

ÜBERSICHTSARBEIT

Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen im schulischen Umfeld

Gerd Schulte-Körne

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Etwa 10–20 % aller Kinder und Jugendlichen weisen eine psychische Störung auf. Symptome wie Aufmerksamkeits-, Denk- und Antriebsstörungen sowie negative Stimmung beeinflussen die schulische Entwicklung. Es ist häufig unklar, welche schulischen Faktoren sich auf die psychische Entwicklung von Kindern auswirken und welche schulischen Präventions- sowie Interventionsmethoden wirksam sind.

Methode: Basierend auf systematischen Reviews, Metaanalysen, randomisierten kontrollierten und kontrollierten Studien wurde eine selektive Literaturübersicht in PubMed, PsychInfo und Google Scholar durchgeführt.

Ergebnisse: Die Prävalenz der hyperkinetischen Störung beträgt 1–6 %. Kernsymptome sind Hypermotorik, Aufmerksamkeitsstörung und erhöhte Impulsivität. Lernstörungen wie Dyskalkulie oder Lese-Rechtschreib-Störung betreffen jeweils 4–6 % und depressive Störungen treten bei 4–5 % der Kinder sowie Jugendlichen auf. Dabei erkranken Mädchen doppelt so häufig. Psychische Störungen erhöhen das Risiko für eine Klassenwiederholung, Schulabsentismus und -abbruch. Das Erkrankungsrisiko inter- und externalisierender Störungen kann reduziert werden, indem das Schulklima verändert und evidenzbasierte Schulprogramme implementiert werden.

Schlussfolgerungen: Ärzte sollten in Zusammenarbeit mit Schulsozialarbeitern und -psychologen die Lehrkräfte im Erkennen und im Umgang mit psychischen Störungen bei Schülern unterstützen, um schulische Belastungsfaktoren frühzeitig festzustellen und notwendige Maßnahmen sowie Hilfen einzuleiten. Dazu können insbesondere die Schuleingangsuntersuchung und ein Screening schulischer Risikofaktoren effektiv beitragen. Evidenzbasierte Präventionsprogramme sollten in Schulen implementiert sowie Veränderungen des Schulklimas angestrebt werden.

► Zitierweise

Schulte-Körne G: Mental health problems in a school setting in children and adolescents. Dtsch Arztebl Int 2016; 113: 183–90.
DOI: 10.3238/arztebl.2016.0183

P psychische Störungen treten bei Kindern und Jugendlichen weltweit mit einer Prävalenz von 10–20 % auf (1). Der Kinder- und Jugendgesundheits-survey zeigt eine stabile, hohe Prävalenz psychischer Störungen von 10 % in Deutschland (2). Dazu zählen Angststörungen, Depressionen, Störungen des Sozialverhaltens sowie die hyperkinetische Störung (HKS). Jedoch sind nur circa ein Drittel der akut sowie chronisch psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen in ärztlicher Behandlung. Die geringe Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch psychisch kranke Kinder und ihre Familien ist ein international bekanntes Problem (3). Die Gründe hierfür sind vielfältig:

- nicht ausreichende fachärztliche Versorgung
- Angst, psychisch krank zu sein und stigmatisiert zu werden
- Unsicherheit bei den Kindern und ihren Eltern, ob die Verhaltens- und Stimmungsveränderungen bereits behandlungsbedürftig sind
- geringes oder fehlendes Wissen über die Versorgungsangebote
- sprachliche und zum Teil kulturelle Hürden bei Familien mit Migrationshintergrund.

Die Schule besitzt die Aufgabe, psychisch gesundes Aufwachsen zu unterstützen (3), da sie ein Ort ist, an dem Kinder und Jugendliche einen großen Teil ihrer Zeit verbringen (4) – verbunden mit sozialen Erfahrungen und Herausforderungen, Lern- sowie -überforderungen und psychischen Belastungen. Ausgehend von 11,1 Millionen Schülerinnen und Schülern an allgemeinbildenden sowie beruflichen Schulen 2014/2015 in Deutschland sind bei einer Prävalenz psychischer Störungen von 10 % (5) 1,1 Millionen der schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen behandlungsbedürftig psychisch erkrankt.

Bisher ist in der Humanmedizin unzureichend bekannt, welche schulischen Faktoren das Risiko einer psychischen Erkrankung erhöhen und welche Faktoren protektiv wirken, so dass die Kinder und Jugendlichen psychisch gesund aufwachsen. Damit verbunden ist die grundlegende Frage, wie Medizin und Pädagogik enger zusammenarbeiten können, um präventiv das Erkrankungsrisiko psychischer Störungen zu senken und psychisch kranke Kinder sowie Jugendliche unter einer ganzheitlichen Betrachtungsweise betreuen und behandeln zu können. Durch präventive Methoden in der Schule das Erkrankungs- beziehungsweise das Wiedererkrankungsrisiko zu verringern, ist in Anbetracht der Häufigkeit psychischer Störungen eine fächerübergrei-

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität München; Prof. Dr. med. Schulte-Körne

TABELLE 1

Schullaufbahn, Förder- und Disziplinarmaßnahmen sowie Kosten der Maßnahmen bei der hyperkinetischen Störung

