

Foto: Adobe Stock/Irina Polonina

Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Entwicklungen der vergangenen Jahre, Herausforderungen und Chancen

Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen sind häufige Erkrankungen. Bei fast der Hälfte aller sich über die Lebensspanne entwickelnden psychischen Erkrankungen treten Symptome bereits bis zum 17. Lebensjahr auf. Seit der Covid-Pandemie hat sich die psychische Gesundheit junger Menschen verschlechtert. Auch wenn die dazu vorliegenden Versorgungsdaten epidemiologisch schwierig in Bezug auf kausale Zusammenhänge zu interpretieren sind, da es sehr unterschiedliche Einflussfaktoren für die Zunahme der Häufigkeit psychischer Erkrankungen im Gesundheitswesen gibt, so fällt doch auf, dass der Anteil der psychisch belasteten Minderjährigen nach der Pandemie nicht wieder auf das bereits vor der Pandemie hohe Niveau von circa 17 Prozent zurückgegangen ist.

In einer Ende 2025 vorgestellten Befragungswelle der Copsy-Studie gaben 23 Prozent der Befragten grundsätzliche Mental Health Probleme an, 25 Prozent berichteten über Ängste. Die berichtete Prävalenz depressiver Symptome war, verglichen mit den Zahlen vor der Pandemie, mit circa 15 Prozent unverändert. Die Copsy-Studie, beziehungsweise die damit eng in Verbindung stehenden Studien (Bella-Studie, Kindergesundheitsbericht) liefern bereits seit 2003 regelmäßig aktualisierte Daten zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.

Einer der Autoren dieser Publikation konnte 2022 einen Vergleich der Prävalenzen psychischer Erkrankungen nach dem ersten Jahr der Pandemie gegenüber dem Stand Ende 2019 auf Grundlage der Daten aus der ambulanten vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung publizieren. Die Versorgungsdaten zeigten neben einer erwarteten Zunahme vor allem bei sogenannten internalisierenden Störungen (zum Beispiel Ängste, depressive Störungen, Zwangsstörungen) auch Veränderungen, die höchstwahrscheinlich anderen Ursachen in Zusammenhang mit der Pandemie zuzuordnen sind, wie zum Beispiel ein drastischer Rückgang von alkoholbedingten Störungen. Es darf vermutet werden,

dass dies mit dem kompletten Wegfall zahlreicher Veranstaltungen zu tun hatte, bei welchen üblicherweise vermehrt getrunken wird.

Zunahme von Störungen der Geschlechtsidentität

Weiter fand sich in den Daten eine Zunahme der Diagnosehäufigkeit von Störungen der Geschlechtsidentität um circa 25 Prozent, die wohl kaum der Pandemie als Ursache zuzuordnen ist. Die Zunahme dieser Diagnosehäufigkeit dürfte vor allem Ausdruck sich verändernder gesellschaftlicher Bedingungen sein.

Viel Beachtung fanden die Daten des Kinder- und Jugendreports 2023 der DAK, der sich schwerpunktmäßig mit psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen befasste. Auch hier waren die Grundlagen reale Versorgungsdaten, diesmal aus dem Versichertenpool der DAK. Die Daten zeigten insgesamt einen leichten Rückgang der Diagnosehäufigkeiten im Jahr 2022 gegenüber 2021, das Niveau blieb aber gegenüber den Zahlen vor der Pandemie deutlich erhöht. Die Auswertungen der DAK zeigten dabei auch deutliche Zusammenhänge zu sozialen Faktoren. Im Gegensatz zu den Beobachtungen in der bevölkerungsbezogenen Copsy-Studie beziehungsweise der Bella-Studie und dem Kindergesundheitsurvey des Robert-Koch-Instituts, in denen immer wieder deutlich wird, dass ein niedriger sozioökonomischer Status mit einem schlechteren psychischen Wohlbefinden und erhöhten Krankheitsrisiken einhergeht, zeigen die Daten der DAK ein statistisch höheres Risiko einer Depressions-, Angststörungs- oder Essstörungsdiagnose bei Mädchen aus Familien mit höherem sozioökonomischen Status. Dies kann sehr unterschiedliche Gründe haben, es soll an dieser Stelle deutlich machen, dass die uns vorliegenden Daten sehr vorsichtig zu interpretieren sind.

„In den vergangenen drei Dekaden hat sich die Zahl der Versorgungsangebote bundesweit, so auch in Rheinland-Pfalz, in beeindruckendem Ausmaß erhöht.“

International: Krise der mentalen Gesundheit junger Menschen

Gleichwohl ist unbestritten, dass die berichtete psychische Belastung und die Zahl der F-Diagnosen (Psychische und Verhaltensstörungen) im Verlauf der vergangenen Jahre deutlich zugenommen haben. International wird von einer Krise der mentalen Gesundheit junger Menschen gesprochen. Wenn die Belastungen junger Menschen zu manifesten psychischen Erkrankungen führen, so hat dies für diese Personengruppe eine andere, meist dramatischere Bedeutung als für Erwachsene. Einerseits besteht bei jungen Menschen zwar noch ein größeres Entwicklungspotenzial als im späteren Leben, das heißt es können viele in dieser Lebensspanne auftretende Schwierigkeiten und Erkrankungen noch viel besser durch Reifungs- und Entwicklungsmöglichkeiten kompensiert werden, als dies später im Leben möglich sein wird.

Gleichzeitig haben aber Entwicklungshemmnisse aller Art in dieser besonders vulnerablen Lebensphase ein wesentlich größeres Potenzial, nicht mehr aufholbare Folgeschädigungen nach sich zu ziehen. Gelingt es wegen einer Erkrankung nicht, die alterstypisch erforderlichen Entwicklungsschritte zeitgerecht zu erreichen, so hat dies Auswirkungen auf die nachfolgend erforderlichen Entwicklungsschritte, die dann auch nicht gemacht werden können. Es ergeben sich Folgeprobleme, die wiederum zu Folgeerkrankungen oder zur Chronifizierung der bereits bestehenden Erkrankung führen.

Versorgungsangebote haben sich in beeindruckendem Ausmaß erhöht

In den vergangenen drei Dekaden hat sich die Zahl der Versorgungsangebote bundesweit, so auch in Rheinland-Pfalz, in beeindruckendem Ausmaß erhöht. Die Zahl der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und

Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist bundesweit allein zwischen 2015 und 2025 um circa 36 Prozent angestiegen, der Anstieg seit Beginn des Jahrtausends ist bundesweit wie auch in Rheinland-Pfalz noch wesentlich höher. Ebenso ist die Zahl der approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten seit Beginn des Jahrtausends beeindruckend gewachsen, nachdem 1998 die Berufe der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gesetzlich neu geregelt worden waren.

Auch die Zahl der stationären Behandlungsplätze ist in den vergangenen 25 Jahren in Rheinland-Pfalz enorm gewachsen. Bestehende Angebote wurden dabei ausgebaut, aber auch zahlreiche neue geschaffen. Die Verteilung im Bundesland ist wie in vielen anderen Bereichen auch, nicht homogen. Dies gilt gleichermaßen für den ambulanten wie auch für den stationären beziehungsweise teilstationären Bereich. Es gibt deutlich mehr Angebote in Nähe des Rheins, beziehungsweise insgesamt deutliche Unterschiede zwischen Stadt und Land.

Sozialpädiatrische Zentren und der öffentliche Gesundheitsdienst besonders involviert

In der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen spielen neben Fachärztinnen und Psychotherapeuten weitere Beteiligte wesentliche Rollen. So werden sehr viele Diagnosen aus dem F-Kapitel der ICD 10 (Psychische und Verhaltensstörungen) durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin wie auch durch klassische Hausärzte gestellt. Besonders involviert in der Versorgung sind die sozialpädiatrischen Zentren, in denen vor allem Kinder mit sehr komplexen somatischen und damit einhergehend psychischen Erkrankungen gut versorgt werden, zum Teil auch der öffentliche Gesundheitsdienst. Zu nennen sind weiterhin die Reha-Kliniken, die in Rheinland-Pfalz ebenfalls zur Versorgung psychisch erkrankter Kinder- und Jugendlicher beitragen. Aus dem Bereich der Heilmittelerbringer spielen vor allem Ergotherapeuten eine wesentliche Rolle in der Versorgung.

Aber auch Angebote von außerhalb des Gesundheitswesens spielen eine oft zentrale Rolle in der Versorgung der jungen Menschen mit seelischen Störungen. Der Kinder- und Jugendhilfe ist der Kostenträger für Leistungen der Eingliederungshilfe bei seelischen Behinderungen von Kindern und Jugendlichen. Diese bietet aber auch unabhängig von medizinisch gestellten Diagnosen im Rahmen der Hilfen zur Erziehung viele wichtige Hilfen für seelisch erkrankte Kinder und Jugendliche und deren Familien an. Im Bereich



der Schule unterstützen die Angebote der Schulsozialarbeit und der Schulpsychologie, für sehr junge Kinder spielt die Frühförderung eine wichtige Rolle. Darüber hinaus gibt es zahlreiche weitere Berufsgruppen und Institutionen, die in die Versorgung mit involviert sind.

Gründe für Zunahme von psychischen Störungen

Die gesellschaftliche Akzeptanz, zumindest die Achtsamkeit in Bezug auf psychisches Befinden, Mental Health und psychische Erkrankungen hat sich in den vergangenen Jahrzehnten deutlich verändert. Ein früher, sehr deutlicher Wendepunkt im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen stellt die Psychiatrie-Enquête des Deutschen Bundestags in den frühen 1970er-Jahren dar. Sie zog eine wesentliche Veränderung nach sich, indem sie einen wichtigen Grundstein legte zu einer gemeindenahen Versorgung psychisch erkrankter Menschen.

Sozialpsychiatrische wie auch psychotherapeutische, aber auch medikamentöse Behandlungsansätze wurden in den folgenden Jahrzehnten wesentlich verbessert und schufen neue Möglichkeiten. Anti-Stigma-Arbeit unterstützte die öffentliche Akzeptanz psychischer Erkrankungen. Versorgungsangebote in allen Bereichen wurden ausgebaut, sehr stark im Gesundheitssystem, aber auch außerhalb. Die Entwicklungen in Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie stellen eher einen besonderen Kristallisationspunkt dar, anhand welchem für die gesamte Menschheit die Fragilität unserer Lebensbedingungen erkennbar oder vielleicht auch einfach nicht mehr ignorierbar wurden.

Das deutsche Gesundheitswesen hat insgesamt viele Fortschritte hervorgebracht, so auch im Bereich der Versorgung von jungen Menschen mit psychischen Erkrankungen. Es wird aber nicht einfach wie bisher weitergehen. Die Begrenztheit unserer Ressourcen muss mehr als bislang in den Blick genommen werden. Auch die Begrenztheit der Ressourcen ist nicht neu, wir erleben sie nur bewusster. Darin stecken viele Chancen. Ein zentraler Punkt bei dem Versuch, diese Chancen zu nutzen, steckt in der Vernetzung und Kooperation bereits bestehender Angebote und in einer verbesserten Steuerung der Versorgung.

