

ROBERT KOCH INSTITUT



ERKENNEN – BEWERTEN – HANDELN  
SCHWERPUNKTBERICHT TEIL 2 – KINDES- UND JUGENDALTER

# PSYCHISCHE GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND









**ERKENNEN – BEWERTEN – HANDELN**  
**SCHWERPUNKTBERICHT**

# **PSYCHISCHE GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND**

**Teil 2 – Kindes- und Jugendalter**  
**Fokus: Psychische Auffälligkeiten**  
**gemäß psychopathologischem**  
**Screening und Aufmerksamkeitsdefizit-/**  
**Hyperaktivitätsstörung (ADHS)**

In der Kindheit und Jugend wird die Basis für Gesundheit und Erfolg im weiteren Leben gelegt. Kinder und Jugendliche erwerben Kompetenzen, die es ihnen ermöglichen, Herausforderungen, Probleme oder auch Krisen zu meistern und erfolgreich in der weiteren Lebensgestaltung zu sein. Es gibt aber auch Probleme und Hindernisse, die es Kindern und Jugendlichen erschweren, ihren Weg zu gehen, und die die psychische Gesundheit beeinträchtigen.

Teil 2 des Berichts „Erkennen, Bewerten, Handeln“ behandelt die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland und setzt entsprechend ihrer epidemiologischen und gesundheitspolitischen Bedeutung zwei Themenschwerpunkte: Ein Schwerpunkt liegt auf der Darstellung der Datenlage zu psychischen Auffälligkeiten gemäß psychopathologischem Screening. Psychische Auffälligkeiten können ein Indikator dafür sein, ob dieser Weg für Kinder oder Jugendliche mit Schwierigkeiten und Komplikationen einhergeht. Eltern, Kitas, Schulen, Beratungsstellen, aber auch administrativ verantwortliche Entscheidungstragende, sollten in der Lage sein, solche Auffälligkeiten zu verstehen und Unterstützungsbedarfe zu identifizieren. Psychische Auffälligkeiten sind nicht identisch mit diagnostizierten psychischen Störungen. Sie stellen allerdings ein Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung dar und können, selbst wenn die diagnostische Schwelle zur psychischen Störung nicht überschritten wird, mit ungünstigeren Entwicklungsverläufen verbunden sein (hierzu Kapitel 3.1).

Der zweite Schwerpunkt des Berichts liegt auf der Darstellung der Datenlage zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Eine psychische Störung wie die ADHS ist eine besondere Herausforderung, die fachlich gut begründeter Präventions- und Interventionsmaßnahmen bedarf.

Um betroffene Kinder und Jugendliche zu identifizieren und entsprechende gesundheitspolitische Handlungsoptionen wahrnehmen zu können, müssen Schutz- und Risikofaktoren für die psychische Gesundheit in spezifischen Lebensphasen und insbesondere auch im individuellen Lebensverlauf bekannt sein und verstanden werden. Die KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts (RKI) (Kapitel 4) erfasst hierfür individuelle, familiäre und soziale Schutz- und Risikofaktoren als Determinanten psychischer Gesundheit und Lebensqualität.

Im vorliegenden Schwerpunktbericht werden zentrale Ergebnisse zu psychischen Auffälligkeiten und ADHS aus dem Gesundheitsmonitoring des RKI präsentiert sowie Handlungsempfehlungen der BZgA für die Prävention. Die Daten des RKI stammen aus Erhebungen bis 2017, damit aus der Zeit vor der Pandemie. Für die Ableitung von Handlungsempfehlungen bringt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ihre umfassende Kenntnis der vorhandenen Strukturen der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland sowie ihre Expertise bezüglich Wirkvoraussetzungen und Implementierung von Public-Health-Maßnahmen ein. Dabei nimmt sie Bezug auf die Kernergebnisse der Analysen des RKI und leitet – basierend auf einer systematisch strukturierten Recherche von wissenschaftlicher Literatur zu Maßnahmen der Förderung psychischer Gesundheit beziehungsweise zur Prävention von ADHS sowie auf ergänzenden Experten-Hearings – konkrete Empfehlungen ab. Diese betreffen gesundheitspolitische Handlungsoptionen für mögliche Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung beziehungsweise zur Intervention mit den Zielen des Erhalts und der Förderung der psychischen Gesundheit einerseits und der Wiederherstellung psychischer Gesundheit andererseits.

Bereits im Jahr 2008 war als Ergebnis einer erfolgreichen Zusammenarbeit des RKI mit der BZgA ein Schwerpunktbericht „Erkennen – Bewerten – Handeln“ mit gesundheitspolitischen Ableitungen zur Kinder- und Jugendgesundheit erschienen. Im Vergleich zu diesem ersten Bericht konnte das RKI im vorliegenden Bericht insbesondere lebensphasenspezifische Untersuchungen sowie Verlaufsaspekte der psychischen Gesundheit aus seinen Bevölkerungsdaten einfließen lassen.

Mit dem 2019 begonnenen Aufbau einer Mental Health Surveillance am RKI, die perspektivisch auch wichtige Indikatoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erheben wird, wird sich die Berichterstattung zur psychischen Gesundheit und damit auch die Grundlage für die Ableitung gesundheitspolitisch relevanter Handlungsempfehlungen künftig weiter verbessern. Dies wird unter anderem auch eine bessere Zusammenführung und Auswertung von Daten des RKI-Gesundheitsmonitorings mit Daten der gesetzlichen Krankenkassen, der Rentenversicherer sowie Ergebnissen von Einzelstudien ermöglichen.

Prof. Dr. Lothar Wieler

Prof. Dr. Martin Dietrich

# Inhaltsverzeichnis

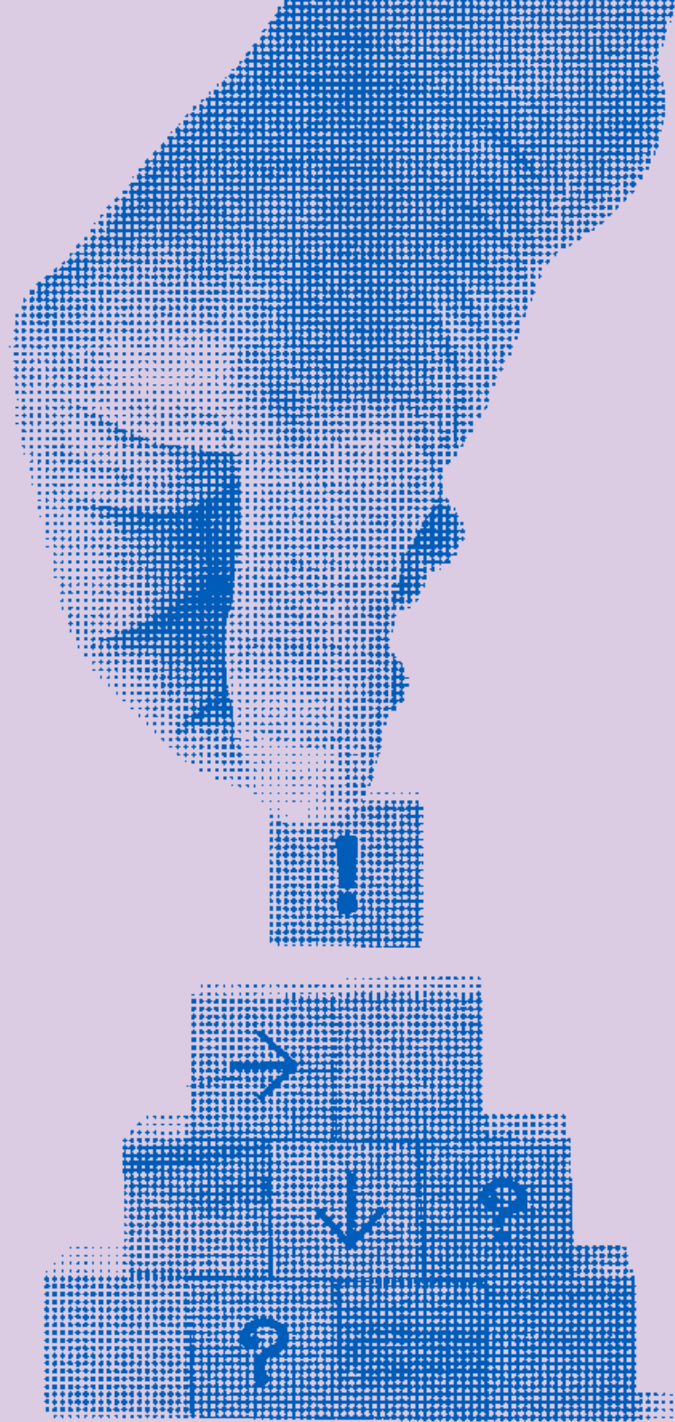
<b>1 ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>8</b>	<b>5 PSYCHISCHE AUFFÄLLIGKEITEN GEMÄSS PSYCHOPATHOLOGISCHEM SCREENING</b>	<b>58</b>
1.1 Ergebniszusammenfassung zu psychischen Auffälligkeiten	9	<b>5.1 Indikatoren</b>	<b>59</b>
1.2 Ergebniszusammenfassung zu ADHS	11	<b>5.2. Prävalenzen, Trends und Verläufe psychischer Auffälligkeiten</b>	<b>62</b>
<hr/>		5.2.1 Prävalenzen und Trends nach Altersgruppen und Geschlecht	63
<b>2 ZIELSTELLUNG DES BERICHTS</b>	<b>14</b>	5.2.2 Selbstbeurteilung der Kinder und Jugendlichen	65
<hr/>		5.2.3 Funktionelle Beeinträchtigungen infolge psychischer Auffälligkeiten	65
<b>3 BEVÖLKERUNGSBEZOGENE ASPEKTE DER PSYCHISCHEN GESUNDHEIT</b>	<b>18</b>	5.2.4 Bewertung	66
3.1 Psychische Auffälligkeiten und psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen	21	5.2.5 Prävalenzen und Trends nach sozioökonomischem Status	67
3.2 Risiko- und Schutzfaktoren psychischer Gesundheit	26	5.2.6 Prävalenzen und Trends nach Migrationshintergrund	68
3.2.1 Risikofaktoren	26	5.2.7 Psychische Auffälligkeiten und Störungen in administrativen Sekundärdaten	69
3.2.2 Schutzfaktoren	26	5.2.8 Verläufe psychischer Auffälligkeiten	70
3.2.3 Erfassung von Risiko- und Schutzfaktoren in der KiGGS-Studie	28	5.2.9 Verläufe von der KiGGS-Basiserhebung zu KiGGS Welle 1	70
3.3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Lebenszufriedenheit	35	5.2.10 Verläufe von der KiGGS-Basiserhebung zu KiGGS Welle 2	71
3.3.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Lebenszufriedenheit bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen	35	<b>5.3 Risikofaktoren und Schutzfaktoren für psychische Auffälligkeiten</b>	<b>77</b>
3.3.2 Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in den KiGGS-Studien des Gesundheitsmonitorings	36	5.3.1 Geschlecht und Alter	78
3.3.3 Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in den KiGGS-Studien des Gesundheitsmonitorings	36	5.3.2 Prä-, peri- und postnatale Risiken	78
3.4 Lebensphasen und Transitionen	39	5.3.3 Elterliche Psychopathologie, Persönlichkeitsmerkmale und Erziehungsstile	79
3.4.1 Lebensphasen, Transitionen und Entwicklungsaufgaben im Kindes- und Jugendalter	39	5.3.4 Familienstruktur	79
3.4.2 Transition in das junge Erwachsenenalter	40	5.3.5 Sozioökonomischer Status und Bildungsstatus der Eltern	80
3.4.3 Operationalisierung von Transitionen in der KiGGS-Kohorte	42	5.3.6 Migrationshintergrund	80
3.4.4 Entwicklungsausgänge im jungen Erwachsenenalter	42	5.3.7 Außerfamiliäre Kindertagesbetreuung	80
3.5 Daten für Taten	46	5.3.8 Gewalterfahrungen, Vernachlässigung, körperliche und emotionale Misshandlungen, sexueller Missbrauch	81
3.5.1 Der Public-Health-Action-Cycle	46	5.3.9 Schutzfaktoren und Ressourcen	83
3.5.2 Entwicklung der Handlungsempfehlungen	48	5.3.10 Kumulierte Risiko- und Schutzfaktoren	84
<hr/>		5.3.11 Soziodemografische Risik- und Schutzfaktoren für internalisierende bei psychischen Auffälligkeiten	86
<b>4 DATENGRUNDLAGE</b>	<b>52</b>	5.3.12 Soziodemografische Risikofaktoren und Schutzfaktoren für externalisierende Auffälligkeiten	87
<hr/>		5.3.13 Risiko- und Schutzfaktoren im zeitlichen Verlauf von der KiGGS-Basiserhebung bis zur KiGGS Welle 2	88



5.3.14 Bewertung	89	6.2.6 Bewertung	142
<b>5.4 Korrelate und Folgen psychischer Auffälligkeiten</b>	<b>97</b>	6.2.7 Prävalenzen und Trends nach sozioökonomischem Status	143
5.4.1 Entwicklungsausgänge bei jungen Erwachsenen mit internalisierenden Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend	98	6.2.8 Prävalenzen und Trends nach Migrationshintergrund	144
5.4.2 Entwicklungsausgänge bei jungen Erwachsenen mit externalisierenden Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend	101	6.2.9 Prävalenzen und Trends nach Familienstruktur	146
5.4.3 Zusammenfassung und Bewertung	103	6.2.10 Verläufe	146
<b>5.5 Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten</b>	<b>106</b>	6.2.11 Stabilität und Inzidenz der Lebenszeitprävalenz der ADHS-Diagnose	147
5.5.1 Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten	107	6.2.12 Prädiktoren der Stabilität des ADHS-Diagnoseberichts	150
5.5.2 Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen nach sozioökonomischem Status und Migrationshintergrund	108	6.2.13 Prädiktoren der Diagnoseinzidenz	151
5.5.3 Zeitliche Trends der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten	110	<b>6.3 Risiko- und Schutzfaktoren für ADHS</b>	<b>154</b>
5.5.4 Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen in administrativen Daten	111	6.3.1 Geschlecht	155
5.5.5 Prädiktoren und Barrieren der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen bei psychischen Auffälligkeiten	111	6.3.2 Prä-, peri- und postnatale Risiken	155
5.5.6 Bewertung	112	6.3.3 Elterliche Psychopathologie	156
<b>5.6 Handlungsempfehlungen und Beispiele guter Praxis zu Präventionsmaßnahmen für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen</b>	<b>114</b>	6.3.4 Familienstruktur	156
5.6.1 Ableitung der Handlungsempfehlungen	114	6.3.5 Sozioökonomischer Status	157
5.6.2 Handlungsempfehlungen zur Prävention psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen	115	6.3.6 Schutzfaktoren	158
5.6.3 Zusammenfassung	127	6.3.7 Bewertung	159
<hr/>		<b>6.4 Korrelate und Folgen von ADHS</b>	<b>163</b>
<b>6 AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT-/HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNG (ADHS)</b>	<b>132</b>	6.4.1 Korrelate und Folgen in der Kindheit und Jugend	165
<b>6.1 Indikatoren</b>	<b>133</b>	6.4.2 Entwicklungsausgänge im jungen Erwachsenenalter	168
6.1.1 ADHS-Diagnosefrage	134	6.4.3 Bewertung	172
6.1.2 ADHS-Symptomatik und ADHS-Verdachtsfall	134	<b>6.5 Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS</b>	<b>177</b>
6.1.3 Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten	134	6.5.1 Behandlungsprävalenzen	178
Prävalenzen, Trends und Verläufe von ADHS	134	6.5.2 Anwendungsprävalenzen von ADHS-Medikation	181
<b>6.2 Prävalenzen, Trends und Verläufe von ADHS</b>	<b>137</b>	Fachärztliche Inanspruchnahme bei Vorliegen einer ADHS-Diagnose	181
6.2.1 Prävalenzen und Trends insgesamt	138	6.5.3 Unterschiede in der Inanspruchnahme nach sozioökonomischem Status	186
6.2.2 Prävalenzen und Trends nach Geschlecht	139	6.5.4 Unterschiede in der Inanspruchnahme nach Migrationshintergrund	187
6.2.3 Prävalenzen und Trends nach Altersgruppen	140	6.5.5 Zeitliche Trends in der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen	187
6.2.4 Alter bei erstmaliger ADHS-Diagnose	140	<b>6.6 Handlungsempfehlungen und Beispiele guter Praxis zu Präventionsmaßnahmen bei ADHS bei Kindern und Jugendlichen</b>	<b>190</b>
6.2.5 Prävalenzen aus administrativen Daten	141	6.6.1 Handlungsempfehlungen	190
		6.6.2 Zusammenfassung	197
		<hr/>	
		<b>ANHANG</b>	
		<b>Verzeichnis der Abkürzungen</b>	<b>199</b>
		<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>202</b>
		<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>204</b>

KAPITEL

# 1



# Zusammenfassung

Für diesen Schwerpunktbericht zu **psychischen Auffälligkeiten gemäß psychopathologischem Screening** und zur **Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)** bei Kindern und Jugendlichen wurden zentrale Einzelergebnisse aus dem Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts (RKI) zusammengeführt und vertiefte Auswertungen zu Prävalenzen, Trends und Verläufen, Risiko- und Schutzfaktoren, Korrelaten und Folgen sowie zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten beziehungsweise ADHS vorgenommen. Hierbei wurden Daten und Ergebnisse aus den Erhebungen der **Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)**, der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006), KiGGS Welle 1 (2009–2012) sowie KiGGS Welle 2 (2014–2017), und damit aus der Zeit vor der COVID-19-Pandemie, einbezogen. Eine ausführliche Darstellung des Aufbaus der KiGGS-Langzeitstudie findet sich in Kapitel 4.

### 1.1 Ergebniszusammenfassung zu psychischen Auffälligkeiten

Es wird gezeigt, dass etwa ein Sechstel der Kinder und Jugendlichen in Deutschland psychische Auffälligkeiten im psychopathologischen Screening aufweist. Auch wenn psychische Auffälligkeiten nicht identisch

mit diagnostizierten psychischen Störungen sind, stellen sie einen Risikofaktor für die Entwicklung einer psychischen Störung dar und können mit ungünstigeren Entwicklungsverläufen verbunden sein. Die Häufigkeiten psychischer Auffälligkeiten sind nicht gleich verteilt: Jungen, Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund sind häufiger betroffen. **Über einen Elf-Jahreszeitraum ging die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten von 19,9% auf 16,9% zurück, was einem relativen Rückgang von 15% entspricht.** Der Rückgang betrifft ausschließlich Jungen im Alter von 9 bis 17 Jahren und bezieht sich vor allem auf externalisierende Auffälligkeiten. Zeitlich parallele gesellschaftliche Entwicklungen wie eine erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen sowie gesundheitspolitische Maßnahmen und Aktivitäten, darunter die Erweiterung der Kindervorsorgeuntersuchung um die U10 und U11, bei denen gezielt Verhaltensauffälligkeiten überprüft werden, könnten zu dem Rückgang beitragen haben.

Die epidemiologisch festgestellten Prävalenzrückgänge (auf der Symptomebene) spiegeln sich in den Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen nicht wider. Die Prävalenzen diagnostizierter psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen sind insgesamt höher als die Symptomprävalenzen





in der KiGGS-Studie und haben im zeitlichen Trend zugenommen. Allerdings entfällt etwa die Hälfte der F-Diagnosen in den Routinedaten auf Entwicklungsstörungen, die mit dem psychopathologischen Screening mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) nicht abgebildet werden. Für die mit dem SDQ symptomatisch abgebildeten emotionalen und Verhaltensstörungen wird dagegen auch in den Routinedaten ein Prävalenzrückgang in der letzten Dekade verzeichnet. Nach den KiGGS-Daten zeigten circa 55% der Kinder der KiGGS-Basiserhebung mit psychischen Auffälligkeiten sechs Jahre später, in KiGGS Welle 1, keine Auffälligkeiten mehr.

Psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter sind häufig reversibel und treten häufig nur zeitweilig auf. **Nach den KiGGS-Daten zeigten circa 55% der Kinder der KiGGS-Basiserhebung mit psychischen Auffälligkeiten sechs Jahre später, in KiGGS Welle 1, keine Auffälligkeiten mehr.** Über alle drei Erhebungszeitpunkte der KiGGS-Studie treten bei einem Drittel der Kinder der Basiserhebung im Längsschnitt mindestens einmal psychische Auffälligkeiten im Verlauf der Kindheit und Jugend auf, bei jedem zwanzigsten Kind zu jedem Erhebungszeitpunkt. Mit einem Anteil von zwei Dritteln bleibt jedoch die überwiegende

Mehrheit der Kinder und Jugendlichen bis zur Volljährigkeit ohne psychische Auffälligkeiten zu irgendeinem der drei Erhebungszeitpunkte. Kinder und Jugendliche mit konstant unauffälligem Profil sind überwiegend weiblich, kommen überproportional häufig aus Familien mit hohem Sozialstatus und haben seltener einen Migrationshintergrund.

Sowohl in Bezug auf Risiko- als auch auf Schutzfaktoren für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen erweist sich die Familie als bedeutsamer Faktor. Als risikoh erhöhend zeigen sich insbesondere eine elterliche psychische Belastung, das Aufwachsen in einer Eineltern- oder Stieffamilie sowie Gewalt-, Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit oder Jugend. Familiärer Zusammenhalt erweist sich demgegenüber in der längsschnittlichen Analyse über drei Messzeitpunkte als ein relevanter Schutzfaktor für die psychische Gesundheit. **Je mehr Risikofaktoren vorliegen, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen.** Mit der Anzahl verfügbarer Schutzfaktoren sinkt umgekehrt die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten, auch bei Kindern und Jugendlichen mit einer hohen Zahl an Risikofaktoren.

Psychische Auffälligkeiten in der Kindheit oder Jugend sind mit einer im Durchschnitt eingeschränkteren psychischen Gesundheit im jungen Erwachsenenalter, geringerer Lebenszufriedenheit und Lebensqualität, geringerem Schul- und Bildungserfolg, höherem Tabakkonsum und höheren Risiken bezüglich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit verbunden. Die Analysen legen nahe, dass eine Förderung von Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend einige der Zusammenhänge von psychischen Auffälligkeiten in der Kindheit mit ungünstigeren Entwicklungen im Erwachsenenalter verringern könnten.

Etwas mehr als ein Viertel der im psychopathologischen Screening auffälligen Kinder und Jugendlichen nimmt (kinder-)psychiatrische und/oder psychologische-psychotherapeutische Versorgungsangebote in Anspruch, wobei zu beachten ist, dass die im Screening festgestellten psychischen Auffälligkeiten nicht notwendigerweise eine Behandlungsbedürftigkeit implizieren. Im zeitlichen Trend über den Elf-Jahreszeitraum zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2 haben insbesondere die Inanspruchnahmehäufigkeiten (kinder-)psychiatrischer Versorgung bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten von 3,1 % zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung auf 15,5 % zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2 stark zugenommen, während die Inanspruchnahmehäufigkeit psychologisch-psychotherapeutischer Versorgungsangebote nahezu gleich geblieben ist

(KiGGS-Basiserhebung: 8,8 %, KiGGS Welle 2: 9,4 %). Unterschiede nach Sozialstatus hinsichtlich (kinder-)psychiatrischer und psychologisch-psychotherapeutischer Versorgung bestehen zwischen Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem, mittlerem oder hohem Sozialstatus nicht. Die Ergebnisse der vertieften Analysen legen jedoch nahe, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit Migrationshintergrund weniger Zugang zu fachärztlicher (kinder-)psychiatrischer Versorgung haben. Zu den wichtigsten Barrieren der Inanspruchnahme nicht nur bei Migrantinnen und Migranten zählen mangelnde Gesundheitskompetenz („Mental Health Literacy“), die Angst vor Stigmatisierung sowie geringes Vertrauen in die Behandelnden und die Wirksamkeit einer Therapie.

## 1.2 Ergebniszusammenfassung zu ADHS

Der zweite Berichtsschwerpunkt behandelt die ADHS. Die Prävalenz elternberichteter, jemals ärztlich oder psychologisch gestellter **ADHS-Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland liegt bei 4,4 %**. Jungen und Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus weisen häufiger eine ADHS-Diagnose auf, Kinder und Jugendliche aus Familien mit Migrationshintergrund seltener. Dafür weisen diese jedoch häufiger eine klinisch relevante ADHS-Symptomatik auf, ohne dass



eine von den Eltern berichtete ärztliche oder psychologische ADHS-Diagnose vorliegt (sog. ADHS-Verdachtsfälle). Im zeitlichen Trend ist die Prävalenz der elternberichteten ADHS-Lebenszeitdiagnose von Kindern und Jugendlichen in den elf Jahren zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2 um 0,9 Prozentpunkte oder knapp 17% zurückgegangen. Der Rückgang betrifft nur die Jungen im Alter von 3 bis 11 Jahren. Möglicherweise steht dieser Rückgang in Zusammenhang mit einer Modifikation der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) aus den Jahren 2009/2010 hinsichtlich einer restriktiveren Verordnung von Methylphenidat, die auch eine strikter an den Leitlinien orientierte Diagnosestellung für die ADHS forderte. Eine restriktivere Diagnosestellung könnte insbesondere für die Prävalenzentwicklung in der Gruppe der 3- bis 11-Jährigen zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2 relevant gewesen sein, da circa 75% der ADHS-Diagnosen bis zu einem Alter von zehn Jahren erstmalig gestellt werden. Somit liegen deren wahrscheinliche Erstdiagnosezeitpunkte mehrheitlich zeitlich nach der Veröffentlichung der Arzneimittelrichtlinie. Auch in den administrativen Diagnose- sowie den Verordnungsdaten für Stimulanzien stagnieren die Prävalenzen seither oder sind leicht rückläufig.

Hinsichtlich **pränataler Risiken für ADHS wie Alkoholkonsum oder Rauchen der Mutter in der Schwangerschaft ist die Befundlage uneindeutig**. Jüngere Studien fanden keine Hinweise auf ursächliche Zusammenhänge, eher erscheinen genetische Zusammenhänge relevant. Aus den KiGGS-Daten gibt es hierzu ebenfalls keine eindeutige Evidenz. Bezüglich der ADHS sind zudem funktionelle und strukturelle familiäre Charakteristika von Bedeutung. Ein Kind mit ADHS kann zu Belastungen der elterlichen Partnerschaft führen. Dabei können sich Partnerschaftskonflikte der Eltern und eine ADHS-Symptomatik des Kindes wechselseitig ungünstig beeinflussen. Da ADHS familiär gehäuft auftritt, kann eine bei den Eltern vorliegende ADHS die störungsbedingten Belastungen verstärken. Eltern mit einem Kind mit ADHS haben daher eine erhöhte Trennungswahrscheinlichkeit. Aufgrund ihrer hohen genetischen Komponente gilt die ADHS als primärpräventiv wenig beeinflussbar. Schutzfaktoren entfalten eher sekundärpräventiv, mit Blick auf eine Abmilderung möglicher Folgen, ihre Wirkung. Längsschnittanalysen über die drei Erhebungszeiträume der KiGGS-Kohorte zeigen, dass Verbesserungen des familiären Zusammenhalts mit einer Verringerung der hyperaktiven Symptomatik eines Kindes einhergehen.

**Kinder oder Jugendliche mit einer ADHS-Diagnose haben als Erwachsene im Durchschnitt eine weniger gute psychische Gesundheit sowie eine geringere Lebenszufriedenheit und eine niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität.** Darüber hinaus weisen sie einen geringeren Bildungserfolg auf und ein höheres Risiko für den Konsum psychoaktiver Substanzen sowie für sexuelles Risikoverhalten. Die Verfügbarkeit psychosozialer Schutzfaktoren bei ADHS-Betroffenen in Kindheit oder Jugend hängt teilweise mit weniger ungünstigen Entwicklungsausgängen im Erwachsenenalter zusammen, vor allem hinsichtlich der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens.

Für mehr als die Hälfte bis knapp zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren mit elternberichteter ADHS-Diagnose wird sowohl in der KiGGS-Basiserhebung als auch in KiGGS Welle 2 weder eine pharmakologische noch eine psychotherapeutische Behandlung der ADHS berichtet. **Die Anteile einer ausschließlich pharmakologischen Behandlung liegen deutlich über denen einer pharmakologischen und psychotherapeutischen Kombinationsbehandlung.** Eine aktuelle Anwendung von ADHS-Medikation (ATC N06BA) wird in KiGGS Welle 2 für knapp ein Drittel der Kinder und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose berichtet. In der KiGGS-Basiserhebung lag der Anteil noch bei rund einem Fünftel. Der Prävalenzanstieg angewandeter ADHS-Medikation erfolgte zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 1 und verharrt seither auf dem höheren Niveau. Dies entspricht dem zeitlichen Trend in den kassenärztlichen Verordnungsdaten. Soziale Unterschiede bezüglich der Inanspruchnahme (kinder-)psychiatrischer und psychologisch-psychotherapeutischer Versorgung bei Vorliegen einer elternberichteten ADHS-Diagnose konnten nicht festgestellt werden. Für Familien mit Migrationshintergrund mit Kindern mit ADHS scheinen dagegen kinderärztliche Praxen die Hauptanlaufstelle in der fachärztlichen Versorgung zu sein. Im zeitlichen Trend zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2 nimmt die Inanspruchnahmehäufigkeit (kinder-)psychiatrischer und psychologisch-psychotherapeutischer Versorgung bei Kindern mit elternberichteter ADHS-Diagnose zu, was mit dem Ausbau kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgungsangebote und einer allgemeinen Zunahme der Inanspruchnahmehäufigkeit in den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten im Vergleichszeitraum korrespondiert.

**Ausgehend von den dargestellten Ergebnissen werden in beiden Schwerpunktbereichen Handlungs-**



**empfehlungen zur Prävention und Gesundheitsförderung** in unterschiedlichen Settings wie Familie, Schulen und Kindertagesstätten sowie für innovative Ansätze wie E-Health abgeleitet. Hierbei werden sowohl potentiell beeinflussbares Gesundheitsverhalten als auch Schutz- und Risikofaktoren berücksichtigt. Zusammenfassend wird in den Handlungsempfehlungen dieses Berichts die Evaluation bestehender und die Entwicklung ergänzender Informations-, Präventions- und Interventionsmaßnahmen empfohlen.

Die KiGGS-Basiserhebung markiert den Beginn einer bundesweit repräsentativen bevölkerungsbezogenen Erhebung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen, KiGGS Welle 2 die letzte diesbezügliche Erhebung im vorpandemischen Zeitraum. In den elf Jahren, die diese Erhebungen umspannen, lassen sich Verbesserungen der bevölkerungsbezogenen psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen konstatieren. Diese sind gekennzeichnet durch Rückgänge der Symptommhäufigkeiten auf Bevölkerungsebene sowie einer gestiegenen Inanspruchnahme einschlägiger Versorgungsangebote vor dem Hintergrund deren Ausbaus und der Umsetzung gesundheitspolitischer Maßnahmen und Aktivitäten. Gleichwohl macht der Bericht deutlich, dass die Prävalenzen nach wie vor hoch und Subgruppen unterschiedlich stark betroffen sind. Und er zeigt, dass psychische Auffälligkeiten und Störungen in der Kindheit oder Jugend mit beeinträchtigten Gesundheits- und Lebenschancen

Betroffener im Erwachsenenalter zusammenhängen. **Prävention und Intervention müssen die beeinflussbaren Risiko- und Schutzfaktoren in den Blick nehmen.** Ansätze hierzu werden in dem Bericht aufgezeigt. Mit Blick auf den postpandemischen Zeitraum muss beobachtet werden, inwieweit die psychischen Belastungen der Kinder und Jugendlichen durch die COVID-19-Pandemie sowie durch die mit ihr assoziierten Eindämmungsmaßnahmen vorübergehender Natur sind oder ob sich Spätfolgen zeigen. In jedem Fall wird auch die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen Teil der am RKI entstehenden kontinuierlichen Mental Health Surveillance sein.

# 2



## Zielsetzung des Berichts



**Ziel** dieses Schwerpunktberichts zur psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist es, zentrale Ergebnisse aus Einzelpublikationen und Analysen der Daten der KiGGS-Studie des bundesweiten Gesundheitsmonitorings am RKI sowie der angeschlossenen Modulstudie zur psychischen Gesundheit für Kinder und Jugendliche (BELLA-Studie) zusammenzuführen, zu systematisieren, bestehende Erkenntnislücken zu identifizieren und diese mit weiteren, vertiefenden Analysen der Surveydaten zu schließen.

In den Kapiteln zu den Schwerpunktthemen des vorliegenden Berichts, Psychische Auffälligkeiten gemäß psychopathologischem Screening und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), werden jeweils die **aktuellen Befunde zu Prävalenzen, zeitlichen Trends in der Häufigkeit, individuellen Verläufen, Risiko- und Schutzfaktoren, Korrelaten und potenziellen Folgen sowie zur Versorgung** umfassend dargestellt. Dabei erlaubt die einzigartige Struktur der KiGGS-Studie, unter deren Dach sowohl (wiederholte) Quer- als auch Längsschnitterhebungen durchgeführt wurden, ein multidimensionales Bild der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen über einen Zeitraum von elf Jahren und ein Altersspektrum der Teilnehmenden von 0 bis 31 Jahren zu zeichnen. Die in den beiden Schwerpunktkapiteln dargestellten Ergebnisse zu **Prävalenzen und zeitlichen**

**Trends in der Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und diagnostizierter ADHS** bieten einen Beitrag zur Diskussion, ob psychische Auffälligkeiten und Störungen bei Kindern und Jugendlichen zunehmen, wie in der öffentlichen und teilweise auch in der fachlichen Diskussion gelegentlich postuliert wurde. Dazu werden den epidemiologischen Daten der KiGGS-Studie die Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen aus vergleichbaren Zeiträumen gegenübergestellt und es wird versucht, Ursachen für mitunter divergierende Zahlen aufzuklären. Darüber hinaus werden mögliche gesellschaftliche und (gesundheits-)politische Hintergründe der jeweiligen Prävalenzentwicklungen diskutiert.

Neben der Darstellung bevölkerungsbezogener Prävalenzen und zeitlicher Trends bilden **Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen** einen Schwerpunkt des hier vorgelegten Gesundheitsberichts. Risiko- und Schutzfaktoren werden sowohl für psychische Auffälligkeiten als auch in Bezug auf ADHS hinsichtlich ihrer Rolle für die Entstehung, den Verlauf sowie mit Blick auf mögliche Entwicklungsausgänge im Kindes- und Jugend- und im jungen Erwachsenenalter untersucht. Eine genaue Kenntnis der relevanten, insbesondere der durch gesundheitspolitische Maßnahmen beeinflussbaren Risiko- und Schutzfaktoren ist zentral für eine erfolgreiche Präven-



tion und Gesundheitsförderung sowie eine gute Versorgung psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher. Psychische Auffälligkeiten und Störungen in der Kindheit und Jugend können erhebliche **Folgen für den weiteren Lebensverlauf bis hinein in das Erwachsenenalter** haben, zum Beispiel in Hinblick auf das psychische und körperliche Wohlbefinden, den Schul- und Bildungserfolg, die Entwicklung komorbider psychopathologischer Symptomatik, Partnerschaft sowie die sexuelle und reproduktive Gesundheit.

**Ziel der hier vorgelegten Auswertungen** ist es, mit den Daten der KiGGS-Kohorte erstmals für Deutschland derartige Entwicklungsausgänge im jungen Erwachsenenalter bei Vorliegen psychischer Auffälligkeiten oder diagnostizierter ADHS in Kindheit oder Jugend auf der Basis einer national repräsentativen Ausgangsstichprobe zu beschreiben und zu analysieren. Durch die längsschnittliche Berücksichtigung der in der KiGGS-Studie erhobenen psychosozialen Schutzfaktoren können auch hier potenzielle Ansatzpunkte für eine langfristig orientierte Prävention und Gesundheitsförderung identifiziert werden, die psychosoziale Ressourcen mit in den Blick nimmt.

Wie gut Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten versorgt werden, ist immer wieder Gegenstand von Diskussionen. Ziel der **Analysen zur Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems** mit Daten aus drei Erhebungszeitpunkten der KiGGS-Studie ist es, aufzuzeigen, in welchem Umfang Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten oder mit ADHS Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen und wo möglicherweise Versorgungslücken bestehen. Darüber hinaus soll gezeigt werden, welche Determinanten die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen beeinflussen und wie sich die Inanspruchnahme in den letzten elf Jahren entwickelt hat. Dabei werden auch hier die Analysen der epidemiologischen Daten aus der KiGGS-Studie mit den administrativen Daten aus dem Versorgungsgeschehen kontrastiert.

Die inhaltlichen Schwerpunktkapitel schließen jeweils mit einem **Beitrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu Handlungsempfehlungen für die Prävention und Gesundheitsförderung** für Stakeholder und Akteure der Gesundheitspolitik ab.

Die Ergebnisse des vorliegenden Berichts wurden mit führenden Expertinnen und Experten der psychischen Kindergesundheit inhaltlich diskutiert und auf Fachkongressen vorgestellt. Ziel dieser Aktivitäten war es, gestützt auf eine möglichst breite Diskussion eine solide empirische Basis für die Ablei-

tung gesundheitspolitischer Handlungsempfehlungen zur Verfügung zu stellen. Auch seitens der BZgA wurde im Zuge der Erarbeitung der Handlungsempfehlungen eine Konsultation namhafter Expertinnen und Experten auf den Gebieten der Prävention und Gesundheitsförderung durchgeführt. Die Handlungsempfehlungen zeigen setting- und lebensweltorientierte Ansatzpunkte für Präventions- und Interventionsmaßnahmen auf, die sowohl individuelles Gesundheitsverhalten und die Verbesserung der Gesundheitskompetenz zum Ziel haben (Verhaltensprävention) als auch Maßnahmen, die auf die Veränderung von Verhältnissen und Strukturen abzielen (Verhältnisprävention).

Adressaten dieses Berichts sind die Politik, die Fachwelt und die interessierte Öffentlichkeit. Ziel war daher, eine möglichst allgemeinverständliche Darstellung der teilweise sehr komplexen Sachverhalte und statistischen Analysen zu erreichen. Auf Fachbegriffe konnte dabei jedoch nicht immer verzichtet werden, weil dies zum Verlust von inhaltlicher Präzision geführt hätte. Um trotz der teils nicht zu umgehenden Komplexität einen guten Lesefluss zu gewährleisten, wurden Infoboxen in den Text integriert, denen interessierte Leserinnen und Leser vertiefte Informationen zu Fachtermini, zum analytischen Vorgehen und zu den angewandten statistischen Methoden entnehmen können.





# 3



## Bevölkerungsbezogene Aspekte der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen



Im Verlauf der letzten einhundert Jahre hat sich die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen in den Industriestaaten stark verbessert [1]. Zurückzuführen ist dies unter anderem auf Fortschritte in der medizinischen Versorgung, die immer bessere Verfügbarkeit von Impfstoffen und die Entdeckung und den Einsatz von Antibiotika („Sieg über die Infektionskrankheiten“) sowie die bessere Behandelbarkeit von angeborenen oder erworbenen Organerkrankungen [2]. Darüber hinaus ist ein historisch beispielloser gesellschaftlicher Wandel von der Industrie- zur Dienstleistungs- und weiter zur Informationsgesellschaft zu verzeichnen. Dieser geht unter anderem mit einem Verlust der Bedeutung der körperlichen Arbeit, der Zunahme eines „sitzenden“ Lebensstils, veränderten Ernährungsgewohnheiten und Veränderungen in den Familienstrukturen einher. In der Konsequenz führte dies zu der auch im Kindes- und Jugendalter zu einer als „Neue Morbidität“ bezeichneten Verschiebung des Krankheitsspektrums von den akuten zu den chronischen Erkrankungen sowie von den körperlichen zu den psychischen Krankheiten und Gesundheitsstörungen [2, 3].

Im Zuge dessen stieg auch die gesellschaftliche Aufmerksamkeit für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen [4-6]. Der European Mental Health Action Plan 2013–2020 erkennt das psychische Wohlbefinden junger Menschen als eine wesentliche Determinante der psychischen Gesundheit im späteren Leben an und schlägt gezielte Interventionen für eine Verbesserung des psychischen Wohlbefindens über den Lebensverlauf vor. Darunter befinden sich auch Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit in Schulen oder Ansätze, in Gebieten mit multiplen Benachteiligungen Kreisläufe aus Armut, Benachteiligung und schlechten Bildungsergebnissen bei Kindern und Jugendlichen zu durchbrechen [7]. Die Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (2015–2020) der WHO enthält mit dem Abschnitt „Bewältigung von Depressionen und anderen psychischen Gesundheitsproblemen im Jugendalter“ ebenfalls einen Bezug zur psychischen Gesundheit von Jugendlichen [8]. Allerdings ist dieser Punkt nur einer von insgesamt 52 Punkten der Strategie und der einzige, der sich auf die psychische Gesundheit bezieht.

Als Planungsgrundlage für gesundheitspolitische Maßnahmen zur Verbesserung der psychischen Kinder- und Jugendgesundheit braucht es belastbare Daten, die idealerweise in einer nationalen Repräsentativstichprobe erhoben werden [9]. Die Daten der KiGGS-Studie im Rahmen des bundesweiten Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut (RKI)

liefern solche Daten für Deutschland. Die KiGGS-Studie kann daher als Meilenstein für Public Mental Health im Kindes- und Jugendalter in Deutschland betrachtet werden. Psychische Auffälligkeiten und die Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen stellen aufgrund ihrer Häufigkeit und ihrer oft einschneidenden individuellen, familiären, sozialen und gesundheitsökonomischen Konsequenzen Kerndimensionen der Erhebung der psychischen Gesundheit in der KiGGS-Studie dar. Dies begründet auch ihre Auswahl als Schwerpunktthemen für diesen Gesundheitsbericht. Psychische Auffälligkeiten werden in der KiGGS-Studie mittels eines Fragebogenscreenings mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) [10] zu Problemen im Erleben und Verhalten von Kindern und Jugendlichen erfasst (siehe Kapitel 3.1). Auch im KiGGS-Vertiefungsmodul zur psychischen Gesundheit (BELLA-Studie) kamen Fragebogeninstrumente zum Einsatz [11]. Mit durch diese Art von Screening festgestellten psychischen Auffälligkeiten ist noch kein Krankheitswert verbunden. Als auffällig identifizierte Kinder und Jugendliche stellen jedoch eine Risikogruppe und damit eine Zielgruppe für indizierte Präventions- und Interventionsmaßnahmen dar.

Auf nationaler Ebene formulierte die Bundesregierung im Jahr 2008 die „Strategie zur Förderung der Kindergesundheit“ [12] unter Berücksichtigung der Ergebnisse der KiGGS-Basiserhebung. In dieser nimmt die Förderung der psychischen Gesundheit einen wichtigen Platz ein. Als Ziele wurden unter anderem genannt, die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu unterstützen sowie psychische Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Das schloss die inhaltliche Erweiterung der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen („U-Untersuchungen“) um ein Screening nach Verhaltensauffälligkeiten ein. Ein besonderes Augenmerk wurde auch auf ADHS gelegt, da vermutet wurde, dass sich ein erheblicher Teil betroffener Kinder und Jugendlicher nicht in adäquater Behandlung befindet [12]. Weitere Initiativen der vergangenen Jahre waren zum Beispiel die Implementierung und Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“, der Nationale Aktionsplan „Für ein kindergerechtes Deutschland 2005–2010“, die Gründung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen im Jahr 2007 sowie das 2012 neu geschaffene Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz [13].

Die Bemühung um eine Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland ist eine konstante Herausforderung für die Gesundheitspolitik. Durch die Berücksichti-

gung von Risiko- und Schutzfaktoren, die hierbei bedeutsam sein können, liefert der vorliegende Bericht Hinweise auf wirkungsvolle Ansatzpunkte für die Prävention und Intervention und knüpft damit an die genannten gesundheitspolitischen Initiativen für Kinder und Jugendliche in Deutschland an. Mit den Analysen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen soll zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten und Störungen beigetragen werden. Ergebnisse dieses Berichts sind zusammen mit dem Projekt „Weiterentwicklung der Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher – Handlungsempfehlungen“ der Aktion Psychisch Kranke e. V. im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) initiierten „Dialogs zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen“ im

Juni 2021 der Fachöffentlichkeit vorgestellt worden. Der Bericht versteht sich insoweit auch als Bestandteil eines langfristigen, umfassenden gesundheitspolitischen Gestaltungsprozesses mit dem Ziel einer Standortbestimmung, Verständigung über Entwicklungsbedarfe und der Formulierung von Handlungsempfehlungen für Prävention, Intervention, Gesundheitsförderung und (personenzentrierter) Versorgung bei psychischen Auffälligkeiten und Störungen von Kindern und Jugendlichen in der Bevölkerung.

## LITERATUR

- 1 Schlack R, Hölling H, Mauz E (2019) *Wie gesund sind unsere Kinder? Prävalenzen, zeitliche Trends und individuelle Gesundheitsverläufe nach 6 und 11 Jahren – Ergebnisse aus der KiGGS-Studie*. In: Kammerer B (Hrsg) *Alles fit? Chancen für ein gesundes Aufwachsen von jungen Menschen in der Kinder- und Jugendarbeit* Nürnberger Forum der Kinder- und Jugendarbeit. emwe-Verlag, Nürnberg, S. 25–42
- 2 Palfrey JS, Tonniges TF, Green M et al. (2005) *Introduction: Addressing the millennial morbidity--the context of community pediatrics*. *Pediatrics* 115(4 Suppl):1121–1123. DOI 10.1542/peds.2004-2825b
- 3 Schlack HG (2004) *Neue Morbidität im Kindesalter. Aufgaben für die Sozialpädiatrie*. *Kinderarzt Prax* (75):292–299
- 4 Barkmann C (2003) *Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ein epidemiologisches Screening*. Verlag Dr. Kovac, Hamburg
- 5 Zohsel K, Hohm E, Schmidt MH et al. (2017) *Langfristige Folgen früher psychosozialer Risiken*. Postprints der Universität Potsdam: Humanwissenschaftliche Reihe, S. 203–209
- 6 World Health Organization (2005) *Child and adolescent mental health atlas*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43307> (Stand: 13.10.2021)
- 7 World Health Organization (2015) *The European Mental Health Action Plan 2013–2020*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/175672> (Stand: 11.09.2019)
- 8 World Health Organization (2014) *Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020*. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/policy/investing-in-children-the-european-child-and-adolescent-health-strategy-20152020> (Stand: 16.08.2020)
- 9 Barkmann C, Schulte-Markwort M (2012) *Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis*. *J Epidemiol Community Health* 66(3):194–203. DOI 10.1136/jech.2009.102467
- 10 Goodman R (1997) *The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note*. *J Child Psychol Psychiatry* 38:581–586. DOI 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- 11 Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S et al. (2007) *Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. *Bundesgesundheitsbl* 50(5):871–878. DOI 10.1007/s00103-007-0250-6
- 12 Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008) *Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit*. <https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/DEU%202008%20Strategie%20der%20Bundesregierung%20zur%20FC3%B6rderung%20der%20Kindergesundheit.pdf> (Stand: 02.09.2020)
- 13 Klipker K, Baumgarten F, Göbel K et al. (2018) *Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*. *Journal of Health Monitoring* 3(3):37–45. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5767> (Stand: 12.10.2021)

# Psychische Auffälligkeiten und psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen



Psychische Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung für Kinder und Jugendliche, den unterschiedlichen und vielfältigen Herausforderungen ihres Alltags erfolgreich zu begegnen und dabei ihre Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten oder psychischen Störungen erleben oftmals nicht unerhebliches individuelles Leid und sehen sich mit Beeinträchtigungen und Schwierigkeiten in der Familie, in der Schule und im erweiterten sozialen Umfeld konfrontiert. Darüber hinaus können psychische Auffälligkeiten und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter chronifizieren, nicht selten bis in das Erwachsenenalter hinein: Etwa die Hälfte aller psychischen Störungen im Erwachsenenalter beginnt in der Kindheit oder Jugend [1]. Der hohe individuelle Leidensdruck, die Bedeutung für den gesamten Lebensverlauf und die gesundheitsökonomischen Folgekosten begründen die hohe Public-Health-Relevanz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen.

Psychische Auffälligkeiten sind nicht identisch mit diagnostizierten psychischen Störungen. Sie stellen allerdings ein Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung dar und können, selbst wenn die diagnostische Schwelle zur psychischen Störung nicht überschritten wird, mit ungünstigeren Entwicklungsverläufen verbunden sein. Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen werden in

internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten unterschieden. Internalisierende Auffälligkeiten sind durch eine nach innen gerichtete Symptomatik wie Ängstlichkeit, Schüchternheit, Niedergeschlagenheit, Grübeln, häufiges sich Sorgen machen oder Weinen gekennzeichnet. Auch Probleme im Umgang mit Freunden und anderen Gleichaltrigen gehören dazu. Betroffene Kinder ziehen sich oftmals zurück und klagen manchmal auch über körperliche Beschwerden [5, 6, 9]. Externalisierende Auffälligkeiten sind dagegen durch eine expansive, nach außen gerichtete Symptomatik gekennzeichnet. Hierzu zählen beispielsweise motorische Unruhe, starke Ablenkbarkeit und Unaufmerksamkeit oder häufiges Unterbrechen und Stören Anderer. Auch aggressives und dissoziales oder regelbrechendes Verhalten bis hin zur Delinquenz zählen dazu, wenn etwa Eigentumsrechte anderer nicht respektiert werden oder wenn Aggression gegenüber Sachen, Personen oder gegenüber Tieren ausgeübt wird [5, 9].

In der Klassifikation der klinischen Diagnostik sowie der Erhebung psychischer Auffälligkeiten und Störungen in Studien und Gesundheitssurveys lassen sich im Wesentlichen zwei unterschiedliche Herangehensweisen unterscheiden: Der dimensionale und der kategoriale Ansatz.

Psychopathologische Symptomatik wird in Studien, aber auch im klinischen Alltag, häufig auch mit einem dimensionalen Ansatz erfasst [6]. Bei diesem

wird angenommen, dass sich Symptome als kontinuierlich verteilte Merkmale mit variierender Intensität darstellen [5, 6]. Dimensionale Ansätze beruhen zumeist auf Fragebögen, mithilfe derer unterschiedliche Symptome erfragt und in ihrer Ausprägung eingeschätzt werden. Auf der Basis statistischer Assoziationen (zum Beispiel über Faktorenanalysen) werden dann empirische Merkmalsräume, sogenannte Dimensionen, aufgespannt, die problematisches Erleben oder Verhalten zusammenfassen und die als Syndrome bewertet werden können. Vorteile des dimensionalen Ansatzes bestehen unter anderem in einem höheren Informationsgehalt, da auch subklinische Ausprägungen berücksichtigt werden. Zudem

sind Unterschiede zwischen psychisch auffälliger und normalem Erleben und Verhalten in vielen Fällen eher graduell und damit angemessener dimensional zu betrachten [14]. Zentraler dimensionaler Indikator der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in KiGGS ist der für das psychopathologische Screening eingesetzte Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) [15] (detaillierte Informationen siehe Kapitel 6.1). Der SDQ wird weltweit in epidemiologischen Studien als Screeninginstrument verwendet und bildet eine Spanne relevanter kinder- und jugendpsychiatrischer Problembereiche ab. Er ermöglicht auch die Berechnung eines Gesamtproblemwerts. Mit einer Erweiterung, dem sogenannten SDQ-

### INFOBOX 3.1.1

#### PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND PSYCHISCHE AUFFÄLLIGKEITEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Die WHO definiert psychische Gesundheit als „[...] einen Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen“ [2]. Diese Definition kann jedoch nicht ohne weiteres auf Kinder und Jugendliche übertragen werden.

In Bezug auf Kinder und Jugendliche wird daher der Schwerpunkt auf Entwicklungsaspekte gelegt: ein positives Identitätsgefühl zu entwickeln, auf die Fähigkeit, mit Emotionen und Gedanken adäquat umgehen zu können, soziale Beziehungen aufbauen zu können sowie auf die Fähigkeit zu lernen und Bildung zu erwerben, um dadurch umfassend und aktiv an der Gesellschaft teilnehmen zu können [3].

Eine psychische Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen lässt sich nach Remschmidt (zit. nach [4]) als ein „Zustand willkürlich gestörter Lebensfunktionen beschreiben, der durch Beginn, Verlauf und ggf. auch Ende eine zeitliche Dimension aufweist und die betroffenen Kinder und Jugendlichen daran hindert, an ihren alterstypischen Lebensvollzügen aktiv teilzunehmen und diese

zu bewältigen“. Ob das Erleben und Verhalten von Kindern als psychisch auffällig einzustufen ist, hängt auch davon ab, ob das Verhalten altersangemessen ist, ob es in mehr als einer Situation auftritt, wie lange es andauert und ob es das Potenzial hat, die Entwicklung eines Kindes oder Jugendlichen nachhaltig zu stören [5, 6].

Darüber hinaus gilt das Erleben und Verhalten bei Kindern und Jugendlichen dann als psychisch auffällig, wenn es hinsichtlich des Entwicklungsstands oder des Geschlechts des Kindes oder der Erwartungen der Gesellschaft nicht einer Norm entspricht und wenn es die Kinder und Jugendlichen selbst, ihre Familien oder ihr erweitertes Lebensumfeld beeinträchtigt und persönliches Leiden hervorruft [7, 8]. „Norm“ kann dabei unterschiedlich aufgefasst werden. Nach der „idealen Norm“ gilt als normal, wer ohne Beschwerden lebt, nach der „sozialen Norm“, wer die gesellschaftlichen Erwartungen erfüllt. Nach der „funktionellen Norm“ werden Personen als normal betrachtet, die ihre Aufgaben erfüllen können, nach der „statistischen Norm“ diejenigen, die einer definierten Mehrheit angehören [5].



**DIE KLASSIFIKATIONSSYSTEME ICD UND DSM**

Für die klinische Diagnose psychischer Störungen stehen die einschlägigen kategorialen Klassifikationssysteme „Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD)“, Kapitel V (F) der WHO [10] sowie das „Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM)“ [11] der American Psychiatric Association (APA) zur Verfügung.

In diesen Diagnose- und Klassifikationssystemen werden psychische Störungen als klar voneinander abgrenzbare, durch definierte Diagnosekriterien bestimmbare Krankheits- beziehungsweise Störungseinheiten verstanden [5, 12]. Das DSM liegt seit dem Jahr 2013 in der 5. Auflage vor, die ICD derzeit in ihrer 10. Version (die 11. Version wurde 2019 von der Weltgesundheitsversammlung verabschiedet und tritt 2022 in Kraft). Die ICD wird in Deutschland sowohl

im ambulanten als auch im stationären Bereich zur Verschlüsselung psychiatrischer Diagnosen verwendet. Beide Klassifikationssysteme basieren auf Konsensverfahren weltweit mitarbeitender Expertinnen und Experten, sind weitgehend miteinander kompatibel und werden unter Berücksichtigung des jeweils anderen weiterentwickelt, fortlaufend überarbeitet und periodisch fortgeschrieben.

Insofern stellen sie Momentaufnahmen des jeweils aktuellen Forschungsstandes dar, was zur Folge hat, dass Änderungen bei den Diagnosekriterien oder Störungskategorien Einfluss auf die Prävalenzen psychischer Störungen haben können. Beispielsweise führten Veränderungen bei den Diagnosekriterien beim Übergang vom DSM-III-R zum DSM-IV zu starken Prävalenzanstiegen für die ADHS [13].



Impactfragebogen lassen sich zudem funktionelle Beeinträchtigungen infolge psychischer Auffälligkeiten abbilden [16] (siehe Kapitel 5.1). Eine Schwierigkeit des dimensionalen Ansatzes besteht darin, dass es bei kontinuierlich verteilten Merkmalen keine eindeutig bestimmbaren Grenzen zur Unterscheidung von auffälligem und unauffälligem Verhalten gibt. In der Praxis behilft man sich oftmals damit, die Grenzwerte statistisch festzulegen. Beispielsweise wird beim SDQ der Anteil psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher als derjenige bestimmt, der über dem 90. Perzentil einer Referenzstichprobe liegt, als normal diejenigen vom 1. bis einschließlich 80. Perzentil [15, 17]. Prävalenzzahlen, die mithilfe solcher Instrumente gewonnen werden, müssen daher stets auch vor dem Hintergrund derartiger, a priori getroffener Festlegungen gesehen werden.

Eine Diagnostik psychischer Störungen nach den Kriterien der Diagnose- und Klassifikationssysteme, zum Beispiel im Rahmen eines psychodiagnostischen Interviews, ist aufwändig und wird in epidemiologischen Studien aus Gründen der Erhebungsökonomie häufig nicht durchgeführt. Stattdessen kommen

oftmals Proxy-Indikatoren zum Einsatz, die die gewünschten Informationen näherungsweise abbilden. In der KiGGS-Studie wurde beispielsweise die ADHS eines Kindes bei den Eltern mit der Frage erhoben, ob bei ihrem Kind jemals eine ADHS festgestellt wurde. Falls die Eltern dies bejahten, wurde gefragt, ob dies durch eine Ärztin beziehungsweise Arzt oder eine Psychologin beziehungsweise Psychologen erfolgte [18] (ausführliche Indikatorenbeschreibung siehe Kapitel 6.1). Durch diese Validierungsfrage sollte sichergestellt werden, dass nur die Diagnosen von klinischen Diagnostikerinnen beziehungsweise Diagnostikern gezählt würden. Über die klinische Validität einer solchen elternberichteten ADHS-Diagnose ist jedoch keine Aussage möglich. Internationale Vergleichsstudien haben der „ADHS-Diagnosefrage“ allerdings eine hohe Validität bescheinigt [19].

Eine Besonderheit der KiGGS-Kohorte ist, dass sie nicht, wie andere Kohortenstudien, nur einen Altersjahrgang umfasst, sondern 18 Altersjahrgänge (von 0 bis 17 Jahren zum Zeitpunkt der Basiserhebung) zugleich. Werden beispielsweise Kinder und Jugendliche mit elternberichteter ADHS-Diagnose zum Zeit-

punkt der KiGGS-Basiserhebung bezüglich ihrer Entwicklungsverläufe zum dritten Erhebungszeitpunkt untersucht, bedeutet dies, dass einige von ihnen zum Zeitpunkt der Basiserhebung 3 Jahre, andere 17 Jahre alt waren. Es ist offenkundig, dass sich deren individuelle Dispositionen unterscheiden. Da ADHS als psychische Störung zwar relativ häufig, bezogen auf die Gesamtbevölkerung jedoch eher niederprävalent ist und Teilnehmende mit ADHS-Diagnose in einer Längsschnittstudie überproportional häufig an Folgeerhebungen nicht wieder teilnehmen, kommt es selbst bei großen, bevölkerungsbezogenen Kohorten wie der KiGGS-Kohorte rasch zu Fallzahlproblemen. Dies macht es unumgänglich, mehrere Altersjahrgänge in Gruppen zusammenzufassen. Konsequen-

terweise wird an diesen Stellen daher nicht von einer ADHS-Diagnose (respektive psychischen Auffälligkeiten) in Kindheit und Jugend, sondern in Kindheit oder Jugend gesprochen. Das ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. Trotz dieser Einschränkung können mit diesem Bericht deutliche Ansatzpunkte für Handlungsempfehlungen zu primärer, sekundärer und tertiärer Prävention im Kontext von psychischen Auffälligkeiten und ADHS bei Kindern und Jugendlichen sowie für Intervention und Versorgung aufgezeigt werden.

### INFOBOX 3.1.3

#### PSYCHISCHE KINDERGESUNDHEIT IN DER KiGGS-STUDIE

Unter dem Dach der KiGGS-Studie finden sich mit Beginn der ersten Wiederholungsbefragung KiGGS Welle 1 zwei Studientypen: (Wiederholte) Querschnittstudie und Längsschnittstudie (Kohorte) [20] (zum Studiendesign von KiGGS siehe auch Kapitel 4).

Mit diesem einzigartigen Studiendesign werden unterschiedliche Sichten auf die psychische Kindergesundheit und deren Entwicklung im zeitlichen Verlauf in Deutschland möglich. Zum einen können mit Querschnittanalysen aktuelle Prävalenzzahlen als Momentaufnahmen der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung gestellt werden.

Auch Aussagen von Trends, also der zeitlichen Veränderung von Häufigkeiten psychischer Auffälligkeiten in der allgemeinen Kinder- und Jugendbevölkerung, die hier dem Typus der Querschnittanalysen zugerechnet werden, können getroffen werden. Zum anderen lassen sich mit der KiGGS-Kohorte die Teilnehmenden aus der KiGGS-Basis-

erhebung bis in das junge Erwachsenenalter hinein längsschnittlich nachverfolgen, mittlerweile über einen Zeitraum von elf Jahren.

Das ermöglicht es, prospektive Fragestellungen zur psychischen Gesundheit an die KiGGS-Studie heranzutragen. In diesem Bericht werden beispielsweise die Häufigkeit des Neuauftretens psychischer Auffälligkeiten (erhoben mittels Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) [17]) sowie elternberichteter ADHS-Diagnosen (Inzidenz) berichtet, ebenso wie die Entwicklungsverläufe von Kohortenteilnehmenden, die in der KiGGS-Basiserhebung psychisch auffällig waren oder eine ADHS-Diagnose aufwiesen.

Eine Besonderheit der KiGGS-Kohorte ist, dass sie nicht, wie häufig andere Kohortenstudien, einen Altersjahrgang umfasst und diesen über die Zeit nachverfolgt, sondern 18 Altersjahrgänge, von 0 bis 17 Jahren zum Zeitpunkt der Basiserhebung, zugleich. (sequentielle Kohorte).

- 1 Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S et al. (2007) *Age of onset of mental disorders: a review of recent literature*. *Current Opinion in Psychiatry* 20(4):359-364
- 2 World Health Organization (WHO) (2005) *Promoting Mental Health; concepts, emerging evidence and practice*. [https://www.who.int/mental\\_health/publications/promoting\\_mh\\_2005/en/](https://www.who.int/mental_health/publications/promoting_mh_2005/en/) (Stand: 02.09.2020)
- 3 World Health Organization (WHO) (2013) *The European Mental Health Action Plan 2013–2020*. [http://www.euro.who.int/\\_\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf](http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf) (Stand: 02.09.20)
- 4 Barkmann C, Schulte-Markwort M (2007) *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 155(10):906-914 DOI 10.1007/s00112-007-1588-4
- 5 Döpfner M (2013) *Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen*. In: Petermann F (Hrsg) *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie*. Hogrefe, Göttingen, S. 31–53
- 6 Achenbach TM, Rescorla LA (2016) *Developmental Issues in Assessment, Taxonomy, and Diagnosis of Psychopathology: Life Span and Multicultural Perspectives Dev*, S. 1–48
- 7 Achenbach T, Rescorla L, Ivanova M (2012) *International epidemiology of child and adolescent psychopathology I: diagnoses, dimensions, and conceptual issues*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 51(12):1261-1272 DOI 10.1016/j.jaac.2012.09.010
- 8 Oerter R, Montada L (2002) *Entwicklungspsychologie*. Beltz, Weinheim
- 9 Petermann F, Petermann U (2021) *Verhaltensstörungen*. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/verhaltensstoerungen> (Stand: 13.10.2021)
- 10 Dilling H, Mombour W, Schmidt MH et al. (2015) *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Hogrefe, Göttingen
- 11 Falkai P, Wittchen HU (Hrsg) (2018) *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®*. Hogrefe, Göttingen
- 12 Stieglitz R-D (2019) *Diagnostik, kategoriale*. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/diagnostik-kategoriale> (Stand: 13.10.2021)
- 13 Frances A (2013) *Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen*. Dumont, Köln
- 14 Petermann F (2005) *Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter—Eine Bestandsaufnahme*. *Kindh Entwickl* 14(1):48-57. DOI 10.1026/0942-5403.14.1.48
- 15 Goodman R (1997) *The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note*. *J Child Psychol Psychiatry* 38:581-586. DOI 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- 16 Goodman R (1999) *The Extended Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a Guide to Child Psychiatric Caseness and Consequent Burden*. *J Child Psychol Psychiatry* 40(5):791-799. DOI 10.1111/1469-7610.00494
- 17 Woerner W, Becker A, Rothenberger A (2004) *Normative data and scale properties of the German parent SDQ*. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 13(2):ii3-ii10. DOI 10.1007/s00787-004-2002-6
- 18 Schlack R, Hölling H, Kurth BM et al. (2007) *Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. *Bundesgesundheitsbl* 50(5):827-835. DOI 10.1007/s00103-007-0246-2
- 19 Visser SN, Danielson ML, Bitsko RH et al. (2013) *Convergent validity of parent-reported attention-deficit/hyperactivity disorder diagnosis: a cross-study comparison*. *JAMA Pediatr* 167(7):674-675. DOI 10.1001/jamapediatrics.2013.2364

# Risiko- und Schutzfaktoren psychischer Gesundheit



Risiko- und Schutzfaktoren spielen eine zentrale Rolle für die Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit oder die Entstehung psychischer Störungen. Für zielgerichtete Angebote im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung ist die Kenntnis der Faktoren bedeutsam, die die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Störung oder deren Chronifizierung erhöhen, ihren Verlauf günstig oder ungünstig beeinflussen oder ihre ungünstigen Auswirkungen abmildern beziehungsweise neutralisieren. Im folgenden Abschnitt wird dargestellt, welches Verständnis von Risiko- und Schutzfaktoren diesem Bericht zugrunde liegt und wie diese Faktoren in der KiGGS-Studie operationalisiert sind.

## 3.2.1 Risikofaktoren

Risikofaktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit des Auftretens psychischer Auffälligkeiten oder Störungen [1-3]. Risikofaktoren können in biologische und psychosoziale, individuumbezogene (personale) und umfeldbezogene (familiäre und soziale) Faktoren unterteilt werden [4-7]. Zu den personalen Risikofaktoren zählen beispielsweise das Geschlecht, prä- und perinatale Risiken wie Alkoholkonsum oder Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft, Frühgeburtlichkeit, ein niedriges Geburtsgewicht, aber auch das Temperament eines Kindes [4, 5]. Auch körperliche Behinderungen oder chronifizierte psy-

chische Traumata gehören dazu [8, 9]. Familiäre Risikofaktoren sind funktionelle Störungen im Hinblick auf Bindung, Beziehung, Anregung und Förderung, familiäre Kommunikationsprobleme, Erziehungsprobleme, elterliche Psychopathologie oder strukturelle Risiken wie das Aufwachsen in einer Eineltern- oder Stieffamilie [10-12]. Als soziale Risikofaktoren gelten unter anderem ein niedriger Sozial- und Bildungsstatus oder ein Migrationshintergrund [13, 14]. Risikofaktoren treten meist gebündelt auf und interagieren häufig miteinander [15]. Abhängig von Alter und Geschlecht sind Kinder und Jugendliche gegenüber Risikofaktoren unterschiedlich vulnerabel. Elterlicher Alkoholmissbrauch, externalisierende Verhaltensprobleme in der Schule, schulischer Leistungsdruck oder Substanzkonsum wirken sich beispielsweise für Mädchen ungünstiger aus als für Jungen; sozioökonomische Benachteiligung scheint ein stärkerer Stressor für ältere Jugendliche zu sein als für Kinder [16]. Auch sind die Dauer einer Risikoeinwirkung und die Frage, ob Risikofaktoren gleichzeitig oder nacheinander auftreten, von Bedeutung [17, 18].

## 3.2.2 Schutzfaktoren

Mit Beginn der entwicklungspsychologischen Resilienzforschung Mitte der 1950er Jahre hielt eine veränderte Sichtweise auf Psychopathologie Einzug. Diese richtete ihren Fokus nicht mehr ausschließlich

auf krankmachende Faktoren, sondern darauf, welche Faktoren in Gegenwart von Entwicklungsrisiken die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aufrechterhalten und schützen [19]. Kinder, die sich trotz widriger Umstände wie zum Beispiel Armut oder psychische Erkrankung eines Elternteils zu psychisch gut angepassten und sozial erfolgreichen Erwachsenen entwickelten, wurden als resilient (psychisch widerstandsfähig) bezeichnet [20]. Der Resilienz gegenübergestellt ist das Konzept der Vulnerabilität, die das erhöhte Risiko eines Kindes bezeichnet, eine psychische Störung zu entwickeln oder von einer normalen Entwicklung abzuweichen, zum Beispiel aufgrund einer genetischen Disposition, eines traumatischen Erlebnisses oder ungünstiger äußerer Bedingungen [1, 21].

Mit der Salutogenese hat sich in den Gesundheitswissenschaften zeitlich parallel ein ähnliches Konzept etabliert [22, 23]. Die Salutogenese fragt ebenfalls nach Faktoren, die die Gesundheit aufrechterhalten. Dabei wird ein „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“ postuliert, in dem Gesundheit als Zustand eines dynamischen Gleichgewichts verstanden wird, das einerseits ständig von Risiken und Störeinflüssen bedroht, andererseits aber von Kompensations- und Schutzfaktoren gestützt wird. Krank wird ein Mensch in dieser Vorstellung dann, wenn das Gleichgewicht kippt, entweder, weil die Störfaktoren

überwiegen und /oder die stabilisierende Wirkung der Schutzfaktoren nicht ausreicht [21].

Die Konzepte der Resilienz und der Salutogenese sind im Lauf der Zeit weiterentwickelt worden. Weitergehender Konsens besteht darin, dass sich personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren unterscheiden lassen [24, 25]. Zu den personalen Schutzfaktoren gehören unter anderem Intelligenz und kognitive Fertigkeiten wie Aufmerksamkeit und exekutive Funktionen (zum Beispiel Handlungsplanung und -kontrolle), aber auch wahrgenommene Kompetenz, Wertorientierung, dispositioneller Optimismus oder Selbstwirksamkeitserwartung. Familiäre Schutzfaktoren sind beispielsweise eine positive Beziehung zu den Eltern, Struktur im Tagesablauf, elterliches Interesse und ein gutes Familienklima. Zu den sozialen Schutzfaktoren gehören stabile Beziehungen zu außerfamiliären Erwachsenen (Verwandte, Erzieherinnen und Erzieher sowie Lehrerinnen und Lehrer) und zu sozial angepassten Peers, Merkmale eines erweiterten sozialen Umfelds wie eine gute Wohngegend, gute Schulen, die Integration in Jugendgruppen oder religiöse Vereinigungen, eine gute nachbarschaftliche Umgebung mit Bibliotheken und Sport- sowie Freizeitangeboten sowie eine gute Gesundheitsversorgung [25].

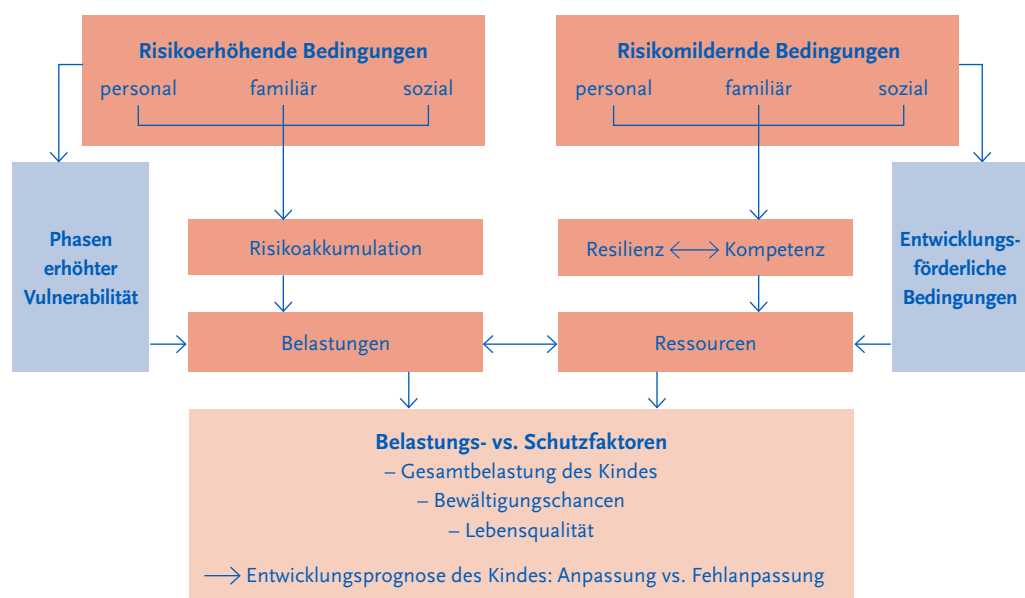
Abbildung 3.2.1 zeigt schematisch das Zusammenspiel von Risiko- und Schutzfaktoren der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

☞ **ABBILDUNG 3.2.1**

**Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit im Entwicklungskontext**

**Anmerkungen** Quelle: Eigene Darstellung, modifiziert nach Rutter, 1990 [26]

### Risiko- und Schutzfaktoren



im Kontext ihrer Entwicklung. Zentral sind dabei für eine gute individuelle Entwicklung eines Kindes eine gute Anpassung an die Herausforderungen seines täglichen Lebens in Familie, Schule und mit Freunden. Dazu gehört die erfolgreiche Bewältigung von Entwicklungsaufgaben (siehe Kapitel 3.4) wie der Erwerb von Schul- und Bildungsabschlüssen oder von sozial kompetentem Verhalten vor dem Hintergrund risikoerhöhender und risikomildernder Bedingungen. Bei hinreichender Problemdichte kumulieren risikoerhöhende Bedingungen zu manifesten Belastungen, insbesondere in Phasen erhöhter Vulnerabilität, zum Beispiel bei der Transition in eine neue Lebensphase. Umgekehrt fördert das Vorliegen guter personaler, familiärer und sozialer Ressourcen die gesunde Entwicklung eines Kindes. Bei Eintritt eines Risikofaktors können sich Ressourcen als Schutzfaktoren bewähren, indem sie die ungünstigen Effekte von Risikofaktoren puffern oder neutralisieren [2].

### 3.2.3 Erfassung von Risiko- und Schutzfaktoren in der KiGGS-Studie

#### Alter und Geschlecht

Alter (in Jahren) und Geschlecht (weiblich, männlich) wurde in den KiGGS-Erhebungen für das Alter bis 17 Jahre über die Eltern und ab elf Jahren zusätzlich im Selbstbericht der Kinder und Jugendlichen erfasst (zur Altersgruppeneinteilung siehe Kapitel 3.4).

#### Pränatale Risikofaktoren

In der KiGGS-Basiserhebung wurde im Elternfragebogen gefragt, ob die Mutter während der Schwangerschaft geraucht und ob sie Alkohol getrunken hat. Antwortoptionen waren: „Ja, regelmäßig“, „Ja, ab und zu“ und „Nein, nie“. Die Antwortoptionen „Ja, regelmäßig“ und „Ja, ab und zu“ wurden aus Fallzahlgründen nachträglich zusammengefasst.

#### Familienstruktur

In allen KiGGS-Erhebungen wurden die Eltern gefragt, wo das Kind hauptsächlich lebt. Aus den Antworten ließen sich die Kategorien: „Kernfamilie mit leiblichen Eltern“, „Stieffamilie“, „Einelternfamilie“ oder „lebt nicht bei Eltern (Großeltern, Heim, andere)“ bilden. In KiGGS Welle 2 wurde erstmals das „Wechselmodell“ erfragt, das vorliegt, wenn die

leiblichen Eltern getrennt leben, sich das Kind aber bei beiden Elternteilen etwa gleichhäufig aufhält. Für die Trendanalysen wurden Kinder im Wechselmodell auf die Kategorien „Stieffamilie“ und „Einelternfamilie“ zufällig aufgeteilt.

#### Sozioökonomischer Status

Der sozioökonomische Status (SES) wird in den Surveys des RKI durch einen eigens entwickelten Index errechnet [27]. Kernelemente sind Angaben zur Schulbildung, zur beruflichen Stellung und zum Einkommen. Die Dimension Bildung wird als Individualmerkmal auf Basis der schulischen und beruflichen Qualifikation der Befragten operationalisiert, während die Dimensionen Beruf und Einkommen als Haushaltsmerkmale berücksichtigt werden [28]. Die drei Dimensionen Bildung, Berufsstatus und Einkommen gehen gleichbedeutend in den Summenwert ein, der Werte zwischen 3 und 21 annehmen kann. Der SES-Index wird in den vorliegenden Analysen als kategoriale Variable mit drei Abstufungen (niedrig, mittel, hoch) verwendet. Für diese Kategorisierung wurde eine verteilungsbasierte Abgrenzung in fünf Quintile vorgenommen, wobei die drei mittleren Gruppen (2. bis 4. Quintil) zusammengefasst wurden. Diese dreistufige Skala (niedriger, mittlerer und hoher SES) ermöglicht einen Vergleich zwischen den – gemessen an der Kumulation von Bildungsabschlüssen, Berufsstatus und Einkommen – unteren und oberen 20% der Bevölkerung mit einer breit definierten Mitte, die 60% der Bevölkerung umfasst [28].

#### Migrationshintergrund

Laut Definition in den Gesundheitssurveys des RKI liegt ein beidseitiger Migrationshintergrund vor, wenn entweder mindestens ein Elternteil und das Kind selbst aus einem anderen Land zugewandert sind oder wenn das Kind in Deutschland geboren wurde, jedoch beide Elternteile aus einem anderen Land in die Bundesrepublik zugewandert sind beziehungsweise nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen. Ein einseitiger Migrationshintergrund liegt dann vor, wenn nur ein Elternteil nicht deutscher Staatsangehörigkeit oder aus einem anderen Land zugewandert ist [29]. In einigen Analysen wurden Kinder ohne und mit einseitigem Migrationshintergrund zusammengefasst, weil sich diese Gruppen in vielen Merkmalen stark ähneln. Das Merkmal „Migrationshintergrund“ differenziert nicht nach Herkunftsländern oder Regionen, nach Aufenthaltsdauer beziehungs-



weise -status, Kultur, Religion oder Sprachkenntnissen [30]. Dies ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

### **Gewalterfahrungen**

In der KiGGS-Basiserhebung und in KiGGS Welle 1 wurden Gewalterfahrungen in den letzten 12 Monaten differenziert nach Opfer- oder Tätererfahrungen bei Kindern und Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren erhoben. Gefragt wurde dabei, ob die oder der Befragte innerhalb der letzten 12 Monate Täterin oder Täter beziehungsweise Opfer von Gewalt war sowie, ob dies einmal oder mehrmals erfolgt war. Die jungen Erwachsenen in KiGGS Welle 1 wurden, ebenfalls mit Bezug auf die letzten 12 Monate, zu ihren körperlichen und psychischen Gewalterfahrungen sowohl als Täterin oder Täter als auch als Opfer befragt.

### **Personale Ressourcen**

Personale Ressourcen wurden mit einer im RKI entwickelten Skala erfasst, die drei Items aus der Allgemeinen Selbstwirksamkeitsskala WIRKALL [31, 32] sowie je ein Item aus dem Berner Fragebogen für Optimismus [33] und der „Sense of Coherence“-Scale [34] umfasst. Sie wurde in allen drei KiGGS-Erhebungen mitgeführt und von den Kindern und Jugendlichen ab elf Jahren sowie ab KiGGS Welle 1 von den jungen Erwachsenen ab 18 Jahren beantwortet.

### **Selbstwirksamkeitserwartung**

Gemessen wurde die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung mit der Skala WIRKALL-K von Schwarzer und Jerusalem [31, 32]. Items wie „Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.“ oder „Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Ziele und Absichten zu verwirklichen.“ konnten auf einer vierstufigen Skala von „stimmt nicht“ bis „stimmt genau“ beantwortet werden. Auch diese Skala wurde in allen drei KiGGS-Erhebungen eingesetzt, in der KiGGS-Basiserhebung ab dem Alter von 14 Jahren, in den KiGGS Wellen 1 und 2 ab dem Alter von 18 Jahren.

### **Familiärer Zusammenhalt**

Der familiäre Zusammenhalt wurde über eine modifizierte Version der Familienklima-Skalen von Schneewind, Beckmann und Hecht-Jackl [35] erhoben, die im

Rahmen der BELLA-Studie validiert wurde [36]. Items lauten zum Beispiel: „Wir kommen alle wirklich gut miteinander aus.“, „In unserer Familie geht jeder auf die Sorgen und Nöte des anderen ein.“ oder „Bei uns vergeht kein Wochenende, ohne dass wir etwas miteinander unternehmen.“. Antworten können auf einer vierstufigen Skala von „stimmt nicht“ bis „stimmt genau“ gegeben werden. In KiGGS Welle 1 wurden nur die vier Items der gleichnamigen Subskala ‚Familiärer Zusammenhalt‘ der Familienklimaskalen eingesetzt. Die Items zum Familienklima wurden in allen drei KiGGS-Erhebungen von Kindern und Jugendlichen von 11 bis 17 Jahren beantwortet, in der KiGGS-Basiserhebung auch von den Eltern der 0- bis 17-jährigen und in KiGGS Welle 1 von den Eltern der 3- bis 10-jährigen.

### **Soziale Unterstützung**

Zur Messung der sozialen Unterstützung kam in allen drei KiGGS-Erhebungen eine modifizierte Version der Social Support Scale von Donald und Ware [37] zum Einsatz. Mit insgesamt acht Fragen werden das subjektive Erleben und die Häufigkeit verschiedener Formen von sozialer Unterstützung erfasst. Items lauten beispielsweise „Gibt es jemanden, der dir zuhört, wenn du das Bedürfnis nach einem Gespräch hast?“ oder „Gibt es jemanden, der dir Informationen gibt, um dir beim Verstehen einer Situation zu helfen?“. Sie sind auf einer fünfstufigen Likert-Skala mit „Nie“ bis „Immer“ zu beantworten. Gefragt wurden die Kinder und Jugendlichen ab elf Jahren sowie die jungen Erwachsenen in der KiGGS-Kohorte ab 18 Jahren.

KONSTRUKT	INDIKATOR	SURVEY	ERHEBUNG	INHALT UND BEDEUTUNG
<b>PERSONALE FAKTOREN</b>				
<b>Alkoholkonsum während Schwangerschaft</b>	Alkoholkonsum der Mutter während Schwangerschaft	KiGGS-Basiserhebung	Elternbericht: 0–17 Jahre	Angabe, ob Mutter während Schwangerschaft Alkohol getrunken hat
<b>Rauchen während Schwangerschaft</b>	Rauchen der Mutter während Schwangerschaft	KiGGS-Basiserhebung KiGGS Welle 1 KiGGS Welle 2 (Querschnitt)	Elternbericht: 0–17 Jahre	Angabe, ob Mutter während Schwangerschaft geraucht hat
<b>Alter des Kindes</b>	Geburtsdatum	Alle KiGGS-Erhebungen	Elternbericht	Teilweise kategorial: 3–5, 6–8, 9–11, 12–14, 15–17 Jahre
<b>Geschlecht</b>	Geschlecht	Alle KiGGS-Erhebungen	Elternbericht	Kategorien: „weiblich“ und „männlich“
<b>FAMILIÄRE FAKTOREN</b>				
<b>Psychische Störung Eltern oder Erziehungspersonen</b>	Psychische Erkrankung Erziehungsperson(en) jemals	KiGGS Welle 1	Elternbericht: bis 17 Jahre	Angaben zu befragter Erziehungsperson und ggf. der Partnerin oder dem Partner
	Psychische Erkrankung Erziehungsperson(en) zurzeit	KiGGS Welle 1	Elternbericht: bis 17 Jahre	Angaben zu befragter Erziehungsperson und ggf. der Partnerin oder dem Partner
	Diagnostizierte Erkrankung leiblicher Eltern jemals	KiGGS Welle 2 (Kohorte)	Elternbericht: bis 17 Jahre Selbstbericht: ab 18 Jahre	Angabe für leibliche Mutter und Vater
<b>Elterliche Belastung</b>	SLC-K-9 [45]	BELLA-Erhebungen	Elternbericht	Skala mit jeweils einer Frage zu Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/ Feindseligkeit, Phobischer Angst, Paranoidem Denken, Psychotizismus
<b>Familienstruktur</b>	Hauptaufenthaltsort des Kindes	Alle KiGGS-Erhebungen	Elternbericht	Kategorien: Kernfamilie mit leiblichen Eltern, Stieffamilie, Einelternfamilie, Wechselmodell (nur KiGGS Welle 2), lebt nicht bei Eltern



KONSTRUKT	INDIKATOR	SURVEY	ERHEBUNG	INHALT UND BEDEUTUNG
<b>SOZIALE FAKTOREN</b>				
<b>Sozioökonomischer Status der Eltern</b>	SES nach Winkler [27, 39]	Alle KiGGS-Erhebungen	Elternbericht	Skala aus drei Skalen zum beruflichen Status, Bildung und Einkommen der Eltern „niedrig“: erstes Quintil, „mittel“: zweites bis viertes Quintil, „hoch“: fünftes Quintil
<b>Migrationshintergrund</b>	Eigenentwicklung [30]	Alle KiGGS-Erhebungen	Elternbericht	Beidseitiger Migrationshintergrund: (1) wenn mindestens ein Elternteil und das Kind selbst aus einem anderen Land oder (2) wenn das Kind in Deutschland geboren wurde, jedoch beide Elternteile aus einem anderen Land bzw. ohne deutsche Staatsangehörigkeit  Einseitiger Migrationshintergrund: wenn nur ein Elternteil ohne deutsche Staatsangehörigkeit oder aus einem anderen Land [37]
<b>Gewalterfahrungen</b>	Gewaltopfer	KiGGS-Basiserhebung KiGGS Welle 1	Selbstbericht: 11–17 Jahre	Angabe, ob in den letzten 12 Monaten Opfer von Gewalt
	Gewalttäterin oder -täter	KiGGS-Basiserhebung KiGGS Welle 1	Selbstbericht: 11–17 Jahre	Angabe, ob in den letzten 12 Monaten gewalttätig gewesen
	Körperliche Gewalt	KiGGS Welle 1 (Längsschnitt)	Selbstbericht: ab 18 Jahre	Angabe, ob körperliche Angriffe erlebt seit 16. Lebensjahr
	Psychische Gewalt erlebt ab 16 Jahre	KiGGS Welle 1 (Längsschnitt)	Selbstbericht: ab 18 Jahre	Angabe, ob psychische Drohungen oder Beeinträchtigungen erlebt seit 16. Lebensjahr

KONSTRUKT	INDIKATOR	SURVEY	ERHEBUNG	INHALT UND BEDEUTUNG
<b>PERSONALE SCHUTZFAKTOREN</b>				
<b>Personale Ressourcen</b>	Skala Personale Ressourcen [36]	KiGGS-Basiserhebung KiGGS Welle 1 KiGGS Welle 2	Selbstbericht: ab 11 Jahre	Misst Selbstwirksamkeitserwartung und Optimismus
<b>Selbstwirksamkeitserwartung [39]</b>	WIRKALL [31, 32]	KiGGS-Basiserhebung KiGGS Welle 1 KiGGS Welle 2	Selbstbericht: ab 11 Jahre	Misst, wie stark die Überzeugung ist, Herausforderungen aus eigener Kraft zu meistern
<b>FAMILIÄRER SCHUTZFAKTOR</b>				
<b>Familienklima</b>	Familienklima-Skalen [35, 36]	KiGGS-Basiserhebung KiGGS Welle 1 KiGGS Welle 2	Elternbericht: 3–10 Jahre Selbstbericht: 11–17 Jahre	Enthält Fragen zu gemeinsamen Unternehmungen, Regeln in der Familie, Unternehmungen
<b>SOZIALER SCHUTZFAKTOR</b>				
<b>Soziale Unterstützung</b>	Social Support Scale (SSS) [37]	KiGGS-Basiserhebung KiGGS Welle 1 KiGGS Welle 2	Selbstbericht: ab 11 Jahre	Skala wird aus acht Items zum subjektiven Erleben von sozialer Unterstützung gebildet

- 1 Petermann F, Resch F (2013) *Entwicklungspsychopathologie*. In: Petermann F (Hrsg) Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Hogrefe, Göttingen, S. 57–76
- 2 Petermann F, Schmidt MH (2006) *Ressourcen - ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie?* Kindh Entwickl 15(2):118–127. DOI 10.1026/0942-5403.15.2.118
- 3 Bender D, Lösel F (1998) *Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen: Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- vs. pathogenetische Ansätze*. In: Margraf J, Siegrist J, Neumer S (Hrsg) Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen. Springer, Berlin, S. 117–145
- 4 Petermann F, Koglin U (2008) *Frühe Kindheit*. Kindh Entwickl 17(3):137–142. DOI 10.1026/0942-5403.17.3.137
- 5 Petermann U, Damm F (2008) *Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre*. ZPPP 56(4):243–253. 10.1024/1661-4747.56.4.243
- 6 Ravens-Sieberer, Erhart M, Dettenborn-Betz L et al. (2011) *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. In: Wittchen HU, Hoyer J (Hrsg) Z Klin Psychol Psychother. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 643–672
- 7 World Health Organization (WHO) (2012) *Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors*. [https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/risks\\_to\\_mental\\_health\\_EN\\_27\\_08\\_12.pdf](https://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf) (Stand: 10.08.2020)
- 8 Einfeld SL, Ellis LA, Emerson E (2011) *Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: A systematic review*. Intelect Dev Disabil 36(2):137–143. DOI 10.1080/13668250.2011.572548
- 9 Kerig PK, Ward RM, Vanderzee KL et al. (2009) *Posttraumatic stress as a mediator of the relationship between trauma and mental health problems among juvenile delinquents*. J Youth Adolesc 38(9):1214–1225. DOI 10.1007/s10964-008-9332-5
- 10 Schlack R, Hölling H, Erhart M et al. (2010) *Elterliche Psychopathologie, Aggression und Depression bei Kindern und Jugendlichen*. Kindh Entwickl 19(4):228–238. <https://edoc.rki.de/handle/176904/1214> (Stand: 22.10.2021)
- 11 de Winter AF, Oldehinkel AJ, Veenstra R et al. (2005) *Evaluation of non-response bias in mental health determinants and outcomes in a large sample of pre-adolescents*. Eur J Epidemiol 20(2):173–181. DOI 10.1007/s10654-004-4948-6
- 12 Schlack R (2013) *Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Eineltern- und Stieffamilien unter besonderer Berücksichtigung von Jungen. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)*. In: Franz M, Karger A (Hrsg) Scheiden tut weh Elterliche Trennung aus Sicht der Väter und Jungen. Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen, S. 122–144
- 13 Hagen C, Lange C, Lampert T (2010) *Gesundheitliche Situation von Kindern alleinerziehender Mütter in Deutschland*. In: Collatz J (Hrsg) Familienmedizin in Deutschland. Pabst Science Publishers, Lengerich, S. 176–200
- 14 Reichle B, Gloger-Tippelt G (2007) *Familiale Kontexte und sozial-emotionale Entwicklung*. Kindh Entwickl 16(4):199–208. DOI 10.1026/0942-5403.16.4.199
- 15 Wille N, Bettge S, Ravens-Sieberer U et al. (2008) *Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study*. Eur Child Adolesc Psychiatry 17 Suppl 1:133–147. DOI 10.1007/s00787-008-1015-y
- 16 Myklestad I, Røysamb E, Tambs K (2012) *Risk and protective factors for psychological distress among adolescents: a family study in the Nord-Trøndelag Health Study*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 47(5):771–782. DOI 10.1007/s00127-011-0380-x
- 17 Petermann U, Reinartz H, Petermann F (2002) *IDL 0-2: Ein Explorationsbogen zur Identifikation differenzieller Lernwege in der Sozialentwicklung*. ZPPP (50):427-457
- 18 Scheithauer H, Petermann F (1999) *Zur Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen*. Kindh Entwickl 8(1):3-14. DOI 10.1026//0942-5403.8.1.3
- 19 Werner EE (2005) *What Can We Learn about Resilience from Large-Scale Longitudinal Studies?* In: Goldstein S, Brooks RB (Hrsg) Handbook of resilience in children. Springer, Boston, MA, S. 91–105
- 20 Werner EE, Smith R (2001) *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. Cornell University Press, Ithaca
- 21 Bengel J, Meinders-Lücking F, Rottman N (2009) *Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen*. Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln
- 22 Antonovsky A (1987) *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass Social and Behavioral Science Series. Jossey-Bass Inc., U.S., San Francisco
- 23 Antonovsky A (1991) *Meine Odyssee als Stressforscher*. Jahrbuch für Kritische Medizin, Argument Sonderband 193, Berlin, S. 112–130
- 24 Luthar SS, Cicchetti D, Becker B (2000) *The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work*. Child Dev 71(3):543–562. DOI 10.1111/1467-8624.00164
- 25 Masten AS, Powell JL (2003) *A resilience framework for research, policy, and practice. Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge University Press, New York, NY, S. 1–25
- 26 Rutter M (1990) *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. Risk and protective factors in the development of psychopathology. Cambridge University Press, New York, NY
- 27 Lampert T, Müters S, Stolzenberg H et al. (2014) *Messung des sozioökonomischen Status in der KiGGS-Studie*. Bundesgesundheitsbl 57(7):762–770. DOI 10.1007/s00103-014-1974-8
- 28 Lampert T, Hoebel J, Kuntz B et al. (2018) *Messung des sozioökonomischen Status und des subjektiven sozialen Status in KiGGS Welle 2*. Journal of Health Monitoring 3(1):114–132. DOI 10.17886/rki-gbe-2018-016
- 29 Schenk L, Ellert U, Neuhauser H (2007) *Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)*. Bundesgesundheitsbl 50(5–6):590–599. DOI 10.1007/s00103-007-0220-z
- 30 Schenk L, Neuhauser H, Ellert U et al. (2008) *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS 2003–2006): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3215> (Stand: 02.11.2021)
- 31 Jerusalem M, Schwarzer R (2003) *SWE – Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung*. In: Brähler E, Schumacher J, Strauß B (Hrsg) Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. Hogrefe, Göttingen
- 32 Schwarzer R, Jerusalem M (1999) *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen*. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Freie Universität, Berlin
- 33 Grob A, Lüthi R, Kaiser F et al. (1991) *Berner Fragebogen zum Wohlbefinden Jugendlicher (BFW)*. [The Bern Subjective Well-Being Questionnaire for Adolescents (BFW)]. Diagnostica 37(1):66–75
- 34 Kern R, Rasky E, Noack RH (1995) *Indikatoren für Gesundheitsförderung in der Volksschule*. Forschungsbericht 95/1. Karl-Franzens-Universität, Graz
- 35 Schneewind KA, Beckmann M, Hecht-Jackl A (1985) *Familiendiagnostisches Testsystem (FDTS)*. Berichte 1/1985 bis 9.2/1985. Forschungsberichte aus dem Institutsbereich Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnostik. München

- 36 Bettge S, Ravens-Sieberer U (2003) *Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – empirische Ergebnisse zur Validierung eines Konzepts*. Gesundheitswesen 65(03):167–172. DOI 10.1055/s-2003-38514
- 37 Donald CA, Ware JE (1982) *The quantification of social contacts and resources*. Health insurance experiment series. Rand Corporation, Santa Monica, CA
- 38 Brähler E, Klaghofer R (2001) *Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R*. Z f Klin Psych Psychopath Psychother 49:115–124
- 39 Winkler J, Stolzenberg H (1999) *Der Sozial-schichtindex im Bundes-Gesundheitssurvey*. Gesundheitswesen 61(S2):178–183

# Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Lebenszufriedenheit



Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein mehrdimensionales Konstrukt, das auf die subjektive Einschätzung von körperlichen, emotional-psychischen, sozialen sowie funktionellen Aspekten des Wohlbefindens zielt [1]. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen als „Wahrnehmung der Position des Kindes im Leben im Kontext der Kultur und Wertesysteme, in denen es lebt und in Bezug auf seine Ziele, Erwartungen, Standards und Bedenken“ [2] und die gesundheitsbezogene Lebensqualität als „Ziele, Erwartungen, Standards oder Bedenken hinsichtlich seiner allgemeinen Gesundheit und seiner gesundheitsbezogenen Bereiche“ [2, 3]. Im Vergleich zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist die Lebensqualität damit ein umfassenderes Konzept, das auch nicht unmittelbar mit der Gesundheit verbundene Aspekte des Wohlbefindens enthält [4].

Neben der gesundheitsbezogenen Lebensqualität werden eine Reihe verwandter Konzepte verfolgt, zu denen außer der Lebensqualität, auch die Lebenszufriedenheit gehört [5, 6]. Bei der Beurteilung der Lebenszufriedenheit schätzt eine Person ihre allgemeine Lebenslage ein. Lebenszufriedenheit bezieht sich somit im Unterschied zur Lebensqualität auf die generelle kognitive Bewertung der eigenen Lebensumstände [7]. Auch die Lebenszufriedenheit ist ein mehrdimensionales Konstrukt, das neben einer allgemeinen Beurteilung des Lebens unterschiedliche

Bereiche umfasst, hinsichtlich derer eine Person ihre Zufriedenheit beurteilt. Insbesondere sind dies körperliche, psychische, soziale und verhaltensbezogene Komponenten [8].

Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Lebenszufriedenheit sind einander ergänzende Konzepte zur Beurteilung der subjektiven Gesundheit [4]. Sie sind daher wichtige zusätzliche Gesundheitsindikatoren mit hoher Public-Health-Relevanz. Ihre Betrachtung erlaubt es, die mit einer Erkrankung oder Gesundheitsbeeinträchtigung einhergehende subjektiv wahrgenommene Belastung zu berücksichtigen und nicht nur das Vorliegen von Symptomen [9]. Auf diese Weise lassen sich frühzeitig Personen oder Gruppen mit Beeinträchtigungen des Wohlbefindens oder der Funktionsfähigkeit im Alltag identifizieren.

## 3.3.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Lebenszufriedenheit bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Anders als bei Erwachsenen [10] wurde die Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen lange vernachlässigt [1]. Erst Anfang der 1990er Jahre wurden pädiatrische Fragebögen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität vermehrt zum Einsatz gebracht [4]. Das Interesse an gesundheitsbezogener Lebensqualität ist eng mit dem Anstieg

der Prävalenz chronischer Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen verbunden. Je besser die medizinische Versorgung wurde, umso wahrscheinlicher überlebten Kinder mit erworbenen akuten oder chronischen Krankheiten [11]. Der Blick wurde daher auf ihre Lebensbedingungen und -umstände gelenkt, da sie ein höheres Risiko für psychosoziale Folgeprobleme haben als nicht von chronischen Erkrankungen und Gesundheitsstörungen betroffene Kinder und Jugendliche [4]. In diesem Kontext wurde rasch deutlich, dass die Bewertung körperlicher Messwerte und Untersuchungsergebnisse allein nicht ausreichen, um den Gesundheitszustand dieser Kinder und Jugendlichen adäquat zu beschreiben. So etablierte sich die Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als wichtiges Komplementärmaß in der Versorgung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher und ist von wesentlicher Bedeutung für ein umfassendes Verständnis für die Auswirkung einer chronischen Erkrankung auf ein Individuum [4]. Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen und Störungen wie ADHS, Autismus oder eine Depression haben oft chronischen Charakter [12] und können die gesundheitsbezogene Lebensqualität und Lebenszufriedenheit stark beeinträchtigen [13-17, für eine Übersicht siehe 18]. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat sich daher als wichtiges Maß zur Beurteilung des Wohlbefindens von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten und Störungen etabliert [14].

### 3.3.2 Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in den KiGGS-Studien des Gesundheitsmonitorings

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurde in der KiGGS-Studie über standardisierte, international anerkannte und validierte Instrumente erhoben (Tabelle 3.3.1).

In der KiGGS-Basiserhebung erfolgte die Erfassung von gesundheitsbezogener Lebensqualität mit dem KINDL-R-Fragebogen [19]. Dieses Instrument bildet gesundheitsbezogene Lebensqualität über die Subskalen Körperliches Wohlbefinden, Emotionales Wohlbefinden, Selbstwert, Familie, Freunde und Schule sowie auf einer Gesamtskala ab. Dabei wurden im Altersbereich von 3 bis 17 Jahren die Eltern befragt, ab dem Alter von elf Jahren auch die Kinder und Jugendlichen selbst.

In KiGGS Welle 1 wurde der Fragebogen KIDSCREEN-10 [19] eingesetzt, eine auf zehn Items reduzierte Kurzform des KIDSCREEN-27-Fragebogens [20]. In KiGGS Welle 1 wurden im Altersbereich von 3

bis 10 Jahren die Eltern, ab elf Jahren die Kinder und Jugendlichen selbst zu ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität befragt. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität im jungen Erwachsenenalter (ab 18 Jahren) wurde in KiGGS Welle 1 mit dem SF-8 Health Survey [21, 22] erfasst.

In KiGGS Welle 2 kam der KIDSCREEN-27 zum Einsatz: mit 27 Fragen wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität in den Subskalen Körperliches Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden, Beziehungen zu Eltern und Autonomie, Soziale Unterstützung und Gleichaltrige sowie schulisches Umfeld erfasst. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität im jungen Erwachsenenalter wurde, wie in KiGGS Welle 1, mit dem SF-8 Health Survey ermittelt. Die Lebenszufriedenheit wurde ausschließlich im Längsschnitt von KiGGS Welle 2 im jungen Erwachsenenalter mit dem Personal Wellbeing Index Adults (PWI-A) [23] erhoben (Tabelle 3.3.1). Dieser Fragebogen erfasst die Zufriedenheit in sieben verschiedenen Lebensbereichen sowie die generelle Zufriedenheit mit dem Leben.

