

Psychische Gesundheit von Jugendlichen

Psychische Probleme stellen im Jugendalter gesundheitliche Beeinträchtigungen mit teilweise schwerwiegenden Konsequenzen für das individuelle Wohlbefinden als auch für die alltägliche und soziale Funktionsfähigkeit dar. Sie bestimmen einen Teil der „neuen (verhaltensbedingten) Morbidität“. Dieses Schlagwort thematisiert eine Veränderung des Krankheitsspektrums bei Kindern und Jugendlichen von (a) akut-körperlichen Erkrankungen (z. B. Keuchhusten) zu chronisch-körperlichen Erkrankungen (z. B. Neurodermitis, Asthma etc.) sowie (b) von körperlichen Beeinträchtigungen zu psychischen Beeinträchtigungen (Schlack, 2008). So hat es in Europa (seit dem Zweiten Weltkrieg) eine Verbesserung der Lebensbedingungen der Bevölkerung gegeben, welche sich in einer gefallen Rate der Säuglingssterblichkeit, deutlichen Besserungen auf dem Gebiet der somatischen Gesundheit und einer gestiegenen Lebenserwartung ausdrücken. Gleichzeitig zeichnen sich aber auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit (auch bei Kindern und Jugendlichen) keine parallelen Trends ab: Stattdessen sind zunehmende Auftretensraten für Suizidalität, depressive Erkrankungen, Angststörungen sowie Drogen- und Alkoholprobleme bei Heranwachsenden zu verzeichnen (Rutter/Smith 1995). Vor allem der Bereich der Verhaltensstörungen (z.B. Aufmerksamkeitsstörungen, hohe Gewaltbereitschaft, Alkohol- und Drogenmissbrauch etc.) und emotionale Auffälligkeiten (z.B. depressive Erkrankungen, Angststörungen etc.) bei Heranwachsenden stellt für die Kinder- und Jugendhilfe nicht zuletzt durch den § 35 a SGB VIII eine besondere Herausforderung dar. Kurz- und langfristige Folgen des Krankheitsspektrums „neue Morbidität“ betreffen die körperliche, psychische und/oder soziale Lebensqualität von Heranwachsenden. Die Gesundheit von Heranwachsenden wird durch eine Vielzahl von Faktoren auf unterschiedlichen Ebenen (z. B. Familie, Betreuungseinrichtungen, Sozialpolitik etc.) beeinflusst, die in enger Beziehung zu emotionalen Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen stehen und Berührungspunkte oder Schnittstellen mit den Angeboten und Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe aufzeigen.

Der vorliegende Beitrag skizziert das Auftreten von psychischen Auffälligkeiten bei Jugendlichen und den Einfluss von ausgewählten gesundheitsbezogenen Risiken bzw. Ressourcen auf die psychische Gesundheit. Den Abschluss dieses Beitrags bildet eine Übersicht zu Einflussmöglichkeiten der Jugendhilfe in den Settings der Jugendsozialarbeit auf die Förderung psychischer Gesundheit bei Jugendlichen.

Psychische Störungen im Jugendalter nehmen zu

Daten aus der jüngeren epidemiologischen Forschung zur Verbreitung von psychischen Erkrankungen und von psychischen Störungen geben Anlass zur Sorge: 31 Prozent der Erwachsenen in Deutschland zwischen 18 und 65 haben eine oder mehrere psychische Störungen (Baumeister/Härter 2007; der Prozentsatz entspricht ca. 16,2 Millionen Menschen der Altersgruppe am 31.12.2006; Statistisches Bundesamt, 2007) und 10 bis 20 Prozent der unter 18-Jährigen in Deutschland weisen psychische Störungen auf (BDP 2007; der Prozentsatz entspricht ca. 1,4 bis 2,85 Millionen Heranwachsenden der Altersgruppe am 31.12.2006; Statistisches Bundesamt, 2007a). Psychische Erkrankungen sind diesen Angaben zufolge ein in Deutschland weit verbreitetes gesundheitliches Problem, dem neben der Bedeutung in der Praxis auch zunehmend Beachtung auf der politischen Ebene geschenkt wird [z. B. durch die von den Bundesministerien für Gesundheit (BMG), Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) sowie Bildung und Forschung (BMBF) gemeinsam initiierte Kampagne „Leben hat Gewicht – Gemeinsam gegen den Schlankheitswahn“ zur Schaffung eines öffentlichen Bewusstseins für die steigende Zahl an essgestörten Kindern und Jugendlichen].