Schullaufbahn von Kindern mit einer HKS (e2)	Häufigkeit und Dauer von schulischen Maßnahmen bei der HKS (10)	Disziplinarmaßnahmen gegen Kinder mit HKS (10)	Kosten für Maßnahmen (9, 10)
niedrigeres Schulabschlussniveau	0 Jahre: 47,6 %	5,8 % der Kinder mit ADHD einmal wöchentlich (0,0 % der Kontrollgruppe)	jährliche Mehrkosten für den Besuch einer anderen Schule (\$ 4 181)
Klassenwiederholung (e3)	1–3 Jahre: 18 %	29,6 % der ADHD-Kinder einmal monatlich (2,5 % der Kontrollgruppe)	für eine Klassenwiederholung (\$ 222)
Schulverwarnung und -verweis	4–6 Jahre: 12,2 %	45,5 % der Kinder mit ADHD einmal vierteljährlich (7,9 % der Kontrollgruppe)	für Disziplinarmaßnahmen (\$ 604)
Schulabsentismus	> 7 Jahre 22,2 %	19,1 % der ADHD-Kinder seltener als einmal vierteljährlich (89,6 % der Kontrollgruppe)	zusätzliche jährliche Kosten für das Schulwesen der USA durch ADHD 13,4 Milliarden \$
Schulabschluss			4 155,03 € pro Jahr schulbezogene Kosten (im Vergleich zu den Gesamtkosten aus Gesundheitskosten in Höhe von 5 492,63 €) verursachen 75 % der Gesamtkosten für das HKS (9)

HKS, hyperkinetische Störung; ADHD, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung

TABELLE 2

Schulische Intervention bei Kindern mit der hyperkinetischen Störung*

Symptomatik	Beurteiler	Anzahl Studien/Stichprobe (gesamt)	Cohens d	95%-Konfidenzintervall	p-Wert
Unaufmerksamkeit	Eltern	7 (384)	0,13	[-0,14; 0,40]	0,33
	Lehrer	12 (548)	0,60	[0,14; 1,06]	< 0,001
	Kind	7 (292)	0,44	[0,18; 0,70]	0,32
Hyperaktivität/Impulsivität	Eltern	7 (285)	0,16	[-0,07; 0,39]	0
	Lehrer	16 (700)	0,23	[-0,03; 0,49]	0,08
	Kind	8 (411)	0,33	[0,13; 0,53]	0,001
HKS-Symptomkombination	Eltern	3 (110)	0,14	[-0,46; 0,75]	0,65
	Lehrer	6 (218)	0,16	[-0,22; 0,54]	0,42

* Effektstärken von randomisiert kontrollierten Studien auf Maße der hyperkinetischen Störung (14)
HKS, hyperkinetische Störung

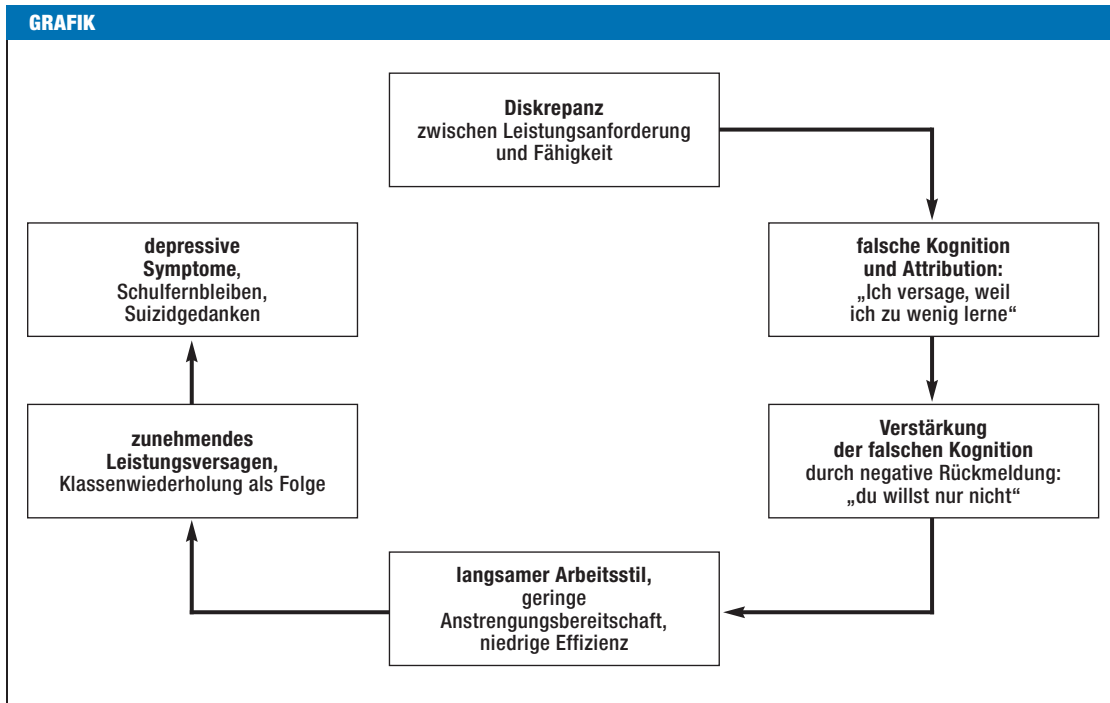
fende Herausforderung, die nicht allein mit pädagogischen Mitteln gelöst werden kann.

Ziel dieser Übersichtsarbeit ist es, schulische Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit und die Bedeutung psychischer Störungen für die schulische Entwicklung zu erläutern. Auf Basis eines selektiven Reviews werden exemplarisch bei häufigen psychischen Problemen (HKS, schulische Entwicklungsstörung, Depression) empirische Befunde betrachtet, die den Zusammenhang von schulischen Faktoren und psychischen Erkrankungen belegen. Darüber hinaus werden die Möglichkeiten der schulischen Diagnostik, Prävention und Intervention aufgezeigt. Die Basis dieses Reviews bilden – soweit vorhanden – systematische

Reviews, Metaanalysen, randomisiert kontrollierte und kontrollierte Studien. Die Suche erfolgte in den Online-Datenbanken PubMed, PsycINFO und Google Scholar von 1990 bis 2015. Die Suchwörter deckten die Gebiete der psychischen Gesundheit und Krankheit (Depression, Lese-Rechtschreib-Störung, Dyskalkulie, HKS und Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung), schulische Faktoren, Prävention, Unterstützung, Behandlung und Kinder sowie Jugendlichen ab.