KONSTRUKT	INDIKATOR	SURVEY	ERHEBUNG	INHALT UND BEDEUTUNG
<b>FAMILIÄRE FAKTOREN</b>				
<b>Gesundheitsbezogene Lebensqualität (Kinder und Jugendliche)</b>	KINDL-R [19]	KiGGS-Basiserhebung	Selbstbericht: 11–17 Jahre  Elternbericht: 3–17 Jahre	enthält die Subskalen Körperliches Wohlbefinden, Emotionales Wohlbefinden, Selbstwert, Familie, Freunde und Schule, die zu einer Gesamtskala (Total) addiert werden können
	KIDSCREEN-10 [19, 24, 25]	KiGGS Welle 1 KiGGS Welle 2	Elternbericht: 7–10 Jahre  Selbstbericht: 11–17 Jahre	keine Einzeldimensionen abbildbar
	KIDSCREEN-27 [19, 35, 36]	KiGGS Welle 2	Selbstbericht: 11–17 Jahre	erfasst die Dimensionen: körperliches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, Beziehungen zu Eltern und Autonomie, soziale Unterstützung und Gleichaltrige, schulisches Umfeld
<b>Gesundheitsbezogene Lebensqualität (junge Erwachsene)</b>	SF-8 [21, 22]	KiGGS Welle 1 KiGGS Welle 2 (Kohorte)	Selbstbericht: ab 18 Jahre	Zwei Subskalen: Körperliche Lebensqualität und Psychische Lebensqualität
<b>Allgemeine Lebenszufriedenheit (junge Erwachsene)</b>	PWI-A [27]	KiGGS Welle 2 (Kohorte)	Selbstbericht: ab 18 Jahre	Index enthält Fragen zur Lebenszufriedenheit in Bezug auf Lebensstandard, Gesundheit, persönliche Beziehungen, Sicherheit, Zugehörigkeit zur Lebensgemeinschaft und Sicherheit in der Zukunft

- 1 Ravens-Sieberer U, Erhart M, Wille N et al. (2008) *Health-related quality of life in children and adolescents in Germany: results of the BELLA study*. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 17 Suppl 1:148–156. DOI 10.1007/s00787-008-1016-x
- 2 World Health Organization (1996) *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version*. WHO Division of Mental Health, Geneva
- 3 Fayed N, De Camargo OK, Kerr E et al. (2012) *Generic patient-reported outcomes in child health research: a review of conceptual content using World Health Organization definitions*. *Dev Med Child Neurol* 54(12):1085–1095
- 4 Haverman L, Limperg P, Young N et al. (2017) *Paediatric health-related quality of life: what is it and why should we measure it?* *Arch Dis Child* 102(5):393–400
- 5 Diener E, Suh EM, Lucas RE et al. (1999) *Subjective well-being: Three decades of progress*. *Psychol Bull* 125(2):276–302. DOI 10.1037/0033-2909.125.2.276
- 6 Huebner ES (2004) *Research on Assessment of Life Satisfaction of Children and Adolescents*. *Soc Indic Res* 66(1):3–33. DOI 10.1023/B:SOCI.0000007497.57754.e3
- 7 Pavot W, Diener E (2009) *Review of the satisfaction with life scale*. In: Diener E (Hrsg) *Assessing well-being (Social Indicators Research Series, Bd39)*. Springer Netherlands, Dordrecht, S. 101–117
- 8 Ware JE (2003) *Conceptualization and measurement of health-related quality of life: comments on an evolving field*. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 84:43–51
- 9 Matza LS, Swensen AR, Flood EM et al. (2004) *Assessment of health-related quality of life in children: a review of conceptual, methodological, and regulatory issues*. *Value Health* 7(1):79–92
- 10 Karimi M, Brazier J (2016) *Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference?* *Pharmacoeconomics* 34(7):645–649
- 11 Palfrey JS, Tonniges TF, Green M et al. (2005) *Introduction: Addressing the millennial morbidity—the context of community pediatrics*. *Pediatrics* 115(4 Suppl):1121–1123. DOI 10.1542/peds.2004-2825b
- 12 Hölling H, Schlack R, Petermann F et al. (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)* *Bundesgesundheitsbl* 57(7):807–819. DOI 10.1007/s00103-014-1979-3
- 13 Bai G, Houben-van Hertem M, Landgraf JM et al. (2017) *Childhood chronic conditions and health-related quality of life: Findings from a large population-based study*. *PLOS ONE* 12(6):e0178539
- 14 Baumgarten F, Cohrdes C, Schienkiewitz A et al. (2019) *Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Zusammenhänge mit chronischen Erkrankungen und psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen*. *Bundesgesundheitsbl* 62(10):1205–1214
- 15 Danckaerts M, Sonuga-Barke EJ, Banaschewski T et al. (2010) *The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review*. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 19(2):83–105
- 16 Potvin MC, Snider L, Prelock PA et al. (2015) *Health-related quality of life in children with high-functioning autism*. *Autism* 19(1):14–19
- 17 Ravens-Sieberer U, Ottova V, Hillebrandt D et al. (2012) *Gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der deutschen HBSC-Studie 2006–2010*. *Das Gesundheitswesen* 74(S 01):S33–S41
- 18 Jonsson U, Alaie I, Löfgren Willeus A et al. (2017) *Annual Research Review: Quality of life and childhood mental and behavioural disorders—a critical review of the research*. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 58(4):439–469
- 19 Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S et al. (2007) *Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. *Bundesgesundheitsbl* 50(5):871–878. DOI 10.1007/s00103-007-0250-6
- 20 Ravens-Sieberer U, Herdman M, Devine J et al. (2014) *The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: development, current application, and future advances*. *Qual Life Res* 23(3):791–803
- 21 Bullinger M, Kirchberger I, Ware J (1995) *Der deutsche SF-36 Health Survey. Übersetzung und psychometrische Testung eines krankheitsübergreifenden Instruments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität*. *Z Gesundh Wiss* 3(1):21–36
- 22 Ware JE, Jr., Gandek B (1998) *Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project*. *J Clin Epidemiol* 51(11):903–912. DOI 10.1016/s0895-4356(98)00081-x
- 23 International Wellbeing Group (2006) *Personal wellbeing index*. Australian Centre on Quality of Life, Deakin University, Melbourne
- 24 Ravens-Sieberer U, Erhart M, Rajmil L et al. (2010) *Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: a short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life*. *Qual Life Res* 19(10):1487–1500. DOI 10.1007/s11136-010-9706-5
- 25 Ravens-Sieberer U, Auquier P, Erhart M et al. (2007) *The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries*. *Qual Life Res* 16(8):1347–1356. DOI 10.1007/s11136-007-9240-2
- 26 Robitail S, Ravens-Sieberer U, Simeoni MC et al. (2007) *Testing the structural and cross-cultural validity of the KIDSCREEN-27 quality of life questionnaire*. *Qual Life Res* 16(8):1335–1345. DOI 10.1007/s11136-007-9241-1
- 27 International Wellbeing Group (2013) *Personal Wellbeing Index: 5th Edition*. Australian Centre on Quality of Life, Deakin University, Melbourne



# Lebensphasen und Transitionen



Entwicklung ist ein über die gesamte Lebensspanne ablaufender Prozess der biopsychosozialen Neuorganisation eines Individuums in seiner Auseinandersetzung mit bedeutsamen Entwicklungsaufgaben und -übergängen, der durch verschiedene innere und äußere Faktoren beeinflusst und gestaltet werden kann [1]. Während seines Entwicklungsprozesses durchläuft ein Individuum mehrere Lebensphasen. In jeder Lebensphase gibt es spezifische Herausforderungen, die vom Individuum durch Anpassungsleistungen bewältigt werden müssen [2]. Entwicklungsaufgaben ergeben sich insbesondere bei der Transition von einer Lebensphase in die darauffolgende. Transitionen sind durch Veränderungen oder den Wegfall von Gewohnheiten oder vertrauten Beziehungen gekennzeichnet und gehen mit einer Reihe neuer Anforderungen einher. Dazu zählen unter anderem biologisch determinierte Entwicklungsaufgaben wie Laufen lernen oder Spracherwerb, aber auch soziokulturelle oder psychische Veränderungen wie der Schuleintritt, der Eintritt in die Pubertät, der Beginn der Erwerbstätigkeit oder das Verfolgen individueller Ziele. Die erfolgreiche Bewältigung von Entwicklungsaufgaben bildet die Grundlage für einen angepassten Entwicklungsverlauf und für eine gute psychische Gesundheit eines Kindes, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen. Hierfür werden personale, familiäre und soziale Ressourcen benötigt [1].

## 3.4.1 Lebensphasen, Transitionen und Entwicklungsaufgaben im Kindes- und Jugendalter

Wichtige Entwicklungsaufgaben, (Umwelt-)Anforderungen und Ressourcen in unterschiedlichen Lebens- und Transitionsphasen sind in Tabelle 3.4.1. dargestellt. Der Übergang vom Vorschul- in das Grundschulalter stellt mit dem Schuleintritt neue Anforderungen hinsichtlich zunehmender Eigenständigkeit im Lernen und dem Erledigen von Hausaufgaben an ein Kind. Dazu kommen die Anforderungen des schulischen Alltags wie Stillsitzen, sich auf den Unterricht zu fokussieren, später auch das gemeinsame Lernen mit Gleichaltrigen. Schwierigkeiten bei der Bewältigung dieser Anforderungen können sich in Symptomen wie Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität oder auch Depressivität zeigen [3]. Darüber hinaus sind in dieser Lebensphase Entwicklungsaufgaben wie die Identifikation mit Geschlechtsrollen oder der Erwerb von sozialen, emotionalen und kognitiven Kompetenzen von Bedeutung. Zur erfolgreichen Bewältigung dieser Anforderungen ist ein Kind in dieser Lebensphase auf familiäre und soziale Unterstützung durch die Eltern oder Lehrpersonen angewiesen.

Der Übergang in die Adoleszenz stellt ein Kind vor neue Entwicklungsaufgaben. Dazu gehören die Entwicklung eines Wertesystems und das Erlangen

von emotionaler Unabhängigkeit von erwachsenen Bezugspersonen, aber auch die Aufnahme romantischer Beziehungen und erste sexuelle Aktivität. Die Lebensphase der Adoleszenz ist außerdem durch die Vorbereitung auf das Berufsleben und den Schulabschluss gekennzeichnet. Durch biologische und psychosoziale Veränderungen und die damit einhergehenden Entwicklungsaufgaben ist diese Lebensphase mit einem erhöhten Risiko für das Erstauftreten von affektiven Störungen, substanzbezogenen Störungen oder Schizophrenie verbunden [4, 5]. Die Lebensphase Jugend ist oftmals auch von einem risikoreichen Lebensstil geprägt, der unter anderem durch den Konsum von Nikotin, Alkohol oder illegalen Drogen gekennzeichnet ist. Außerdem nimmt in dieser Zeit die Nutzung sozialer Medien zu, ebenso die Bedeutung von Freunden und Gleichaltrigen als soziale Ressource.

Transitionen können im individuellen Entwicklungsverlauf auch eine Chance für Kinder und Jugendliche darstellen, etwa indem sie Veränderungen als individuelle Wachstumsimpulse für die Persönlichkeitsentwicklung nutzen. Ebenfalls kann der Entwicklungsverlauf eines Kindes oder Jugendlichen durch gezielte Maßnahmen in eine förderliche Richtung gelenkt und nötigenfalls auch korrigiert werden. So kann ein Misslingen zu bewältigender Anforderungen bei einem Entwicklungsübergang vermieden werden [1].

Transitionen stellen aber auch Phasen erhöhter Vulnerabilität dar: Kinder und Jugendliche sind anfälliger für Störimpulse, so dass sich vorhandene Risikofaktoren stärker auf die psychische Gesundheit auswirken können. Fehlen dann Ressourcen, kann dies dazu führen, dass die Bewältigung anstehender Entwicklungsaufgaben schwieriger wird oder ganz miss-

lingt. Häuft sich das Misslingen, dann erhöht sich das Risiko für Entwicklungsabweichungen. Nicht gelöste Entwicklungsaufgaben können zu Komplikationen in der weiteren Entwicklung und zur Ausbildung psychischer Auffälligkeiten und Störungen führen [6].

### 3.4.2 Transition in das junge Erwachsenenalter

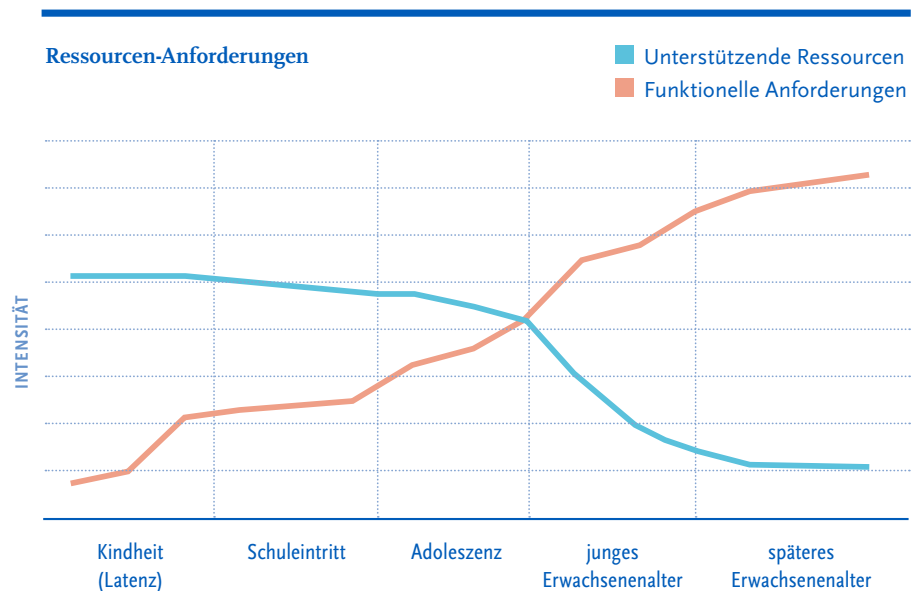
Die Transition vom Jugend- in das junge Erwachsenenalter stellt junge Menschen schließlich vor die Aufgaben, eine Berufsausbildung oder ein Studium abzuschließen, in das Berufsleben einzutreten, aus dem Elternhaus auszuziehen, eine Partnerschaft einzugehen und zunehmend finanzielle Eigenständigkeit zu erlangen. Später kommen gegebenenfalls Heirat, Familiengründung, berufliche Karriere und finanzielle Unabhängigkeit hinzu [7]. In den vergangenen Jahren mehrten sich Befunde, dass die Lebensphase der Adoleszenz und die Transition in das junge Erwachsenenalter heterogener geworden sind. Einige Autorinnen und Autoren sprechen von einer sich bis zu einem Alter von 25 bis 30 Jahren verlängernden „Emerging Adulthood“ [8], beziehungsweise unterteilen diesbezüglich in eine Früh- und Spätadoleszenz [9]. Typische Merkmale des Erwachsenseins wie der Auszug aus dem Elternhaus, die Erwerbstätigkeit oder die Familiengründung haben sich im Lebensverlauf nicht selten bis in die frühen dreißiger Jahre verschoben [10, 11].

Der Auszug aus dem Elternhaus, Wohnortwechsel durch Umzüge, Studium oder Ausbildung beziehungsweise erste Berufstätigkeit oder wechselnde Bekanntschaften und Partnerschaften machen das junge

#### ABBILDUNG 3.4.1

#### Ressourcen-Anforderungs-Ungleichgewicht für ADHS-Betroffene über den Lebensverlauf

**Anmerkungen** Quelle: modifiziert nach Turgay et al. [14]



TRANSITIONSPHASE	ENTWICKLUNGSAUFGABEN	UMWELTANFORDERUNGEN	RESSOURCEN
In das Grundschulalter 6 bis 11 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Geschlechtsrollenidentifikation</li> <li>· Spiel in Gruppen</li> <li>· Soziale Kooperation</li> <li>· Emotionale Selbstregulation</li> <li>· Kognitive Kontrolle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Schuleintritt</li> <li>· Eigenständiges Erledigen von Schularbeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· personale Ressourcen (Selbstwirksamkeitserwartung, Optimismus, Kohärenzsinn)</li> <li>· Unterstützung durch Eltern und Familie</li> <li>· Unterstützung durch Lehrkräfte</li> </ul>
In die Adoleszenz 12 bis 17 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Entwicklung eines Wertesystems</li> <li>· Erlangung emotionaler Unabhängigkeit von erwachsenen Bezugspersonen</li> <li>· Reifere Beziehungen zu Peers / Aufbau von Freundschaften</li> <li>· Geschlechtsrollenübernahme</li> <li>· Aufbau romantischer Beziehungen</li> <li>· Aufnahme sexueller Aktivität</li> <li>· Sozial verantwortliches Verhalten erstreben und erreichen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Vorbereitung auf das Berufsleben (Bildungserwerb)</li> <li>· Schulabschluss</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Personale Ressourcen (Selbstwirksamkeitserwartung, Optimismus, Kohärenzsinn)</li> <li>· Eltern und Familie</li> <li>· Unterstützung durch Lehrkräfte</li> <li>· Soziale Unterstützung (Freunde, andere erwachsene Bezugspersonen)</li> </ul>
In das frühe junge Erwachsenenalter 18 bis 24 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Partnersuche</li> <li>· Sexuelle Aktivität</li> <li>· Auszug aus dem Elternhaus</li> <li>· Zunehmende finanzielle Selbstständigkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Berufliche Ausbildung</li> <li>· Studium</li> <li>· Eintritt in das Berufsleben</li> <li>· Führerscheinwerb</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Personale Ressourcen (Selbstwirksamkeitserwartung, Optimismus, Kohärenzsinn)</li> <li>· Eltern und Familie</li> <li>· Soziale Unterstützung</li> </ul>
In das spätere junge Erwachsenenalter 25 bis 31 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Feste Partnerschaft / Heirat</li> <li>· Familiengründung</li> <li>· Finanzielle Selbstständigkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Eintritt in das Berufsleben</li> <li>· Gesellschaftliches Engagement</li> <li>· Karriere</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Personale Ressourcen (Selbstwirksamkeitserwartung, Optimismus, Kohärenzsinn)</li> <li>· Partnerin, Partner</li> </ul>

Erwachsenenalter zu einer von Veränderungen und oftmals von Instabilität in den sozialen Beziehungen gekennzeichneten Lebensphase [12]. Einerseits haben junge Erwachsene hier die Gelegenheit, sich auszuprobieren, andererseits kann bei einem hohen Anteil noch unbewältigter Entwicklungsaufgaben, zugleich aber hochgesteckten individuellen Zielen, ein erheblicher Entwicklungsdruck entstehen. Dieser kann mit einer erhöhten Belastung einhergehen und sich zum Beispiel in internalisierenden psychischen Symptomen wie Ängsten oder Depressivität äußern [11].

Da sich Entwicklungsaufgaben, Umweltanforderungen und verfügbare Ressourcen mit steigendem Alter gegenläufig entwickeln, stellen Transitionen insbesondere für ADHS-betroffene Kinder und Jugendliche besondere Herausforderungen dar [14]. Im Schul-

alter sorgen noch Eltern, Lehrerinnen und Lehrer oder andere erwachsene Bezugspersonen für Struktur und Unterstützung in Schule und Alltag. Gleichzeitig sind ADHS-Betroffene eingebettet in die Struktur der pädiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen -psychotherapeutischen Versorgung. Mit dem Schulabschluss, dem Auszug aus dem Elternhaus und dem Übergang in die Erwachsenenversorgung (Transition in das junge Erwachsenenalter) fallen die bislang verfügbaren, stützenden, externalen Ressourcen von Familie, Schule und Gesundheitssystem jedoch oftmals weg. Zugleich steigen die Anforderungen an ein selbstorganisiertes Leben. Diese Konstellation wird auch als Ressourcen-Anforderungs-Ungleichgewicht bezeichnet [14] (Abbildung 3.4.1).

Für ADHS-Betroffene stellt der Übergang von der pä-

diatrischen in die Erwachsenenversorgung eine besondere Herausforderung dar, da die ADHS lange Zeit als Störung des Kindes- und Jugendalters galt und in der Erwachsenenpsychiatrie bislang nur unzureichend verortet war [15]. Trotz Verbesserungen in der jüngeren Vergangenheit kommt es immer noch häufig zu Unterbrechungen in der Versorgung, die sich ungünstig auf das klinische Beschwerdebild auswirken können [16]. Außerdem berücksichtigt die Erwachsenenversorgung individuelle Entwicklungsstände und Reifungsgrade der Heranwachsenden bei der Behandlung psychischer Störungen weniger, obwohl gerade bei jüngeren Menschen mit psychischen Störungen vermehrt Entwicklungsverzögerungen oder -regressionen auftreten können [17] oder es mit Blick auf eine „Emerging Adulthood“ noch unabgeschlossene Entwicklungsaufgaben gibt.

### 3.4.3 Operationalisierung von Transitionen in der KiGGS-Kohorte

In der KiGGS-Kohorte wird nicht ein Geburts- oder Altersjahrgang über mehrere Erhebungszeitpunkte nachbeobachtet wie in vielen anderen Kohortenstudien, sondern sämtliche Altersjahrgänge aus der KiGGS-Basiserhebung von 0 bis 17 Jahren (sequentielles Kohortendesign). In der Infobox 3.4.1 ist die daraus resultierende Altersgruppeneinteilung für die Längsschnittdaten dargestellt.

Mit den Analysen individueller Lebensverläufe kann unter anderem gezeigt werden, in welchen Entwicklungsphasen Kinder und Jugendliche besonders vulnerabel für die Entstehung und Chronifizierung von psychischen Auffälligkeiten oder ADHS sind und wie gut lebensphasenspezifische Übergänge bewältigt werden können. Zudem kann untersucht werden, welche Risiko- und Schutzfaktoren einen Entwicklungsverlauf ungünstig oder günstig beeinflussen. Daraus können wiederum wichtige Hinweise für Prävention und Gesundheitsförderung gewonnen werden.

### 3.4.4 Entwicklungsausgänge im jungen Erwachsenenalter

Psychische Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend sind mit ungünstigeren Entwicklungsverläufen in das junge Erwachsenenalter verbunden, was sich auch mit der KiGGS-Kohorte untersuchen lässt. In KiGGS Welle 2 wurden im Kohortenarm der Studie Indikatoren zum Bildungsstatus, zur Unfallneigung, der psychischen Gesundheit, zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Lebenszufriedenheit sowie zur reproduktiven Gesundheit bei der Gruppe der jungen Erwachsenen erhoben (Tabelle 3.4.2). Diese bilden die Grundlage für die Analysen zu Entwicklungsausgängen im jungen Erwachsenenalter.

#### INFOBOX 3.4.1

##### EINTEILUNG ALTERSGRUPPEN KiGGS

Aus einer groben Orientierung an den „klassischen Entwicklungsphasen“ und dem zeitlichen Abstand zwischen den Erhebungswellen ergeben sich für die Längsschnittdaten folgende mögliche Altersgruppeneinteilungen:

- Frühe Kindheit (0 bis 2 Jahre)
- Vorschulalter (3 bis 5 Jahre)
- Frühes Schulalter (9 bis 11 Jahre)
- Mittleres Schulalter (9 bis 11 Jahre)
- Späteres Schulalter/Präadoleszenz (12 bis 14 Jahre)
- Jugend/Adoleszenz (15 bis 17 Jahre)

- Frühes junges Erwachsenenalter (18 bis 24 Jahre)
- Späteres junges Erwachsenenalter (25 bis 31 Jahre).

Abbildung 3.4.2 zeigt die Transitionen von der KiGGS-Basiserhebung über KiGGS Welle 1 bis KiGGS Welle 2 grafisch. Unter Berücksichtigung des Erfordernisses hinreichender Zellgrößen werden die 18- bis 31-Jährigen der KiGGS-Kohorte zum Erhebungszeitpunkt der KiGGS Welle 2 für die statistischen Analysen zu einer Gruppe der „jungen Erwachsenen“ zusammengefasst.

Indikatoren im Bereich Entwicklungsergebnisse  
in der KiGGS-Studie

PSYCHISCHE GESUNDHEIT				
KONSTRUKT	INDIKATOR	SURVEY	ERHEBUNG	METHODE UND INTERPRETATION
Depressive Symptomatik	PHQ-8/PHQ-9 aus PHQ-D [18]	KiGGS Welle 1 KiGGS Welle 2 (Kohorte)	Selbstbericht: ab 18 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Acht bzw. neun Fragen (PHQ-8/PHQ-9) nach Depressionssymptomen in den letzten zwei Wochen [19, 20]</li> <li>· Werte größer 9 weisen Depressionsverdacht aus</li> </ul>
Symptome einer Panikstörung	Panikmodul aus PHQ –D [18]	KiGGS Welle 1 KiGGS Welle 2 (Kohorte)	Selbstbericht: ab 18 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Fünf Fragen nach Symptomen für eine Panikstörung in den letzten vier Wochen</li> <li>· Bei durchgängiger Bejahung liegt wahrscheinlich Panikstörung vor</li> </ul>
Symptome einer Essstörung	SCOFF Fragebogen [22, 23]	KiGGS Welle 1 KiGGS Welle 2 (Kohorte)	Selbstbericht: ab 11 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Fünf Fragen zu den Kernsymptomen von Anorexia und Bulimia nervosa</li> <li>· Bei zwei bejahenden Antworten liegt der Verdacht auf eine Essstörung vor</li> </ul>
Allgemeine Psychische Gesundheit	MHI-5 [24, 25]	KiGGS Welle 1 KiGGS Welle 2 (Kohorte)	Selbstbericht: ab 18 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Generischer Screener mit fünf Fragen zum Gemütszustand in letzten vier Wochen</li> <li>· Werte unter 50 weisen auf eine psychische Störung hin</li> </ul>
REPRODUKTIVE GESUNDHEIT				
KONSTRUKT	INDIKATOR	SURVEY	ERHEBUNG	METHODE UND INTERPRETATION
Alter erster Geschlechtsverkehr	Alter beim ersten Geschlechtsverkehr	KiGGS Welle 2 (Kohorte)	Selbstbericht: ab 14 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Alter in Jahren</li> </ul>
Anzahl der Sexualpartnerinnen und -partner	Anzahl der Sexualpartnerinnen und -partner	KiGGS Welle 2 (Kohorte)	Selbstbericht: ab 18 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Zahl der Sexualpartnerinnen und -partner in den letzten 12 Monaten</li> </ul>
Geschützter Geschlechtsverkehr	Kondomnutzung beim Geschlechtsverkehr	KiGGS Welle 2 (Kohorte)	Selbstbericht: ab 18 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Frage, ob Kondome beim Geschlechtsverkehr „grundsätzlich“, „gelegentlich“ oder „nicht“ genutzt werden</li> </ul>
Schwangerschaftsverhütung	Verhütung zurzeit	KiGGS Welle 2 (Kohorte)	Selbstbericht: ab 18 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Angabe, ob zurzeit Verhütungsmittel genutzt werden</li> </ul>
Partnerschaft	Feste Partnerschaft zurzeit	KiGGS Welle 2 (Kohorte)	Selbstbericht: ab 18 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Angabe, ob zurzeit eine feste Partnerin oder ein fester Partner vorhanden</li> <li>· Frage, ob zurzeit eine feste Partnerin oder ein fester Partner vorhanden</li> </ul>

SCHWANGERSCHAFTEN UND KINDER				
KONSTRUKT	INDIKATOR	SURVEY	ERHEBUNG	METHODE UND INTERPRETATION
Schwangerschaft	Jemals schwanger gewesen	KiGGS Welle 2 (Kohorte)	Selbstbericht: Frauen ab 18 Jahre	· Angabe, ob jemals schwanger gewesen
Leibliche Kinder	Leibliche Kinder	KiGGS Welle 2 (Kohorte)	Selbstbericht: ab 18 Jahre	· Angabe, ob leibliche Kinder vorhanden
Ungeplante Kinder	Ungeplante Kinder	KiGGS Welle 2 (Kohorte)	Selbstbericht: ab 18 Jahre	· Angabe, ob eines der leiblichen Kinder ungeplant war

BILDUNG				
KONSTRUKT	INDIKATOR	SURVEY	ERHEBUNG	METHODE UND INTERPRETATION
Bildung	ISCED-11	KiGGS Welle 2 (Kohorte)	Selbstbericht: ab 18 Jahre	· Erreichter Bildungsstatus nach der inhaltlich-hierarchischen Kategorisierung, eingeteilt in die drei Kategorien „niedrig“, „mittel“ und „hoch“

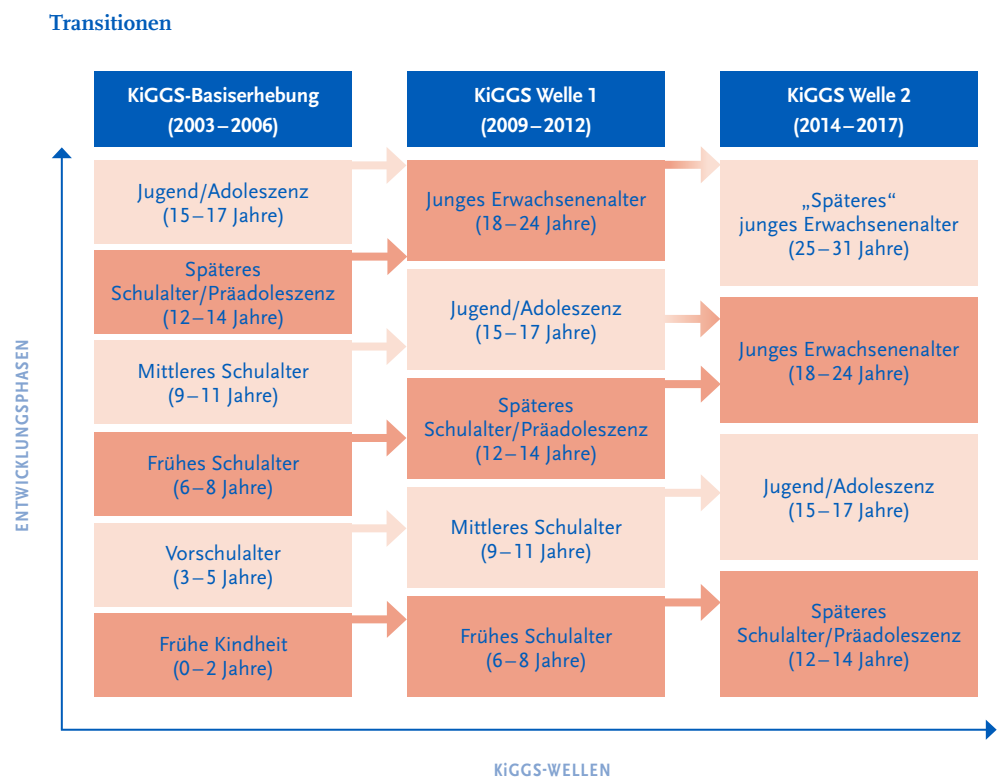
  

UNFALLNEIGUNG				
KONSTRUKT	INDIKATOR	SURVEY	ERHEBUNG	METHODE UND INTERPRETATION
Unfallneigung	Ärztliche Behandlung wegen Unfalls	KiGGS Welle 1 KiGGS Welle 2 (Kohorte)	Elternbericht: bis 10 Jahre  Selbstbericht: ab 11 Jahre	· Frage, ob in den letzten 12 Monaten eine ärztliche Behandlung wegen eines Unfalls stattfand

📄 ABBILDUNG 3.4.2

Entwicklungsphasen und im Längsschnitt untersuchbare Transitionen in der KiGGS-Kohorte über drei Erhebungswellen

Anmerkungen Quelle: Eigene Darstellung



- 1 Petermann F, Niebank K, Scheithauer H (2004) *Entwicklungswissenschaft – Entwicklungspsychologie, Genetik, Neuropsychologie*. Springer, Heidelberg
- 2 Petermann F, Resch F (2013) *Entwicklungspsychopathologie*. In: Petermann F (Hrsg) *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*, S. 57–76
- 3 Schulte-Körne G (2016) *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen im schulischen Umfeld*. Dtsch Arztebl 113(11):183–190
- 4 Jones PB (2013) *Adult mental health disorders and their age at onset*. Br J Psychiatry Suppl 54:s5–10. DOI 10.1192/bjp.bp.112.119164
- 5 Kaess M, Koch E, Thomann PA et al. (2015) *Das Heidelberger Frühbehandlungszentrum für junge Menschen in Krisen – ein Modell zur kooperativen Versorgung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. ZPPP 63(3):175–180
- 6 Petermann F, Damm F (2009) *Entwicklungspsychopathologie*. In: Schneider S, Margraf J (Hrsg) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 23–41
- 7 Havighurst RJ (1948) *Developmental tasks and education*. McKay, New York:
- 8 Arnett JJ (2000) *Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties*. Am Psychol 55(5):469–480. DOI 10.1037//0003-066X.55.5.469
- 9 Fegert JM, Streeck-Fischer A, Freyberger HJ (Hrsg) (2009) *Adoleszenzpsychiatrie: Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters*. Schattauer, Stuttgart
- 10 Fegert JM, Freyberger HJ (2017) *Adoleszenz – eine Lebensphase weitet sich aus*. PiD-Psychotherapie im Dialog 18(02):16–22
- 11 Seiffge-Krenke I (2015) «Emerging Adulthood»: *Forschungsbefunde zu objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken*. ZPPP 63:165–173
- 12 Arnett JJ (2014) *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. Oxford University Press
- 13 Schmidt S, Petermann F (2008) *Entwicklungspsychopathologie der ADHS*. ZPPP 56:265–274. DOI 10.1024/1661-4747.56.4.265
- 14 Turgay A, Goodman DW, Asherson P et al. (2012) *Lifespan persistence of ADHD: the life transition model and its application*. J Clin Psychiatry 73(2):192–201. DOI 10.4088/JCP.10m06628
- 15 Stieglitz RD, Nyberg E, Hofecker-Fallahpour M (2012) *ADHS im Erwachsenenalter*. Hogrefe, Göttingen
- 16 Singh SP, Paul M, Ford T et al. (2010) *Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study*. The Br J Psychiatry 197(4):305–312
- 17 Mayr M, Kapusta ND, Plener PL et al. (2015) *Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters*. ZPPP 63(3):155–163
- 18 Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S et al. (2002) *PHQ-D Gesundheitsfragebogen für Patienten. Manual – Komplettversion und Kurzform. Autorisierte deutsche Version des „Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ)“* [https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische\\_Klinik/download/PHQ\\_Manual1.pdf](https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische_Klinik/download/PHQ_Manual1.pdf) (Stand: 05.04.2019)
- 19 Kroenke K, Spitzer, R.L. (2002) *The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure*. Psychiatr Ann 32(9):509–515
- 20 Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB (2001) *The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure*. J Gen Intern Med 16(9):606–613. DOI 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
- 21 Rief W, Nanke A, Klaiberg A et al. (2004) *Base rates for panic and depression according to the Brief Patient Health Questionnaire: a population-based study*. J Affect Disord 82(2):271–276. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.11.006> (Stand: 3.11.2021)
- 22 Hölling H, Schlack R (2007) *Esstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS)*. Bundesgesundheitsbl 50(5-6):794–799
- 23 Morgan JF, Reid F, Lacey JH (1999) *The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders*. Bmj 319(7223):1467–1468
- 24 Rumpf H-J, Meyer C, Hapke U et al. (2001) *Screening for mental health: validity of the MHI-5 using DSM-IV Axis I psychiatric disorders as gold standard*. Psychiatry Res 105(3):243–253. [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-1781\(01\)00329-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-1781(01)00329-8) (Stand: 3.11.2021)
- 25 Berwick DM, Murphy JM, Goldman PA et al. (1991) *Performance of a five-item mental health screening test*. Medical care 29(2):169–176. DOI 10.1097/00005650-199102000-00008
- 26 Cuijpers P, Smits N, Donker T et al. (2009) *Screening for mood and anxiety disorders with the five-item, the three-item, and the two-item Mental Health Inventory*. Psychiatry Res 168(3):250–255. DOI 10.1016/j.psychres.2008.05.012
- 27 Maske UE, Busch MA, Jacobi F et al. (2013) *Chronische somatische Erkrankungen und Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland*. Psychiatr Prax 40(04):207–213. DOI 10.1055/s-0033-1343103
- 28 UNESCO Institute for Statistics (Hrsg) (2012) *International Standard Classification of Education*. ISCED 2011. Montreal
- 29 Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2018) *AdiMon-Themenblatt: Bildungsstand der Eltern*. [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas\\_Monitoring/Kontext/HTML\\_Themenblatt\\_Bildung.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas_Monitoring/Kontext/HTML_Themenblatt_Bildung.html) (Stand: 08.07.2020)

# Daten für Taten



## 3.5.1 Der Public Health Action Cycle

Das Robert Koch-Institut (RKI) und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sind die zentralen Einrichtungen für Public Health in der Bundesrepublik Deutschland. Ihre Aufgaben bestehen unter anderem in der Information von Politik, Fach- sowie allgemeiner Öffentlichkeit zu relevanten Gesundheitsproblemen der Allgemeinbevölkerung. Darüber hinaus bewerten sie gesundheitsbezogene Entwicklungen, Problemlagen und Risiken und identifizieren Handlungsoptionen, indem sie auf der Basis eigener Erkenntnisse Anknüpfungspunkte für gesundheitspolitisches Handeln sowohl in Bezug auf die Krankheitsprävention als auch auf die Gesundheitsförderung aufzeigen [1]. Dieser Trias aus Erkennen, Bewerten und Handeln liegt der sogenannte Public Health Action Cycle zugrunde [2, 3] (Abbildung 3.5.1), der nachfolgend beschrieben wird.

Grundlage für die Bereitstellung bevölkerungsbezogener Gesundheitsinformationen sind die Surveys des RKI im Rahmen des Gesundheitsmonitoring. Diese liefern Informationen zum Gesundheitsstatus, zum Gesundheitsverhalten, Krankheiten sowie zur Versorgung und ermöglichen, diese mit Informationen zu Lebensbedingungen zu verknüpfen und auf diese Weise die Krankheitslast, versorgungsrelevante Aspekte und deren Determinanten zu untersuchen. Stichprobengrößen von circa 15.000 bis 20.000 Teilnehmenden ermöglichen dabei die Betrachtung

relevanter Subgruppen in der Bevölkerung. Zunehmende Bedeutung bekommen in diesem Zusammenhang auch Surveillance-Systeme, wie beispielsweise die im Aufbau befindliche Mental Health Surveillance am RKI. In deren Rahmen werden Daten zu ausgewählten, mit einem internationalen Expertengremium abgestimmten und konsentierten Indikatoren zukünftig systematisch und kontinuierlich gesammelt, aufbereitet und der Politik, Fach- und allgemeinen Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Über die im Rahmen der Surveys erhobenen Daten hinaus beziehen diese Indikatoren auch Informationen aus amtlichen Statistiken, Registerdaten und administrativen Routedaten sowie aus weiteren Datenquellen mit ein.

Die adressatenspezifisch aufbereiteten und in regelmäßigen Publikationen der Gesundheitsberichterstattung (GBE) eingeordneten und bewerteten Ergebnisse bilden schließlich die Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen und Maßnahmen. Darauf basiert auch die Entwicklung von Präventions- und Interventionsprogrammen weiterer Akteure, deren Wirksamkeit und Effektivität wiederum mit den wiederholten Datenerhebungen im Rahmen des Gesundheitsmonitorings beziehungsweise der Surveillance-Systeme evaluiert werden kann.

Für die Kinder- und Jugendgesundheit ist die KiGGS-Langzeitstudie im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am RKI der zentrale Datenlieferant für viele Public Health relevante Aktivitäten für Kinder und Jugendliche in Deutschland. Sie liefert auch die





Datenbasis für diesen Schwerpunktbericht zur psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die Mental Health Surveillance am Robert Koch-Institut, die sich zurzeit vorrangig auf Erwachsene bezieht, wird zukünftig auch um Indikatoren zur psychischen Kindergesundheit erweitert.

Zur Erstellung der Handlungsempfehlungen bringt die BZgA in den vorliegenden Bericht ihre umfangreichen Kompetenzen und Erfahrungen zu Interventionen und Maßnahmen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung ein. Die Handlungsempfehlungen werden hauptsächlich aus den Auswertungen des RKI abgeleitet, und beruhen – soweit vorhanden – auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Effektivität entsprechender Maßnahmen. Erste Ergebnisse des vorliegenden Berichts wurden im Jahr 2017 auf einem gemeinsamen Workshop von BZgA und RKI, an dem auch die Fachvertretungen des Bundesministeriums für Gesundheit teilnahmen, mit einem Expertengremium diskutiert. Darüber hinaus wurden Fachwissenschaftlerinnen und -wissenschaftler von der BZgA beauftragt, eine vertiefende Expertise zu den Bereichen „Psychische Auffälligkeiten“ und „ADHS“ zu erstellen. Als sich Ende des Jahres 2017 abzeichnete, dass die Daten der zweiten Folgerhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2) zeitgleich mit der geplanten Veröffentlichung des Schwerpunktberichts publiziert werden, entschloss sich das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu einer Aufstockung und Ver-

längerung des Projektteils Kinder und Jugendliche. Dies unter der Maßgabe, den dritten Messzeitpunkt der KiGGS-Studie in die Analysen mit einzubeziehen, um zeitliche Trends und individuelle Verläufe der psychischen Gesundheit der Teilnehmenden nicht mehr nur über sechs, sondern über elf Jahre verfolgen zu können. Darüber hinaus wurden – inhaltlich erweiternd – Fragestellungen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten und ADHS aufgenommen. Hierfür wurden zusätzliche Auswertungen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mit Daten der KiGGS-Studie durchgeführt sowie administrative Routinedaten der Krankenkassen einbezogen.

Ein für den Mai 2020 vorgesehener zweiter Workshop mit insgesamt zwölf namhaften Expertinnen und Experten der psychischen Kindergesundheit aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der klinischen Psychologie, der Sozialpädiatrie, der Erziehungsberatung sowie der Public Health Forschung zur Diskussion der Ergebnisse und der daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen konnte wegen der akuten Pandemielage kurzfristig nicht durchgeführt werden. Stattdessen wurde zwischen Juni und August 2020 eine schriftliche Expertenbefragung anberaunt. Dazu wurden den Expertinnen und Experten Factsheets mit den zentralen Ergebnissen der Analysen des RKI sowie ein zwischen RKI und BZgA abgestimmtes Kernaussagenpapier zur Verfügung gestellt. Dieses enthielt Expertenfragen zu den vier Bereichen (1) Prävalenzen, Trends und Verläufe be-

### Der Public Health Action Cycle

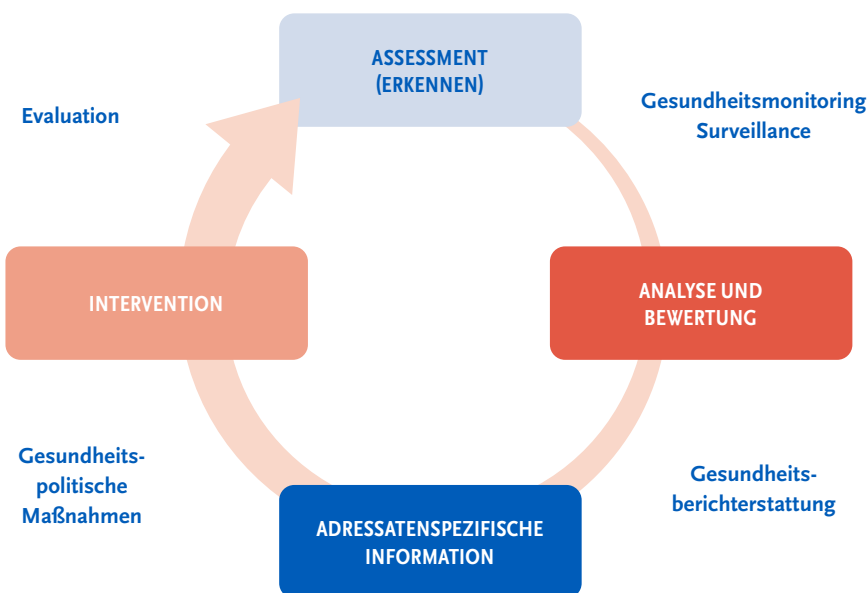


ABBILDUNG 3.5.1

### Der Public Health Action Cycle

**Anmerkungen** Quelle: Eigene Darstellung, modifiziert nach Rosenbrock & Hartung, 2015 [3]

richteter Auffälligkeiten, (2) Risiko- und Schutzfaktoren, (3) Korrelate und Folgen psychischer Auffälligkeiten und gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie (4) Versorgung der beiden Schwerpunktthemen Psychische Auffälligkeiten gemäß psychopathologischem Screening und ADHS. Die schriftlichen Hinweise und Anregungen der Expertinnen und Experten, ergänzt durch mehrere Videokonferenzen und Telefonate, sind in die Berichterstellung des RKI sowie in die Formulierung der Handlungsempfehlungen seitens der BZgA eingeflossen.

Mit diesem Schwerpunktbericht liegt ein Meilenstein der Gesundheitsberichterstattung zur psychischen Gesundheit im Kindes- und Jugendalter in Deutschland vor Beginn der COVID-19-Pandemie vor. Er enthält sowohl Aussagen zur Prävalenz als auch zu zeitlichen Trends in der Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten über einen Zeitraum von elf Jahren und stellt eine Verbindung zu gesellschaftlichen Entwicklungen und gesundheitspolitischen Maßnahmen her. Mit den längsschnittlichen Analysen aus dem Kohortenarm der KiGGS-Studie wird aufgezeigt, was aus den Kindern und Jugendlichen der KiGGS-Basiserhebung mit psychischen Auffälligkeiten und ADHS im Erwachsenenalter geworden ist. Auf diese Weise wird gezeigt, wie die KiGGS-Studie die im Vorfeld formulierten Anforderungen an ein Gesundheitsmonitoring auf Bevölkerungsebene, nämlich die kontinuierliche Beobachtung der Entwicklungen im Krankheitsgeschehen, die Identifikation von Trends und Veränderungen der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung sowie die Evaluation gesundheitspolitischer Maßnahmen hinsichtlich Zielerreichung, einlöst. Dies lässt einen Blick darauf zu, welche Perspektiven sich bei einer Fortführung dieser Studie in der Zukunft bieten könnten.

### 3.5.2 Entwicklung der Handlungsempfehlungen

Die Entwicklung der gesundheitspolitischen Handlungsempfehlungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in diesem Bericht wird federführend von der BZgA verantwortet. Informationen und Ergebnisse zur Lage der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland stellt das RKI aus seinen Analysen der Daten des Gesundheitsmonitorings zur Verfügung. Auf diese bezieht sich die BZgA bei der Formulierung der Handlungsempfehlungen maßgeblich. Dabei handelt es sich in erster Linie um die aktuellen Befunde zu psychischen Auffälligkeiten und ADHS aus KiGGS Welle 2 beziehungsweise die zeitlichen Trends, die sich unter Heranziehung der Befragung in KiGGS Welle 1 und

der KiGGS-Basiserhebung darstellen lassen sowie um Längsschnittanalysen auf Basis der Daten der KiGGS-Kohorte.

#### 3.5.2.1 Begriffsklärung: Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche

Im Übergang von der Kindheit zur Jugend bis hinein ins Erwachsenenalter müssen junge Menschen entwicklungspezifische Herausforderungen meistern (siehe Kapitel 3.4). Die damit verbundenen Herausforderungen können prägend für die weitere Entwicklung und Lebensführung sein, insbesondere für die psychische Gesundheit. Gemäß einer Definition der WHO ist psychische Gesundheit für Kinder und Jugendliche die Fähigkeit, einen Zustand psychischer Funktionsfähigkeit und psychischen Wohlbefindens zu erreichen und zu erhalten [4]. Dieser Zustand steht in direktem Zusammenhang mit dem Erwerb psychischer und sozialer Kompetenzen und beeinflusst die Lebensgestaltung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben weit über die Kindheit und Jugend hinaus. Das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten oder Störungen kann die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben erschweren. Umgekehrt können Herausforderungen, die mit der Bewältigung verbunden sind, psychische Auffälligkeiten verstärken oder erstmalig hervorrufen.

Präventive Maßnahmen zielen auf die Minimierung von Vulnerabilität und die Vermeidung von Risiken ab, gesundheitsfördernde Maßnahmen auf die Verbesserung oder Optimierung von Resilienz und Ressourcen. Die Interventionen enthalten in der Praxis meist Elemente beider Ansätze [5, 6]. In Übereinstimmung mit den Zielsetzungen der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung [7] umfassen die Handlungsempfehlungen Maßnahmen, die eine Veränderung des Verhaltens des Individuums anstreben (Verhaltensprävention) ebenso wie Maßnahmen, die strukturelle Veränderungen der Lebenswelten anstreben (Verhältnisprävention). Lebenswelt(en), häufig auch als Settings bezeichnet (zur Definition s. beispielsweise [8]), spielen in der Gesundheitsförderung eine herausgehobene Rolle, weil ihre Strukturen selbst gesundheitsförderlich oder -hinderlich sein können und Zugänge zu Zielgruppen besser oder schlechter vermitteln. Lebenswelten, die in der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen eine besondere Rolle spielen, sind neben der Familie vor allem Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen sowie kommunale und nachbarschaftliche Kontexte oder auch Vereine, in denen Freizeitaktivitäten angeboten werden.



Über Schulen können sowohl Kinder und Jugendliche insgesamt gut erreicht werden (universelle Prävention), aber auch solche, für die ein erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten vorliegt (selektive Prävention). Für die Erreichbarkeit von Kindern und Jugendlichen mit manifesten Störungen (indizierte Prävention) sind Einrichtungen im kommunalen Setting, wie Beratungsstellen und Institutionen der Jugendhilfe, von besonderer Bedeutung.

Für die Wirksamkeit von Interventionsmaßnahmen ist die Beteiligung der Eltern ein entscheidendes Kriterium [9]. Oftmals sind die Eltern die Adressaten von Maßnahmen, von denen ihre Kinder profitieren sollen. Insbesondere das kommunale Setting, aber auch die anderen, wie Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen, bieten für die Erreichbarkeit der Eltern geeignete Anknüpfungspunkte.

Die Handlungsempfehlungen der BZgA umfassen neben Maßnahmen der Gesundheitsförderung und primären Prävention auch solche zur Früherkennung psychischer Auffälligkeiten (sekundäre Prävention) und zur Abmilderung der vom RKI aufgezeigten Korrelate und Folgen (tertiäre Prävention).

### 3.5.2.2 Vorgehen zur Entwicklung der Handlungsempfehlungen

Neben der bereits oben genannten Einbeziehung externer Expertinnen und Experten wurde eine systematische Literaturrecherche, ein sogenanntes „Umbrella Review“ durchgeführt, um evidenzbasierte Interventionen zur Förderung psychischer Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen zu identifizieren. Die Ergebnisse der Literaturrecherchen sind als wissenschaftliche Grundlage in die Handlungsempfehlungen eingeflossen; eine kurze Zusammenfassung relevanter Literatur ergänzt die Handlungsempfehlungen jeweils.

### 3.5.2.3 Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

Die Förderung der Kindergesundheit ist ein besonderes Anliegen des BMG. Im Jahr 2000 wurden durch den Kooperationsverbund gesundheitsziele.de die ersten nationalen Gesundheitsziele formuliert. „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“ war dabei das erste Gesundheitsziel, das für eine spezifische Bevölkerungsgruppe formuliert wurde [10]. Verbunden mit der Umsetzung dieses Ziels wurden zahlreiche gesundheitspolitische Weichenstellungen vorgenommen, die mit Veränderun-

gen auf strategischer und struktureller Ebene einhergingen. Dazu gehören die Etablierung der Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit, die Einrichtung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen, der Nationale Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten „IN FORM“, in dessen Rahmen zahlreiche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Bund, Ländern und Akteuren aus der Zivilgesellschaft gebündelt und weiterentwickelt wurden. Entsprechende Maßnahmen wurden in verschiedenen Settings implementiert. Im medizinischen System sind beispielsweise auf Bundesebene bereits seit Jahrzehnten Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen – einschließlich der 2008 neu eingeführten U7a – etabliert und stellen ein wichtiges Instrument dar, um die körperliche, geistige und auch psychische Entwicklung des Kindes beurteilen und ggf. Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung ergreifen zu können. Durch auf Länderebene eingerichtete Einladungs- und Erinnerungssysteme wird zudem auf die Erhöhung der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen hingewirkt [11]. Die Mehrheit von Interventionsmaßnahmen in diesem Gefüge ist auf gesundheitsbezogene Veränderungen in den Settings KiTa, Schule und Familie beziehungsweise familiäres Umfeld fokussiert. Ein besonderes Anliegen ist hierbei die Ansprache von vulnerablen Gruppen zur Reduzierung sozialbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. Diese Schwerpunktsetzung ist nach der Verabschiedung des Präventionsgesetzes 2015 in die Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz übernommen worden.

Nach § 20 Abs. 1 SGB V sieht „die Krankenkasse (...) in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor“. Dabei wird in Abs. 3 des Paragraphen explizit auch das Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“ adressiert.

Als wichtige Instanz zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten ist das GKV-Bündnis für Gesundheit als gemeinsame Initiative der gesetzlichen Krankenkassen zu benennen. Das Bündnis fördert unter anderem Strukturaufbau und Vernetzungsprozesse, die Entwicklung und Erprobung gesundheitsfördernder Ansätze, insbesondere für sozial und gesundheitlich benachteiligte Zielgruppen, sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Evaluation. Der GKV-Spitzenverband hat

gemäß § 20a Abs. 3 und 4 SGB V die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung damit beauftragt, die Aufgaben des GKV-Bündnisses für Gesundheit mit Mitteln der Krankenkassen umzusetzen.

Die nachhaltige Verbesserung von Gesundheitskompetenzen bedarf neben bedarfsgerechten und evidenzbasierten Angeboten auch die Etablierung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu ist die Vernetzung relevanter Akteure der politischen Ebenen Bund, Länder und Kommunen sowie Organisationen der Zivilgesellschaft und Institutionen aus Wissenschaft und Forschung erforderlich. Eine Plattform hierfür bietet der vom BMG initiierte Fachdialog „Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen“, der in dem 2019 veröffentlichten „Wegeweiser zum gemeinsamen Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention“ die wichtigsten Eckpunkte und Aufgaben in diesem Themenfeld formuliert. So wird unter anderem eine „lebensweltübergreifende Prävention“ als Bestandteil eines „kommunal, integrierten Gesamtkonzeptes“ als Standard für Interventionsmaßnahmen festgeschrieben. Dem Setting Familie als eigenständigem Handlungsfeld der Gesundheit wird besondere Bedeutung zugemessen.

Die Erreichbarkeit von Familien unabhängig vom sozio-kulturellen Hintergrund wird über die medizinische Versorgung realisiert. In einer gemeinschaftlichen Aktion der Krankenkassen, dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Deutschen Liga für das Kind sowie der BZgA und dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) wurden Merkblätter „seelisch gesund aufwachsen“ entwickelt, bei den U-Untersuchungen an Eltern ausgegeben und Fachkräften der frühen Hilfen zur Verfügung gestellt.

Ein Beispiel für eine fach- und institutionenübergreifende Initiative zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit erhöhten Gesundheitsrisiken ist die Arbeitsgruppe „Kinder psychisch- und suchtkrankter Eltern.“ In dieser haben neben dem BMG, dem BMFSFJ, dem BMAS, der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, der Bundesverband für Erziehungshilfe sowie weitere Vertreterinnen und Vertreter aus der Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitswesen, der Behindertenhilfe, aus Wissenschaft und Forschung, Vertretungen der Länder und der kommunalen Spitzenverbände mitgewirkt. Zur Verbesserung der Situation dieser oft stark belasteten Familien hat die Arbeitsgruppe Handlungsempfehlungen erarbeitet, die sich mit der Verbesserung von Schnittstellen auseinandersetzen und die auf multiprofessionelle Netzwerke hinwirken sollen.

Diese exemplarisch ausgewählten Dokumente, Projekte und Prozesse demonstrieren Facetten von Gesundheitsförderung, die auch prägend für die hier vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen sein sollen: die Gestaltung von Prävention und Gesundheitsförderungsmaßnahmen als lebensweltbezogene Maßnahmen, die mit der Entwicklung kommunaler, integrierter Strategien und der Förderung settingübergreifender, interdisziplinärer und netzwerkorientierter Zusammenarbeit einhergehen.

### 3.5.2.4 Verankerung psychischer Gesundheit im Präventionsgesetz

Mit dem 2015 verabschiedeten Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) wurde unter anderem die Einrichtung einer nationalen Präventionskonferenz beschlossen, deren Aufgabe die Ausarbeitung und Fortschreibung einer Nationalen Präventionsstrategie ist. Inhalt dieser Strategie ist nach § 20d Abs. 3 SGB V auch die „Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen (...)“, deren Konkretisierung in einheitlichen, trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen zu erfolgen hat. Diese Bundesrahmenempfehlungen (BRE der Nationalen Präventionskonferenz, 2018) formulieren derzeit drei übergeordnete Präventionsziele, eines davon ist das Ziel „Gesund aufwachsen“. Damit schreiben die BRE eine bereits längerfristig bestehende Schwerpunktsetzung der Gesundheitspolitik, die Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit beziehungsweise die Förderung von gesunden Lebens- und Umweltbedingungen für Heranwachsende fort. Die Zielgruppen sind neben Kindern und Jugendlichen, Auszubildenden und Studierenden auch werdende und junge Familien. Psychische Gesundheit im familiären Kontext ist ein wichtiges Schwerpunktthema der Nationalen Präventionskonferenz.

Im Rahmen des kommunalen Förderprogramms unterstützt das GKV-Bündnis für Gesundheit Kommunen bei zielgruppenspezifischen Interventionen in Lebenswelten. Im Fokus der Förderung stehen Vorhaben, die sich insbesondere an alleinerziehende Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Behinderungen / Beeinträchtigungen, ältere Menschen oder Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten und / oder psychisch belasteten Familien richten.

So tragen die Krankenkassen durch verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten etwa zur Stärkung psychischer Ressourcen, Stressreduktion / Entspannung sowie Prävention von Suchtmittelkon-



sum zur Umsetzung des Ziels „Gesund aufwachsen“ bei; auch die gesetzlichen Unfallversicherungsträger unterstützen die Förderung psychischer Gesundheit.

Für die Erreichbarkeit von Kindern und Jugendlichen, wird im PrävG den familiennahen Settings wie KiTa / Schule beziehungsweise Hochschule besondere Bedeutung zugemessen. Zur Ansprache von Einelternfamilien als besonders vulnerable Gruppe wird in den BRE beispielsweise die Unterstützung durch die Jugendhilfe empfohlen. Bei älteren Jugendlichen ergeben sich durch ihre Erreichbarkeit in Betrieben zum Teil Überschneidungen zum nationalen Präventionsziel „Gesund leben und arbeiten“.

Die politische Verantwortung für die Implementierung von Präventionsmaßnahmen in den Settings liegt – entsprechend den legislatorischen und exekutiven Zuständigkeiten und Befugnissen – im Wesentlichen bei den Ländern und Kommunen.

Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention berühren sowohl auf Bundes- als auch auf Länder- und kommunaler Ebene den Wirkungsbereich zahlreicher Akteure. Dies birgt Chancen, aber auch Herausforderungen. So müssen präventive und gesundheitsfördernde Angebote strategisch eingebunden beziehungsweise harmonisiert, Netzwerke etabliert und die Zusammenarbeit an Schnittstellen verbessert werden. Dies spielt nicht nur für eine erfolgreiche Umsetzung eine Rolle, sondern ist auch Voraussetzung für die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Interventionen und Strategien der Präventionsarbeit.

## LITERATUR

1 Kurth BM, Lange C, Kamtsiuris P et al. (2009) *Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut*. Bundesgesundheitsbl 52:557–570. DOI 10.1007/s00103-009-0843-3

2 Rosenbrock R (1995) *Public health as a social innovation*. Gesundheitswesen 57(3):140–144

3 Rosenbrock R, Hartung S (2015) *Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus*. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/wissenschaftliche-perspektiven-bezugsdisziplinen-theorien-und-methoden/public-health-action-cycle-gesundheitspolitischer-aktionszyklus/> (Stand: 14.09.2020)

4 World Health Organization (2005) *Child and adolescent mental health atlas*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43307> (Stand: 13.10.2021)

5 Kutcher S, Wei Y, Hashish M (2016) *Chapter 8–Mental Health Literacy for Students and Teachers: A “School Friendly” Approach*. In: Hodes M, Gau S (Hrsg) *Positive Mental Health, Fighting Stigma and Promoting Resiliency for Children and Adolescents*. Academic Press, San Diego, S. 161–172

6 Tengel PA (2010) *Health promotion or disease prevention: a real difference for public health practice?* Health Care Anal 18(3):203–221. <https://doi.org/10.1007/s10728-009-0124-1>

7 World Health Organization (1986) *Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung*. In: Charta der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung.

8 Dadaczynski K (2019) *Prävention und Gesundheitsförderung in Settings und Lebenswelten*.

In: Haring R (Hrsg) *Gesundheitswissenschaften*. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 403–412

9 Pereira AI, Barros L (2019) *Parental Cognitions and Motivation to Engage in Psychological Interventions: A Systematic Review*. Child Psychiatry Hum Dev 50(3):347–361. DOI 10.1007/s10578-018-0852-2

10 Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2003) *Gesundheitsziele.de. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland*. Berlin

11 Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2009) *Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Leistungsangebote der Gesetzlichen Krankenversicherung und landesrechtliche Regelungen zur Steigerung ihrer Inanspruchnahme*. (WD 9–3000–113/2009)

# 4



## Datengrundlage



Zentrale Grundlage für die in diesem Bericht präsentierten Ergebnisse sind die Daten der Langzeitstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS), die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführt wird [1, 2]. Darüber hinaus werden Daten aus dem Vertiefungsmodul zur psychischen Gesundheit (BELLA-Studie), das am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführt wird [3-5], sowie Ergebnisse der amtlichen Statistik, Register- und Prozessdaten ergänzend herangezogen. Mit der KiGGS-Basiserhebung, die von 2003 bis 2006 durchgeführt wurde, konnten erstmals wichtige Fragen zur körperlichen, sozialen und psychischen Gesundheit sowie zum Gesundheitsverhalten der nachwachsenden Generation auf der Basis einer national repräsentativen Stichprobe beantwortet werden [6, 7]. Auf die KiGGS-Basiserhebung folgten bislang zwei Anschlusshebungen, KiGGS Welle 1 (Erhebungszeitraum 2009 – 2012) im Abstand von sechs und KiGGS Welle 2 (2014 – 2017) im Abstand von elf Jahren. Die KiGGS-Studie ist damit zum festen Bestandteil des bundesweiten Gesundheitsmonitorings am RKI geworden [8].

Das Design der KiGGS-Studie hat mittlerweile ein hohes Maß an Komplexität erreicht. Dabei lassen sich zwei Komponenten und zwei unterschiedliche Anliegen unterscheiden: Zum einen bilden wiederholte Querschnittbefragungen die Grundlage für repräsentative Aussagen zum aktuellen Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der nachwachsenden Generation (Abbildung 4.1). Gleichzeitig können durch den Vergleich der jeweiligen Querschnitterhebungen Entwicklungen der gesundheitlichen Lage der Kinder- und Jugendbevölkerung in Deutschland abgebildet werden: Hat sich diese verbessert oder verschlechtert? Oder gibt es keine Veränderungen im zeitlichen Trend? Bezogen auf die Erfassung von psychischer Gesundheit helfen die Ergebnisse, Trends in der Entwicklung der psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen sowie in einzelnen Subgruppen der Kinder- und Jugendbevölkerung zu erkennen. Sie sind Gegenstand der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, auf Grundlage dessen Handlungsbedarfe identifiziert werden, aber auch die Effekte getroffener gesundheitspolitischer Maßnahmen oder von Präventionsmaßnahmen, zumindest in Ansätzen, evaluiert werden können.

Auch wenn es sich bei den Trendanalysen um die Abbildung zeitlicher Entwicklungen auf der Bevölkerungsebene handelt, gehören sie zum Typus der Querschnittuntersuchungen. Die KiGGS-Studie ermöglicht aber auch die längsschnittliche Nachverfolgung der individuellen gesundheitlichen Entwicklung

der Teilnehmenden der KiGGS-Basiserhebung, sofern diese an den Wiederbefragungen und gegebenenfalls erneuten Untersuchungen in den Folgeerhebungen teilgenommen hatten. In der KiGGS-Kohorte, mittlerweile ein eigenständiger Arm der KiGGS-Studie, können die Lebensverläufe der Wiederteilnehmenden der Basiserhebung bis in das junge Erwachsenenalter, zurzeit bis zum Alter von 31 Jahren, weiterverfolgt werden (Abbildung 4.1).

Da die KiGGS-Kohorte nicht, wie viele andere Kohortenstudien, zum Zeitpunkt der Ersterhebung nur einen Altersjahrgang umfasste und diesen über die Zeit nachverfolgte, sondern gemäß dem Design einer sequentiellen Kohortenstudie 18 Altersjahrgänge (von 0 bis 17 Jahren zum Zeitpunkt der Basiserhebung) zugleich umfasste, können verschiedene Transitionen von einer Lebensphase in die nächste (siehe Kapitel 3.4) simultan beobachtet werden.

### **KiGGS-Basiserhebung**

Die Basiserhebung der KiGGS-Studie wurde als Untersuchungs- und Befragungssurvey von 2003 bis 2006 in 167 repräsentativ ausgewählten Städten und Gemeinden in Deutschland mit insgesamt 17.641 Jungen und Mädchen im Alter von 0 bis 17 Jahren durchgeführt. Sie war der erste bundesweit repräsentative, bevölkerungsbezogene Gesundheitssurvey, der entsprechend dem WHO-Gesundheitsbegriff von 1948 das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden sowie das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen ganzheitlich und umfassend abbildete. Das Erhebungsprogramm enthielt unter anderem ein computergestütztes ärztliches Interview (CAPI), eine standardisierte Arzneimittelanamnese, anthropometrische und medizinisch-physikalische Untersuchungen wie die Messung von Körpergröße und -gewicht sowie Blutdruck, Laboruntersuchungen von Blut- und Urinproben und ein Ernährungsinterview (Food Frequency Questionnaire). Die Eltern wurden zur Gesundheit ihrer Kinder schriftlich befragt, ab elf Jahren auch die Kinder und Jugendlichen selbst. Darüber hinaus enthielt der Fragebogen auch Informationen zur Regionalität, den individuellen Lebensbedingungen der Teilnehmenden sowie zur Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems. Die Teilnahmequote der KiGGS-Basiserhebung betrug 66,6 % [6, 7]. Familien mit Migrationshintergrund wurden bei der Stichprobenziehung über das Einwohnermelderegister überproportional berücksichtigt (Oversampling), um diese Bevölkerungsgruppe angemessen abbilden und auch für diese Gruppe statistisch valide Aussagen treffen zu können [10]. Mit den Daten der

KiGGS-Basiserhebung konnte das Morbiditätsgeschehen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland erstmals umfassend beschrieben werden. Die Studie wurde von mehreren Modulstudien begleitet, in denen vertiefende Zusatzanalysen an repräsentativen Unterstichproben durchgeführt wurden, darunter der Kinder-Umweltsurvey (KUS), das Motorik-Modul (MoMo) sowie die BELLA-Studie zur psychischen Gesundheit [11].

### KiGGS Welle 1

Nach sechs Jahren wurde die erste Folgeerhebung, KiGGS Welle 1 (2009 – 2012), mit einem kombinierten Quer- und Längsschnittdesign durchgeführt, diesmal als telefonischer Befragungssurvey [12]. Dabei wurden die Teilnehmenden der Basisbefragung erneut zur Teilnahme eingeladen, sofern sie ihre Bereitschaft dazu erklärt hatten. So konnten von insgesamt 11.992 Teilnehmenden der Basisbefragung, die mittlerweile 6 bis 24 Jahre alt waren, erneut Daten gewonnen werden. Das entspricht einer Quote von 68,5% [6]. Erstmals war hier das junge Erwachsenenalter miteingeschlossen. Um erneut Querschnittsaussagen sowie Aussagen zu zeitlichen Trends über den gesamten Altersbereich 0 bis 17 Jahre treffen zu können, wurden die 7.913 wiederteilnehmenden Mädchen und Jungen

im Alter von 7 bis 17 Jahren (Wiederteilnahmequote 72,9%) um eine neue Querschnittstichprobe von 4.455 Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren bei einer Teilnahmequote von 38,8% ergänzt.

### KiGGS Welle 2

Die zweite Folgeerhebung, KiGGS Welle 2 (2014 – 2017), wurde wieder als Untersuchungs- und Befragungssurvey durchgeführt [9]. In dieser Erhebungswelle wurde eine vollständig neue Querschnittstichprobe für die Altersjahrgänge 0 bis 17 Jahre in den ursprünglichen 167 Städten und Gemeinden gezogen. Dabei wurden insgesamt 15.023 Teilnehmende befragt und zusätzlich eine zufällig ausgewählte Untergruppe von 3.567 Befragungspersonen körperlich untersucht. Die Responsequote im Querschnittarm von KiGGS Welle 2 betrug insgesamt 40,1% [13]. Darüber hinaus wurden sämtliche Teilnehmende der KiGGS-Basiserhebung, die noch erreichbar und wiederteilnahmebereit waren, erneut zu einer schriftlichen Befragung eingeladen. Sie waren mittlerweile 10 bis 31 Jahre alt. Alle diejenigen, die noch in den KiGGS Studienorten wohnten, wurden zusätzlich zur Teilnahme an der Untersuchungskomponente eingeladen. Auf diese Weise konnten in der KiGGS-Kohorte zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2 insgesamt 10.853 Längsschnittteil-

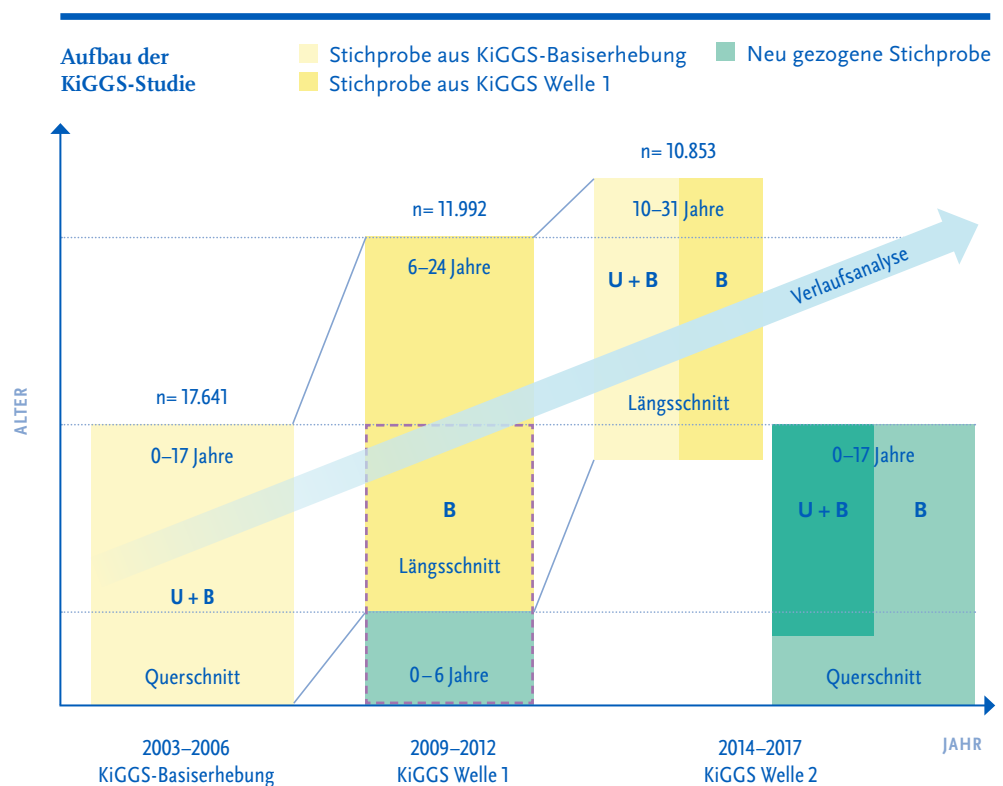
ABBILDUNG 4.1

#### Aufbau der KiGGS-Studie

#### Anmerkungen

U = Untersuchung;  
B = Befragung;

Quelle: modifiziert  
nach Mauz et al., 2017 [9]







nehmende befragt werden, von diesen absolvierten 6.465 das Untersuchungsprogramm [14]. Die Quote der Wiederteilnehmenden aus der KiGGS-Basiserhebung liegt damit bei 62%. Insgesamt 8.979 Personen nahmen an allen drei Erhebungen teil, das entspricht 50,9% der Teilnehmenden an der KiGGS-Basiserhebung [15].

### **BELLA-Studie**

Über die KiGGS-Studie hinaus greift dieser Bericht auch auf Ergebnisse der BELLA-Studie („Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten“) [3-5], des längsschnittlichen Vertiefungsmoduls der KiGGS-Studie zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, zurück. Die BELLA-Studie wird vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) durchgeführt. Sie umfasst eine repräsentative Unterstichprobe der KiGGS-Studie und liegt in bislang fünf Erhebungswellen vor. An der Basiserhebung, die gemeinsam mit der Basiserhebung der KiGGS-Studie erfolgte, nahmen 2.863 Kinder und Jugendliche im Alter von 7 bis 17 Jahren und ihre Eltern teil. Die BELLA-Welle 1 mit 2.423 und die BELLA-Welle 2 mit 2.190 Teilnehmenden folgten in den Jahren 2004 – 2007 und 2005 – 2008 als Wiederbefragung der Basis-Teilnehmenden. Die ersten drei Erhebungen zeichnen somit die Verläufe bei den teilnehmenden Kindern und Jugendlichen in einem jährlichen Abstand nach [3]. Die BELLA-Welle 3 (2009 – 2011) wurde parallel zu KiGGS Welle 1 mit 1.429 Wiederteilnehmenden der Basiserhebung durchgeführt [4]. Zusätzlich wurde die Stichprobe mit 2.411 Teilnehmenden im Alter zwischen 3 und 26 Jahren aus KiGGS Welle 1 aufgestockt, um Ausfälle auszugleichen. In der parallel zu KiGGS Welle 2 durchgeführten BELLA Welle 4 (2014 – 2017) wurde zusätzlich zur Wiederbefragung der bisherigen BELLA-Teilnehmenden eine gänzlich neue querschnittliche Substichprobe von circa 1.400 Teilnehmenden von KiGGS Welle 2 im Alter von 7 bis 17 Jahren gezogen [3].

### **Blickwinkel auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen**

Die Daten der KiGGS-Studie lassen unterschiedliche Perspektiven auf die psychische Gesundheit der Teilnehmenden mit Bezug auf die in diesem Bericht verwendeten Indikatoren zu. Für die 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendliche liegen Elternberichte zur Häufigkeit von Symptomen psychischer Auffälligkeiten aus allen drei Erhebungswellen im Quer- und Längs-

schnitt vor, für 11- bis 17-Jährige sind auch Selbstbeurteilungen verfügbar. Funktionelle Beeinträchtigungen infolge psychischer Auffälligkeiten wurden ab KiGGS Welle 1 im Quer- und Längsschnitt bei den Eltern erhoben. Ebenso liegen für Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 17 Jahren aus allen drei Erhebungen Elternberichte zu einer jemals ärztlich oder psychologisch diagnostizierten ADHS vor. Junge Erwachsene (18 Jahre und älter) in der KiGGS-Kohorte berichteten eine eventuelle ADHS-Diagnose selbst.

Um bevölkerungsrepräsentative Aussagen zu ermöglichen, demografischen Veränderungen in der Struktur der Kinder- und Jugendlichenbevölkerung zwischen den jeweiligen Erhebungszeiträumen Rechnung zu tragen sowie, bezogen auf die Längsschnittanalysen, Veränderungen in der Stichprobenstruktur zu berücksichtigen, wurden die in diesem Bericht vorgelegten Analysen unterschiedlich gewichtet. Querschnittgewichte kamen zum Einsatz, um, bezogen auf den jeweiligen Erhebungszeitraum, repräsentative Prävalenzaussagen tätigen zu können. Dazu wurde auf die Bevölkerungsstruktur des jeweiligen Bezugsjahrs für die verschiedenen Erhebungswellen (2004 für die KiGGS-Basiserhebung, 2010 für KiGGS Welle 1 und 2015 für KiGGS Welle 2) hochgerechnet [13, 16, 17]. Trendgewichte ermöglichen den Vergleich zwischen den einzelnen Querschnitterhebungen, indem sie die vorhergehenden KiGGS-Wellen auf die Verteilung nach Geschlecht und Alter in der Bezugsbevölkerung für die jeweils letzte betrachtete KiGGS-Welle anpassen (Alters- und Geschlechtsstandardisierung). Die mit den Trendgewichten ermittelten Prävalenzen für frühere KiGGS-Wellen können daher von denjenigen, die mit den Querschnittsgewichten ermittelt wurden, abweichen. Längsschnittgewichte sollen bei Verlaufsanalysen mit den Daten der KiGGS-Kohorte die Ausfälle von Studienteilnehmenden (Panelmortalität) gegenüber den vorangegangenen Erhebungen ausgleichen.

Verlässliche bevölkerungsbezogene Zahlen zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind eine wesentliche Grundlage für die Prävention und Gesundheitsförderung, die bedarfsorientierte Versorgungsplanung im Gesundheitswesen und für gesundheitspolitische Richtungsentscheidungen. Neben den epidemiologischen Daten aus der KiGGS-Studie zählen die administrativen Routinedaten aus der Regelversorgung, beispielsweise der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder der gesetzlichen Krankenkassen, zu den wichtigsten Datenquellen für bevölkerungsbezogene Aussagen zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beide Datenquellen haben unterschiedliche Vor- und Nachteile. Routinedaten bilden

das Versorgungsgeschehen von kassenspezifischen Versichertenpopulationen ab und liegen in der Regel ereignisbezogen und nur für gesetzlich Krankenversicherte vor und nur dann, wenn in einem Zeitraum eine Leistung erbracht, eine Diagnose dokumentiert und bei einer Krankenkasse abgerechnet wurde. Die Erfassung von selbst- oder elternberichteten ärztlichen oder psychologischen Diagnosen in Surveys beruht dagegen auf den Angaben der Teilnehmenden. Diese können wiederum nur die Diagnosen angeben, die ihnen mitgeteilt wurden und an die sie sich erinnern können beziehungsweise die sie verstanden haben und die sie bereit sind, anzugeben. Während die epidemiologischen Ergebnisse die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten repräsentativ in Bezug auf die ausgewählte Grundgesamtheit abbilden, spiegeln die kodierten Diagnosen in den Abrechnungsdaten neben der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten durch Versicherte in der gesetzlichen Kran-

kenversicherung [18] auch regionale und zeitliche Schwankungen der Angebotsstrukturen selbst sowie in der ärztlichen Kodierpraxis und ihrer Anreize wider. Eine Aussage über die klinische Validität oder ein leitliniengerechtes Vorgehen bei der Diagnosestellung lässt keine der beiden Datenquellen zu.

Ein direkter Vergleich der Häufigkeiten epidemiologischer und administrativer Prävalenzzahlen zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist wegen der Unterschiedlichkeit der Erhebungszwecke und -verfahren oft nicht möglich und die jeweiligen Datenquellen verhalten sich auch nicht immer widerspruchsfrei zueinander. Daraus folgt jedoch nicht notwendigerweise, dass sich die verschiedenen Datenquellen wechselseitig disqualifizieren. Vielmehr kann angenommen werden, dass sie unterschiedliche, gegebenenfalls komplementäre Aspekte des Morbiditäts- und Versorgungsgeschehens abbilden.

- 1 Kurth B (2012) *Das RKI-Gesundheitsmonitoring—was es enthält und wie es genutzt werden kann*. Public Health Forum 20(3): 4.e1–4.e3. DOI 10.1016/j.phf.2012.06.001
- 2 Kurth B, Lange C, Kamtsiuris P et al. (2009) *Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut*. Sachstand und Perspektiven. Bundesgesundheitsbl 52(5):557–570. DOI 10.1007/s00103-009-0843-3
- 3 Klasen F, Reiß F, Otto C et al. (2017) *Die BELLA-Studie—das Modul zur psychischen Gesundheit in KiGGS Welle 2*. Journal of Health Monitoring 2(S3):55–65. 10.17886/rki-gbe-2017–103
- 4 Ravens-Sieberer U, Otto C, Kriston L et al. (2015) *The longitudinal BELLA study: design, methods and first results on the course of mental health problems*. Eur Child Adolesc Psychiatry 24(6):651–663. 10.1007/s00787-014-0638-4
- 5 Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S et al. (2007) *Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Bundesgesundheitsbl 50(5):871–878. DOI 10.1007/s00103-007-0250-6
- 6 Kurth B (2007) *Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagements*. Bundesgesundheitsbl 50(5):533–546. DOI 10.1007/s00103-007-0214-x
- 7 Kurth BM, Kamtsiuris P, Hölling H et al. (2008) *The challenge of comprehensively mapping children's health in a nation-wide health survey: Design of the German KiGGS-Study*. BMC Public Health 8(1):196. DOI 10.1186/1471-2458-8-196
- 8 Hölling H, Schlack R, Kamtsiuris P et al. (2012) *Die KiGGS-Studie. Bundesweit repräsentative Längs- und Querschnittstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut*. Bundesgesundheitsbl 55(6):836–842. DOI 10.1007/s00103-012-1486-3
- 9 Mauz E, Gößwald A, Kamtsiuris P et al. (2017) *Neue Daten für Taten. Die Datenerhebung zur KiGGS Welle 2 ist beendet*. Journal of Health Monitoring 2(3):2–28. 10.17886/rki-gbe-2017-099
- 10 Schenk L, Ellert U, Neuhauser H (2007) *Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)*. Bundesgesundheitsbl 50(5-6):590–599. DOI 10.1007/s00103-007-0220-z
- 11 Hölling H, Kamtsiuris P, Lange M et al. (2007) *Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Studienmanagement und Durchführung der Feldarbeit*. Bundesgesundheitsbl 50(5):557–566. DOI 10.1007/s00103-007-0216-8
- 12 Schlack R, Hölling H, Kurth BM et al. (2012) *KiGGS—Kinder- und Jugendgesundheitsstudie Welle 1—Projektbeschreibung*. Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. RKI, Berlin
- 13 Hoffmann R, Lange M, Butschalowsky H et al. (2018) *Querschnitterhebung von KiGGS Welle 2—Teilnehmendengewinnung, Response und Repräsentativität*. Journal of Health Monitoring 3(1). DOI 10.17886/rki-gbe-2018-015
- 14 Lange M, Hoffmann R, Mauz E et al. (2018) *Längsschnitterhebung von KiGGS Welle 2—Erhebungsdesign und Fallzahlentwicklung der KiGGS-Kohorte*. Journal of Health Monitoring 3(1):97–113. 10.17886/rki-gbe-2018-018
- 15 Mauz E, Lange M, Houben R et al. (2019) *Cohort profile: KiGGS cohort longitudinal study on the health of children, adolescents and young adults in Germany*. Int J Epidemiol 49(2):375–375k. 10.1093/ije/dyz231
- 16 Kamtsiuris P, Lange M, Rosario AS (2007) *Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Nonresponse-Analyse*. Bundesgesundheitsbl 50(5/6):547–556. DOI 10.1007/s00103-007-0215-9
- 17 Lange M, Butschalowsky HG, Jentsch F et al. (2014) *Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Studiendurchführung, Stichprobendesign und Response*. Bundesgesundheitsbl 57(7):747–761. DOI 10.1007/s00103-014-1973-9
- 18 Drösler SE, Neukirch B (2014) *Evaluation der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung*. <https://cdn.aerzteblatt.de/download/files/2016/05/down135916692.pdf> (Stand: 01.09.2020)

# 5



## Psychische Auffälligkeiten gemäß psychopathologischem Screening

# Indikatoren



Für die Erfassung psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen in epidemiologischen Studien gilt eine Diagnostik mit einem strukturierten klinischen Interview nach den Diagnosekriterien der ICD oder des DSM (siehe Infobox 3.1.2) als Goldstandard [1]. Eine solche Diagnostik ist jedoch zeit- und ressourcenaufwändig und in großen Bevölkerungssurveys, die eine Vielzahl von Gesundheitsindikatoren berücksichtigen müssen, aus erhebungsökonomischen Gründen oft nicht durchführbar. Daher werden in epidemiologischen Studien häufig psychopathologische Symptomscreenings mittels Fragebogenverfahren eingesetzt. In der KiGGs-Studie des bundesweiten Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut (RKI) wurden Sym-

ptome psychischer Auffälligkeiten mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) erhoben (siehe Kapitel 3.1 und Infobox 5.1.1) [2].

In der KiGGs-Studie kamen im Altersbereich von 3 bis 17 Jahren die Elternversion und im Altersbereich von 11 bis 17 Jahren die Selbstbeurteilungsversion zum Einsatz. Analog zu früheren Publikationen [4] werden auch für diesen Bericht die als „grenzwertig auffällig“ und „auffällig“ klassifizierten Studienteilnehmenden zu einer Risikogruppe zusammengefasst und im Folgenden als „psychisch auffällig“ bezeichnet. Diese Risikogruppendifinition ist eher breit gewählt: Viele Kinder und Jugendliche dieser Risikogruppe werden keine klinisch diagnostizierbare Stö-

## INFOBOX 5.1.1

### STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE (SDQ)

Der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) ist ein international anerkannter und validierter Fragebogen zur Erhebung der wichtigsten kinderpsychiatrischen Problembereiche. Der Fragebogen enthält fünf Subskalen mit jeweils fünf Items: „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivitätsprobleme“ sowie „Probleme mit Gleichaltrigen“ (die sogenannten Problemskalen) und „Prosoziales Verhalten“ (eine Stärkenskala). Der Symptomfragebogen liegt in einer Eltern-, Lehrer- sowie einer Selbstbeurteilungsversion vor [2].

Jedes Item des SDQ wird auf einer dreistufigen Likert-Skala mit 0 = „trifft nicht zu“, 1 = „trifft teilweise zu“ und 2 = „trifft eindeutig zu“ beantwortet. Aus allen Items der vier Problemskalen kann durch Aufsummie-

ren ein Gesamtproblemwert errechnet werden. Dieser ist der Kernindikator für psychische Auffälligkeiten in der KiGGs-Studie. Höhere Werte entsprechen einer stärkeren Ausprägung von Problemen. Sowohl auf dem Gesamtproblemwert als auch auf den einzelnen Subskalen können die beurteilten Kinder und Jugendlichen anhand vorliegender Normwerte [3] als „normal“, „grenzwertig auffällig“ und „auffällig“ eingeteilt werden.

Kinder und Jugendliche, deren Werte über der 90. Perzentile der Normwertverteilung (auch als „clinical range“ bezeichnet) liegen, gelten als „auffällig“, diejenigen, die über der 80. Perzentile bis einschließlich der 90. Perzentile liegen, als „grenzwertig auffällig“ und diejenigen bis einschließlich der 80. Perzentile als „normal“.

rung haben. Sie können jedoch als eine Gruppe mit erhöhtem Risiko betrachtet werden, und auch eine subklinische Symptomatik kann mit Einschränkungen des individuellen Wohlbefindens sowie der Funktionsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen einhergehen.

Der aus den Subskalen errechenbare SDQ-Gesamtproblemwert (siehe Infobox 5.1.1) ist ein generischer Indikator für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen lassen sich in internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten unterscheiden (siehe Kapitel 3.1), die sich auch bezüglich ihrer Korrelate und Folgen voneinander unterscheiden können. Um zwischen internalisierenden oder externalisierenden Auffälligkeiten differenzieren zu können, wurden Teilnehmende, die auf den SDQ-Subskalen emotionale Probleme oder Peerprobleme als „grenzwertig auffällig“ oder „auffällig“ klassifiziert wurden, zu einer Gruppe mit vorwiegend internalisierenden Auffälligkeiten zusammengefasst. Kinder und Jugendliche, die auf den Subskalen Verhaltensprobleme oder

Hyperaktivitätsprobleme „grenzwertig auffällig“ oder „auffällig“ waren, wurden zu einer Gruppe mit vorwiegend externalisierenden Auffälligkeiten zusammengefasst [5]. Auch diese Gruppeneinteilung hat sich bereits bei anderen Analysen bewährt [6].

Von Bedeutung für Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten ist jedoch nicht nur ihre Symptombelastung, sondern auch die Frage, inwieweit sie durch die Symptome in ihrem Befinden und in ihrer Alltagsfunktionalität eingeschränkt sind. Ab KiGGS Welle 1 wurden funktionelle Beeinträchtigungen infolge psychischer Auffälligkeiten zusätzlich mit dem SDQ-Impactfragebogen erhoben [7]. Für die Analysen mit dem SDQ-Impactfragebogen wurde ebenfalls eine Risikogruppe gebildet. Analog der Risikogruppendefinition für den Symptomfragebogen wurden hierbei Kinder und Jugendliche mit einem grenzwertigen oder auffälligen Impactscore als Risikogruppe definiert [4].

 TABELLE 5.1.1

Indikatoren im Bereich psychischer Auffälligkeiten in der KiGGS-Studie

Anmerkungen Quelle: Eigene Darstellung

KONSTRUKT	INDIKATOR	SURVEY	ERHEBUNG	METHODE UND INTERPRETATION
<b>Psychische Auffälligkeiten</b>	SDQ-Symptomfragebogen [2, 8, 9]	KiGGS-Basiserhebung KiGGS Welle 1 KiGGS Welle 2 (Querschnitt und Kohorte)	Selbstbericht: 11–17 Jahre  Elternbericht: 3–17 Jahre	Fünf Einzelskalen zu emotionalen Problemen, Verhaltensproblemen, Hyperaktivität/Unaufmerksamkeit, Probleme mit Gleichaltrigen und Prosozialem Verhalten  Skala SDQ-Gesamtwert aus Skalen zu emotionalen Problemen, Verhaltensproblemen, Hyperaktivität/Unaufmerksamkeit, Problemen mit Gleichaltrigen  Kategorien-Bildung: „auffällig“, „grenzwertig“ und „unauffällig“ [8, 9]  KiGGS-Risikogruppe: ab „grenzwertig“  Klassifikation „Internalisierende Auffälligkeiten“: Mindestens „grenzwertig“ bei Skala Emotionale Probleme oder Skala Problemen mit Gleichaltrigen [5, 6]  Klassifikation „Externalisierende Auffälligkeiten“: Mindestens „grenzwertig“ bei Skala Hyperaktivität/Unaufmerksamkeit oder Skala Verhaltensprobleme [5, 6]
<b>Beeinträchtigungen in Folge von Auffälligkeiten</b>	SDQ-Impact [7]	KiGGS Welle 1 KiGGS Welle 2 (Querschnitt und Kohorte)	Selbstbericht: 11–17 Jahre  Elternbericht: 3–17 Jahre	Fünf Fragen zu funktionaler Beeinträchtigung im Alltag allgemein und in spezifischen Kontexten  Bei Angabe mindestens einer „deutlichen“ Beeinträchtigung: „grenzwertig“, ab Angabe von mindestens zwei „deutlichen oder einer „starken“/„massiven“ Beeinträchtigung „auffällig“  Risikogruppe: ab „grenzwertig“

## DER SDQ – IMPACTFRAGEBOGEN

Mit dem SDQ-Impactfragebogen werden die Schwierigkeiten eines Kindes im Alltag, sowohl allgemein als auch spezifisch, in den Bereichen Schule, Familie, Freizeit und Freunde sowie der subjektive Leidensdruck des Kindes erfragt. Der SDQ-Impactfragebogen wurde von allen Eltern der 3- bis 17-Jährigen und den Teilnehmenden ab 11 Jahren beantwortet, auch wenn keine oder nur wenige Symptome laut dem SDQ-Symptomfragebogen vorlagen. Die beiden Fragebögen sind unabhängig voneinander.

Der Impactfragebogen beginnt mit der Eingangsfrage, ob das Kind „keine“, „leichte“, „deutliche“ oder „massive“ Schwierigkeiten in einem der vier Bereiche Stimmung, Verhalten, Konzentration oder Umgang mit anderen hat. Werden mindestens leichte Schwierigkeiten angegeben, schließen sich Zusatzfragen zur Dauer (Chronizität), zum subjektiven Leidensdruck des Kindes sowie zu subjektiv wahrgenommenen sozialen Beeinträchtigungen in vier Bereichen des Alltags an: zu Hause, mit Freunden, im Unterricht in der Schule (respektive Kita bei Vorschulkindern) und bei Freizeitaktivitäten. Abschließend wird nach der familiären

Belastung durch die Probleme des Kindes gefragt. Ein sogenannter Impactscore kann dabei aus dem Item für den subjektiven Leidensdruck und den vier Items für die Alltagsbeeinträchtigungen gebildet werden [7]. Für eine Annäherung an eine klinische Bedeutsamkeit der Beeinträchtigungen wurden folgende Kodierungen der Antwortoptionen der fünf Items vorgenommen: „gar nicht = 0“, „kaum = 0“, „deutlich = 1“ und „schwer = 2“. Diese Vorgehensweise wird von den Autoren des Instruments empfohlen [9, 12]. Dadurch wird sichergestellt, dass nur Kinder, die in wenigstens einem Bereich mindestens deutliche Schwierigkeiten aufweisen, einen Impactscore größer als null erreichen. Durch Aufaddieren ergibt sich ein Summenscore mit maximal zehn Punkten. Ein Impactscore ab einem Wert von zwei Punkten gilt als auffällig. Inhaltlich liegen dann in mindestens zwei Lebensbereichen deutliche Beeinträchtigungen oder in mindestens einem Lebensbereich schwere Beeinträchtigungen aufgrund psychischer Probleme vor. Ein Impactscore von einem Punkt gilt als grenzwertig auffällig, hier liegt in einem Lebensbereich des Kindes eine deutliche Beeinträchtigung vor.

## LITERATUR

- Petermann F (2005) *Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter – Eine Bestandsaufnahme*. *Kindh Entwickl* 14(1):48–57. DOI 10.1026/0942-5403.14.1.48
- Goodman R (1997) *The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note*. *J Child Psychol Psychiatry* 38:581–586. DOI 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- Woerner W, Becker A, Rothenberger A (2004) *Normative data and scale properties of the German parent SDQ*. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 13(2):ii3–ii10. DOI 10.1007/s00787-004-2002-6
- Hölling H, Schlack R, Petermann F et al. (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)*. *Bundesgesundheitsbl* 57(7):807–819. DOI 10.1007/s00103-014-1979-3
- Goodman A, Lamping DL, Ploubidis GB (2010) *When to use broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): data from British parents, teachers and children*. *J Abnorm Child Psychol* 38(8):1179–1191. DOI 10.1007/s10802-010-9434-x
- Haller A-C, Klasen F, Petermann F et al. (2016) *Langzeitfolgen externalisierender Verhaltensauffälligkeiten. Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie*. *Kindh Entwickl* 25(1):31–40. DOI 10.1026/0942-5403/a000186
- Goodman R (1999) *The Extended Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a Guide to Child Psychiatric Caseness and Consequent Burden*. *J Child Psychol Psychiatry* 40(5):791–799. DOI 10.1111/1469-7610.00494
- Becker A, Wang B, Kunze B et al. (2018) *Normative data of the self-report version of the German Strengths and Difficulties Questionnaire in an epidemiological setting*. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 46(6):523–533. DOI 10.1024/1422-4917/a000589
- Rothenberger A, Becker A, Erhart M et al. (2008) *Psychometric properties of the parent strengths and difficulties questionnaire in the general population of German children and adolescents: results of the BELLA study*. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 17(1):99–105. DOI 10.1007/s00787-008-1011-2

# Prävalenzen, Trends und Verläufe psychischer Auffälligkeiten




---

## KERNAUSSAGEN

---

**Jedes sechste der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen in Deutschland weist psychische Auffälligkeiten im psychopathologischen Screening auf.**

---

**Die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten ist ungleich verteilt: Jungen, Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status oder aus Familien mit Migrationshintergrund sind häufiger betroffen.**

---

**Über einen Elf-Jahreszeitraum ging die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten um drei Prozentpunkte zurück. Der Rückgang betrifft ausschließlich Jungen im Alter von 9 bis 17 Jahren und bezieht sich vor allem auf externalisierende Auffälligkeiten.**

---

**Die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen weist im Entwicklungsverlauf keine psychischen Auffälligkeiten auf. Bei einem Drittel treten mindestens einmal psychische Auffälligkeiten im Verlauf der Kindheit und Jugend auf.**

---

Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen sind häufig. Weltweit werden Prävalenzraten zwischen 10% bis 20% berichtet [1, 2]. Für Deutschland liegt zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2 die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen bei 16,9% [3]. In der öffentlichen Diskussion wird häufig darüber spekuliert, ob psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in den vergangenen Jahren zugenommen haben. Internationale bevölkerungsbezogene Studien zeigten hierzu widersprüchliche Ergebnisse. Während Studien aus England mit Beobachtungszeiträumen von 20 und 25 Jahren Anstiege von emotionalen und Verhaltensproblemen berichteten [4, 5], konnten in einer transnationalen Vergleichsstudie für Europa, die auch Kinder und Jugendliche einschloss, keine Prävalenzanstiege auf Bevölkerungsebene festgestellt werden [6]. Eine Meta-Analyse mit 33 deutschen Studien ergab ebenfalls eine relativ konstante Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in den letzten 65 Jahren, auf einem Niveau von 17,6% [7]. Mit der ersten Folgerhebung KiGGS Welle 1 (2009–2012) wurde erstmalig für Deutschland ein zeitlicher Trend unmittelbar auf Bevölkerungsebene ermittelt. Dabei wurden gleichbleibende Häufigkeiten psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen von circa 20% in einem Sechs-Jahres-Zeitraum festgestellt [8]. Mit den Daten von KiGGS Welle 2 (2014–2017) lässt sich ein zeitlicher Trend über elf Jahre beschreiben: Die



▶ Prävalenz psychischer Auffälligkeiten in der Kinder- und Jugendbevölkerung ging im Vergleich mit den Daten der KiGGS-Basiserhebung um drei Prozentpunkte von 19,9% auf 16,9% zurück [3]. Dies entspricht einem prozentualen Rückgang von 15%. Dieser Rückgang besteht allerdings nur bei Jungen. Für Mädchen zeigten sich keine signifikanten Veränderungen in der Prävalenz (Abbildung 5.2.1).

### 5.2.1 Prävalenzen und Trends nach Altersgruppen und Geschlecht

Differenziert man weiter nach Altersgruppen, wird erkennbar, dass der Rückgang bei Jungen nur im Altersbereich von 9 bis 17 Jahren signifikant ist

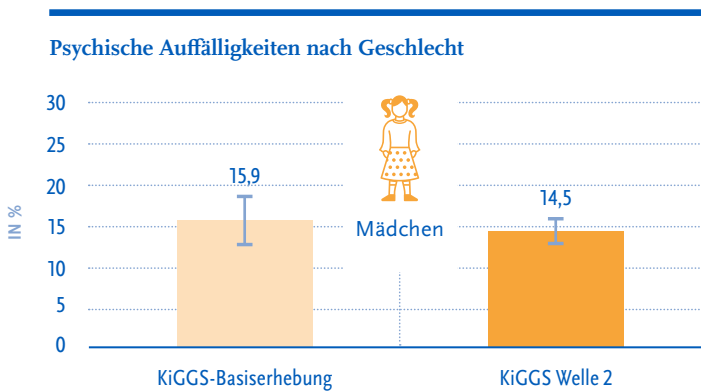
(Abbildung 5.2.2). Bei Mädchen sind die Unterschiede in keiner Altersgruppe signifikant [3].

Überprüft man anschließend auf Subskalenebene, in welchen Bereichen die Symptomatik zurückgegangen ist, zeigt sich, dass der Rückgang bei den 9- bis 17-jährigen Jungen nach Einschätzung der Eltern vor allem bei den externalisierenden Auffälligkeiten: Verhaltensproblemen und Unaufmerksamkeit / Hyperaktivität stattgefunden hat (Abbildung 5.2.3) [3].

Bestimmte Geschlechts- und Altersunterschiede zeigen sich konsistent in allen KiGGS- und auch BELLA-Erhebungswellen [8–10]. So sind Jungen in allen drei KiGGS-Wellen deutlich häufiger von psychischen Auffälligkeiten betroffen als Mädchen. Schaut man nach der Art der Auffälligkeiten, weisen Mädchen häufiger internalisierende Auffälligkeiten wie emo-

👉 **ABBILDUNG 5.2.1**

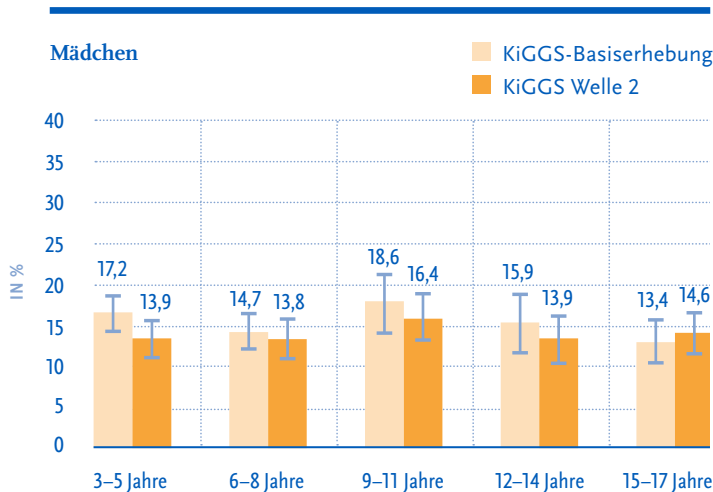
#### Psychische Auffälligkeiten nach Geschlecht



**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS-Basiserhebung (2003–2006): n = 7.100 Mädchen, n = 7.377 Jungen; KiGGS Welle 2 (2014–2017): n = 6.637 Mädchen, n = 6.568 Jungen

👉 **ABBILDUNG 5.2.2**

#### Psychische Auffälligkeiten nach Altersgruppen und Geschlecht



**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS Welle 2 (2014–2017): n = 6.637 Mädchen, n = 6.568 Jungen

10,6%		VERHALTENSPROBLEME		14,6%
9,7%		HYPERAKTIVITÄT / UNAUFMERKSAMKEIT		16,5%
9,8%		PROBLEME MIT GLEICHALTRIGEN		12,1%
15,3%		EMOTIONALE PROBLEME		13,0%

tionale Probleme, Jungen häufiger externalisierende Auffälligkeiten, wie Verhaltensprobleme oder Hyperaktivität, auf [8, 9, 11]. Tabelle 5.2.1 zeigt diesen Geschlechterunterschied anhand der Daten von KiGGS Welle 2 über die einzelnen SDQ-Problembereiche.

Betrachtet man die Verteilung psychischer Auffälligkeiten zusätzlich nach Altersgruppen, zeigt sich bei Jungen eine tendenzielle Zunahme der Prävalenz bis zum mittleren Schulalter (9 bis 11 Jahre), während in der frühen und vor allem der späteren Adoleszenz die Prävalenzen wieder zurückgehen [3, 11, 12]. Bei Mädchen zeigt sich für psychische Auffälligkeiten insgesamt kein klarer Alterstrend. Deutlich ausgeprägt sind die Prävalenzunterschiede zwischen Mädchen und Jungen insbesondere im Altersbereich zwischen 3 und 14 Jahren (Abbildung 5.2.2). Bei den 15- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen gleichen sich die Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten im Elternbericht wieder weitgehend an [3].

Ursachen für diese Alters- und Geschlechtsunterschiede liegen unter anderem in unterschiedlichen biologischen und psychosozialen Entwicklungsbedingungen für Mädchen und Jungen. Die höheren Prävalenzen für Jungen im Vor- und Grundschulalter sind vor allem auf externalisierende Verhaltensauffälligkeiten zurückzuführen [3]. Jungen weisen schon im Vorschulalter einen im Durchschnitt stärkeren Bewegungsdrang auf als Mädchen [13], ihr Verhalten wird daher häufiger als expansiv wahrgenommen und beurteilt [14]. Die Zunahme psychischer Auffälligkeiten bis zum mittleren Schulalter bei Jungen steht unter anderem in Zusammenhang mit den ab dem Schuleintritt steigenden Anforderungen an Stillsitzen und Konzentrationsfähigkeit, die Jungen dispositionell weniger entgegenkommen als Mädchen [15]. Mädchen sind hingegen im späteren Kindes- und Jugendalter eher von internalisierenden Auffälligkeiten betroffen. So zeigen Daten von KiGGS Welle 2 diesbezüglich einen deutlichen Ge-

schlechtseffekt im Altersgang: Mädchen weisen mit zunehmendem Alter mehr emotionale Probleme auf als Jungen. Gründe hierfür liegen einerseits in biologisch-genetischen Faktoren, insbesondere aber auch in unterschiedlichen Lebens- und gesellschaftlichen Bedingungen, unter denen Mädchen und Jungen aufwachsen [16]. So kommen Mädchen früher in die Pubertät als Jungen, oftmals parallel zum Übergang von der Grund- in die weiterführende Schule. Dieser Übergang ist mit Herausforderungen verbunden wie der Integration in ein neues soziales Umfeld und dem Knüpfen neuer Freundschaften und Peer-Beziehungen. Die damit einhergehende Veränderung bislang bestehender sozialer Einbindung kann für Mädchen aufgrund ihrer stärkeren Orientierung an sozialen Beziehungen problematischer sein als für Jungen und zu einer Zunahme von emotionalen Problemen führen [17]. Außerdem findet in den Lebensphasen Kindheit und Jugend die Herausbildung von geschlechtsbezogenen Haltungen und Verhaltensmustern statt. Jungen und Mädchen sehen sich mit unterschiedlichen geschlechtsbezogenen Erwartungen, Reaktionen und Geschlechtsrollenverhalten konfrontiert [16]. Für Mädchen nimmt der gesellschaftliche Erwartungsdruck hinsichtlich einer Geschlechtsrollenübernahme während des Aufwachsens stärker zu als für Jungen [17], was wiederum zu emotionalen Problemen führen kann. Zudem zeigen sich auch Unterschiede im Bewältigungsverhalten: Mädchen weisen eher nach innen gerichtete Formen der Bewältigung auf, während Jungen eher nach außen gerichtete Bewältigungsformen zeigen [16]. Diese für Mädchen und Jungen unterschiedlichen transitionsbedingten Vulnerabilitäten tragen unter anderem mit zunehmendem Alter zu steigenden Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten bei Mädchen bei und damit dazu, dass sich die Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten bei Jungen und Mädchen in den höheren Altersgruppen wieder angleichen.

