



Kein **KIND**
zurücklassen!
Kommunen schaffen Chancen

Auffälligkeiten im Kindesalter

Risikofaktoren und die Inanspruchnahme
präventiver Angebote

Theresa Nagy

Im Jahr 2011 haben die Landesregierung Nordrhein-Westfalen und die Bertelsmann Stiftung das Modellvorhaben „Kein Kind zurücklassen! Kommunen in NRW beugen vor“ ins Leben gerufen. Ziel dieser Initiative war und ist es, gemeinsam mit den beteiligten Modellkommunen allen Kindern und Jugendlichen bestmögliche Chancen für ein gelingendes Aufwachsen und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen – und das unabhängig von ihrer Herkunft. Die Initiative wurde von Beginn an wissenschaftlich begleitet. Das Ziel: Ansatzpunkte und Mechanismen gelingender Präventionsarbeit zu identifizieren. Die Bertelsmann Stiftung verantwortet die Begleitforschung gemeinsam mit ihren wissenschaftlichen Partnern. Größter Partner ist das Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung ZEFIR an der Ruhr-Universität Bochum. In der vorliegenden gemeinsamen Schriftenreihe des ZEFIRs und der Bertelsmann Stiftung werden in unregelmäßigen Abständen Einblicke und Erkenntnisse aus der gemeinsamen Begleitforschung veröffentlicht.

In 2011, the state government of North Rhine-Westphalia and the Bertelsmann Stiftung launched the initiative, “Kein Kind zurücklassen! Kommunen in NRW beugen vor” (“Leave No Child Behind! Municipalities in North Rhine-Westphalia providing equal opportunities for all children”). The goal of this initiative remains unchanged: To partner with the participating model municipalities to enable every child and young person to have the best possible chance to participate in society and have a successful upbringing – regardless of their background. The initiative has been guided by academic research since its inception. The goal is to identify the approaches and mechanisms that result in successful prevention. Together with its partners from academia, the Bertelsmann Stiftung is overseeing the research that accompanies the initiative. One of the principal academic partners is the Centre for Interdisciplinary Regional Studies (ZEFIR) at the University of Bochum. From time to time, insights and findings from the collaborative accompanying research will be published in this series of joint papers by the ZEFIR and the Bertelsmann Stiftung.

Theresa Nagy

Auffälligkeiten im Kindesalter

Risikofaktoren und die Inanspruchnahme präventiver Angebote

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie;
detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Theresa Nagy

Auffälligkeiten im Kindesalter

Risikofaktoren und die Inanspruchnahme präventiver Angebote

Schriftenreihe Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung „Kein Kind zurücklassen!“
Erscheinungsort Gütersloh
Band 14 (Januar 2019)

© **Bertelsmann Stiftung**

Carl-Bertelsmann-Straße 256

33311 Gütersloh

Telefon 05241 81-81 285

www.bertelsmann-stiftung.de

Dr. Kirsten Witte, Director Programm LebensWerte Kommune, Bertelsmann Stiftung

© **Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung (ZEFIR)**

Fakultät für Sozialwissenschaft, Ruhr-Universität Bochum

LOTA 38, 44780 Bochum

Telefon 0234 32-24 675

www.ruhr-uni-bochum.de/zefir

Prof. Dr. Jörg Bogumil

Redaktion

Dr. Regina von Görtz, Projektleitung „Kein Kind zurücklassen!“, Bertelsmann Stiftung

Dr. David H. Gehne, Forschungs koordinator „Kein Kind zurücklassen!“, ZEFIR Bochum

Autorin Theresa Nagy

Koordination Vera Hanke, Bertelsmann Stiftung

Titelbild Photographie.eu - stock.adobe.com

Gestaltung Dietlind Ehlers, Bielefeld

Lektorat Rudolf Jan Gajdacz, team 4media&event, München

Druck Hans Kock Buch- und Offsetdruck GmbH, Bielefeld

ISSN-Print 2199-6393

ISSN-Internet 2199-6407

Mit finanzieller Unterstützung des Landes Nordrhein-Westfalen und des Europäischen Sozialfonds.

Inhalt

Vorwort	11
1 Einleitung	15
2 Die Bedeutung der Familie für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	17
2.1 Theoretische Vorannahmen	18
2.2 Diskussion der Theorien am empirischen Forschungsstand	26
3 Datengrundlage und Messinstrumente	32
3.1 Schriftliche Familienbefragung	32
3.2 Elterninterviews	37
4 Zur soziodemographischen Verteilung von kindlichen Auffälligkeiten	39
4.1 Emotionale Probleme	39
4.2 Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme	42
4.3 Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten	46
4.4 Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	48
4.5 Gesamtproblemwert	52
5 Zur Entwicklung von kindlichen Auffälligkeiten	57
5.1 Kindliche Auffälligkeiten: Alles eine Frage der Erziehung?	57
5.2 Welche Ursachen sehen Eltern für die Entwicklung von Auffälligkeiten?	61
5.3 Was folgt für die Praxis von Präventions- und Interventionsmaßnahmen?	66

6	Zur Inanspruchnahme von Präventionsangeboten durch Familien mit verhaltensauffälligen Kindern	68
6.1	Wie informieren sich Familien mit auffälligen Kindern?	68
6.2	Prozess der Inanspruchnahme: Vom Verdacht bis zur Diagnose	70
6.3	Hürden und Herausforderungen während der Inanspruchnahme	82
7	Zusammenfassung und Fazit	85
	Die Autorin	88
	Literatur und Quellenangaben	89

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

Abbildung 1: Modell zum Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit	19
Abbildung 2: Erziehungsstile nach Baumrind	25
Abbildung 3: Prädiktoren für Verhaltensauffälligkeiten	31
Abbildung 4: Hyperaktivitätsprobleme nach Alter und Geschlecht (gruppiert; in Prozent)	44
Abbildung 5: Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen nach Schulform (gruppiert; in Prozent)	50
Abbildung 6: Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen nach Geschlecht und Migrationshintergrund (gruppiert; in Prozent)	51
Abbildung 7: Nutzung von Informationsmöglichkeiten (unauffällige vs. auffällige Kinder; Kohorte der Sechs- und Elfjährigen; in Prozent)	69
Abbildung 8: Festgestellte Verhaltensauffälligkeiten nach Gesamtwert, Risikofaktoren und Belastungssituationen (Kohorte der Elfjährigen; in Prozent)	78

Tabellen

Tabelle 1: Verhaltensstärken und -schwächen	34
Tabelle 2: Zuordnung der Testwerte zu den Gruppen (unauffällig, grenzwertig und auffällig)	35
Tabelle 3: Modifizierte Version des Alabama Parenting Questionnaire	36
Tabelle 4: Mittelwerte für emotionale Probleme nach Merkmalen des Kindes und soziostruktureller Position der Familie	40
Tabelle 5: Mittelwerte für emotionale Probleme nach Einkommen und Qualifikation	41
Tabelle 6: Emotionale Probleme nach Familienform (gruppiert; in Prozent)	42
Tabelle 7: Mittelwerte für Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme nach Merkmalen des Kindes und soziostruktureller Position der Familie	43
Tabelle 8: Mittelwerte für Hyperaktivitätsprobleme nach Einkommen und Qualifikation	45

Tabelle 9:	Hyperaktivitätsprobleme nach Familienform (gruppiert; in Prozent)	45
Tabelle 10:	Mittelwerte für externalisierende Verhaltensauffälligkeiten nach Merkmalen des Kindes und soziostruktureller Position der Familie	47
Tabelle 11:	Mittelwerte für externalisierende Verhaltensprobleme nach Einkommen und Qualifikation	47
Tabelle 12:	Mittelwerte für Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen nach Merkmalen des Kindes und soziostruktureller Position der Familie	48
Tabelle 13:	Mittelwerte für Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen nach Einkommen und Qualifikation	51
Tabelle 14:	Mittelwerte für den Gesamtproblemwert nach Merkmalen des Kindes und soziostruktureller Position der Familie	53
Tabelle 15:	Gesamtproblemwert nach Familienstand (gruppiert; in Prozent)	54
Tabelle 16:	Mittelwerte für den Gesamtproblemwert nach Einkommen und Qualifikation	54
Tabelle 17:	Familien in Belastungssituationen nach Gesamtproblemwert (gruppiert; in Prozent)	56
Tabelle 18:	Korrelationen zwischen Gesamtproblemwert und familialen Faktoren	58
Tabelle 19:	Schätzung der Einflussfaktoren auf den Gesamtproblemwert	60
Tabelle 20:	Wie gut fühlen sich Eltern über Angebote informiert? (nach gruppiertem Gesamtproblemwert; Kohorte der Sechs- und Elfjährigen; in Prozent)	68
Tabelle 21:	Durchschnittliche Anzahl der in Anspruch genommenen Angebote nach Alter und gruppiertem Gesamtproblemwert	73
Tabelle 22:	Inanspruchnahme von Präventionsangeboten nach gruppiertem Gesamtproblemwert (Kohorte der Sechsjährigen; in Prozent)	74
Tabelle 23:	Inanspruchnahme von Präventionsangeboten nach gruppiertem Gesamtproblemwert (Kohorte der Elfjährigen; in Prozent)	75

Vorwort

Es herrscht Einigkeit: Das Krankheitsbild von Kindern hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich geändert. Hierzu wird in der Regel nicht nur die Eindämmung von Infektionskrankheiten und die gleichzeitige Ausbreitung chronischer Krankheiten gezählt, sondern auch die steigenden Anteile von Auffälligkeiten im Bereich der körperlichen und psychischen Verfassung, wie zum Beispiel Adipositas, sowie von Aufmerksamkeitsstörungen oder weiteren „Auffälligkeiten“ im Verhalten der Kinder. Studien zur Situation der Kinder und ihrer Familien und zu den Hintergründen der Entwicklung solcher „Auffälligkeiten“ nehmen zwar zu, unser Wissen hierüber muss jedoch nach wie vor als unzureichend gelten. Immer noch dominieren medizinische und therapeutisch orientierte Zugänge zum Thema. Die Fragen, in welchem Umfeld „auffällige“ Kinder aufwachsen, wie die Familien mit dem Problem umgehen und ob und wie sie sich im Hilfesystem bewegen oder welche Rolle präventiv ausgerichtete Angebote im Leben der Kinder und ihrer Eltern spielen, bleiben noch weitgehend unbeantwortet.

Hier setzt der vorliegende Werkstattbericht an. Die Verfasserin will klären, wie Kinder mit Auffälligkeiten leben und wodurch das Nutzungsverhalten der Familien in einem breit angelegten Präventions- und Hilfesystem beeinflusst wird. Dass die Forschungslage zu dieser Frage eher begrenzt ist, liegt unter anderem daran, dass „Auffälligkeit“ kein eindeutig umgrenzter Begriff und ein Zugang forschungstechnisch schwierig ist. Im Graubereich zwischen Normalität und manifester bzw. eindeutig abgrenzbarer Krankheit oder Behinderung sind mehrere Professionen tätig. Alle legen jeweils eigene Kriterien für das Vorliegen und an eine „Behandlungsbedürftigkeit“ bzw. an die Fördernotwendigkeit zugrunde – und sie begründen und empfehlen auch jeweils eigene Wege der Prävention. Die Antwort darauf, ob ein Kind „auffällig“ ist, variiert daher mit der jeweils befragten Profession bzw. mit der Institution, in der die Kinder gefördert werden. Sie variiert außerdem aber auch mit der Sicht der Eltern auf ihr Kind und auf dessen Verhalten.

Eine gezielte Ansprache der betreffenden Familien für Forschungszwecke muss also entweder durch den Filter der Elternwahrnehmung oder aber der behandelnden Institution und ihrer professionellen Definition gehen. Beides bedeutet, dass der Feldzugang sehr selektiv erfolgt. Alternativ könnten entsprechende Fälle nur im Rah-

men großer Samples mit standardisierten Instrumenten herausgefiltert werden. Das ist zwar aufwendig (und teuer), bringt aber auch Vergleichsmöglichkeiten und Aussagen über Zusammenhänge und Handlungsbedingungen mit sich.

Zu bedenken ist des Weiteren aber, dass Einblicke in den Umgang mit „Auffälligkeiten“ und auch in familiäre Inanspruchnahmeprozesse hierauf ausgerichteter präventiver Angebote in kommunikativ offenen Gesprächssituationen und durch ein sensibles Vorgehen bei Befragungen wesentlich erleichtert werden. Hier geht es nicht um große Stichproben und um standardisierte Erhebungssituationen, sondern um ausreichend Zeit für den Einzelfall und um kommunikative Offenheit, die Verstehen ermöglicht. Eigentlich braucht man also beide Informationstypen, um die oben aufgeworfenen Fragen angemessen bearbeiten zu können: quantitativ ebenso wie qualitativ auswertbares Material, und das heißt: große Stichproben ebenso wie wenige, aber intensive Gespräche.

Damit stellen sich methodische Anforderungen, die nur selten und in der Regel auch nur im Rahmen von Grundlagenforschung erfüllt werden können. Im hier dokumentierten Projekt bot sich die Gelegenheit, die angesprochenen Probleme des Feldzugangs zu Familien mit „auffälligen“ Kindern zu lösen, indem bereits vorliegende Daten mit neuen Fragestellungen gezielt ausgewertet werden konnten. Grundlage hierfür waren Datensätze und bereits vorliegende Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Begleitung des nordrhein-westfälischen Modellprojektes „Kein Kind zurücklassen! Kommunen in NRW beugen vor“ (KeKiz). In mehreren Modulen ging es darum, günstige Bedingungen für die angestrebten Wirkungen präventiver Angebote auf der kommunalen Ebene herauszuarbeiten. Das Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung (ZEFIR) der Ruhr-Universität Bochum verantwortete dabei unter anderem¹ das Modul „Elterninterviews“², in dem eine begrenzte Anzahl von 45 Eltern (zumeist Mütter) in einer offenen Gesprächssituation Auskunft über ihr Kind, über ihre eigene Situation und über die Nutzung von Förderangeboten gaben. Schon bei der ersten Auswertung der Gesprächsmitschnitte fiel auf, dass in fast der Hälfte der

1 Monitoring, Verwaltungsstudie sowie Mikrodatenanalyse waren weitere von ZEFIR verantwortete Module (Strohmeier et al. 2014).

2 Das Projekt wurde im Zeitraum September 2014 bis Dezember 2015 durchgeführt und wurde durch die Bertelsmann Stiftung, den Europäischen Sozialfonds (ESF) sowie die Landesregierung NRW finanziert.

Familien die Rede von unterschiedlichen „Auffälligkeiten“ ihres Kindes war. Hierzu zählten zum Beispiel Adipositas, die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) oder auch andere Verhaltensauffälligkeiten. Gezielte Auswertungen speziell für diese Gruppe waren damals jedoch nicht möglich.

Dies konnte dann im Rahmen einer zweiten Phase der wissenschaftlichen Begleitung, die durch die Bertelsmann Stiftung und den Europäischen Sozialfonds (ESF) finanziert wurde, realisiert werden. Vor allem durch die Möglichkeit, einen weiteren Datensatz aus der wissenschaftlichen Begleitung in die Auswertungsarbeiten zu Familien mit „auffälligen“ Kindern zu integrieren, ergaben sich bis dahin noch kaum vorhandene Erkenntnisgewinne. Dieser zweite Datensatz, der auf einer schriftlichen Befragung von insgesamt 4.409 Familien beruhte, wurde im Rahmen des Moduls „Familienbefragung“ von der Faktor Familie GmbH mit Sitz in Bochum erstellt und ausgewertet und enthält umfassende Informationen über die Situation von drei-, sechs- und elfjährigen Kindern und ihren Familien, einschließlich unterschiedlicher Formen von „Auffälligkeiten“ (hierzu ausführlicher Franzke und Schultz 2015 und Kapitel 2 in diesem Bericht).³

Das neue Projekt „Zappelphilipp oder ADHS? Herausforderungen für Familien mit entwicklungsauffälligen Kindern – Ansatzpunkte für Prävention“ hat im Zeitraum Juni 2016 bis November 2017 zwei inhaltliche Schwerpunkte⁴ gesetzt, von denen einer in dem hier vorgelegten Werkstattbericht seine Umsetzung findet. Theresa Nagy analysiert zunächst die von den Eltern festgestellten Auffälligkeiten im Detail und konzentriert sich dann auf die Zusammenhänge mit familialen Bedingungen. Hierbei betrachtet sie das Familienklima und das Erziehungsverhalten der Eltern und bezieht auch besondere familiäre Belastungssituationen ein. Zum anderen wird das Nutzungsverhalten der Eltern hinsichtlich präventiv ausgerichteter Angebote untersucht. Besonders aufschlussreich sind diese Analysen, weil sie aufgrund der sekundäranalytischen Auswertung des Datensatzes der Familienbefragung immer vergleichend vorgehen und auf diese Weise auch die Besonderheiten des

3 Auch wenn die Adressgewinnung für die vertiefenden Elterninterviews über die Zustimmung der Eltern im Rahmen dieser schriftlichen Befragung erreicht wurde, so war eine Verknüpfung der Informationen aus den beiden Erhebungen aus Datenschutzgründen weder möglich noch intendiert.

4 Im Werkstattbericht von Jörg Kohlscheen (2018) steht der zweite Schwerpunkt des Projektes im Vordergrund. Er behandelt die Frage, wie die Konstruktion von Auffälligkeit abläuft und welche Rolle normativ geprägte Erwartungen an das Verhalten eines Kindes im Zusammenhang mit dem Bewältigungsverhalten der Eltern spielen.

Elternverhaltens beim Vorliegen von Auffälligkeiten in den Blick nehmen können. Dies bietet neue Einsichten in die Unterstützungsbedarfe der Familien und ist den besonderen Datengrundlagen zu verdanken.

Die Analysen können deutlich machen, dass Auffälligkeiten von Kindern in benachteiligten Familienverhältnissen mit größerer Wahrscheinlichkeit auftreten. Vor allem der Bildungsstand der Eltern spielt dabei eine wichtige Rolle. Gleichzeitig hat das Erziehungsverhalten der Eltern einen eigenständigen Einfluss auf das Verhalten der Kinder. Ein negatives und inkonsistentes Elternverhalten geht mit einer Entwicklung von Auffälligkeiten ebenso einher, wie ein positives Familienklima diese verhindern kann. Während aber die Bedeutung von Umwelteinflüssen auf Verhaltensauffälligkeiten empirisch nachweisbar ist, sprechen die Eltern selbst vor allem biologische und genetische Hintergründe der Auffälligkeit ihres Kindes an. Eine Schlussfolgerung aus diesen Ergebnissen lautet: Elternzentrierte Angebote und Maßnahmen, die kompetenzstärkend und unterstützend ausgerichtet sind, sind für Kinder und für ihre Familien zentral und sollten ausgedehnt werden.

Umso wichtiger ist deshalb auch die Frage, ob vorhandene Angebote von den Familien mit auffälligen Kindern genutzt werden und wie eine solche Nutzung gefördert werden kann. Die Auswertung der Elterngespräche und der Familienbefragung zeigt zum einen, dass die Wahrnehmung von Auffälligkeiten in Kita und Schule initiiert wird. Dort sind den Professionellen Vergleiche möglich und die Handlungs- und Leistungsstandards machen Abweichungen und ausbleibende Förderung folgenreich. Allerdings folgt auf eine solche institutionengesteuerte Wahrnehmung häufig eine schwierige, weil vorbildlose Situation, in der Irritationen und Unsicherheiten für die Eltern vorherrschen. Die Eltern vermissen hier vor allem Informationen über vorhandene Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten und erleben Widersprüche und Uneinigkeit in der Heterogenität medizinischer, pädagogischer und therapeutischer Professionalität. Diese Situation behindert ein problemgerechtes Vorgehen und erfordert – so das abschließende Plädoyer – eine stärkere multiprofessionelle Kooperation der Fachleute.

PD Dr. Angelika Engelbert
(Projektleiterin)

1 Einleitung

Kinder sind heutzutage so gesund wie nie und das vor allem aufgrund der allgemeinen Verbesserung der medizinischen Versorgung. Zum einen ist ein Rückgang der Kindersterblichkeit zu verzeichnen, zum anderen sind aber auch somatische sowie akute Krankheiten im Kindes- und Jugendalter wesentlich seltener anzutreffen.

Das Krankheitsspektrum hat sich gewandelt. Zu den häufigsten Gesundheitsgefährdungen gehören nun psychische Störungen, Verhaltensauffälligkeiten sowie chronische Erkrankungen, welche häufig unter dem Stichwort der „neuen Morbidität“ zusammengefasst werden. So leiden nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) etwa 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen unter psychischen Einschränkungen (Hölling et al. 2014).

Ravens-Sieberer, Klasen und Petermann (2016: 4) sprechen aufgrund dieser Entwicklung von der „umfassendsten gesundheitsbezogenen Herausforderung des 21. Jahrhunderts“ und damit von den möglichen gesellschaftlichen Auswirkungen: Die Kosten für die Gesundheitsversorgung sowie für Bildung steigen, in den Sozialsystemen erhöht sich der Ressourcenbedarf.

Psychische Auffälligkeiten und ihre Symptome stellen aber vor allem auch eine Belastung im Leben des Kindes dar. Häufig sind mit ihnen weitere Gesundheits- und Entwicklungsbeeinträchtigungen verbunden. Weiterhin beeinflussen sie das Kind und sein Handeln in so gut wie allen Lebensbereichen, sei es innerhalb des Bildungsbereichs oder im sozialen Umfeld. Und schließlich ist auch die Familie als Ganze betroffen.

Die Inanspruchnahme von präventiven und intervenierenden Angeboten kann zu einer Verbesserung der kindlichen und der familialen Lage beitragen, indem Symptome eingeordnet sowie bewertet und Lösungsansätze für den Umgang mit problematischem Verhalten geboten werden. Eine in Deutschland durchgeführte Studie zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten von Kindern und Jugendlichen zeigt aber, dass weniger als 30 Prozent der Familien mit auffälligen Kindern professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (vgl. Hintzpeter et al. 2014).

Aus diesem Grund beschäftigt sich der vorliegende Bericht mit der Leitfrage, wie die Inanspruchnahme von medizinischen, pädagogischen und psychologischen Angeboten bei Familien mit auffälligen Kindern funktioniert: Was ist der Auslöser für eine Inanspruchnahme, welche Angebote werden vermehrt in Anspruch genommen, wie unterscheidet sich die Inanspruchnahme im Vergleich zu Familien mit unauffälligen Kindern und welche Hürden und Herausforderungen treten auf? Es geht also vor allem darum, den Inanspruchnahmeprozess von Familien mit besonderem Handlungsbedarf zu beleuchten, um wichtige neue Impulse für die kommunale Familienpolitik und die Praxis im Feld der Auffälligkeiten geben zu können.

Um diese Fragen adäquat beantworten zu können, folgt nach einer kurzen Abhandlung zu theoretischen Vorannahmen, gegenwärtigem Forschungsstand und der Darlegung der verwendeten Datengrundlage eine ausführliche Beschreibung der Gruppe der Familien mit auffälligen Kindern. Die Untersuchung der Häufigkeit und Verteilung psychischer Auffälligkeiten nach soziodemographischen Merkmalen soll dabei erste Hinweise auf den Unterstützungsbedarf dieser Familien liefern. Im Weiteren geht es um die Identifikation von Einflussfaktoren, die häufig mit kindlichen Auffälligkeiten in Zusammenhang gebracht werden. Hier ist vor allem das elterliche Erziehungsverhalten zu nennen, dessen Einfluss auf die psychische Entwicklung des Kindes in fachlichen wie auch medialen Debatten immer wieder im Vordergrund steht. Auf Grundlage dieser Analysen wird schließlich der Inanspruchnahmeprozess von Familien mit auffälligen Kindern untersucht. Es wird zu zeigen sein, ob sich der besondere Unterstützungsbedarf dieser Familien in einer vermehrten Inanspruchnahme entsprechender Angebote niederschlägt und welche Hürden dabei auftreten.

2 Die Bedeutung der Familie für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Familie und Gesundheit stehen in einer überaus engen Beziehung zueinander. Die Familie übernimmt zum einen eine Vielzahl an gesundheitsbezogenen Aufgaben, von der Säuglingspflege bis hin zur Versorgung, Betreuung und Behandlung im Krankheitsfall. Nicht umsonst wird die alltägliche Gesundheitsselfhilfe innerhalb der Familie in diesem Zusammenhang als „dritte Säule der Gesundheitssicherung“ bezeichnet (vgl. Sting 2007: 489). Eltern loten zudem auf Grundlage ihrer bisherigen Erfahrungen den weiteren Handlungsbedarf aus und entscheiden als „Schlüsselfiguren“ über die (Nicht-)Inanspruchnahme entsprechender Angebote der Gesundheitsförderung und -versorgung (vgl. dazu auch Kohlscheen und Nagy 2016). Damit wird Kindern schon früh ein Verständnis von Gesundheit bzw. Krankheit sowie von Eingriffs- bzw. Behandlungsmöglichkeiten und -notwendigkeiten vermittelt.