Weitere Entwicklungen, Herausforderungen und Chancen

Seit Beginn dieses Jahrtausends gibt es gesetzgeberisch deutlich erkennbare Versuche, die verschiedenen Versorgungsbereiche besser zu koordinieren, für mehr Kooperation der verschiedenen Bereiche zu sorgen. Erste, noch nicht nachhaltige Gehversuche in Bezug auf die Angebote für psychisch Erkrankte waren zum Beispiel das „Mainzer Netz für seelische Gesundheit“, in dem versucht wurde, im Rahmen der sogenannten integrierten Versorgung, sektorverbindend

zu arbeiten, gemeinsame Angebote in Krankenhaus und im Niedergelassenenbereich zu etablieren. Die Möglichkeiten zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung sind im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich deutlich breiter angelegt als im somatischen. Die Erfahrungen mit den Psychiatrischen Institutsambulanzen haben zu analogen Regelungen im Bereich Pädiatrischer Institutsambulanzen geführt, zu einer wirklichen Verbesserung der sektorverbindenden Zusammenarbeit hat dies aber noch nicht führen können.

Seit einigen Jahren gibt es zumindest rechtlich die Möglichkeit, schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche stationsäquivalent zu behandeln. Mit der stationsäquivalenten Behandlung (STAEB) soll die Möglichkeit einer „quasi stationären“ Behandlung direkt im häuslichen Umfeld der Betroffenen geschaffen werden. Die Umsetzung gestaltet sich aus verschiedenen Gründen noch sehr schwierig. Der Gedanke einer sektorverbindenden Zusammenarbeit ist in den Planungen noch nicht optimal umgesetzt.

Kooperationsmöglichkeit an der Behandlung beteiligter Berufsgruppen geschaffen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KJ-KSVPsych-RL) eine weitere Möglichkeit zur Kooperation der verschiedenen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen geschaffen. Die Richtlinie ist noch sehr neu, man wird abwarten müssen, welche Wirkung sie entfalten kann. Auch hier könnte die sektorverbindende Arbeit noch weiter gestärkt werden, als dies in der vorliegenden Richtlinie gelungen ist. Immerhin, sowohl STAEB als auch die KJ-KSVPsych-RL bieten sinnvolle Entwicklungsmöglichkeiten. Für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen spielen, wie bereits eingangs beschrieben, viele weitere Player zentrale Rollen und übernehmen regelmäßig wichtige Aufgaben zur Erhaltung und Verbesserung der psychischen Gesundheit. Es ist dringend erforderlich, die Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe zu verbessern. Der G-BA hat mit der KJ-KSVPsych-RL versucht, soweit ihm dies möglich ist, den Bereich des SGB-VIII (Kinder- und Jugendhilfe) mit einzubeziehen, diesen Bereich mitzudenken. Es braucht hier aber sehr klar auch ein Zugehen der Kinder- und Jugendhilfe auf das Gesundheitssystem. Es gibt, gesetzlich im SGB-V geregelt, Ansätze zur geregelten Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen im Kinderschutz. Auch hier sind wir im Gesundheitswesen auf die Kooperationsbereitschaft der Jugendhilfe angewiesen.

Zusammenarbeit mit dem Schulsystem nicht geregelt

Wirkliche Regelungen für eine Zusammenarbeit des Gesundheitssystems mit dem System Schule gibt es nicht. Die neue Schulordnung für den inklusiven Unterricht an öffentlichen Schulen in Rheinland-Pfalz bietet für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen viele Möglichkeiten zur Unterstützung. Aktuell scheint sie allerdings eher noch mit dazu beizutragen, die Ressourcen im Gesundheitssystem weiter zu belasten und die Nachfrage bei Kinder- und Jugendpsychiatern und Therapeuten zu erhöhen.

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass es nicht erst seit der Pandemie, aber seitdem verstärkt eine Zunahme der Bedeutung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen gibt. Es gibt in Deutschland und so auch in Rheinland-Pfalz ein sehr differenziertes Angebot an Hilfen für die betroffenen jungen Menschen und gleichzeitig nimmt der Anmeldedruck auf die einzelnen Anbieter stetig zu. In der Bevölkerung besteht eher der Eindruck des Versagens des Versorgungssystems, was überhaupt nicht mit dem stattgehabten Ausbau der Angebote und Möglichkeiten korreliert.

Bessere Steuerung der bestehenden Angebote nötig

Wie in anderen Bereichen der Medizin auch dürfte ein zentraler Lösungsansatz in einer besseren Steuerung der bestehenden Angebote sein. Steuerung kann dabei nicht bedeuten, dass einfach eine Steuerungsinstanz geschaffen wird.

Steuerung muss heißen, dass vor allem die Kooperation neben der Koordination viel stärker in den Blick genommen wird und strukturell wie monetär unterstützt wird. Durch eine Verbesserung der Kooperation könnten unnötige Wiederholungen von Untersuchungen und Doppelbehandlungen reduziert werden und was Ressourcen für neue Patientinnen und Patienten schafft. Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen ist in der Regel eine multimodale und multiprofessionelle. Ressourcenersparnis gäbe es nicht nur durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen, sondern vor allem durch eine frühzeitige, leitliniengerechte und den Bedarfen des einzelnen Patienten besser angepasste koordinierte und kooperative Diagnostik und Behandlung.

Gerade im Bereich psychischer Erkrankungen junger Menschen muss zuletzt noch die Prävention herausgehoben werden. Sie ist eine zentrale gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die wir immer wieder fordern müssen, wenn wir nicht Teil eines letztlich „krank machenden Systems“ wider Willen sein wollen. Wir haben ein starkes Gesundheitssystem mit vielen Möglichkeiten, die uns in die Lage versetzen, dem enormen Ansturm hochbelasteter junger Menschen wirksam zu begegnen.

Literatur bei den Autoren

Autoren



Foto: ZAP Mainz

Dr. med. Dipl.Kfm. (FH) Gundolf Berg
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Zentrum für ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Mainz
Vorsitzender Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP eV)



Foto: ZAP Mainz

Dr. Christiana Kordel
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Zentrum für ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Mainz

KV RLP: „Ambulante Versorgungslage der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist als prekär einzustufen“

Die Anzahl der Diagnosen von psychischen Erkrankungen im ambulanten Bereich in Rheinland-Pfalz ist in den vergangenen Jahren gestiegen, besonders im Bereich der Kinder und Jugendlichen – das haben Auswertungen der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) gezeigt. Wie die Versorgungslage der Kinder- und Jugendpsychiatrie aktuell aussieht, beschreibt die KV RLP auf Nachfrage des Ärzteblatts Rheinland-Pfalz.

Wie bewertet die KV RLP die Versorgungslage der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rheinland-Pfalz?

Die ambulante Versorgungslage der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rheinland-Pfalz ist als prekär einzustufen. So ist die Anzahl der Diagnosen von psychischen Erkrankungen im ambulanten Bereich in Rheinland-Pfalz insbesondere im Bereich der Kinder und Jugendlichen gestiegen. Die Wartezeiten auf einen langfristigen Therapieplatz verlängern sich ebenfalls stetig.

Welche Entwicklungen beobachtet die KV RLP in diesem Bereich?

Die KV RLP untersucht seit einigen Jahren den zeitlichen Abstand von der ersten probatorischen Sprechstunde in einer Praxis bis zur Aufnahme einer regulären Psychotherapie. Im Auswertungszeitraum 2021 zu 2023 stieg diese Wartezeit bei den unter 18-Jährigen von 134 auf 143 und bei den Erwachsenen von 114 auf 121 Tage. Die Probatorik nutzt eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut, um eine ausführliche Diagnostik durchzuführen und zu klären, ob eine psychische Erkrankung vorliegt. Erst daran schließt sich die eigentliche psychotherapeutische Behandlung an. Der Bedarf wird also immer größer, doch das Angebot psychiatrischer Hilfe wächst nicht entsprechend mit. Zudem hat die ambulante Prävention psychischer Erkrankungen eine wesentliche Bedeutung. Gerade langfristige Rezidivprophylaxe-Strategien zur Verhinderung und Abmilderung von schweren, chronischen Verläufen sollten ermöglicht werden, auch um die direkten Kosten zu reduzieren.

Wie viele psychotherapeutische Sitze fehlen in der ambulanten Versorgung?

Nach Kenntnisstand der KV RLP fehlen in Rheinland-Pfalz rund 200 psychotherapeutische Sitze in der ambulanten Versorgung. Mindestens 50 Sitze sind der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen zuzurechnen. Nach der aktuellen Bedarfsplanung sind allerdings fast alle Sitze besetzt.

Wie könnte diese Lücke geschlossen werden?

Aus Sicht der KV RLP muss die Bedarfsplanung an die Versorgungsrealität angepasst werden. So könnten beispielsweise neue Sitze geschaffen werden, indem man kreisfreie Städte als selbstständige Regionen ausweist. Dies würde für die Patientinnen und Patienten geringere Wartezeiten und kürzere Wege bedeuten. Weitere Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die gerne gesetzlich Versicherte versorgen würden, werden mit der aktuellen Bedarfsplanung an einer Niederlassung gehindert.