## 5.2.2 Selbstbeurteilung der Kinder und Jugendlichen

Laut ihrer Selbstausskunft erfüllen insgesamt 15,4% der 11- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen in KiGGS Welle 2 die Kriterien für psychische Auffälligkeiten im Sinne der KiGGS-Risikogruppendifinition (siehe Kapitel 5.1). Damit liegt die Prävalenz in ähnlicher Höhe wie im Elternbericht mit 15,5%, wenn man diesen ebenfalls nur für die Altersgruppe der 11- bis 17-Jährigen betrachtet. Jedoch unterscheiden sich Selbst- und Elternbericht, wenn man nach Geschlecht differenziert. Während im Elternbericht die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten für 11- bis 17-jährige Mädchen bei 14,6% liegt, ist diese mit 18,6% im Selbstbericht deutlich höher, bei Jungen hingegen deutlich niedriger (Elternbericht: 16,7%; Selbstbericht: 12,3%). Im Selbstbericht zeigen sich, ebenfalls im Unterschied zum Elternbericht, keine Veränderungen der Häufigkeiten im zeitlichen Trend von der KiGGS-Basiserhebung (16,9%) zu KiGGS Welle 2 (15,4%) [18].

Die wissenschaftliche Literatur zur Validität des Elternberichts des SDQ ist wesentlich umfangreicher als die zum Selbstbericht [18–20]. Die Ergebnisse zum Selbstbericht sind daher vorsichtiger zu interpretieren, da sie in ihrer Bedeutung weniger klar sind. Allerdings erscheinen sie nachvollziehbar und stehen nicht in Widerspruch zu den Ergebnissen aus der Elternbefragung. Die höhere selbstberichtete Prävalenz bei Mädchen kann plausibel und wie oben dargelegt mit den im Jugendalter bei Mädchen zunehmenden internalisierenden Auffälligkeiten erklärt werden. Im Gegensatz zu externalisierenden Verhaltensproblemen, die sichtbarer sind und daher von Eltern eher bemerkt werden, müssen internalisierende Probleme den Eltern mitgeteilt werden, um von diesen wahrgenommen zu werden. Insbesondere im Jugendalter, zu dessen Entwicklungsaufgaben unter anderem die Abgrenzung zu den Eltern gehört, werden Freundinnen und Freunde als nahe Vertraute oft wichtiger als die Eltern [21]. Darauf deuten auch Analysen mit den BELLA-Daten hin, die zeigen, dass bei Mädchen gerade im Jugendalter die stärksten Diskrepanzen zwischen den selbst- und elternberichteten internalisierenden Auffälligkeiten, wie Depressivität oder Ängsten, bestehen [10].

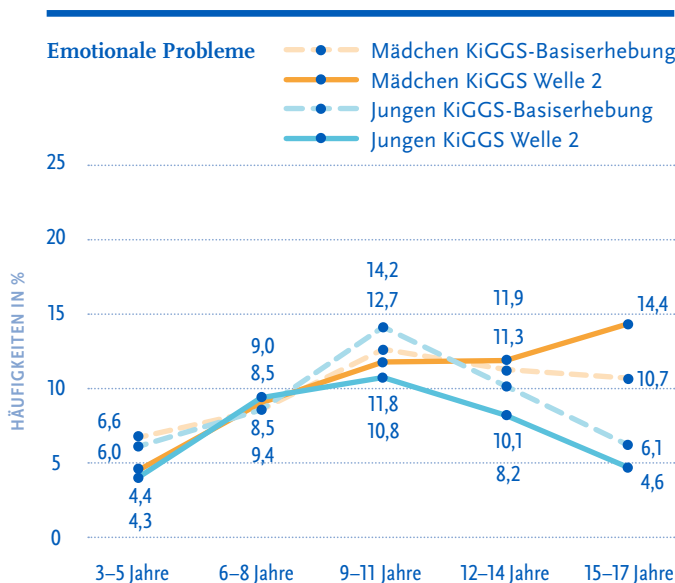
Knapp ein Fünftel der Eltern (19,4%) berichten in KiGGS Welle 2 im SDQ-Impactfragebogen von Beeinträchtigungen ihrer Kinder infolge von Schwierigkeiten bezüglich Stimmung, Konzentration, Verhalten und / oder dem Umgang mit Anderen hinsichtlich subjektivem Leidensdruck und sozialer Probleme (siehe Kapitel 5.1). Im Trendvergleich zu KiGGS Welle 1 (20,7%), in der der SDQ-Impactfragebogen erstmalig eingesetzt wurde, bleibt dieser Anteil über den Fünf-Jahres-Zeitraum konstant. Einen Unterschied gibt es jedoch nach Geschlecht und Altersgruppe. Hier ist, analog zum Symptomfragebogen,

## 5.2.3 Funktionelle Beeinträchtigungen infolge psychischer Auffälligkeiten

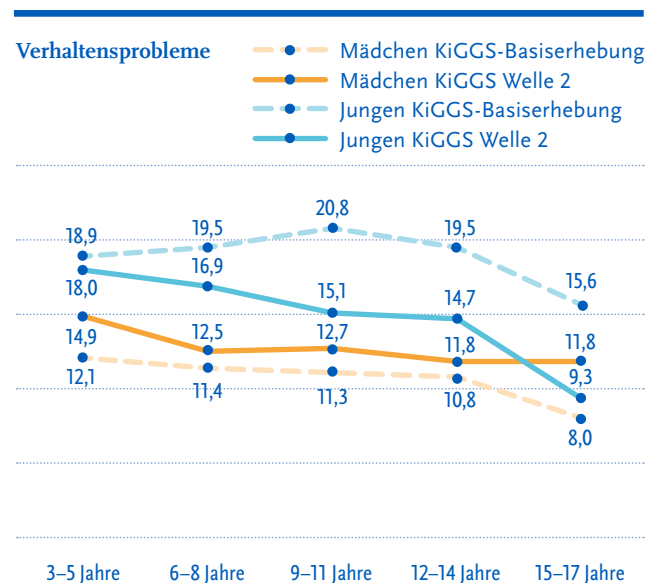
Knapp ein Fünftel der Eltern (19,4%) berichten in KiGGS Welle 2 im SDQ-Impactfragebogen von Beeinträchtigungen ihrer Kinder infolge von Schwierigkeiten bezüglich Stimmung, Konzentration, Verhalten und / oder dem Umgang mit Anderen hinsichtlich subjektivem Leidensdruck und sozialer Probleme (siehe Kapitel 5.1). Im Trendvergleich zu KiGGS Welle 1 (20,7%), in der der SDQ-Impactfragebogen erstmalig eingesetzt wurde, bleibt dieser Anteil über den Fünf-Jahres-Zeitraum konstant. Einen Unterschied gibt es jedoch nach Geschlecht und Altersgruppe. Hier ist, analog zum Symptomfragebogen,

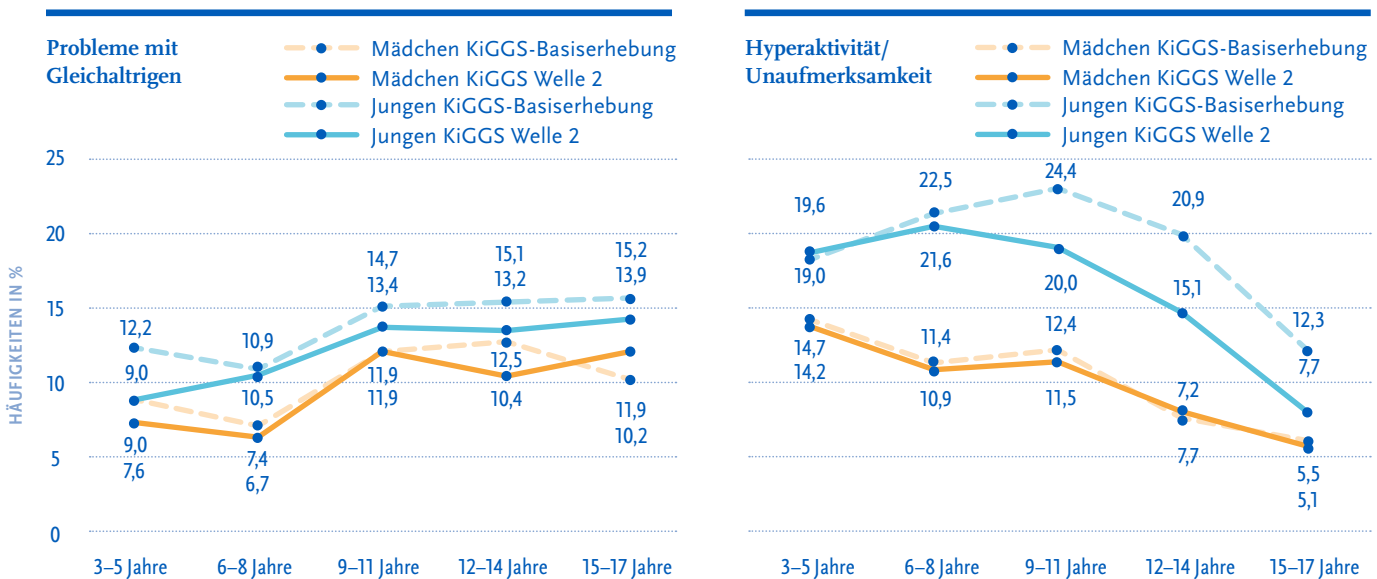
ABBILDUNG 5.2.3

Psychische Auffälligkeiten nach SDQ-Subskalen, Altersgruppen und Geschlecht



Anmerkungen Datenbasis: KiGGS-Basiserhebung (2003–2006): n = 7.100 Mädchen, n = 7.377 Jungen; KiGGS Welle 2 (2014–2017): n = 6.637 Mädchen, n = 6.568 Jungen





ausschließlich für Jungen ein signifikanter Prävalenzrückgang von 24,5% in KiGGS Welle 1 auf 21,9% in KiGGS Welle 2 zu verzeichnen. Bei Mädchen bleibt der Anteil gleich (KiGGS Welle 1: 16,7%; KiGGS Welle 2: 16,8%). Außerdem gibt es in der Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen einen signifikanten Rückgang elternberichteter funktioneller Beeinträchtigungen von 20,9% auf 17,4% zwischen KiGGS Welle 1 und KiGGS Welle 2. In allen anderen Altersgruppen gibt es keine signifikanten Veränderungen über diesen Zeitraum. Die Ergebnisse aus dem SDQ-Impactfragebogen stützen damit die Befunde aus dem SDQ-Symptomfragebogen. Hier wie dort zeigen sich die Prävalenzrückgänge bei den Jungen und in den höheren Altersgruppen.

### 5.2.4 Bewertung

Bevölkerungsbezogene Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen haben sich in der Vergangenheit als relativ stabil erwiesen. Die Prävalenz von 16,9% in KiGGS Welle 2 liegen nah an der von Barkmann und Schulte-Markwort [7] aus 33 Studien für Deutschland ermittelten durchschnittlichen Prävalenz von 17,6%. Dennoch erscheint der im zeitlichen Trend von der KiGGS-Basiserhebung zu KiGGS Welle 2 konstatierte Rückgang der Symptomprävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen von drei Prozentpunkten oder um 15%, gemessen mit dem gleichen Instrument und ermittelt an der gleichen Bezugsbevölkerung, als relevante Größenordnung.

Was könnten mögliche Ursachen für diesen Rückgang sein? Eine direkte Antwort lässt sich aus den Daten nicht ableiten. Hier muss der Blick auf andere, gesellschaftliche Entwicklungen gerichtet werden: So stieg beispielsweise vor dem Hintergrund anhaltend hoher Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen schon bis zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 1 [8] die gesellschaftliche Sensibilität und Aufmerksamkeit für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Ausdruck hierfür sind die zahlreichen diesbezüglichen Entschlüsse, Initiativen und Programme der letzten zwei Dekaden, wie etwa die Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit aus dem Jahr 2008, das nationale Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“, der Nationale Aktionsplan „Für ein kindergerechtes Deutschland 2005–2010“, die Gründung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen im Jahr 2007 oder das im Jahr 2012 neu formulierte Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (siehe Kapitel 3). Dazu gehörte auch die Ausweitung der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen („U-Untersuchungen“). Seit 2006 werden in der zusätzlich angebotenen U10 für Kinder zwischen sieben und acht Jahren sowie in der U11 für Kinder zwischen neun und zehn Jahren gezielt Verhaltensauffälligkeiten überprüft. Psychische Probleme können dabei durch die Ärztinnen und Ärzte in einem Beratungsgespräch thematisiert und Betroffene an entsprechende Hilfsangebote weiterverwiesen werden. Spätere Auffälligkeiten könnten sich so reduziert haben. Tatsächlich gibt es eine zeitliche Koinzidenz zwischen der Einführung der U-Untersuchungen und dem Alter, ab dem der Rückgang der



elternberichteten psychopathologischen Symptomatik zu verzeichnen ist. So waren die ersten Kinder, die im Jahr 2006 erstmals von der U10 beziehungsweise U11 profitierten, beim Feldstart von KiGGS Welle 2 im Jahr 2014 15 bis 18 Jahre alt. Sie fallen damit größtenteils in den Altersbereich von 12 bis 17 Jahren, für den in KiGGS Welle 2 der signifikante Prävalenzrückgang bei den psychischen Auffälligkeiten festgestellt wurde. Der Anteil der Teilnehmenden, die von der Maßnahme profitiert haben könnten, stieg zudem in der Altersgruppe ab elf Jahren im Verlauf der sich insgesamt über drei Jahre erstreckenden Erhebungsphase von KiGGS Welle 2 stetig an, da in jedem Untersuchungsort die Kinder und Jugendlichen erst unmittelbar vor Untersuchungsbeginn ausgewählt und zur Studienteilnahme eingeladen wurden.

Selbstverständlich ist dies ein rein korrelativer, ökologischer Zusammenhang. Auch stellte sich die Frage, weshalb ausschließlich Jungen von der Maßnahme profitiert haben sollten. Möglicherweise gibt die Betrachtung nach der Art der Symptomatik hierzu einen Hinweis: Nur bei den externalisierenden Verhaltensweisen ist ein Rückgang zu verzeichnen. Diese sind auffälliger und besser beobachtbar als internalisierende Auffälligkeiten und kommen häufiger bei Jungen vor. Der Fokus der Screenings für Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen U10 und U11 wiederum liegt vor allem auf externalisierenden Symptomen wie körperliche Unruhe, impulsives Handeln oder Konzentrationsstörungen [22], weswegen womöglich vor allem in diesem Bereich Unterstützungs- und Behandlungsangebote gemacht wurden. Eine vermehrt rollenkritische Geschlechterwahrnehmung [23] könnte zudem dazu beigetragen haben, dass externalisierende Verhaltensauffälligkeiten bei Jungen häufiger problematisiert und weniger häufig als „jungentypisches Verhalten“ normalisiert wurden. Auch die gesellschaftliche Debatte über Geschlechterdifferenzen im Bildungssystem zuungunsten von Jungen („Jungen als Bildungsverlierer“) [24] der vergangenen Jahre, die eng mit der Frage externalisierender Verhaltensauffälligkeiten verknüpft ist, könnte den präventiven Fokus in der jüngeren Vergangenheit stärker auf die Jungen gelenkt haben. An dieser Stelle besteht weiterer Forschungsbedarf. Weitere Erklärungen für den Prävalenzrückgang sind ebenso denkbar, beispielsweise Kohorten- oder Periodeneffekte bei der Befragung der Eltern, die ursächlich für Änderungen im Antwortverhalten, Veränderungen im Begriffsverständnis oder in der Symptomtoleranz über die Zeit sein könnten. Für das Vorliegen solcher säkularen Trends müssten Hypothesen gefunden werden, die plausible Erklärungen anbieten, warum es einen sol-

chen Wandel gegeben hat, worin er besteht, woher er kommt, wen er betrifft und an welchen Merkmalen er sich festmachen ließe.

Mitursächlich für den Prävalenzrückgang könnten auch Verbesserungen bei den psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsangeboten für Kinder und Jugendliche sein. Seit der KiGGS-Basiserhebung hat sich beispielsweise die Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater von 557 im Jahr 2003 auf 1.062 im Jahr 2017 fast verdoppelt [25]. Ein Prävalenzrückgang ausschließlich bei Jungen zeigt sich auch bei anderen Indikatoren psychischer Auffälligkeiten in der KiGGS-Studie, beispielsweise bei der elternberichteten ADHS-Diagnose [26] (siehe Kapitel 6) oder bezüglich der bei den Kindern und Jugendlichen selbst mit dem SCOFF-Fragebogen erhobenen Essstörungssymptomen [27].

### 5.2.5 Prävalenzen und Trends nach sozioökonomischem Status

Laut den Daten von KiGGS Welle 2 liegen die Prävalenzen für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigerem sozioökonomischem Status bei 26,0%, bei mittlerem bei 16,1% und bei denjenigen aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status bei 9,7% [28] (Abbildung 5.2.4). Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status weisen damit knapp dreimal so häufig psychische Auffälligkeiten auf wie Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status.

Dieser erhebliche soziale Gradient ist ein wesentlicher Befund aller drei Erhebungswellen von KiGGS [8, 9, 28] und zeigt sich in vielen nationalen und internationalen Studien [29]. Ein niedriger sozioökonomischer Status ist häufig mit Belastungen oder ungünstigeren Lebensumständen verknüpft, die ihrerseits Risikofaktoren für die Entstehung psychischer Auffälligkeiten darstellen [30] (siehe Kapitel 5.3). Eine Detailanalyse zum Trend psychischer Auffälligkeiten in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status unter Berücksichtigung aller drei querschnittlichen KiGGS-Erhebungen zeigt, dass der Abstand zwischen der niedrigsten und der höchsten sozioökonomischen Statuskategorie auf der SES-Skala, in den jeweiligen Erhebungswellen in einem Range zwischen 21 und 28 Prozentpunkten liegt [31]. Dabei sind die Unterschiede zwischen den Erhebungswellen nicht signifikant. Das bedeutet, dass sich dieser Befund über den gesamten Studienzeitraum von elf Jahren nicht verändert hat. Die relative, für Alter, Geschlecht und

Migrationshintergrund adjustierte soziale Ungleichheit in Bezug auf psychische Auffälligkeiten rangiert zwischen 3,8 und 4,7. Personen mit einem Wert ganz unten auf der SES-Skala im Vergleich zu einem Wert ganz oben sind somit circa vier- bis fünfmal wahrscheinlicher von psychischen Auffälligkeiten betroffen. Auch hier zeigen sich zwischen den Erhebungsjahren keine signifikanten Unterschiede, womit von einer Stabilität des Sozialgradienten ausgegangen werden kann [31].

Einen überraschenden Befund bietet die Analyse des SDQ-Impactfragebogens: Zwischen KiGGS Welle 1 und KiGGS Welle 2 ist bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status – und nur bei diesen – ein signifikanter Rückgang in der Prävalenz elternberichteter funktioneller Beeinträchtigungen von 28,7% auf 23,6% zu verzeichnen. Dies könnte auf eine verbesserte Versorgungssituation hindeuten, da das Vorliegen funktioneller Beeinträchtigungen eng mit der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen assoziiert ist [32] (siehe Kapitel 5.5). Denkbar ist auch, dass die Veränderungen mit der Ausweitung der sozialpädagogischen Kinder- und Jugendhilfe zusammenhängen. Im Jahr 2015 erreichten die Hilfen zur Erziehung mit über einer Million empfangsberechtigter Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener einen Höchststand [33].

## 5.2.6 Prävalenzen und Trends nach Migrationshintergrund

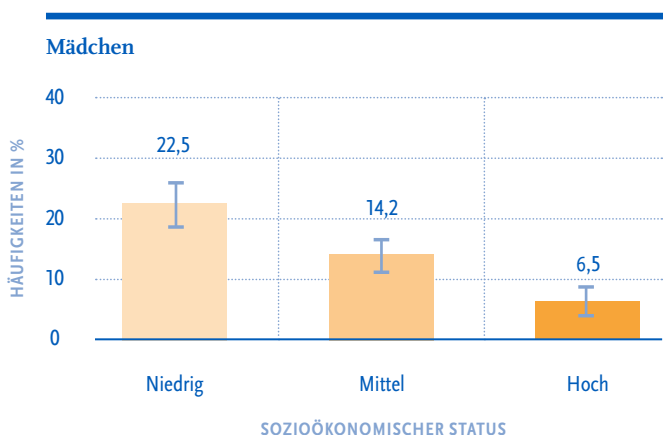
Hinsichtlich der Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen zeigen sich in

den Daten von KiGGS Welle 2 keine signifikanten Unterschiede nach Migrationshintergrund (ohne: 16,1%, einseitig: 18,0%, beidseitig: 19,5%) [34]. Dieser Befund ist insofern überraschend, als noch in der KiGGS-Basiserhebung Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund deutlich häufiger psychische Auffälligkeiten aufwiesen als Kinder ohne beziehungsweise mit einseitigem Migrationshintergrund (ohne: 18,1%, einseitig: 22,3%, beidseitig: 27,2%). Elf Jahre später ist dieser Zusammenhang nicht mehr feststellbar. Die Trendanalyse über den Elf-Jahreszeitraum zeigt, dass es zwar auch bei Kindern und Jugendlichen ohne sowie mit einseitigem Migrationshintergrund einen signifikanten Prävalenzrückgang zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2 gibt, vor allem jedoch bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund. Zwischen KiGGS Welle 1 und KiGGS Welle 2 zeigte sich auch in Bezug auf die funktionellen Beeinträchtigungen infolge psychischer Auffälligkeiten nur bei Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund ein signifikanter Rückgang (von 21,9% auf 16,7%).

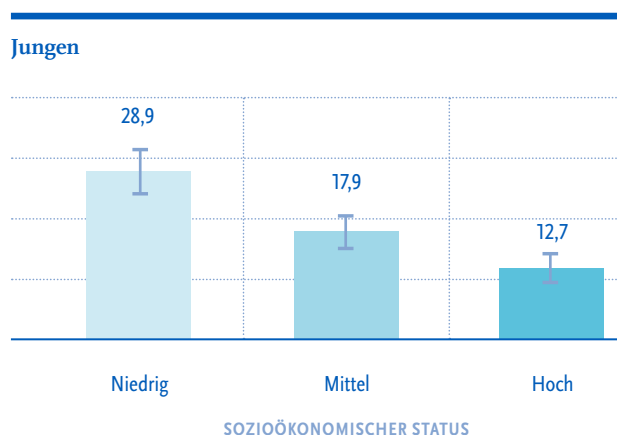
In der internationalen Literatur sind die Befunde zum Zusammenhang von psychischen Auffälligkeiten und Migrationshintergrund bei Kindern und Jugendlichen uneindeutig. Einige Studien fanden keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund in der Prävalenz psychischer Auffälligkeiten, andere legen dagegen eine diesbezügliche Häufung bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund nahe [35]. Im Zusammenhang mit psychischen Auffälligkeiten scheinen außerdem Faktoren wie Bildung eine bedeutendere Rolle für die Entwicklung

### ABBILDUNG 5.2.4

#### Häufigkeit von psychischen Auffälligkeiten nach Geschlecht und sozioökonomischem Status



**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS Welle 2 (2014–2017): n = 6.603 Mädchen, n = 6.546 Jungen





psychischer Auffälligkeiten und Störungen zu spielen als der Migrationshintergrund allein [35, 36]. In einer Analyse mit Daten von KiGGS Welle 2 war die Aufenthaltsdauer der Eltern in Deutschland nicht signifikant mit der Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten assoziiert und der sozioökonomische Status differenzierte auch innerhalb der Migrationsgruppe noch einmal [34]. Denkbar sind darüber hinaus methodische Artefakte für den Prävalenzrückgang zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2 in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund, wie etwa eine mangelnde Vergleichbarkeit der Ergebnisse des SDQ über verschiedene Sprachen und Kulturen hinweg [37]. Beispielsweise können das Verständnis der Fragen durch eine Übersetzung verzerrt oder Iteminhalte vor unterschiedlichen kulturellen Hintergründen anders verstanden werden. Allerdings wurden in der KiGGS-Studie für die größten Migrantengruppen übersetzte Fragebögen eingesetzt. Wollte man das Frageverständnis oder kulturelle Verzerrungen für die Prävalenzrückgänge verantwortlich machen, müsste man erklären, warum sich das Antwortverhalten in migrantischen Populationen im Zeitraum von elf Jahren derart stark verändert hätte. Unterschiede in der Zusammensetzung der Migrantengruppe nach Zuwanderungsgruppen und Herkunftsland in den KiGGS-Stichproben scheiden als Erklärungsmöglichkeit aus, da diese in den Erhebungen sehr ähnlich sind [38, 39].

Keine nennenswerte Rolle in den Daten von KiGGS Welle 2 spielt die Aufnahme von geflüchteten Personen in Deutschland ab dem Jahr 2015, da die Flüchtlingsbewegungen Deutschland in größerem Maße erst ab Mitte 2015 erreichten, als die KiGGS Welle 2 bereits im Feld war. In den wenigen Fällen, in denen Personen aus Flüchtlingsunterkünften in die Bruttostichprobe gelangten, erschwerten die Umstände und Sprachbarrieren eine Studienteilnahme. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass geflüchtete Kinder und Jugendliche allenfalls vereinzelt an KiGGS Welle 2 teilgenommen haben.

### 5.2.7 Psychische Auffälligkeiten und Störungen in administrativen Sekundärdaten

Während epidemiologische Screenings zu psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen die Symptomlast in der Bevölkerung widerspiegeln, bilden die Routinedaten der Krankenkassen Aspekte des Versorgungsgeschehens ab. Nach einer Analyse des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Bundes-

vereinigung auf Grundlage der zusammengeführten Abrechnungsdaten sämtlicher gesetzlicher Krankenkassen in Deutschland, erhielten im Jahr 2017 28 % der Kinder und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung in Deutschland mindestens eine Diagnose irgendeiner psychischen Störung [40]. Bei 16 % der Kinder und Jugendlichen wurde im Jahr 2017 in mindestens zwei Quartalen eine psychische Störung kodiert. Auch aus den Daten einzelner Krankenkassen werden vergleichbare Häufigkeiten berichtet. Beispielsweise wurde 2017 bei 26,7 % der bei der DAK Gesundheit versicherten Kinder und Jugendlichen mindestens einmal eine psychische oder Verhaltensstörung diagnostiziert [41]. Im zeitlichen Trend von 2009 bis 2017 war in den Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherungen in Deutschland eine Zunahme der Prävalenz mindestens einer Diagnose irgendeiner psychischen Störung bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung zu verzeichnen. Im Jahr 2009 betrug dieser Anteil 23 %, im Jahr 2017 28 %, was einer Steigerung um 5 Prozentpunkte oder einer relativen Zunahme von über 22 % in einem Acht-Jahreszeitraum entspricht. Die prozentual größte Zunahme von 2009 zu 2017 wurde mit 34 % bei den affektiven Störungen berichtet [40]. Die fast doppelt so hohe Prävalenz diagnostizierter psychischer Störungen aus den Routinedaten gesetzlicher Krankenkassen steht scheinbar in Widerspruch zu den epidemiologischen Ergebnissen der KiGGS-Studie. Jedoch lassen sich die unterschiedlichen Datenquellen nur schwer vergleichen. Bei den Prävalenzen aus den Abrechnungsdaten handelt es sich um Diagnosen sämtlicher psychischer Störungen gemäß ICD-10, die ein sehr viel breiteres Spektrum an psychischen und Verhaltensstörungen umfasst als es das Symptomscreening psychischer Auffälligkeiten mit dem SDQ adressiert. Die größte Diagnosegruppe in den bundesweiten Abrechnungsdaten und auch in den Daten der DAK Gesundheit bilden beispielsweise die Entwicklungsstörungen [40, 41], deren Symptome mit dem SDQ gar nicht erfasst werden. In den Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherungen zeigen sich allerdings ähnliche Geschlechts- und Altersunterschiede wie im SDQ-Symptomscreening der KiGGS-Studie [40, 41]. Für Jungen wurde im Jahr 2017 mit 31 % häufiger irgendeine kinderpsychiatrische Diagnose kodiert als für Mädchen mit 24 %. Dieser Geschlechtsunterschied besteht in allen Altersgruppen mit Ausnahme der 15- bis 17-Jährigen: Hier wurden mehr Diagnosen für Mädchen kodiert [40].

Gegen die oben aufgeworfene Hypothese, dass die Einführung der Vorsorgeuntersuchungen U10 und U11 mit ihrem Screening auf Verhaltensauffälligkeiten zu einem Rückgang der Prävalenz psychischer Auffäl-

ligkeiten beigetragen haben könnte, ließe sich einwenden, dass ein verstärktes Symptomscreening eine verbesserte Wahrnehmung psychischer Probleme mit sich bringe, was in der Konsequenz zu mehr kodierten Diagnosen in den Abrechnungsdaten führen müsste. Infolge des Screenings nach Verhaltensauffälligkeiten bei den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen müsste sich daher auch die Zahl der Diagnosen psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen erhöht haben. Dazu stünde im Widerspruch, dass in der KiGGS-Studie ein Rückgang auch bei den ADHS-Diagnosehäufigkeiten im zeitlichen Trend zu verzeichnen sei (siehe Kapitel 6.2). Tatsächlich weisen die Routinedaten der Krankenkassen einen Anstieg der Diagnosehäufigkeiten von 22% in der letzten Dekade aus [40]. Von diesen entfällt jedoch der größte Teil auf Entwicklungsstörungen (49% aller F-Diagnosen im Jahr 2017), wobei sich über die Zeit ein Anstieg der Diagnosehäufigkeiten von Entwicklungsstörungen um 9% zeigt [40]. Entwicklungsstörungen werden mit dem Symptomscreening des SDQ allerdings nicht erfasst. Zu diesen gehören Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (Artikulation, Aussprache, Verstehen), Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten wie Lese-Rechtschreib-Schwäche oder Rechenschwäche (Dyskalkulie), Entwicklungsstörungen der Bewegungsfähigkeit (Störungen der Grob- oder Feinmotorik) oder auch tiefgreifende Entwicklungsstörungen aus dem Autismus-Spektrum. Zwar beginnt ein Teil dieser Störungen in der frühen Kindheit, die Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten spielen jedoch erst ab einem Alter von sieben Jahren, in dem auch die U10 und U11 durchgeführt werden, eine Rolle, was einen Zusammenhang mit diesen beiden Vorsorgeuntersuchungen und einer gestiegenen Diagnosehäufigkeit von Entwicklungsstörungen in den administrativen Daten plausibel erklären könnte. Verhaltens- und emotionale Störungen hingegen, deren Symptome mit dem SDQ erfasst werden, wurden – analog des zeitlichen Trends im Symptomscreening in der KiGGS-Studie – relativ gesehen weniger häufig diagnostiziert (Abnahme um 8%) [40].

### 5.2.8 Verläufe psychischer Auffälligkeiten

Verläufe psychischer Auffälligkeiten über Kindheit und Jugend bis in das Erwachsenenalter sind variabel und werden durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst [21]. Mit den Daten der KiGGS-Kohorte lässt sich nachverfolgen, wie sich psychische Auffälligkeiten bei den Teilnehmenden der KiGGS-Basiserhebung über KiGGS Welle 1 bis KiGGS Welle 2 entwickelt haben. Da der SDQ nur bis zum Alter von 17 Jahren

eingesetzt werden kann, sind mit den verschiedenen Erhebungswellen jeweils unterschiedliche Übergangsphasen abbildbar. Aufgrund des sequentiellen Kohortendesigns lassen sich die meisten dieser Transitionen mit den Daten der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 1 untersuchen (siehe Kapitel 3.4). Zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2 war der größte Teil der Stichprobe der KiGGS-Kohorte schon aus dem Altersbereich bis 17 Jahre herausgewachsen. Die jüngsten Teilnehmenden waren zu diesem Zeitpunkt zehn Jahre alt. Hier können mit den Kohortendaten individuelle Verläufe über drei Messzeitpunkte, vom Vorschulalter (3 bis 5 Jahre, KiGGS-Basiserhebung) über das mittlere Schulalter (9 bis 11 Jahre, KiGGS Welle 1) bis zur Adoleszenz (15 bis 17 Jahre, KiGGS Welle 2) untersucht werden. Mit den Daten der ersten beiden Erhebungswellen lassen sich somit mehr Übergänge von einer Lebensphase in die nächste untersuchen als mit den Verlaufsdaten von der KiGGS-Basiserhebung bis zu KiGGS Welle 2. Daher werden zunächst Verläufe von der KiGGS-Basiserhebung zu KiGGS Welle 1 und im Anschluss Verläufe über alle drei Erhebungswellen dargestellt.

### 5.2.9 Verläufe von der KiGGS-Basiserhebung zu KiGGS Welle 1

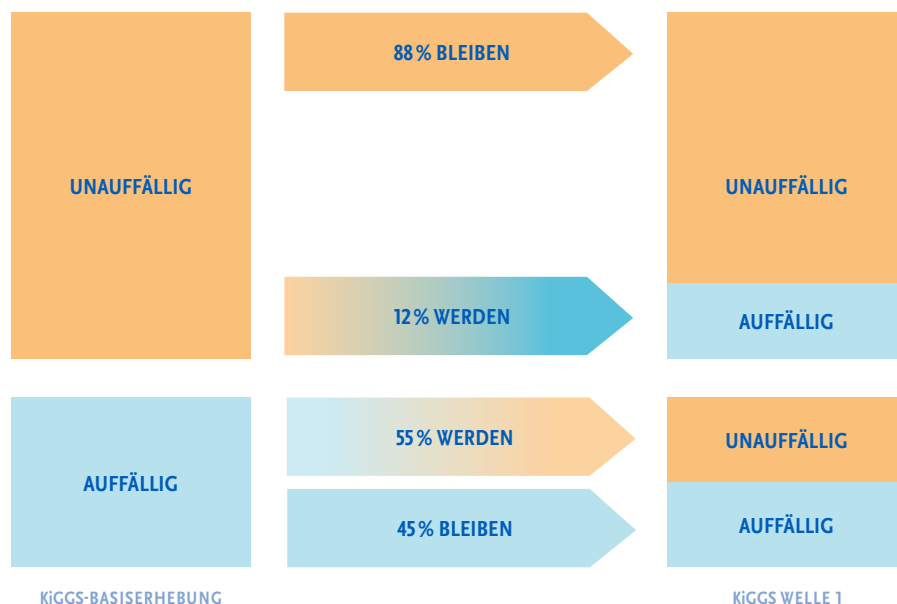
Ein Großteil der Kinder und Jugendlichen (88%) zeigt zu keinem der beiden Erhebungszeitpunkte psychische Auffälligkeiten (Abbildung 5.2.5) [42]. Mehr als jedes zehnte Kind (12%), das bei der KiGGS-Basiserhebung psychisch unauffällig war, weist allerdings sechs Jahre später psychische Auffälligkeiten auf. Während knapp die Hälfte der psychisch auffälligen Kinder (45%) nach sechs Jahren erneut psychische Auffälligkeiten aufweisen, werden 55% der zur KiGGS-Basiserhebung auffälligen Kinder und Jugendlichen nicht mehr als auffällig eingestuft [42]. Ähnliche Ergebnisse zum Auftreten beziehungsweise Fortbestehen psychischer Auffälligkeiten gibt es auch aus der anfänglich in kürzeren Abständen durchgeführten BELLA-Studie. Drei Viertel (74,3%) der teilnehmenden 7- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen (n=1.255) waren in einem Beobachtungszeitraum von sechs Jahren, bis zur BELLA-Welle 3, zu keiner der bis dahin vier Erhebungswellen psychisch auffällig. Von den Kindern und Jugendlichen mit anfänglichen psychischen Auffälligkeiten war bei der zweiten Erhebung ein Jahr später die Hälfte (51,5%) noch psychisch auffällig. Nach zwei Jahren wiesen noch 50% der initial auffälligen Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten auf, nach sechs Jahren noch knapp ein Drittel (31,5%) [3]. Die Unterschiede zu den Zahlen aus der KiGGS-Studie



## ABBILDUNG 5.2.5

### Verläufe psychischer Auffälligkeiten über sechs Jahre [nach 42]

**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) und KiGGS Welle 1 (2009–2012), n = 6.459



erklären sich aus dem leicht abweichenden Altersrange der Teilnehmenden (KiGGS-Studie 3 bis 17 Jahre, BELLA-Studie 7 bis 17 Jahre).

Die Wahrscheinlichkeit, psychisch auffällig zu werden, ist für Mädchen und Jungen in unterschiedlichen Lebensphasen und bezüglich verschiedener Transitionen unterschiedlich hoch. Bei Jungen stellen nach den Daten der ersten beiden Messzeitpunkte der KiGGS-Kohorte vor allem die Übergänge vom Vorschulalter (3 bis 5 Jahre) in das späte Grundschulalter (9 bis 11 Jahre) und vom frühen Grundschulalter (6 bis 8 Jahre) in das frühe Jugendalter (12 bis 14 Jahre) vulnerable Phasen für das Neuauftreten psychischer Auffälligkeiten dar. Zugleich finden sich bei diesen Transitionen auch die größten Häufigkeiten von „stabiler“ Symptomatik bei den Jungen, also das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten zu beiden Messzeitpunkten [42, 43]. Lebensgeschichtlich findet in diesen Phasen der Schuleintritt beziehungsweise der Übergang in eine weiterführende Schule statt. Erhöhte Wahrscheinlichkeiten des Auftretens psychischer Auffälligkeiten bei diesen Übergängen können mit erhöhten Belastungen aufgrund schulischer Anforderungen, familiärer Konflikte oder Problemen mit der Peer Group zusammenhängen [44] (siehe Kapitel 3.4). Externalisierende Symptome wie Unaufmerksamkeit oder Hyperaktivität, die bei Jungen häufiger auftreten, fallen zudem im Schulalltag besonders auf und erfahren Aufmerksamkeit durch das Umfeld [15]. Bei Mädchen stellt, wie zuvor beschrieben, insbesondere der Übergang vom Grundschulalter (9 bis 11 Jahre) ins späte Jugendalter (15 bis 17 Jahre) mit dem Wechsel in die weiterführende Schule eine vulnerable Phase dar. Bei dieser Transition war der Anteil von Mädchen mit fort-

bestehenden psychischen Auffälligkeiten prozentual höher als bei Jungen [42]. Dies kann unter anderem damit zusammenhängen, dass internalisierende Auffälligkeiten, von denen Mädchen häufiger betroffen sind, im Entwicklungsverlauf eine höhere Stabilität aufweisen als externalisierende Auffälligkeiten [43] und dann aufgrund der transitionsbedingt erhöhten Vulnerabilität stärker ins Gewicht fallen. Vergleichbare Ergebnisse zeigten sich auch in Analysen zum Verlauf psychischer Auffälligkeiten in der BELLA-Studie: Mädchen gehörten eher zur Gruppe mit aktuellen, wiederkehrenden oder persistierenden psychischen Auffälligkeiten im Zeitverlauf [3].

#### 5.2.10 Verläufe von der KiGGS-Basiserhebung zu KiGGS Welle 2

Mit den KiGGS Daten von KiGGS Welle 2 lässt sich die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen über drei Messzeitpunkte beziehungsweise einen Zeitraum von elf Jahren verfolgen (siehe Kapitel 4). Die unterschiedlichen resultierenden Verläufe werden nachfolgend als Profile bezeichnet (Tabelle 5.2.2). Profil 1 lässt sich als „konstant unauffällig“, also ohne psychische Auffälligkeiten zu allen drei Messzeitpunkten, beschreiben. Dies ist mit einem Anteil von 65,1 % die Mehrheit der zur KiGGS-Basiserhebung 3- bis 5-jährigen. Profil 8 bezeichnet „konstant auffällige“ Verläufe, es beinhaltet 4,4 % der Analysestichprobe. Die anderen Profile (2 bis 7) bezeichnen variable Verläufe mit psychischen Auffälligkeiten zu mindestens einem oder maximal zwei Messzeitpunkten. Zusammenge-

men sind dies 30,5% der Verläufe. Um zu untersuchen, inwieweit sich variable Verläufe vom konstant unauffälligen Verlauf (Profil 1) unterscheiden, werden die zwei häufigsten variablen Verläufe (Profile 3 und 5) diesem gegenübergestellt. Die unterschiedlichen Gruppen werden dabei in Bezug auf ihre soziodemografische Zusammensetzung und ihr psychopathologisches Profil (entlang der einzelnen Subskalen des SDQ) charakterisiert.

Profil 3 beinhaltet die Kinder und Jugendlichen, die im mittleren Schulalter (9 bis 11 Jahre) psychische Auffälligkeiten zeigten, Profil 5 diejenigen mit psychischen Auffälligkeiten im Vorschulalter (3 bis 5 Jahre). Für die direkte Gegenüberstellung mit Profil 1 in Bezug auf soziodemografische Charakteristika werden die Profile 3 und 5 aus Fallzahlgründen zusammengefasst. Dies erscheint vertretbar, da deren soziodemografische Zusammensetzung sehr ähnlich ist. Bezüglich der psychopathologischen Symptomatik werden die Profile 3 und 5 jedoch getrennt beschrieben, da sich die Symptomatik und der Zeitpunkt im Lebensverlauf, an dem die Symptome auftreten, unterscheiden.

### Vergleich unauffälliger und variabler Verläufe nach Geschlecht, sozioökonomischem Status und Migrationshintergrund

Die soziodemografische Zusammensetzung im Referenzprofil „konstant unauffällig“ (Profil 1) ist in Abbildung 5.2.6 dargestellt. Jungen und Mädchen

sind hier gleichermaßen repräsentiert, Kinder aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status mit circa einem Drittel jedoch deutlich überrepräsentiert. Der Anteil von Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status liegt bei 10,3%. Knapp ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen hat einen familiären Migrationshintergrund.

Bei den zusammengefassten Profilen mit variablem Verlauf psychischer Auffälligkeiten (Profile 3 und 5) liegt der Anteil von Jungen hingegen bei circa zwei Dritteln und ist damit gegenüber dem Referenzprofil „konstant unauffällig“ signifikant erhöht (Abbildung 5.2.7). Der Anteil von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status ist deutlich geringer als im konstant unauffälligen Profil, derjenige von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status dagegen mehr als doppelt so hoch. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund liegt hier bei einem Drittel, wobei der Anteil Kinder und Jugendlicher aus Familien mit beidseitigem Migrationshintergrund mehr als doppelt so hoch liegt, während es bezüglich Kindern aus Familien mit einseitigem Migrationshintergrund keine Unterschiede gibt. Jungen, Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status oder mit beidseitigem Migrationshintergrund weisen somit ein höheres Risiko für variable Verläufe auf (im Vergleich zum unauffälligen Verlauf). Dies korrespondiert mit Blick auf männliches Geschlecht und einen niedrigen sozioökonomischen Status mit den querschnittlichen Befunden [3].

#### TABELLE 5.2.2

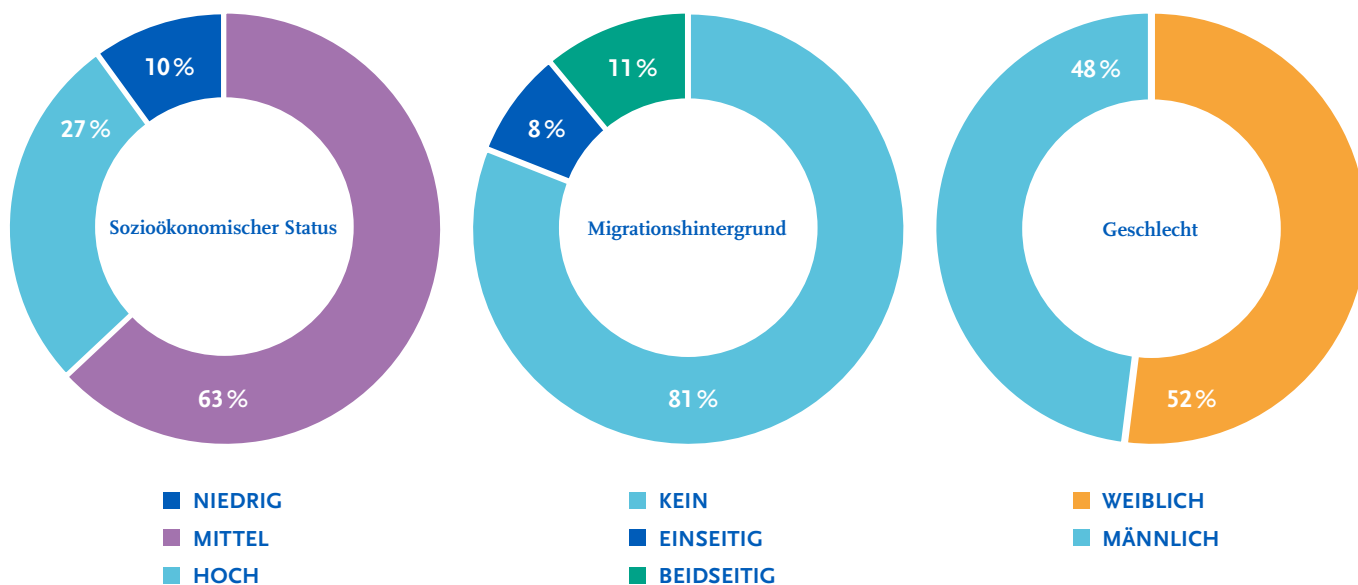
##### Verlaufprofile psychischer Auffälligkeiten

**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS-Basiserhebung (2003–2006), KiGGS Welle 1 (2009–2012), KiGGS Welle 2 (2014–2017), n = 2.278

PROFIL	KiGGS-BASISERHEBUNG (3–6 JAHRE)	KiGGS WELLE 1 (9–12 JAHRE)	KiGGS WELLE 2 (14–17 JAHRE)	ANTEIL	ANZAHL (n)
1	unauffällig	unauffällig	unauffällig	65,1 %	1.615
2	unauffällig	unauffällig	auffällig	4,1 %	83
3	unauffällig	auffällig	unauffällig	8,5 %	182
4	unauffällig	auffällig	auffällig	4,2 %	82
5	auffällig	unauffällig	unauffällig	7,5 %	152
6	auffällig	unauffällig	auffällig	1,5 %	22
7	auffällig	auffällig	unauffällig	4,7 %	73
8	auffällig	auffällig	auffällig	4,4 %	69

Referenzprofil „konstant unauffällig“ (Profil 1) – nach soziodemografischen Merkmalen

Anmerkungen Datenbasis: Kohortenteilnehmende, die zur KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) 3 bis 5 Jahre alt und an beiden Folgeerhebungen teilgenommen haben; Geschlecht: n = 1.615, Sozioökonomischer Status: n = 1.611, Migrationshintergrund: n = 1.604



► **Vergleich der Profile nach psychopathologischer Symptomatik**

Dem Profil 3 mit psychischen Auffälligkeiten im mittleren Schulalter (9 bis 11 Jahre zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 1), gehören 8,5% der untersuchten Kinder und Jugendlichen an. Von den Kindern in Profil 3 weisen zu diesem Zeitpunkt 60,2% emotionale Probleme, 48,3% Verhaltensprobleme, 47,9% Unaufmerksamkeit / Hyperaktivität und 26,7% Probleme mit Peers im psychopathologischen Screening auf. Zum Profil 5 gehören 7,5% der Kinder und Jugendlichen. Diese waren im Vorschulalter (3 bis 5 Jahre zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung) psychisch auffällig, vor allem in den Bereichen Unaufmerksamkeit / Hyperaktivität (47,7%), Verhaltensprobleme (47,3%), emotionale Probleme (41,9%) sowie Peer-Probleme (27,8%). Profil 5 ist damit tendenziell stärker durch frühe externalisierende Auffälligkeiten gekennzeichnet, während bei Profil 3 internalisierende Auffälligkeiten im mittleren Schulalter im Vordergrund stehen.

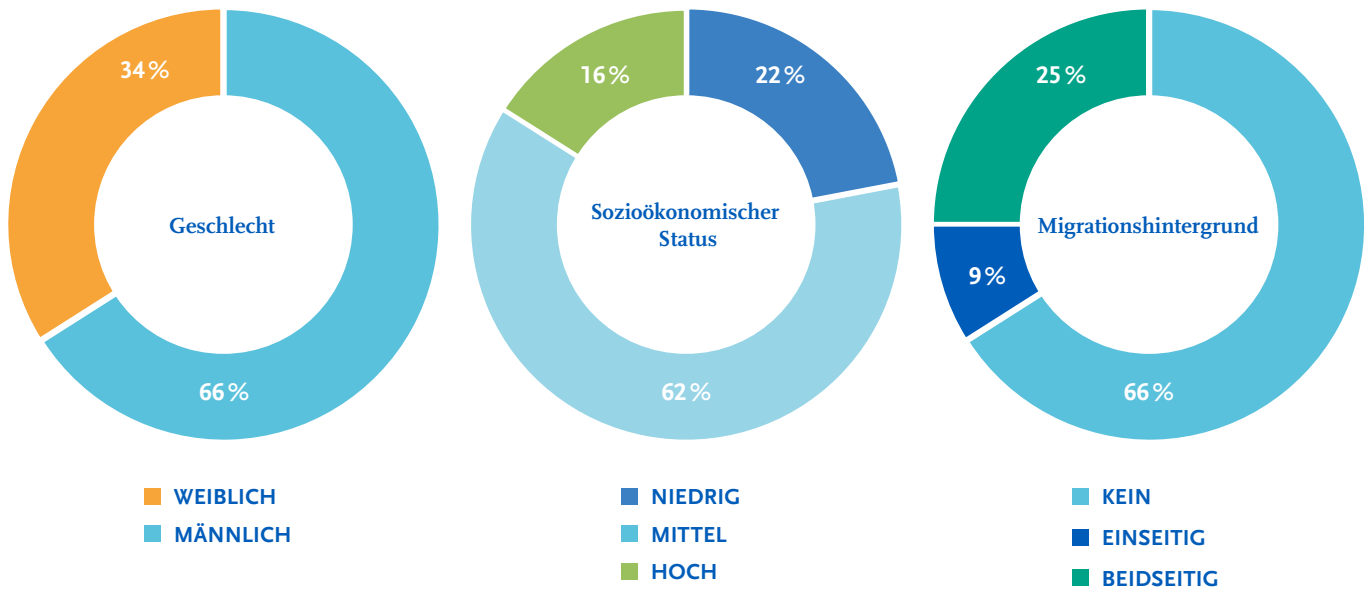
Ursachen für variable Verläufe können im Charakter psychischer Störungen liegen oder auch anlassbezogen sein. Beispielsweise können Depressionen wiederkehrend auftreten, Phasen ohne und mit Symptomatik wechseln sich dabei ab [44]. Anderer-

seits sind, wie die Analysen zum Verlauf psychischer Auffälligkeiten von der KiGGS-Basiserhebung bis zu KiGGS Welle 1 zeigen, Kinder und Jugendliche in verschiedenen Lebensphasen und Transitionen unterschiedlich vulnerabel, was mit der Entstehung oder der Stabilität psychischer Auffälligkeiten in Zusammenhang steht. Psychische Auffälligkeiten können zudem bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben und mit ungünstigeren Entwicklungsausgängen, wie beispielsweise einem geringeren Bildungserfolg oder einer beeinträchtigten Lebensqualität, verbunden sein (siehe Kapitel 5.4).

ABBILDUNG 5.2.7

Zusammengefasste Profile 3 und 5 („variable Verläufe“) – nach soziodemografischen Merkmalen

**Anmerkungen** Datenbasis: Kohortenteilnehmende, die zur KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) 3 bis 5 Jahre alt und an beiden Folgerhebungen teilgenommen haben; Geschlecht: n = 334, sozioökonomischer Status: n = 330, Migrationshintergrund: n = 333



- 1 Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M et al. (2011) *Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action*. The Lancet 378(9801):1515–1525. DOI 10.1016/S0140-6736(11)60827-1
- 2 Sauer K, Barkmann C, Klasen F et al. (2014) *How often do German children and adolescents show signs of common mental health problems? Results from different methodological approaches—a cross-sectional study*. BMC Public Health 14(1):229. DOI 10.1186/1471-2458-14-229
- 3 Kliipker K, Baumgarten F, Göbel K et al. (2018) *Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland—Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*. Journal of Health Monitoring 3(3):37–45. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5767> (Stand: 12.10.2021)
- 4 Collishaw S (2015) *Annual research review: secular trends in child and adolescent mental health*. J Child Psychol Psychiatry 56(3):370–393
- 5 Ford T, Goodman R, Meltzer H (2003) *The British child and adolescent mental health survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 42(10):1203–1211. DOI 10.1097/00004583-200310000-00011
- 6 Wittchen H-U, Jacobi F, Rehm J et al. (2011) *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*. Eur Neuropsychopharmacol 21(9):655–679
- 7 Barkmann C, Schulte-Markwort M (2012) *Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis*. J Epidemiol Community Health 66(3):194–203. DOI 10.1136/jech.2009.102467
- 8 Hölling H, Schlack R, Petermann F et al. (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)*. Bundesgesundheitsbl 57(7):807–819. DOI 10.1007/s00103-014-1979-3
- 9 Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U et al. (2007) *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)*. Bundesgesundheitsbl 50:784–793. DOI 10.1007/s00103-007-0241-7
- 10 Klasen F, Meyrose A, Otto C et al. (2017) *Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der BELLA-Studie*. Monatsschr Kinderheilkd 165(5):402–407. DOI 10.1007/s00112-017-0270-8
- 11 Rothenberger A, Becker A, Erhart M et al. (2008) *Psychometric properties of the parent strengths and difficulties questionnaire in the general population of German children and adolescents: results of the BELLA study*. Eur Child Adolesc Psychiatry 17(1):99–105. DOI 10.1007/s00787-008-1011-2
- 12 Ravens-Sieberer U, Otto C, Kriston L et al. (2015) *The longitudinal BELLA study: design, methods and first results on the course of mental health problems*. Eur Child Adolesc Psychiatry 24(6):651–663. DOI 10.1007/s00787-014-0638-4
- 13 Hussey J, Bell C, Bennett K et al. (2007) *Relationship between the intensity of physical activity, inactivity, cardiorespiratory fitness and body composition in 7–10-year-old Dublin children*. Br J Sports Med 41(5):311–316. DOI 10.1136/bjism.2006.032045
- 14 Plück J, Wiczorrek E, Wolff Metternich T et al. (2006) *Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP)*. Ein Manual für Eltern- und Erziehergruppen. Hogrefe, Göttingen
- 15 Schulte-Körne G (2016) *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen im schulischen Umfeld*. Dtsch Arztebl 113(11):183–190
- 16 Robert Koch-Institut (Hrsg) (2020) *Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin <https://edoc.rki.de/handle/176904/7554> (Stand: 03.11.2021)
- 17 Alloy LB, Hamilton JL, Hamlat EJ et al. (2016) *Pubertal development, emotion regulatory styles, and the emergence of sex differences in internalizing disorders and symptoms in adolescence*. Clin Psychol Sci 4(5):867–881
- 18 Baumgarten F, Junker S, Schlack R (in prep.) *Prevalence and trends of self-reported mental health problems among children and adolescents aged between 11 and 17 years in the KiGGS study*
- 19 Becker A, Wang B, Kunze B et al. (2018) *Normative data of the self-report version of the German Strengths and Difficulties Questionnaire in an epidemiological setting*. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 46(6):523–533. DOI 10.1024/1422-4917/a000589
- 20 Rogge J, Speck K, Hölling H et al. (2018) *Messinvarianz zwischen Eltern- und Jugendversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)? Diagnostica 64(3):121–132*
- 21 Lambert M, Bock T, Naber D et al. (2013) *Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen—Teil 1: Häufigkeit, Störungs persistenz, Belastungsfaktoren, Service-Inanspruchnahme und Behandlungsverzögerung mit Konsequenzen*. Fortschr Neurol Psychiatr 81(11):614–627.
- 22 Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (2012) *Früherkennungsuntersuchungen*. Köln
- 23 Hoffmann ML, Powlishta KK, White KJ (2004) *An examination of gender differences in adolescent adjustment: The effect of competence on gender role differences in symptoms of psychopathology*. Sex roles 50(11-12):795-810
- 24 Blossfeld HP, Bos W, Hannover B et al. (2009) *Geschlechterdifferenzen im Bildungssystem: Jahrgutachten 2009*. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- 25 Bundesärztlregister, Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020) *An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten (Anzahl)*. <http://www.gbe-bund.de/gbe10/i?i=305:39094640D> (Stand: 21.09.2020)
- 26 Göbel K, Baumgarten F, Kuntz B et al. (2018) *ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland—Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*. Journal of Health Monitoring 3(3):46–53. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5768> (Stand: 07.10.2021)
- 27 Cohrdes C, Göbel K, Schlack R et al. (2019) *Symptoms of eating disorders in children and adolescents: frequencies and risk factors: Results from KiGGS Wave 2 and trends*. Bundesgesundheitsbl 62(10):1195–1204. DOI 10.1007/s00103-019-03005-w
- 28 Kliipker K, Baumgarten F, Göbel K et al. (2018) *Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland—Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*. Journal of Health Monitoring 3(3):37–45. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5767> (Stand: 12.10.2021).
- 29 Reiss F (2013) *Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review*. Soc Sci Med 90:24-31. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026>
- 30 World Health Organization (2012) *Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors*. [https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/risks\\_to\\_mental\\_health\\_EN\\_27\\_08\\_12.pdf](https://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf) (Stand: 10.08.2020)
- 31 Lampert T, Hoebel J, Kuntz B et al. (2019) *Gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland—Zeitliche Entwicklung und Trends der KiGGS-Studie*. Journal of Health Monitoring 4(1):16–40. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5908> (Stand: 25.10.2021)
- 32 Reiß F, Schlack R, Otto C et al. (2021) *Zur Rolle des sozioökonomischen Status bei der Inanspruchnahme fachspezifischer Versorgung von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der BELLA-Studie*. Das Gesundheitswesen a-1335-4212

- 33 Jugendhilfeportal (2017) „Monitor Hilfen zur Erziehung“: Über 1 Mio. junge Menschen erhalten 2015 Hilfen zur Erziehung. <https://www.jugendhilfeportal.de/hze/artikel/monitor-hilfen-zur-erziehung-ueber-1-mio-junge-menschen-erhalten-2015-hilfen-zur-erziehung/> (Stand: 31.08.2020)
- 34 Santos-Hövenner C, Kuntz B, Frank L et al. (2019) Zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 62(10):1253–1262. DOI 10.1007/s00103-019-03012-x
- 35 Belhadj Kouider E, Koglin U, Petermann F (2014) Emotional and behavioral problems in migrant children and adolescents in Europe: a systematic review. Eur Child Adolesc Psychiatry 23(6):373–391. DOI 10.1007/s00787-013-0485-8
- 36 deKeyser L, Svedin CG, Agnafors S et al. (2014) Multi-informant reports of mental health in Swedish-born children of immigrants and children born to non-immigrants—the SESBiC-study. BMC pediatrics 14(1):95
- 37 Runge RA, Soellner R (2019) Measuring children's emotional and behavioural problems: are SDQ parent reports from native and immigrant parents comparable? Child Adolesc Psychiatry Ment Health 13(1):46
- 38 Schenk L, Neuhauser H, Ellert U et al. (2008) Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS 2003–2006): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin. [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/KiGGS\\_migration.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/KiGGS_migration.pdf?__blob=publicationFile) (Stand: 02.11.2021)
- 39 Frank L, Yesil-Jürgens R, Born S et al. (2018) Maßnahmen zur verbesserten Einbindung und Beteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 3(1):134–151. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3044> (Stand: 25.10.2021)
- 40 Steffen A, Akmatov MK, Holstiege J et al. (2018) Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Versorgungsatlas-Bericht Nr 18/07. Berlin
- 41 Greiner W, Batram M, Witte J (2019) Kinder- und Jugendreport 2019. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Ängste und Depressionen bei Schulkindern. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 31). DAK-Gesundheit, Hamburg. <https://www.dak.de/dak/download/report-2169376.pdf>
- 42 Baumgarten F, Klipker K, Göbel K et al. (2018) Der Verlauf psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen—Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. Journal of Health Monitoring 3(1):60–64. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3037> (Stand: 25.10.2021)
- 43 Beyer T, Postert C, Müller JM et al. (2012) Prognosis and continuity of child mental health problems from preschool to primary school: results of a four-year longitudinal study. Child Psychiatry Hum Dev 43(4):533-543
- 44 Petermann F, Damm F (2009) Entwicklungspsychopathologie. In: Schneider S, Margraf J (Hrsg) Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 23–41

# Risikofaktoren und Schutzfaktoren für psychische Auffälligkeiten




---

## KERNAUSSAGEN

---

Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen existieren auf individueller, familiärer und sozialer Ebene.

---

Hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen zeigt sich die Familie als besonders bedeutsam sowohl bezüglich der Risiko- als auch der Schutzfaktoren.

---

Als risikoe erhöhend erweisen sich insbesondere eine elterliche psychische Belastung, das Aufwachsen in einer Eineltern- oder Stieffamilie sowie Gewalt-, Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit oder Jugend.

---

Familiärer Zusammenhalt erweist sich in der längsschnittlichen Analyse über drei Messzeitpunkte als relevanter Schutzfaktor für die psychische Gesundheit.

---



---

Kumulierte Risiken erhöhen die Wahrscheinlichkeit psychischer Auffälligkeiten. Umgekehrt sinkt die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten mit der Anzahl verfügbarer Schutzfaktoren, auch bei Kindern und Jugendlichen mit einer hohen Zahl an Risikofaktoren.

---

Psychische Gesundheit ist die Voraussetzung dafür, dass ein Kind seine vielfältigen Entwicklungsaufgaben und alltäglichen Herausforderungen in Schule, Familie sowie mit Gleichaltrigen und Freunden erfolgreich meistern kann. Psychische Gesundheit wird sowohl von Risikofaktoren bedroht als auch von Schutzfaktoren gestützt (siehe Kapitel 3.2). Risiko- und Schutzfaktoren beeinflussen sich wechselseitig auf den unterschiedlichen Ebenen der Lebenswelten, der individuellen, familiären und erweiterten sozialen Ebene, wobei Schutzfaktoren die Effekte von Risikofaktoren beeinflussen, abmildern und in einigen Fällen auch neutralisieren können [1]. Wenn Risiko- beziehungsweise Störfaktoren im Entwicklungsverlauf eines Kindes überhandnehmen und adäquate Schutzfaktoren fehlen oder nicht hinreichend ausgeprägt sind, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind psychisch auffällig wird.

Wie in Kapitel 3.2 dargestellt, wurden in KiGGS verschiedene Risiko- und Schutzfaktoren auf personaler, familiärer und sozialer Ebene erfasst. Im Folgenden werden quer- und längsschnittliche Ergebnisse zu wichtigen Risiko- und Schutzfaktoren aus den drei Erhebungswellen der KiGGS-Studie und dem Vertiefungsmodul BELLA-Studie präsentiert. Deren Zusammenhänge mit der Entwicklung psychischer Auffälligkeiten in der deutschen Kinder- und Jugendlichenbevölkerung werden untersucht und eingeordnet.

### 5.3.1 Geschlecht und Alter

Das Geschlecht ist ein wichtiger Risikofaktor für psychische Auffälligkeiten: Jungen sind nach den KiGGS-Daten häufiger von psychischen Auffälligkeiten betroffen als Mädchen [2, 3] (siehe Kapitel 5.2). Allerdings trifft dies vor allem für die Kindheit und Präadoleszenz zu (zur Einteilung siehe Kapitel 3.4). Hier überwiegen bei den Jungen die externalisierenden Auffälligkeiten [2, 4]. Mit der Adoleszenz kehrt sich das Geschlechterverhältnis um, dann steigen bei den Mädchen die Prävalenzen für internalisierende Auffälligkeiten wie Ängstlichkeit und Depressivität [4]. Analoge geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich psychopathologischer Symptomatik zeigen sich auch im Selbstbericht von Kindern und Jugendlichen in Untersuchungen wie der deutschen HBSC-Studie („Health Behaviour in School-aged Children“), bei der ebenfalls der Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) eingesetzt wurde [4]. Bezüglich emotionaler Probleme wiesen Mädchen auch hier eine höhere Prävalenz auf als Jungen, während Jungen (16,0%) häufiger von Verhaltensproblemen berichteten als Mädchen (11,9%) [4].

### 5.3.2 Prä-, peri- und postnatale Risiken

Bedeutsame und gut untersuchte pränatale Risikofaktoren für die Entwicklung eines Kindes sind mütterliches Rauchen und Alkoholkonsum in der Schwangerschaft. Dieses gesundheitliche Risikoverhalten kann sich schädigend auf die fetale Gehirnentwicklung auswirken und steht mit späteren Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit betroffener Kinder in Zusammenhang [5–8]. So sind beispielsweise Zusammenhänge mütterlichen Alkoholkonsums in der Schwangerschaft mit einem schwierigeren frühkindlichen Temperament des Kindes dokumentiert, das sich unter anderem in häufigem Schreien, Weinen oder in Schlafstörungen äußert [9, 10]. Im weiteren

Entwicklungsverlauf bestehen erhöhte Risiken, dass diese Kinder sowohl internalisierende psychische Auffälligkeiten wie emotionale Probleme, Ängste und Depressionen oder auch externalisierende Verhaltensprobleme wie ADHS, oppositionell-verweigerndes oder aggressives Verhalten entwickeln können [11–14]. Auch für einen Zusammenhang zwischen mütterlichem Rauchen in der Schwangerschaft und späteren internalisierenden und externalisierenden Auffälligkeiten bei betroffenen Kindern und Jugendlichen liegt empirische Evidenz vor [15, 16].

Mit Daten der KiGGS-Basiserhebung wurden die Effekte sozialer und umweltbezogener Stressoren auf das Vorliegen potenziell klinisch relevanter psychopathologischer Symptomatik (hier definiert als ausschließlich ‚auffällig‘ im SDQ-Gesamtwert und in den Subskalen) untersucht [17]. Dabei wurden insgesamt fünf Gruppen von Kindern und Jugendlichen verglichen:

- eine Gruppe mit ausschließlich sozioökonomischen Risiken, wie niedrige elterliche Bildung und ein geringes Haushaltseinkommen;
- eine Gruppe mit ausschließlich Umweltrisiken, wie das Aufwachsen in einer Großstadt, räumliche Enge in der Wohnsituation, Passivrauchexposition oder Schimmel im Kinderzimmer;
- eine Gruppe mit den ausschließlich pränatalen Risiken Tabak- und Alkoholkonsum in der Schwangerschaft sowie
- eine Gruppe mit zwei und
- eine Gruppe mit drei der untersuchten Risikofaktoren.

Im Ergebnis war die Prävalenz klinisch relevanter psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit ausschließlich pränatalen Risiken sowohl bezüglich des SDQ-Gesamtwerts als auch drei der vier Subskalen nur leicht und tendenziell erhöht gegenüber einer Vergleichsgruppe ohne einen der untersuchten Risikofaktoren. Bezüglich der SDQ-Subskala ‚Verhaltensprobleme‘ war die Prävalenz deutlich und signifikant erhöht gegenüber der Vergleichsgruppe ohne Risikofaktoren. Psychische Auffälligkeiten waren bei sozialen und umweltbezogenen Stressoren deutlich häufiger als in der Gruppe mit den ausschließlich pränatalen Risiken sowie in den beiden Gruppen mit den kumulierten Risikofaktoren [17]. Dass zwischen der Gruppe mit zwei und derjenigen mit allen drei vorliegenden Risikofaktoren noch einmal ein deutlicher Anstieg in der Prävalenz psychischer Auffälligkeiten zu verzeichnen ist, legt nahe, dass mütterlichem Alkohol- und Tabakkonsum in der Schwangerschaft in der Kombination





mit anderen Risikofaktoren eine größere Bedeutung zukommt, als wenn diese nur alleine vorliegen.

In einer latenten Klassenanalyse mit den aktuellen Daten der KiGGS-Kohorte konnten vier unterschiedliche Risikoprofile für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 10 bis 29 Jahren identifiziert werden [18]. In diese Analyse ging eine Vielzahl der in der KiGGS-Kohorte untersuchten Risiko- und Schutzfaktoren ein. Im Ergebnis zeigte sich, dass peri- und postnatale Variablen (niedriges Geburtsgewicht, Anpassungsprobleme nach der Geburt, Stillen) so gut wie keinen Beitrag zur Differenzierung der Gruppen leisteten [18]. Soziale Risikofaktoren (zum Beispiel maladaptiver elterlicher Erziehungsstil, Diskriminierungserfahrungen) kennzeichneten hingegen eine Gruppe mit besonders erhöhtem Risiko für internalisierende wie externalisierende Probleme [18].

### 5.3.3 Elterliche Psychopathologie, Persönlichkeitsmerkmale und Erziehungsstile

Nach Daten der vierten Erhebungswelle der BELLA-Studie liegen bei circa 15 % der befragten Eltern Hinweise auf Belastungen in Sinne psychopathologischer Symptome vor [19]. Von den betroffenen Eltern gaben 39,4 % eine Depression, 30,9 % Unsicherheit im Sozialkontakt, 18,2 % Zwanghaftigkeit, 17,6 % Ängstlichkeit und 17,0 % Somatisierungstendenzen (anhaltende Körperbeschwerden und Schmerzen, für die trotz gründlicher Untersuchung keine körperliche Ursache gefunden werden kann) als häufigste psychische Belastungen an. Kinder, die mit psychisch belasteten Eltern aufwachsen, weisen mit 13,3 % mehr als anderthalbmal häufiger psychische Auffälligkeiten gemäß Screening mit dem SDQ auf als Kinder unbelasteter Eltern mit 8,2 % (bei dieser Analyse wurde nur die Kategorie „auffällig“ im SDQ-Gesamtwert zugrunde gelegt) [19]. Auch längsschnittlich betrachtet weisen Kinder mit psychisch belasteten Eltern über einen Zwei-Jahres-Zeitraum sowohl vermehrt internalisierende als auch externalisierende Auffälligkeiten auf, sowie eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung, eine geringere Sozialkompetenz und ein schlechteres Familienklima [20]. Als schützend mit Blick auf die Herausbildung psychischer Auffälligkeiten erweisen sich für Kinder psychisch belasteter Eltern demgegenüber eine hohe Sozialkompetenz, ein hohes Maß an familiärer Unterstützung sowie ein gutes Schulklima. In Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität stellen sich eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung sowie ein gutes Familien- und Schulklima als protektiv dar [19].

Nicht nur psychisch belastete Eltern schätzen ihre Kinder häufiger als psychisch auffällig ein als psychisch unbelastete Eltern [19], sondern auch die Kinder psychisch belasteter Eltern sich selbst. Sie weisen im Selbsturteil eine doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit auf, psychisch auffällig zu sein, wie Kinder unbelasteter Eltern [21]. In Familien mit psychisch belasteten Eltern kommt es auch vermehrt zu elterlichen Konflikten [5]. Ergebnisse der BELLA-Studie zeigen, dass die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Kindern aus konfliktbelasteten Familien bis zu fünfmal höher ist als bei Kindern aus unbelasteten Familien [22]. Allerdings nehmen Kinder psychisch belasteter Eltern auch bis zu fünfmal wahrscheinlicher einschlägige Versorgungsangebote in Anspruch [17, 23].

Nach den Ergebnissen einer Längsschnittanalyse mit den BELLA-Daten über einen Zeitraum von zwei Jahren scheinen Mädchen bei Vorliegen elterlicher Psychopathologie im Entwicklungsverlauf vulnerabler zu sein als Jungen, insbesondere mit zunehmendem Alter und mit Blick auf internalisierende Auffälligkeiten [20, 24]. Bei Vorliegen elterlicher Psychopathologie zeigen Kinder und Jugendliche auch vermehrt funktional-aggressives Verhalten, wie eine Untersuchung mit Daten der BELLA-Basiserhebung zeigt [23]. Kinder von Eltern mit höheren Psychopathologiewerten sind eher bereit, Aggression als Mittel zum Erreichen ihrer Ziele einzusetzen beziehungsweise legen aggressives Verhalten eher als Reaktion auf eine tatsächliche oder vermeintliche Provokation an den Tag als Kinder von Eltern mit niedrigeren Psychopathologiewerten [23].

In einer Analyse mit den Daten der KiGGS-Kohorte konnte gezeigt werden, dass auch zwischen Persönlichkeitsmerkmalen der Eltern, dem elterlichen Erziehungsstil und psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen Zusammenhänge bestehen [25]. Dabei erwies sich eine Kombination aus den elterlichen Persönlichkeitsmerkmalen Extraversion (charakterisiert durch Abenteuerlust, Fröhlichkeit, Herzlichkeit, Geselligkeit und Dominanz) beziehungsweise Gewissenhaftigkeit mit einem durch Wärme und Kontrolle gekennzeichneten Erziehungsstil als vorteilhaft für die psychische Gesundheit von Jugendlichen. Das elterliche Persönlichkeitsmerkmal Neurotizismus, charakterisiert durch emotionale Labilität, erwies sich hingegen als nachteilig, insbesondere in Kombination mit einem durch psychologischen Druck gekennzeichneten Erziehungsstil der Eltern [25].

### 5.3.4 Familienstruktur

Zu den strukturellen familiären Risiken für die psychische Gesundheit gehört das Aufwachsen in einer Ein-

eltern- oder Stieffamilie. Ergebnisse der KiGGS- und BELLA-Studie zeigen für Kinder aus Eineltern- und Stieffamilien höhere Risiken für psychische Auffälligkeiten im Vergleich zu Kindern aus Kernfamilien mit beiden leiblichen Eltern [22, 26, 27]. So zeigen Daten der KiGGS Welle 1, dass Kinder, die in einem Eineltern-Haushalt aufwachsen, ein über anderthalbmal höheres Risiko für psychische Auffälligkeiten aufweisen, Kinder in Stieffamilien ein mehr als zweifach höheres Risiko [27]. Detailanalysen mit den KiGGS-Basisdaten legen nahe, dass Mädchen in Einelternfamilien im Hinblick auf emotionale Probleme vulnerabler sind, Jungen dagegen in Stieffamilien [26]. Sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen sind die Raten für externalisierende Verhaltensprobleme sowie Symptome von Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität mehr als doppelt so hoch, wenn sie in Eineltern- oder in Stieffamilien aufwachsen als bei Kindern und Jugendlichen aus Kernfamilien mit beiden leiblichen Eltern [26]. Kinder und Jugendliche aus Eineltern- und Stieffamilien weisen darüber hinaus mehr psychosomatische Probleme wie Schlafstörungen und psychosomatischen Schmerz auf und zeigen ein riskanteres Gesundheitsverhalten in Form von höherem Alkoholkonsum, häufigerem Rauchen sowie für den Konsum illegaler Drogen als Kinder aus Kernfamilien mit beiden leiblichen Eltern [26]. Zugleich weisen sie eine geringere Ausstattung mit personalen Ressourcen, familiärem Zusammenhalt und sozialer Unterstützung als Kinder und Jugendliche auf, die mit beiden leiblichen Eltern aufwachsen [26].

### 5.3.5 Sozioökonomischer Status und Bildungsstatus der Eltern

Ein bedeutender sozialer Risikofaktor für das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten ist ein niedriger familiärer sozioökonomischer Status [28]. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status weisen konsistent in allen KiGGS Wellen höhere Prävalenzen für psychische Probleme und Symptome psychischer Auffälligkeiten auf, als Kinder und Jugendliche aus Familien mit mittlerem und hohem sozioökonomischem Status [2, 28, 29]: Fast jedes vierte Mädchen und jeder dritte Junge aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status ist nach der Symptombewertung durch die Eltern psychisch auffällig (siehe Kapitel 5.2) [2].

Soziale Unterschiede zeigen sich auch in den Routinedaten der Krankenkassen. Laut dem Kinder- und Jugendreport 2019 der gesetzlichen Krankenkasse DAK Gesundheit werden bei Kindern von Eltern mit niedrigem und mittlerem Bildungsabschluss häufiger Depressionen oder Angststörungen diagnostiziert als

bei Kindern von Eltern mit hohem Bildungsabschluss [30]. Kinder aus akademischen Haushalten hatten das geringste Risiko für die Diagnose einer Depression oder Angststörung [30]. Eine mögliche Erklärung ist, dass kritische Lebensereignisse wie eine schwere Erkrankung oder ein Unfall der Eltern, eine elterliche psychische Störung, elterliche Trennung oder Scheidung, Arbeitslosigkeit, schwere finanzielle Krisen, schulische Probleme der Kinder oder Gesetzeskonflikte, die jeweils mit einem erhöhten Risiko für psychische Auffälligkeiten bei den Kindern und Jugendlichen assoziiert sind, bei Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status prävalenter sind [31]. Wie Daten der BELLA-Studie und der KiGGS-Basiserhebung zeigen, hat in den ersten Lebensjahren vor allem eine gute mütterliche Bildung einen positiven Einfluss auf die psychische Entwicklung eines Kindes, die in dieser Phase den Einfluss der väterlichen Bildung überwiegt [32, 33]. Darüber hinaus sind Kinder und Jugendliche bei mütterlicher Arbeitslosigkeit sowie fehlender Berufstätigkeit der Mutter häufiger von psychischen Auffälligkeiten gemäß SDQ betroffen [33].

### 5.3.6 Migrationshintergrund

Noch in der KiGGS-Basiserhebung waren psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit Migrationshintergrund signifikant häufiger als bei Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund [28, 34]. Zum Zeitpunkt der KiGGS Welle 2 bestehen keine bedeutsamen Unterschiede mehr zwischen Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einseitigem, beidseitigem und ohne Migrationshintergrund (siehe Kapitel 5.2). Ein Literaturreview über 36 europäische Studien ergab, dass ein Großteil der eingeschlossenen Studien mehr internalisierende Auffälligkeiten bei Kindern mit Migrationshintergrund fand [35]. Die Befundlage bei externalisierenden Auffälligkeiten ist hingegen uneindeutig. Hier fanden elf Studien höhere, neun Studien geringere und zehn Studien gleich hohe Prävalenzraten externalisierender Auffälligkeiten bei Kindern mit im Vergleich zu Kindern ohne Migrationshintergrund [35].

### 5.3.7 Außerfamiliäre Kindertagesbetreuung

Neben dem Elternhaus sind außerfamiliäre Einrichtungen der Kindertagesbetreuung wie Kindergärten und Schulhorte wichtige Sozialisationsinstanzen für Kinder. Sie können einen großen Einfluss auf deren psychisches Wohlbefinden haben, in Abhängigkeit davon, wie gut innerhalb der Einrichtungen auf die



Kinder eingegangen wird, geeignete Spielmaterialien und Spielpartner zur Verfügung stehen, die Kinder sprachliche und geistige Anregung erfahren und welche Kompetenzen sie dort entwickeln können [36, 37]. Einige Studien zeigen, dass bei sehr frühem Beginn der Fremdbetreuung und langen Aufenthaltszeiten der Kinder die Wahrscheinlichkeit für spätere externalisierende Auffälligkeiten steigt [38, 39]. Mit den Daten der KiGGS-Basiserhebung wurde jedoch kein Zusammenhang zwischen einer vorschulischen außerfamiliären Kindertagesbetreuung und späteren psychischen Auffälligkeiten gefunden, unabhängig vom Alter des Kindes bei Betreuungsbeginn [40].

### 5.3.8 Gewalterfahrungen, Vernachlässigung, körperliche und emotionale Misshandlungen, sexueller Missbrauch

Gewalterfahrungen, Vernachlässigung, emotionale und körperliche Misshandlung sowie sexueller Miss-

brauch in Kindheit und Jugend gehören zu den größten Risikofaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen [41–44] (siehe Infobox 5.3.1). Zu den mitunter lebenslangen Konsequenzen zählen Beziehungsstörungen, psychosomatische Erkrankungen, Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen, problematischer Alkoholkonsum sowie die Gefahr, erneut Opfer oder auch Täterin oder Täter von Gewalt zu werden [41, 45].

Belastende Kindheitserfahrungen erhöhen das Risiko für die spätere Entwicklung einer psychischen Störung stark. So zeigt eine internationale Studie, dass das Vorliegen solcher Risikofaktoren in Kindheit und Jugend etwa ein Drittel aller psychischen Störungen im Erwachsenenalter vorhersagt [54]. Hierbei gibt es Unterschiede in Bezug auf die Entwicklung internalisierender und externalisierender Auffälligkeiten. Kinder und Jugendliche, die von emotionaler Misshandlung oder emotionaler Vernachlässigung betroffen sind, entwickeln häufiger internalisierende

## INFOBOX 5.3.1

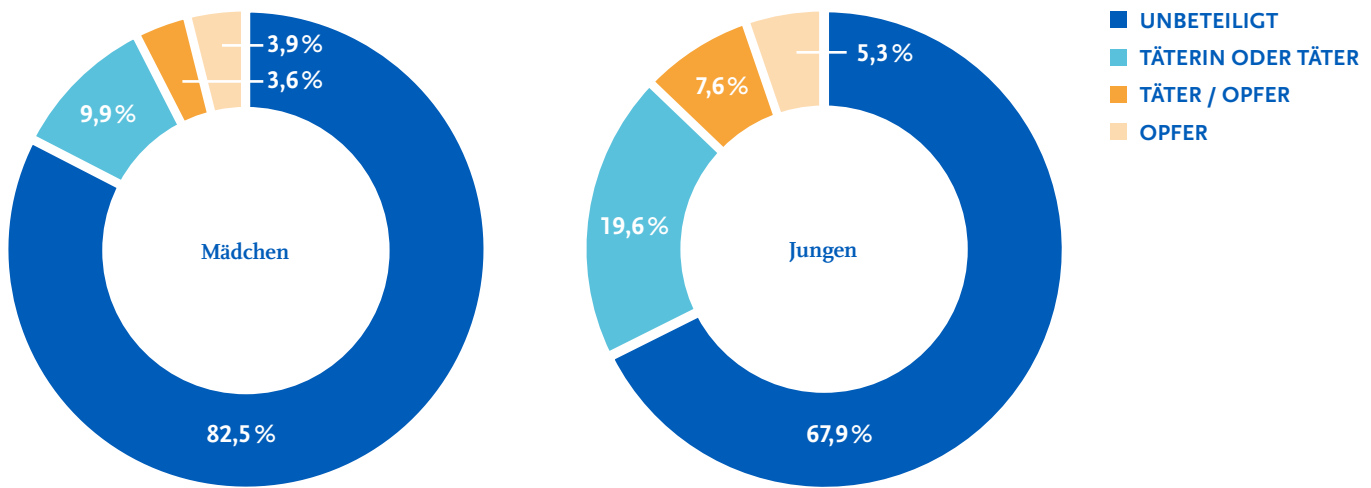
### BELASTENDE KINDHEITSERFAHRUNGEN („ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES“, ACE)

In der KiGGS-Kohorte wurden zum Zeitpunkt der KiGGS Welle 2 (2014 – 2017) erstmalig bei den jungen Erwachsenen retrospektiv sogenannte belastende Kindheitserfahrungen (ACE) und Kindheitstraumata, wie emotionale und körperliche Vernachlässigung, emotionaler, körperlicher oder sexueller Missbrauch, Erfahrungen von Krieg oder Terrorismus, Gefängnis-aufenthalt naher Angehöriger, Scheidung oder Tod der Eltern erfragt. Insgesamt berichtete mit 58,7% mehr als die Hälfte der teilnehmenden jungen Erwachsenen von mindestens einer traumatischen Lebenserfahrung, 32,3% berichteten von zwei oder drei und 9,7% von mehr als drei traumatischen Erfahrungen in Kindheit oder Jugend. Die häufigsten Erfahrungen waren emotionale (25,7%) und körperliche (19,9%) Vernachlässigung, emotionaler Missbrauch (17,9%) und eine Scheidung der Eltern (18,3%).

Jeweils etwa 13,0% der befragten jungen Erwachsenen lebte mit einem Haushaltsmitglied zusammen, das an einer Depression litt, suizidgefährdet war oder ein Alkohol- beziehungsweise Drogenproblem hatte. Erfahrungen von sexuellem Missbrauch (5,4%) und körperlicher Misshandlung (5,8%) waren indes deutlich seltener, aber immer noch häufig. Erfahrungen von

Krieg beziehungsweise Terrorismus, Tod oder Inhaftierung eines Haushaltsmitglieds waren seltener [46]. Analog zu anderen nationalen und internationalen Studienergebnissen [47–50] berichteten junge Frauen in der KiGGS-Kohorte häufiger emotionalen und sexuellen Missbrauch, junge Männer hingegen häufiger Erfahrungen von körperlicher Vernachlässigung.

Nur wenige junge Erwachsene haben ihren Angaben zufolge schwere Misshandlungen erlitten. Von diesen entfällt der größte Anteil auf schwere emotionale Vernachlässigung und schwere emotionale Misshandlung (2,8% bzw. 2,6%), wobei auch hier Frauen häufiger als Männer schweren emotionalen und sexuellen Missbrauch sowie emotionale Vernachlässigung berichteten [51]. Darüber hinaus bestätigen die vorliegenden Ergebnisse frühere Berichte, wonach Frauen in der Kindheit und Jugend sowohl häufiger mehrere und schwerere Formen von Missbrauch oder Vernachlässigung erlebten als Männer [52]. Jedoch unterliegen auch Jungen einem zahlenmäßig nicht unerheblichen Risiko für verschiedene traumatische Lebenserfahrungen. Nicht auszuschließen ist auch, dass sexueller Missbrauch in der Kindheit von Männern seltener berichtet wird, da die Thematik für Männer nach wie vor besonders schambesetzt ist [53].



ABILDUNG 5.3.1

### Häufigkeit von Gewalterfahrungen in den letzten zwölf Monaten bei Kindern und Jugendlichen

**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS-Basiserhebung (2003–2006): Mädchen n = 3.237, Jungen n = 3.382; Teilnehmende im Alter von 11 bis 17 Jahren [57]

Probleme im Erwachsenenalter. Emotionale und körperliche Misshandlung sowie Polizeikontakt von Familienmitgliedern während der Kindheit und Jugend erhöhen wiederum das Risiko für externalisierenden Problematiken im jungen Erwachsenenalter [55]. Wenn betroffene Kinder oder Jugendliche zusätzlich zu diesen Risiken internalisierende oder externalisierende Auffälligkeiten aufweisen, erhöht dies das Risiko für das Vorliegen psychischer Probleme im jungen Erwachsenenalter weiter [56]. Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen in Kindheit oder Jugend hinterlassen auch nach den Daten der KiGGS-Studie noch im jungen Erwachsenenalter Spuren: Junge Erwachsene, die von emotionalem Missbrauch in der Kindheit und dem Vorliegen psychischer Störung bei einem Mitglied des Herkunftshaushalts berichteten, wiesen vor allem Beeinträchtigungen in der psychischen Dimension der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf. Beeinträchtigungen der körperlichen gesundheitsbezogenen Lebensqualität gingen dagegen vorzugsweise mit körperlicher Vernachlässigung einher. Die Ergebnisse zeigen allerdings auch, dass Selbstwirksamkeitserwartung und emotionale Stabilität Unterschiede in den langfristigen Zusammenhängen zwischen belastenden Kindheitserfahrungen und der psychischen Gesundheit im jungen Erwachsenenalter erklären können [51].

Zahlenmäßig häufiger als Kindesmisshandlungen, einschließlich sexueller Gewalt gegen Kinder, sind Gewalterfahrungen, die Kinder und Jugendliche mit Gleichaltrigen (Peers) machen. Die Prävalenz von Gewalterfahrungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren ist nach Daten der KiGGS-

Basiserhebung hoch: Über ein Viertel der befragten Kinder haben in den letzten zwölf Monaten Erfahrungen als Täterinnen und Täter, Opfer oder Täterin beziehungsweise Täter und Opfer (im Folgenden als Täter/Opfer bezeichnet) von Gewalthandlungen gemacht [57]. Verschiedene Studien aus Deutschland kommen mit unterschiedlichen Stichprobenzugängen und zu unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten zu ähnlichen Häufigkeitsschätzungen [58, 59].

Jungen sind in der KiGGS-Studie in allen Täterbeziehungsweise Opferkategorien überrepräsentiert. Gemäß ihren Angaben sind 9,9% der Mädchen und 19,6% der Jungen ausschließlich Täter (Abbildung 5.3.1). Ausschließlich Opfer sind 3,9% der Mädchen und 5,3% der Jungen. Täter/Opfer sind 3,6% der Mädchen und 7,6% der Jungen.

Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status sind nur halb so häufig Täterinnen und Täter oder Täter/Opfer von Gewalthandlungen (10,7% bzw. 3,9%) wie Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status (19,6% bzw. 7,9%), während die Opferrate in allen sozioökonomischen Statusgruppen annähernd gleich ist [57]. Ein Migrationshintergrund war in der multivariaten Analyse kein Prädiktor für Gewaltverhalten [60], obwohl Migrantinnen und Migranten unter den Täterinnen und Tätern und Täter/Opfer deutlich überrepräsentiert sind [57]. Dieser Befund legt nahe, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund ihren Angaben zufolge zwar häufiger Gewalt ausüben, der Migrationshintergrund hierfür nicht ursächlich zu sein scheint [61].

Gewalterfahrungen sind – auch nach den KiGGS-



Daten – mit einer Vielzahl sowohl internalisierender als externalisierender psychischer Auffälligkeiten und mit einer signifikant niedrigeren gesundheitsbezogenen Lebensqualität verbunden [62]. Opfererfahrungen gehen dabei in der Regel mit einem höheren Risiko für internalisierende Auffälligkeiten wie emotionale Probleme, Essstörungssymptome, dem Gefühl isoliert zu sein und von Gleichaltrigen abgelehnt zu werden, einher [42, 63–68]. Externalisierende Probleme wie Delinquenz, aggressives Verhalten und antisoziale Persönlichkeitsmerkmale und Störungen des Sozialverhaltens sind dagegen häufig mit Gewaltausübung als Täterin oder Täter assoziiert [42, 57, 69–71], ebenso wie erhöhte Raten des Konsums psychoaktiver Substanzen wie Alkohol, Nikotin oder illegaler Drogen [42, 72–74]. Einige internalisierende Symptome wie Schlafstörungen oder psychosomatischer Schmerz werden sowohl für Opfer, Täterinnen und Täter als auch für Täter/Opfer von Gewalthandlungen beschrieben [42, 75–77]. Kinder und Jugendliche mit Täter/Opfer-Status sind dabei häufig die Gruppe mit den stärksten sozialen und psychischen Belastungen [42, 62, 78, 79]. Sie weisen hohe Risiken sowohl für externalisierende als auch für internalisierende psychische Auffälligkeiten und eine geringe Ausprägung von Schutzfaktoren auf [42, 62]. Eine besondere Risikogruppe stellen Kinder und Jugendliche mit mehrfachen Gewaltopfererfahrungen dar [62]. Sie zeigen die meisten emotionalen und sozialen Probleme mit Gleichaltrigen und haben von allen gewaltbetroffenen Kindern und

Jugendlichen die geringste psychische und peerbezogene Lebensqualität [62]. Zugleich weisen sie den geringsten familiären Zusammenhalt, aber auch die geringsten Ausprägungen von personalen Ressourcen und sozialer Unterstützung auf [62]. Aus Studien sind hohe Depressions- und Suizidalitätsrisiken für Kinder und Jugendliche mit mehrfachen Gewaltopfererfahrungen bekannt [80].

### 5.3.9 Schutzfaktoren und Ressourcen

Die Ergebnisse der KiGGS-Basiserhebung zum Vorliegen personaler, familiärer und sozialer Schutzfaktoren (siehe Kapitel 3.2) zeigen, dass die Verfügbarkeit dieser Ressourcen nach Geschlecht, Sozial- und Migrationsstatus auf Bevölkerungsebene äußerst ungleich verteilt ist. So berichten Mädchen weniger personale Ressourcen und familiären Zusammenhalt, Jungen weniger soziale Unterstützung [81]. Bei allen drei Schutzfaktordimensionen bestehen signifikante Unterschiede zwischen den sozioökonomischen Statusgruppen: Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status berichten circa anderthalbmal häufiger starke Defizite in der Verfügbarkeit personaler und familiärer Schutzfaktoren als Kinder aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status; bezüglich sozialer Unterstützung sind diese Raten fast doppelt so hoch. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund berichten tendenziell weniger familiäre, dafür jedoch häufiger personale

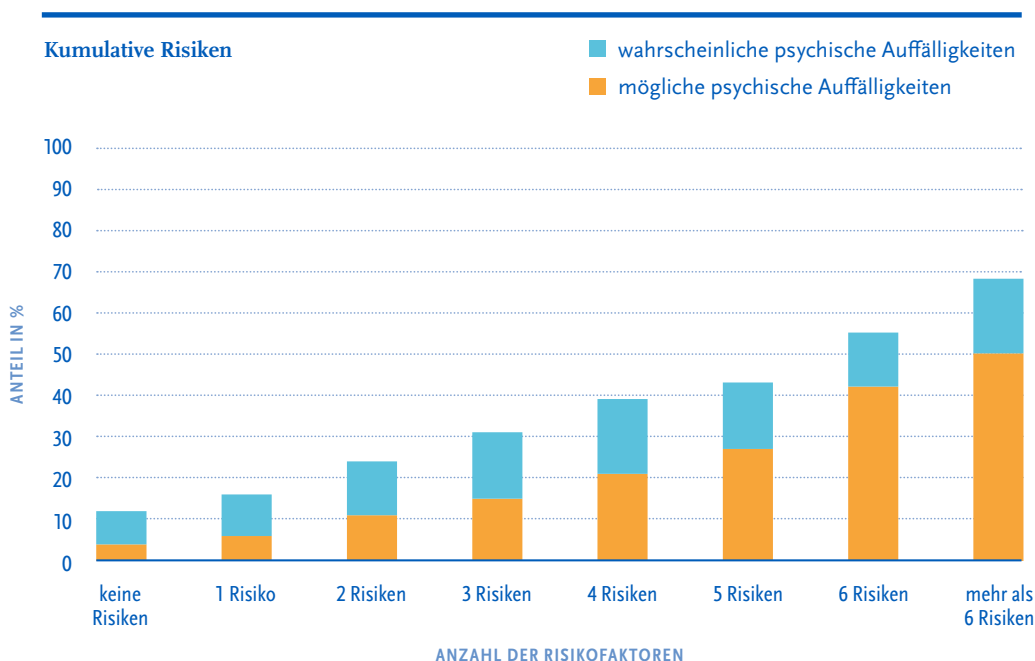


ABBILDUNG 5.3.2

**Kumulative Risiken: mögliche und wahrscheinliche psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit unterschiedlicher Anzahl von Risikofaktoren (Abbildung nach [88])**

**Anmerkungen** Datenbasis: BELLA-Studie; n = 2.253; Teilnehmende im Alter von 11 bis 17 Jahren

und soziale Defizite [81]. Jungen in Eineltern- und besonders in Stieffamilien geben eine deutlich geringere Verfügbarkeit sämtlicher Schutzfaktoren an, während vor allem Mädchen in Stieffamilien weniger familiäre Ressourcen angeben [26]. Auch wenn personale und familiäre Schutzfaktoren bei Mädchen insgesamt weniger ausgeprägt sind [81], scheinen diese Ressourcen bei Vorliegen psychischer Auffälligkeiten jedoch einen stärkeren protektiven Effekt für Mädchen zu haben [33]. Auch scheinen die protektiven Effekte von sozialer Unterstützung bei Vorliegen psychischer Auffälligkeiten bei Mädchen stärker ausgeprägt zu sein als bei Jungen [33].

Inzwischen liegen zahlreiche Studien vor, die Zusammenhänge zwischen der Verfügbarkeit personaler, familiärer und sozialer Schutzfaktoren und psychischen Auffälligkeiten und Störungen bei Kindern und Jugendlichen bestätigen. So ist eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung mit weniger Depression, Angst und Hilflosigkeit assoziiert [82]. Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung und Optimismus sind auch mit einer besseren psychischen Gesundheit bei Kindern von Eltern mit psychischen Belastungen verbunden [83, 84]. Auch ein guter familiärer Zusammenhalt hat sich als bedeutsamer Schutzfaktor für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erwiesen [22, 33, 85–87]. Kinder, die familiäre Unterstützung und ein gutes Familienklima erfahren, können auch bei Bestehen einer elterlichen Depression eine gesunde psychische Entwicklung aufweisen [83, 84]. Soziale Unterstützung von Gleichaltrigen oder Erwachsenen entlastet Kinder und Jugendliche und fördert individuelle Kompetenzen und Bewältigungsstrategien angesichts von Entwicklungsaufga-

ben und Herausforderungen, mit denen ein Kind im Entwicklungsverlauf konfrontiert wird [19, 81].

### 5.3.10 Kumulierte Risiko- und Schutzfaktoren

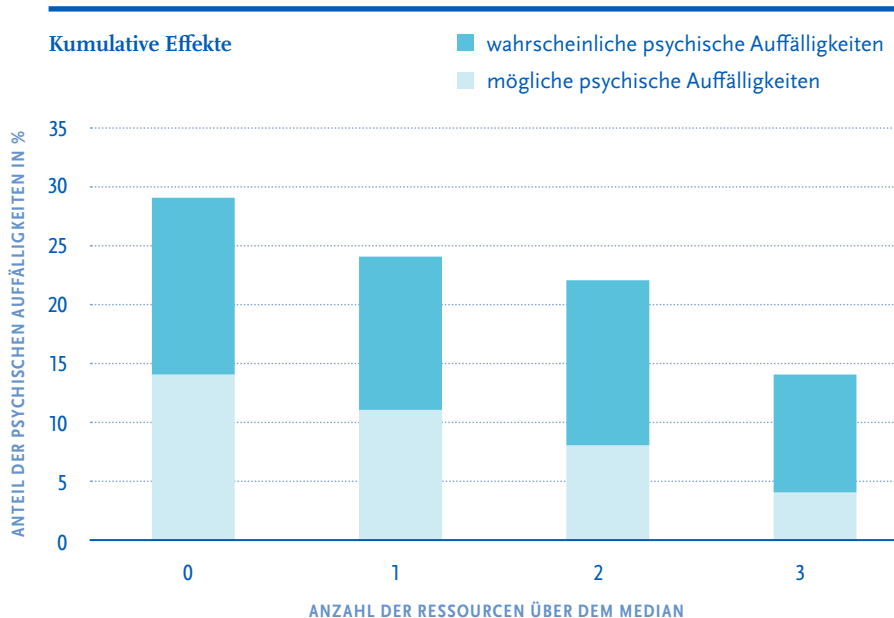
Risikofaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind zahlreich. Sie treten häufig nicht isoliert, sondern gebündelt auf [17, 22, 31, 88, 89]. Laut Ergebnissen der KiGGS-Basiserhebung wächst nur jedes fünfte Kind ohne einen Risikofaktor für die psychische Gesundheit auf [17]. Zwei von fünf Kindern wachsen in einer Familie mit mindestens einem Risikofaktor auf und wiederum zwei von fünf Kindern in Familien mit mindestens zwei Risikofaktoren [17]. Mit Daten der BELLA-Basiserhebung kann gezeigt werden, dass schon bei Vorliegen nur eines Risikofaktors mit einer Zunahme der Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen zu rechnen ist [88]. Die Daten zeigen darüber hinaus einen nahezu linearen Zusammenhang zwischen der Prävalenz psychischer Auffälligkeiten mit jedem zusätzlich vorliegenden Risikofaktor (Abbildung 5.3.2). Umgekehrt lässt sich eine linear abnehmende Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten mit jedem weiteren vorhandenen Schutzfaktor feststellen (Abbildung 5.3.3) [88].

Zugleich besteht eine Interdependenz zwischen der Verfügbarkeit von Schutzfaktoren in Abhängigkeit vom Vorliegen von Risikofaktoren: Je mehr Risikofaktoren bei den Kindern und Jugendlichen vorliegen, über desto weniger Schutzfaktoren verfügen sie im Durchschnitt. Nichtsdestotrotz ist eine hohe Verfüg-

ABILDUNG 5.3.3

**Kumulative Effekte der Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen (Abbildung nach [88])**

**Anmerkungen** Datenbasis: BELLA-Studie; n = 1.586; Teilnehmende im Alter von 11 bis 17 Jahren



## EFFEKTE UND WECHSELWIRKUNGEN VON RISIKO- UND SCHUTZFAKTOREN IN BEZUG AUF INTERNALISIERENDE UND EXTERNALISIERENDE AUFFÄLLIGKEITEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Mit den Daten der KiGGS Welle 2 wurden im Rahmen einer altersadjustierten Querschnittsanalyse Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen ausgewählten Risikofaktoren und personalen, familiären und sozialen Schutzfaktoren in Bezug auf internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen untersucht. Dazu wurde in einem ersten Schritt eine multiple lineare Regressionsanalyse durchgeführt, bei der die soziodemografischen Risiko- sowie die personalen, familiären und sozialen Schutzfaktoren als unabhängige (vorhersagende) Variablen in ein multiples lineares Regressionsmodell aufgenommen und deren Effekte auf jeweils internalisierende respektive externalisierende Auffälligkeiten (abhängige Variablen), erhoben mit dem SDQ, untersucht wurden.

Die Regressionskoeffizienten kategorialer unabhängiger Variablen zeigen dabei an, wie stark sich die jeweiligen Gruppen (zum Beispiel sozioökonomische Statusgruppen oder Geschlecht) in Richtung und Grösse ihres Effekts hinsichtlich internalisierender beziehungsweise externalisierender Auffälligkeiten in Bezug auf eine gewählte Referenzkategorie (zum Beispiel hoher sozioökonomischer Status oder weibliches Geschlecht) unterscheiden. Ist der Wert des Koeffizienten zum Beispiel positiv und signifikant, bedeutet dies, dass in der betreffenden Kategorie die Ausprägungen internalisierender beziehungsweise externalisierender Auffälligkeiten im Durchschnitt höher sind als in der Referenzkategorie.

Im Fall kontinuierlicher unabhängiger Variablen wie der Schutzfaktorskalen zeigt der Regressionskoeffizient an, um welchen Betrag sich die Ausprägung des Outcomes (internalisierende bzw. externalisierende Auffälligkeiten) ändert, wenn sich der Prädiktor um eine Einheit verändert. Ist der Koeffizient zum Beispiel negativ und signifikant, bedeutet dies, dass mit zunehmender Ausprägung des Prädiktors die Ausprägung des Outcomes

abnimmt, also etwa höhere Werte auf einer Schutzfaktorskala mit geringeren Werten auf den Skalen für internalisierende beziehungsweise externalisierende Auffälligkeiten einhergehen.

In Abbildung 5.3.4 sind die unstandardisierten Regressionskoeffizienten für das Modell für die internalisierenden Auffälligkeiten, in Abbildung 5.3.5 diejenigen für das Modell für die externalisierenden Auffälligkeiten zusammen mit ihren jeweils zugehörigen Konfidenzintervallen dargestellt. Von einem signifikanten Ergebnis kann in der Regel ausgegangen werden, wenn das Konfidenzintervall den Wert 0 nicht umschließt. Die Koeffizienten der verschiedenen unabhängigen Variablen dürfen nicht untereinander verglichen werden, da sie nicht standardisiert sind.

In einem zweiten Schritt wurden Interaktionen (Wechselwirkungen) zwischen den soziodemografischen Risikofaktoren Geschlecht, Familienstatus, sozioökonomischer Status und Migrationshintergrund mit den personalen, familiären und sozialen Schutzfaktoren analysiert. Bei einer solchen Interaktionsanalyse wird untersucht, ob und inwieweit sich die Effekte der Schutzfaktoren auf den unterschiedlichen Ausprägungsstufen eines jeweiligen Risikofaktors unterscheiden. Beispielsweise kann so untersucht werden, ob familiärer Zusammenhalt für Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status eine andere Bedeutung für die Ausprägung internalisierender beziehungsweise externalisierender Auffälligkeiten hat, als für Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status. Ist dieser Unterschied signifikant und der Effekt des Schutzfaktors in einer Risikogruppe größer als in der Referenzkategorie kann von einem Puffereffekt (das heißt, die Stärke des Effekts wird abgemildert) ausgegangen werden. Sämtliche Analysen erfolgten mit wechselseitiger Adjustierung für alle im Modell berücksichtigten Risiko- und Schutzfaktorvariablen.

barkeit von Schutzfaktoren auch in einer Hochrisikogruppe mit mehr als drei vorliegenden Risikofaktoren protektiv gegenüber dem Vorliegen klinisch relevanter Symptome psychischer Auffälligkeiten [88].