Die Familie ist aber auch der Ort, an dem sich ein gesundheitsbezogener familialer Lebensstil ausbildet. Dieser manifestiert sich in Alltagshandlungen und -aktivitäten, die sich auch auf die Gesundheit der Familienmitglieder auswirken, wie beispielsweise Familienroutinen (gemeinsames Abendessen), sportliche Betätigung oder das Ernährungs- und Konsumverhalten.

Wie viel Raum diesen gesundheitsbezogenen Aktivitäten innerhalb der Familie gegeben wird, variiert dabei stark mit ihrer sozioökonomischen Stellung. Am Beispiel der Ernährung als wichtiger Bereich des Gesundheitsverhaltens kann dies gut veranschaulicht werden. Verschiedene Studien belegen den Zusammenhang zwischen Ernährungsverhalten und sozialer Schicht: Kinder und Jugendliche aus niedrigeren sozialen Schichten ernähren sich weniger gesundheitsbewusst, sie essen unregelmäßiger und greifen eher zu kalorienreichen, fetthaltigen Produkten (vgl. Jungbauer-Gans und Kriwy 2004: 15). Dies kann als ein möglicher Grund für das zwei- bis dreimal höhere Risiko für Adipositas bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Milieus im Vergleich zu denjenigen aus den oberen sozialen Schichten identifiziert werden (Lampert, Hagen und Heizmann 2010).

Auch im Falle von Verhaltensauffälligkeiten wird ein stark ausgeprägtes Gefälle hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit, einer Risikogruppe anzugehören, deutlich. Wie bereits erwähnt, weisen durchschnittlich 20 Prozent aller Kinder und Jugendlichen Anzeichen psychischer Auffälligkeit auf. Wird zusätzlich nach dem Sozialstatus der Familie unterschieden, so liegt die Krankheitshäufigkeit der Kinder und Jugendlichen mit erhöhtem Risiko für psychische Auffälligkeiten aus Familien mit niedrigem Sozialstatus bei 31 Prozent, bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit hohem Sozialstatus hingegen lediglich bei 11 Prozent (Hölling et al. 2014: 812).

Um den Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und gesundheitlicher Lage allgemein zu erklären, haben sich innerhalb der Forschung vor allem die Konzepte der sozialen Stresshypothese und der sozialen Selektionshypothese etabliert, die im Folgenden kurz vorgestellt werden. Auf dieser Basis sollen im Anschluss kindliche Auffälligkeiten und ihre Einflussfaktoren beschrieben werden.

2.1 Theoretische Vorannahmen

2.1.1 Führt soziale Ungleichheit zu gesundheitlicher Ungleichheit?

Die soziale Stresshypothese, auch Verursachungshypothese genannt, geht von einem verursachenden Effekt des sozialen Hintergrunds auf zentrale Gesundheitsaspekte von Heranwachsenden aus. Göllner (2014: 284) stellt fest, dass hinter dieser Hypothese „ein komplexes Gefüge von Wirkungszusammenhängen [steht; Anm. d. Verf.]. Diese umfassen zumeist ein Bündel an Risikofaktoren, die eng an die soziale Stellung sowohl der Herkunftsfamilie als auch des außerfamilialen sozialen Umfelds gebunden sind und die als vermittelnde Faktoren zwischen der sozialen und der gesundheitlichen Ebene stehen.“

Die Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen variieren also stark mit der sozialen Herkunft. Die soziale Position der Familie ist mit weiteren Faktoren verknüpft, welche den kindlichen Gesundheitsstatus beeinflussen. Dazu zählen ökonomische und materielle Ressourcen (z. B. Wohnumfeld bzw. Wohnqualität), aber ebenso familiäre und elternbezogene Faktoren (z. B. Gesundheitsverhalten innerhalb der Familie, Erziehungsverhalten, Förderung von kindlichen Fähigkeiten durch Schaffung von Freizeit- und Lernmöglichkeiten).

Abbildung 1: Modell zum Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit



Quelle: eigene Darstellung, angelehnt an Lampert und Richter 2009: 219

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

Die soziale und gesundheitliche Benachteiligung im Kindes- und Jugendalter beeinflusst in der Regel auch andere Bereiche im weiteren Lebensverlauf, wie zum Beispiel den schulischen Qualifikationsprozess. Wird hier nicht ausreichend interveniert, so können Krankheiten und Auffälligkeiten in jungen Jahren auf längere Sicht zu einer nachteiligen Platzierung in der Sozialstruktur im Erwachsenenalter führen. Diesen Zusammenhang erklärt die soziale Selektionshypothese.

Gesundheitliche Beeinträchtigungen sind somit nicht nur als Ergebnis sozialer Ungleichheit zu verstehen, sie begünstigen durch ihre Konsequenzen gleichzeitig auch die Entstehung und Aufrechterhaltung von sozialer Ungleichheit. Aus diesem Grund erscheint es ganz besonders wichtig, durch entsprechende Präventionsmaßnahmen frühzeitig auf gesundheitliche Ungleichheiten zu reagieren und diesen bestmöglich entgegenzuwirken.

Die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland wird, wie bereits beschrieben, heute stärker denn je durch psychische Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten bestimmt. Die zu beobachtende Verlagerung von somatischen zu psychischen Krankheiten ist auch mit neuen Herausforderungen für die präventive Praxis verbunden. Aus diesem Grund soll im Weiteren erklärt werden, was unter „kindlichen Auffälligkeiten“ zu verstehen ist und welche Einflussfaktoren identifiziert werden können.

2.1.2 Was sind „kindliche Auffälligkeiten“?

Die stärksten körperlichen wie auch psychischen Entwicklungen werden im Kindes- und Jugendalter durchlaufen. Jedes Kind verfolgt dabei sein individuelles „Entwicklungstempo“. Eltern stehen damit häufig vor der Herausforderung zu entscheiden, welche Entwicklung als „normal“ anzusehen ist und welche nicht.

In der wissenschaftlichen Diskussion hat sich vor allem die Definition von Mischker (2009) durchgesetzt:

„Verhaltensstörung⁵ ist ein von den zeit- und kulturspezifischen Erwartungsnormen abweichendes maladaptives Verhalten, das organogen und/oder milieureaktiv bedingt ist, wegen der Mehrdimensionalität, der Häufigkeit und des Schweregrades die Entwicklungs-, Lern- und Arbeitsfähigkeit sowie das Interaktionsgeschehen in der Umwelt beeinträchtigt und ohne besondere pädagogisch-therapeutische Hilfe nicht oder nur unzureichend überwunden werden kann“ (a. a. O.: 49).

Diese Definition verweist auf verschiedene Aspekte von Verhaltensauffälligkeiten: Sie sind zum einen von Normen abhängig, die sich aber auch im zeitlichen Verlauf ändern können. Das bedeutet, dass Verhalten, welches heute als „auffällig“ klassifiziert wird, in späteren Generationen auch als normal gelten könnte. Damit besteht das Problem der Grenzziehung zwischen stark ausgeprägtem, aber „noch normalem“ und „auffälligem“ Verhalten. Wie sehr ein Verhalten als problematisch erlebt wird, hängt maßgeblich von der Intensität und der Häufigkeit seines Auftretens ab. Außer-

5 Die Begriffe „Verhaltensstörung“ und „Verhaltensauffälligkeit“ werden häufig synonym verwendet. Im Folgenden wird der Begriff „Verhaltensauffälligkeit“ genutzt, da dieser als wertneutraler gilt.

dem spielen der individuelle Leidensdruck des Kindes und die Einschränkungen in den Entwicklungsmöglichkeiten, aber auch in Lebensbereichen, wie dem familialen System, in der Peergroup oder im Kindergarten bzw. der Schule eine wichtige Rolle. Das Problem wird laut Döpfner und Petermann (2008) umso schwerwiegender, je weniger die Möglichkeit gesehen wird, es selbstständig bewältigen zu können. Dieses Ergebnis unterstreicht die Relevanz eines frühzeitigen Präventionsansatzes.

Symptome, Behandlungsmöglichkeiten und Ursachen einer kindlichen Auffälligkeit sollen am Beispiel der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung („ADHS“) kurz erläutert werden. Sie stellt mit einer Krankheitshäufigkeit von 4,8 Prozent die häufigste Verhaltensauffälligkeit in Deutschland dar (vgl. Schlack et al. 2007).

ADHS ist nach der International Classification of Diseases (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) eine hyperkinetische Störung, die durch die Leitsymptome Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Unruhe bzw. Hyperaktivität gekennzeichnet wird. Es werden dabei drei Subtypen unterschieden: die vorwiegend unaufmerksame, die vorwiegend hyperaktiv-impulsive und die kombinierte Ausprägung.

Kinder mit den genannten Leitsymptomen haben beispielsweise Schwierigkeiten bei der Organisation und Beendigung von Aufgaben, sie können nicht über einen längeren Zeitraum still sitzen bleiben oder fallen anderen ständig ins Wort. Diese oder ähnliche Verhaltensweisen lassen sich wahrscheinlich bei jedem Kind mehr oder weniger beobachten. Für eine Diagnose, die üblicherweise Kinderärzte⁶, -psychiater oder -psychotherapeuten durchführen, müssen die Symptome

- deutlich ausgeprägt, also über das „normale Maß“ hinaus,
- vor dem sechsten Lebensjahr,
- über einen längeren Zeitraum (mindestens sechs Monate) und
- in mehreren Lebensbereichen auftreten (vgl. dazu auch Gebhardt 2016: 25 ff.)

Es ist also nicht ausreichend, wenn das als auffällig wahrgenommene Verhalten nur im Schulalltag zu beobachten ist, es muss beispielsweise auch innerhalb der Fami-

6 Aus Gründen der Einfachheit und besseren Lesbarkeit verwendet diese Publikation vorwiegend die männliche Sprachform. Es sind jedoch jeweils beide Geschlechter gemeint.

lie auftreten. Die Diagnose basiert für gewöhnlich auf den Ergebnissen von Untersuchungen, Tests, Gesprächen mit dem Kind und dessen Eltern sowie Beobachtungen und Berichten, beispielsweise von Erziehern und Lehrern (vgl. Thümmler 2015: 61).

Zur Behandlung von ADHS wird eine multimodale Therapie empfohlen, die aus einer Kombination von pädagogischen, psychologischen und medizinischen Angeboten besteht. Knapp die Hälfte aller Kinder mit einer ADHS-Diagnose wird mit Medikamenten behandelt, wobei die meisten Verordnungen für das Alter zwischen neun und zwölf Jahren erfolgen (vgl. Liebsch 2009).

Für die Erklärung der Entstehung von ADHS wie auch von anderen Verhaltensauffälligkeiten haben sich im wissenschaftlichen Diskurs verschiedene, teils konkurrierende Erklärungsansätze etabliert. Allgemein kann hier zwischen affirmativer, integrativer und zurückweisender Position unterschieden werden (vgl. Becker 2007). Die affirmative Position deutet Verhaltensauffälligkeiten als genetisch bedingte Störungen. Aus Sicht der Vertreter der integrativen Position spielen bei der Entstehung von Auffälligkeiten sowohl umweltbezogene als auch biologische Faktoren eine Rolle. Schließlich ist davon die zurückweisende Position zu unterscheiden, die Auffälligkeiten als „Produkt sozialer Zuschreibungen“ und damit als soziale Konstruktion beschreibt.⁷

Im Folgenden soll näher auf die integrative Position und damit auf ein biopsychosoziales Entstehungsmodell eingegangen werden. Dieser Ansatz betont die Bedeutung von Umweltfaktoren bei der Bildung von Auffälligkeiten und kann dadurch wichtige Anhaltspunkte für die präventive Arbeit bieten.

2.1.3 Die Entstehung von Auffälligkeiten

Nach dem biopsychosozialen Entstehungsmodell sind biologische und genetische Einflüsse an der Genese von Verhaltensauffälligkeiten beteiligt. Umweltbedingte bzw. psychosoziale Faktoren wiederum beeinflussen vor allem die Manifestation und Intensität der Symptome. Diese unterschiedlichen Faktoren stehen in einer Wechselbeziehung zueinander (vgl. Fröhlich-Gildhoff 2013).

7 Diese Perspektive wird auch von Kohlscheen (2018) eingenommen und ausführlich beschrieben.

Unter psychosozialen Faktoren werden **personale** (z. B. kognitive Fertigkeiten oder das Temperament des Kindes), **soziale** (in Form von sozialer Unterstützung, positiven Freundschaftsbeziehungen, positiven Kindergarten-/Schulerfahrungen) sowie **familiäre** Faktoren subsumiert.

Je nach ihrer Ausprägung können diese multipel interagierenden Faktoren als Risiko- oder Schutzfaktoren klassifiziert werden. Von Risikofaktoren spricht man, wenn die Merkmale des Kindes oder die Bedingungen in seiner Umwelt die Wahrscheinlichkeit für eine fehlangepasste Entwicklung erhöhen. Im Gegensatz dazu können Schutzfaktoren dieser Fehlentwicklung entgegenwirken. Zu berücksichtigen ist, dass die Faktoren nicht universell wirksam sind, das heißt nicht jedes Kind, das mit einem Risikofaktor konfrontiert wird, entwickelt sich negativ. Dies hängt auch von der Vulnerabilität („Verletzlichkeit“) bzw. der Resilienz („Widerstandskraft“) des Kindes ab (Wustmann 2005). Des Weiteren wirken insbesondere Risikofaktoren multiplikativ: Je mehr Risikofaktoren ein Kind erfährt, desto wahrscheinlicher ist eine negative Entwicklung (vgl. auch Ravens-Sieberer, Wille und Erhart 2007).

Die Familie stellt die unmittelbarste und überdauernde Umwelt des Kindes dar. Für präventive und intervenierende Ansätze sind familiäre Merkmale von besonderem Interesse, da diese zumeist beeinflussbar sind. Bengel, Meinders-Lücking und Rottmann (2009) merken dazu weiterhin an:

„[Familiäre Faktoren; Anm. d. Verf.] betonen nicht einseitig die Fähigkeiten von Kindern für die Bewältigung kritischer Lebensbedingungen, sondern auch die Verantwortlichkeit von Familie und Gesellschaft, um Kindern Bedingungen zu bieten, unter denen eine positive Entwicklung und Resilienz gegenüber kritischen Ereignissen möglich wird“ (a. a. O.: 86).

In der Forschung konnte bereits eine ganze Bandbreite an familialen Merkmalen identifiziert werden, die Einfluss auf die kindliche Entwicklung hat. Als Erstes wären allgemeine strukturelle Familienmerkmale, wie beispielsweise der sozioökonomische Status oder die Familienzusammensetzung, zu nennen.

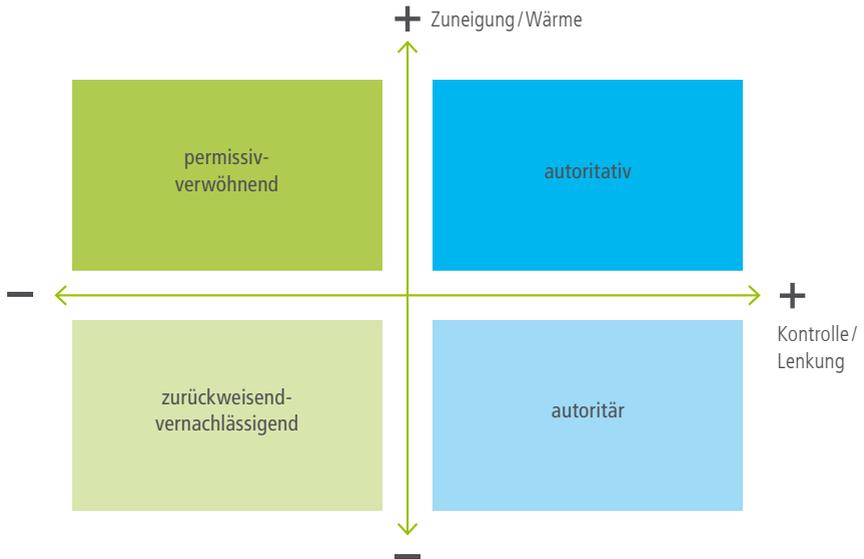
Des Weiteren sind elternbezogene Merkmale von Bedeutung. Die Qualität der Beziehung zwischen den Eltern wirkt sich beispielsweise auch auf das Familienklima aus. In diesem Zusammenhang werden Trennung und Scheidung häufig als Risikofaktoren bewertet. Einen weiteren Einflussfaktor stellt die psychische Gesundheit der Eltern dar. Verhaltensauffälligkeiten, beispielsweise ADHS, treten häufig mehrfach innerhalb einer Familie auf. Das Erkrankungsrisiko steigt für Kinder und Jugendliche, wenn Verwandte ersten Grades betroffen sind. Außerdem wirkt sich die psychische Gesundheit der Eltern auf die Lebensqualität und -zufriedenheit der Kinder aus und damit letztendlich auch auf die Eltern-Kind-Beziehung sowie den Umgang mit (weiteren) Belastungen. Weniger belasteten Familienangehörigen stehen in dieser Hinsicht deutlich mehr Ressourcen zur Verfügung, um familiäre Anpassungen an schwierige Lebensumstände realisieren zu können (vgl. Schnabel 2001).

Schließlich haben auch Merkmale der Eltern-Kind-Beziehung einen Einfluss auf die Aufrechterhaltung und Stärke der Symptome von Verhaltensauffälligkeiten. Jungbauer-Gans und Kriwy (2004: 17) weisen im Hinblick auf den Zusammenhang von familialem Klima und der Gesundheit von Kindern darauf hin, dass unter anderem Faktoren, wie die Instabilität der Familie, die Vernachlässigung und Unerwünschtheit des Kindes, wenige oder einseitige Anregungen als auch Gewalt sowie Überforderung zu gesundheitlichen Belastungen und verminderten Bewältigungsressourcen führen können.

Die Erziehung kann als eine der wichtigsten sozialisatorischen Aufgaben der Familie verstanden werden. Sie gilt als zentrale Determinante für die Entwicklung und das Verhalten des Kindes (vgl. Nave-Herz 2012) und hat damit auch einen Einfluss auf kindliche Auffälligkeiten. In der Wissenschaft wird aus diesem Grund das Erziehungsverhalten als Ausdruck des Erziehungsstils als besonders relevanter Prädiktor für Verhaltensauffälligkeiten diskutiert (vgl. dazu unter anderem Vitaro et al. 2005; Beelmann et al. 2007; Franiek und Reichle 2007).

Für die Beschreibung von Erziehungsstilen wird häufig auf die Typologie von Baumrind (1971) zurückgegriffen. Hierbei werden zwei Dimensionen unterschieden: zum einen die affektive Qualität des elterlichen Verhaltens, die sich zwischen Zuwendung und Ablehnung bewegt, zum anderen das Ausmaß an elterlicher Lenkung

Abbildung 2: Erziehungsstile nach Baumrind



Quelle: eigene Darstellung nach Baumrind 1971

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

und Machtausübung (vgl. Abbildung 2). Je nach Ausprägung spricht man von einem autoritären, autoritativen, permissiv-verwöhnenden oder einem zurückweisend-vernachlässigenden (von Maccoby und Martin 1983 ergänzt) Erziehungsstil. Der autoritative Erziehungsstil ist einerseits durch ein hohes Maß an Zuneigung und Wärme, andererseits aber auch durch ein hohes Maß an Kontrolle gekennzeichnet. Man kann sich dabei Eltern vorstellen, die liebevoll, interessiert und einfühlsam mit ihrem Kind umgehen, dabei aber auch Grenzen setzen und Erwartungen an ihr Kind stellen sowie Fehlverhalten klar begrenzen. Der permissive Erziehungsstil ist zwar auch durch viel Wärme, jedoch durch geringe Kontrolle bestimmt, im Gegensatz zum vernachlässigenden Erziehungsstil, bei dem dem Kind weder Kontrolle noch Wärme entgegengebracht wird. Wenn sich Eltern ihrem Kind gegenüber emotional zurückweisend und stark machtausübend verhalten, ist das ein Anzeichen für einen autoritären Stil.

2.2 Diskussion der Theorien am empirischen Forschungsstand

Im Folgenden wird nun der Inanspruchnahmeprozess von Familien mit auffälligen Kindern noch näher in den Blick genommen. Der nachfolgend beschriebene Forschungsstand verdeutlicht, dass sich dem Thema der kindlichen Auffälligkeiten bereits aus vielfältigen Perspektiven genähert wurde. Nichtsdestotrotz liegen bisher kaum Ergebnisse vor, welche Rolle präventiv ausgerichtete Angebote im Kontext von Auffälligkeiten spielen. Aus diesem Grund soll in der vorliegenden Arbeit auf Grundlage quantitativer und qualitativer Analysen der Inanspruchnahmeprozess von Familien mit auffälligen Kindern noch näher in den Blick genommen werden. Zunächst aber zum Forschungsstand.

Seit Anfang der 1990er Jahre findet das Thema der kindlichen Gesundheit in der Forschung vor allem aufgrund veränderter gesellschaftlicher Bedingungen neue Beachtung. Zu nennen wäre hier einerseits der demographische Wandel, durch den die Phasen der Kindheit und Jugend an Bedeutung gewonnen haben. Zum anderen ergibt sich aber auch durch die steigende Krankheitshäufigkeit von psychischen Auffälligkeiten und den Zusammenhang zwischen Armut und gesundheitlicher Ungleichheit die Notwendigkeit, wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse zu generieren, auf deren Grundlage präventive und intervenierende Maßnahmen abgeleitet werden können.

Die international durchgeführte Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ (kurz „HBSC“) wird von der WHO in 41 Ländern durchgeführt. Sie untersucht im Länder- und Zeitvergleich die Determinanten der Gesundheit im Kindes- und Jugendalter. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die Erforschung von sozialen sowie personalen Schutz- und Risikofaktoren gelegt, die für die Prävention und Gesundheitsförderung von Bedeutung sind (vgl. Richter, Bohn und Lampert 2011).

Für Deutschland ist der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (kurz „KiGGS“) des Robert Koch-Instituts hervorzuheben. Die KiGGS-Studie gehört zu den ersten repräsentativen und groß angelegten Studien in Deutschland, die den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von null bis 17 Jahren untersuchen. Seit 2003 wurden bislang drei Befragungen durchgeführt, die Basiserhebung umfasst Daten

von 17.641 Kindern und Jugendlichen. Neben der schriftlichen Befragung der Eltern (und ab einem bestimmten Alter auch der Jugendlichen) fanden zusätzlich ärztliche Interviews und körperliche Untersuchungen statt, um eine vertiefende Erfassung des gesundheitlichen Zustands zu ermöglichen.⁸

Die Befunde dieser Studie verdeutlichen die Verschiebung des Krankheitsspektrums von akuten zu chronischen Erkrankungen sowie von somatischen zu psychischen Störungen. 22 Prozent aller befragten Kinder und Jugendlichen zeigen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten.⁹ Zu den bedeutsamsten Risikofaktoren zählen dabei ein niedriger sozioökonomischer Status sowie ein ungünstiges Familienklima. Die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten nimmt durch das kumulierte Auftreten von Risikofaktoren in der Familie zudem stark zu (vgl. Ravens-Sieberer, Wille und Erhart 2007). Außerdem wird deutlich, dass die Gesundheitsbeeinträchtigungen, die unter dem Begriff der „neuen Morbidität“ zusammengefasst werden, das individuelle Befinden, die Lebensqualität und auch die Leistungsfähigkeit der betroffenen Kinder und Jugendlichen im besonderen Maße beeinflussen.

Neben diesen epidemiologischen Studien sind zahlreiche qualitative Untersuchungen durchgeführt worden, die sich explizit mit einzelnen Auffälligkeiten, zumeist ADHS, beschäftigen. Sie beleuchten die kindliche und elterliche Sicht sowie die Sicht von Fachakteuren auf Verhaltensauffälligkeiten.

Zu nennen wären die Arbeiten von Haubl und Liebsch (2009), die ADHS als soziale Konstruktion verstehen. Auf Grundlage von 60 Interviews haben sie sich unter anderem mit der Frage auseinandergesetzt, welche Bedeutung die Medikation für das Kind, seine Familie und sein soziales Umfeld hat. Ihre Analyse zeigt, dass Erwartungen an die Medikation an gegenwärtige gesellschaftliche Erwartungen gekoppelt sind. Die Einnahme von Psychostimulanzien wird von den befragten Jugendlichen vor allem als Mittel der sozialen Befriedung („Peacemaker“), als Mittel der Selbstkontrolle sowie als Mittel der schulischen Leistungssteigerung gedeutet.

