

ZUM THEMA

Psychische Belastung von Schulkindern – Wie sieht eine sinnvolle Prävention aus?

Interview mit Prof. Dr. Gerd Schulte-Körne

Prävention ist wichtig. Darüber sind sich Politiker und Ärzte einig. Auch darüber, dass Vorsorgemaßnahmen bereits im Kindergarten und in der Schule ansetzen müssen. Doch wie funktioniert richtige Prävention in der Schule und in der Familie? Welche Methoden sind wirksam? Wie Prof. Dr. Gerd Schulte-Körne vom Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie der LMU München erklärt, ist nicht klar geregelt, wer wann welche Maßnahme für Kinder und Jugendliche zur Prävention psychischer Belastung durchführt. Auch die Wirksamkeit einzelner Methoden, die bereits angewendet werden, ist häufig nicht geklärt oder nur gering. Die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Klinikums der Universität München veranstaltete daher Mitte Juli zusammen mit dem Verein „Endlich leben“ in München die Tagung „Psychisch gesund aufwachsen“. Dort wurde an ausgewählten Beispielen gezeigt, welche Präventionsmethoden im Bereich der psychischen Gesundheit erfolgreich mit Schulkindern durchgeführt werden können. Die MÄA sprachen im Anschluss an die Tagung mit Prof. Schulte-Körne über der Ausmaß psychischer Belastungen bei Schulkindern, über sinnvolle Präventionsmaßnahmen und das Problem föderaler Strukturen bei der bundesweiten Umsetzung von Prävention in der Schule.

Herr Prof. Schulte-Körne, das Symposium „Psychisch gesund aufwachsen“ hat sich mit psychischen Belastungen von Schulkindern und möglichen Vorsorgemaßnahmen befasst. Wie stark sind Kinder und Jugendliche heute belastet?

Die zweite Untersuchung im Rahmen des Kinder- und Jugendveys hat eindrucksvoll gezeigt, dass 18 bis 20 Prozent unserer Schulkindern psychisch belastet sind. Belastung ist natürlich nicht gleich Erkrankung. Von Belastung spricht man, wenn Kinder und Jugendliche bestimmte Symptome zeigen. Die Screeningverfahren der Surveys geben dabei eine grobe Abschätzung und zeigen, wo es ein Risiko für die einzelnen Kinder gibt. Risiko heißt nicht, dass man automatisch erkrankt. Aber wenn ich eine Disposition habe, sei es aufgrund einer genetischen Veranlagung, sei es dass ich in einem Umfeld aufwache, in dem es viele Belastungen gibt – z. B. eine psychische Erkrankung der Eltern, eine sehr stressige Schulsituation durch Mobbing oder Notendruck, Alkohol oder Drogenkonsum in der Peer-Group etc. –, dann kann die Belastung zu einer Erkrankung führen. Von Erkrankung spricht man, wenn die Belastung so groß ist, dass sich ein Behandlungsbedarf daraus ableitet. Wenn man also davon ausgeht, dass belastete Kinder ein erhöhtes Risiko haben, psychisch zu erkranken, ist es zwingend notwendig, Maßnahmen zu ergreifen, um das Erkrankungsrisiko zu mindern. Gerade jetzt, wo der Gesetzgeber darüber nachdenkt, Prävention zu einer Pflichtaufgabe zu machen, ist es besonders wichtig zu überlegen, mit welchen



Prof. Dr. Gerd Schulte-Körne ist Lehrstuhlinhaber für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie an der LMU München. Dort fungiert er auch als Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte sind die Erforschung der Ursachen von Entwicklungsstörungen, die Entwicklung und Evaluation von Behandlungskonzepten bei der Leserechtschreibstörung sowie die Entwicklung von diagnostischen Instrumenten bei depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter. Die Forschungsarbeiten von Prof. Schulte-Körne zur Legasthenie wurden mit dem August Homburger Preis 2007 und dem Hermann-Emminghaus Preis 2009 ausgezeichnet.

Methoden man Prävention durchführt, wer sie durchführt und wo sie durchgeführt wird.

Wie funktioniert sinnvolle Prävention bei psychischen Belastungen?

