



Ramona Thümmler

ADHS im Schnittfeld verschiedener Professionen

Eine Forschungsstudie zu
Zusammenarbeit, Strukturen
und gelingender Praxis

BELTZ JUVENTA

Leseprobe aus: Thümmler, ADHS im Schnittfeld verschiedener Professionen, ISBN 978-3-7799-3248-2
© 2015 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-3248-2>

Kapitel 1

Einführung

Wenn man schnell vorankommen will, muss man alleine gehen.

Wenn man weit kommen möchte, muss man zusammen gehen.

(Sprichwort der Aborigines)

Schnell! Das sind Kinder und Jugendliche mit ADHS. Und schnell ist die Gesellschaft in der wir leben. So werden auch manchmal sehr *vorschnell* Interventionen für Kinder organisiert und durchgeführt, die nicht ins System passen, die stören oder die Erwachsene an ihre eigenen Grenzen bringen. Dass diese – nicht auf die individuelle Situation zugeschnittenen – Interventionen nicht immer ans Ziel führen, zeigen verschiedene Veröffentlichungen, nicht nur zum Thema ADHS (Drüe 2007; von Freyberg/Wolff 2009).

Doch wie kann „zusammen gehen“ gelingen? Wie können sich verschiedene Fachkräfte verzahnen, ihren je eigenen Part einbringen, dass somit für die Kinder und ihre Familien eine passende Begleitung und Unterstützung entsteht?

Entwicklungsauffälligkeiten oder psychische Probleme eines Kindes führen zu Beeinträchtigungen und schränken dessen Handlungsfähigkeit im Alltag ein. Die Lebensqualität ist sowohl bei den betroffenen Kindern als auch bei deren Eltern vermindert. Psychische Beeinträchtigungen können bis in das Erwachsenenalter bestehen bleiben und mindern damit auch die Berufschancen für die Betroffenen. Die entscheidenden Fragen sind daher: Welche Unterstützungsangebote sind erforderlich, und weshalb sind diese im Einzelfall so unterschiedlich?

Gesellschaftliche Bedingungen prägen im jeweiligen Zeitalter mehr oder weniger das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen. Derzeit – Anfang des neuen Jahrtausends – leben wir in einer sich zunehmend globalisierenden, schnelllebigen und vernetzten Welt mit vielen Angeboten und Möglichkeiten, aber auch vielen Risiken und Herausforderungen (Göppel 2007). Familien bewegen sich in verschiedenen Systemen wie Kindergarten, Schule, Freundeskreis, Beruf, Öffentlichkeit, Gesundheitssystem und Freizeitsystem. Sie müssen sich soweit darin zurechtfinden, dass sie ihre eigenen Bedürfnisse stillen und das Leben bewältigen können. Die verschiedenen Systeme, die zum Tragen kommen, wenn ein Kind auffälliges Verhalten zeigt,

sind das Bildungssystem (meist die Schule), das Gesundheitssystem (meist in Vertretung durch den Kinderarzt/die Kinderärztin) und das System der Jugendhilfe (z. B. durch den Besuch einer Tagesgruppe). Dahinter stehen jeweils einzelne Personen mit Überzeugungen, Meinungen, Erfahrungen und einem bestimmten Professionsverständnis. Jede dieser Fachkräfte hat ihre eigene Perspektive auf das Kind oder den Jugendlichen. Denn jedes dieser Systeme weist seine spezifischen Strukturen und Handlungslogiken auf, die die Perspektive der darin arbeitenden Fachkräfte prägen und deren professionelle Arbeit beeinflussen.

In der vorliegenden Arbeit werden daher Angehörige dieser verschiedenen Systeme, und damit auch Professionen, in Bezug auf das Störungsbild ADHS¹ näher betrachtet. Zentrale Fragen dabei sind: Wie begleiten die einzelnen Professionen und Institutionen Kinder oder Jugendliche mit ADHS? Wie tauschen sich diese Personen aus? Auf welche Strukturen können sie zurückgreifen? Welche Einflussfaktoren sind förderlich bzw. hinderlich bei der Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS in schwierigen Situationen?