8 Eine ausführliche Beschreibung der Stichprobe findet sich unter www.kiggs-studie.de (Download 24.5.2017).

9 Die Identifikation von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten erfolgt dabei mithilfe des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Dieses Instrument wird in Kapitel 3.1 beschrieben.

Darüber hinaus analysierten Liebsch et al. (2013: 158) die Etablierung von Deutungsmustern im Kontext von ADHS, indem sie Eltern zu ihrem Umgang mit medizinischen Erklärungen befragten. Die Ergebnisse zeigen vor allem, dass Eltern innerhalb des Definitionsprozesses von ADHS Bestätigung von professioneller Seite suchen und medizinisch-psychologische Deutungsmuster für sich übernehmen und anpassen. Durch die Inanspruchnahme von diagnostischen Verfahren werden die Entwicklungsprobleme der Kinder für die Eltern auf der „Basis von Normen und Durchschnittswerten statistisch lokalisierbar“ und damit bearbeitbar.

Becker (2014) untersucht in ihrer Studie aus erziehungswissenschaftlicher Perspektive, wie Eltern als wichtigste Akteure im praktischen Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten einen ADHS-Verdacht entwickeln und wie der Prozess der Intervention verläuft. Hier stehen vor allem die Aushandlungsprozesse und die elterlichen Handlungsmuster im Vordergrund, die sie anhand ihrer qualitativen Analyse in vier Typen darstellt:

Die „Reformer“ nehmen eine distanzierte und abwehrende Haltung gegenüber ADHS ein und versuchen, kindliche Probleme durch das Ausschöpfen aller zur Verfügung stehenden Ressourcen und Mittel zu beheben. Einer Medikation würde nur dann zugestimmt werden, wenn die Diagnose eindeutig ist und alle anderen Maßnahmen nicht zu dem gewünschten Ergebnis führen. Für „Pragmatiker“ hingegen stehen eine schnelle Lösung und Intervention im Vordergrund, um vor allem schulische Verbesserungen zu erzielen, die möglichen Ursachen der Aufmerksamkeitsstörung sind dabei eher zweitrangig. Eltern, die als „konfliktbewusst“ typisiert werden, beschreiben den Umgang mit ihrem Kind als schwierig und problematisch. Sie sehen sich als Einzelkämpfer, die aufgrund fehlender Ressourcen lediglich Schadensbekämpfung betreiben können. Dennoch ist die Bereitschaft vorhanden, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Von einer Medikation erhoffen sie sich eine Deeskalation akuter Krisen. Den letzten Typus bezeichnet Becker als die „Desillusionierten“. Sie erfahren keine Unterstützung im sozialen Umfeld, fühlen sich im Umgang mit der Verhaltensauffälligkeit überfordert, hilf- und machtlos. Alles in allem können sie die Probleme nicht aus eigener Kraft lösen, weswegen sie eine pharmakologische Behandlung als Rettung ansehen.

Die von Becker entwickelte Typologie macht deutlich, dass Familien ganz unterschiedlich mit kindlichen Auffälligkeiten umgehen und sich in ihren Handlungsmustern unterscheiden. Der Aushandlungsprozess, in dessen Verlauf darüber entschieden wird, ob das Verhalten des Kindes schon als Ausdruck für psychische Auffälligkeiten gedeutet wird, ist dabei auch abhängig von der Ressourcenausstattung und dem Erziehungsverhalten der Eltern. Damit kann dieser Ansatz vor allem im pädagogischen Kontext, etwa bei Erziehungsberatungsstellen, dazu beitragen, eine zielgruppengerechte Ansprache der Familien mit verhaltensauffälligen Kindern zu ermöglichen.

Thümmler (2015) befragte Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Bildungsbereich nach förderlichen und hinderlichen Faktoren für die multiprofessionelle Kooperation bei der Arbeit mit verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen. Dieses Arbeitsfeld zeichnet sich vor allem durch seine Heterogenität aus, da unterschiedlich spezialisierte Fachkräfte mit unterschiedlichen Funktionen im Diagnose- und Beratungsprozess involviert sind, deren Zusammenarbeit für eine erfolgreiche Inanspruchnahme seitens der Familien besonders wichtig wäre.

Auch zum Zusammenhang zwischen elterlichem Erziehungsverhalten und kindlichen Verhaltensauffälligkeiten existieren mittlerweile viele Studien. Die bisherige Forschung konnte zeigen, dass sich vor allem der autoritative Erziehungsstil positiv auf die Entwicklung des Kindes, auf die Kompetenzentwicklung, die Leistungsfähigkeit und die Selbstwahrnehmung auswirkt. Negativ hingegen wirken sich eine restriktive und inkonsistente Erziehung sowie ein Mangel an Wärme innerhalb der Eltern-Kind-Beziehung aus. Ein frühes Auftreten von kindlichen Auffälligkeiten wie Ängsten, sozialem Rückzug oder aggressiv-dissozialem Verhalten wird damit umso wahrscheinlicher (vgl. Barquero und Geier 2008: 127).

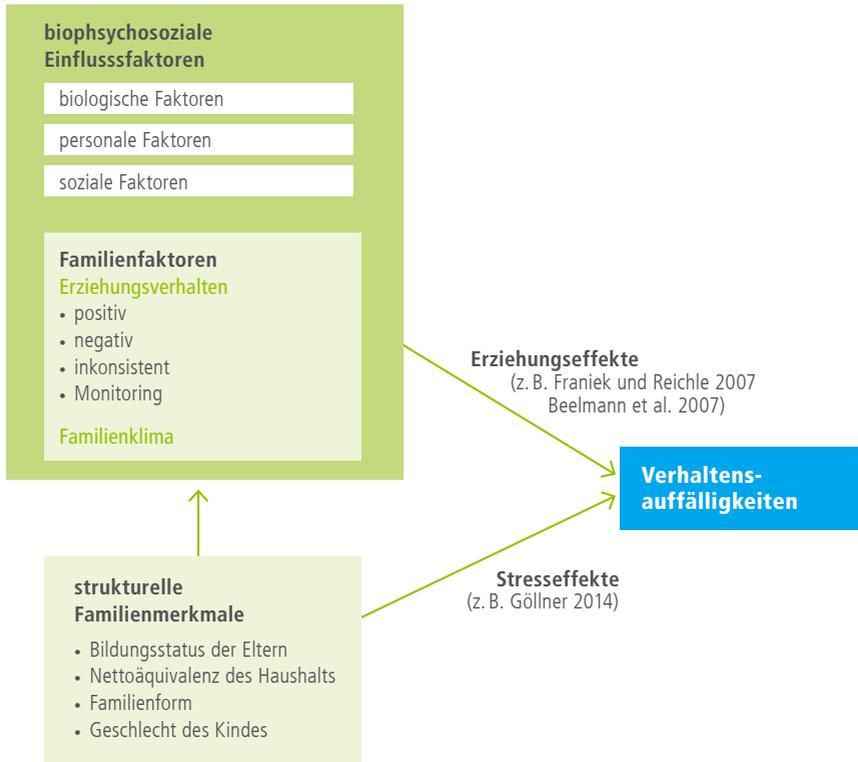
Die Ergebnisse der kanadischen Studie von Vitaro et al. (2005) machen deutlich, dass das erhöhte Risiko des vorzeitigen Schulabbruchs, welches bei hyperaktiven Kindern zu beobachten ist, durch einen autoritativen Erziehungsstil reduziert werden kann. Emotionale Zuwendung, ein Gefühl der Bindung und Verpflichtung und die Vermittlung von Disziplin wirken sich in dieser Studie positiv auf das Kind und sein schulisches Verhalten aus.

Die Studie von Franiek und Reichle (2007: 247) wiederum untersuchte auf Grundlage einer Befragung von 373 Eltern den Effekt des elterlichen Erziehungsverhaltens auf das Sozialverhalten des Kindes. Auch hier konnte gezeigt werden, dass ein positives und engagiertes Elternverhalten positiv mit der sozialen Kompetenz des Kindes zusammenhängt und dass inkonsistentes Verhalten, körperliche Strafen und geringes Monitoring seitens der Eltern Prädiktoren für aggressives, hyperaktives und emotional auffälliges Verhalten darstellen.

Familiale Risikofaktoren, die zur Entstehung von auffälligem Verhalten beitragen, werden in Verbindung mit der Nutzung von präventiven und intervenierenden Angeboten gebracht. Dabei sind verschiedene Hypothesen zu prüfen. Den zentralen Ergebnissen der beschriebenen Studien folgend, wird erstens davon ausgegangen, dass Verhaltensauffälligkeiten ungleich verteilt sind. Besonders Kinder aus bildungsfernen und einkommensschwachen Familien haben ein höheres Risiko, an Verhaltensauffälligkeiten zu leiden.

Des Weiteren verdeutlichen die genannten Untersuchungen, dass Merkmale der Eltern-Kind-Beziehung, des Erziehungsverhaltens und des Familienklimas Einfluss auf das Vorhandensein bzw. die Stärke von kindlichen Auffälligkeiten haben (vgl. dazu Abbildung 3). Da die genannten familialen Faktoren grundsätzlich als veränderbar gelten (beispielsweise durch die Inanspruchnahme entsprechender Angebote), stehen diese im Fokus der Analyse. Es ist zu erwarten, dass ein positiver Zusammenhang zwischen Verhaltensauffälligkeiten und negativem Elternverhalten besteht, ein negativer hingegen zwischen Verhaltensauffälligkeiten und einem positiven, aufmerksamen Elternverhalten sowie einem guten Familienklima. Als Kontrollvariablen gehen die aus der psychologischen und sozialwissenschaftlichen Forschung bekannten Prädiktoren für gesundheitliche Ungleichheit und Erziehungsverhalten ein. Dazu zählen: Bildungsstatus, Haushaltseinkommen, Familienform und das Geschlecht des Kindes.

Abbildung 3: Prädiktoren für Verhaltensauffälligkeiten



Quelle: eigene Darstellung

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

3 Datengrundlage und Messinstrumente

Die Analyse der kindlichen Auffälligkeiten im familialen Kontext basiert auf den Daten der von Faktor Familie GmbH durchgeführten Familienbefragung (Franzke und Schultz 2015) und der vom Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung (ZEFIR) durchgeführten qualitativen Elterninterviews (Kohlscheen 2016, Nagy 2016, Kohlscheen und Nagy 2016). Diese sind Teil der Begleitforschung des Modellprojektes „Kein Kind zurücklassen! Kommunen in NRW beugen vor“ (KeKiz) (vgl. Strohmeier et al. 2014).

3.1 Schriftliche Familienbefragung

Bei der **schriftlichen Befragung** der Faktor Familie GmbH aus dem Jahr 2014 ging es vor allem darum, Familien als Zielgruppe für präventiv ausgerichtete Angebote näher in den Blick zu nehmen. Damit Präventionsketten in Kommunen weiter ausgebaut und optimiert werden können, ist es wichtig zu wissen, welche Voraussetzungen erfüllt werden müssen, damit Familien diese in Anspruch nehmen. Auf der anderen Seite ist auch von Bedeutung, potenzielle Faktoren zu identifizieren, die eine Nichtinanspruchnahme nach sich ziehen. Forschungsleitende Fragen für die Familienbefragung waren aus diesem Grund:

- Welche Angebote werden in Anspruch genommen, welche nicht?
- Wer nimmt diese Angebote in Anspruch, wer nicht?
- Warum werden Angebote in Anspruch genommen, warum nicht?
- Mit welchem Effekt?

Die Grundgesamtheit bestand aus allen Familien mit Kindern in den Alterskohorten der Drei-, Sechs- und Elfjährigen in sieben Kommunen (Gelsenkirchen, Dormagen, Hamm, Mühlheim an der Ruhr, Münster, Mönchengladbach und Kreis Warendorf). Diese Kommunen wurden unter Beachtung kommunaler Kontextbedingungen der Sozial- und Familienpolitik ausgewählt. Auf Grundlage des Einwohnermelderegisters wurde eine Zufallsstichprobe gezogen. Bei einer Rücklaufquote von 26 Prozent stehen damit Daten von 4.409 auswertbaren Fragebögen zur Verfügung.¹⁰

¹⁰ Zur ausführlichen Beschreibung der Familienbefragung siehe Franzke und Schultz 2015.

Die Familienbefragung enthält unter anderem verschiedene Fragen zu kindlichen Auffälligkeiten. Die befragten Eltern hatten zum einen die Möglichkeit, bereits festgestellte Auffälligkeiten anzugeben. Darunter fallen Entwicklungsauffälligkeiten wie beispielsweise Über- und Untergewicht, Lese-Rechtschreibschwäche, Dyskalkulie und Verhaltensauffälligkeiten wie ADHS oder Aggressionen. Außerdem konnten Verhaltensauffälligkeiten auch als Grund für eine Inanspruchnahme von entsprechenden Angeboten und Maßnahmen genannt werden. Des Weiteren wurde zur Operationalisierung von Auffälligkeiten ein Messinstrument im Fragebogen eingesetzt, das zur Erfassung von Verhaltensstärken und -schwächen verwendet wird, der „Strengths and Difficulties Questionnaire“, kurz „SDQ“ (Goodman 1997; für die deutsche Fassung Klasen et al. 2003). Der große Vorteil dieses Instruments liegt darin, dass nicht nur die Fälle berücksichtigt werden, die bereits eine medizinische Diagnose erhalten haben, sondern auch diejenigen, die ein erhöhtes Risiko für Auffälligkeiten aufweisen. Da das Instrument sowohl in der klinischen Praxis als auch in der Forschung eingesetzt wird, ist es möglich, die Ergebnisse aus diesem Bericht mit den Befunden anderer Studien zu vergleichen.

Das Instrument besteht aus insgesamt fünf Subskalen¹¹ (Tabelle 1):

- Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsprobleme
- externalisierende Verhaltensauffälligkeiten
- Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen
- emotionale Probleme
- prosoziales Verhalten

Die befragten Eltern konnten für jedes Item auf einer fünfstufigen Skala (von „trifft zu“ bis „trifft gar nicht zu“) angeben, inwieweit das beschriebene Verhalten auf ihr eigenes Kind zutrifft. Für jeden Bereich wird durch Aufsummierung der Itemantworten ein Testwert gebildet.¹² Dieser Wert zeigt die Stärke der Ausprägung in den einzelnen Problembereichen an.

¹¹ In der verwendeten Stichprobe wiesen die Einzelskalen eine zufriedenstellende Reliabilität auf (Cronbachs-Alpha-Werte von 0,56 für externalisierende Verhaltensauffälligkeiten bis 0,83 für Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme).

¹² Die Itemantworten „trifft zu“ und „trifft eher zu“ erhalten dabei den Wert 2, „teils/teils“ den Wert 1 und „trifft eher nicht zu“ bzw. „trifft nicht zu“ den Wert 0.

Tabelle 1: Verhaltensstärken und -schwächen

Subskalen	Definition	Itemzuordnung
Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsprobleme	erfasst Symptome wie motorische Unruhe, Impulsivität und Aufmerksamkeitsdefizite	<ul style="list-style-type: none"> • ist unruhig, überaktiv, kann nicht lange still sitzen • ist ständig zappelig • ist leicht ablenkbar, unkonzentriert • führt Aufgaben zu Ende, kann sich lange konzentrieren*
externalisierende Verhaltensauffälligkeiten	erfasst dissoziales und deviantes Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> • hat oft Wutanfälle, ist aufbrausend • streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie • sagt häufig nicht die Wahrheit oder mogelt häufig
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	erfasst Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	<ul style="list-style-type: none"> • ist ein Einzelgänger, spielt meist alleine • ist im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt* • wird von anderen gehänselt / schikaniert • kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern
emotionale Probleme	erfasst Ängste und depressive Stimmungen	<ul style="list-style-type: none"> • ist oft unglücklich / niedergeschlagen; weint häufig • hat viele Ängste, fürchtet sich leicht • ist nervös / anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen
prosoziales Verhalten	Teil der psychischen Stärken	<ul style="list-style-type: none"> • ist rücksichtsvoll • teilt gerne mit anderen Kindern • ist hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind • hilft anderen oft freiwillig

Quelle: eigene Darstellung; die mit * versehenen Items werden vor der Aufsummierung zu Skalenwerten umgepolt

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

Werden die vier Problemskalen „Hyperaktivitätsprobleme“, „externalisierende Verhaltensprobleme“, „Probleme mit Gleichaltrigen“ und „emotionale Probleme“ zusammengefasst, kann ein sogenannter „Gesamtproblemwert“ berechnet werden.¹³ Mit dem Gesamtproblemwert lässt sich derjenige Anteil der Kinder und Jugendlichen ermitteln, der unter Berücksichtigung der vier Problemskalen als symptombelastet beschrieben werden kann (vgl. Hölling et al. 2007: 785). Sowohl der Gesamtproblemwert als auch die einzelnen Problemskalen können in jeweils drei Gruppen unterteilt werden, die den Grad der Auffälligkeit angeben („unauffällig“, „grenzwertig“ und „auf-

¹³ Das prosoziale Verhalten geht als Verhaltensstärke bzw. als soziale Kompetenz nicht in diesen Wert ein.

Tabelle 2: Zuordnung der Testwerte zu den Gruppen (unauffällig, grenzwertig und auffällig)

SDQ-Skalen	Zuordnung zu den Gruppen		
	unauffällig	grenzwertig	auffällig
Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsprobleme	0–4	5	6–8
externalisierende Verhaltensauffälligkeiten	0–1	2	3–6
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	0–2	3	4–8
emotionale Probleme	0–1	2	3–6
Gesamtproblemwert	0–8	9–10	11–28

Quelle: eigene Berechnung

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

fällig“). Grundlage dafür bilden die empfohlenen Grenzwerte der deutschen Normierungsstichprobe von Klasen et al. (2003).¹⁴ Tabelle 2 zeigt die Zuordnung der Werte zu den drei Gruppen für die Problemskalen und den Gesamtproblemwert.

Bei den folgenden Auswertungen mit diesen SDQ-Werten ist zu beachten, dass damit „ein sog. mehrdimensionaler Ansatz verfolgt und die Symptombelastung entlang verschiedener Dimensionen psychischer Gesundheit untersucht [wird; Anm. d. Verf.]“ (Hölling et al. 2007: 784). Der SDQ wird als Screeninginstrument eingesetzt, um psychische Problemlagen zu identifizieren. Ein auffälliger Wert entspricht damit keiner Diagnose! Des Weiteren beschränken sich die Analysen auf die Kohorten der Sechswie der Elfjährigen, da sich das Instrument weniger für Kinder im Kindergartenalter eignet und für die Kohorte der Dreijährigen nicht abgefragt wurde (vgl. Franzke und Schultz 2015: 46).

In Kapitel 5 wird die Frage aufgeworfen, welchen Einfluss das Erziehungsverhalten der Eltern und das Familienklima auf die Aufrechterhaltung von Verhaltensauffälligkeiten haben. Das elterliche Erziehungsverhalten wurde durch eine modifizierte Ver-

¹⁴ In der Familienbefragung wurden aus forschungspraktischen Gründen nicht alle 25 Originalitems einbezogen, weswegen die Grenzwerte entsprechend angepasst wurden.

Tabelle 3: Modifizierte Version des Alabama Parenting Questionnaire

Subskalen	Itemzuordnung
positives Elternverhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Ich zeige meinem Kind mit Worten und Gesten, dass ich es gerne habe • Ich tröste mein Kind, wenn es traurig ist • Ich lobe mein Kind
negatives Elternverhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Ich werde meinem Kind gegenüber laut, wenn es etwas falsch gemacht hat • Ich beschimpfe mein Kind, weil ich wütend bin • Ich kritisiere mein Kind • Wenn ich wütend bin, fasse ich mein Kind manchmal härter an, als ich es möchte
inkonsistentes Elternverhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Ich schwäche eine Bestrafung ab oder hebe sie vorzeitig auf • Ich drohe meinem Kind eine Strafe an, bestrafe es aber dann doch nicht • Es fällt mir schwer, in meiner Erziehung konsequent zu sein
Monitoring	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn mein Kind unterwegs war, frage ich nach, was es getan und erlebt hat • Ich spreche mit meinem Kind über das, was es erlebt hat • Es macht mir viel Freude, mein Kind zu beobachten

Quelle: eigene Darstellung, angelehnt an Franzke und Schultz 2015: 30

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

sion des „Alabama Parenting Questionnaire“ abgefragt (kurz „APQ“, Frick 1991). Der APQ dient der Erfassung spezifischer Erziehungspraktiken. Insgesamt wurden vier Dimensionen durch drei bzw. vier Einzelitems erhoben: positives, negatives, inkonsistentes Elternverhalten und Monitoring (siehe dazu auch Franzke und Schultz 2015: 29 ff.). Die Items wurden von den Eltern jeweils auf einer fünfstufigen Skala beurteilt.

Die Eltern wurden nicht nur nach ihrem Erziehungsverhalten gefragt, sondern auch nach ihrer Beurteilung des familialen Klimas. Das Familienklima wurde dabei mittels vier Items erfasst: die Einschätzung der Beziehung zum Kind, zum Partner, zu den eigenen Eltern und zur Verwandtschaft. Aus diesen Items wurde im Anschluss ein Mittelwert gebildet. Hohe Werte stehen für ein positives, niedrige für ein negatives Familienklima ($\alpha = .67$; $MW = 3,37$; $SD = 0,57$).

Neben der Analyse des quantitativen Materials, das durch die Familienbefragung erhoben wurde, kann zur Beantwortung der Forschungsfrage, wie die Inanspruchnahme von präventiven Angeboten bei Familien mit verhaltensauffälligen Kindern verläuft, auch auf das Material der qualitativen Elterninterviews zurückgegriffen werden.

3.2 Elterninterviews

Qualitative Elterninterviews wurden eingesetzt, um die subjektive Sicht von Eltern auf die Inanspruchnahme von präventiven Angeboten näher zu beleuchten. Insgesamt gaben 45 Mütter und Väter aus drei Kommunen Auskunft über ihre Erfahrungen und Probleme mit kommunalen Angeboten. Daraus wurde unter anderem eine Typologie der Inanspruchnahme abgeleitet, die bei der passgenauen Planung und Gestaltung präventiver Angebote helfen kann (vgl. Nagy 2016; Kohlscheen 2016; Kohlscheen und Nagy 2016).

In knapp der Hälfte der Interviews ($n=22$) berichteten die Eltern über verschiedene Teilleistungs- und Entwicklungsstörungen oder Verhaltensauffälligkeiten, unter anderem Adipositas, Dyskalkulie, Lese-Rechtschreibschwäche und ADHS. Diese liegen, wie beschrieben, häufig in einem Graubereich zwischen „normaler“ Entwicklung und behandlungsbedürftiger Abweichung. Eltern als wichtigste Akteure in diesem Aushandlungsprozess obliegt es, diese Auffälligkeiten zu interpretieren und zu entscheiden, ob gegebenenfalls weitere Schritte der Diagnostizierung und Behandlung eingeleitet werden (vgl. Becker 2014). Die Analyse der Interviews während der ersten Phase der wissenschaftlichen Begleitforschung verdeutlichte bereits, dass dieses Ausloten seitens der Eltern mit Unsicherheiten verbunden ist, die auch den Prozess der Inanspruchnahme entsprechender Beratungs- und Unterstützungsangebote maßgeblich beeinflussen. Eine Vertiefung im Hinblick auf den Umgang mit spezifischen Problemen war zu diesem Zeitpunkt aber nur bedingt möglich.

Der vorliegende Bericht setzt an diesem Punkt an. Durch die Integration von quantitativen und qualitativen Methoden ist es möglich, ein umfassendes Bild der Situation von Familien mit auffälligen Kindern nachzuzeichnen. Im Folgenden werden nun die Häufigkeiten und Verteilungen von kindlichen Auffälligkeiten nach verschiedenen soziodemographischen Merkmalen untersucht. Anschließend wird der Einfluss des Erziehungsverhaltens und des Familienklimas auf die Ausprägung von Verhaltensauffälligkeiten untersucht. Zur Analyse wird auf das quantitative, aber auch auf das qualitative Material zurückgegriffen, um zeigen zu können, auf welche Erklärungsmuster die Eltern verweisen und wie diese die Inanspruchnahme prägen.

Schließlich steht das Inanspruchnahmegeschehen in Familien mit verhaltensauffälligen Kindern im Vordergrund. Dabei wird vor allem zu klären sein, wie sich Familien mit verhaltensauffälligen Kindern über präventive Angebote informiert fühlen und wie ein Verdacht entsteht, der zu einer Inanspruchnahme diagnostischer und intervenierender Angebote führt. Außerdem wird untersucht, welche Angebote vermehrt in Anspruch genommen werden und welche Hindernisse und Hürden Familien mit auffälligen Kindern wahrnehmen.