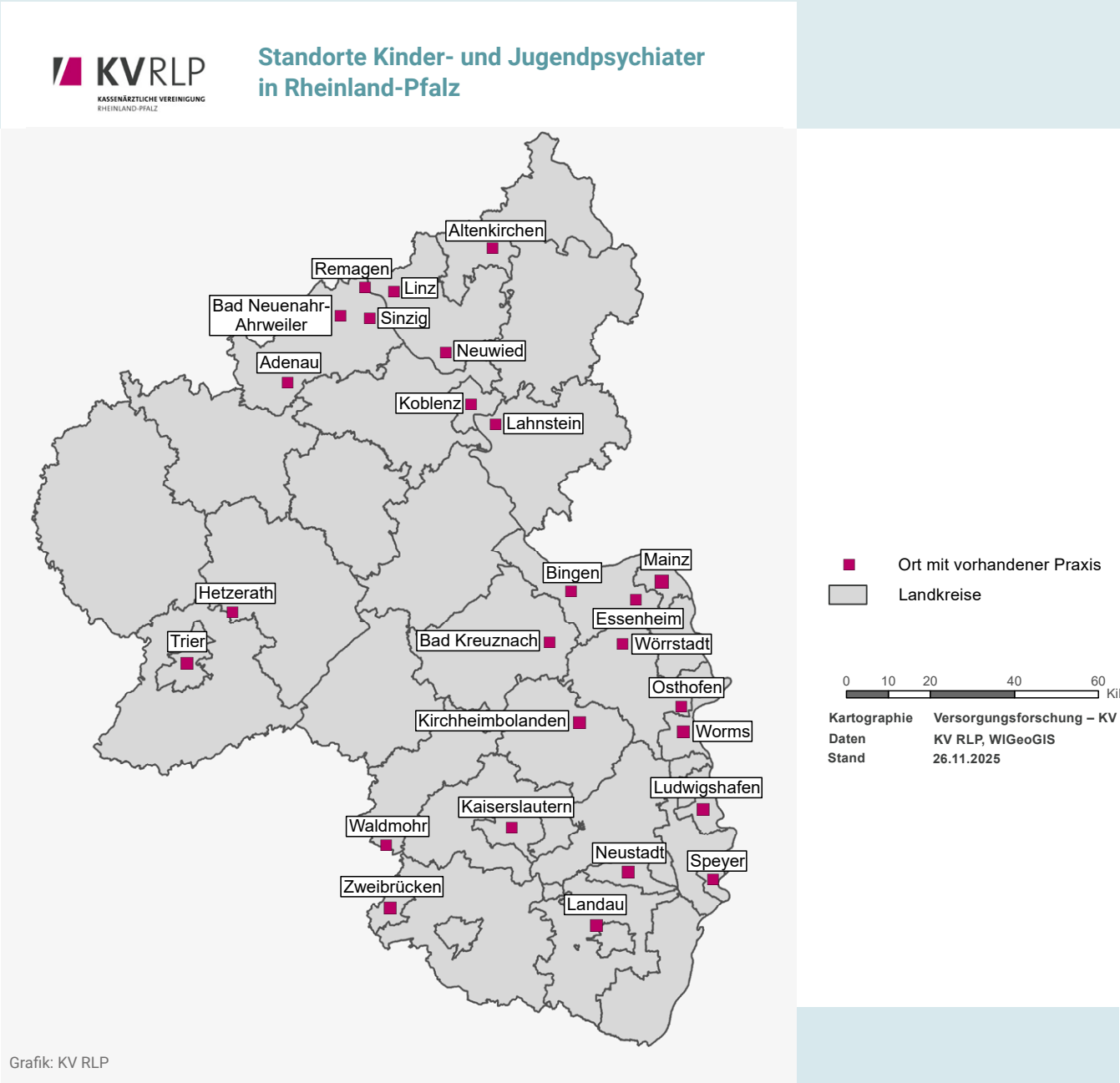
Wie gestaltet sich die Nachwuchsfindung?

Die Nachwuchsgewinnung stellt die KV RLP vor eine große Herausforderung, der sie mit verschiedenen Maßnahmen entgegentritt. So werden junge Ärztinnen, Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten seitens der KV RLP mit einer Vielzahl an Beratungs- und Förderangeboten unterstützt. Ein effektives Instrument ist zumeist, sich den Nachwuchs frühzeitig, das heißt in der fachärztlichen Weiterbildung, in die eigene Praxis zu holen und auszubilden. Die KV RLP unterstützt dies finanziell. Der Förderzuschuss soll helfen, die personellen und zeitlichen Aufwände der weiterbildenden Praxis abzudecken, die aus der Beschäftigung der Ärztin oder des Arztes in Weiterbildung entstehen. Bei der Weiterbildung sind hier bis zu 5.800 Euro monatlich für eine Vollzeitstelle möglich.

Inwieweit nimmt die Weiterbildung eine Schlüsselrolle bei der Nachwuchsfindung ein?

Die KV RLP sieht die Weiterbildung als ein Schlüsselinstrument für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung und begrüßt insbesondere die Gründung von Weiterbildungsverbünden. Diese bieten eine fachärztliche Weiterbildung aus einer Hand und ermöglichen dem Nachwuchs, sich auf seine fachärztlichen Inhalte zu konzentrieren. Beispiele sind der Weiterbildungsverbund Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie der Weiterbildungsverbund Psychiatrie, den die Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie in Mutterstadt und die Stadtklinik Frankenthal gegründet haben.

Die Fragen stellte Michaela Kabon.



WEITERBILDUNGSVERBUND

Weiterbildungsverbund Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wurde mit acht Weiterbildungsstätten im September 2023 gegründet. Mittlerweile gehören dem Verbund 17 Weiterbildungsstätten an, darunter sechs Krankenhäuser und elf Praxen. Freie Weiterbildungskapazitäten sind auf Absprache vorhanden.

Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen: „Alle evolutionären Gesetze werden ausgehebelt“

In seinem Sprechzimmer im ersten Stock der Rheinhesen-Fachklinik in Mainz sitzt ein rosa Plüsch-Elefant auf dem Boden: „Das ist der Elefant im Raum“, sagt Univ.-Prof. Dr. Dipl.-Psych. Michael Huss und lächelt. In den Terminen als Kinder- und Jugendpsychiater mit seinen Patienten bleiben Probleme jedoch nie unausgesprochen. Obwohl Huss mittlerweile mehrere Kliniken leitet, reserviert er sich möglichst 20 Prozent seiner Zeit für persönliche Patientenkontakte, „besonders für komplexe Fälle“, wie er sagt. Auch für das Gespräch mit dem Ärzteblatt hat er sich eine Stunde Zeit genommen. Huss nimmt einen Schluck Wasser, und schon kann es losgehen mit dem Interview zum Thema Essstörungen.

Herr Professor Huss, Sie kümmern sich seit vielen Jahren um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die von Essstörungen betroffen sind. Gibt es ein persönliches Erlebnis, das Sie besonders geprägt hat?

Prof. Huss: Ja, da gibt es eine Reihe von Erlebnissen – in positiver wie negativer Hinsicht. Persönlich betroffen gemacht hat mich eine erwachsene Patientin, die seit ihrem 16. Lebensjahr zunächst von einer Bulimie, dann zunehmend von Begleiterkrankungen betroffen war, die ich nach einem meiner Vorträge kennengelernt hatte und die im weiteren Verlauf trotz vielfältiger Hilfsangebote und Maßnahmen verstorben ist. Es ist eindrücklich zu erleben, wie es ist, wenn die Behandlung nicht gelingt, wie katastrophal es ist, wenn eine Krankheit chronifiziert und dann den Tod zur Folge hat. Das hat mich sehr geprägt.

An was denken Sie in positiver Hinsicht?

Ich werde nie vergessen, wie eine Patientin, die wir in einem extrem kritischen Zustand über lange Zeit behandelt haben, irgendwann als Medizinstudentin in meiner Vorlesung saß. Als es dann um Essstörungen ging, hat sie mir kurz zugezwinkert. Und wahrscheinlich waren in diesem Moment

nur uns beiden bewusst, was es bedeutet, diese Erkrankung überwunden oder zumindest in den Griff bekommen zu haben. Sie ist einen ganz tollen Weg gegangen. Zum Glück gibt es, mit viel Aufwand und Einsatz durch die Patientinnen selbst, ihre Familien und unsere Behandlung genug Erfolgserlebnisse. Sonst würden wir als Therapeuten und Ärzte das so nicht aushalten.

Wie haben sich generell die Fallzahlen von erkrankten Heranwachsenden in Rheinland-Pfalz entwickelt?

Prof. Huss: Das ist schwer zu sagen und epidemiologisch fast nicht abbildbar, weil wir keine Verlaufsdaten haben. Die Daten der KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts legen aber nahe, dass es in einigen Bereichen eine Zunahme von psychischen Erkrankungen gibt. Wenn wir uns anschauen, wie viele Behandlungen von Patienten in Anspruch genommen werden und wie lange die Wartelisten sind, können wir allerdings sagen, dass die Zahlen konstant ansteigen.

Gehen alle Fallzahlen kontinuierlich nach oben?

Prof. Huss: Nein, es gibt auch Konstanten oder Bereiche, in denen sich vor allem dann etwas ändert, wenn wir die Diagnosekriterien von ICD10 auf ICD11

erweitern, zum Beispiel bei Autismus. Aber manche Bereiche sind unter dem Eindruck der Corona-Pandemie immer stärker in den Fokus gerückt, so wie zum Beispiel die sogenannten internalisierenden Störungen wie Depressionen, Ängste, aber auch selbstverletzendes Verhalten oder eben auch die Essstörungen.

Essstörungen rangieren seit der Corona-Zeit an dritter Stelle hinter ADHS und Angststörungen. Was ist da passiert?

Prof. Huss: In der Wissenschaft ist es immer schwierig, nachträglich Erklärungen zu finden. Zunächst sieht man das Phänomen und rätselt. Statistisch gesehen ist es so: Je näher Sie an der Geburt sind und je mehr eine genetisch-biologische Prägung einer Erkrankung eine Rolle spielt, also klassischerweise ADHS und Autismus, desto mehr Jungs sind betroffen. Und je mehr gesellschaftliche Faktoren eine Rolle spielen, desto stärker sind die Frauen benachteiligt. Das geht dann besonders in der Pubertät mit den Essstörungen oder auch Depressionen los. Und die Pandemie war sehr stark gesellschaftlich geprägt durch den Lockdown und wirkte sich demnach besonders negativ auf die Mädchen aus. Es scheint aber auch eine zusätzliche



Foto: Christopher Schäfer

infektiologisch-immunologische Komponente hinzugekommen zu sein ...

Was meinen Sie damit?

Prof. Huss: Es gibt eine wissenschaftliche Arbeit über die psychopathologischen Mechanismen – über die Immunantwort nach einer Virusinfektion über den Nervus vagus – die indirekt das Gehirn beeinflussen. Und es gibt generell einen postinfektiösen Anstieg von psychischen Erkrankungen. Das ist nichts Ungewöhnliches. Aber dieser Flächenbrand durch die Pandemie mit den sozialen Einschränkungen durch den Lockdown hatte schon außergewöhnlich große Auswirkungen.

Verändern sich die Arten von Essstörungen?

Prof. Huss: In den vergangenen Jahren sind die sogenannten Binge-Eating-Disorders in unseren Fokus gerückt. Die sind nicht neu, aber wir klassifizieren sie anders. Grundsätzlich gibt es drei große Essstörungscluster: zum einen die Anorexia-Nervosa. Das sind stark abgemagerte Patientinnen und Patienten, die meist sehr kachektisch (also stark abgemagert) in Erscheinung treten. Die Patientinnen und Patienten mit Bulimia-Nervosa sind dagegen in der

Regel normalgewichtig und sind beim Erstaufreten etwas älter, zeigen mehr Suchterkrankungen, Aggressionen und selbstverletzendes Verhalten. Und schließlich gibt es die schon erwähnte Bing-Eating-Disorder. Diese Patientinnen und Patientin sind meist deutlich übergewichtig, weil sie phasenweise extreme Kalorienmengen zu sich nehmen, ohne zu erbrechen.

Wie kann man sich das vorstellen?

Prof. Huss: Die Patienten kaufen ganz viel Essen, was sie bis in die Verschuldung treiben kann. Sie legen große Mengen an Nahrungsdepots an, setzen sich hin und essen heimlich abends massiv über das Völlegefühl hinaus bis in den Ekel hinein und können nicht aufhören. Sie übergeben sich aber nicht und nehmen stattdessen massiv zu. Sie schämen sich und ekeln sich vor sich selbst und leiden unter einem negativen Selbstbild. Sie fühlen sich willensschwach und bekommen durch ihre Körperfülle häufig in der Gesellschaft negatives Feedback. Egal, welche Form von Essstörung vorliegt: Alle Patientinnen und Patienten brauchen in der Regel umfassende Hilfen.

