Bedeutung sind. Zudem sollen spezifische belastende Faktoren dieser Lebensphasen angeführt werden.

Wegen der großen Variabilität der kindlichen Entwicklung wirken sich psychopathologische Risikofaktoren nicht in jedem Fall ungünstig aus. Sie sind vor allem dann sorgfältig zu beachten, wenn mehrere Faktoren zusammentreffen.

Vorgeburtlich (pränatal) sind besonders biologische Risikofaktoren bedeutsam. Bei der Entwicklung des Kindes im Mutterleib können vielfältige Störungen auftreten, die zu bleibenden Schädigungen oder zumindest Vulnerabilitäten führen können. Verschiedene psychische Störungen sind durch genetische Faktoren vordeterminiert. Sogenannte syndromale Störungen können angeboren (z. B. Störungen der Chromosomenstruktur

und viele andere) oder erworben sein (z. B. das Fetale Alkoholsyndrom). Psychosoziale Faktoren können mit ursächlich eine Rolle spielen oder für sich vorkommen.

Prä- und perinatal gelten auf mütterlicher bzw. elterlicher Seite nach heutigem Forschungsstand u. a. folgende Faktoren als potentiell ungünstig für die weitere Entwicklung des Kindes:

Zustand nach länger dauernder Infertilität bzw. Infertilitätsbehandlung, frühere Fehl- oder Frühgeburten, Blutungen in der Frühschwangerschaft, behandlungsbedürftige Frühgeburtsbestrebungen, Gestose, schwere Erkrankungen, Schockzustände, Traumata oder Narkosen während der Schwangerschaft, bestimmte Infektionen während der Schwangerschaft, bestimmte Medikamente, Drogen und Toxine (v. a. Alkohol und Rauchen) während der Schwangerschaft, Ernährungsmängel, beeinträchtigende sozioökonomische Probleme (z. B. Arbeitslosigkeit, unzureichende Wohnsituation), belastende psychosoziale Umstände (z. B. alleinstehende Mutter während der Schwangerschaft, psychische Stressoren), Gewalt zwischen der Eltern (insbesondere Gewalterfahrung der Mutter), psychische Erkrankungen der Eltern (z. B. postpartale und möglicherweise andauernde Depression der Mutter), Suchterkrankungen der Eltern u. a.

Während der Geburt eines Kindes (perinatal) können Umstände eintreten, die besondere psychopathologische Risiken mit sich bringen:

Frühgeburt, insbesondere vor der 34. Schwangerschaftswoche, Geburtsgewicht < 2000g, Geburt nach der 42. Schwangerschaftswoche, Mehrlingsgeburt, Hinweise für vorgeburtliche Sauerstoffmangelzustände, z. B. grünes Fruchtwasser oder abnorme CTG-Befunde, Apgar-Wert nach mehr als fünf Minuten < 7, niedriger Nabelschnurarterien pH-Wert, postnatale Komplikationen wie Atemnotsyndrom, maschinelle Beatmung, Pneumothorax, Sepsis, Operation oder Austauschtransfusion, zerebrale Krampfanfälle in der Neugeborenenperiode u. a.

Nach der Geburt (postnatal) können weitere biologische, psychopathologische Risiken manifest werden, psychosoziale Risiken andauern bzw. neu auftreten und vielfältige Wechselwirkungen können wiederum zum Tragen kommen. Sogenannte Regulationsstörungen können u. a. den Schlaf-Wach-Rhythmus beeinträchtigen, zu psychomotorischer Unruhe und langandauerndem Schreien führen, die Nahrungsaufnahme beeinträchtigen. Ungünstige Temperaments- und Persönlichkeitsmerkmale des Kindes können z. B. das Explorationsverhalten und die Kommunikation und Interaktion mit seiner Umgebung beeinträchtigen und ebensolche Wechselwirkungen hervorrufen.

Psychosoziale Risikofaktoren für entwicklungspsychopathologische Verläufe sind vor allem in der sozialen Umgebung des Kindes zu finden. Die unmittelbare Lebensumgebung des Neugeborenen, die seine Grundbedürfnisse feinfühlig wahrnehmen und hinreichend gewährleisten muss, ist von zentraler Bedeutung. Unzureichende Bedingungen können nach den neuen Erkenntnissen der Epigenetik zu bleibenden strukturellen neurologischen Schädigungen, Entwicklungs- und Bindungsstörungen führen. In den ersten Lebensjahren, ganz besonders in den ersten zwei Lebensjahren, ist die feinfühlig Wahrnehmung der Bedürfnisse des Kindes zentral. Neben der selbstverständlich nötigen Bereitstellung einer gedeihlichen Versorgung mit Nahrung, Kleidung, angepasstem Wohnraum, den kindlichen Bedürfnissen angepasster Tagesstruktur und vielem mehr ist liebevolle, zuverlässige, kontinuierliche und individuelle Beziehungsgestaltung entscheidend für das Gedeihen.

Folgende Faktoren können sich ungünstig auswirken:

- abnorme intrafamiliäre Beziehung, wie z. B. Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung, Vernachlässigung, Misshandlung und (sexueller) Missbrauch,
- abnorme Erziehungsbedingungen, wie z. B. Überfürsorge, unzureichende elterliche Aufsicht und Erfahrungsvermittlung,
- belastende Lebensereignisse, wie Isolation der Familie, Verfolgung oder Diskriminierung der Familie, institutionelle Erziehung, körperliche und/oder psychische Erkrankungen von Eltern, insbesondere auch Psychopathologie und Kriminalität in der Familie u. a.

Kindliche Faktoren und die Persönlichkeit des Kindes werden im Entwicklungsverlauf der Vorschulzeit immer deutlicher. Mögliche schwierige Faktoren sind u. a. verminderte soziale Anpassungsfähigkeit, Schwierigkeiten bei der Selbstregulation, emotionale Labilität mit negativer Affektivität, Tendenz zu Regelinakzeptanz und Regelübertretungen, Impulsivität, vermehrte Aggressivität.

Auch können Erkrankungen, die eng mit der Reifung des zentralen Nervensystems verbunden sind, entwicklungshemmend wirken. Insgesamt können Krankheiten die Entwicklung in psychopathologischer Hinsicht ungünstig beeinflussen. Bei in ihrer intellektuellen Entwicklung beeinträchtigten Kindern und mehrfach behinderten Kindern kann dies besonders zutreffen.

All die genannten Faktoren können in besonders ausgeprägtem Maße erschwert durch die Beeinträchtigung der erforderlichen Anpassungsprozesse bei Kindern aus fremden Kulturen auftreten, die in dieser Lebensphase entweder allein oder mit ihren Familien sich darum bemühen, in Deutschland Fuß zu fassen. Je unterschiedlicher das kulturelle Herkunftsmilieu im Vergleich zur aufnehmenden Gesellschaft ist, desto schwieriger sind die Probleme dieser Kinder. Hier stellt die sprachliche Barriere einen besonders hohen Risikofaktor für mangelnde Anpassungsprozesse dar. Wenn zusätzliche Beeinträchtigungen durch traumatisierende Erfahrungen im Krieg, Bürgerkrieg oder bei Flucht und Vertreibung hinzukommen, potenzieren sich entwicklungspsychopathologische Risiken. Im Dunkelfeld bewegen sich Kinder, die in illegalen Kontexten leben. Ohne Krankenversicherung und ohne staatlich abgesicherte Integrationsmöglichkeiten lassen sich ihre Risiken nur erahnen.

Die gesellschaftliche Ächtung von körperlicher Züchtigung gegenüber Kindern stellt einen entscheidenden Fortschritt dar im Hinblick auf die Entstehung sich daraus ergebender entwicklungspsychopathologischer Risiken. Kinder werden mehr geachtet und beachtet. Es ist jedoch damit zu rechnen, dass auch hier ein Dunkelfeld besteht, in dem weiter ein strafender und auch züchtigender Erziehungsstil vorherrscht.

Die Aufmerksamkeit ist auch darauf zu lenken, dass Eltern sich als unsicher und unter einem erheblichen Druck bei der Erziehung ihrer Kinder empfinden. Dieser Druck bezieht sich vor allem auf Ansprüche an sich selbst und auf die schulische und berufliche Bildung der Kinder (vgl. z. B. Forsa-Studie Eltern 2015).

## 2.2.2 Grundschul- und Jugendalter

Wie im vorangehenden Abschnitt über das Alter von 0 bis 6 Jahre bestehen im Sinn eines biopsychosozialen Verständnisses vielfältige Risiken für die Entwicklung psychischer Störungen im Grundschulalter auf mehreren Ebenen, die überwiegend durch Wechselwirkungen gekennzeichnet sind. Das Ausmaß sowohl der Intensität der Wirksamkeit der einzelnen Risiken als auch deren Wechselwirkung kann individuell höchst unterschiedlich sein. Risikofaktoren treffen womöglich auf Vulnerabilitätsfaktoren, die die Wirkung der Risikofaktoren verstärken. Umgekehrt können kompensatorische Faktoren und Schutzfaktoren (inter- und intrapersonell, letztere auch als Resilienzfaktoren bezeichnet) die Auswirkungen von Risikofaktoren minimieren.

Im Folgenden werden biologische, psychische, soziale (oft psychosozial eng verzahnt) und soziokulturelle sowie situative Risikofaktoren ausgeführt.

Ab dem Grundschulalter werden wesentliche biologische Risikofaktoren auf der Ebene der Konstitution und deren Wirksamkeit im Kontext der nun eintretenden Anforderungen wirksam. Ausschließlich genetisch verursachte Erkrankungen (wie z. B. Chromosomenanomalien – häufigster Vertreter: das Down-Syndrom – oder degenerative ZNS-Erkrankungen) sind überwiegend schon im Vorschulalter deutlich geworden und in der Regel in Behandlung und Betreuung. Krisenhafte Zuspitzungen können hier jedoch bei Übergangsanforderungen verschiedener Art auftreten. Zu den konstitutionellen Faktoren zählt auch das Reifungstempo des Kindes in verschiedenen Bereichen, das bedeutsame Unterschiede aufweisen kann (Sprechen und Sprache, Motorik, Sensorik, Kontrolle der Ausscheidungsvorgänge, emotionale Stabilisierungsfähigkeit, Lernvorgänge wie Lesen, Schreiben, Rechnen u. a.). In manchen Bereichen können grundlegende Rückstände nicht genügend aufgeholt werden und wirken sich nun leistungsmindernd und in der Folge womöglich auch in emotionaler und sozialer Hinsicht ungünstig aus.

Unterschiedliche Auswirkungen des Geschlechts werden noch einmal deutlicher. Die motorisch höhere Aktivität von Jungen verstärkt deren Schwierigkeiten, sich dem üblichen 45-Minuten-Rhythmus einer Schulstunde und einem langen Schultag anzupassen. Auch neigen sie u. a. aufgrund hormoneller Faktoren zu stärkerer auch körperlich ausgetragener Impulsivität und Aggressivität. Die höhere Anfälligkeit von Jungen im Bereich von Infektions- und anderen Kindererkrankungen setzt sich bis zum Eintritt der Adoleszenz fort. Ebenso sind Jungen bis zur Adoleszenz von den Auswirkungen der bei ihnen vermehrt vorliegenden psychischen Erkrankungen mit dispositioneller Ursache stärker betroffen als Mädchen (z. B. ADHS, s. u. bei psychischen Störungen). Ab der eintretenden

Pubertät werden die konstitutionellen Risiken der Mädchen für die Entwicklung psychischer Störungen größer.

Das individuelle Temperament kann einen weiteren bedeutsamen Risikofaktor darstellen. Im Zusammenhang mit Leistungsanforderungen und Kontakt zu verschiedenen Personen gleichen Alters oder auch Erwachsenen unterschiedlicher psychosozialer und kultureller Herkunft als gewohnt, können günstige oder weniger günstige persönliche Konstellationen zum Tragen kommen. Zu Traurigkeit und Unfreundlichkeit neigende Stimmungslagen, unregelmäßige biologische Funktionen (Schlaf-Wach-Rhythmus, Hunger/Essverhalten, Ausscheidungsvorgänge), Anpassungsschwierigkeiten an neue Situationen oft in Verbindung mit Rückzugsverhalten, intensive emotionale Reaktionen, Schwierigkeiten mit dem Durchhaltevermögen und der Ausdauer u. a. können zu internalisierenden und externalisierenden Problemen und Störungen führen bzw. beitragen.

Auch somatische Faktoren wie die Folgen von Entzündungen, somatischen Traumata, Neoplasien, Frühgeburtlichkeit, Exposition gegenüber Alkohol und anderen schädigenden Substanzen vor Geburt u. a. können im Zusammenhang der neuen Anforderungen des Grundschulalters Risiken für die Entwicklung vielfältiger Störungen darstellen und mit anderen Faktoren (s. o.) interagieren.

Psychosoziale Risikofaktoren sind für die mögliche Entwicklung psychischer Störungen von großer Bedeutung. Dazu zählen individuelle Faktoren und Faktoren der sozialen Umwelt. Neben den angeführten biologischen Faktoren wirken die persönlichen Lebensbedingungen und -erfahrungen auf das Kind und seine Entwicklungspotenz ein. Es bilden sich spezifische Persönlichkeitsmerkmale heraus, die je nach Ausprägung ein mehr oder weniger großes Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen darstellen. Im günstigen Fall können aber auch Fähigkeiten zur Bewältigung von Anforderungen entstehen.

Familiäre Faktoren können ein erhebliches Risikopotential beinhalten. Die Qualität der familiären Beziehungen und Bindungen, die Modellfunktion der Eltern, Anregung, Förderung, angemessene Erziehung, hilfreiche Kommunikation sind hier entscheidende Dimensionen. Mit dem Grundschulalter steigen die Anforderungen an die Funktionsfähigkeit von Kindern auf verschiedenen Ebenen erheblich und Störungen können sich manifestieren, die auch eine Folge familiärer Funktionsstörungen sind.

Ein Erziehungsstil, der sich durch häufige Bestrafungen kennzeichnet, kann vermehrte Aggressivität und antisoziales Verhalten beim Kind hervorrufen. Dissozialität und Delinquenz werden häufig u. a. im Zusammenhang mit extrem

gewährendem elterlichen Erziehungsverhalten einerseits (meistens mütterlich) und starrer autoritärer Haltung andererseits (meistens väterlich) gesehen. Elterliche Unsicherheit, wann und wie interveniert werden soll, weniger positive Verstärkung, mehr zufällige und inkonsistente Reaktionen und zu viel Aufmerksamkeit für Kleinigkeiten sind bei Kindern mit Problemen oft zu verzeichnen. Überbehütung und Einmischung können zu Trennungsängsten und Anpassungsschwierigkeiten beitragen.

Hinsichtlich der Paarbeziehung der Eltern sind Unzufriedenheit mit der Dominanzverteilung, ein Mangel an kommunikativer Effizienz und Schwierigkeiten bei der Problemlösung als Risikofaktoren für die Entwicklung von psychischen Störungen bei den Kindern zu beobachten. Chronische Beziehungsstörungen mit kontinuierlichem Streit und anhaltende familiäre Disharmonie stellen ein besonderes Risiko vor allem für Störungen des Sozialverhaltens dar. Wahrscheinlich wirken sich Störungen der emotionalen Bindung und das Fehlen eines funktionsfähigen Kommunikationsmodells ungünstig aus.

Die Trennung von den Eltern durch Tod, Auflösung der Paarbeziehung und Scheidung ist vor allem für Kinder mit Kontaktproblemen, Schwierigkeiten der emotionalen Anpassung und Regulierung und wenig außerfamiliären Kontakten riskant.

Wenn Kinder bei alleinstehenden Eltern aufwachsen, können – jedoch nicht notwendigerweise – verschiedene Risikofaktoren kumulieren. Die Vorgeschichte und die Spannungen einer Trennung, der oft weitgehende Verlust eines Elternteils, materielle Einschränkungen, zu wenig emotionale Unterstützung u. a. sind möglicherweise Ursache für Leistungseinbußen, Stimmungsinstabilität, soziale Kontaktprobleme u. v. m.

Als wesentlich für die psychische Stabilität eines Kindes wird die zuverlässige Bindung zu wenigstens einer Hauptbezugsperson gesehen. Bei multiplen Trennungen, Ersatzpersonen ohne Kontinuität, bei Heimerziehung und Erziehung in inkonstanten und wenig liebevollen Pflegeverhältnissen bestehen hohe entwicklungs-psychopathologische Risiken. Unsichere und inkonstante Bindungen, oft in Verbindung mit wenig anregender Umgebung, lediglich Routineversorgung und zu wenig regelmäßige und individuelle Interaktion können zu Schwierigkeiten bei der Nähe-Distanz-Regulation, zu emotionaler Unsicherheit und zu erheblichen Schwierigkeiten im Sozialverhalten führen. Mit Beginn der Schulzeit werden diese Probleme häufig immer deutlicher und mit Übergang ins Jugendalter können sie erhebliche Defizite bei den dann anstehenden Entwicklungsschritten nach sich ziehen.

Ein Hauptrisiko für die Ausbildung psychischer Störungen bei Kindern liegt in psychischen Erkrankungen der Eltern.

Genetische Faktoren, Beeinträchtigungen der Eltern im Hinblick auf die Wahrnehmung ihrer elterlichen Aufgaben, die mögliche Einbeziehung der Kinder in der elterliche Erkrankung z. B. bei Suchterkrankungen, Schizophrenien und Zwangserkrankungen, Störungen beim Modelllernen und Partnerbeziehungsstörungen wirken sich häufig ungünstig auf die emotionale und soziale Entwicklung der Kinder aus. Zudem sind sozioökonomische Benachteiligungen oft zu verzeichnen. In der Summe können die Folgen mit Eintritt in die Schule und im nächsten wichtigen Entwicklungsschritt der beginnenden Adoleszenz in eigenen psychischen Erkrankungen und/oder erheblichen Beeinträchtigungen auf verschiedenen Ebenen deutlich werden. Auch intellektuelle Beeinträchtigungen von Eltern können ohne entsprechende kompensatorische Unterstützung für die Kinder ein Entwicklungsrisiko darstellen.

Kinder und Jugendliche erleben sexuellen Missbrauch in überwiegendem Maß im engeren und weiteren familiären Rahmen sowie auch im betreuten und institutionellen Rahmen außerhalb der Familie. Diese Erfahrung kann je nach Intensität und Häufigkeit bis zu lebenslang nachwirkenden psychischen Beeinträchtigungen führen. Die Verfügbarkeit von Vertrauenspersonen und das Erleben von Schutz sind hier von entscheidender Bedeutung. Beides steht vielen gefährdeten Kindern und Jugendlichen oft nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung.

Transgenerationale Risiken sind z. B. bei Kindern und Jugendlichen gegeben, deren Eltern selbst schwere Beeinträchtigungen, Vernachlässigung, Traumatisierungen oder Misshandlung in ihrer Kindheit erlebt haben.

Nicht zu vernachlässigen sind trotz der geringeren sozialen Auffälligkeit familiäre Faktoren wie Familiengröße und Geschwisterfolge. Als Einzelkind aufzuwachsen, wie es bei einem erheblichen Teil der in den letzten Jahrzehnten geborenen Kindern und Jugendlichen der Fall ist, stellt jedoch bei genügend außerfamiliärer Integration kein Entwicklungsrisiko dar.