Vor allem im Jugendalter dominieren Störungsbilder wie depressive Erkrankungen (ca. 5 Prozent), Angststörungen (ca. 10 Prozent), emotional-instabile Persönlichkeitsstörungen (vor allem Borderline-Erkrankungen, ca. 2 bis 3 Prozent), Alkohol- und Drogenmissbrauch (Missbrauch allgemein: 5 bis 6 Prozent; Alkohol ca. 11 Prozent; Cannabis ca. 3 Prozent), psychosomatische Störungen (z. B. Essstörungen, ca. 3 Prozent) und dissoziales Verhalten (ca. 8 Prozent; Blanz et al., 2006; Ihle/Esser, 2002; Stolle et al., 2007). Dabei zeigt sich innerhalb der Störungsbilder eine deutliche Differenzierung zwischen den Geschlechtern: So treten psychosomatische Störungen, depressive Erkrankungen und Angststörungen in höherem Ausmaß bei Mädchen und jungen Frauen auf (Frauen-Männer-Verhältnis 3:1), während dissoziales Verhalten und Alkohol- und Drogenmissbrauch vermehrt bei männlichen Heranwachsenden vorzufinden ist (Frauen-Männer-Verhältnis 1:5); Persönlichkeitsstörungen treten in etwa gleichem Ausmaß bei beiden Geschlechtern auf (Eschmann et al., 2007; Ihle et al., 2000).

Das vermehrte Auftreten von psychischen Auffälligkeiten drückt sich in der Inanspruchnahme ärztlicher und psychologischer Untersuchung und Beratung, in hohen Fallzahlen im Feld der Hilfen zur Erziehung (Fendrich/Pothmann 2005) sowie in der Verordnung von Medikamenten mit Wirkung auf das Nervensystem (z. B. steigende Verschreibungszahlen von Antidepressiva; Kölch/Fegert, 2007) aus.

Ursachen für die Veränderung des Krankheitsspektrums

Sicherlich spielen sowohl in der Entwicklung als auch bei vielen Grundzügen des Verhaltens biologische Faktoren eine bedeutsame Rolle. Die Ursachen für diese Veränderungen des Krankheitsspektrums können auch in der Lebenswelt von Jugendlichen und den aktuell verbreiteten Lebensgewohnheiten liegen. Zudem kommt es in den Bereichen Familie und sozialer Nahraum (z. B. Peergroup) aufgrund von gesellschaftlichen Veränderungen (z. B. gestiegene Anforderungen an individuelle Kompetenzen im Bereich der Bildung, Zunahme an Stressoren in verschiedensten Lebensbereichen etc.) zu einer Vielzahl von Anforderungen, die von den Akteuren nicht (immer) adäquat bewältigt werden können.

Schlichte Erklärungen, die einzelne Faktoren für dieses Krankheitsspektrum verantwortlich machen wollen, sind unzutreffend, denn bei jedem einzelnen Jugendlichen wirken zahlreiche und unterschiedliche Einflüsse zusammen. Das Krankheitsspektrum der „neuen Morbidität“ ist teilweise durch Verhaltensaspekte des Individuums bedingt, die sich zwar erst im Erwachsenenalter manifestieren, doch wird die Grundlage durch Fehlverhalten in Kindheit und Jugend gelegt, so dass der Beachtung der Lebenslaufperspektive in der Genese von Gesundheit und Krankheit zunehmende Bedeutung zukommt. Um die Hintergründe der Entstehung von Erkrankungen aus dem Spektrum der „neuen Morbidität“ zu erfassen, sind Erklärungen über die Wechselwirkungen zwischen Heranwachsenden und dessen Lebenskontexten sowie dem daraus resultierenden Zusammenspiel beider Perspektiven im Zeitverlauf notwendig. Entwicklungsprozesse auf der individuellen Ebene, die Krankheit bedingen und aufrechterhalten können, sind in hohem Maße von den Bedingungen beeinflussbar, die Kinder und Jugendliche in unmittelbar Einfluss auf die Gesundheit und Krankheit nehmenden Lebenskontexten (z. B. Familie, Peergroup etc.) und in mittelbar Einfluss auf die Gesundheit und Krankheit nehmenden Lebenskontexten (z. B. sozial- und gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen, die Prozesse des Zusammenlebens in der Familie beeinflussen) vorfinden. Dieser Sichtweise in der Entstehung von Gesundheit und Krankheit wird durch die Perspektive der Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung von psychischer Krankheit (und Gesundheit) bei Heranwachsenden Rechnung getragen.