Hyperkinetische Störung

Die HKS (6) gehört mit einer Prävalenz von 1–6 % zu den häufigen psychischen Störungen (7, 8). Die Kernsymptomatik umfasst eine ausgeprägte Hypermotorik,



Aufmerksamkeitsstörung und erhöhte Impulsivität. Kinder mit einer HKS sind leicht ablenkbar, springen im Unterricht auf, rufen in die Klasse hinein, können die Aufmerksamkeit nur für eine kurze Zeitspanne aufrecht erhalten, verpassen wichtige Informationen des Unterrichts, stören Mitschüler, lassen Unterrichtsmaterial fallen oder kippen mit dem Stuhl um. Die schulische Anforderung, sich über mehrere Stunden strukturiert zu verhalten und die Aufmerksamkeit zu fokussieren, überfordert Kinder mit einer HKS. Lehrkräfte erleben und beschreiben das hyperaktive Verhalten als störend sowie belastend. Kinder mit einer HKS leiden sehr, wenn sie bemerken, dass sie „anders“ sind und ihr Verhalten schlecht steuern können. Sie werden von Mitschülern gehänselt und geraten in Streit. Besteht die Symptomatik fort, folgt daraus häufig, dass die Kinder sozial ausgegrenzt, von Mitschülern nicht mehr zum Spielen eingeladen und aufgrund ihres Verhaltens von Erwachsenen bestraft werden. Demnach sollten in der Schuleingangsuntersuchung bei Hinweisen auf eine HKS die Eltern und Kinder hinsichtlich der diagnostischen sowie therapeutischen Möglichkeiten beraten werden.

Die Schullaufbahn von Kindern mit einer HKS ist deutlich beeinträchtigt (9) (Tabelle 1). Die Unterstützungs- und schulischen Disziplinarmaßnahmen verursachen erhebliche Kosten (9, 10), die im schulischen Bereich deutlich höher als im Gesundheitswesen sind. In einer Metaanalyse (11) zum Schulerfolg von Kindern und Jugendlichen mit einer HKS fanden sich signifikante Leistungsverminderungen beim Lesen ($d = 0,73$), beim Rechnen ($d = 0,67$) und in der Rechtschreibung ($d = 0,55$). In Anbetracht der hohen Schulabbruchrate

von 10–12 % und dem erhöhten Risiko der Jugendlichen für weitere psychische Störungen, zum Beispiel Störung des Sozialverhaltens verbunden mit delinquentem Verhalten (12), ist es notwendig, dass Kinder mit einer HKS in einer fachärztlichen Praxis betreut werden. Sowohl in der Diagnostik als auch der Behandlung muss die Komplexität der Störung mit den häufigen Komorbiditäten berücksichtigt werden.

Der Schulbericht beziehungsweise die diagnostische Einschätzung der Lehrkraft sollte in der fachärztlichen Diagnostik der HKS eine besondere Rolle einnehmen. Die International Classification of Diseases (ICD-10) fordert für die Diagnosestellung, dass die Symptome in mehr als einer Situation auftreten, beispielsweise zu Hause und in der Schule. Daher sind die Beobachtungen der Lehrkraft ein wesentlicher Bestandteil des diagnostischen Prozesses. Zur Diagnostik werden qualitative (Beschreibung der Aufmerksamkeit, motorischen Unruhe, Impulsivität, Leistungsfähigkeit und sozialen Kompetenz des Kindes) und quantitative standardisierte Verhaltens- sowie Beobachtungsbögen in der Schule wie die Child Behavior Checklist (CBCL) eingesetzt (13).

Im Umgang mit HKS-Schülern sind viele Lehrkräfte unsicher. Aufgrund des im Unterricht und in den Pausen auftretenden hyperaktiven Verhaltens benötigen Kinder mit einer HKS eine Behandlung, die auch die Schule miteinbezieht. Welche Methoden in der Schule einsetzbar und wirksam sind, zeigte ein kürzlich veröffentlichtes systematisches Review (14) über 54 Studien. Die Wirksamkeit schulbasierter Interventionen auf die Kernsymptomatik der HKS, soziale Fertigkeiten, die Selbstwahrnehmung des Kindes und die Wahrneh-

TABELLE 3

Schulklima: Schulische Einflussfaktoren auf die psychische Entwicklung von Schülerinnen und Schülern

Einflussfaktoren	Beispiele	Bedeutung für psychische Entwicklung
Sicherheit in der Schule (sozial-emotionale als auch physische Sicherheit [e4] durch Normen und Regeln)	Einhaltung sozialer Regeln, Kontrolle der Verfügbarkeit von Waffen und Drogen an Schulen, Vermittlung und Überprüfung von Verhaltensregeln und -normen, Konfliktmanagement und Stärkung von Problemlösefertigkeiten der Schüler	Geringe Sicherheit erhöht das Risiko für Gewalterfahrung, Gewalt gegen Mitschüler (Mobbing), disziplinarische Strafen gegen Schüler, Schulabsentismus und geringeren Schulerfolg.
Schulverbundenheit (29, e5)	Ich bin glücklich, an dieser Schule zu sein! Ich denke, ich bin Teil dieser Schule! Ich fühle mich sicher an dieser Schule! Ich fühle mich mit den Mitschülern verbunden! Die Lehrer sind fair zu mir!	Niedrige Schulverbundenheit erhöht das Risiko (e5), eine hohe Schulverbundenheit hingegen verringert das Risiko für depressive Symptome, Ängste, Gewalt und Mobbing. Auch eine hohe soziale Verbundenheit mit Mitschülern verringert das Erkrankungsrisiko weiter. Eine hohe Schulverbundenheit fördert den individuellen Lernerfolg eines Schülers.
Lehrer-Schüler-Beziehung/Interaktion	Wie stark fühlst du, dass dein Lehrer sich um dich kümmert/sorgt? Wie oft hattest du in diesem Schuljahr schon Ärger/Auseinandersetzungen mit deinem Lehrer?	(Für-)Sorge des Lehrers um den Schüler korreliert mit niedriger Depressionssymptomatik (29) der Schüler. Eine konfliktvolle Lehrer-Schüler-Beziehung erhöht das Risiko für Verhaltensauffälligkeiten und Lernprobleme. Eine emotional unterstützende, engagierte und verantwortliche Haltung der Lehrkraft gegenüber dem Schüler führt zu weniger störendem Verhalten und internalisierenden Störungen (e6).
schulische Lernumgebung (e7)	kooperative Gruppenarbeit mit einem gemeinsamen Ziel, Zusammengehörigkeitsgefühl geprägt von gegenseitigem Vertrauen in der Schülergruppe	Hohe Kooperationsbereitschaft und gemeinsame Zielerreichung verbessern das Klassenklima und führen zu einem besseren Lernerfolg.