Sie behandeln Menschen, die zu viel essen und solche, die zu wenig essen. Wie geht das zusammen?

Prof. Huss: Wir können beide Gruppen meist nicht zusammen behandeln, weil es zu ungünstigen Interaktionsmustern mit wechselseitiger Entwertung kommen kann. Wir haben deshalb verschiedene Spezial-Sprechstunden und Gruppenangebote.

Welche Rolle spielt der Trend zu einem möglichst perfekten und sportlichen Körper?

Prof. Huss: Es gibt sehr viele essensbezogene Extreme, die alle einen Suchtcharakter entwickeln können. Das kann zum Beispiel das krankhafte Streben nach bestimmten Körperformen wie einem Waschbrettbauch oder einem Oberkörper in Trapezform sein, dass man also viel Muskelmasse und kein Fett hat. Die Patienten bauen mit Proteinen Muskeln auf, hungern und entwässern parallel, damit dann die Haut wie ein Pergament über dem Körper klebt, sodass man jede einzelne Vene sieht. Das kann suchthaften Charakter annehmen. Sie manipulieren durch Ernährung, Sport oder Medikamente ihren Körper in eine bestimmte Richtung.



Durch Diäten beispielsweise?

Prof. Huss: Ja, wir nennen das Orthorexie, Diäten, die vermeintlich positiv sein sollen, in Wirklichkeit aber oft recht rücksichtslos gegen die eigene Gesundheit gerichtet sind. Dabei werden bestimmte Nährstoffe weggelassen oder eine sehr einseitige Ernährung durchgeführt. Auch das kann einen suchtartigen Charakter annehmen und hat dann mit einer gesunden, ausgewogenen Ernährung nichts zu tun.

Warum sind diese Menschen als psychisch krank definiert?

Prof. Huss: Sie unterwerfen ihr Verhalten und ihr Aussehen allem. Sie können dann nicht einfach irgendwo essen gehen oder sie können nicht überall Urlaub machen oder sie können sich mit bestimmten Menschen nicht treffen. Die Krankheit dominiert ihr Verhalten und beeinflusst die soziale Teilhabe. Teilweise verbirgt sich auch hinter exzessivem Sport und Bewegungsdrang eine Anorexie.

Spielen Schönheitsideale, transportiert durch Social Media, heute eine größere Rolle als früher?

Prof. Huss: Ja, Körperbildschemen und Schönheitsideale werden natürlich massiv durch Social Media getriggert, und damit wirken sie auch pathogen auf die Essstörungen. Und dies geschieht aktuell sehr stark. Das ist ein quantitatives, aber auch ein qualitatives Problem. Früher gab es einzelne, weithin bekannte Schönheitsideale wie zum Beispiel Sophia Loren. Man kannte die Person zwar nicht persönlich, sondern von Fotos, aber es gab sie tatsächlich – ganz natürlich. Jetzt haben sie eine real lebende Person und die wird dann mit Fotoprogrammen nachbearbeitet. Die Personen gibt es so also gar nicht. Oder sie sind sogar von Künstlicher Intelligenz erschaffen worden.

Helfen könnten Influencer, die gegensteuern ...

Prof. Huss: Richtig. Entscheidend sind Botschaften von Gleichaltrigen. Ein

Influencer, der das richtige Mindset vermittelt, ist hochpräventiv. Früher hat die Sängerin und Schauspielerin Yvonne Catterfeld auf der Station ihre Klamotten verschenkt. Und in dem Moment hat sich die Patientin mit Anorexie gesagt: „Die sieht richtig gut aus, aber die Jeans, da passe ich zweimal rein. Mit anderen Worten: Man kann also offenbar erfolgreich sein, auch wenn man selbst nicht super-schlank ist.“

Stichwort Prävention. Seit 2009 läuft das Projekt „Mai-Step“, das Mainzer Schulprojekt zur Essstörungsprävention, bei dem Lehrkräfte, Sozialarbeiter und Schulpsychologen geschult werden und das Thema den Kindern nähergebracht wird. Ist der Erfolg empirisch zu messen?

Prof. Huss: Ja, ein Mitarbeiter hat die Wirksamkeit in einem Kontrollgruppendesign nachgewiesen. Besonders groß sind die Effekte bei Präventionsprogrammen allerdings nie. Das Entscheidende ist, dass wir Wissen zur Akzeptanz des eigenen Körpers vermitteln, wie auch das Wissen darüber, wie wir zum Beispiel durch soziale Medien negativ beeinflusst werden können. Aber auch, dass man Body-Shaming-Mechanismen ersetzt durch Selbstakzeptanz, sodass Kinder und Jugendliche ein liebevolles, wertschätzendes Verhältnis zu ihrem eigenen Körper bekommen, das die Funktion mit ins Auge nimmt, nicht nur das Aussehen. Motto: Selbst wenn der Körper nicht perfekt geformt ist, ist es durchaus sehr viel wert, wenn man gesund und belastbar ist.

Kommen wir zur Behandlung von Essstörungen. Sie sprechen von „Kompromissen“ mit ihren Patienten. Brauchen Menschen, die sich komplett unnatürlich ernähren, nicht klare Ansagen?

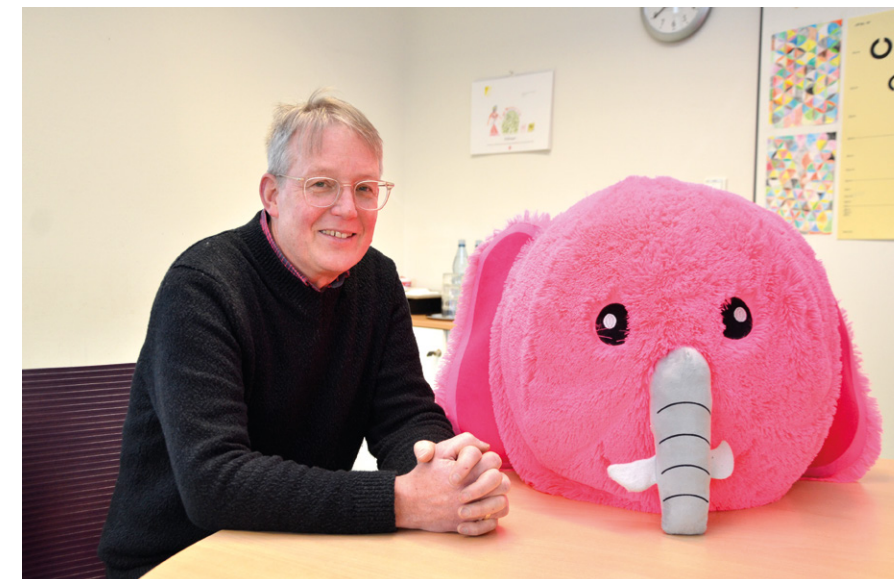
Prof. Huss: So habe ich früher auch gedacht. Und es wurde früher so praktiziert, dass man Patienten mit Anorexie nach dem Essen unter Aufsicht vor den Stützpunkt gelegt hat, wo sie mindestens eine Stunde beobachtet wur-

den, damit sie die gerade zugeführten Kalorien nicht gleich wieder abtrainieren konnten oder nicht auf die Toilette gehen konnten, um sich dort zu erbrechen. Das war eine Form von Zwang, die wir heute kritisch hinterfragen würden. Das erzeugt natürlich einen wahn-sinnigen emotionalen Druck. Ein Kompromiss heute wäre, zu sagen: „Wenn du jetzt deine Gymnastikübungen machen willst, rechnen wir mal aus, verbrauchst du so und so viele Kalorien. Lass uns doch Folgendes machen, du isst 500 Kilokalorien mehr und dann darfst dafür eine halbe Stunde Sport machen. Du kannst dich bewegen und wir sind in der normalen Bilanz.“ Die meisten Patientinnen gehen auf diesen Deal ein, weil sie sich dann wohler fühlen. Bezüglich der Kalorienbilanz ist das ausgeglichen. Grundsätzlich ist es aber gesund, sich zu bewegen, so dass dies einen sinnvollen Kompromiss auch in Hinblick auf die Vorbeugung von Osteoporose darstellt. Wir haben so eine Übereinkunft mit den Patienten, und die Stimmung auf der Station ist besser.

Gibt es für Anorexia-Nervosa und Bulimia-Nervosa einen Königsweg der Behandlung?

Prof. Huss: Nein. Die Krankheit ist wie eine Art „Gegner“, der recht rücksichtslos kämpft. Schlimmer geht es eigentlich kaum. Alle evolutionären Gesetze werden ausgehebelt. Eigentlich sind wir Menschen geschützt vor dem Verhungern. Menschen mit Anorexie können quasi vor einem voll gedeckten Tisch sitzen und verhungern trotzdem. Dieser Gegner kämpft mit Waffen, die sind radikaler, die sind kompromissloser als wir. So wollen wir gar nicht sein. Deswegen dürfen wir Behandelnden auch nicht nachtragend sein oder es persönlich nehmen, wenn uns die Patienten austricksen. Wir müssen sagen: „Die Krankheit war jetzt wieder stärker, jetzt versuch du selbst noch mal, etwas dagegen zu tun.“

Foto: Christopher Schäfer



Univ.-Prof. Michael Huss mit dem rosa Elefanten in seinem Büro.

Wie sieht es mit Medikamenten aus?

Prof. Huss: Wer wie die Krankheit die Evolution aushebeln kann, der kann auch jedes Medikament im Grunde aushebeln. Wir haben Medikamente, die bei normalen Patienten zu einem deutlichen Übergewicht führen, zum Beispiel Olanzapin, ein Neuroleptikum, das eigentlich bei fast jedem zu einer deutlichen Gewichtszunahme führt. Bei Anorexie ist es nutzlos. Wir versuchen auch, über die Gabe von Ovulationshemmern oder Geschlechtshormonen die Regelblutung zu imitieren oder man versucht, vor Knochenabbau zu schützen durch Vitamin D-Gabe. Und wenn jemand sehr depressiv oder zwanghaft ist, versucht man mit Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern noch zu stabilisieren. Aber es gibt kein Medikament, das wirklich kausal positiv auf die Anorexie wirkt.

Also bleibt Ihnen im Grund nur die Psychotherapie?

Prof. Huss: Ja, und wir haben jetzt ein großes Programm, die „Family-Based-Therapy“, bei dem wir in die Familien gehen, wo die soziale Komponente des Essens eigentlich angesiedelt ist, nämlich am Mittagstisch oder am Abendbrotstisch. Diesen Hebel wollen wir nutzen und die Familien gleichzeitig wieder funktionstüchtiger machen. Das wirkt erstaunlich gut.