Wie gezeigt, ist die Häufigkeit und Ausprägung psychischer Auffälligkeiten geringer, je mehr Schutzfaktoren einem Kind zur Verfügung stehen. Damit ist allerdings noch nicht die Frage beantwortet, ob und wenn ja, welche Schutzfaktoren potenziell ungünstige Effekte von Risikofaktoren abpuffern. Hierzu wurden mit den Daten der KiGGS Welle 2 Analysen zu den Effekten und Wechselwirkungen der soziodemografischen Risikofaktoren Geschlecht, Familienstruktur, sozioökonomischer Status und Migrationshintergrund mit personalen, familiären und sozialen Schutzfaktoren im Hinblick auf die Ausprägung internalisierender und externalisierender psychischer Auffälligkeiten speziell für diesen Bericht durchgeführt (Erläuterung zur Methodik dieser Analysen siehe Infobox 5.3.2).

### 5.3.11 Soziodemografische Risiko- und Schutzfaktoren für internalisierende psychischen Auffälligkeiten

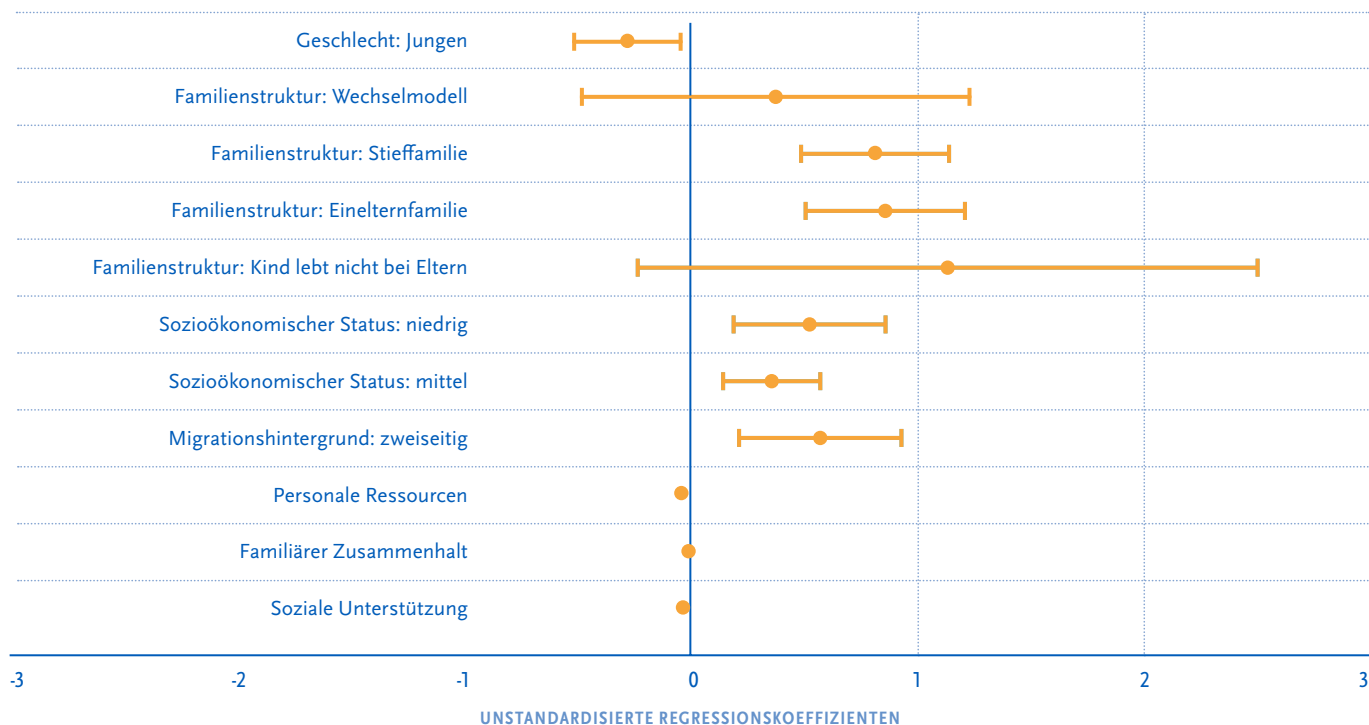
Nach den Daten der KiGGS Welle 2 sind im multivariaten linearen Regressionsmodell sämtliche untersuchte soziodemografische Risikofaktoren (Geschlecht, Familienstruktur, sozioökonomischer Status und Migrationshintergrund) prädiktiv für die Ausprägung internalisierender psychischer Auffälligkeiten: So weisen Mädchen mehr internalisierende Auffälligkeiten auf als Jungen, Kinder aus Eineltern- sowie aus Stieffamilien mehr als Kinder aus Kernfamilien mit beiden leiblichen Eltern, Kinder aus Familien mit einem niedrigen oder mittleren sozioökonomischen Status mehr als Kinder aus einem Elternhaus mit hohem sozioökonomischem Status und Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund mehr als Kinder mit einseitigem oder ohne Migrationshintergrund (Abbildung 5.3.4). Hohe Ausprägungen der

ABBILDUNG 5.3.4

#### Regressionskoeffizienten der Risiko- und Schutzfaktoren bei internalisierenden Auffälligkeiten

**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS Welle 2 (2014–2017): n = 5.803; Teilnehmende im Alter von 11 bis 17 Jahren; multiple lineare Regressionsanalyse; unstandardisierte Regressionskoeffizienten mit 95%-Konfidenzintervallen; Referenzkategorien der Risikofaktoren: Geschlecht: Mädchen, sozioökonomischer Status: hoch, Migrationshintergrund: keiner/einseitig (gepooled), Familienstruktur: Kernfamilie mit beiden leiblichen Eltern; kontrolliert für Alter; zur Erläuterung der Grafik siehe Infobox 5.3.2

#### Internalisierende Auffälligkeiten

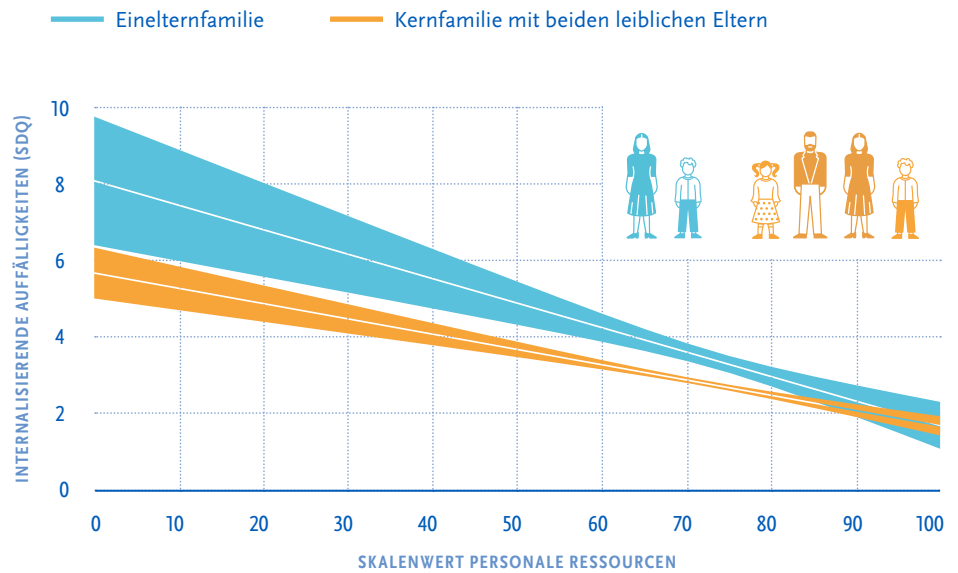




**Wechselwirkungen von personalen Ressourcen und Familienstruktur**

Vorhergesagte Werte internalisierender Auffälligkeiten mit 95%-Vorhersageintervall

**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS Welle 2 (2014 – 2017); n = 5.803; Teilnehmende im Alter von 11 bis 17 Jahren



personalen Ressourcen, des familiären Zusammenhalts und der sozialen Unterstützung gehen hingegen mit geringeren Ausprägungen internalisierender Auffälligkeiten einher.

**Wechselwirkungen: Schutzfaktoren für Zusammenhänge zwischen soziodemografischen Risikofaktoren und internalisierenden Auffälligkeiten**

Bei der Analyse der Wechselwirkungen zwischen den soziodemografischen Risikofaktoren und den personalen, familiären und sozialen Schutzfaktoren in Bezug auf internalisierende Auffälligkeiten zeigt sich mit Bezug auf den Risikofaktor Geschlecht für keinen Schutzfaktor ein signifikanter Puffereffekt. Hinsichtlich des Risikofaktors Familienstruktur zeigt sich, dass mit steigender Verfügbarkeit personaler Ressourcen (Selbstwirksamkeitserwartung, Optimismus und Kohärenzsinn) die Ausprägungen internalisierender Auffälligkeiten bei Kindern aus Ein-Elternfamilien geringer ausfallen als bei Kindern aus Kernfamilien mit beiden leiblichen Eltern (Abbildung 5.3.5). Personale Ressourcen erweisen sich damit insbesondere für Kinder und Jugendliche aus Ein-Elternfamilien als Schutzfaktor gegenüber internalisierenden Auffälligkeiten. Hinsichtlich des sozioökonomischen Status und eines Migrationshintergrunds lassen sich keine Puffereffekte der Schutzfaktorskalen nachweisen.

**5.3.12 Soziodemografische Risiko- und Schutzfaktoren für externalisierende Auffälligkeiten**

Im multivariaten linearen Regressionsmodell sind die Faktoren Geschlecht, Familienstruktur und sozioökonomischer Status prädiktiv für externalisierende Auffälligkeiten (Abbildung 5.3.6): Hier sind männliches Geschlecht, das Aufwachsen in Ein-Eltern- und Stieffamilien sowie außerhalb der Kernfamilie (zum Beispiel bei den Großeltern oder im Heim) und ein mittlerer und niedriger sozioökonomischer Status mit mehr externalisierenden Auffälligkeiten assoziiert. Unterschiede in Bezug auf einen Migrationshintergrund zeigen sich nicht. Bezüglich der Schutzfaktoren ist eine geringere Ausprägung von personalen Ressourcen sowie von familiärem Zusammenhalt mit mehr externalisierenden Auffälligkeiten verbunden. Ein Zusammenhang mit sozialer Unterstützung besteht nicht.

**Wechselwirkungen: Schutzfaktoren für Zusammenhänge zwischen soziodemografischen Risikofaktoren und externalisierenden Auffälligkeiten**

Wechselwirkungen des Risikofaktors Geschlecht mit den jeweiligen Schutzfaktoren zeigen sich hinsichtlich externalisierender Auffälligkeiten – wie auch schon hinsichtlich der internalisierenden Auffälligkeiten – nicht. Für den Risikofaktor Familienstruktur lassen sich Wechselwirkungen mit dem Schutzfaktor personale Ressourcen nachweisen. Wie auch im

Zusammenhang mit den internalisierenden Problemen, zeigen sich bei höherer Ausprägung personaler Ressourcen in der Gruppe der Kinder aus Einelternfamilien geringere Ausprägungen externalisierende Auffälligkeiten als bei Kindern aus Kernfamilien mit beiden leiblichen Eltern (Abbildung 5.3.7). Eine hohe Ausprägung personaler Ressourcen erweist sich somit auch in Bezug auf externalisierende Auffälligkeiten für Kinder und Jugendliche aus Einelternfamilien als protektiv. Für die Risikofaktoren sozioökonomischer Status und Migrationshintergrund konnten keine Puffereffekte durch familiären Zusammenhalt, soziale Unterstützung oder personale Ressourcen nachgewiesen werden.

### 5.3.13 Risiko- und Schutzfaktoren im zeitlichen Verlauf von der KiGGS-Basiserhebung bis zur KiGGS Welle 2

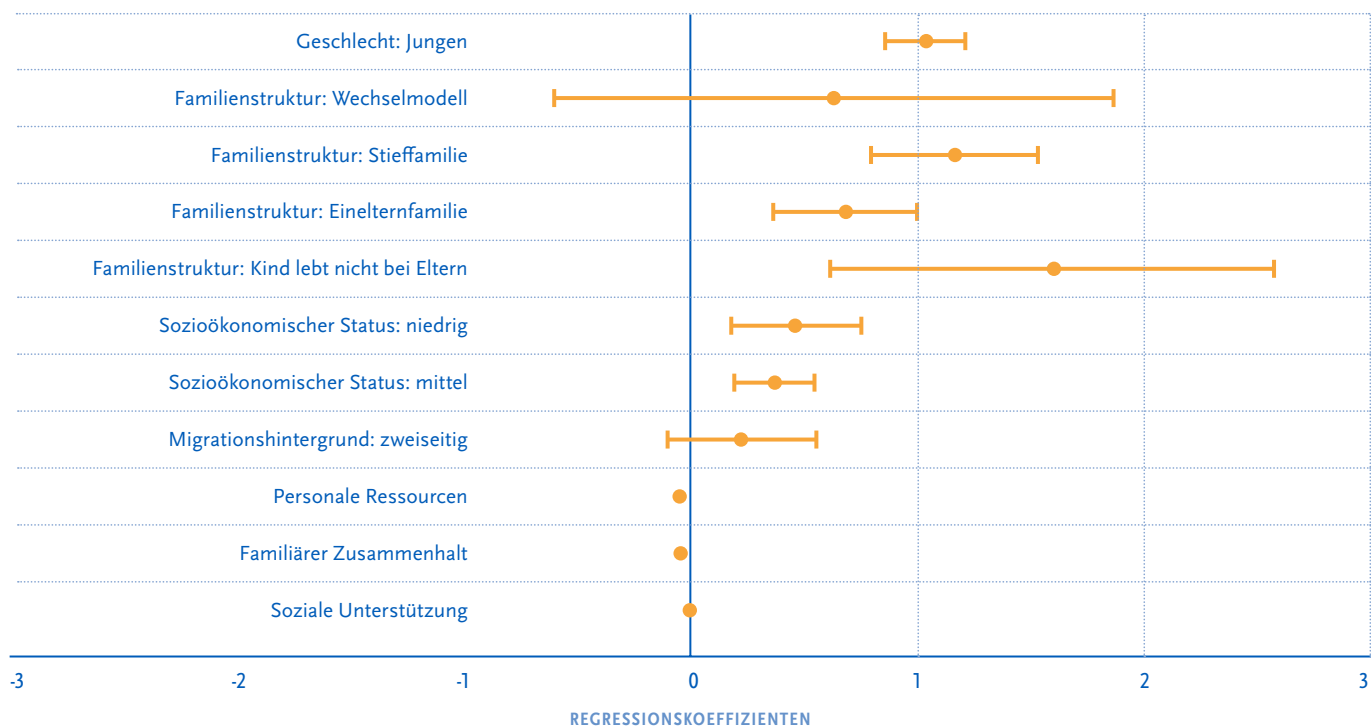
Mit den Daten der KiGGS-Kohorte können die Effekte von Risiko- und Schutzfaktoren auf die Zu- oder Abnahme der Ausprägung psychischer Auffälligkeiten im zeitlichen Verlauf über die drei Messzeitpunkte in einem Zeitraum von elf Jahren untersucht werden. Ab dem Vorliegen eines dritten Messzeitpunkts ist es möglich, sich im Rahmen von Längsschnittanalysen Kausalbeziehungen zwischen den Variablen anzunähern, um zu untersuchen, welche Risiko- und Schutzfaktoren für Veränderungen hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten von Bedeutung sein könnten. Die untersuchten Faktoren unterschei-

ABBILDUNG 5.3.6

#### Regressionskoeffizienten der Risiko- und Schutzfaktoren bei externalisierenden Auffälligkeiten

**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS Welle 2 (2014–2017): n = 5.803; Teilnehmende im Alter von 11 bis 17 Jahren; multiple lineare Regressionsanalyse; unstandardisierte Regressionskoeffizienten mit 95%-Konfidenzintervallen; Referenzkategorien der Risikofaktoren: Geschlecht: Mädchen, sozioökonomischer Status: hoch, Migrationshintergrund: keinen oder einseitig (gepooled), Familienstruktur: Kernfamilie mit beiden leiblichen Eltern; kontrolliert für Alter; zur Erläuterung der Grafik siehe Infobox 5.3.2

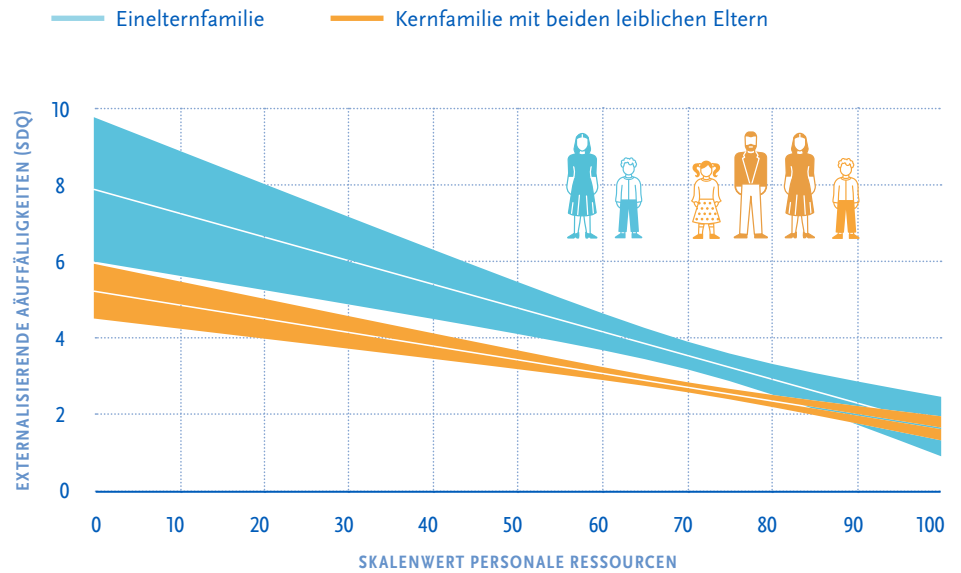
#### Externalisierende Auffälligkeiten



**Wechselwirkungen von personalen Ressourcen und Familienstruktur.**

Vorhergesagte adjustierte Werte externalisierender Auffälligkeiten mit 95%-Konfidenzintervallen

**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS Welle 2 (2014 – 2017); n = 5.803; Teilnehmende im Alter von 11 bis 17 Jahren



den sich von denen in der vorangegangenen Analyse und können der Infobox 5.3.3 entnommen werden. Diese Untersuchung wurde mithilfe eines Fixed-Effects-Modells vorgenommen (Infobox 5.3.3). Im Ergebnis dieser Analyse erweisen sich von sämtlichen berücksichtigten zeitveränderlichen Variablen ausschließlich Veränderungen im familiären Zusammenhalt als bedeutsamer Prädiktor für Veränderungen der psychopathologischen Symptomatik über die Zeit: Eine Verbesserung im familiären Zusammenhalt kann zu einem Rückgang psychischer Auffälligkeiten und damit zur Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen führen [90]. Die Bedeutung dieser Analyse liegt in der umfassenden Berücksichtigung beobachteter sowie unbeobachteter zeitunveränderlicher Kontrollvariablen (Infobox 5.3.3). Die Ergebnisse legen somit nahe, dass Verbesserungen im familiären Zusammenhalt ursächlich mit einer Verbesserung der psychopathologischen Symptomatik von Kindern und Jugendlichen in Zusammenhang stehen.

Ein weiteres bedeutsames Ergebnis der Analyse ist, dass der Koeffizient für die Veränderung des familiären Zusammenhalts nicht nur für das Intervall zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 1 signifikant ist, sondern auch für das Intervall zwischen KiGGS Welle 1 und KiGGS Welle 2 [90]. Dies kann als Hinweis darauf gesehen werden, dass der familiäre Zusammenhalt nicht nur in einer bestimmten Lebensphase (zum Beispiel in der früheren Kindheit) förderlich für die psychische Gesundheit in Kindheit und Jugend ist, sondern über den gesamten Zeitraum von der Kindheit über die Präadoleszenz bis

zur Adoleszenz. Damit kommt dem familiären Zusammenhalt in der längsschnittlichen Betrachtung eine zentrale Bedeutung als Schutzfaktor für die psychische Gesundheit in der Kindheit und Jugend zu.

**5.3.14 Bewertung**

Die überwiegende Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland ist psychisch gesund und bleibt es über die Kindheit und Jugend auch (siehe Kapitel 5.2). Trotz eines vergleichsweise hohen Lebensstandards bestehen für Kinder und Jugendliche in Deutschland jedoch unterschiedliche Start- und Lebensbedingungen, die sich auch auf deren psychische Gesundheit auswirken können. Diese Unterschiede werden zum Teil bereits vorgeburtlich prädisponiert, wie die Ergebnisse zum Tabak- oder Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft zeigen [6, 8, 91, 92]. Sie bestehen ebenso mit Blick auf angeborene individuelle Merkmale wie Geschlecht, Temperament, Intelligenz oder die dispositionelle Ressourcenausstattung.

Darüber hinaus wachsen Kinder und Jugendliche unter sehr unterschiedlichen familiären und sozioökonomischen Bedingungen auf: In Bezug auf die Familie leben die meisten Kinder und Jugendlichen in Deutschland in Kernfamilien mit beiden leiblichen Eltern [26, 93]. Allerdings nehmen, insbesondere in Großstädten und Ballungsräumen, andere Familienkonstellationen wie die Einelter-, Stief- beziehungsweise Patchworkfamilie zu. Beispielsweise können die neue Partnerin oder der neue Partner eines Elternteils eigene Kinder aus vorherigen Beziehungen in eine

neue Familie mitbringen [94, 95], welche abwechselnd bei dem einen und dem anderen leiblichen Elternteil wohnen [96]. Dabei sind funktionelle Aspekte des Familienlebens, beispielsweise ein guter familiärer Zusammenhalt oder die Frage, wie aktiv eine Familie ihr Familienleben gestaltet, für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen von großer Bedeutung [97, 98]. Mitunter hängen strukturelle und funktionelle Aspekte des Familienlebens miteinander zusammen und beeinflussen sich wechselseitig [99]. Bezüglich der Familienstruktur zeigen die KiGGS-Daten, dass Kinder und Jugendliche aus Eineltern- und Stieffamilien höheren Risiken für psychische Auffälligkeiten unterliegen als Kinder, die in Familien mit beiden leiblichen Eltern leben. Zugleich weisen sie eine vergleichsweise geringere Ausstattung mit personalen, familiären und sozialen Ressourcen auf [26]. Steigende Trennungs- und Scheidungsraten verweisen auf eine zunehmende Instabilität von Kleinfamilie und Ehe. Die Zunahme von Einelternfamilien in den letzten Jahrzehnten kann dabei einerseits als Ausdruck einer allgemeinen Pluralisierung familiärer Lebensformen verstanden werden [100]. Andererseits birgt Alleinerziehung auch Herausforderungen

wie allein für die Haushaltsführung und die Erziehung der Kinder zuständig zu sein, bei oftmals gleichzeitiger Erwerbstätigkeit und geringeren finanziellen und zeitlichen Ressourcen [101]. Eine elterliche Trennung stellt für alle Beteiligten meist ein kritisches Lebensereignis dar, das mit erheblichen Anpassungsleistungen für die Mitglieder einer Familie verbunden ist. Es drohen Elternkonflikte, der Verlust von elterlicher Zuwendung, Unterstützung und Kontrolle sowie häufig auch finanzielle Einschränkungen. Nicht selten gehören Wohnort- und / oder Schulwechsel dazu, die den Wegfall bisheriger sozialer Bezüge und des gewohnten Umfelds mit sich bringen [102, 103]. Je nachdem, wie es den Eltern nach Trennungen gelingt, ihre Konflikte konstruktiv zu bearbeiten und Härten infolge des Trennungseignisses aufzufangen, möglichst rasch stabile und verlässliche Alltagsstrukturen für die Kinder aufzubauen und ihren Bedürfnissen adäquat Rechnung zu tragen, sind psychopathologische Konsequenzen für die Kinder jedoch nicht unausweichlich [104]. Nach den Daten der KiGGS Welle 2 scheinen dabei die in dem Konstrukt Personale Ressourcen zusammengefassten individuellen Schutzfaktoren Selbstwirksamkeitserwartung, dispositioneller

### INFOBOX 5.3.3

#### ANNÄHERUNG AN KAUSALITÄT MIT FIXED-EFFECTS-MODELLEN IM RAHMEN VON LÄNGSSCHNITTANALYSEN

Sogenannte Fixed-Effects-Analysen ermöglichen es, im Rahmen von Längsschnittanalysen für eine Vielzahl von Variablen, darunter sowohl beobachtete als auch nicht beobachtete, zu kontrollieren. Dies beruht auf folgender Überlegung: Bei denselben Individuen werden aufgrund von Wiederholungsmessungen Veränderungen hinsichtlich einer Symptombelastung über die Zeit (hier: psychische Auffälligkeiten, gemessen mit dem SDQ) beobachtet. Man kann annehmen, dass sich bestimmte Merkmale, wie etwa das Geschlecht (beobachtet) oder auch das Genom (unbeobachtet), über den Beobachtungszeitraum hinweg nicht verändert haben. Diese Merkmale werden als zeitunveränderliche oder zeitinvariante Merkmale bezeichnet.

In der vorliegenden Fixed-Effects-Analyse mit Daten der KiGGS-Kohorte werden diese zeitinvarianten Merkmale wie folgt berücksichtigt: Aus den Werten der Messungen psychischer Auffälligkeiten mit dem SDQ,

jeweils zu den drei Messzeitpunkten, wird eine sogenannte Phantomvariable gebildet, die die Varianz sämtlicher zeitunveränderlicher beobachteter und unbeobachteter Variablen enthält. Rechnerisch handelt es sich dabei um eine individuelle Konstante, die als Kontrollvariable in die Analyse einbezogen wird.

Damit ist gewährleistet, dass Änderungen in zeitveränderlichen Variablen (hier: der psychischen Symptombelastung im SDQ) nur noch durch Änderungen in anderen zeitveränderlichen Variablen (hier: familiärer Zusammenhalt, Bildung, Einkommen, Berufsstatus, Durchschnittsalter der Eltern und Anzahl der Personen im Haushalt) erklärt werden. Entscheidend für die Unterstellung von Kausalität ist nun die Annahme, dass nicht nur die absoluten Werte zweier Merkmale wie Familienklima und internalisierende Probleme miteinander korreliert sind, sondern auch ihre Veränderungen über die Zeit.



Optimismus und das Gefühl stimmiger Verbundenheit mit sich und dem sozialen Umfeld (Kohärenzsinn) insbesondere für Kinder und Jugendliche in Einelternfamilien gegenüber internalisierenden als auch externalisierenden psychischen Auffälligkeiten protektiv zu sein. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche aus Eineltern- und Stieffamilien im Sinne von „Empowerment“ [105] sollte gemäß diesen Befunden daher vor allem auf die Stärkung personaler Ressourcen zielen.

Generell geht eine Kumulation von Risikofaktoren mit hohen Wahrscheinlichkeiten für die Ausbildung psychischer Auffälligkeiten einher [88]: Je mehr Risiken für ein Kind individuell vorliegen, desto eher wird es psychische Auffälligkeiten entwickeln. Pränatale Risiken wie Alkoholkonsum oder Rauchen der Mutter in der Schwangerschaft scheinen dabei insbesondere in Kombination mit weiteren umweltbezogenen und sozialen Risikofaktoren ihre Bedeutung zu entwickeln [17]. Ermutigend ist jedoch, dass sich mit zunehmender Zahl vorliegender Schutzfaktoren ebenfalls kumulative protektive Effekte zeigen und dass die Präsenz von Schutzfaktoren auch innerhalb von Hochrisikogruppen mit multiplen Belastungen risikomildernd wirken kann [88], auch wenn innerhalb dieser Gruppen die Verfügbarkeit von Schutzfaktoren insgesamt gering ist [61]. Aus diesen Befunden lässt sich einerseits ableiten, dass auf Hochrisikogruppen fokussierte präventive Anstrengungen besonders lohnenswert sind (indizierte Prävention). Andererseits stellen diese Ergebnisse auch eine Aufforderung zur verstärkten Förderung von Schutzfaktoren und Ressourcen in diesen Gruppen dar. Kinder und Jugendliche mit psychisch belasteten Eltern profitieren gemäß den Ergebnissen der BELLA-Studie sowohl von inner- als auch außerfamiliären Ressourcen (gutes Familienklima, stabiles schulisches Umfeld). Initiativen zur Unterstützung von Kindern psychisch belasteter Eltern müssten demnach einerseits auf Verbesserungen der familiären Funktionalität zielen. Andererseits zeigt sich mit Blick auf die Rolle der Schule die Bedeutung eines extrafamiliären Bezugspunktes für diese Kinder, sofern diese Struktur und Verlässlichkeit gewährleisten kann [106].

Wie hoch die Bedeutung einer guten familiären Funktionalität für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist, lässt die längsschnittliche Verlaufsanalyse mit den Daten aller drei Messzeitpunkte der KiGGS-Kohorte erkennen. Diese impliziert, dass Verbesserungen der familiären Funktionalität zu Verbesserungen der psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen führen, sogar über die gesamte Spanne der Kindheit und Jugend. Die Wirkrichtung muss zukünftig weiter untersucht

werden. Inhaltlich ist naheliegend, dass sowohl psychische Probleme des Kindes das Familienklima belasten können, als auch ein verbessertes Familienklima zu einem Rückgang psychischer Auffälligkeiten bei den Kindern führt. In jedem Fall bestätigen die Ergebnisse eindrucksvoll die querschnittlichen Befunde zur Bedeutung einer guten familiären Funktionalität. Strategien zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sollten daher auf die Rahmenbedingungen für ein gutes innerfamiliäres Klima zielen [27].

Auch bezüglich Gewalterfahrungen verweisen die umfangreichen Ergebnisse aus der KiGGS- und BELLA-Studie auf eine zentrale Rolle der Familie [51, 107]. Gewalterfahrungen als Täterinnen und Täter, Opfer oder Täter/Opfer stehen mit zum Teil starken Beeinträchtigungen der familiären Lebensqualität sowie mit reduziertem familiärem Zusammenhalt in Verbindung [60, 62], während sich elterliche Psychopathologie als Risikofaktor für aggressiv-dissoziales Verhalten erweist [23]. Kinder mit mehrfacher Opfererfahrung und solche, die sowohl als Täterinnen und Täter als auch als Opfer von Gewalthandlungen in Erscheinung treten, stellen Hochrisikogruppen dar [107]. Angesichts deren hoher psychopathologischer Belastung und multipler Risikokonstellationen sowie einer geringen Verfügbarkeit von Schutzfaktoren dieser Kinder sollte eine ressourcenorientierte Prävention und Gesundheitsförderung neben dem unmittelbaren Schutz vor weiterer Viktimisierung auf eine Verringerung sekundärer Risiken und den schrittweisen Aufbau von Resilienzen zielen. Von großer Bedeutung sind dabei stabile Umfeldbedingungen [44], die angesichts der vielfältigen familiären Belastungen betroffener Kinder und Jugendlicher jedoch kaum als gegeben angenommen werden können. Solche Bedingungen müssten von außen unterstützend sichergestellt werden.

Vernachlässigung und Kindesmisshandlungen, einschließlich sexueller Gewalt gegen Kinder, ereignen sich in der Regel ebenfalls im familiären Umfeld [108]. Auch wenn die Stichprobe der KiGGS-Kohorte aufgrund selektiven Ausfalls von Teilnehmenden und persönlicher Veränderungen bei den Befragten (zum Beispiel die Geburt von Kindern oder beruflicher oder finanzieller Aufstieg) nicht mehr als bevölkerungsrepräsentativ bezeichnet werden kann und der Anteil traumatischer Lebenserfahrungen in dieser Stichprobe leicht von dem in vergleichbaren anderen deutschen Studien abweicht, stimmen die Ergebnisse mit anderen Studienergebnissen darin überein, dass emotionaler Missbrauch sowie emotionale und körperliche Vernachlässigung am häufigsten berichtet werden, während körperlicher und sexueller

ler Missbrauch seltener berichtet wird [48, 50, 52]. Gewalterfahrungen, Vernachlässigung, körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch gehören zu den stärksten Risikofaktoren für eine Vielzahl internalisierender und externalisierender Auffälligkeiten und Störungen bei Kindern und Jugendlichen [42, 109]. Die frühzeitige Prävention von Gewalt, Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch – zum Beispiel im Kontext der Frühen Hilfen – ist daher von hoher Bedeutung für die Lebensverläufe betroffener Kinder und Jugendlicher. Da Gewalterfahrungen, Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch in Hochrisikogruppen kumulieren und oft transgenerational weitergegeben werden [110], erscheint zur Durchbre-

chung solcher Zyklen eine indizierte Prävention bei Hochrisikogruppen angezeigt [111]. Die beschriebenen Zusammenhänge von psychischen Belastungen der Eltern, der Familienstruktur sowie von Gewalterfahrungen, Missbrauch und Vernachlässigung mit kindbezogenen psychischen Auffälligkeiten einerseits sowie die protektive Rolle eines guten Familienklimas andererseits zeigen die Bedeutung sowohl funktionaler als auch struktureller Aspekte des Familienlebens für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auf. Dies macht die Familie zu einem zentralen Ansatzpunkt für die Prävention psychischer Auffälligkeiten und die Förderung der psychischen Kindergesundheit in Deutschland.

- 1 Cicchetti D, Lynch M (1993) *Toward an Ecological/Transactional Model of Community Violence and Child Maltreatment: Consequences for Children's Development*. *Psychiatry* 56(1):96–118. DOI 10.1080/00332747.1993.11024624
- 2 Klipter K, Baumgarten F, Göbel K et al. (2018) *Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*. *Journal of Health Monitoring* 3(3):37–45. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5767> (Stand: 12.10.2021)
- 3 Klasen F, Meyrose A, Otto C et al. (2017) *Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. *Ergebnisse der BELLA-Studie*. *Monatsschr Kinderheilkd* 165(5):402–407. DOI 10.1007/s00112-017-0270-8
- 4 Ravens-Sieberer U, Ottova V, Hillebrandt D et al. (2012) *Gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der deutschen HBSC-Studie 2006–2010*. *Gesundheitswesen* 74(S 01):S33–S41. DOI 10.1055/s-0032-1312641
- 5 World Health Organization (WHO) (2012) *Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors*. [https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/risks\\_to\\_mental\\_health\\_EN\\_27\\_08\\_12.pdf](https://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf) (Stand: 10.08.2020)
- 6 Robert Koch-Institut (2015) *Rauchen in der Schwangerschaft. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009–2012* <https://edoc.rki.de/handle/176904/3077> (Stand: 12.10.2021)
- 7 Talati A, Wickramaratne PJ, Wesselhoeft R et al. (2017) *Prenatal tobacco exposure, birthweight, and offspring psychopathology*. *Psychiatry research* 252:346–352
- 8 Lees B, Mewton L, Jacobus J et al. (2020) *Association of prenatal alcohol exposure with psychological, behavioral, and neurodevelopmental outcomes in children from the Adolescent Brain Cognitive Development Study*. *Am J Psychiatry* 177(11):1060–1072.
- 9 Römer P, Reinelt T, Petermann F et al. (2019) *Alkoholkonsum während der Schwangerschaft*. *Kindh Entwickl* 28(1):6–18. DOI 10.1026/0942-5403/a000267
- 10 Schoeps A, Peterson ER, Mia Y et al. (2018) *Prenatal alcohol consumption and infant and child behavior: Evidence from the Growing Up in New Zealand Cohort*. *Early Hum Dev* 123:22–29. DOI 10.1016/j.earlhumdev.2018.06.011
- 11 Abulizi X, Pryor L, Michel G et al. (2017) *Temperament in infancy and behavioral and emotional problems at age 5.5: The EDEN mother-child cohort*. *PLOS ONE* 12(2):e0171971. DOI 10.1371/journal.pone.0171971
- 12 Kiel N, Bruckdorfer R, Petermann F et al. (2018) *Temperament in der frühen Kindheit und die Entwicklung externalisierender Störungen: Implikationen für die klinische Diagnostik*. *ZPPP* 66(3):177–186. DOI 10.1024/1661-4747/a000354
- 13 Easey K, Dyer M, Timpson NJ et al. (2019) *Prenatal alcohol exposure and offspring mental health: A systematic review*. *Drug Alcohol Depend* 197:344–353. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.007>
- 14 Khoury JE, Jamieson B, Milligan K (2018) *Risk for Childhood Internalizing and Externalizing Behavior Problems in the Context of Prenatal Alcohol Exposure: A Meta-Analysis and Comprehensive Examination of Moderators*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 42(8):1358–1377. DOI 10.1111/acer.13805
- 15 Dolan CV, Geels L, Vink JM et al. (2016) *Testing Causal Effects of Maternal Smoking During Pregnancy on Offspring's Externalizing and Internalizing Behavior*. *Behav Genet* 46(3):378–388. DOI 10.1007/s10519-015-9738-2
- 16 Palmer Rohan HC, Bidwell LC, Heath AC et al. (2016) *Effects of Maternal Smoking during Pregnancy on Offspring Externalizing Problems: Contextual Effects in a Sample of Female Twins*. *Behav Genet* 46(3):403–415. DOI 10.1007/s10519-016-9779-1
- 17 Helm D, Laußmann D, Eis D (2010) *Assessment of environmental and socio-economic stress*. *Cent Eur J Public Health* 18(1):3–7
- 18 Göbel K, Cohrdes C (2021) *The whole is greater than the sum of its parts: profiles of multiple mental health risk factors using Latent class analysis*. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 15(1):27. DOI 10.1186/s13034-021-00380-8
- 19 Plass A, Haller AC, Habermann K et al. (2016) *Faktoren der Gesunderhaltung bei Kindern psychisch belasteter Eltern*. *Kindh Entwickl* 25(1):41–49. DOI 10.1026/0942-5403/a000187
- 20 Plass-Christl A, Otto C, Klasen F et al. (2018) *Trajectories of mental health problems in children of parents with mental health problems: results of the BELLA study*. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 27(7):867–876. DOI 10.1007/s00787-017-1084-x
- 21 Plass-Christl A, Klasen F, Otto C et al. (2017) *Mental Health Care Use in Children of Parents with Mental Health Problems: Results of the BELLA Study*. *Child Psychiatry Hum Dev* 48(6):983–992. DOI 10.1007/s10578-017-0721-4
- 22 Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S et al. (2007) *Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. *Bundesgesundheitsbl* 50(5):871–878. DOI 10.1007/s00103-007-0250-6
- 23 Schlack R, Hölling H, Erhart M et al. (2010) *Elterliche Psychopathologie, Aggression und Depression bei Kindern und Jugendlichen*. *Kindh Entwickl* 19(4):228–238. <https://edoc.rki.de/handle/176904/1214> (Stand: 22.10.2021)
- 24 Costello EJ, Copeland W, Angold A (2011) *Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults?* *J Child Psychol Psychiatry* 52(10):1015–1025. DOI 10.1111/j.1469-7610.2011.02446.x
- 25 Cöhrdes, C., & Göbel, K. (2022). *A Lot of Warmth and a Bit of Control? How Parenting Mediates the Relationship Between Parental Personality and Their Children's Mental Health Problems*. *Journal of Child and Family Studies*, advanced online publication. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-02210-z>
- 26 Schlack R (2013) *Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Eineltern- und Stieffamilien unter besonderer Berücksichtigung von Jungen*. *Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)*. In: Franz M, Karger A (Hrsg) *Scheiden tut weh*. *Elterliche Trennung aus Sicht der Väter und Jungen*. Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen, S. 122–144
- 27 Rattay P, von der Lippe E, Lampert T (2014) *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Eineltern-, Stief- und Kernfamilien. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1)*. *Bundesgesundheitsbl* 57(7):860–868. DOI 10.1007/s00103-014-1988-2
- 28 Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U et al. (2007) *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)*. *Bundesgesundheitsbl* 50:784–793. DOI 10.1007/s00103-007-0241-7
- 29 Hölling H, Schlack R, Petermann F et al. (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)*. *Bundesgesundheitsbl* 57(7):807–819. DOI 10.1007/s00103-014-1979-3
- 30 Greiner W, Batram M, Witte J (2019) *Kinder- und Jugendreport 2019. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Ängste und Depressionen bei Schulkindern. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 31)*. *DAK-Gesundheit, Hamburg*. [www.dak.de/dak/download/report-2169376.pdf](http://www.dak.de/dak/download/report-2169376.pdf)
- 31 Reiss F, Meyrose AK, Otto C et al. (2019) *Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study*. *PLOS ONE* 14(3):e0213700. DOI 10.1371/journal.pone.0213700
- 32 Meyrose AK, Wüstner A, Otto C et al. (2019) *Der Bildungsstand von Müttern im Zusammen-*

- hang mit der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten ihrer Kleinkinder. Bundesgesundheitsbl 62(9):1067–1076. DOI 10.1007/s00103-019-02998-8
- 33 Hölling H, Schlack R (2008) *Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter—Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)*. Gesundheitswesen 70(03):154–163. DOI 10.1055/s-2008-1062741
- 34 Brettschneider A-K, Hölling H, Schlack R et al. (2015) *Psychische Gesundheit von Jugendlichen in Deutschland*. Bundesgesundheitsbl 58(4):474–489. DOI 10.1007/s00103-015-2129-2
- 35 Belhadj Kouider E, Koglin U, Petermann F (2014) *Emotional and behavioral problems in migrant children and adolescents in Europe: a systematic review*. Eur Child Adolesc Psychiatry 23(6):373–391. DOI 10.1007/s00787-013-0485-8
- 36 Viernickel S, Dreyer R, Stammer K et al. (2018) *Stimulation oder Stress? Wohlbefinden von Kindern im zweiten und dritten Lebensjahr in Kindertageseinrichtungen*. [https://www.ash-berlin.eu/fileadmin/Daten/Forschung/5\\_Projekte/StimtS/ifaf\\_stimts\\_ergebnisse\\_web.pdf](https://www.ash-berlin.eu/fileadmin/Daten/Forschung/5_Projekte/StimtS/ifaf_stimts_ergebnisse_web.pdf) (Stand: 22.02.2021)
- 37 Ministerium für Bildung, Jugend und Sport Land Brandenburg (2018) *Die täglichen Übergänge zwischen Grundschule und Hort—Fortsetzung & Auftakt zugleich*. [https://mbjs.brandenburg.de/media\\_fast/6288/uebergang\\_grundschule\\_hort\\_2018.pdf](https://mbjs.brandenburg.de/media_fast/6288/uebergang_grundschule_hort_2018.pdf) (Stand: 22.02.2021)
- 38 Belsky J, Vandell DL, Burchinal M et al. (2007) *Are there long-term effects of early child care?* Child Dev 78(2):681–701. DOI 10.1111/j.1467–8624.2007.01021.x
- 39 Heilig L (2014) *Risikokonstellationen in der frühen Kindheit: Auswirkungen biologischer und psychologischer Vulnerabilitäten sowie psychosozialer Stressoren auf kindliche Entwicklungsverläufe*. ZfE 17(2):263–280. DOI 10.1007/s11618-013-0471-4
- 40 Schlack R, Hölling H, Kurth BM (2007) *Inanspruchnahme außerfamiliärer vorschulischer Kindertagesbetreuung und Einfluss auf Merkmale psychischer Gesundheit bei Kindern*. Bundesgesundheitsbl 50(10):1249–1258. DOI 10.1007/s00103-007-0336-1
- 41 Bergmann E, Ellert U, Eis D et al. (2009) *Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS)*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3218> (Stand: 04.11.2021)
- 42 Schlack R, Petermann F (2013) *Prevalence and gender patterns of mental health problems in German youth with experience of violence: the KiGGS study*. BMC Public Health 13:628. DOI 10.1186/1471-2458-13-628
- 43 Lange C, Starker A, von der Lippe E et al. (2016) *Psychische und körperliche Gewalterfahrungen in den vergangenen 12 Monaten in der Allgemeinbevölkerung*. Bundesgesundheitsbl 59(1):4–16. DOI 10.1007/s00103-015-2267-6
- 44 Ballesteros MF, Williams DD, Mack KA et al. (2018) *The Epidemiology of Unintentional and Violence-Related Injury Morbidity and Mortality among Children and Adolescents in the United States*. Int J Environ Res Public Health 15(4) 10.3390/ijerph15040616
- 45 Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA et al. (2017) *The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis*. Lancet Public Health 2(8):e356–e366. DOI 10.1016/s2468-2667(17)30118-4
- 46 Cohrdes C, Mauz E (2020) *Self-Efficacy and Emotional Stability Buffer Negative Effects of Adverse Childhood Experiences on Young Adult Health-Related Quality of Life*. J Adolesc Health 67(1):93–100. DOI 10.1016/j.jadohealth.2020.01.005
- 47 Gilbert R, Widom CS, Browne K et al. (2009) *Burdens and consequences of child maltreatment in high-income countries*. Lancet (London, England) 373(9657):68–81. DOI 10.1016/s0140-6736(08)61706-7
- 48 Häuser W SG, Brähler E, Glaesmer H. (2011) *Maltreatment in childhood and adolescence: Results from a survey of a representative sample of the German population*. Dtsch Arztebl Int (108):287–294
- 49 Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LRA et al. (2015) *The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses*. Child Abuse Review 24(1):37–50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>
- 50 Witt A, Brown RC, Plener PL et al. (2017) *Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population*. Child and adolescent psychiatry and mental health 11:47–47. DOI 10.1186/s13034-017-0185-0
- 51 Robert Koch-Institut (unveröffentlicht) *Wissenschaftlicher Ergebnisbericht zur Vertiefungsstudie der KiGGS-Kohorte „Familiäre und versorgungsspezifische Einflussfaktoren auf die Entstehung, den Verlauf und die Auswirkungen von psychischen Auffälligkeiten (insbesondere ADHS), Adipositas und allergischen Erkrankungen (insbesondere Asthma) bei Kindern und Jugendlichen“*
- 52 Iffland B, Brähler E, Neuner F et al. (2013) *Frequency of child maltreatment in a representative sample of the German population*. BMC Public Health 13:980. DOI 10.1186/1471-2458-13-980
- 53 Romano E, De Luca RV (2001) *Male sexual abuse: A review of effects, abuse characteristics, and links with later psychological functioning*. Aggress Violent Behav 6(1):55–78. DOI 10.1016/S1359-1789(99)00011-7
- 54 Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG et al. (2010) *Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys*. Br J Psychiatry 197(5):378–385. DOI 10.1192/bjp.bp.110.080499
- 55 van Duin L, Bevaart F, Zijlmans J et al. (2019) *The role of adverse childhood experiences and mental health care use in psychological dysfunction of male multi-problem young adults*. Eur Child Adolesc Psychiatry 28(8):1065–1078. DOI 10.1007/s00787-018-1263-4
- 56 Zohsel K, Hohm E, Schmidt MH et al. (2017) *Langfristige Folgen früher psychosozialer Risiken*. Postprints der Universität Potsdam: Humanwissenschaftliche Reihe, S. 203–209
- 57 Schlack R, Hölling H (2007) *Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)*. Bundesgesundheitsbl 50:819-826
- 58 Baier D, Pfeiffer C, Simonson J et al. (2009) *Jugendliche in Deutschland als Täter und Opfer von Gewalt. Erster Forschungsbericht zum gemeinsamen Forschungsprojekt des Bundesministeriums des Inneren und des KfjN*. Forschungsbericht Nr. 107. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V., Hannover
- 59 Hurrelmann K (1999) *Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung*. Juventa, Weinheim
- 60 Schlack R, Hölling H, Petermann F (2009) *Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen: Ergebnisse aus der KiGGS-Studie*. Psychol Rundsch 60:137-151. DOI 10.1026/0033-3042.60.3.137
- 61 Schlack R (2013) *Psychische Auffälligkeiten, Risiko- und Schutzfaktoren und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen*. Ergebnisse aus der KiGGS- und Bella-Studie. Kumulative Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde durch den Promotionsausschuss Dr. rer. nat. der Universität Bremen
- 62 Schlack R, Ravens-Sieberer U, Petermann F (2013) *Psychological problems, protective factors and health-related quality of life in youth affected by violence: the burden of the multiply victimised*. J Adolesc 36(3):587–601. DOI 10.1016/j.adolescence.2013.03.006
- 63 Ackard DM, Neumark-Sztainer D (2002) *Date violence and date rape among adolescents: Associations with disordered eating behaviors and psychological health*. Child Abuse Negl 26:455–473



- 64 Gaylord-Harden NK, Cunningham JA, Zelencik B (2011) *Effects of exposure to community violence on internalizing symptoms: Does desensitization to violence occur in African American youth?* J Abnorm Child Psychol, 39:711–719
- 65 Gibson CL (2012) *An investigation of neighborhood disadvantage, low self-control, and violent victimization among youth.* Youth Violence Juv Justice 10:41–63
- 66 Kelly BM, Schwartz D, Gorman AH et al. (2008) *Violent victimization in the community and children's subsequent peer rejection: The mediating role of emotion dysregulation.* J Abnorm Child Psychol 36:175–185
- 67 Siegel RS, La Greca AM, Harrison HM (2009) *Peer victimization and social anxiety in adolescents: Prospective and reciprocal relationships.* J Youth Adolesc 38:1096–1109
- 68 Romito P, Grassi M (2007) *Does violence affect one gender more than the other? The mental health impact of violence among male and female university students.* Soc Sci Med 65:1222–1234
- 69 Farrington DP, Ttofi MM (2011) *Bullying as a predictor of offending, violence and later life outcomes.* Crim Behav Ment Health, 21:90–98
- 70 Fang X, Massetti GM, Ouyang L et al. (2010) *Attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and young adult intimate partner violence.* Arch Gen Psychiatry 67:1179–1186
- 71 Moffitt T, Caspi A, Rutter M et al. (2001) *Sex differences in antisocial behavior: Conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin Longitudinal Study.* Cambridge University Press, Cambridge
- 72 Kuntsche E, Knibbe R, Engels R et al. (2007) *Bullying and fighting among adolescents – Do drinking motives and alcohol use matter?* Addict Behav 32:3131–3135
- 73 Logan-Greene P, Nurius P, Herting J et al. (2010) *Violent victimization and perpetration: joint and distinctive implications for adolescent development.* Vict Offender 5(329–353)
- 74 Tharp-Taylor S, Haviland A, D'Amico EJ (2009) *Victimization from mental and physical bullying and substance use in early adolescence.* Addict Behav 34:561–567
- 75 Fekkes M, Pijpers FIM, Fredriks AM et al. (2004) *Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression in victims.* J Pediatr 144:17–22
- 76 Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Rantanen P et al. (2000) *Bullying at school – an indicator of adolescents at risk for mental disorders.* J Adolesc 23:661–674
- 77 Piko BF, Keresztes N, Pluhar ZF (2006) *Aggressive behaviour and psychosocial health among children.* Pers Individ Differ 40:885–895
- 78 Scheithauer H, Hayer T, Petermann F (2003) *Bullying unter Schülern. Erscheinungsformen, Risikobedingungen und Interventionskonzepte.* Hogrefe, Göttingen
- 79 Schlack R, Hölling H, Petermann F (2009) *Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen.* Psychol Rundsch 60(3):137–151. DOI 10.1026/0033-3042.60.3.137
- 80 Brunstein-Klomek A, Marocco F, Kleinmann M et al. (2008) *Peer victimisation, depression, and suicidality in adolescents.* Suicide Life Threat Behav 2:166–180
- 81 Erhart M, Hölling H, Bettge S et al. (2007) *Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen.* Bundesgesundheitsbl 50(5):800–809. DOI 10.1007/s00103-007-0243-5
- 82 Schwarzer R (1994) *Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. Generalized self-efficacy: Assessment of a personal coping resource.* Diagnostica 40(2):105–123
- 83 Lewandowski RE, Verdelli H, Wickramaratne P et al. (2014) *Predictors of Positive Outcomes in Offspring of Depressed Parents and Non-depressed Parents Across 20 Years.* J Child Fam Stud 23(5):800–811. DOI 10.1007/s10826-013-9732-3
- 84 Pargas RCM, Brennan PA, Hammen C et al. (2010) *Resilience to maternal depression in young adulthood.* Dev Psychol 46(4):805–814. DOI 10.1037/a0019817
- 85 Brock RL, Kochanska G (2015) *Decline in the Quality of Family Relationships Predicts Escalation in Children's Internalizing Symptoms from Middle to Late Childhood.* J Abnorm Child Psychol 43(7):1295–1308. DOI 10.1007/s10802-015-0008-9
- 86 Dawson AE, Allen JP, Marston EG et al. (2014) *Adolescent insecure attachment as a predictor of maladaptive coping and externalizing behaviors in emerging adulthood.* Attach Hum Dev 16(5):462–478. DOI 10.1080/14616734.2014.934848
- 87 Rattay P, Lampert T, Neuhauser H et al. (2012) *Bedeutung der familialen Lebenswelt für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.* ZfE 15(1):145–170. DOI 10.1007/s11618-012-0261-4
- 88 Wille N, Bettge S, Ravens-Sieberer U et al. (2008) *Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study.* Eur Child Adolesc Psychiatry 17 Suppl 1:133–147. DOI 10.1007/s00787-008-1015-y
- 89 Helm D, Laußmann D (2011) *Umweltstress, Sozialstatus und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen im KiGGS.* UMID 2:53–56. <http://dx.doi.org/10.25646/857>
- 90 Junker S, Baumgarten F, Schlack R (in prep.) *The long-term association of mental health and family cohesion – results of the KiGGS study.*
- 91 World Health Organization (2012) *Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors.* [https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/risks\\_to\\_mental\\_health\\_EN\\_27\\_08\\_12.pdf](https://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf) (Stand: 10.08.2020)
- 92 Talati A, Wickramaratne PJ, Wesselhoeft R et al. (2017) *Prenatal tobacco exposure, birthweight, and offspring psychopathology.* Psychiatry Res 252:346–352
- 93 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2017) *Familienreport 2017. Leistungen, Wirkungen, Trends.* Berlin. <https://www.bmfsfj.de/blob/119524/f51728a14e3c91c3d8e-a657bb01bbab0/familienreport-2017-data.pdf>
- 94 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012) *Alleinerziehende in Deutschland – Lebenssituationen und Lebenswirklichkeiten von Müttern und Kindern. Monitor Familienforschung – Beiträge aus Forschung, Statistik und Familienpolitik. Ausgabe 28, Berlin.* <https://www.bmfsfj.de/blob/76232/4abcbfc3b6124fcc2766fd4cc11e87c/monitor-familienforschung-ausgabe-28-data.pdf>
- 95 Bjarnason T, Bendtsen P, Arnarsson AM et al. (2012) *Life Satisfaction Among Children in Different Family Structures: A Comparative Study of 36 Western Societies.* Child Soc 26(1):51–62. DOI 10.1111/j.1099-0860.2010.00324.x
- 96 Sünderhauf H (2013) *Wechselmodell: Psychologie – Recht – Praxis.* Springer VS, Wiesbaden
- 97 Hetherington EM, Henderson SH, Reiss D et al. (1999) *Adolescent siblings in stepfamilies: Family functioning and adolescent adjustment.* Monogr Soc Res Child Dev 64(4):222 p. 10.1111/1540-5834.00045
- 98 Sturge-Apple ML, Davies PT, Cummings EM (2010) *Typologies of family functioning and children's adjustment during the early school years.* Child development 81(4):1320–1335. DOI 10.1111/j.1467-8624.2010.01471.x
- 99 Freistadt J, Strohschein L (2013) *Family Structure Differences in Family Functioning: Interactive Effects of Social Capital and Family Structure.* J Fam Issues 34(7):952–974. DOI 10.1177/0192513x12447054
- 100 Peuckert R (2012) *Familienformen im sozialen Wandel.* 8. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

- 101** Rattay P, von der Lippe E, Borgmann LS et al. (2017) *Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland*. Journal of Health Monitoring 2(4):24–44. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2900> (Stand: 25.10.2021)
- 102** Amato Paul R (2000) *The Consequences of Divorce for Adults and Children*. J Marriage Fam 62(4):1269–1287. DOI 10.1111/j.1741-3737.2000.01269.x
- 103** Wendt EV, Walper S (2007) *Entwicklungsverläufe von Kindern in Ein-Eltern- und Stieffamilien*. In: Alt C (Hrsg) *Kinderleben—Start in die Grundschule*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 211–242
- 104** Largo RH, Czernin, M. (2004) *Glückliche Scheidungskinder. Trennungen und wie Kinder damit fertig werden*. Piper, München
- 105** Lenz A (2011) *Empowerment. Handbuch für die ressourcenorientierte Praxis*. dgvt-Verlag, Tübingen
- 106** Achermann N, Pecorari C, Metzke CW et al. (2006) *Schulklima und Schulumwelt in ihrer Bedeutung für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen—Einführung in die Thematik*. In: Steinhausen HC (Hrsg) *Schule und psychische Störung*. Kohlhammer, Stuttgart
- 107** Schlack R, Petermann F (2014) *Aggression und Gewalt bei Kindern und Jugendlichen. Psychische Auffälligkeiten, Risiko- und Schutzfaktoren, gesundheitsbezogene Lebensqualität und Komorbidität – Ergebnisse aus der KiGGS- und BELLA-Studie*. KJug 59 (3):93–99
- 108** Lamnek S, Luedtke J, Ottermann R et al. (2013) *Tatort Familie. Häusliche Gewalt im gesellschaftlichen Kontext*. Springer VS, Wiesbaden
- 109** Strathearn L, Giannotti M, Mills R et al. (2020) *Long-term Cognitive, Psychological, and Health Outcomes Associated With Child Abuse and Neglect*. Pediatrics 146(4):e20200438. DOI 10.1542/peds.2020-0438
- 110** CDC (2016) *Preventing Multiple Forms of Violence: A Strategic Vision for Connecting the Dots*. Division of Violence Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control, Atlanta, GA
- 111** Schlack R (2017) *From fundamental research to everyday practice in forensic medicine—why an integrated public-health perspective is needed in the prevention of violence*. Rechtsmedizin 4:324

# Korrelate und Folgen psychischer Auffälligkeiten




---

## KERNAUSSAGEN

---

Psychische Auffälligkeiten in der Kindheit oder Jugend sind mit ungünstigeren Entwicklungsausgängen hinsichtlich der psychischen Gesundheit, der Lebenszufriedenheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, des Schul- und Bildungserfolgs, Substanzkonsum sowie der sexuellen und reproduktiven Gesundheit im jungen Erwachsenenalter verbunden.

---

Junge Erwachsene mit internalisierenden Auffälligkeiten in der Kindheit oder Jugend weisen Beeinträchtigungen in ihrer psychischen Gesundheit, Lebenszufriedenheit und Lebensqualität auf. Sie haben keine schlechteren Bildungsabschlüsse als Nichtbetroffene und weisen seltener riskanten Alkoholkonsum auf. Sie sind seltener in einer festen Partnerschaft, im Durchschnitt älter beim ersten Geschlechtsverkehr und haben häufiger ungeplante Kinder.

---

Junge Erwachsene mit externalisierenden Auffälligkeiten in der Kindheit oder Jugend weisen ebenfalls beeinträchtigte psychische Gesundheit sowie Beeinträchtigungen der Lebenszufriedenheit und Lebens-

qualität auf. Sie haben im Durchschnitt einen geringeren Bildungserfolg, rauchen häufiger und geben mehr Sexualpartnerinnen beziehungsweise -partner an als Nichtbetroffene.

---

Die Verfügbarkeit psychosozialer Schutzfaktoren in Kindheit oder Jugend kann die Effekte psychischer Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend auf ungünstigere Entwicklungsausgänge im jungen Erwachsenenalter vor allem im Hinblick auf die psychische Gesundheit, die Lebenszufriedenheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität verringern.

---

Psychische Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend können mit ungünstigeren Entwicklungsausgängen im späteren Lebensverlauf verbunden sein. Diese können sich beispielsweise in Familie und Partnerschaft, Bildungsabschlüssen und Berufschancen, in mehr gesundheitlichem Risikoverhalten aber auch in einer beeinträchtigten körperlichen oder psychischen Gesundheit im Erwachsenenalter ausdrücken [1-3]. Mehr als die Hälfte aller psychischen Störungen im Erwachsenenalter beginnt in der Kindheit und Jugend [2, 4, 5]. Dabei stehen nicht nur manifeste, nach den einschlägigen Klassifikationssystemen DSM und ICD diagnostizierbare psychische Störungen

(siehe Kapitel 3.1, Infobox 3.1.2), sondern auch eine subklinische Symptomatik mit einer beeinträchtigten psychischen Gesundheit im Erwachsenenalter in Zusammenhang [3, 6]. Ergebnisse zu möglichen Folgen psychischer Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend und im Erwachsenenalter liegen bislang vorrangig aus internationalen Studien vor. Für Deutschland können derartige Fragestellungen mit den Daten der bundesweiten KiGGS-Kohorte untersucht werden.

In diesem Kapitel werden auf Grundlage der Daten der KiGGS-Kohorten Entwicklungsausgänge bei jungen Erwachsenen im Alter von 21 bis 31 Jahren beschrieben, die in der Kindheit oder Jugend internalisierende oder externalisierende psychische Auffälligkeiten aufwiesen. Zu diesen Entwicklungsausgängen gehören die allgemeine psychische Gesundheit, depressive Symptome, Panikstörung, Essstörungssymptome, Lebenszufriedenheit und Lebensqualität, der bis dahin erreichte Bildungsstatus, gesundheitliches Risikoverhalten wie

Rauchen und riskanter Alkoholkonsum. Auch Informationen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit wie der aktuelle Partnerschaftsstatus, das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr, Verhütung, Kondomnutzung oder das Vorhandensein ungeplanter Kinder (vergleiche Kapitel 3.4) gehören dazu. Darüber hinaus wird untersucht, ob und inwiefern die Verfügbarkeit von Schutzfaktoren in Kindheit oder Jugend einen Einfluss auf die Entwicklungsausgänge im jungen Erwachsenenalter hat (zur Methodik der Analyse siehe Infobox 5.4.1).

### 5.4.1 Entwicklungsausgänge bei jungen Erwachsenen mit internalisierenden Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend

Nach den Daten der KiGGS-Kohorte weisen junge Erwachsene, die als Kinder oder Jugendliche internalisierende Auffälligkeiten zeigten, im Alter von 21

#### INFOBOX 5.4.1

#### ANALYSE VON ENTWICKLUNGS AUSGÄNGEN PSYCHISCH AUFFÄLLIGER KINDER UND JUGENDLICHER IM JUNGEN ERWACHSENENALTER UNTER BERÜCKSICHTIGUNG VON SCHUTZFAKTOREN

Zur Analyse von Entwicklungsausgängen im jungen Erwachsenenalter wurden – in Abhängigkeit vom diskreten oder kontinuierlichen Charakter der jeweiligen abhängigen Variablen – logistische und lineare Regressionsmodelle spezifiziert [7]. Als abhängige Variablen dienten dabei die jeweiligen Outcomes („Entwicklungsausgänge“) im jungen Erwachsenenalter:

Allgemeine psychische Gesundheit (MHI-5), depressive Symptome (PHQ-8), Panikstörung (PHQ-Panik), Essstörungssymptome (SCOFF-Fragebogen), Lebenszufriedenheit (PWI-A) sowie psychische und körperliche Lebensqualität (SF-8), Bildungsstatus (ISCED), Raucherstatus (ja/nein) und riskanter Alkoholkonsum (AUDIT-C), Fragen zu aktueller Partnerschaft (ja/nein), zum Alter beim ersten Geschlechtsverkehr, zur Verhütung und Kondomnutzung (ja/nein), zum Vorhandensein ungeplanter Kinder (ja/nein), als Prädiktoren internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten (SDQ) (für

mehr Informationen zu den Instrumenten siehe Kapitel 4).

In einem ersten Modell wurden die Outcomes im jungen Erwachsenenalter (zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2) unter Kontrolle von Alter (in Jahren), Geschlecht, Migrationshintergrund und sozioökonomischem Status (SES) durch internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend (KiGGS-Basiserhebung) bei wechselseitiger Kontrolle vorhergesagt.

In einem zweiten Modell wurden zusätzlich die zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung erhobenen Schutzfaktorenskalen „Personale Ressourcen“, „Familiärer Zusammenhalt“ sowie „Soziale Unterstützung“ aufgenommen.

Die Modelle für riskanten Alkoholkonsum, Kondomnutzung und Verhütung wurden zusätzlich mit einem quadratischen Altersterm adjustiert, die Modelle für Kondomnutzung und Verhütung darüber hinaus noch für feste Partnerschaft und Anzahl der Sexualpartnerinnen und -partner [7].

**TABELLE 5.4.1**

Vorhersage von Entwicklungsausgängen im jungen Erwachsenenalter (21 – 31 Jahre) bei Vorliegen internalisierender psychischer Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend mittels linearer und logistischer Regressionsmodelle<sup>1</sup> [7]

OUTCOME IM JUNGEN ERWACHSENENALTER <sup>2</sup>	KOEFFIZIENT FÜR INTERNALISIERENDE AUFFÄLLIGKEITEN IN MODELL 1 <sup>3</sup>	KOEFFIZIENT FÜR INTERNALISIERENDE AUFFÄLLIGKEITEN IN MODELL 2 <sup>3,4</sup>
<b>PSYCHISCHE GESUNDHEIT</b>		
Allgemeine psychische Gesundheit (MHI-5) (n = 3.449)	B = -6,03***	B = -5,10***
Depressive Symptomatik (PHQ-8) (n = 3.456)	B = 1,35***	B = 1,21***
Panikstörung (PHQ-Panik) (n = 3.421)	OR = 1,95	OR = 2,11*
Essstörungssymptome (SCOFF) (n = 3.481)	OR = 1,80***	OR = 1,73***
<b>LEBENSZUFRIEDENHEIT UND LEBENSQUALITÄT</b>		
Allgemeine Lebenszufriedenheit (PWI-A) (n = 3.455)	B = -6,67***	B = -5,27**
Körperliche Lebensqualität (SF-8) (n = 3.480)	B = -1,06 **	B = -0,82*
Psychische Lebensqualität (SF-8) (n = 3.480)	B = -3,11 ***	B = -2,68***
<b>BILDUNGSSTATUS (ISCED)</b>		
Niedrig vs. mittel (n = 3.463)	RRR = 1,24	RRR = 1,17
Hoch vs. mittel (n = 3.463)	RRR = 0,85	RRR = 0,89
<b>SUBSTANZKONSUM</b>		
Riskanter Alkoholkonsum (Audit-C) <sup>5</sup> (n = 3.479)	B = -0,47***	B = -0,45***
Rauchen (n = 3.492)	OR = 0,84	OR = 0,87
<b>PARTNERSCHAFT, SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT</b>		
Feste Partnerschaft (n = 3.491)	OR = 0,79*	OR = 0,83
Alter erster Geschlechtsverkehr (n = 3.192)	B = 0,50**	B = 0,38**
Anzahl Sexualpartnerinnen und -partner (n = 3.206)	B = -0,05	B = -0,05
Grundsätzlich Kondomnutzung vs. gelegentlich <sup>5,6</sup> (n = 3.177)	RRR = 1,01	RRR = 1,02
Keine Kondomnutzung vs. gelegentlich <sup>5,6</sup> (n = 3.177)	RRR = 0,91	RRR = 0,94
Ungeplante Kinder (n = 340)	OR = 2,24*	OR = 2,40**

**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) bis KiGGS Welle 2 (2014–2017); Teilnehmende im Alter von 21 bis 31 Jahre; B = Beta-Koeffizient, OR = Odds Ratio, RRR = Relative Risk Ratio, MHI = Mental Health Inventory, PHQ = Patient Health Questionnaire, SCOFF = Sick, Control, One, Fat, Food, PWI-A = Personal Wellbeing Index, SF = Short-Form Health Survey, ISCED = International Standard Classification of Education, Audit-C = Alcohol use disorders identification test–Consumption \* p < 0,05, \*\* p < 0,01, \*\*\* p < 0,001

<sup>1</sup> Modell 1 ohne und Modell 2 mit Berücksichtigung von Schutzfaktoren zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung

<sup>2</sup> Alle Modelle adjustiert für Alter, Geschlecht, sozioökonomischen Status, Migrationshintergrund und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten

<sup>3</sup> OR für kategoriale Outcomes (binäre logistische Regression), RRR für kategoriale Outcomes (multinomiale logistische Regression), B für metrische Outcomes (lineare Regression), negative Koeffizienten zeigen eine gegenläufige, positive Koeffizienten eine gleichsinnige Assoziation des Prädiktors mit dem jeweiligen Outcome an

<sup>4</sup> Mit Adjustierung für Schutzfaktoren

<sup>5</sup> Modelle zusätzlich adjustiert für quadratischen Altersterm

<sup>6</sup> Modelle zusätzlich adjustiert für feste Partnerschaft und Anzahl der Sexualpartnerinnen und -partner

bis 31 Jahren eine im Durchschnitt schlechtere allgemeine psychische Gesundheit, mehr depressive Symptomatik und eine höhere Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen von Essstörungssymptomen auf, nicht aber für eine Panikstörung (Tabelle 5.4.1) [7]. Auch Ergebnisse internationaler, jedoch deutlich kleinerer Studien zeigen, dass internalisierende Probleme in Kindheit und Jugend oftmals bis in das Erwachsenenalter hinein stabil sind [8, 9]. In einer US-amerikanischen Kohortenstudie über einen Zeitraum von 26 Jahren mit 109 von anfänglich 165 Teilnehmenden, waren Befragte, die als Kinder im Alter von 14 Monaten schüchtern oder ängstlich waren, auch im Erwachsenenalter häufiger introvertiert und berichteten mehr soziale Probleme, depressive Symptome und Angstsymptomatik [9]. Eine weitere US-amerikanische Studie mit 70 von initial 326 Teilnehmenden im Alter von 12 bis 20 Jahren fand, dass auch gesundheitsgefährdendes Essverhalten („overeating“) bei jungen Erwachsenen mit internalisierenden Problemen in der Kindheit in Zusammenhang stand, insbesondere bei jungen Frauen [10].

Junge Erwachsene mit internalisierenden Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend weisen nach den Daten der KiGGS-Kohorte eine geringere allgemeine Lebenszufriedenheit sowie eine geringere körperliche und psychische Lebensqualität auf [7]. Vergleichbare Ergebnisse gibt es ebenfalls aus internationalen Studien [9-11].

Hinsichtlich des Bildungsstatus unterscheiden sich laut den KiGGS-Daten junge Erwachsene mit internalisierenden Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend hingegen nicht von solchen ohne frühere Auffälligkeiten [7]. Tatsächlich finden auch andere Studien keine Zusammenhänge von internalisierenden Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend und dem späteren Bildungserfolg [12]. Allerdings scheint es geschlechtsspezifische Unterschiede zu geben: So schneiden Jungen mit einem hohen Ausmaß an internalisierenden Problemen in der Kindheit, welche über die Zeit noch zunehmen, hinsichtlich ihres späteren Bildungserfolgs deutlich schlechter ab als nichtauffällige Jungen, während ein solcher Zusammenhang bei Mädchen nicht besteht [13].

Nach den Daten der KiGGS-Kohorte rauchen junge Erwachsene mit internalisierenden Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend nicht häufiger als volljährige Teilnehmende ohne frühere psychische Auffälligkeiten. Sie weisen auch nicht häufiger einen riskanten Alkoholkonsum auf; letzterer ist bei ihnen sogar geringer als bei ehemals Nichtauffälligen [7]. Auch in einer australischen Längsschnittstudie waren internalisierende Probleme im Alter von 14 Jahren mit einer signifikant geringeren Wahrscheinlichkeit

für Tabakkonsum im jungen Erwachsenenalter (21 Jahre) verbunden [14]. Darüber hinaus steht auch der spätere Konsum anderer psychoaktiver Substanzen wie Alkohol, Cannabis oder sonstige illegale Drogen nicht in Zusammenhang mit internalisierenden Problemen in der Kindheit, wie die Ergebnisse einer Kohortenstudie aus Finnland zeigen [15].

Junge Erwachsene mit internalisierenden Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend leben nach den Daten der KiGGS-Kohorte seltener in einer festen Partnerschaft [7] und geben ein späteres Alter beim ersten Geschlechtsverkehr an [7]. Analog waren auch in einer neuseeländischen Längsschnittstudie internalisierende Probleme in der Kindheit mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für frühen ersten Geschlechtsverkehr verbunden [16]. Allerdings scheint es auch hier geschlechtsspezifische Unterschiede zu geben: So haben Jungen mit internalisierenden Auffälligkeiten offenbar früher ihren ersten Geschlechtsverkehr, während dies bei Mädchen nicht der Fall ist [17]. Nach den Daten der KiGGS-Kohorte weisen junge Erwachsene mit internalisierenden Auffälligkeiten höhere Wahrscheinlichkeiten für das Vorhandensein ungeplanter Kinder auf [7]. Zusammenhänge von internalisierenden Auffälligkeiten mit früher Elternschaft sind auch aus internationalen Studien bekannt, sowohl für junge Frauen als auch für junge Männer [18, 19]. Insbesondere scheinen früh beginnende Depressionen mit früher Elternschaft assoziiert zu sein [20].

### **Effekte von Schutzfaktoren bei internalisierenden Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend**

Berücksichtigt man das Vorliegen von Schutzfaktoren zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung in den Modellen, verringern sich die signifikanten Effekte internalisierender Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend hinsichtlich der allgemeinen psychischen Gesundheit, einer depressiven Symptomatik und Essstörungssymptomen, der allgemeinen Lebenszufriedenheit und der psychischen Lebensqualität im jungen Erwachsenenalter; der Zusammenhang mit der körperlichen Lebensqualität verliert die Signifikanz (Tabelle 5.4.1) [7]. Hinsichtlich des Bildungsstatus sowie der Wahrscheinlichkeit, zu rauchen oder riskanten Alkoholkonsum aufzuweisen, zeigen sich hingegen keine Effekte der Schutzfaktoren [7], auch nicht bezüglich einer geringeren Wahrscheinlichkeit, im jungen Erwachsenenalter in einer festen Partnerschaft zu leben. Das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr erhöht sich hingegen bei Berücksichtigung der Schutzfaktoren [7].



In der hier berichteten Analyse mit den KiGGS-Daten wurden personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren in ihrer Gesamtheit untersucht [7]. Laut den Ergebnissen anderer Studien scheint vor allem den personalen Schutzfaktoren bei internalisierenden Auffälligkeiten eine wichtige Bedeutung zu zukommen. So zeigen nach den Daten einer US-amerikanischen Längsschnittstudie Kinder mit frühen Gewalterfahrungen bei hoher Ausstattung mit personalen Schutzfaktoren weniger internalisierende Auffälligkeiten im späteren Lebensverlauf [21]. Auch eine Metaanalyse mit 57 randomisierten kontrollierten Interventionsstudien zur Stärkung personaler Schutzfaktoren zeigt, dass insbesondere die Entwicklung internalisierender Probleme durch eine Förderung von personalen Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend signifikant verringert werden kann [22].

#### 5.4.2 Entwicklungsausgänge bei jungen Erwachsenen mit externalisierenden Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend

Junge Erwachsene, die in Kindheit oder Jugend externalisierende Probleme aufwiesen, zeigen nach den Daten der KiGGS-Kohorte ebenfalls eine schlechtere allgemeine psychische Gesundheit, mehr depressive Symptomatik und eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen von Essstörungssymptomen (Tabelle 5.4.2) [7]. Auch aus weiteren Längsschnittstudien sind psychische Langzeitfolgen externalisierender Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend wie Depressivität und Angst, somatische Probleme, aber auch manifeste psychische Störungen wie ADHS, antisoziale Persönlichkeitsstörung oder substanzbezogene Störungen bekannt [23, 24].

Die Daten der KiGGS-Kohorte zeigen zudem, dass externalisierende Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend mit einer geringeren Lebenszufriedenheit sowie mit einer geringeren körperlichen Lebensqualität im jungen Erwachsenenalter assoziiert sind (Tabelle 5.4.2) [7]. Mit der psychischen Lebensqualität finden sich in den KiGGS-Daten jedoch keine Zusammenhänge. Eine signifikant geringere Lebenszufriedenheit im jungen Erwachsenenalter wurde auch in einer norwegischen Längsschnittstudie für Teilnehmende gefunden, die im Alter zwischen 1,5 bis 14,5 Jahren hohe und stabile Verläufe externalisierender Auffälligkeiten aufwiesen [25].

Junge Erwachsene mit externalisierenden Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend haben nach den Daten der KiGGS-Kohorte auch höhere Wahrscheinlichkeiten für einen niedrigeren sowie geringere Wahrscheinlichkeiten für einen hohen Bildungsstatus (jeweils

verglichen mit einem mittleren Bildungsstatus) [7]. Ähnliches zeigte sich in einer niederländischen Kohortenstudie, in der über die Zeit zunehmende externalisierende Probleme in Kindheit und Jugend eng mit einem geringeren Bildungserfolg im jungen Erwachsenenalter assoziiert waren. Teilnehmende mit einem solchen Verlauf waren im Alter von 19 Jahren häufig weder in Ausbildung noch gingen sie einer Erwerbstätigkeit nach [12].

Junge Erwachsene mit externalisierenden Auffälligkeiten im Kindes- oder Jugendalter weisen nach den Daten der KiGGS-Kohorte zum Zeitpunkt der KiGGS Welle 2 eine erhöhte Wahrscheinlichkeit zu rauchen auf, nicht jedoch für einen riskanten Alkoholkonsum (Tabelle 5.4.2) [7]. In einer Analyse mit den Daten der dritten BELLA-Welle (zeitlich parallel zur KiGGS Welle 1) war allerdings das Risiko für riskanten Alkoholkonsum bei jungen Erwachsenen mit früheren externalisierenden Auffälligkeiten 1,6-fach höher als für Teilnehmende ohne solche Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend. Externalisierende Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend sind nach den Daten weiterer Studien zudem mit einem höheren Risiko für einen späteren Konsum illegaler Drogen verbunden [1], insbesondere wenn gleichzeitig ein niedriger sozioökonomischer Status vorliegt [1, 14, 15, 26].

Junge Erwachsene mit externalisierenden Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend unterscheiden sich nach den Daten der KiGGS-Kohorte bezüglich des Partnerschaftsstatus nicht von in der Kindheit nicht-auffälligen Teilnehmenden. Sie sind jedoch im Durchschnitt jünger beim ersten Geschlechtsverkehr und geben mehr unterschiedliche Sexualpartnerinnen beziehungsweise Sexualpartner an. Sie waren, sofern weiblichen Geschlechts, häufiger bereits schwanger; die Wahrscheinlichkeit ungeplanter Kinder ist bei ihnen hingegen geringer (Tabelle 5.4.2) [7]. Auch in anderen populationsbezogenen Studien zeigen sich externalisierende Auffälligkeiten im Kindesalter eng mit einem frühen Beginn des Geschlechtsverkehrs (<16 Jahre) sowie mit riskantem Sexualverhalten (Geschlechtsverkehr ohne Kondomnutzung, häufigerem Partnerwechsel) verbunden [16, 17]. Ein früher Zeitpunkt des ersten Geschlechtsverkehrs war in diesen Studien auch ein Prädiktor für sexuell übertragbare Erkrankungen und, anders als in den KiGGS-Daten, für ungeplante frühe Schwangerschaft [16, 17]. Je früher die externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten dabei im Lebensverlauf auftraten („early onset“), desto früher lag auch der Beginn der sexuellen Aktivität, insbesondere bei Jungen [17]. Externalisierende Probleme scheinen dabei in unterschiedlicher Weise mit der sexuellen und reproduktiven Gesundheit im jungen Erwachsenenalter zusammenzuhängen. So war antisozial-

**TABELLE 5.4.2**

**Vorhersage von Entwicklungsausgängen im jungen Erwachsenenalter (21–31 Jahre) bei Vorliegen externalisierender Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend mittels linearer und logistischer Regressionsmodelle<sup>1</sup> [7]**

OUTCOME IM JUNGEN ERWACHSENENALTER <sup>2</sup>	KOEFFIZIENT FÜR EXTERNALISIERENDE AUFFÄLLIGKEITEN IM MODELL 1 <sup>3</sup>	KOEFFIZIENT FÜR EXTERNALISIERENDE AUFFÄLLIGKEITEN IM MODELL 2 <sup>3,4</sup>
<b>PSYCHISCHE GESUNDHEIT</b>		
Allgemeine psychische Gesundheit (MHI-5) (n = 3.449)	B = -3,71**	B = -2,75*
Depressive Symptomatik (PHQ-8) (n = 3.456)	B = 1,05***	B = 0,79**
Panikstörung (PHQ-Panik) (n = 3.421)	OR = 1,08	OR = 1,04
Essstörungssymptome (SCOFF) (n = 3.481)	OR = 1,43**	OR = 1,31*
<b>LEBENSZUFRIEDENHEIT UND LEBENSQUALITÄT</b>		
Allgemeine Lebenszufriedenheit (PWI-A) (n = 3.455)	B = -4,01**	B = -2,48
Psychische Lebensqualität (SF-8) (n = 3.480)	B = -0,75	B = -1,25
Körperliche Lebensqualität (SF-8) (n = 3.480)	B = -1,63**	B = -1,36*
<b>BILDUNGSSTATUS (ISCED)</b>		
Niedrig vs. mittel (n = 3.463)	RRR = 2,53***	RRR = 2,37**
Hoch vs. mittel (n = 3.463)	RRR = 0,68*	RRR = 0,68*
<b>SUBSTANZKONSUM</b>		
Riskanter Alkoholkonsum (Audit-C) <sup>5</sup> (n = 3.479)	B = 0,18	B = 0,13
Rauchen (n = 3.492)	OR = 2,50***	OR = 2,39***
<b>PARTNERSCHAFT, SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT</b>		
Feste Partnerschaft (n = 3.491)	OR = 1,13	OR = 1,13
Alter erster Geschlechtsverkehr (n = 3.192)	B = -0,71***	B = -0,71***
Anzahl Sexualpartnerinnen und -partner (n = 3.206)	B = 0,36*	B = 0,34
Grundsätzlich Kondomnutzung vs. gelegentlich <sup>5,6</sup> (n = 3.177)	RRR = 0,95	RRR = 1,00
Keine Kondomnutzung vs. gelegentlich <sup>5,6</sup> (n = 3.177)	RRR = 0,96	RRR = 0,98
Ungeplante Kinder (n = 340)	OR = 0,38*	OR = 0,33*

**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) bis KiGGS Welle 2 (2014–2017); Teilnehmende im Alter von 21 bis 31 Jahre; B = Beta-Koeffizient, OR = Odds Ratio, RRR = Relative Risk Ratio, MHI = Mental Health Inventory, PHQ = Patient Health Questionnaire, SCOFF = Sick, Control, One, Fat, Food, PWI-A = Personal Wellbeing Index, SF = Short-Form Health Survey, ISCED = International Standard Classification of Education, Audit-C = Alcohol use disorders identification test–Consumption \* p < 0,05, \*\* p < 0,01, \*\*\* p < 0,001

<sup>1</sup> Modell 1 ohne und Modell 2 mit Berücksichtigung von Schutzfaktoren zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung

<sup>2</sup> Alle Modelle adjustiert für Alter, Geschlecht, sozioökonomischen Status und Migrationshintergrund und externalisierende

Verhaltensauffälligkeiten

<sup>3</sup> OR für kategoriale Outcomes (binäre logistische Regression), RRR für kategoriale Outcomes (multinomiale logistische Regression), B für metrische Outcomes (lineare Regression), negative Koeffizienten zeigen eine gegenläufige, positive Koeffizienten eine gleichsinnige Assoziation des Prädiktors mit dem jeweiligen Outcome an

<sup>4</sup> mit Adjustierung für Schutzfaktoren

<sup>5</sup> Modelle zusätzlich adjustiert für quadratischen Altersterm

<sup>6</sup> Modelle zusätzlich adjustiert für feste Partnerschaft und Anzahl der Sexualpartnerinnen und -partner





ales Verhalten in der frühen und mittleren Kindheit mit einem späteren riskanten Sexualverhalten assoziiert, während sich ein solcher Zusammenhang mit anderen externalisierenden Auffälligkeiten wie Hyperaktivität nicht nachweisen ließ [16].

### Effekte von Schutzfaktoren bei externalisierenden Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend

Auch bezüglich externalisierender Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend verringern sich durch die Zunahme von Schutzfaktoren in Kindheit oder Jugend die Effekte auf die allgemeine psychische Gesundheit, die depressive Symptomatik sowie die Essstörungssymptome, die Lebenszufriedenheit sowie die körperliche Lebensqualität im jungen Erwachsenenalter (Tabelle 5.4.2) [7]. Die Effekte externalisierender Auffälligkeiten in Bezug auf einen niedrigeren Bildungsstatus zeigen sich nur marginal beeinflusst [7]. Die Wahrscheinlichkeit im jungen Erwachsenenalter zu rauchen, wird nach Einbeziehung der Schutzfaktoren geringer [7], hinsichtlich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit verringert sich die Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein ungeplanter Kinder [7].

### 5.4.3 Zusammenfassung und Bewertung

Internalisierende und externalisierende psychische Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend sind nach den Daten der KiGGS-Kohorte eng mit Einschränkungen der psychischen Gesundheit, der Lebensqualität, dem Bildungserfolg, gesundheitslichem Risikoverhalten sowie der sexuellen und reproduktiven Gesundheit im späteren (jungen) Erwachsenenalter verbunden. Hierbei gibt es Gemeinsamkeiten und Unterschiede.

#### Internalisierende Auffälligkeiten

Personen mit vorwiegend internalisierenden Problemen in Kindheit oder Jugend haben laut den Daten der KiGGS-Kohorte im jungen Erwachsenenalter häufig eine schlechtere psychische Gesundheit und weisen eine geringere Lebenszufriedenheit sowie psychische und körperliche Lebensqualität auf [7]. Zusammenhänge zwischen internalisierenden Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend und dem späteren Bildungserfolg zeigen sich im Einklang mit anderen Studien [12] in den Daten der KiGGS-Kohorte nicht. Internalisierende Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend waren auch nicht mit einem höheren

Risiko für Tabakkonsum im jungen Erwachsenenalter verbunden und sogar mit geringerer Wahrscheinlichkeit für riskanten Alkoholkonsum, im Vergleich zu ehemals nicht auffälligen Kindern und Jugendlichen. Die Daten der KiGGS-Kohorte zeigen außerdem, dass Personen mit internalisierenden Problemen in Kindheit oder Jugend im jungen Erwachsenenalter weniger häufig in einer festen Partnerschaft sind und häufiger ungeplante Kinder haben, obwohl sie im Durchschnitt später sexuell aktiv werden.

#### Externalisierende Auffälligkeiten

Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten in Kindheit und Jugend stehen aufgrund ihrer erheblichen Konsequenzen für den weiteren Lebensverlauf seit langem im Fokus entwicklungspsychopathologischer Forschung [27]. Personen mit vorwiegend externalisierenden Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend berichten in der KiGGS-Kohorte eine beeinträchtigte psychische Gesundheit im jungen Erwachsenenalter, mit mehr depressiven und Essstörungssymptomen als Teilnehmende ohne frühere Auffälligkeiten. Sie zeigten jedoch nicht häufiger Panikstörungen und auch keine beeinträchtigte psychische Lebensqualität. Im Unterschied zu Teilnehmenden mit früheren internalisierenden Auffälligkeiten weisen sie einen signifikant geringeren Bildungserfolg auf. Sie werden früher sexuell aktiv, sind aber nicht seltener in einer festen Partnerschaft als in der Kindheit nicht auffällige Personen. Sie nutzten seltener Kondome zur Verhütung, berichteten jedoch nicht häufiger ungeplante Kinder [7].

#### Schutzfaktoren

Die Verfügbarkeit psychosozialer Schutzfaktoren in Kindheit oder Jugend macht sich nach den hier präsentierten Ergebnissen am stärksten hinsichtlich der späteren psychischen Gesundheit, der Lebenszufriedenheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bemerkbar [7]. Dies trifft sowohl für Kinder und Jugendliche mit internalisierenden als auch externalisierenden Auffälligkeiten zu. Die Ergebnisse legen nahe, dass eine Förderung psychosozialer Ressourcen in Kindheit und Jugend dazu beitragen kann, adverse Effekte bei Kindern und Jugendlichen sowohl mit internalisierenden als auch mit externalisierenden Auffälligkeiten auf die psychische Gesundheit und die Lebensqualität im Erwachsenenalter abzumildern. Dies kann wiederum zu einer besseren psychischen Gesundheit und mehr Lebenszufriedenheit und -qualität im späteren Erwachsenenalter führen.

Dagegen scheinen die in der KiGGS-Studie erhobenen Schutzfaktoren die Risiken für einen geringen Bildungserfolg bei Personen mit externalisierenden Auffälligkeiten kaum zu mildern. Trotz statistischer Kontrolle von bereits bekannten intervenierenden Faktoren wie Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund und sozioökonomischem Status bleiben diese für Personen mit externalisierenden Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend bestehen, was insofern von besonderer Bedeutung ist, als vom Bildungserfolg auch das Lebenseinkommen und die Lebenschancen abhängen [28, 29]. Präventive Interventionen bei externalisierenden Auffälligkeiten sollten möglichst frühzeitig beginnen, schon vor Schuleintritt oder in der Schule, sobald ein stabiles Problemverhalten erkennbar ist [30].

In gewissem Ausmaß scheint auch die sexuelle und reproduktive Gesundheit mit der Verfügbarkeit psychosozialer Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend zusammenzuhängen: Kinder und Jugendliche mit internalisierenden Auffälligkeiten haben bei Be-

rücksichtigung der Schutzfaktoren in Kindheit oder Jugend die gleichen Wahrscheinlichkeiten, als junge Erwachsene in einer Partnerschaft zu sein wie nicht auffällige Kinder und Jugendliche. Allerdings beeinflussen die Schutzfaktoren nicht die höhere Wahrscheinlichkeit, ungeplante Kinder zu haben [7]. Bei Teilnehmenden mit externalisierenden Auffälligkeiten ist unerwarteterweise – und anders als bei Personen mit juveniler ADHS-Diagnose (vergleiche Kapitel 6.4) – das Risiko für ungeplante Kinder geringer, unabhängig von der Berücksichtigung der Schutzfaktoren.

Unter Berücksichtigung von Schutzfaktoren entfällt für Teilnehmende mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten in Kindheit oder Jugend die Signifikanz für eine höhere Anzahl an Sexualpartnerinnen und -partnern [7]. Hier, sowie mit Bezug auf die erhöhten Risiken für ungeplante Kinder bei Vorliegen von internalisierenden Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend, zeigen sich Ansatzpunkte für sexualpädagogische Interventionen [31], auch unter Berücksichtigung psychosozialer Ressourcen.

- 1 Haller AC, Klasen F, Petermann F et al. (2016) *Langzeitfolgen externalisierender Verhaltensauffälligkeiten*. Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie. *Kindh Entwickl* 25(1):31–40. DOI 10.1026/0942-5403/a000186
- 2 Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S et al. (2007) *Age of onset of mental disorders: a review of recent literature*. *Curr Opin Psychiatry* 20(4):359–364
- 3 Copeland WE, Wolke D, Shanahan L et al. (2015) *Adult functional outcomes of common childhood psychiatric problems: a prospective, longitudinal study*. *JAMA psychiatry* 72(9):892–899
- 4 Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ et al. (2009) *Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders*. *Archives of general psychiatry* 66(7):764–772
- 5 Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE et al. (2003) *Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort*. *Archives of general psychiatry* 60(7):709–717
- 6 Bao L, Brownlie EB, Beitchman JH (2016) *Mental health trajectories from adolescence to adulthood: Language disorder and other childhood and adolescent risk factors*. *Dev Psychopathol* 28(2):489–504. DOI 10.1017/S0954579415001054
- 7 Schlack R, Peerenboom N, Neuperdt L et al. (2021) *Effekte psychischer Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend im jungen Erwachsenenalter: Ergebnisse der KiGGS-Kohorte*. *Journal of Health Monitoring* 6(4):3–20. DOI 10.25646/8862
- 8 Betts KS, Baker P, Alati R et al. (2016) *The natural history of internalizing behaviours from adolescence to emerging adulthood: findings from the Australian Temperament Project*. *Psychol Med* 46(13):2815–2827. DOI 10.1017/S0033291716001495
- 9 Tang A, Crawford H, Morales S et al. (2020) *Infant behavioral inhibition predicts personality and social outcomes three decades later*. *Proc Natl Acad Sci USA* 117(18):9800–9807. DOI 10.1073/pnas.1917376117
- 10 Jamnik MR, DiLalla LF (2019) *Health outcomes associated with internalizing problems in early childhood and adolescence*. *Front Psychol* 10:60
- 11 Sallis H, Szekely E, Neumann A et al. (2019) *General psychopathology, internalising and externalising in children and functional outcomes in late adolescence*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 60(11):1183–1190
- 12 Veldman K, Reijneveld SA, Ortiz JA et al. (2015) *Mental health trajectories from childhood to young adulthood affect the educational and employment status of young adults: results from the TRAILS study*. *J Epidemiol Community Health* 69(6):588–593
- 13 Dekker MC, Ferdinand RF, Van Lang ND et al. (2007) *Developmental trajectories of depressive symptoms from early childhood to late adolescence: gender differences and adult outcome*. *J Child Psychol Psychiatry* 48(7):657–666
- 14 Fischer JA, Najman JM, Williams GM et al. (2012) *Childhood and adolescent psychopathology and subsequent tobacco smoking in young adults: findings from an Australian birth cohort*. *Addiction* 107(9):1669–1676
- 15 Miettunen J, Murray G, Jones P et al. (2014) *Longitudinal associations between childhood and adulthood externalizing and internalizing psychopathology and adolescent substance use*. *Psychol Med* 44(8):1727
- 16 Ramrakha S, Bell ML, Paul C et al. (2007) *Childhood behavior problems linked to sexual risk taking in young adulthood: A birth cohort study*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46(10):1272–1279
- 17 Skinner SR, Robinson M, Smith MA et al. (2015) *Childhood behavior problems and age at first sexual intercourse: a prospective birth cohort study*. *Pediatrics* 135(2):255–263
- 18 Brown JD, Harris SK, Woods ER et al. (2012) *Longitudinal study of depressive symptoms and social support in adolescent mothers*. *Maternal and child health journal* 16(4):894–901
- 19 Moore DR, Florsheim P (2001) *Interpersonal processes and psychopathology among expectant and nonexpectant adolescent couples*. *J Consult Clin Psychol* 69(1):101
- 20 Kessler RC, Berglund PA, Foster CL et al. (1997) *Social consequences of psychiatric disorders, II: Teenage parenthood*. *Am J Psychiatry* 154(10):1405–1411
- 21 Lansford JE, Malone PS, Stevens KI et al. (2006) *Developmental trajectories of externalizing and internalizing behaviors: Factors underlying resilience in physically abused children*. *Dev Psychopathol* 18(1):35
- 22 Dray J, Bowman J, Campbell E et al. (2017) *Systematic review of universal resilience-focused interventions targeting child and adolescent mental health in the school setting*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 56(10):813–824
- 23 Korhonen M, Luoma I, Salmelin R et al. (2018) *The trajectories of internalizing and externalizing problems from early childhood to adolescence and young adult outcome*. *J Child Adolesc Psych* 2(3):7–12
- 24 Reef J, Diamantopoulou S, van Meurs I et al. (2011) *Developmental trajectories of child to adolescent externalizing behavior and adult DSM-IV disorder: results of a 24-year longitudinal study*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 46(12):1233–1241
- 25 Kjeldsen A, Nilsen W, Gustavson K et al. (2016) *Predicting Well-Being and Internalizing Symptoms in Late Adolescence From Trajectories of Externalizing Behavior Starting in Infancy*. *J Res Adolesc* 26(4):991–1008. DOI 10.1111/jora.12252
- 26 King SM, Iacono WG, McGue M (2004) *Childhood externalizing and internalizing psychopathology in the prediction of early substance use*. *Addiction* 99(12):1548–1559
- 27 Achenbach TM, Rescorla LA, Ivanova MY (2012) *International epidemiology of child and adolescent psychopathology I: diagnoses, dimensions, and conceptual issues*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 51(12):1261–1272. DOI 10.1016/j.jaac.2012.09.010
- 28 Piopiunik M, Kugler F, Wößmann L (2017) *Einkommenserträge von Bildungsabschlüssen im Lebensverlauf: Aktuelle Berechnungen für Deutschland*. ifo Schnelldienst 70(7):19–30. <https://www.ifo.de/DocDL/sd-2017-07-woessmann-et-al-bildungsrenditen-2017-04-13.pdf> (Stand: 18.10.2021)
- 29 Narusyte J, Ropponen A, Alexanderson K et al. (2017) *Internalizing and externalizing problems in childhood and adolescence as predictors of work incapacity in young adulthood*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 52(9):1159–1168
- 30 Stormont M (2002) *Externalizing behavior problems in young children: Contributing factors and early intervention*. *Psychol Schools* 39(2):127–138
- 31 Paetzel B, Isensee B, Kramer H et al. (2021) *Ungeplant schwanger—wie geht es weiter?* *Bundesgesundheitsbl* <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03423-9>

# Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten




---

## KERNAUSSAGEN

---

Ein Viertel der im psychopathologischen Screening grenzwertigen oder auffälligen Kinder und Jugendlichen nimmt (kinder-)psychiatrische und/oder psychologisch-psychotherapeutische Versorgungsleistungen in Anspruch.

Psychische Auffälligkeiten sind häufiger bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem sozioökonomischem Status. Die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme (kinder-)psychiatrischer und psychologisch-psychotherapeutischer Versorgungsangebote hängt jedoch nicht vom sozioökonomischen Status ab.

Psychisch auffällige Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sind in der (kinder-)psychiatrischen Versorgung unterrepräsentiert.

Barrieren der Inanspruchnahme (kinder-)psychiatrischer und psychologisch-psychotherapeutischer Versorgungsangebote sind unter anderem mangelnde Gesundheitskompetenz („Mental Health Literacy“),

die Angst vor Stigmatisierung sowie geringes Vertrauen in die Behandelnden und die Wirksamkeit einer Therapie.

Im zeitlichen Trend hat die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2 deutlich zugenommen.

An der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten und Störungen sind verschiedene Akteure und unterschiedliche Versorgungseinrichtungen des Gesundheitswesens beteiligt. Entsteht ein Leidensdruck aufgrund einer psychischen Auffälligkeit oder Störung eines Kindes oder Jugendlichen, sind oftmals kinderärztliche oder allgemeinmedizinische Praxen die erste Anlaufstelle für betroffene Familien [1]. Wird dort eine Behandlungsbedürftigkeit der psychischen Probleme festgestellt, kann erforderlichenfalls eine Weiterleitung an niedergelassene Ärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, psychologische beziehungsweise ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten oder Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten sowie an ambulante und stationäre Versorger in Krankenhäusern, Kliniken und Tageskliniken mit Abteilungen für Kinder- und Jugendpsy-



chiarie und -psychotherapie oder in Institutsambulanzen erfolgen. Diese Versorgungsformen sind dem Rechtskreis des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) zugeordnet. Erziehungsberatungsstellen, (Schul-) Sozialarbeiterinnen und -arbeiter oder Schulpsychologinnen und -psychologen sowie die dem Rechtskreis des achten Sozialgesetzbuches (SGB VIII) zugeordnete sozialpädagogische Familien- oder Jugendhilfe des Jugendamts können ebenfalls Anlaufstellen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen und ihre Eltern sein.

In diesem Kapitel werden Ergebnisse zu Häufigkeiten und zeitlichen Trends der Inanspruchnahme ambulanter kinderärztlicher sowie (kinder-)psychiatrischer und psychologisch-psychotherapeutischer Versorgungsangebote von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten nach KiGGS-Risikogruppendefinition (grenzwertig oder auffällig im SDQ-Gesamtproblemwert) berichtet. Bei der Betrachtung der Inanspruchnahme von fachärztlicher Versorgung (Kapitel 5.5.1) wird, abweichend von der sonst verwendeten Risikogruppendefinition (grenzwertig und auffällig im SDQ), zusätzlich zwischen Kindern und Jugendlichen mit grenzwertigen und auffälligen Werten im SDQ unterschieden, um das Inanspruchnahmeverhalten bereits bei subklinischen Symptomausprägungen untersuchen zu können.

Die Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie sowie von ärztlichen Psychotherapeutinnen oder -therapeuten wurde in den KiGGS-Studien in einer gemeinsamen Frage erhoben, sodass keine Binnendifferenzierung zwischen diesen ärztlichen Leistungserbringern möglich ist. Mit einer weiteren Frage wurde die Inanspruchnahme von Psychologinnen und Psychologen sowie bei psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten erfasst. Im Folgenden wird von (kinder-)psychiatrischer Inanspruchnahme gesprochen, wenn die Eltern die erstgenannte Frage bejaht hatten sowie von psychologisch-psychotherapeutischer Inanspruchnahme, wenn die letztgenannte Frage bejaht wurde. Die Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, die weitere Berufsgruppen wie Sozialpädagoginnen und -pädagogen umfassen, konnte nicht separat angegeben werden, sodass die nachfolgend präsentierten Ergebnisse vor dem Hintergrund dieser Einschränkung zu betrachten sind. Nachfolgend wird die Inanspruchnahme von fachärztlicher Versorgung in KiGGS Welle 2, deren Verteilung nach sozioökonomischem Status und Migrationshintergrund sowie zeitliche Trends in der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2 dargestellt und mit administrativen

Versorgungsdaten verglichen. Darüber hinaus werden Prädiktoren und Barrieren der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen bei psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen betrachtet.

### 5.5.1 Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten

Nach den Daten von KiGGS Welle 2 nimmt ein Großteil der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten eine kinderärztliche oder allgemeinärztliche Versorgung in Anspruch. Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten nach KiGGS-Risikogruppendefinition (grenzwertig oder auffällig im SDQ-Gesamtproblemwert) weisen in KiGGS Welle 2 mit 72,5% eine höhere 12-Monats-Prävalenz kinderärztlicher Inanspruchnahme auf als Kinder und Jugendliche ohne psychische Auffälligkeiten (67,1%). Zwischen den als grenzwertig (73,2%) und den als auffällig (71,8%) klassifizierten Kindern und Jugendlichen zeigen sich bezüglich der kinderärztlichen Inanspruchnahme keine Unterschiede (Tabelle 5.5.1). Dies steht im Einklang mit Auswertungen von vertragsärztlichen Abrechnungsdaten [2]. Auch diese zeigen, dass niedergelassene Kinderärztinnen und -ärzte sowie Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner eine prominente Rolle bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen einnehmen: Nahezu alle Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen (über 97%) hatten im Jahr 2017 mindestens einmal Kontakt zu einer Kinderärztin oder einem Kinderarzt oder einer Allgemeinmedizinerin oder einem Allgemeinmediziner [2].

Bezüglich der Inanspruchnahme (kinder-)psychiatrischer Versorgungsleistungen in den letzten 12 Monaten unterscheiden sich Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten deutlich von den Nichtauffälligen: Während für Letztere eine Inanspruchnahmerate von 2,7% berichtet wird, liegt diese mit 15,5% bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten mehr als fünf Mal höher (Tabelle 5.5.1), was aufgrund der höheren Bedarfslage auch zu erwarten ist. Betrachtet man wiederum die im SDQ-Gesamtproblemwert grenzwertigen und auffälligen Kinder und Jugendlichen separat, zeigt sich, dass die Inanspruchnahmerate (kinder-)psychiatrischer Versorgungsangebote mit der Ausprägung der Symptome variiert: Sie fällt bei den als auffällig klassifizierten Kindern und Jugendlichen mit 21,3% mehr als doppelt so hoch aus, im Vergleich zu den als grenzwertig Klassifizierten mit 9,0% (Tabelle 5.5.1).