4 Zur soziodemographischen Verteilung von kindlichen Auffälligkeiten

Die bisherige Forschung hat gezeigt, dass psychische Auffälligkeiten unter Kindern und Jugendlichen ungleich verteilt sind und vor allem mit den sozialen und ökonomischen Merkmalen der Familien sowie mit Merkmalen der Kinder variieren (vgl. Hölling et al. 2014). Die Identifikation von Faktoren, die das Risiko für kindliche Auffälligkeiten erhöhen, steht im Vordergrund der folgenden Analyse, denn eine frühzeitige und zielgruppengerechte Ansprache von Familien mit Kindern, die bereits in jungen Jahren Anzeichen für Auffälligkeiten zeigen, erscheint besonders wichtig. Sie bietet die Möglichkeit, präventiv auf die sich gerade entwickelnde Symptomatik einzuwirken, etwa durch entsprechende Unterstützungs- und Beratungsangebote.

Dafür erscheint es sinnvoll, zunächst auf die Verteilungen der einzelnen Problembereiche einzugehen. Im Anschluss werden die Verteilungen des gruppierten Gesamtproblemwerts, der das allgemeine Risiko für Auffälligkeiten anzeigt, analysiert.

4.1 Emotionale Probleme

Von emotionalen Problemen im Kindes- und Jugendalter spricht man, wenn Eltern bei ihrem Kind häufig Symptome wie Niedergeschlagenheit, Ängstlichkeit und Nervosität in neuen Situationen beobachten. Dieser Problembereich erfasst somit Ängste und depressive Stimmungen.

Hinsichtlich des Alters, des Geschlechts und des Migrationshintergrunds des Kindes können für diesen Problembereich keine Unterschiede festgestellt werden (vgl. Tabelle 4). Die Kohorte der Sechsjährigen ist ebenso von Ängsten und depressiven Stimmungen betroffen wie die der Elfjährigen (16 vs. 17 Prozent), Jungen im gleichen Maße wie Mädchen (jeweils 17 Prozent), Kinder mit Migrationshintergrund ebenso wie Kinder ohne diesen (jeweils 17 Prozent).

Unter Berücksichtigung der Befunde des Kinder- und Jugendgesundheits surveys ist zu vermuten, dass emotionale Probleme vor allem bei (älteren) Jugendlichen an

Tabelle 4: Mittelwerte für emotionale Probleme nach Merkmalen des Kindes und soziostruktureller Position der Familie

		Mittelwert	Standard- abweichung	n
Merkmale des Kindes				
Alter des Kindes	Sechsjährige	1,08	1,43	1.347
	Elfjährige	1,08	1,47	1.434
Geschlecht des Kindes	Jungen	1,07	1,43	1.375
	Mädchen	1,11	1,48	1.302
Familienform				
Familienform	Kernfamilie	1,05	1,41	2.414
	alleinerziehend	1,40	1,67	367
Mehrkindfamilien	drei und mehr Kinder	1,00	1,43	727
	weniger als drei Kinder	1,13	1,46	2.053
soziostrukturelle Position				
Bildungshintergrund	niedrige Qualifikation	1,38	1,63	364
	mittlere Qualifikation	1,17	1,47	431
	hohe Qualifikation	1,09	1,40	743
	höchste Qualifikation	0,98	1,40	1.199
Armutsrisikoschwelle (NRW 2013)	arm	1,31	1,54	676
	nicht arm	1,04	1,43	1.733
Migrationshintergrund	Migrationshintergrund	1,05	1,46	757
	kein Migrationshintergrund	1,11	1,45	1.964

Datenbasis: Familienbefragung „KeKiz 2014“, gewichtet, Faktor Familie GmbH | Mittelwert SDQ-emotionale Probleme (gesamt für Sechs- und Elfjährige, n = 2.780): 1,09 (SD: 1,45); MIN = 0, MAX = 6

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

Bedeutung gewinnen, die allerdings in der Familienbefragung nicht einbezogen wurden und insbesondere Mädchen im Alter von 14 bis 16 betreffen. Hölling et al. (2007: 785 ff.) erklären die Geschlechterunterschiede mit dem zunehmenden Erwartungsdruck hinsichtlich der Übernahme von Geschlechterrollen und den bei Mädchen eher nach innen gerichteten Verarbeitungsmustern von psychosozialen Stressfaktoren und Belastungen.

Einen signifikanten Einfluss auf Auffälligkeiten im emotionalen Bereich haben vor allem soziostrukturelle Faktoren, wie der Bildungsstatus des Familienhaushalts und das (Haushalts-)Einkommen sowie die Familienform.

Um den Einfluss des Einkommens auf Verhaltensauffälligkeiten in Abhängigkeit des Bildungsstatus zu untersuchen, wurde das Äquivalenzeinkommen der Haushalte in drei Gruppen unterteilt: Familien mit niedrigem Einkommen gelten als arm, ihnen stehen weniger als 60 Prozent des Medianeinkommens aller Haushalte in Nordrhein-Westfalen zur Verfügung. Auf der anderen Seite erzielen diejenigen Familien ein hohes Einkommen, deren Äquivalenzeinkommen mehr als 120 Prozent beträgt.¹⁵

Tabelle 5: Mittelwerte für emotionale Probleme nach Einkommen und Qualifikation

Bildungsstatus des Haushalts	Einkommen			Gesamt
	niedrig	mittel	hoch	
niedrige Qualifikation	1,47	1,44	0,53	1,38
mittlere Qualifikation	1,34	1,12	0,75	1,17
höhere Qualifikation	1,12	1,08	1,19	1,09
höchste Qualifikation	1,22	0,99	0,93	0,98
Gesamt	1,31	1,08	0,95	1,09

Datenbasis: Familienbefragung „KeKiz 2014“, gewichtet, Faktor Familie GmbH

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

Der Vergleich der Mittelwerte zeigt, dass der Mittelwert für emotionale Probleme beim Kind sinkt, je höher die Bildung und das Einkommen der Familie sind. Das bedeutet, dass insbesondere Kinder von emotionalen Problemen betroffen sind, deren Eltern über einen niedrigen Bildungsstatus und über ein niedriges Einkommen verfügen (Tabelle 5). Im Gegensatz dazu liegt der Mittelwert für emotionale Probleme bei Familien aus höheren Bildungs- und Einkommensschichten unter dem durchschnittlichen Mittelwert von 1,09.

¹⁵ Zur Erklärung und Operationalisierung des Äquivalenzeinkommens in der Familienbefragung siehe Franke und Schultz 2015.

Tabelle 6: Emotionale Probleme nach Familienform (gruppiert; in Prozent)

emotionale Probleme	alleinerziehend		Kernfamilie	
	n	Anteil in %	n	Anteil in %
unauffällig	230	63	1.712	71
grenzwertig	56	15	312	13
auffällig	80	22	389	16

Datenbasis: Familienbefragung „KeKiz 2014“, gewichtet, Faktor Familie GmbH

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

Es sind signifikant mehr Kinder von emotionalen Problemen betroffen, die bei einem alleinerziehenden Elternteil aufwachsen, als Kinder aus Paarhaushalten (Tabelle 6). Der Anteil derer, die nach Elternurteil als auffällig klassifiziert werden, steigt dabei um 6 Prozentpunkte und liegt mit 22 Prozent deutlich über dem Durchschnitt. Das Ergebnis verdeutlicht, dass Trennung und Scheidung ein einschneidendes Erlebnis für Kinder und Jugendliche darstellen, welches häufig mit psychischen Belastungen einhergeht. Auch die neue Familiensituation und die eventuell andauernde Konfliktsituation zwischen den Eltern nach der Trennung können zu Ängsten und depressiven Stimmungen führen.

4.2 Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme

Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme äußern sich bei einem Kind durch motorische Unruhe, Impulsivität und Aufmerksamkeitsdefizite. Bei diesem Problembereich ist zu beachten, dass ein hoher bzw. auffälliger Wert keiner Diagnose von ADHS gleichkommt. Hierfür wäre eine umfangreiche Diagnostik vonnöten. Vielmehr werden durch diese Abfrage nur Merkmale der Störung erfasst und beschrieben.

Es zeigen sich bei nahezu allen relevanten Strukturmerkmalen zum Teil deutliche Mittelwertunterschiede. Demnach haben Kinder einen höheren Hyperaktivitätswert, wenn sie einen alleinerziehenden Elternteil haben, ein Junge sind, der befragte Elternteil eine niedrige Qualifikation vorweist und der Haushalt nach der NRW-Armutrisikoschwelle als „arm“ klassifiziert wird (Tabelle 7).

Tabelle 7: Mittelwerte für Hyperaktivität- und Aufmerksamkeitsprobleme nach Merkmalen des Kindes und soziostruktureller Position der Familie

		Mittelwert	Standard- abweichung	n
Merkmale des Kindes				
Alter des Kindes	Sechsjährige	2,35	2,32	1.324
	Elfjährige	2,12	2,24	1.391
Geschlecht des Kindes	Jungen	2,61	2,36	1.348
	Mädchen	1,88	2,16	1.269
Familienform				
Familienform	Kernfamilie	2,14	2,25	2.358
	alleinerziehend	2,93	2,37	357
Mehrkindfamilien	drei und mehr Kinder	2,13	2,21	712
	weniger als drei Kinder	2,28	2,31	2.004
soziostrukturelle Position				
Bildungshintergrund	niedrige Qualifikation	3,16	2,48	346
	mittlere Qualifikation	2,73	2,30	421
	hohe Qualifikation	2,21	2,21	734
	höchste Qualifikation	1,82	2,16	1.175
Armutsrisikoschwelle (NRW 2013)	arm	2,85	2,32	637
	nicht arm	2,08	2,26	1.713
Migrationshintergrund	Migrationshintergrund	2,20	2,01	732
	kein Migrationshintergrund	2,26	2,38	1.926

Datenbasis: Familienbefragung „KeKiz 2014“, gewichtet, Faktor Familie GmbH Mittelwert SDQ-Hyperaktivität (gesamt für Sechs- und Elfjährige, n = 2.715): 2,24 (SD: 2,28); MIN = 0, MAX = 8

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

Jungen sind mit 15 Prozent deutlich häufiger von Hyperaktivitätsproblemen betroffen als Mädchen mit 9 Prozent. Beachtet man zusätzlich das Alter der Kinder, so ergibt sich folgende Verteilung.

Die Abbildung 4 zeigt, dass Hyperaktivitätsprobleme sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen mit dem Alter leicht abnehmen. Es kann angenommen werden, dass Eltern Defizite in diesem Problembereich besonders durch den Übergang von Kindergarten zu Grundschule erleben, da sich hier die Anforderungen an das Verhalten der Kinder maßgeblich ändern und diese sich erst an neue Regeln gewöhnen müssen.

Abbildung 4: Hyperaktivitätsprobleme nach Alter und Geschlecht (gruppiert; in Prozent)



Datenbasis: Familienbefragung „KeKiz 2014“, gewichtet, Faktor Familie GmbH

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

Neben der Altersdifferenz wird hier der geschlechtsspezifische Unterschied besonders deutlich: Bei Mädchen im Alter von elf bis zwölf Jahren treten am seltensten Merkmale von Hyperaktivität auf, Jungen im Alter von sechs bis sieben Jahren sind insgesamt mit 16 Prozent am häufigsten betroffen.

Mit steigendem Bildungsgrad der Eltern und mit höheren ökonomischen Ressourcen nimmt der Anteil der Kinder mit hyperaktiven Symptomen tendenziell ab. Besonders hoch ist der Mittelwert für Hyperaktivitätsprobleme bei Kindern und Jugendlichen,

Tabelle 8: Mittelwerte für Hyperaktivitätsprobleme nach Einkommen und Qualifikation

Bildungsstatus des Haushalts	Einkommen			Gesamt
	niedrig	mittel	hoch	
niedrige Qualifikation	3,34	3,25	2,12	3,16
mittlere Qualifikation	3,04	2,51	2,84	2,73
höhere Qualifikation	2,25	2,27	2,13	2,21
höchste Qualifikation	2,56	1,91	1,56	1,82
Gesamt	2,85	2,23	1,68	2,24

Datenbasis: Familienbefragung „KeKiz 2014“, gewichtet, Faktor Familie GmbH

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

deren Familien wenig Geld zur Verfügung steht und deren Eltern einen niedrigen Bildungsstatus aufweisen (Tabelle 8).

Die Betrachtung der Hyperaktivitätsprobleme nach Familienform zeigt wie bei den anderen Problembereichen deutliche Unterschiede zwischen Kindern aus alleinerziehenden und nicht alleinerziehenden Familien, wenn auch nicht so stark ausgeprägt wie bei emotionalen Problemen (Tabelle 9). Während 17 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit alleinerziehendem Elternteil einen auffälligen Wert aufweisen, sind es nur 11 Prozent der Kinder und Jugendlichen aus traditionellen Familienformen.

Tabelle 9: Hyperaktivitätsprobleme nach Familienform (gruppiert; in Prozent)

Hyperaktivitätsprobleme	alleinerziehend		Kernfamilie	
	n	Anteil in %	n	Anteil in %
unauffällig	275	77	1.977	84
grenzwertig	21	6	124	5
auffällig	61	17	257	11

Datenbasis: Familienbefragung „KeKiz 2014“, gewichtet, Faktor Familie GmbH

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

Eine hohe Kinderzahl und Migrationshintergrund stehen im Gegensatz dazu in keinem Zusammenhang mit hyperaktivem Verhalten. Hier kommt die KiGGS-Studie zu einem anderen Ergebnis: Unter Kindern mit Migrationshintergrund bestehen mehr ADHS-Verdachtsfälle, welche aber im Vergleich zu Kindern ohne Migrationshintergrund seltener eine entsprechende Diagnose erhalten. Dies könnte vor allem auf eine kulturell bedingte unterschiedliche Erwartungshaltung und Symptomtoleranz hindeuten (vgl. Schlack et al. 2007).

4.3 Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten

Die SDQ-Subskala „Verhaltensauffälligkeiten“ erfasst in der verwendeten Fassung vor allem dissoziales Verhalten, zum Beispiel in Form von verbalen Auseinandersetzungen oder aufbrausendem Verhalten.

Alter und Geschlecht des Kindes haben in dieser Stichprobe keinen signifikanten Effekt auf die Ausprägung von externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten, dafür aber, wie auch bei den bereits vorgestellten Problembereichen, die Familienform, der Bildungshintergrund und das Haushaltseinkommen (Tabelle 10).

Sowohl im Hinblick auf das Haushaltseinkommen als auch auf den Bildungsstatus der Eltern lassen sich ausgeprägte Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen finden. Tabelle 11 zeigt als Erstes, dass insbesondere Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Einkommen (MW=1,04) und niedrigem Bildungsstatus (MW = 1,37) von externalisierenden Verhaltensproblemen betroffen sind. Die Mittelwerte für Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem Einkommen und hohem Bildungsstatus liegen unterdessen unter dem durchschnittlichen Mittelwert von 0,85.

Auch Kinder, die in einem Haushalt mit nur einem Elternteil leben, zeigen häufiger als der Durchschnitt Symptome für externalisierende Verhaltensauffälligkeiten. 14 Prozent der Kinder aus alleinerziehenden Haushalten müssen als auffällig klassifiziert werden, im Vergleich dazu nur 8 Prozent der Kinder, die mit beiden Elternteilen aufwachsen.

Tabelle 10: Mittelwerte für externalisierende Verhaltensauffälligkeiten nach Merkmalen des Kindes und soziostruktureller Position der Familie

		Mittelwert	Standard- abweichung	n
Merkmale des Kindes				
Alter des Kindes	Sechsjährige	0,87	1,16	1.352
	Elfjährige	0,82	1,16	1.434
Geschlecht des Kindes	Jungen	0,91	1,19	1.382
	Mädchen	0,79	1,14	1.303
Familienform				
Familienform	Kernfamilie	0,81	1,12	2.421
	alleinerziehend	1,11	1,38	365
Mehrkindfamilien	drei und mehr Kinder	0,90	1,24	718
	weniger als drei Kinder	0,82	1,13	2.067
soziostrukturelle Position				
Bildungshintergrund	niedrige Qualifikation	1,22	1,35	358
	mittlere Qualifikation	0,87	1,18	439
	hohe Qualifikation	0,76	1,10	748
	höchste Qualifikation	0,78	1,11	1.199
Armutsrisikoschwelle (NRW 2013)	arm	1,04	1,31	675
	nicht arm	0,80	1,12	1.744
Migrationshintergrund	Migrationshintergrund	0,85	1,12	761
	kein Migrationshintergrund	0,84	1,18	1.964

Datenbasis: Familienbefragung „KeKiz 2014“, gewichtet, Faktor Familie GmbH | Mittelwert SDQ-Verhaltensauffälligkeiten (gesamt für Sechs- und Elfjährige, n = 2.786): 0,85 (SD: 1,16); MIN = 0, MAX = 6

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

Tabelle 11: Mittelwerte für externalisierende Verhaltensprobleme nach Einkommen und Qualifikation

Bildungsstatus des Haushalts	Einkommen			Gesamt
	niedrig	mittel	hoch	
niedrige Qualifikation	1,37	1,16	0,85	1,22
mittlere Qualifikation	0,95	0,78	1,02	0,87
höhere Qualifikation	0,74	0,83	0,58	0,76
höchste Qualifikation	1,01	0,80	0,72	0,78
Gesamt	1,04	0,83	0,71	0,85

Datenbasis: Familienbefragung „KeKiz 2014“, gewichtet, Faktor Familie GmbH

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

4.4 Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen

Die Schwierigkeiten, die im Umgang mit Gleichaltrigen auftreten, können vielseitig sein. Im Rahmen des „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ) werden Eltern gefragt, ob ihr Kind bei anderen Kindern beliebt ist oder meistens alleine spielt und ob es in der Peergroup zu Hänseleien oder Schikanen im Sinne von Mobbing kommt.

Tabelle 12: Mittelwerte für Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen nach Merkmalen des Kindes und soziostruktureller Position der Familie

		Mittelwert	Standard- abweichung	n
Merkmale des Kindes				
Alter des Kindes	Sechsjährige	0,88	1,32	1.309
	Elfjährige	1,13	1,56	1.372
Geschlecht des Kindes	Jungen	1,12	1,50	1.331
	Mädchen	0,90	1,39	1.253
Familienform				
Familienform	Kernfamilie	0,94	1,39	2.335
	alleinerziehend	1,48	1,72	346
Mehrkindfamilien	drei und mehr Kinder	0,95	1,47	686
	weniger als drei Kinder	1,03	1,44	1.995
soziostrukturelle Position				
Bildungshintergrund	niedrige Qualifikation	1,41	1,64	345
	mittlere Qualifikation	1,22	1,58	417
	hohe Qualifikation	0,83	1,24	714
	höchste Qualifikation	0,92	1,44	1.165
Armutsrisikoschwelle (NRW 2013)	arm	1,37	1,62	639
	nicht arm	0,91	1,40	1.681
Migrationshintergrund	Migrationshintergrund	1,21	1,49	723
	kein Migrationshintergrund	0,93	1,43	1.902

Datenbasis: Familienbefragung „KeKiz 2014“, gewichtet, Faktor Familie GmbH | Mittelwert SDQ-Probleme mit Gleichaltrigen (gesamt für Sechs- und Elfjährige, n = 2.681): 1,01 (SD: 1,45); MIN = 0, MAX = 8.

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

Bereits der Mittelwertvergleich verdeutlicht, dass Kinder häufiger von Problemen im Umgang mit Gleichaltrigen betroffen sind, wenn sie der Kohorte der Elfjährigen angehören, männlich sind, in einem alleinerziehenden, bildungsfernen und/oder einkommensschwachen Haushalt leben oder einen Migrationshintergrund aufweisen (Tabelle 12).

Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen treten vor allem bei älteren Kindern auf: Während 6 Prozent der Sechs- bis Siebenjährigen als auffällig gelten, sind es 9 Prozent der Elf- bis Zwölfjährigen. Die Kohorte der Elf- bis Zwölfjährigen zeichnet sich besonders durch ihren Übergang in die Sekundarstufe aus. Dieser Übergang ist sowohl biographisch als auch institutionell entscheidend, da hier die erste Differenzierung auf Grundlage der individuellen Leistung erfolgt, welche die spätere berufliche Laufbahn beeinflusst. Damit ist diese Lebensphase auch mit neuen Herausforderungen und Erwartungen, die an das Kind gestellt werden, verbunden, die wiederum zu Problemen im Sozialverhalten führen können. Deutliche Unterschiede zeigen sich im Hinblick auf die besuchte Schulform.

Den höchsten Anteil an auffälligem Verhalten gegenüber Gleichaltrigen zeigen Kinder, welche die Hauptschule besuchen (Abbildung 5). 18 Prozent können als auffällig klassifiziert werden, weitere 11 Prozent als grenzwertig. Überdurchschnittlich häufig treten Probleme mit Gleichaltrigen auch bei Kindern auf, die auf die Sekundarschule gehen (11 Prozent).¹⁶ Kinder, die das Gymnasium besuchen, sind im Vergleich dazu mit 7 Prozent seltener von Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen betroffen.

Dies mag zum einen an dem vielfach belegten Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und den Bildungschancen, aber auch an dem zwischen sozialer Herkunft und Gesundheitschancen liegen. Je niedriger der Sozialstatus der Eltern, desto geringer die Chance, ein Gymnasium zu besuchen. In der Konsequenz weisen Hauptschüler einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand auf, sind häufiger von psychischen Auffälligkeiten betroffen und zeigen eher gesundheitsriskantes Verhalten als

¹⁶ Die Sekundarschule ergänzt als integrierte Schulform seit Oktober 2011 das Angebot der Sekundarstufe I in Nordrhein-Westfalen und ist als Ganztagschule angelegt (vgl. dazu www.schulministerium.nrw.de, Download 4.12.2017).

Abbildung 5: Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen nach Schulform (gruppiert; in Prozent)



Datenbasis: Familienbefragung „KeKiz 2014“, gewichtet, Faktor Familie GmbH, ausgewählte Schulformen

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

gleichaltrige Kinder und Jugendliche, die die Realschule oder das Gymnasium besuchen. Es ist anzunehmen, dass sich die Gesundheitschancen und die besuchte Schulform wechselseitig beeinflussen (vgl. Lampert, Hagen und Heizmann 2010: 55 ff.). Zum anderen könnte vermutet werden, dass sich die jeweilige Schulform auch auf das Schul- bzw. Klassenklima auswirkt, das wiederum den Umgang der Schüler miteinander beeinflusst.

Wie bei den bereits analysierten Problembereichen zeigt sich auch bei dieser Subskala ein Zusammenhang zwischen ihrer Ausprägung und der familialen Einkommens- und Bildungslage. Insbesondere Kinder und Jugendliche aus bildungsfernen, aber auch aus einkommenschwachen Haushalten sind häufiger von Problemen im Umgang mit Gleichaltrigen betroffen (Tabelle 13).

Tabelle 13: Mittelwerte für Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen nach Einkommen und Qualifikation

Bildungsstatus des Haushalts	Einkommen			Gesamt
	niedrig	mittel	hoch	
niedrige Qualifikation	1,64	0,99	1,10	1,41
mittlere Qualifikation	1,45	1,15	0,74	1,22
höhere Qualifikation	1,00	0,85	0,60	0,83
höchste Qualifikation	1,27	0,85	0,60	0,92
Gesamt	1,37	0,97	0,76	1,01

Datenbasis: Familienbefragung „KeKiz 2014“, gewichtet, Faktor Familie GmbH

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

Abbildung 6: Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen nach Geschlecht und Migrationshintergrund (gruppiert; in Prozent)



Datenbasis: Familienbefragung „KeKiz 2014“, gewichtet, Faktor Familie GmbH

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

Einzig bei dieser Subskala lassen sich signifikante Unterschiede im Hinblick auf den Migrationshintergrund finden. Kinder mit Migrationshintergrund sind mit 10 Prozent im Durchschnitt häufiger betroffen als Nichtmigranten mit 7 Prozent. Interessant ist hierbei auch die Geschlechterdifferenz (Abbildung 6): Während sich Jungen mit oder ohne Migrationshintergrund kaum in ihrem Wert unterscheiden (9 Prozent vs. 8 Prozent), haben Mädchen mit Migrationshintergrund fast doppelt so häufig Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen wie Nichtmigrantinnen (10 Prozent vs. 6 Prozent). In der KiGGS-Studie fällt dieser Unterschied generell deutlicher aus: Hier haben Kinder mit Migrationshintergrund unabhängig von ihrem Geschlecht etwa doppelt so häufig Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen wie Kinder ohne Migrationshintergrund (vgl. Hölling et al. 2007: 789).