Die Schule selbst kann zum Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Probleme und sogar Störungen werden. Positive schulische Einflussfaktoren sind in Bezug auf das Verhalten und den Lernerfolg der Schüler: das Ausmaß an Lob und positiver Verstärkung durch die Lehrer, die anregende Gestaltung der unmittelbaren schulischen Umgebung, die Übertragung von Verantwortlichkeit auf die Schüler, die positive Würdigung von Leistung, das Modellverhalten der Lehrer, ein gruppenbezogener Lehrstil und die Übereinstimmung der Lehrerschaft hinsichtlich der pädagogischen Prinzipien. Mängel in den genannten Bereichen können sich einzeln und vor allem kumulativ ungünstig auswirken.

Schulen mit hohem Lehrer- oder /und Schülerwechsel und mit vielen Kindern aus psychosozial ungünstigen Lebensumständen haben Auswirkungen auf die Entwicklung von Verhaltensstörungen bis hin zu Delinquenz. Der Missbrauch von Suchtmitteln ist nach klinischer Beobachtung auch in Schulen aus wenig belasteten psychosozialen Milieus weit verbreitet. Hier sind die Einflussfaktoren zu wenig erforscht. Es gibt Hinweise, dass ein negativ erlebtes Schulklima einen Risikofaktor für die Beeinträchtigung der psychischen Befindlichkeit von Schülern darstellt. Leistungs- und Konkurrenzdruck sowie mangelndes Vertrauen zwischen Lehrern und Schülern und unter den Schülern sind hier zu beobachten. Schüler fühlen sich nicht ausreichend geschützt, Mobbing und Bullying, psychische und physische Gewalt kommen ohne konsequente Unterbindung und Bearbeitung vor.

Schulische Anforderungen müssen verständlich und regulierbar sein und ein tragfähiges soziales Netz zu deren Bewältigung muss zur Verfügung stehen. Die Verkürzung der Schulzeit bis zum Abitur auf 12 Schuljahre am Gymnasium führt zu einer Verdichtung und zu gestiegenen Leistungsanforderungen für viele Schülerinnen und Schüler. Prüfungs- und Versagensängste können die Folge sein.

Die Gleichaltrigengruppe oder Peergroup kann mit zunehmendem Alter ebenfalls zum Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen werden. Als Beispiele seien genannt: Dominanz der Peergroup durch einzelne Mitglieder und daher entweder zu anpassungsbereites Verhalten oder mögliche soziale Ausgrenzung und Isolation, negative Beurteilungen des Aussehens oder der sozialen Attraktivität, mangelnde Akzeptanz wegen zu geringer materieller Mittel, Peergroups mit riskantem Verhalten im Hinblick auf Suchtmittel, Medienkonsum (s. auch u.), Delinquenz, frühe und häufig wechselnde sexuelle Beziehungen u. a. Emotional unsichere Jugendliche werden sich in ihrer Peergroup tendenziell wechselseitig verstärken. Kumulative Entwicklungsrisiken können entstehen.

Als den psychosozialen Faktoren übergeordnet lassen sich soziokulturelle Risikofaktoren beschreiben.

Als epidemiologisch gesichert gilt das erhöhte Risiko für die Entwicklung von Störungen des Sozialverhaltens (im engeren Sinn von Dissozialität) und Delinquenz im späteren Kindes- und im Jugendalter bei Zugehörigkeit zu unteren sozioökonomischen gesellschaftlichen Schichten. Wegen der Risikokumulation besteht hier auch ein positiver Zusammenhang bei niedriger intellektueller Begabung und niedriger Schulbildung, insbesondere fehlenden schulischen Abschlüssen, zur Entwicklung psychischer Störungen. Generell sind auch der hier vorliegende allgemeine schlechtere Gesundheitszustand und die geringere Gesundheitsfürsorge einschließlich schlechterer

Ernährung und Hygiene als Risikofaktoren wirksam. Familiäre Disharmonie, Elterntrennung schon in der frühen Kindheit mit Wechsel von Hauptbezugspersonen, Beeinträchtigungen der Lebensqualität, Einschränkungen der elterlichen pädagogischen Fertigkeiten u. v. m. wirken wechselseitig verstärkend.

In der Metropole Berlin kommen bekannte ökologische Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen insbesondere im Kindes- und Jugendalter zum Tragen. Im Vergleich zum ländlichen Raum oder zu kleineren Städten zeigen sich erhöhte Delinquenzraten bis hin zu einer erheblichen Anzahl von sogenannten Intensivstraftätern. Es wird ein Zusammenhang gesehen zur Häufung verschiedener schon dargestellter psychosozialer Risiken.

Die möglichen entwicklungspsychopathologischen Risiken der Kinder und Jugendlichen mit Migrations- bzw. Zuwanderungshintergrund begründen sich aus spezifischen Lebensumständen, die je nach Zuwanderungsgruppe und Herkunftsland sehr verschieden sein können. Es treten nach den individuell unterschiedlichen Umständen auch bei Zuwandererkindern diejenigen Risiken zutage, die oben im Wesentlichen schon dargestellt worden sind. Zusätzlich können besondere Risiken durch Probleme der psychosozialen Adaption entstehen bzw. mit deren Rahmenbedingungen zusammenhängen. Wichtig ist die Tatsache, dass Migrationshintergrund für sich genommen kein entwicklungspsychopathologisches Risiko darstellt. Mangelnde sprachliche Kenntnisse bzw. mangelnde entsprechende Förderung hingegen bilden einen gefährdenden Hintergrund, v. a. in Verbindung mit anderen belastenden Faktoren.

Besonders deutlich kann dies am Beispiel der Kinder von Asylbewerbern dargestellt werden. Die Ausgegrenztheit von der Aufnahmegesellschaft (z. B. keine Schulpflicht), die Separation in speziellen Heimen/Lagern und Bezirken, die materielle Armut, die Hürden des deutschen Spracherwerbs u. a. sind hier zu nennen. Die Ungewissheit über den Ausgang des Asylverfahrens, die drohende Abschiebung zumindest der Eltern und später auch der Kinder und Jugendlichen belasten sehr.

Insgesamt sind kulturell hergebrachte Normen und Rollen bei Kindern und Jugendlichen mit Zuwanderungshintergrund häufig erschüttert und verlieren ihre haltgebende Funktion. Psychosoziale Fehladaptationen können die Entwicklung psychischer Störungen zusätzlich begünstigen. Das größte Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen wird in den Familien und bei denjenigen Kindern und Jugendlichen gesehen, die Desintegration und Ablösung von der Heimatkultur ohne neue positive Identifikation in der Aufnahmekultur erleben. Bildung und Einkommen von Zuwandererfamilien sind im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung niedriger. Das Risiko eines niedrigeren oder fehlenden Schulabschlusses oder der

Erwerbslosigkeit bzw. der Ausübung problematischer Arbeit in den Niedriglohnssektoren droht verstärkt.

Im Kontext von Migration muss auch auf manche protektive familiäre Faktoren hingewiesen werden, die jedoch die Risiken für die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen nicht vollständig ausgleichen können. Dazu gehören z. B. funktionierende soziale Netzwerke, religiöse Eingebundenheit und Familienbindung.

Das Risiko, das von den neuen Medien im Hinblick auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ausgeht – bis hin zur möglichen Entwicklung spezifischer Störungen – ist Thema intensiver fachlicher Diskussionen. Der (intensive) Konsum gewaltdarstellender und -ausübender Computerspiele wird als Risikofaktor für die Verstärkung eigener gewalttätiger Vorstellungen und eigener Gewaltbereitschaft bei dafür disponierten insbesondere männlichen Jugendlichen gesehen. Bei den durch männliche Schüler ausgeübten (Massen-)Tötungen („Amokläufe“) lag regelhaft der Konsum entsprechender Medien vor. Die zugrundeliegenden Probleme, soweit sie nachverfolgt werden konnten, bestanden in schwerwiegenden Beeinträchtigungen des Selbstwertes und der sozialen Integration mit der Entwicklung externalisierendes Hasses. Hier kann das entsprechende Spiel die Möglichkeit bieten, diesem Hass virtuell freien Lauf zu lassen, ihn möglicherweise zu verfestigen und seine Ausübung in der Realität spielerisch vorwegzunehmen.

Durch intensives Computerrollenspiel kann nach klinischer Beobachtung bei Neigung zu sozialer Ängstlichkeit und/oder allgemeiner Neigung zu Suchtverhalten die Tendenz zu sozialem Rückzug verstärkt werden. Schuldistanz kann z. B. eine Folge sein. Auch das schulische Leistungsvermögen, Kreativität und soziale Kontaktbereitschaft scheinen ab der Überschreitung eines gewissen Maßes an Medienkonsum beeinträchtigt zu werden. Ein Übermaß an Gebrauch sozialer Netzwerke könnte ein Risikofaktor für die emotionale Verarbeitungsfähigkeit bei dafür disponierten älteren Kindern und Jugendlichen zu sein. Auch ein zu frühes Eintrittsalter in die über die elektronischen Medien verfügbaren Netzwerke stellt nach klinischer Beobachtung eine Überforderung für viele Kinder und Jugendliche dar. Hier ist besonders auf den Bereich der sexuellen Ausbeutung hinzuweisen. Die Konfrontation mit pornographischen Darstellungen könnte insbesondere bei älteren Kindern, aber auch bei Jugendlichen ein Risiko für die Entwicklung verzerrter Vorstellungen über sexuelle Beziehungen beinhalten. Ohne vertrauensvollen korrigierenden Kontakt zu Erwachsenen ist hier von einem erhöhten Risiko auszugehen. Schließlich können über soziale Netzwerke ausbeuterische und missbrauchende Beziehungen angebahnt werden, wie aus der klinischen Erfahrung bekannt.

Wie in jedem Lebensalter können auch bei Schulkindern und Jugendlichen situative Risikofaktoren durch aktuelle kritische Lebensereignisse eintreten. Unter dem Einfluss anderer Belastungsfaktoren und bei Nichtvorliegen notwendiger Bewältigungsmöglichkeiten (protektiver Faktoren) kann es ggfs. zur psychischen Dekompensation bis hin zu suizidalen Gedanken und Handlungen kommen. Schülerbefragungen und Experteneinschätzungen führen als belastend an (Auswahl aufgeführt in absteigender Intensität):

Tod eines Elternteils, Trennung der Eltern, Tod eines Freundes, sexueller Missbrauch, schlechte Prüfungsergebnisse und Noten, eigene Erkrankung oder eigener Unfall, eigener Krankenhausaufenthalt, Streit mit Freunden u. a.

Entscheidend für die Risikostärke ist neben der Intensität des Ereignisses die Möglichkeit der Kompensation durch intra- und interpersonelle Ressourcen.

Situative Risiken steigen auch mit äußeren begünstigenden Faktoren (Verfügbarkeit von Drogen und Alkohol, Verfügbarkeit von z. B. Medikamenten für suizidale Handlungen u. a.)

### 2.2.3 Übergang ins Erwachsenenalter

Risikofaktoren im Hinblick auf Störungen und Erkrankungen der Psyche stellen aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht auch beim Übergang ins Erwachsenenalter entwicklungspsychopathologische Risikofaktoren dar. In Fortsetzung der bisherigen Differenzierung können biologische Risikofaktoren aus dem Kindes- und Jugendalter fortbestehen oder altersspezifisch neu auftreten. Z. B. können genetisch verursachte Erkrankungen ins Erwachsenenalter überdauern. Abschwächungen können eintreten, jedoch auch Verstärkungen. Geschlechtliche Unterschiede wirken weiter fort, ebenfalls in unterschiedlicher Intensität, z. B. im Hinblick auf die mögliche Entwicklung psychischer Erkrankungen wie Depressionen, schizophrene Psychosen, Suchterkrankungen in stoffgebundener, aber auch nicht stoffgebundener Form u. a., jeweils mit unterschiedlichen Akzentuierungen.

Psychische Risikofaktoren können ebenfalls weiter fortbestehen aufgrund der institutionellen Vulnerabilität und Persönlichkeitsdispositionen einerseits, schon entstandenen psychischen Störungen und daraus resultierenden Beeinträchtigungen im Blick auf die am Übergang zum Erwachsenenalter notwendigen Anpassungsleistungen andererseits. Die allmähliche Loslösung aus der Herkunftsfamilie (wie schon beschrieben aus aktuellen soziokulturellen Entwicklungen in die 20er Jahre verschoben) stellt unter den möglichen beschriebenen Beeinträchtigungen vielleicht den entscheidendsten entwicklungspsychopathologischen Risikofaktor dar. Suchterkrankungen können neu entstehen, delinquente Entwicklungen beginnen oder sich verstärken, Kommunikations- oder Interaktionsstörungen sich verfestigen oder gegenüber neuen Bezugspersonen in Erscheinung treten.

Schwangerschaft und Geburt eigener Kinder stellen am Übergang zum Erwachsenenalter, d. h. zu einem im heutigen gesellschaftlichen Kontext frühen Zeitpunkt, einen weiteren entwicklungspsychopathologischen Risikofaktor dar. Verantwortungsübernahme, stabile Bindung zum Partner und zum Kind, materielle Versorgung sind für viele nicht sicher zu gewährleisten. Die Einschränkungen, die mit der Elternaufgabe verbunden sind, führen möglicherweise auch zur Entscheidung gegen eigene Kinder bzw. ins frühe mittlere Erwachsenenalter hinaus geschobene Entscheidung dafür oder dagegen. Die Orientierung an Konsum und Konsumgütern und Statussymbolen stellt unter Umständen einen weiteren Risikofaktor im Hinblick auf die psychische Gesundheit dar. Die Abhängigkeit von äußeren Faktoren, die Stabilisierung des psychischen Befindens durch materielle Güter und das Erleben positiver Emotionen vorwiegend in diesem Zusammenhang, kann zu Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Frustrationen und psychisch anstrengenden Phasen des Lebens führen.

Der Übergang von Schule in Studium und Beruf ist geprägt von der zunehmenden Anforderung eines hohen Bildungsabschlusses für alle, die Bewertung eines Bildungs- und Berufsverlaufs ohne Abitur als defizitär, kann für die Betroffenen in psychischer Hinsicht sehr belastend und beeinträchtigend sein. Viele junge Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder Behinderungen sind diesem idealisierten Bildungs- und Lebensweg nicht gewachsen.

Die soziokulturellen Risikofaktoren, die in den vorherigen Abschnitten beschrieben sind, setzen sich beim Übergang zum Erwachsenenalter kontinuierlich fort. Sie können sich durch die inzwischen erforderliche Selbstständigkeit und Eigenverantwortung nach dem erreichten 18. Lebensjahr noch verstärken. Das gleiche gilt für die situativen Risikofaktoren.

### 2.3 Protektive Faktoren und Resilienz

Eine Vielzahl von Risikofaktoren kann die psychische und psychosoziale Entwicklung im Schul- und Berufseintrittsalter gefährden. Bei der Prävention und Bewältigung dieser Risiken und ihrer Folgen kommen den Schnittstellenpartnern wesentliche Aufgaben zu. Dafür ist die Kenntnis sogenannter schützender, protektiver Faktoren zur Entwicklung von Resilienz hilfreich und notwendig, um diese entsprechend beachten, fördern und einsetzen zu können.

Zu den personalen Ressourcen zählen ein positives Temperament (Flexibilität, Aktivität, Offenheit), ein positives Selbstwertgefühl, eine gute intellektuelle Begabung und ein positives Sozialverhalten mit sozialer Attraktivität. Familiäre Ressourcen können sein: eine stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson, ein offenes und unterstützendes Erziehungsklima, familiärer Zusammenhalt und Modelle positiver Problembewältigung. Außerfamiliäre Ressourcen beinhalten außerfamiliäre soziale Unterstützung, positive Freundschaftsbeziehungen und positive Schul- bzw. Ausbildungserfahrungen.

Auf diesen Faktoren aufbauend kann sich in einem individuellen Prozess Resilienz entwickeln. Sie kann dazu beitragen, dass auch unter belasteten Lebensbedingungen die psychosoziale Funktionsfähigkeit aufrechterhalten werden kann.

## 2.4 Psychische Störungen im Entwicklungsverlauf

### 2.4.1 Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter

Kindheitsspezifische Störungen lassen sich in vornehmlich remittierende Störungen und vornehmlich persistierende Störungen unterscheiden.

Bei ersteren hat das betroffene Kind gute Chancen, innerhalb von Reifungs- und Entwicklungsprozessen und ggf. mit den nötigen Interventionen die Störung zu überwinden. Dazu gehören viele motorische Entwicklungsstörungen, Sprachentwicklungsstörungen, Ausscheidungsstörungen, kindliche Angststörungen und Schlafstörungen, oppositionelles Trotzverhalten u. a.

Weitere, d. h. früh beginnende und überwiegend andauernde Entwicklungsstörungen bedeuten, dass sich die Betroffenen überwiegend auf Dauer von den anderen Kindern unterscheiden und individuelle Unterstützung benötigen, auch für die Teilhabe an allen Bildungsangeboten, bei interindividueller Unterschiedlichkeit des Verlaufs. Dazu gehören z. B. Störungen der geistigen Entwicklung, autistische Störungen, schwere Formen von Sprachstörungen und Lernstörungen u. a. Es treten auch entwicklungspsychopathologische Verläufe bei Störungen in der frühen Kindheit mit hoher Variabilität auf. Dazu gehören z. B. Störungen des Sozialverhaltens, mutistische Störungen, hyperkinetische Störungen u. a. Alle Störungen haben gemeinsam, dass ihre Ausprägung wesentlich von der Unterstützung durch die unmittelbare und mittelbare soziale Umgebung abhängt.

Der Begriff der Regulationsstörungen beschreibt Schwierigkeiten mit frühem Beginn im Bereich der Nahrungsaufnahme, der Anpassung an einen Tag-Nacht-Rhythmus, vermehrte psychomotorische Unruhe mit möglicherweise starker Tendenz zum Schreien u. a. Ursächlich sind zunächst individuelle Voraussetzungen und Entwicklungsstörungen, einschließlich Temperament und Irritabilität, ebenso wie primär oder sekundär aufgrund der Überlastung unzureichende psychosoziale Umgebungsbedingungen.

Neuropsychologische Störungen treten im Bereich der Sprachentwicklung und sprachlichen Intelligenz sowie der Wahrnehmungsprozesse auf den verschiedenen Sinnesebenen zutage. Erste Schwierigkeiten werden im Vergleich zu Gleichaltrigen im Bereich der Kindertagesbetreuung sichtbar.

### 2.4.2 Grundschul- und Jugendalter

Die Wahrnehmung psychischer Probleme und Störungen von Kindern und Jugendlichen hängt sehr stark von deren Symptomatik einerseits und dem Wissen der unmittelbaren und mittelbaren sozialen Umgebung über deren Bedeutung andererseits ab.

Hinsichtlich der Symptomatik wird extrovertiertes und expansives Verhalten (z. B. ADHS, ausgelebte Aggressionen) z. B. in der Schule schnell als Störung wahrgenommen. Damit sind zunächst Jungen häufiger im Fokus der Aufmerksamkeit als Mädchen. Bei Jungen sind extrovertierte Verhaltensauffälligkeiten drei- bis viermal häufiger zu beobachten. Introvertiertheit hingegen führt dazu, dass z. B. Ängste, Depressionen, die Ursachen von Lern- und Leistungsstörungen, psychosoziale belastende familiäre Umstände u. a. oft jahrelang unerkannt bleiben. Introvertierte Verhaltensauffälligkeiten sind nach einer Berliner Erhebung im Grundschulbereich bei Jungen und Mädchen gleichermaßen ausgeprägt.