Forschungsgegenstand der vorliegenden Studie ist demzufolge die Analyse von Hilfesystemen und -strukturen bei der Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit dem Störungsbild der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In dieser Arbeit findet keine grundlegende Diskussion über die Existenz des Störungsbildes statt. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass es sich bei ADHS um ein Phänomen handelt, das in der Praxis auftaucht und mithilfe der medizinischen Klassifikationssysteme „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD 10) und „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM IV) als psychiatrische Störung diagnostiziert wird. Und unabhängig davon, ob man es befürworten kann oder nicht, müssen sich Fachkräfte dazu verhalten und damit umgehen.

Das Störungsbild setzt sich aus verschiedenen spezifischen Verhaltensweisen zusammen, die sich auf einem Kontinuum menschlichen Verhaltens ansiedeln und mehr oder weniger intensiv ausgeprägt sein können. Dementsprechend sind sie auch mehr oder weniger beeinträchtigend für die einzelne Person und ihr Umfeld.

In der Praxis bedarf es vor allem einer Diagnose, um gegenüber den Betroffenen aktiv werden zu können und ihnen professionelle, und somit kostenpflichtige, Hilfen zukommen lassen zu können. Eine Diagnose stellt in

1 Im Folgenden wird der Terminus ADHS stellvertretend für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen verwendet. Dies schließt auch Ausprägungen der Störung ohne Hyperaktivität mit ein.

diesem Zusammenhang keine Bewertung des einzelnen Menschen dar, sondern dient dazu, an einem spezifischen Problem arbeiten zu können, um der Person zu mehr Lebensqualität zu verhelfen. Umso wichtiger ist es natürlich, Diagnosen mit Bedacht zu vergeben und sowohl positive als auch negative Konsequenzen mit zu bedenken. Denn durch Diagnosen werden stets auch Stigmatisierungsprozesse für die betreffende Person immanent ausgelöst.

Das in der Studie fokussierte Störungsbild ADHS hat somit Beispielcharakter. Dahinter steht die Annahme, dass ähnliche Hilfesysteme und deren Strukturen auch bei anderen Entwicklungsauffälligkeiten oder psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen vorzufinden sind. Die Erkenntnisse dieser Studie können daher auch für andere Störungsbilder von Bedeutung sein.

Das Feld der Aufmerksamkeitsstörungen ist ein Kooperationsbereich par excellence: Nicht nur die Diagnostik, vor allem auch die Behandlung kann nur gelingen, wenn die verschiedenen Systeme zusammenarbeiten. Gerhild Drüe (2007) berichtet eindrücklich, was geschieht, wenn dies nicht gelingt, was leider noch häufig der Fall ist. Eltern sind unzufrieden, weil ihren betroffenen Kindern keine angemessenen Hilfen zuteilwerden. Zudem haben Eltern in diesem Bereich immer wieder mit unangemessenen Vorurteilen zu kämpfen.

Die vorliegende Studie siedelt sich an der Schnittstelle von Psychologie, Soziologie, Erziehungswissenschaften und Sonderpädagogik an. Aufgrund bislang kaum vorliegender Forschungsergebnisse in Bezug auf die Zusammenarbeit von Fachpersonen bei Aufmerksamkeitsstörungen hat die Studie in weiten Teilen einen explorativen Charakter. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt vor allem auf den Fachleuten und den strukturellen Bedingungen, unter denen sie arbeiten. Das Thema und die Ergebnisse sind insofern für verschiedene Fachdisziplinen von Bedeutung und haben einen hohen praktischen Bezug.

Die durchgeführte Studie folgt einem Mixed-Methods-Design und verbindet einen qualitativen und quantitativen Forschungszugang. Einer Sondierungsphase mit der Analyse von Fallgeschichten und Expertengesprächen schloss sich eine qualitative Interviewstudie mit 15 Fachpersonen an. Zusätzlich wurde eine quantitative Fragebogenerhebung in vier ausgewählten Regionen Deutschlands durchgeführt. Ziel war es, einen breiten Überblick über die Hilfesysteme bei Aufmerksamkeitsstörungen zu bekommen. Welche Institutionen arbeiten mit Kindern und Jugendlichen mit ADHS? Wie arbeiten sie mit den Betroffenen? Welche Bedeutung haben Kooperationen in ihrem jeweiligen Arbeitskontext?