Es gibt nicht die Antwort auf diese doch sehr wichtige Frage. Was man weiß ist, dass reine Wissensvermittlung über Erkrankungen nicht reicht und manchmal

sogar schädlich ist. Aus verschiedenen Studien haben wir zum Beispiel gelernt: Wenn man mit Kindern, die ein erhöhtes Risiko haben eine Essstörung zu entwickeln, nur wissenschaftlich arbeitet, kann das sogar dazu führen, dass diese Kinder eher eine Essstörung entwickeln. Prävention kann man also nicht nur mit Broschüren und Aufklärungsblättern durchführen. Man braucht den Kontakt zu den Kindern, man muss den Kindern helfen, neue Handlungsmöglichkeiten zu erlernen, man muss ihnen möglicherweise auch alternative Denkmodelle anbieten und bei manchen Fragen auch auf die Umgebung einwirken. Ein anderes Beispiel ist das Rauchen. Dort arbeitet man mit sogenannter Verhältnisprävention, also indem man den Zugang zu Zigaretten erschwert und durch die Erhöhung der Preise die Verfügbarkeit einschränkt. Das gleiche wäre für Alkohol zu fordern. Zum Teil wird das auch schon getan. Wie wir auf der Tagung gehört haben, stabilisieren solche Maßnahmen den Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen auf einem relativ niedrigen Niveau. Sie vermindern aber nicht die Zahl der Kinder, die Koma-saufen machen – wobei man sagen muss, dass das nur einen sehr geringen Teil der Kinder und Jugendlichen betrifft.

Wie gut ist die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen zur psychischen Gesundheit belegt, die im Moment in Schulen durchgeführt werden?

Die meisten Methoden sind leider nicht evaluiert. Um beurteilen zu können, ob etwas wirksam ist oder nicht, braucht man

eine Studie, am besten eine placebokontrollierte Studie. Dabei vergleicht man eine Gruppe von Kindern, bei denen eine bestimmte Präventionsmethode angewendet wird, mit einer Gruppe von Kindern, bei denen gleichzeitig eine nicht-präventive Methode zum Einsatz kommt. Wenn man keine placebokontrollierte Studie macht, sollte man zumindest eine Wartekontrollgruppe einsetzen. Dies ist eine Gruppe von Kindern, die, während die eine Gruppe von Kindern die Prävention erhält, wartet und erst anschließend die Prävention bekommt. Auf jeden Fall ist eine Vor- und Nachuntersuchung notwendig, also eine Prä-Post-Messung. Dabei werden Variablen erhoben, die tatsächlich eine Aussage erlauben, ob eine Prävention wirksam ist. Ohne eine kontrollierte Studie kann man die Wirksamkeit schlicht nicht beurteilen. Zwar wurden international in den letzten Jahren viele Anstrengungen unternommen, solche Studien durchzuführen, in Deutschland ist das allerdings nicht der Fall. Und Methoden, die in den USA entwickelt wurden, können aufgrund von grundlegenden Unterschieden im Gesundheitswesen leider nicht eins zu eins auf Deutschland übertragen werden. Wenn Prävention allein aus der Haltung heraus betrieben wird, etwas Gutes zu tun, ist es noch lange nicht gut gemacht. Es ist dann sogar mit einem Risiko verbunden. Einfach nur einen Flyer zu machen, ohne weitere Maßnahmen zu ergreifen, bringt nichts und schadet möglicherweise sogar.

Was müsste jetzt getan werden, um die Präventionsangebote zu verbessern?

Zunächst wäre es wichtig, die Haupttätigkeitsfelder zu definieren, in denen man präventiv tätig sein möchte. Wenn man die Themenfelder definiert hat, braucht man eine Methode, für die die Wirksamkeit belegt ist. Wir haben auf dem Symposium die Themen Mobbing, Sucht, Adipositas, Stress, Essstörung und Depression diskutiert, weil wir dafür evaluierte Methoden vorstellen konnten. Wichtige weitere Themenfelder wären Verhaltensauffälligkeiten und Ängste. Man sollte bei der Auswahl

der Themen von den häufigen psychischen Belastungen ausgehen. Ängste und Aufmerksamkeitsstörungen sind beispielsweise viel häufiger als Essstörungen. Aber in diesen Bereichen fehlt es zum Teil noch an wissenschaftlicher Erkenntnis, welche Präventionsmethode hilft.