Im Grundschulalter und in der älteren Kindheit können auf verschiedenen Ebenen aus der Vorschulzeit andauernde psychische und Entwicklungsstörungen sowohl fortbestehen als auch sich verschlimmern. Zudem können Störungen erstmals in diesem Entwicklungsalter auftreten. Es gibt aber auch aufgrund von Reifungsprozessen nachlassende Symptome. Dazu gehören motorische, sprachliche und sonstige neurophysiologische und -psychologische Entwicklungsstörungen (z. B. Aufmerksamkeit, Lesen, Rechtschreibung und Rechnen betreffend). Sie können jedoch andauern und mit der Zunahme der schulischen Anforderungen für die Betroffenen ein wesentliches Hemmnis für die schulische Laufbahn darstellen und auch erhebliche soziale und emotionale Probleme zur Folge haben.

Typische Erkrankungen der Kindheit, die den Schlaf betreffen (z. B. „Nachtschreck“, Schlafwandeln und Albträume) nehmen ab, andere, v. a. belastungs-, angst- und depressionsassoziierte Schlafstörungen, nehmen hingegen zu. Alterstypische somatoforme Störungen lassen allmählich nach (wie der typische psychogene kindliche Bauchschmerz), dafür treten andere Organe in den Vordergrund (v. a. der Kopf). Altersspezifische Ängste wie z. B. vor Dunkelheit werden weniger, soziale Ängste hingegen mehr und Trennungsängste werden schwieriger zu bewältigen. Adipositas kann sich auch im Zusammenhang mit emotionalen und sozialen Problemen verfestigen. Störungen des Sozialverhaltens manifestieren sich ggfs. nicht mehr nur überwiegend innerfamiliär. Bei einer geringen, aber bedeutsamen Anzahl von überwiegend Jungen lassen sich im Sinn eines prognostisch ungünstigen Verlaufsparameters erstmals dissoziale Merkmale feststellen.

Insgesamt nimmt nach epidemiologischen kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchungen der Umfang psychischer Probleme im Ausmaß einer behandlungsbedürftigen Störung im Verlauf des Schulalters zu, sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen. Kinder- und Jugendliche im Grundschulalter leiden vor allem an Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens (häufig in Verbindung mit emotionalen Störungen), Depressionen, Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts-)Störungen (häufig in Verbindung mit emotionalen oder Lern- und Leistungsstörungen), vielfältigen weiteren entwicklungsbezogenen Störungen (z. B. die Motorik, das Sprechen und die Sprache betreffend), intellektuellen Beeinträchtigungen mit einhergehender emotionaler Belastung, psychosomatischen Störungen, u. a. . Dispositionell ungünstige Faktoren wie z. B. Schüchternheit oder Impulsivität können sich nun unter zunehmenden schulischen Anforderungen ungünstig auswirken und das Ausmaß einer psychischen Störung entwickeln (wechselseitige Beeinflussung im Sinn des aktuell vorherrschenden bio-psycho-sozialen Modells zum Verständnis der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen). Durch die zunehmende Konfrontation mit der sozialen Umwelt außerhalb der Familie nehmen auch Anpassungsstörungen und – in geringerem Umfang – akute Belastungsreaktionen zu.

Im Jugendalter treten wichtige Veränderungen bei den psychischen und Entwicklungsstörungen ein. Entscheidend ist die Zunahme von Problemen bei Mädchen, v. a. im Hinblick auf emotionale und introversive Schwierigkeiten (Depressivität, emotionale Instabilität). Essstörungen v. a. restriktiver, aber auch bulimischer und anderer Art treten in Erscheinung. Auch bei den Jungen nehmen zusätzlich zu den Störungen des Sozialverhaltens die emotionalen Schwierigkeiten und Störungen mit Einsetzen der Pubertät zu. Entwicklungsabhängige Störungen (s. o.) nehmen weiter ab. Suchtstörungen, an Suchtstoffe gebunden, aber auch nichtstofflicher Art (v. a. übermäßiges Chatten bei den Mädchen und exzessives Computerspiel bei den Jungen, in der späteren Adoleszenz auch Glücksspiel) treten in ihrer Häufigkeit neben die anderen angeführten wichtigen Störungen.

Obwohl in deutlich geringerem Umfang beobachtet, werden Erkrankungen mit Störung des Selbst- und Realitätsbezugs (Psychosen) manifest. Sie sind sowohl hinsichtlich des Leidens der Betroffenen und ihrer Familien als auch wegen der Schwere ihres Versorgungsgrades und ihrer Behandlung ausgesprochen bedeutsam. Auch Zwangsstörungen, bestimmte Angststörungen, dissoziative Störungen, ausgeprägte affektive Störungen, somatoforme Störungen und beginnende Störungen der Persönlichkeit sind die Domäne des Jugendalters mit häufigem Übergang in das Erwachsenenleben. Die Geschlechtsidentität kann für sich als homosexuell erlebende Jugendliche eine erhebliche Hürde darstellen. Die psychose-

xuelle Entwicklung insgesamt kann für viele Jugendliche mit Ängsten und anderen Störungen verbunden sein. Kennzeichnend für psychische Störungen im Jugendalter ist häufig deren krisenhaftes Auftreten v. a. aufgrund der emotionalen Labilität in diesem Lebensalter. Z. B. sind suizidale Gedanken und Handlungen vermehrt anzutreffen, überwiegend bei Mädchen. Suizide sind die zweithäufigste Ursache für den Tod von Jugendlichen und jungen Erwachsenen (nach den Folgen von Verkehrsunfällen). Hier sind jedoch mehr männliche Jugendliche betroffen als weibliche.

Für alle Altersstufen gilt, dass manche früh beginnende und überdauernde Störungen im jeweiligen Entwicklungsalter den Betroffenen spezifische Probleme bereiten, je nach den sozialen und innerpersonalen Entwicklungsanforderungen. Dazu gehören z. B. die autistischen Störungen oder die vorgeburtlich erworbene Fetale Alkohol-Syndrom-Störung (FAS) oder emotionale und soziale Anpassungsschwierigkeiten bei intelligenzgeminderten Mädchen und Jungen. Auch manche sogenannte umschriebene Entwicklungsstörungen (weil jeweils möglicherweise nur für sich genommen auftretend, wie z. B. Lese-, Rechtschreib- oder Rechenstörung und die Aufmerksamkeitsstörung) können einen sehr hartnäckigen Verlauf nehmen, denn die schulischen Rahmenbedingungen berücksichtigen primär nach wie vor diese die Lernleistungen beeinträchtigenden Störungen zu wenig.

In den letzten Jahren wurde eine steigende Zahl von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten beobachtet, teilweise schon bei der Einschulung. Auch die stationären Behandlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stiegen seit etwa 2000 deutlich an. Die ambulanten Behandlungen nahmen etwas weniger zu, jedoch doppelt so viel wie bei Erwachsenen. Diese Zunahmen sind wahrscheinlich primär auf eine bessere Versorgung und Behandlung von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen zurückzuführen. Dabei sind die regionalen Unterschiede des Versorgungsgrades erheblich. Metaanalysen über die letzten etwa 50 Jahre ergeben, dass die Anzahl der psychischen Auffälligkeiten aller Altersgruppen sich konstant zwischen 18 bis 20 Prozent bewegt. Es bleibt jedoch Vorsicht geboten bei der Interpretation dieser Befunde. Es ist damit zu rechnen, dass zu früheren Zeiten die individuelle Wahrnehmung psychischer Beeinträchtigungen einerseits und die soziale Responsivität andererseits geringer ausgeprägt waren.

### 2.4.3 Übergang ins Erwachsenenalter

Die Verlaufsforschung über psychische Störungen beim Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter ist leider bisher wenig etabliert. Dies hat in der Trennung der Fachgebiete Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie von den entsprechenden Fachgebieten des Erwachsenenalters seinen Grund. Insbesondere neurobiologische und psychosoziale Aspekte sind kaum systematisch erfasst. Störungsübergreifende diagnostische und therapeutische Untersuchungen finden sich vor allem aus den 90er-Jahren. Aus diesen Arbeiten geht hervor, dass psychische Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter bis etwa zur Hälfte ins Erwachsenenalter hinein persistieren, jedoch mit erheblichen Unterschieden in Bezug auf die Störungsbilder. Es findet sich ein großer Unterschied zwischen impulsiv-expansiven Störungen, die in der frühen Adoleszenz mitunter Vorläufer von Persönlichkeitsstörungen darstellen, und emotionalen Störungen, deren Wahrscheinlichkeit zum Übergang in ausgeprägte Persönlichkeitsstörungen des Erwachsenenalters deutlich geringer ist. Substanzmissbrauch/stoffgebundene Suchtstörungen zeigen sich als besonders risikant im Hinblick auf Persistenz ins Erwachsenenalter hinein. Bei Angststörungen von Kindern werden hohe Remissionsraten angegeben, bei depressiven Störungen gleichermaßen, jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit des Wiederauftretens.

Ein weiterer wichtiger Bereich ist die Differenzierung zwischen dem Verlauf von behandelten und nicht behandelten Erkrankungen. Eine besondere Bedeutung hat hier die sogenannte Mannheimer Kurpfalzstudie, deren Teilnehmer über 17 Jahre, vom 8. bis 25. Lebensjahr hinweg nachverfolgt worden sind. Die Stabilität der psychischen Störungen blieb insgesamt, wie in der schon erwähnten Übersicht, über alle Untersuchungen bei etwa 50 Prozent. Betroffen waren etwa 15 bis 20 Prozent aller Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen im Verlauf. Interessant ist die Stabilität von Auffälligkeiten unter Auftreten von Neuerkrankungen. Von den im Alter von 8 Jahren als psychisch auffällig beschriebenen Kindern gehörten als 25-jährige noch 10 bis 15 Prozent zur Gruppe der psychisch Erkrankten. Hier überwogen Störungen des Sozialverhaltens mit emotionalen Störungen und mit Aufmerksamkeitsdefizitstörungen. Die als schwerer eingeschätzten Störungen gehören u. a. zu dieser Gruppe. Deshalb sind auch davon mehr männliche als weibliche Kinder, Jugendliche und Erwachsene betroffen. An Neuerkrankungen traten zu jedem 5 bis 7jährigen Erhebungsintervall zwischen 10 bis 15 Prozent auf. Im selben Verlauf wechselte etwa die Hälfte der bis dahin Erkrankten wieder in die Gruppe der Gesunden. Überwiegend handelt es sich um nichtbehandelte Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

In weiteren Übersichtsarbeiten zeigen sich bei mehr als 50 Prozent von behandelten Betroffenen günstige Verläufe, unter der Voraussetzung einer angemessenen Therapie.

Besonders erwähnenswert ist, dass sich die familiären Bedingungen als am wenigsten veränderbar zeigten. Deshalb gehört zu den stärksten Prädiktoren für einen erfolgreichen Verlauf das Funktionsniveau der Familie, neben der möglichst passgenauen Therapie und einem guten Nachsorgesystem. Hieraus ergibt sich die besondere Implikation für die Qualität der Schnittstellen über die direkte ärztliche bzw. psychotherapeutische Versorgung hinaus. Ein weiterer wesentlicher Gesichtspunkt ist die Tatsache, dass das Symptomspektrum den Langzeitverlauf nachhaltiger beeinflusste als die Einzeldiagnose. Behandlungsdauer sowie Intelligenzgrad zeigten sich nur von mäßiger prädiktiver Bedeutung.

Insgesamt zeigen sich höchst unterschiedliche Verläufe in vielen Bereichen. Verlaufsdeterminierende Faktoren stehen für manche Störungen zur Verfügung (für viele jedoch nicht):

- Früh beginnende Störungen mit überwiegend überdauernder Beeinträchtigung (z. B. autistische Syndrome, ADHS, Zwangsstörungen, Schizophrenie, bipolare Störungen).
- Entwicklungsabhängige Störungen mit Störungen umgrenzter Funktionsbereiche (z. B. altersspezifische Ängste, Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, der Kulturtechniken wie Rechnen, Lesen und Schreiben).
- Passagere Störungen wie z. B. Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen (deren angemessene Therapie wesentlich für das Abklingen ist).

Ein neuer wissenschaftlicher Schub könnte aus den in den letzten Jahren erwachsenen Möglichkeiten der Untersuchung von im Altersverlauf auftretenden genetischen Veränderungen/Expressionen und Gen-Umwelt-Interaktionen entstehen.

## 3. Unterstützungssysteme und Unterstützungsangebote – Ressourcen und Defizite

### 3.1 Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter

#### 3.1.1 Gesundheitssystem

Pädiatrische, kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Kliniken, Kinder- und Jugendpsychiater/innen und -psychotherapeuten/innen, Kinder- und Jugendärzte/innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen, z. T. in Kooperation mit anderen therapeutischen Fachgruppen in Sozialpsychiatrischen Praxen und den Sozialpädiatrischen Zentren, finanziert über SGB V oder SGB VIII, KJGD und KJPD stehen im Gesundheitssystem für die Unterstützung der Kinder mit psychischen Erkrankungen und Störungen zur Verfügung.

#### Versorgungsdefizite

In der Altersgruppe der Säuglinge und Kleinkinder werden Regulationsstörungen und psychische Störungen oft nicht rechtzeitig erkannt (s. o.) und behandelt. Der Schwerpunkt der Entwicklungsdiagnostik und -behandlung liegt noch in den Bereichen (Senso-)Motorik und Sprache.

Säuglinge, die Auffälligkeiten aufweisen, werden zwar nach der Geburt durch die Perinatalzentren der Kinderkliniken medizinisch betreut. Die psychosoziale Versorgung und Nachsorge jedoch ist nicht überall und systematisch vor Ort integriert (z. B. sozialpädiatrischen Zentren an Kliniken, Liaisondienste zur Erkennung und Behandlung von Regulationsstörungen oder postpartalen Depressionen) oder als Netzwerk verfügbar.

Kinderärzte/-innen, Kinderpsychiater/-innen und Psychotherapeuten/-innen benötigen eine engere zeitnahe Kooperation untereinander. Kinder entwickeln sich nie wieder so schnell wie in diesem Alter, sodass schnelles zielgerichtetes Handeln umso wichtiger ist.

Interventionen zur Behandlung psychischer Störungen müssen möglichst frühzeitig stattfinden, damit sich diese nicht weiter ausprägen und verfestigen und erst im späteren Alter diagnostiziert werden, womit sich die Behandlungsprognose eindeutig verschlechtert. Für die SPZ und KJA ist eine regelhafte Ausstattung mit kinderpsychiatrischer Expertise unabdingbar. Die Risikogruppe der Kinder mit Störungen der frühen Sozialisation durch schwere Bindungsstörungen, Deprivation und/oder psychische Erkrankung der Eltern muss früher diagnostiziert werden, um die spezifische Frühförderung und -behandlung zu ermöglichen.

In den letzten Jahren sind wenige spezialisierte Diagnose- und Behandlungseinheiten für seelische Gesundheit in der frühen Kindheit eingerichtet worden, die besonders den Bedarf der notwendigen Mitbehandlung der Eltern/ Familie nicht decken können.

#### 3.1.2 Kinder- und Jugendhilfe

Die erheblichen gesellschaftlichen Veränderungen haben zu einer Abnahme praktischer Erfahrung von Eltern im Umgang mit Kindern geführt mit der Folge von starker Verunsicherung und unzureichender elterlicher Kompetenz. Ein zusätzliches Risiko bilden dabei die erheblichen Belastungen junger, ggfs. alleinerziehender, ggfs. berufstätiger Eltern und die Gefährdung durch Armut. In der Gesellschaft steigt daher allgemein der Bedarf auch für diesen Unterstützungsbereich. Aus diesem Grund fördert das Land sechzehn Träger der Eltern- und Familienbildung. Vielfältige universelle Präventionsansätze, selektive Ansätze und Ansätze der indizierten Prävention der Familienförderung in Berlin dienen der Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern. Die Angebote der Träger richten sich grundsätzlich an alle Familien, wobei die unterschiedlichen Lebenslagen von Eltern und Kindern generationenübergreifend, interkulturell und Gemeinwesen orientiert berücksichtigt werden.

Es existieren zur Zeit gesamtstädtisch 25 **Erziehungs- und Familienberatungsstellen** in öffentlicher und freier Trägerschaft, die ihrerseits individuelle Elternberatungen, Familienberatungen, Therapien, präventive Elterngruppen und Kurse anbieten.

Einige Beratungsstellen bzw. einzelne Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen haben sich auf die Unterstützung von Familien mit Babys und Kleinkindern spezialisiert, um so rechtzeitig bei Regulationsstörungen und / oder Beziehungsproblemen zwischen Eltern und Kind unterstützen zu können und damit riskanten Entwicklungen vorzubeugen.

Die Kinder- und Jugendhilfe hält außerdem das gesamte Spektrum der Hilfen zur Erziehung nach § 27 ff SGB VIII bereit. Stationäre Wohnformen für Mütter und Väter nach § 19 SGB VIII halten je nach Bedarf der Mütter/Väter und ihrer Kinder einen differenzierten Betreuungsansatz vor.

**Schnittstellenprobleme:** Bei der Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe/ Eingliederungshilfe mit dem Gesundheitssystem besteht das grundlegende Problem der fachbereichsübergreifenden und die Leistungsträger verbindenden Kooperation und Entwicklung von Angeboten (SGB V, SGB VIII, SGB IX, SGB XII: Hilfe zur Erziehung + Eingliederungshilfe + Gesundheit).

### 3.1.3 Komplexleistungen Öffentliches Gesundheitssystem – Kinder- und Jugendhilfe

Aufgrund der mangelnden Personalausstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes kann die flächendeckende Versorgung von Neugeborenen und deren Familien als wichtiges niederschwelliges frühes Hilfsangebot durch Hausbesuch und medizinisch-sozialpädagogische Untersuchung und Beratung nicht wie fachlich notwendig in allen Berliner Bezirken geleistet werden. Notwendig ist dies aber insbesondere für Familien mit hohen psychosozialen Risiken und speziellen Problematiken wie Abhängigkeitserkrankungen (Folgen fürs Kind, z. B. FASD), Eltern mit chronischen Erkrankungen oder psychischen Störungen, behinderten Kindern, die rechtzeitige niederschwellige Angebote benötigen.

Mitarbeiterinnen des Angebotes „Frühe Hilfen“ (Familienhebammen, Sozialpädagoginnen, Ehrenamtliche) als Komplexangebot von Jugendhilfe und Gesundheit müssen über Grundkenntnisse der Säuglingsforschung und Entwicklungspsychologie verfügen, um Risiken für die Entwicklung eines Kindes wahrzunehmen und rechtzeitig Hilfen in die Wege zu leiten bzw. über den RSD des zuständigen bezirklichen Jugendamtes zu organisieren. Sie müssen in Kooperation mit Kinderärzten/-tinnen, SPZ, Kinder- und Jugendpsychiatern/-innen geschult und geübt sein.

Im Land Berlin ist in der Rahmenvereinbarung zur sozialpädiatrischen Versorgung, die zugleich Landesrahmenvereinbarung gemäß § 2 der Frühförderungsverordnung zu § 30 SGB IX ist, eine Struktur der Versorgung geschaffen worden.

Sechzehn **Kinder- und Jugendambulanzen/Sozialpädiatrische Zentren**, Einrichtungen von sechs Trägern der freien Jugendhilfe, bilden gemeinsam mit den fünf SPZ an Krankenhäusern in Berlin das Versorgungssystem für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche. Neben den klinikassoziierten SPZ, die über besonders spezialisierte medizinische Kompetenzen auch für Säuglinge und Kleinstkinder verfügen, sind KJA/SPZ komplementär zur sozialpädagogischen Förderung in Kitas für die medizinisch-therapeutische und psychologisch-heilpädagogische Komplexleistung Frühförderung verantwortlich. Sie sollen die Kinder im Vorschulalter mobil in der Kita bzw. im häuslichen Umfeld versorgen, d. h., die fördernde und therapeutische Hilfe soll zum Kind kommen, so dass es in seinem (Kita)-Alltag mobil von der

Fachkraft der KJA/SPZ betreut wird. Gemeinsam mit der Facherzieherin für Integration sollen Schwerpunkte für die Förderung entwickelt und in der Kita schrittweise umgesetzt werden. Durch diese enge Kooperation der KJA/SPZ mit den Kitas kann das Spannungsfeld zwischen Medizin, Therapie und Pädagogik positiv für Kind und Eltern gestaltet werden.