Vielfältige biologische¹, psychologische und soziale Faktoren fördern oder beeinträchtigen die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Die Berücksichtigung von Risiko- und Schutzfaktoren ist vor dem Hintergrund der Prävention der „neuen Morbidität“ bedeutsam, da dadurch zum einen modifizierbare Risikolagen identifiziert und entschärft werden können, zum anderen bei kaum veränderbaren Risikolagen die Entwicklung oder Stärkung protektiver Faktoren zur Krankheitsabwehr führen kann. Daher ist es unabdingbar, neben psychischen Auffälligkeiten auch die vorhandenen Risiken und Ressourcen zu erfassen.

Risikofaktoren steigern die Wahrscheinlichkeit eines ungünstigen Entwicklungsverlaufs für diejenigen Individuen, welche für diesen Faktor anfällig sind, und können bezüglich deren zeitlichen Einsetzens in disponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren untergliedert werden. Sie haben häufig eine additive Wirkung, das heißt krankheitsauslösende Faktoren werden oftmals von aufrechterhaltenden Einflussfaktoren begleitet. Als positiver Gegenbegriff zum Konzept der Risikofaktoren lässt sich das Konzept der Schutzfaktoren nennen. Schutzfaktoren können als grundlegende Ressource für eine gelingende Entwicklung betrachtet werden, da sie bei geringem und hohem Risiko die kompetente Entwicklung von jungen Menschen begünstigen: Liegt ein Schutzfaktor vor, wird der Risikoeffekt gemindert oder sogar völlig beseitigt; fehlt ein Schutzfaktor, kommt der Risikoeffekt voll zum Tragen. Dahinter steckt die Vorstellung einer Pufferwirkung: Ein Schutzfaktor ist besonders oder ausschließlich dann wirksam, wenn eine Gefährdung (z. B. körperlich strafendes Erziehungsverhalten der Eltern) vorliegt.

Die nachfolgenden Tabellen 1 und 2 geben einen Überblick über das Wissen zu Risiko- und Schutzfaktoren auf der individuellen Ebene von Heranwachsenden und in deren sozialem Umfeld wieder.

| Psychologische Faktoren |
|--|
| Risikofaktoren |
| mangelnde Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit (z. B. oft leicht abgelenkt sein, häufiger Tätigkeitswechsel) mangelnde Emotionsregulation und Impulskontrolle (z. B. unkontrollierte Traurigkeit, häufige und schnelle Wutausbrüche) eingeschränktes Problemlöseverhalten (z. B. häufige Verwendung von Aggression zur Konfliktlösung) Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung zu anderen Menschen (z. B. unstete, wenig intensive Beziehungen zu Bezugspersonen) |
| Schutzfaktoren |
| spezielle Talente/Interesse an Hobbys positives Selbstwertgefühl Fähigkeit, sich von ungünstigen Einflüssen zu distanzieren (psychisch und räumlich) Selbsthilfefertigkeiten (z. B. Wissen um soziale Unterstützung bei Schwierigkeiten) |

Tabelle 1. Risiko- und Schutzfaktoren auf der individuellen Ebene

¹ In der vorliegenden Arbeit ist es nicht möglich, einen Einblick in biologische Risiko- und Schutzfaktoren zu geben, da die Zusammenhänge sehr differenziert sind und jeder Faktor eine spezifische Wirkungsweise hat, so dass selbst eine verkürzte Darstellungsweise noch zu umfangreich ist.