Nachdem die Häufigkeitsverteilungen der einzelnen Problembereiche analysiert wurden, soll zum Abschluss der Blick auf den Gesamtproblemwert gerichtet werden.

4.5 Gesamtproblemwert

Bei dem Einsatz des sogenannten „Gesamtproblemwerts“ geht es nicht um die Identifikation von bereits manifesten psychischen Störungen, sondern um eine Zuordnung zu Risikogruppen psychischer Auffälligkeiten, welche wichtige Anhaltspunkte für Prävention und Intervention liefern können (vgl. Hölling et al. 2014: 816). Wie bereits in Kapitel 3.1 beschrieben, wird der Gesamtproblemwert durch Aufsummierung der vier Problembereiche gebildet, eine Unterscheidung nach einzelnen Problembereichen ist dabei nicht mehr möglich.

Das Geschlecht des Kindes ist entscheidend für das Auftreten von psychischen Auffälligkeiten (vgl. Tabelle 14). Im Elternurteil ist der Gesamtproblemwert bei Jungen stärker ausgeprägt als bei Mädchen (Mittelwert 5,65 vs. Mittelwert 4,54). Das bedeutet, dass das Risiko, an psychischen Auffälligkeiten zu erkranken, für Jungen wesentlich höher ist. Dieses Ergebnis deckt sich mit Befunden anderer Studien zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (vgl. beispielsweise a. a. O.: 812). Diese Studien machen auch deutlich, dass Jungen tendenziell häufiger Anzeichen für externalisierende Auffälligkeiten zeigen (Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsprobleme, aggressives und dissoziales Verhalten), Mädchen hingegen

Tabelle 14: Mittelwerte für den Gesamtproblemwert nach Merkmalen des Kindes und soziostruktureller Position der Familie

		Mittelwert	Standard- abweichung	n
Merkmale des Kindes				
Alter des Kindes	Sechsjährige	5,12	4,31	1.217
	Elfjährige	5,07	4,5	1.273
Geschlecht des Kindes	Jungen	5,65	4,64	1.243
	Mädchen	4,54	4,11	1.157
Familienform				
Familienform	Kernfamilie	4,85	4,27	2.168
	alleinerziehend	6,74	4,91	321
Mehrkindfamilien	drei und mehr Kinder	4,76	4,19	639
	weniger als drei Kinder	5,21	4,47	1.851
soziostrukturelle Position				
Bildungshintergrund	niedrige Qualifikation	7,00	5,02	304
	mittlere Qualifikation	5,81	4,55	377
	hohe Qualifikation	4,93	4,14	678
	höchste Qualifikation	4,41	4,16	1.097
Armutsrisikoschwelle (NRW 2013)	arm	6,36	4,68	561
	nicht arm	4,81	4,34	1.596
Migrationshintergrund	Migrationshintergrund	5,10	4,14	649
	kein Migrationshintergrund	5,09	4,51	1.790

Datenbasis: Familienbefragung „KeKiz 2014“, gewichtet, Faktor Familie GmbH Mittelwert Gesamtproblemwert (gesamt für Sechs- und Elfjährige, n = 2.490): 5,1 (SD: 4,41); MIN = 0, MAX = 25

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

eher für internalisierende Auffälligkeiten im Sinne von emotionalen Problemen. Man könnte vermuten, dass Jungen von ihren Eltern häufiger als auffällig klassifiziert werden, weil sich externalisierende Auffälligkeiten vor allem im sozialen Umfeld bemerkbar machen und dort auch als störend empfunden werden.

Betrachtet man die Gruppenzugehörigkeit aufgrund des Gesamtproblemwerts hinsichtlich der vorgefundenen Familienform, so zeigt sich, dass Kinder mit einem alleinerziehenden Elternteil deutlich häufiger zur Gruppe der Auffälligen gehören als Kinder aus nicht alleinerziehenden Haushalten (Tabelle 15).

Tabelle 15: Gesamtproblemwert nach Familienstand (gruppiert; in Prozent)

Gesamtproblemwert	alleinerziehend		Kernfamilie	
	n	Anteil in %	n	Anteil in %
unauffällig	211	66	1.786	82
grenzwertig	40	13	150	7
auffällig	70	22	233	11

Datenbasis: Familienbefragung „KeKiz 2014“, gewichtet, Faktor Familie GmbH

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

Während 11 Prozent der Kinder aus Kernfamilien einen auffälligen Gesamtproblemwert aufweisen, sind es doppelt so viele der Kinder mit alleinerziehendem Elternteil. Hier könnte vermutet werden, dass die Symptome für Verhaltensauffälligkeiten aufgrund multipler Belastungen, die bei Alleinerziehenden häufiger auftreten, besonders hoch ausfallen (vgl. Franzke und Schultz 2016).

Im Hinblick auf den Bildungshintergrund und das Einkommen der Eltern zeigen sich folgende Ergebnisse: Je niedriger das Einkommen und die Bildung der Eltern, umso höher der Gesamtproblemwert. Bei Kindern und Jugendlichen aus bildungsfernen und einkommensschwachen Familien treten somit deutlich häufiger Symptome

Tabelle 16: Mittelwerte für den Gesamtproblemwert nach Einkommen und Qualifikation

Bildungsstatus des Haushalts	Einkommen			Gesamt
	niedrig	mittel	hoch	
niedrige Qualifikation	7,61	6,97	4,61	7,00
mittlere Qualifikation	6,52	5,43	5,10	5,81
höhere Qualifikation	5,03	5,13	4,59	4,93
höchste Qualifikation	5,83	4,60	3,98	4,41
Gesamt	6,36	5,08	4,10	5,10

Datenbasis: Familienbefragung „KeKiz 2014“, gewichtet, Faktor Familie GmbH

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

für Verhaltensauffälligkeiten auf. Dies verdeutlicht auch der Vergleich der Mittelwerte für den Gesamtproblemwert nach Einkommen und Qualifikation der Eltern in Tabelle 16.

Nennenswerte Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund sind schließlich nicht erkennbar.

Aus diesem Vergleich wird zusammenfassend deutlich, dass Kinder einen höheren Gesamtproblemwert aufweisen, wenn sie ein Junge sind, einen alleinerziehenden Elternteil haben, der Bildungsstatus des Familienhaushalts niedrig ist oder der Haushalt nach der NRW-Armutsrisikoschwelle als „arm“ klassifiziert wird.

Familien sind in unterschiedlichem Maße mit alltäglichen Aufgaben und Herausforderungen konfrontiert. Damit sind Lebenssituationen und Schwierigkeiten gemeint, die Eltern subjektiv als belastend wahrnehmen und die „relativ unabhängig von der Familienform eine Herausforderung für die Familie darstellen und sich darüber hinaus auch nachteilig auf das Aufwachsen und die Entwicklung der Kinder auswirken können“ (Franzke und Schultz 2016: 28). Hierzu liegen aus der Familienbefragung Daten vor, die die Belastungssituationen der Familien kennzeichnen. Konkret sind etwa dauerhafte Sorgen, familiäre Probleme und Stress, subjektive Armutsbetroffenheit, fehlende Unterstützungsnetzwerke, Unsicherheiten in der Elternrolle und eine andere Familiensprache identifiziert worden.¹⁷

Tabelle 17 zeigt die Anteile von Familien in Belastungssituationen in Abhängigkeit vom gruppierten Gesamtproblemwert. Auf den ersten Blick fällt bereits auf, dass sich Familien mit auffälligen Kindern weitaus häufiger in einer dieser genannten Belastungssituationen befinden. Während der Anteil der Familien mit mindestens einer Belastung im Durchschnitt 55 Prozent beträgt (bezogen auf die Kohorten der sechs- und elfjährigen Kinder), sind es mehr als drei Viertel der Familien, die von einem auffälligen Gesamtproblemwert ihres Kindes berichten.

17 Zur Operationalisierung der subjektiv wahrgenommenen Belastungssituationen siehe Franzke und Schultz 2016: 88 ff.

Tabelle 17: Familien in Belastungssituationen nach Gesamtproblemwert (gruppiert; in Prozent)

Belastungen	Gesamtproblemwert			Gesamt
	unauffällig	grenzwertig	auffällig	
dauerhafte Stressaussetzung***	9	19	24	11
fehlende Unterstützungsnetzwerke*	14	20	17	15
multiple beunruhigende Sorgen und Probleme***	13	30	37	17
andere Familiensprache (n. s.)	13	17	15	13
subjektive Armutsbetroffenheit***	24	36	39	27
Unsicherheit in der Elternrolle***	12	28	38	17
Anteil Familien mit mind. einer Belastung***	50	79	78	55

Datenbasis: Familienbefragung „KeKiz 2014“, gewichtet, Faktor Familie GmbH
 Signifikanzen: *auf 5 Prozent; **auf 1 Prozent; ***auf 0,1 Prozent, n. s.= nicht signifikant

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

Eltern, die subjektiv von Armut betroffen sind, die sich in ihrer Elternrolle unsicher fühlen oder von multiplen beunruhigenden Sorgen berichten, schätzen das Verhalten ihres Kindes also besonders häufig als auffällig ein. Insbesondere bei den beiden letztgenannten Belastungen ist der Unterschied zum Durchschnitt mit einer Differenz von 21 bzw. 20 Prozent stark ausgeprägt.

Dieses Ergebnis bestätigt den Befund aus bisheriger Forschung, dass sich familiäre Belastungssituationen negativ auf die seelische Gesundheit des Kindes niederschlagen können (vgl. Walper 2006). Zum anderen zeigt die Auswertung, dass die Verschränkung von allgemeinen Risikofaktoren und Belastungssituationen Familien mit auffälligen Kindern im besonderen Maße betrifft.

5 Zur Entwicklung von kindlichen Auffälligkeiten

5.1 Kindliche Auffälligkeiten: Alles eine Frage der Erziehung?

Familiale Faktoren, wie beispielsweise die sozioökonomische Stellung, das Erziehungsverhalten oder das Familienklima, können je nach ihrer Ausprägung als Risiko- oder Schutzfaktoren auf die Gesundheit des Kindes wirken (vgl. Barquero und Geier 2008). Folgt man den Annahmen des biopsychosozialen Erklärungsmodells (vgl. Kapitel 2.1.3) für Verhaltensauffälligkeiten, so haben diese Faktoren auch einen Einfluss auf die Aufrechterhaltung und Stärke von Symptomen, die sich bei kindlichen Auffälligkeiten zeigen.

Dieser Zusammenhang soll nun empirisch überprüft werden. Er kann einen wichtigen Hinweis darauf geben, ob elternzentrierte Maßnahmen, die das Ziel verfolgen, die Elternkompetenz zu stärken, eine sinnvolle Ergänzung zu der therapeutischen und medizinischen Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten bilden. Im zweiten Teil dieses Kapitels wird auf Grundlage des qualitativen Materials untersucht, welche Einflussfaktoren aus Elternsicht eine Rolle spielen. Diese Deutungsschemata prägen ebenfalls den praktischen Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten und beeinflussen den weiteren Verlauf der Inanspruchnahme präventiver und intervenierender Angebote.

Als Erstes stehen die Zusammenhänge zwischen Erziehungsverhalten, Familienklima und kindlichen Auffälligkeiten unter Beachtung der Bildungs- und Einkommenslage, des Familienstands und des Geschlechts des Kindes im Vordergrund. Wie bereits in Kapitel 2 erläutert, wurden in der Familienbefragung vier Dimensionen des Elternverhaltens erfragt: positives, negatives, inkonsistentes und aufmerksames Erziehungsverhalten. Um das Risiko für kindliche Auffälligkeiten abzubilden, wird wieder auf den Gesamtproblemwert zurückgegriffen. In Tabelle 18 können die korrelativen Zusammenhänge abgelesen werden.¹⁸

¹⁸ Ist der angegebene Wert kleiner als null, so besteht ein negativer Zusammenhang (wenn mehr x, dann weniger y). Bei einem Wert größer als null spricht man von einem positiven Zusammenhang (wenn mehr x, dann mehr y). Auch die Stärke des Zusammenhangs kann bestimmt werden. Ab einem Wert von 0,2 (bzw. -0,2) wird von einem mittleren Effekt ausgegangen, ab einem Wert von 0,5 (bzw. -0,5) von einem starken. Wichtig ist dabei, ob die Korrelation signifikant ist und somit ebenfalls für die Grundgesamtheit gilt.

Tabelle 18: Korrelationen zwischen Gesamtproblemwert und familialen Faktoren

	positives EV	negatives EV	inkonsistentes EV	Monitoring	Familienklima	Gesamtproblemwert
positives EV	1					
negatives EV	-.198 **	1				
inkonsistentes EV	-.130 **	.349 **	1			
Monitoring	.450 **	-.120 **	-.104 **	1		
Familienklima	.257 **	-.238 **	-.183 **	.222 **	1	
Gesamtproblemwert	-.205 **	.289 **	.252 **	-.178 **	-.322 **	1
Bildungsjahre (nach Diekmann 2016)	.067 **	.060 **	-.129 **	.122 **	.054 **	-.163 **
HH-Einkommen	.101 **	.041 *	-.101 **	.142 **	.127 **	-.173 **
alleinerziehend (0 = nein / 1 = ja)	-.042 *	-.016	.079 **	-.066 **	-.225 **	.144 **
Geschlecht Kind (0 = M / 1 = W)	.011	-.060 **	.029	.028	.003	-.125 **

Datenbasis: Familienbefragung „KeKiz 2014“, gewichtet, Faktor Familie GmbH

Signifikanz: * auf 5 Prozent; ** auf 1 Prozent; *** auf 0,1 Prozent

Anmerkung: EV steht für Erziehungsverhalten

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

Die vorgefundenen Interkorrelationen zwischen den einzelnen Dimensionen des Erziehungsverhaltens entsprechen zunächst den theoretischen Erwartungen. Elterliche Verhaltensweisen, die sich in verschiedenen Studien als entwicklungsförderlich erwiesen haben, korrelieren untereinander positiv. Positives Erziehungsverhalten und Monitoring weisen somit auf einen autoritativen Erziehungsstil hin. Ebenso korrelieren die Skalen, die von ihren Effekten her eher einem problematischen Erziehungsstil zuzuordnen sind, nämlich negatives und inkonsistentes Elternverhalten (vgl. dazu Franiek und Reichle 2007). Ein signifikant positiver Zusammenhang findet sich darüber hinaus zwischen Familienklima und entwicklungsförderlichen Elternverhalten. Das bedeutet, dass Eltern, die ihr Erziehungsverhalten als positiv und aufmerksam beschreiben, auch ihr Familienklima positiv bewerten.

Bei der Betrachtung der Zusammenhänge zwischen den elternberichteten Auffälligkeiten und dem Erziehungsverhalten zeigen sich folgende Befunde: Vor allem negatives und inkonsistentes Elternverhalten korrelieren signifikant mit dem Risiko für Auffälligkeiten, dabei handelt es sich jeweils um einen mittelstarken Effekt. Positives und aufmerksames Erziehungsverhalten hingegen weist zwar erwartungsgemäß eine negative, aber vergleichsweise schwache Korrelation auf. Auch das Familienklima und der Gesamtproblemwert korrelieren signifikant ($r = -.322, p = .01$).

Tendenziell schätzen Eltern das Verhalten ihres Kindes eher als auffällig ein, wenn sie ein negatives oder inkonsistentes Erziehungsverhalten verfolgen. Pflegen Eltern einen positiven und aufmerksamen Umgang mit ihrem Kind und bewerten sie ihre innerfamiliären Beziehungen positiv, so sinkt auch der Gesamtproblemwert.

Der Einfluss der familialen Bildungs- und Einkommenslage auf das elternberichtete Risiko für Auffälligkeiten zeigt sich auch in der Tabelle 19. Die Bildungsjahre der Eltern sowie das Nettoäquivalenzeinkommen des Haushalts korrelieren negativ mit dem auffälligen Verhalten des Kindes. Der Familienstand beeinflusst vor allem das wahrgenommene Familienklima. Dieses wird negativer von Alleinerziehenden eingeschätzt. Ebenso kann das Ergebnis repliziert werden, dass Jungen einen signifikant höheren Gesamtproblemwert aufweisen.

Im Anschluss an die Analyse der korrelativen Zusammenhänge wird nun mittels multipler Regressionsanalysen die Vorhersagbarkeit der kindlichen Auffälligkeiten entsprechend der eingangs formulierten Hypothesen getestet. Dementsprechend wird zu prüfen sein, welchen Einfluss das Erziehungsverhalten und das Familienklima auf das Risiko für Verhaltensauffälligkeiten haben. Der Bildungsstand, das Einkommen, das Geschlecht des Kindes sowie die Familienform gehen als Kontrollvariablen in das Modell ein.

Modell 1 kontrolliert den Einfluss der soziodemographischen Merkmale auf den Gesamtproblemwert, Modell 2 den des Erziehungsverhaltens und Familienklimas. In Modell 3 werden schließlich alle Variablen berücksichtigt. Durch diese Methode kann der Einfluss eines Merkmals unter Berücksichtigung aller anderen im Modell enthaltenen Merkmale auf den Gesamtproblemwert ermittelt werden.

Tabelle 19: Schätzung der Einflussfaktoren auf den Gesamtproblemwert

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
	β	β	β
Bildungsjahre	-.126 ***		-.128 ***
Äquivalenzeinkommen	-.069 **		-.059 *
Geschlecht des Kindes (0 = M / 1 = W)	-.138 ***		-.127 ***
alleinerziehend (0 = nein / 1 = ja)	.107 ***		.058 **
positives Erziehungsverhalten		-.061 **	-.054 *
negatives Erziehungsverhalten		.163 ***	.179 ***
inkonsistentes Erziehungsverhalten		.144 ***	.118 ***
Monitoring		-.071 ***	-.036 (n. s.)
Familienklima		-.217 ***	-.196 ***
erklärte Varianz	6,5 %	17,8 %	21,2 %

Datenbasis: Familienbefragung „KeKiz 2014“, gewichtet, Faktor Familie GmbH | Signifikanz: * auf 5 Prozent; ** auf 1 Prozent; *** auf 0,1 Prozent; n. s. = nicht signifikant | Anmerkung: Die Variablen positives, negatives, inkonsistentes Erziehungsverhalten, Monitoring sowie Bildungsjahre wurden zentriert

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

Wie aus der Tabelle 19 ersichtlich wird, klären die drei aufgezeigten Regressionsmodelle 6,5 bis 21,2 Prozent der Varianz des abhängigen Merkmals auf. Modell 1 verdeutlicht, dass vor allem das Geschlecht des Kindes einen Einfluss auf den Gesamtproblemwert hat. Jungen sind, wie bereits an anderer Stelle festgestellt, signifikant häufiger von Auffälligkeiten betroffen als Mädchen. Ebenso beeinflusst der Bildungsstand der Familie den Gesamtproblemwert. Dieser nimmt mit steigenden Bildungsjahren ab. Das Einkommen und die Familienform weisen zwar einen signifikanten, aber schwächeren Effekt auf den Gesamtproblemwert auf.

Das zweite Modell zeigt, dass alle vier Dimensionen des selbstberichteten Erziehungsverhaltens und insbesondere das Familienklima Einfluss auf den Gesamtproblemwert haben und 17,8 Prozent der Varianz erklären. Dabei führt vor allem ein positives Familienklima zu niedrigeren Gesamtproblemwerten. Dieser Befund stärkt die Annahme, dass Familien durch das Gefühl der Verbundenheit bzw. der Kohäsion Belastungssituationen, etwa in Form von Krankheiten, besser bewältigen können (vgl. Beavers und Hampson 1993). Bei der Betrachtung der Dimensionen des Erziehungsverhaltens wird

deutlich, dass vor allem negatives und inkonsistentes Erziehungsverhalten kindliche Auffälligkeiten verstärkt. Etwas schwächer, aber positiv ist wiederum der Einfluss des positiven und aufmerksamen Elternverhaltens auf kindliche Auffälligkeiten.

Dass der Zusammenhang zwischen Erziehungsverhalten und Auffälligkeiten auch mit der soziostrukturellen Position der Familie variiert, wird bei der Betrachtung des dritten Modells deutlich. Unter Kontrolle von Bildung und Einkommen der befragten Personen reduziert sich die Einflussstärke von positivem und inkonsistentem Erziehungsverhalten auf den Gesamtproblemwert. Gleichzeitig erhöht sich der Einfluss von negativem Erziehungsverhalten. Es sind also eher Familien mit geringerer Bildung und weniger Einkommen mit einem negativen Erziehungsstil, die höhere Gesamtproblemwerte aufweisen. Den stärksten Einfluss auf den Gesamtproblemwert hat auch hier das Familienklima.

Dass drei Erziehungsdimensionen und das Familienklima zum Teil hochsignifikant bleiben, zeigt, dass sie jeweils einen eigenständigen Erklärungsanteil besitzen. Die quantitativen Befunde unterstreichen damit den Stellenwert von elternzentrierten Präventionsmaßnahmen bei der Behandlung von kindlichen Auffälligkeiten. Durch die frühzeitige Stärkung der elterlichen Erziehungs Kompetenzen und des familialen Klimas kann auch die psychische Entwicklung des Kindes positiv beeinflusst werden.

5.2 Welche Ursachen sehen Eltern für die Entwicklung von Auffälligkeiten?

Eltern haben ihre ganz eigene Vorstellung davon, wie und warum Auffälligkeiten im Kindesalter entstehen. Je nach Deutung und Definition unterscheiden sich die gewählten Bewältigungsstrategien der Eltern und damit auch die Inanspruchnahme entsprechender präventiver und intervenierender Angebote (vgl. Liebsch et al. 2013; Becker 2014). Aus diesem Grund ist es wichtig, neben den quantitativen Ergebnissen zur Entwicklung von kindlichen Auffälligkeiten auch die subjektive Sicht der Familien einzubeziehen. Die Analyse der qualitativen Elterninterviews kann uns bei der Rekonstruktion ebendieser helfen. In der Regel beschrieben die Eltern in den Interviews die Auffälligkeiten ihres Kindes, die damit einhergehenden Herausforderungen und den Umgang mit diesen sehr ausführlich.

Wenn Eltern nach den Ursachen für das auffällige Verhalten ihres Kindes gefragt werden, so haben insbesondere biologische Faktoren einen hohen Stellenwert. Häufig berichten sie von Verhaltensweisen in der frühkindlichen Phase, die retrospektiv als erste Indizien für Auffälligkeiten gewertet werden.

Interview 31

„Ich hab ein nervöses Kind, ein unruhiges Kind von Geburt an.“

Mit der Beschreibung des kindlichen Verhaltens als „von Geburt an“ oder „schon immer dagewesen“ deuten die befragten Eltern an, dass die Symptomatik nicht durch äußere Einflüsse (wie beispielsweise durch das Erziehungsverhalten) verursacht wurde, sondern vielmehr als ein „dem Kind inhärentes Phänomen“ anzusehen ist (Gebhardt 2016: 122). In diesem Zusammenhang wird auch die genetische Bedingtheit von Verhaltensauffälligkeiten angesprochen:

Interview 29

„Man guckt ja bei Verhaltensauffälligkeiten, gerade bei einer ADHS, immer auch auf die Familie zurück. Wir Eltern wissen, wo das herkommt, es gibt deutliche Anzeichen auch bei meinem Mann.“

Diese biologistischen Deutungsmuster, wie sie aus den Interviews zitiert wurden, können dazu führen, dass sich die Eltern insbesondere an medizinische Institutionen wenden und pädagogische Unterstützungsangebote eher außer Acht lassen. Eine Medikation erscheint als logische Konsequenz und einzige Lösung für das problematische Verhalten des Kindes.

Interview 3

„Wir haben das früher versucht mit Gutzureden und Trösten oder wirklich Bestrafen, dass wir dann irgendwie laut geworden sind. Das passiert, wenn man sich ärgert und die Nerven durchgehen. Egal, wie man es versucht, da ist man teilweise machtlos. Und mit Medikamenten ist das so, als wäre es ein anderes Kind.“

In dieser Passage charakterisiert die befragte Mutter das Verhalten des Kindes ebenfalls als nicht beeinflussbar. Eine in der Vergangenheit liegende Veränderung des Erziehungsverhaltens hat scheinbar nicht zu der gewünschten Veränderung im kindlichen Verhalten geführt, die Mutter fühlt sich „teilweise machtlos“.

Auf der anderen Seite gibt es auch Eltern, die das auffällige Verhalten ihres Kindes eher als Abweichung von einer „normalen“ kindlichen Entwicklung deuten. Im Austausch mit Ärzten, Pädagogen und ihrem sozialen Umfeld stoßen diese Eltern auf heterogene Deutungen des kindlichen Verhaltens und stehen vor der besonderen Herausforderung, die Symptomatik für sich immer wieder neu einzuordnen.