#### **Aufgaben der KJA/SPZ sind insbesondere:**

- sozialpädiatrische Diagnostik auch für Säuglinge und Kleinkinder, Beratung und Therapie, Komplexleistung Frühförderung, (entwicklungs-)psychologische, (heil) pädagogische und psychosoziale Leistungen sowie Beratung und Versorgung mit Hilfsmitteln. KJA/SPZ gewährleisten darüber hinaus eine enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten/-innen, insbesondere den behandelnden Kinderärzten/-innen der Region, therapeutischen Praxen, den SPZ an Kliniken, den Kindertageseinrichtungen, den Familienzentren und den Jugendämtern.
- Kinder- und Jugendambulanzen bieten je nach Bedarf des Einzugsbereiches außerdem spezielle Sprechstunden für Eltern und ihre Kinder an, Elternkurse (z. B. „Starke Eltern – starke Kinder“), Kompetenztrainings für Eltern, Elternaustausche und Einzelberatungen für Eltern.

Der **Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD)** des bezirklichen Gesundheitsamtes arbeitet im multiprofessionellen Team von Ärzten, Sozialarbeitern und medizinischem Fachpersonal vorrangig präventiv und subsidiär zur Vermeidung gesundheitlicher und sozialer Beeinträchtigungen.

Vorrangige Aufgaben sind die obligatorischen Schuleingangsuntersuchungen zur Früherkennung von Entwicklungsstörungen, von individuellen als auch familiären gesundheitlichen und/oder psychosozialen Auffälligkeiten mit entsprechenden Therapie- und/oder Diagnostikempfehlungen, ein allgemeines ärztliches Beratungs- und Untersuchungsangebot für Kinder von 0 bis 18 Jahren und ein sozialpädagogisches Beratungs- und Begleitungsangebot für Familien mit Kindern von 0 bis 2 Jahren im Rahmen der „Frühen Hilfen“. Im Rahmen des Kinderschutzes erfolgt eine kooperative Zusammenarbeit mit dem bezirklichen Kinderschutzteam (KiST) sowie den Regionalen Sozialpädagogischen Diensten (RSD) des Jugendamtes.

### 3.1.4 Bildungsbereich KITA

#### **Ausgangslage**

Einrichtungen der Kindertagesbetreuung sind diejenigen gesellschaftlichen Institutionen, in denen Kinder erstmals außerhalb der Familie und über längere Zeiträume systematisch begleitet werden. Sie sind wichtige Sozialisationsinstanzen und Teilhabeort für Kinder.

Ca. 40 Prozent der Kinder im Alter von 0 bis 3 Jahren nehmen zurzeit eine Tagesbetreuung ergänzend zur Familie in Anspruch. 93 Prozent aller Kinder besuchen eine Tageseinrichtung vor dem Schulbeginn. Rund 7 Prozent eines Altersjahrgangs besuchen bis zum Schulbeginn keine Gemeinschaftseinrichtung.

In der KITA ist die Zielgruppe der Kinder mit körperlichen, geistigen und seelischen Störungen jeder Art durch die Störungen der sozialen Kompetenz sowie den erschwerten Umgang mit komplexen Anforderungen und Stress früh erkennbar. Diese Kinder können Schwierigkeiten haben, sich im Gruppenkontext zurechtzufinden und Gefahr laufen, aus der Gruppennorm herauszufallen und ausgegrenzt zu werden.

Mehr als 5000 Kinder (2014) mit Behinderungen und Förderbedarf im Bereich der körperlichen, geistigen und/oder seelischen Entwicklung (s. Tab.) erhalten in der Tagesbetreuung aufgrund eines erhöhten oder wesentlich erhöhten Förderbedarfs eine zusätzliche integrationspädagogische Unterstützung zur Teilhabe in der Kindertagesbetreuung.

Das betrifft auch Kinder mit „drohender“ Teilhabebeeinträchtigung, bei denen je nach dem Ausmaß der Beeinträchtigung ein erhöhter und ein wesentlich erhöhter Förderbedarf festgestellt werden. Aufgrund der Komplexität der Behinderungsarten werden Kinder mit seelischen Störungen (§ 35a SGB VIII) nicht von den Kindern mit Störungen der körperlichen und geistigen Entwicklung (§ 53 ff. SGB XII) getrennt erfasst. Es besteht eine hohe Komorbidität von körperlichen und seelischen Entwicklungsstörungen. Bei Störungen der geistigen Entwicklung besteht ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko für komorbide seelische Störungen.

## Integration von Kindern mit erhöhtem und wesentlich erhöhtem Förderbedarf in den Altersgruppen 0 bis unter 6 Jahren und 6 Jahre und älter

### Kinder mit Behinderungen in integrativer Betreuung Altersgruppen 0 bis unter 6 Jahre

Bezirke	2010			2011			2012			2013			2014		
	TYP A § 16 (1) VOKi- taFöG	TYP B § 16 (2) VOKi- taFöG	Gesamt	TYP A § 16 (1) VOKi- taFöG	TYP B § 16 (2) VOKi- taFöG	Gesamt	TYP A § 16 (1) VOKi- taFöG	TYP B § 16 (2) VOKi- taFöG	Gesamt	TYP A § 16 (1) VOKi- taFöG	TYP B § 16 (2) VOKi- taFöG	Gesamt	TYP A § 16 (1) VOKi- taFöG	TYP B § 16 (2) VOKi- taFöG	Gesamt
Mitte	374	58	432	449	43	492	450	59	509	429	63	492	413	67	480
Friedrichshain- Kreuzberg	267	46	313	282	51	333	264	53	317	289	58	347	278	56	334
Pankow	458	107	565	516	97	613	462	100	562	440	101	541	489	106	595
Charlottenburg- Wilmersdorf	173	34	207	159	41	200	170	37	207	208	37	245	203	45	248
Spandau	229	37	266	294	42	336	317	59	376	321	59	380	325	53	378
Steglitz-Zehlendorf	258	54	312	278	55	333	259	60	319	306	51	357	306	63	369
Tempelhof- Schöneberg	357	48	405	370	45	415	400	57	457	441	66	507	465	88	553
Neukölln	445	61	506	449	64	513	481	66	547	493	68	561	494	55	549
Treptow-Köpenick	411	54	465	438	58	496	429	60	489	426	70	496	430	73	503
Marzahn- Hellersdorf	367	66	433	382	65	447	405	63	468	470	62	532	486	67	553
Lichtenberg	382	62	444	391	65	456	387	62	449	423	69	492	396	79	475
Reinickendorf	336	36	372	335	37	372	381	48	429	437	63	500	431	64	495
<b>Berlin insgesamt</b>	<b>4.057</b>	<b>663</b>	<b>4.720</b>	<b>4.343</b>	<b>663</b>	<b>5.006</b>	<b>4.405</b>	<b>724</b>	<b>5.129</b>	<b>4.683</b>	<b>767</b>	<b>5.450</b>	<b>4.716</b>	<b>816</b>	<b>5.532</b>

### Kinder mit Behinderungen in integrativer Betreuung 6 Jahre und älter

Bezirke	2010			2011			2012			2013			2014		
	TYP A § 16 (1) VOKi- taFöG	TYP B § 16 (2) VOKi- taFöG	Gesamt	TYP A § 16 (1) VOKi- taFöG	TYP B § 16 (2) VOKi- taFöG	Gesamt	TYP A § 16 (1) VOKi- taFöG	TYP B § 16 (2) VOKi- taFöG	Gesamt	TYP A § 16 (1) VOKi- taFöG	TYP B § 16 (2) VOKi- taFöG	Gesamt	TYP A § 16 (1) VOKi- taFöG	TYP B § 16 (2) VOKi- taFöG	Gesamt
Mitte	91	13	104	75	19	94	88	6	94	91	12	103	134	17	151
Friedrichshain- Kreuzberg	77	13	90	60	10	70	67	14	81	78	10	88	86	14	100
Pankow	90	15	105	83	14	97	121	22	143	148	26	174	125	29	154
Charlottenburg- Wilmersdorf	38	5	43	44	7	51	36	20	56	49	12	61	64	11	75
Spandau	63	15	78	66	9	75	109	14	123	100	16	116	107	24	131
Steglitz-Zehlendorf	59	8	67	48	7	55	54	17	71	70	10	80	69	18	87
Tempelhof- Schöneberg	113	8	121	86	11	97	86	7	93	134	15	149	159	26	185
Neukölln	138	7	145	158	13	171	149	15	164	183	12	195	159	19	178
Treptow-Köpenick	84	12	96	77	9	86	98	18	116	89	15	104	113	18	131
Marzahn- Hellersdorf	94	5	99	89	12	101	110	19	129	123	10	133	137	17	154
Lichtenberg	71	6	77	75	17	92	77	5	82	95	15	110	118	15	133
Reinickendorf	90	15	105	77	10	87	74	11	85	83	15	98	130	20	150
<b>Berlin insgesamt</b>	<b>1.008</b>	<b>122</b>	<b>1.130</b>	<b>938</b>	<b>138</b>	<b>1.076</b>	<b>1.069</b>	<b>168</b>	<b>1.237</b>	<b>1.243</b>	<b>168</b>	<b>1.411</b>	<b>1.401</b>	<b>228</b>	<b>1.629</b>

Datenquelle: Fachverfahren ISBJ-KiTa Dezember 2014 - ohne  
Brandenburger Kinder in Berlin

Kinder mit Behinderung oder von Behinderung bedrohte Kinder haben einen gesetzlichen Anspruch auf Eingliederungshilfe, die in Berlin nach entsprechender Prüfung in einer Kindertageseinrichtung angeboten wird. Für die Umsetzung dieses Anspruchs erhält die Kita zusätzliche finanzielle Ressourcen (Personalzuschlag sowie einen geringen Sachkostenzuschlag). Damit finanziert die Kita/der Träger für Kinder mit erhöhtem und wesentlich erhöhtem Förderbedarf zusätzliches Fachpersonal für die Förderung von Kindern mit Behinderung. Für diese Aufgaben qualifizieren sich Erzieher/-innen in einer Weiterbildung zum/r Facherzieher/-in für Integration. Die gemeinsame Erziehung und Bildung von Kindern mit und ohne Behinderung erfordert ein enges, kollegiales Arbeiten der verschiedenen Fachkräfte. Dabei ist Ziel, einen gemeinsamen Weg für die Gestaltung der individuellen Entwicklungsförderung des Kindes zu finden, diese regelmäßig gemeinsam zu reflektieren und kontinuierlich im Förderplan anzupassen. Hierzu werden für das Kind in Absprache mit den Eltern Entwicklungs- und Bildungsziele vereinbart. Diese Zielstellungen korrespondieren mit den Zielen des Berliner Bildungsprogramms.

Das Berliner Bildungsprogramm für die Bildung, Erziehung und Betreuung von Kindern in Tageseinrichtungen besteht seit 2004. Die Personalstellen für die Umsetzung des Berliner Bildungsprogramms und zur Integration und Inklusion sind im Kindertagesförderungsgesetz (KitaFöG) und in der Rahmenvereinbarung über die Finanzierung und Leistungssicherstellung der Tageseinrichtungen (RVTag) verankert, das Prinzip der inklusiven Pädagogik im Berliner Bildungsprogramm.

Erzieherinnen und Erzieher sehen sich mit der Zunahme gesellschaftlich bedingter Problemlagen, wie zunehmender Armut der Familien, Erziehungsunsicherheit, Trennungs- und Vernachlässigungsproblematiken, Erkrankungen der Eltern sowie zunehmenden Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsdefiziten der Kinder konfrontiert. Sie sind in der Praxis für die Eltern wichtige niederschwellige, zum Teil die einzigen Ansprechpartnerinnen und -partner in Erziehungsfragen.

Das Land Berlin hat in den vergangenen Jahren eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, um den Bedarf an Fachkräften – bedingt auch durch den Ausbau der Kitaplätze im Kontext des Rechtsanspruchs – zu decken. Fachberatung steht den Erzieher/-innen bei ihren jeweiligen Trägern zur Seite. Kleine Einrichtungen können auf ihren Trägerverband zurückgreifen, sofern sie einem solchen angehören. Um Kinder, deren Eltern sich in einer schwierigen Lebenssituation befinden, pädagogisch fördern zu können, benötigen sie Zeit und Kompetenzen, auch für die Zusammenarbeit mit den Eltern. Das Land Berlin stellt über das Sozialpädagogische Fortbildungsinstitut

Berlin-Brandenburg pädagogischen Fachkräften umfangreiche Fort- und Weiterbildungen zur Zusammenarbeit mit Eltern – auch in schwierigen Lebenssituationen – zur Verfügung. Im Lebensbereich Kita, in dem viele Kinder mehr Zeit (außer der Nachtruhe) als zu Hause verbringen, ergibt sich eine einmalige Chance, auch und gerade Kindern mit seelischen Störungen die Hilfe und Unterstützung zukommen zu lassen, die Ressourcen und Resilienz stärken können.

**Schnittstellenprobleme:** Kooperation von Frühförderung mit KJPP und Kinder- und Jugendhilfe/Eingliederungshilfe

**Finanzen:** Bereitstellung angemessener personeller und materieller Ressourcen.

### 3.1.5 Schwelle Einschulung

Bei den Berliner Kindern des Einschulungsjahrgangs 2012 (ca. 28:000) wurden bei der Einschulungsuntersuchung folgende Entwicklungsauffälligkeiten festgestellt:

- Körperkoordination: 11,2 Prozent auffällig, 14,0 Prozent grenzwertig
- Visuomotorik: 16,7 Prozent auffällig, 11,0 Prozent grenzwertig
- Visuelle Wahrnehmung: 15,0 Prozent auffällig, 12,7 Prozent grenzwertig
- Mengenvorwissen: 9,2 Prozent auffällig, 17,8 Prozent grenzwertig

#### **Versorgungsdefizit:**

Seit 2006, ein Jahr nach Beginn der neuen Schuleingangsphase mit der Senkung des Einschulungsalters, hat sich die Anzahl der Anmeldungen von 5 bis 6 jährigen in den SPZ und KJPD fast verdoppelt. In den folgenden Jahren hat sich die Anzahl der Vorstellungen junger Schülerinnen und Schüler in den KJPD analog erhöht. Ebenso haben in den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen und Kliniken/Abteilungen die Anmeldungen von Lernanfängern und jungen Schülern deutlich zugenommen.

Diese Entwicklung betrachten wir mit großer Sorge. Junge Schüler wurden bis 2005 nur in sehr seltenen Fällen in den KJPD vorgestellt. Ein erfolgreicher Übergang über die Entwicklungsschwelle Schuleingang scheint nicht mehr gesichert. Kinder mit seelischen Störungen und Entwicklungsauffälligkeiten werden durch die derzeitigen schulischen Vorgaben nur ungenügend integriert und in ihrer Teilhabe gefährdet.

Dies unterstreicht die Gruppe der von der Einschulung zurückgestellten Kinder mit erhöhtem Unterstützungs- und Förderbedarf im Vorschulalter, die für ein weiteres Jahr in der Einrichtung verbleiben, weil sie nur durch die Frühförderung

hinreichend auf die Schule vorbereitet werden können: Im Jahr 2011 waren dies ca. 10 Prozent eines Einschuljahrgangs, mit steigender Tendenz (13 Prozent im Jahr 2012).

## 3.2 Schul- und beginnendes Berufseintrittsalter

### 3.2.1 Zielgruppe

Die Schule ist ein Bildungs- und Teilhabeort mit Anwesenheitspflicht und eine Einrichtung von zentraler Bedeutung, weil sie in erheblichem Umfang und für einen langen Zeitraum der Ort ist, in dem Prozesse der psychischen, physischen und sozialen Entwicklung und Reifung stattfinden. Die Schule ist häufig der erste Ort, an dem Risikoverhalten und Störungen erkannt werden.

Die Charakterisierung der Zielgruppe der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen erweist sich als schwierig, weil die hier vorgelegten Daten auf der Grundlage von Umfragen erhoben wurden, andererseits aber Zahlen aus dem klinischen oder ambulanten Bereich nicht vorliegen.

Die Bella Studie, die in Ergänzung zur KiGGs-Studie des Robert-Koch-Instituts durchgeführt wurde, kam im Zuge einer Befragung von Eltern, Kindern und Jugendlichen, zu dem Ergebnis, dass rund 22 Prozent der Kinder und Jugendlichen im Laufe ihrer Schulzeit psychische Auffälligkeiten und Störungen entwickeln und davon rund 5 Prozent kinder- und jugendpsychiatrisch behandlungsbedürftig sind.

In dem Bericht des Berufsverbandes Deutscher Psychologen von 2007 wird wiedergegeben, dass in den letzten Jahren eine steigende Zahl von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten, teilweise schon bei der Einschulung beobachtet wird. Gesundheitsberichte von Krankenkassen geben ebenfalls steigende Zahlen im Bereich der psychischen Erkrankungen bei Jugendlichen an.

Eine ebenfalls noch weiter zu konkretisierende Größe ergab eine Befragung der Klinikschulen in Berlin. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass sich im Jahr ca. 1200 Schülerinnen und Schüler, die in den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken versorgt werden, in Klinikschulen befinden. Ambulant versorgte psychisch kranke Schülerinnen und Schüler sind nicht erfasst.

Eine Clusterung dieser klinisch behandelten psychisch erkrankten Schülerinnen und Schüler nach Bedarfslagen ergibt folgendes Bild:

- Ein Drittel der psychisch kranken Schülerinnen und Schüler ist in der Lage, nach klinischer Diagnostik und Behandlung mit Unterstützung in die Klassen der Herkunftsschulen zurückkehren.

- Ein zweites Drittel benötigt nach einem Klinikaufenthalt noch für eine gewisse Zeit eine besondere schulische Förderung.
- Für das letzte Drittel der psychisch erkrankten Schülerinnen und Schüler ist auch besondere schulische Förderung nicht ausreichend, um eine Unterrichtung in der Schule sicher zu stellen.

Ein weiteres interessantes Ergebnis der Befragung war, dass weniger als 10 Prozent der Schüler aus dieser Gesamtgruppe sonderpädagogischen Förderbedarf im Bereich emotionale und soziale Entwicklung haben.

Im Katalog der Kultusministerkonferenz werden psychische Erkrankungen nur in Ausnahmefällen (Autismus) als sonderpädagogische Förderbedarfe definiert. Teilweise können psychisch kranke Schüler eine Förderung unter der Rubrik „Unterricht kranker Schüler“ erhalten.

Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen sind in ihrer sozialen Teilhabe häufig gefährdet oder eingeschränkt. Durch eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung

- ist eine angemessene Schulbildung gefährdet,
- besteht besonderer pädagogischer Bedarf,
- besteht erhöhter Bedarf an Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfen.

Daher benötigen diese Kinder und Jugendlichen

- abgestimmte, gleichzeitige Hilfen,
- von verschiedenen Professionen und Hilfesystemen.

Es fehlen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen adäquate zielgerichtete pädagogische Angebote in der Schule.