An diese Einführung schließen sich der Problemaufriss, die Formulierung des Ziels der empirischen Untersuchung sowie die forschungsleitenden Fragestellungen an.

Gegenstand des zweiten Kapitels ist die gesundheitliche Situation der Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Da das in der vorliegenden Arbeit fokussierte Störungsbild ADHS stellvertretend für andere Entwicklungsauffälligkeiten und psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen steht, werden hier Ergebnisse von Gesundheitssurveys im Bereich Kindheit und Jugend vorgestellt. Aus den Bedürfnismodellen von Maslow sowie Brazelton und Greenspan wird dann ein Verständnis von Versorgung abgeleitet. Schließlich wird das Versorgungssystem in Deutschland beschrieben.

Das dritte Kapitel fasst den Forschungsstand zur Thematik ADHS zusammen. Nach einem kurzen Einstieg in die Wissenschaftsgeschichte des Störungsbildes werden Angaben zur Symptomatik, Klassifikation und Prävalenz getroffen. Der Verlauf dieses Störungsbildes wird beschrieben und gezeigt, dass ADHS in verschiedenen Lebensaltern zu Beeinträchtigungen führt. Es werden gängige Erklärungsansätze angeführt. Eine große Bedeutung in der medizinischen oder psychotherapeutischen Arbeit haben Leitlinien von Fachgesellschaften. Leitlinien für ADHS werden vorgestellt und deren Vor- und Nachteile benannt. Diagnostik und Behandlung von ADHS werden umrissen, da dies zum Verständnis von Fallverläufen aufschlussreich ist.

Das vierte Kapitel stellt bisherige Erkenntnisse zu Kooperationsprozessen vor. Nach einer begrifflichen Klärung werden Rahmenbedingungen mit rechtlichen Grundlagen und Formen wie institutionalisierte, nicht-institutionalisierte oder auch arbeitsteilige und interprofessionelle Kooperation näher ausgeführt. Bei Kooperationsprozessen schwingen immanent Konkurrenz und Einbuße von Handlungsautonomie mit. Diese finden Eingang in die Arbeit als zwei Paradoxa der Kooperation. Mit einer Zusammenstellung von bislang in Studien gefundenen kooperationsunterstützenden und -hemmenden Faktoren schließt das Kapitel ab.

Das fünfte Kapitel umreißt das forschungsmethodische Vorgehen, zuerst im Überblick, dann im Detail und zuerst für die qualitative Studie (Experteninterviews) und dann für die quantitative Studie (Fragebogenerhebung).

Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung werden im sechsten Kapitel vorgestellt. Die Darstellung der Ergebnisse folgt den Unterfragen der Forschungsfrage, indem im ersten Schritt berichtet wird, wer wie mit Kindern und Jugendlichen mit ADHS arbeitet (Professionen und Institutionen). Im zweiten Schritt werden Strukturen näher umrissen. Dafür wird das methodische Vorgehen der einzelnen Berufsgruppen erläutert und es werden förderliche und hinderliche Bedingungen für Fallverläufe vorgestellt. Im dritten Schritt werden Aspekte genannt, welche die Kooperation tangieren. Welche

Personen kooperieren miteinander? Welches Verständnis von Kooperation liegt vor? Was motiviert zur Kooperation, und welche Aspekte beeinflussen Kooperation?

Im siebten Kapitel werden die Ergebnisse diskutiert; es werden weiterführende Fragestellungen aufgezeigt und Ansatzpunkte für die Praxis vorgestellt. Die Arbeit schließt mit einem Ausblick.

1.1 Problemaufriss

Die gesundheitliche Situation der nachkommenden jungen Generation in Deutschland ist durchwachsen. Ein Großteil der Kinder wächst gesund auf. Bei einem kleineren Teil zeichnet sich allerdings eine schlechte gesundheitliche Situation ab (Kapitel 2.1). Dabei hat sich das Spektrum der Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten gewandelt: Kinder und Jugendliche sind heutzutage nicht mehr so sehr von lebensgefährlichen Infektionskrankheiten bedroht, sondern ihr Aufwachsen ist vorwiegend von chronischen Erkrankungen oder psychischen Schwierigkeiten begleitet (Settertobulte/Richter 2007; Lampert 2008; Hölling/Erhart/Ravens-Sieberer/Schlack 2007). Diverse Autoren verwenden für diesen Sachverhalt den Begriff der „neuen Morbidität“ (Schubert/Horch/Kahl 2004, 34; BT-Drs. 16/13770 2009, S. 93).