| Soziale Faktoren |
|--|
| Risikofaktoren |
| unsichere Bindungserfahrungen ungünstiges Erziehungsverhalten der Eltern (z. B. harte körperliche Bestrafungen) ungünstige Lebensbedingungen (z. B. ALG-II-/Sozialgeldbezug der Familie, beengte Wohnverhältnisse, niedriger elterlicher Bildungs- und Beschäftigungsstatus etc.) psychische Erkrankung in der Familie (z. B. depressive Erkrankung der Mutter) chronische eheliche Disharmonie (z. B. häufige Uneinigkeit der Eltern) |
| Schutzfaktoren |
| sichere Bindung zu mindestens einer Bezugsperson (z. B. Mutter, Oma, Lehrer, Eltern etc.) offenes, unterstützendes Erziehungsklima der Eltern (z. B. wertschätzende Haltung gegenüber dem Kind) familiärer Zusammenhalt (z. B. elterliche Unterstützung des Heranwachsenden bei Problemen) positives Bewältigungsverhalten der sozialen Umwelt (z. B. gute Problemlösefertigkeiten, vorhandenes soziales Netzwerk) soziale Unterstützung (z. B. in Sportvereinen, Jugendhilfeeinrichtungen etc.) dauerhafte, unterstützende Freundschaften und positive Gleichaltrigenbeziehungen Angebote der Jugendhilfe (z. B. Angebote der Hilfen zur Erziehung oder der Jugendsozialarbeit) |

Tabelle 2. Risiko- und Schutzfaktoren im sozialen Nahraum von Heranwachsenden

Daten zu Selbstauskunft aus dem Kinder- und Jugendgesundheits-Survey (KiGGS) von 11- bis 17-jährigen (Kindern und) Jugendlichen zu Schutzfaktorendimensionen zeigen, dass jeder Fünfte der Befragten bezüglich seiner Ressourcen als grenzwertig eingeschätzt werden muss. Dieser Befund erhält noch eine Zuspitzung, wenn die einzelnen Ergebnisse nach Sozialstatus betrachtet werden: Danach haben (Kinder und) Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus generell häufiger Defizite in ihren personalen, sozialen und familiären Ressourcen als (Kinder und) Jugendliche aus Familien mit hohem Sozialstatus. Der sozioökonomische Status hat keinen direkten Effekt auf die Gesundheit, sondern beeinflusst sie über spezifische ungleich verteilte „Risikofaktoren“ (materielle, verhaltensbezogene und psychosoziale Faktoren). Materielle Faktoren und psychosoziale Faktoren haben sowohl einen direkten als auch einen indirekten – über Verhalten vermittelten – Einfluss auf die Gesundheit. Deutliche Zusammenhänge sind auch zwischen Schutzfaktoren und gesundheitlichem Risikoverhalten zu erkennen. Gesundheitliche Ungleichheiten können auf eine Akkumulation von benachteiligenden Lebensbedingungen über den Lebenslauf zurückgeführt werden (Hölling/Schlack, 2007).

Wenn die zuvor beispielhaft aufgeführten Risikofaktoren genauer betrachtet werden, ist zu fragen, ob diese zufällig oder nicht zufällig auf alle Bevölkerungsgruppen verteilt sind. Befunde aus den Gesundheitswissenschaften legen nahe, dass diese Faktoren nicht gleichmäßig in der Bevölkerung verteilt sind, sondern in einer engen Beziehung zu sozioökonomischer Benachteiligung stehen und von einer entsprechenden Sozialisation geprägt sind. Insbesondere bei Heranwachsenden aus sozial schwachen Familien ist ein häufigeres und früheres Einsetzen dieser Risikobelastungen anzutreffen, die über den Zeitraum des Heranwachsenden zeitlich parallel oder nacheinander folgend bestehen (Dragano 2007).