**TABELLE 5.5.1**

**Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsangebote in den letzten 12 Monaten bei Kindern und Jugendlichen nach SDQ-Gesamtwert (Häufigkeit in %, 95%-KI)**

**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS Welle 2 (2014 – 2017); Teilnehmende im Alter von 3 bis 17 Jahren; Inanspruchnahme: von den Eltern berichtete Inanspruchnahme verschiedener Versorgungsangebote innerhalb der letzten 12 Monate (Mehrfachnennung möglich), unabhängig vom Anlass der Kontaktaufnahme; Signifikanztest: Rao-Scott Chi-Quadrat-Test

INANSPRUCHNAHME AMBULANTER VERSORGUNGSANGEBOTE	KINDER UND JUGENDLICHE IN KiGGS WELLE 2 SDQ-GESAMTPROBLEMWERT			
	AUFFÄLLIG (n = 993)	GRENZWERTIG (n = 913)	UNAUFFÄLLIG (n = 10.862)	p-Wert
<b>KINDERÄRZTLICH</b>	71,8 (67,6 – 75,6)	73,2 (69,1 – 77,0)	67,1 (65,0 – 69,0)	<0,01
<b>PSYCHIATRISCH / PSYCHOTHERAPEUTISCH / PSYCHOLOGISCH GESAMT</b>	27,9 (24,7 – 31,3)	14,0 (11,4 – 17,1)	3,4 (3,0 – 3,9)	<0,001
(Kinder)psychiatrisch / Ärztlich-psychotherapeutisch	21,3 (18,2 – 24,9)	9,0 (6,8 – 11,9)	2,3 (1,9 – 2,7)	<0,001
Psychologisch / Psychologisch-psychotherapeutisch	11,7 (9,3 – 14,6)	7,0 (5,2 – 9,3)	1,6 (1,3 – 1,9)	<0,001

Mit 9,5% ist die Häufigkeit psychologisch-psychotherapeutischer Inanspruchnahmen bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten fast sechsmal höher als bei psychisch unauffälligen Kindern mit 1,6%. Betrachtet man erneut die im SDQ-Gesamtwert auffälligen und grenzwertigen Kinder und Jugendlichen separat, zeigt sich, dass die Inanspruchnahmehäufigkeit bei den als auffällig Klassifizierten mit 11,7% circa doppelt so hoch ist, wie bei Kindern mit grenzwertigem SDQ-Gesamtwert (7,0%; Tabelle 5.5.1).

Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen bestehen weder zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung noch zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2 bezüglich der Inanspruchnahme von kinderärztlichen, (kinder-)psychiatrischen und psychologisch-psychotherapeutischen Versorgungsangeboten durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten [3]. Jedoch finden sich zum Teil deutliche Altersunterschiede, die auch schon aus früheren KiGGS Wellen bekannt sind [4, 5]. So liegt der Anteil der kinderärztlichen Inanspruchnahmen in den letzten 12 Monaten bei jüngeren Kindern mit psychischen Auffälligkeiten im Alter von 3 bis 11 Jahren mit 83,6% deutlich höher als bei psychisch auffälligen Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren mit 52,7%. Psychisch auffällige Kinder und Jugendliche ab dem Alter von 12 Jahren nehmen dafür mit 44,8% mehr als doppelt so häufig allgemeinmedizinische Versorgung in Anspruch als solche unter 12 Jahren mit 21,1%.

Bezüglich der Inanspruchnahme von (kinder-)

psychiatrischen und psychologisch-psychotherapeutischen Versorgungsangeboten zeigt sich dagegen eine Zunahme mit steigendem Alter, insbesondere bei den Mädchen: Diese nehmen im Alter von 12 bis 17 Jahren mit 29,9% doppelt so häufig (kinder-)psychiatrische und psychologisch-psychotherapeutische Versorgungsangebote in Anspruch wie Mädchen im Alter von 3 bis 11 Jahren (15,4%). Bei Jungen hingegen bleibt die Inanspruchnahme (kinder-)psychiatrischer und psychologisch-psychotherapeutischer Angebote im Altersverlauf relativ stabil (Kindesalter 22,0%; Jugendalter 20,0%). Mädchen nehmen demzufolge im Jugendalter eher fachärztliche Versorgung in Anspruch als männliche Jugendliche [6]. Vergleichbare Ergebnisse liefert die niederländische Studie TRAILS (TRacking Adolescents' Individual Lives Survey), auch wenn beide Länder unterschiedliche Versorgungsangebote vorhalten. Hier gaben 29% von 1.406 teilnehmenden Eltern von 16- und 17-Jährigen mit Versorgungsbedarf aufgrund emotionaler Probleme und/oder von Verhaltensauffälligkeiten an, dass ihr Kind entsprechende Versorgungsangebote in Anspruch nimmt [7].

### 5.5.2 Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen nach sozioökonomischem Status und Migrationshintergrund

Im Gegensatz zu Routinedaten ermöglichen die Daten der KiGGS-Studie die Untersuchung von gesundheit-



licher Ungleichheit nach sozioökonomischem Status und Migrationshintergrund. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung weisen Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status in KiGGS Welle 2 niedrigere Wahrscheinlichkeiten für die Inanspruchnahme kinderärztlicher Versorgungsleistungen auf, als Kinder und Jugendliche aus Familien mit mittlerem und hohem sozioökonomischem Status. Für die Inanspruchnahme (kinder-)psychiatrischer und psychologisch-psychotherapeutischer Versorgung weisen sie hingegen signifikant höhere Wahrscheinlichkeiten auf als Kinder und Jugendlichen aus Familien mit mittlerem oder hohem sozioökonomischem Status [8]. Diese Verteilung erscheint bedarfsgerecht, da auch die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten in dieser Gruppe höher ist [9] (siehe Kapitel 5.2). Bezogen auf die Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten zeigen sich hingegen hinsichtlich der Inanspruchnahme (kinder-)psychiatrischer und psychologisch-psychotherapeutischer Versorgung keine sozialstatusbezogenen Unterschiede (sozioökonomischer Status niedrig: 22,5%; mittel: 20,0%; hoch: 20,6%), ebenso wenig bezüglich der kinderärztlichen Inanspruchnahme. Auch in den Daten der BELLA-Studie sowie weiterer Studien sind Sozialstatusindikatoren für Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten nicht mit der Inanspruchnahme kinder- oder auch allgemeinärztlicher sowie (kinder-)psychiatrischer und psychologisch-psychotherapeutischer Versorgungsleistungen assoziiert. Stattdessen erwiesen sich die Symptomausprägungen der psychischen Auffälligkeiten sowie das Vorliegen funktioneller Beeinträchtigungen infolge psychischer Auffälligkeiten als prädiktiv für die Inanspruchnahme (kinder-)psychiatrischer Versorgungsangebote [10-12]. In einem multivariaten Modell bei wechselseitiger Kontrolle für sozioökonomischen Status, Migrationshintergrund sowie für Alter und Geschlecht bestätigen sich die oben dargestellten deskriptiven Ergebnisse: Für Kinder mit psychischen Auffälligkeiten zeigen sich auch hier keine Unterschiede nach sozioökonomischem Status, weder in Bezug auf die Inanspruchnahme kinderärztlicher noch auf die (kinder-)psychiatrischer oder die psychologisch-psychotherapeutischer Versorgungsangebote. Die Ergebnisse legen nahe, dass die Zugangschancen zu (kinder-)psychiatrischen sowie psychologischen beziehungsweise psychotherapeutischen Versorgungsangeboten für Kinder und Jugendliche in Deutschland bei Vorliegen psychischer Auffälligkeiten nicht vom sozioökonomischen Status einer Familie abhängig sind.

Bezogen auf die Gesamtbevölkerung weisen Kinder und Jugendliche aus Familien mit Migrations-

hintergrund nach den Daten von KiGGS Welle 2 mit 4,6% eine signifikant geringere Inanspruchnahmerate (kinder-)psychiatrischer und/oder psychologisch-psychotherapeutischer Versorgungsleistungen (hier zusammengefasst) auf als Kinder aus Familien ohne Migrationshintergrund (6,8%). Auch bei Vorliegen psychischer Auffälligkeiten nehmen sie mit 13,7% seltener (kinder-)psychiatrische und/oder psychologisch-psychotherapeutische Versorgungsangebote in Anspruch als psychisch auffällige Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund (22,8%). In der Einzelbetrachtung der Versorgung zeigt sich, dass diese Diskrepanz auf die Inanspruchnahme eines (kinder-)psychiatrischen Versorgungsangebots zurückgeht (psychisch auffällige Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund: 7,8%; ohne Migrationshintergrund: 17,0%), während hinsichtlich der Inanspruchnahme psychologisch-psychotherapeutischer Versorgungsleistungen keine signifikanten Unterschiede nach Migrationshintergrund bei psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen bestehen (mit Migrationshintergrund: 9,7%; ohne Migrationshintergrund: 9,5%). Allerdings sind die Fallzahlen hier recht gering. Auch bezüglich der kinderärztlichen Inanspruchnahme bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten bestehen keine Unterschiede nach Migrationshintergrund (mit Migrationshintergrund: 74,7%; ohne Migrationshintergrund: 71,8%). Dies bestätigt sich auch in der multivariaten Analyse, bei wechselseitiger Kontrolle für sozioökonomischen Status, Migrationshintergrund sowie für Alter und Geschlecht. So liegt mit einem Odds Ratio von 0,38 die Wahrscheinlichkeit einer (kinder-)psychiatrischen Inanspruchnahme bei psychisch auffälligen Kindern aus Familien mit Migrationshintergrund knapp zwei Drittel unterhalb derer von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund.

Die Ergebnisse legen nahe, dass Kinder mit psychischen Auffälligkeiten aus Familien mit Migrationshintergrund weniger Zugang zu fachärztlicher (kinder-)psychiatrischer sowie psychologisch-psychotherapeutischer Versorgung haben beziehungsweise nutzen. Stattdessen scheinen diese Familien eher auf kinderärztliche Versorgungsangebote zurückzugreifen, wenn ihr Kind psychische Auffälligkeiten aufweist. Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich auch bezüglich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit elternberichteter ADHS-Diagnose (vergleiche Kapitel 6.5). Als Gründe für solche migrantenspezifischen Inanspruchnahmestrukturen sind neben Sprachbarrieren und mit diesen eventuell assoziierte Informationsdefizite, Ängste und kulturspezifische oder religiöse Vorbehalte gegenüber psychiatrischer oder psycho-

logisch-psychotherapeutischer Versorgung denkbar [13]. In einer Befragung von Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Zusatzqualifikation Kinder und Jugendpsychiatrie, Sozialarbeiterinnen und -arbeitern sowie Pädagoginnen und Pädagogen wurden als Gründe für derartige Ängste und Vorbehalte, Wissensdefizite und Fehlinformationen bezüglich Psychotherapie und Psychiatrie, insbesondere bei Eltern mit Migrationshintergrund und geringem Bildungsgrad, sowie negative Vorerfahrungen mit einer repressiven Psychiatrie in ihrem Herkunftsland genannt [13].

### 5.5.3 Zeitliche Trends der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten

Im zeitlichen Trend zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2 ist über den Elf-Jahreszeitraum eine Zunahme der Inanspruchnahmehäufigkeiten sowohl kinderärztlicher als auch (kinder-)psychiatrischer und psychologisch-psychotherapeutischer Versorgungsangebote bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten festzustellen. So betrug die Inanspruchnahme kinderärztlicher Versorgungsangebote zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung in den letzten 12 Monaten 59,9%, während die Rate in KiGGS Welle 2 bei 72,5% lag (Abbildung 5.5.1).

Nach Geschlecht unterschieden sich die zeitlichen Trends in den Inanspruchnahmehäufigkeiten nicht. Für Kinder im Altersbereich von 3 bis 11 Jahren zeigt sich von der KiGGS-Basiserhebung (73,8%) bis KiGGS Welle 2 eine Zunahme der kinderärztlichen Inanspruchnahme auf 83,6%. Bei psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren fiel der Anstieg von 36,8% auf 52,7% im gleichen Zeitraum stärker aus. Über den Elf-Jahreszeitraum zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2 zeigt sich eine besonders starke Zunahme der Inanspruchnahmehäufigkeiten (kinder-)psychiatrischer und psychologisch-psychotherapeutischer Versorgung bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten. Während zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung lediglich 3,1% eine (kinder-)psychiatrische Versorgungsleistung in Anspruch nahmen, liegt die Inanspruchnahmehäufigkeit zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2 mit 15,5% fünfmal so hoch. Auch hier zeigt sich die Zunahme insbesondere im Altersbereich von 12 bis 17 Jahren (KiGGS-Basiserhebung: 2,9%; KiGGS Welle 2: 18,5%). Zwischen Mädchen und Jungen bestehen auch hier keine Unterschiede. Die Inanspruchnahmehäufigkeit psychologisch-psychotherapeutischer Versorgungsangebote bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten blieb hingegen zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2 weitgehend konstant (KiGGS-Basiserhebung: 8,8%; KiGGS Welle 2: 9,4%).

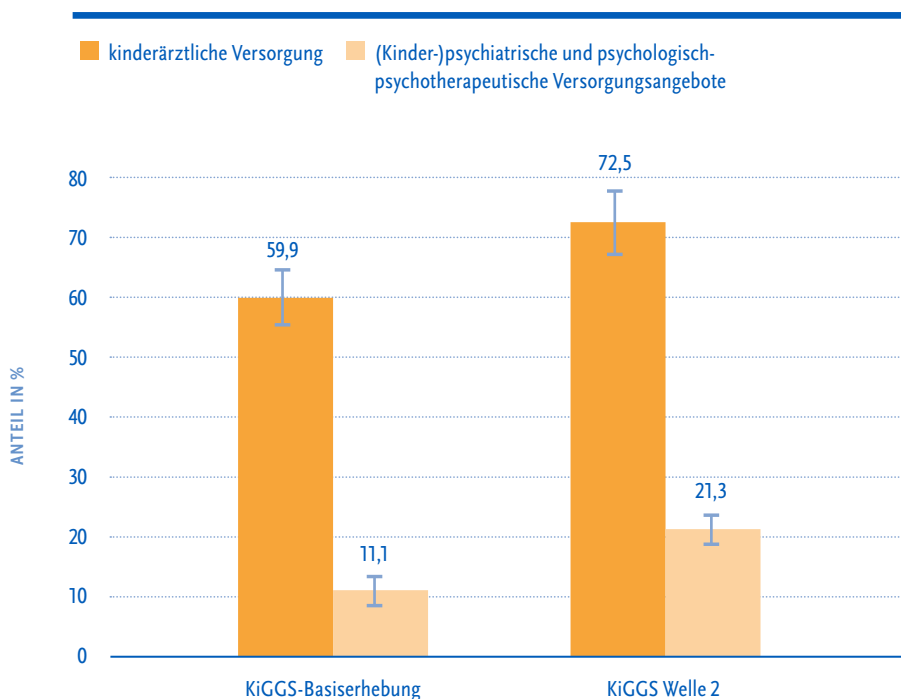


ABBILDUNG 5.5.1

**Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsangebote bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten im zeitlichen Trend**

**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS-Basiserhebung (2003 – 2006): n = 2.682; KiGGS Welle 2 (2014 – 2017): n = 1.938; Inanspruchnahme: von den Eltern berichtete Kontaktaufnahme zu verschiedenen Versorgungsangeboten innerhalb der letzten 12 Monate bei 3- bis 17-Jährigen mit elternberichteten psychischen Auffälligkeiten, unabhängig vom Anlass der Kontaktaufnahme; (Kinder-)psychiatrische und psychologisch-psychotherapeutische Versorgungsangebote unterscheiden sich bezüglich der erfragten ärztlichen Gruppen geringfügig zwischen beiden Erhebungszeitpunkten.





### 5.5.4 Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen in administrativen Daten

Eine Analyse des Zentralinstituts der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland (Zi) auf Grundlage der bundesweiten ambulanten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2017 der 17 bundesdeutschen Kassenärztlichen Vereinigungen ergab, dass 47% der knapp 1,9 Millionen gesetzlich krankenversicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren (49% der Mädchen und 46% der Jungen) mit einer in mindestens zwei Quartalen diagnostizierten psychischen Störung eine psychiatrische und/oder psychotherapeutische Leistung in Anspruch nahmen [2].

Hinsichtlich des in Anspruch genommenen Leistungsspektrums entfielen 14% auf eine psychosomatische Grundversorgung, 19% auf therapeutische Gespräche, psychiatrische Behandlungen oder eine stützende Psychotherapie und 10% auf eine antragspflichtige Psychotherapie [2]. Zudem variierte die Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen stark zwischen einzelnen psychischen Störungsbildern: Mit einem Anteil von knapp 70% ist sie bei den affektiven Störungen (ICD-10: F3) am höchsten. Bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten (ICD-10: F5) beträgt dieser Anteil ungefähr ein Drittel, bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltens- und emotionalen Störungen (ICD-10: F9) circa 40% [2]. Diese Inanspruchnahmeraten therapeutischer Leistungen aus den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten können jedoch nicht ohne Weiteres mit den Inanspruchnahmeraten aus der KiGGS-Studie verglichen werden. So beziehen sich jene auf Kinder und Jugendliche mit im ambulanten Versorgungssystem zu Abrechnungszwecken kodierten psychischen Störungen und spiegeln in Anspruch genommene Versorgungsleistungen wider, während diese korrelative Zusammenhänge (eltern-)berichteter fachärztlicher Inanspruchnahmen von Kindern und Jugendlichen, die im psychopathologischen Symptomscreening mit dem SDQ hinsichtlich der relevantesten kinderpsychiatrischen Problemfelder als psychisch auffällig klassifiziert wurden, darstellen.

### 5.5.5 Prädiktoren und Barrieren der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen bei psychischen Auffälligkeiten

Zur Einschätzung und Verbesserung der Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit psychi-

schen Auffälligkeiten sind Kenntnisse von Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme erforderlich, wobei neben Bedarfen sowohl ermöglichende Bedingungen als auch Barrieren betrachtet werden sollten [14]. Zu den Barrieren gehören beispielsweise mangelndes Wissen über Art, Inhalt, Wirksamkeit, Erreichbarkeit oder Möglichkeiten der Finanzierung unterschiedlicher Versorgungsangebote [15]. In einer Analyse mit den Daten der BELLA-Studie gaben 55,1% der Eltern an, unsicher zu sein, ob das psychische Problem ihrer Kinder ernsthaft genug für eine Behandlung sei, 28,6% der Eltern wussten nicht, an wen sie sich wenden sollten und 27,7% berichteten von der Sorge, was andere darüber denken könnten [15]. In weiteren Studien erwiesen sich die Angst vor Stigmatisierung durch eine psychiatrische oder psychologische Behandlung oder auch die Furcht der Eltern, dass ihnen mangelnde elterliche Fürsorge unterstellt oder das Sorgerecht entzogen würde, als Hürden für eine Inanspruchnahme (kinder-)psychiatrischer und psychologisch-psychotherapeutischer Versorgungsangebote [16]. Nach den Ergebnissen eines Literaturreviews zu Gründen der Nichtinanspruchnahme professioneller Hilfe bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit psychischen Problemen stellen vor allem eine geringe psychische Gesundheitskompetenz (Mental Health Literacy), Stigmatisierung, geringes Vertrauen in die Behandelnden sowie ein geringer Glaube an die Wirksamkeit einer Therapie die größten Inanspruchnahmehürden dar [17].

Neben solchen wissens- oder einstellungsbezogenen Gründen bestehen auch strukturelle Barrieren für eine mangelnde Inanspruchnahme, wie die Erreichbarkeit eines Versorgungsangebots, lange Wartezeiten auf eine Behandlung oder auch das gänzliche Fehlen von Versorgungsangeboten [11, 16]. Gerade in ländlicheren Regionen besteht eine geringere Dichte psychiatrischer und psychologisch-psychotherapeutischer Versorgungsangebote, und es müssen längere Wartezeiten bis zu einem Behandlungsbeginn in Kauf genommen werden. Die Inanspruchnahmehäufigkeit bei Kindern und Jugendlichen in größeren Städten ist dagegen höher und korrespondiert mit einer höheren fachärztlichen Versorgungsdichte. Das wird auch in der KiGGS-Basiserhebung reflektiert: Kinder- und jugendmedizinische Versorgungsangebote werden in stärkerem Maße in städtischen Regionen, allgemeinmedizinische Versorgungsangebote häufiger in ländlichen Regionen in Anspruch genommen [4]. Dies kann auf regionale Versorgungslücken, insbesondere bei der fachärztlichen Versorgung im ländlichen Raum, zurückgeführt werden.

Für die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen im Kontext von psychischen Problemen von

Kindern und Jugendlichen sind nicht zuletzt die Eltern und die familiäre Situation von besonderer Bedeutung [18]. Auch wenn Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer oder andere Angehörige psychische Auffälligkeiten bei Kindern bemerken, sind es in der Regel die Eltern, die das Kind bei einer Ärztin oder einem Arzt vorstellen. Für eine Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten müssen Eltern also zunächst einen Hilfe- beziehungsweise Behandlungsbedarf bei ihrem Kind wahrnehmen [19, 20]. Dabei bestimmen der familiäre Leidensdruck und die Beeinträchtigungen des Kindes oder Jugendlichen aufgrund der psychischen Auffälligkeiten die Inanspruchnahmewahrscheinlichkeit von Versorgungsangeboten sowie deren Dauer und Intensität [21]. Außerdem ist das Vorliegen elterlicher Psychopathologie mit höheren Wahrscheinlichkeiten der Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgungsangebote verbunden [18]. Daten der BELLA-Studie zeigen, dass die Inanspruchnahmewahrscheinlichkeit von psychotherapeutischen oder psychiatrischen Versorgungsangeboten bei Kindern von Eltern mit psychischen Belastungen circa fünfmal höher ist als bei Kindern von psychisch unbelasteten Eltern [22]. Dies begründet sich nicht zuletzt damit, dass Eltern, die an psychischen Störungen leiden, womöglich selbst schon Erfahrungen mit dem Versorgungssystem gemacht haben und daher mit diesem vertraut sind, was die Barrieren einer Inanspruchnahme senkt [20].

### 5.5.6 Bewertung

Ein Viertel der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten im Sinne der KiGGS-Risikogruppendefinition nimmt laut den Daten von KiGGS Welle 2 ein (kinder-)psychiatrisches und/oder psychologisch-psychotherapeutisches Versorgungsangebot in Anspruch. Für den überwiegenden Teil dieser Kinder und Jugendlichen wird keine entsprechende Inanspruchnahme berichtet. Die in der KiGGS-Studie berichteten Inanspruchnahmeraten liegen innerhalb

einer Spannbreite, die aus anderen nationalen und internationalen Studien bekannt ist, die von einem Fünftel bis zu einem Drittel psychisch auffälliger Kinder reicht [7, 15, 17]. Bei internationalen Vergleichen muss allerdings berücksichtigt werden, dass sich die Gesundheitssysteme verschiedener Länder hinsichtlich der Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten und den mit einer Behandlung verbundenen Kosten stark unterscheiden können.

Ob diese Zahlen auf eine Unterversorgung hindeuten, muss an dieser Stelle offenbleiben. Es ist zu berücksichtigen, dass psychopathologische Symptome, die mit dem SDQ erfasst werden, nicht die Diagnosekriterien einer manifesten psychischen Störung im Vollbild abbilden und auch nicht notwendigerweise eine Behandlungsbedürftigkeit implizieren (vergleiche Kapitel 3.1). Allerdings zeigen die erhöhten Inanspruchnahmeraten (kinder-)psychiatrischer und psychologisch-psychotherapeutischer Versorgungsangebote bei im SDQ als grenzwertig eingeschätzten Kindern und Jugendlichen, dass bereits bei subklinischen Symptomausprägungen ein Problemdruck zu entstehen scheint, der zu einem verstärkten Hilfesuchverhalten führt. Mehr als das bloße Vorliegen von Symptomen psychischer Auffälligkeiten scheinen die damit einhergehenden funktionellen Einschränkungen für die Inanspruchnahme (kinder-)psychiatrischer und psychologisch-psychotherapeutischer Versorgungsangebote prädiktiv zu sein, wie aus den Daten der BELLA Wellen 3 und 4 hervorgeht, die parallel zu den KiGGS Wellen 1 und 2 erhoben wurden [10, 12]. Die KiGGS-Studie bietet vor allem Daten zur Inanspruchnahme SGB-V-assoziierter Versorgungsangebote. Diese decken jedoch nur einen Teil des gesamten Hilfsangebots für psychisch auffällige Kinder und Jugendliche ab. Werden noch Versorgungsangebote von Sozialarbeiterinnen und -arbeitern oder sonstige Beratungsangebote wie Erziehungsberatung oder die sozialpädagogische Jugend- und Familienhilfe des Jugendamts, die in Deutschland zum Rechtskreis des SGB VIII zählen, hinzugerechnet, steigen die berichteten Inanspruchnahmeraten [23, 24].

- 1 Lehmkuhl G, Köster I, Schubert I (2009) *Ambulante Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen – Daten einer versichertenbezogenen epidemiologischen Studie*. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 58:170-185
- 2 Steffen A, Akmatov MK, Holstiege J et al. (2018) *Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017*. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Versorgungsatlas-Bericht Nr 18/07. Berlin
- 3 Wölfle S, Jost D, Oades R et al. (2014) *Somatic and mental health service use of children and adolescents in Germany (KiGGS-study)*. European child & adolescent psychiatry 23(9):753-764
- 4 Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P et al. (2007) *Inanspruchnahme medizinischer Leistungen*. Bundesgesundheitsbl 50(5-6):836-850
- 5 Rattay P, Starker A, Domanska O et al. (2014) *Trends in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen im Kindes- und Jugendalter*. Bundesgesundheitsbl 57(7):878-891
- 6 Biddle L, Gunnell D, Sharp D et al. (2004) *Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: a cross-sectional survey*. Br J Gen Pract 54(501):248-253
- 7 Jansen DE, Wiegersma P, Ormel J et al. (2013) *Need for mental health care in adolescents and its determinants: The TRAILS Study*. The European J Public Health 23(2):236-241
- 8 Lampert T, Prütz F, Rommel A et al. (2018) *Soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2*. Journal of Health Monitoring 3(4):38-56. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5871> (Stand: 12.10.2021)
- 9 Klipker K, Baumgarten F, Göbel K et al. (2018) *Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*. Journal of Health Monitoring 3(3):37–45. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5767> (Stand: 12.10.2021)
- 10 Reiß F, Schlack R, Otto C et al. (2021) *Zur Rolle des sozioökonomischen Status bei der Inanspruchnahme fachspezifischer Versorgung von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der BELLA-Studie*. Gesundheitswesen a-1335-4212
- 11 Bevaart F, Mieloo CL, Wierdsma A et al. (2014) *Ethnicity, socioeconomic position and severity of problems as predictors of mental health care use in 5- to 8-year-old children with problem behaviour*. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 49(5):733-742. DOI 10.1007/s00127-013-0761-4
- 12 Hintzpete B, Klasen F, Schön G et al. (2015) *Mental health care use among children and adolescents in Germany: results of the longitudinal BELLA study*. Eur Child Adolesc Psychiatry 24(6):705-713
- 13 Lorenz S, Wild S, Jungbauer J (2014) *Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Ergebnisse einer Expertenbefragung*. Psychotherapeutenjournal 13(3):257-264
- 14 Andersen RM (1995) *Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?* J Health Soc Behav:1-10
- 15 Klasen F, Meyrose A-K, Otto C et al. (2017) *Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Monatsschr Kinderheilkd 165(5):402-407. DOI 10.1007/s00112-017-0270-8
- 16 Böge I, Schepker R, Fegert JM (2019) *Aufsuchende Behandlungsformen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche*. Bundesgesundheitsbl 62(2):195-204. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2874-0>
- 17 Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H (2010) *Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review*. BMC psychiatry 10(1):113
- 18 Ryan SM, Jorm AF, Toumbourou JW et al. (2015) *Parent and family factors associated with service use by young people with mental health problems: a systematic review*. Early Interv Psychiatry 9(6):433-446
- 19 Teagle SE (2002) *Parental problem recognition and child mental health service use*. Ment Health Serv Res 4(4):257-266
- 20 Logan DE, King CA (2001) *Parental Facilitation of Adolescent Mental Health Service Utilization: A Conceptual and Empirical Review*. Clin Psychol 8(3):319-333. DOI <https://doi.org/10.1093/clip-sy.8.3.319>
- 21 Farmer EM, Stangl DK, Burns BJ et al. (1999) *Use, persistence, and intensity: Patterns of care for children's mental health across one year*. Community Ment Health J 35(1):31-46
- 22 Plass-Christl A, Klasen F, Otto C et al. (2017) *Mental Health Care Use in Children of Parents with Mental Health Problems: Results of the BELLA Study*. Child Psychiatry Hum Dev 48(6):983-992. DOI 10.1007/s10578-017-0721-4
- 23 Johnson SE, Lawrence D, Hafekost J et al. (2016) *Service use by Australian children for emotional and behavioural problems: Findings from the second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing*. Aust N Z J Psychiatry 50(9):887-898.
- 24 Simpson GA, Cohen RA, Bloom B et al. (2009) *The impact of children's emotional and behavioural difficulties on their lives and their use of mental health services*. Paediatr Perinat Epidemiol 23(5):472-481

# Handlungsempfehlungen und Beispiele guter Praxis zu Präventionsmaßnahmen für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen



## 5.6.1 Ableitung der Handlungsempfehlungen

Handlungsempfehlungen für Maßnahmen zur Stärkung der psychischen Gesundheit und Prävention von psychischen Störungen müssen bedarfsgerecht, praxisorientiert und evidenzbasiert konzipiert sein. Die vorliegenden Daten des RKI liefern Anknüpfungspunkte für die inhaltliche Ausgestaltung der Maßnahmen und identifizieren vulnerable Gruppen als wichtige Zielgruppen. Neben universellen Präventionsansätzen zur Ansprache breiter Bevölkerungsgruppen umfassen die Handlungsempfehlungen auch Maßnahmen für Kinder und Jugendliche mit erhöhtem Risiko für psychische Auffälligkeiten, etwa bei Vorliegen elterlicher Psychopathologie (selektive Prävention) oder für Kinder und Jugendliche, bei denen selbst bereits psychische Auffälligkeiten aufgetreten sind (indizierte Prävention).

Mit einer systematischen Literaturrecherche, einem sogenannten Umbrella-Review, wurden Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten identifiziert, für die Effekte in systematischen Übersichtsarbeiten aufgezeigt wurden. Bei der Auswahl beispielhafter Maßnahmen werden vorrangig Interventionen vorgeschlagen, deren Wirksamkeit

wissenschaftlich untersucht ist. Dies ist gesundheitsökonomisch, im Sinne einer effektiven und effizienten Verwendung der verfügbaren Ressourcen, geboten. Allerdings liegt für einige der Maßnahmen nur ein geringer, aber teils plausibler Evidenzgrad vor.

Ergebnisse einer Befragung von Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen – insbesondere zur Identifikation von Risikogruppen, zur Bedeutung präventionsrelevanter Netzwerke und Strukturen sowie zur Etablierung gesundheitsförderlicher Strukturen und zum Abbau von Inanspruchnahmebarrieren – flossen ebenfalls in die Entwicklung dieser Handlungsempfehlungen ein.

Die Handlungsempfehlungen umfassen Maßnahmen, die eine Veränderung des Verhaltens von Individuen (Verhaltensprävention) sowie Maßnahmen, die strukturelle Veränderungen der Lebensumwelten von Individuen (Verhältnisprävention) anstreben (Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung der WHO 1986 [5]). Diese Lebenswelten, häufig als Settings bezeichnet (zur Definition s. beispielsweise Dadaczynski [6]), spielen in der Gesundheitsförderung eine besondere Rolle, weil Strukturen zum einen immanent gesundheitsförderlich oder -hinderlich sein können und zum anderen den Zugang zu Zielgruppen vermitteln. Die Handlungsempfehlungen fokussieren auf Maßnahmen in folgenden Lebenswelten:



**Familien.** Die Familie ist für Kinder und Jugendliche lange Zeit der Lebensmittelpunkt. Auch empirisch lässt sich die besondere Relevanz familiärer Struktur und Beziehungen für die psychische Gesundheit zeigen. Aus den Daten des RKI ist beispielsweise zu erkennen, dass die familiäre Struktur und die familiären Beziehungen in besonderer Weise Einfluss auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nehmen.

**Schulen.** Die Schule bietet geschlechts- und soziallagenunabhängig eine gute Möglichkeit, Kinder und Jugendliche für Maßnahmen der universellen Prävention zu erreichen, ebenso bietet sie die Chance solche Kinder und Jugendliche zu identifizieren, für die ein erhöhtes Risiko psychischer Auffälligkeiten besteht. Die Schule ist auch eine wichtige Schnittstelle für die Weiterleitung an weitere Hilfeangebote.

**Kindertagesstätten.** Auch im Kindergartenalter besteht Bedarf für Angebote der Gesundheitsförderung, gerade auch beim Übergang zur Schule. Die Implementierung frühzeitiger Maßnahmen kann Weichen für spätere Gesundheitskompetenz stellen und trägt auch zur gesundheitlichen Chancengleichheit bei. Ebenso gilt die KiTa als ein Ort, wo betroffene Kinder frühzeitig identifiziert werden können.

**Kommunen.** Die Kommune ist der unmittelbare Lebensraum für Familien. Kinder und Jugendliche profitieren ebenso wie ihre Eltern von einer gesundheitsförderlichen Gestaltung von Wohn- und Lebensbedingungen. Auf kommunaler Ebene sind zahlreiche Angebote zur Gesundheitsförderung angesiedelt, auch die Settings Schule und Kita sind in der Kommune verortet.

**Digitale Medien / E-Mental-Health.** Digitale Räume sind zwar kein Setting im engeren Sinne. Gerade Kinder und Jugendliche sind aber über digitale und soziale Medien orts- und zeitunabhängig mit Angeboten der Gesundheitsförderung gut erreichbar oder können auf Angebote in analogen und digitalen Lebenswelten hingewiesen werden.

**Forschung und Qualitätssicherung** sind eine wichtige Voraussetzung für die Weiterentwicklung von Handlungsempfehlungen. Qualitätsgesicherte, evidenzbasierte sowie kosteneffektive Präventionsmaßnahmen können nur auf Basis einer kontinuierlichen Evaluation und Begleitforschung entwickelt werden.

Um die Förderung psychischer Gesundheit nachhaltig und bedarfsgerecht in den Lebenswelten zu verankern, sind integrierte kommunale Konzepte, die eine enge Verzahnung der Angebote mit der kommunalen Daseinsvorsorge auch unter Nutzung bereits vorhandener Strukturen und Ressourcen erlauben, zum Beispiel durch die Schaffung von Präventionsketten, erforderlich.

Für die hier vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen ist daher die Gestaltung von Gesundheitsförderung und Prävention als lebensweltbezogene Maßnahmen der Entwicklung kommunaler, integrierter Strategien und der Förderung settingübergreifender, interdisziplinärer und netzwerkorientierter Zusammenarbeit zur Bündelung von Kompetenzen und Abstimmung beziehungsweise Harmonisierung von Schnittstellen essentiell. Für die Darstellung der nachfolgenden Handlungsempfehlungen wurde nach den oben benannten Settings beziehungsweise Systemen strukturiert.

## 5.6.2 Handlungsempfehlungen zur Prävention psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen

### 5.6.2.1 Prävention im System Familie

Die Familie ist für Kinder und Jugendliche lange Zeit der zentrale und wichtigste Lebensort. Die familiäre Struktur und elterliches Verhalten können die psychische Gesundheit direkt beeinflussen. Die Daten der KiGGS-Kohorte haben gezeigt, dass Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsmerkmalen der Eltern, dem elterlichen Erziehungsstil und psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen bestehen. Einerseits ist der familiäre Zusammenhalt der wichtigste Schutzfaktor neben personalen Ressourcen oder sozialer Unterstützung. Charakteristika der Familie beziehungsweise des familiären Umfelds können jedoch auch Risikofaktoren sein. Häufiger betroffen von psychischen Auffälligkeiten sind beispielsweise Kinder aus Einelternfamilien oder wenn eine elterliche Psychopathologie vorliegt (siehe Kapitel 5.3).

Ob, wann und wie Kinder und Jugendliche Unterstützungs- und Versorgungsangebote tatsächlich erhalten, wenn psychische Auffälligkeiten bereits aufgetreten sind, hängt davon ab, ob und wie die Eltern dies erkennen und ob sie wissen, an welche Instanzen sie herantreten können. Sie sind daher eine wichtige Adressatengruppe. Nach den Daten des RKI wird bislang nur jedes fünfte Kind mit psychischen Auffälligkeiten kinder- und jugendpsychiatrisch beziehungsweise psychologisch-psychotherapeutisch versorgt (siehe Kapitel 5.5).

### Stärkung elterlicher Kompetenz durch Elterntrainings und Beratung

Elterlicher Erziehungsstil und die Beziehung zum Kind spielen für die psychosoziale Entwicklung und

die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen eine herausragende Rolle [7]. Erfahrungen aus der frühen Kindheit beeinflussen beispielsweise die Regulationsfähigkeit und prägen emotionale, soziale oder kognitive Verhaltensweisen, die mit psychischer Gesundheit in engem Zusammenhang stehen [8-11].



## HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE PRÄVENTION IN FAMILIEN IM ÜBERBLICK

Wichtige Elemente familienbasierter Prävention sind:

- Elternkompetenz stärken durch bindungs- und verhaltensorientierte Elterntrainings sowie Erziehungs- und Familienberatung.
- Gesundheitskompetenz bei werdenden Müttern und jungen Familien stärken.
- Präventionsangebote und Gesundheitsinformationen integrieren in bestehende Angebote zur Schwangerenvorsorge, zur Geburtsvorbereitung und für junge Eltern, wie sie von Hebammen, Beratungsstellen und dem medizinischen Versorgungssystem bereitgestellt werden; aufsuchende Familienhilfe durch intensive Beratung und Begleitung in der Familie als Hilfe zur Selbsthilfe (verankert im Kinder- und Jugendhilfegesetz).
- Entwicklung einer Informationsstrategie, um Eltern zum Thema psychische Gesundheit aufzuklären, Problembewusstsein zu schaffen, wie dies etwa durch die Ausgabe der Merkblätter „Seelisch gesund aufwachsen“ anlässlich der Früherkennungsuntersuchungen geschieht.
- Etablierung einer Lotsenfunktion oder von Gesundheitsfachkräften zur Unterstützung von Eltern bei der Orientierung im Gesundheitssystem und der Inanspruchnahme von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention.

Insbesondere die Bindung zwischen Eltern und Kindern ist ein wichtiger Prädiktor für die Fähigkeit von Kindern, Emotionen und Verhalten zu regulieren [12, 13]. Positive Beziehungen zwischen Eltern und Kindern tragen dazu bei, Effekte von Risikofaktoren für eine gesunde psychische Entwicklung abzumildern [14]. Die Daten des RKI zeigen eine solche „Pufferwirkung“ insbesondere für das familiäre Klima. Hilfreich ist auch die Förderung elterlicher Selbstwirksamkeit,

der in Langzeitstudien positive Auswirkungen auf die kindliche Emotionalität bescheinigt wurde [15].

Es empfehlen sich daher Elterntrainings, die Eltern dabei unterstützen, positive Beziehungen zu ihren Kindern aufzubauen und elterliche Fähigkeiten beziehungsweise den Erziehungsstil zu verbessern. Gute Evidenz gibt es etwa für den Einsatz von kognitiven Verhaltenstrainings zur Reduktion von Verhaltensproblemen bei Kindern im Alter von drei bis zwölf Jahren. Die Trainings werden in der Regel als interaktive Gruppenformate angeboten. Zentrale Inhalte sind das Erlernen eines positiven Erziehungsstils, das Einüben dieses Verhaltens sowie die Veränderung schädlicher Kognitionen über das eigene Kind beziehungsweise den Umgang mit dem Kind. Ein Vorteil dieser Trainings ist ihre Kosteneffektivität [16]. Eines der bekanntesten ist das „Incredible Years“-Programm (s. dazu unten).

### Förderung mütterlicher Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz ist regelmäßig mit dem sozioökonomischen Status assoziiert. Besonders wichtig erscheint deshalb die Förderung mütterlicher Gesundheitskompetenz – auch unter Berücksichtigung des vom RKI berichteten sozialen Gradienten – mit einem Fokus auf Familien mit mittlerem oder niedrigem sozioökonomischem Status.

### Integration von Gesundheitsinformationen und Gesundheitsförderung in bestehende Strukturen

Mütter und Familien sind in der Zeit um Schwangerschaft und Geburt besonders empfänglich für gesundheitsrelevante Informationen. Entsprechende Angebote und Informationen sollten daher idealerweise an Angebote im Rahmen der Schwangerenvorsorge, Geburtsvorbereitung und Nachsorge anknüpfen. Aufsuchende Familienhilfen können so Familien mit Risikofaktoren beim Aufbau von Eltern- und Gesundheitskompetenz unterstützen.

### Informationsstrategie „Psychisch gesund aufwachsen“

Elterliches Verhalten beeinflusst auch, ob und wie Kinder Angebote zur Gesundheitsförderung und Versorgung in Anspruch nehmen. Dazu müssen Eltern hinsichtlich eines adäquaten Hilfesuchverhaltens unterstützt werden. Hierzu gehört, dass die Eltern das Verhalten ihres Kindes als auffällig wahrnehmen,



motiviert sind, etwas zu ändern und bereit sind, Unterstützung anzunehmen. Es ist deshalb wichtig, Eltern bei Symptomen oder Warnsignalen niedrigschwellig über Möglichkeiten zur elterlichen Unterstützung der Kinder, zum Umgang mit dadurch entstehenden eignen psychischen Belastungen, aber auch zum Abbau von Scham und elterlichen Schuldgefühlen zu informieren. Dies kann im Rahmen unterschiedlicher bestehender Angebote, wie etwa der Bewerbung der Früherkennungsuntersuchungen, erfolgen.

### Etablierung eines Lotsensystems

Die Fehleinschätzung der kindlichen Probleme oder eine mangelnde Kenntnis des Gesundheitssystems stellen Barrieren für die Inanspruchnahme dar. Betroffene wissen oft nicht, wo oder wie sie passende Hilfeangebote finden können [17]. Die Etablierung von Lotsensystemen auf kommunaler Ebene, zum Beispiel als Kooperationsform von Geburtskliniken und Frühen Hilfen oder ein digital unterstützter Angebotswegweiser, können dazu beitragen, Familien Hilfeangebote weiterzuleiten. Eine Ansprache über kommunale Strukturen sowie personalisierte Einladungen der Eltern gehen hierbei mit höheren Teilnahmequoten einher [18]. Familien können auf kommunaler Ebene entsprechend ihres Bedarfs unterstützt werden, wenn die Zusammenarbeit der verschiedenen, am Lotsendienst beteiligten Akteure innerhalb der Kommune gut organisiert ist, idealerweise als Präventionskette. Davon profitieren beispielsweise im Besonderen Familien, in denen Eltern psychisch erkrankt sind.

### Beispiele zu Präventionsprogrammen für das System Familie

Es gibt bereits zahlreiche Programme, die Eltern entsprechend qualifizieren und unterstützen sollen, darunter einige, zu denen positive Evaluationsergebnisse und gute Evidenz vorliegen. Im Folgenden werden vier exemplarisch ausgewählte Programme kurz vorgestellt. Dabei handelt es sich um zwei der bekanntesten Elterntrainings aus der internationalen Literatur, Triple P und Incredible Years, für die zahlreiche Wirksamkeitsuntersuchungen durchgeführt worden sind. Als zwei weitere Beispiele werden ein in Deutschland entwickeltes (Nische) und ein für Deutschland adaptiertes englischsprachiges Programm (GuG) vorgestellt, die sich als Instrumente der selektiven Prävention spezifisch an Familien richten, in denen zumindest ein Elternteil psychisch erkrankt ist – und die sich damit an eine Gruppe von Kindern und

Jugendlichen wenden, für die das RKI erhöhte Auffälligkeitsraten berichtet hat. Für diese Programme gibt es noch keine umfangreiche empirische Evidenz, aber erste positive Evaluationsergebnisse.

### Triple P – Positive Parenting Program

Triple P ist ein familienbasiertes universelles Präventionsprogramm zur Reduktion emotionaler und Verhaltensprobleme. Zur Effektivität von Triple P liegen mehrere randomisiert-kontrollierte Studien und auch metaanalytische Daten vor. Als positive Effekte werden die langfristige Reduktion dysfunktionalen Erziehungsverhaltens und eine Erhöhung elterlicher Kompetenz berichtet; beides steht mit einer Reduktion von Verhaltensproblemen in Zusammenhang. Auch die Reduktion der Symptome internalisierender und externalisierender Auffälligkeiten wird berichtet [19, 20].

### Incredible Years

Das Programm „Incredible Years“ [21] enthält Module zur Verbesserung der Eltern-Kind-Bindung und Interaktion. Eltern werden dabei unterstützt, ihre Kinder beim Lernen und der Entwicklung zu fördern und strenge Disziplinierung zu reduzieren. In einem systematischen Cochrane Review zu gruppenbasierten Elterntrainings wurden Effekte hinsichtlich der Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten festgestellt [16].

### GuG – Gesund und glücklich aufwachsen

GuG basiert auf dem englischsprachigen Programm „Raising Healthy Children“ und ist eine komplexe Intervention zur Prävention von Depressionen bei Kindern depressiver Eltern. Das Programm verbindet Psychoedukation und die Vermittlung von Bewältigungsstrategien. Hinsichtlich der Reduktion depressiver Symptomatik werden kleine bis moderate Effekte berichtet, wobei die Wirkung der einzelnen Interventionskomponenten beziehungsweise ihre Wechselwirkung unklar ist [22]. Auch für die deutsche Adaption werden positive Effekte auf die Symptomatik in einer randomisiert-kontrollierten Studie berichtet [23]. Eine qualitative Evaluation zeigt, dass Kinder die Psychoedukation und die offene Kommunikation über die Erkrankung ihrer Eltern als hilfreich empfinden [24].

## Nicht von schlechten Eltern (NischE)

NischE ist eine niedrigschwellige, settingübergreifende Maßnahme für eine familienbasierte Intervention mit verhaltens- und verhältnispräventiven Elementen für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil [25]. Ziel des Programms ist es, die Kommunikationsprozesse in der Familie zu verbessern, konfliktbehaftete Familienstrukturen aufzulösen und die Familien bei Belastungen beziehungsweise Auffälligkeiten in Versorgungsangebote weiterzuleiten (vergleiche dazu [26]). Eine erste Evaluation zeigt unter anderem eine hohe Zufriedenheit mit der Beratungsleistung [27]. Wirksamkeitsnachweise liegen für dieses Programm noch nicht vor.

### 5.6.2.2 Prävention im Setting Schule

In der Schule sind Kinder und Jugendliche unabhängig vom familiären, kulturellen und sozioökonomischen Hintergrund gut erreichbar. Laut RKI besteht ein signifikanter sozialer Gradient psychischer Auffälligkeiten zuungunsten von Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus. Dies erfordert die Implementierung geschlechts- und soziallagensensibler Interventionen und kann damit auch einen Beitrag zu gesundheitlicher Chancengleichheit leisten.

Laut Daten des RKI sind für Jungen vor allem das Vorschulalter (3–5 Jahre) und das frühe Schulalter (6–8 Jahre) sensible Phasen für das Neuauftreten von psychischen Auffälligkeiten. Eine sensible Lebensphase für Mädchen scheint insbesondere der Übergang vom Grundschulalter (9–11 Jahre) bis zum Ende der Jugendzeit (15–17 Jahre) darzustellen. Bedarfsgerechte und möglichst kosteneffektive Interventionen sollten deshalb auf Phasen sensibler Transitionen fokussieren.

Sie sollten auch weitere schulische Akteure adressieren. Lehr- und Fachkräfte können dazu beitragen, dass psychische Auffälligkeiten frühzeitig identifiziert und Betroffene in entsprechende Versorgungsangebote weitergeleitet werden.



#### HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE PRÄVENTION IN SCHULEN IM ÜBERBLICK

Wichtige Elemente schulbasierter Prävention sind:

- Durchführung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen, die Schülerinnen und Schüler bei der Entwicklung positiver

Bewältigungsstrategien und protektiver Ressourcen helfen; zum Beispiel Interventionen, die das Stressmanagement oder soziale und emotionale Fähigkeiten verbessern.

- Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen für Lehrkräfte und Fachkräfte, die Gesundheitskompetenz fördern, und zur Identifikation von Risikofaktoren sowie zur Stärkung der Kommunikationskompetenz zur Elternansprache beziehungsweise zur Ansprache betroffener Jugendlicher beitragen.
- Entwicklung von „Mental Health Literacy“-Programmen zur Stärkung der psychischen Gesundheitskompetenz aller schulischen Akteure.
- Implementierung von Bewegungsförderung als fester Bestandteil des Alltags in Schulen auch außerhalb des eigentlichen Sportunterrichts.

### Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme für Schülerinnen und Schüler

Zum Einsatz in Schulen sind Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme geeignet, die auf die Förderung von Kompetenzen und Ressourcen fokussieren, die sich positiv auf das psychische Wohlbefinden auswirken oder auf die Prävention und Verbesserung spezifischer Symptomatik ausgerichtet sind. Gelingensfaktoren solcher Programme sind der Fokus auf die Vermittlung von Fähigkeiten, die frühzeitige Implementierung und kontinuierliche Fortsetzung der Maßnahmen, die Integration der Programmkomponenten ins Curriculum und die Durchführung durch qualifiziertes Personal [28].

Wirksamkeitshinweise gibt es für unterschiedliche Präventionsprogramme (siehe auch [28]), beispielsweise für Interventionen zur Veränderung körperbezogener Einstellungen [29], für Interventionen, die soziales und emotionales Lernen fördern [29], für Programme zum Stressmanagement, die sich positiv auf das Hilfesuchverhalten, Bewältigungsstrategien und emotionale und soziale Fertigkeiten auswirken [30] sowie für achtsamkeitsbasierte Programme zur Steigerung der kognitiven Leistungen [29] und Emotionsregulation [31, 32].

Programme zur Reduktion von Angst- und Depressionssymptomatik sind laut Neil and Christensen [33] grundsätzlich effektiv, aber es fanden sich keine Unterschiede zwischen Programmtypen. Corrieri et al. [34] sehen den Großteil der Programme zur Reduktion von Angst- und Depressionssymptomatik





ebenfalls als effektiv an. Demgegenüber kommt eine neuere Übersichtsarbeit, die ein systematisches Review mit einer netzwerkbasierter Metaanalyse kombiniert, zu dem Ergebnis, dass es kaum Evidenz für die Wirksamkeit schulbasierter Interventionen zur Reduktion von Angst und Depressionen gibt [35]. Insgesamt sind die Effekte universeller Präventionsprogramme kleiner als die von spezifischen Interventionen für Risikogruppen [36, 37] für Depressions- aber nicht Angstinterventionen [38] für Kinder im Grundschulalter [39].

Für allein auf Psychoedukation abzielende Programme [30] oder auf Programme zur Förderung des emotionalen Wohlbefindens [40] gab es zudem keine konsistent positiven Effekte.

Für den Einsatz in Schulen scheinen sich vor allem Programme zu empfehlen, die den Aufbau protektiver Ressourcen und die Förderung emotionalen und sozialen Lernens unterstützen. Auch wenn die berichteten Effekte zum Teil eher klein sind, sollten die populationsbezogenen Auswirkungen nicht unterschätzt werden. Eine kosteneffektive Ausgestaltung universeller Maßnahmen kann dann erreicht werden, wenn sie in Phasen sensibler Transitionen – etwa dem Übergang der Grundschule in die weiterführende Schule – implementiert werden, die auch laut den Ergebnissen des RKI mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für das Auftreten psychischer Auffälligkeiten in Zusammenhang stehen. Zur Reduktion spezifischer psychischer Auffälligkeiten empfehlen sich hingegen eher selektive Präventionsmaßnahmen, die je nach Bedarf ergänzend angeboten werden könnten.

### Qualifizierungsmaßnahmen für Lehr- und Fachkräfte

Einige Interventionen sind so konzipiert, dass sie von Lehrkräften selbst durchgeführt werden können. Ihre Wirksamkeit scheint bei internalisierenden Auffälligkeiten größer zu sein als bei externalisierenden Auffälligkeiten [41]. Zu berücksichtigen wäre hier, dass Jungen häufiger von externalisierenden Auffälligkeiten und Problemen mit Gleichaltrigen betroffen sind und Mädchen häufiger von emotionalen Problemen.

Wichtiger erscheint es, Lehrkräfte für ihre besondere Rolle im Setting Schule zu qualifizieren. Lehrkräfte haben eine Schlüsselfunktion, um psychisch auffällige Kinder und Jugendliche zu identifizieren und die Weiterleitung in Angebote der Versorgung zu initiieren. Ziele solcher Qualifizierungen sind beispielsweise, das Wissen von Lehrpersonen zur psychischen Gesundheit zu erhöhen, ihr Hilfeverhalten

und das Vertrauen in ihre Hilfefähigkeit zu fördern und gleichzeitig Stigmatisierung abzubauen. Die Fortbildungsprogramme für Lehrkräfte zeigen positive Effekte, allerdings gibt es hierzu weiteren Forschungsbedarf [42]. Die Bildung von Netzwerken und die Unterstützung durch schulinterne (zum Beispiel Sozialarbeit, Gesundheits- und psychologische Fachkräfte) oder externe (zum Beispiel ärztliches und psychologisches Personal sowie Fachkräfte aus Beratungsstellen) Personen ist hierbei eine zentrale Voraussetzung [43].

Lehrkräfte und die weiteren schulischen Fachkräfte können durch verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen unterstützt werden. Dazu gehört die Förderung von Gesundheitskompetenz zur Identifikation von Risikofaktoren und psychischen Auffälligkeiten, die Stärkung der Kommunikationskompetenz zur Ansprache Betroffener oder von Eltern und die Befähigung, in entsprechende Hilfsangebote weiterleiten zu können. Dazu sollte eine enge Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren der kommunalen Präventionslandschaft etabliert sein. Präventionsketten erleichtern die bedarfsgerechte Weiterleitung in entsprechende Angebote.

### Mental Health Literacy

Digitale Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit Informationen zu suchen, zu finden, zu verstehen und zu bewerten und daraufhin so anzuwenden, dass gesundheitsbezogene Fragestellungen beantwortet und Probleme gelöst werden können [44]. In Bezug auf psychische Gesundheit (Mental Health Literacy, MHL) geht es insbesondere darum, zu verstehen, was psychische Erkrankungen und deren Behandlung ausmacht, wie psychische Gesundheit erlangt oder verbessert werden kann, damit Stigma reduziert und das Hilfesuchverhalten unterstützt werden kann [45]. Gesundheitskompetenz kann nicht nur langfristige positive Wirkungen auf die Gesundheit haben, sondern leistet auch einen Beitrag zu gesundheitlicher Chancengleichheit. Von einer Förderung gesundheitlicher Kompetenz profitieren gerade die Kinder, die auf Grund ihres Sozialstatus beziehungsweise damit assoziierter Faktoren ein größeres Risiko für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten haben. Mental Health Literacy ist kein neues Konzept, allerdings als Ansatz in Schulen noch nicht systematisch untersucht worden. Es liegen aber Hinweise darauf vor, dass Curriculum-basierte Interventionen das Gesundheitswissen von Schülerinnen und Schülern vergrößern und ihre gesundheitsbezogenen Einstellungen positiv verändern [46]. Beispielsweise

gibt es in Deutschland an der Universität Bielefeld das Projekt "IMPRES", das Mental Health Literacy bei Kindern und Jugendlichen fördern und stigmatisierende Einstellungen reduzieren soll [47].

## Bewegungsförderung

Körperliche Bewegung kann sich günstig auf verschiedene Facetten psychischen Wohlbefindens und psychischer Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auswirken. In einem Cochrane-Review wurden positive Effekte körperlicher Aktivität auf das Selbstbewusstsein von Kindern und Jugendlichen gezeigt. Allerdings war die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien eingeschränkt [48]. Die Förderung von körperlicher Aktivität hat eine protektive beziehungsweise reduzierende Wirkung auf depressive Symptomatik [49, 50]. Auch die Reduktion internalisierender und externalisierender Probleme sowie die Verbesserung akademischer Leistungen wird berichtet [51]. Sowohl die Häufigkeit der körperlichen Aktivität als auch die Ausübung eines bestimmten Sportes scheinen positive Effekte auf das Wohlbefinden zu haben und mit geringerer Angst- beziehungsweise Depressionssymptomatik einherzugehen [52]. Auch eher meditative Sportarten wie Yoga wird ein moderater positiver Effekt auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zugeschrieben [53].

Angesichts der positiven Effekte auf die psychische Gesundheit und die noch deutlicheren positiven Effekte auf die körperliche Gesundheit sollten in Schule und Kommune Möglichkeiten ausreichender Bewegung und körperlicher Aktivität gesichert sein. Hierzu können verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen kombiniert werden.

## Beispiele für Programme im Setting Schule

Im Folgenden werden drei Beispiele aus der internationalen Literatur vorgestellt, die sich an Lehrkräfte sowie Schülerinnen und Schüler richten. Für die beiden ersten liegen positive Evaluationsergebnisse vor. Daneben wird mit „Irrsinnig Menschlich“ auch ein in Deutschland entwickeltes Präventionsprogramm vorgestellt.

## School-Wide Positive Behavioural Interventions and Support (SWPBIS)

Die universelle Präventionsstrategie SWPBIS richtet

sich an Kinder im Kindergarten- und Grundschulalter und implementiert schulweite Verhaltensregeln für ein positives Lehr- und Lernumfeld und Fortbildungen für das Schulpersonal. Es werden Interventionsteams zur Qualitätssicherung der Umsetzung der Maßnahmen eingerichtet und die Schulen werden durch geschulte Verhaltenstrainer unterstützt. Es zeigten sich signifikante Verbesserungen aggressiven, disruptiven und prosozialen Verhaltens, der Emotionsregulierung sowie von Konzentrationsproblemen im Vergleich zu Kontrollschulen [54], explizit auch für Kinder aus Risikogruppen. In den Interventionsschulen benötigten Risikokinder weniger häufiger eine spezielle Förderung als in Kontrollschulen [55]. Die Effektivität des Programmes wurde in zwei randomisierten und einer kontrollierten Studie festgestellt.

## INCLUSIVE

Die Mehrkomponenten-Intervention INCLUSIVE richtet sich an ältere Kinder und Jugendliche und etabliert als verhältnispräventiver Ansatz Schulinterventionsteams. Sie enthält als Maßnahmen das Training der Lehrkräfte zum Thema wiederherstellende beziehungsweise ausgleichende Gerechtigkeit, die Einberufung einer schulbasierten Aktionsgruppe zur Begleitung der Implementierung sowie die Einführung eines Curriculums zu emotionalen und sozialen Fähigkeiten. Ergebnisse einer randomisiert-kontrollierten Studie zeigten als Effekte die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die Reduzierung von Mobbing sowie ein verbessertes psychisches Wohlbefinden [56].

## Irrsinnig Menschlich

Der Verein Irrsinnig Menschlich e.V. konnte für das Programm „Verrückt? Na und!“ mit mehreren Interventionsebenen erste positive Evaluationsergebnisse zur Wirkung auf Schülerinnen und Schüler zeigen. Das Programm beinhaltet neben einer Intervention für die Schülerschaft auch eine Fortbildung für Lehrkräfte. Kernziele sind Stigmareduktion und Verbesserung des Hilfesuchverhaltens, angeregt wird zudem eine Vernetzung auf kommunaler Ebene. Eine weitere wissenschaftliche Begleitung zur Schaffung einer stabilen Evidenzgrundlage des Programms wäre empfehlenswert. Irrsinnig Menschlich wird auch auf der Grünen Liste von Präventionsmaßnahmen geführt. Die „Grüne Liste Prävention“ bietet auf der Basis nachvollziehbarer Kriterien einen Überblick über empfehlenswerte Präventionsansätze in den Berei-



chen Familie, Schule, Kinder/Jugendliche und Nachbarschaft. Bislang liegen aber scheinbar nur Wirksamkeitsnachweise auf Basis eines Quasi-Experiments mit Prä-, Post- und Follow-up-Befragungen vor.

### 5.6.2.3 Prävention im Setting Kindertagesstätte

Kindertagesstätten können für die frühzeitige Förderung gesundheitlicher Kompetenzen insbesondere von Kindern mit gesundheitlichen Risikofaktoren und Kindern, denen protektive familiäre Ressourcen sowie Schutzfaktoren fehlen, ein wichtiger Sozialisationsort sein. Laut RKI ist insbesondere bei Jungen das Vorschulalter (3–5 Jahre) eine sensible Phase für das Neuauftreten von psychischen Auffälligkeiten. In dieser Altersgruppe liegt der Interventionsfokus weniger auf den Kindern selbst, als vielmehr darauf, die Fachkräfte dabei zu unterstützen, den Kompetenzerwerb und den Aufbau protektiver Ressourcen bei den Kindern zu fördern.

Zur Prävention psychischer Auffälligkeiten im Kindergartenalter gibt es nur wenig evidenzbasierte



#### HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE PRÄVENTION IN KINDERTAGESSTÄTTEN

Wichtige Elemente der Präventionsarbeit in Kindertagesstätten sind:

- Qualifizierung von Fachkräften zur Unterstützung einer resilienzfördernden Haltung.
- Qualifizierung von Fachkräften zur Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen der betreuten Kinder.
- Qualifizierung von Fachkräften zur Identifikation von Risikofaktoren sowie die Stärkung der Kommunikationskompetenz zur Elternansprache.
- Einführung von frühkindlicher Bewegungsförderung in Kindertagesstätten.

Programme. Grundsätzlich scheint sich das Setting Kindertagesstätte zur Implementierung von Interventionen aber zu eignen. So wurde in einer Meta-Analyse von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Kindergärten im deutschsprachigen Raum vergleichsweise hohe Effektstärken berichtet [57].

### Resilienzförderung bei Fachkräften

Aus einer Untersuchung in Deutschland lässt sich schlussfolgern, dass der Aufbau einer resilienzfördernden Haltung der Fachkräfte positiven Einfluss auf die Selbstwirksamkeit der Kinder haben kann und die soziokognitive und emotionale Entwicklung unterstützen kann [58, 59]. Wichtig ist hierbei, dass Interventionsprogramme als Mehrebenenprojekte beziehungsweise als Multi-Setting-Ansätze durchgeführt werden, das heißt, dass Prozesse der Organisationsentwicklung zur gesundheitsförderlichen Kita, wie zum Beispiel Qualifizierungsmaßnahmen für Fachkräfte, die Einbeziehung von weiteren Akteuren etwa aus Beratungsstellen sowie Angebote für Kinder und Eltern, integriert sind und netzwerkbasiert gearbeitet wird [60].

### Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen von Kindern

Zur Förderung des emotionalen und sozialen Lernens (SEL) existiert eine relativ große Bandbreite an Präventionsprogrammen. In einer Meta-Analyse wurden insgesamt 51 SEL-Programme untersucht. Elemente dieser Programme waren Lernanregungen durch explizite und aktive Anleitung, Modellierung, das heißt das Lernen durch Vorbilder und an Beispielen, Übung und Verstärkung. Dazu werden gruppenspezifische Routinen und Aktivitäten (Stuhlkreis, freies Spiel etc.) mit altersgerechten Methoden (Singen, Rollen- und Puppenspiele) eingesetzt. Aufgezeigt wurden positive Effekte auf emotionale und soziale Kompetenz, Selbstregulation, Lernfähigkeit sowie die Verbesserung emotionaler und Verhaltensprobleme. Die Effekte waren stärker, wenn die Vorschulkinder älter waren und wenn die Intervention von geschulten Fachkräften und nicht vom Betreuungspersonal durchgeführt wurde. Wurde auf die Beteiligung der Eltern verzichtet, beschränkten sich die positiven Veränderungen auf das Betreuungssetting [61].

### Qualifizierung zu Risikoidentifikation und Kommunikationsansprache

Ähnlich wie im Setting Schule können betreuende Fachkräfte eine wichtige Rolle bei der Identifikation von Risikofaktoren für psychische Auffälligkeiten beziehungsweise deren Manifestation übernehmen und als Schnittstelle in kommunale Präventions- und Versorgungsangebote überleiten. Eine Adaption von Quali-

zierungsangeboten für Lehrkräfte auf Angebote für Fachkräfte in der KiTa sowie deren Konzeptionierung und Evaluierung müsste wissenschaftlich begleitet werden.

## Frühkindliche Bewegungsförderung

Ergebnisse einer Metaanalyse [62] deuten darauf hin, dass Maßnahmen zur Förderung der körperlichen Aktivität die psychische Gesundheit von Jugendlichen verbessern können; doch sind weitere Studien erforderlich, um die Auswirkungen körperlicher Betätigung auf die psychische Gesundheit von Kindern zu bestätigen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Förderung körperlicher Aktivität und die Verringerung der Sitzdauer die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen schützen könnten.

## Beispiel für ein Programm im Setting Kindertagesstätte

Bislang gibt es wenig Evidenz für Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme zur Förderung psychischer Kindergesundheit in Kindertagesstätten. Beispielhaft wird das Patenprogramm der Stiftung Achtung! Kinderseele [63] aufgeführt, für das zwar noch keine umfassende Evaluierung vorliegt, das aber zwei der obenstehenden Handlungsempfehlungen vereint – nämlich die Qualifizierung der Fachkräfte zur Risikoidentifikation und die Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen.

Mit dem Programm wird das Ziel verfolgt, Erzieherinnen und Erzieher sowie Eltern durch Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu unterstützen und zu beraten. Dabei soll das Verständnis für psychische Erkrankungen vertieft und konkrete Maßnahmen für die Früherkennung verbessert werden. Vor allem protektive Faktoren, wie zum Beispiel die Förderung sozialer Kompetenz, angemessenen Gruppenverhaltens und ein besseres Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten sollen erweitert werden. Für das Projekt liegen noch keine Evaluationsergebnisse vor.

### 5.6.2.4 Prävention im Setting Kommune

Die Kommune ist als Lebensraum für Familien ein zentrales (Dach-)Setting zur Förderung eines physisch und psychisch gesunden Aufwachsens mit der Möglichkeit, verhaltens- und verhältnispräventive Programme für schwer erreichbare Zielgruppen wie Familien mit niedrigerem Sozialstatus umzusetzen.

Laut RKI stehen insbesondere kombinierte Risikolagen im Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko



## HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE PRÄVENTION IN DER KOMMUNE

Wichtige Elemente der Prävention in der Kommune sind:

- Etablierung integrierter, kommunaler Präventionsstrategien, aufbauend auf vorhandenen oder zu entwickelnden multiprofessionellen und settingübergreifenden Netzwerken.
- Bereitstellung sozial nachhaltigen, familiengeeigneten Wohnraums und eines qualitativ hochwertigen Lebensumfelds, wozu neben Sicherheit und Gewaltfreiheit auch die städtebauliche Gestaltung mit ausreichenden Spiel- und Grünflächen gehören kann.
- Etablierung quartiers- oder stadtteilbezogener Peer-Projekte, in denen Mitglieder aus der Zielgruppe (zum Beispiel Eltern, Jugendliche, Peers) Gesundheitsinformationen und Gesundheitskompetenz vermitteln oder Elterntrainings anbieten.
- Etablierung einer Lotsenfunktion oder von Gesundheitsfachkräften zur Unterstützung bei der Auswahl und Inanspruchnahme bereits existierender, aber zu wenig bekannter kommunaler Angebote zur Prävention psychischer Erkrankungen.

für psychische Auffälligkeiten.

Auf der strukturellen Ebene ist die koordinierende Funktion, das heißt die intersektorale und multiprofessionelle Vernetzung, eine wichtige Aufgabe kommunaler Präventionsarbeit. Nicht zuletzt aus Ressourcen- und Kapazitätsgründen sind zum Beispiel Schule oder KiTa auf die Zusammenarbeit mit Akteuren des kommunalen Settings, wie etwa Fach- und Beratungskräften der Gesundheitsämter oder der Jugendhilfe angewiesen.

## Integrierte, kommunale Strategien zur Förderung psychischer Gesundheit

In einem Rapid-Review zeigte sich, dass praxisbasierte Ansätze kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention zwar regelmäßig auf die Wirksamkeit



der Intervention an sich verweisen, es zur Evidenz kommunaler Präventionsstrategien aber noch an systematischer Forschung fehlt [64]. Die Evaluation solcher meist komplexen Mehrebeneninterventionen stellt allerdings hohe Anforderungen. Fröhlich-Gildhoff und Trojan [65] zeigen an zwei Beispielmunicipien, wie sich kommunale Strategien zur Förderung von Kindergesundheit realisieren lassen und mit welchen multimethodischen und multimodalen Ansätzen entsprechende Vorhaben evaluiert werden können.

Gerade wegen der mangelnden Evidenzlage ist es von zentraler Bedeutung, Kommunen bei der Entwicklung ihrer Strategien zu unterstützen, beispielsweise bei der Erhebung und Bewertung vorhandener Strukturen, die Abbildung von Bedarfen und bei der Netzwerkbildung. Dazu könnten zum Beispiel unter Beteiligung von Modellkommunen digitale Tools entwickelt werden. Ein entsprechendes europäisches Modellprojekt wird ab Herbst 2021 von der BZgA in Kooperation mit europäischen Partnerländern durchgeführt (JA ImpleMENTAL).

### **Gesundheitsförderliches Lebensumfeld**

Das unmittelbare Lebensumfeld kann die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auf vielfältige Weise positiv oder negativ beeinflussen. Das RKI hat in seinem Gesundheitsmonitoring negative Effekte in Bezug auf umweltbezogene Gesundheitsrisiken wie etwa beengte Wohnverhältnisse dargestellt. Entsprechend ist die Bereitstellung familieneigneten bezahlbaren Wohnraums und sicherer Wohnumgebungen zu fördern. Positive Effekte des Lebensumfeldes werden in der Literatur für die Natur- und Grünflächenexposition diskutiert in Bezug auf gesundheitsbezogene Lebensqualität [66], Wohlbefinden, Verbesserung emotionaler Probleme und Problemen mit Gleichaltrigen, kognitive Entwicklung [67] sowie die Reduktion von Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsproblemen [68, 69]. Insgesamt ist die Evidenzlage jedoch noch unsicher. Dies könnte auch mit der Herausforderung zusammenhängen, geeignete Studiendesigns (zum Beispiel mit Kontrollkommunen) für die Evaluation von Verhältnisänderungen in Kommunen umzusetzen.

Im Sinne eines „Mental Health in All Policies“-Ansatzes sind nicht nur Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, sondern auch die Einbindung von Akteuren außerhalb des Gesundheitswesens wichtig zur Schaffung eines qualitativ hochwertigen Lebensumfeldes. Diese intersektorale Zusammenarbeit muss in und über die kommunale Ebene hinaus organisiert werden. Durch die Bereitstellung und Aufwertung von

Lebens- und Bewegungsräumen sind positive Effekte auch auf die psychische Gesundheit zu erwarten. Dies müsste zur Schaffung einer sicheren Evidenzlage weiter wissenschaftlich begleitet werden.

### **Peer-Projekte**

In den vorangehenden Handlungsempfehlungen wurde bereits die Bedeutung von Gesundheits- und Erziehungskompetenz dargestellt. Neben einer bedarfsgerechten und evidenzbasierten inhaltlichen Ausgestaltung der Programme ist es wichtig, deren Implementierung so zu gestalten, dass sie gerade für die Familien und Betroffenen zugänglich sind, die von ihnen besonders profitieren können. Das sind Familien, für die das RKI erhöhte Risikolagen in Abhängigkeit vom Sozialstatus festgestellt hat oder für die die Zugangswege in die Versorgung erschwert sind, zum Beispiel auf Grund eines Migrationshintergrundes.

In der Kommune können vor allem solche Zielgruppen durch quartiers- oder stadtteilbezogene Peer-Projekte angesprochen werden, deren Mitglieder als Schnittstelle zur Vermittlung an Interventionen oder Fachkräfte fungieren oder nach entsprechender Qualifizierung selbst Interventionen durchführen können.

### **Beispiel zu einem Präventionsprogramm im Setting Kommune**

Bislang gibt es im Bereich kommunaler Gesundheitsförderung noch wenig evidenzbasierte Programme und Strategien, wohl aber positive evaluierte Peer-Projekte, die als Vorbilder für den Aufbau entsprechender gesundheitsbezogener Projekte dienen könnten.

### **Stadtteilmütter**

Das Projekt Stadtteilmütter in Berlin zielt primär auf die Verbesserung von Bildungschancen. Mütter mit Migrationshintergrund werden zu Themen der Kindesentwicklung und -erziehung qualifiziert, um andere Mütter mit Migrationshintergrund mittels Information und Kompetenzentwicklung zu unterstützen. Es ist denkbar, ähnliche Projekte mit Fokus auf Gesundheitskompetenz, insbesondere zur psychischen Gesundheit, zu entwickeln oder bereits bestehende auszubauen. Solche Peer-Projekte könnten der Erweiterung familienbezogener Gesundheitsinformation und Gesundheitskompetenz dienen. Inhalte könnten unter anderem die Kulturabhän-

gigkeit der Interpretation spezifischer psychischer Auffälligkeiten und kultursensible Stigmareduktion sein. Evaluationsergebnisse liegen in Form von Teilnahmestatistiken und Befragungen beziehungsweise Interviews und Fokusgruppendifkussionen vor [70].

### 5.6.2.5 Digitale Prävention und E-(Mental-)Health

Digitale Räume sind streng genommen kein Setting,



#### HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN ZU DIGITAL GESTÜTZTER PRÄVENTION UND E-(MENTAL-)HEALTH

Wichtige Elemente digitaler oder digital gestützter Prävention sind:

- Aufbau einer Public-Health-Plattform zum Thema psychische Gesundheit, die evidenzbasierte Gesundheitsinformationen liefert, Orientierung zu digitalen wie analogen Beratungsangeboten ermöglicht und dabei unterstützt, (auch) digitale Gesundheitskompetenz aufzubauen.
- Etablierung spezifischer Digital Health Literacy-Programme (zum Beispiel in Schulen).
- Vermittlung zielgruppenspezifischer Gesundheitsinformation und -kommunikation über Social Media, wobei über Social Media Kooperationen, beispielsweise mit Personen, Kanälen oder Plattformen, die als „Botschafter“ geeignet und glaubwürdig sind und in der Zielgruppe eine hohe Reichweite haben, erhöhte Aufmerksamkeit generiert werden könnte.

aber ein lebensweltenumfassendes soziales System. Die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland hat Zugang zu digitalen Technologien und ist mit deren Nutzung vertraut. Laut einer repräsentativen Umfrage von Bitkom Research zum Medienverhalten von Kindern und Jugendlichen haben 98% aller Kinder im Alter von 6 bis 13 in Deutschland potentiell die Möglichkeit, zu Hause das Internet zu nutzen. Der Anteil an Kindern mit eigenem Smartphone beträgt schon bei 12- bis 13-Jährigen 95% [71]. Damit sind digitale Angebote als Zugangswege für die Gesundheitsförderung und Prävention wichtig.

### Bereitstellung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen und Programme

Webbasierte Angebote zur Förderung des psychischen Wohlbefindens können sich durch Niedrigschwelligkeit der Angebote [72], ständige Verfügbarkeit der Intervention und die Möglichkeit zur sofortigen Unterstützung [73-75] sowie einen leichteren Zugang zu evidenzbasierten Informationen [76] auszeichnen. Dies setzt allerdings voraus, dass es digitale Angebote und Strukturen gibt, die evidenzbasiert sind.

Digitale Gesundheitsinterventionen werden bislang häufig appbasiert angeboten. Vergleichsweise viel Forschung gibt es bereits zu Angeboten, die auf Elementen von kognitiver Verhaltenstherapie beziehungsweise computerbasierter kognitiver Verhaltenstherapie basieren. Erste Evaluationsergebnisse zeigen, dass digitale Interventionen zu Prävention von beziehungsweise zur Verbesserung einer bestehenden depressiven oder Angstsymptomatik bei älteren Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen signifikante Effekte erzielen können [73, 77-80]. Der Nutzen digitaler kognitiver Verhaltenstherapien (computerized cognitive behavioral therapies = cCBTs) ist allerdings bei einer Reihe weiterer spezifischer Auffälligkeiten (Autismus, Psychosen oder Essstörungen) unklar. Ungeachtet der schnellen Zunahme an entsprechenden Angeboten mangelt es noch an qualitativ hochwertigen Studien zur Sicherheit, Wirksamkeit und Effektivität [74].

Zu prüfen wäre auch, ob die digitale Unterstützung von Interventionen für andere Settings, zum Beispiel Trainings zur Förderung elterlicher Kompetenz, zielführend wäre, wie zum Beispiel webbasierte statt Präsenzseminare zum selbstgesteuerten Lernen oder Remote-Kontakte zu therapeutischen oder beratenden Fachkräften. Um den Zugang, die Auswahl und die Bewertung solcher Angebote für Betroffene zu erleichtern, sind digital basierte Guiding-Systeme wie Angebotswegweiser geeignet. Beides wären zentrale Inhalte einer Public-Health-Plattform zur Förderung psychischer Gesundheit.

Eine weitere wichtige Funktion einer solchen Plattform könnte die Bereitstellung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen sein. Inhalte können die Förderung des psychischen Wohlbefindens, die Bewältigung herausfordernder Lebensereignisse, psychische Erkrankungen und deren Behandlung, Tools zur Unterstützung für sich selbst und für andere und auch Informationen zu Hilfsangeboten sein.

Beispielsweise widmet sich das Projekt Digi-Sucht dem Aufbau einer träger- und länderübergreifenden Plattform für die digitale Suchtberatung



sowie der Bearbeitung struktureller, fachlicher und organisatorischer Fragen in diesem Kontext. Das Projekt ist im Sommer 2020 aus der Initiative mehrerer Landesstellen für Suchtfragen entstanden. Vor dem Hintergrund des Onlinezugangsgesetzes (OZG) unterstützt das Projekt die Entwicklung einer „Sozialplattform“. Gefördert wird es vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Solche Plattformen im Bereich der psychischen Gesundheit werden bereits von Gesundheitsbehörden verschiedener Länder bereitgestellt. Beispiele sind die Website „Mental Health and Wellbeing“ aus Kanada sowie die Plattform „Head to Health“ aus Australien.

### Digital Health Literacy Programme

Systematische Evidenz zur Förderung von „Digital Health Literacy“ liegen noch nicht vor. Grundsätzlich steht aber die Bedeutung von Gesundheitskompetenz nicht in Frage. In Bezug auf digital vermittelte Informationen werden verschiedene weitere Kompetenzen wie Computer- und Medienkompetenz vorausgesetzt. Die Förderung dieser Kompetenzen erfordert die Berücksichtigung des sozialen Gradienten: denn auch bei Kindern scheint sich ein Zusammenhang zwischen (niedrigem) Sozialstatus und (niedriger) Gesundheitskompetenz anzudeuten. Der digitale Aspekt von Gesundheitskompetenz sollte daher bei der Implementierung entsprechender Förderprogramme über die Schulen berücksichtigt werden ebenso wie die Generierung entsprechender Evidenz.

### Vermittlung von Gesundheitskompetenz via Social Media

Social Media eignen sich auf Grund der hohen Nutzungsquote durch Kinder und Jugendliche potenziell als Zugangsweg zur Vermittlung gesundheitsbezogener Informationen. Allerdings ist die Informationsfülle hoch und die Wahrscheinlichkeit der Wahrnehmung geeigneter Angebote eher klein. Eine Möglichkeit, höhere Aufmerksamkeit zu generieren, ist die Zusammenarbeit mit Personen, Kanälen oder Plattformen, die in der Zielgruppe über hohe Reichweiten verfügen und als glaubwürdige „Botschafter“ geeignet sind. So arbeiten Gesundheitsbehörden und Unternehmen bereits mit Influencern zusammen. Die WHO hat über den Account eines virtuellen Influencers, Knox Frist, auf Instagram zu COVID-19 informiert; die nationale Gesundheitsbe-

hörde Englands (NHS) hat im April 2021 in Kooperation mit Influencern die Kampagne „It’s okay to not feel okay“ gestartet, um Jugendliche und junge Erwachsene, die psychisch unter den Folgen der Pandemie leiden, zu erreichen und die Weiterleitung in Hilfsstrukturen zu unterstützen. Evaluationen liegen für diese Ansätze nicht vor. Auch in Deutschland wird derzeit sowohl über Social Media als auch über Out-of-Home-Medien mit Unterstützung von Prominenten für die Impfung gegen COVID-19 geworben. Für die Social Media gestützte Vermittlung gesundheitsbezogener Informationen sollte auch ein theoretischer Rahmen zur Qualitätssicherung und ein passendes Evaluationskonzept erarbeitet werden.

### Beispiele für digital gestützte Prävention und E-(Mental-)Health Location-based Game zur Förderung von Gesundheitskompetenz

„Entertainment Education“ hat den Ansatz, Inhalte und Gesundheitsbotschaften niedrigschwellig in entertainmentorientierte Angebote (TV, Spiele, Podcasts) zu integrieren, so dass deren Rezeption beiläufig stattfindet. Die BZgA fördert derzeit eine niedrigschwellige Intervention zur Förderung der regionalen Gesundheitskompetenz für Jugendliche, die auf einem „Location based Game“-Ansatz beruht und zur besseren Orientierung in der Struktur lokaler Gesundheitsangebote beitragen soll. Vorgesehen ist eine adaptive Plattform, die nach Fertigstellung von allen Kommunen Deutschlands genutzt und auf die eigenen Bedarfe angepasst werden kann. Neben der individuellen Perspektive adressiert die Intervention kommunale Akteure, die sich über die Entwicklung einer kommunalen Stadtrallye hinsichtlich ihres Angebots abstimmen und vernetzen können. Für dieses Projekt liegen derzeit noch keine Evaluationsergebnisse vor.

### ProHEAD

Das Projekt ProHEAD (Promoting Help-Seeking using E-Technology for Adolescents) hat zum Ziel, unter Nutzung des Internets und mobiler Technologien das Hilfesuchverhalten von Heranwachsenden zu verbessern und Ressourcen zu stärken, um psychischen Erkrankungen entgegenzuwirken [81]. Ausgerollt wird das Projekt über Schulen, das heißt, nach einem schulbasierten Screening wird teilnehmenden Schülerinnen und Schülern eine individuelle Auswertung zur Verfügung gestellt, auf deren Basis die Teilnahme an einer passenden Online-Intervention, etwa



## HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN ZUR WISSENSCHAFTSBASIERUNG UND QUALITÄTSSICHERUNG IM BEREICH PSYCHISCHER GESUNDHEIT VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

Wichtige Elemente der Wissenschaftsbasierung und Qualitätssicherung sind:

- Erweiterung des kontinuierlichen Gesundheitsmonitorings mit Fokus auf psychische Gesundheit, um Daten zu Präventionsangeboten und -bedarfen zu erfassen.
- Erstellung von Evidenzsynthesen beziehungsweise auch Best Practice-Datenbanken, beispielsweise durch die BZgA, als Grundlage für die Konzeption wissenschaftlich fundierter Maßnahmen.
- Durchführung von Machbarkeitsanalysen zur Übertragbarkeit evidenzbasierter Maßnahmen in die Strukturen in Deutschland.
- Evaluierung und Begleitung von Angeboten zur Förderung psychischer Gesundheit von Kindern und Jugendlichen von Beginn an unter Berücksichtigung langfristiger und nachhaltiger Effekte.

zu den Themen psychische Stärken oder Probleme der Lebensqualität, vorgeschlagen wird. Evaluationsergebnisse liegen zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht vor.

### 5.6.2.6 Wissenschaftsbasierung und Qualitätssicherung

Qualitätsgesicherte, evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen können nur auf Basis einer kontinuierlichen Evaluation und Begleitforschung entwickelt werden. Bei den Handlungsempfehlungen zu den einzelnen Settings ist bereits an verschiedenen Stellen deutlich geworden, wo weitere Evidenz für konkrete Präventionsansätze generiert werden muss. Darüber hinaus ergeben sich weitere Aspekte, die zur Qualitätssicherung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention beitragen können.

### Kontinuierliche Präventionsberichterstattung

Bedarfsgerechte Präventionsmaßnahmen können

nur dann ausgestaltet werden, wenn klar ist, für welche Zielgruppen und zu welchen Themen konkrete Bedarfe bestehen und welche Veränderungen und Entwicklungen es über die Jahre gegeben hat. Letzteres kann auch eine wichtige Grundlage für die Beurteilung von Maßnahmenwirksamkeit sein. Dazu ist die Fortführung einer kontinuierlichen Präventionsberichterstattung erforderlich.

### Best Practice – Datenbank

Evidenzbasierte Maßnahmen könnten dann vermehrt zum Einsatz kommen, wenn Praktiker bei der Auswahl und Implementierung solcher unterstützt werden. Dies kann etwa in Form einer Best Practice-Datenbank erfolgen, die Informationen zur Evidenzbasierung und Anwendungsbereiche enthält und zugleich Hilfestellungen bei der Implementierung bereitstellt. Ein Ausbau der Grünen Liste Prävention etwa und deren verbesserte Sichtbarkeit und Anwendung sind hier anzustreben.

### Machbarkeitsanalyse

Bei der Interpretation und Anwendung von Forschungsergebnissen ist zu berücksichtigen, dass die meisten Wirksamkeitsüberprüfungen aus der internationalen Forschung stammen und geprüft werden muss, inwiefern Maßnahmen in deutsche Strukturen übersetzt werden können, welche Adaptionen dafür notwendig sind und ob auf Basis dieser Adaptionen Veränderungen hinsichtlich der Wirksamkeit zu erwarten sind (Transferabilitätsbeurteilungen).

### Evaluierung

Die Generierung von Evidenz ist eine wesentliche Voraussetzung für eine nachhaltig gestaltete Gesundheitsförderung. Es sollen Maßnahmen zum Einsatz kommen, die wirksam sind. Bei der Feststellung der Wirksamkeit gilt es außerdem, nicht nur Veränderungen unmittelbar nach der Intervention zu erheben, sondern auch das Potential langfristiger Veränderungen zu ermitteln. Evidenzbasierung sollte allerdings nicht nur Outcome-orientiert sein, sondern schon in der Planung und Konzeptionierung berücksichtigt werden.





## Überprüfung der Übertragbarkeit von Forschungsergebnissen auf die Präventionsarbeit

In zwei deutschen Modellkommunen wurden flächendeckend evidenzbasierte Präventionsprogramme für Familien etabliert: IKPL (Ich kann Probleme lösen), TIP (Training im Problemlösen) des universellen Präventionsprogramms EFFEKT (Entwicklungsförderung in Familien: Eltern- und Kinder-Training), PEP (ein inzidiertes Präventionsprogramm für expansives Problemverhalten) und Triple P. Trotz nachgewiesener Wirksamkeit der Programme konnten die Autorinnen und Autoren in ihrer nicht-kontrollierten Studie keine Populationseffekte hinsichtlich der Verbesserung von Verhaltensproblemen und gesundheitsbezogener Lebensqualität für Kinder im Alter von drei bis zwölf Jahren nachweisen. Als mögliche Ursachen wurden, neben methodischen Schwierigkeiten, die Umsetzung, die Dauer der Implementierung, die eine Nachweisbarkeit der Effekte verzögern könnte diskutiert sowie dass bestimmte distale Effekte ohnehin erst Jahre nach Implementierung des Programms nachweisbar werden [82]. Insgesamt zeigt sich, dass eine Überprüfung der Transferabilität unter Berücksichtigung der Konsistenz und Kontinuität von Population, Setting und Interventionsinhalten bei der Übertragung von Präventionsprogrammen wichtig ist. Die BZgA entwickelt derzeit in einem internationalen Projekt (TWIG) auf Basis einer systematischen Literaturrecherche und eines internationalen und nationalen Delphi-Prozesses ein Instrument zur Beurteilung der Transferabilität von Maßnahmen, das Wissenschaft, Praxis und Politik zur Verfügung gestellt werden soll.

### 5.6.3 Zusammenfassung

Auf Basis vorstehender Empfehlungen und der zugrundeliegenden Informationsquellen lassen sich für die Ausgestaltung von Gesundheitsförderung und Prävention zur Stärkung der psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen folgende 10 Leitthesen formulieren:

#### Leitthese 1

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention müssen frühzeitig implementiert werden, beispielsweise durch „Früherkennung“ von Präventionsbedarf in der Schwangerschaftsbegleitung, die

Berücksichtigung des Themenkomplexes psychische Gesundheit in der akademischen Ausbildung von Hebammen, präventive Hausarztbesuche bei werdenden und jungen Eltern sowie durch eine entsprechende Qualifizierung von Fachkräften in Kindertagesstätten.

#### Leitthese 2

Die Kombination verhaltens- und verhältnispräventiver Elemente in Präventionsstrategien gewährleistet, dass Heranwachsende unabhängig von sozialen und kulturellen Unterschieden erreicht und damit sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen reduziert wird.

#### Leitthese 3

Maßnahmen sollten auf Basis lebensweltorientierter, ganzheitlicher Präventionsstrategien entwickelt, die Aktivitäten über verschiedene Settings hinweg koordiniert und intersektorale Kooperation gefördert werden, wie etwa die Etablierung von Präventionsketten.

#### Leitthese 4

Die Etablierung intersektoraler und netzwerkbasierter Präventionsarbeit erfordert die Bereitstellung ausreichender Ressourcen in allen beteiligten Settings, um zielgruppenspezifische Unterstützung nachhaltig anbieten zu können.

#### Leitthese 5

Präventionsmaßnahmen sollten geschlechts- und sozialspezifische Unterschiede berücksichtigen und entwicklungs- und transitionsphasensensibel ausgerichtet werden, das heißt vor allem an für die psychische Gesundheit sensiblen Übergängen.

#### Leitthese 6

Den Eltern kommt für die Präventionsarbeit eine besondere Bedeutung zu; sie müssen über spezifische Elternschulungen, -trainings und -beratungen einbezogen werden. Dabei empfiehlt sich ergänzende Beratung insbesondere für Familien in belasteten Situationen, beispielsweise bei konfliktbehafteten Trennungen.

## Leitthese 7

Schulen und Kindertagesstätten eignen sich, um auch schwer erreichbare Risikogruppen zu adressieren. Hier sollten universelle Präventionsmaßnahmen vermehrt in Phasen sensibler Transitionen angeboten und gegebenenfalls durch selektive Maßnahmen ergänzt werden.

## Leitthese 8

Digitale Kanäle der Gesundheitsförderung und Prävention sind geeignet, auch Familien in Risikolagen anzusprechen. Hierfür sind neben Education Entertainment–Ansätzen bevorzugt bereits bestehende und häufig frequentierte Kanäle zu nutzen, wie etwa Social Media; Botschaften müssen zielgruppenadäquat aufbereitet sein und neben sachlichen Informationen auch emotionale Aspekte für die Ansprache

berücksichtigen.

## Leitthese 9

Fehlendes Wissen zur kommunalen Gesundheitsstruktur kann eine Inanspruchnahmebarriere darstellen, die durch Förderung von Gesundheitskompetenz abgebaut werden könnte.

## Leitthese 10

Forschung zu Erfolgsfaktoren und Barrieren, gerade in Bezug auf intersektorale, netzwerkbasierte Präventionsarbeit, in den für Deutschland spezifischen Gesundheitsstrukturen ist ausbaufähig und eine wichtige Voraussetzung für die Evidenzbasierung weiterer Maßnahmen.

- 1 Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2003) *Gesundheitsziele.de. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland*. Berlin
- 2 Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2009) *Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Leistungsangebote der Gesetzlichen Krankenversicherung und landesrechtliche Regelungen zur Steigerung ihrer Inanspruchnahme*. (WD 9–3000 - 113/2009)
- 3 Thaiss H, Klein R, Schumann EC et al. (2010) *Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz*. Bundesgesundheitsbl 53(10):1029-1047. DOI 10.1007/s00103-010-1134-8
- 4 Nationale Präventionskonferenz (NPK) (2018) *Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V. Erste weiterentwickelte Fassung vom 29. August 2018*. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/P/Präventionsgesetz/BRE\\_Fassung\\_vom\\_29.08.2018.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Präventionsgesetz/BRE_Fassung_vom_29.08.2018.pdf) (Stand: 13.10.2021)
- 5 World Health Organization (1986) *Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung*. In: *Charta der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung*.
- 6 Dadaczynski K (2019) *Prävention und Gesundheitsförderung in Settings und Lebenswelten*. In: Haring R (Hrsg) *Gesundheitswissenschaften*. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 403-412
- 7 Hutchings J, Lane E (2005) *Parenting and the development and prevention of child mental health problems*. Curr Opin Psychiatry 18(4):386-391. DOI 10.1097/01.yco.0000172056.63401.e0
- 8 Domitrovich C, Bierman K (2001) *Parenting Practices and Child Social Adjustment: Multiple Pathways of Influence*. Merrill-Palmer Q 47:235-263. DOI 10.1353/mpq.2001.0010
- 9 Anthony LG, Anthony BJ, Glanville DN et al. (2005) *The relationships between parenting stress, parenting behaviour and preschoolers' social competence and behaviour problems in the classroom*. Infant Child Dev 14(2):133-154. <https://doi.org/10.1002/icd.385>
- 10 Finkenauer C, Engels R, Baumeister R (2005) *Parenting behavior and adolescent behavioral and emotional problems: The role of self-control*. Int J Behav Dev 29:58-69. DOI 10.1080/01650250444000333
- 11 Rutherford HJV, Wallace NS, Laurent HK et al. (2015) *Emotion regulation in parenthood*. Dev Rev 36:1-14. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2014.12.008>
- 12 Vondra JI, Shaw DS, Swearingen L et al. (2001) *Attachment stability and emotional and behavioral regulation from infancy to preschool age*. Dev Psychopathol 13(1):13-33. DOI 10.1017/s095457940100102x
- 13 Brumariu LE, Kerns KA (2010) *Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: a review of empirical findings and future directions*. Dev Psychopathol 22(1):177-203. DOI 10.1017/s0954579409990344
- 14 Flouri E, Midouhas E, Joshi H et al. (2015) *Emotional and behavioural resilience to multiple risk exposure in early life: the role of parenting*. Eur Child Adolesc Psychiatry 24(7):745-755. DOI 10.1007/s00787-014-0619-7
- 15 Albanese AM, Russo GR, Geller PA (2019) *The role of parental self-efficacy in parent and child well-being: A systematic review of associated outcomes*. Child Care Health Dev 45(3):333-363. DOI 10.1111/cch.12661
- 16 Furlong M, McGilloway S, Bywater T et al. (2012) *Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years*. Cochrane Database Syst Rev (2):Cd008225. DOI 10.1002/14651858.CD008225.pub2
- 17 Reardon T, Harvey K, Baranowska M et al. (2017) *What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? A systematic review of qualitative and quantitative studies*. Eur Child Adolesc Psychiatry 26(6):623-647. DOI 10.1007/s00787-016-0930-6
- 18 Finan SJ, Swierzbiolek B, Priest N et al. (2018) *Parental engagement in preventive parenting programs for child mental health: a systematic review of predictors and strategies to increase engagement*. PeerJ 6:e4676. DOI 10.7717/peerj.4676
- 19 de Graaf I, Speetjens P, Smit F et al. (2008) *Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children: a meta-analysis*. Behav Modif 32(5):714-735. DOI 10.1177/0145445508317134
- 20 Naumann S, Kuschel A, Bertram H et al. (2007) *Förderung der Elternkompetenz durch Triple P-Elterntrainings*. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 56(8):676-690. DOI 10.13109/prkk.2007.56.8.676
- 21 Webster-Stratton C (2005) *The Incredible Years: A training series for the prevention and treatment of conduct problems in young children*. In: Hibbs ED, Jensen PS (Hrsg) *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. American Psychological Association, Washington, D.C., S. 507-555
- 22 Loechner J, Starman K, Galuschka K et al. (2018) *Preventing depression in the offspring of parents with depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. Clin Psychol Rev 60:1-14. DOI 10.1016/j.cpr.2017.11.009
- 23 Platt B, Pietsch K, Krick K et al. (2014) *Study protocol for a randomised controlled trial of a cognitive-behavioural prevention programme for the children of parents with depression: the PRODO trial*. BMC Psychiatry 14:263. DOI 10.1186/s12888-014-0263-2
- 24 Claus N, Marzano L, Loechner J et al. (2019) *Qualitative evaluation of a preventive intervention for the offspring of parents with a history of depression*. BMC Psychiatry 19(1):290. DOI 10.1186/s12888-019-2273-6
- 25 Kölch M, Nolkemper D, Ziegenhain U et al. (2019) *Prävention bei Kindern mit depressiven oder angsterkrankten Eltern*. Der Nervenarzt 90(3):251-259
- 26 Wabnitz P, Kronmüller K-T, Wieskus-Friedemann E et al. (2016) *Nicht von schlechten Eltern – Nische: Ein Brückenkonzept familienorientierter Versorgung von Kindern mit psychisch oder suchtblasteten Eltern*. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 65(9):668-687. DOI 10.13109/prkk.2016.65.9.668
- 27 Nienaber A, Wieskus-Friedemann E, Kliem S et al. (2017) *„Nische – Nicht von schlechten Eltern“ – Evaluation eines Kooperationsprojektes zur Unterstützung von Kindern in Familien mit psychisch oder suchtblasteten Eltern*. Gesundheitswesen 79(2):89-95. DOI 10.1055/s-0035-1564249
- 28 Weare K, Nind M (2011) *Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say?* Health Promot Int 26 Suppl 1:i29-69. DOI 10.1093/heapro/dar075
- 29 Šouláková B, Kasal A, Butzer B et al. (2019) *Meta-Review on the Effectiveness of Classroom-Based Psychological Interventions Aimed at Improving Student Mental Health and Well-Being, and Preventing Mental Illness*. J Prim Prev 40(3):255-278. DOI 10.1007/s10935-019-00552-5
- 30 O'Connor CA, Dyson J, Cowdell F et al. (2018) *Do universal school-based mental health promotion programmes improve the mental health and emotional wellbeing of young people? A literature review*. J Clin Nurs 27(3-4):e412-e426. DOI 10.1111/jocn.14078
- 31 McKeering P, Hwang Y-S (2019) *A Systematic Review of Mindfulness-Based School Interventions with Early Adolescents*. Mindfulness 10(4):593-610. DOI 10.1007/s12671-018-0998-9

- 32 Sapthiang S, Van Gordon W, Shonin E (2019) *Mindfulness in Schools: a Health Promotion Approach to Improving Adolescent Mental Health*. Int J Ment Health Addict 17(1):112-119. DOI 10.1007/s11469-018-0001-y
- 33 Neil AL, Christensen H (2009) *Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety*. Clin Psychol Rev 29(3):208-215. DOI 10.1016/j.cpr.2009.01.002
- 34 Corrieri S, Heider D, Conrad I et al. (2014) *School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: a systematic review*. Health Promot Int 29(3):427-441. DOI 10.1093/heapro/dat001
- 35 Caldwell DM, Davies SR, Hetrick SE et al. (2019) *School-based interventions to prevent anxiety and depression in children and young people: a systematic review and network meta-analysis*. Lancet Psychiatry 6(12):1011-1020. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30403-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30403-1)
- 36 Kavanagh J, Oliver S, Lorenc T et al. (2009) *School-based cognitive-behavioural interventions: A systematic review of effects and inequalities*. Health Sociology Review 18(1):61-78. DOI 10.5172/hesr.18.1.61
- 37 Calear AL, Christensen H (2010) *Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression*. J Adolesc 33(3):429-438. DOI 10.1016/j.adolescence.2009.07.004
- 38 Werner-Seidler A, Perry Y, Calear AL et al. (2017) *School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis*. Clin Psychol Rev 51:30-47. DOI 10.1016/j.cpr.2016.10.005
- 39 Sanchez AL, Cornacchio D, Poznanski B et al. (2018) *The Effectiveness of School-Based Mental Health Services for Elementary-Aged Children: A Meta-Analysis*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 57(3):153-165. DOI 10.1016/j.jaac.2017.11.022
- 40 Mackenzie K, Williams C (2018) *Universal, school-based interventions to promote mental and emotional well-being: what is being done in the UK and does it work? A systematic review*. BMJ Open 8(9):e022560. DOI 10.1136/bmjopen-2018-022560
- 41 Franklin C, Kim JS, Beretvas TS et al. (2017) *The Effectiveness of Psychosocial Interventions Delivered by Teachers in Schools: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Clin Child Fam Psychol Rev 20(3):333-350. DOI 10.1007/s10567-017-0235-4
- 42 Yamaguchi S, Foo JC, Nishida A et al. (2020) *Mental health literacy programs for school teachers: A systematic review and narrative synthesis*. Early Interv Psychiatry 14(1):14-25. DOI 10.1111/eip.12793
- 43 Schulte-Körne G (2016) *Mental Health Problems in a School Setting in Children and Adolescents*. Dtsch Arztebl Int 113(11):183-190. DOI 10.3238/arztebl.2016.0183
- 44 Norman CD, Skinner HA (2006) *eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World*. J Med Internet Res 8(2):e9. DOI 10.2196/jmir.8.2.e9
- 45 Kutcher S, Wei Y, Hashish M (2016) *Chapter 8 - Mental Health Literacy for Students and Teachers: A "School Friendly" Approach*. In: Hodes M, Gau S (Hrsg) Positive Mental Health, Fighting Stigma and Promoting Resiliency for Children and Adolescents. Academic Press, San Diego, S. 161-172
- 46 McLuckie A, Kutcher S, Wei Y et al. (2014) *Sustained improvements in students' mental health literacy with use of a mental health curriculum in Canadian schools*. BMC Psychiatry 14:379. DOI 10.1186/s12888-014-0379-4
- 47 Wahl P, Fretian A, Bauer U (2018) *IMPRES: Improving mental health literacy in children and adolescents to reduce stigma*. European J Public Health 28(suppl\_4):cky213. 759
- 48 Ekland E, Heian F, Hagen KB et al. (2004) *Exercise to improve self-esteem in children and young people*. Cochrane Database Syst Rev (1):Cd003683. DOI 10.1002/14651858.CD003683.pub2
- 49 Pascoe MC, Parker AG (2019) *Physical activity and exercise as a universal depression prevention in young people: A narrative review*. Early Interv Psychiatry 13(4):733-739. DOI 10.1111/eip.12737
- 50 Brown HE, Pearson N, Braithwaite RE et al. (2013) *Physical activity interventions and depression in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis*. Sports Med 43(3):195-206. DOI 10.1007/s40279-012-0015-8
- 51 Spruit A, Assink M, van Vugt E et al. (2016) *The effects of physical activity interventions on psychosocial outcomes in adolescents: A meta-analytic review*. Clin Psychol Rev 45:56-71. DOI 10.1016/j.cpr.2016.03.006
- 52 McMahon EM, Corcoran P, O'Regan G et al. (2017) *Physical activity in European adolescents and associations with anxiety, depression and well-being*. Eur Child Adolesc Psychiatry 26(1):111-122. DOI 10.1007/s00787-016-0875-9
- 53 Cahill SM, Egan BE, Seber J (2020) *Activity- and Occupation-Based Interventions to Support Mental Health, Positive Behavior, and Social Participation for Children and Youth: A Systematic Review*. Am J Occup Ther 74(2):p1-p28. DOI 10.5014/ajot.2020.038687
- 54 Bradshaw CP, Waasdorp TE, Leaf PJ (2012) *Effects of school-wide positive behavioral interventions and supports on child behavior problems*. Pediatrics 130(5):e1136-1145. DOI 10.1542/peds.2012-0243
- 55 Pas ET, Waasdorp TE, Bradshaw CP (2015) *Examining Contextual Influences on Classroom-Based Implementation of Positive Behavior Support Strategies: Findings from a Randomized Controlled Effectiveness Trial*. Prev Sci 16(8):1096-1106. DOI 10.1007/s11121-014-0492-0
- 56 Bonell C, Allen E, Warren E et al. (2018) *A Multi-Component School Environment Intervention Reduces Bullying and Risky Behaviour and Improves Mental Health and Quality of Life: Findings from the INCLUSIVE Cluster Randomized Controlled Trial*. J Adolesc Health 62:S9. DOI 10.1016/j.jadohealth.2017.11.020
- 57 Beelmann A, Pfost M, Schmitt C (2014) *Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen*. Z Gesundheitspsychol 22(1):1-14. DOI 10.1026/0943-8149/a000104
- 58 Rönnau-Böse M, Fröhlich-Gildhoff K (2014) *Förderung der seelischen Gesundheit in Kindertageseinrichtungen*. Diskurs Kindheits- und Jugendforschung 2:165-184. DOI 10.3224/diskurs.v9i2.16280
- 59 Rauh K, Döther S, Fröhlich-Gildhoff K (2020) *Gesundheitsförderung im Setting Kindertageseinrichtung – eingebettet in die Organisationsentwicklungsprozesse im „Präventionsnetzwerk Ortenaukreis“*. Frühe Bildung 9(2):64-72. DOI 10.1026/2191-9186/a000471
- 60 Fröhlich-Gildhoff K, Rönnau-Böse M (2011) *Prevention of exclusion: The promotion of resilience in early childhood institutions in disadvantaged areas*. J Public Health 20 DOI 10.1007/s10389-011-0451-1
- 61 Blewitt C, Fuller-Tyszkiewicz M, Nolan A et al. (2018) *Social and Emotional Learning Associated With Universal Curriculum-Based Interventions in Early Childhood Education and Care Centers: A Systematic Review and Meta-analysis*. JAMA Netw Open 1(8):e185727. DOI 10.1001/jamanetworkopen.2018.5727
- 62 Rodriguez-Ayllon M, Cadenas-Sánchez C, Estévez-López F et al. (2019) *Role of Physical Activity and Sedentary Behavior in the Mental Health of Preschoolers, Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Sports Med 49(9):1383-1410. DOI 10.1007/s40279-019-01099-5
- 63 *Das Kita-Patenprogramm*. [www.achtung-kinderseele.org/kita-patenprogramm](http://www.achtung-kinderseele.org/kita-patenprogramm) (Stand: 26.10.2021)

- 64** Quilling B, Kruse S (2018) *Evidenzlage kommunaler Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung: Eine Literatur- und Datenbankrecherche (Rapid Review)*. GKV Spitzenverband, Berlin
- 65** Fröhlich-Gildhoff K, Trojan A (2018) *Komplexe gemeindeorientierte Interventionen zur Gesundheitsförderung bei Kindern*. Bundesgesundheitsbl 61(10):1279-1288. DOI 10.1007/s00103-018-2801-4
- 66** Tillmann S, Clark AF, Gilliland JA (2018) *Children and Nature: Linking Accessibility of Natural Environments and Children's Health-Related Quality of Life*. Int J Environ Res Public Health 15(6) DOI 10.3390/ijerph15061072
- 67** McCormick R (2017) *Does Access to Green Space Impact the Mental Well-being of Children: A Systematic Review*. J Pediatr Nurs 37:3-7. DOI 10.1016/j.pedn.2017.08.027
- 68** Vanaken GJ, Danckaerts M (2018) *Impact of Green Space Exposure on Children's and Adolescents' Mental Health: A Systematic Review*. Int J Environ Res Public Health 15(12):2668. DOI 10.3390/ijerph15122668
- 69** Gubbels JS, Kremers SP, Droomers M et al. (2016) *The impact of greenery on physical activity and mental health of adolescent and adult residents of deprived neighborhoods: A longitudinal study*. Health Place 40:153-160. DOI 10.1016/j.healthplace.2016.06.002
- 70** Landesprogramm Stadtteilmütter. <https://www.berlin.de/sen/jugend/familie-und-kinder/familienfoerderung/stadtteilmuetter/> (Stand: 26.10.2021)
- 71** Berg A (2019) *Kinder und Jugendliche in der digitalen Welt*. [https://www.bitkom.org/sites/default/files/2019-05/bitkom\\_pk-charts\\_kinder\\_und\\_jugendliche\\_2019.pdf](https://www.bitkom.org/sites/default/files/2019-05/bitkom_pk-charts_kinder_und_jugendliche_2019.pdf) (Stand: 18.06.2019)
- 72** Hildebrand A, Weiss M, Stemmler M (2019) *Online-Peer-Suizidpräventionsprogramme bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Eine systematische Übersichtsarbeit*. ZPPP 67(4):221-229. DOI 10.1024/1661-4747/a000392
- 73** Clarke AM, Kuosmanen T, Barry MM (2015) *A systematic review of online youth mental health promotion and prevention interventions*. J Youth Adolesc 44(1):90-113. DOI 10.1007/s10964-014-0165-0
- 74** Hollis C, Falconer CJ, Martin JL et al. (2017) *Annual Research Review: Digital health interventions for children and young people with mental health problems - a systematic and meta-review*. J Child Psychol Psychiatry 58(4):474-503. DOI 10.1111/jcpp.12663
- 75** Grist R, Porter J, Stallard P (2017) *Mental Health Mobile Apps for Preadolescents and Adolescents: A Systematic Review*. J Med Internet Res 19(5):e176. DOI 10.2196/jmir.7332
- 76** Richardson T, Stallard P, Velleman S (2010) *Computerised cognitive behavioural therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents: a systematic review*. Clin Child Fam Psychol Rev 13(3):275-290. DOI 10.1007/s10567-010-0069-9
- 77** Das JK, Salam RA, Lassi ZS et al. (2016) *Interventions for Adolescent Mental Health: An Overview of Systematic Reviews*. J Adolesc Health 59(4s):S49-S60. DOI 10.1016/j.jadohealth.2016.06.020
- 78** Pennant ME, Loucas CE, Whittington C et al. (2015) *Computerised therapies for anxiety and depression in children and young people: a systematic review and meta-analysis*. Behav Res Ther 67:1-18. DOI 10.1016/j.brat.2015.01.009
- 79** Reyes-Portillo JA, Mufson L, Greenhill LL et al. (2014) *Web-based interventions for youth internalizing problems: a systematic review*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 53(12):1254-1270.e1255. DOI 10.1016/j.jaac.2014.09.005
- 80** Zayeni D, Raynaud JP, Revet A (2020) *Therapeutic and Preventive Use of Video Games in Child and Adolescent Psychiatry: A Systematic Review*. Front Psychiatry 11:36. DOI 10.3389/fpsy.2020.00036
- 81** Kaess M, Bauer S (2019) *Editorial Promoting Help-seeking using E-Technology for Adolescents: The ProHEAD consortium*. Trials 20(1):72. DOI 10.1186/s13063-018-3162-x
- 82** Frantz I, Heinrichs N (2016) *Populationseffekte einer flächendeckenden Implementierung familienbasierter Präventionsprogramme*. Z Klin Psychol Psychopathol Psychother 45(1):14-25. DOI 10.1026/1616-3443/a000344

# 6



## Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung

# Indikatoren



Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) gehört zu den am häufigsten diagnostizierten psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters. Sie berührt viele Aspekte der kindlichen Entwicklung und der sozialen, kognitiven und emotionalen Funktionsfähigkeit [1, 2]. Die ADHS zeichnet sich nach dem Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen (DSM-5) durch Symptome von Unaufmerksamkeit, motorischer Unruhe (Hyperaktivität) und Impulsivität aus, welche nicht mit dem alterstypischen Entwicklungsstand des Kindes zu vereinbaren sind [3]. Eine ADHS kann sowohl im Kindes- und Jugendalter als auch im Erwachsenenalter diagnostiziert werden. Für die Diagnosestellung wird gefordert, dass die Symptome bereits vor dem Alter von zwölf Jahren begonnen haben, über mehr als sechs Monate andauern und situationsübergreifend in mindestens zwei Lebensbereichen, wie in der Schule, zu Hause oder in der Freizeit, aufgetreten sind. Darüber hinaus müssen die Betroffenen erkennbar unter den Symptomen leiden und in ihrer Alltagsfunktionalität beeinträchtigt sein. Die Symptome dürfen zudem nicht ausschließlich im Verlauf einer Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung auftreten oder besser durch eine andere psychische Störung erklärbar sein. In der zehnten Ausgabe der International Classification of Diseases der WHO (ICD-10) wird die ADHS als hyperkinetische Störung (HKS; F90.0) bezeichnet beziehungsweise kodiert. Es bestehen geringfügige Unterschiede hinsichtlich der

diagnostischen Kriterien einer HKS gemäß ICD-10 und einer ADHS gemäß DSM-5.