Die Ursachen des veränderten Gesundheitszustands liegen auch in den Anforderungen der modernen Gesellschaft nach Hochleistung und Flexibilität des Menschen begründet. Dies erzeugt bereits bei Kindern psychischen Druck respektive Leistungsdruck, der sich in psychischen und psychosomatischen Auffälligkeiten äußern kann.

Hinter der Verschiebung der Erkrankungen steht unter anderem aber auch ein gewandeltes Verständnis von Gesundheit: Gesund ist vor allem diejenige Person, die neben einer körperlichen Unversehrtheit auch psychisches Wohlbefinden und seelische Ausgeglichenheit mitbringt (vgl. Kap. 2.1). Der Blick auf Gesundheit und Krankheit verändert sich somit.

Diese neuen Krankheiten – wie das in der vorliegenden Arbeit näher betrachtete ADHS – erfordern, will man die Betroffenen angemessen fördern, Begleitung und Unterstützung von verschiedenen Berufsgruppen. Interdisziplinarität ist gefordert. Nur wenn Medizinerinnen und Mediziner, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Pädagoginnen und Pädagogen für die Betroffenen verfügbar sind, kann umfassende Gesundheit aufrechterhalten oder wiederhergestellt werden. Kinder und Jugendliche brauchen für ein gesundes Aufwachsen die Unterstützung und Begleitung von verschiedenen Personen und Institutionen. Dass Zusammenarbeit oder sogar Kooperation hier einen wichtigen Beitrag leisten kann, wurde bereits an vielen Stellen (Ettrich/Ettrich 2007; Opp 2002; Voß 2000) beschrieben.

Die Ergebnisse diverser Studien (vgl. Kap. 4) lassen allerdings auch erkennen, dass dies in der Berufspraxis nicht so einfach ist. Persönliche Einstellungen zu anderen Professionen, ein unterschiedliches berufliches Selbstverständnis, fehlende Strukturen und unklare Absprachen im Feld oder in der eigenen Institution und auch die schlechte oder unzureichende Erreichbarkeit der anderen Fachkraft erschweren die Zusammenarbeit. Zudem wird die Zusammenarbeit von unrealistischen Erwartungen an die andere Disziplin begleitet. Gleichzeitig wird befürchtet, die jeweils andere Profession könnte die Zusammenarbeit dominieren (Künster/Schöllhorn et al. 2010). Hilfen können nicht flächendeckend oder lückenlos angeboten werden. Künster/Schöllhorn et al. plädieren in ihrem Bericht zur Kooperation im Bereich der Frühen Hilfen daher für die systematische Erfassung und Auswertung unterschiedlicher Formen der Zusammenarbeit: „Nur wenn den Beteiligten bekannt ist, wodurch die Realisierung ihrer guten Absichten zur Zusammenarbeit gefährdet wird und wie sie günstigere Rahmenbedingungen für die angestrebte Kooperation schaffen können, steigen die Chancen auf eine dauerhaft wirksame Kooperation im Interesse der Familien und der Kinder“ (2010, S. 733).

Eine weitere Schwierigkeit im Falle von Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern oder Jugendlichen ist, dass mitunter drei verschiedene Systeme in Erscheinung treten. Die Schule gehört zum Bildungssystem; Kinder- und Jugendärzte/-ärztinnen, Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychiater/-psychiaterinnen sind Teil des Gesundheitssystems, und Maßnahmen der Hilfen zur Erziehung, wie z.B. der Besuch einer Tagesgruppe, sind Teil der Jugendhilfe. Kooperationen und Zusammenarbeit bei Kindern und Jugendlichen bedeutet in diesem Fall also nicht nur die Zusammenarbeit mit der gleichen Profession in der eigenen Institution, sondern dass auch verschiedene Professionen aus mehreren Institutionen aufeinandertreffen. Es sind dann nicht nur verschiedene Systeme, sondern damit auch verschiedene Finanzierungen beteiligt (Settertobulte/Richter 2007; BT-Drs. 16/12860 2009).