mung des Schulerfolgs durch die Lehrkräfte wurden untersucht. Insgesamt sind die Effekte recht gering (Tabelle 2). Kein signifikantes Ergebnis erbrachte die Analyse, ob ein differenzieller Einfluss der unterschiedlichen Interventionsmethoden vorliegt. Dazu gehören Verhaltensmodifikation mittels Belohnung und Bestrafung mit sowie ohne Verstärker, kognitiv-behaviorale Selbstinstruktion und Problemlösestrategien, soziales Kompetenztraining, Förderung des Erkennens und Kontrolle der eigenen Gefühle. Im Kindesalter haben sich ein soziales Kompetenztraining, im Jugendalter Strategien der Arbeits- und Lernstrukturierung als wirksam gezeigt. Effektiv waren generell die Methoden der direkten Verstärkung des Verhaltens durch die Lehrkraft mit Hilfe einer täglichen Berichtskarte, auf der die zu erreichenden Veränderungen beschrieben werden (15).

Schulische Entwicklungsstörungen

Das ICD-10 sowie das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) klassifizieren erhebliche Probleme beim Erlernen des Lesens, Rechnens und Rechtschreibens unter den schulischen Entwicklungs- (ICD-10) und Lernstörungen (LD) (DSM-5) (16). Diese Lernstörungen treten mit einer Häufigkeit von je 4–6 % auf. In der fachärztlichen Praxis werden die Kinder nicht selten wegen heftiger

Kopf- und Bauchschmerzen vorgestellt, ohne dass in der folgenden Untersuchung dafür ein organisches Korrelat gefunden werden kann. Bei einer ausgeprägten Entwicklungsstörung vermeiden Betroffene oft die Schule, so dass sich mehrwöchige Fehlzeiten ansammeln können. Eine Metaanalyse (17) zur Häufigkeit von Ängsten bei Kindern und Jugendlichen mit Lernstörungen (Lese-Rechtschreib-Störung, Dyskalkulie) zeigte ein signifikant häufigeres Auftreten von Ängsten (d = 0,61; p < 0,001), unabhängig von Geschlecht und Klassenstufe. Außerdem findet sich eine erhöhte Komorbidität mit depressiven Störungen, HKS und der Störung des Sozialverhaltens sowie der Emotionen. Der Verlauf ist wie folgt gekennzeichnet:

- hohe Persistenz der Kernsymptomatik
- deutlich schlechterer Schulabschluss als aufgrund der kognitiven Leistungsfähigkeit zu erwarten wäre
- Klassenwiederholung
- häufigerer Schulabbruch
- Schulwechsel
- psychische Belastungen
- höheres Risiko für depressive Störungen und Angststörungen (18).

Für die Behandlung ist daher ein integrativer, medizinisch-pädagogischer Ansatz dringend notwendig. Liegt eine komorbide psychische Störung vor, sollte die The-

rapie neben den entsprechenden Behandlungsleitlinien der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie -psychotherapie auch die pädagogische Förderung sowie psychosoziale Integration berücksichtigen (19).

Für die Unterrichtung von Schülerinnen und Schülern mit Lernstörungen ist es von großer Bedeutung, Ängste, gedrückte Stimmung oder negative Gedanken bei Schülern rechtzeitig wahrzunehmen und rechtzeitig Unterstützungsmaßnahmen einzuleiten. Wichtig ist, die möglichen schulischen Zusammenhänge mit den psychischen Belastungen zu erkennen (20). Zu den schulischen Unterstützungssystemen gehören neben der Lehrkraft die Schulsozialarbeit und die Schulpsychologie. Eine zentrale Aufgabe der fachärztlichen Tätigkeit ist es, die verschiedenen Unterstützungssysteme für das Kind zu koordinieren und zu begleiten. Hierzu gehört auch die Beratung hinsichtlich der Symptomatik und dem Umgang mit der psychischen Störung in der Schule.

Depressive Störungen

Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter treten weltweit mit einer Häufigkeit von 4–5 % auf (21), Mädchen sind doppelt so häufig erkrankt wie Jungen (22). Im Vordergrund der Symptomatik stehen Konzentrationsprobleme, Selbstwertverlust, traurige Stimmung, Freudlosigkeit, Aktivitäts- und Interessenverlust, sozialer Rückzug, Aufgabe von Freizeitaktivitäten, Veränderung des Appetits, Schlafstörungen und bei mittelschweren sowie schweren Formen Suizidgedanken und -handlungen. Depression im Jugendalter ist einer der größten Risikofaktoren für Suizide in diesem Alter (23). Depressionen beeinflussen die psychosoziale und schulische Entwicklung der Heranwachsenden oft massiv. Sie erhöhen das Risiko, eine Klasse zu wiederholen, die Schule vorzeitig zu verlassen und eine Sonderbeschulung zu erhalten (24, 25). Gründe hierfür können in den häufig mit der Depression auftretenden neurokognitiven Störungen liegen, wie geringere Aufmerksamkeit, gestörte Arbeitsorganisation und beeinträchtigte Gedächtnisfunktionen (26). Diese verstärken die mit der Depression auftretende veränderte Selbstwahrnehmung bezüglich der eigenen Leistungsfähigkeit (*Grafik*). Das eigene Leistungsveragen wird als ein persönliches Scheitern und die Klassenwiederholung als Bestrafung erlebt, was zusätzlichen Stress auslöst. Bedingt durch die Depression gelingt es nicht, die Lernbeeinträchtigung zu kompensieren. Verstärkt wird dieser Kreislauf durch ein geringeres Hilfesucheverhalten der Jugendlichen (27), so dass die Betroffenen hinsichtlich der schulischen Anforderungen meist zu spät unterstützt und entlastet werden.