Die ADHS wird zu einem Großteil auf genetische Faktoren zurückgeführt. Zwischen der Symptomatik einer ADHS und Symptomen anderer psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter bestehen hohe Überschneidungen. Eine ADHS geht zudem oftmals komorbid mit weiteren psychischen Störungen einher. In der Literatur werden Häufigkeiten von über 80% für mindestens eine und 67% für zwei und mehr komorbide psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS berichtet [4]. Die klinische Diagnosestellung einer ADHS ist aufwändig. Neben psychodiagnostischen Interviews, ADHS-spezifischen Fragebögen, kognitiven Leistungs- und Aufmerksamkeits-tests werden im Rahmen einer ADHS-Diagnostik auch Informationen bei weiteren Personen eingeholt, zum Beispiel von den Eltern, Erzieherinnen und Erziehern oder Lehrerinnen und Lehrern (sog. Multi-Informant-Prinzip) [5], um die Symptomatik in unterschiedlichen Lebensbereichen zu erfassen und klinisch relevante funktionelle psychosoziale Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen sicher einschätzen zu können.

In einem epidemiologischen Gesundheitssurvey, der eine Vielzahl von Indikatoren berücksichtigen muss, ist eine leitliniengerechte ADHS-Diagnostik aus Zeit- und Ressourcengründen nicht durchführbar. In der KiGGS-Studie wurden daher Informationen und Indikatoren genutzt, mithilfe derer man sich dem

Vorliegen einer ADHS annähern kann (Tabelle 6.1.1). Diese werden im Folgenden erläutert.

### 6.1.1 ADHS-Diagnosefrage

Der Kernindikator für ADHS in den KiGGS-Studien ist die durch die Eltern berichtete, jemals durch eine Ärztin oder einen Arzt beziehungsweise eine Psychologin oder einen Psychologe oder eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten gestellte ADHS-Diagnose [6-8]. Für die über 18-Jährigen in der KiGGS-Kohorte liegt die Information über eine ADHS-Diagnose als Selbstangabe vor. Auch wenn mit der Fragestellung darauf abgezielt wurde, dass nur die Diagnosen von medizinischem Fachpersonal (und nicht Laiendiagnosen, etwa von Erzieherinnen oder Erziehern oder Lehrkräften) berichtet werden sollten, kann mit den KiGGS-Daten keine Aussage darüber getroffen werden, ob die so erhobenen ADHS-Diagnosen leitliniengerecht gestellt wurden. In einer internationalen Studie hat sich der Indikator jedoch zumindest für den Altersbereich von 3 bis 17 Jahren als belastbar erwiesen [9]. Mit den Daten der KiGGS Welle 1 wurde die Konstruktvalidität des Indikators mit der Hyperaktivitätsskala des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) als unabhängiger und der ADHS-Diagnosefrage als abhängiger Variable mit einer ROC-Analyse bestimmt. Dabei betrug die Fläche unter der Kurve (AUC) 86% [10]. Der AUC-Wert kann Werte zwischen 0 und 1 (entspricht 0% und 100%) annehmen und als Wahrscheinlichkeit interpretiert werden, dass ein richtig-positiver Wert auch als solcher klassifiziert wird. In allen drei KiGGS-Erhebungen wurde die ADHS-Diagnose als Lebenszeitdiagnose erfasst. In der KiGGS Welle 2 wurde sowohl im Querschnittsarm als auch im Kohortenarm zusätzlich erfragt, ob die ADHS auch in den letzten 12 Monaten bestand (ADHS-12-Monatsprävalenz).

### 6.1.2 ADHS-Symptomatik und ADHS-Verdachtsfall

Über die Subskala „Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität“ des SDQ wurde in allen drei KiGGS-Wellen die ADHS-Symptombelastung erhoben [11] (siehe Kapitel 5.1). Die dimensionale Erfassung von ADHS-Symptomen über diese Subskala ist insbesondere für die Durchführung längsschnittlicher Analysen von Vorteil, um Veränderungen in der Symptombelastung zu untersuchen. Darüber hinaus wurden mithilfe der Subskala „Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität“ die

sogenannten ADHS-Verdachtsfälle definiert. Laut KiGGS-Falldefinition liegt ein ADHS-Verdachtsfall dann vor, wenn keine jemals ärztlich oder psychologisch diagnostizierte ADHS berichtet wurde, jedoch auf der Hyperaktivitätsskala ein auffälliger Wert ( $\geq 7$ ; sog. „clinical range“) erreicht wurde [12].

### 6.1.3 Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten

Bezüglich der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten wurden für diesen Bericht folgende Indikatoren und Informationen berücksichtigt (Tabelle 6.1.1).

In allen drei KiGGS-Erhebungen wurden die Eltern und ab 14 Jahren die Kinder und Jugendlichen selbst gefragt, ob in den letzten 12 Monaten eine kinderärztliche, nervenärztliche/psychiatrische oder eine psychologische Behandlung in Anspruch genommen wurde – unabhängig vom Anlass der Kontaktaufnahme [13]. Sofern das Vorliegen einer ADHS-Lebenszeitdiagnose bejaht wurde, wurden ab KiGGS Welle 1 zudem die Eltern der 3- bis 17-jährigen Kinder sowie die jungen Erwachsenen ab 18 Jahren gefragt, ob zurzeit eine psychotherapeutische Behandlung der ADHS erfolgt und ob jemals eine Psychotherapie aufgrund von ADHS stattgefunden hat.

Angaben zur Medikamentenanwendung in den letzten sieben Tagen wurden in der KiGGS-Basiserhebung und in der KiGGS Welle 2 im Rahmen eines Arzneimittelinterviews im Studienzentrum erfragt. Für die Analysen in diesem Bericht werden Präparate, die unter den ATC-Code N06BA (zentral wirkende Sympathomimetika) fallen, als ADHS-Medikation bezeichnet [14]. Die ATC-Klassifikation (ATC= Anatomical Therapeutic Chemical) ist ein amtliches Klassifikationssystem für pharmakologische Wirkstoffe. Die Wirkstoffe werden nach dem Organ oder Organsystem, auf das sie einwirken, und nach ihren chemischen, pharmakologischen und therapeutischen Eigenschaften in verschiedene Gruppen eingeteilt. Die Angaben zur Medikamentenanwendung wurden unabhängig vom Vorliegen einer ADHS-Diagnose erfasst.

#### TABELLE 6.1.1

Indikatoren und Informationen zu ADHS sowie zur Versorgung bei ADHS in der KiGGS-Studie

Anmerkungen Quelle: Eigene Darstellung



KONSTRUKT	INDIKATOR	SURVEY	ERHEBUNG	METHODE UND INTERPRETATION
<b>ADHS-Fall (lt. KiGGS-Falldefinition) [6]</b>	ADHS-Diagnosefrage	Alle KiGGS-Erhebungen (Längs- und Querschnitt)	Elternbericht: 3 – 17 Jahre Selbstbericht: ab 18 Jahre	Von Eltern Minderjähriger oder von volljährigen Teilnehmenden selbst berichtete, jemals ärztlich oder psychologisch gestellte ADHS-Diagnose (Lebenszeitprävalenz)
<b>Aktuelle ADHS</b>	Bestehen der ADHS innerhalb der letzten 12 Monate	KiGGS Welle 2 (Längs- und Querschnitt)	Elternbericht: 3 – 17 Jahre	Nur erfragt, wenn eine ADHS-Lebenszeitdiagnose angegeben wurde (12-Monatsprävalenz)
<b>ADHS-Symptomatik</b>	SDQ-Hyperaktivitätsskala [11]	Alle KiGGS-Erhebungen (Längs- und Querschnitt)	Elternbericht: 3 – 17 Jahre	Dimensionale Erfassung von ADHS-Symptomen mittels der Hyperaktivitätsskala des SDQ (siehe Kapitel 5.1), basierend auf fünf Items zu Unaufmerksamkeit, Impulsivität und motorischer Unruhe, die mit 0 = „trifft nicht zu“, 1 = „trifft teilweise zu“ und 2 = „trifft eindeutig zu“ beantwortet wurden. Es sind Skalensummenwerte von 0 bis maximal 10 möglich
<b>ADHS-Verdachtsfall (lt. KiGGS Falldefinition) [6]</b>	Errechnete Variable aus SDQ-Hyperaktivitätsskala und ADHS-Diagnosefrage	Alle KiGGS-Erhebungen (Längs- und Querschnitt)	Elternbericht: 3 – 17 Jahre	Klassifikation als Verdachtsfall, wenn auf SDQ-Hyperaktivitätsskala ein auffälliger Wert $\geq 7$ vorliegt und keine ADHS-Lebenszeitdiagnose berichtet wurde
<b>Fachärztliche Inanspruchnahme</b>	Frage zur Inanspruchnahme von kinderärztlicher, (kinder-) psychiatrischer, psychologischer Versorgung	Alle KiGGS-Erhebungen (Längs- und Querschnitt)	Elternbericht: 0 – 13 Jahre Selbstbericht: ab 14 Jahre	Inanspruchnahme in den letzten 12 Monaten, ohne Spezifikation des Versorgungsanlasses
<b>Psychotherapeutische Behandlung der ADHS</b>	Frage zu psychotherapeutischer Behandlung	KiGGS Welle 1 KiGGS Welle 2 (Längs- und Querschnitt)	Elternbericht: 3 – 17 Jahre Selbstbericht: ab 18 Jahre	Psychotherapeutische Behandlung der ADHS „zurzeit“ oder, in zusätzlicher Frage, „jemals“ (nur erfragt, wenn das Vorliegen einer ADHS-Diagnose bejaht wurde)
<b>Aktuelle medikamentöse Behandlung der ADHS</b>	Medikamenteneinnahme in den letzten 7 Tagen	Alle KiGGS-Erhebungen (Längs- und Querschnitt)	Elternbericht: 3 – 17 Jahre Selbstbericht: ab 18 Jahre	KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2: Erhebung sämtlicher Medikamente, die in den letzten sieben Tagen eingenommen wurden (unabhängig vom Vorliegen einer ADHS-Diagnose)  KiGGS Welle 1: Erhebung einer medikamentösen Behandlung der ADHS in den letzten sieben Tagen (nur erfragt, wenn das Vorliegen einer ADHS-Diagnose bejaht wurde)

- 1 Remschmidt H (2005) *Global consensus on ADHD/HKD*. Eur Child Adolesc Psychiatry 14(3):127-137. DOI 10.1007/s00787-005-0439-x
- 2 Schmidt S, Petermann F (2008) *Entwicklungspsychopathologie der ADHS*. ZPPP 56:265-274. DOI 10.1024/1661-4747.56.4.265
- 3 Falkai P, Wittchen HU (Hrsg) (2015) *Diagnostische Kriterien DSM-5®: Deutsche Ausgabe*. Hogrefe, Göttingen
- 4 Kadesjö B, Gillberg C (2001) *The Comorbidity of ADHD in the General Population of Swedish School-age Children*. J Child Psychol Psychiatry 42(4):487-492. DOI 10.1111/1469-7610.00742
- 5 De Los Reyes A, Augenstein TM, Wang M et al. (2015) *The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health*. Psychol Bull 141(4):858-900. DOI 10.1037/a0038498
- 6 Schlack R, Hölling H, Kurth BM et al. (2007) *Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)*. Bundesgesundheitsbl 50(5):827-835. DOI 10.1007/s00103-007-0246-2
- 7 Göbel K, Baumgarten F, Kuntz B et al. (2018) *ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*. Journal of Health Monitoring 3(3):46-53. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5768> (Stand: 07.10.2021)
- 8 Schlack R, Mauz E, Hebebrand J et al. (2014) *Hat die Häufigkeit elternberichteter Diagnosen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland zwischen 2003–2006 und 2009–2012 zugenommen?* Bundesgesundheitsbl 57(7):820-829. DOI 10.1007/s00103-014-1983-7
- 9 Visser S, Danielson M, Bitsko R et al. (2013) *Convergent Validity of Parent-Reported ADHD Diagnosis: A Cross-Study Comparison*. Ann Epidemiol 23(9):592-592. DOI 10.1001/jamapediatrics.2013.2364
- 10 Schlack R, Mauz E, Hebebrand J et al. (2014) *Hat die Häufigkeit elternberichteter Diagnosen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland zwischen 2003–2006 und 2009–2012 zugenommen?* Bundesgesundheitsbl 57(7):820-829. DOI 10.1007/s00103-014-1983-7
- 11 Goodman R (1997) *The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note*. J Child Psychol Psychiatry 38:581-586. DOI 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- 12 Rothenberger A, Becker A, Erhart M et al. (2008) *Psychometric properties of the parent strengths and difficulties questionnaire in the general population of German children and adolescents: results of the BELLA study*. Eur Child Adolesc Psychiatry 17(1):99-105. DOI 10.1007/s00787-008-1011-2
- 13 Lampert T, Prütz F, Rommel A et al. (2018) *Soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2*. Journal of Health Monitoring 3(4):38-56. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5871> (Stand: 12.10.2021)
- 14 Knopf H, Hölling H, Huss M et al. (2012) *Prevalence, determinants and spectrum of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) medication of children and adolescents in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey (KiGGS)*. BMJ Open 2(6):e000477. DOI 10.1136/bmjopen-2011-000477

# Prävalenzen, Trends und Verläufe von ADHS




---

## KERNAUSSAGEN

---

**Die Prävalenz elternberichteter, jemals ärztlich oder psychologisch diagnostizierter ADHS bei 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen in Deutschland liegt bei 4,4%. Jungen sind circa dreimal häufiger betroffen als Mädchen.**

---

**Bezüglich diagnostizierter ADHS besteht in allen drei KiGGS-Erhebungen ein erheblicher Sozialgradient zuungunsten von Kindern aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status.**

---

**Bei Kindern aus Familien mit Migrationshintergrund ist ADHS möglicherweise unterdiagnostiziert: Sie weisen seltener eine Diagnose auf, sind jedoch häufiger unter den Verdachtsfällen.**

---

**Über einen Elf-Jahreszeitraum ging die Prävalenz der elternberichteten ADHS-Diagnose um 0,9 Prozentpunkte oder 17% zurück. Der Rückgang betrifft ausschließlich Jungen im Alter von 3 bis 11 Jahren.**

---

ADHS gehört zu den am häufigsten diagnostizierten psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen [1-3]. Nach einer Metaanalyse von Polanczyk und Kollegen auf der Grundlage internationaler epidemiologischer Studien beträgt die mittlere ADHS-Prävalenz weltweit 5% [2]. Über die letzten drei Jahrzehnte gab es dabei keine Veränderungen, wie die gleiche Arbeitsgruppe in einer erweiterten Analyse zeigen konnte [4].

In diesem Kapitel werden auf Grundlage der Daten der KiGGS-Studie die aktuellen Prävalenzen von elternberichteten, jemals ärztlich oder psychologisch gestellten ADHS-Diagnosen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland dargestellt. Mit der KiGGS-Basiserhebung wurden erstmals für Deutschland bundesweit repräsentative epidemiologische Daten zur Prävalenz diagnostizierter ADHS in der Kinder- und Jugendlichenbevölkerung vorgelegt [5]. Mit KiGGS Welle 1 konnten sechs Jahre später zum ersten Mal zeitliche Trends in der Prävalenz elternberichteter ADHS-Diagnosen gezeigt werden [3], mit KiGGS Welle 2 liegen Daten über einen Zeitraum von elf Jahren vor [6]. Darüber hinaus können Prävalenzen sogenannter ADHS-Verdachtsfälle laut KiGGS-Falldefinition [5] berichtet werden. Verdachtsfälle sind Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 17 Jahren, die im psychopathologischen Screening mit dem SDQ (siehe Kapitel 5.1., Infobox 5.1.1) auf der Hyperak-

tivitätsskala auffällige Werte erreichten, für die aber seitens ihrer Eltern keine ADHS-Diagnose berichtet wurde (vergleiche Kapitel 6.1.). Zeitliche Trends in der ADHS-Diagnosehäufigkeit im Elf-Jahres-Zeitraum zwischen der KiGGS-Basiserhebung und der KiGGS Welle 2 werden berichtet und eingeordnet. Zuletzt werden Verlaufsdaten aus der KiGGS-Kohorte und der BELLA-Längsschnittstudie zur Persistenz von ADHS-Symptomen und zur Häufigkeit wiederberichteter sowie neu berichteter ADHS-Lebenszeitdiagnosen dargestellt.

### 6.2.1 Prävalenzen und Trends insgesamt

Nach den Daten von KiGGS Welle 2 (2014 – 2017) liegt die aktuelle Prävalenz elternberichteter, jemals durch eine Ärztin oder einen Arzt oder eine Psychologin oder einen Psychologen gestellter ADHS-Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland bei 4,4%. Die altersstandardisierte ADHS-Diagnoseprävalenz in der KiGGS-Basiserhebung (2003 – 2006) betrug demgegenüber 5,3% (Abbildung 6.2.1). Dies entspricht einem statistisch signifikanten Prävalenzrückgang um 0,9 Prozentpunkte oder knapp 17% in einem Zeitraum von elf Jahren [6]. Zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 1 (2009 – 2012) war hingegen noch keine Veränderung der Prävalenz zu verzeichnen [3]. In KiGGS Welle 2 berichten zudem insgesamt 2,8% der teilnehmenden Eltern, dass die ADHS ihres Kindes auch in den letzten 12 Monaten bestand [7].

Aus dem Kohortenarm der KiGGS-Studie können zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2 erstmals auch Häufigkeiten von ADHS-Lebenszeitdiagnosen

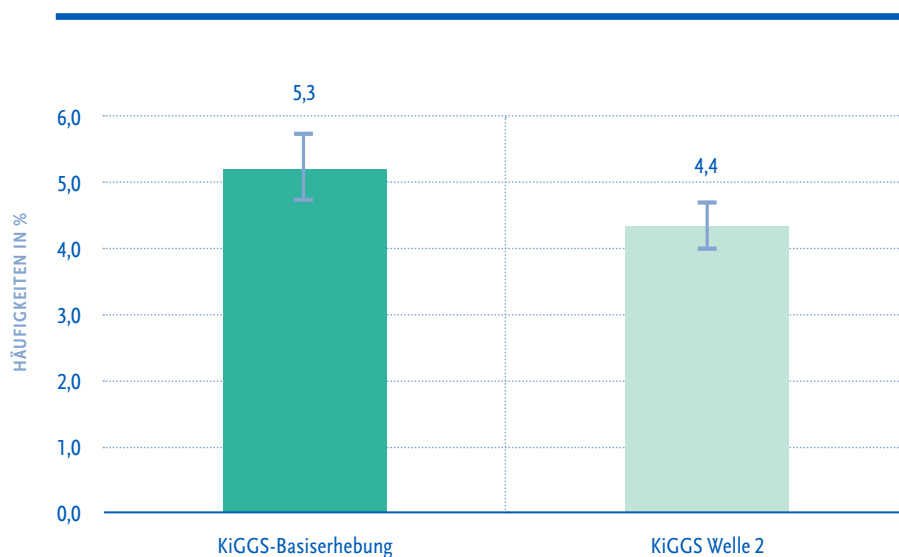
für die Gruppe der jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 29 Jahren berichtet werden. Diese betrug insgesamt 3,3%. Allerdings ist zu beachten, dass die Repräsentativität der Kohorte aufgrund sogenannter Panelerstarrung (das sind Merkmalsveränderungen bei Teilnehmenden wie Familienstandsveränderungen, Veränderungen im Berufs- und Bildungsstatus oder die Geburt von Kindern) sowie aufgrund von Panelmortalität (Veränderungen in der Zusammensetzung der Stichprobe aufgrund des Ausscheidens einzelner Teilnehmender) eingeschränkt ist und auch durch Panelpflege und Gewichtung nur bedingt ausgeglichen werden kann. In der Gruppe der jungen Erwachsenen wurde das Vorliegen einer jemals ärztlich oder psychologisch gestellten ADHS-Diagnose zudem bei den Teilnehmenden selbst erfragt (siehe Kapitel 6.1).

Ungefähr in dem Maße, in dem die Diagnosehäufigkeit von der KiGGS-Basiserhebung bis KiGGS Welle 2 abnimmt, nimmt die relative Häufigkeit der ADHS-Verdachtsfälle unter den Kindern und Jugendlichen in Deutschland zu (Abbildung 6.2.2). Während sich zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung 5,1% der Teilnehmenden im Alter von 3 bis 17 Jahren als ADHS-Verdachtsfälle klassifizieren ließen, waren dies 5,9% zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2.

#### ABBILDUNG 6.2.1

##### Prävalenzen und zeitliche Trends für die elternberichtete ADHS-Lebenszeitdiagnose bei Kindern und Jugendlichen

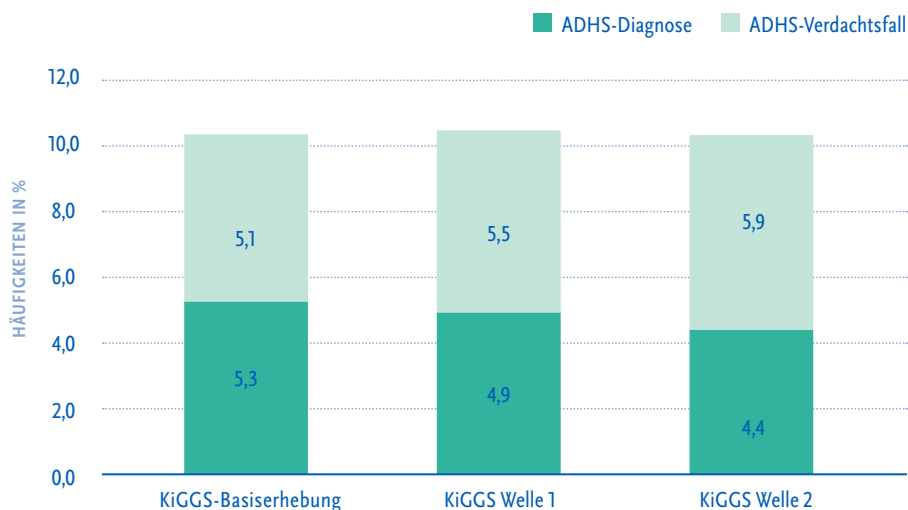
**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS-Basiserhebung (2003 – 2006): n = 13.487; KiGGS Welle 2 (2014 – 2017): n = 13.263; Teilnehmende im Alter von 3 bis 17 Jahren



## ABBILDUNG 6.2.2

### Summarische Übersicht von ADHS-Diagnosen und ADHS-Verdachtsfällen im zeitlichen Trend

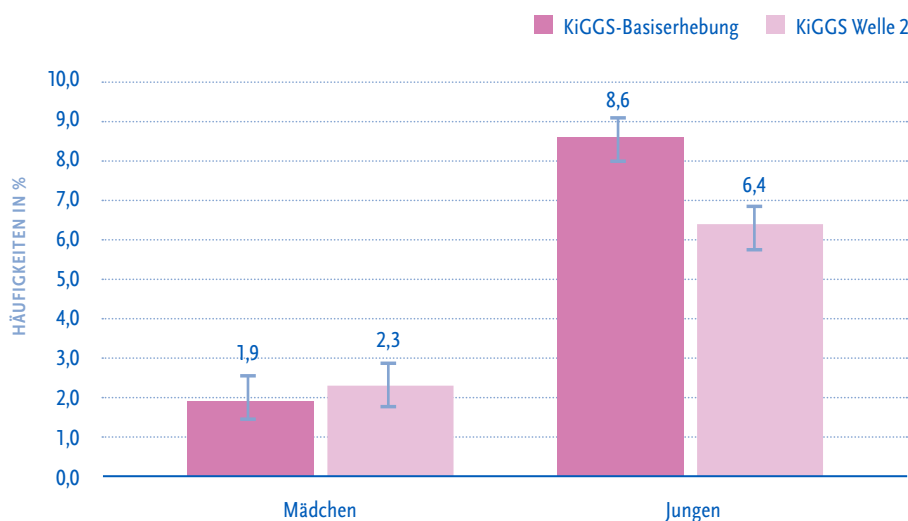
**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS-Basiserhebung (2003 – 2006): n = 13.437; KiGGS Welle 1 (2009 – 2012): n = 10.296; KiGGS Welle 2 (2014 – 2017): n = 13.071; Teilnehmende im Alter von 3 bis 17 Jahren



## ABBILDUNG 6.2.3

### Prävalenzen und zeitliche Trends für die elternberichtete ADHS-Lebenszeitdiagnose

**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS-Basiserhebung (2003 – 2006): Mädchen n = 6.736, Jungen n = 6.715; und KiGGS Welle 2 (2014 – 2017): Mädchen n = 6.669, Jungen n = 6.594; Teilnehmende im Alter von 3 bis 17 Jahren



## 6.2.2 Prävalenzen und Trends nach Geschlecht

Jungen weisen in KiGGS Welle 2 mit 6,5% nahezu dreimal so häufig eine elternberichtete ADHS-Lebenszeitdiagnose auf wie Mädchen mit 2,3% [6] (Abbildung 6.2.3). Auch ist die Wahrscheinlichkeit, dass die ADHS aktuell, also auch in den letzten 12 Monaten, besteht, für Jungen dreimal höher (OR=3,22) [7]. Der Befund, dass Jungen häufiger mit ADHS diagnostiziert werden, findet sich konsistent in allen KiGGS-Erhebungen [3, 5, 6].

Ähnlich wie bei den psychischen Auffälligkeiten (vergleiche Kapitel 5.2) geht die Prävalenz bei den elternberichteten ADHS-Lebenszeitdiagnosen zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2 ausschließlich bei Jungen zurück, während bei Mädchen ein leichter, jedoch nicht signifikanter Anstieg zu verzeichnen ist (Abbildung 6.2.3). Bei den ADHS-

Verdachtsfällen steigt dagegen bei Jungen der Anteil signifikant von 6,5% bei der KiGGS-Basiserhebung auf 7,3% in KiGGS Welle 2 an. Bei Mädchen ist der Anstieg von 3,7% auf 6,4% nicht signifikant.

Auch im jungen Erwachsenenalter wird zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2 eine ADHS-Lebenszeitdiagnose mit 5,2% häufiger von jungen Männern als von jungen Frauen (1,4%) berichtet. Ähnliche Befunde zu einer symptom-basierten Diagnoseprävalenz von ADHS zeigten sich in einer US-amerikanischen Querschnittsstudie mit Erwachsenen im Alter von 18 bis 44 Jahren, wobei das Gender-Ratio dort mit 1:1,6 zuungunsten der Männer deutlich kleiner war [20].

Ein Unterschied zuungunsten von Jungen bezüglich der Häufigkeit der ADHS findet sich nahezu durchgängig in nationalen und internationalen Studien [8–11]. Gelegentlich wird jedoch infrage gestellt, ob die ADHS bei Jungen tatsächlich häufiger

ist [12, 13]. Eine bevölkerungsbezogene US-amerikanische Studie legt nahe, dass ADHS-Symptome bei Jungen und Mädchen annähernd gleich verteilt sein könnten, wenn der bei Mädchen häufigere, unauffmerksame Subtyp stärker berücksichtigt wird [14]. Möglicherweise trägt vor allem die insbesondere im Kindesalter bei Jungen stärker ausgeprägte, gut beobachtbare hypermotorische Symptomatik zu einer höheren diagnostischen Aufmerksamkeit bei, sodass eine ADHS-Diagnose bei ihnen häufiger gestellt wird [12, 13]. Allerdings scheint sich der geschlechtsspezifische „Diagnosegap“ für Deutschland in jüngerer Zeit etwas zu schließen. So wird in KiGGS Welle 2 für Jungen nur noch knapp dreimal so häufig eine ADHS-Lebenszeitdiagnose berichtet wie für Mädchen [6], während dies bei der KiGGS-Basiserhebung (altersstandardisiert) noch mehr als viermal so häufig der Fall war (Abbildung 6.2.3). Auch dass die ADHS-Diagnoseprävalenz bei den Mädchen zuletzt tendenziell zunahm (wenngleich aufgrund geringerer Fallzahlen die statistische Signifikanz für diesen Anstieg verfehlt wurde) [6], könnte dafür sprechen, dass Mädchen hinsichtlich der ADHS mittlerweile eine stärkere diagnostische Aufmerksamkeit zuteilwird [15].

### 6.2.3 Prävalenzen und Trends nach Altersgruppen

Sowohl in der KiGGS-Basiserhebung als auch in KiGGS Welle 2 nimmt die Prävalenz elternberichteter

ADHS-Lebenszeitdiagnosen ab dem Alter von sechs Jahren bis zum mittleren Schulalter (11 bis 13 Jahre) stark zu [3, 6] (Abbildung 6.2.4). Schaut man sich die Verteilung nach Altersgruppen im zeitlichen Trend zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2 an, fällt auf, dass der Prävalenzrückgang bei den elternberichteten ADHS-Lebenszeitdiagnosen vor allem den Altersbereich von drei bis elf Jahren betrifft [6] und damit vorrangig in einem anderen Altersbereich lokalisiert ist als der Prävalenzrückgang bei den psychischen Auffälligkeiten (dort betraf er den Altersbereich von 9 bis 17 Jahren) [16] (vergleiche Kapitel 5.2). Bei den ADHS-Verdachtsfällen ist im gleichen Zeitraum in der Altersgruppe von drei bis fünf Jahren eine signifikante Zunahme der relativen Häufigkeiten von 6,8% auf 9,3% zu verzeichnen, in der Altersgruppe sechs bis acht Jahre eine Zunahme von 6,1% auf 8,5%. Bei den höheren Altersgruppen gibt es keine signifikanten Veränderungen der relativen Häufigkeiten der ADHS-Verdachtsfälle.

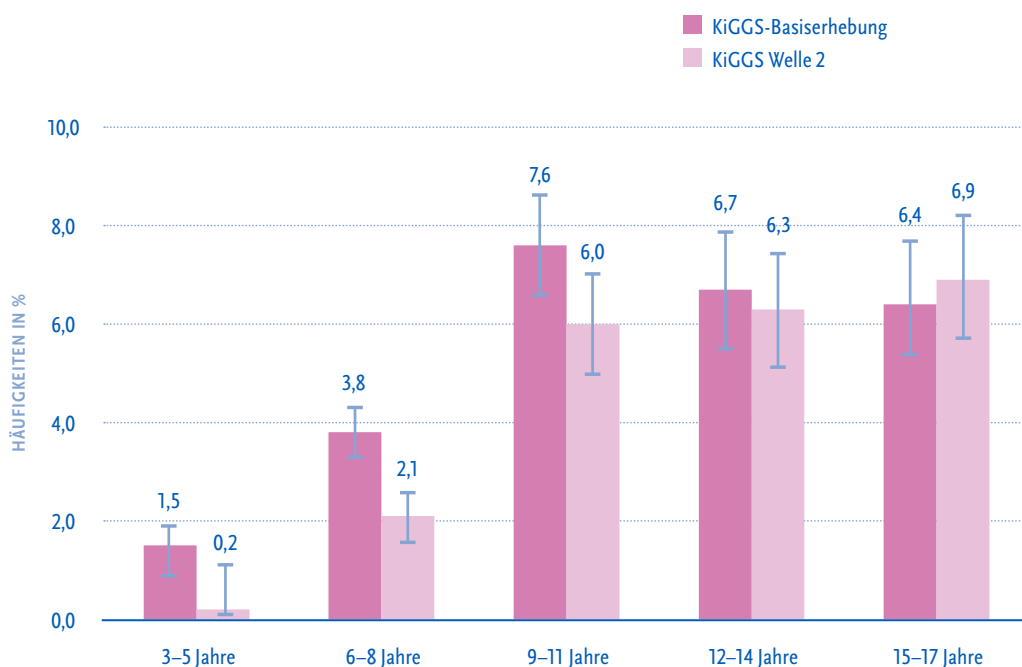
### 6.2.4 Alter bei erstmaliger ADHS-Diagnose

Bei der großen Mehrheit von circa zwei Dritteln der Kohortenteilnehmenden mit einer eltern- oder selbstberichteten ADHS-Diagnose wird die ADHS laut ihrer beziehungsweise der Auskunft ihrer Eltern in einem Alter von fünf bis zehn Jahren zum ersten Mal diagnostiziert (Abbildung 6.2.5). Dieser Altersbereich

ABILDUNG 6.2.4

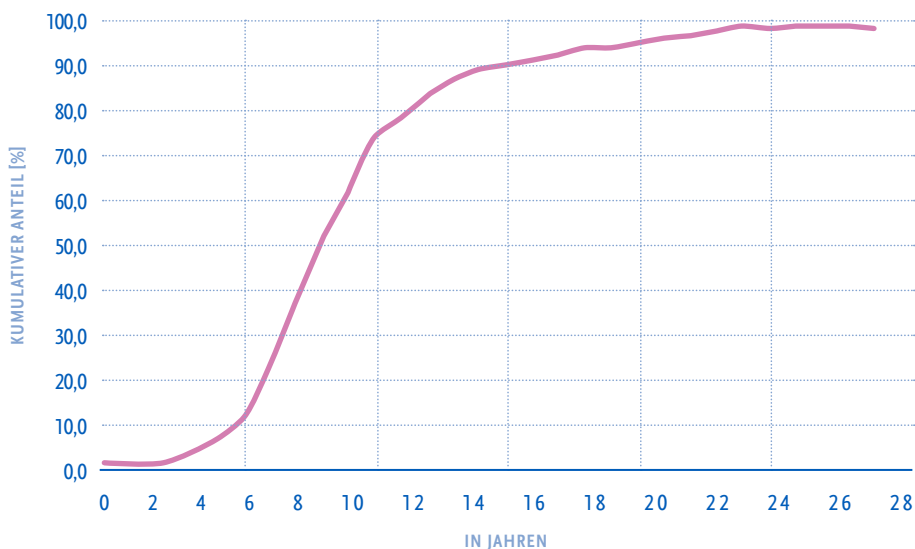
Prävalenzen und zeitliche Trends nach Altersgruppen für die elternberichtete ADHS-Lebenszeitdiagnose

**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS-Basiserhebung (2003 – 2006):  
 3–5 Jahre n = 2.652;  
 6–8 Jahre n = 2.783;  
 9–11 Jahre n = 2.843;  
 12–14 Jahre n = 2.729;  
 15–17 Jahre: n = 2.480  
 KiGGS Welle 2 (2014 – 2017):  
 3–5 Jahre n = 2.513;  
 6–8 Jahre n = 2.639;  
 9–11 Jahre n = 2.696;  
 12–14 Jahre n = 2.869;  
 15–17 Jahre: n = 2.546;  
 Teilnehmende im Alter von 3 bis 17 Jahren



Alter bei Erstdiagnose der ADHS

**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS Welle 2 (2014–2017); KiGGS-Kohorte zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2; Altersbereich 10 bis 29 Jahre; hochgerechnet auf eine Kohorte, bei der alle Teilnehmenden bis zum Alter von 29 Jahren nachverfolgt worden wären, siehe Infobox 6.2.1



bezeichnet das Grundschulalter. Für die meisten Kinder liegt der Schuleintritt im sechsten oder siebten Lebensjahr. Mit dem Schuleintritt steigen die Anforderungen an Konzentration, Impulskontrolle und motorische Inhibition.

Da Kinder mit ADHS aufgrund der Kernsymptomatik der Störung in genau diesen Bereichen Schwierigkeiten haben und diese sich mit den Anforderungen in der Schule verstärkt bemerkbar machen, werden sie in der Konsequenz auch häufiger ärztlich oder psychologisch vorgestellt und mit ADHS diagnostiziert [1]. Bei etwa 10% der ADHS-betroffenen KiGGS-Teilnehmenden wurde die Diagnose zum ersten Mal im Vorschulalter, bis zu einem Alter von fünf Jahren, gestellt. Drei Viertel der Teilnehmenden mit ADHS waren somit bis zu einem Alter von zehn Jahren bereits erstmalig diagnostiziert. Bis zu einem Alter von 15 Jahren hatten 90% der ADHS-Betroffenen ihre Diagnose erhalten. Nach Erreichen der Volljährigkeit wird die ADHS nur noch selten erstmalig diagnostiziert.

**6.2.5 Prävalenzen aus administrativen Daten**

Aus den Routinedaten der Krankenkassen wurden zu Beginn des Jahrtausends starke Anstiege der relativen Häufigkeiten für das Hyperkinetische Syndrom (HKS; ICD-10: F90.0) berichtet. Unter dem Hyperkinetischen Syndrom wird die ADHS in der ICD-10 (siehe Infobox 3.1.2) diagnostisch verschlüsselt. Beispielsweise lag bei einer Auswertung von Versichertendaten der AOK die Prävalenz für das Jahr 2000 bei 1,52% und stieg bis zum Jahr 2007 auf 2,21%

[17]. In diesem Zeitraum wurde zudem nahezu eine Verdopplung der Verordnungsraten von Stimulanzienmedikation (Methylphenidat) verzeichnet [17] (zur Entwicklung der Anwendungshäufigkeiten von ADHS-Medikation in den KiGGS-Daten siehe Kapitel 6.5). Bis zum Jahr 2011 zeichnen die Auswertungen von Routinedaten verschiedener Krankenkassen sowie Abrechnungsdaten der 17 kassenärztlichen Vereinigungen weitgehend übereinstimmend eine weitere Zunahme der administrativen Prävalenz für das Hyperkinetische Syndrom (ICD-10: F90.0) auf über 4% nach, was relativen Zunahmen um bis zu 49% entspricht [18–20]. Die aktuellsten verfügbaren Jahresprävalenzen kodierter HKS-Diagnosen im Kindes- und Jugendalter aus den Routinedaten gesetzlicher Krankenkassen liegen bei 4,4% für das Jahr 2015 [21] und 4,1% für das Jahr 2018 [22]. Auch wenn diese Prävalenzen ähnlich hoch zu liegen scheinen wie die Diagnoseprävalenzen aus der KiGGS-Studie, sind die Daten doch nicht vergleichbar, da es sich bei den KiGGS-Diagnoseprävalenzen um (elternbeziehungsweise selbstberichtete) Lebenszeitprävalenzen handelt. Bei den Routinedaten handelt es sich dagegen um Jahresprävalenzen, die aufgrund der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems zu Abrechnungszwecken dokumentiert wurden. Näherungsweise vergleichbar mit den Jahresprävalenzen aus den Routinedaten der Krankenkassen ist die 12-Monatsprävalenz für das Vorliegen einer aktuellen ADHS aus KiGGS Welle 2. Diese liegt bei 2,8% [7] und beträgt damit nur circa 60% von derjenigen aus den Routinedaten. Stellt man der 12-Monatsprävalenz für das Vorliegen einer aktuellen ADHS aus den KiGGS-Daten allerdings die Behand-

lungsprävalenz aus den bundesweiten ambulanten Abrechnungsdaten des Zentralinstituts der kassenärztlichen Bundesvereinigung (Zi) gegenüber, ist diese mit 3% ähnlich hoch [23].

## 6.2.6 Bewertung

Für die Prävalenz der elternberichteten ADHS-Lebenszeitdiagnose kann, bezogen auf die gesamte Kinder- und Jugendlichenbevölkerung im Alter von 3 bis 17 Jahren, im Elf-Jahres-Zeitraum zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2 mit 17% ein ähnlich hoher relativer Rückgang beschrieben werden, wie für die im psychopathologischen Screening mit dem SDQ erhobenen psychischen Auffälligkeiten mit 15% (Kapitel 5.2). Ebenso wie bei den psychischen Auffälligkeiten zeigt sich dieser Prävalenzrückgang nur bei den Jungen, schwermäßig allerdings in einem anderen Altersbereich. Während psychische Auffälligkeiten im Altersbereich von 9 bis 17 Jahren rückläufig sind, bezieht sich der Prävalenzrückgang bei den elternberichteten ADHS-Diagnosen auf den Altersbereich von 3 bis 11 Jahren. Dies wirft Fragen nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden bei diesen Prävalenzrückgängen auf. Während beim Screening mit dem SDQ (elternberichtete) Symptommhäufigkeiten und -ausprägungen festgestellt werden [24], muss eine ADHS-Diagnose zunächst ärztlich oder psychologisch gestellt und mitgeteilt werden, damit die Eltern sie bei der Befra-

gung erinnern und berichten können. Es muss somit eine „diagnostische Schwelle“ überschritten werden. Ursächlich für eine Abnahme der ADHS-Diagnosehäufigkeit könnten nun einerseits rückläufige Häufigkeiten oder geringere Ausprägungen von ADHS-Symptomen in der Kinder- und Jugendlichenbevölkerung sein, die dazu führen, dass diese diagnostische Schwelle weniger häufig überschritten wird. Andererseits könnten äußere Einflüsse auf das Kodierverhalten von Diagnostikerinnen und Diagnostikern zu Veränderungen der Diagnosehäufigkeit geführt haben. Ersteres ist nicht der Fall, denn die Prävalenz der ADHS-Verdachtsfälle nimmt bis zur KiGGS Welle 2 reziprok zum rückläufigen Trend bei der Diagnoseprävalenz zu. Demzufolge wäre der Blick auf mögliche äußere Veränderungen zu richten.

Die seit Beginn des neuen Jahrtausends stark gestiegenen administrativen Diagnoseprävalenzen und Verordnungsraten für Methylphenidat hatten immer wieder in der Öffentlichkeit und auch in Fachkreisen zu Diskussionen über eine hinreichende Sorgfalt bei der Diagnosestellung und Stimulanzienverordnung bei Kindern und Jugendlichen geführt (siehe zum Beispiel das Sondergutachten des Sachverständigenrates 2009 [25]). Tatsächlich ist die Diagnose der ADHS nicht auf bestimmte fachärztliche Gruppen wie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten beschränkt. Als primär klinische Diagnose können auch nicht auf Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern spezialisierte

### INFOBOX 6.2.1

#### BERECHNUNG DES ALTERS BEI ERSTDIAGNOSE

In der KiGGS-Kohorte wurden die Eltern von 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen sowie die jungen Erwachsenen gefragt, in welchem Alter die ADHS erstmalig bei ihrem Kind beziehungsweise bei ihnen gestellt wurde. Ältere Kohortenteilnehmende haben altersbedingt allerdings eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine ADHS-Diagnose als jüngere Teilnehmende. Beispielsweise kann für eine Person, die zum Erhebungszeitpunkt von KiGGS Welle 2 zehn Jahre alt ist (jüngste Kohortenteilnehmende) und keine ADHS-Diagnose aufweist, keine Angabe darüber

gemacht werden, ob für sie eventuell in der Zukunft eine Diagnose gestellt wird. Die Berechnung des Alters bei erstmaliger Diagnose der ADHS erfolgte deshalb mit sogenannten Überlebenszeitanalysen („survival analysis“). Mit Überlebenszeitanalysen werden die Angaben zum Erstdiagnosealter für alle Teilnehmenden hochgerechnet für den Fall, dass sie bis zum Alter von 29 Jahren nachverfolgt worden wären. Die Analyse schließt alle Kohortenteilnehmenden im Alter von 10 bis 29 Jahren mit einer Angabe zum Erstdiagnosealter ein.





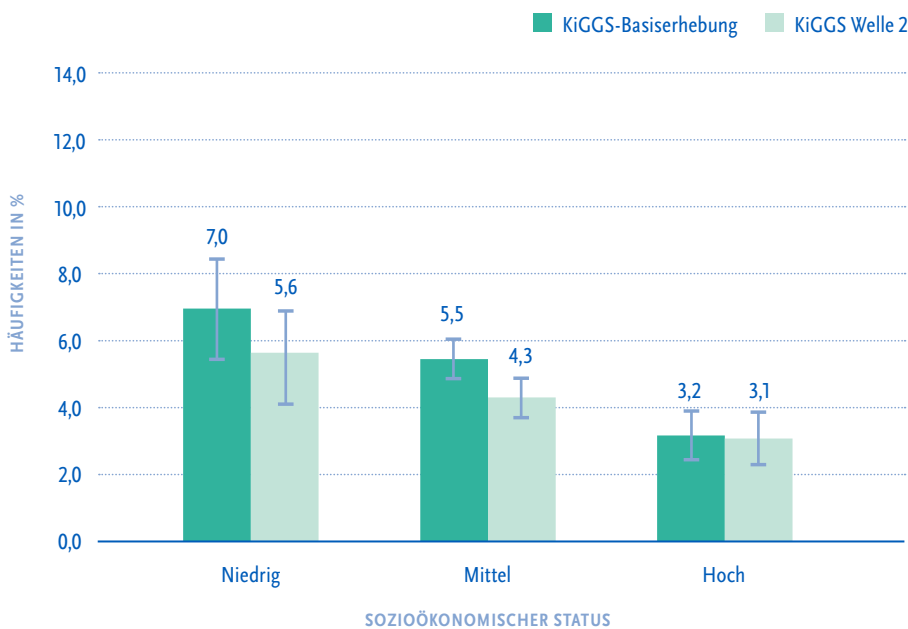
Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten die Diagnose ADHS gemäß den Kriterien des ICD-10 ohne aufwändige Diagnostik stellen und abrechnen. Vor diesem Hintergrund hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in den Jahren 2009 / 2010 die Arzneimittelrichtlinie zur Verordnung von Methylphenidat zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS modifiziert [26]. Die Modifikation mahnte auch eine sorgfältigere und leitliniengerechte Diagnostik der ADHS an. Möglicherweise hat diese Modifikation in den Folgejahren zu einer insgesamt restriktiveren Kodierung der ADHS durch Ärztinnen und Ärzte beziehungsweise Psychotherapeutinnen und -therapeuten geführt. Dafür würde sprechen, dass der Rückgang der ADHS-Diagnoseprävalenz zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2 ausschließlich in den jüngeren Altersgruppen der 3- bis 11-Jährigen verzeichnet wird. Wer in der Altersgruppe bis elf Jahre im Zeitraum zwischen 2014 und 2017 an KiGGS Welle 2 teilgenommen hat, war im Jahr 2009, dem Jahr der erstmaligen Veröffentlichung der Richtlinienmodifikation, maximal fünf Jahre alt oder noch nicht geboren. Geht man weiter davon aus, dass, wie weiter oben dargestellt, nur 10% der ADHS-Diagnosen vor dem Alter von fünf Jahren erstmalig gestellt werden, jedoch 75% der ADHS-Diagnosen bis zu einem Alter von zehn Jahren bereits gestellt worden sind, dann liegen die Erstdiagnosezeitpunkte der zum Zeitpunkt der Erhebung in KiGGS Welle 2 3- bis 11-Jährigen ADHS-Betroffenen zeitlich mehrheitlich nach der Veröffentlichung der Arzneimittel-Richtlinie. Sollte diese einen Einfluss auf das Diagnose- und Kodierverhalten gehabt haben, bildete er sich an dieser Stelle in den KiGGS-Daten ab. Für eine insgesamt strengere Diagnosestellung würde auch sprechen, dass ungefähr in dem Ausmaß, in dem die Prävalenz der elternberichteten ADHS-Diagnosen zurückgeht, diejenige der ADHS-Verdachtsfälle steigt und dass sich dieser Effekt erst im Zeitraum zwischen KiGGS Welle 1 und KiGGS Welle 2 zeigt, etwa zeitlich parallel zur Veröffentlichung der Arzneimittel-Richtlinie. Dass die Arzneimittel-Richtlinie für das Kodier- und Verschreibungsverhalten relevanter Diagnostikerinnen und Diagnostiker nicht völlig folgenlos war, lassen unter anderem auch die seit 2009 / 2010 stagnierenden Verordnungsprävalenzen für die Stimulanzienmedikation sowie die seither stagnierenden administrativen ADHS-Prävalenzen bei Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von 19 Jahren in den Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen vermuten [21, 22].

Damit wäre aber noch nicht erklärt, warum die Prävalenzrückgänge bei den elternberichteten ADHS-

Diagnosen – wie bei den psychischen Auffälligkeiten im Symptomscreening mit dem SDQ – nur bei den Jungen verzeichnet werden. Vermutlich liegen diesem Phänomen jedoch keine gemeinsamen Ursachen zugrunde. Männliches Geschlecht galt lange als ein wichtiger Risikofaktor für die ADHS. Demzufolge finden sich in den meisten nationalen und internationalen Studien, auch in der KiGGS-Studie, Gender-Ratios zuungunsten von Jungen [3, 5, 27, 28]. Da sich die ADHS jedoch genderspezifisch unterschiedlich präsentiert – bei Jungen überwiegt das auffällige hyperaktive Verhalten, bei Mädchen oftmals die weniger auffälligen Unaufmerksamkeitsprobleme [14] – wird diskutiert, dass die Störung bei Mädchen stark unterdiagnostiziert sein könnte und ADHS-betroffene Mädchen dadurch auch der Zugang zu spezifischen Ressourcen des Gesundheitssystems fehlt [29]. Die Tatsache, dass die Diagnoseprävalenz in KiGGS Welle 2 bei den Mädchen zunahm (wenn auch nur tendenziell) [6], könnte man vorsichtig als eine gestiegene diagnostische Aufmerksamkeit gegenüber Mädchen mit ADHS interpretieren. So würden hier, je nach Geschlecht, zwei unterschiedliche Entwicklungen aufeinandertreffen: Für Jungen würden die Diagnosen im Durchschnitt restriktiver gestellt, für Mädchen mit ADHS stiegen dagegen die Chancen auf eine ADHS-Diagnose und damit auf eine adäquate Behandlung der Störung.

### 6.2.7 Prävalenzen und Trends nach sozioökonomischem Status

In allen drei KiGGS-Erhebungen besteht bezüglich der elternberichteten ADHS-Lebenszeitdiagnose ein signifikanter sozialer Gradient zuungunsten von Kindern aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status [3, 5, 6] (Abbildung 6.2.6). Dieser Befund entspricht auch internationalen Forschungsergebnissen, wie ein systematischer Review einschlägiger europäischer Studien zeigt [30]. Für das Vorliegen dieser sozialen Differenzen gibt es unterschiedliche Erklärungsansätze. Nach der Hypothese der sozialen Selektion können Personen mit einer psychischen Störung aufgrund ihrer störungsbedingten Beeinträchtigungen und einer gegebenenfalls damit verbundenen verminderten Leistungsfähigkeit in einen sozial benachteiligten Status absteigen [31]. Je nachdem, in welchem Ausmaß eine Störung genetisch determiniert ist, kann sich dieser Prozess auch über mehrere Generationen hinweg vollziehen. Andererseits können ungünstige psychosoziale Bedingungen wie wenig gesundheitsförderliches Verhalten, geringe ökonomische Ressourcen, Krimi-



Prävalenzen und zeitliche Trends einer elternberichteten ADHS-Lebenszeitdiagnose nach sozioökonomischem Status

**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS-Basiserhebung (2003 – 2006): Sozioökonomischer Status: niedrig n = 1.826; mittel n = 8.173; hoch n = 3.384 und KiGGS Welle 2 (2014 – 2017): Sozioökonomischer Status: niedrig n = 1.615; mittel = 8.165; hoch = 3.410; Teilnehmende im Alter von 3 bis 17 Jahren; Werte sind über die Wellen und den SES alters- und geschlechtsstandardisiert

nalität, fehlende soziale Unterstützung oder gesellschaftliche Desintegration auch die Entstehung von psychischen Störungen begünstigen. Dies wird als Kausalitätshypothese bezeichnet [31]. Vermutlich spielen beide Erklärungsansätze für die sozialen Unterschiede in der Prävalenz von ADHS eine Rolle.

Analysiert man die zeitlichen Trends in der Diagnosehäufigkeit zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2 nach sozioökonomischem Status, zeigt sich, dass die Prävalenzrückgänge nur bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit mittlerem sozioökonomischem Status die statistische Signifikanz erreichen (Abbildung 6.2.6). Prävalenzrückgänge sind auch für Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status zu verzeichnen, die jedoch aus Gründen geringer Fallzahl statistisch nicht signifikant sind. Auch die Prävalenz der ADHS-Verdachtsfälle nimmt im gleichen Zeitraum nur für die mittlere Statusgruppe (von 4,9% auf 6,0%) signifikant zu, für die hohe (von 2,9% auf 3,1%) und die niedrige sozioökonomische Statusgruppe (von 8,2% auf 7,8%) sind die Veränderungen nicht signifikant.

### 6.2.8 Prävalenzen und Trends nach Migrationshintergrund

Kinder aus Familien mit beidseitigem Migrationshintergrund weisen laut den Daten von KiGGS Welle 2 mit einer Prävalenz von 1,4% signifikant seltener eine elternberichtete ADHS-Lebenszeitdiagnose auf als Kinder aus Familien mit einseitigem (4,4%) oder

ohne Migrationshintergrund (5,1%). Sie sind jedoch mit 11,0% deutlich und signifikant häufiger unter den Verdachtsfällen (Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund 7,6%, Kinder ohne Migrationshintergrund 7,3%) (Abbildung 6.2.7). Vor allem aber ist bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund die Diskrepanz zwischen der Prävalenz diagnostizierter ADHS und den ADHS-Verdachtsfällen am größten, während sich die entsprechenden Häufigkeiten bei Kindern mit einseitigem und ohne Migrationshintergrund annähernd gleich verteilen.

Auch in der KiGGS-Basiserhebung war die ADHS-Diagnoseprävalenz bei Kindern aus Familien mit Migrationshintergrund (hier einseitig und beidseitig zusammengenommen) mit 3,1% niedriger und die Prävalenz der Verdachtsfälle mit 5,9% höher als bei Kindern aus Familien ohne Migrationshintergrund (für letztere lag sie bei 4,8% bei den ADHS-Diagnosen und nochmals 4,8% bei den Verdachtsfällen) [5, 32]. Da die ADHS transkulturell auftritt, ist zu vermuten, dass die niedrigeren Diagnoseprävalenzen bei Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund nicht auf ein selteneres Vorkommen der ADHS zurückzuführen sind, sondern darauf, dass sie in nicht unerheblichem Ausmaß unterdiagnostiziert ist. Die Diskrepanz zwischen diagnostizierter ADHS und ADHS-Verdachtsfällen ist in KiGGS Welle 2 noch einmal deutlich größer als in der KiGGS-Basiserhebung. Wie in Kapitel 6.5 näher ausgeführt, unterscheiden sich Familien mit Migrationshintergrund deutlich von Familien ohne Migrationshintergrund bezüglich der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems, wenn ihr Kind



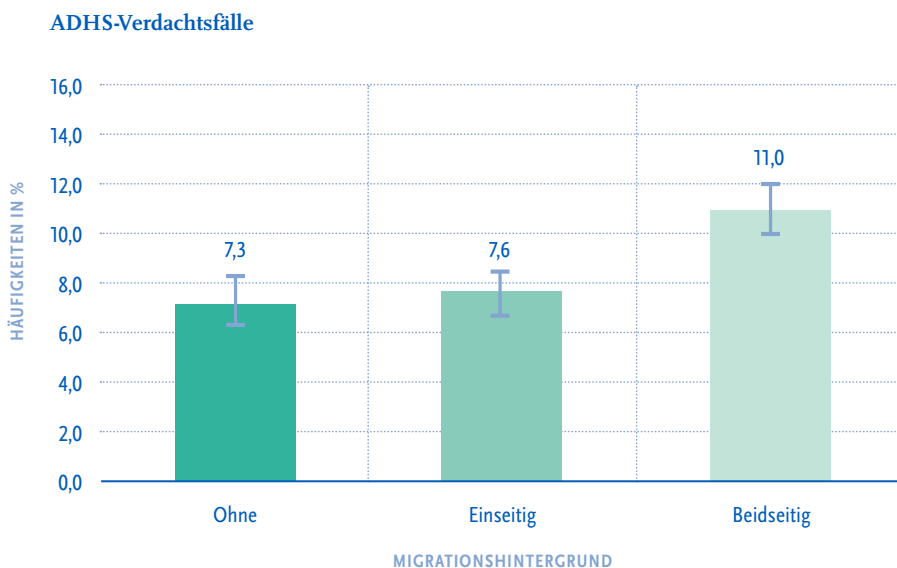
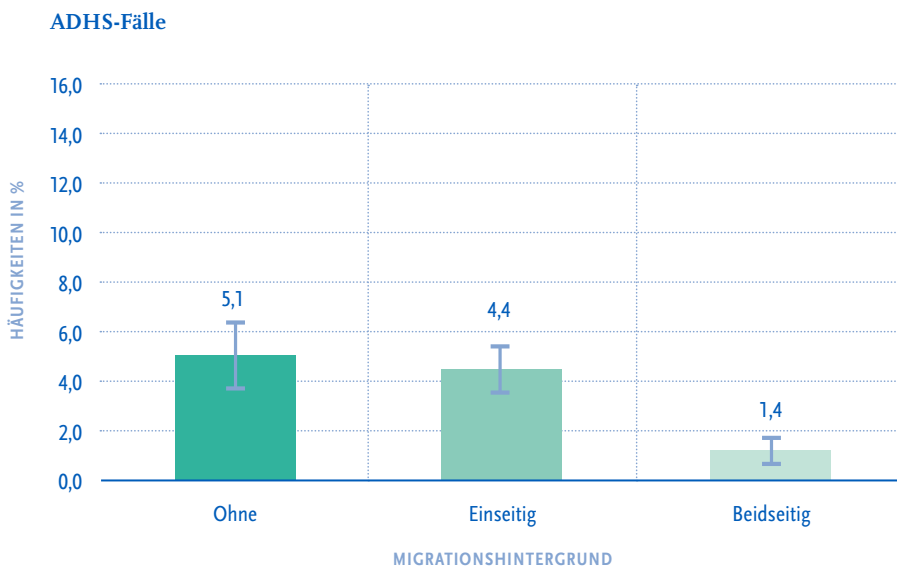
von ADHS betroffen ist. Insbesondere nehmen Familien mit Migrationshintergrund (im Vergleich zu solchen ohne) deutlich seltener (kinder-)psychiatrische und psychologisch-psychotherapeutische Versorgungsangebote in Anspruch, was auf das Vorliegen kulturell bedingter Inanspruchnahmebarrieren deutet. Denkbar ist auch, dass ADHS-Symptome kulturell unterschiedlich toleriert werden [5, 32]. Nach einer Analyse auf der Basis von Daten der KiGGS Welle 2 waren soziale Unterschiede innerhalb der Gruppe der Migrantinnen und Migranten sowie die Aufenthaltsdauer in Deutschland nicht mit dem Vorliegen einer ADHS-Lebenszeitdiagnose assoziiert [33].

Der Migrationshintergrund ist in der KiGGS-Studie eher breit operationalisiert [34]. Differenzierte Betrachtungen nach weiteren Merkmalen wie dem

Herkunftsland sind aufgrund zu geringer Fallzahlen im Kontext von ADHS nicht möglich. Damit birgt die Kategorie ‚Migrationshintergrund‘ trotz ihrer epidemiologischen Relevanz den Nachteil, dass die Vielfalt der Erfahrungen und Prozesse, die mit Migration verbunden sind, in Bezug auf die ADHS nicht in all ihren Facetten abgebildet wird. Trotz dieser Einschränkungen zeigen die hier berichteten Analysen jedoch, dass die Kategorie ‚Migrationshintergrund‘ für die Versorgung von ADHS-betroffenen Kindern und Jugendlichen von Bedeutung ist.

**ABBILDUNG 6.2.7**

**ADHS-Fälle und ADHS-Verdachtsfälle nach Migrationshintergrund**



**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS Welle 2 (2014 – 2017), Grundgesamtheit ADHS-Fälle: n = 13.137; Grundgesamtheit ADHS-Verdachtsfälle: n = 12.628; Teilnehmende im Alter von 3 bis 17 Jahren

## 6.2.9 Prävalenzen und Trends nach Familienstruktur

Nach den Daten von KiGGS Welle 2 wird für 3,3% der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen aus Kernfamilien mit beiden leiblichen Eltern eine ADHS-Lebenszeitdiagnose berichtet, während für Kinder und Jugendliche aus Einelternfamilien die Prävalenz mit 6,6% doppelt so hoch und für solche aus Stieffamilien mit 9,1% knapp dreimal so hoch liegt (Abbildung 6.2.8). Der Zusammenhang der Familienstruktur mit dem Vorliegen einer ADHS-Diagnose bei Kindern oder Jugendlichen wird nicht sehr häufig untersucht. Jedoch zeigen sich ähnliche Ergebnisse in einer bundesweiten US-amerikanischen Repräsentativstudie. Dort war – im Vergleich mit Kindern aus Kernfamilien mit beiden leiblichen oder mit Adoptiveltern – die Wahrscheinlichkeit eine ADHS-Diagnose erhalten zu haben, für Kinder und Jugendliche in Stieffamilien etwa doppelt, für Kinder und Jugendliche aus Einelternfamilien mehr als anderthalbmal so hoch [35]. Aus diesen und den KiGGS-Ergebnissen kann allerdings keine ursächliche Beziehung zwischen der Familienstruktur und dem Vorliegen einer ADHS-Diagnose oder -Symptomatik beim Kind abgeleitet werden, da das Vorliegen einer ADHS umgekehrt auch die Trennungswahrscheinlichkeiten für Eltern erhöht und die ADHS auch familiär gehäuft auftritt (vergleiche Kapitel 6.3). Im zeitlichen Trend nach Familienstruktur zeigen sich zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2 signifikante Prävalenzrückgänge nur für Kinder und Jugendliche aus Kernfamilien mit leiblichen

Eltern (Abbildung 6.2.8). Umgekehrt nehmen auch nur bei Kindern und Jugendlichen aus dieser Familienstruktur die Prävalenzen bei den Verdachtsfällen im gleichen Zeitraum zu (von 4,1% auf 5,2%).

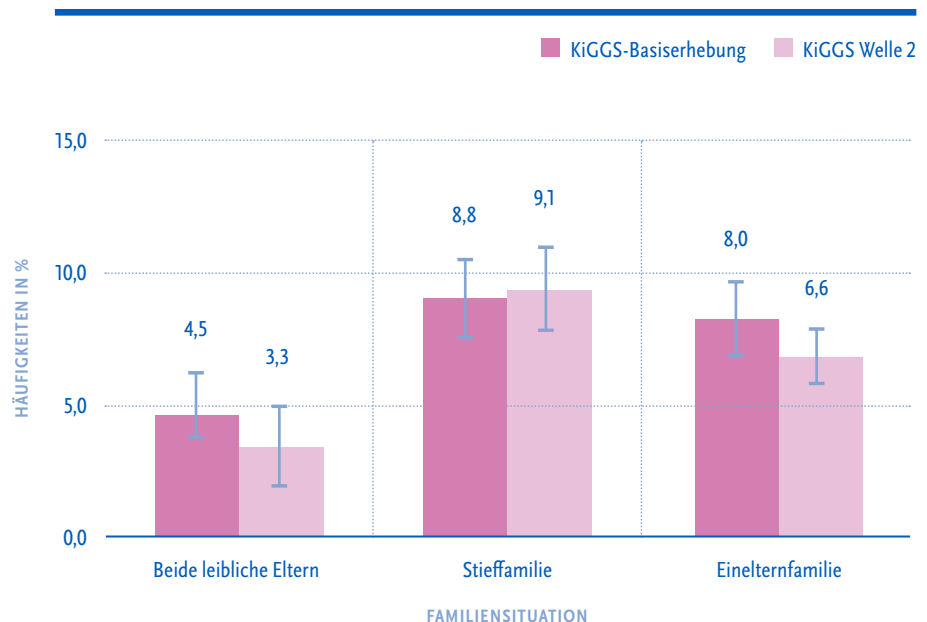
## 6.2.10 Verläufe

Die ADHS unterliegt in vielen Fällen bereits im Jugendalter einem Symptombandel. Während die äußerlich gut beobachtbaren Hyperaktivitätssymptome abnehmen, bestehen andere Symptome wie innere Unruhe, Einschränkungen der Aufmerksamkeitsleistungen sowie Beeinträchtigungen zur Kontrolle und Selbstregulierung des Verhaltens, des Arbeitsgedächtnisses, der Motivation oder die verminderte Impulskontrolle häufig fort. Jedoch werden auch Teil- oder Vollremissionen sowie eine Persistenz des Vollbildes berichtet [36]. Diesen Symptombandel im Jugendalter reflektieren auch die Ergebnisse zweier längsschnittlicher Modellierungen mit Daten der BELLA-Studie auf der Basis unterschiedlicher Symptomfragebögen [37, 38]. In einer Analyse, die die ersten drei Messzeitpunkte der BELLA-Studie in einem Zeitraum von zwei Jahren umfasst, wurden für die Beschreibung des zeitlichen Entwicklungsverlaufs der Symptomatik bei 7- bis 19-jährigen Teilnehmenden drei unterschiedliche Bereiche beschrieben: Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit / Impulsivität und Gesamtsymptomatik über einen Zeitraum von zwei Jahren. Bezüglich aller drei Bereiche lassen sich wiederum drei unterschiedliche Ausprägungsstufen der jeweiligen

### ABILDUNG 6.2.8

#### Prävalenzen und zeitliche Trends nach Familienstruktur für die elternberichtete ADHS-Lebenszeitdiagnose

**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS-Basiserhebung (2003 – 2006): beide leibliche Eltern n = 10.570; Stieffamilie n = 1.057; Einelternfamilie n = 1.537; KiGGS Welle 2 (2014 – 2017): beide leibliche Eltern n = 10.486; Stieffamilie n = 2.724; Einelternfamilie n = 1.478; Teilnehmende im Alter von 3 bis 17 Jahren; Werte sind über die Wellen und die Familiensituationen alters- und geschlechtsstandardisiert



### STABILITÄT UND INZIDENZ DES ELTERN- UND SELBSTBERICHTS DER ADHS-LEBENSZEITDIAGNOSE

Der Indikator, die von den Eltern für ihr Kind beziehungsweise von den jungen Erwachsenen für sich selbst berichtete, niemals durch eine Ärztin oder einen Arzt, einer Psychologin oder einen Psychologen, beziehungsweise Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten, gestellte ADHS-Diagnose, bezeichnet eine Lebenszeitprävalenz.

Die damit ermittelte Häufigkeit sollte bei einer Wiederbefragung im Rahmen einer Folgeerhebung zumindest nicht geringer ausfallen. Dies ist allerdings in der KiGGS-Kohorte nicht der Fall, wie bereits aus einer Analyse mit den Daten von KiGGS Welle 1 bekannt ist [44]. Die Hypothesen zur Erklärung dieses Phänomens lauten, dass die Teilnehmenden die Frage im Sinne einer aktuellen Diagnose beantwortet haben, sich an eine frühere Diagnose nicht mehr erinnern oder als nicht zutreffend erachten (Hypothese I). Oder, dass eine

andere (Differenzial-)diagnose gestellt wurde und die frühere ADHS-Diagnose daher nicht mehr als relevant und damit nicht als berichtenswert erachtet wurde (Hypothese II). Tatsächlich weisen Kinder und Jugendliche mit stabilem ADHS-Diagnosebericht im psychopathologischen Screening mit dem SDQ sowohl in der KiGGS-Basiserhebung als auch in KiGGS Welle 1 höhere störungsassoziierte Symptomausprägungen in den Bereichen Hyperaktivität, Verhaltensprobleme und Peerprobleme auf als Kinder und Jugendliche, für die die Diagnose nicht mehr berichtet wurde, was die Hypothese I stützt [44]. Die Hypothese II würde stützen, dass diejenigen Teilnehmenden, für die zwar zum Erst-, nicht aber zum Folgeerhebungszeitpunkt die ADHS-Lebenszeitdiagnose berichtet wurde, signifikant höhere Wahrscheinlichkeiten für eine andere psychiatrische Diagnose aufwiesen. [44]



Symptomatik beschreiben. Ein geringer Prozentsatz der Kinder und Jugendlichen (2,8% – 3,2%) weist im Zeitverlauf hohe Ausprägungen bezüglich der jeweiligen Symptombereiche auf. In einem mittleren Segment bewegen sich 13,4% bis 18,8% der Teilnehmenden, während die überwiegende Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen (78,3% – 83,3%) eine niedrige Symptomlast aufweist. Auch hier zeigt sich, dass die Hyperaktivitätssymptome über die Zeit abnehmen, während die Unaufmerksamkeitssymptome stabil bleiben [38].

In einer weiteren Analyse, basierend auf einem Mehrebenenmodell für die ersten vier Messzeitpunkte der BELLA-Studie wurden mit dem Global Index der Conners 3-Skalen [39] im Eltern- (7 – 19 Jahre) und im Selbsturteil (11 – 19 Jahre) erhobene ADHS-Symptomverläufe untersucht. Laut der Elterneinschätzung gehen die mittleren ADHS-Symptome mit steigendem Alter für beide Geschlechter kontinuierlich zurück. Die selbstberichtete Symptombelastung nimmt dagegen ab dem 13. Lebensjahr zu, sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen, bei letzteren sogar stärker [37]. Eine aktuelle populationsbasierte US-

amerikanische Längsschnittstudie über einen Zeitraum von acht Jahren mit Kindern und Jugendlichen zwischen 7 und 15 Jahren zu den Entwicklungsverläufen von ADHS-Symptomen weist auf ähnliche geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich Beginn und Verlauf der ADHS-Symptomatik hin: Während für Jungen häufiger bereits in der Kindheit eine hohe ADHS-Symptombelastung berichtet wird, die in den folgenden Jahren stabil bleibt, wird für Mädchen erst im Jugendalter ein stärkerer Anstieg von ADHS-Symptomen berichtet [40].

#### 6.2.11 Stabilität und Inzidenz der Lebenszeitprävalenz der ADHS-Diagnose

Studien, in denen die Stabilität von ADHS-Diagnosen prospektiv untersucht wird, sind selten. In der Regel beziehen sie sich auf klinische Stichproben, in denen die ADHS im Rahmen einer klinischen Diagnostik erhoben wurde. Die Persistenzraten von klinisch festgestellter ADHS liegen zwischen 70% und 79% in Zeiträumen von sechs bis sieben Jahren [41, 42]

beziehungsweise bei 35% nach elf Jahren [43]. In der KiGGS-Kohorte wurden die teilnehmenden Eltern von Kindern und Jugendlichen bis 17 Jahre in jeder Erhebungswelle erneut nach einer ADHS-Lebenszeitdiagnose ihres Kindes gefragt. Somit können Aussagen darüber getroffen werden, für welche Teilnehmenden eine ADHS-Lebenszeitdiagnose auch zu weiteren Erhebungszeitpunkten (und damit „stabil“) berichtet wird. Klinische Verläufe können mit den KiGGS-Daten nicht nachgezeichnet werden, da der verwendete Indikator, die elternberichtete ADHS-Lebenszeitdiagnose, keine Aussage darüber ermöglicht, ob und in welchem Ausmaß die ADHS-Diagnose klinisch stabil ist. Die Diagnoseinzidenz bezeichnet dagegen den Anteil der Kohortenteilnehmenden, für die initial keine, jedoch zu einem späteren Erhebungszeitpunkt eine ADHS-Lebenszeitdiagnose berichtet wurde.

Zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2, nach elf Jahren, wird insgesamt für gut ein Drittel der Wieder teilnehmenden aus der KiGGS-Basiserhebung mit einer seinerzeit elternberichteten ADHS-Diagnose, die Diagnose erneut berichtet (37,3%) (Abbildung 6.2.9). Zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 1 waren dies noch 57,4% gewesen [44]. Bezüglich der Häufigkeit einer wiederberichteten ADHS-Lebenszeitdiagnose bestehen zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2 nach den Daten der KiGGS-Kohorte keine signifikanten Unterschiede zwischen männlichen (37,7%) und weiblichen Teilnehmenden (35,7%). Damit ergibt sich ein deutlich anderes Bild als jenes, das sich noch zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 1 geboten hatte: Die Stabilität des ADHS-Diagnoseberichts lag für Jungen zu diesem Zeitpunkt mit circa 64% doppelt so hoch wie für Mädchen mit circa 30% [44]. Auch vor und

### INFOBOX 6.2.3

#### ZUR ANALYSE VON PRÄDIKTOREN DER STABILITÄT UND INZIDENZ DES ELTERN- UND SELBSTBERICHTS DER ADHS-LEBENSZEITDIAGNOSE

Für die Längsschnittanalysen von der KiGGS-Basiserhebung bis zu KiGGS Welle 2 wurden die Analysegruppen wie folgt gebildet:

1 Der Gruppe mit stabilem Diagnosebericht zugeordnet wurden Teilnehmende, für die bei allen drei Erhebungswellen der KiGGS-Studie eine ADHS-Diagnose angegeben wurde sowie Teilnehmende, die in der KiGGS-Basiserhebung, nicht bei der KiGGS Welle 1, jedoch wieder zu KiGGS Welle 2 einen ADHS-Diagnosebericht aufwiesen. Dieser Gruppe gegenübergestellt wurden Teilnehmende, für die zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung, nicht jedoch zum Zeitpunkt der KiGGS Welle 2 eine ADHS-Diagnose berichtet wurde.

2 Für die Berechnung der Diagnoseinzidenz wurden die Gruppen derjenigen, die zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung keinen ADHS-Diagnosebericht, einen solchen jedoch zum Zeitpunkt der KiGGS Welle 1 oder der KiGGS Welle 2 auswiesen, zusammengefasst und denjenigen ohne eine ADHS-Diagnose zu irgendeinem Zeitpunkt gegenübergestellt. Basis

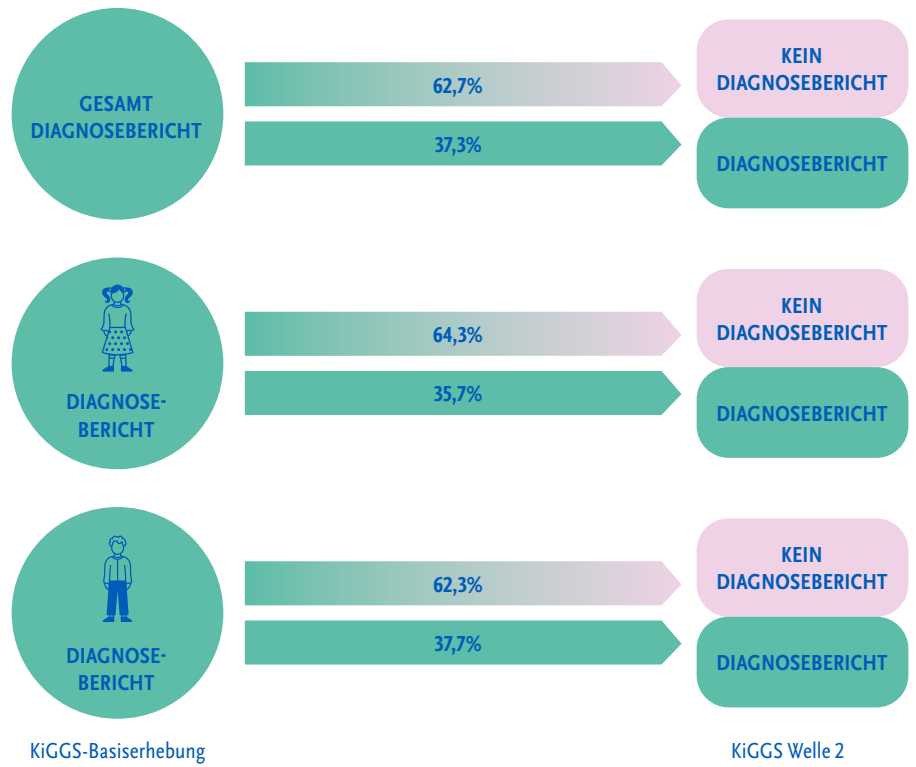
der Berechnung der kumulativen Inzidenz war somit die Gruppe ohne ADHS-Diagnosebericht zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung.

Prädiktoren für die Stabilität beziehungsweise Inzidenz eines ADHS-Diagnoseberichts von der KiGGS-Basiserhebung bis zur KiGGS Welle 2 wurden mit binär-logistischen Regressionsanalysen untersucht, je eines für die Stabilität (Referenzgruppe: Teilnehmende mit initial berichteter ADHS-Diagnose) und eines für die Inzidenz eines Diagnoseberichts (Referenzgruppe: Teilnehmende ohne initial berichtete ADHS-Diagnose). Als Prädiktoren wurden mit ADHS assoziierte Risiko- und Kontextfaktoren im KiGGS-Datensatz herangezogen wie Geschlecht und Alter der Teilnehmenden (linear sowie dichotom <18 Jahre vs. ≥18 Jahre), emotionale und Verhaltensauffälligkeiten (gemessen mit dem SDQ), Familienstruktur (Kernfamilie, Einelternfamilie, Stieffamilie), sozioökonomischer Status (jeweils zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung), Migrationshintergrund sowie die pränatalen Risikofaktoren Rauchen und Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft.

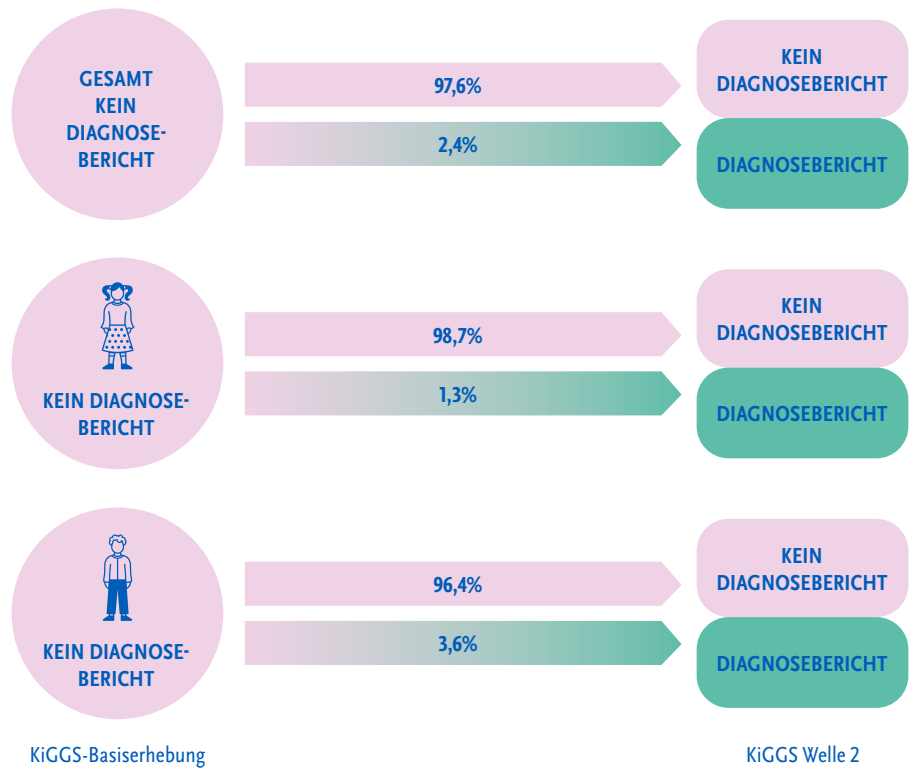
Übergangswahrscheinlichkeiten bezüglich der Stabilität und Inzidenz des ADHS-Diagnoseberichts zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2

**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS-Basiserhebung (2003 – 2006) und KiGGS Welle 2 (2014 – 2017); Stabilität: Gesamt n = 180, Mädchen n = 52, Jungen n = 128; Inzidenz: Gesamt n = 6.593, Mädchen n = 3.690, Jungen n = 2.903

Stabilität des ADHS-Diagnoseberichts

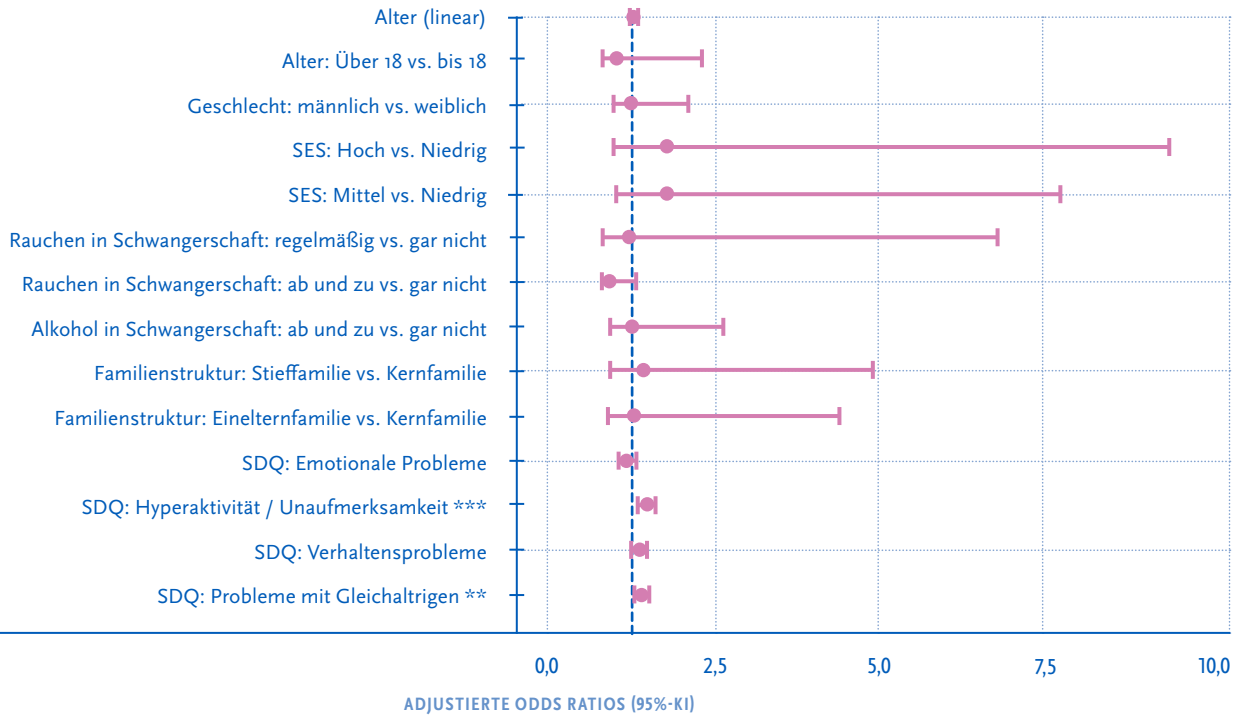


Inzidenz des ADHS-Diagnoseberichts



**Prädiktoren der Stabilität eines ADHS-Diagnoseberichts im Längsschnitt (von der KiGGS-Basiserhebung zu KiGGS Welle 2)**

**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS-Basiserhebung (2003 – 2006), KiGGS Welle 1 (2009 – 2012) und KiGGS Welle 2 (2014 – 2017); n = 171; Migrationshintergrund aufgrund zu geringer Fallzahlen der Analyse ausgeschlossen; OR = Odds Ratio; KI = Konfidenzintervall; \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001; SES = Sozioökonomischer Status zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire, Scoring zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung



nach der Transition in das junge Erwachsenenalter (zwischen den unter und über 18-Jährigen) unterscheiden sich zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2 die diesbezüglichen Häufigkeiten kaum (37,2% vs. 37,3%). Ebenfalls keine signifikanten Gruppenunterschiede ließen sich in der Betrachtung nach sozioökonomischen Statusgruppen (niedrig, mittel, hoch) feststellen. Gruppenunterschiede in Bezug auf einen Migrationshintergrund konnten aufgrund zu geringer Fallzahlen (n = 4) nicht untersucht werden.

Die kumulative Auftretensrate erstmalig berichteter ADHS-Lebenszeitdiagnosen (Diagnoseinzidenz) zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2 liegt bei insgesamt 2,4% (Abbildung 6.2.9). Für männliche Teilnehmende lag die Diagnoseinzidenz mit insgesamt 3,6% mehr als zweieinhalbmal so hoch wie für weibliche mit 1,4%. In KiGGS Welle 2 ist die Geschlechterdiskrepanz damit etwas geringer als in anderen Studien. Diese zeigen etwa dreimal höhere Inzidenzraten bei Jungen im Vergleich zu Mädchen [45, 46]. Bei der Diagnoseinzidenz markiert die Volljährigkeitsgrenze einen großen Unterschied: Für Teilnehmende unter 18 Jahren lag sie mit 5,0%

etwa dreieinhalbmal höher als für Teilnehmende über 18 Jahre mit 1,5%. Diagnosen werden also im jungen Erwachsenenalter nur noch vergleichsweise selten gestellt. Keine signifikanten Unterschiede in der Diagnoseinzidenz gab es nach sozioökonomischem Status der Herkunftsfamilie oder in Bezug auf einen Migrationshintergrund. Anders als bei der Stabilität des ADHS-Diagnoseberichts markiert die Transition in die Volljährigkeit bei der Diagnoseinzidenz einen großen Unterschied.

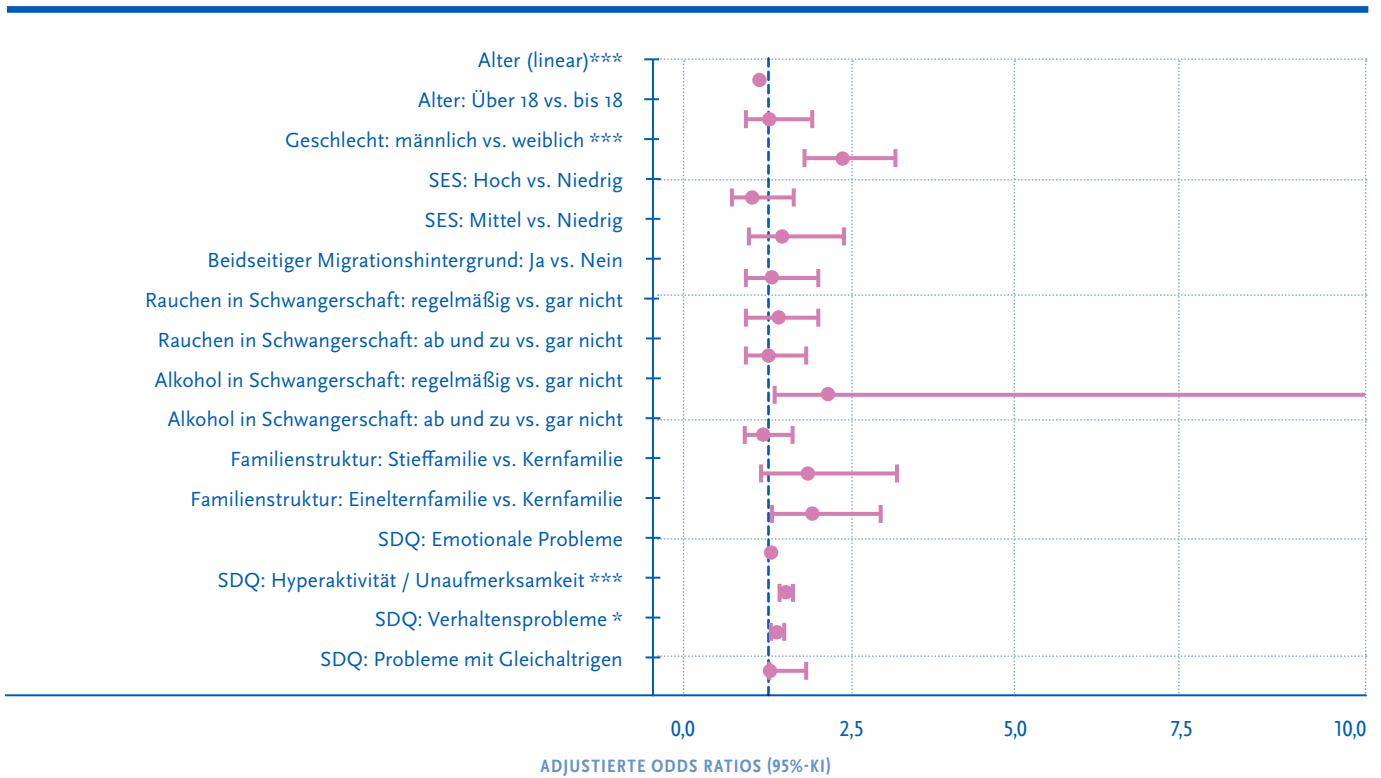
**6.2.12 Prädiktoren der Stabilität des ADHS-Diagnoseberichts**

Weder die Faktoren Alter der Teilnehmenden zum Zeitpunkt der KiGGS Welle 2 (weder linear noch dichotom), Geschlecht, sozioökonomischer Status, Migrationshintergrund oder die pränatalen Risikofaktoren Rauchen und Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft waren signifikant mit der Stabilität eines ADHS-Diagnoseberichts über einen Zeitraum von elf Jahren assoziiert. Signifikante Prä-



**Prädiktoren der Diagnoseinzidenz im Längsschnitt (von der KiGGS-Basiserhebung zu KiGGS Welle 2)**

**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS-Basiserhebung (2003 – 2006), KiGGS Welle 1 (2009 – 2012) und KiGGS Welle 2 (2014 – 2017), n = 6.475; OR = Odds Ratio; KI = Konfidenzintervall; \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001; SES = Sozioökonomischer Status zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire, Scoring zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung



Prädiktoren waren hingegen Hyperaktivitätsprobleme und Peer-Probleme im SDQ zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung (Abbildung 6.2.10).

**6.2.13 Prädiktoren der Diagnoseinzidenz**

Untersucht man, welche Merkmale die Diagnoseinzidenz im multivariaten Modell vorhersagen können, finden sich folgende signifikante Prädiktoren: Männliches Geschlecht, die Transition in die Adoleszenz (im Sinne einer Wahrscheinlichkeitsverringerung), Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft sowie Verhaltens- und Peerprobleme zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung (Abbildung 6.2.11). Nicht signifikant mit der Diagnoseinzidenz assoziiert, waren das Alter zum Zeitpunkt der Erhebung der KiGGS Welle 2 (linear) und nicht Rauchen der Mutter in der Schwangerschaft. Zwischen dem sozioökonomischen Status zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung und dem Neuauftreten einer ADHS-Diagnose bis KiGGS Welle 2 besteht ein signifikanter Zusammenhang: Teilnehmende aus Familien mit niedrigem

sozioökonomischem Status zum Ersterhebungszeitpunkt weisen mit 6,7% mehr als doppelt so häufig eine inzidente ADHS-Diagnose auf wie Kinder aus Familien mit mittlerem (3,0%) oder hohem (3,3%) sozioökonomischem Status [47]. Somit ist für Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status die Wahrscheinlichkeit, im Zeitverlauf eine ADHS-Diagnose zu erhalten, mehr als doppelt so hoch im Vergleich zu Kindern aus Familien mit mittlerem oder hohem sozioökonomischem Status.

- 1 Banaschewski T, Becker K, Döpfner M et al. (2017) *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung*. Dtsch Arztebl Int 114(9):149-159. DOI 10.3238/arztebl.2017.0149
- 2 Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL et al. (2007) *The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis*. Am J Psychiatry 164(6):942-948
- 3 Schlack R, Mauz E, Hebebrand J et al. (2014) *Hat die Häufigkeit elternberichteter Diagnosen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland zwischen 2003–2006 und 2009–2012 zugenommen? Bundesgesundheitsbl 57(7):820-829*. DOI 10.1007/s00103-014-1983-7
- 4 Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA et al. (2014) *ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis*. Int J Epidemiol 43(2):434-442
- 5 Schlack R, Hölling H, Kurth BM et al. (2007) *Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)*. Bundesgesundheitsbl 50(5):827-835. DOI 10.1007/s00103-007-0246-2
- 6 Göbel K, Baumgarten F, Kuntz B et al. (2018) *ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*. Journal of Health Monitoring 3(3):46-53. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5768> (Stand: 07.10.2021)
- 7 Schlack R, Junker S (2019) *Muster der Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS in der KiGGS Welle 2*. Monatsschr Kinderheilkd S4:260
- 8 Erskine HE, Ferrari AJ, Nelson P et al. (2013) *Research Review: Epidemiological modelling of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder for the Global Burden of Disease Study 2010*. J Child Psychol Psychiatry 54(12):1263-1274. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12144>
- 9 Nøvik TS, Hervas A, Ralston SJ et al. (2006) *Influence of gender on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Europe – ADORE*. Eur Child Adolesc Psychiatry 15(1):i15-i24. DOI 10.1007/s00787-006-1003-z
- 10 Willcutt EG (2012) *The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review*. Neurotherapeutics 9(3):490-499. DOI 10.1007/s13311-012-0135-8
- 11 Bachmann CJ, Philipsen A, Hoffmann F (2017) *ADHS in Deutschland: Trends in Diagnose und medikamentöser Therapie*. Dtsch Arztebl Int 114(9):141-148. DOI 10.3238/arztebl.2017.0141
- 12 Skogli EW, Teicher MH, Andersen PN et al. (2013) *ADHD in girls and boys – gender differences in co-existing symptoms and executive function measures*. BMC Psychiatry 13(1):1-12
- 13 Quinn PO, Madhoo M (2014) *A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: uncovering this hidden diagnosis*. Prim Care Companion CNS Disord 16(3) 10.4088/PCC.13r01596
- 14 Biederman J, Kwon A, Aleardi M et al. (2005) *Absence of gender effects on attention deficit hyperactivity disorder: findings in nonreferred subjects*. Am J Psychiatry 162(6):1083-1089. DOI 10.1176/appi.ajp.162.6.1083
- 15 Sayal K, Prasad V, Daley D et al. (2018) *ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision*. Lancet Psychiatry 5(2):175-186. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30167-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30167-0)
- 16 Klipker K, Baumgarten F, Göbel K et al. (2018) *Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*. Journal of Health Monitoring 3(3):37-45. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5767> (Stand: 12.10.2021)
- 17 Schubert I, Koster I, Lehmkuhl G (2010) *The changing prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and methylphenidate prescriptions: a study of data from a random sample of insureds of the AOK Health Insurance Company in the German State of Hesse, 2000-2007*. Dtsch Arztebl Int 107(36):615-621. DOI 10.3238/arztebl.2010.0615
- 18 Grobe TG, Dörning H, Schwartz FW (2013) *5.3 Regionale Unterschiede*. In: Barmer GEK (Hrsg) *Arztreport 2013, Schwerpunkt: ADHS*, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Bd 18, Berlin, S. 160-173
- 19 Hering R, Schulz M, Wuppermann A et al. (2014) *Entwicklung der Diagnose- und Medikationsprävalenzen von ADHS zwischen 2008 und 2011 im regionalen Vergleich*. In: zi Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Hrsg) *Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung in Deutschland*, Berlin
- 20 Roick C, Waltersbacher A (2016) *Administrative Prävalenz und medikamentöse Behandlung hyperkinetischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland 2006 bis 2013*. In: Klauber J, Günster C, Gerste B et al. (Hrsg) *Versorgungsreport – Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche*. Schattauer, Stuttgart, S. 136-166
- 21 Grobe TG, Steinmann S, Szecsenyi J (2016) *Arztreport 2016, Schwerpunkt: Alter und Schmerz*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Bd 37. Berlin
- 22 Greiner W, Batram M, Witte J (2019) *Kinder- und Jugendreport 2019. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Ängste und Depressionen bei Schulkindern*. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 31). DAK-Gesundheit, Hamburg. <https://www.dak.de/dak/download/report-2169376.pdf>
- 23 Schulz M, Zhu L, Kroll LE et al. (2020) *Versorgungsmonitor Ambulante Kinder- und Jugendmedizin*. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Berlin
- 24 Klipker K, Baumgarten F, Göbel K et al. (2018) *Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*. Journal of Health Monitoring 3(3):37-45. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5767> (Stand: 12.10.2021)
- 25 Sachverständigenrat (2009) *Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*. <https://dserver.bundestag.de/btd/16/137/1613770.pdf> (Stand: 03.09.2021)
- 26 Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2017) *Arzneimittelrichtlinie. Anlage III Übersicht über Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse*. [https://www.g-ba.de/downloads/83-691-466/AM-RL-III-Verordnungseinschraenkung\\_2017-11-04.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/83-691-466/AM-RL-III-Verordnungseinschraenkung_2017-11-04.pdf) (Stand: 12.11.2020)
- 27 Fairman KA, Peckham AM, Sclar DA (2020) *Diagnosis and treatment of ADHD in the United States: Update by gender and race*. J Atten Disord 24(1):10-19
- 28 Greven CU, Richards JS, Buitelaar JK (2018) *Sex differences in ADHD*. In: Banaschewski T, Coghill D, Zuddas A (Hrsg) *Oxford textbook of attention deficit hyperactivity disorder*, S. 154-160
- 29 Walters A (2018) *Girls with ADHD: Underdiagnosed and untreated*. The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter 34(11):8-8
- 30 Russell AE, Ford T, Williams R et al. (2016) *The Association Between Socioeconomic Disadvantage and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Systematic Review*. Child Psychiatry Hum Dev 47(3):440-458. DOI 10.1007/s10578-015-0578-3
- 31 Bastine R (1998) *Klinische Psychologie. Band 1, 3. Auflage*. Kohlhammer, Stuttgart
- 32 Huss M, Hölling H, Kurth BM et al. (2008) *How often are German children and adolescents diagnosed with ADHD? Prevalence based on the judgment of health care professionals: results of the German health and examination survey (KiGGS)*. Eur Child Adolesc Psychiatry 17(1):52-58. DOI 10.1007/s00787-008-1006-z

- 33 Santos-Hövenner C, Kuntz B, Frank L et al. (2019) Zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 62(10):1253-1262. DOI 10.1007/s00103-019-03012-x
- 34 Schenk L, Ellert U, Neuhauser H (2007) Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl 50(5-6):590-599. DOI 10.1007/s00103-007-0220-z
- 35 Fulton BD, Scheffler RM, Hinshaw SP et al. (2009) National variation of ADHD diagnostic prevalence and medication use: health care providers and education policies. Psychiatr Serv 60(8):1075-1083
- 36 Tischler L, Schmidt S, Petermann F et al. (2010) ADHS im Jugendalter: Symptomwandel und Konsequenzen für Forschung und klinische Praxis. ZPPP 58(1):23-34
- 37 Klasen F, Petermann F, Meyrose A-K et al. (2016) Verlauf psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen. Kindh Entwickl 25(1):10-20
- 38 Döpfner M, Hautmann C, Görtz-Dorten A et al. (2015) Long-term course of ADHD symptoms from childhood to early adulthood in a community sample. Eur Child Adolesc Psychiatry 24(6):665-673
- 39 Lidzba K, Christiansen H, Drechsler R (2013) Conners-3. Conners Skalen zu Aufmerksamkeit und Verhalten – 3. Deutschsprachige Adaptation der Conners 3rd Edition™ (Conners 3™) von C. Keith Conners. Verlag Hans Huber, Bern
- 40 Murray AL, Booth T, Eisner M et al. (2019) Sex differences in ADHD trajectories across childhood and adolescence. Developmental science 22(1):e12721
- 41 Cheung CH, Rijidijk F, McLoughlin G et al. (2015) Childhood predictors of adolescent and young adult outcome in ADHD. J Psychiatr Res 62:92-100
- 42 Law EC, Sideridis GD, Prock LA et al. (2014) Attention-deficit/hyperactivity disorder in young children: predictors of diagnostic stability. Pediatrics 133(4):659-667
- 43 Biederman J, Petty CR, Clarke A et al. (2011) Predictors of persistent ADHD: an 11-year follow-up study. J Psychiatr Res 45(2):150-155
- 44 Schlack R, Göbel K, Hölling H et al. (2018) Prädiktoren der Stabilität des Elternberichts über die ADHS-Lebenszeitprävalenz und Inzidenz der elternberichteten ADHS-Diagnose im Entwicklungsverlauf über sechs Jahre – Ergebnisse aus der KiGGS-Studie. ZPPP 66(4):233-247
- 45 Lindemann C, Langner I, Kraut AA et al. (2012) Age-specific prevalence, incidence of new diagnoses, and drug treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in Germany. J Child Adolesc Psychopharmacol 22(4):307-314. DOI 10.1089/cap.2011.0064
- 46 Mohr Jensen C, Steinhausen HC (2015) Time trends in incidence rates of diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder across 16 years in a nationwide Danish registry study. J Clin Psychiatry 76(3):e334-341. DOI 10.4088/JCP.14m09094
- 47 Schlack R, Göbel K, Hölling H et al. (2018) Prädiktoren der Stabilität des Elternberichts über die ADHS-Lebenszeitprävalenz und Inzidenz der elternberichteten ADHS-Diagnose im Entwicklungsverlauf über sechs Jahre – Ergebnisse aus der KiGGS-Studie. ZPPP 66(4):233-247

# Risiko- und Schutzfaktoren für ADHS

## KERNAUSSAGEN

In einer Längsschnittanalyse für den Zeitraum von der KiGGS-Basiserhebung bis KiGGS Welle 1 war mütterlicher Alkoholkonsum in der Schwangerschaft nicht signifikant mit dem Neuauftreten einer elternberichteten ADHS-Diagnose assoziiert.