Wenn Sie einen Patienten als geheilt entlassen, wie sieht es mit Rückfällen aus? Ist das vergleichbar mit einem trockenen Alkoholiker?

Prof. Huss: Es ist nicht ganz so radikal wie bei den trockenen Alkoholikern. Aber wir sehen, dass Patientinnen und Patienten mit überwundenen Essstörungen häufig ein Leben lang sehr kontrolliert essen. Das Essen bleibt ein großes Thema. Viele bekommen das aber hin und rutschen nicht mehr so extrem ab. Ein interessantes Phänomen ist, wenn man die Anorexie-Erkrankung im Griff hat, dann setzt die Regelblutung wieder ein und die rhythmischen Prozesse im Körper kommen wieder in Gang. Dazu eine interessante Beobachtung im Rahmen einer Schwangerschaft: Wenn der Körper im Rahmen der Schwangerschaft mehr Fülle angenommen hat, sinkt häufig auch die Wiedererkrankungsrate.

Sie sprechen von Patientinnen. Wie stark sind die Patientinnen prozentual vertreten?

Prof. Huss: Laut Studien kommen bis zu 19 Frauen auf einen Mann, die eine Essstörung haben. Aber es werden immer mehr Männer, wobei bei ihnen oft die beschriebenen Motive von Muskel- oder Körperformstreben im Vordergrund stehen.

ZUR PERSON

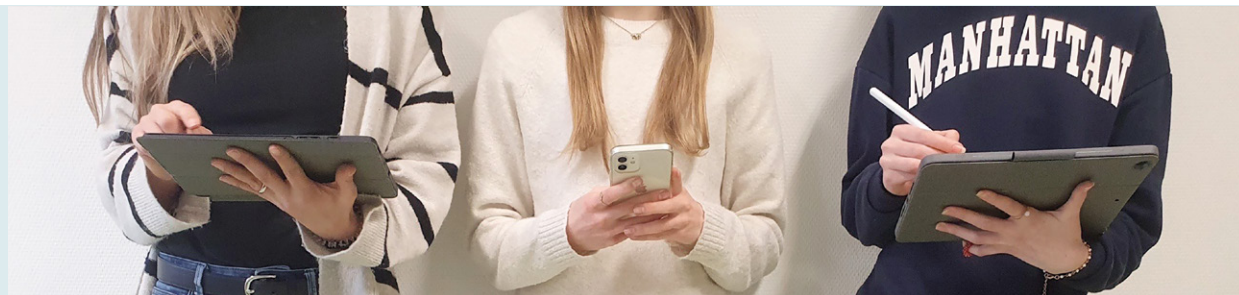
Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Huss ist Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz. Außerdem ist er Ärztlicher Direktor der Rheinhessen-Fachklinik Alzey sowie dort Chefarzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Huss ist Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Diplom-Psychologe und Psychotherapeut.

Wie kommen die Patienten zu Ihnen? Was erleben Sie dabei?

Prof. Huss: Ungewöhnliche Situationen gehören bei uns schon fast zum Alltag, wie zum Beispiel Menschen, die nur mal fragen wollen, ob es vielleicht im kommenden Monat einen Platz auf der Station geben könnte, vorher müsste aber noch ein sportlicher Wettkampf absolviert werden. Und dann sehen Sie die Patientin, die kaum noch die Treppe hochgehen kann. Das ist nicht zu verantworten. Viele kommen aus eigenem Antrieb, manche werden gebracht von der Familie, von Eltern, die in Sorge sind, die sagen, dass sie nicht mehr ruhig schlafen können. Sie müssen wissen: Das Herz wird bei starkem Untergewicht immer langsamer und schlägt dann manchmal nur noch 30 Mal pro Minute in der Nacht, teils sogar noch langsamer. Wenn Sie da Puls fühlen, fragen Sie sich schon fast: Kommt da noch ein weiterer Herzschlag? Die Hände sind eiskalt. Und das ist dann für das gesamte Umfeld spürbar und kritisch. Die Patienten sind körperlich sehr mitgenommen.

Das Interview führte Christopher Schäfer.

Digitales Leben und die Auswirkungen auf die seelische Gesundheit



Lernen, arbeiten, streamen, spielen oder einfach kommunizieren:
Die Nutzung digitaler Medien ist mittlerweile nicht mehr wegzudenken.

Foto: St. Marien- und St. Annastiftskrankenhaus

Die Entwicklungen im digitalen Zeitalter vollziehen sich rasant über die Anfänge des Internets in den 1990er Jahren über den Start von Social-Media-Plattformen ab circa 2000 bis heute, in dem Smartphones und KI eine multimediale scheinbar grenzenlose Kommunikation ermöglichen. Aufwachsen und Erziehung mit neuen Medien bringen gleichzeitig unter anderem Herausforderungen für Medienkompetenz, Kommunikationsverhalten, Sozialisationsprozesse und Sprachkultur mit sich. Digitale Medien sind aus entwicklungspsychologischer Sicht der größte neu aufgetretene Einflussfaktor auf die Kindheit und Adoleszenz in den vergangenen Jahrzehnten.

Für Deutschland führt das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters am UKE Hamburg mit der DAK-Gesundheit seit 2019 eine Längsschnittuntersuchung bei zehn- bis 17-Jährigen und deren Eltern zum Nutzungsverhalten von Gaming und Social Media, seit 2021 zusätzlich auch Streaming durch. Laut der DAK-Studie aus 2025 hat sich die Mediensucht unter Jugendlichen stark erhöht. 25 Prozent der Zehn- bis 17-Jährigen im Vergleich zu 11,4 Prozent (2019) nutzt soziale Medien problematisch, davon gelten 4,7 Prozent als abhängig. Zwölf Prozent der Jugendlichen nutzen Spiele problematisch, 3,4 Prozent pathologisch. Das Streaming-Verhalten zeigt konstante Werte, 16 Prozent der Jugendlichen nutzen es problematisch. Die durchschnittliche tägliche Nutzung von sozialen Medien liegt bei drei Stunden (plus 30 Minuten im Vergleich zu 2019). Beim Gaming verbringen Jugendliche 2,1 Stunden, beim Streaming 1,8 Stunden täglich. Erstmals wurde auch Phubbing (die unangemessene Nutzung des Smartphones in sozialen Situationen) untersucht: 35,2 Prozent der Jugendlichen fühlen sich durch Smartphone-Nutzung anderer ignoriert, was oft zu Konflikten, Erleben von Einsamkeit und Depression führt.

43 Prozent der Eltern stellen Bildschirmzeit bei Kindern ein

Der Medienpädagogische Forschungsverbund Südwest legt wiederholt Studien zur Mediennutzung von Kindern und Jugendlichen vor. Laut der KIM-Studie 2024 gibt es bei der elterlichen Medienbegleitung noch Verbesserungsbedarf. 43 Prozent der Eltern, deren Kinder ein eigenes Smartphone haben, stellen eine Bildschirmzeit ein, allerdings verzichten 55 Prozent der Eltern ganz auf technische oder begleitende Maßnahmen. Besonders auffällig ist die Entwicklung der Internetnutzung bei den Acht- bis Neunjährigen, deren tägliche Nutzung sich von 23 auf 40 Prozent von 2022 bis 2024 fast verdoppelt hat. Smartphones spielen dabei eine große Rolle: 46 Prozent der Kinder haben bereits ein eigenes Gerät.

Die JIM-Studie zeigt zudem einen Anstieg des Kontakts von Jugendlichen mit problematischen Inhalten im Internet. 61 Prozent berichten, im vergangenen Monat mit Fake News konfrontiert worden zu sein (2021: 42 Prozent). Auch die Wahrnehmung von beleidigenden Kommentaren (57 Prozent) und extremen politischen Ansichten (54 Prozent) ist gestiegen. Fast ein Drittel gibt an, bereits sexuell im Internet belästigt worden zu sein.

Der übermäßige Umgang mit digitalen Medien hat mittlerweile nachweisbare gesundheitliche Auswirkungen, die Teil des evidenzbasierten medizinischen Wissens sind. Zu den bekannten Schäden zählen verzögerte Sprach- und kognitive Entwicklung, beeinträchtigte exekutive Funktionen (Selbststeuerung, Emotionskontrolle), Bewegungsmangel, Haltungsschäden, Übergewicht, Bluthochdruck, Kurzsichtigkeit, Schlafstörungen und Prädiabetes. Seelische Auswirkungen umfassen ADHS, Ängste, Depressionen einschließlich Suizidalität und Sucht. Auch die Lebenszufriedenheit und Empathiefähigkeit verringern sich, was langfristig zu einer Schwächung gesellschaftlicher Werte führen kann. Die negativen Effekte sind besonders ausgeprägt bei jüngeren Kindern.

Diskutiert wird derzeit auch, ob früher Medienkonsum zu einer erhöhten Prävalenz von Autismusspektrumstörungen führt. Zusätzlich zu benennen wäre Phubbing als Form sozialer Interaktionsstörung zwischen Eltern und ihren Kindern. Medienkonsum kann durch eingeschränkte Responsivität und Sensitivität der Eltern negative Folgen für die Bindungs- und emotionale Entwicklung des Kindes haben.

Fulminant ist die derzeitige Entwicklung von KI. In Bezug auf den Einsatz von KI in der Schule gibt es durchaus positive Effekte wie Stressreduktion oder Erhöhung der Motivation durch positive Feedbacks durch KI-Chatbots. Leider zeigt sich schon die Tendenz, dass bis zu 25 Prozent der Schüler eine übermäßige Bindung zu Chatbots herstellen und so echte Freundschaften verdrängt werden, was wiederum zu sozialer Isolation und Einsamkeit führen kann. In Bezug auf Lernen besteht die Gefahr, dass nachhaltiges Lernen und echter Kompetenzerwerb gegen eine reine Sammlung von oberflächlichem Wissen getauscht werden, verbunden mit dem Risiko der Verringerung kognitiver Fähigkeiten, des Erinnerungsvermögens oder der Kreativität. Immer mehr Menschen suchen sich zudem persönliche Hilfe bei KI-Chatbots. Als problematisch wird angesehen, dass die KI eher belehrt und sogar schädliche Überzeugungen bestärkt.

Politik sieht dringenden Handlungsbedarf

Auch die Politik hat den dringenden Handlungsbedarf zum Kinder- und Jugendschutz in der digitalen Welt erkannt und eine Expertenkommission eingesetzt, die bis Herbst 2026 konkrete Handlungsempfehlungen erarbeiten soll. Auf EU-Ebene wird an einem verlässlichen Altersüberprüfungssystem gearbeitet. Die Initiative Smarter Start ab 14 hatte initial die Petition Social Media ab 16 nach australischem Vorbild in den Bundestag eingebracht. Neben der bereits dargestellten Suchtgefahr, den zunehmenden Risiken für Cybermobbing und -grooming (gezielte Manipulation Minderjähriger mit dem Ziel sexuelle Übergriffe bis hin zur Vergewaltigung zu begehen), Versagen des Jugendschutzes, Zugang zu sexuellen Inhalten beschreibt die Initiative vor allem das Alter zwischen zehn bis 14 Jahren als in Bezug auf Selbstwert und Identität vulnerable Phase. Wenn Fokussierung auf Aussehen, Likes und Follower auf seelisch instabile Heranwachsende trifft, erhöht dies das Risiko für das Auftreten von beispielsweise Essstörungen oder Depressionen. Gleichzeitig gibt es auch Hinweise auf positive Zusammenhänge wie Zugehörigkeitsgefühl, soziale Kontakte und ein besserer Selbstwert durch soziale Medien.