### 3.2.2 Angebote und Aufgaben von Schule

Die Schule und ihre weit über die klassische Wissensvermittlung hinausgehenden Angebote sind darauf ausgerichtet, ihre Schülerinnen und Schüler zu starken und selbstbewussten Persönlichkeiten zu entwickeln und insofern auch manchen Erkrankungen und Beeinträchtigungen vorzubeugen. Dennoch können junge Menschen körperlich oder psychisch längerfristig erkranken. Schülerinnen und Schüler, die aufgrund einer langfristigen Erkrankung, in der Regel länger als drei Wochen, nicht am Unterricht ihrer Schule teilnehmen können, erhalten während dieser Zeit Unterricht, unabhängig davon, ob es sich um eine psychische oder eine andere Erkrankung handelt. Für langfristig erkrankte Schülerinnen und Schüler ist Unterricht eine wichtige Voraussetzung für die Teilhabe an der Gesellschaft und trägt dazu bei soziale Isolation zu vermeiden. Dabei gilt es einerseits die curricularen Vorgaben so weit wie möglich einzuhalten, um die Anschlussfähigkeit für

den rückführenden Übergang in die Stammschule zu erhalten und andererseits einen förderlichen Umgang mit der Erkrankung zu unterstützen. Unterricht kann dabei die psychische Situation erkrankter Schülerinnen und Schüler erleichtern und erheblich zur Genesung beitragen. Bei Schülerinnen und Schülern, die im Laufe einer langfristigen Erkrankung, welche dauerhaft den Besuch ihrer Stammschule verhindert, einen Schulabschluss anstreben, kann durch diesen besonderen Unterricht auch ein Schulabschluss mitsamt den erforderlichen Prüfungen erreicht werden.

### **Unterrichtsorganisation und -gestaltung**

Der Unterricht für Kranke kann an verschiedenen Orten stattfinden:

- als Unterricht in allen Krankenhäusern,
- als Unterricht in vier Klinikschulen und ihren Filialen, die an den Standorten der Berliner Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bereitgestellt sind und mit diesen zusammenarbeiten,
- als Hausunterricht.

### **Zusammenarbeit zwischen Klinikschulen und kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen**

Während ihres Aufenthaltes in den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken erhalten alle Schülerinnen und Schüler Unterricht und (sonder-)pädagogische Förderung. Eine fachliche Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen und Therapeuten erfolgt durchgängig. Dabei ist ein Informationsfluss bezüglich der Ausprägung der Erkrankung, der psychischen Situation der Patientinnen und Patienten, ihrer Behandlung und den besonderen Erfordernissen an die Beschulung notwendig. Rückmeldungen der Schule geben wiederum häufig wertvolle Hinweise für die weitere medizinische Behandlung und stellen nicht selten auch einen Indikator für den Erfolg einer Behandlung dar oder geben wertvolle Hinweise für die weitere medizinisch-therapeutische Behandlung. Ziel ist eine wirksame Verzahnung von medizinisch-therapeutischer Behandlung und (sonder-)pädagogischer Förderplanung. Dem Unterricht werden dabei die Rahmenlehrpläne des jeweiligen Bildungsganges der Schülerinnen und Schüler zu Grunde gelegt, um die Anschlussfähigkeit bei Rückkehr in die Stammschule zu erhalten. Die medizinische Behandlung steht dabei im Vordergrund und ihre Erfordernisse haben unmittelbaren Einfluss auf die Art der Unterrichtsgestaltung und die Dauer des täglichen Unterrichts. Den Schülerinnen und Schülern wird auch im Unterricht aktiv die Möglichkeit gegeben, ihren Fragen über ihre Erkrankung, ihre Behandlung und deren Zukunftsbedeutung nachzugehen und sie gegebenenfalls mit anderen Beteiligten zu besprechen.

Nach Abschluss der stationären Diagnostik und Behandlung wird in gemeinsamen Schulhilfekonferenzen unter Teilnahme aller erforderlichen Akteure nach Möglichkeit die Rückführung in die Herkunftsschule vorbereitet (s. o.). Krankenhausunterricht kann bei Bedarf auch mit Hausunterricht fortgesetzt werden, wenn das Einverständnis der Erziehungsberechtigten dafür vorliegt. Eine Abstimmung mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten erfolgt auch hier, um die weitere Behandlung zu unterstützen. Die Leistungsbewertungen erfolgen im Unterricht für Kranke grundsätzlich nach den geltenden Bestimmungen, allerdings wird die Dauer, Häufigkeit und Art der damit verbundenen Belastung mit den medizinisch-therapeutisch tätigen Akteuren abgestimmt. Ein Übergang in die nächste Klassenstufe ist dadurch möglich.

### **Aufbau von Standorten für Nachsorgeklassen**

Mit dem Schuljahr 2014/15 sind an den Klinikschulen mit den Standorten „Vivantes Klinikum im Friedrichshain“ und „Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge“ erfolgreich Schulplätze für Nachsorgeklassen installiert worden. Erstmals bietet sich stationär oder teilstationär behandelten Patienten, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung noch nicht in ihre Herkunftsschule zurückkehren können, die Möglichkeit, für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren in einer Nachsorgeklasse der Klinikschule beschult zu werden. Diese beiden Standorte sind allerdings bei weitem nicht bedarfsdeckend, so dass weitere Standorte gesucht werden. Die allgemeine Raumnot an Schulen durch eine rasch wachsende Bevölkerung wirkt dabei stark erschwerend.

### **Einsatz und Fortbildung des pädagogischen Personals**

Kranke Schülerinnen und Schüler werden grundsätzlich von Lehrkräften aller Lehrämter nach den fachlichen Erfordernissen unterrichtet. Bei besonderen pädagogischen Bedarfen, die sich aus der Art der Erkrankung ergeben, erhalten die Lehrkräfte erforderliche Beratungen und bilden sich gegebenenfalls auf einen Einzelfall bezogen fort. Lehrkräfte der vier Klinikschulen für psychisch erkrankte Schülerinnen und Schüler bilden sich dagegen kontinuierlich in verschiedensten medizinisch-therapeutischen Themen fort. Sie verfügen in der Regel aufgrund ihres besonderen Interesses, ihrer Haltung gegenüber psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern und ihrer speziellen Aus-, Fort- oder Weiterbildung über notwendige didaktisch-methodische Kompetenzen im Umgang und in der Unterrichtung ihrer psychisch beeinträchtigten Schülerschaft.

### **Möglichkeit der Zurückstellung gem. Schulgesetz für das Land Berlin § 42 Abs. 3**

Sollte der Entwicklungsstand oder auch die Erkrankung eines Kindes eine bessere Förderung in einer Kindertagesstätte erwarten lassen, ist eine Zurückstellung von der Schulbesuchspflicht für ein Jahr möglich. In den schulärztlichen Eingangsuntersuchungen zeigen sich nicht selten sehr deutliche Entwicklungsrückschritte, die früh auch ein therapeutisches Eingreifen erforderlich machen. Ein Antrag auf Zurückstellung kann bei der Schulanmeldung gestellt werden. Über den Antrag entscheidet die Schulaufsicht und berücksichtigt dabei alle vorgelegten Begründungen, etwa die Stellungnahme der Kita, ärztliche Gutachten oder Stellungnahmen des Schulpsychologischen Dienstes. Eine Zurückstellung wird nur dann genehmigt, wenn an Stelle des Schulbesuchs eine entsprechende Förderung in einer Einrichtung der Jugendhilfe erfolgt. Eltern können sich rechtzeitig bei der Schulaufsicht ihres Bezirks beraten lassen.

### **Förderung bei Teilleistungsstörungen**

Teilleistungsstörungen können Kinder und Jugendliche in verschiedenen Bereichen betreffen. Für Lese- und Rechtschreibschwächen (LRS) und Rechenschwächen sind schulische Maßnahmen gesondert geregelt. An jeder Grundschule ist in Berlin eine LRS-Fachlehrkraft tätig, die die Klassen- und Fachlehrer bei der Diagnostik und der Förderplanung unterstützt. Im Rahmen des Stundenkontingents der Schule kann Förderunterricht eingerichtet werden. Bei gravierenden Fällen im Sinne einer klinischen Störung nach ICD 10, F 81, können die Eltern einen Antrag auf Kostenübernahme für eine Integrative Lerntherapie (ILT) beim zuständigen Jugendamt stellen. Eine fachdienstliche Stellungnahme wird dazu vom Jugendamt zur Prüfung einer Teilhabebeeinträchtigung gemäß § 35a SGB VIII angefordert.<sup>2</sup>

Als weitere unterstützende Maßnahmen können diese Schülerinnen und Schüler einen Nachteilsausgleich erhalten. Der Nachteilsausgleich kann als Verlängerung der Bearbeitungszeit, als Zulassen spezieller Arbeits- und Hilfsmittel, durch das Ersetzen von mündlichen Aufgaben durch schriftliche, durch das Vorlesen schriftlich gestellter Aufgaben oder durch das Aussetzen der Zensurierung erfolgen.<sup>3</sup>

Besteht am Ende der Grundschulzeit weiterhin die Notwendigkeit der Förderung, kann diese mit Einwilligung der Eltern in der Oberschule fortgeführt werden. Auch hier und im Verlauf des weiteren Schulwerdeganges bis hin zur Abiturprüfung sind Maßnahmen des Nachteilsausgleichs möglich. Eine Unterstützung im Rahmen der sonderpädagogischen Förderung erfolgt nicht. Die beschriebenen Maßnahmen für eine LRS gelten teilweise auch für Rechenstörungen, die in einer eigenen Rechtsverordnung geregelt werden.<sup>4</sup>

### **Ambulanzlehrkräfte für psychisch kranke Schülerinnen und Schüler**

Aufgrund eines Arbeitsergebnisses der vor drei Jahren eingerichteten Arbeitsgemeinschaft „Psychisch kranke Schülerinnen und Schüler“, in der Vertreterinnen und Vertreter der Berliner Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie und der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste, Schulleiterinnen der Klinikschulen, eine Vertreterin der Schulpsychologie, Schulaufsichten, ein Vertreter der Abteilung Jugend und Vertreter der Schulverwaltung zusammen arbeiten, wurden mit dem Schuljahr 2013/14 zwölf Ambulanzlehrkräfte für psychisch erkrankte Schülerinnen und Schüler beauftragt, die jeweils eine der zwölf Regionen betreuen. Diese werden für diese Aufgabe mit einer halben Stelle von ihren sonstigen Dienstpflichten abgeordnet.

Die Aufgabe dieser Fachkräfte besteht v. a. darin, die Herkunftsschulen im Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern zu beraten und Übergänge zwischen Schule und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie pädagogisch fachgerecht zu begleiten. Diese neuen Berliner Ambulanzlehrkräfte verfügen über profunde Praxiskenntnisse im pädagogischen Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern, einige auch über psychotherapeutische Zusatzausbildungen. Die starke Inanspruchnahme ihrer Beratungsleistung durch die Schulen führen diese Ambulanzlehrkräfte z. Z. an die Grenze ihrer Möglichkeiten. Bei Schülerinnen und Schülern, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung (noch) nicht am Unterricht teilnehmen können und keinen Platz in einer Nachsorgeklasse finden, verfügen die Ambulanzlehrkräfte nicht immer über die geeigneten Instrumente, die ratsuchenden Schulen nach eigenem Anspruch genügend zu unterstützen. Hier bedarf es weiterer systematischer Entwicklung des schulischen Unterstützungssystems, um Schulen und v.a. den Patientinnen und Patienten besser helfen zu können.

<sup>2</sup> Gemeinsame Ausführungsvorschriften zum Verfahrensablauf bei Anfragen zu Integrativer Lerntherapie (AV ILT), Berlin, 1.9.2015

<sup>3</sup> § 16 Verordnung über den Bildungsgang der Grundschule (Grundschulverordnung -GsVO), Berlin 9.9.2010; § 16 Verordnung über die Schularten und Bildungsgänge der Sekundarstufe I (Sekundarstufe I - Verordnung - Sek I-VO), Berlin 31.3.2010

<sup>4</sup> Ausführungsvorschriften zur Förderung bei besonderen Schwierigkeiten im Rechnen (AV Rechenstörung), Berlin 16.1.2014

### **Erweiterung des Leitfadens zur Feststellung sonderpädagogischen Förderbedarfs**

Der in Berlin angewendete Leitfaden zur Feststellung sonderpädagogischen Förderbedarfs, der sich an den sonderpädagogischen Förderschwerpunkten orientiert, wird um ein Kapitel „Krankheit“ erweitert. Die Professionalisierung des Unterrichts für Kranke wird mit diesem Schritt auch auf Verwaltungsebene weiter vorangetrieben. In diesem Kapitel werden auch neue Möglichkeiten der Förderung und eines Nachteilsausgleiches für kranke Schülerinnen und Schüler beschrieben, die nicht unbedingt über sonderpädagogischen Förderbedarf verfügen müssen.

### **Erweiterung der Möglichkeiten eines Nachteilsausgleiches für psychisch erkrankte Schülerinnen und Schüler**

In Zukunft soll es den Schulaufsichten möglich sein, bedürftigen Schülerinnen und Schülern auch ohne festgestellten sonderpädagogischen Förderbedarf einen Nachteilsausgleich zu gewähren. Davon werden in hohem Maße kranke Schülerinnen und Schüler profitieren, denen bislang kein Nachteilsausgleich gewährt werden durfte.

### **Die schulpsychologischen und inklusionspädagogischen Beratungs- und Unterstützungszentren (SiBUZ)**

Die Schulpsychologischen Beratungszentren in Berlin beraten jährlich rund 10.000 Schülerinnen und Schüler, deren Eltern und Lehrkräfte. Sie erreichen damit 2 bis 3 Prozent der Schülerinnen und Schüler. Die Schulpsychologischen Beratungszentren sind bei psychischen Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen häufig die ersten Ansprechpartner für Eltern und Lehrkräfte. In Sprechstunden an Schulen und Explorationsgesprächen können die Bezugspersonen im Umgang mit diesen Auffälligkeiten beraten werden.

Besteht der Verdacht auf eine psychische oder psychiatrische Erkrankung, so werden die Kinder und Jugendlichen von Schulpsychologen an niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater/-innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-innen, Sozialpädiatrische Zentren, den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst oder an Kinder- und Jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Kliniken für eine spezielle Diagnostik und Therapie weitervermittelt. Die Schulpsychologischen Beratungszentren bieten Beratung, Diagnostik und Kriseninterventionen, aber keine psychotherapeutischen Behandlungen an.

Im Rahmen der inklusiven Schule der Zukunft sind die Entwicklung von gezielten Präventions- und Reintegrationsangeboten für psychisch kranke Schülerinnen und Schüler von großer Bedeutung. Im Rahmen des Aufbaus von „Schulpsychologischen und inklusionspädagogischen Beratungs- und Unterstützungszentren“ (SiBUZ) in jedem Bezirk, werden die

Ambulanzlehrkräfte für psychisch kranke Schülerinnen und Schüler in die multiprofessionellen Teams integriert. Die Abstimmung von Maßnahmen ist hierdurch leichter möglich. Die Aufgabe dieser Ambulanzlehrkräfte besteht darin, die Stammschulen im Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern zu beraten und Übergänge zwischen Schule und Psychiatrie pädagogisch fachgerecht zu begleiten.

Neben den bereits für das Grundschulalter benannten Risikofaktoren bilden Lern- und Leistungsprobleme in der Schule und Konflikte mit Eltern oder Lehrkräften die häufigsten Beratungsanlässe. 42 Prozent der Elf- bis Dreizehnjährigen fühlen sich schulisch überfordert. 30 Prozent haben massive Konflikte mit ihren Eltern. Schuldistanz, Delinquenz und Drogenkonsum, vor allem wenn dies durch die Peergroup gefördert wird, stellen häufig den Schulerfolg in Frage. In Berlin entwickeln 5,3 Prozent der Schülerinnen und Schüler massive Schuldistanz und fehlen mehr als 20 Tage unentschuldig.

Generalisierte Leistungs- und Prüfungsängste, Affektstörungen, depressive Episoden, selbstverletzendes Verhalten bis hin zur Suizidalität, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Essstörungen und generalisierte psychosomatische Störungen sind häufige Krankheitsbilder im Jugendalter.

Wichtig bei psychischen Erkrankungen sind ein gezieltes Fallmanagement und die Abstimmung der Hilfesysteme in der Schule, Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Die Schulpsychologinnen und Schulpsychologen stellen hier ein wichtiges Bindeglied dar. Geeignete Maßnahmen bis hin zur Wiedereingliederung in die Regelschule werden in Helferkonferenzen besprochen und abgestimmt. Das „Modellprojekt Süd-West zur Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule“ hat hierzu wichtige Erfahrungen gesammelt.

In einigen Bezirken bieten die Schulpsychologischen Beratungszentren Einzel- und Kleingruppenunterricht für psychisch kranke Schüler an, wenn diese auf einen Klinikaufenthalt warten, aus der Klinik entlassen wurden, aber noch den Schonraum einer Kleingruppe benötigen oder auf einen Platz in einem Schulersatzprojekt warten. Ziel muss es sein, ein flächendeckendes, flexibles Unterrichtsangebot für psychisch kranke Schülerinnen und Schüler zu schaffen, um die Reintegration in die Regelschulen zu erleichtern und zu unterstützen.

Psychisch erkrankte Schülerinnen und Schüler haben Anspruch auf einen „besonderen Förderbedarf“ und Nachteilsausgleich, auch wenn kein sonderpädagogischer Förderbedarf besteht<sup>5</sup> (KMK 1998, SopädVO 2009). „Besonderer Förderbedarf liegt bei allen langandauernd oder wiederkehrend erkrankten Schülerinnen und Schülern vor, wenn sie ohne besondere pädagogische Hilfen nicht hinreichend gefördert werden können. Dazu werden von den schulischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ärztliche Hinweise beachtet und die Lernorganisation den besonderen Erfordernissen der Erkrankung angepasst. Sonderpädagogische Förderung ist nicht notwendig, häufig jedoch die Gewährung eines befristeten Nachteilsausgleiches.“

„Die Schülerinnen und Schüler können

- an ihrer Stammschule unterrichtet werden und einen Nachteilsausgleich erhalten,
- in den angeschlossenen Klinikschulen der Kinder- und Jugendpsychiatrien beschult werden
- und anschließend an ihre Stammschule zurückkehren oder in Nachsorgeklassen für psychisch Kranke aufgenommen werden.
- Den Übergang aus der Klinikschule und den Nachsorgeklassen begleiten die Beratungslehrkräfte für psychisch kranke Schülerinnen und Schüler, ggf. im Benehmen mit der Schulpsychologie.
- mit Hausunterricht versorgt und zu Hause unterrichtet werden,
- in sonderpädagogische Kleinklassen aufgenommen werden,
- in schulersetzenden Maßnahmen unterrichtet werden.“

Abhängig von der Art der Erkrankung und in Absprache mit allen Beteiligten sollte ein Nachteilsausgleich in Form von reduzierte Hausaufgaben, die vorübergehende Befreiung von einzelnen Fächern oder ein verkürzter Stundenplan, selbstbestimmte Bewegungs- und Ruhepausen oder eine Unterrichtsbegleitung (Schulhelfer) ermöglicht werden.

Voraussetzung für die Gewährung eines Nachteilsausgleiches ist ein fachärztliches Gutachten über Art, Umfang und Dauer der psychischen Erkrankung, ein individueller Förderplan und die Vergleichbarkeit der Leistungen. Die konkreten Maßnahmen des Nachteilsausgleiches werden dann von der Schulhilfekonferenz oder Klassenkonferenz festgelegt und von der Schulaufsicht genehmigt.