Um dieses „Netz der Hilfen“ besser zu verstehen und die dahinter stehenden Abläufe zu entschlüsseln, wird in der vorliegenden Arbeit die Entwicklungsauffälligkeit ADHS näher betrachtet. Aufmerksamkeitsstörungen werden bei etwa 4–5% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland diagnostiziert (Steinhausen 2010; Huss 2008; Schlack/Hölling/Kurth/Huss 2007). Damit ist dieses Störungsbild eines der Häufigsten im Kindes- und Jugendalter. Der Verlauf der Störung ist durch diverse biologische, psychosoziale und strukturelle Faktoren beeinflusst, sodass Interventionen auch an verschiedenen Punkten ansetzen müssen (Barkley 2011; Bonney 2008; Döpfner/Steinhausen 2010). Eine adäquate Behandlung sollte daher durch mehrere Professionen wie Kinder- und Jugendärzte/-ärztinnen und Therapie-

ten/Therapeutinnen erfolgen und die Schule oder den Kindergarten sowie die Eltern miteinbeziehen.

Momentan sind die Unterstützungsangebote der beteiligten Systeme in Hinblick auf betroffene Kinder und Jugendliche noch nicht in jedem Fall gut verzahnt, was zum Nachteil für diese Kinder oder Jugendlichen ist (Huss 2008; Drüe 2007; zentrales adhs-netz² 2011). Einige müssen die Schule wechseln, andere fallen sogar aus dem Schulsystem. An anderer Stelle werden Sondereinrichtungen für Betroffene mit ADHS gegründet³. Solche Sonderwege können auf der einen Seite in Akutsituationen eine Hilfe darstellen; ein über Monate schulabsentes Kind kann so überhaupt wieder eine Schule besuchen und so wieder an Unterricht und Lernen herangeführt werden. Auf der anderen Seite stellen diese spezifischen Sondereinrichtungen langfristig ein Risiko dar: Kinder und Jugendliche mit spezifischen Förderbedürfnissen werden ausgegrenzt. Mit scheinbar passgenauen Angeboten sollen Kinder wieder „integrationsfähig“ gemacht werden.

Sowohl aus der Praxis als auch aus der Literatur ist bekannt, dass bestimmte Fälle sehr gut verlaufen: Die Kinder erhalten entsprechend ihren Bedürfnissen die passenden Unterstützungsleistungen und lernen so, mit ihren Auffälligkeiten umzugehen. Die anderen Fälle stellen das Gegenteil dar: Die Kinder werden nicht ausreichend versorgt, angefangen bei der Schullaufbahn, über die Diagnostik und der langfristigen Begleitung (Drüe 2007; Lehmkuhl/Fröhlich/Sevecke/Döpfner 2009, 11 ff.).

1.2 Ziel der Untersuchung

Die vorliegende Studie geht daher der Frage nach, welche förderlichen und hinderlichen Faktoren auf struktureller Ebene bei der Behandlung von ADHS auftreten und worin diese strukturellen Unterschiede begründet sind. Warum verlaufen einige Fälle musterhaft, und warum verstricken sich manche Familien im Netz der Hilfen?

Es wird nach Ansatzpunkten gesucht, die vorhandenen Strukturen und mögliche Wege zwischen den Professionen zu nutzen. Welche Strukturen braucht es, um die gelingenden Behandlungsansätze zu den Kindern zu bringen? Wie kann Zusammenarbeit und Vernetzung der unterschiedlichen Fachpersonen gelingen?

2 Das zentrale adhs-netz ist ein Eigenname. Die Groß- und Kleinschreibung wird dementsprechend umgesetzt.

3 So wurde in Baden-Württemberg in Esslingen 2009 ein Gymnasium für Kinder und Jugendliche mit ADHS gegründet.

Die empirische Untersuchung verfolgt das übergeordnete Ziel, die Situation der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS zu beschreiben, um die Entwicklungschancen der Kinder und Jugendlichen aufrechtzuerhalten.