Erhöhte elterliche psychische Belastungen sind mit mehr ADHS-Symptomatik bei den Kindern verbunden. Darüber hinaus kann ein Kind mit ADHS zu Belastungen der elterlichen Partnerschaft führen.

Bei Kindern aus Eineltern- und Stieffamilien liegt nach den Daten der KiGGS Welle 2 häufiger eine elternberichtete ADHS-Diagnose aber auch eine hyperaktive Symptomatik vor, als bei Kindern aus Kernfamilien mit beiden leiblichen Eltern.

Kinder und Jugendliche mit ADHS-Diagnose verfügen über weniger personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren als nichtbetroffene Gleichaltrige.

Die ADHS gilt primärpräventiv als wenig beeinflussbar. Schutzfaktoren entfalten daher eher sekundärpräventiv, mit Blick auf eine Abmilderung möglicher Folgen, ihre Wirkung.

Verbesserungen des familiären Zusammenhalts gehen im Zeitverlauf mit einer Verringerung der hyperaktiven Symptomatik eines Kindes einher.

Die ADHS ist zu einem großen Teil genetisch bedingt, mit einer Erblichkeit zwischen 70% und 80% [1–4]. Für das Auftreten einer ADHS gibt es keinen einzelnen verursachenden Faktor, vielmehr wird die Entwicklung einer ADHS von mehreren Genen, nicht erblichen Faktoren und deren Zusammenspiel beeinflusst [4]. Aufgrund der hohen genetischen Komponente ist davon auszugehen, dass Schutzfaktoren eher sekundärpräventiv, mit Blick auf eine Abmilderung möglicher Folgen einer ADHS, ihre Effekte entfalten [5]. Zu den Risikofaktoren, die das Auftreten einer ADHS oder deren Symptome begünstigen können, gehören auch psychosoziale Faktoren [4–8], die prinzipiell durch personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren beeinflussbar sind. Gelegentlich werden auch Früherkennung und die Verfügbarkeit mul-



timodaler Therapieangebote (vergleiche Kapitel 6.5) als versorgungsbezogene Schutzfaktoren im Kontext der ADHS bezeichnet [5]. In diesem Kapitel werden Ergebnisse aus der KiGGS-Studie zu Risiko- sowie Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen mit elternberichteter ADHS-Diagnose dargestellt und in die internationale Literatur eingeordnet.

### 6.3.1 Geschlecht

ADHS wird häufiger bei Jungen als bei Mädchen diagnostiziert (vergleiche Kapitel 6.2). Ein wichtiger Risikofaktor für das Vorliegen einer ADHS-Diagnose ist daher das männliche Geschlecht. Dies zeigt sich auch bei Berücksichtigung weiterer soziodemografischer Einflussfaktoren: In einer multivariaten, für Alter, sozioökonomischer Status, Familienstruktur und Migrationshintergrund adjustierten Analyse mit Daten der KiGGS Welle 2 besteht für Jungen im Vergleich zu Mädchen ein circa dreifach erhöhtes Risiko für das Vorliegen einer elternberichteten ADHS-Diagnose (Abbildung 6.3.1). Ähnliche Ergebnisse zeigen sich auch nach den Daten der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 1 [9, 10]. Darüber hinaus ist die Häufigkeit neu berichteter ADHS-Diagnosen (Diagnoseinzidenz) für Jungen im Alter von 3 bis 17 Jahren zwischen der KiGGS-Basiserhebung und der KiGGS Welle 1 ebenfalls dreimal höher als bei Mädchen [11] (vergleiche Kapitel 6.2).

### 6.3.2 Prä-, peri- und postnatale Risiken

Die Ergebnisse mehrerer Studien legen nahe, dass das Risiko für eine ADHS bei Kindern erhöht ist, deren Mutter in der Schwangerschaft Alkohol konsumiert hat [12–14]. Die Bedeutung des mütterlichen Alkoholkonsums in der Schwangerschaft für die Entstehung von ADHS wird jedoch nicht von allen Studien bestätigt [11, 15, 16]. In einer Längsschnittanalyse für den Zeitraum von der KiGGS-Basiserhebung bis KiGGS Welle 1 war mütterlicher Alkoholkonsum in der Schwangerschaft nicht signifikant mit dem Neuaufreten einer elternberichteten ADHS-Diagnose assoziiert [11]. Auch konnte in einer Verlaufsanalyse mit Daten der BELLA-Studie über die ersten drei Messzeitpunkte und einem Zeitraum von zwei Jahren bei initial 7- bis 17-Jährigen kein Zusammenhang von mütterlichem Alkoholkonsum in der Schwangerschaft mit ADHS-Symptomen nachgewiesen werden; weder zum Ersterhebungszeitpunkt noch im Hinblick auf eine Zunahme von ADHS-Symptomen über die Zeit [15]. Eine große dänische Registerstudie mit circa

50.000 eingeschlossenen Datensätzen fand bei 5- bis 19-Jährigen ebenfalls keine signifikanten Zusammenhänge zwischen mütterlichem Alkoholkonsum in der (Früh-)Schwangerschaft und ADHS [16].

Ein weiterer pränataler Risikofaktor ist das Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft, da die im Tabakrauch enthaltenen Schadstoffe sich ungünstig auf die neuronale Entwicklung des Embryos auswirken können [17]. Das Rauchen in der Schwangerschaft ist darüber hinaus mit einer Reihe von erhöhten peri- und postnatalen Risiken wie Frühgeburtlichkeit, geringes Geburtsgewicht, einem verringerten Organvolumen, verminderter Entwicklung der fetalen Lunge, vermehrten Infektionen im Säuglingsalter sowie plötzlichem Kindstod, aber auch mit späteren Verhaltensauffälligkeiten und ADHS verbunden [18–21]. In der bivariaten Betrachtung zeigte sich in den Daten der KiGGS-Kohorte ein Zusammenhang zwischen mütterlichem Rauchen und einer späteren ADHS-Diagnose des Kindes: Eine in der KiGGS-Basiserhebung von den Eltern berichtete ADHS-Diagnose wurde mit 74,7% für diejenigen Kinder und Jugendlichen, deren Mutter in der Schwangerschaft geraucht hatte, signifikant häufiger in der KiGGS Welle 1 wiederberichtet als für diejenigen, deren Mutter in der Schwangerschaft nicht geraucht hatte (52,8%) [11]. Auch für Kinder, für die in KiGGS Welle 1 eine inzidente ADHS-Diagnose berichtet wurde, erweisen sich mütterliches Rauchen in der Schwangerschaft, aber auch das Rauchen in der Stillzeit, als signifikant mit dem Neuaufreten einer elternberichteten ADHS-Diagnose assoziiert [11]. Bei der oben erwähnten Verlaufsanalyse mit Daten der ersten drei BELLA-Erhebungen fanden sich über einen Zeitraum von zwei Jahren jedoch keine Zusammenhänge von mütterlichem Rauchen in der Schwangerschaft mit ADHS-Symptomen des Kindes, weder beim Ersterhebungszeitpunkt noch mit Blick auf eine Zunahme von ADHS-Symptomen über die Zeit [15]. Es ist allerdings möglich, dass diese Zusammenhänge entweder unterschätzt werden oder auch Scheinzusammenhänge darstellen. Beispielsweise könnten sozial unerwünschte Verhaltensweisen wie Alkoholkonsum oder Rauchen in der Schwangerschaft oder Stillzeit bei den Befragungen nicht berichtet worden sein [22]. Denkbar ist auch, dass mütterliches Rauchen in der Schwangerschaft mit dem Vorliegen einer ADHS bei der Mutter zusammenhängt, da ADHS-betroffene Personen ihrerseits größere Wahrscheinlichkeiten haben, zu rauchen (vergleiche Kapitel 6.4). Der Einfluss einer solchermaßen genetischen Komponente wurde beispielsweise in einer Studie von Thapar et al. [21] mit Kindern, die nach In-vitro-Fertilisation entweder von ihrer biologischen Mutter oder von einer nicht-biologischen Mutter

(„Leihmutter“) geboren wurden, untersucht. Wenn es zuträfe, dass Rauchen in der Schwangerschaft die Entstehung von ADHS-Symptomen begünstigt, hätten ADHS-Symptome sowohl bei Kindern, die von biologischen und damit genetisch verwandten rauchenden Müttern ausgetragen wurden als auch bei Kindern von genetisch nicht verwandten rauchenden Müttern, gehäuft auftreten müssen. Tatsächlich traten ADHS-Symptome aber nur bei den mit ihren austragenden Müttern genetisch verwandten, nicht aber bei den genetisch nicht verwandten Kindern gehäuft auf, wenn diese in der Schwangerschaft geraucht hatten [21]. Obel et al. [23] untersuchten in einer Registerstudie auf Grundlage der gesamten finnischen Bevölkerung den Zusammenhang zwischen dem Rauchen der Mutter in der Schwangerschaft und dem Auftreten einer ADHS-Diagnose bei ihren Kindern in einem Zeitraum von 15 Jahren. Nach Kontrolle für genetische und soziale Einflussfaktoren war in dieser Studie der Zusammenhang zwischen pränatalem Rauchen der Mutter und einer jemals gestellten ADHS-Diagnose der Kinder zumindest abgeschwächt [23]. Diese Ergebnisse legen nahe, dass der Zusammenhang zwischen der Entwicklung einer ADHS bei Kindern und Jugendlichen und dem mütterlichen Rauchen während der Schwangerschaft eher über genetische Faktoren erklärt werden kann, als primär durch eine pränatale Tabakexposition [24].

Einige Studien zeigen, dass sowohl Frühgeburtlichkeit vor der 32. Schwangerschaftswoche als auch ein geringes Geburtsgewicht von unter 1.500 Gramm mit dem Risiko für eine spätere ADHS assoziiert sind [25–28]. In den Daten der BELLA-Erhebungen waren jedoch in längsschnittlicher Analyse beide Risikofaktoren nicht mit ADHS-Symptomen assoziiert, weder zum Ersterhebungszeitpunkt, noch mit Blick auf eine Veränderung von ADHS-Symptomen über eine zweijährige Nachbeobachtungszeit [15].

### 6.3.3 Elterliche Psychopathologie

Aufgrund der hohen Erblichkeit der ADHS haben Kinder ADHS-betroffener Eltern selbst ein höheres Risiko für ADHS [2]. Eine klinische Studie aus Großbritannien legt nahe, dass ADHS-betroffene Kinder, deren Eltern selbst von ADHS betroffen sind, gravierendere ADHS-Symptome aufweisen als ADHS-betroffene Kinder, deren Eltern keine ADHS aufweisen [29]. Nach Ergebnissen der oben bereits angeführten Längsschnittanalyse mit den Daten der ersten drei BELLA-Wellen sind elterliche Belastungen im Sinne psychopathologischer Symptome nicht nur mit dem Vorliegen einer ADHS-Symptomatik bei den Kindern zum Ersterhebungszeit-

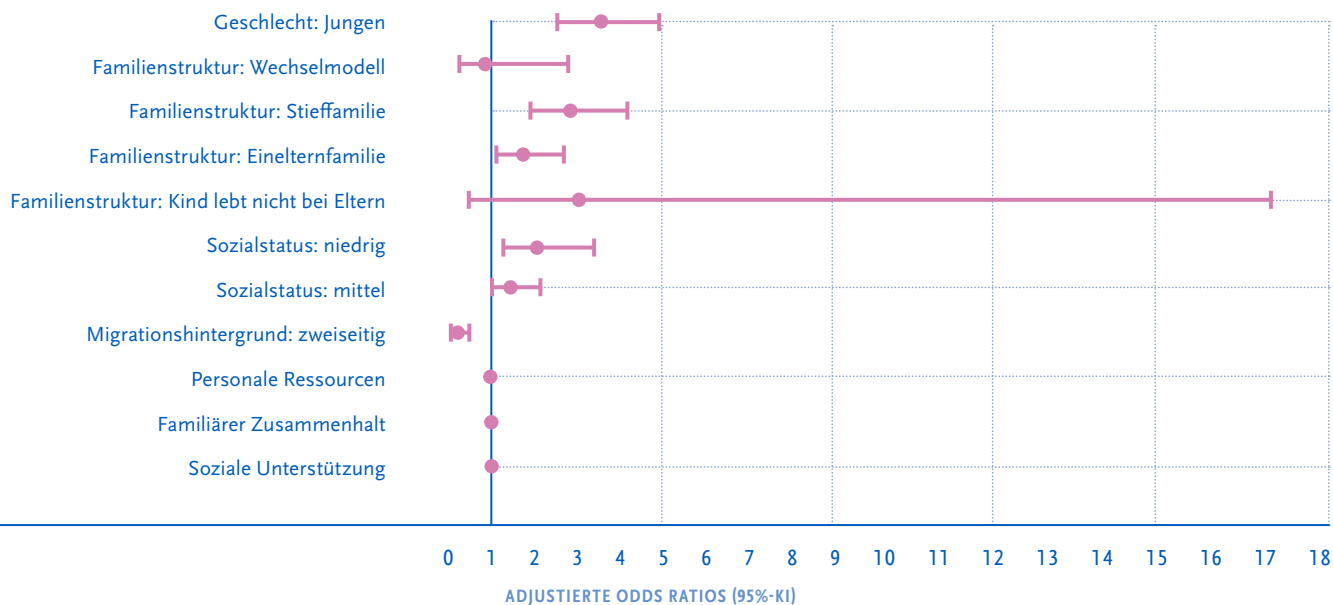
punkt signifikant assoziiert, sondern auch mit einer Zunahme der ADHS-Symptomatik über die Zeit [15].

### 6.3.4 Familienstruktur

Ob bei einem Kind eine ADHS-Diagnose oder eine ADHS-Symptomatik vorliegt, unterscheidet sich nach den Daten der KiGGS-Studie stark nach der Familienstruktur. Bei Kindern aus Eineltern- und Stieffamilien liegt nach den Daten der KiGGS Welle 2 häufiger eine elternberichtete ADHS-Diagnose aber auch eine hyperaktive Symptomatik (gemessen mit der Hyperaktivitätsskala des SDQ) vor als bei Kindern aus Kernfamilien mit beiden leiblichen Eltern [30] (Abbildung 6.3.1). In der KiGGS Welle 2 wurde erstmalig erfragt, ob die Kinder bei elterlicher Trennung im Wechselmodell leben, also in gleichem zeitlichen Umfang von beiden getrenntlebenden Elternteilen betreut werden. Für Kinder im Wechselmodell konnten keine signifikanten Unterschiede in der ADHS-Diagnosehäufigkeit festgestellt werden im Vergleich zu Kindern aus Kernfamilien mit beiden leiblichen Eltern, auch nicht für jene, die nicht bei ihren Eltern leben (etwa im Heim oder bei ihren Großeltern) (Abbildung 6.3.1). Diese Beobachtung ist aufgrund geringer Fallzahlen allerdings nur als Hinweis zu werten und sollte in zukünftigen Studienvorhaben mit größeren Stichproben überprüft werden. In der Längsschnittbetrachtung von der KiGGS-Basiserhebung zur KiGGS Welle 1 gab es keine Unterschiede nach Familienstruktur hinsichtlich dessen, ob eine elternberichtete ADHS-Diagnose nach sechs Jahren erneut berichtet wurde [11]. Allerdings war die Diagnoseinzidenz, die Häufigkeit neu berichteter ADHS-Diagnosen zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 1, bei Kindern und Jugendlichen aus Eineltern- und Stieffamilien doppelt so hoch wie bei Kindern aus Kernfamilien mit beiden leiblichen Eltern [11]. Eltern von Kindern mit einer ADHS haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, sich zu trennen, als Eltern von nichtbetroffenen Kindern [31–33]. Partnerschaftsprobleme und -konflikte zwischen den Eltern können sich ungünstig auf das Verhalten des Kindes auswirken und unter anderem dazu beitragen, eine bestehende hyperaktive Symptomatik des Kindes zu verstärken [34]. Umgekehrt können die Verhaltensprobleme eines ADHS-betroffenen Kindes das Familienklima ungünstig beeinflussen [35, 36] und zu Frustration und Erschöpfung bei den Eltern führen [34]. Dadurch erhöhte familiäre Stresslevel können, im Sinne eines Teufelskreises, wiederum mit erhöhten Belastungen der elterlichen Beziehung und diese wiederum mit einem erhöhten Risiko für Partnerschaftskonflikte der Eltern einhergehen [34]. Kinder mit ADHS reagieren

**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS Welle 2 (2014 – 2017), n = 5.765; Teilnehmende im Alter von 3 bis 17 Jahren; OR mit 95%-KI; kontrolliert für Alter; Referenzkategorien der Risikofaktoren: Geschlecht: Mädchen, sozioökonomischer Status: hoch, Migrationshintergrund: keinen oder einseitig, Familienstruktur: Kernfamilie mit beiden leiblichen Eltern; zur Erläuterung der Grafik siehe Kapitel 5.3, Infobox 5.3.2

Elternberichtete ADHS-Diagnose



zudem häufig besonders sensibel auf elterliche Partnerschaftskonflikte. Aufgrund der externalisierenden Symptomatik der Störung drückt sich dies bei ihnen häufiger in Form von Provokationen oder Verweigerungen aus als in Rückzug und internalisierendem Verhalten [37]. Ein solches kindliches Problemverhalten bindet Zeit und Kräfte, die den Eltern für die Bewältigung von Partnerschaftsproblemen dann nicht mehr zur Verfügung stehen [34]. Vor dem Hintergrund der genetischen Komponente der ADHS besteht zudem eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass die Eltern von Kindern mit ADHS selbst von der Störung betroffen sind. Eltern mit ADHS neigen häufiger zu inkonsistentem Erziehungsverhalten, zum Beispiel engagieren sie sich oftmals weniger, loben seltener, sind ungeduldiger oder neigen zum Überreagieren [38]. Auf diese Weise können kindliche und elterliche Symptomatik ungünstig miteinander interagieren, was sowohl die Wahrscheinlichkeit als auch die Intensität von Eltern-Kind-Konflikten und Partnerschaftskonflikten steigert und die Trennungswahrscheinlichkeit erhöht [38–40].

**6.3.5 Sozioökonomischer Status**

Dass die psychische Gesundheit einen starken Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Sta-

tus aufweist, ist ein stabiler Befund in der nationalen und internationalen Forschung (zum Beispiel [41–43]) und trifft nach den Ergebnissen der KiGGS-Studie für Kinder und Jugendliche mit elternberichteter ADHS-Diagnose zu [43]. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status haben laut Auskunft ihrer Eltern circa dreimal häufiger eine ADHS-Diagnose als Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status und lassen sich doppelt so häufig als ADHS-Verdachtsfälle klassifizieren [5, 9, 44, 45] (vergleiche Kapitel 6.2.7). Diese Unterschiede zeigen sich in allen drei KiGGS-Erhebungen [44–46]. In der Längsschnittbetrachtung von der KiGGS-Basiserhebung zu KiGGS Welle 1 war der sozioökonomische Status allerdings nicht mit der Stabilität des Elternberichts einer ADHS-Diagnose assoziiert [11]. Jedoch bestand ein signifikanter Zusammenhang mit der Diagnoseinzidenz: Für Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status wurde mit 6,7% mehr als doppelt so häufig eine inzidente ADHS-Diagnose berichtet wie für Kinder aus Familien mit mittlerem (3,0%) oder hohem (3,3%) sozioökonomischem Status [11]. Menschen mit psychischen Störungen unterliegen generell einem höheren Risiko für sozioökonomische Benachteiligung [47] (vergleiche Kapitel 6.2.7). Kinder dieser

Personen wachsen häufiger in einem benachteiligten Umfeld auf, was wiederum mit einem höheren Risiko für psychische Probleme einhergeht [48]. Bei Kindern mit ADHS besteht zudem ein höheres Risiko, die Schule früher zu verlassen und einen niedrigeren Bildungsabschluss zu erreichen [49]. Diese Faktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit eines niedrigen sozioökonomischen Status bei Vorliegen von ADHS [43].

### 6.3.6 Schutzfaktoren

Generell gibt es nur wenige Studien zu den Effekten von Schutzfaktoren bei ADHS [50]. Diskutiert werden personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren. Bei Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS werden in einigen Studien geringere Ausprägungen des personalen Schutzfaktors Selbstwirksamkeitserwartung festgestellt [51, 52]. Nach den Daten der KiGGS Welle 2, zeigt sich dass personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen mit elternberichteter ADHS-Lebenszeitdiagnose signifikant geringer ausgeprägt sind als bei nichtbetroffenen Kindern und Jugendlichen (Abbildung 6.3.2).

In der multivariaten Analyse mit den KiGGS Welle 2-Daten sind nach Kontrolle für Geschlecht, sozioökonomischen Status, Familienstruktur und Migrationshintergrund noch personale und familiäre Schutzfaktoren signifikant mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer elternberichteten ADHS-Diagnose assoziiert (Abbildung 6.3.1). In dieser Analyse wurden auch Wechselwirkungen der einzelnen Schutzfaktorskalen (personal, familiär und sozial) mit den jeweiligen soziodemografischen

(Risiko-)Faktoren (Geschlecht, Familienstruktur, sozioökonomischer Status und Migrationshintergrund) in Bezug auf die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer ADHS-Diagnose untersucht. Dabei können für die meisten Risikofaktoren keine Puffereffekte der drei untersuchten psychosozialen Schutzfaktoren nachgewiesen werden. Im Einzelnen senkt eine gute Verfügbarkeit personaler Ressourcen nur für Kinder aus Kernfamilien mit beiden leiblichen Eltern die Wahrscheinlichkeit einer ADHS-Diagnose. Soziale Unterstützung verringert die Wahrscheinlichkeit einer ADHS-Diagnose bei Kindern, die im Wechselmodell leben. Für Kinder aus anderen Familienkonstellationen zeigen die Schutzfaktoren in Bezug auf eine ADHS-Diagnose hingegen keine protektiven Effekte. Für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund erhöhen personale Ressourcen dagegen die Wahrscheinlichkeit einer ADHS-Diagnose. Sofern angesichts der deutlich erhöhten Verdachtsfall-Prävalenzen bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund (vergleiche Kapitel 6.2) das Vorliegen einer ADHS-Diagnose als Resultat eines erfolgreichen Hilfesuchverhaltens gewertet würde, könnte auch der diesbezügliche Effekt guter personaler Ressourcen als Schutzeffekt angesehen werden.

Die Skala ‚Personale Ressourcen‘, wie sie in der KiGGS-Studie eingesetzt wurde, enthält Items zur Selbstwirksamkeitserwartung, zum Optimismus und zum Kohärenzsinn. Kohärenzsinn meint die subjektive Wahrnehmung, dass Dinge und Abläufe in einem sinnhaften und verstehbaren Zusammenhang stehen [53]. Ein ausgeprägter Kohärenzsinn wurde auch in einer anderen Studie als bedeutsamer Schutzfaktor gegenüber der Entwicklung von ADHS-Symptomen

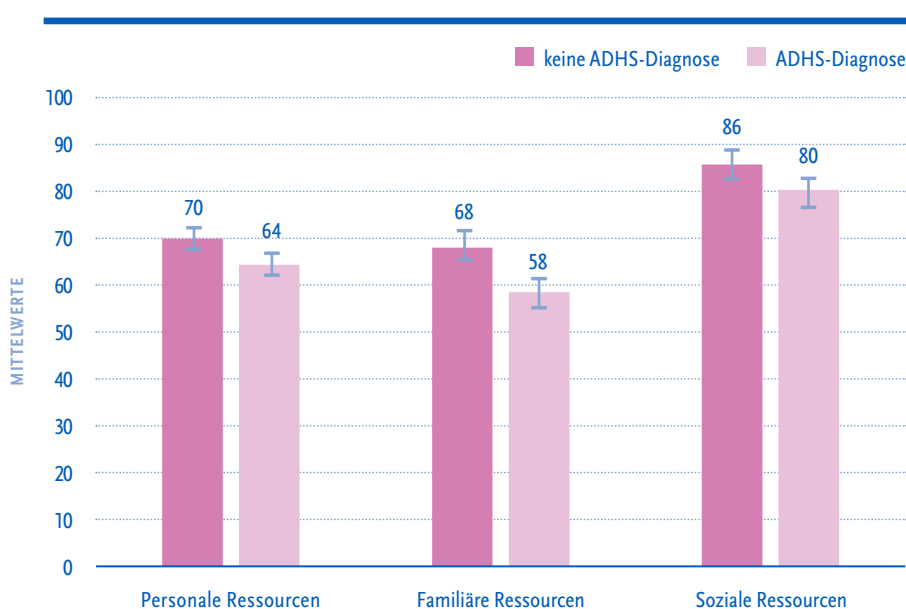


ABBILDUNG 6.3.2

**Ausprägungen personaler, familiärer und sozialer Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen ohne und mit elternberichteter ADHS-Diagnose**

**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS Welle 2 (2014 – 2017), Teilnehmende im Alter von 11 bis 17 Jahren beziehungsweise 3 bis 17 Jahre für familiäre Ressourcen; Personale Ressourcen: n = 5.901; Familiäre Ressourcen: n = 12.621; Soziale Ressourcen: n = 5.980





bei Kindern und Jugendlichen identifiziert [54]. Allerdings ist der Kohärenzsinn leicht veränderbar oder schwankt bei negativen Erfahrungen wie sozialen Frustrationserlebnissen, die bei ADHS-Betroffenen aufgrund der störungsbedingten Symptomatik häufig vorkommen [53].

Mastoras et al. [55] untersuchten die Rolle von sozialer Unterstützung bei Schulkindern mit ADHS im Alter von acht und elf Jahren. Kinder mit ADHS berichteten dabei über eine geringere soziale Unterstützung als Kinder einer Normstichprobe [55]. Dabei zeigte sich, dass insbesondere das Vorliegen der Ressource ‚Soziale Unterstützung‘ von Eltern und Kindern mit Aspekten des Selbstkonzepts wie einem besseren Selbstwertgefühl, mehr schulischen Kompetenzen und sozialer Akzeptanz sowie höherer Selbstständigkeit positiv assoziiert waren. Die Wahrnehmung von Unterstützung durch wichtige soziale Bezugspersonen trägt somit zur Schaffung und Aufrechterhaltung von Selbstwertgefühl und Selbstidentität bei Kindern mit ADHS-Diagnose bei [55, 56]. Dies ist insbesondere dann von Bedeutung, wenn komorbide internalisierende Störungen als Folge einer anhaltenden Entmutigung aufgrund der mit der ADHS verbundenen Probleme vorliegen [55, 57].

Eine Analyse mit Daten der KiGGS-Basiserhebung zeigt insbesondere geschlechts- und altersspezifische Unterschiede hinsichtlich der Verfügbarkeit psychosozialer Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose: So weisen Jungen mit ADHS-Diagnose im Vergleich zu ihren Geschlechtsgenossen ohne Diagnose bezüglich aller drei in der KiGGS-Studie untersuchten Schutzfaktorskalen (personale Ressourcen, familiärer Zusammenhalt und soziale Unterstützung) signifikant geringere Ausprägungen auf [53]. Mädchen mit ADHS-Diagnose berichten dagegen im Vergleich zu Mädchen ohne ADHS-Diagnose Defizite nur bezüglich personaler Ressourcen und sozialer Unterstützung. Jedoch ist bei Mädchen mit ADHS-Diagnose die fehlende soziale Unterstützung besonders ausgeprägt. In der Betrachtung nach Altersgruppen berichten Kinder im Alter von 11 bis 13 Jahren im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne ADHS-Diagnose mehr Defizite des familiären Zusammenhalts und bezüglich der wahrgenommenen sozialen Unterstützung, während ADHS-betroffene Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren im Vergleich zu nichtbetroffenen Jugendlichen signifikant geringere Verfügbarkeiten aller drei Schutzfaktoren aufweisen [53].

Analysen aus der KiGGS- und BELLA-Studie deuten im Einklang mit der internationalen Literatur auf die Relevanz eines guten Familienklimas als Schutzfaktor gegenüber der Ausprägung von ADHS-Symptomen bei Kindern und Jugendlichen hin [15, 50, 53,

58]. Auch ein aktueller Review zu den Effekten von Schutzfaktoren bei ADHS zeigt, dass ein guter familiärer Zusammenhalt und ein positiver elterlicher Erziehungsstil bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS ein Gefühl der Verbundenheit und des Engagements für die elterlichen Werte fördern [50]. Dies kann betroffenen Jugendlichen helfen, gesundheitsbezogenes Risikoverhalten und riskante Lebenssituationen (wie Substanzkonsum oder Delinquenz) zu meiden [50]. Daten der BELLA-Längsschnittstudie zeigen, dass Verbesserungen des familiären Zusammenhalts über einen Zeitraum von zwei Jahren mit einer Verringerung der ADHS-Symptomatik der Kinder verbunden waren [15]. Um sich mit den Daten der KiGGS-Studie einer Analyse kausaler Zusammenhänge anzunähern, wurde eine längsschnittliche Fixed-Effects-Analyse mit den Daten aller drei Messzeitpunkte der KiGGS-Kohorte durchgeführt (zur Methodik siehe Kapitel 5.3, Infobox 5.3.3). Nach Kontrolle aller verfügbaren zeitveränderlichen Merkmale wie Bildungs- und Berufsstatus, Einkommen, Anzahl der Personen im Haushalt, Durchschnittsalter der Eltern und familiärer Zusammenhalt (als Indikator des Familienklimas) war nur eine Zunahme des familiären Zusammenhalts mit einem Rückgang von unaufmerksamer und hyperaktiver Symptomatik (gemessen mit der Hyperaktivitätsskala des SDQ) über einen Zeitraum von elf Jahren verbunden [59]. Das Resultat kann gemäß der Methodik (Kapitel 5.3, Infobox 5.3.3) als kontrolliert für sämtliche beobachtete und unbeobachtete zeitunveränderliche Variablen gelten. Dabei erwies sich der familiäre Zusammenhalt in jeder Lebensphase, von der Kindheit über die Präadoleszenz bis zur Adoleszenz, als protektiv gegenüber einer unaufmerksamen und hyperaktiven Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen [59]. Damit kommt dem Familienklima für die Modifikation einer ADHS-Symptomatik eine wichtige Bedeutung zu.

### 6.3.7 Bewertung

Während die Risikofaktoren für eine ADHS vergleichsweise gut untersucht sind, trifft dies für Schutzfaktoren im Kontext dieser psychischen Störung weniger zu [50]. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass die ADHS in hohem Maße genetisch determiniert ist und psychosozialen Ressourcen damit keine primärpräventive Rolle als Schutzfaktoren zugemessen wird. Jedoch weisen die hier vorgestellten Ergebnisse der KiGGS- und BELLA- sowie weiterer Studien daraufhin, dass bestimmte psychosoziale (Schutz-) Faktoren vor allem mit den Ausprägungen einer ADHS-Symptomatik zusammenhängen, zum Teil

auch mit der Wahrscheinlichkeit einer Diagnose der Störung. Damit kommt ihnen eine sekundärpräventive Bedeutung zu.

Im Einklang mit jüngeren internationalen Studien zeigen sich in den Daten der KiGGS- und BELLA-Studie viel diskutierte pränatale Risikofaktoren wie Alkoholkonsum der Mutter oder Rauchen in der Schwangerschaft oder Stillzeit nicht oder nur teilweise mit einer späteren ADHS-Diagnose des Kindes assoziiert [15, 60]. Studien legen nahe, dass eher genetische Veranlagungen für die gefundenen Zusammenhänge verantwortlich sein könnten [21, 23]. Dagegen ist das männliche Geschlecht nach wie vor einer der Hauptrisikofaktoren für das Vorliegen einer ADHS-Diagnose [44]. Ob dem, wenigstens teilweise, ein Aufmerksamkeits- („Awareness“-)Bias gegenüber der ADHS bei Mädchen zugrunde liegt (vergleiche Kapitel 5.2), ist unklar. Die Tatsache, dass der „Diagnosegap“ zwischen Jungen und Mädchen im zeitlichen Trend zurückgeht (vergleiche Kapitel 6.2), könnte für eine zunehmende diagnostische Aufmerksamkeit gegenüber Mädchen in Bezug auf ADHS sprechen, ebenso wie die Tatsache, dass die geschlechtsspezifischen Stabilitätsraten wiederberichteter ADHS-Lebenszeitdiagnosen zum Zeitpunkt der KiGGS Welle 2 nahezu vollständig angeglichen sind.

Neben der risikobezogenen Perspektive zeigen sich zudem Ansätze für eine ressourcenorientierte Sichtweise auf die ADHS. Ähnlich wie bei den psychischen Auffälligkeiten kommt, nach den hier vorgestellten Analysen, der familiären Situation eine Schlüsselfunktion für ADHS-betroffene Kinder zu, sowohl mit Blick auf mögliche Risiken als auch Ressourcen im Zusammenhang mit einer ADHS. Dabei erscheinen sowohl strukturelle als auch funktionelle familiäre Aspekte von Bedeutung. Eine ADHS eines Kindes stellt sowohl für das Kind als auch für die Familien eine nicht unerhebliche Belastung dar. Daher besteht in Familien, in denen ein Kind mit ADHS lebt, eine erhöhte Trennungswahrscheinlichkeit für die Eltern [33]. Umgekehrt kann sich eine vorhandene ADHS-Symptomatik beim Kind durch die familiären Belastungen bei einer elterlichen Trennung verstärken [35]. Der Befund, dass Verbesserungen des familiären Zusammenhalts im Zeitverlauf mit abnehmender ADHS-Symptomatik bei den Kindern verbunden ist und sich diese familiäre Ressource in allen Lebensphasen des Kindes- und Jugendalters (Kindheit, Präadoleszenz, Adoleszenz) als bedeutsam zeigt [59], weist darauf hin, dass der Förderung einer guten familiären Funktionalität eine hohe Bedeutung für ADHS-betroffene Kinder und ihren Familien zukommt. Hier besteht ein wichtiger Ansatzpunkt für die ressourcenorientierte Prävention,

insbesondere vor dem Hintergrund, dass ADHS-betroffene Kinder und Jugendliche mit einer geringeren Ausstattung an Schutzfaktoren starten und durch die genetische Komponente der ADHS in einigen Fällen auch eine psychische Vorbelastung der Eltern vorliegt, welche die ADHS des Kindes begünstigt [29]. Ein besonderes Augenmerk sollte dabei auf ADHS-betroffenen Kindern aus Eineltern- und Stieffamilien liegen, da die ADHS-Häufigkeit in diesen Familienformen kumuliert und – wie die Wechselwirkungsanalysen zeigen – die Kinder in diesen Familienstrukturen nicht von der Verfügbarkeit etwa personaler Schutzfaktoren profitieren. Für Kinder aus Kernfamilien mit beiden leiblichen Eltern oder solchen, die im Wechselmodell leben, gilt dies nicht.

Auch ein niedriger sozioökonomischer Status der Familie ist ein Faktor, der die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer ADHS-Diagnose erhöht [44]. Allerdings werden Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status und einer ADHS-Diagnose nicht schlechter versorgt als ADHS-betroffene Kinder und Jugendliche anderer sozioökonomischer Statusgruppen [61] (siehe Kapitel 6.5). Auch wenn soziale Unterstützung in der multivariaten Analyse mit den Daten der KiGGS Welle 2 kein signifikanter Prädiktor für eine ADHS-Diagnose war, zeigen andere Studien, dass soziale Unterstützung durch Eltern aber auch Peers, insbesondere für jüngere ADHS-betroffene Kinder im Alter von fünf bis acht Jahren, zu einem besseren Selbstbewusstsein und mehr Selbstwertgefühl führen [55]. Darin liegt ein weiterer potenzieller Ansatz für die Prävention, da in diesem Alter der Schulbeginn liegt und die ADHS infolgedessen besonders häufig erstmalig diagnostiziert wird (siehe Kapitel 6.2).

- 1 Stergiakouli E, Hamshere M, Holmans P et al. (2012) *Investigating the contribution of common genetic variants to the risk and pathogenesis of ADHD*. *Am J Psychiatry* 169(2):186-194. DOI 10.1176/appi.ajp.2011.11040551
- 2 Banaschewski T, Becker K, Döpfner M et al. (2017) *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung*. *Dtsch Arztebl Int* 114(9):149-159. DOI 10.3238/arztebl.2017.0149
- 3 Faraone SV, Larsson H (2019) *Genetics of attention deficit hyperactivity disorder*. *Mol Psychiatry* 24(4):562-575. DOI 10.1038/s41380-018-0070-0
- 4 Thapar A, Cooper M, Jefferies R et al. (2012) *What causes attention deficit hyperactivity disorder?* *Arch Dis Childh* 97(3):260-265. DOI 10.1136/archdischild-2011-300482
- 5 Huss M, Hölling H, Kurth BM et al. (2008) *How often are German children and adolescents diagnosed with ADHD? Prevalence based on the judgment of health care professionals: results of the German health and examination survey (KiGGS)*. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 17(1):52-58. DOI 10.1007/s00787-008-1006-z
- 6 Lindblad F, Hjern A (2010) *ADHD after fetal exposure to maternal smoking*. *Nicotine Tob Res* 12(4):408-415. DOI 10.1093/ntr/ntq017
- 7 Millenet S, Hohmann S, Poustka L et al. (2013) *Risikofaktoren und frühe Vorläufersymptome der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)*. *Kindh Entwickl* 22:201-208. DOI 10.1026/0942-5403/a000118
- 8 Schmitt J, Romanos M (2012) *Prenatal and Perinatal Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. *Arch Pediatr Adolesc Med* 166(11):1074-1075. DOI 10.1001/archpediatrics.2012.1078
- 9 Schlack R, Hölling H, Kurth BM et al. (2007) *Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. *Bundesgesundheitsbl* 50(5):827-835. DOI 10.1007/s00103-007-0246-2
- 10 Schlack R, Mauz E, Hebebrand J et al. (2014) *Hat die Häufigkeit elternberichteter Diagnosen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland zwischen 2003–2006 und 2009–2012 zugenommen?* *Bundesgesundheitsbl* 57(7):820-829. DOI 10.1007/s00103-014-1983-7
- 11 Schlack R, Göbel K, Hölling H et al. (2018) *Prädiktoren der Stabilität des Elternberichts über die ADHS-Lebenszeitprävalenz und Inzidenz der elternberichteten ADHS-Diagnose im Entwicklungsverlauf über sechs Jahre – Ergebnisse aus der KiGGS-Studie*. *ZPPP* 66(4):233-247
- 12 World Health Organization (WHO) (2012) *Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors*. [https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/risks\\_to\\_mental\\_health\\_EN\\_27\\_08\\_12.pdf](https://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf) (Stand: 10.08.2020)
- 13 Fryer SL, McGee CL, Matt GE et al. (2007) *Evaluation of psychopathological conditions in children with heavy prenatal alcohol exposure*. *Pediatrics* 119(3):e733-741. DOI 10.1542/peds.2006-1606
- 14 Pineda DA, Palacio LG, Puerta IC et al. (2007) *Environmental influences that affect attention deficit/hyperactivity disorder*. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 16(5):337-346. DOI 10.1007/s00787-007-0605-4
- 15 Wüstner A, Otto C, Schlack R et al. (2019) *Risk and protective factors for the development of ADHD symptoms in children and adolescents: Results of the longitudinal BELLA study*. *PLOS ONE* 14(3):e0214412. DOI 10.1371/journal.pone.0214412
- 16 Weile LKK, Wu C, Hegaard HK et al. (2020) *Alcohol Intake in Early Pregnancy and Risk of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children Up to 19 Years of Age: A Cohort Study*. *Alcoholism, clinical and experimental research* 44(1):168-177. DOI 10.1111/acer.14243
- 17 Chatterton Z, Hartley BJ, Seok M-H et al. (2017) *In utero exposure to maternal smoking is associated with DNA methylation alterations and reduced neuronal content in the developing fetal brain*. *Epigenet Chromatin* 10(1):1-11.
- 18 Robert Koch-Institut (2015) *Rauchen in der Schwangerschaft. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009–2012* <https://edoc.rki.de/handle/176904/3077> (Stand: 12.10.2021)
- 19 Holbrook BD (2016) *The effects of nicotine on human fetal development*. *Birth Defects Res C Embryo Today*, 108(2):181-192. DOI 10.1002/bdrc.21128
- 20 Huang L, Wang Y, Zhang L et al. (2018) *Maternal Smoking and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Offspring: A Meta-analysis*. *Pediatrics* 141(1) 10.1542/peds.2017-2465
- 21 Thapar A, Rice F, Hay D et al. (2009) *Prenatal smoking might not cause attention-deficit/hyperactivity disorder: evidence from a novel design*. *Biol Psychiatry* 66(8):722-727. DOI 10.1016/j.biopsych.2009.05.032
- 22 Kuntz B, Lampert T (2016) *Social Disparities in Maternal Smoking during Pregnancy: Comparison of Two Birth Cohorts (1996-2002 and 2003-2012) Based on Data from the German KiGGS Study*. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 76(3):239-247. DOI 10.1055/s-0042-100207
- 23 Obel C, Olsen J, Henriksen TB et al. (2011) *Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for hyperkinetic disorder? – Findings from a sibling design*. *Int J Epidemiol* 40(2):338-345. DOI 10.1093/ije/dyq185
- 24 Sciberras E, Mulraney M, Silva D et al. (2017) *Prenatal Risk Factors and the Etiology of ADHD – Review of Existing Evidence*. *Current psychiatry reports* 19(1):1. DOI 10.1007/s11920-017-0753-2
- 25 Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH et al. (2002) *Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis*. *Jama* 288(6):728-737. DOI 10.1001/jama.288.6.728
- 26 Johnson S, Hollis C, Kochhar P et al. (2010) *Psychiatric disorders in extremely preterm children: longitudinal finding at age 11 years in the EPI-Cure study*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 49(5):453-463. DOI 10.1093/ajcp.12456
- 27 Breeman LD, Jaekel J, Baumann N et al. (2016) *Attention problems in very preterm children from childhood to adulthood: the Bavarian Longitudinal Study*. *J Child Psychol Psychiatry* 57(2):132-140. DOI 10.1111/jcpp.12456
- 28 Franz AP, Bolat GU, Bolat H et al. (2018) *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Very Preterm/Low Birth Weight: A Meta-analysis*. *Pediatrics* 141(1):e20171645. DOI 10.1542/peds.2017-1645
- 29 Agha SS, Zammit S, Thapar A et al. (2013) *Are parental ADHD problems associated with a more severe clinical presentation and greater family adversity in children with ADHD?* *Eur Child Adolesc Psychiatry* 22(6):369-377. DOI 10.1007/s00787-013-0378-x
- 30 Schlack R (2013) *Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Eineltern- und Stieffamilien unter besonderer Berücksichtigung von Jungen*. *Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)*. In: Franz M, Karger A (Hrsg) *Scheiden tut weh*. Elterliche Trennung aus Sicht der Väter und Jungen. Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen, S. 122-144
- 31 Brown RT, Pacini JN (1989) *Perceived Family Functioning, Marital Status, and Depression in Parents of Boys with Attention Deficit Disorder*. *J Learn Disabil* 22(9):581-587. DOI 10.1177/002221948902200911
- 32 Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS et al. (1990) *The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29(4):546-557. DOI 10.1097/00004583-199007000-00007
- 33 Wymbs BT, Pelham Jr. WE, Molina BS et al. (2008) *Rate and predictors of divorce among par-*

- ents of youths with ADHD. *J Consult Clin Psychol* 76(5):735-744. DOI 10.1037/a0012719
- 34 Zemp M (2018) *Die elterliche Paarbeziehung in Familien mit Kindern mit ADHS: Wechselwirkungen zwischen Partnerschaftsstörungen und kindlicher Symptomatik*. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 46(4):285-297. DOI 10.1024/1422-4917/a000558
- 35 Bodenmann G (2002) *Die Bedeutung von Stress für die Familienentwicklung*. In: Rollett B, Werneck H (Hrsg) *Klinische Entwicklungspsychologie der Familie*. Hogrefe, Göttingen, S. 243-265
- 36 Bodenmann G (2016) *Lehrbuch Klinische Paar- und Familienpsychologie*. 2. Aufl. Hogrefe, Bern
- 37 Erath SA, El-Sheikh M, Mark Cummings E (2009) *Harsh Parenting and Child Externalizing Behavior: Skin Conductance Level Reactivity as a Moderator*. *Child Dev* 80(2):578-592. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01280.x> (Stand: 07.10.2021)
- 38 Wymbs BT, Wymbs FA, Dawson AE (2015) *Child ADHD and ODD behavior interacts with parent ADHD symptoms to worsen parenting and interparental communication*. *J Abnorm Child Psychol* 43(1):107-119. DOI 10.1007/s10802-014-9887-4
- 39 Biederman J, Faraone SV, Mick E et al. (1995) *High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: a pilot study*. *Am J Psychiatry* 152(3):431-435. DOI 10.1176/ajp.152.3.431
- 40 Faraone SV, Biederman J, Chen WJ et al. (1995) *Genetic heterogeneity in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): gender, psychiatric comorbidity, and maternal ADHD*. *J Abnorm Psychol* 104(2):334-345. DOI 10.1037/0021-843x.104.2.334
- 41 Lampert T, Müters S, Stolzenberg H et al. (2014) *Messung des sozioökonomischen Status in der KiGGS-Studie*. *Bundesgesundheitsbl* 57(7):762-770. DOI 10.1007/s00103-014-1974-8
- 42 World Health Organization (2012) *Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors*. [https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/risks\\_to\\_mental\\_health\\_EN\\_27\\_08\\_12.pdf](https://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf) (Stand: 10.08.2020)
- 43 Russell AE, Ford T, Williams R et al. (2016) *The Association Between Socioeconomic Disadvantage and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Systematic Review*. *Child Psychiatry Hum Dev* 47(3):440-458. DOI 10.1007/s10578-015-0578-3
- 44 Göbel K, Baumgarten F, Kuntz B et al. (2018) *ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*. *Journal of Health Monitoring* 3(3):46-53 <https://edoc.rki.de/handle/176904/5768> (Stand: 07.10.2021)
- 45 Schlack R, Mauz E, Hebebrand J et al. (2014) *Hat die Häufigkeit elternberichteter Diagnosen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland zwischen 2003–2006 und 2009–2012 zugenommen? Bundesgesundheitsbl* 57(7):820–829. DOI 10.1007/s00103-014-1983-7
- 46 Schlack R, Hölling H, Kurth BM et al. (2007) *Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)*. *Bundesgesundheitsbl* 50(5):827-835. DOI 10.1007/s00103-007-0246-2
- 47 Miech RA, Caspi A, Moffitt TE et al. (1999) *Low Socioeconomic Status and Mental Disorders: A Longitudinal Study of Selection and Causation during Young Adulthood*. *Am J Sociol* 104(4):1096-1131. DOI 10.1086/210137
- 48 Reiss F (2013) *Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review*. *Soc Sci Med* 90:24-31. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026>
- 49 Young S (2000) *ADHD children grown up: An empirical review*. *Couns Psychol Q* 13(2):191-200. DOI 10.1080/095150700411728
- 50 Dvorsky M, Langberg J (2016) *A Review of Factors that Promote Resilience in Youth with ADHD and ADHD Symptoms*. *Clin Child Fam Psychol* 19(4):368-391. DOI 10.1007/s10567-016-0216-z
- 51 Newark PE, Elsässer M, Stieglitz R-D (2016) *Self-Esteem, Self-Efficacy, and Resources in Adults With ADHD*. *J Atten Disord* 20(3):279-290. DOI 10.1177/1087054712459561
- 52 Almasi N (2016) *The Comparison of Self-Efficacy Dimensions in ADHD and Normal Students*. *Open J Med Psychol* 05:88-91. DOI 10.4236/ojmp.2016.54010
- 53 Hölling H, Schlack R, Dippelhofer A et al. (2008) *Personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren und gesundheitsbezogene Lebensqualität chronisch kranker Kinder und Jugendlicher*. *Bundesgesundheitsbl* 51:606-620. <https://doi.org/10.1007/s00103-008-0537-2> (Stand: 07.10.2021)
- 54 Edborn T, Malmberg K, Lichtenstein P et al. (2010) *High sense of coherence in adolescence is a protective factor in the longitudinal development of ADHD symptoms*. *Scand J Caring Sci* 24(3):541-547. DOI 10.1111/j.1471-6712.2009.00746.x
- 55 Mastoras SM, Saklofske DH, Schwan VL et al. (2018) *Social Support in Children With ADHD: An Exploration of Resilience*. *J Atten Disord* 22(8):712-723. DOI 10.1177/1087054715611491
- 56 Chu PS, Saucier DA, Hafner E (2010) *Meta-analysis of the relationships between social support and well-being in children and adolescents*. *J Soc Clin Psychol* 29(6):624-645. DOI 10.1521/jscp.2010.29.6.624
- 57 Tannock R (2009) *ADHD with anxiety disorders*. In: Brown TE (Eds) *ADHD comorbidities: Handbook for ADHD complications in children and adolescents*. American Psychiatric Publishing, Arlington, p. 131-152
- 58 Schei J, Nøvik TS, Thomsen PH et al. (2015) *Improved quality of life among adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder is mediated by protective factors: a cross sectional survey*. *BMC Psychiatry* 15(1):108. DOI 10.1186/s12888-015-0491-0
- 59 Junker S, Baumgarten F, Schlack R (in prep.) *The long-term association of mental health and family cohesion – results of the KiGGS study*
- 60 Schlack R, Göbel K, Hölling H et al. (2018) *Prädiktoren der Stabilität des Elternberichts über die ADHS-Lebenszeitprävalenz und Inzidenz der elternberichteten ADHS-Diagnose im Entwicklungsverlauf über sechs Jahre – Ergebnisse aus der KiGGS-Studie*. *ZPPP* 66(4):233-247
- 61 Schlack R, Junker S (2019) *Muster der Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS in der KiGGS Welle 2*. *Monatsschr Kinderheilkd* 167:197–278. <https://doi.org/10.1007/s00112-019-0759-4>

# Korrelate und Folgen von ADHS




---

## KERNAUSSAGEN

---

**Kinder und Jugendliche mit ADHS haben eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für psychopathologische Komorbidität, geringere Lebensqualität, den Konsum psychoaktiver Substanzen einschließlich illegaler Drogen, Gewalterfahrungen, geringeren Schulleistungen, Unfällen oder Gewaltbeteiligung.**

---

**Auch im jungen Erwachsenenalter weisen sie im Durchschnitt eine geringere psychische Gesundheit sowie eine geringere Lebenszufriedenheit und eine niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität auf. Darüber hinaus haben sie einen geringeren Bildungserfolg und ein höheres Risiko für den Konsum psychoaktiver Substanzen sowie für sexuelles Risikoverhalten.**

---

**Die Verfügbarkeit psychosozialer Schutzfaktoren in Kindheit oder Jugend hängt zum Teil mit weniger ungünstigen Entwicklungsausgängen im Erwachsenenalter zusammen, vor allem in Bezug auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden.**

---

Eine ADHS kann erhebliche negative Auswirkungen auf die schulische, familiäre und soziale Entwicklung eines Kindes haben. Kindern und Jugendlichen mit ADHS fehlt es beispielsweise häufig an Ausdauer und Konzentration für die schulischen Aufgaben. Aufgrund ihrer Konzentrationschwierigkeiten können sie dem normalen Unterricht oft nicht folgen und neigen zu Flüchtigkeitsfehlern. Da sie vorhandene Klassenregeln nicht einhalten und beispielsweise während des Unterrichts aufstehen und herumlaufen, stören Kinder mit ADHS häufig den Unterricht. Wegen grobmotorischer Schwierigkeiten kann es auch zu Problemen mit anderen Kindern kommen, wenn ein ADHS-betroffenes Kind Mitschülerinnen oder Mitschüler unbeabsichtigt anstößt oder anrennelt [1]. Zudem können feinmotorische Probleme beim Schrifterwerb den Schulerfolg beeinträchtigen: Die Handschrift von Kindern mit ADHS ist oft ungenau und schlecht lesbar [2]. Darunter leiden die schulischen Leistungen, auch wenn Kinder und Jugendliche mit ADHS hinsichtlich ihrer Begabung und Intelligenz grundsätzlich zu guten Schulleistungen fähig wären [3, 4]. Die Quote ADHS-Betroffener unter Personen, die vorzeitig und ohne Abschluss die Schule verlassen, ist hoch [5, 6].

In der Familie kann es aufgrund der ADHS eines Kindes zu Elternkonflikten über Erziehungsfragen

kommen oder zu Auseinandersetzungen mit Geschwistern, wegen der hohen Aufmerksamkeit, die dem betroffenen Kind zukommt [7]. Die Trennungs- und Scheidungswahrscheinlichkeiten in Familien, in denen ein Kind von ADHS betroffen ist, sind erhöht [8] (vergleiche Kapitel 6.3). Oftmals reduziert auch ein Elternteil den Umfang seiner Berufstätigkeit oder gibt diese ganz auf, was zu finanziellen Einbußen für die Familie und zu Nachteilen für den zurückstehenden Elternteil hinsichtlich seiner beruflichen Entwicklung führen kann. Eltern von ADHS-betroffenen Kindern weisen demzufolge häufiger Stress-, Depressions- und Angstsymptome und eine schlechtere gesundheitsbezogene Lebensqualität auf als Eltern nichtbetroffener Kinder [9–11].

Eine ADHS stellt jedoch nicht nur für Betroffene und deren unmittelbares Umfeld eine große Herausforderung dar, sie steht auch mit einer Vielzahl weiterer psychosozialer Herausforderungen und Risiken für den weiteren Lebensverlauf in Zusammenhang [12]. Typischerweise beginnt eine ADHS in der Kind-

heit oder frühen Adoleszenz, sie kann jedoch Auswirkungen bis in das Erwachsenenalter haben. Aus Längsschnittstudien ist bekannt, dass eine ADHS in der Kindheit und Jugend mit ungünstigeren Entwicklungsverläufen in den Bereichen Gesundheit und Wohlbefinden, Schul- und Bildungserfolg, riskantem Gesundheitsverhalten sowie Partnerschaft und sexueller und reproduktiver Gesundheit im Erwachsenenalter in Zusammenhang steht [13–16].

Die Daten der KiGGS-Kohorte zum Zeitpunkt der KiGGS Welle 2 bieten die Möglichkeit zu untersuchen, inwieweit sich Teilnehmende im Alter von 21 bis 31 Jahren mit und ohne elternberichtete ADHS-Diagnose in Kindheit und Jugend zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung unterscheiden. Darüber hinaus können durch die erneute Befragung in KiGGS Welle längsschnittliche Korrelate für das Kindes- und Jugendalter (von 9 bis 17 Jahren) in den Bereichen psychische Gesundheit, Lebensqualität, Schulleistungen, Substanzkonsum, Unfälle und Gewaltbeteiligung analysiert werden. Im Folgenden werden zunächst Ergebnisse

## INFOBOX 6.4.1

### STABILITÄT UND INZIDENZ DES ADHS-DIAGNOSEBERICHTS

Da die (eltern-)berichtete ADHS-Diagnose nicht die Krankheit selbst, sondern nur ein Indikator für diese ist, wird in diesem Bericht nicht von der Stabilität der ADHS-Diagnose gesprochen, wenn die Diagnose in den verschiedenen Erhebungswellen wiederholt berichtet wurde, sondern von der Stabilität des ADHS-Diagnoseberichts (vgl. Kapitel 6.2.7 ff.). Entsprechend wird auch nicht von der ADHS-Inzidenz, sondern von der Diagnoseinzidenz beziehungsweise Inzidenz des ADHS-Diagnoseberichts gesprochen, wenn es um diejenigen Teilnehmenden geht, für die in der KiGGS-Basiserhebung keine ADHS-Diagnose berichtet wurde, jedoch zu einem späteren Erhebungszeitpunkt. Die längsschnittlichen Korrelate einer ADHS-Diagnose werden für das Kindes- und Jugendalter in diesem Kapitel immer mit Bezug auf die Stabilität und Inzidenz des ADHS-Diagnoseberichts betrachtet. Für Teilnehmende mit stabilem Diagnosebericht ist dabei die

Vergleichsgruppe diejenige mit Teilnehmenden mit initialer elternberichteter ADHS-Diagnose, für die in KiGGS Welle 1 keine Diagnose mehr berichtet wurde. Die Personen mit neu berichteter ADHS-Diagnose zwischen beiden Erhebungswellen (Diagnoseinzidente) werden mit denjenigen verglichen, für die zu keinem Zeitpunkt eine Diagnose berichtet wurde. Generell ist bezüglich der nachfolgenden Analysen zu beachten, dass die Fallzahlen innerhalb der jeweiligen Gruppen mit ADHS-Diagnose vergleichsweise gering sind. Die Gruppe der 9- bis 17-jährigen Teilnehmenden mit stabilem Diagnosebericht zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 1 umfasst  $n = 98$  (im jungen Erwachsenenalter  $n = 66$  Personen). Die Gruppe der Diagnoseinzidenten im Kindes- und Jugendalter umfasst  $n = 198$ , im jungen Erwachsenenalter  $n = 32$  Personen. Stratifiziert man nun zusätzlich nach Transitionsgruppen oder Geschlecht, werden in vielen Fällen nur sehr kleine Fallzahlen erreicht.



zu Korrelaten und Folgen von ADHS im Kindes- und Jugendalter dargestellt, danach mögliche Entwicklungsausgänge im jungen Erwachsenenalter.

### 6.4.1 Korrelate und Folgen in der Kindheit und Jugend

Im nachfolgenden Abschnitt werden Ergebnisse aus der KiGGS-Basiserhebung berichtet sowie längsschnittliche Korrelate einer ADHS-Diagnose von der KiGGS-Basiserhebung zu KiGGS Welle 1. Bei den letztgenannten Analysen werden zwei Gruppen voneinander unterschieden: Zum einen diejenigen, für die sowohl zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung als auch in KiGGS Welle 1 eine elternberichtete ADHS-Diagnose vorlag, zum anderen diejenigen, für die in KiGGS Welle 1 erstmalig eine ADHS-Diagnose berichtet wurde (siehe Kapitel 6.2.7 ff. und Infobox 6.4.1).

#### Komorbidität

Die ADHS weist hohe, teilweise sekundäre Komorbiditätsraten mit weiteren psychischen Auffälligkeiten und Störungen auf [12]. Für das Kindes- und Jugendalter werden Raten von 50% bis über 80% für mindestens eine komorbide Störung und 67% für zwei und mehr komorbide psychische Störungen berichtet [17, 18]. Zu diesen gehören Störungen der Sprachentwicklung und der motorischen Entwicklung, Störung mit oppositionellem Trotzverhalten und Störungen des Sozialverhaltens, Substanzgebundene Störungen, Tic-Störungen und Tourette-Syndrom, affektive Störungen, Zwangs- und Angststörungen, Lern- und Teilleistungsstörungen sowie Autismus-Spektrumstörungen [19, 20].

Zu den häufigsten komorbiden psychischen Störungen einer ADHS im Kindes- und Jugendalter gehören die Störung des Sozialverhaltens, die Störung mit oppositionellem Trotzverhalten, Angststörungen oder affektive Störungen. Depressive Störungen treten bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS deutlich häufiger auf als bei Kindern und Jugendlichen ohne ADHS [21], meistens einige Jahre nach Beginn der ADHS und oftmals hervorgerufen durch die störungsbedingten Probleme im sozialen Umfeld [21]. Eine komorbide depressive Symptomatik bei Kindern mit ADHS stellen nach den Ergebnissen einer Metaanalyse zudem einen Risikofaktor für das Fortbestehen einer ADHS im Erwachsenenalter dar [22].

Eine hohe Komorbidität der ADHS wird auch in den KiGGS-Daten gefunden. Laut den Daten der KiGGS-Basiserhebung weisen Kinder und Jugend-

liche mit elternberichteter ADHS-Diagnose stark erhöhte Risiken für emotionale Probleme (OR = 3,97), Verhaltensprobleme (OR = 4,74) und Probleme mit Gleichaltrigen (OR = 4,24) auf. Aus den Daten der KiGGS-Basiserhebungen liegen auch Hinweise auf Zusammenhänge von Adipositas und Essstörungssymptomen sowie ADHS vor. So weisen 11- bis 17-Jährige mit einer essstörungsassoziierten Adipositas (hier definiert als Body Mass Index (BMI) über der 97. Perzentile der nationalen Referenzdaten [23] und positiv im Essstörungsscreening mit dem SCOFF-Fragebogen [24]) mehr als doppelt so häufig eine durch Eltern berichtete ärztliche oder psychologische ADHS-Diagnose auf, als Kinder ohne essstörungsassoziierte Adipositas [25]. Analysen mit den Daten der BELLA-Basiserhebung verweisen für eine symptom-basiert definierte ADHS ebenfalls auf ein doppelt so hohes Risiko [26]. Längsschnittliche Analysen zeigen, dass Kinder und Jugendliche mit stabil berichteter ADHS-Diagnose zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 1 zu beiden Erhebungszeitpunkten signifikant höhere Werte, insbesondere in den „störungsnahen“ Dimensionen des SDQ, bezüglich der Subskalen Verhaltensprobleme und Peerprobleme zur KiGGS-Basiserhebung und bezüglich der Subskalen Verhaltensprobleme und Hyperaktivitätsprobleme in KiGGS Welle 1 hatten [27]. Nach Ergebnissen der BELLA-Studie neigen Kinder und Jugendliche mit erhöhten Werten auf der Hyperaktivitätsskala des SDQ zudem auch zu Suizidgedanken [28].

#### Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Kinder und Jugendliche mit ADHS weisen laut einem systematischen Review über 36 einschlägige internationale Studien eine schlechtere gesundheitsbezogene Lebensqualität auf. Deren Beurteilung durch die Eltern fällt hierbei noch ungünstiger aus als durch die der betroffenen Kinder und Jugendlichen [29]. Dem entsprechen auch Ergebnisse aus der Querschnitterhebung der KiGGS Welle 2: Kinder mit elternberichteter ADHS-Diagnose zeigten hier deutliche Beeinträchtigungen in allen untersuchten Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, wie körperliches und psychisches Wohlbefinden, Autonomie, Beziehung zu den Eltern sowie schulisches Wohlbefinden [30]. Auch in den Daten der KiGGS-Basiserhebung zeigten sich deutliche Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne elternberichteter ADHS-Diagnose [31]. ADHS-betroffene Jungen wiesen im Vergleich zu nichtbetroffenen Jungen signifikante Beeinträchtigungen in der psychischen, kör-

perlichen, familiären und schulischen Lebensqualität auf, ADHS-betroffene im Vergleich zu nichtbetroffenen Mädchen bezüglich der psychischen, familiären und schulischen Lebensqualität [31].

## Schulleistungen

Studien zeigen, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS vor dem Hintergrund ihrer störungsbedingten Schulschwierigkeiten einen geringeren Schul- und Bildungserfolg etwa in Form geringerer Schulleistungen und / oder schlechterer Schulabschlüsse aufweisen [4, 15, 16, 32, 33]. Die Leitsymptome der ADHS, Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität, erschweren es den betroffenen Kindern und Jugendlichen, dem Unterricht zu folgen, ihren Schulalltag zu organisieren und sich im Klassenverband einzufügen. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn betroffene Kinder und Jugendliche keine (bedarfsgerechte) Therapie erhalten [4, 33]. Die Verlaufsdaten der KiGGS-Studie zeigen, dass Kinder und Jugendliche mit stabil berichteter ADHS-Diagnose in der KiGGS-Basiserhebung und in KiGGS Welle 1 zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 1 durchschnittlich schlechtere Deutschnoten aufwiesen, als Kinder und Jugendliche ohne erneut berichtete Diagnose [34]. Für Kinder und Jugendliche mit inzidenter ADHS-Diagnose wurden darüber hinaus in KiGGS Welle 1 zusätzlich schlechtere durchschnittliche Leistungen im Fach Mathematik berichtet [34].

## Substanzkonsum

Kinder und Jugendliche mit ADHS unterliegen höheren Risiken für den Konsum psychoaktiver Substanzen als nichtbetroffene Kinder und Jugendliche [35]. Zudem ist bei Kindern mit ADHS die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass sie im späteren Lebensverlauf substanzbezogene psychische Störungen (zum Beispiel mit Bezug auf Nikotin, Alkohol, Marihuana, Kokain oder anderen Substanzen) entwickeln [35]. Das höhere Risiko für den Konsum psychoaktiver Substanzen kann unter anderem als Versuch interpretiert werden, die störungsbedingt vorhandene innere Unruhe im Sinne einer „Selbstmedikation“ zu regulieren [36, 37]. Auch in den Daten der KiGGS-Basiserhebung spiegeln sich diese Risiken. Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren mit elternberichteter ADHS-Diagnose gaben mit 14,5% circa doppelt so häufig einen hohen Alkoholkonsum (hier definiert als wöchentliche Trinkmenge von über fünf getränkeüblichen Gläsern von Bier, Wein oder Schnaps) an, wie Gleichaltrige ohne ADHS-Diagnose

mit 7,8%. Wiederholten Gebrauch illegaler Drogen (nur in der KiGGS-Basiserhebung erfragt als ein oder mehrmaliger Gebrauch von Marihuana, Aufputzmitteln wie Amphetamin oder Speed, Medikamenten, Inhalation von Leim oder Lösungsmitteln) gaben 3,3% der Kinder und Jugendlichen ohne, aber 8,3% derjenigen mit ADHS-Diagnose an [38].

Ab KiGGS Welle 1 erfolgte bezüglich der Erhebung des Alkoholkonsums ein Instrumentenwechsel. Nun wurden nicht mehr die wöchentlichen Trinkmengen erfragt, sondern es erfolgte mithilfe des AUDIT-C [39] ein Screening für riskanten Alkoholkonsum. Die Daten der beiden Erhebungswellen sind somit nicht direkt vergleichbar. Nach Daten von KiGGS Welle 1 ist die Wahrscheinlichkeit eines riskanten Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen mit stabil berichteter ADHS-Diagnose zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 1 tendenziell erhöht [34]. Kinder und Jugendliche ab elf Jahren mit inzidenter ADHS-Diagnose zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2 hatten dagegen in KiGGS Welle 1 signifikant geringere Wahrscheinlichkeiten für einen riskanten Alkoholkonsum [34]. Dieser Befund scheint zunächst überraschend, da aufgrund der Ergebnisse der Basiserhebung sowie anderer Studien das Gegenteil zu erwarten gewesen wäre [38, 40]. Er ist jedoch vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Kinder mit inzidenter ADHS-Diagnose in KiGGS Welle 1 insgesamt jünger sind und damit unterhalb des Alters, in dem Alkohol eine soziale Bedeutung für Kinder und Jugendliche erlangt.

In KiGGS Welle 1 wurde auch der Raucherstatus im längsschnittlichen Zusammenhang mit dem Vorliegen einer ADHS-Diagnose zur KiGGS-Basiserhebung untersucht. Dabei zeigten sich ebenfalls unerwartete Befunde: Sowohl Kinder und Jugendliche mit stabil berichteter ADHS-Diagnose als auch diagnoseinzidente Kinder und Jugendliche wiesen, entgegen den Befunden aus anderen Studien [35], in KiGGS Welle 1 eine geringere Wahrscheinlichkeit auf zu rauchen [34]. Möglicherweise ist dies jedoch auf ein Underreporting aufgrund von Effekten sozialer Erwünschtheit zurückzuführen, da die Befragungen in KiGGS Welle 1 als persönliche telefonische Interviews durchgeführt wurden.

## Unfälle

Kinder und Jugendliche mit ADHS haben ein höheres Risiko, durch Unfälle körperlich verletzt zu werden als Gleichaltrige ohne ADHS. Aufgrund der eingeschränkten Informationsverarbeitung ist ihre Handlungsplanung beeinträchtigt und sie können Gefahren weniger gut einschätzen; sie neigen aufgrund ihrer Impulsivität eher zu Risikoverhalten [41, 42]. Eine ver-



gleichende Querschnittuntersuchung mit Daten der KiGGS-Basiserhebung und Daten der gesetzlichen Krankenkasse AOK zeigte, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS-Diagnose in beiden Datensätzen höhere Wahrscheinlichkeiten aufwiesen, an Unfällen beteiligt zu sein als nichtbetroffene Gleichaltrige [43]. Die Wahrscheinlichkeit für eine Unfallbeteiligung änderte sich laut den KiGGS-Daten auch dann nicht, wenn die Eltern für die ADHS-betroffenen Kinder und Jugendlichen eine aktuelle ADHS-Medikation berichteten (KiGGS-Studie). In den Daten der AOK gab es hingegen einen (allerdings eher schwachen) protektiven Effekt auf die Unfallneigung für eine ärztliche Verordnung von ADHS-Medikation [43]. Längsschnittlich lassen sich in den Daten von KiGGS-Welle 1 weder für eine stabil berichtete noch eine inzidente ADHS-Dia-

gnose signifikante Zusammenhänge mit einer erhöhten Unfallneigung nachweisen [34].

### Gewaltbeteiligung

Kinder und Jugendliche mit ADHS können in ihrer Schule als „Klassenclown“ stigmatisiert werden oder aufgrund ihrer Schwierigkeiten, sich an vorgegebene Verhaltensregeln zu halten, zu Außenseitern werden. Defizite in der Affektregulation, die bei Kindern mit ADHS häufig sind [44], tragen dazu bei, dass sie auch höhere Wahrscheinlichkeiten aufweisen, Opfer von Schulbullying oder Gewalthandlungen zu werden [45–47]. Für ADHS-betroffene Kinder und Jugendliche mit komorbiden Störungen des Sozialverhaltens ist die

## INFOBOX 6.4.2

### SPEZIFISCHE VULNERABILITÄTEN IN DEN MIT DEN KiGGS-DATEN UNTERSUCHBAREN TRANSITIONSPHASEN DES KINDES- UND JUGENDALTERS

Angelehnt an entwicklungspsychopathologische Modelle [52, 53] lassen sich für das Kindes- und Jugendalter von 3 bis 17 Jahren mit den Daten der KiGGS-Kohorte mehrere relevante Übergänge (Transitionen) beschreiben (vergleiche Kapitel 3.4):

- vom Kindergartenalter (3 – 5 Jahre) in das mittlere Grundschulalter (9 – 11 Jahre)
- vom frühen Grundschulalter (6 – 8 Jahre) in die Präadoleszenz (12 – 14 Jahre) und
- vom mittleren Grundschulalter (9 – 11 Jahre) in die Adoleszenz (15 – 17 Jahre).

Aufgrund der Kohortenalterung lassen sich diese drei Transitionsphasen nur mit den Verlaufsdaten von der KiGGS-Basiserhebung zu KiGGS Welle 1 untersuchen (siehe Kapitel 3.4). Spezifische Vulnerabilitäten wurden mit multinomialen logistischen Regressionsmodellen untersucht, mit den Transitionsphasen als abhängige Variablen und den jeweiligen Korrelaten Psychische Auffälligkeiten (SDQ-Gesamtproblemwert), Lebensqualität (KID-SCREEN-10), Schulerfolg (Deutsch- und Mathematiknote), Alkoholkonsum (AUDIT-C) und Rauchen, Unfälle und Gewaltbeteiligung

als unabhängige Variablen (nähere Informationen zu den Indikatoren siehe Kapitel 3.4). Die Analysen wurden jeweils separat für Kinder und Jugendliche mit stabilem Diagnosebericht von der KiGGS-Basiserhebung zu KiGGS Welle 1 sowie für die im gleichen Zeitraum diagnoseinzidenten Kinder und Jugendlichen durchgeführt.

Im Ergebnis geht für Kinder und Jugendliche mit stabil berichteter ADHS-Diagnose die Transition vom frühen Grundschulalter in die Präadoleszenz mit einer erhöhten komorbiden Symptombelastung im SDQ, die Transition vom mittleren Grundschulalter in die Adoleszenz mit einem spezifischen Risiko für den Schul- und Bildungserfolg (Deutschnote) einher [36].

Für diagnoseinzidente Kinder und Jugendliche zeigen sich bei der Transition vom Kindergartenalter in das mittlere Grundschulalter erhöhte Risiken für schlechtere Leistungen im Fach Mathematik und bei der Transition vom frühen Grundschulalter in die Präadoleszenz ein erhöhtes Risiko für eine schlechtere Deutschnote sowie bei jeweils beiden Transitionen für eine erhöhte komorbide Symptombelastung im SDQ (Gesamtproblemwert) [36].

Prognose noch ungünstiger [48]. Die Zurückweisung und Ablehnung durch Gleichaltrige, die ADHS-Betroffene häufig erleben, können sich bis in soziale Schwierigkeiten im Erwachsenenalter fortsetzen [49]. Kinder und Jugendliche mit elternberichteter ADHS-Diagnose wiesen in der KiGGS-Basiserhebung ein deutlich erhöhtes Risiko auf, Täterin oder Täter, Opfer oder Täterin beziehungsweise Täter und Opfer (sog. Täter/Opfer [47]) von Gewalthandlungen zu sein. Dies gilt gleichermaßen für Mädchen wie für Jungen [50]. Kinder und Jugendliche mit mehrfachen Gewaltopfererfahrungen, solche, die mehrfach Täterin oder Täter von Gewalthandlungen waren sowie Täter/Opfer, wiesen besonders hohe Hyperaktivitätswerte im SDQ-Selbstbericht auf [51].

Kinder und Jugendliche mit stabil berichteter ADHS-Diagnose zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 1 hatten bei Gewalthandlungen ein

erhöhtes Risiko, sowohl Opfer- als auch Tätererfahrungen zu machen [34]. Diagnoseinzidente Kinder und Jugendliche hatten sogar eine mehr als vierfach erhöhte Wahrscheinlichkeit, als Täterin oder Täter, und eine fast dreifach erhöhte Wahrscheinlichkeit, als Opfer an Gewalthandlungen beteiligt zu sein [34].

#### 6.4.2 Entwicklungsausgänge im jungen Erwachsenenalter

Die ADHS galt lange Zeit als psychische Störung des Kindes- und Jugendalters [54]. Durch die Nachverfolgung ADHS-betroffener Kinder und Jugendlicher im Rahmen von Längsschnittstudien geriet seit den späten 1990er Jahren deren Entwicklung im (jungen) Erwachsenenalter verstärkt in den Fokus wissenschaftlichen Interesses [13]. In der Folge rückte die

### INFOBOX 6.4.3

#### ANALYSE VON ENTWICKLUNGS AUSGÄNGEN IM JUNGEN ERWACHSENENALTER BEI ELTERNBERICHTETER ADHS-DIAGNOSE IN KINDHEIT ODER JUGEND UNTER BERÜCKSICHTIGUNG VON RISIKO- UND SCHUTZFAKTOREN (METHODIK)

Wie auch bei der Untersuchung der Entwicklungsausgänge bei Vorliegen von internalisierenden und externalisierenden Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend (vergleiche Kapitel 5.4) wurden auch bei der Analyse der Entwicklungsausgänge im jungen Erwachsenenalter – in Abhängigkeit vom diskreten oder kontinuierlichen Charakter der jeweiligen abhängigen Variable – logistische und lineare Regressionsmodelle spezifiziert [57].

Als abhängige Variablen dienten dabei die jeweiligen Outcomes (Entwicklungsausgänge) im jungen Erwachsenenalter: Allgemeine psychische Gesundheit (MHI-5), depressive Symptome (PHQ-8), Panikstörung (PHQ-Panik), Essstörungssymptome, Lebenszufriedenheit (PWI-A) sowie psychische und körperliche Lebensqualität (SF-8), Bildungsstatus (ISCED), Raucherstatus (ja / nein) und riskanter Alkoholkonsum (AUDIT-C), Fragen zu aktueller Partnerschaft (ja / nein), zum Alter beim ersten Geschlechtsverkehr, zur Verhütung und Kondomnutzung (ja / nein), zum Vorhandensein ungeplanter Kinder (ja / nein) (für mehr

Informationen zu den Instrumenten siehe Kapitel 3.4), als Prädiktor die elternberichtete ADHS-Diagnose zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung.

In einem ersten Modell wurden die Outcomes im jungen Erwachsenenalter (zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2) unter Kontrolle von Alter (in Jahren), Geschlecht, Migrationshintergrund und sozioökonomischem Status (SES) durch die elternberichtete ADHS-Diagnose in Kindheit oder Jugend (KiGGS-Basiserhebung) bei wechselseitiger Kontrolle vorhergesagt.

In einem zweiten Modell wurden zusätzlich die zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung erhobenen Schutzfaktorenskalen „Personale Ressourcen“, „Familiärer Zusammenhalt“ sowie „Soziale Unterstützung“ aufgenommen. Die Modelle für riskanten Alkoholkonsum, Kondomnutzung und Verhütung wurden zusätzlich mit einem quadratischen Altersterm adjustiert, die Modelle für Kondomnutzung und Verhütung darüber hinaus noch für feste Partnerschaft und Anzahl der Sexualpartnerinnen und -partner.



Symptomatik der ADHS im Erwachsenenalter stärker und mehr in den klinischen Fokus, mittlerweile wird die ADHS als Erkrankung über die gesamte Lebensspanne wahrgenommen [55, 56].

Analog der Analyse der Zusammenhänge von internalisierenden und externalisierenden Auffälligkeiten (vergleiche Kapitel 5.4 und Infobox 6.4.3) mit verschiedenen Entwicklungsausgängen in Kindheit oder Jugend werden nachstehend mit den Daten der KiGGS-Kohorte zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2 längsschnittliche Zusammenhänge zwischen einer von den Eltern berichteten ADHS-Diagnose in Kindheit oder Jugend, zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung, und der allgemeinen psychischen Gesundheit, depressiven Symptomen, Panikstörung und Essstörungssymptomen, der Lebenszufriedenheit und Lebensqualität, des erreichten Bildungsstatus, von Risikoverhaltensweisen sowie sexueller und reproduktiver Gesundheit bei jungen Erwachsenen im Alter von 21 bis 31 Jahren betrachtet. Dabei wird auch untersucht, welche Bedeutung die Verfügbarkeit von psychosozialen Schutzfaktoren in Kindheit oder Jugend für die Entwicklungsausgänge ADHS-betroffener Kinder und Jugendlicher im jungen Erwachsenenalter hat.

### Psychische Gesundheit

Dass ADHS-Betroffene auch im Erwachsenenalter eine beeinträchtigte psychische Gesundheit aufweisen, zeigen die Ergebnisse nationaler und internationaler Studien. Das klinische Erscheinungsbild der ADHS im Erwachsenenalter ist jedoch deutlich heterogener als im Kindes- und Jugendalter. Häufig dominieren komorbide affektive Störungen, Angststörungen, substanzgebundene und Persönlichkeitsstörungen das klinische Bild [55, 58]. In einer US-amerikanischen Repräsentativstudie wiesen Personen mit einer ADHS-Diagnose auch nach Kontrolle soziodemografischer Merkmale eine erhöhte Komorbidität mit allen untersuchten psychischen Störungen wie bipolaren Störungen, narzisstischen, histrionischen, Borderline-, antisozialen oder schizotypischen Persönlichkeitsstörungen sowie generalisierter Angststörung, posttraumatischer Belastungsstörungen und spezifischen Phobien auf [59]. Auch in einer deutschen Repräsentativstudie mit 1.655 Teilnehmenden im Alter von 18 bis 64 Jahren war eine ADHS im Erwachsenenalter signifikant mit einer Depressions- und Angstsymptomatik verbunden [60]. Ähnliche Befunde liefert die „Pittsburgh ADHD Longitudinal Study“ mit 394 Befragten im Alter von 18 bis 25 Jahren: Teilnehmende, die in ihrer Kindheit eine ADHS-Diagnose erhalten hatten, berichteten im

jungen Erwachsenenalter signifikant mehr depressive Symptome [61].

Die Daten der KiGGS-Kohorte zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2 zeigen entsprechend, dass Teilnehmende mit einer elternberichteten ADHS-Diagnose in Kindheit oder Jugend insbesondere eine schlechtere allgemeine psychische Gesundheit und mehr depressive Symptomatik im jungen Erwachsenenalter aufweisen als Nichtbetroffene [62] (Tabelle 6.4.1). Zusammenhänge einer ADHS-Diagnose in Kindheit oder Jugend mit einer Panikstörung oder mit Essstörungssymptomen im jungen Erwachsenenalter ließen sich dagegen nicht nachweisen [62].

### Lebenszufriedenheit und Lebensqualität

Mit dem Fortbestehen einer ADHS im Erwachsenenalter halten oftmals auch die bereits in der Kindheit und Jugend messbaren Beeinträchtigungen in der Lebenszufriedenheit und Lebensqualität an [63]. Eine eingeschränkte Lebensqualität bei Vorliegen von ADHS im Erwachsenenalter wird auch in einem 36 Studien umfassenden systematischen Review berichtet [64]. Junge Erwachsene der KiGGS-Kohorte, für die eine ADHS-Diagnose in Kindheit oder Jugend mitgeteilt worden war, berichten zum Zeitpunkt der KiGGS Welle 2 ebenfalls eine geringere Lebenszufriedenheit sowie eine eingeschränkte körperliche und psychische Lebensqualität [62] (Tabelle 6.4.1). Bezüglich der Lebensqualität konnten Yang et al. [65] zeigen, dass ADHS in Kindheit und Jugend mit mehr Symptomen von Depression und Angst einhergeht, welche wiederum mit einer geringeren Lebensqualität im jungen Erwachsenenalter assoziiert waren. Ebenso konnte gezeigt werden, dass auch persistente ADHS-Symptome im Erwachsenenalter den Zusammenhang einer ADHS in Kindheit und Jugend mit einer beeinträchtigten Lebensqualität erklären [65]. Ähnliche Mechanismen werden auch für den Zusammenhang einer ADHS in Kindheit und Jugend und einer geringeren Lebenszufriedenheit im Erwachsenenalter vermutet. Hier erwiesen sich beispielsweise depressive Symptome und ein Mangel an sozialer Unterstützung als vermittelnde Faktoren [66].

### Schul- und Bildungserfolg

Der Schul- und Bildungserfolg beeinflusst die Berufschancen und beruflichen Perspektiven im Erwachsenenalter nachhaltig. Erwachsene mit einer ADHS-Diagnose in Kindheit oder Jugend haben laut Ergebnissen nationaler und internationaler Studien aufgrund der

bereits erwähnten, störungsbedingten Schulschwierigkeiten häufiger ein niedrigeres Bildungsniveau, wechseln häufiger die Arbeitsstelle, arbeiten seltener in Vollzeit und sind häufiger arbeitslos als nichtbetroffene Erwachsene [60, 67, 68]. Ähnliches zeigen auch die Daten der KiGGS-Kohorte. Demnach weisen junge Erwachsene mit elternberichteter ADHS-Diagnose elf Jahre nach der KiGGS-Basiserhebung, zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2, höhere Wahrscheinlichkeiten für einen niedrigeren und geringere Wahrscheinlichkeiten für einen höheren Bildungsstatus (jeweils im Vergleich mit einem mittleren Bildungsstatus) auf [62] (Tabelle 6.4.1).

## Substanzkonsum

Eine ADHS-Diagnose in Kindheit oder Jugend ist laut einer Vielzahl internationaler Studien mit einem erhöhten Risiko für den Konsum psychoaktiver Substanzen im jungen Erwachsenenalter bis hin zu substanzgebundenen psychischen Störungen verbunden. Insbesondere das Vorliegen einer Komorbidität mit externalisierenden Verhaltensproblemen scheint hier verstärkend zu wirken [36, 69]. Mit dem Rauchen fangen ADHS-Betroffene früher an als Nichtbetroffene, werden nach der ersten Zigarette schneller zu kontinuierlichen Rauchenden und bleiben es im Erwachsenenalter häufiger, auch wenn sie nicht seltener als Nichtbetroffene versuchen, mit dem Rauchen aufzuhören [70–72]. In Abstinenzphasen berichten sie jedoch mehr sozialen Rückzug und einen höheren Suchtdruck [71]. Unter ADHS-Betroffenen gibt es insgesamt keine signifikant höhere Prävalenz beim Rauchen und im Vergleich zu Nichtrauchenden auch nicht bezüglich der Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag, jedoch eine höhere Zahl von aktiven Rauchenden und eine geringere von ehemaligen Rauchenden [71].

Die Zusammenhänge zwischen dem Vorliegen einer ADHS und Substanzkonsum sind bislang noch nicht eindeutig geklärt. Bei der höheren Neigung zum Konsum psychoaktiver Substanzen wird vermutet, dass mit diesem assoziierte Risikofaktoren, wie geringe Selbstkontrolle und Selbstregulierung, Schwierigkeiten im Schul- und Bildungssystem oder mit Peers, ebenso mit einer ADHS in Zusammenhang stehen und daher bei betroffenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen den Substanzkonsum begünstigen [40]. Denkbar sind ebenso neurokognitive Beeinträchtigungen in den Exekutivfunktionen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS, die einen solchen Zusammenhang begünstigen oder zusätzliche psychologische Komorbiditäten, die ihrerseits den Substanzkonsum fördern [32, 40].

Nach den Daten der KiGGS-Kohorte finden sich für Teilnehmende im jungen Erwachsenenalter mit einer elternberichteten ADHS-Diagnose in Kindheit oder Jugend zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2 jedoch überraschenderweise keine Zusammenhänge mit einem riskanten Alkoholkonsum, gemessen mit dem AUDIT-C [62] (Tabelle 6.4.1). Dies war auch bereits ein Befund bei ähnlichen Analysen mit dem Datensatz der KiGGS Welle 1 [34]. In Einklang mit anderen Studien [40, 72] findet sich in den Daten der KiGGS-Kohorte zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2 eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, bei Vorliegen einer ADHS-Diagnose in der Kindheit oder Jugend im jungen Erwachsenenalter zu rauchen [62].

## Unfälle

In den Daten der KiGGS-Kohorte zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2 zeigt sich eine ADHS-Diagnose in Kindheit oder Jugend auch im jungen Erwachsenenalter nicht signifikant mit einer ärztlich behandelten Unfallverletzung verbunden [62] (Tabelle 6.4.1). Die Studienlage ist hier ebenfalls gegenläufig. Einerseits sind laut einer deutschen unfallchirurgischen Studie ADHS-Patientinnen und -Patienten bei ärztlichen Behandlungen wegen Unfällen deutlich überrepräsentiert. ADarüber hinaus berichten Unfallopfer mit ADHS signifikant häufiger von Ablenkung, Stress und Selbstüberschätzung und häufiger darüber, in die eigenen Gedanken vertieft gewesen zu sein, als nicht von ADHS betroffene Unfallopfer [73].

## Gewalterfahrungen

Studien zeigen, dass junge Erwachsene, die in ihrer Kindheit eine ADHS-Diagnose erhalten hatten, ein höheres Risiko aufweisen, psychische und körperliche Gewalt in Partnerbeziehungen auszuüben, insbesondere, wenn sie männlichen Geschlechts sind und komorbide Verhaltensauffälligkeiten aufweisen [74, 75]. In der KiGGS-Studie wurden Gewalterfahrungen im jungen Erwachsenenalter nur in KiGGS Welle 1 als Opfer- und Tätererfahrungen von körperlicher und psychischer Gewalt erfragt. Hier bestanden bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 24 Jahren mit stabil berichteter ADHS-Diagnose zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 1 nur marginal signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeiten, Täter von psychischer Gewalt gewesen zu sein [34]. Die Wahrscheinlichkeiten, Opfer oder Täterin beziehungsweise Täter von körperlicher Gewalt sowie Opfer von psychischer Gewalt geworden zu sein, waren nur tendenziell erhöht. Die ADHS-

TABELLE 6.4.1

Vorhersage von Entwicklungsausgängen im jungen Erwachsenenalter bei Vorliegen einer elternberichteten ADHS-Diagnose in Kindheit oder Jugend mittels linearer und logistischer Regressionsmodelle (KiGGS-Kohorte)

OUTCOME IM JUNGEN ERWACHSENENALTER	KOEFFIZIENT FÜR DIE ADHS-DIAGNOSE ZUM ZEITPUNKT DER KIGGS-BASISERHEBUNG <sup>1</sup>	KOEFFIZIENT FÜR DIE ADHS-DIAGNOSE ZUM ZEITPUNKT DER KIGGS-BASISERHEBUNG NACH ADJUSTIERUNG MIT SCHUTZFAKTOREN <sup>2</sup>
<b>PSYCHISCHE GESUNDHEIT</b>		
Allgemeine psychische Gesundheit (MHI-5) (n = 3.313)	B = -5,98***	B = -5,01**
Depressive Symptomatik (PHQ-8) <sup>3</sup> (n = 3.320)	B = 1,95***	B = 1,79***
Panikstörung (PHQ-Panik) (n = 3.284)	n. s.	–
Essstörungssymptome (SCOFF) (n = 3.344)	n. s.	–
<b>LEBENSZUFRIEDENHEIT UND LEBENSQUALITÄT</b>		
Körperliche Lebensqualität (SF-8) (n = 3.398)	B = -1,59*	n. s.
Psychische Lebensqualität (SF-8) (n = 3.342)	B = -2,84**	B = -2,45*
Allgemeine Lebenszufriedenheit (PWI-A) (n = 3.317)	B = -7,51***	B = -6,46***
<b>BILDUNGSSTATUS (ISCED)</b>		
Niedrig vs. Mittel (n = 3.326)	RRR = 3,47***	RRR = 3,43***
Hoch vs. Mittel (n = 3.326)	RRR = 0,33**	RRR = 0,36**
<b>SUBSTANZKONSUM</b>		
Riskanter Alkoholkonsum (Audit-C) <sup>3</sup> (n = 3.343)	n. s.	–
Rauchen (n = 3.353)	OR = 1,85**	OR = 1,87**
<b>UNFÄLLE</b>		
Ärztliche Behandlung wegen Unfallverletzung	n. s.	–
<b>PARTNERSCHAFT, SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT</b>		
Feste Partnerschaft (n = 3.354)	n. s.	–
Alter beim ersten Geschlechtsverkehr (n = 3.071)	n. s.	–
Anzahl Sexualpartnerinnen und Sexualpartner (n = 3.085)	n. s.	–
Bereits schwanger gewesen (nur Frauen) (n = 1.777)	n. s.	–
Leibliche/s Kind/er (n = 1.669)	n. s.	–
Ungeplante Kinder <sup>5</sup> (n = 319)	–	–
Keine Verhütung <sup>3,4</sup> (n = 3.050)	n. s.	–
Ungeschützter Geschlechtsverkehr <sup>3,4</sup> (n = 3.103): grundsätzliche Kondomnutzung vs. gelegentlich	n. s.	–
Ungeschützter Geschlechtsverkehr <sup>3,4</sup> (n = 3.103): keine <sup>3</sup> Kondomnutzung vs. gelegentlich	RRR = 1,94*	RRR = 1,97*

**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS-Basiserhebung (2003 – 2006) bis KiGGS Welle 2 (2014 – 2017); Teilnehmende im Alter von 21 bis 31 Jahren; B = Beta-Koeffizient, OR = Odds Ratio, RRR = Relative Risk Ratio; MHI = Mental Health Inventory, PHQ = Patient Health Questionnaire, SCOFF = Sick, Control, One, Fat, Food, PWI-A = Personal Wellbeing Index, SF = Short-Form Health Survey, ISCED = International Standard Classification of Education, Audit-C = Alcohol use disorders identification test–Consumption \* p < 0,05, \*\* p < 0,01, \*\*\* p < 0,001

<sup>1</sup>Modell 1 ohne Berücksichtigung von Schutzfaktoren zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung

<sup>2</sup>Modell 2 mit Berücksichtigung von Schutzfaktoren zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung

<sup>3</sup>Wegen Konstruktüberlappung nicht kontrolliert für personale Ressourcen zur KiGGS-Basiserhebung.

<sup>4</sup>Modelle zusätzlich adjustiert für quadratischen Altersterm.

<sup>5</sup>Zusätzlich kontrolliert für feste Partnerschaft, Anzahl der Sexualpartnerinnen und -partner.

Diagnoseinzidenz im jungen Erwachsenenalter war hingegen nicht mit körperlichen oder psychischen Gewalterfahrungen assoziiert [34]. In KiGGS Welle 2 wurden Gewalterfahrungen nicht mehr erhoben.

## Partnerschaft, sexuelle und reproduktive Gesundheit

ADHS-Betroffene sind häufiger früh sexuell aktiv und weisen eine höhere Anzahl von Sexualpartnerinnen und -partnern auf als Nichtbetroffene. Vermittelt über das Kernsymptom Impulsivität haben sie auch häufiger ungeschützten Geschlechtsverkehr [15, 76, 77]. Laut einem aktuellen systematischen Review steht eine ADHS darüber hinaus mit häufigerem Geschlechtsverkehr außerhalb einer Beziehung, einem höheren Risiko für sexuell übertragbare Krankheiten sowie mit häufigeren Schwangerschaften und Teenager-Elternschaften in Zusammenhang [78]. Entsprechend zeigen auch Analysen mit den Daten der KiGGS-Kohorte zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2, dass Teilnehmende mit einer ADHS-Diagnose in Kindheit und Jugend eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für ungeschützten Geschlechtsverkehr (keine Kondomnutzung) im jungen Erwachsenenalter aufweisen [62] (Tabelle 6.4.1). Darüber hinaus weisen die Analysen darauf hin, dass Teilnehmende mit ADHS-Diagnose in Kindheit oder Jugend eine höhere Wahrscheinlichkeit für ungeplante Schwangerschaften haben. Wegen zu geringer Fallzahlen und der daraus resultierenden statistischen Unsicherheit wird dieser Effekt jedoch hier nicht berichtet [62].

## Effekte von Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend

Werden personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung mit Blick auf die Entwicklungsausgänge im jungen Erwachsenenalter gemeinsam berücksichtigt, verringert sich gemäß den Daten der KiGGS-Kohorte der ungünstige Effekt einer ADHS-Diagnose in Kindheit und Jugend auf die allgemeine psychische Gesundheit im jungen Erwachsenenalter (Tabelle 6.4.1). Die Assoziationen mit einer depressiven Symptomatik im jungen Erwachsenenalter verringern sich ebenfalls leicht [62]. In einer norwegischen Studie berichten Schei et al. [79], dass personale Resilienzfaktoren bei ADHS-Betroffenen mit einer besseren psychosozialen Funktionalität und weniger depressiven Symptomen beim Übergang von der Adoleszenz in das junge Erwachsenenalter verbunden waren. Nach Adjustie-

rung mit den Schutzfaktorskalen schwächt sich in den KiGGS-Daten der Zusammenhang zwischen einer ADHS-Diagnose in der Kindheit oder Jugend und der allgemeinen Lebenszufriedenheit im jungen Erwachsenenalter ab [62] (Tabelle 6.4.1). Es besteht zudem kein signifikanter Zusammenhang einer ADHS-Diagnose in Kindheit oder Jugend mit der körperlichen Lebensqualität im jungen Erwachsenenalter mehr [62] (Tabelle 6.4.1).

Auch diese Ergebnisse stehen im Einklang mit der erwähnten Studie von Schei et al. [80]. Sowohl individuelle Kompetenzen als auch soziale Unterstützung in der Adoleszenz vermitteln hier den Zusammenhang zwischen emotionalen und Verhaltensproblemen und der Lebensqualität beim Übergang in das junge Erwachsenenalter bei Jugendlichen mit ADHS [80]. Keinen Effekt haben die Schutzfaktoren auf den ungünstigen Zusammenhang zwischen einer ADHS-Diagnose in Kindheit oder Jugend mit dem Bildungsstatus im jungen Erwachsenenalter [62] (Tabelle 6.4.1). Auch bei Berücksichtigung der Schutzfaktorskalen bleibt der Zusammenhang zwischen einer ADHS-Diagnose in Kindheit oder Jugend und einem erhöhten Risiko, im jungen Erwachsenenalter zu rauchen, bestehen [62] (Tabelle 6.4.1). Ebenso unbeeinflusst zeigt sich der Zusammenhang mit der erhöhten Wahrscheinlichkeit für ungeplante Kinder sowie mit ungeschütztem Geschlechtsverkehr (keine Kondomnutzung) im jungen Erwachsenenalter [62] (Tabelle 6.4.1). Es scheint somit, dass die Verfügbarkeit von Schutzfaktoren in Kindheit oder Jugend, bei in der Kindheit oder Jugend von ADHS Betroffenen, im jungen Erwachsenenalter vor allem zu einer besseren psychischen Gesundheit und einem besseren Wohlbefinden beitragen, jedoch eher nicht die mit der Kernsymptomatik verbundenen Entwicklungsrisiken beeinflussen.

## 6.4.3 Bewertung

In diesem Kapitel wurde auf Grundlage der Daten der KiGGS-Kohorte dargestellt, mit welchen Korrelaten eine elternberichtete ADHS-Diagnose im Kindes- und Jugendalter verbunden ist. Es wurden potenziell ungünstigere Entwicklungsausgänge im jungen Erwachsenenalter aufgezeigt und darüber hinaus, welche Entwicklungsausgänge über vorhandene Schutzfaktoren in der Kindheit und Jugend potenziell beeinflussbar sind. Wie erwartet, erweist sich eine ADHS-Diagnose in der Kindheit oder Jugend in vielfältiger Weise als Risikofaktor für psychische Gesundheit, die Lebenszufriedenheit und Lebensqualität, den Bildungserfolg, Substanzkonsum, Unfallneigung und Gewalterfahrungen sowohl im Kindes- und Jugend-



alter als auch im jungen Erwachsenenalter. Bei jungen Erwachsenen zeigen sich auch Risiken in Bezug auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit. In den allermeisten Bereichen schnitten Teilnehmende mit einer elternberichteten ADHS-Diagnose deutlich ungünstiger ab als nichtbetroffene Teilnehmende.

In der transitionsphasenspezifischen Betrachtung im Kindes- und Jugendalter zeigte sich, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS bei Übergängen von einer in die darauffolgende Lebensphase vor allem bezüglich ihres Schul- und Bildungserfolgs und hinsichtlich der psychopathologischen Komorbidität gefährdet sind. Dies trifft sowohl für die Transition vom Kindergarten- in das Grundschulalter, als auch von diesem in die Präadoleszenz und in die Adoleszenz zu. Diese Ergebnisse sind konsistent mit dem ADHD Life Transition Model (vergleiche Kapitel 3.4) [53]. Jede der Lebensphasen ist mit spezifischen Entwicklungsaufgaben, Umweltanforderungen sowie unterschiedlicher Verfügbarkeit internaler und externaler Ressourcen verbunden, die sich für ADHS-Betroffene mit zunehmendem Lebensalter gegenläufig entwickeln: In dem Maße, indem die Anforderungen an ein selbstorganisiertes Leben steigen (Selbstregulation, Erwerb sozial kompetenten Verhaltens, Eigenständigkeit, Bildungserwerb), nehmen die verfügbaren, stützenden, externalen Ressourcen (von Eltern und Familie, Lehrpersonen und Schule, Gesundheitssystem) ab.