Literatur bei der Autorin

Mehr Informationen gibt es unter <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/027-075>, <https://bildschirmfrei-bis-3.de/>, www.klicksafe.de, <https://suchtpraevention.rlp.de/>, <https://nein-zur-digitalen-gewalt.de/rheinland-pfalz/>, <https://www.mediensuchthilfe.info/>, <https://www.smarterstartab14.de/>, <https://www.medien-kindersicher.de/startseite>, <https://www.mezizin.uni-tuebingen.de/de/ises-kids-onlinetraining>, <https://www.schau-hin.info/service/medienkurse-fuer-eltern>.

Foto: St. Marien- und St. Annastiftskrankenhaus



Alle hängen am Handy: Wenn die Nutzung des Smartphones in sozialen Situationen unangemessen ist, spricht man von Phubbing.



Foto: Schwarz

Autorin

Dr. Rebekka Schwarz
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Chefärztin
Klinik für Kinder-/Jugendpsychiatrie
St. Marien- und St. Annastiftskrankenhaus Ludwigshafen

Sucht bei Kindern und Jugendlichen – Herausforderungen und präventive Antworten

Suchtentwicklungen im Kindes- und Jugendalter stellen eine zentrale Herausforderung für Prävention, Versorgung und Kinder- und Jugendpsychiatrie dar. Neben substanzbezogenen Störungen gewinnen Verhaltenssüchte – insbesondere problematische Mediennutzung – zunehmend an Bedeutung. Die Suchtprävention in Rheinland-Pfalz verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz, der individuelle, familiäre und strukturelle Faktoren berücksichtigt und auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert. Der Beitrag beleuchtet zentrale Aspekte von Suchterkrankungen im Kindes- und Jugendalter und skizziert präventive Antworten aus rheinland-pfälzischer Perspektive.

Suchterkrankungen im Kindes- und Jugendalter umfassen substanzbezogene Störungen (zum Beispiel Alkohol, Cannabis, Nikotin) sowie Verhaltenssüchte wie Glücksspielsucht oder Gaming Disorder. Die Diagnostik erfolgt nach ICD-10 beziehungsweise ICD-11 anhand von Kriterien wie Kontrollverlust, Toleranzentwicklung, Entzugssymptomen, Vernachlässigung anderer Lebensbereiche und Fortsetzung trotz negativer Folgen.

Kontrovers diskutiert wird, ob die Diagnosenstellung einer chronischen Rückfallerkrankung bei unter 18-Jährigen sinnvoll ist. Vorteile liegen in der Orientierung für Fachkräfte, Betroffene und Familien sowie im frühzeitigen Zugang zu Hilfen. Eine klare Benennung kann entlastend wirken und den Behandlungsprozess strukturieren. Demgegenüber steht die Gefahr einer frühzeitigen Festschreibung in der Identitätsentwicklung. Aus suchtpreventiver Sicht kann eine zu starke Etikettierung kontraproduktiv sein, da sie Selbstwirksamkeit und Veränderungsmotivation beeinträchtigen kann. Eine reflektierte, entwicklungsangemessene Diagnostik ist daher zentral.



Logo: LSJV

Transgenerative Aspekte von Suchterkrankungen

Ein bedeutsamer Risikofaktor ist das Aufwachsen in suchtbelasteten Familien. Studien zeigen, dass Kinder aus solchen Familien ein deutlich erhöhtes Risiko für eigene Suchterkrankungen oder andere psychische Störungen haben. In Deutschland sind mehrere Millionen Kinder betroffen. Transgenerative Effekte äußern sich unter anderem in erhöhter psychischer Belastung, instabilen Bindungserfahrungen und eingeschränkten Bewältigungsstrategien.

Trotz guter Evidenz findet dieser Aspekt in der Versorgungspraxis noch zu wenig Beachtung. Aus präventiver Sicht ist es wünschenswert, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie das Thema „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ stärker systematisch berücksichtigt, etwa durch Sensibilisierung, Fortbildungen und strukturierte Kooperationen. „Kind s/Sucht Familie“ wäre beispielsweise ein geeigneter Zugang.

Aktuelle Entwicklungen: Alkohol- und Medienkonsum

Aktuelle Studien zeigen eine zunehmende Polarisierung im Gesundheitsverhalten Jugendlicher. Einerseits ist der Alkoholkonsum insgesamt rückläufig, der Anteil abstinenter Jugendlicher steigt. Andererseits verdichten sich riskante Konsummuster in bestimmten Gruppen mit multiplen psychosozialen Belastungen.

Parallel nimmt die Bedeutung digitaler Medien deutlich zu. Die KIM- und JIM-Studien zeigen steigende Nutzungszeiten, insbesondere bei sozialen Medien und Gaming. Exzessive Mediennutzung tritt häufig im Zusammenhang mit emotionalen Belastungen, schulischem Stress oder komorbiden psychischen Störungen auf. Die SINUS-Jugendstudien beschreiben eine wachsende „Schere“ zwischen ressourcenstarken, gesundheitsbewussten Jugendlichen und einer stärker belasteten Gruppe, die im kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungssystem überdurchschnittlich sichtbar wird.



Foto: Adobe Stock/AI Photo Stock mit KI generiert

Antworten der rheinland-pfälzischen Suchtprävention

Die rheinland-pfälzische Suchtprävention begegnet diesen Entwicklungen mit einer klaren ethischen Haltung, die auf Wertevermittlung, Beziehungsarbeit und Lebenskompetenzförderung basiert. Programme wie **Move – motivierende Gesprächsführung mit Jugendlichen, Kind s/Sucht Familie** und **Risflecting** stärken Selbstwahrnehmung, Emotionsregulation und soziale Kompetenz und setzen bewusst ressourcenorientiert an.

Ergänzend stehen Programme der Frühintervention zur Verfügung, darunter **Halt – Hart am Limit** im Alkoholbereich und **Fred** bei erstauffälligem Drogenkonsum. Zentrales Prinzip ist, dass wirksame Suchtprävention nicht aus Einzelmaßnahmen besteht, sondern aus einer in sich stimmigen, langfristigen Strategie.

In Rheinland-Pfalz wird diese durch über 40 **Regionale Arbeitskreise Suchtprävention** sowie durch Landesprogramme der Präventionsfachkräfte und der Regionalen Fachstellen Glücksspielsucht getragen, koordiniert durch den Fachbereich Suchtprävention im Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung. Wünschenswert ist eine stärkere dauerhafte Einbindung von Ärztinnen und Ärzten in dieses Netzwerk.

Erste Kooperationen bestehen bereits, etwa im Programm Kind s/Sucht Familie mit Kinderärzten sowie im Rahmen von Halt – Hart am Limit mit Krankenhäusern. Weitere Informationen finden sich unter <https://suchtprevention.rlp.de/>

Literatur bei der Autorin.



Foto: privat

Autorin

Corina Roth
Leitung Suchtprävention
Landesamt für Soziales,
Jugend und Versorgung
Rheinland-Pfalz

„In den Familien eskaliert es regelmäßig zu Hause“: Zwei Ärztinnen über die Behandlung junger ADHS-Patienten

Es klingt sehr liebevoll, wenn Dr. Natasja Brückner und Ramona Schumann über ihre Patienten sprechen besonders über ihre „Träumerchen“. Das sind vor allem Mädchen, die in der Schule nicht aufpassen können, weil sie unter dem Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) leiden. Darüber, über hyperaktive Kinder mit ADHS sowie über Diagnosen, Therapien und Beratungsangebote berichten die beiden Mainzer Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie im Interview.

Frau Dr. Brückner, Frau Schumann, ADHS ist in aller Munde – in den Medien wie in den Schulen. Es gibt Kritiker, die sagen, ADHS sei eine „Mode-Diagnose“. Was entgegnen Sie denjenigen?

Dr. Brückner: Diese Kritik erhalten wir Kinder- und Jugendpsychiater oft auch von den Schulen. Es gibt sehr konservative Lehrkräfte, die diese Diagnose komplett negieren und sich dementsprechend auch bei den Maßnahmen sehr zurückhalten. Das bedeutet, sie suchen nicht immer konstruktive Wege mit diesen Kindern. Andererseits gibt es auch Lehrkräfte, die sehr offen sind und unterstützende Maßnahmen mittragen. Wir haben früher die Diagnose in der Eltern-Generation der heutigen Kinder extrem selten und nur bei starker Ausprägung vergeben. Heutzutage wird mehr diagnostiziert, wodurch es auch scheinbar mehr „betroffene“ Patienten gibt. Ich denke, dass es früher mehr unentdeckte Fälle gab, sich also die tatsächliche Häufigkeit in der Bevölkerung nicht geändert hat.

Also gibt es aus Ihrer Sicht keine Überdiagnosen ...

Dr. Brückner: ... wenn man eine saubere Diagnostik macht, alle anderen möglichen Diagnosen ausschließt, dann dürfte es keine Über-Diagnosen geben. Sicherlich gibt es aber auch Phänomene, wie zum Beispiel viel Unruhe in den Schulklassen, die in der heutigen Zeit häufiger zu beobachten sind, weshalb vielleicht das Gefühl entsteht, dass auch Kinder da reinrutschen, die die Diagnose vielleicht nicht verdienen. Das könnte sein. Belege für diese These kenne ich aber nicht.

Die Übergänge zur „Normalität“ sind fließend. Wo genau beginnt für Sie ADHS in einem Zustand, sodass man die Krankheit behandeln muss?

Schumann: Es muss zunächst eine gesicherte Diagnose als Grundlage gestellt werden. Und eine Behandlung ist nötig, wenn das Kind in seinem Umfeld nicht mehr zurechtkommt und Leidensdruck hat, wenn es zum Beispiel heftige Konflikte im familiären Rahmen durch fehlende Impulskontrolle gibt oder auch, wenn es in der Schule keine guten Leistungen bringen kann, wenn es schulisch nicht tragbar ist. Das wäre der Moment, in dem eine Diagnose und eine adäquate Behandlung zwingend erforderlich sind.

Wie genau meinen Sie das, wenn ein Kind nicht mehr zurechtkommt?