Wie wirken sich psychische Schwierigkeiten im alltäglichen Umgang mit den Jugendlichen aus? (Stichwort Beziehungslosigkeit)

Psychische Gesundheit wird – wie zuvor dargestellt – von einer Vielzahl von Bedingungen positiv und negativ beeinflusst. Entsprechend den vielfältigen Ursachen ergeben sich auch vielfältige Ausdrucksmöglichkeiten psychischer Fehlanpassung im Verhalten von Heranwachsenden, die vor allem in der Interaktion mit den Mitgliedern des sozialen Nahraums (z.B. Gleichaltrige, Schule oder pädagogisch betreute Wohnformen) augenfällig wird. Den erwähnten häufigen psychischen Störungen im Jugendalter scheint dabei eine – allgemeingültige und vom spezifischen Störungsbild unabhängige – Kernthematik innezuwohnen, die sich als „Beziehungslosigkeit“ grob skizzieren lässt. Beziehungslosigkeit zum einen in dem Sinne, dass es den Jugendlichen schwer fällt eine realistische Beziehung zu den eigenen Handlungsmöglichkeiten aufzubauen und sich um eigene Belange zu kümmern ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung (z. B. Schul- und Berufsausbildung zu regeln, sich um eigene Alltagsangelegenheiten selbstverantwortlich zu kümmern), Beziehungslosigkeit aber auch in dem Sinn, dass zwischenmenschliche Beziehungen mit Akteuren des sozialen Nahraums (z. B. Mitarbeiter in Jugendhilfeeinrichtungen) häufig von diesen als schwierig im Aufbau und in der Aufrechterhaltung wahrgenommen werden. Abhängig vom Ausprägungsgrad der vorhandenen/erlebten Beziehungslosigkeit ist die Anpassungsfähigkeit der Heranwachsenden an die Erfordernisse des Alltags (z. B. pünktlich in der Schule sein oder Regeln des gemeinsamen Zusammenlebens akzeptieren/einhalten) erheblich beeinträchtigt. Die Jugendlichen fühlen sich gegenüber den Anforderungen des Alltags eher hilflos und brauchen von den Menschen ihres sozialen Nahraums in verstärktem Maße Zuwendung und Hilfestellungen. Einige der Jugendlichen fordern diese Hilfen aktiv von ihrem sozialen Nahraum ein, sind mit der geleisteten Unterstützung oft unzufrieden, weil sie sich dadurch von ihrer Umgebung abhängig fühlen und es zu konflikthafter Beziehungen kommt. Dadurch bedingte unangemessene emotionale Reaktionen (z. B. aggressives Verhalten gegenüber sich selbst oder anderen) führen zur Zunahme von Konflikten mit anderen Menschen und in der Folge zu häufigen kurz- oder auch längerfristigen Kontaktabbrüchen. Beziehungen haben demnach eine große Bedeutung für die Jugendlichen, diese sind jedoch beziehungsgestört, weil es ihnen aufgrund ihrer bisherigen Beziehungserfahrungen (z. B. mit Gleichaltrigen, den Eltern) schwer fällt, dauerhafte soziale Netzwerke zu knüpfen und sich einen Freundeskreis aufzubauen, der gepflegt und erweitert wird.

Welche Einflussmöglichkeiten auf die psychische Gesundheit ergeben sich daraus für die in der Jugendhilfe Tätigen?

Die Herausforderung für die Kinder- und Jugendhilfe besteht in einem konstruktiven und beziehungsförderlichen Umgang mit Kindern und Jugendlichen, die aufgrund ihrer Biografie bereits einer Vielzahl von Risikofaktoren ausgesetzt sind. Unabhängig vom jeweiligen Arbeitsfeld ist es zentral für die Klientinnen und Klienten, ein tragfähiges Beziehungsangebot von Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Jugendhilfeeinrichtungen zu bekommen. Wie aber ist eine tragfähige Beziehung zu „beziehungslosen“ Jugendlichen aufzubauen? Sicherlich gibt es auf diese Frage keine Patentantwort. Eine Möglichkeit zum tragfähigen Beziehungsaufbau besteht darin, an die individuellen Ressourcen der Jugendlichen und die des sozialen Nahraums (vgl. Tabelle 2) anzuknüpfen. Dadurch besteht die Möglichkeit, die vorhandenen Potenziale aufzugreifen und zu stärken; gleichzeitig können sich die Jugendlichen so – aufgrund der eigenen biografischen Vorerfahrungen – in zwischenmenschlichen Beziehungen als selbstwirksam (Bandura, 1997) erleben und den Beziehungsaufbau zu anderen Menschen leichter zulassen. Eine derartige Herangehensweise setzt neben der entsprechenden Reflexion des eigenen pädagogischen Handelns der in den Arbeitsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe Tätigen aber auch eine entsprechende Kontinuität in den Rahmen-