Zu den schulischen Faktoren, die den Zusammenhang zwischen depressiver Störung und Schullaufbahn moderieren, zählen das Schulklima und die Schulverbundenheit (*Tabelle 3*). Sind beide Faktoren gering ausgeprägt, ist das Erkrankungsrisiko für eine depressive Störung erhöht (12, 28). In einer repräsentativen, US-amerikanischen Längsschnittstudie mit 11 852 Jugendlichen zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwi-

KASTEN

Evidenz und Empfehlung für schulbasierte Prävention und Intervention*

● Inhalte

Empfehlung für Veränderungen des Schulklimas (Einstellungen, Überzeugungen und Werte); Stärkung sozialer und emotionaler Kompetenzen in Verbindung mit der positiven Verstärkung von Lernzielerreichung der Schüler, universelle und selektive Prävention zur Minderung des Erkrankungsrisikos von internalisierenden Störungen (Ängste, Depression) und externalisierenden Störungen (Störung des Sozialverhaltens, Gewalt, Mobbing)

● Aus- und Weiterbildung

spezifische Weiterbildung in den Präventions- und Interventionsmaßnahmen notwendig, Vermittlung von Wissen über psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern sowie Jugendlichen, Durchführung durch dafür ausgebildete Fachleute, zum Beispiel Schulpsychologen, Schulsozialarbeit und Lehrkräfte; Kooperation mit Fachpersonal des Gesundheitswesens empfohlen

● Methoden

Intervention basierend auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden; interaktive, klassen- und gruppenbasierte Methoden, zielgruppenorientierte Maßnahmen; Stärkung der individuellen Ressourcen, keine Empfehlung für ausschließlich informationsbasierte Methoden

● Vernetzung

Empfehlung für enge Kooperation mit den Eltern, der Stadt und den Partnern aus dem Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswesen

● Implementation

Programme sollten klare Struktur, klar formulierte Ziele, überprüfbare Maße für die Durchführungsqualität und Zielerreichung, klare Handlungsanweisungen, Qualitätskontrolle und einen Implementationsplan haben; Kontrolle der Implementation und Zielerreichung sehr stark empfohlen

● zeitliche Aspekte

Maßnahmen sollten früh beginnen und bereits bei Grundschulkindern ergriffen werden; Interventionen sollten längerfristig durchgeführt werden (länger als ein Jahr); Booster-Sitzungen zur Verstetigung und gegebenenfalls Verstärkung des Interventionseffekts empfohlen

* zur Förderung der psychischen Gesundheit und Reduktion des Erkrankungsrisikos für psychische Störungen (nach 39)

schen einer geringeren Schulverbundenheit ($r = -0,33$), geringeren Lehrerverbundenheit ($r = -0,20$) und erhöhter Ausprägung depressiver Symptome (29).

Die Behandlung depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter sollte nach den aktuellen S3-Leitlinien durchgeführt werden (30). Zu den evidenzbasierten Behandlungsmethoden gehören eine Psychotherapie und Psychopharmakotherapie, die beide empfohlen werden. Liegt eine leichte depressive Episode vor, ist eine ambulante Behandlung vorzuziehen. Ist zusätzlich eine ausreichende Alltagsbewältigung gegeben, kann auch zunächst

eine unterstützende Beratung mit regelmäßigen Kontrollen angewendet werden. Die fachärztliche Kooperation mit der Schule und den Lehrkräften kann durch Psychoedukation und durch Beratung im Umgang mit suizidalen Äußerungen von Schülern wesentlich dazu beitragen, eine unterstützende und stressreduzierende Haltung der Lehrkraft gegenüber dem Schüler zu erzielen.

Screening in der Schule

Die diagnostische Güte von Screeningverfahren für psychische Belastungen wie zum Beispiel aus dem Bereich der emotionalen Probleme, Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen und Verhaltensauffälligkeiten wurde in Schulen wiederholt untersucht (31–33). Der Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) ist ein verbreitetes Screeningverfahren (34–36), das für die zuvor genannten Bereiche von Lehrern, Eltern und im Gesundheitswesen Tätigen eingesetzt wird (37). In einer epidemiologischen Stichprobe (37) mit 7 984 Schülern im Alter von fünf bis 15 Jahre konnten mit Hilfe des SDQ 70 % der Schüler mit einer Störung des Sozialverhaltens, Hyperaktivität, depressiven Symptomen und Angststörungen im Vergleich zu ICD-10-Diagnosen richtig identifiziert werden. Die Spezifität für psychische Störungen lag bei 94,6 % mit einem 95-%-Konfidenzintervall (KI) von [94,1; 95,1], die Sensitivität bei 63,3 % [59,7; 66,9]. Der Vergleich der Lehrerbeurteilung mit dem Elternurteil zeigte, dass Lehrer häufiger die HKS, Eltern hingegen Angststörung sowie Depression erkannten. Das beste Screeningergebnis wurde aus der Kombination des Eltern- und Lehrerurteils erzielt. In der fachärztlichen Versorgung eignen sich Screener als zeitökonomische Instrumente, um bei Risikokindern oder Heranwachsenden mit einer unklaren Beschwerdesymptomatik valide und reliabel einzuschätzen, ob eine Symptombelastung im Bereich der depressiven Störung oder HKS vorliegt (31, 38). Für die Schuleingangsuntersuchung (32) könnten Screeninginstrumente hilfreich sein, um bereits frühe Belastungen für psychische Störungen zu erkennen. Für die U10, die im Alter zwischen sieben und acht Jahren durchgeführt wird, wäre eine Erweiterung der Screeningbereiche um emotionale Belastungen und Symptome der Depression notwendig. So können frühzeitig Belastungsfaktoren für das Kind, die zum Teil in der Schule auftreten, erkannt und notwendige Hilfen sowie Behandlungen rechtzeitig eingeleitet werden. Der Einsatz von Screenern in der Schule sollte dem schulpsychologischen oder schulärztlichen Dienst, der abhängig vom Ergebnis die notwendigen Maßnahmen empfehlen und einleiten kann, vorbehalten bleiben.