Schumann: Es kann im Extremfall so sein, dass ein Kind überhaupt nicht beschulbar ist, dass es motorisch dermaßen unruhig, so impulsiv ist, dass es den ganzen Klassenablauf stört, so dass die Schulen dann auf Kurzbeschulung gehen oder eine Integrations-

kraft anfordern, um das Kind überhaupt beschulen zu können. Dann gibt es in abgeschwächter Variante die Kinder, die trotz guter Intelligenz einfach einen deutlichen Leistungseinbruch zeigen und einfach an ihr Potenzial nicht herankommen. Da ist der Leidensdruck hoch, und die schulische Laufbahn ist gefährdet. Das wäre auch ein Grund, adäquat zu behandeln.

Und wie sieht es in den Familien aus? Was erzählen Eltern, wenn sie zu Ihnen in die Praxis kommen?

Schumann: Das fängt direkt an beim Morgens-Fertigmachen. Dies gelingt kaum, es gibt viele Konflikte. Also ich schildere jetzt den Extremfall. Die Kinder brauchen permanente Begleitung, müssen teilweise angezogen werden, und alles ist immer auf den letzten Drücker. Das heißt, Eltern und Kinder sind quasi schon hochbelastet, bevor der Tag richtig startet. Dann kommen die Kinder nach Hause, haben oft die Hausaufgaben nicht aufgeschrieben, wissen nicht, was sie machen sollen oder es gab ganz viel Reglementierung durch die Lehrer. Das bedeutet, sie sind auch mittags belastet. Das Thema Hausaufgaben ist ein großes Konfliktfeld. Die Kinder sind erschöpft, können sich nicht gut konzentrieren. Eltern müssen auch da intensiv begleiten, obwohl sie auch gerade müde von der Arbeit gekommen sind. Somit eskaliert es in den Familien regelmäßig zu Hause.

Dr. Brückner: Abends sieht es dann so aus: Die Kinder haben eine gewisse „Power“, ein vermindertes Schlafbedürfnis, sie brauchen viel Regulaton, sind überdreht, kommen nicht zur



Foto: Adobe Stock/Anke Thomass

Ruhe. Wenn die Kinder dann zu Hause sind, stellen sie eine Dauerbeschäftigung für die Eltern dar, die viel Strukturierungsarbeit leisten müssen. Eltern kommen somit permanent an ihre Grenzen.

Schumann: Genau das ist das Problem. Die Kinder sind hoch impulsiv und wenig steuerungsfähig, sie haben oft eine emotionale Problematik. Das heißt, sie haben Schwierigkeiten, Emotionen zu erkennen und zu regulieren, was den Alltag dann nochmal anstrengender macht.

Sie sprechen das Ins-Bett-bringen an. Da denke ich an ein kleines Kind. Bis zu welchem Alter bestehen die Probleme Ihrer Erfahrung nach?

Schumann: Also die Schlafschwierigkeiten haben die Betroffenen oft auch als Jugendliche noch.

Dr. Brückner: Und dann kommt im Teenie-Alter das Problem mit dem Medienkonsum hinzu. Kinder und Jugendliche sind grundsätzlich medienaffin, und wir erleben das wirklich häufig so, dass die ADHS- und die ADS-Kinder eine noch höhere Affinität zu den Medien haben. Bei den Zu-Bett-Geh-Situationen kommt es natürlich auch vor, dass die Kids dann ihre Handys nicht herge-

ben wollen, unter der Bettdecke weiter „daddeln“ und nicht zur Ruhe kommen. Somit zieht sich die Konfliktsituation bis in die Nacht hinein.

Es wird derzeit viel über die gesundheitlichen Auswirkungen zunehmender Smartphonennutzung diskutiert. Kann dies auch ADHS verstärken oder gar auslösen?

Schumann: ADHS hat eine biologische Ursache, eine hohe Handynutzung verstärkt aber sicherlich die Symptomatik. Hoher Medienkonsum ist problematisch bei ADHS-Kindern.

Gibt es andere äußere Einflüsse, die auf die Kinder und Jugendlichen eingewirkt haben?

Dr. Brückner: Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen haben sich in den vergangenen 20 bis 30 Jahren deutlich verändert. Wir verzeichnen einen Mangel an Bewegung, die Ernährungsweise hat sich verändert und der Medienkonsum auch. Es gibt heute mehr Dauer-Überreizung. Früher haben sich die Kinder auf Reisen ein Hörspiel angehört und ansonsten entspannt aus dem Fenster geguckt. Heute sitzen Jugendliche zum Teil mit Handy und Laptop gleichzeitig da. Es gibt kaum noch Ruhephasen und Regenerationsphasen für den eigenen Kopf.

Welche Unterschiede lassen sich in der Diagnostik bei Jungen und Mädchen machen?

Schumann: Vereinfacht gesagt: Jungen sind oft deutlich aktiver. Sie fallen früher auf, werden früher diagnostiziert und sind auch impulsiver. Die Mädchen dagegen findet man etwas später, weil sie in der Grundschule oft noch sozial angepasst sind. Sie wollen lernen, sie wollen gefallen. Deshalb werden sie zunächst weniger diagnostiziert. Dann, im frühen Jugendlichenalter, sehen wir die „Träumerchen“-Mädchen (ADS), mit Sekundärschwierigkeiten wie Ängsten, Zwängen, Traurigkeit. Wenn man bei ihnen genauer hinschaut, sieht man oft Hinweise auf eine frühe Konzentrationsproblematik, die gut kompensiert war.

Was genau ist ein „Träumerchen“-Mädchen?

Dr. Brückner: Wir verwenden in unserer Praxis den Begriff „Träumerchen“ für eine milde Ausprägung des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms (ADS), also ohne Hyperaktivität, ohne auffälliges hyperaktives Verhalten. Das sind oft intelligente Kinder, die gut zurechtkommen, ruhiger sind, aber ein Konzentrationsproblem haben. Sie rennen, salopp gesagt, nicht über Tisch und Bänke, sondern hören einfach nicht zu und schauen einfach aus dem Fenster. Sie bekommen Arbeitsaufträge in dem Moment nicht mit, lassen Sachen liegen, vergessen viel. Sie haben ein oft langsames Arbeitstempo, aber stören erst mal keinen. Und „Träumerchen“ können oft ihr Leistungspotenzial nicht richtig ausschöpfen.

Wenn Sie ADHS diagnostizieren, wie geht es dann weiter? Welche Möglichkeiten gibt es für die Betroffenen?

Schumann: Wir machen, nachdem die Diagnose gestellt wurde, erstmal eine ausführliche Psycho-Edukation, sowohl der Eltern als auch des Kindes. Das ist für uns ein wichtiger Baustein. Wenn man versteht, wie sein Kind funktioniert, kann man seine Erziehungs-

methoden optimal anpassen. Wir bieten Beratungstermine für Schulen an, im Sinne eines Nachteilsausgleichs, dass die Kinder auch schulisch gut unterstützt werden. Wir haben hier Elterninformationsgruppen im Sinne der Psycho-Edukation und Elterngruppen, in denen man spezifisch Erziehungsthemen ansprechen kann. Wir haben Kooperationen mit Ergotherapeuten, die die Kinder unterstützen können. Und wir bieten auch medikamentöse Unterstützung an.

Ab wann verschreiben Sie Medikamente wie Ritalin, das ja im Ruf steht, etwas leichtfertig verschrieben zu werden?

Schumann: Sobald das Funktionsniveau der Kinder nicht mehr ausreicht. Das heißt, wenn der Leidensdruck sehr hoch ist, wenn eine Familie Kinder hat, die sich anstrengen, aber es klappt einfach nicht, das heißt, wenn es einen deutlichen schulischen Misserfolg gibt oder die Alltagsbewältigung überhaupt nicht mehr funktioniert. Dann würde man eine Medikation empfehlen. Wir haben gute Erfolge mit der Ritalin-Medikation.

Dr. Brückner: Das stimmt. Wir haben Familien, die sich bedankt haben, gesagt haben: „Mein Kind hat jetzt zum ersten Mal Freunde“ oder „Mein Kind ist deutlich fröhlicher und entlastet“. Das hat mich sehr berührt. Allein deshalb haben diese Medikamente eine hohe Daseinsberechtigung. Viele Vorurteile gegenüber Ritalin finde ich unangebracht. Dasselbe gilt für die Stigmatisierung der Eltern, die sich dafür Vorwürfe anhören müssen. Das darf nicht sein. Wir können expansive Kinder mit einer starken depressiven Symptomatik mit Stimulantien definitiv stabilisieren.

Termine bei Kinder- und Jugendpsychiatern sind schwer zu bekommen. Wie priorisieren Sie?

Dr. Brückner: Online kommen die Termine mit Selbstanmeldung herein. Diese schauen wir uns an. Wichtig ist uns, dass Notfälle bei uns gesehen werden und zeitnahe Termine vergeben wer-

den. Wenn ein Kind suizidal ist, prüfen wir am selben Tag möglichst, ob die Suizidalität wirklich besteht. Falls ja, werden die Kinder automatisch in die Klinik übergeleitet, um sichere Rahmenbedingungen für das Kind gewährleisten zu können. Auch Kinder mit massiven Ängsten oder Zwängen versuchen wir, zeitnah zu sehen, damit man schnell den Teufelskreis durchbrechen kann. Bei allen anderen Kindern müssen wir, auch wenn uns das schwerfällt, eine Art „Triage“ machen, also einteilen, welche Fälle dringender sind als andere, weil unsere Kapazitäten leider begrenzt sind.

Schumann: ADHS ist kein kinderpsychiatrischer Notfall, und dann warten Familien teilweise bis zu einem Jahr auf eine Diagnostik. Und so kann es passieren, dass wir die Kinder erst sehen, wenn sich die Probleme schon zuspitzen haben. Es gibt, ganz klar, einen großen kinderpsychiatrischen Bedarf. Es gibt Bedarf an Diagnostik, Therapie und Beratung in den Schulen, und es gibt natürlich auch nicht genug Kinderpsychiater.

Könnte der Ausweg der Hausarzt, sprich die Kinder- und Jugendärzte sein? Könnten sie nicht die Kinder in die richtigen Bahnen leiten, ohne dass sie gleich zum Psychiater gehen müssen?

Schumann: Die Kinder- und Jugendärzte können schon mal die körperlichen Differenzialdiagnosen ausschließen. Das ist ganz wichtig. Aber natürlich sind Kinderärzte auch überlastet. Das heißt, es wäre nur eine Problemverschiebung, wenn man die Diagnostik jetzt in diese Praxen verlagern würde. Aber zumindest die körperlichen Ursachen könnten die Kinder- und Jugendärzte ausschließen, und sie könnten die Eltern vielleicht frühzeitig in Beratungsstellen schicken. Man kann Eltern schulen und zur Erziehungsberatung schicken, auch wenn man eine Diagnose noch nicht gesichert hat. Davon profitieren Eltern auf jeden Fall.

Das Interview führte Christopher Schäfer.

Foto: Christopher Schäfer



ZUR PERSON

Dr. Natasa Brückner ist Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Ramona Schumann ist Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Außerdem ist sie Fachärztin für Neurologie. Gemeinsam betreiben Brückner und Schumann eine Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Mainz. Die häufigste Diagnose in ihrer Praxis, nämlich rund 25 Prozent, lautet: ADHS oder ADS.