<sup>5</sup> Empfehlungen zum Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 20.3.1998; Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft (Hrsg): Leitfaden zur Feststellung sonderpädagogischen Förderbedarfs an Berliner Schulen, Förderbedarf und Nachteilsausgleich bei Krankheit. Berlin 2015

## 3.2.3 Angebote und Aufgaben der Jugendhilfe

### 3.2.3.1 Jugendhilfe und psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche im Schulalter

Jugendhilfe hat die Aufgabe, Eltern und andere Erziehungsbeauftragte bei der Erziehung ihrer Kinder zu unterstützen und damit die Entwicklung junger Menschen zu einer eigenständigen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit zu ermöglichen. Wie bereits beschrieben verfügt sie dafür über eine Vielzahl von Hilfen zur Erziehung in Form von ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten.

Kinder und Jugendliche, deren Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt oder eine solche mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, haben Anspruch auf Eingliederungshilfe (§ 35a SGB VIII). Neben erzieherischen, medizinischen und therapeutischen Hilfen ist Bildung notwendige Voraussetzung für die Teilhabe.

Wenn junge Menschen auf Grund ihres sehr schwierigen Verhaltens die Möglichkeiten der Regelschule nicht nutzen können, steht ihnen individuelle Unterstützung zu. Wegen der Komplexität der problemverursachenden Faktoren für ihre Beeinträchtigung können passgenaue Hilfen nur in einer fachübergreifenden Kooperation mit Schule und Kinder- und Jugendpsychiatrie erbracht werden. Besonders bei stationär untergebrachten Kindern und Jugendlichen, die sehr hohe Anforderungen an Bildung und Erziehung stellen, müssen individuell ausgehandelte Settings geschaffen werden. Sehr hohe Anforderungen an Fachkräfte sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich stellen auch die jungen Menschen, die eine seelische Behinderung/ psychische Erkrankung oder/und eine geistige Behinderung haben.

Dringend notwendig ist die Entwicklung von gemeinsamen Finanzierungskonzepten nach dem SGB V, dem SGB VIII, dem SGB XII und den gesetzlichen Regelungen von Schule.

### 3.2.3.2 Kooperation von Schule und Jugendhilfe bei psychisch erkrankten Schülern

Aufgabe von Bildung ist es, junge Menschen auf die Herausforderungen der Zukunft vorzubereiten. Dabei ist es von besonderer Bedeutung, alle Mädchen und Jungen, unabhängig von ihrer sozialen und/oder kulturellen Herkunft, optimal zu begleiten und zu unterstützen, so dass sie die bestmögliche Chance zur Entfaltung ihrer Potenziale bekommen. Das Zusammenwirken, d.h. die gemeinsame Verantwortung und die Bildungsplanung der am Bildungsprozess beteiligten Institutionen und Akteuren/-innen sind in diesem Zusammenhang wichtige Gelingensbedingungen.

Berlin hat im Jahr 2010 mit der Vorlage des Projektberichts zur Gesamtstruktur der Kooperation von Schule und Jugendhilfe einen wichtigen Schritt unternommen, um der Trennung von Schule und Jugendhilfe entgegenzuwirken und die Zusammenarbeit strukturell zu verankern. In einer breiten fachlichen Abstimmung zwischen der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft, Bezirken, Landesjugendhilfeausschuss und Landesschulbeirat wurde 2011 eine Musterrahmenkonzeption erarbeitet, die den Bezirken als Grundlage und Leitfaden zur Zusammenarbeit von Schule und Jugendhilfe dient.

Indem sich alle 12 Berliner Bezirke nachfolgend dazu verpflichtet haben, ein bezirkliches Rahmenkonzept zur Kooperation von Schule und Jugendhilfe zu entwickeln, ist eine wichtige Voraussetzung für die (Weiter-)Entwicklung einer gemeinsamen, abgestimmten und ganzheitlichen Bildungsplanung geschaffen worden. Schule und Jugendhilfe bekennen sich zur gemeinsamen Verantwortung für Bildung und Erziehung.

Probleme im Bereich der Schülerinnen und Schüler bzw. der dazu gehörenden familiären Kontexte werden in Kooperation von Schule mit Jugendhilfe unter Beachtung der jeweiligen Eigenverantwortlichkeit gelöst. Hierzu bedarf es der Anwendung von Regelungen zur fallbezogenen Zusammenarbeit von Schule, Jugendamt und Träger. Vgl. hierzu:

- Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft: Kooperation von Schule und Jugendhilfe zum Umgang mit Schülerinnen und Schülern mit Schwierigkeiten in der emotionalen und sozialen Entwicklung. Berlin, 2008.
- Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft: Zusammenarbeit zwischen Schulen und bezirklichem Jugendamt im Kinderschutz. Berlin, 2009.

Anzustreben ist ein Ausbau bereits bestehender Kooperationsformen zwischen Schule und Jugendhilfe und die Schaffung neuer Kooperationsformen unter Nutzung der vorhandenen Ressourcen von Schule und Jugendhilfe. Die konkreten, von Schule und Jugendhilfe gemeinsam entwickelten und abgestimmten Maßnahmen sind in den bezirklichen Konzepten zur Zusammenarbeit von Schule und Jugendhilfe im Sinne einer gemeinsam abgestimmten Bildungsplanung zu verankern.

Ziel ist eine sozialraumbezogene bedarfsorientierte Bildungsplanung zur Verbesserung der Bildungschancen aller Kinder und Jugendlichen. Das bedeutet eine systematische Bestandsaufnahme vorhandener Angebote und Strukturen. Hier braucht es eine kiezorientierte Bildungsplanung, die die Lebensräume der Kinder und Jugendlichen berücksichtigt. Dabei sind sowohl Angebote im Rahmen der Jugendsozialarbeit zur Kompensation

sozialer Benachteiligung als auch Angebote der Jugendarbeit in den Blick zu nehmen.

Beratung und Unterstützung erfahren psychisch erkrankte Schülerinnen und Schüler und deren Eltern auch von Fachkräften der Schulsozialarbeit an den jeweiligen Schulen. Mit dem Landesprogramm „Jugendsozialarbeit an Berliner Schulen“ werden vor allem benachteiligte Schülerinnen und Schüler bei der Bewältigung schulischer Anforderungen unterstützt. Die Bandbreite der sozialpädagogischen Angebote für Schüler/innen bietet zahlreiche Unterstützungsmöglichkeiten zur Bewältigung aktueller Lebensschwierigkeiten und zur persönlichen Weiterentwicklung. Die Umsetzung erfolgt auf der Ebene der Schule (in Form einer strukturellen Verankerung von Modellen und Projekten), auf der Ebene der Klasse (in Form von Gruppenangeboten) und auf der Ebene der Schüler/innen (in Form von Einzelfallarbeit und -beratung).

Mit Stand März 2015 sind insgesamt 244 Schulen an dem Landesprogramm beteiligt: 122 Grundschulen, 58 Integrierte Sekundarschulen, 36 Förderzentren, 19 berufliche und zentralverwaltete Schulen und neun Gymnasien. Zur Umsetzung der Programmziele werden 74 freie Träger der Jugendhilfe über Kooperationsverträge mit den beteiligten Schulen aktiv. Elf weitere Stellen stehen für Jugendsozialarbeit mit besonderen Aufgaben und 13 weitere Stellen für koordinierende Aufgaben zur Verfügung ([www.spi-programmagentur.de](http://www.spi-programmagentur.de)).

Das Rahmenkonzept zur Kooperation von Schule und Jugendhilfe muss jedoch aus Sicht der Fachleute aus dem Bereich Gesundheit dringend um diesen Bereich erweitert werden. In der Praxis hat sich die Notwendigkeit der Mitwirkung von KJPD, KJGD und Schulpsychologie rasch gezeigt. Eine entsprechende konzeptionelle Darstellung und Unterstützung durch die maßgeblichen politischen Akteure/innen und die daraus folgende Verpflichtung zur Umsetzung und Ausstattung durch die verantwortlichen Stellen der zuständigen Senatsverwaltung muss folgen. Nur auf dieser Basis werden z. B. Schulen und Jugendhilfeträger auch auf Kliniken, Ärzte/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-innen als Partner im Hinblick auf die körperliche und seelische Gesundheit der Schülerinnen und Schüler zugehen und sie zur Mitwirkung zu gewinnen suchen.

### 3.2.4 Angebote und Aufgaben des Gesundheitsbereichs

Im Schulalter erweitern und verzweigen sich die Aufgaben der gesundheitlichen Versorgung und damit ändern und vervielfältigen sich die Schnittstellen. Die oben genannten Bereiche und Akteure/-innen stellen die Hauptkooperationspartner dar. Weitere treten hinzu, wie z. B. Polizei und Justiz. Innerhalb des Gesundheitsbereichs muss zudem auf die Aufrechterhaltung bzw. Neuetablierung von Zusammenarbeit geachtet werden. In der Grundschulphase sind die Eltern bzw. deren Vertreter die Hauptansprechpartner und -partnerinnen, beim Übergang in die Adoleszenz treten die als zunehmend eigenverantwortlich zu betrachtenden Jugendlichen in den Vordergrund.

Die Ressourcen des Gesundheitsbereichs im Hinblick auf die Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen sind vielfältig und – wenn sie effektiv eingesetzt werden bzw. eingesetzt werden können – hilfreich. Das quantitative und qualitative Angebot wurde in den letzten Jahren deutlich verbessert.

Die Anzahl der **kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen** hat sich in den letzten 10 Jahren verdoppelt. Davon ist sowohl der Bereich der Praxen betroffen, die nach der Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV) multiprofessionell arbeiten als auch der Bereich der Einzelpraxen und überwiegend psychotherapeutisch arbeitenden Ärztinnen und Ärzte. Der Evaluationsbericht des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI), der seit Mai 2015 vorliegt, bescheinigt für den Bereich der SPV-Praxen eine hohe Behandlungszufriedenheit und gute Behandlungserfolge. Vielfältige Störungsbilder werden diagnostiziert und therapiert, mit etwa zur Hälfte vollständigem oder weitgehendem Behandlungserfolg. Ein hervorzuhebendes Merkmal dieser Praxisform ist die Kooperation mit externen Partnern wie den Schulen und den Jugendämtern.

Die Zahl der **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -therapeutinnen** hat ebenfalls erheblich zugenommen. Dies betrifft vor allem den Bereich der nach SGB V arbeitenden Kolleginnen und Kollegen, die im Rahmen der von den Krankenkassen finanzierten Leistungen sogenannte Richtlinienpsychotherapie in eigener Praxis anbieten. Ergänzt wird dieses Angebot durch Psychotherapien gemäß § 27 ff und § 35 ff SGB VIII durch die Kinder- und Jugendhilfe. Hier können auch familientherapeutische und aufsuchende Therapieformen zum Tragen kommen.

Die in den Jahren von 2000 bis 2010 vorgenommene Regionalisierung der **Klinikversorgung** wurde und wird noch ausgebaut und besser differenziert. Ein Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen im Kindes- und Jugendalter für Berlin ist neben den regionalen Versorgungskliniken im Entstehen, ebenso ein Zentrum für intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen mit ambulanter dezentraler Verankerung. Beide sind bzw. sollen in enger Abstimmung mit den schulischen, Jugendhilfe- und Sozialhilfeträgern konzipiert werden. Die regionalen Versorgungskliniken sind dabei, ihre Angebote je nach den Gegebenheiten vor Ort auszdifferenzieren.

Ergänzt wird das Angebot durch die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste, die in Berlin vorgehalten werden. Der **Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD)** des bezirklichen Gesundheitsamtes stellt im Zusammenwirken mit den niedergelassenen Fachärzten, den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, deren Ambulanzen und den niedergelassenen Psychotherapeuten subsidiär die Versorgung der Kinder und Jugendlichen sowie deren Familien sicher, die Störungen ihrer psychischen Gesundheit aufweisen, kinder- und jugendpsychiatrisch relevante Verhaltensstörungen zeigen, geistig behindert sind oder von diesen Krankheitsbildern oder Störungen bedroht sind. Neben fachspezifischen ärztlichen, psychologischen und sozialpädagogischen Untersuchungen zur Klärung der Diagnose der vorliegenden psychischen Störung unter Einbeziehung biologischer, psychologischer und familiärer/sozialer Faktoren erfolgt eine ausführliche Beratung der Kinder/Jugendlichen und deren Familien über mögliche Hilfen in den verschiedenen Hilfesystemen. Die Empfehlung therapeutischer Hilfen (SGB VIII, SGB V) erfolgt oft im Rahmen eines Gesamthilfeplanes in enger Kooperation mit dem Sozialpädagogischen Dienst des Jugendamtes und/oder anderen Kooperationspartnern und Leistungsträgern.

Ein weiterer Schwerpunkt sind Kriseninterventionen bei Notfällen, akuten seelischen Krisen, insbesondere bei Jugendlichen, häufig verbunden mit latenter oder akuter Suizidalität, Drogenkonsum, Identitätskrisen und psychotischen Störungen. Hier sind ggf. sofortige Interventionen, auch mit Unterbringungen in Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken notwendig. Im Rahmen dieser Kriseninterventionen sind häufig Hausbesuche erforderlich.

Der KJPD fördert aufgrund seiner räumlichen Nähe zu den anderen Institutionen in den Regionen die bezirkliche fachübergreifende Kooperation. Er unterstützt die Koordination von Hilfen sowie deren fachliche Begleitung, bietet eine kinder- und jugendpsychiatrische Fachberatung von Mitarbeitern anderer psychosozialer Einrichtungen in den Ämtern, bei freien Trägern der ambulanten und stationären Jugendhilfe, in Kindertagesstätten und Schulen an.

Auch in qualitativer Hinsicht ist inzwischen ein hoher fachlicher Standard im ärztlichen und psychologischen Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erreicht worden. Seinen Ausdruck findet dieser Standard z. B. in der umfangreichen multiaxialen Diagnostik, die nicht nur die ggf. zugrundeliegenden Störungen sondern auch deren Rahmenbedingungen und Entstehungs- und Aufrechterhaltungszusammenhänge zu erfassen versucht. Wertvolle Erkenntnisse für die Kinder- und Jugendhilfe und für die Lern- und Leistungsvoraussetzungen in der Schule werden dabei mit gewonnen. Diese können von deren Akteuren genutzt werden. Partiiell ist das bei bestehenden Kooperationsbeziehungen schon der Fall, wenn die entsprechenden Voraussetzungen, wie die Entbindung von der Schweigepflicht, vorliegen. Verschiedene Therapieformen stehen zur Verfügung. Sie reichen von kurzer Beratung bis zu, falls notwendig, multiprofessioneller, individuell konzipierter langfristiger Betreuung und Behandlung.

Die **Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ)** sind in Berlin zum einen im Auftrag und auf Überweisung niedergelassener Vertragsärzte der Krankenversicherung tätig. Sie sind zum anderen Auftragnehmer der Jugendhilfe und erbringen als deren Träger Leistungen der Frühförderung sowie sozialpädiatrische Leistungen für Kinder und Jugendliche bis zum Erreichen der Volljährigkeit. Als Jugendhilfeträger können sie im Unterschied zur Tätigkeit im Auftrag der Krankenversicherung auch mobil tätig werden, z. B. in Kindertagesstätten. Kennzeichnend für ihre Arbeitsweise ist die Multiprofessionalität. Der Schwerpunkt ihrer Tätigkeit liegt bei Erkrankungen, in deren Folge es zu Störungen der frühkindlichen Entwicklung, zu Behinderungen, zu Verhaltensauffälligkeiten und seelischen Beeinträchtigungen kommen kann. Dazu gehört ebenso wie bei der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie eine enge und fachübergreifende Zusammenarbeit mit allen Kooperationspartnern/innen und Institutionen, die mit den betreffenden Kindern und Jugendlichen befasst sind.

Trotz dieser erheblichen fachlichen Ressourcen für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche und ihre Familien sind ebenso erhebliche Defizite zu verzeichnen. Diese liegen im Ressourceneinsatz, in deren Abstimmung auch innerhalb des Gesundheitsbereichs, in der ungleichmäßigen Verteilung der

ärztlichen, psychotherapeutischen und fachtherapeutischen Praxen in Berlin und im Nebeneinander der Systeme der Kinder- und Jugendhilfe, der Schule und der Gesundheitsversorgung. Auch in quantitativer Hinsicht sind trotz der Verbesserungen der letzten Jahre und Jahrzehnte noch deutliche Mängel festzustellen. Beispiele für diese Mängel sind die nur in geringem Umfang finanzierten Möglichkeiten der Akteure des Gesundheitssystems, in die Familien, in die Schulen, in die Jugendhilfeeinrichtungen und auch Flüchtlingsunterkünfte zu gehen und vor Ort ihre Diagnostik und Behandlung anzubieten. Für Kinder- und Jugendliche und deren Familien, die nicht Deutsch sprechen, zahlen die Krankenkassen keine Dolmetscherdienste.

Aufwändige Therapien bei tiefgreifenden Entwicklungsstörungen wie Autismus werden von den Krankenkassen ebenfalls nur rudimentär ermöglicht. Das gesamte Störungsgebiet der Lern- und Leistungsstörungen (Lesen, Rechtschreiben, Rechnen, komplexe Störungen) ist im Leistungskatalog der Krankenkassen nicht vorgesehen, trotz dessen überwiegender Ätiologie in neuropsychologischen Entwicklungsstörungen. Das System der Richtlinienpsychotherapie ist zu starr und lässt akute und flexible Therapie kaum zu. Die Kinder- und Jugendhilfe schließlich als Ausfallsbürge stellt nur begrenzte Mittel nach oft langwierigem Antragsverfahren zur Verfügung.

Auch die Richtlinienpsychotherapie und die ärztlich geleitete Psychiatrie und Psychotherapie, ob in Klinik oder in Praxis, stehen unverbunden nebeneinander und sind in verschiedenen beruflichen Kammern organisiert. In Berlin z. B. besteht ein psychotherapeutisches Angebot durch Jugendhilfeträger, von der Jugendhilfe vorwiegend als Eingliederungshilfe finanziert. Die Therapie von Lern- und Teilleistungsstörungen und z. B. systemische Therapie/Familientherapie werden hier über das SGB VIII ermöglicht. Nach dem SGB V sind sie aus der Sicht der Krankenkassen mangels Zuständigkeit (im Bereich des Lernens) oder wegen Nichtzulassung zur Richtlinienpsychotherapie nicht abgedeckt.

In der Praxis werden die Hilfen durch die Kosten-Leistungsrechnung häufig dominiert und begrenzt. Die AV-Hilfeplanung ist so ausgestaltet worden, dass diagnostische Einordnungen von Seiten des Gesundheitsbereichs durch eigene Dienste, wie z. B. die EFBs, nochmals kontrolliert werden. Besonders auf dem Gebiet der (integrativen) Lerntherapien und der Psychotherapien (letztlich aber bei allen Hilfsformen) ist das Bemühen um Begrenzung der Hilfen zu beobachten.

Auf schulischer Seite ist immer noch festzustellen, dass schulische Bildung nicht auf das Abholen des einzelnen und die Berücksichtigung seiner ggfs. vorhandenen Beeinträchtigungen eingestellt ist. Entwicklungspsychopathologische Erkenntnisse fließen in die Ausgestaltung von Unterricht und Fördermaßnahmen unzureichend ein. So enden die vorgesehenen Unterstützungsmaßnahmen z. B. für Schülerinnen und Schüler mit Lese-Rechtschreibstörung zu einem Zeitpunkt, an dem viele Betroffene weiter an diesen Störungen leiden. Bei der Rechenstörung ist das Zeitfenster noch kleiner. Im schulischen Rahmen ist außerdem nur Förderung, nicht aber Therapie vorgesehen.