Teilaspekte der Untersuchung sind:

1. Exploration von Angeboten auf dem Feld der Aufmerksamkeitsstörungen,
2. Exploration und Identifikation von förderlichen und hinderlichen Strukturen im Verlauf von Fällen und im Bereich von Kooperationsnetzwerken,
3. Entwicklung von Kriterien für die Zusammenarbeit und Vernetzung von Fachpersonen, die in der Begleitung von entwicklungsauffälligen Kindern und Jugendlichen tätig sind.

1.3 Forschungsleitende Fragestellung

Ausgangspunkt der vorliegenden Forschungsarbeit sind die unterschiedlichen Fallgeschichten von Kindern und Jugendlichen mit ADHS. Eine mögliche Erklärung für solch unterschiedliche Fallverläufe können die verschiedenartigen Unterstützungsangebote und -strukturen sein, auf die betroffene Familien treffen und zugreifen können. Für diese Arbeit kristallisierte sich daher als Forschungsfrage heraus:

Welches sind förderliche und hinderliche Faktoren auf struktureller Ebene bei der Behandlung von Aufmerksamkeitsstörungen (ADHS)?

Die Forschungsfrage kann in drei Unterdimensionen differenziert werden.

A) Profession und Institution:

- Welche Professionen und Institutionen arbeiten mit Kindern und Jugendlichen mit ADHS?
- Wie arbeiten diese mit den Kindern und ihren Familien?

B) Strukturen:

- Welche Strukturen finden sich in der Vorgehensweise der einzelnen Professionen? Welche Handlungslogiken dieser sind erkennbar?
- Welche regional unterschiedlichen Strukturen sind vorzufinden, und welche Auswirkungen haben diese auf die Begleitung und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS?

- Lassen sich Analogien in den Fallverläufen finden? Das bedeutet: Wie verlaufen Fälle mit ADHS? Welche Rolle nimmt die jeweilige Fachperson im Verlauf eines Falles ein?
- Welche Strukturen in der Vorgehensweise führen zu einem gelingenden Fallverlauf?

C) Kooperation:

- Welche Fachkräfte kooperieren auf dem Feld der Aufmerksamkeitsstörungen miteinander? Wie erfolgt die Kooperation?
- Welche Kooperationsstrukturen sind förderlich bzw. hinderlich bei der Versorgung von ADHS-Fällen?
- Erfüllen die vorhandenen Kooperationsformen die Anforderungen zur Behandlung des Störungsbildes ADHS durch die Fachleute?

Kapitel 2

Gesundheitliche und psychosoziale Situation von Kindern und Jugendlichen

Einen möglichen Ansatz für Erklärungen warum ADHS-Biografien so unterschiedlich verlaufen, bieten Informationen zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland und zum Versorgungssystem. Informationen über die gesundheitliche Lage von Kindern in Deutschland helfen zum einen in das System Einblick zu bekommen und zum anderen das in der Arbeit untersuchte Störungsbild in diesem Feld einzuordnen.

Hierzu werden im ersten Teil dieses Kapitels Daten zur gesundheitlichen und psychischen Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland dargestellt. Zwei zentrale Studien, das Kinder- und Jugendgesundheitsurvey und die WHO-Studie zur Jugendgesundheit, dienen als Quellen. Der zweite Teil des Kapitels bietet einen Überblick über die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen und leitet den Begriff „Versorgung“ her, wie er als Grundlage dieser Arbeit verstanden wird. Es folgt ein Einblick in das deutsche Versorgungssystem. Im dritten Teil werden Zugangsbarrieren und Aspekte zum Inanspruchnahmeverhalten von Eltern in Bezug auf das Gesundheitssystem ausgeführt. Der vierte Teil fasst zusammen, warum ein einzelnes System den Anforderungen eines gesunden Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen nicht gerecht werden kann und eine kooperative Versorgung für Kinder und Jugendliche notwendig ist. Das Kapitel schließt im fünften Teil mit einer Zusammenfassung.