Einblick in die Psychiatrie- und Psychotherapie der frühen Kindheit



Foto: shutterstock/morrowlight

Wissenschaftliche Konzepte für die Behandlung psychischer Symptome und Erkrankungen bei Säuglingen sowie Klein- und Vorschulkindern wurden in Deutschland ab den 1980er-Jahren entwickelt. Wichtige Grundlagen für den Aufbau des Teilgebietes lieferten die angrenzenden Fachgebiete Pädiatrie, Neuropsychologie, Entwicklungspsychologie und Psychotherapie.

Im Jahr 1991 gründete die Psychiaterin Mechtild Papoušek die erste „Sprechstunde für Schreibabys“ am Kinderzentrum in München. Und 1996 konstituierte sich die GAIMH – die „German speaking association for infant mental health“ – eine interdisziplinäre Organisation für die Förderung seelischer Gesundheit in der frühen Kindheit – in Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Aktuell erfolgt im 21. Jahrhundert eine weitere Spezialisierung der Säuglings- und Kleinkindpsychotherapie in unterschiedlich schulischen Ausrichtungen sowie eine weitere Institutionalisierung der psychotherapeutischen Fortbildungsmöglichkeiten.

Die Definition

Die Säuglings- und Kleinkind-Psychiatrie und Psychotherapie ist ein Teilgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie, das sich mit Diagnostik, Behandlung und Prävention psychischer Erkrankungen bis etwa zum dritten beziehungsweise fünften Lebensjahr befasst. Dabei haben insbesondere eine entwicklungspsychologische Förderung zum Beispiel der Sprache und Motorik, körperfokussierte Behandlungsmethoden (wie die Babymassage), unterschiedliche Formen der Psychotherapie und die systemische beziehungsweise sozio-familiäre Ressourcenaktivierung eine besondere Bedeutung.

Auch wenn sich seit den 2000er-Jahren unterschiedliche psychotherapeutische Ausrichtungen mit differenten theoretischen Grundlagen, Interventionsmethoden und Behandlungszielen herausgebildet haben, so wird schulübergreifend integrativ, beziehungs- und entwicklungsorientiert gearbeitet. Einvernehmen besteht auch darüber, dass je jünger das auffällige Kind umso bedeutsamer die Mitbehandlung der Bezugsperson ist – die Intervention erfolgt überwiegend in einem relationalen Setting.

In Deutschland stellt die Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie "SKEPT" eine Spezialisierung beziehungsweise Fortbildung dar, die im Rahmen curriculärer Fortbildungen von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erworben werden kann und durch ein Zertifikat bescheinigt wird.

Die Krankheitsbilder

Die Prävalenz psychischer Störungen mit klinischer Relevanz ist bei Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern genauso hoch wie bei älteren Kindern und Jugendlichen und liegt nach zahlreichen Studien zwischen zehn und 15 Prozent. Mittels etablierter Klassifikationssysteme wie der ICD 10 und DSM 5 gelingt es aufgrund der vielgestaltigen und alterstypischen Symptomatiken und des starken Einflusses des Beziehungskontextes häufig nicht, die Krankheitsbilder ausreichend sensibel zu erfassen. Die Übersetzung der Klassifikation DC:0-3 „Zero to Three“ in die deutsche Sprache im Jahr 1999 war ein Meilenstein in der Diagnostik psychischer Erkrankungen von jüngeren Kindern. Aktuell ist sie in der erweiterten Version DC: 0-5 als multiaxiale Klassifikation mit fünf Achsen in Anwendung. Als klinische Störungen können auf der Achse I kodiert werden:

- 1. Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung (Autismus, ADHS, Störungen der Sprache und der Koordination sowie globale Entwicklungsverzögerung)
- 2. Sensorische Verarbeitungsstörungen (Über- und Unterreaktivität)
- 3. Angststörungen
- 4. Affektive Störungen (Depression, Ärger bzw. Aggression)
- 5. Zwangsstörungen (Zwangsstörung, Tic-Störung, Trichotillomanie)
- 6. Schlafstörungen
- 7. Essstörungen
- 8. Schreistörungen
- 9. Trauma- Belastungs- und Deprivationsstörung
- 10. Beziehungsstörungen

Häufig psychotherapeutisch behandelte Störungsbilder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind die Regulationsstörungen (6, 7, 8), das frühkindliche ADHS, Autismus sowie Trennungsängstlichkeit.

Methodik

Die angewandten therapeutischen Methoden sind so unterschiedlich wie die therapeutischen Ausrichtungen – eine Übersicht gibt Tabelle 1.

Häufig eingesetzt wird die Videoaufzeichnung, zum Beispiel einer Spielsequenz, die im Anschluss mit den Eltern analysiert und reflektiert werden kann. Besonders eindrücklich für die Eltern wird das Video-Feedback, wenn es ihn semistrukturierten Untersuchungssituationen wie dem „Still-Face“ oder dem Genfer Dialogspiel eingesetzt wird.

Zunehmend Einfluss in der Therapie von Kleinkindern gewinnt auch ein direktes Live-Coaching der Eltern über „Bug in the Ear“-Systeme – üblicherweise im Rahmen der PCIT (Parent Child-Interaction Therapy) eingesetzt.

Diagnostik

Als Screeninginstrument für die Erfassung von Verhaltens- und emotionalen Auffälligkeiten bieten sich ab dem Alter von 18 Monaten die C-CBCL (Elternfragebogen) und C-TRF (Fragebogen für Erzieher), das heißt die Achenbach-Skalen in der 1. Deutschen Version (2022), für den Einsatz zum Beispiel in der pädiatrischen Praxis an. Alternativ kann für Klein- und Vorschulkinder ab dem dritten bis zum sechsten Lebensjahr die Verhaltensbeobachtungsbögen für Vorschulkinder VBV-EL bzw. VBV-ER genutzt werden.

Ein ausgeprägtes elterliches Belastungserleben ist ein bedeutsamer Risikofaktor für dysfunktionale innerfamiliäre Beziehungen und Erziehung der durch den Einsatz des EBI (Eltern-Belastungs-Inventar) gut erfasst werden kann.

Grenzen der aktuellen Versorgungslage

Aktuell sind die zeitnah zu realisierenden Behandlungsmöglichkeiten für Säuglinge sowie Klein- und Vorschulkinder insbesondere in den ländlichen Regionen, zum Beispiel des nördlichen Rheinland-Pfalz, stark limitiert. Die Versorgungsdefizite sind zum einen durch einen Mangel an Psychotherapeuten und Fachärzten mit entsprechender Fachexpertise für Säuglinge und Kleinkinder begründet. Andererseits handelt es sich häufig um Behandlungsmaßnahmen, die regelhaft sehr zeitaufwendige Therapieelemente, wie eine innerfamiliäre beziehungsweise häusliche Interaktionsanleitung, Einbeziehung sämtlicher Familienmitglieder, und Ressourcenaktivierung, Videoaufnahmen und -analyse beinhalten, so dass nur eine begrenzte Anzahl von ambulanten Therapieplätzen zur Verfügung stehen.

Eine stationäre Behandlung in Form einer gemeinsamen interaktionellen Therapie von Bezugsperson und Kind ist aktuell aufgrund der ungeklärten Kostenübernahme, es sind die Fachgebiete der Psychiatrie und der KJP betroffen, nicht umsetzbar. Wenige Behandlungsplätze stehen für Mütter (Kind als Begleitperson) oder Kinder (in Begleitung eines Elternteiles) in jeweiligen Fachabteilungen zur Verfügung.

Prävention & Effektivität der SKEPT

Eine intensivere persönliche Vernetzung der unterschiedlichen Professionen, insbesondere der Kinder- und Hausärzte, mit den Akteuren der Frühen Hilfen wie Jugendamt, HTZ, Frühförderstellen, Kindergärten, Familienberatungsstellen, hat einen entscheidenden Einfluss auf den Erfolg der geplanten Interventionen. Die Indikationen für eine Elternberatung oder Psychoedukation, Förderbehandlungen, körperfokussierte Therapieformen sowie Jugendhilfemaßnahmen sind im Dialog zu diskutieren und gegen eine eher hochschwellige psychotherapeutische Maßnahme abzuwägen.

Präventionsprogramme wie „SAFE“ (= Sichere Ausbildung für Eltern) von Karl-Heinz Brisch oder das Frühinterventionsprogramm für hochbelastete oder psychosozial benachteiligte Familien und alleinerziehende Elternteile „STEEP“ (=Steps Toward Effective and Enjoyable Parenting) dienen dem Aufbau einer sicheren Bindung zwischen Eltern und Kind. Sie stellen eine hochwirksame Vorbeugung gegen psychische Erkrankungen in Kindheit und Jugendzeit dar.

Literatur bei Autorin



Autorin

Dr. Andrea Haverkamp-Krois
MA Gesundheits- und Sozialmanagement
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
Praxisinhaberin in Altenkirchen (Westerwald)

Foto: privat

Tabelle 1: Psychotherapeutische Ausrichtungen mit jeweiligem Fokus, Methodik und Indikationen

Therapeutische Ausrichtung	Zentraler Fokus	Therapeutische Methodik	Typische Indikationen
Psychoanalytischer / tiefenpsychologischer Ansatz	Unbewusste Konflikte und Projektionen eines Elternteils, die Einfluss auf die aktuelle Beziehung und Interaktion zum Kind nehmen	Eltern-Kind-Beobachtung Deutung Arbeit mit Übertragung Mentalisierungsbasierte PT	Regulationsstörungen Bindungsstörungen
Bindungs- und Beziehungsorientierter Ansatz	Therapeutische Beobachtung, reflektierende Funktionen, dyadische Regulierungstechniken	Förderung elterlicher Responsivität und Feinfühligkeit Video-Feedback-Interventionen	Emotionale Dysregulation, unsichere Bindung
Familientherapeutischer / systemischer Ansatz	Familiäre Dynamiken; familiäre Rollen; psychische Symptome des Kindes sind kommunikative Signale, die auf Belastungen im Familiensystem hindeuten	Ressourcen- und Lösungsorientiert; Einbeziehung von Eltern, Geschwistern von weiteren Systemen (KiGa, etc.)	Multisystemische Belastungen
Verhaltenstherapeutischer Ansatz	Stärkung elterlicher Kompetenzen	Psychoedukation; Lernen am Modell Verstärkung erwünschter Verhaltensweisen	Schlaf- und Essprobleme, frühkindliches ADHS, aggressives Verhalten
Entwicklungs- und Mental health- orientierter Ansatz	Reifung und Selbstregulation frühzeitige externe Unterstützung	Entwicklungsförderung	Entwicklungsverzögerungen
Multiperspektivische Ansätze	Bio-psycho-soziales Modell	Kombiniert sämtliche Elemente in eine interdisziplinäre Intervention	Komplexe Störungsbilder