Interview 39

„Also wir wussten, dass er irgendwie, ja wie soll ich das sagen? So ein bisschen anders ist. Dadurch, dass er halt so ein bisschen ((lacht)) quirliger, hibbeliger war als alle anderen, sich eben nicht so alleine beschäftigt hat, [...] da haben wir uns schon gedacht: ‚Mh, ob das wohl so alles richtig ist?‘“

Die Mutter in diesem Beispiel beschreibt, wie sie aufgrund des Vergleichs mit dem Verhalten anderer Kinder den Verdacht entwickelt, dass ihr Kind von der erwarteten „normalen“ Entwicklung abweicht. Hier fällt insbesondere auf, dass die Interviewpartnerin die „Andersartigkeit“ ihres Kindes zwar bemerkt und diese zu Irritationen führt („Mh, ob das wohl so alles richtig ist?“). Diese wird aber im Kontinuum von normalen und abweichenden kindlichen Verhaltensweisen noch als tolerierbar beschrieben („ein bisschen“) und nicht als Krankheit gedeutet. In diesen Fällen stehen den Eltern erweiterte Handlungsalternativen zur Verfügung, um sich den Bedürfnissen des Kindes anzupassen, zum Beispiel durch die Routinisierung von Abläufen innerhalb der Familie oder die Reflexion und ggf. Anpassung des eigenen Erziehungsverhaltens.

Interview 29

„Wenn man mit einem Kind groß wird, das verhaltensauffällig ist, ist die erste [Reaktion; Anm. d. Verf.] nicht: ‚Ich suche mir einen Therapeuten‘. Sondern Sie stehen immer da und reflektieren Ihr eigenes Verhalten und fragen: ‚Was mache ich mit meinem Kind verkehrt? Bin ich zu lasch, bin ich zu streng?‘ Sie gehen das

ganze Repertoire erst zu Hause durch, Sie besprechen das mit Ihrem Mann. Den Zoff mit Ihrem Mann, weil Sie der Meinung sind, der Mann macht vielleicht was falsch oder andersrum, den hat man lange schon geführt, bevor man in die Therapie geht.“

Bei dieser Interviewpartnerin löst die Verhaltensauffälligkeit des Kindes einen selbst-reflexiven Prozess aus. Sie hinterfragt ihr eigenes elterliches Verhalten, aber auch das ihres Mannes, bevor sie professionelle Hilfe in Form einer therapeutischen Maßnahme in Anspruch nimmt.

Interview 29

„Hier zu Hause gibt es nach langjähriger Therapieerfahrung ein ganz starres Regelwerk im Ablauf des Tages, es gibt wenig Spielräume für [K1]. Das kann er ganz schlecht haben, wenn er Spielräume hat, die er immer wieder diskutieren kann. Also müssen die Regeln klar verständlich, einfach und konsequent umgesetzt sein. Das sind sie bei uns. Und je enger das läuft, umso besser kommt er damit klar.“

Die zitierten Interviewpassagen lassen vermuten, dass die Mutter zum einen eine Verbindung zwischen Auffälligkeit und familialen Faktoren sieht und zum anderen aktiv Veränderungen im familialen Alltag vornimmt, um positiv auf das Verhalten ihres Sohnes einzuwirken. Die Routinisierung des Familienalltags durch das Einführen eines festen Tagesablaufs gehört zu einer Bewältigungsstrategie, die von vielen Eltern genannt wird.

Ebenso scheint sich die Meinung durchgesetzt zu haben, dass konsequentes Elternverhalten im Sinne eines autoritativen Erziehungsstils gerade für Kinder mit Auffälligkeiten wichtig ist.¹⁹ Dennoch fällt es manchen Eltern nicht leicht, dies im Alltag durchzusetzen, wie das folgende Beispiel zeigt.

19 Dies wird vor allem in beratenden Angeboten wie Erziehungs- oder Familienberatungsstellen sowie in Elternkursen- und -schulen vermittelt, die von Familien mit verhaltensauffälligen Kindern weitaus häufiger in Anspruch genommen werden (ausführlich dazu auch Kapitel 6).

Interview 38

„Ich bin manchmal nicht so konsequent, wie man es eigentlich sein sollte. Ich lass auch schon mal viel durchgehen. [...] Wenn ich jetzt „Nein“ sage zum Beispiel und ich sage so: ‚Heute darfst du kein Fernsehen gucken‘, und dann abends: ‚Mama, darf ich noch fünfzehn Minuten?‘; ‚Ja komm, okay‘. Weil er sich dann wieder bemüht und gehört hat, dann ist das auch wieder vergessen.“

Wie im vorherigen Kapitel dargelegt wurde, lässt sich aus der Auswertung der quantitativen Familienbefragung schließen, dass insbesondere negatives Erziehungsverhalten die Symptome von kindlichen Auffälligkeiten verstärkt. Auch die qualitative Analyse gibt Hinweise auf diesen Zusammenhang, auch wenn die befragten Eltern, möglicherweise aufgrund sozialer Erwünschtheit, nur selten von negativem Erziehungsverhalten berichtet haben. Hierzu ein Fallbeispiel aus den Elterninterviews:

Die Interviewpartnerin ist Mutter von drei Kindern. Das mittlere Kind, das sich im Grundschulalter befindet, wird als Problemkind bezeichnet, welches unter einer Störung des Sozialverhaltens und einer ADHS leidet. Es wird als ausgeprägt aggressiv, delinquent, extrem laut und hyperaktiv beschrieben. Damit einhergehend treten massive Probleme im familialen und schulischen Kontext auf. Die Familie hat sich aus diesem Grund vor allem professionelle Hilfe bei medizinischen Institutionen gesucht. Aufgrund der Diagnose ADHS, die in einer psychiatrischen Klinik gestellt wurde, erhält das Kind eine entsprechende Medikation. Außerdem wird eine Hausaufgabenbetreuung in Anspruch genommen, Freizeitangebote mussten aufgrund des hohen Aggressionspotenzials des Kindes beendet werden.

Auffällig bei diesem Fall ist vor allem, dass zwar eine Vielzahl an medizinischen Angeboten in Anspruch genommen wird, Veränderungen auf handlungspraktischer Ebene im familialen Kontext aber nicht eingeleitet werden. Das Erziehungsverhalten wirkt harsch, inkonsequent und wenig unterstützend. Auch Sanktionen und körperliche Bestrafungen werden bei den Kindern als erzieherische Maßnahme eingesetzt:

Interview 16

„Also letztens, er fängt jetzt gerade an zu hauen, der [K3]. Da habe ich auch gesagt: ‚Das geht nicht‘; dann hau ich ihm auf die Finger: ‚Siehst du, das tut weh,

haust du die Mama, hau ich dich auch'. Also jetzt nicht ins Gesicht, so auf die Hände, dass er merkt, darf er nicht.“

Zusammengefasst entsteht hier der Eindruck, die Befragte würde aufgrund ihres biomedizinisch-genetischen Konzepts von ADHS eine kritische Reflexion der familialen Faktoren wie das Erziehungsverhalten erst gar nicht in Erwägung ziehen. Das elterliche Verhalten wird an keiner Stelle mit der kindlichen Auffälligkeit in Verbindung gebracht, eine Anpassung ist aus diesem Grund ausgeschlossen.

Die qualitative Analyse der Elterninterviews verdeutlicht vor allem, dass biologisch-genetische Ursachenmodelle im Vordergrund stehen, wenn Eltern nach einer Erklärung für das auffällige Verhalten ihres Kindes suchen. Diese beeinflussen auch die Wahl der in Anspruch genommenen Angebote, die zur Behandlung in Erwägung gezogen werden. An dieser Stelle sei auf die Arbeit von Kohlscheen (2018) verwiesen, der vertiefend auf die Wechselbeziehung von Ursachentheorien und Bewältigungsstrategien eingeht.

5.3 Was folgt für die Praxis von Präventions- und Interventionsmaßnahmen?

Auch wenn biologische und genetische Faktoren zu einem nicht zu vernachlässigenden Teil für die Entstehung von Auffälligkeiten verantwortlich sind, so macht die quantitative Analyse zusammenfassend deutlich, dass familiäre Faktoren die Stärke von Verhaltensproblemen moderieren. Besonders deutlich hat sich dies für das Erziehungsverhalten und das Familienklima gezeigt.

Verfolgen die Eltern einen eher harschen oder inkonsequenten Erziehungsstil, so steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass Probleme im Verhalten der Kinder und Jugendlichen gesehen werden. Ein positiver und aufmerksamer Erziehungsstil kann im Gegensatz dazu zu einer Verminderung der Symptome von Auffälligkeiten führen. Besonders deutlich wird dies auch unter Hinzunahme des Familienklimas.

Außerdem kann gezeigt werden, dass der Zusammenhang zwischen sozialer Position und kindlichen Auffälligkeiten zum Teil aus dem schichtspezifischen elterlichen

Verhalten resultiert. Die Bildung der Eltern beeinflusst das Erziehungsverhalten: Bei geringer Bildung steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Eltern ein eher negativ und inkonsistent ausgeprägtes Erziehungsverhalten verfolgen, welches sich wiederum auf die Beurteilung der psychischen Verfassung des Kindes auswirkt.

Nichtsdestotrotz sollte die elterliche Erziehung nicht als „naturwüchsiger“ Prozess verstanden werden, sondern als Aufgabe, die ein hohes Maß an Wissen und Fähigkeiten wie Zuwendung und Verantwortungsbewusstsein erfordert und die dadurch grundsätzlich veränderbar ist (vgl. Barquero und Geier 2008: 145). Entsprechende elterntzentrierte Präventions- und Interventionsmaßnahmen können dann dabei helfen, Erziehungskompetenzen frühzeitig zu stärken und positives Elternverhalten im Sinne einer förderlichen Familieninteraktion zu verinnerlichen.

Ebenso wichtig erscheint es, die gesamte Familiensituation zu beachten und diese dementsprechend in die Hilfe einzubeziehen. Wie die Analyse gezeigt hat, sind es eher Kinder aus einkommens- und bildungsschwachen Familien sowie aus alleinerziehenden Haushalten, die ein erhöhtes Risiko für Auffälligkeiten aufweisen. Diese Familien sehen sich grundsätzlich schon multiplen Belastungen gegenüber. Strategien der Stressbewältigung und des adäquaten Umgangs mit den Symptomen von Verhaltensproblemen können Familien dabei helfen, die zusätzliche Belastung so gering wie möglich zu halten und den Verlauf positiv zu beeinflussen. Das bestätigt auch die Auswertung des qualitativen Materials: Familien, die neben medizinischen Angeboten auch pädagogische oder familienorientierte Angebote in Anspruch nehmen, scheinen besser in der Lage zu sein, auf das auffällige Verhalten ihres Kindes einzugehen.

6 Zur Inanspruchnahme von Präventionsangeboten durch Familien mit verhaltensauffälligen Kindern

6.1 Wie informieren sich Familien mit auffälligen Kindern?

Es ist anzunehmen, dass Familien mit Kindern, die auffällig in ihrem Verhalten sind, aufgrund der damit einhergehenden zusätzlichen Belastung und Verunsicherung einen größeren Beratungs- und Unterstützungsbedarf haben. Eine notwendige Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist die Informiertheit der Eltern über eben jene Angebote in ihrer Kommune.

Tabelle 20: Wie gut fühlen sich Eltern über Angebote informiert?
(nach gruppiertem Gesamtproblemwert; Kohorte der Sechs- und Elfjährigen; in Prozent)

	Gesamtproblemwert			Gesamt
	unauffällig	grenzwertig	auffällig	
gut	41	29	33	39
teils/teils	36	47	40	38
schlecht	17	20	24	18
kein Interesse	6	4	3	5

Datenbasis: Familienbefragung „KeKiz 2014“, gewichtet, Faktor Familie GmbH

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

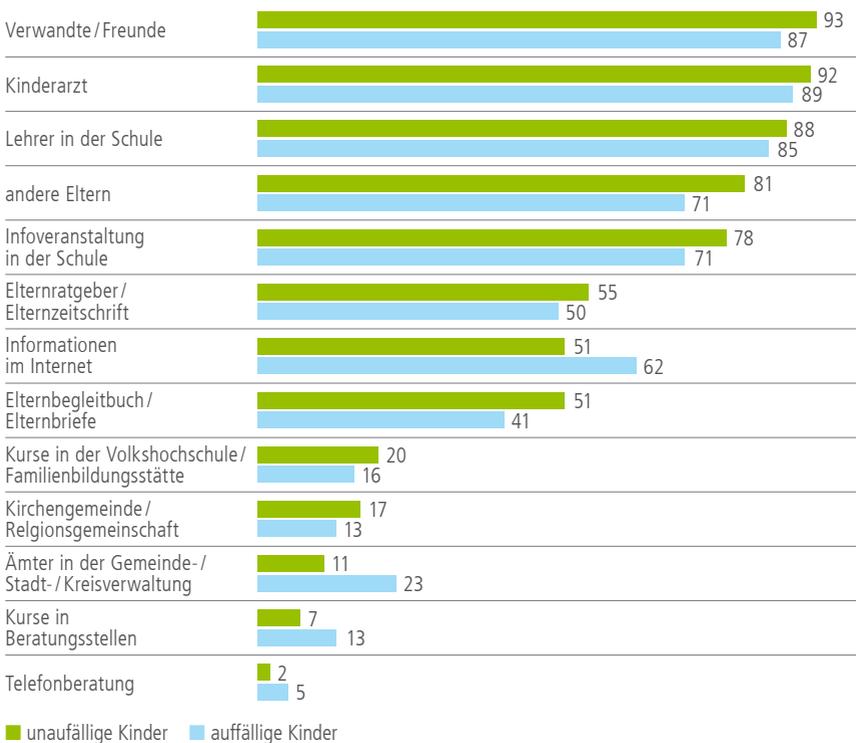
39 Prozent aller Familien fühlen sich gut über kommunale Angebote informiert, weitere 38 Prozent lediglich mit Einschränkungen. 18 Prozent geben an, schlecht über entsprechende Angebote informiert zu sein. Eltern von Kindern mit einem unauffälligen Gesamtproblemwert haben deutlich häufiger das Gefühl, gut informiert zu sein, als Eltern von Kindern, deren Gesamtproblemwert als grenzwertig oder auffällig einzustufen ist. Gleichzeitig haben Familien mit auffälligen Kindern aufgrund der unbekannteren Situation einen höheren Bedarf an Informationen zu Angeboten.

Daran anschließend stellt sich die Frage, bei welchen Personen, Institutionen und Gelegenheiten sich Eltern Informationen über die kindliche Entwicklung beschaffen

und ob dabei Unterschiede zwischen Familien von Kindern mit oder ohne Verhaltensauffälligkeiten zu finden sind.

Abbildung 7 zeigt einige Unterschiede in der Informationspraxis zwischen Familien mit und ohne Bezug zu kindlichen Auffälligkeiten. Als Erstes fällt auf, dass Familien mit verhaltensauffälligen Kindern annähernd jede Informationsmöglichkeit seltener nutzen als Familien mit unauffälligen Kindern. Dies könnte auch den Umstand erklären, dass sich Familien mit verhaltensauffälligen Kindern schlechter informiert fühlen.

Abbildung 7: Nutzung von Informationsmöglichkeiten (unauffällige vs. auffällige Kinder; Kohorte der Sechs- und Elfjährigen; in Prozent)



Datenbasis: Familienbefragung „KeKiz 2014“, gewichtet, Faktor Familie GmbH

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

Am deutlichsten ist dieser Unterschied bei der Frage nach dem Austausch mit anderen Eltern (71 vs. 81 Prozent). Dies könnte verschiedene Gründe haben. Franzke, Schmitt und Schultz (2017: 35) verweisen darauf, dass vor allem einkommensarme und niedrig qualifizierte Familien aufgrund einer gewissen sozialen Distanz weniger Kontakt zu anderen Eltern haben könnten. Die vorliegende Analyse hat bereits gezeigt, dass Kinder aus sozial niedrig positionierten Familien ein höheres Risiko für Auffälligkeiten aufweisen. Des Weiteren bieten Verhaltensauffälligkeiten aber auch ein hohes Konfliktpotenzial innerhalb des schulischen Systems. Beispielsweise ist es denkbar, dass der Unterricht durch einzelne Schüler massiv gestört wird und dies Auswirkungen auf die Mitschüler hat. Eltern mit auffälligen Kindern vermeiden den Austausch mit anderen Eltern dann eventuell, um Vorwürfen und Beschuldigungen aus dem Weg zu gehen.

Ausnahmen bilden im Gegensatz dazu institutionalisierte Informationsmöglichkeiten, wie beispielsweise Ämter in der Gemeinde-, Stadt- und Kreisverwaltung sowie Kurse in Beratungsstellen, und anonym nutzbare Informationsquellen, wie das Internet oder die Telefonberatung, welche von Familien mit auffälligen Kindern etwas häufiger genutzt werden.

Die Rangfolge der genutzten Informationsmöglichkeiten variiert hingegen nur marginal. Auch für Familien mit verhaltensauffälligen Kindern ist der direkte Kontakt und Austausch innerhalb des sozialen Umfelds und mit Akteuren aus Bildungs- und Gesundheitsinstitutionen wie dem Kinderarzt oder den Lehrern in der Schule, besonders wichtig.

6.2 Prozess der Inanspruchnahme: Vom Verdacht bis zur Diagnose

Wie in Kapitel 5.2 gezeigt wurde, werden ungewöhnliche Eigenschaften und Eigenheiten in der frühen Kindheit von einigen Eltern retrospektiv als erste Anzeichen für die spätere Auffälligkeit gedeutet. Ein ganz konkreter Verdacht entsteht aber häufig erst im Kontext der sekundären Sozialisationsinstanzen durch die Rückmeldung von Erziehern und Lehrern. Sie gelten in der Regel als pädagogische Experten, deren Deutungsmuster von den Eltern übernommen werden. Becker (2014: 208), die sich in ihrer Arbeit mit der Frage beschäftigt hat, wie Eltern mit einem Verdacht umgehen, merkt dazu an: „Eltern scheinen dem Urteil der Pädagogen tendenziell zu trauen, denn sie hinterfragen deren Einschätzungen nur selten.“

Interview 39

„Und dann im Kindergarten, er ist mit einem Jahr in den Kindergarten gekommen, haben die auch gleich gesagt: ‚Hm, er sieht so aus, als wenn der ADS hätte‘. Also die im Kindergarten haben da auch ein geschultes Auge für.“

In den Institutionen bietet sich außerdem die Möglichkeit, das Verhalten des einzelnen Kindes mit dem von anderen Kindern in der gleichen Entwicklungsphase zu vergleichen. „Typische“ Anzeichen für Auffälligkeiten fallen so im schulischen Rahmen oder im Kindergarten eher auf.

Interview 38

„Also er war sehr unruhig im Unterricht und damals sein alter Klassenlehrer [...] hat mich darauf aufmerksam gemacht und hat gesagt, dass ich das mal testen lassen sollte. Mir selber ist auch aufgefallen, dass der ziemlich unruhig ist im Gegensatz zu den anderen Kindern jetzt hier. Ja, und dann hat sich halt herausgestellt, dass er ein leichtes ADHS hat. Und da kriegt er jetzt morgens eine halbe Tablette und im Hort mittags für die Hausaufgaben eine halbe Tablette.“

Hauptauslöser für einen Verdacht sind häufig schulische Misserfolge, aber auch Probleme und Konflikte im sozialen Kontext. Diese Probleme können innerhalb der Peer-group, also im Umgang mit anderen Kindern, beobachtet werden, sie können sich aber auch gegen die pädagogischen Akteure selbst richten.

Interview 31

„Aber da gab es natürlich auch am Anfang direkt Konflikte. Der hat dann Drittklässler, wo er ins Schuljahr kam, vom Gerüst runtergeholt, weil die den geärgert haben. Weil er diese Toleranzschwelle einfach nicht so hat wie andere Kinder. Ja, dann hat er sehr viele Sanktionen bekommen.“

Auch wenn antisoziales oder gar aggressives Verhalten eher ein sekundäres Symptom von ADHS darstellt, wird es immer wieder von Pädagogen als Begründung für den Verdacht angeführt (vgl. Rafalovich 2004).

Dabei kommt es vor, dass Eltern in ihrem Umfeld mit Erwartungen an ihr erzieherisches Handeln und damit mit Kritik, Stigmatisierung und Schuldgefühlen konfrontiert werden, etwa von Freunden, Verwandten, medizinischen oder pädagogischen Fachkräften. Eine Interviewpartnerin berichtet beispielsweise:

Interview 31

„Jeder sagt ‚Dein Kind ist nicht erzogen, [...] dein Kind ist frech.‘ Obwohl er einen ganz lieben Kern hat und erzogen ist, nur dass er in dem Moment das vergisst oder ausblendet und eben diese Toleranzschwelle nicht hat. Und man will sich da nicht jedes Mal rechtfertigen.“

Die Mutter glaubt, Außenstehende würden das abweichende Verhalten als direkte Konsequenz ihres eigenen (fehlerhaften) elterlichen Verhaltens sehen. Daraus resultieren zum einen Schuldgefühle und Unsicherheiten, zum anderen aber auch der Drang zur Entlastung. Dies geschieht hier durch den Rückgriff auf medizinische Deutungsangebote. Aus der Sicht der Mutter hat ihr Kind keine Kontrolle über das eigene Handeln; beide Parteien werden damit von ihrer (Selbst-)Verantwortung freigesprochen (vgl. dazu auch Singh 2002). Diese Haltung kann letztendlich dazu führen, dass die Erziehungsberechtigte nicht mehr gewillt ist, Ratschläge anzunehmen, und so auch die Inanspruchnahme von beratenden sowie begleitenden Angeboten verweigert.

Ist der Verdacht einer Verhaltensauffälligkeit geäußert, so liegt es an den Eltern, darauf entsprechend zu reagieren. Eine Möglichkeit besteht in der Inanspruchnahme von präventiven Angeboten. Es ist dabei zu vermuten, dass Eltern mit auffälligen Kindern einen anderen Schwerpunkt in ihrer Inanspruchnahme setzen und eher auf Angebote zurückgreifen, die vornehmlich der Klärung, Diagnose sowie Behandlung dienen.

6.2.1 Was nehmen Familien mit auffälligen Kindern in Anspruch?

In der Familienbefragung wurden 14 verschiedene Angebote berücksichtigt, die sich in ihrer Schwerpunktsetzung unterscheiden: medizinische und informierende (z. B. Untersuchungen beim Kinderarzt oder Kindertherapeuten, Logopädie, Physio-/ Ergotherapie), beratende und begleitende (z. B. Familienzentren oder Erziehungs-

beratungsstellen) sowie Kurs- und Gruppenangebote (z. B. Eltern-Kind-Gruppen, Elternschule, Elternkurse).

Tabelle 21 zeigt als Erstes die durchschnittlich in Anspruch genommene Anzahl an Angeboten; verglichen werden hierbei Familien von Kindern ohne und mit auffälligem Verhalten, unterschieden nach dem Alter der Kinder. Es wird allgemein deutlich, dass Familien mit Kindern im Alter von elf Jahren durchschnittlich häufiger Angebote in Anspruch nehmen als Familien mit Kindern im Alter von sechs Jahren (3,3 vs. 2,9). Die Nutzung von medizinischen Angeboten steigt leicht, beratende Angebote sowie Kurs- und Gruppenangebote werden in diesem Alter hingegen weniger genutzt. Es zeigt sich außerdem, dass Familien mit auffälligen Kindern im Alter von sechs und elf Jahren mit einer durchschnittlichen Inanspruchnahme von 3,5 bzw. 4,6 Angeboten im Vergleich zu Familien mit unauffälligen Kindern (2,8 bzw. 3,1) häufiger entsprechende Angebote nutzen. Vor allem bei medizinisch-informierenden Angeboten und bei der Kohorte

Tabelle 21: Durchschnittliche Anzahl der in Anspruch genommenen Angebote nach Alter und gruppiertem Gesamtproblemwert

	Gesamtproblemwert				Gesamt	
	unauffällig		auffällig		MW	SD
	MW	SD	MW	SD		
Kohorte der Sechsjährigen						
Angebote insgesamt***	2,8	1,7	3,5	2,3	2,9	1,8
medizinische Angebote***	1,9	0,9	2,3	1,2	1,9	0,9
beratende Angebote (n. s.)	1,3	0,5	1,5	0,7	1,3	0,6
Kurs- und Gruppenangebote (n. s.)	1,6	0,8	1,4	0,8	1,5	0,8
Kohorte der Elfjährigen						
Angebote insgesamt***	3,1	2,0	4,6	2,5	3,3	2,2
medizinische Angebote***	1,9	1,0	2,7	1,3	2,1	1,1
beratende Angebote***	0,4	0,7	1,1	1,1	0,5	0,8
Kurs- und Gruppenangebote (n. s.)	0,8	1,0	0,9	1,1	0,8	1,0

Datenbasis: Familienbefragung „KeKiz 2014“, gewichtet, Faktor Familie GmbH | Signifikanz: * auf 5 Prozent; ** auf 1 Prozent; *** auf 0,1 Prozent, n. s. = nicht signifikant | Anmerkung: MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

der Elfjährigen auch bei beratenden Angeboten gibt es erwartungsgemäß signifikante Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen den genannten Gruppen.