2.1 Zur gesundheitlichen und psychosozialen Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Für die Ausbildung einer ausgewogenen Persönlichkeit müssen im Laufe des Lebens von Kindern und Jugendlichen verschiedene Entwicklungsaufgaben bewältigt und Bedürfnisse gestillt werden. Kinder brauchen dafür die Begleitung und die Unterstützung von Erwachsenen (Ettrich/Ettrich 2007).

In der Entwicklung von Kindern gibt es eine natürliche Varianz. Die Spannbreite der Entwicklung ist so groß, dass die Entscheidung, wann ein Kind Unterstützung oder Begleitung braucht, nicht einfach zu treffen ist.

Im Störungsbild ADHS tritt diese Schwierigkeit deutlich zutage. Die Verhaltensweisen Aufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität siedeln sich

auf einem Kontinuum menschlicher Verhaltensweisen an. Erst in einer nicht mehr altersgemäßen Ausprägung, welche die Lebensqualität beeinträchtigt, wird daraus eine Störung, die das Aktivwerden von Fachpersonen erfordert.

Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang ein neues Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Die Grundlegung für ein verändertes Verständnis von Gesundheit und Krankheit findet sich in der Verfassung der WHO: Gesundheit ist demnach „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1946, S. 1). Gesundheit wird hier nicht nur als ein Fehlen von Krankheit, sondern auch als ein Zustand des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens verstanden. Neben den medizinischen und biologischen Faktoren werden somit vor allem auch soziale und individuelle Faktoren in den Blick genommen.

Ein Individuum bewegt sich zwischen Ressourcen- und Schutzfaktoren auf der einen und Risikofaktoren auf der anderen Seite. Es gilt, dazwischen ein Gleichgewicht herzustellen, um mit den Anforderungen des Alltags und den jeweiligen Entwicklungsaufgaben des Lebensalters zurechtzukommen.

Die WHO führt weiter aus: „Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung“ (Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1946, S. 1). Ein guter – die WHO spricht sogar von einem bestmöglichen – Gesundheitszustand sollte für jeden Menschen erreichbar sein. Die soziale oder wirtschaftliche Lage der Familie sollte hier keinen Einfluss haben.

Aktuelle Gesundheitssurveys greifen diese Aspekte auf und erheben bei bevölkerungsrepräsentativen Stichproben Daten über die körperliche, seelische und soziale Gesundheit. Dabei werden auch Risiko- und Einflussfaktoren für die Entwicklung in den Blick genommen (Hurrelmann et al. 2003, S. 1). Die beiden nachfolgend näher vorgestellten Gesundheitserhebungen sind für Deutschland bedeutsam.

2.1.1 Kinder- und Jugend-Gesundheitssurvey (KiGGS)

Das Kinder- und Jugendgesundheitsurvey ist eine Studie, die erstmals für Deutschland umfassende repräsentative Daten über den Gesundheitszustand der Heranwachsenden liefert. Anhand der erhobenen Bereiche tritt ebenfalls das umfassendere Gesundheitsverständnis zutage. So liegen beispielsweise Daten zum körperlichen Zustand der Kinder vor, ebenso aber auch Daten zum subjektiven Befinden.

Das Kinder- und Jugendgesundheitsurvey wird vom Robert-Koch-Institut durchgeführt. Erstmals wurden von Mai 2003 bis Mai 2006 repräsen-

tative Daten von 17 641 Jungen und Mädchen im Alter von null bis 17 Jahren aus 167 Orten in Deutschland (sozialräumlich repräsentativ) erhoben.⁴ Die Studienteilnehmer waren zufällig ausgewählt. Die Teilnehmerquote lag bei 66,6%. Auftraggeber der Studie waren das Bundesministerium für Bildung und Forschung und das Bundesministerium für Gesundheit.

Die Daten wurden durch drei verschiedene Erhebungstechniken gewonnen: Fragebögen zum Selbstausfüllen, computerassistiertes ärztliches Interview mit den Eltern bzw. ab 14 Jahren mit den Jugendlichen selbst sowie eine medizinische Untersuchung. Die genauen Inhalte der Erhebungsinstrumente gehen aus Tabelle 1 hervor.