Wer sollte die Präventionsmaßnahmen durchführen?

Das ist bisher noch ein großes Problem. Wenn wir beispielsweise das Mobbing ansehen, haben wir dafür die evaluierte Präventionsmethode „fairplayer“, die auch auf dem Symposium vorgestellt wurde. Grundsätzlich könnte man diese Methode in allen Bundesländern einführen. Aber wer entscheidet darüber? Wenn es den Schulen überlassen ist, die Entscheidung zu treffen, dann wird es aufgrund der föderalen Strukturen des Bildungssystems schwierig. Wenn wir direkt kindbasiert in Gruppen in den Schulen arbeiten, müssen wir außerdem die Zuständigkeit und die Ressourcenfrage klären. Machen das die Schulärzte, die Lehrkräfte oder die Schulsozialarbeiter? Wer übernimmt die Kosten für solche Methoden, die ja nicht ganz billig sind? Wenn Prävention eine staatliche Aufgabe ist und die Krankenkassen das umsetzen sollen, bleibt auch die Frage: Wer macht was? Soll der Kinderarzt das umsetzen oder der Hausarzt? Uns fehlt noch eine klare Struktur für die Verantwortlichkeit für die Prävention.

Erhoffen Sie sich vom geplanten Präventionsgesetz der Bundesregierung in Zukunft mehr Klarheit über diese Fragen?

Absolut. Es wäre die Aufgabe des Gesetzgebers, hier Strukturen zu schaffen. Am besten wäre es, wenn das ressortübergreifend gelöst würde und nicht allein die Aufgabe des Bundesministeriums für Gesundheit ist. Auch die Ressorts, die für Bildung und Wissenschaft zuständig sind, sollten das zu ihrer Aufgabe machen und flankierend entsprechende Modellvorhaben unterstützen, die dann in der Praxis umgesetzt werden können – das heißt, eine

sogenannte Implementationsforschung zu initiieren. Gesundheit, vor allem Prävention, bedarf einer gemeinsamen Anstrengung, im Land und im Bund. Deswegen braucht man auch den interministeriellen Dialog im Bildungsbereich.

Was können Ärzteverbände tun, um die Prävention bei Kindern und Jugendlichen zu verbessern?

Es ist eine ganz zentrale Frage, wer Verantwortung übernimmt. Berufsständisch organisierte Ärzte werden sich in Zukunft öffentlich mehr dazu äußern müssen, wie sie Prävention in ihrem Alltag umsetzen. Wie werden Hausärzte und Kinderärzte, die ja schon immer Prävention machen, das in Zukunft strukturierter machen? Inwieweit sind Präventionsleistungen in den Katalogen abgebildet? Ist das refinanziert? Wo finden sich die Methoden in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung wieder? Wie wird das im Medizinstudium gelehrt? Wir haben an der LMU das Thema Prävention zwar schon im Curriculum – aber welchen Stellenwert wird es da in Zukunft bekommen und wie werden dort aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse integriert? Für den Erwachsenenbereich gibt es da schon sehr viel, die Kinder- und Jugendlichen werden aber oft noch vergessen. Deswegen war es auch so wichtig, dass im Koalitionsvertrag die Kinder und Jugendlichen explizit genannt werden. Die Ärzteschaft muss klar sagen: Alle Arztgruppen, die mit Kindern und Jugendlichen oder mit deren Eltern arbeiten, sollten immer auch an die psychische Gesundheit der Kinder denken und sich dazu fortzubilden. Da kann man auch als einzelne Ärztin und als einzelner Arzt einiges erreichen und Weichensteller sein.

Mit Dr. Gerd Schulte-Körne sprach Dr. phil. Caroline Mayer

Weitere Infos: Die Abstracts zu den Vorträgen des Symposiums „Psychisch gesund aufwachsen“ sind im Internet unter: <http://www.kjp.med.uni-muenchen.de/symposium/abstracts.php> zu finden.

Diesen und weitere MÄA-Leitartikel finden Sie auch auf der Internet-Seite des ÄKBV unter www.aekbv.de > Münchener Ärztliche Anzeigen > MÄA-Leitartikel