bedingungen des pädagogischen Handelns voraus. Hier sind vor allem die Träger der Angebote der Kinder- und Jugendhilfe aufgefordert, die durch eine entsprechende (finanzielle) Ausstattung (das heißt eine ausreichende Zahl an Beschäftigten, weniger Befristung von Arbeitsplätzen, dauerhafte Finanzabsicherung bestehender Angebote etc.) sowie durch entsprechende Strategien und fachpraktische Konzepte die Grundlage dafür liefern können, dass tragfähiger Beziehungsaufbau in pädagogischen Arbeitsfeldern überhaupt erst möglich wird.

Dr. Tina Gadow

Erziehungswissenschaftlerin (DJI)

Literatur

Bandura, A. (1997): *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Baumeister, H./Härter, M. (2007): Prevalence of mental disorders based on general population surveys. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 537-546.

Berufsverband deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) (Hrsg.; 2007): *Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland*. <http://www.bdp-verband.org/bdp/politik/2007/Kinder-Jugendgesundheit-BDP-Bericht-2007.pdf> 20.2.2008

Blanz, B./Remschmidt, H./Schmidt, M.H./Warnke, A. (2006): *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ein entwicklungspsychopathologisches Lehrbuch*. Stuttgart: Schattauer.

Dragano, N. (2007): Gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ)*, 42, 18-25. <http://www.bpb.de/files/V24398.pdf> 12.03.2008

Eschmann, S./Weber Häner, Y./Steinhausen, H.-C. (2007): Die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung soziodemografischer Merkmale. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36, 270-279.

Fendrich, S./Pothmann, J. (2005): Mehr Hilfen für weniger Geld: Fallzahlen und Ausgabenentwicklung für das Feld der Hilfen zur Erziehung. In: *KomDat Jugendhilfe*, 8, 2-3.

Hölling, H./Schlack, R. (2007): Psychische Gesundheit und soziale Lage von Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: *impulse: Newsletter zur Gesundheitsförderung*, 8-9.

Ihle, W./Esser, G. (2002): Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. In: *Psychologische Rundschau*, 53, 159-169.

Ihle, W./Esser, G./Schmidt, M.H./Blanz, B. (2000): Prävalenz, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede psychischer Störungen vom Grundschul- bis ins frühe Erwachsenenalter. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 263-275.

Kölch, M./Fegert, J. (2007): Medikamentöse Therapie der Depression bei Kindern und Jugendlichen. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, 224-233.

Rutter, M./Smith, D.J. (1995): Towards causal explanations of time trends in psychosocial disorders of young people. In: M. Rutter/D.J. Smith (Hrsg.): *Psychosocial disorders in young people: Time trends and their causes*. New York: Wiley 783-807.

Schlack, H.G. (2008): *Wie geht es unseren Kindern? Fakten, Einschätzungen, Handlungsbedarf*. Beitrag auf dem Münchner Symposium Frühförderung 2008 am 4. April 2008, Ludwig-Maximilians-Universität München.

Statistisches Bundesamt (2007): *Bevölkerung insgesamt: Bevölkerung nach Alters- und Geburtsjahren am 31.12.* (diverse Jahrgänge). Wiesbaden. Persönliche Kommunikation am 12.12.2007.

Stolle, M./Sack, P.-M./Thomasius, R. (2007): Drogenkonsum im Kindes- und Jugendalter. Früherkennung und Intervention. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 104, A2061-A2070.