Auf dieser Basis stellt sich nun die Frage, welche Angebote konkret von Familien mit auffälligen Kindern nachgefragt werden. Eine differenzierte Aufschlüsselung der Angebotsbereiche folgt in Tabelle 22 für die Kohorte der Sechsjährigen und in Tabelle 23 für die Kohorte der Elfjährigen.

Tabelle 22: Inanspruchnahme von Präventionsangeboten nach gruppiertem Gesamtproblemwert (Kohorte der Sechsjährigen; in Prozent)

	Gesamtproblemwert			Gesamt
	unauffällig	grenzwertig	auffällig	
medizinische und informierende Angebote				
Informationsveranstaltung zur Entwicklung (n. s.)	30	30	24	29
Physio- / Ergotherapie***	19	37	40	23
Logopädie / Sprachtherapie**	31	38	43	33
Kindertherapeut / Kinderpsychologe***	8	25	30	12
Vorsorgeuntersuchungen beim Arzt (n. s.)	98	97	100	99
beratende und begleitende Angebote				
Beratung Familienzentrum***	12	15	28	14
ehrenamtliche Besuche*	1	4	3	2
spezielle Beratung bei Entwicklungsstörungen***	3	13	12	5
Erziehungsberatung***	7	13	21	9
Kurs- und Gruppenangebote				
Elternschule / Elterntraining**	14	25	17	15
Elternkurse in Familienbildungsstätten (n. s.)	15	21	13	16
Eltern-Kind-Programme (n. s.)	4	3	5	4
Eltern-Kind-Gruppen (n. s.)	28	24	20	26
Kurse zur Entwicklungsförderung (n. s.)	14	14	9	13

Datenbasis: Familienbefragung „KeKiz 2014“, gewichtet, Faktor Familie GmbH
Signifikanz: *auf 5 Prozent; **auf 1 Prozent; ***auf 0,1 Prozent; n. s.= nicht signifikant

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

Tabelle 23: Inanspruchnahme von Präventionsangeboten nach gruppiertem Gesamtproblemwert (Kohorte der Elfjährigen; in Prozent)

	Gesamtproblemwert			Gesamt
	unauffällig	grenzwertig	auffällig	
medizinische und informierende Angebote				
Informationsveranstaltung zur Entwicklung**	26	35	37	28
Physio-/Ergotherapie***	25	47	51	30
Logopädie/Sprachtherapie**	33	49	39	35
Kindertherapeut/Kinderpsychologe***	15	27	52	21
Vorsorgeuntersuchungen beim Arzt (n. s.)	98	98	96	98
beratende und begleitende Angebote				
Beratung Familienzentrum***	14	28	43	18
Nachhilfeunterricht***	10	22	19	12
spezielle Beratung bei Entwicklungsstörungen***	6	21	25	10
Erziehungsberatung***	7	19	23	10
Kurs- und Gruppenangebote				
Elternschule/Elterntaining***	10	21	23	12
Elternkurse in Familienbildungsstätten (n. s.)	15	18	13	15
Eltern-Kind-Programme (n. s.)	26	31	25	26
Eltern-Kind-Gruppen (n. s.)	31	31	27	31

Datenbasis: Familienbefragung „KeKiz 2014“, gewichtet, Faktor Familie GmbH
Signifikanz: * auf 5 Prozent; ** auf 1 Prozent; *** auf 0,1 Prozent; n. s.=nicht signifikant

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

Die Tabellen 22 und 23 zeigen, dass Angebote, die der Entwicklungsförderung zuzuordnen sind, von Familien mit verhaltensauffälligen Kindern weitaus häufiger genutzt werden. Hierunter fallen konkret Angebote der Physio-/Ergotherapie, der Logopädie und Sprachtherapie sowie die Inanspruchnahme eines Kindertherapeuten oder Kinderpsychologen.

Auch beratende und begleitende Angebote haben eine hohe Relevanz für Familien mit auffälligen Kindern. Sowohl in der Kohorte der Sechsjährigen als auch der Elfjährigen liegen die Inanspruchnahmeraten in diesem Bereich für Familien mit auffälligen

Kindern weit über dem Durchschnitt (ausgenommen sind nur ehrenamtliche Besuche). So nehmen beispielsweise in der Kohorte der Elfjährigen 43 Prozent aller Familien, deren Kind einen auffälligen Gesamtwert aufweist, die Beratung im Familienzentrum in Anspruch, während der Durchschnitt hier bei lediglich 18 Prozent liegt.

Bei Kurs- und Gruppenangeboten ist ein signifikanter Unterschied bei der Inanspruchnahme von Angeboten des Elterntrainings und der Elternschule zu verzeichnen. In der Kohorte der Sechsjährigen nehmen vor allem Eltern, bei deren Kindern der Verdacht einer Störung besteht (d. h. bei einem grenzwertigen Gesamtwert), an Elterntrainings teil. Es ist zu vermuten, dass sich Eltern insbesondere bei strittigen Fällen unsicher in ihrer Elternrolle fühlen und ihr eigenes Verhalten infrage stellen. In der Kohorte der Elfjährigen hingegen werden Elterntrainings und -schulen vor allem von Eltern mit auffälligen Kindern in Anspruch genommen.

Kindertherapeuten und -psychologen nehmen einen besonderen Stellenwert im Kontext von Verhaltensauffälligkeiten ein (vgl. dazu auch Kohlscheen 2018). Sie sind vor allem für die Diagnostik und Behandlung zuständig und werden, nach dem Kinderarzt, häufig als wichtigste Anlaufstelle beschrieben. In der Kohorte der Sechsjährigen nimmt fast ein Drittel der Familien mit auffälligen Kindern das Angebot des Kindertherapeuten in Anspruch, bei der Kohorte der Elfjährigen sogar mehr als die Hälfte. Vor allem an weiterführenden Schulen wächst für Kinder der individuelle Leistungs- und Leistungsdruck bei einer Verhaltensauffälligkeit. Durch die Inanspruchnahme eines Kindertherapeuten oder -psychologen und durch Diagnose und Behandlung sollen schulische Misserfolge, aber auch negative soziale Folgen (beispielsweise Ausgrenzung oder Stigmatisierung) möglichst minimiert werden.

Daran anschließend stellt sich die Frage, bei wie vielen Kindern tatsächlich eine Verhaltensauffälligkeit diagnostiziert wird bzw. (noch) nicht festgestellt wurde. Hinweise liefert uns auch hier die Analyse der quantitativen Familienbefragung.

6.2.2 Die Diagnose von Verhaltensauffälligkeiten

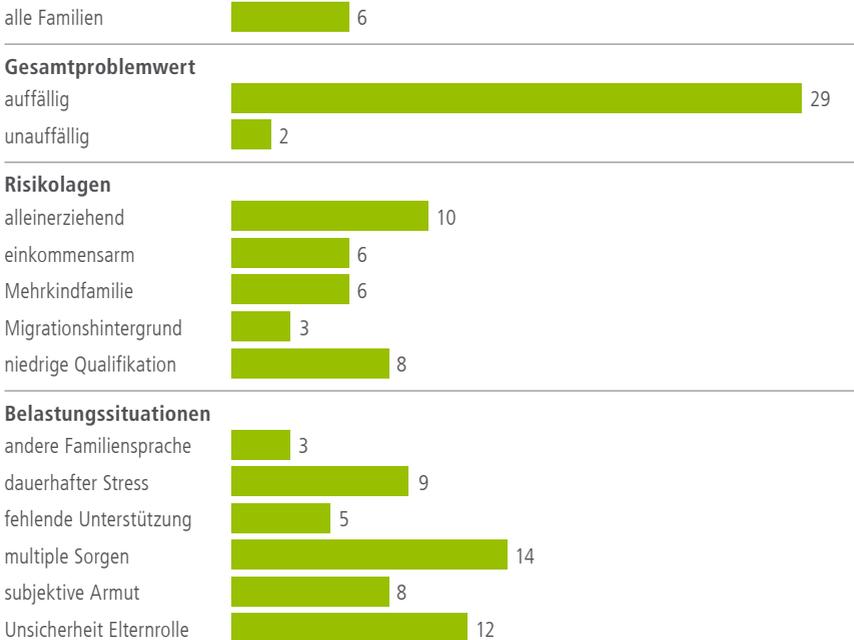
Die an der Befragung teilnehmenden Familien wurden gefragt, in welchen Entwicklungsbereichen ihres Kindes bereits Förderbedarfe festgestellt wurden. Insgesamt gaben 6 Prozent aller Familien an, dass bei ihrem Kind eine diagnostizierte Verhaltensauffälligkeit vorliegt. Jungen erhielten laut Angaben der Eltern mit 8 Prozent doppelt so häufig eine Diagnose wie Mädchen (4 Prozent).

Abbildung 8 zeigt die Verteilung von festgestellten Verhaltensauffälligkeiten nach dem Gesamtproblemwert, nach Risikolagen und nach Belastungssituationen. Es wird deutlich, dass nicht nur das Risiko für Auffälligkeiten ungleich verteilt ist, sondern auch die Diagnoseraten. Erwartungsgemäß erhielten diejenigen Kinder, die auf Grundlage des Gesamtproblemwerts in ihrem Verhalten als auffällig klassifiziert werden können und die damit ein hohes Risiko für Verhaltensauffälligkeiten aufweisen, mit 29 Prozent am häufigsten eine entsprechende Diagnose. Im Gegensatz dazu sind Kinder mit unauffälliger Verhaltensentwicklung am seltensten diagnostiziert.

Über dem Durchschnitt liegen die Diagnosewerte außerdem für Kinder aus alleinerziehenden Haushalten und Haushalten mit niedriger Qualifikation, weit unterdiagnostiziert sind Kinder mit Migrationshintergrund (3 Prozent). Dieses Ergebnis findet sich auch in anderen Untersuchungen wieder. Mögliche Ursachen für diesen Umstand sehen Schlack et al. (2007: 833) vor allem in Inanspruchnahmeeffekten und in einer kulturell bedingten Symptomtoleranz. Das Verhalten des Kindes wird innerhalb der Familie nicht als auffällig wahrgenommen, weswegen keine weiteren Maßnahmen in Anspruch genommen werden (vgl. Kohlscheen 2018).

Differenziert nach Belastungssituationen sind es vor allem Familien mit multiplen Sorgen und Eltern, die Unsicherheiten in ihrer eigenen Rolle bemerken, bei deren Kindern häufiger ein Förderbedarf festgestellt wird. Es ist anzunehmen, dass sich die Diagnose von Auffälligkeiten einerseits und die Wahrnehmung multipler Probleme sowie elterlicher Unsicherheit, andererseits aber auch reziprok bedingen, das heißt dass Eltern nach einer vorliegenden Diagnose entsprechende Verhaltensweisen ihrer Kinder eher wahrnehmen.

Abbildung 8: Festgestellte Verhaltensauffälligkeiten nach Gesamtproblemwert, Risikolagen und Belastungssituationen (Kohorte der Elfjährigen; in Prozent)



Datenbasis: Familienbefragung „KeKiz 2014“, gewichtet, Faktor Familie GmbH

© Bertelsmann Stiftung und ZEFIR, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

Dass Unsicherheiten in der Elternrolle, die aus dem auffälligen Verhalten des Kindes resultieren, zu der Suche nach einer Diagnose führen, das zeigt auch die Analyse des Interviewmaterials.

Interview 29

„Da kommt schon Verzweiflung [auf; Anm. d. Verf.] in so einer Mutter. Das ist ja der Prozess, in dem Sie denken: ‚Was mache ich eigentlich gerade falsch? Was läuft hier so schief, dass das Kind nicht wie alle anderen Freude am Leben hat?‘ Und das ist ja ein Prozess, das besprechen Sie zu Hause. Da ist schon so das eine

oder andere Tränchen geflossen, dass ich meinem Mann gesagt habe: ‚Ich weiß ja auch nicht mehr weiter, ich sehe nicht, was wir hier so falsch machen. Ich weiß es nicht.‘ Dann hat er mit mir zusammen entschieden, dass wir eben den [K1] erstmal diagnostizieren lassen.“

Diese Mutter beschreibt, wie die Eltern zu dem Entschluss gekommen sind, ihr Kind auf ADHS testen zu lassen. Es wird deutlich, dass sich die Interviewpartnerin verantwortlich für das Verhalten ihres Kindes fühlt und dass sie es als ihre persönliche Aufgabe betrachtet, eine entsprechende Lösung für das Problem zu finden.

In diesem Kontext erfüllt eine diagnostische Abklärung die wichtige Funktion, eine oftmals unklare und verunsichernde Symptomatik in den Krankheitsbereich zu überführen (vgl. Gebhardt 2016: 248). Steht die Diagnose fest, sind die Eltern häufig erleichtert, da es nun eine Erklärung für das Verhalten des Kindes gibt und konkrete Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Außerdem ist es möglich, das eigene Verhalten zu ändern und an die neuen Gegebenheiten anzupassen.

Interview 27

„Wir versprechen uns [von der Diagnose; Anm. d. Verf.], dass man selber dadurch ruhiger wird. [...] Und wenn man weiß, er kann nicht anders, ist es was anderes, als wenn man jetzt denkt, er will einfach nicht.“

6.2.3 Was folgt nach der Diagnose?

Familien stehen im Falle einer kindlichen Verhaltensauffälligkeit einem sehr heterogenen Feld von Angeboten gegenüber, welches sich aus unterschiedlichen Disziplinen, Professionen und Institutionen zusammensetzt. Thümmler (2015), die in ihrer Studie die Zusammenarbeit verschiedener Professionen im Kontext von Auffälligkeiten (genauer ADHS) untersucht, nennt beispielsweise drei relevante Institutionen:

- Praxen (ergotherapeutische, psychologische, kinderärztliche, kinder- und jugendpsychotherapeutische),
- Beratungsstellen (Erziehungsberatungs-, Familienberatungs- oder auch Frühförderstellen) und
- Kliniken (sozialpädiatrische Zentren oder Kinder- und Jugendpsychiatrie)

Diese Institutionen unterscheiden sich nicht nur in ihrer Zusammensetzung an Professionen, sondern letztlich auch in ihren Therapie- und Behandlungsformen. Eltern müssen an dieser Stelle entscheiden, welche Angebote für die weiterführende Behandlung ihres Kindes passend sind. Grundsätzlich wird in den Leitlinien verschiedener ärztlicher Fachgesellschaften ein multimodales Therapiekonzept empfohlen, das aus Interventionen im medizinischen, pädagogischen und psychologischen Bereich besteht (vgl. Gebhardt 2016: 37).

Die quantitative Analyse zeigte bereits, dass Eltern mit verhaltensauffälligen Kindern besonders Angebote aus diesen genannten Bereichen in Anspruch nehmen (dazu auch Tabellen 22 und 23) und im Sinne einer multimodalen Therapie handeln.

Wie bereits ausgeführt, sind Verhaltensauffälligkeiten vor allem im schulischen Bereich mit vielen Problemen verbunden. Auch hier nehmen die Eltern im Zuge einer Diagnose Veränderungen vor. Diese reichen von Kopfhörern, die von den Kindern während des Arbeitens im Unterricht aufgesetzt werden, um mögliche Ablenkungen zu vermeiden, bis hin zum Wechsel der Schulform. Insbesondere im schulischen Kontext ist die Medikation ein wichtiges Mittel zur Behandlung der Symptomatik. Knapp die Hälfte aller Kinder mit einer ADHS-Diagnose wird mit Medikamenten behandelt. Die Verordnungen erfolgen in der Regel im Alter zwischen neun und zwölf Jahren (vgl. Liebsch 2009). Im folgenden Interviewausschnitt fordert die Mutter aufgrund der anhaltenden Probleme ihres Sohnes eine medikamentöse Behandlung. Für sie steht vor allem die schulische Verbesserung im Vordergrund.

Interview 16

„[...] Und da sagte ich: ‚Jetzt reicht es. Ich will, dass der [K2] auch auf Medikamente eingestuft wird.‘ Ja, das haben wir dann auch getan und da ging es auch von Schlag auf Schlag, in der Schule hat er sich um hundertachtzig Grad gedreht, hat ein Jahr innerhalb von zwei Monaten alles aufgeholt. Wo der Klassenlehrer dann auch gesagt hat: ‚Man merkt. Er ist viel konzentrierter, ruhiger, auch viel mehr bei der Arbeit bei.‘ Weil vorher hat er auf den Tischen rumgekritzelt und ‚Ich geh jetzt pinkeln‘, dann ist er einfach aufgestanden und raus. Das war schon heftig.“

Im Falle einer Medikation wird diese meist nur innerhalb der Schulzeit eingesetzt, nach Schulschluss, am Wochenende oder in den Ferien wird diese hingegen ausgesetzt. Angelehnt an Becker (2014) kann damit festgestellt werden, dass ADHS, ihre Symptome und Medikation so eng mit institutionalisierten Räumen verbunden sind wie keine andere psychische Auffälligkeit. Pädagogen wie Erzieher und Lehrer müssen aus diesem Grund noch mehr in den Behandlungsprozess einbezogen werden.

Neben medizinischen, psychologischen und pädagogischen Maßnahmen werden Freizeitangebote häufig als therapeutisches (Ergänzungs-)Angebot genutzt (vgl. Kohlscheen und Nagy 2016: 15). Ihre Funktion besteht darin, Entwicklungsverzögerungen und spezifische Symptome, wie beispielsweise einen erhöhten Bewegungsdrang, auszugleichen.

Interview 38

„Und er geht jetzt reiten, dass er halt so ein bisschen so einen Ausgleich hat. Das beruhigt ihn auch.“

In einigen Fällen kommt es aber auch zu Problemen bei der Inanspruchnahme von Freizeitangeboten, welche die Eltern zu ihrer Beendigung veranlassen. So berichtete eine Mutter etwa, dass ihr Kind aufgrund seines negativen Sozialverhaltens aus mehreren Angeboten ausgeschlossen wurde. Eine andere Interviewpartnerin, die dem Ratschlag vom Jugendamt folgend ihr Kind für Kickboxen angemeldet hat, berichtet von der gegenteiligen Wirkung der Inanspruchnahme:

Interview 16

„[K2] hatte auch Riesenspaß am Kickboxen, nur irgendwann ist es dann ausgeartet, dass er dann bei der Hausaufgabenbetreuung anfing, Stühle zu schmeißen: ‚Ich kann Kickboxen, ich hau dich um.‘ Daraufhin habe ich gesagt: ‚Nee, das geht nicht, ich kann hier keinen Psychopathen hochziehen.‘ [...] Dann guck ich, dass ich ihn irgendwo in den Schwimmverein unterkriege, weil irgendwas muss er machen, der braucht etwas, wo er seine Power loswerden kann.“

Die Inanspruchnahme des Freizeitangebotes führte nicht, wie erhofft, zum Abbau des aggressiven Verhaltens, sondern eher zur Verstärkung. Nichtsdestotrotz ist die Mutter auf der Suche nach einem geeigneteren Freizeitangebot, welches diese Funktion besser erfüllt.

6.3 Hürden und Herausforderungen während der Inanspruchnahme

Wenn Kinder oder Jugendliche körperliche Krankheitssymptome zeigen, ist die weitere Vorgehensweise für die Eltern meist klar: Man sucht einen Kinderarzt auf, der eine Diagnose stellt und passende Behandlungsmöglichkeiten vorschlägt. Im Falle des Verdachts einer Verhaltensauffälligkeit ist der Prozess der Angebotsnutzung weit aus weniger routinisiert (vgl. Kohlscheen und Nagy 2016: 19). Die Inanspruchnahme entsprechender Angebote ist durch erhebliche Barrieren gekennzeichnet, die von Familien überwunden werden müssen. Dies zeigte sich in nahezu allen Interviews mit Eltern von verhaltensauffälligen Kindern.

Wenn der Verdacht einer Auffälligkeit seitens der Eltern besteht und diese eine Abklärung wünschen, so stellt sich als Erstes die Frage, wer die primäre Ansprechperson für diese Art von Problem ist. Im Anschluss an die quantitativen Ergebnisse kann vor allem der Kinderarzt als zentrale Vermittlungsinstanz gelten, die qualitative Analyse zeigt aber auch, dass die Konsultation des Internets, des Jugendamtes oder die Inanspruchnahme von Familien- sowie Erziehungsberatungsstellen gängige Informationspraktiken darstellen, um das Feld der Fachakteure zu sondieren.

Wie bereits beschrieben, gibt es eine Reihe an unterschiedlichen medizinischen, pädagogischen und psychologischen Berufsgruppen, Institutionen und Disziplinen, die sich alle mit Verhaltensauffälligkeiten beschäftigen. Die Vermittlung von Wissen über Art, Inhalt und Erreichbarkeit dieser Angebote ist über den gesamten Prozess der Inanspruchnahme hinweg überaus wichtig, um Familien bei der Auswahl geeigneter Maßnahmen zu unterstützen. Dass dies nicht immer reibungslos funktioniert, macht das folgende Interviewzitat deutlich.

Interview 31

„Also, da ist nicht viel, was die Stadt O2 anbietet, für Kinder, Jugendliche, ist nichts. Es ist einfach nichts. Und das hat mich maßlos geärgert, das hab ich auch dem Jugendamt gesagt. Ich finde das unmöglich, dass es nichts gibt in O2, wo betroffene Eltern hingehen können und sagen können: ‚Habt ihr nicht irgendwas für uns?‘ Oder auch die Caritas, die hören dir alle zu, schön, da kann ich mit meiner besten Freundin genauso reden. [...] Der Rest alles, ob nach O3 zu fahren oder nach O1 zur AKIP, durch Zufälle ist das eher oder selber googeln, lesen, sich selber dahinterklemmen. Das muss ich alleine machen. Auch wenn ich irgendwo frage, im Endeffekt weiß ich schon, da kommt nichts bei rum.“

Auch wenn faktisch ein Angebot an entsprechenden Maßnahmen besteht, hat diese Mutter das Gefühl, kein passendes Angebot in ihrer Umgebung finden zu können. Sie sieht vor allem das Problem, dass allgemeine Anlaufstellen, wie beispielsweise das Jugendamt, in vielen Fällen keine zufriedenstellende Auskunft geben können. Darunter fallen auch Antworten auf organisatorische Fragen nach der Antragsstellung oder den Finanzierungsmöglichkeiten spezieller Angebote im Rahmen der Entwicklungsförderung.

Interview 3

„Ich hab jetzt auch, um diesen Antrag zu stellen, hab ich fast eine Woche mit dem LZ, IDL und mit dem Jugendamt. Dann hab ich gedacht, das müsste übers Schulamt laufen, hab ich erstmal rumtelefoniert, bis mir erstmal jemand sagen konnte, die kennen den Antrag und wo ich den überhaupt herbekomme. Find ich schon wahnsinnig.“

Andere Interviewpartnerinnen machten dabei ähnliche Erfahrungen. Daraus lässt sich schließen, dass die Kommunikation und Kooperation zwischen den beteiligten Berufsgruppen einerseits und zwischen den Professionellen und den Betroffenen andererseits noch verbessert werden kann. Gerade für Familien mit verhaltensauffälligen Kindern, die häufiger als andere Familien mehrfach belastet und von Risikolagen betroffen sind, ist es wichtig, dass vorhandene Angebote im Sinne kommunaler Präventionsketten ineinandergreifen und dass sie einfach zugänglich sind. Anbieter psychologischer und medizinischer Angebote können daher eine Lotsenfunktion übernehmen und auf die Chancen pädagogischer, elternstärkender Angebote auf-

merksam machen. Voraussetzung ist, dass sie wissen, welche Angebote in der Nähe zur Verfügung stehen. Natürlich sind hierfür nicht alle pädagogischen Präventionsangebote gleichermaßen geeignet. Der Umgang mit Auffälligkeiten setzt vertiefte Kenntnisse voraus. Der Ausbau spezialisierter Beratungsstellen könnte zum einen zur Sensibilisierung für diese Thematik aufseiten der kommunalen Akteure beitragen, zum anderen aber auch hilfreich für betroffene Eltern sein.