Ein weiteres Beispiel ist die Lehreraus- und -fortbildung, die psychische Störungen bei Schülerinnen und Schülern selbst in der Sonderpädagogik nur ansatzweise umfasst. Die Einbeziehung des Gesundheitsbereichs steckt noch völlig in den Anfängen und stößt teilweise auf große Zurückhaltung. Die dafür nötigen Finanzierungsmöglichkeiten fehlen weitgehend. Die Probleme von Schülerinnen und Schülern werden überwiegend nur im Zusammenhang ihrer Funktionsfähigkeit im schulischen Lern- und Leistungskontext gesehen. Dass bei fast jeder derartigen Störung auch psychosoziale und emotionale Kontexte, ätiologische Aspekte und Folgeerscheinungen zu beachten und häufig zu diagnostizieren und zu behandeln sind, ist sowohl für den einzelnen Lehrer als auch für das System Schule fremd. Nahezu hilflos wirken Schulsystem und einzelne Schule/einzelner Lehrer dann, wenn psychische Beeinträchtigungen gänzlich im Vordergrund stehen.

Die unter 3.2.4.2 dargestellte Abstimmung im Zusammenhang des Rahmenkonzepts Jugendhilfe und Schule mit Bereitstellung von komplexen Leistungen ist ohne Einbeziehung des Gesundheitsbereichs erfolgt. Wie hilfreich und nachhaltig dessen Einbeziehung sein kann, zeigen die Fälle, in denen trotz begrenzter Ressourcen aus der Initiative der Beteiligten aller Bereiche Kooperationen und Kooperationsvereinbarungen entstanden sind und immer wieder versucht wird, abgestimmte Hilfen zu entwickeln, in Gang zu bringen und umzusetzen. Diese Initiativen sind jedoch auf keinen Fall in der Lage, den Herausforderungen einer multiethnischen, multikulturellen und vielsprachigen Schülerschaft im Hinblick auf deren in erheblichem Umfang vorhandene psychische Beeinträchtigungen Genüge zu leisten.

### 3.3 Übergang zum Erwachsenenalter

Beim Übergang ins Erwachsenenalter verändern sich die Unterstützungssysteme im Hinblick auf die Versorgung psychisch erkrankter Adoleszenter grundlegend. Mit der Volljährigkeit beginnt die vollständige Eigenverantwortlichkeit für alle Bereiche des Lebens, auch für die Gesundheit. Obwohl vor allem psychische Reifungsprozesse und ökonomische Selbständigkeit häufig noch nicht ausreichend bewältigt bzw. erreicht sind, gibt es ab dem vollendeten 18. Lebensjahr nur „den Erwachsenen“. Übergangsprozesse sind zwar vor allem in der Jugendhilfe konzipiert worden, werden aber aus wirtschaftlichen Erwägungen zunehmend in die Zeit vor Erreichen der Volljährigkeit verlagert.

#### 3.3.1 Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Der Wechsel von der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zur Psychiatrie und Psychotherapie des Erwachsenenalters verläuft häufig abrupt. Allmähliche Übergänge sind strukturell nicht vorgesehen. Die vertraglichen Regelungen mit den Krankenkassen ziehen eine klare Trennlinie mit dem Erreichen des 18. Lebensjahres, vor allem im Krankenhaussektor. Nur in Ausnahmefällen wird hier eine Behandlung bzw. Weiterbehandlung eines Adoleszenten im kinder- und jugendpsychiatrischen Kontext genehmigt.

Der junge Erwachsene trifft auf ein zweigeteiltes Versorgungssystem: Den psychiatrisch-psychotherapeutischen Pflichtversorgungsbereich und ein umfänglich kleineres psychosomatisch-psychotherapeutisches Klinikangebot. Dazu kommen ein zunehmender Privatkliniksektor und Spezial- und Rehabilitationsangebote, z. B. in Bezug auf Suchterkrankungen. Adoleszente finden sich hier nur in geringer Zahl im Vergleich zu Erwachsenen der höheren Altersstufen. Die Behandlungen sind deshalb selten auf junge Volljährige zugeschnitten.

Ähnliches gilt, wenn gleich mit allmählicherem Übergang, für den ambulanten Sektor. Die große Errungenschaft der Sozialpsychiatriepraxen im Kinder- und Jugendbereich hat im Erwachsenenbereich aus Kostengründen nicht Einzug gehalten. Komplexe multiprofessionelle Leistungen werden in psychiatrischen Praxen nicht vorgehalten. Wenn derartige Leistungen benötigt werden, stehen die gemeindenah verankerten Steuerungsgremien zu ihrer Einleitung bereit, jedoch bei weitem nicht in dem Umfang, wie sie benötigt würden. Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, der Berufsbildung und der Eingliederungshilfe sind von entscheidender Bedeutung, um die sozialen Folgen von kinder- und jugendpsychiatrischen/psychiatrischen Erkrankungen zu vermindern. Schließlich sind auch die Sozialpsychiatrischen Dienste in erster Linie auf die Versorgung schwer und chronisch kranker Erwachsener hin

orientiert und damit nur wenig mit jungen Volljährigen und deren Problemstellungen befasst. Die Ausstattung der Sozialpsychiatrischen Dienste ist zudem trotz einer höheren Anzahl zu versorgender psychisch Erkrankter im Vergleich zu den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten deutlich reduziert.

### 3.3.2 Die Unverbundenheit der Sozialgesetzbücher und ihrer Leistungen

Das Nebeneinander von Ansprüchen auf Leistungen nach verschiedenen Sozialgesetzbüchern wirkt sich besonders beim Übergang zum Erwachsenenalter ungünstig aus. Psychisch beeinträchtigte Jugendliche und junge Erwachsene haben wie Menschen aller Altersstufen je nach Schweregrad der Beeinträchtigungen einen komplexen Hilfebedarf. Dieser setzt sich aus den Bereichen

- medizinische, insbesondere psychiatrische, psychologische, psychotherapeutische Behandlung,
- pädagogische Hilfen,
- schulische, universitäre und berufliche (Aus-)Bildung,
- Beschäftigungsförderung,
- Hilfen zur Alltagsbewältigung,
- Eingliederungshilfe und Existenzsicherung

zusammen. Die wesentlichen beteiligten Systeme der sozialen Sicherung sind dabei die Krankenversicherung, die Rentenversicherung, die Jugendhilfe, die Sozialhilfe, die Grundsicherung für Arbeitsuchende und die Agentur für Arbeit. Profunde Kenntnisse werden benötigt, um die verschiedenen Anspruchsvoraussetzungen für die entsprechenden Leistungen zu erfassen.

Die genannten Systeme erschweren nach Beobachtung von Expertinnen und Experten die Übergangsgestaltung und Unterstützung der betroffenen psychisch erkrankten jungen Erwachsenen. So werden Leistungen nach SGB VIII für junge Volljährige in vielen Fällen nicht über die Volljährigkeit hinaus fortgesetzt. Krankenkassen suchen kontinuierlich nach Möglichkeiten, Kosten zu mindern und haben kein Interesse, eine angemessene sozialpsychiatrische Versorgung für diese Altersstufe zu entwickeln und anzubieten. Gerade im jungen Erwachsenenalter treffen sie auf eine Klientel, die ihre Beeinträchtigungen aus entwicklungspsychologischen Gründen abwehrt und wenig in der Lage ist, für ihre Bedürfnisse einzutreten.

Junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen benötigen deshalb besondere Unterstützung, um die Hilfen zu erhalten, auf die sie Anspruch haben.

# 4. Wichtige Forderungen

## 4.1 für das Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter

- Ergänzung der Früherkennungsuntersuchungen durch Untersuchungen zur seelischen Entwicklung,
- Ausstattung aller SPZ/KJA mit kinder- und jugend-psychiatrischer und -psychotherapeutischer Expertise,
- Angebotsweiterentwicklung bzw. -ausbau für psychisch erkrankte Säuglinge, Klein- und Vorschulkinder und ihre Eltern (psychisch und/oder suchtkrank) in ambulanter, stationärer/teilstationärer und rehabilitativer Form,
- die Möglichkeit des Angebots kombinierter Leistungen aus dem SGB V und SGB VIII,
- Qualifizierungsoffensive für die frühe Diagnostik und Differenzierung psychischer Störungen,
- Verbesserung der Rahmenbedingungen für eine gesunde seelische Entwicklung in der KITA als Schutzfaktor für die Zielgruppe der Kinder mit seelischen/psychischen Störungen und familiären Risikokonstellationen,
- Bereitstellung von ausreichenden Personalstellen für die qualifizierte Umsetzung des „Berliner Bildungsprogramms“,
- Bereitstellung von entsprechend dotierten Personalstellen für Erzieher mit integrativer oder interkultureller Zusatzqualifikation,
- Ausstattung der pädagogischen Fachkräfte für die Elternberatung mit einem deutlich erhöhten wöchentlichen Zeitbudget, um einen ausreichenden Rahmen für die Entwicklungsgespräche mit den Eltern zu schaffen,
- Kitaberater für komplexe Beratungsbedarfe in der Kita (z. B. bei psychisch kranken einschl. suchtkranken Eltern), bestenfalls durch Angliederung von Familienzentren an KITAs (seit 2012 werden über ein Landesprogramm Familienzentren aufgebaut, vorzugsweise in belasteten Sozialräumen),
- Kiez nahe Angebote für Risikoelterngruppen und für die Kinder, die die Kita nicht besuchen und ihre Eltern (z. B. Sprachkurse),
- bei den betreffenden Kindern autismspezifische Frühförderung,
- Ergänzung der Einschulungsuntersuchung durch eine Untersuchung zur seelischen Entwicklung,
- Übernahme des erhöhten sozialpädagogischen Förderbedarfs in der Kita für alle betroffenen Lernanfänger,
- Lerntherapeutische Förderung schon bestehender Teilleistungsstörungen vom ersten Schulbesuchsjahr an.

## 4.2 für das Schulalter

Unabhängig davon, ob für den Bereich der Sozialgesetzbücher VIII und XII eine sogenannte „große Lösung“ umgesetzt wird (Zuständigkeit für das Kindes- und Jugendalter vollständig bei der Jugendhilfe) wird der Gesundheitsbereich (SGB V) weiter unverbunden bleiben – soweit die aktuell abzusehende politische Perspektive. Daraus ergibt sich aus Sicht der Verantwortlichen für seelische Gesundheit aller Bereiche die Notwendigkeit der Schaffung bzw. des Ausbaus von Strukturen der Kooperation über die Grenzen der Sozialgesetzbücher hinweg, zum Wohl der betroffenen Kinder und Jugendlichen.

Aufgrund der Schulpflicht und der Auswirkungen psychischer Störungen auf die Lern- und Leistungsfähigkeit und die soziale Kompetenz von Kindern und Jugendlichen sowie des Anspruchs zeitgemäßer Schulbildung stellt sich das Zusammenwirken von Gesundheitsbereich und Kinder- und Jugendhilfe mit den Schulträgern und Institutionen als unerlässlich dar. Dies bedeutet im Einzelnen:

- den Übergang vom Vorschul- und Kitabereich (s. o.),
- die Einbeziehung und Vermittlung wesentlicher Kenntnisse über mögliche psychische Störungen von Kindern und Jugendlichen in die Aus- und Fortbildung von in Schule und Kinder- und Jugendhilfe Tätigen,
- Schaffung bzw. Ausbau verbindlicher Handlungs- und Kooperationsstrukturen auf allen Ebenen unter Einbeziehung des Gesundheitsbereichs (s. Rahmenkonzept Jugendhilfe und Schule),
- Berücksichtigung von Beeinträchtigungen des Lernens sowohl in den entsprechenden schulischen Verordnungen als auch in den konkreten Maßnahmen zur Förderung und zum Nachteilsausgleich über die gesamte Schullaufbahn hinweg. Dazu gehören z. B. Beeinträchtigungen des Lesens und Rechtschreibens, der mathematischen Fähigkeiten, aber auch z. B. motorische Entwicklungsstörungen im Zusammenhang des Sportunterrichts,
- Aufnahme des Förderbereichs „Krankheit“ (der sowohl körperliche als auch andauernde oder intermittierend auftretende psychische Erkrankungen umfasst) in Aus-, Fort- und Weiterbildung von Lehrerinnen und Lehrern,
- Einbeziehung von Experten aus dem Gesundheitsbereich zur konzeptionellen und praktischen Ausgestaltung der Förderbereiche (z. B. Autismus),

- Etablierung von Beratungsstrukturen, die Experten aus dem Gesundheitsbereich in die Aufgaben der Schule und der Kinder- und Jugendhilfe verpflichtend einbindet,
- Nutzung der in Entwicklung begriffenen inklusiven Schule zur Verwirklichung der übergreifenden konzeptionellen verbindlichen Verzahnung der genannten Bereiche unter Berücksichtigung der Übergänge aus dem Vorschulbereich und in die Ausbildungs- und Studienphase.

### 4.3 für den Übergang zum Erwachsenenalter

Vielen Heranwachsenden mit psychischen Störungen gelingt es nicht, kontinuierliche psychiatrische/psychotherapeutische Hilfen in Anspruch zu nehmen und einen eigenverantwortlichen Umgang mit der psychischen Erkrankung im jungen Erwachsenenalter zu entwickeln, die auch einen Wechsel der Behandler/des Behandlungssystems bedeutet. Es kommt in dieser Phase häufig zu langen Behandlungspausen bzw. Behandlungsabbrüchen. Diese sind auch bedingt durch die „Undurchlässigkeit“ beziehungsweise mangelnde Kooperation der unterschiedlichen Behandlungssysteme, die zum Teil aus einem unterschiedlichen Krankheitsverständnis und einer unterschiedlichen Haltung resultieren (Beispiel: In der Jugendhilfe/KJP wird der Klient noch mehr „an die Hand“ genommen, es wird „hartnäckiger drangeblieben“, die Angebote sind oft niedrigschwelliger.).

Es liegen Problemkonstellationen vor, denen wir uns in Zukunft gemeinsam mehr widmen müssen in Form von

- besonderen diagnostischen Abwägungen (was ist Krankheit, was noch Entwicklungsdefizit; wer braucht therapeutische, wer pädagogische, wer komplexe Hilfen?),
- speziellen fachübergreifenden Behandlungserfordernissen und Finanzierungsmodellen für Behandlung und Rehabilitation im ambulanten und besonders auch im stationären Setting,
- geregelter und abgestimmter „Transition“ von der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hin zur Psychiatrie und Psychotherapie des Erwachsenenbereichs,
- Bereitstellung von spezifischen Behandlungs- und Betreuungsangeboten und einem spezifischen Vorgehen für 18 bis 25-jährige,
- bedarfsgerechtem lösungsorientierten Überleitungsmanagement vom SGB VIII (Jugendhilfe) in die anderen beteiligten Systeme der sozialen Sicherung sowie Abbau der Zuständigkeits- und Kompetenzunsicherheiten,
- schulischen und beruflichen Qualifizierungsmaßnahmen bei psychisch erkrankten jungen Erwachsenen und deren kontinuierlicher Begleitung durch Fallmanager im unübersichtlichen „Förderungs-Dschungel“ bei der Krankenbehandlung, Berufsfindung und Eingliederung.

### 4.4 Im Kontext von Flucht und Vertreibung

In der Endphase dieses Berichts hat sich eine immer größer werdende Zahl von Menschen auf der Flucht nach Europa und insbesondere auch nach Deutschland begeben. Es zeichnet sich ab, dass diese Zahl weiter ansteigen wird. Schon heute sind die strukturellen und personellen Voraussetzungen für die notwendige Versorgung dieser Menschen, und hier insbesondere der vielen Kinder, Jugendlichen und, falls begleitet, deren Familien nicht hinreichend. In vorderster Linie ist von den in diesem Bericht unterzeichnenden Institutionen die Kinder- und Jugendhilfe betroffen. Der medizinische einschließlich der psychotherapeutische und der Vorschul- und Schulbereich sowie die Agentur für Arbeit stehen ebenfalls unter erheblichem Druck. Während der letzten Monate beobachten die Verfasser des Berichts zudem, dass die schon bisher unzureichenden Ressourcen aller Bereiche derart beansprucht werden, dass insbesondere die Kinder- und Jugendhilfe ihre Aufgaben nicht mehr erfüllen kann. Auch die anderen Bereiche können schon jetzt und werden in den kommenden Jahren noch viel mehr die aktuellen und weiter auf sie zukommenden Herausforderungen mit den derzeitigen und auch den teilweise in Aussicht gestellten Mitteln nicht bewältigen können.

Die Unterzeichner rufen die politisch Verantwortlichen eindringlich auf, umgehend wesentlich umfangreichere Ressourcen in den Bereichen Medizin einschließlich Psychotherapie, Kinder- und Jugendhilfe, Vorschule und Schule und berufliche Bildung für Kinder, Jugendliche und deren Familien zur Verfügung zu stellen und die gesetzlichen und sonstigen Rahmenbedingungen dafür zu schaffen. Sie verweisen dabei auch auf die Stellungnahmen der entsprechenden Gremien und Fachverbände (s. Anhang). Für die Entwicklung notwendiger Konzeptionen stehen die Unterzeichner und die Personen, Verbände, Vereine und Institutionen, die sie vertreten, mit zur Verfügung.

# 5. Grundsätzliche Empfehlungen

1. Psychisch erkrankte, seelisch behinderte und von psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung bedrohte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie ihre Familien brauchen die verstärkte Aufmerksamkeit der mit ihnen befassten Institutionen und politisch Verantwortlichen. Hierbei ist das gemeinsame beharrliche Einsetzen für die Qualität und Nachhaltigkeit der Hilfeprozesse notwendig.
2. Die Schaffung von tragfähigen Strukturen und verlässlichen Verfahrensregelungen zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendhilfe und dem Bildungssystem sind für die Verbesserung der fachbereichsübergreifenden Zusammenarbeit unerlässlich. Kooperative Prozesse auf Fall- und Strukturebene können nur gemeinsam gestaltet werden, erfordern kontinuierliche dialogische Vorgehensweisen und sollten sich zu regionalen fachbereichsübergreifenden Verantwortungsgemeinschaften entwickeln.
3. Komplexe individuelle Lebenssituationen, die zu seelischen Störungen und psychischen Erkrankungen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen führen, können von keinem der Hilfe- bzw. Unterstützungssysteme allein bewältigt werden. Komplexe Problemlagen erfordern ein institutionsübergreifendes Fallverständnis und die Bereitstellung von komplexen fachbereichsübergreifenden „Hilfen wie aus einer Hand“ (Schnittstellen: SGB V, SGB VIII, SGB IX, SGB XII). Die Überwindung der institutionellen Grenzen, Handlungs- und Finanzierungszwänge kann in diesem Zusammenhang nur in gemeinsamen Aushandlungsprozessen auf „Augenhöhe“ gelingen.
4. In der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Versorgung eingeleitete Diagnostik- und Behandlungsprozesse („Behandlungspfade“) dürfen durch Maßnahmen der anderen Akteure nicht unterbrochen bzw. müssen mit ihnen abgestimmt werden. Die erhobenen Befunde und Diagnosen (aktuell nach ICD-10) werden grundlegend anerkannt und auf dieser Basis die entsprechenden Hilfen eingeleitet.
5. Bei Differenzen in Bezug auf die zu leistenden Hilfen verpflichten sich alle beteiligten Personen und Institutionen zur kollegialen wechselseitigen Beratung (Konsultation) mit dem Ziel einer gemeinsamen Fallsicht.
6. Fachbereichsübergreifende Kooperation und die Bereitstellung adäquater Hilfen insbesondere bei komplexen Problemlagen erfordern ausreichende zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen in den beteiligten Institutionen (Gesundheit, Kinder- und Jugendhilfe, Bildungssystem). Die personelle und finanzielle Ausstattung der Kliniken und des ambulanten Gesundheitsbereichs, der Fachdienste (z. B. Regionale Sozialpädagogische Dienste, Schulpsychologische Beratungszentren, Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste, Erziehungs- und Familienberatungsstellen, Regionale Suchthilfedienste etc.) und die Fort- und Weiterbildung des Fachpersonals (z. B. Qualifizierung für Inklusions- und interkulturelle Pädagogik) muss verbessert werden. Hierzu zählt auch die Bereitstellung von Ressourcen für die psychologische/psychiatrische Beratung und Supervision des Fachpersonals.
7. Der Auf- und Ausbau dezentraler multiprofessioneller Beratungs- und Behandlungszentren in Kooperation mit den Akteuren und Verantwortlichen aus dem regionalen Versorgungssystem ist besonders für spezifische Personengruppen (wie z. B. geistig behinderte Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen, Kinder und Jugendliche mit Substanzmissbrauch und Abhängigkeitserkrankungen, traumatisierte Kinder und Jugendliche, minderjährige Flüchtlinge und Asylsuchende mit ihren Familien) zu empfehlen.
8. In allen Fachbereichen müssen die erarbeiteten Qualitätsstandards eingehalten und fortentwickelt werden.