Schulbezogene Prävention und Intervention

Unter dem Titel „Mental Health Program oder Promotion“ werden in Schulen weltweit auf verschiedenen Ebenen, mit der gesamten Schule, auf Klassenebene oder mit Risikogruppen Präventions- und Interventionsmaßnahmen durchgeführt, um die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen allgemein und

insbesondere in der Schulumgebung zu stärken (39). Die Ergebnisse von 52 systematischen Reviews fassen Weare und Nind (39) zusammen (*Kasten*). Globale Schulkonzepte, die Veränderungen des Schullebens einschließlich des Schulklimas, bauliche Aspekte, außerschulische Unterstützungssysteme und Akzeptanz in der Stadt beziehungsweise Gemeinde umfassen, zeigen trotz ihrer zunehmenden Popularität geringe bis keine Effekte (39, e8). Mögliche Gründe könnten in der unklaren Zielgerichtetheit, fehlenden klaren Richtlinien der Umsetzung, fehlender Manualisierung, nicht ausreichender Anleitung und Training der Durchführenden sowie fehlender Umsetzungs- und Qualitätskontrollen liegen (40). Die Effektstärken der schulbasierten Präventions- und Interventionsprogramme, um die psychische Gesundheit zu stärken, psychische Belastungen zu verringern, Mobbing zu reduzieren und prosoziales Verhalten zu fördern, sind gering bis mittelhoch. Universelle Programme zur Gewaltreduktion und Verbesserung von Konfliktlösung im Rahmen von Mobbing hatten eine sehr geringe Effektstärke. Diese ist deutlich größer, wenn sich die Präventions- und Interventionsmethoden an Schüler mit einem erhöhten Risiko für eine psychische Störung wie Angst oder Depression beziehungsweise gezielt an Schülergruppen, die zum Beispiel gewalttätiges Verhalten zeigen, richten. Hervorzuheben ist, dass nur eine nachhaltige Implementation der Programme mit Qualitätskontrollen, qualifizierter Fort- und Weiterbildung der Durchführenden und einer Verbesserung des Schulklimas zu einem anhaltenden Präventions- sowie Interventionserfolg in den Schulen führen wird. Eine Übersicht der deutschsprachigen Programme zur Prävention von psychischen Störungen und Verhaltensproblemen bei Kindern sowie Jugendlichen stellte Röhrle zusammenfassend vor (e1).

Herausforderungen und Lösungen

In Anbetracht der Häufigkeit psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter sowie der Bedeutung für die schulische Entwicklung sowie der geringen Inanspruchnahme der Hilfen des Gesundheitssystems sollten möglichst frühzeitig Risiken psychischer Erkrankungen identifiziert und durch präventive Maßnahmen vermindert werden. Den Kindern, Jugendlichen und ihren Familien sollte die Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung aufgezeigt und Wege dahin erleichtert werden. Die Schule als zentrale Institution des Bildungswesens mit ihren Unterstützungssystemen im psychosozialen Bereich (Schulsozialarbeit, Schulpsychologie) kann in Kooperation mit den Angeboten des Gesundheitswesens (öffentlicher Gesundheitsdienst, hausärztliche Versorgung, ambulante, teil- und stationäre kinder- und jugendpsychiatrische, -psychosomatische sowie -psychotherapeutische und kinder- und jugendmedizinische Versorgung) und in Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe bei diesen Aufgaben durch folgende Maßnahmen eine zentrale Rolle übernehmen:

- Screenings
- Präventionsmaßnahmen
- Veränderungen des Klassen- und Schulklimas
- Weiterbildung der Lehrkräfte.

KERNAUSSAGEN

- Schulische Belastungsfaktoren wie eine wenig einflussreiche und förderliche Lehrer-Schüler-Beziehung, ein schlechtes Klassen- und Schulklima erhöhen das Risiko für Kinder und Jugendliche, psychisch zu erkranken.
- Psychische Störungen bei Heranwachsenden, zum Beispiel die hyperkinetische Störung, depressive Episoden und schulische Entwicklungsstörungen (Legasthenie und Dyskalkulie), beeinträchtigen die schulischen Leistungen und erhöhen bedeutsam das Risiko für Schulabstumpfung sowie Schulabbruch.
- Ärzte können durch Kooperation mit der Schule, durch Unterstützung und Zusammenarbeit mit der Schulsozialarbeit sowie der Schulpsychologie den Lehrkräften helfen, schulische Belastungsfaktoren zu erkennen und schulische Risiken für Kinder und Jugendliche zu vermindern.
- Schulische Präventionsprogramme haben geringe, selektive bis mittelhohe Effektstärken, um das Erkrankungsrisiko für depressive Störungen bei Heranwachsenden zu vermindern.
- Mental Health-Programme in der Schule zeigen bisher geringe oder keine Effekte. Eine qualifizierte Fortbildung von Lehrkräften aller Schularten zu psychischen Belastungen und Störungen bei Kindern sowie Jugendlichen mit psychischen Störungen wird empfohlen.