Insbesondere bei psychotherapeutischen und psychologischen Angeboten müssen Eltern mit langen Wartezeiten rechnen. Dies ist vor allem für Familien eine Herausforderung, die aufgrund einer akuten Belastungssituation Unterstützung und Hilfe suchen.

Interview 27

„Ja, dann kriege ich den nächsten Termin erst Mitte Dezember. Das ist natürlich dann auch lange zu überbrücken, weil man dem Kind ja auch helfen will so schnell wie möglich, dass man irgendwelche Therapien oder was auch immer für Ansätze dann bekommt.“

Auch an dieser Stelle ist die Kooperation zwischen den Berufsgruppen bedeutsam, um zur Überbrückung der Wartezeit beispielsweise alternative Angebote empfehlen zu können, die zur kurzfristigen Problembewältigung beitragen.

Hintzpeter et al. (2014: 230) weisen außerdem darauf hin, dass insbesondere die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen durch die Angst der Betroffenen vor Stigmatisierung erschwert wird. Hinweise darauf konnten im qualitativen Material aber nicht gefunden werden. Viel eher entstand der Eindruck, dass die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen und psychologischen Angeboten als „logische Reaktion“ auf einen Verdacht angesehen wird und die Chancen pädagogischer, elternunterstützender Angebote häufig nicht bekannt sind.

7 Zusammenfassung und Fazit

Gefragt nach den Bedingungen, Formen und Hürden der Inanspruchnahme präventiver und intervenierender Angebote von Familien mit verhaltensauffälligen Kindern lässt sich Folgendes festhalten. Die Gruppe der Familien mit auffälligen Kindern lässt sich auf der Grundlage der Unterscheidung von vier Problembereichen („emotionale Probleme“, „Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsprobleme“, „externalisierende Verhaltensprobleme“ und „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“) und durch den sogenannten „Gesamtproblemwert“ eingrenzen, der das Risiko für Auffälligkeiten bestimmt. Es lassen sich ferner familiäre Faktoren identifizieren und analysieren, die die psychische Gesundheit des Kindes beeinflussen, wie etwa das Erziehungsverhalten, das Familienklima und die sozioökonomische Stellung der Familie. Durch die Integration von quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden war es dabei möglich, zum einen allgemeine Aussagen über Familien mit auffälligen Kindern zu treffen und kausale Zusammenhänge zu finden, zum anderen aber auch näher auf die subjektive Sicht der betroffenen Eltern einzugehen.

Die Befunde machen deutlich, dass kindliche Auffälligkeiten ungleich verteilt sind. Risikofaktoren stellen vor allem ein niedriger Bildungsstand, geringes Einkommen und das Aufwachsen in einer Einelternfamilie dar. Hier lassen sich sowohl bei den einzelnen Problembereichen als auch beim allgemeinen Risiko für Auffälligkeiten zum Teil deutliche Unterschiede zu anderen Familien finden. Ein früher Präventionsansatz, der sich insbesondere um die Ansprache der Familien in Risikolagen bemüht, ist an dieser Stelle von hoher Relevanz. Ziel sollte es sein, der Entstehung bzw. Aufrechterhaltung von manifesten Auffälligkeiten entgegenzuwirken, um langfristig negative Folgen und Beeinträchtigungen im familialen, schulischen und sozialen Umfeld der Kinder zu minimieren.

Ebenso prüfte die vorliegende Arbeit, ob ein Zusammenhang zwischen Erziehungsverhalten und dem Risiko für Auffälligkeiten besteht. Auch das Familienklima und weitere sozioökonomische Faktoren wurden dabei berücksichtigt. Es zeigte sich, dass negatives Erziehungsverhalten mit kindlichen Verhaltensproblemen einhergeht, ein starker Zusammenhang konnte darüber hinaus auch zwischen dem Familienklima und dem Risiko für Auffälligkeiten festgestellt werden.

Wenn Eltern nach ihrer eigenen Erklärung für die Entstehung von Auffälligkeiten gefragt werden, spielen familiäre Faktoren meist eine untergeordnete Rolle. Im Vordergrund stehen biologische bzw. genetische Deutungsmuster, die sich wiederum auf die Art der Angebote, die in Anspruch genommen werden, auswirken. Hier werden Handlungsmöglichkeiten vor allem im medizinischen Bereich gesehen. Dennoch werden auch im Familienalltag Anpassungen vorgenommen, welche den Umgang mit dem Kind verbessern sollen. Hierzu zählen unter anderem die Einführung von familialen Routinen und Strukturen oder Änderungen im Erziehungsverhalten.

Die Ergebnisse unterstreichen den Stellenwert elternzentrierter Maßnahmen, welche die Stärkung der Elternkompetenzen fördern und sich positiv auf das Erziehungsverhalten, die Familieninteraktion und den Entwicklungsverlauf des Kindes auswirken.

Das letzte Kapitel befasste sich mit dem Inanspruchnahmeprozess in Familien mit auffälligen Kindern. Auslöser für die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe ist meist ein Verdacht, der im Kontext der sekundären Sozialisationsinstanzen geäußert wird. Eltern müssen daraufhin entscheiden, ob eine diagnostische Abklärung durchgeführt wird und welche weiteren Schritte gegebenenfalls nach der Bestätigung des Verdachts eingeleitet werden. Eine wichtige „Lotsenfunktion“ übernehmen in dieser Situation vor allem Kinderärzte und Jugendämter, aber auch beratende Angebote.

Der weitere Inanspruchnahmeprozess ist vor allem durch das Fehlen von Routinen gekennzeichnet und für die Familien mit erheblichen Unsicherheiten verbunden. Zum einen wünschen sich Eltern mehr Informationen über Art, Inhalt, Erreichbarkeit sowie Finanzierungsmöglichkeiten von Angeboten, die im Feld der psychischen Auffälligkeiten agieren. Charakteristisch für dieses Feld ist vor allem seine Heterogenität: Familien steht eine ganze Bandbreite an unterschiedlichen medizinischen, pädagogischen und therapeutischen Institutionen und Angeboten zur Verfügung. Eine bessere Zusammenarbeit zwischen diesen Hilfsangeboten wäre dabei unbedingt sinnvoll, um passgenau und effektiv auf die individuellen Lebenslagen und Bedürfnisse der Familien reagieren zu können. So könnten beispielsweise lange Wartezeiten, wie sie häufig bei therapeutischen Angeboten auftreten, überbrückt werden, indem kurzfristige Lösungen für akute Probleme gesucht und angeboten werden.

Auch aus der Perspektive der Fachakteure hat eine stärkere, multiprofessionelle Kooperation viele Vorteile. Sie bietet die Möglichkeit des Austauschs und der Wissensvermittlung über andere Professionen, ihre Zuständigkeiten und Möglichkeiten (vgl. Thümmler 2015). Erzieher, Lehrer und Kinderärzte sind den Befunden nach die wichtigsten Ansprechpartner für Eltern. Durch ihren Einbezug in den Aushandlungs- und Diagnoseprozess von Auffälligkeiten, wenn erste Anzeichen im Verhalten des Kindes auftreten, könnte zudem die Etablierung eines frühzeitigen Präventionsansatzes gefördert werden.

Die Autorin

Theresa Nagy war im Zeitraum von 2014 bis 2017 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung der Ruhr-Universität in Bochum (ZEFIR). Sie arbeitete zunächst im Modul „Elterninterviews“ im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung des Modellvorhabens „Kein Kind zurücklassen! Kommunen in NRW beugen vor“ (KeKiz) und im Anschluss im Projekt „Zappelphillip oder ADHS? Herausforderungen für Familien mit entwicklungsauffälligen Kindern – Ansatzpunkte für Prävention“.

Literatur und Quellenangaben

- Alt, Christian, und Monika Mülhausen (Hrsg.) (2008). **Kinderleben – Individuelle Entwicklungen in sozialen Kontexten**. Wiesbaden.
- Barquero, Beatriz, und Boris Geier (2008). „Elterliches Erziehungsverhalten. Wie werden kindliche Verhaltensauffälligkeiten und Persönlichkeitsmerkmale beeinflusst?“. **Kinderleben – Individuelle Entwicklungen in sozialen Kontexten**. Hrsg. Christian Alt und Monika Mülhausen. Wiesbaden. 125–147.
- Baumrind, Diana (1971). „Current patterns of parental authority“. **Developmental Psychology Monograph** (4) 1. 1–103.
- Beavers, Robert, und Robert B. Hampson (1993). „Measuring family competence: the Beavers Systems Model“. **Normal Family Processes**. Hrsg. Froma Walsh. New York, NY: Guilford Press.
- Becker, Nicole (2007). „Der Stellenwert biologischer Erklärungsmuster in der Debatte über ADHS. Eine Analyse pädagogischer Zeitschriften“. **Pädagogische Anthropologie – Mechanismus einer Praxis**. Hrsg. Ulrike Mietzner, Heinz-Elmar Tenorth und Nicole Welter. Weinheim. 186–201.
- Becker, Nicole (2014). „Schwierig oder krank?“. **ADHS zwischen Pädagogik und Psychiatrie**. Bad Heilbrunn.
- Beelmann, Andreas, Mark Stemmler, Friedrich Lösel und Stefanie Jaurisch (2007). „Zur Entwicklung externalisierender Verhaltensprobleme im Übergang vom Vor- zum Grundschulalter. Risikoeffekte des mütterlichen und väterlichen Erziehungsverhaltens“. **Kindheit und Entwicklung** (16) 4. 229–239.
- Bengel, Jürgen, Frauke Meinders-Lücking und Nina Rottmann (2009). **Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit**. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 35. Hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln.
- Diekmann, Andreas (2016). **Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen**. 10. Auflage. Reinbek bei Hamburg.
- Döpfner, Manfred, und Franz Petermann (2008). **Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher**. 2., aktualisierte Auflage. Göttingen.

- Ecarius, Jutta (Hrsg.) (2007). **Handbuch Familie**. Wiesbaden.
- Franiek, Sabine, und Barbara Reichle (2007). „Elterliches Erziehungsverhalten und Sozialverhalten im Grundschulalter.“ **Kindheit und Entwicklung** (16) 4. 240–249.
- Franzke, Annette, Jasmin Schmitt und Annett Schultz (2017). „Wenn ‚schwer erreichbar‘ nicht nur Merkmal von Zielgruppen ist ... Bedingungen und Formen der Inanspruchnahme präventiver Angebote von Familien mit sechsjährigen Kindern.“ **Schriftenreihe Materialien zur Prävention**. Band 6. Hrsg. Bertelsmann Stiftung und Faktor Familie GmbH. Gütersloh und Bochum.
- Franzke, Annette, und Annett Schultz (2015). „Präventionsangebote – Was beeinflusst die Inanspruchnahme? Theorie und Methode der Familienbefragung“. **Schriftenreihe Materialien zur Prävention**. Band 4. Hrsg. Bertelsmann Stiftung und Faktor Familie GmbH. Gütersloh und Bochum.
- Franzke, Annette, und Annett Schultz (2016). „Früh übt sich ... Bedingungen und Formen der Inanspruchnahme präventiver Angebote von Familien mit dreijährigen Kindern“. **Schriftenreihe Materialien zur Prävention**. Band 5. Hrsg. Bertelsmann Stiftung und Faktor Familie GmbH. Gütersloh und Bochum.
- Frick, Paul J. (1991). **The Alabama Parenting Questionnaire**. Unpublished Instrument. Alabama, AL: University of Alabama.
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2013). **Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Erscheinungsformen und Antworten**. 2., aktualisierte Auflage. Stuttgart.
- Gebhardt, Birte (2016). **Mit ADHS vom Kindergarten in die Schule. Wie Eltern den Übergang erleben**. Wiesbaden.
- Göllner, Richard (2014). „Psychische Störungen und ihre Bedeutung für die Entstehung sozialer Ungleichheit: Ein Überblick“. **Herkunft und Bildungserfolg von der frühen Kindheit bis ins Erwachsenenalter. Forschungsstand und Interventionsmöglichkeiten aus interdisziplinärer Perspektive**. Hrsg. Kai Maaz, Marko Neumann und Jürgen Baumert. Wiesbaden. 281–297.
- Goodman, Robert (1997). „The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note“. **Journal of Child Psychology and Psychiatry** (38). 581–586.
- Haubl, Rolf, Frank Dammasch und Heinz Krebs (Hrsg.) (2009). **Riskante Kindheit. Psychoanalyse und Bildungsprozesse**. Göttingen.

- Haubl, Rolf, und Katharina Liebsch (2009). „Wenn man teuflisch und wild ist‘ Funktion und Bedeutung von Ritalin in der Sicht von Kindern“. **Riskante Kindheit. Psychoanalyse und Bildungsprozesse**. Hrsg. Rolf Haubl, Frank Dammach und Heinz Krebs. Göttingen. 129–164.
- Hetherington, E. Mavis (Hrsg.) (1983). **Handbook of child psychology: Socialization, Personality, and Social Development**. 4. Auflage. New York, NY: Wiley.
- Hintzpeter, Birte, Franka Metzner, Silke Pawils, Helen Bichmann, Panagiotis Kamtsiuris, Ulrike Ravens-Sieberer und Fionna Klasen (2014). „Inanspruchnahme von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten. Ergebnisse der BELLA-Studie.“ **Kindheit und Entwicklung** (23) 4. 229–238.
- Hölling, Heike, Michael Erhart, Ulrike Ravens-Sieberer und Robert Schlack (2007). „Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS).“ **Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz** 5/6. 784–793.
- Hölling, Heike, Robert Schlack, Franz Petermann und Ulrike Ravens-Sieberer (2014). „Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie.“ **Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz** (57). 807–819.
- Jungbauer-Gans, Monika, und Peter Krivy (Hrsg.) (2004). **Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen**. Wiesbaden.
- Kelle, Helga, und Johanna Mierendorff (Hrsg.) (2013). **Normierung und Normalisierung der Kindheit**. Weinheim.
- Klasen, Henrikje, Wolfgang Woerner, Aribert Rothenberger und Robert Goodman (2003). „Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu): Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde.“ **Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz** (52). 491–502.
- Kohlscheen, Jörg (2016). „Aber irgendwie sehe ich da keinen Sinn drin! Hintergründe der (Nicht-)Nutzung präventiv ausgerichteter Angebote aus Sicht von Eltern“. **Schriftenreihe Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung**

- „Kein Kind zurücklassen!“. Band 7. Hrsg. Bertelsmann Stiftung und Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung. Gütersloh und Bochum.
- Kohlscheen, Jörg (2018). „Zur gesellschaftlichen Konstruktion auffälliger Kindheiten. Herausforderung und Chance für die Prävention vor Ort“. **Schriftenreihe Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung „Kein Kind zurücklassen!“**. Band 15. Hrsg. Bertelsmann Stiftung und Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung. Gütersloh und Bochum.
- Kohlscheen, Jörg, und Theresa Nagy (2016). „In Typen denken. Muster der Inanspruchnahme präventiver Angebote.“ **Schriftenreihe Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung „Kein Kind zurücklassen!“**. Band 9. Hrsg. Bertelsmann Stiftung und Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung. Gütersloh und Bochum.
- Lampert, Thomas, und Matthias Richter (2009). „Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen.“ **Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven**. Hrsg. Matthias Richter und Klaus Hurrelmann. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden. 209–230.
- Lampert, Thomas, Christine Hagen, und Boris Heizmann (2010). „Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland.“ **Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes**. Hrsg. Robert Koch-Institut (RKI). Berlin.
- Liebenwein, Sylva (2008). **Erziehung und soziale Milieus. Elterliche Erziehungsstile in milieuspezifischer Differenzierung**. Wiesbaden.
- Liebsch, Katharina (2009). „Zwischen Enhancement und Stigmatisierung. Medikalisierung kindlichen Verhaltens als (neue) Umgangsform mit sozialer Selektion und Exklusion.“ **Diskurs Kindheits- und Jugendforschung** (4) 4. 499–511.
- Liebsch, Katharina, Rolf Haubl, Josephin Brade und Sebastian Jentsch (2013). „Normalität und Normalisierung von AD(H)S. Prozesse und Mechanismen der Entgrenzung von Erziehung und Medizin.“ **Normierung und Normalität der Kindheit**. Hrsg. Helga Kelle und Johanna Mierendorff. Weinheim. 158-177.
- Maaz, Kai, Marko Neumann und Jürgen Baumert (Hrsg.) (2014). **Herkunft und Bildungserfolg von der frühen Kindheit bis ins Erwachsenenalter. Forschungsstand und Interventionsmöglichkeiten aus interdisziplinärer Perspektive**. Wiesbaden.
- Maccoby, Eleanor, und John A. Martin (1983). „Socialization in the Context of the Family: Parent-Child-Interaction“. **Handbook of child psychology**:

- Socialization, Personality, and Social Development.** Hrsg. E. Mavis Hetherington. 4. Auflage. New York, NY: Wiley. 1–102.
- Mietzner, Ulrike, Heinz-Elmar Tenorth und Nicole Welter (Hrsg.) (2007). **Pädagogische Anthropologie – Mechanismus einer Praxis.** Weinheim.
- Myschker, Norbert (2009). **Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Erscheinungsformen, Ursachen, hilfreiche Maßnahmen.** Stuttgart.
- Nagy, Theresa (2016). „Aber es war sehr, sehr hilfreich“. Die Sicht der Eltern auf Informationsquellen und auf Wirkungen präventiv ausgerichteter Angebote“. **Schriftenreihe Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung „Kein Kind zurücklassen!“.** Band 8. Hrsg. Bertelsmann Stiftung und Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung. Gütersloh und Bochum.
- Nave-Herz, Rosemarie (2012). **Familie heute. Wandel der Familienstrukturen und Folgen für die Erziehung.** 5., überarbeitete Auflage. Darmstadt.
- Rafalovich, Adam (2004). **Framing ADHD children. A critical examination of the history, discourse, and everyday experience of attention deficit/hyperactivity disorder.** Lanham, MD: Lexington Books.
- Ravens-Sieberer, Ulrike, Fionna Klasen und Franz Petermann (2016). „Psychische Kindergesundheit. Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie.“ **Kindheit und Entwicklung** 25 (1). 4–9.
- Ravens-Sieberer, Ulrike, Nora Wille und Michael Erhart (2007). „Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS).“ **Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz** 5/6. 871–878.
- Richter, Matthias, Verena Bohn und Thomas Lampert (2011). „Kinder und Jugendliche: Die Gesundheit der heranwachsenden Generation.“ **Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft.** Hrsg. Thomas Schott und Claudia Hornberg. Wiesbaden. 489–508.
- Richter, Matthias, und Klaus Hurrelmann (Hrsg.) (2009). **Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven.** 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden.
- Rind, Madeleine (2011). „ADHS im Kinder- und Jugendalter als Familienproblematik.“ **Pädagogische Anmerkungen zur Aufmerksamkeitsdefizit-, Hyperaktivitätsstörung (ADHS).** Hrsg. Ulf Sauerbrey und Michael Winkler. Jena. 139–180.

- Sauerbrey, Ulf, und Michael Winkler (Hrsg.) (2011). **Pädagogische Anmerkungen zur Aufmerksamkeitsdefizit-, Hyperaktivitätsstörung (ADHS)**. Jena.
- Schlack, Robert, Heike Hölling, Bärbel-M. Kurth und Michael Huss (2007). „Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS).“ **Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz** 5/6. 827–835.
- Schnabel, Peter-Ernst (2001). **Familie und Gesundheit: Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung**. Weinheim.
- Schott, Thomas, und Claudia Hornberg (Hrsg.) (2011). **Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft**. 1. Auflage. Wiesbaden.
- Singh, Ilina (2002). „Bad Boys, Good Mothers, and the ‚Miracle‘ of Ritalin“. **Science in Context** 15 (4). 577–603.
- Sting, Stephan (2007): „Gesundheit.“ **Handbuch Familie**. Hrsg. Jutta Ecarus. Wiesbaden. 480–499.
- Strohmeier, Klaus Peter, David H. Gehne, Thoma Groos und Nora Jehles (2014). „Die fachliche Begleitforschung. Konzept und erste Ergebnisse.“ **Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung „Kein Kind zurücklassen!“**. Hrsg. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.
- Thümmler, Ramona (2015). **ADHS im Schnittfeld verschiedener Professionen. Eine Forschungsstudie zu Zusammenarbeit, Strukturen und gelingender Praxis**. 1. Auflage. Weinheim.
- Vitaro, Frank, Mara Brendgen, Simon Larose und Richard E. Trembaly (2005). „Kindergarten disruptive behaviors, protective factors, and educational achievement by early adulthood“. **Journal of Educational Psychology** (97) 4. 617–629.
- Walper, Sabine (2006). „Belastungen in der Familie und Ansätze der Prävention“. **Stress? Ursachen, Erklärungsmodelle und präventive Ansätze**. Hrsg. KKH Kaufmännische Krankenkasse. Weißbuch Prävention 2005/2006. Heidelberg. 85–98.
- Wustmann, Corina (2005). „Die Blickrichtung der neuen Resilienzforschung. Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen.“ **Zeitschrift für Pädagogik** (51) 2. 192–20.



„Aber es war sehr, sehr hilfreich“

Im Modul „Elterninterviews“ der wissenschaftlichen Begleitung des Projektes „Kein Kind zurücklassen! Kommunen in NRW beugen vor“ (KeKiz) geht es darum, die Inanspruchnahme präventiv ausgerichteter Angebote besser zu verstehen. Der Werkstattbericht beschreibt, wie Eltern an Informationen über vorhandene Angebote und Maßnahmen gelangen. Er zeigt, welche Bewertungskriterien die Eltern bei der Beurteilung präventiv ausgerichteter Angebote anlegen und wie sie selbst die Wirkung für ihr Kind und sich selbst sehen. Hiermit bieten sich Anknüpfungspunkte für die Gestaltung von Angeboten und von Nutzungsprozessen präventiv ausgerichteter Angebote.



In Typen denken

Im Modul „Elterninterviews“ der wissenschaftlichen Begleitforschung des Modellvorhabens „Kein Kind zurücklassen! Kommunen in NRW beugen vor“ (KeKiz) steht der Prozess der Inanspruchnahme präventiver Angebote aus der Sicht der Familien im Vordergrund. Der vorliegende Werkstattbericht stellt Typologien vor, die neue Erkenntnisse über die Zielgruppe und deren spezifisches Inanspruchnahmeverhalten liefern. Der kommunalen Praxis kann damit ein Werkzeug an die Hand gegeben werden, welches unterstützend auf die passgenaue Planung und Gestaltung präventiver Angebote wirkt.

Im Modul „Elterninterviews“ der wissenschaftlichen Begleitforschung des Modellvorhabens „Kein Kind zurücklassen! Kommunen schaffen Chancen“ (KeKiz) steht der Prozess der Inanspruchnahme präventiver Angebote aus der Sicht der Familien im Vordergrund. Ziel war es, subjektiv relevante Ausgangsbedingungen und Voraussetzungen für eine erfolgreiche Inanspruchnahme zu identifizieren. Es konnten verschiedene Gründe, Hemmnisse und Anforderungen für die (Nicht-)Inanspruchnahme der Angebote identifiziert werden. Der vorliegende Werkstattbericht behandelt die Situation und das Inanspruchnahmeverhalten von Familien, deren Kinder in irgendeiner Weise „auffällig“ sind. Hierbei wird die Bedeutung von Familienklima und Erziehungsverhalten der Eltern sowie familiärer Belastungssituationen näher untersucht. Die Analysen zeigen unter anderem, dass Auffälligkeiten bei Kindern in benachteiligten Familienverhältnissen mit größerer Wahrscheinlichkeit auftreten. Vor allem der Bildungsstand der Eltern spielt dabei eine wichtige Rolle.

In the “Parent interviews” module of the academic research that accompanies the “Kein Kind zurücklassen! Kommunen schaffen Chancen” (“Leave No Child Behind! Municipalities providing equal opportunities for all children”) (KeKiz) model project, the spotlight is on the family’s perspective of the process of utilizing the preventative measures offered. The aim was to identify the subjectively relevant initial conditions and the conditions that need to be in place for the successful take-up of these measures. A number of reasons, obstacles and prerequisites were identified that influence the level of take-up of the preventative measures being offered. This workshop report addresses the specific situations of families whose children have behavioural problems and are “unusual” in some way. It analyses whether and if so, how these families use preventative measures that are on offer to help families in need of support. It contains in-depth analysis of the importance of the family environment, the approach taken to parenting and different types of stressful situations affecting the family. One of the findings of this analysis is that children from disadvantaged family backgrounds are more likely to have behavioural problems. In this respect, the educational background of the parents is a major influencing factor.

www.bertelsmann-stiftung.de/kekiz

www.zefir.ruhr-uni-bochum.de

ISSN-Print 2199-6393

ISSN-Internet 2199-6407

Auffälligkeiten im Kindesalter

Werkstattbericht