Tabelle 1: Erhebungsinstrumente und Inhalte des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (nach Lampert 2008)

Selbstaussfüllfragebögen zu den Themenschwerpunkten der Befragung	<ul style="list-style-type: none">– körperliche Gesundheit– psychische Gesundheit– subjektives Befinden– gesundheitsbezogene Lebensqualität– Gesundheitsverhalten– gesundheitliche Versorgung
Computerassistiertes ärztliches Interview mit den Eltern/Jugendliche ab 14 selbst	<ul style="list-style-type: none">– Krankheiten– Impfungen– Arzneimittelgebrauch
Medizinische Untersuchung	<ul style="list-style-type: none">– Körpermesswerte– körperliche Reifestatus– Blutdruck– Sehtest– Hautuntersuchung– motorische Fähigkeiten– körperliche Fitness– Blut- und Urinproben

Verschiedene Zusatzmodule erhoben Daten zu speziellen Bereichen:

- BELLA-Studie zur Erfassung psychischer Störungen und von Einflussfaktoren,
- Motorik-Modul,
- Kinder-Umweltsurvey,
- EsKiMo-Studie zur Erfassung des Ernährungsverhaltens,
- Jodmonitoring.

4 Erste Ergebnisse der nächsten Erhebungswelle (2009–2012) lagen bei Fertigstellung der vorliegenden Studie noch nicht vor. Mittlerweile können diese auf der Webseite www.kiggs-studie.de eingesehen werden.

Ergebnisse des KiGGS

In der Einschätzung des Gesundheitsstandes gaben 39% eine sehr gute Gesundheit an, 54% eine gute Gesundheit und 7% beurteilten ihren Gesundheitsstand mit mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht (Lampert 2008, 113f.). Das bedeutet, dass zwar 93% der Kinder und Jugendlichen einen guten bis sehr guten Gesundheitsstatus aufweisen, immerhin aber 7% über keine gute Gesundheit verfügen.

Psychische und Verhaltensauffälligkeiten wurden mithilfe des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) erfasst. Der SDQ erhebt Daten in folgenden fünf Bereichen:

1. Emotionale Probleme,
2. Verhaltensprobleme,
3. Hyperaktivität/Aufmerksamkeit,
4. Probleme mit Gleichaltrigen,
5. Stärken im sozialen Umgang.

Anhand der Elternangaben lassen sich somit folgende Zahlen festhalten: Insgesamt fallen 7% der untersuchten Kinder und Jugendlichen in die Gruppe der auffälligen Kinder. Jungen sind stärker betroffen (9%) als Mädchen (5%). (Lampert 2008, S. 115). Weitere 7,5% können als grenzwertig klassifiziert werden.

Interessant sind im Folgenden die Analysen der Daten in Bezug auf den sozialen Status, wie sie von Lampert (2008, 110ff.) vorgelegt werden. Anhand von Angaben zur Schulbildung, beruflichen Qualifikation, beruflichen Stellung und dem Haushaltsnettoeinkommen erfolgte eine Einteilung in niedrige, mittlere und hohe Statusgruppen.

Alarmierend sind die Ergebnisse, dass sich in diesem Bereich ein deutliches soziales Gefälle abzeichnet: „Jungen im Alter von 3 bis 10 Jahren, die der niedrigen Statusgruppe angehören, [sind, R. T.] 4,7-mal und Mädchen sogar 6,5-mal häufiger betroffen [...] als die Gleichaltrigen aus der hohen Statusgruppe“ (Lampert 2008, S. 116). Des Weiteren stellt Lampert fest, „dass die untere Statusgruppe am häufigsten und die hohe Statusgruppe am seltensten betroffen ist“ (ebd., S. 116). Dies ließe sich für emotionale, Verhaltens-, Hyperaktivitäts- sowie Peer-Probleme beobachten. Kinder mit Migrationshintergrund sind zu einem größeren Anteil auffällig (9,8%) als Kinder ohne Migrationshintergrund (6,7%) (Hölling et al. 2007, S. 785). Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem niedrigerem sozioökonomischen Status weisen ein höheres Risiko für psychische Probleme und Symptome psychischer Auffälligkeiten auf (Hölling et al. 2007, S. 785).