Interessenkonflikt

Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Manuskriptdaten

eingereicht: 12. 8. 2015, revidierte Fassung angenommen: 2. 12. 2015

LITERATUR

1. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, et al.: Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet* 2011; 378: 1515–25.
2. Ravens-Sieberer U, Otto C, Kriston L, et al.: The longitudinal BELLA study: design, methods and first results on the course of mental health problems. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015; 24: 651–63.
3. Green J, McLaughlin K, Alegria M: School mental health resources and adolescent mental health service use. *J Am Acad Child Psychiatry* 2013; 52: 501–10.
4. Rutter M: *Fifteen thousand hours: secondary schools and their effects on children*. Cambridge, MA USA: Harvard University Press 1982.
5. Statistisches Bundesamt: Zahl der Schüler im Schuljahr 2014/2015 um 0,7 % gesunken. www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/03/PD15_093_211.pdf (last accessed on 3 November 2015).
6. World Health Organization: *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*: World Health Organization 1992.
7. Polanczyk G, Willcutt E, Salum G, Kieling C, Rohde L: ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol* 2014; 1–9.
8. Schuber I, Köster I, Lehmkuhl G: The changing prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and methylphenidate prescriptions: a study of data from a random sample of insureds of the AOK Health Insurance Company in the German State of Hesse, 2000–2007. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107: 615–21.
9. Telford C, Green C, Logan S, Langley K, Thapar A, Ford T: Estimating the costs of ongoing care for adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013; 48: 337–44.
10. Robb J, Sibley M, Pelham W, et al.: The estimated annual cost of ADHD to the US education system. *School Ment Health* 2011; 3: 169–77.
11. Frazier T, Youngstrom E, Glutting J, Watkins M: ADHD and achievement: meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students. *J Learn Disabil* 2007; 40: 49–65.
12. Kuperminc G, Leadbetter B, Blatt S: School social climate and individual differences in vulnerability to psychopathology among middle school students. *J School Psychol* 2001; 39: 141–59.
13. Döpfner M, Plück J, Kinnen C: CBCL/6–18R, TRF/6–18R, YSR/11–18R. Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach. Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/6–18R), Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF/6–18R), Fragebogen für Jugendliche (YSR/11–18R). Göttingen: Hogrefe 2014.
14. Richardson M, Moore D, Gwerman-Jones R, et al.: Non-pharmacological interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) delivered in school settings: systematic reviews of quantitative and qualitative research. *Health Technol Assess* 2015; 19: 1–470.
15. Fabiano, G, Vujnovic R, Pelham W, et al.: Enhancing the effectiveness of special education programming for children with ADHD using a daily report card. *School Psychol Rev* 2010; 39: 219–39.
16. Schulte-Körne G: Spezifische Lernstörungen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2014; 42: 369–74.
17. Nelson J, Harwood H: Learning disabilities and anxiety: a meta-analysis. *J Learn Disabil* 2011; 44: 3–17.
18. Wilson A, Armstrong C, Furrie A, Walcot E: The mental health of Canadians with self-reported learning disabilities. *J Learn Disabil* 2009; 42: 24–40.
19. Galuschka K, Schulte-Körne G: Clinical practice guideline: Diagnosing and treating reading and spelling disorders in children and adolescents. *Dtsch Arztebl Int* 2016; in press.
20. Schulte-Körne G: The prevention, diagnosis, and treatment of dyslexia. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107: 718–26.
21. Costello E, Egger H, Angold A: 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44: 972–86.
22. Hyde J, Mezulis A, Abramson L: The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychol Rev* 2008; 115: 291–313.
23. Windfuhr K, While D, Hunt I, et al.: National confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. Suicide in juveniles and adolescents in the United Kingdom. *J Child Psychol Psychiatr* 2008; 49: 1155–65.
24. Quiroga C, Janosz M, Lyons J, Morin A: Grade retention and seventh-grade depression symptoms in the course of school dropout among high-risk adolescents. *Psychology* 2012; 3: 749–55.
25. Robles-Piña A, Defrance E, Cox D: Self-concept, early childhood depression and school retention as predictors of adolescent depression in urban hispanic adolescents. *School Psychol Int* 2008; 29: 426–41.
26. Owens M, Stevenson J, Hadwin J, Norgate R: Anxiety and depression in academic performance: an exploration of the mediating factors of worry and working memory. *School Psychol Int* 2012; 33: 433–49.