9. Die Erziehungspartnerschaft mit den Eltern in Kitas und Schule durch das jeweilige Fachpersonal, ggfs. unter Hinzuziehung kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychotherapeutischer Fachkompetenz, muss ausgebaut und verstärkt werden.
10. Die Zusammenarbeit und die Verfahren insbesondere bei erhöhtem erzieherischen/pädagogischen Bedarf beim Übergang von der Kita zur Schule, in der Schuleingangsphase, in der Schule und bei der ergänzenden Betreuung müssen verbessert und vereinfacht werden.
11. Im Schulbereich sind zu etablieren:
- Nachteilsausgleich und entsprechende Förderpläne für psychisch erkrankte Kinder- und Jugendliche,
  - bedarfsgerechter Ausbau von flexiblen Beschulungsmöglichkeiten und Entwicklung von modifizierbaren Rückschulungskonzepten auch für schulformwechselnde psychisch erkrankte Schülerinnen und Schüler,
  - Ausbau von temporären Lerngruppen und sonderpädagogischen Kleinklassen, Nachsorgeklassen nach Klinikaufenthalt und ggf. Hausunterricht,
  - kompetente Begleitung und Unterstützung im Prozess der Rückschulung, kontinuierliche Weiterentwicklung von Versorgungskonzepten in Kooperation und gemeinsamer Verantwortung von Schule, Jugendhilfe und Gesundheit,
  - Integration therapeutischer Angebote, wie z. B. Lerntherapie, Physio- und Ergotherapie und Sprachtherapie, in den rhythmisierten Ganztag der Schule,
  - präventive lerntherapeutische Förderung in der Schule bei Teilleistungsstörungen sowie Nachteilsausgleich für LRS und RS in allen Jahrgangsstufen,
  - Konzeptentwicklung für die Beschulung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit besonders schweren (auch geistigen) Behinderungen und psychischen Störungen.
12. Fachliche Stellungnahmen von niedergelassenen und klinisch tätigen Fachärzten/innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen sollten von den Jugendämtern im Rahmen der Hilfeplanung gleichermaßen wie von den Fachdiensten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (KJPD) anerkannt werden, wenn die Voraussetzungen des § 35a Abs. 1 SGB VIII erfüllt sind. Der fallzuständigen Fachkraft im Jugendamt obliegt die abschließende Bewertung in Bezug auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Das schließt ein, dass die Verfasser der Stellungnahmen Empfehlungen und Hinweise zur Hilfeplanung abgeben und auch ihre Einschätzung zur Beeinträchtigung der Teilhabe äußern können (vgl. Arbeitshilfen zur AV Hilfeplanung).
13. Beim Übergang vom Jugendalter ins Erwachsenenalter sind zu entwickeln:
- Sicherung und Fortführung von notwendigen Unterstützungsmaßnahmen beim Übergang aus der Jugendhilfe (SGB VIII) in die Sozialhilfe (SGB XII),
  - Verlässliche Unterstützungs- und Kooperationsstrukturen von der Schule zu Ausbildung, Studium und Beruf sowie
  - bei der Transition von der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Erwachsenenpsychiatrie.

# 6. Anhänge

## 6.1 Links und Literaturverzeichnis

### AV-Hilfeplanung Berlin

[http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-jugend/rechtsvorschriften/av\\_hilfeplanung.pdf?start&ts=1424348618&file=av\\_hilfeplanung.pdf](http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-jugend/rechtsvorschriften/av_hilfeplanung.pdf?start&ts=1424348618&file=av_hilfeplanung.pdf)

### BELLA-Studie

[www.bella-study.org](http://www.bella-study.org)

**Bezirksamt**, T.-S. (2009). Abschlussbericht des Modellprojekts: „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule“ in der Region Berlin Südwest 2005-2008. Berlin: Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg.

[http://www.berlin.de/imperia/md/content/batempelhofschoeneberg/abtgesstadtqm/ges/planleit/abschlussbericht\\_\\_august.09\\_doc..pdf?start&ts=1249392708&file=abschlussbericht\\_\\_august.09\\_doc.pdf](http://www.berlin.de/imperia/md/content/batempelhofschoeneberg/abtgesstadtqm/ges/planleit/abschlussbericht__august.09_doc..pdf?start&ts=1249392708&file=abschlussbericht__august.09_doc.pdf)

**Besier T et al.**, Evaluation of psychiatric liaison-services for adolescents in residential group homes, in: European Psychiatry 24 (7) 2009, S. 483-489.

**Blanz B et al. (Hrsg.)**, Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter – ein entwicklungspsychopathologisches Lehrbuch, Schattauer Verlag, Stuttgart 2006.

**Cierpka M (Hrsg.)**, Frühe Kindheit 0-3, Springer Verlag, Berlin u. Heidelberg 2012.

**Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (hrsg.)**, Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl., Verlag Hans Huber, Bern 2014.

**Drewes S, Seifried K (Hrsg.)**, Krisen im Schulalltag, Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2012.

**Elsner B., Pauen S.**, Vorgeburtliche Entwicklung und früheste Kindheit (0-2 Jahre), in: Schneider W., Lindenberger U, a. a. o. Seite 157 ff.

### Eltern-Forsa-Studie: Eltern 2015 –

wie geht es uns? Und unseren Kindern?

[www.eltern.de/SenGesSoz.](http://www.eltern.de/SenGesSoz.) (2008, 2010). Bericht Teil I und Teil II. Berlin: SenGesSoz. <http://www.berlin.de/lb/psychiatrie/beirat/index.html%20> <http://www.berlin.de/lb/psychiatrie/beirat/index.html>

**Fegert JM, Streeck-Fischer A, Freyberger HJ**, Adoleszenzpsychiatrie, Schattauer Verlag, Stuttgart 2009.

**Freund A., Nikitin J**, Junges und mittleres Erwachsenenalter, in: Schneider, W., Lindenberger, U., Entwicklungspsychologie, 7. Auflage, Beltz-Verlag, Weinheim 2012, Seite 259 ff.

**Gontard v. A.**, Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie, Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2010.

**Grabe, H. J. und Schmidt, M. H.**, Der Verlauf psychischer Störungen vom Kindes- zum Erwachsenenalter, in: Fegert, J. M. u. a., Adoleszenzpsychiatrie, S. 222-228.

**Hayward C, Esser G, Schneider A**, Risiko- und Schutzfaktoren, in: Lehmkuhl G u. a. (Hrsg.), Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Hogrefe-Verlag, Göttingen 2013, S. 174-186.

**Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warke A (Hrsg.)**, Entwicklungspsychiatrie, 2. Aufl., Schattauer Verlag, Stuttgart 2008.

**Hölling H u. a.**, Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), Bundesgesundheitsblatt 50 (2007): 784-793.

**Holodynski M.**, Emotionen-Entwicklung und Regulation. Springer-Verlag, Berlin 2006.

**Kray J, Schaefer S**, Mittlere und späte Kindheit, in: Schneider W, Lindenberger U (Hrsg.), Entwicklungspsychologie, 7. Aufl., Beltz Verlag, Weinheim 2012, S. 211-234.

**Laucht M, Esser G, Schmidt MH**, Längsschnitfforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale befunde der Mannheimer Risikokinderstudie, Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 29 (2000), 4, S. 246-262.

**Lehmkuhl G, Poustka F, Holtmann M, Steiner H (Hrsg.)**, Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Bd. 1 u. 2, Hogrefe Verlag, Göttingen 2013.

**Mohn-Kästle U, Amorosa H**, Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen (ICF-CY) in der interdisziplinären Diagnostik, in: Gahleitner SB u. a. (Hrsg.), Biopsychosoziale Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe, Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2013.

**Oerter R, Dreher E**, Jugendalter, in: Oerter R, Montada L (Hrsg.), Entwicklungspsychologie, 6. Aufl., Beltz-Verlag Weinheim 2008, S. 271-332.

**Ravens-Sieberer U u. a.**, Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), Bundesgesundheitsblatt 50 (2007): 871-878.

**Remschmidt H**, Die Bedeutung von Entwicklungsprozessen für die Manifestation psychischer Störungen, in: Herpertz-Dahlmann B u. a. (Hrsg.), Entwicklungspsychiatrie, 2. Aufl., Schattauer Verlag, Stuttgart 2008, S. 257-290.

**Resch F et al**, Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters, 2. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim 1999, Seite 19-27.

**Sarimski K**, Soziale Risiken im frühen Kindesalter, Hogrefe Verlag, Göttingen 2013.

**Scheiwe K, Muche C**, Soziale Leistungen In: Fegert J u. a. (Hrsg.), Adoleszenzpsychiatrie, Schattauer-Verlag, Stuttgart 2009. Schepker R, Haasen C, Adoleszenz und Migration, in: Fegert JM u. a. (Hrsg.), Adoleszenzpsychiatrie, Schattauer Verlag, Stuttgart 2009, S. 73-80.

**Schepker R, Barnow S, Fegert JM**, Suchtstörungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, in: Fegert JM u. a., Adoleszenzpsychiatrie, Schattauer Verlag, Stuttgart 2009, S. 231-240.

**Schepker R**, Zahlen und Fakten zur Kinder- und Jugendlichen-delinquenz, in: Häßler F u. a. (Hrsg.), Praxishandbuch Forensische Psychiatrie des Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalters, MWV, Berlin 2011, S. 81-82.

**Schmid M et al.**, Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions, in: Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 2 (2008), 2.

**Schmid M, Fegert JM, Klosinski G, Lehmkuhl U, Huss M, Schepker R**, Spezifische Entwicklungsbedingungen, in: Fegert JM, Eggers C, Resch F (Hrsg.), Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, 2. Aufl., Springer-Verlag, Berlin 2012, S. 63-112.

**Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (2003)**. Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule, <http://www.berlin.de/lb/psychiatrie/ueber-uns/veroeffentlichungen/fachveroeffentlichungen/>

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2008, 2010,2014): Planungsgrundsätze für die Krankenhausplanung des Landes Berlin – Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie,

<http://www.berlin.de/lb/psychiatrie/psychiatriebeirat/empfehlungen-und-stellungnahmen/>

**Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2014)**: Kinder psychisch kranker Eltern-Neue Wege zur gemeinsamen Verantwortung,

<http://www.berlin.de/lb/psychiatrie/ueber-uns/veroeffentlichungen/fachveroeffentlichungen/>

**SPV Abschlussbericht 2014**: [www.KBV.de](http://www.KBV.de)

SPZ-Auftrag in:

[www.kindergesundheit-inf.de](http://www.kindergesundheit-inf.de); [www.juramagazin.de](http://www.juramagazin.de)

**Schmidt MH, Göpel C**, Risikofaktoren – Coping und Verlaufsprinzipien, in: Herpertz-Dahlmann B u. a., a.a.O., S. 291-301.

**Schneider W., Hasselhorn M.**, Frühe Kindheit (3-6 Jahre), in Schneider W., Lindenberger U (Hrsg.), Entwicklungspsychologie, 7. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim 2012.

**Seifried K, Drewes S, Hasselhorn M (Hrsg.)**, Handbuch Schulpsychologie, Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2015.

**Silbereisen RK, Weichold K**, Jugend, in: Schneider W, Lindenberger U, a.a.O., S. 235-258.

**Steinhausen HC**, Ätiologie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen, in: Steinhausen HC, Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen, 7. Aufl., Verlag Elsevier, München, 2010, S. 37-53.

**Steinhausen HC**, Was wird aus Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen? Ergebnisse der Langzeitforschung. Vortrag auf dem 33. Kongress der DGKJP, Rostock, 09.03.2013.

**Straßburg HM, Dacheneder W, Kreß W**, Entwicklungsstörungen bei Kindern, 5. Auflage, Urban & Fischer Verlag, München 2013, Seite 8-15.

**Warnke. A, Lehmkuhl. G**, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland, Schattauer Verlag, 4. Auflage, Stuttgart 2011.

## 6.2 Glossar

<b>Apgar-Werte</b>	zur standardisierten Bewertung des klinischen Zustands eines neugeborenen Kindes
<b>CTG</b>	Cardiotokographie: Registrierung und Aufzeichnung der kindlichen Herztöne während der Schwangerschaft
<b>Dissoziativ</b>	vorübergehende Symptome psychischer Störungen, die das Gedächtnis, die Motorik, die Sensibilität u. a. betreffen können
<b>Down-Syndrom</b>	Störungsbild unterschiedlicher Ausprägung aufgrund der Genmutation Trisomie 21
<b>FASD</b>	Fetal Alcohol Spectrum Disorder
<b>ICF</b>	International Classification of Functioning
<b>Pneumothorax</b>	entsteht durch Eintritt von Luft in den Spalt zwischen Lunge und umgebenden Brustkorb
<b>KIGGS</b>	Studie des Robert-Koch-Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
<b>KJA</b>	Kinder- und Jugendambulanz
<b>KJGD</b>	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
<b>KJPD</b>	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst
<b>Neoplasie</b>	Neubildung von Körpergeweben; auch für Tumore gebräuchlicher Begriff
<b>RSD</b>	Regionaler Sozialer Dienst (Kinder- und Jugendhilfe)
<b>Screening</b>	sog. Filteruntersuchung, um Hinweise auf Vorstufen, Frühstadien und Risikofaktoren von Störungen zu erhalten
<b>Sepsis</b>	generalisierte Infektion
<b>SDQ</b>	Strength and Difficulties Questionnaire: Fragebogen zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten und Stärken bei Kindern
<b>Somatoform</b>	nicht hinreichend auf eine körperliche Erkrankung rückführbar
<b>SPZ</b>	Sozialpädiatrisches Zentrum

### 6.3 Mitglieder der Arbeitsgruppe KJPP, Jugendhilfe, Schule

**Dr. med. Edna Baumblatt-Hermanns**

Fachärztin für KJPP  
Praxis: Wilmersdorfer Str. 94  
10629 Berlin  
E-Mail: [baumblatt-hermanns@web.de](mailto:baumblatt-hermanns@web.de)

**Dr. med. Stefan Buchmann**

Facharzt für KJPP  
Praxis: Assmannshauer Str. 11a  
14197 Berlin  
E-Mail: [st.buchmann@gmx.de](mailto:st.buchmann@gmx.de)

**Barbara Bütow**

Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft  
Fachbereich: Jugendhilfe (III D Bü))  
Bernhard-Weiß-Str. 6  
10178 Berlin  
E-Mail: [barbara.buetow@senbjw.berlin.de](mailto:barbara.buetow@senbjw.berlin.de)

**Winfried Flemming**

Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft  
Fachbereich: Jugendhilfe (III D 1)  
Bernhard-Weiß-Str. 6  
10178 Berlin  
E-Mail: [winfried.flemming@senbjw.berlin.de](mailto:winfried.flemming@senbjw.berlin.de)

**Klaus-Jürgen Heuel**

Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft  
Fachbereich: Schule – Sonderpädagogik (II D 6.1)  
Bernhard-Weiß-Str. 6  
10178 Berlin  
E-Mail: [klausjuergen-heuel@senbjw.berlin.de](mailto:klausjuergen-heuel@senbjw.berlin.de)

**Dorothee Hillenbrand**

Vizepräsidentin  
Psychotherapeutenkammer  
Kurfürstendamm 184  
10707 Berlin  
E-Mail: [hillenbrand@psychotherapeutenkammer.de](mailto:hillenbrand@psychotherapeutenkammer.de)

**Dr. med. Ursula Mohn-Kästle**

Leiterin des KJPD (a. D.)  
Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg  
KJPD Ges 67  
Welserstr. 213  
10777 Berlin

**Marina Koch-Wohsmann**

Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft  
Fachbereich: Schule  
Bernhard-Weiß-Str. 6  
10178 Berlin  
E-Mail: [marina.koch-wohsmann@senbjw.berlin.de](mailto:marina.koch-wohsmann@senbjw.berlin.de)

**Prof. Dr. med. Kölch**

Chefarzt - KJPP  
Vivantes-Klinik am Friedrichshain  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik  
Landsbergerallee 49  
10249 Berlin  
E-Mail: [michael.koelch@vivantes.de](mailto:michael.koelch@vivantes.de)

**Christoph Pewesin (Sprecher der AG)**

Landesarzt für KJPP /Leiter des KJPD Reinickendorf  
Bezirksamt Reinickendorf von Berlin  
KJPD LuV Gesundheitsamt  
Teichstr. 65  
13407 Berlin  
E-Mail: [christoph.pewesin@reinickendorf.berlin.de](mailto:christoph.pewesin@reinickendorf.berlin.de)

**Heike Remde**

Fachärztin für KJPP  
Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Falkenberger Chaussee 134-136  
13057 Berlin  
E-Mail:  
[heikeremde@bitburg.com](mailto:heikeremde@bitburg.com) /[mail@schneider-remde.com](mailto:mail@schneider-remde.com)

**Klaus Seifried**

Leiter des Schulpsychologischen und inklusionspädagogischen  
Beratungszentrums Tempelhof-Schöneberg  
Ebersstr. 9 A  
10827 Berlin  
E-Mail: [klaus.seifried@senbjw.berlin.de](mailto:klaus.seifried@senbjw.berlin.de)

**Rosmarie Weise**

Fachbereich: Gesundheit –  
Kinder- und Jugendpsychiatrie (I B 11)  
Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales  
Oranienstr. 106  
10969 Berlin  
E-Mail: [rosmarie.weise@sengs.berlin.de](mailto:rosmarie.weise@sengs.berlin.de)

**Dr. med. Hans Willner (Sprecher der AG)**

Chefarzt – KJPP  
St. Joseph Krankenhaus  
Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité  
Wüsthoffstr. 15  
12101 Berlin-Tempelhof  
E-Mail: [hans.willner@skj.de](mailto:hans.willner@skj.de)

Senatsverwaltung  
für Gesundheit und Soziales

Senatsverwaltung  
für Bildung, Jugend  
und Wissenschaft



Presse- und Öffentlichkeitsarbeit  
Oranienstr. 106  
10969 Berlin  
Tel (030) 9028-0  
[www.berlin.de/sen/gessoz](http://www.berlin.de/sen/gessoz)  
[pressestelle@sengs.berlin.de](mailto:pressestelle@sengs.berlin.de)

Titelfoto: © Fotolia, Urheber: Robert Kneschke  
Gestaltung: Sunbeam GmbH

© Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales  
Ausgabe 8/2016