27. Allgaier AK, Schiller Y, Schulte-Körne G: Wissens- und Einstellungsänderungen zu Depression im Jugendalter: Entwicklung und Evaluation einer Aufklärungsbroschüre. *Kindheit und Entwicklung* 2011; 20, 247–55.
28. Ross A, Shochet I, Bellair R: The role of social skills and school connectedness in preadolescent depressive symptoms. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2010; 39: 269–75.
29. Joyce H, Early T: The impact of school connectedness and teacher support on depressive symptoms in adolescents: a multilevel analysis. *Child Youth Serv* 2014; 39: 101–7.
30. Dolle K, Schulte-Körne G: The treatment of depressive disorders in children and adolescents. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110: 854–60.
31. Frühe B, Allgaier AK, Pietsch K, et al.: Children's depression screener (Child-D-S): development and validation of a depression screening instrument for children in pediatric care. *Child Psychiat Hum Dev* 2012; 43: 137–51.
32. Essex, M, Kraemer H, Slattery M, et al.: Screening for childhood mental health problems: outcomes and early identification. *J Child Psychol Psychiat* 2009; 50: 562–70.
33. Pietsch K, Allgaier AK, Frühe B, et al.: Screening for depression in adolescent paediatric patients: validity of the new Depression Screener for Teenagers (DesTeen). *J Affect Disord* 2011; 133: 69–75.
34. Goodman A, Goodman R: Strengths and difficulties questionnaire as a dimensional measure of child mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 2009; 48: 400–3.
35. Woerner W, Becker A, Rothenberger A: Normative data and scale properties of the German parent SDQ. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13 (Suppl 2): 3–10.
36. Woerner W, Hasselhorn M, Banaschewski T, Rothenberger A: Validation of the parent and teacher SDQ in a clinical sample. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13 (Suppl 2): 11–16.
37. Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H: Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiat* 2000; 177: 534–9.
38. Pietsch K, Allgaier AK, Frühe B, et al.: Screening for depression in adolescent paediatric patients: validity of the new Depression Screener for Teenagers (DesTeen). *J Affect Disord* 2011; 133: 69–75.
39. Weare K, Nind M: Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Prom Int* 2011; 26: S1; i29–i69.
40. Durlak J, Weissberg R, Dymnicki A, Taylor R, Schellinger K: The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Dev* 2011; 82: 474–501.

Anschrift für die Verfasser

Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne
 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
 Psychotherapie und Psychosomatik
 Ludwig-Maximilians-Universität
 Nußbaumstraße 5a, 80336 München
 gerd.schulte-koerne@med.uni-muenchen.de

Zitierweise

Schulte-Körne G: Mental health problems in a school setting in children and adolescents. *Dtsch Arztebl Int* 2016; 113: 183–90.
 DOI: 10.3238/arztebl.2016.0183



The English version of this article is available online:
www.aerzteblatt-international.de

Zusatzmaterial

Mit „e“ gekennzeichnete Literatur:
www.aerzteblatt.de/lit1116 oder über QR-Code



Sechs Gründe für Autorinnen und Autoren, wissenschaftliche Übersichts- und Originalarbeiten in der Rubrik Medizin im Deutschen Ärzteblatt zu publizieren

1. Die Reichweite des Deutschen Ärzteblattes

- Das Deutsche Ärzteblatt ist mit einer Auflage von mehr als 350 000 Exemplaren nicht nur die mit Abstand größte medizinische Zeitschrift in Deutschland, sondern auch eine der größten Fachzeitschriften der Welt.
- Einen cme-Artikel im Deutschen Ärzteblatt bearbeiten im Durchschnitt mehr als 19 000 Teilnehmer.
- Der wissenschaftliche Teil des Deutschen Ärzteblattes wird mit steigender Tendenz auch in der meinungsführenden Publikumspresse als wichtige Quelle wahrgenommen.

2. Die englische Ausgabe: Deutsches Ärzteblatt International

Alle wissenschaftlichen Artikel des Deutschen Ärzteblattes werden vollständig und kostenfrei übersetzt und in unserer englischen Online-Zeitschrift Deutsches Ärzteblatt International publiziert. Damit sind Artikel im Deutschen Ärzteblatt international zitierfähig.

3. Die Möglichkeit, Beiträge in zwei Sprachen einzureichen

Manuskripte können sowohl in deutscher als auch in englischer Sprache eingereicht werden.

4. Die Präsenz in allen wichtigen Datenbanken

Alle wissenschaftlichen Artikel im Deutschen Ärzteblatt sind durch ihre Publikation in der englischen Ausgabe Deutsches Ärzteblatt International in Medline gelistet und darüber hinaus in 15 weiteren Datenbanken vertreten.

5. Der Impact-Faktor

Deutsches Ärzteblatt International ist in den Datenbanken Web of Knowledge und Journal Citation Report gelistet. Der aktuelle Impact-Faktor beträgt 3,518 (JCR 2014).

6. Der freie Zugang zu allen Artikeln

Alle Beiträge im Deutschen Ärzteblatt sind im Internet frei zugänglich (open access). Dies gilt für die deutsche und für die englische Fassung.

Die Redaktion freut sich auch über unverlangt eingereichte Übersichts- und Originalarbeiten, insbesondere gilt das für randomisierte kontrollierte Studien sowie systematische Reviews und Metaanalysen. Für interessierte Autoren sind wir jederzeit ansprechbar.

Zusatzmaterial zu:

Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen im schulischen Umfeld

Gerd Schulte-Körne

Dtsch Arztebl Int 2016; 113: 183–90. DOI: 10.3238/arztebl.2016.0183

eLITERATUR

- e1. Röhrle B: Prävention und Gesundheitsförderung, Band III für Kinder und Jugendliche. Tübingen: DGVT-Verlag 2007.
- e2. Kent K, Pelham W, Molina B, et al.: The academic experience of male high school students with ADHD J Abnorm Child Psychol 2011; 39: 451–62.
- e3. Langberg J, Molina B, Arnold L, et al.: Patterns and predictors of adolescent academic achievement and performance in a sample of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Clin Child Adolesc Psychol 2011; 40: 519–31.
- e4. Thapa A, Cohen J, Guffey S, Higgins-D'Alessandro A: A review of school climate research. Rev Educ Res 2013; 83: 357–85.
- e5. Bond L, Butler H, Thomas L, et al.: Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. J Adolesc Health 2007; 40: 357.
- e6. Way N, Reddy R, Rhodes J: Students' perceptions of school climate during the middle school years: associations with trajectories of psychological and behavioral adjustment. Am J Comm Psychol 2007; 40: 194–213.
- e7. Stewart E: School structural characteristics, student effort, peer associations, and parental involvement: the influence of school- and individual-level factors on academic achievement. Educ Urban Soc 2008; 40: 179–204.
- e8. Kidger J, Araya R, Donovan J, Gunnell D: The effect of the school environment on the emotional health of adolescents: a systematic review. Pediatrics 2012; 129: 925–949.