ADHS-Betroffene sind vulnerabel und benötigen Unterstützung bei der Bewältigung zentraler Entwicklungsaufgaben. Eine besonders kritische Phase ist der Übergang in das junge Erwachsenenalter, bei der zuvor verfügbare stützende Ressourcen (zum

Beispiel durch Schule, Elternhaus, Versorgungssystem) wegfallen oder sich verändern und zugleich höhere Anforderungen an die Selbstorganisation gestellt werden („Ressourcen-Anforderungs-Ungleichgewicht“) [53]. In der Literatur dominieren Studien zu Risiken und negativen Entwicklungspfaden bei ADHS. Die KiGGS-Kohortendaten zeigen im Einklang mit internationalen Studien, dass eine ADHS-Diagnose in Kindheit oder Jugend mit einer Reihe von Risiken für ungünstigere Entwicklungsverläufe bis in das junge Erwachsenenalter hinein verbunden ist [12, 13, 16, 53, 76]. Schutzfaktoren im Kontext von ADHS wurden vergleichsweise selten untersucht [81], insbesondere in Bezug auf individuelle Verläufe. Bei den hier vorgestellten Analysen mit den KiGGS-Daten zeigte sich, dass vor allem die Zusammenhänge zwischen einer elternberichteten ADHS-Diagnose in der Kindheit oder Jugend und Entwicklungsausgängen wie der allgemeinen psychischen Gesundheit, Lebenszufriedenheit und Lebensqualität im jungen Erwachsenenalter durch die protektiven Effekte der untersuchten psychosozialen Schutzfaktoren vermittelt werden. Dieser Befund legt nahe, dass frühzeitige, die Schutzfaktoren stärkende Interventionen auch bei ADHS-Betroffenen die psychische Gesundheit und das Befinden nachhaltig positiv beeinflussen können. Hinsichtlich der mit den Kernsymptomatiken verbundenen, erheblich in die Lebensverläufe eingreifenden Entwicklungsrisiken wie Defizite bezüglich des Schul- und Bildungserfolgs oder das Risiko ungeplanter Kinder scheinen die in der KiGGS-Studie untersuchten Schutzfaktoren jedoch keine messbaren Effekte zu zeitigen.

- 1 Fliers E, Rommelse N, Vermeulen S et al. (2008) *Motor coordination problems in children and adolescents with ADHD rated by parents and teachers: effects of age and gender.* J Neural Transm 115(2):211-220. DOI 10.1007/s00702-007-0827-0
- 2 Langmaid RA, Papadopoulos N, Johnson BP et al. (2014) *Handwriting in children with ADHD.* J Attent Disord 18(6):504-510
- 3 Diamantopoulou S, Rydell A-M, Thorell LB et al. (2007) *Impact of executive functioning and symptoms of attention deficit hyperactivity disorder on children's peer relations and school performance.* Dev Neuropsychol 32(1):521-542
- 4 Arnold LE, Hodgkins P, Kahle J et al. (2020) *Long-term outcomes of ADHD: academic achievement and performance.* J Atten Disord 24(1):73-85
- 5 Barkley RA (2006) *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder.* Guilford Publications, New York City
- 6 Martin AJ (2014) *The role of ADHD in academic adversity: Disentangling ADHD effects from other personal and contextual factors.* Sch Psychol Q 29(4):395
- 7 Fisher BC (2006) *The Effect of ADD/ADHD Upon the Family System Attention Deficit Disorder.* CRC Press, S. 247-252
- 8 Wymbs BT, Pelham Jr. WE, Molina BS et al. (2008) *Rate and predictors of divorce among parents of youths with ADHD.* J Consult Clin Psychol 76(5):735-744. DOI 10.1037/a0012719
- 9 Cussen A, Sciberras E, Ukoumunne OC et al. (2012) *Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study.* Eur J Pediatr 171(2):271-280
- 10 Kashdan TB, Jacob RG, Pelham WE et al. (2004) *Depression and anxiety in parents of children with ADHD and varying levels of oppositional defiant behaviors: Modeling relationships with family functioning.* J Clin Child Adolesc Psychol 33(1):169-181
- 11 Schreyer I, Hampel P (2009) *ADHS bei Jungen im Kindesalter – Lebensqualität und Erziehungsverhalten.* Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 37(1):69-75
- 12 Franke B, Michelini G, Asherson P et al. (2018) *Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan.* Eur Neuropsychopharmacol 28(10):1059-1088. DOI 10.1016/j.euroneuro.2018.08.001
- 13 Young S (2000) *ADHD children grown up: An empirical review.* Couns Psychol Q 13(2):191-200. DOI 10.1080/095150700411728
- 14 Turgay A, Goodman DW, Asherson P et al. (2012) *Lifespan persistence of ADHD: the life transition model and its application.* J Clin Psychiatry 73(2):192-201. DOI 10.4088/JCP.10m06628
- 15 Owens EB, Zalecki C, Gillette P et al. (2017) *Girls with childhood ADHD as adults: Cross-domain outcomes by diagnostic persistence.* J Consult Clin Psychol 85(7):723-736. DOI 10.1037/ccp0000217
- 16 Agnew-Blais JC, Polanczyk GV, Danese A et al. (2018) *Young adult mental health and functional outcomes among individuals with remitted, persistent and late-onset ADHD.* Br J Psychiatry 213(3):526-534
- 17 Jensen CM, Steinhausen H-C (2015) *Comorbidity mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study.* Atten Defic Hyperact Disord 7(1):27-38
- 18 Kadesjö B, Gillberg C (2001) *The Comorbidity of ADHD in the General Population of Swedish School-age Children.* J Child Psychol Psychiatry 42(4):487-492. DOI 10.1111/1469-7610.00742
- 19 Meinzer MC, Pettit JW, Viswesvaran C (2014) *The co-occurrence of attention-deficit/hyperactivity disorder and unipolar depression in children and adolescents: a meta-analytic review.* Clin Psychol Rev 34(8):595-607
- 20 Döpfner M, Banaschewski T (2013) *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen.* In: Petermann F (Hrsg) *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie.* Hogrefe, Göttingen, S. 271-290
- 21 Daviss WB (2008) *A review of co-morbid depression in pediatric ADHD: etiology, phenomenology, and treatment.* Journal of child and adolescent psychopharmacology 18(6):565-571. DOI 10.1089/cap.2008.032
- 22 Caye A, Spadini AV, Karam RG et al. (2016) *Predictors of persistence of ADHD into adulthood: a systematic review of the literature and meta-analysis.* Eur Child Adolesc Psychiatry 25(11):1151-1159. DOI 10.1007/s00787-016-0831-8
- 23 Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D et al. (2001) *Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben.* Monatsschr Kinderheilkd 149(8):807-818
- 24 Hölling H, Schlack R (2007) *Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS).* Bundesgesundheitsbl 50(5-6):794-799
- 25 Schlack R, Hölling H (2007) *ADHS: ein Risikofaktor für essstörungsbedingte Adipositas? Neue Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS.* www.netzwerk-essstoerungen.at/download/k07\_abstractbook.pdf
- 26 Erhart M, Herpertz-Dahlmann B, Wille N et al. (2012) *Examining the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder and overweight in children and adolescents.* Eur Child Adolesc Psychiatry 21(1):39-49
- 27 Schlack R, Göbel K, Hölling H et al. (2018) *Prädiktoren der Stabilität des Elternberichts über die ADHS-Lebenszeitprävalenz und Inzidenz der elternberichteten ADHS-Diagnose im Entwicklungsverlauf über sechs Jahre – Ergebnisse aus der KiGGS-Studie.* ZPPP 66(4):233-247
- 28 Resch F, Parzer P, Brunner R et al. (2008) *Self-mutilation and suicidal behaviour in children and adolescents: prevalence and psychosocial correlates: results of the BELLA study.* Eur Child Adolesc Psychiatry 17(1):92-98
- 29 Danckaerts M, Sonuga-Barke EJS, Banaschewski T et al. (2010) *The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review.* Eur Child Adolesc Psychiatry 19(2):83-105
- 30 Baumgarten F, Cohrdes C, Schienkewitz A et al. (2019) *Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Zusammenhänge mit chronischen Erkrankungen und psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen.* Bundesgesundheitsbl 62(10):1205-1214
- 31 Hölling H, Schlack R, Dippelhofer A et al. (2008) *Personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren und gesundheitsbezogene Lebensqualität chronisch kranker Kinder und Jugendlicher.* Bundesgesundheitsbl 51(6):606-620
- 32 Sjöwall D, Bohlin G, Rydell AM et al. (2017) *Neuropsychological deficits in preschool as predictors of ADHD symptoms and academic achievement in late adolescence.* Child Neuropsychol 23(1):111-128. DOI 10.1080/09297049.2015.1063595
- 33 Loe IM, Feldman HM (2007) *Academic and educational outcomes of children with ADHD.* Ambul Pediatr 7(1 Suppl):82-90. DOI 10.1016/j.ambp.2006.05.005
- 34 Schlack R (in prep.) *Entwicklungsphasenspezifische Korrelate von Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose: Eine Längsschnittanalyse mit KiGGS-Daten*
- 35 Lee SS, Humphreys KL, Flory K et al. (2011) *Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: A meta-analytic review.* Clin Psychol Rev 31(3):328-341. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.01.006
- 36 Gudjonsson GH, Sigurdsson JF, Sigfusdottir ID et al. (2012) *An epidemiological study of ADHD symptoms among young persons and the relationship with cigarette smoking, alcohol consumption and illicit drug use.* J Child Psychol Psychiatry 53(3):304-312



- 37 Müller T (2020) *Frühzeitig behandelte ADHS-Kranke entwickeln seltener eine Sucht*. InFo Neurologie+ Psychiatrie 22(1):6-7
- 38 Schlack R (2012) „...ein ätiologisch komplexes Feld!“ *Ergebnisse der KiGGS-Studie zu ADHS und psychischer Gesundheit im Kindes- und Jugendalter*. Vortrag auf dem 122. Kongress des Zentralverbands der Ärzte für Naturheilverfahren und Regulationsmedizin, 24. März 2012, Freudenstadt
- 39 Singer M, Batra A, Mann K (2011) *Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen*. Thieme, Stuttgart
- 40 Molina BS, Hinshaw SP, Eugene Arnold L et al. (2013) *Adolescent substance use in the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) (MTA) as a function of childhood ADHD, random assignment to childhood treatments, and subsequent medication*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 52(3):250-263. DOI 10.1016/j.jaac.2012.12.014
- 41 Barkley RA (2014) *ADHD and injuries: Accidental and self-inflicted*. The ADHD Report 22(2):1-8.
- 42 Amiri S, Sadeghi-Bazargani H, Nazari S et al. (2017) *Attention deficit/hyperactivity disorder and risk of injuries: a systematic review and meta-analysis*. J Injury Viol Res 9(2):95
- 43 Lange H, Buse J, Bender S et al. (2016) *Accident proneness in children and adolescents affected by ADHD and the impact of medication*. J Atten Disord 20(6):501-509
- 44 van Stralen J (2016) *Emotional dysregulation in children with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Atten Defic Hyperact Disord 8(4):175-187
- 45 Schlack R, Petermann F (2013) *Prevalence and gender patterns of mental health problems in German youth with experience of violence: the KiGGS study*. BMC Public Health 13(1):1-14
- 46 Efron D, Wijaya M, Hazell P et al. (2021) *Peer victimization in children with ADHD: A community-based longitudinal study*. J Atten Disord 25(3):291-299
- 47 Scheithauer H, Hayer T, Petermann F (2003) *Bullying unter Schülern. Erscheinungsformen, Risikobedingungen und Interventionskonzepte*. Hogrefe, Göttingen
- 48 Cuffe SP, Visser SN, Holbrook JR et al. (2020) *ADHD and psychiatric comorbidity: Functional outcomes in a school-based sample of children*. J Atten Disord 24(9):1345-1354
- 49 Paulson JF, Buermeier C, Nelson-Gray RO (2005) *Social rejection and ADHD in young adults: An analogue experiment*. J Atten Disord 8(3):127-135
- 50 Schlack R, Petermann F (2013) *Prevalence and gender patterns of mental health problems in German youth with experience of violence: the KiGGS study*. BMC Public Health 13(1):628
- 51 Schlack R, Ravens-Sieberer U, Petermann F (2013) *Psychological problems, protective factors and health-related quality of life in youth affected by violence: the burden of the multiply victimised*. J Adolesc 36(3):587-601. DOI 10.1016/j.adolescence.2013.03.006
- 52 Schmidt S, Petermann F (2008) *Entwicklungspsychopathologie der ADHS*. ZPPP 56:265-274. DOI 10.1024/1661-4747.56.4.265
- 53 Turgay A, Goodman DW, Asherson P et al. (2012) *Lifespan persistence of ADHD: the life transition model and its application*. J Clin Psychiatry 73(2):192-201. DOI 10.4088/JCP.10m06628
- 54 Stieglitz RD, Nyberg E, Hofecker-Fallahpour M (2012) *ADHS im Erwachsenenalter*. Hogrefe, Göttingen
- 55 Schmidt S, Petermann F (2008) *Entwicklungspsychopathologie der ADHS*. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 56(4):265-274
- 56 Schmidt S, Petermann F (2011) *ADHS über die Lebensspanne—Symptome und neue diagnostische Ansätze*. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 59(3):227-238
- 57 Schlack R, Peerenboom N, Neuperdt L et al. (2021) *Effekte psychischer Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend im jungen Erwachsenenalter: Ergebnisse der KiGGS-Kohorte*. Journal of Health Monitoring 6(4):3-20. DOI 10.25646/8862
- 58 Tischler L, Schmidt S, Petermann F et al. (2010) *ADHS im Jugendalter: Symptomwandel und Konsequenzen für Forschung und klinische Praxis*. ZPPP 58(1):23-34
- 59 Bernardi S, Faraone SV, Cortese S et al. (2012) *The lifetime impact of attention deficit hyperactivity disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)*. Psychol Med 42(4):875-887. DOI 10.1017/s003329171100153x
- 60 de Zwaan M, Groß B, Müller A et al. (2012) *The estimated prevalence and correlates of adult ADHD in a German community sample*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 262(1):79-86. DOI 10.1007/s00406-011-0211-9
- 61 Meinzer MC, Pettit JW, Waxmonsky JG et al. (2016) *Does Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Predict Levels of Depressive Symptoms during Emerging Adulthood?* J Abnorm Child Psychol 44(4):787-797. DOI 10.1007/s10802-015-0065-0
- 62 Schlack R, Junker S (in prep.) *Long-term effects of attention-deficit hyperactivity disorder in young adulthood: a longitudinal analysis on the basis of the German KiGGS study*
- 63 Schmidt S, Petermann F (2009) *Developmental psychopathology: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*. BMC Psychiatry 9(1):58. DOI 10.1186/1471-244X-9-58
- 64 Agarwal R, Goldenberg M, Perry R et al. (2012) *The quality of life of adults with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review*. Innov Clin Neurosci 9(5-6):10-21
- 65 Yang H, Tai Y, Yang L et al. (2013) *Prediction of childhood ADHD symptoms to quality of life in young adults: Adult ADHD and anxiety/depression as mediators*. Res Dev Disabil 34(10):3168-3181. DOI https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.06.011
- 66 Hennig T, Koglin U, Schmidt S et al. (2017) *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms and Life Satisfaction in a Representative Adolescent and Adult Sample*. J Nerv Ment Dis 205(9):720-724. DOI 10.1097/nmd.0000000000000700
- 67 Kuriyan AB, Pelham WE, Jr., Molina BS et al. (2013) *Young adult educational and vocational outcomes of children diagnosed with ADHD*. J Abnorm Child Psychol 41(1):27-41. DOI 10.1007/s10802-012-9658-z
- 68 Gjervan B, Torgersen T, Nordahl HM et al. (2012) *Functional impairment and occupational outcome in adults with ADHD*. J Atten Disord 16(7):544-552. DOI 10.1177/1087054711413074
- 69 Wilens TE, Martelon M, Joshi G et al. (2011) *Does ADHD predict substance-use disorders? A 10-year follow-up study of young adults with ADHD*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 50(6):543-553
- 70 Mitchell JT, Howard AL, Belendiuk KA et al. (2019) *Cigarette smoking progression among young adults diagnosed with ADHD in childhood: A 16-year longitudinal study of children with and without ADHD*. Nicotine Tob Res 21(5):638-647
- 71 Rhodes JD, Pelham WE, Gnagy EM et al. (2016) *Cigarette smoking and ADHD: An examination of prognostically relevant smoking behaviors among adolescents and young adults*. Psychol Addict Behav 30(5):588-600. DOI 10.1037/adb0000188
- 72 Molina BSG, Howard AL, Swanson JM et al. (2018) *Substance use through adolescence into early adulthood after childhood-diagnosed ADHD: findings from the MTA longitudinal study*. J Child Psychol Psychiatry 59(6):692-702. DOI 10.1111/jcpp.12855
- 73 Kittel-Schneider S, Wolff S, Queiser K et al. (2019) *Prevalence of ADHD in Accident Victims: Results of the PRADA Study*. J Clin Med 8(10):1643

- 74** Wymbs B, Molina B, Pelham W et al. (2012) *Risk of intimate partner violence among young adult males with childhood ADHD.* J Atten Disord 16(5):373-383
- 75** Buitelaar NJ, Posthumus JA, Buitelaar JK (2020) *ADHD in childhood and/or adulthood as a risk factor for domestic violence or intimate partner violence: a systematic review.* J Atten Disord 24(9):1203-1214
- 76** Owens EB, Hinshaw SP (2020) *Adolescent Mediators of Unplanned Pregnancy among Women with and without Childhood ADHD.* J Clin Child Adolesc Psychol 49(2):229-238. DOI 10.1080/15374416.2018.1547970
- 77** Flory K, Molina BSG, Pelham JWE et al. (2006) *Childhood ADHD Predicts Risky Sexual Behavior in Young Adulthood.* J Clin Child Adolesc Psychol 35(4):571-577. DOI 10.1207/s15374424jccp3504\_8
- 78** Pollak Y, Dekkers TJ, Shoham R et al. (2019) *Risk-Taking Behavior in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): a Review of Potential Underlying Mechanisms and of Interventions.* Curr Psychiatry Rep 21(5):33. DOI 10.1007/s11920-019-1019-y
- 79** Schei J, Nøvik TS, Thomsen PH et al. (2018) *What Predicts a Good Adolescent to Adult Transition in ADHD? The Role of Self-Reported Resilience.* J Atten Disord 22(6):547-560. DOI 10.1177/1087054715604362
- 80** Schei J, Nøvik TS, Thomsen PH et al. (2015) *Improved quality of life among adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder is mediated by protective factors: a cross sectional survey.* BMC Psychiatry 15(1):108. DOI 10.1186/s12888-015-0491-0
- 81** Huss M (2008) *ADHS bei Kindern: Risikofaktoren, Schutzfaktoren, Versorgung, Lebensqualität.* Bundesgesundheitsbl 51(6):602-605

# Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS



## KERNAUSSAGEN

Für mehr als die Hälfte bis knapp zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren mit elternberichteter ADHS-Diagnose wird sowohl in der KiGGS-Basiserhebung als auch in KiGGS Welle 2 keine pharmakologische oder psychotherapeutische Behandlung der ADHS berichtet.

Die Häufigkeit für eine ausschließlich pharmakologische Behandlung liegen deutlich über der einer pharmakologischen und psychotherapeutischen Kombinationsbehandlung.

Eine aktuelle Anwendung von ADHS-Medikation (ATC No6BA) wird in KiGGS Welle 2 für knapp ein Drittel der Kinder und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose berichtet. In der KiGGS-Basiserhebung lag der Anteil noch bei rund einem Fünftel. Der Prävalenzanstieg erfolgte zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 1 und verharrt seither auf dem höheren Niveau. Dies entspricht dem zeitlichen Trend in den kassenärztlichen Verordnungsdaten.

Soziale Unterschiede bezüglich der Inanspruchnahme (kinder-)psychiatrischer und psychologisch-psychotherapeutischer Versorgung bei Vorliegen einer elternberichteten ADHS-Diagnose können nicht festgestellt werden.

Für Familien mit Migrationshintergrund und Kindern mit ADHS sind Kinderärztinnen und -ärzte die Hauptanlaufstelle in der fachärztlichen Versorgung.

Im zeitlichen Trend zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2 nimmt die Inanspruchnahmehäufigkeit (kinder-)psychiatrischer und psychologisch-psychotherapeutischer Versorgung bei Kindern mit elternberichteter ADHS-Diagnose zu.

Gemäß der nationalen interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten S3-Leitlinie ADHS soll „die Behandlung der ADHS (...) im Rahmen eines multimodalen therapeutischen Gesamtkonzeptes (Behandlungsplan) erfolgen, in dem entsprechend der individuellen Symptomatik, dem Funktionsniveau, der Teilhabe sowie den Präferenzen des Patienten und seines Umfeldes psychosoziale (einschließlich psychothera-

peutische) und pharmakologische sowie ergänzende Interventionen kombiniert werden können“ (S. 44 [1]). Zur Entwicklung eines solchen individuellen und multimodalen Behandlungsplans ist eine umfassende Psychoedukation unerlässlich, bei der die Betroffenen sowie ihre Bezugspersonen über die ADHS und bestehende Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden. Insbesondere ist die Indikationsstellung für eine pharmakologische Behandlung sorgfältig abzuwägen [1]: So wird im Vorschulalter sowie bei einer ADHS mit leichtem Schweregrad allgemein eine primär psychosoziale (einschließlich einer psychotherapeutischen) Intervention empfohlen. Ab einem Alter von sechs Jahren ist eine primäre pharmakologische Behandlung dann indiziert, wenn eine schwere ADHS vorliegt, das heißt wenn eine stark ausgeprägte ADHS-Symptomatik mit erheblichen Beeinträchtigungen der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit einhergeht. Bei mittlerem Schweregrad kann je nach den individuellen Gegebenheiten und Präferenzen zwischen intensivierten psychosozialen Interventionen, pharmakologischer Behandlung oder einer Kombination von beidem abgewogen werden. Ergänzend zur S3-Leitlinie ADHS gilt eine pharmakologische Behandlung im Erwachsenenalter allgemein als primäre Behandlungsoption [2].

Des Weiteren empfiehlt die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), dass die ADHS-Behandlungsplanung nur durch Fachleute für psychische und Verhaltensstörungen stattfinden soll [1]. Gleiches gilt nach Vorgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bereits auch für die ADHS-Diagnosestellung [3]. Im Kindes- und Jugendalter handelt es sich dabei um Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit einer Zusatzqualifikation für Kinder und Jugendliche und Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Erfahrung und Fachwissen in der Behandlung von ADHS [3].

### 6.5.1 Behandlungsprävalenzen

Nach Angaben des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) betrug die ADHS-Behandlungsprävalenz im Jahr 2016 in der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin 3,0% bei den unter 18-Jährigen [4]. Als Behandlungsprävalenz definiert das Zi das Vorliegen einer kodierten Diagnose in mindestens zwei Quartalen eines Kalenderjahres (sogenanntes M2Q-Kriterium) [4]. Dies entspricht in

etwa dem Anteil der Teilnehmenden in KiGGS Welle 2, bei denen eine ADHS nach Angaben der Eltern auch in den letzten 12 Monaten bestanden hatte (2,8%) [5].

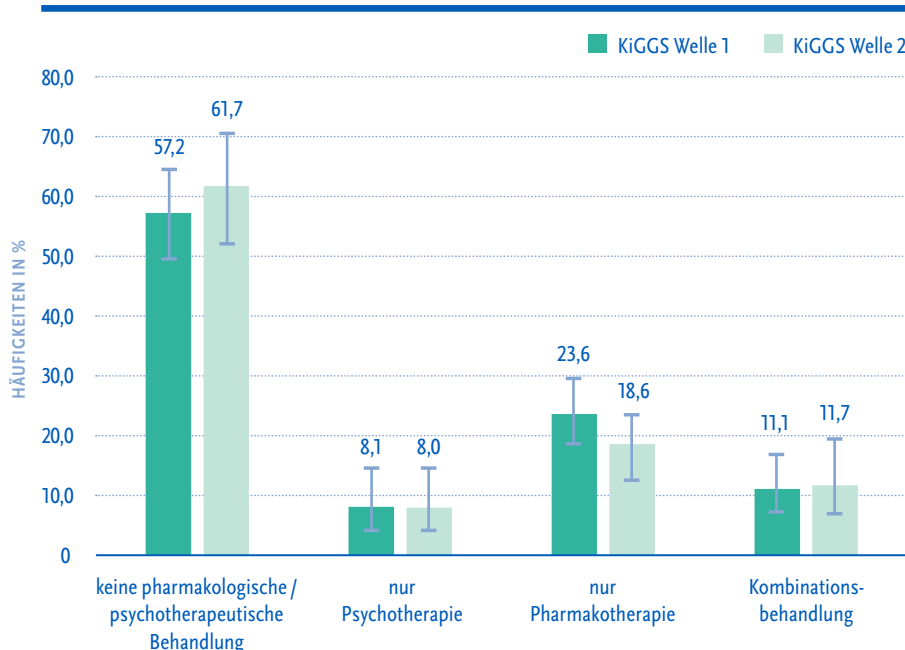
In den Erhebungen KiGGS Welle 1 und KiGGS Welle 2 wurde bezüglich der Behandlungsprävalenz nach der Art der Behandlung unterschieden. Für Kinder und Jugendliche mit einer elternberichteten ADHS-Lebenszeitdiagnose wurde erhoben, ob sie sich wegen der ADHS aktuell in psychotherapeutischer Behandlung befinden und ob sie wegen der ADHS in den letzten sieben Tagen Medikamente eingenommen haben. Mit Hilfe dieser Fragen konnten folgende Gruppen hinsichtlich des aktuellen Behandlungsstatus gebildet und deren Häufigkeiten bestimmt werden:

- Personen, für die keine Therapie angegeben wurde,
- Personen, für die nur Psychotherapie oder
- für die nur pharmakologische Behandlung sowie
- Personen, für die Psychotherapie und pharmakologische Behandlung (im weiteren Kombinationsbehandlung genannt) angegeben wurde. Nachfolgend werden Behandlungshäufigkeiten und zeitliche Trends in der Behandlung von ADHS berichtet.

Für mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren mit einer elternberichteten ADHS-Lebenszeitdiagnose wird sowohl in KiGGS Welle 2 als auch schon in KiGGS Welle 1 keine Behandlung wegen der ADHS berichtet (Abbildung 6.5.1). Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit ADHS, der zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2 nur psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nimmt, ist mit weniger als einem Zehntel (8,0%) am geringsten. Im Vergleich zu KiGGS Welle 1 hat sich die Häufigkeit nicht verändert. Der Anteil derjenigen ADHS-betroffenen Kinder und Jugendlichen, für die ausschließlich pharmakologische Behandlung berichtet wurde, ist um fünf Prozentpunkte (von 23,6% in KiGGS Welle 1 auf 18,6% in KiGGS Welle 2) zurückgegangen. Der Unterschied zwischen den Wellen erreicht allerdings wegen der kleinen Fallzahlen keine statistische Signifikanz. Ausschließlich pharmakologische Behandlung ist in beiden Erhebungswellen diejenige Behandlungsform, die von den Befragten am häufigsten genannt wurde. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit einer Kombinationsbehandlung liegt in beiden Erhebungen bei gut einem Zehntel (11,1% beziehungsweise 11,7%).

**Behandlungsprävalenzen bei Kindern und Jugendlichen mit elternberichteter ADHS-Lebenszeitdiagnose nach Art der Behandlung im zeitlichen Trend**

**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS Welle 1 (2009 – 2012): n = 415; KiGGS Welle 2 (2014 – 2017): n = 146; Behandlungsprävalenzen bei Kindern und Jugendlichen mit einer elternberichteten ADHS-Diagnose im Altersbereich 3 bis 17 Jahre und gültigen Angaben zu aktueller psychotherapeutischer sowie pharmakologischer Behandlung



Bei einer Betrachtung der Behandlungsprävalenzen nach Altersgruppen mit Daten von KiGGS Welle 2 zeigt sich, dass die ausschließlich pharmakologische Behandlung im Altersbereich zwischen 9 und 14 Jahren, insbesondere in der Altersgruppe zwischen 9 und 11 Jahren, dominiert (Abbildung 6.5.2), im Jugendalter (15 bis 17 Jahre) jedoch weniger häufig ist. Hier ist die kombinierte Therapie, ADHS-Medikation und Psychotherapie, deren Prävalenz im Altersgang zunimmt, am häufigsten.

Ergebnisse einer Studie mit administrativen Daten aus der pharmakoepidemiologischen Forschungsdatenbank GePaRD (German Pharmacoepidemiological Research Database) zeigen ein hohes Maß an Konkordanz mit den KiGGS-Ergebnissen. GePaRD enthält die Abrechnungsdaten von derzeit ungefähr 25 Millionen gesetzlich Krankenversicherter, die seit 2004 bei einer der an dem Projekt teilnehmenden Krankenkassen versichert waren. Die Daten der GePaRD-Studie umfassen die Jahre 2009 bis 2015 und sind damit ungefähr zeitlich parallel zu KiGGS Welle 1. Die Studie zeigt, dass der Anteil der Kinder mit administrativer ADHS-Diagnose im Alter von 5 bis 12 Jahren, für die ausschließlich eine pharmakologische Behandlung dokumentiert wurde, im ersten Jahr nach Diagnosestellung ebenfalls bei etwa einem Viertel (24,5%) liegt und innerhalb von drei Jahren nach Diagnosestellung sogar auf etwa ein Drittel (33,8%) steigt [6].

Ebenso wurde für knapp jede zehnte Person unter den Betroffenen (9,1%) laut der administrativen Daten in den ersten drei Jahren nach Diagnosestellung eine ausschließlich psychotherapeutische Behandlung do-

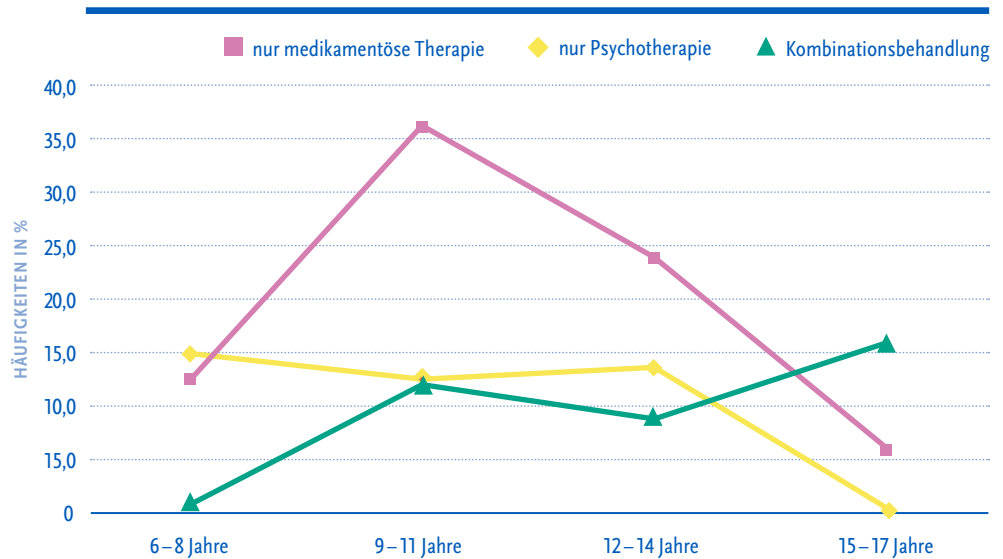
kumentiert, wobei hier auch Fälle mitgezählt wurden, bei denen lediglich sogenannte probatorische Sitzungen stattfanden, also Sitzungen vor dem eigentlichen Beginn einer Psychotherapie zur Klärung der Frage, ob eine psychische Störung vorliegt, und ob diese erfolgreich mit Psychotherapie behandelt werden kann [6]. Im ersten Jahr nach Diagnosestellung lag dieser Anteil bei 6,4%. Eine Kombination aus Pharmakotherapie und Psychotherapie wurde im ersten Jahr nach Diagnosestellung bei 2,9% der ADHS-Fälle dokumentiert, nach drei Jahren lag der Anteil bei 7,1% und nach fünf Jahren bei 10,1%. Demnach scheint eine Richtlinien-Psychotherapie eher selten als zusätzliche Intervention zur pharmakologischen Behandlung stattzufinden [6]. Der Anteil einer Kombinationsbehandlung der ADHS liegt in der KiGGS-Studie geringfügig höher als in administrativen Daten. Möglicherweise berichteten Eltern in KiGGS auch dann von einer psychotherapeutischen Behandlung, wenn begleitende Gespräche nicht gemäß der Psychotherapierichtlinien stattgefunden haben und demnach auch nicht als solche abgerechnet und dokumentiert wurden.

Die vorgestellten Ergebnisse zur Kombinationsbehandlung eignen sich sicher nicht zur Beurteilung einer multimodalen Therapie der ADHS, die mehr als die beiden Bausteine Psychotherapie und Pharmakotherapie umfasst. Darüber hinaus liegen weder aus der KiGGS-Studie noch aus den GePaRD-Daten [6] Informationen über den Umfang, die Dauer und die Art der jeweiligen Behandlung vor, auch nicht die zur umfassenden Bewertung der Versorgungssituation notwendige Unterscheidung der Behandlungsarten je nach Schweregrad der ADHS, wie in den S3-Leitli-

ABBILDUNG 6.5.2

**Behandlungsprävalenzen bei Kindern und Jugendlichen mit elternberichteter ADHS-Lebenszeitdiagnose nach Altersgruppen**

**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS Welle 2 (2014–2017): n = 145; Altersbereich 6 bis 17 Jahre; gültige Angaben zu aktueller psychotherapeutischer und / oder pharmakologischer Behandlung



nien beschrieben. Dennoch erscheint der vergleichsweise geringe Anteil von Kombinationsbehandlungen sowohl in den epidemiologischen als auch in den administrativen Daten vor dem Hintergrund der Empfehlungen der S3-Leitlinien zur Behandlungsplanung [1] überraschend.

Tabelle 6.5.1 zeigt, wie unterschiedliche Behandlungsformen bei Kindern und Jugendlichen mit elternberichteter ADHS-Diagnose mit einer komorbiden psychopathologischen Symptomatik, gemessen mit dem SDQ, assoziiert sind. So unterscheiden sich in KiGGS Welle 2 ausschließlich pharmakologisch behandelte Kinder und Jugendliche mit ADHS-Diagnose hinsichtlich der psychopathologischen Symptomatik nicht von der Referenzgruppe (ADHS-Fälle

ohne Behandlung). Kinder und Jugendliche mit elternberichteter ADHS-Diagnose, für die nur Psychotherapie sowie diejenigen, für die eine Kombinationsbehandlung angegeben wurde, weisen hingegen signifikant erhöhte Werte im SDQ auf – sowohl im Gesamtproblemwert als auch bezüglich der einzelnen Problemskalen (emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivitätsprobleme sowie Probleme mit Gleichaltrigen). Analog zeigt sich auch in der zitierten Studie mit den GeParD-Daten von Scholle et al. [6] auf Basis administrativer Daten eine höhere Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer psychotherapeutischen Intervention zusätzlich zu einer pharmakologischen Behandlung, wenn komorbide psychische Störungen vorliegen [6]. Möglicher-

TABELLE 6.5.1

**Komorbide psychopathologische Symptomatik (gemäß SDQ) nach aktuellem Behandlungsstatus bei Kindern und Jugendlichen mit elternberichteter ADHS-Diagnose**

**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS Welle 2 (2014–2017), n = 160; Altersbereich 3 bis 17 Jahre; gültige Angaben zur aktuellen psychotherapeutischer/pharmakologischer Behandlung sowie im Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ); Keine Therapie: keine pharmakologische oder psychotherapeutische Behandlung; Ref = Referenz; RRR= Relative Risk Ratio (Ref.: keine Therapie); †p<0,1, \*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001; 95%-KI

SDQ	KEINE THERAPIE	NUR PSYCHOTHERAPIE	NUR PHARMAKOTHERAPIE (ATC N06BA)	KOMBINATIONSBEHANDLUNG
		RRR (95%-KI)	RRR (95%-KI)	RRR (95%-KI)
<b>Gesamtproblemwert</b>	Ref.	1,13 (1,02–1,25)*	0,98 (0,89–1,01)	1,10 (1,00–1,21)*
<b>Emotionale Probleme</b>	Ref.	1,27 (1,03–1,56)*	0,94 (0,71–1,25)	1,24 (0,97–1,60)†
<b>Verhaltensprobleme</b>	Ref.	1,47 (1,05–2,05)*	0,73 (0,52–1,01)†	1,20 (0,90–1,61)
<b>Hyperaktivität</b>	Ref.	1,14 (0,85–1,52)	0,99 (0,78–1,27)	1,07 (0,91–1,25)
<b>Peerprobleme</b>	Ref.	1,31 (1,02–1,69)*	1,14 (0,91–1,41)	1,36 (1,06–1,73)*



weise werden demnach stärker beeinträchtigte, mit zusätzlicher psychopathologischer Symptomatik oder komorbiden psychischen Störungen belastete, von ADHS-betroffene Kinder und Jugendliche häufiger psychotherapeutisch oder mit einer kombinierten psychotherapeutischen und pharmakologischen Behandlung versorgt. Es erscheint somit denkbar, dass schwerer betroffene Kinder und Jugendliche in der Praxis eher eine Kombinationsbehandlung erhalten, was dem in der AWMF-S3-Leitlinie empfohlenen Vorgehen entspräche [1].

### 6.5.2 Anwendungsprävalenzen von ADHS-Medikation

ADHS-Medikation als ein wesentlicher Baustein einer ADHS-Therapie wurde in der KiGGS-Basiserhebung und in KiGGS Welle 2 im Rahmen eines allgemeinen standardisierten Arzneimittelinterviews (AMEDA) erhoben. Im telefonischen Interview von KiGGS Welle 1 wurden die Fragen zur ADHS-Medikation nur den Eltern gestellt, die angegeben hatten, dass ihr Kind jemals eine ärztliche oder psychologische ADHS-Diagnose erhalten hatte. Als ADHS-spezifische Medikation wurden alle angegebenen Substanzen mit dem ATC-Code N06BA definiert. Eltern von Kindern und Jugendlichen mit elternberichteter ADHS-Diagnose und einer in den letzten sieben Tagen angewendeten Medikation aus dem Spektrum von ATC N06BA nannten Methylphenidat (N06BA04) mit 96,9% als häufigsten Wirkstoff, gefolgt von Atomoxetin 1,6% (N06BA09) und Dexamphetamin mit 1,5%. Auch in den administra-

tiven Verordnungsdaten ist Methylphenidat der am häufigsten verordnete Wirkstoff [7].

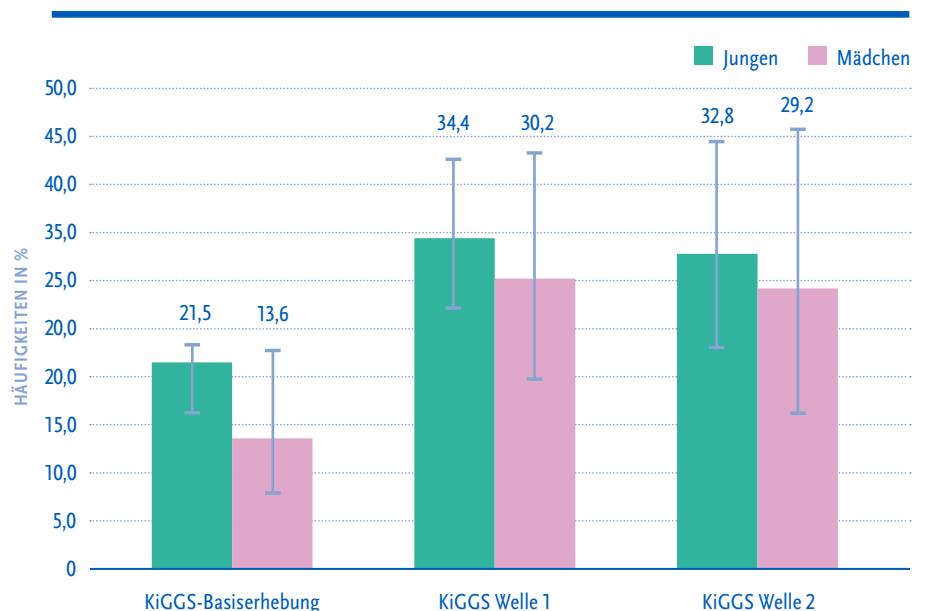
Betrachtet man ausschließlich die Anwendungsprävalenzen von ADHS-Medikation in der Kinder- und Jugendbevölkerung im Alter von 3 bis 17 Jahren, so berichten 1,7% der Eltern in KiGGS Welle 2, dass ihr Kind in den letzten sieben Tagen eine ADHS-Medikation erhalten hatte. In der KiGGS-Basiserhebung lag die altersadjustierte bevölkerungsbezogene Häufigkeit einer elternberichteten Anwendung von ADHS-Medikation noch bei insgesamt 1,1%. Damit lässt sich in dem Elfjahreszeitraum zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2 populationsbezogen ein starker Anstieg in der Anwendung von ADHS-Medikation feststellen. Auch bei den Verordnungen ist Methylphenidat der häufigste Wirkstoff [7].

Auch für die Anwendungsprävalenz von ADHS-Medikation bei Kindern und Jugendlichen mit elternberichteter ADHS-Diagnose lässt sich eine deutliche Zunahme über die Zeit verzeichnen: Während in der KiGGS-Basiserhebung nur für gut ein Fünftel (20,1%) eine ADHS-Medikation (ATC N06BA) berichtet wurde, betrug die Anwendungsprävalenz in Welle 2 in etwa ein Drittel (31,7%; Jungen: 32,8%, Mädchen: 29,2%). Dieser Anstieg hat sich jedoch bereits in dem Sechsjahreszeitraum zwischen der Basiserhebung (2003–2006) und Welle 1 (2009–2012) vollzogen: Zwischen den Jahren 2003–2006 und 2009–2012 lässt sich eine signifikante Zunahme der Anwendungsprävalenz von insgesamt 20,2% auf 33,7% verzeichnen [9]. Der Unterschied zwischen KiGGS Welle 1 und KiGGS Welle 2 ist nicht signifikant.

ABBILDUNG 6.5.3

**Anwendungsprävalenz von ADHS-Medikation (ATC N06BA) bei Kindern und Jugendlichen mit elternberichteter ADHS-Lebenszeitdiagnose und gültigen Angaben zur Medikamenteneinnahme im zeitlichen Trend**

**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS-Basiserhebung (2003 – 2006): Jungen n = 521, Mädchen n = 133; KiGGS Welle 1 (2009 – 2012): Jungen n = 338, Mädchen n = 93; KiGGS Welle 2 (2014 – 2017): Jungen n = 105, Mädchen n = 51; Altersbereich: 3 bis 17 Jahre



## PSYCHOSTIMULANZIEN

Psychostimulanzien sind pharmakologische Substanzen wie beispielsweise Methylphenidat (Ritalin®), die auf den Organismus anregend wirken und die Aktivität oder die Geschwin-

digkeit der Nervenzellen erhöhen. Sie wirken dadurch antriebs-, leistungs- und konzentrationssteigernd. Psychostimulanzien werden vor allem zur Behandlung der ADHS eingesetzt.

Die bevölkerungsbezogenen Anwendungsprävalenzen von ADHS-Medikation in der KiGGS-Studie liegen leicht unterhalb derer, die aus administrativen Statistiken für Deutschland berichtet werden [10-12]. Beispielsweise lag die bevölkerungsbezogene Verordnungsrate allein für Methylphenidat bei 0- bis 19-jährigen Versicherten der Barmer GEK im Jahr 2015 bei circa 1,7% [12]. Während nach Angaben des Zi im Jahr 2016 kassenübergreifend bei 44% der gesetzlich Versicherten im Alter von 5 bis 14 Jahren mit einer ADHS-Diagnose eine Verordnung von Psychostimulanzien dokumentiert wurde [13], lag die Anwendungsprävalenz für ADHS-Medikation (ATC N06BA) in KiGGS Welle 2 bei Kindern mit ADHS-Diagnose der gleichen Altersgruppe bei 38,7% und damit unterhalb der Verordnungsprävalenz auf Basis der bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten.

Diese Differenzen können neben möglichen therapiekonformen Einnahmepausen auch mit einer teilweise fehlenden Compliance der Eltern hinsichtlich der Anwendung der verordneten ADHS-Medikation erklärt werden, die womöglich entgegen der ärztlichen Verordnung nicht verabreicht und im Survey dann auch nicht berichtet wurde. Eine ADHS-Medikation wurde in der KiGGS-Basiserhebung für Jungen (1,5%) fünf Mal häufiger berichtet als für Mädchen (0,3%) [8]. Ein ausgeprägter Geschlechterunterschied besteht auch in den Daten vertragsärztlicher Arzneimittelverordnungen: Nach Angaben des Zi war die Wahrscheinlichkeit einer ADHS-spezifischen Verordnung von Psychostimulanzien im Jahr 2016 für Jungen aller Altersgruppen signifikant höher als für Mädchen [13]. Dies entspricht der internationalen Befundlage (vergleiche zum Beispiel [14]). In den Daten von KiGGS Welle 2 zur Anwendung von ADHS-Medikation bei Kindern und Jugendlichen mit elternberichteter ADHS-Diagnose findet sich dieser Geschlechterunterschied jedoch nicht (Abbildung 6.5.3).

Die elternberichteten Anwendungshäufigkeiten von ADHS-Medikation variieren in der KiGGS-Studie im zeitlichen Trend und spiegeln dabei ungefähr die

Entwicklung der Verordnungsprävalenz über die Zeit im Versorgungsgeschehen wider: So stieg die Verordnungsprävalenz von Methylphenidat bei unter 18-jährigen Versicherten der AOK von 0,54% im Jahr 2000 [10] auf 1,8% im Jahr 2009 [11], was einen Anstieg auf mehr als das Dreifache darstellt. Auch für die Verordnungsprävalenz von Atomoxetin ließ sich zwischen 2004 und 2008 eine kontinuierliche Zunahme beobachten [11]. Vor dem Hintergrund dieser Zunahme der Verordnungsraten von ADHS-Medikation, die auch einem internationalen Trend entsprachen [14], legte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Jahr 2010 strenge Richtlinien für die Verschreibung von Psychostimulanzien fest, nach denen diese nur noch im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie sowie durch Spezialisten für psychische und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen verordnet werden dürfen [3].

In der Folge zeigte sich in den bundesweiten vertragsärztlichen Verordnungsdaten aus den Jahren 2009 bis 2016 ein leicht rückläufiger Trend für die Verordnung von Psychostimulanzien. Während im Jahr 2010 noch bei knapp 50% der 5- bis 14-jährigen Versicherten mit einer ADHS-Diagnose auch eine ADHS-Medikation verordnet wurde, gingen die Verordnungsraten bis 2014 auf etwa 45% zurück und blieben bis zum Jahr 2016 auf diesem Niveau stabil [13]. Auch der Arztreport der Barmer GEK (2016) weist für die Gruppe der 0- bis 19-Jährigen für die Jahre 2009 bis 2014 gleichbleibende beziehungsweise leicht sinkende Verordnungsraten für ADHS-Medikation aus [15]. In ähnlicher Weise zeigt sich in den Daten der AOK zwischen 2009 und 2014 ein Rückgang der Verordnungsprävalenz für ADHS-spezifische Medikation [7, 16]. Dieser rückläufige Trend findet sich tendenziell auch in den Anwendungsprävalenzen zwischen KiGGS Welle 1 und KiGGS Welle 2.

Im internationalen Vergleich liegen die Verordnungshäufigkeiten der ADHS-Medikation in Deutschland und Europa, auch unter Berücksichtigung des zeitweisen Anstiegs der bevölkerungsbezogenen



Verordnungsraten, insgesamt niedriger als beispielsweise in den USA – hier wurde bereits im Jahr 2000 bei 4,4% der 0- bis 19-Jährigen eine ADHS-Medikation dokumentiert [14]. Internationale Unterschiede in der Verordnungshäufigkeit werden vor dem Hintergrund einer potentiellen Über- oder Unterversorgung der ADHS mit Psychopharmaka auf nationaler und internationaler Ebene kontrovers diskutiert (vergleiche zum Beispiel [17, 18]).

Anhand der KiGGS-Daten lässt sich für den Zeitraum des größten Anstiegs der Anwendungsprävalenzen von ADHS-Medikation von der KiGGS-Basiserhebung bis KiGGS Welle 1 weiter differenzieren, mit welchen soziodemografischen und räumlich-geografischen Merkmalen die beobachtete Zunahme der Anwendung von Psychostimulanzien in Deutschland zwischen 2003–2006 und 2009–2012 assoziiert war: ADHS-Medikation in den letzten sieben Tagen findet sich am häufigsten im Grundschulalter von 6 bis 10 Jahren sowie in der Präadoleszenz bei 11- bis 13-Jährigen (Abbildung 6.5.4). In diesen Altersbereichen sind auch die stärksten Anstiege zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 1 zu verzeichnen: bei den 6- bis 10-Jährigen von 26,0% auf 42,3%, bei den 11- bis 13-Jährigen von 24,4% auf 44,9% [9]. Bei den 14- bis 17-Jährigen stieg die Anwendungsprävalenz bis zu KiGGS Welle 1 von 14,3% auf 24,8%. Demnach waren die Anwendungshäufigkeiten bei ADHS-betroffenen Kindern im Alter von 11 bis 13 Jahren insgesamt am höchsten. Bereits in der Basiserhebung hatte sich die höchste Anwendungsprävalenz in der Altersgruppe der 11- bis 13-Jährigen gezeigt [8].

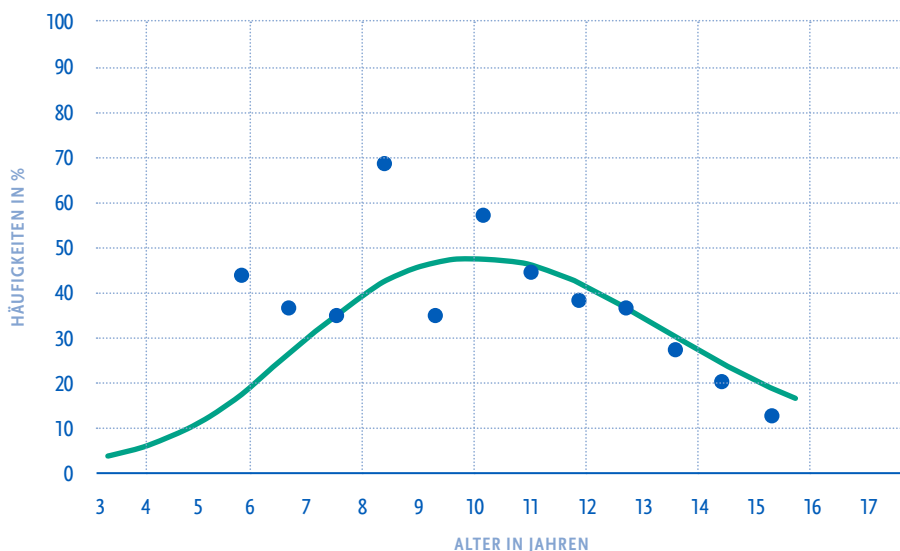
Auch laut der vertragsärztlichen Verordnungsdaten des Zi nimmt die Verordnungshäufigkeit von Psy-

chostimulanzien im Altersgang bis zu einem Alter von 12 Jahren zu und stabilisiert sich dann [13]. Bei jungen Erwachsenen mit selbstberichteter ADHS-Diagnose im Alter von 18 bis 24 Jahren liegt laut den Daten von KiGGS Welle 1 die Häufigkeit aktuell (in den letzten sieben Tagen) angewendeter ADHS-Medikation (ATC N06BA) mit insgesamt 3,2% sehr viel niedriger (Daten nicht in Abbildung oder Tabelle). Zwar ist die statistische Unsicherheit dieser Schätzung relativ groß, dennoch deckt sich der Befund mit vergleichbaren administrativen Daten: Während in einer Transitionskohorte der AOK (Versicherte der AOK, die über ihren 18. Geburtstag hinaus weiter beobachtet wurden; Erhebungszeitraum 2008 – 2015) zu Beginn noch 51% der Versicherten mit ADHS-Diagnose im Alter von 15 Jahren eine ADHS-Medikation erhielten, waren dies am Ende der Erhebung im Alter von 21 Jahren nur noch 6,6% [7]. Da mit der Transition ins Erwachsenenalter auch der Wechsel von der pädiatrischen in die Erwachsenenversorgung stattfindet, scheinen die Zahlen – in Übereinstimmung mit vergleichbaren internationalen Befunden [19–21] – auf eine zumindest temporäre Unterversorgung in der ADHS bei jungen Erwachsenen hinzudeuten (vergleiche Kapitel 3.4). Im Erwachsenenalter nimmt die Verordnungshäufigkeit laut einer Analyse mit Krankenkassendaten der AOK später wieder zu [7]. Auch die Daten aus dem Kohortenarm der KiGGS-Studie weisen zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2 für junge Erwachsene im Alter von 18 bis 29 Jahren mit einem Anteil von 14,8% höhere Prävalenzen der aktuellen Anwendung von ADHS-Medikation aus. Damit scheinen sie auf eine Verbesserung der medikamentösen Versorgung von jungen Erwachsenen mit ADHS in jüngerer Zeit und mit zunehmendem Alter

■ ABBILDUNG 6.5.4

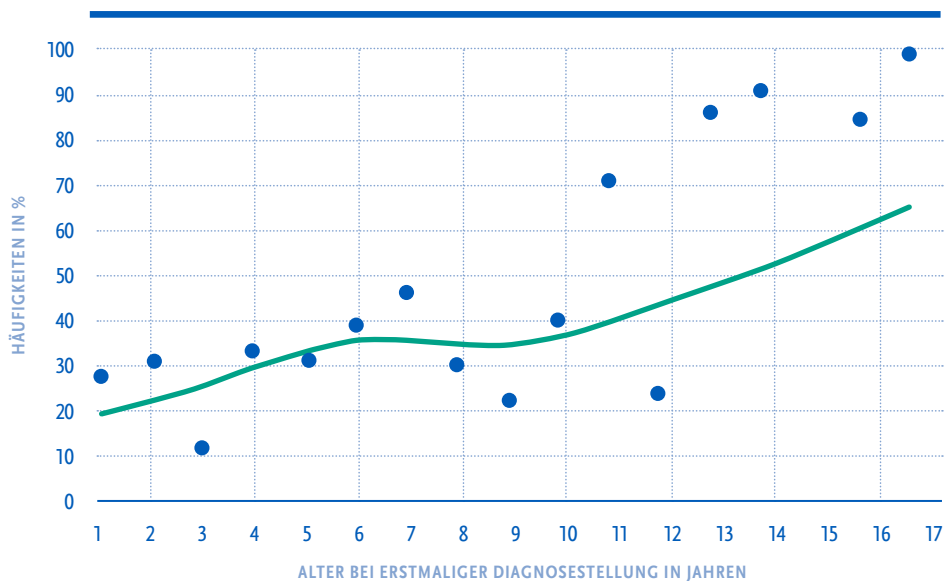
**Aktuelle ADHS-Medikation (ATC No6BA) nach Alter (in Jahren) zum Befragungszeitpunkt**

**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS Welle 1 (2009–2012), n= 440; Kinder und Jugendliche mit elternberichteter ADHS-Lebenszeitdiagnose und Angaben zur Medikation (letzte sieben Tage). Die Linie stellt die geglättete Kurve der altersspezifischen Prävalenzen (Punkte) dar.



**Aktuelle ADHS-Medikation (ATC N06BA) nach Alter bei erstmaliger Diagnosestellung**

**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS Welle 1 (2009–2012), n = 437; Kinder und Jugendliche mit elternberichteter ADHS-Lebenszeitdiagnose und Angaben zur Medikation (letzte 7 Tage) sowie Angaben zum Alter bei erstmaliger Diagnosestellung



hinzudeuten, wenngleich die Medikationsraten immer noch nur halb so hoch sind, wie vor Erreichen der Volljährigkeit.

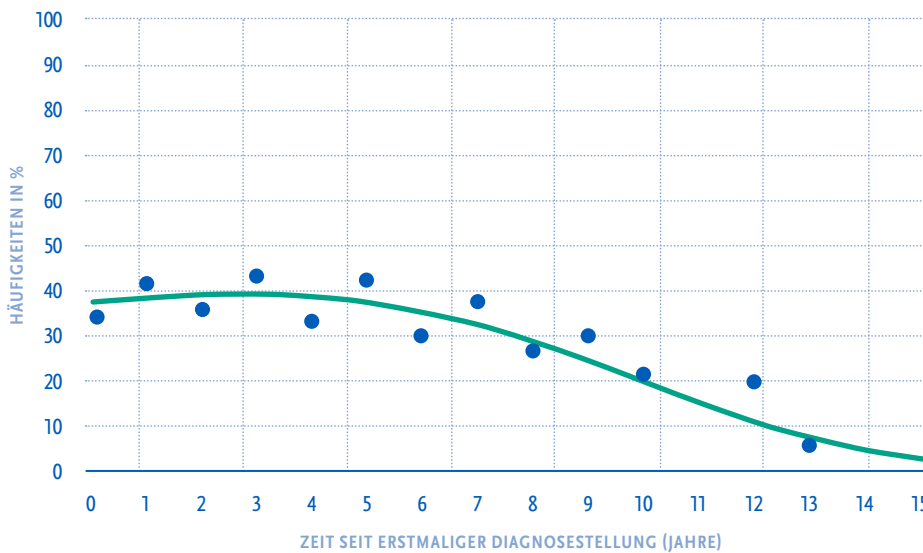
Im Weiteren waren die Anwendungsprävalenzen für ADHS-Medikation (ATC N06BA) zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 1 mit einem Anteil von 40,0% bei ADHS-Betroffenen aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status (SES) höher als bei solchen aus Familien mit niedrigem (34,2%) oder mittlerem sozioökonomischem Status (32,7%) (KiGGS-Basiserhebung: SES hoch: 21,4%; mittel: 21,0%; niedrig: 18,5%) [9]. Aufgrund der geringen Fallzahlen müssen die Trendergebnisse nach sozioökonomischem Status jedoch vorsichtig betrachtet werden. Analog zu diesem Befund zeigten sich in KiGGS Welle 1 auch tendenziell höhere Anwendungsprävalenzen von ADHS-Medikation bei privat versicherten im Vergleich zu gesetzlich versicherten Kindern und Jugendlichen mit elternberichteter ADHS-Diagnose (40,6% vs. 34,3%), während sich zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung diesbezüglich nur geringe Unterschiede in der Medikationshäufigkeit feststellen ließen (21,4% vs. 19,8%) [9].

Hinsichtlich des Urbanisierungsgrades (Land, Kleinstadt, Mittelstadt, Großstadt) war für Kinder und Jugendliche mit ADHS-Diagnose aus Großstädten zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung die Wahrscheinlichkeit einer ADHS-Medikation am höchsten, was unter anderem im Kontext regional variierender Angebotsstrukturen und Zugangsbarrieren diskutiert wurde [8]. Entsprechend ist auch die ADHS-Diagnoseprävalenz auf Kreisebene mit der regional stark variierenden Dichte an Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychiatern assoziiert [22]. Zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 1 zeigte sich für die Anwen-

dungsprävalenzen ADHS-spezifischer Medikation jedoch ein signifikanter Anstieg in ländlichen, klein- und mittelstädtischen Regionen, welcher möglicherweise eine verbesserte Versorgung von ADHS außerhalb von Großstädten abbildet [9]. Darüber hinaus ließen sich zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung keine Unterschiede zwischen Ost (17,2%) und West (20,8%) hinsichtlich der bevölkerungsbezogenen Anwendungsprävalenzen ADHS-spezifischer Medikation bei Kindern und Jugendlichen mit elternberichteter ADHS-Diagnose feststellen [8]. Auch in KiGGS Welle 1 zeigen sich – auf einem insgesamt höheren Niveau – diesbezüglich nur geringe Unterschiede (Ost: 31,0%; West: 34,7%) [9]. Bei weiterer Differenzierung nach Geschlecht wird allerdings deutlich, dass sich die markante Zunahme der ADHS-Medikation zwischen 2003 – 2006 und 2009 – 2012 bei Mädchen mit elternberichteter ADHS-Diagnose lediglich in den alten Bundesländern verzeichnen lässt (14,0% vs. 34,6%), während die Häufigkeit in den neuen Bundesländern im gleichen Zeitraum überraschend niedrig blieb (16,1% vs. 12,8%). Aufgrund niedriger Fallzahlen sind diese Schätzungen insbesondere für Ostdeutschland jedoch als unsicher zu betrachten. In den bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten des Zi zeigten sich jedoch für das Jahr 2016 ebenfalls geschlechtsübergreifende Ost-/West-Unterschiede in der ADHS-Medikation, denen zufolge die Methylphenidat-Verordnungsprävalenz in den alten Bundesländern insgesamt höher war als in den neuen [13].

Die Abbildung 6.5.5 zeigt anhand der Daten von KiGGS Welle 1, dass die Häufigkeit einer aktuellen Anwendung von ADHS-Medikation (ATC N06BA) bei 3- bis 17-jährigen mit einer elternberichteten

**Aktuelle ADHS-Medikation (ATC No6BA) nach Zeit seit der Erstdiagnose**



**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS Welle 1 (2009–2012), n = 437; Kinder und Jugendliche mit elternberichteter ADHS-Lebenszeitdiagnose und Angaben zur Medikation (letzte 7 Tage) sowie Angaben zum Alter bei erstmaliger Diagnosestellung



ADHS-Lebenszeitdiagnose damit zusammenhängt, in welchem Alter die ADHS-Diagnose erstmalig gestellt wird: Je älter das Kind zu diesem Zeitpunkt war, desto wahrscheinlicher erhält es aktuell (letzte sieben Tage) eine ADHS-Medikation [9]. Auch die Zeit, die seit der Erstdiagnose vergangen ist, steht mit der gegenwärtigen Einnahme einer ADHS-Medikation in Beziehung: Je länger die Erstdiagnose zurückliegt, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit einer aktuellen ADHS-Medikation (Abbildung 6.5.6). So liegt die Anwendungsprävalenz einer aktuellen ADHS-Medikation bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS bis einschließlich sechs Jahre nach erstmaliger Diagnosestellung bei etwa 40%, nach 12 Jahren nur noch bei circa 10%.

**Fachärztliche Inanspruchnahme bei Vorliegen einer ADHS-Diagnose**

In der KiGGS-Studie wurde die fachärztliche Inanspruchnahme bei Kindern und Jugendlichen in den letzten zwölf Monaten ohne Spezifikation des Behandlungsanlasses erfragt. Es wurde also nicht erfragt, ob die fachärztliche Inanspruchnahme mit der ADHS des Kindes zusammenhängt. Aussagen zu einer störungsspezifischen Inanspruchnahme sind aus den Daten somit nicht ableitbar. Allerdings können die Inanspruchnahmehäufigkeiten fachärztlicher Versorgung korrelativ mit dem Vorliegen einer ADHS-Diagnose in Zusammenhang gebracht werden.

Laut den Daten von KiGGS Welle 2 nehmen Kinder und Jugendliche mit einer ADHS-Lebenszeitdiagnose Leistungen des Gesundheitssystems deutlich häufiger in Anspruch als Kinder und Jugendliche ohne

diese Diagnose. So wird für insgesamt 45,7% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren mit elternberichteter ADHS-Lebenszeitdiagnose in KiGGS Welle 2 die Inanspruchnahme einer niedergelassenen Ärztin beziehungsweise eines niedergelassenen Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder eines ambulanten psychologisch-psychotherapeutischen Versorgungsangebots berichtet. Eine erhöhte Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsangebote zeigt sich bereits auch bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Verdacht (klinisch bedeutsame ADHS-Symptomatik laut Screening mit dem SDQ, aber keine elternberichtete ADHS-Diagnose). Für Teilnehmende mit ADHS-Verdacht, wurde eine Inanspruchnahmehäufigkeit von (kinder-)psychiatrischen beziehungsweise psychologisch-psychotherapeutischen Versorgungsangeboten mit einer Häufigkeit von 10,2% angegeben. Die entsprechende Häufigkeit bei Kindern und Jugendlichen ohne elternberichtete ADHS-Diagnose und ohne ADHS-Verdacht betrug dagegen im gleichen Zeitraum lediglich 4,0% (Tabelle 6.5.2) [23].

Für Kinder und Jugendliche mit ADHS-Verdacht wurde darüber hinaus mit 80,6% signifikant häufiger eine kinderärztliche Inanspruchnahme berichtet als für nichtbetroffene Gleichaltrige (65,5%) aber auch häufiger als für Kinder und Jugendliche mit ADHS-Diagnose (67,3%). Möglicherweise lassen sich diese Zahlen als ein intensiviertes Hilfesuchverhalten interpretieren, wenn Verhaltensauffälligkeiten im Sinne einer ADHS-Symptomatik vorliegen, aber (noch) keine ADHS-Diagnose gestellt wurde.

Werden ausschließlich diejenigen Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren, deren ADHS nach Angaben ihrer Eltern in KiGGS Welle 2 auch in

**TABELLE 6.5.2**

**Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsangebote in den letzten 12 Monaten nach Vorliegen einer ADHS (Häufigkeit in %, 95%-KI), [23]**

**Anmerkungen** Datenbasis KiGGS Welle 2 (2014–2017); Teilnehmende im Alter von 3 bis 17 Jahre; Inanspruchnahme: von den Eltern berichtete Inanspruchnahme verschiedener Versorgungsangebote innerhalb der letzten 12 Monate (Mehrfachnennung möglich), unabhängig vom Anlass der Kontaktaufnahme. ADHS-Fälle: Kinder und Jugendliche mit elternberichteter jemals ärztlich oder psychologisch diagnostizierter ADHS; ADHS-Verdachtsfälle: klinisch auffällige Werte auf der SDQ-Hyperaktivitätsskala (Werte > 7) und keine elternberichtete ADHS-Lebenszeitdiagnose; Nicht betroffen: Teilnehmende ohne elternberichtete ADHS-Lebenszeitdiagnose und ohne auffällige Werte auf der SDQ-Hyperaktivitätsskala. Signifikanztest: Rao-Scott Chi-Quadrat-Test

INANSPRUCHNAHME AMBULANTER VERSORGUNGSANGEBOTE	KINDER UND JUGENDLICHE IN KiGGS WELLE 2			
	ADHS-FÄLLE (n = 511)	ADHS-VERDACHTSFÄLLE (n = 870)	NICHT BETROFFEN (n = 11.459)	p-Wert
KINDERÄRZTLICH	65,5 (59,9–70,6)	80,6 (76,2–84,3)	67,3 (65,2–69,2)	<0,01
PSYCHIATRISCH / PSYCHOTHERAPEUTISCH / PSYCHOLOGISCH GESAMT	45,7 (40,2–51,3)	10,2 (7,9–13,0)	4,0 (3,5–4,5)	<0,001
(kinder-)psychiatrisch / ärztlich-psychotherapeutisch	38,4 (33,0–44,0)	6,7 (5,0–8,8)	2,4 (2,0–2,9)	<0,001
psychologisch / psychologisch-psychotherapeutisch	14,4 (11,0–18,7)	5,1 (3,2–8,0)	2,1 (1,8–2,4)	<0,001

den letzten 12 Monaten bestanden hatte („aktuell bestehende ADHS“), betrachtet, fällt die Häufigkeit der Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsangebote höher aus, als bei Vorliegen von lediglich einer ADHS-Lebenszeitdiagnose (Zahlen nicht in Abbildung oder Tabelle). Für insgesamt 59,8% dieser Kinder und Jugendlichen wird die Inanspruchnahme eines (kinder-)psychiatrischen beziehungsweise psychologisch-psychotherapeutischen Versorgungsangebots innerhalb der letzten 12 Monate berichtet, für 71,2% eine kinderärztliche Inanspruchnahme [5]. Jungen mit einer aktuell bestehenden ADHS nahmen (kinder-)psychiatrische beziehungsweise psychologisch-psychotherapeutische Versorgungsangebote in 61,1% der Fälle wahr, Mädchen zu 55,4%. Für 72,8% der Jungen und 66,1% der Mädchen wird die Inanspruchnahme einer Kinderärztin oder eines Kinderarztes berichtet [5]. Während 68,7% der 3- bis 11-Jährigen mit einer aktuell bestehenden ADHS mindestens einmal ein (kinder-)psychiatrisches beziehungsweise psychologisch-psychotherapeutisches Versorgungsangebot in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen haben, sind es bei den 12- bis 17-Jährigen noch 51,6%. Auch nehmen von aktuell bestehender ADHS betroffene 3- bis 11-Jährige im Vergleich zu 12- bis 17-jährigen Betroffenen häufiger kinderärztliche Versorgungsleistungen in Anspruch (89,1% vs. 54,7%) [23].

**6.5.3 Unterschiede in der Inanspruchnahme nach sozioökonomischem Status**

Darüber hinaus lassen sich bei Kindern und Jugendlichen mit aktuell bestehender ADHS Unterschiede in der Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsleistungen nach dem sozioökonomischen Status beobachten: So wird für Kinder mit ADHS-Diagnose aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status mit 88,7% eine höhere Inanspruchnahmerate von Kinderärztinnen und -ärzten berichtet im Vergleich zu solchen aus der mittleren (68,4%) und niedrigen (68,9%) Statusgruppe [5] (die Unterschiede erreichen wegen der vergleichsweise kleinen Fallzahlen nicht die statistische Signifikanz). Bei in einer für Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund adjustierten multivariaten Analyse war die Chance für die Inanspruchnahme eines kinderärztlichen Versorgungsangebots bei Kindern und Jugendlichen mit einer aktuell bestehenden ADHS aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status deutlich geringer als für solche aus Familien mit hohem Status (OR = 0,20) [5]. Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status nehmen auch unabhängig vom Vorliegen einer ADHS seltener kinderärztliche Versorgungsangebote in Anspruch. Dagegen werden (kinder-)psychiatrische beziehungsweise psychologisch-psychotherapeutische Versorgungsangebote –bezogen auf

die Gesamtbevölkerung – häufiger von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status in Anspruch genommen [24]. Liegt jedoch eine ADHS-Diagnose vor, zeigen sich hinsichtlich der Inanspruchnahme dieser Versorgungsleistungen keine signifikanten Unterschiede zwischen den sozioökonomischen Statusgruppen (niedrig: 68,3%; mittel: 55,3%; hoch: 61,8%) [23].

#### 6.5.4 Unterschiede in der Inanspruchnahme nach Migrationshintergrund

Für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund war dagegen in einer multivariaten, alters- und geschlechtsadjustierten Analyse die Wahrscheinlichkeit einer kinderärztlichen Inanspruchnahme in den letzten 12 Monaten bei Vorliegen einer aktuell bestehenden ADHS um circa das 14-fache (OR = 13,9) erhöht, die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme einer (kinder-)psychiatrischen (OR = 0,23, nicht signifikant) oder psychologisch-psychotherapeutischen Versorgungsleistung (OR = 0,10) dagegen stark verringert [5]. Offenbar ist die kinderärztliche Praxis insbesondere für Familien mit Migrationshintergrund die primäre Anlaufstelle für die Versorgung bei einer aktuellen ADHS des Kindes.

#### 6.5.5 Zeitliche Trends in der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

Zwischen der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) und KiGGS Welle 2 (2014–2017) lassen sich bei Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS-Lebenszeitdiagnose deutliche Steigerungen der Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsleistungen verzeichnen (Abbildung 6.5.7): Zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung wurde für etwa ein Viertel (26,9%) der Kinder und Jugendlichen mit elternberichteter ADHS-Lebenszeitdiagnose die Inanspruchnahme einer ambulanten (kinder-)psychiatrischen, psychologisch-psychotherapeutischen Versorgungsleistung in den letzten 12 Monaten berichtet. In KiGGS Welle 2 lag der Anteil mit insgesamt 45,7% um fast 20 Prozentpunkte höher. Auch die Häufigkeit der kinderärztlichen Inanspruchnahme lag für Kinder und Jugendliche mit ADHS-Lebenszeitdiagnose in KiGGS Welle 2 mit 65,5% signifikant höher als zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung mit 57,3%. Auch für Kinder und Jugendliche ohne elternberichtete ADHS-Diagnose lässt sich eine Steigerung der Inanspruchnahme kinderärztlicher sowie (kinder-)psychiatrischer beziehungsweise psychologisch-psychotherapeutischer Versorgungsleistungen in den letzten elf Jahren verzeichnen, wenngleich auf einem deutlich niedrigeren Niveau [23]. Analog hierzu zeigt sich auch in vertragsärztlichen Abrechnungsdaten zwischen 2010 und 2017 eine Zunahme der Behandlungsfälle bei Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten von 880.000 auf 1,06 Millionen.

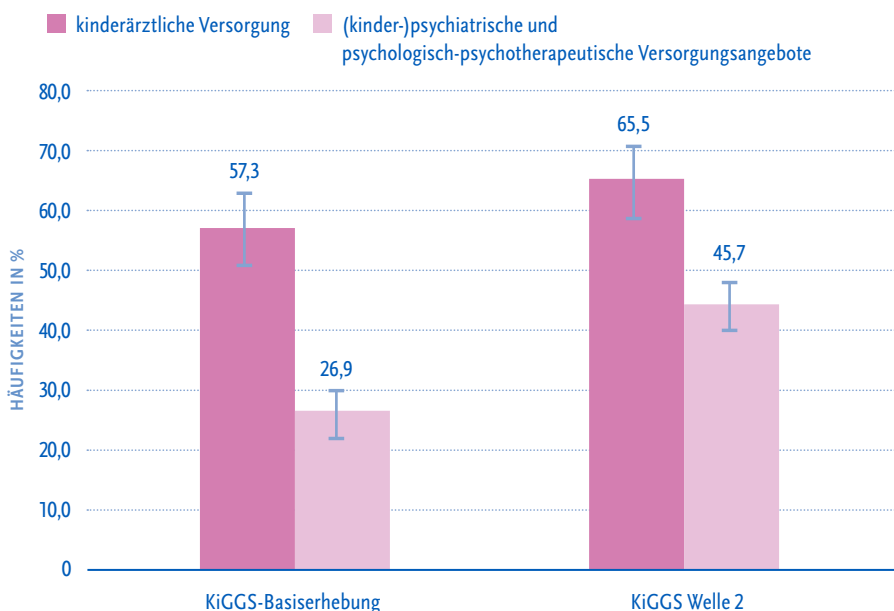


ABBILDUNG 6.5.7

**Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsangebote bei Kindern und Jugendlichen mit elternberichteter ADHS-Lebenszeitdiagnose im zeitlichen Trend**

**Anmerkungen** Datenbasis: KiGGS-Basiserhebung (2003–2006): n = 652; KiGGS Welle 2 (2014–2017): n = 511; Inanspruchnahme verschiedener Versorgungsangebote innerhalb der letzten 12 Monate bei 3- bis 17-Jährigen mit elternberichteter ADHS-Lebenszeitdiagnose, unabhängig vom Anlass der Kontaktaufnahme; (kinder-)psychiatrische und psychiatrisch-psychologische Versorgungsangebote unterschieden sich bezüglich der erfragten Arztgruppen geringfügig zwischen beiden Erhebungszeitpunkten

Dies entspricht ebenfalls einem Anstieg um 20% [4]. Diese Entwicklung ist jedoch nicht für die Versorgung der ADHS spezifisch, sondern bezeichnet eine allgemeine Zunahme der Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgungsangebote.

Allerdings geben zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2 auch mehr als die Hälfte der Eltern von Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS-Lebenszeitdiagnose an, im letzten Jahr keine (kinder-)psychiatrischen und psychologisch-psychotherapeutischen Versorgungsangebote in Anspruch genommen zu haben. Dies entspricht Befunden internationaler Studien, wonach viele ADHS-Betroffene nach wie vor keine hinreichende professionelle Hilfe aufsuchen (zum Beispiel [25]). Vor diesem Hintergrund lässt sich die Zunahme der Inanspruchnahme von (kinder-)psychiatrischer und psychologisch-psychotherapeutischer Versorgung bei ADHS-Betroffenen als Hinweis auf eine verbesserte Versorgungssituation ADHS-betroffener Kinder und Jugendlicher in den elf Jahren, die die KiGGS-Erhebungen umspannen, interpretieren.

Auf Basis internationaler Inzidenzstudien kann geschlussfolgert werden, dass sich die Anzahl behandelter ADHS-Betroffener erhöht hat und sich die Versorgungslücke bei ADHS somit zunehmend schließt [26]. Dies gilt insbesondere für weibliche und für erwachsene ADHS-Betroffene, da sich zum einen die professionelle Wahrnehmung für die Unterschiedlichkeit in den Symptomausprägungen und hinsichtlich komorbider Störungen bei den Geschlechtern erweitert hat, geschlechtsspezifische

Normen bei Screening-Verfahren zunehmend verfügbar sind und die ADHS zunehmend als lebenslang persistierende Störung anerkannt wird [26]. Zu einer verbesserten Versorgung der ADHS kann auch der Ausbau (kinder-)psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgungsangebote beigetragen haben [27]. So geht eine höhere Dichte an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie auch mit einer häufigeren ADHS-Diagnosestellung einher [22]. Darüber hinaus zeigte sich nach Analysen des Zi zwischen 2009 und 2016 auch eine zunehmende Bedeutung spezialisierter Behandelnder bei der Verordnung von Psychostimulanzien bei ADHS, während die Bedeutung anderer ärztlicher Gruppen zurückging [13].

Zusätzlich können auch Veränderungen im Hilfe-suchverhalten der Betroffenen zu einer verbesserten Versorgung der ADHS beitragen. Hierbei sind auch die Einstellungen und Überzeugungen der Eltern relevant [28]. Zudem lässt sich eine wachsende Gesundheitskompetenz bezüglich der psychischen Gesundheit (Mental Health Literacy [29]) in der Bevölkerung verzeichnen. Diese trägt dazu bei, dass psychische Symptome heute eher als solche wahrgenommen werden, häufiger zu einer Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führen [30, 31] und mit einer verbesserten Akzeptanz spezialisierter Hilfsangebote einhergehen [32]. Auch bezüglich der ADHS scheint die Sensibilität in der Bevölkerung sowohl unter Laien als auch unter Behandelnden in den letzten Jahren gestiegen zu sein [26].

- 1 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2018) *S3-Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS*. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-045.html> (Stand: 12.11.2020)
- 2 Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A et al. (2010) *European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD*. BMC Psychiatry 10:67. DOI 10.1186/1471-244X-10-67
- 3 Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2017) *Arzneimittelrichtlinie. Anlage III Übersicht über Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse*. [https://www.g-ba.de/downloads/83-691-466/AM-RL-III-Verordnungseinschraenkung\\_2017-11-04.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/83-691-466/AM-RL-III-Verordnungseinschraenkung_2017-11-04.pdf) (Stand: 12.11.2020)
- 4 Schulz M, Zhu L, Kroll LE et al. (2020) *Versorgungsmonitor Ambulante Kinder- und Jugendmedizin*. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Berlin
- 5 Schlack R, Junker S (2019) *Muster der Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS in der KiGGS Welle 2*. Monatsschr Kinderheilkd 167:197–278. <https://doi.org/10.1007/s00112-019-0759-4>
- 6 Scholle O, Fegert JM, Kollhorst B et al. (2018) *Predictors for Receiving Medication and/or Psychotherapy in Children Newly Diagnosed With ADHD: A Longitudinal Population-Based Cohort Study*. J Atten Disord 24(2):255-264. DOI 10.1177/1087054718816172
- 7 Bachmann CJ, Philipsen A, Hoffmann F (2017) *ADHD in Germany: Trends in Diagnosis and Pharmacotherapy*. Dtsch Arztebl Int 114(9):141-148. DOI 10.3238/arztebl.2017.0141
- 8 Knopf H, Hölling H, Huss M et al. (2012) *Prevalence, determinants and spectrum of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) medication of children and adolescents in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey (KiGGS)*. BMJ Open 2(6):e000477. DOI 10.1136/bmjopen-2011-000477
- 9 Schlack R, Hölling H, Romanos M (in prep.) *Prevalence, spectrum and time trends (2003-2006 to 2009-2012) in stimulant attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) medication use in German children and adolescents with parent-reported diagnosis of ADHD. Results of the KiGGS study*.
- 10 Schubert I, Koster I, Lehmkuhl G (2010) *The changing prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and methylphenidate prescriptions: a study of data from a random sample of insureds of the AOK Health Insurance Company in the German State of Hesse, 2000-2007*. Dtsch Arztebl Int 107(36):615-621. DOI 10.3238/arztebl.2010.0615
- 11 Abbas S, Ihle P, Adler JB et al. (2016) *Psychopharmacological Prescriptions in Children and Adolescents in Germany*. Dtsch Arztebl Int 113(22-23):396-403. DOI 10.3238/arztebl.2016.0396
- 12 Grobe TG (2017) *Regionale Unterschiede von ADHS-Diagnoseraten in Krankenkassendaten 2005 bis 2015. Methodische Überlegungen und Ergebnisse*. Bundesgesundheitsbl 60(12):1336-1345. DOI 10.1007/s00103-017-2640-8
- 13 Akmatov M, Hering R, Steffen A et al. (2019) *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung in Deutschland. Teil 4—Trends in der medikamentösen Versorgung im Zeitraum 2009 bis 2016*. Versorgungsatlas-Bericht Nr 19/02. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Berlin
- 14 Castle L, Aubert RE, Verbrugge RR et al. (2007) *Trends in medication treatment for ADHD*. J Atten Disord 10(4):335-342. DOI 10.1177/1087054707299597
- 15 Grobe TG, Steinmann S, Szecsenyi J (2016) *Arztreport 2016, Schwerpunkt: Alter und Schmerz*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Bd 37. Berlin
- 16 Klauber J, Günster C, Gerste B et al. (2016) *Versorgungs-Report 2015/2016 „Kinder und Jugendliche“*. Schattauer, Stuttgart
- 17 Rapoport JL (2013) *Pediatric psychopharmacology: too much or too little?* World Psychiatry 12(2):118-123. DOI 10.1002/wps.20028
- 18 Dittmann RW, Rothenberger A (2019) *Psychopharmakologieforschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie—Entwicklungen, Herausforderungen, Perspektiven*. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 47(6):489–494.
- 19 Singh SP, Paul M, Ford T et al. (2010) *Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study*. The Br J Psychiatry 197(4):305-312
- 20 Libutzki B, Ludwig S, May M et al. (2019) *Direct medical costs of ADHD and its comorbid conditions on basis of a claims data analysis*. Eur Psychiatry 58:38-44. DOI 10.1016/j.eurpsy.2019.01.019
- 21 Sayal K, Prasad V, Daley D et al. (2018) *ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision*. Lancet Psychiatry 5(2):175-186. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30167-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30167-0)
- 22 Akmatov M, Holstiege J, Hering R et al. (2018) *Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung in Deutschland. Teil 3—Identifizierung raumzeitlicher Cluster der Diagnoseprävalenz im Zeitraum 2009 bis 2016*. Versorgungsatlas-Bericht Nr 18/02. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Berlin
- 23 Schlack R, Nübel J, Junker S et al. (in prep.) *Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsangebote von Kindern und Jugendlichen mit diagnostizierter ADHS*
- 24 Lampert T, Prütz F, Rommel A et al. (2018) *Soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland—Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2*. Journal of Health Monitoring 3(4):38-56. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5871> (Stand: 12.10.2021)
- 25 Dakwar E, Levin FR, Olfson M et al. (2014) *First treatment contact for ADHD: predictors of and gender differences in treatment seeking*. Psychiatr Serv 65(12):1465-1473. DOI 10.1176/appi.ps.201300298
- 26 Steinhausen H, Dopfner M, Schubert I (2016) *Zeitliche Trends bei den Häufigkeiten für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) und Stimulanzienbehandlung*. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 44(4):275-284. DOI 10.1024/1422-4917/a000432
- 27 Thom J, Bretschneider J, Kraus N et al. (2019) *Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen: Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab?* Bundesgesundheitsbl 62(2):128-139. DOI 10.1007/s00103-018-2867-z
- 28 Johnston C, Seipp C, Hommersen P et al. (2005) *Treatment choices and experiences in attention deficit and hyperactivity disorder: relations to parents' beliefs and attributions*. Child Care Health Dev 31(6):669-677. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2005.00555.x>
- 29 Jorm AF (2000) *Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders*. Br J Psychiatry 177(5):396-401. DOI 10.1192/bjp.177.5.396
- 30 Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A et al. (2012) *Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis*. Acta Psychiatr Scand 125(6):440-452. DOI 10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x
- 31 Jorm AF, Patten SB, Brugha TS et al. (2017) *Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries*. World Psychiatry 16(1):90-99. DOI 10.1002/wps.20388
- 32 Angermeyer MC, van der Auwera S, Carta MG et al. (2017) *Public attitudes towards psychiatry and psychiatric treatment at the beginning of the 21st century: a systematic review and meta-analysis of population surveys*. World Psychiatry 16(1):50-61

# Handlungsempfehlungen und Beispiele guter Praxis zu Präventionsmaßnahmen bei ADHS bei Kindern und Jugendlichen



Bei der Entwicklung der Handlungsempfehlungen zur Prävention von ADHS wurde dieselbe Vorgehensweise gewählt wie bei der Entwicklung von Handlungsempfehlungen für psychische Auffälligkeiten, auch die Strukturierung der Darstellung ist vergleichbar (siehe Kapitel 5.6).

Auch für die Entwicklung der Handlungsempfehlungen zu ADHS wurden die Daten der KiGGS-Studie des RKI zu Grunde gelegt. Diese liefern wichtige Informationen zu Bedarfen und durch die Ermittlung von Risiko- und Schutzfaktoren Anhaltspunkte für die Ausgestaltung der Präventionsmaßnahmen (siehe Kapitel 6.3). Eine Recherche zu systematischen Evidenznachweisen und eine Befragung von Expertinnen und Experten tragen zur wissenschaftlichen Fundierung der Handlungsempfehlungen bei.

Die Handlungsempfehlungen werden nach Settings und Themen strukturiert, in denen die Präventionsmaßnahmen angesiedelt werden sollten. Dabei handelt es sich um die Familie, die Schule, die Kindertagesstätte, die Kommune, digitale Prävention / E-Mental-Health und Maßnahmen zur Wissenschaftsbasierung und Qualitätssicherung.

Weiterführende Hinweise zum Vorgehen bei der Entwicklung der Handlungsempfehlung und Auswahl der Settings beziehungsweise Systeme finden sich im Ka-

pitel zu psychischen Auffälligkeiten (siehe Kapitel 5.6). Bezüglich der Handlungsempfehlungen zu psychischen Auffälligkeiten und zu ADHS gibt es zahlreiche Überschneidungen. Handlungsempfehlungen, die zur Prävention psychischer Auffälligkeiten entwickelt werden, schließen oftmals ADHS mit ein. Auf Grund der spezifischen Ätiologie und Störungssymptomatik gibt es jedoch auch wichtige Unterschiede. Diese liegen insbesondere darin begründet, dass die ADHS-Symptomatik in hohem Ausmaß auf genetische Faktoren zurückzuführen ist. Empfohlen werden daher vor allem Maßnahmen der Tertiärprävention, die das Ziel haben, Krankheitsfolgen zu reduzieren und zu verhindern.

## 6.6.1 Handlungsempfehlungen

Nach einer kurzen Einordnung zur Relevanz des jeweiligen Settings wird ein Überblick über die Handlungsempfehlungen gegeben, die im Anschluss näher erläutert werden. Inhaltlich werden sie dabei aus verfügbarer wissenschaftlicher Evidenz, aber ebenso aus den Analysen des RKI sowie durch die aufgezeigten Bedarfe und Hinweise aus der Befragung der Expertinnen und Experten abgeleitet. Die exemplarische





Darstellung von Präventionsprogrammen für die jeweiligen Settings soll zudem einen Eindruck davon geben, wie sich die grundlegenden Handlungsempfehlungen umsetzen lassen.

### 6.6.1.1 Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Familie

Die Familie als zentraler Lebensort für Kinder und Jugendliche hat unmittelbar Bedeutung für die Förderung eines gesunden Aufwachsens. Familiäre Präventionsmaßnahmen können eine bestehende Symptomatik günstig beeinflussen, wenn sie mit der Bereitschaft der Familie einhergehen, Unterstützung anzunehmen. Hierbei fällt insbesondere auf, dass eine Verbesserung des familiären Zusammenhalts mit einer Verbesserung der ADHS-Symptomatik einhergehen kann (siehe Kapitel 6.3). Ergebnisse der Analysen des RKI bestätigen, dass bei der Prävention von ADHS das Setting Familie eine wichtige Rolle spielt.



#### HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IN FAMILIEN

Wichtige Elemente familienbasierter Prävention sind:

- Stärkung insbesondere mütterlicher Gesundheitskompetenz, beispielsweise durch Gesundheitskurse oder Beratungsangebote.
- Integration von Präventionsangeboten und Gesundheitsinformationen in bestehende Angebote zur Schwangerenvorsorge, zur Geburtsvorbereitung und für junge Eltern, wie sie von Hebammen, Beratungsstellen und dem medizinischen Versorgungssystem bereitgestellt werden.
- Unterstützung der elterlichen Erziehungskompetenz und beim Umgang mit bestehender Symptomatik, beispielsweise durch Selbsthilfematerialien und ergänzend (Kurz-)Beratung.
- Stärkung aufsuchender Familienhilfen, insbesondere für Familien, deren Kinder ein erhöhtes Risiko haben, ADHS-Symptome zu entwickeln, zum Beispiel ressourcenarme Familien mit Migrationshintergrund. Das Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) hält bereits eine Vielzahl von Unterstützungsangeboten bereit.

### Mütterliches Gesundheitsverhalten und Gesundheitskompetenz

Zum Zusammenhang zwischen mütterlichem Verhalten beziehungsweise mütterlicher Gesundheit in der Schwangerschaft und der Gesundheit des (noch ungeborenen) Kindes mehrten sich Hinweise aus der Forschung („early life programming“), dass mütterlicher Stress in der Schwangerschaft mit späterer schlechterer psychischer Gesundheit der Kinder assoziiert zu sein scheint; entsprechende Hinweise gibt es auch für einen Zusammenhang mit einer ADHS-Symptomatik [1]. Für Schwangere und werdende Familien, die besonderen Belastungen ausgesetzt sind, kann in Ergänzung zur medizinischen Versorgung professionelle psychosoziale Unterstützung erforderlich sein.

### Integration von Gesundheitsinformationen und Gesundheitsförderung in bestehende Strukturen

Allgemeine Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung des elterlichen Gesundheitsverhaltens und der Gesundheitskompetenz sind geeignet, um die ADHS-Symptomatik zu lindern. Hierzu empfiehlt sich ein Zugang über bestehende Strukturen, wie zum Beispiel die Nutzung von Angeboten der Schwangerenvorsorge im medizinischen Versorgungssystem und der Familienberatung und Familienhilfe rund um die Themen Schwangerschaft, Geburt und Nachsorge. Unter allgemeinpräventiven Gesichtspunkten ist es wichtig, alle werdenden Mütter und Familien gezielt über potenzielle pränatale Risikofaktoren, zum Beispiel Rauchen oder Alkoholkonsum, im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit ihrer Kinder zu informieren.

### Stärkung elterlicher Kompetenz durch Elterntrainings und Beratung

Elterntrainings, die sich an ADHS-betroffene Familien richten, können positive Effekte erzielen, wobei diese Wirkung sich nicht immer auf die Kernsymptomatik der ADHS erstrecken muss. So zeigte sich in einem Cochrane-Review zu verschiedenen Verhaltenstrainings unter Einbeziehung von Selbstmanagementelementen und elterlicher Unterstützung bei der Förderung von Peer-Beziehungen ihrer Kinder eine Reduktion von elternbezogenem Stress und eine allgemeine Verbesserung des kindlichen Verhaltens. Eine Verbesserung störungsspezifischer Symptomatik konnte nicht eindeutig festgestellt werden [2].

Auch ist unklar, ob spezifisch für ADHS entwickelte Programme den allgemeinen Verhaltenstrainings überlegen sind: Schwedische Forscherinnen und Forscher berichten auf Basis gesundheitsökonomischer Modellierungen größere Effekte für Trainings, die allgemein auf eine Reduktion von Verhaltensproblemen abzielen, als für solche, die sich auf eine Reduktion von ADHS-spezifischem Problemverhalten konzentrieren. Allerdings fokussierte der Großteil der untersuchten Trainingsprogramme auf die Reduktion allgemeiner Verhaltensprobleme [3]. Wichtige Komponenten in Trainings, die zu einer Verbesserung ADHS-spezifischer Symptomatik beitragen, scheinen vor allem eine Verbesserung mütterlichen Erziehungsstils und Psychoedukation, insbesondere unter Berücksichtigung von Selbsthilfetools, zu sein.

Untersuchungen zur Mutter-Kind-Dyade zeigen, dass mütterlicher Erziehungsstil und kindliche Funktionsfähigkeit, wie störendes Verhalten zu Hause und in der Schule, mit Schwierigkeiten in Peer-Beziehungen assoziiert zu sein scheinen [4-6]. Verbesserungen der ADHS-Symptomatik des Kindes durch die Modifikation des elterlichen Erziehungsstils wurden beispielsweise in Evaluationen des New Forest Parenting Package [7] und des Parent-Child-Interaction-Trainings berichtet [8].

Auch Psychoedukation kann – neben einer Verbesserung von Verhaltensproblemen und Medikamentenadhärenz – eine Reduktion der ADHS-spezifischen Symptomatik bewirken [9]. Dabei scheint die Vermittlung von Inhalten durch Selbsthilfeprogramme besonders effektiv zu sein [10]. Positive Effekte bestanden sowohl für Kinder im Kindergartenalter [11] als auch für Schulkinder bis 12 Jahre [12] nach Ende der Intervention fort. Solche Programme sind auch besonders kosteneffektiv: Beim Vergleich verschiedener Elterntrainings wurde das höchste „return of investment“ von einer Intervention erzielt, die elterliche Unterstützung in Form eines Selbsthilfebuchs einsetzte [3]. Zur Unterstützung von Eltern in Familien mit ADHS scheinen sich als niedrigschwellige Maßnahmen vor allem Selbsthilfeprogramme zu empfehlen, die Elemente von Psychoedukation integrieren.

Ob sich eine bereits bestehende ADHS-Symptomatik der Kinder durch eine Veränderung elterlichen Verhaltens oder elterlichen Erziehungsstils verbessern kann, ist auf Basis der bestehenden Forschungsliteratur allerdings nicht eindeutig abzuleiten.

## Aufsuchende Familienhilfen

Elterliche Unterstützung in Form aufsuchender Familienhilfen wurde schon für psychische Auffälligkeiten als möglicher Zugangsweg für Familien mit

erhöhten Risikolagen beziehungsweise manifester Symptomatik benannt. Aufsuchende Familienhilfe fokussiert bislang regelmäßig auf Unterstützung bei Erziehungsaufgaben und Lösung von Alltagsproblemen sowie Konflikten. Es empfiehlt sich, diese um gesundheitliche Fragestellungen zu ergänzen.

Interventionen, die Formen aufsuchender Familienhilfe nutzen, scheinen zur Reduktion von ADHS-Symptomatik beitragen zu können [1]; auch das New Forest Parenting Package arbeitet mit einem mehrwöchigen, aufsuchenden Programm [7].

Die Identifikation von Familien mit erhöhtem Unterstützungsbedarf kann in der Schwangerenvorsorge erfolgen, zum Beispiel durch Ärztinnen und Ärzte oder Hebammen, wenn diese durch intensiven Kontakt Hinweise darauf haben, dass aufgrund von Umgebungsbedingungen oder Lebensumständen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer ADHS vorliegt. Für diese Familien kann frühzeitig Unterstützung durch aufsuchende Familienhilfe zur Stärkung der familiären Ressourcen initiiert werden.

Die Daten des RKI zeigen zudem, dass bei Kindern mit Migrationshintergrund die ADHS-Diagnoseraten niedriger sind, die Häufigkeit der ADHS-Verdachtsfälle dagegen hoch ist und die Familien ein anderes Inanspruchnahmeverhalten aufweisen als Familien ohne Migrationshintergrund – nämlich eher eine kinderärztliche Praxis als ein psychiatrisches oder psychologisches Versorgungsangebot in Anspruch nehmen. Diese Unterschiede bezüglich Diagnosestellung und Behandlung von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund machen deutlich, dass hierbei ein kultursensibles Vorgehen von besonderer Bedeutung ist (siehe Kapitel 6.5).

## Beispiel: Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP)

Das Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP) ist ein in Deutschland entwickeltes Programm, das behaviorale Techniken einsetzt und sich an Eltern und Erzieherinnen und Erzieher von Kindern im Alter von drei bis zehn Jahren mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten richtet. Der für die Eltern entwickelte Interventionsteil wird gruppenbasiert durchgeführt und soll die Erziehungskompetenz und die Eltern-Kind-Interaktion verbessern. Programmevaluationen zeigen eine signifikante Reduktion klinisch bedeutsamer Verhaltensauffälligkeiten [13, 14]. Von besonderer Bedeutung scheint dabei die Reduzierung ungünstiger und dysfunktionaler Erziehungstechniken im Kontext von Konflikten zu sein [15]. Das Programm wäre auf spezifische Effekte auf die ADHS-Symptomatik zu prüfen.

### 6.6.1.2 Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Schule

Im schulischen Setting ist die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS-Symptomatik auffallen, vergleichsweise hoch, insbesondere weil ihr Verhalten angesichts der Leistungsanforderungen und der strukturierten Abläufe als unangepasst wahrgenommen wird. Das Setting Schule eignet sich daher besonders zur Implementierung selektiver und indizierter Präventionsmaßnahmen, die sich an Zielgruppen wenden, die ein erhöhtes Risiko haben, Symptome zu entwickeln beziehungsweise bereits Symptome zeigen. Von diesen Maßnahmen profitieren nicht nur die betroffenen Kinder und Jugendlichen selbst, sondern auch deren Lehrkräfte sowie die Mitschülerinnen und Mitschüler, weil sich dadurch zum Beispiel eine Verbesserung des Unterrichtsablaufs herstellen lässt. Hierfür ist es wichtig, dass Lehrkräfte auf Verhaltensauffälligkeiten angemessen reagieren und unter Beteiligung weiterer Settings Unterstützungsangebote initiieren können.

- Einsatz von Gruppenverstärkerplänen, etwa die positive Verstärkung erwünschten Verhaltens durch Belohnungen oder Bekräftigungen zur Reduktion von ADHS-Symptomatik und zur Förderung eines störungsfreien Unterrichtsablaufs.

#### Qualifizierungsmaßnahmen für Lehr- und Fachkräfte

In einer Zusammenfassung zur Studienlage schulbasierter Interventionen bei ADHS-Diagnose und Aufmerksamkeitsproblemen ohne vorhandene ADHS-Diagnose werden von Richard et al. [16] verfügbare Einzelnachweise in drei verschiedene Interventionsansätze unterschieden: klassenzentrierte, lehrkräftezentrierte und schülerzentrierte Interventionen. Bei den lehrkräftezentrierten Interventionen werden positive Effekte vor allem für Fortbildungen berichtet, die auf einen symptom- beziehungsweise störungsspezifischen Wissenszuwachs abzielen. Bei ADHS ist es – wie schon bei psychischen Auffälligkeiten ausgeführt – wichtig, Lehrkräfte für die Identifikation der Symptomatik sowie bei dem Umgang mit der Symptomatik im Unterricht zu sensibilisieren und – wo nötig – die Elternansprache und Weiterleitung in kommunale Unterstützungsangebote oder eine medizinisch-therapeutische Behandlung zu unterstützen.

Bei Aufnahme dieser Inhalte in Qualifizierungsmaßnahmen zur Gesundheitsförderung in Schulen ist es wichtig, auf eine kultursensible Ausrichtung zu achten, da die Daten des RKI nahelegen, dass ADHS-Symptomatik kulturabhängig interpretiert und unterschiedlich bewertet werden könnte (siehe Kapitel 6.2).

Außerdem ist diese eher verhaltensorientierte Qualifizierung durch die Schaffung von Strukturen, wie zum Beispiel die Einrichtung von Präventionsketten, zu ergänzen. Das erfordert, wie auch zur Prävention sonstiger psychischer Auffälligkeiten empfohlen, dass Akteure im schulischen Setting darin geschult sein müssen, Symptome zu erkennen, einzuordnen und zu wissen, wie und wo sie auch unter Einbeziehung des familiären Settings Unterstützung anfordern können. Hierzu müssen die Kommunikationsfähigkeiten zur Elternansprache gefördert werden. Zur Organisation von Absprachen und Unterstützung durch schulexterne Akteure ist auch Wissen um lokale Präventions- und Versorgungsstrukturen zur Organisation kommunaler, netzwerkbasierter und settingübergreifender Präventionsarbeit von Bedeutung.



#### HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IN DER SCHULE

Wichtige Elemente für den Einsatz schulbasierter Prävention:

- Bereitstellung von kultursensiblen Qualifikationsmaßnahmen für Lehr- und schulische Fachkräfte zur Identifikation von Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Symptomatik sowie die Stärkung der Kommunikationskompetenz zur Ansprache der Eltern und der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Die Broschüre der BZgA zu Symptomen, Diagnose und Behandlung von ADHS für Eltern und Fachkräfte leistet hier bereits einen Beitrag.
- Implementierung von Bewegungsförderung als fester Bestandteil des Alltags in der schulischen Struktur, zum Beispiel Einführung von Bewegungspausen zur Verbesserung der Konzentrations- und Leistungsfähigkeit in nachfolgenden Testsituationen. Bereitstellung ausreichender Sport- und Bewegungsflächen sowie von Bewegungsangeboten auf dem Schulgelände.

## Bewegungsförderung

Körperliche Aktivität hat das Potential, ADHS-Symptomatik zu verbessern. Ein systematisches Review führt Belege dafür an, dass einmalige moderate bis anstrengende Bewegungseinheiten mit einer Verbesserung der Hauptsymptome von ADHS bei der Bearbeitung von Aufgaben assoziiert ist. Eine dauerhafte Erhöhung körperlicher Aktivität, zum Beispiel die Einführung mehrerer Bewegungseinheiten pro Woche in der Schule und die Erhöhung der täglichen Bewegungszeit, standen zudem in einem Zusammenhang mit einer Verbesserung der Aufmerksamkeit [17]. Besonders zu profitieren scheinen Kinder mit eher schwachem aufgabenbezogenen Leistungsvermögen [16]. Bewegungsmangel stand zudem bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Symptomatik in Zusammenhang mit depressiven Symptomen [18].

Es empfiehlt sich daher, vonseiten der Lehrkräfte gezielt auf eine Erhöhung der Bewegungsleistung im Unterricht oder im Rahmen der Ganztagsbetreuung hinzuwirken. Positiv kann sich zudem der gezielte Einsatz von Bewegungseinheiten wie die Einführung bewegter Pausen oder auch die Ausgestaltung von attraktiven Bewegungsflächen innerhalb des Schulgeländes auswirken.

## Gruppenverstärkerpläne

Die bereits oben erwähnte Übersichtsarbeit von Richard et al. [16] benennt als besonders effektive Intervention die Einführung von Gruppenverstärkerplänen als klassenraumzentrierte Interventionen. Gruppenverstärkerpläne sind Pläne, bei denen beispielsweise Schülerinnen und Schüler mit und ohne Störverhalten in Teams gemischt werden und diese Teams jeweils für erwünschtes Verhalten positive Verstärkung erhalten. Diese Form der Intervention scheint auch mit einer Reduktion typischer ADHS-Verhaltensweisen, zum Beispiel Dazwischenreden, einherzugehen. Solche Unterrichtstechniken könnten in Qualifizierungsmaßnahmen integriert oder auch bereits in der Ausbildung von Lehrkräften berücksichtigt werden.

### 6.6.1.3 Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Kindertagesstätte

Ein früher Einsatz von präventiven Interventionen für Kinder ist auch aus neuropsychologischer Perspektive empfehlenswert, weil Modifikationen auf Grund höherer Neuroplastizität im jüngeren

Lebensalter eine größere Wahrscheinlichkeit für langfristige Effekte haben. Neuroplastizität meint die Fähigkeit einzelner Nervenzellen oder ganzer Hirnareale, sich zu ändern beziehungsweise anzupassen. Dies gilt insbesondere für ADHS: Hier zeigen Langzeitdaten, dass Veränderungen von Gehirnaktivität und -funktionalität mit dem Schweregrad der Erkrankung assoziiert sind. Frühzeitige Interventionen können zudem den späteren Verlauf und das Auftreten komorbider Störungen mindern [6]. Halperin et al. [6] plädieren dafür, mit Interventionen bereits im Vorschulalter zu beginnen, bevor komplizierende Faktoren wie komorbide psychiatrische Störungen, schulisches Versagen und schlechte soziale und familiäre Beziehungen hinzukommen, die eine erfolgreiche Behandlung erschweren.



### HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IN KINDERTAGESSTÄTTEN

Wichtige Elemente der Präventionsarbeit in Kindertagesstätten sind Bereitstellung von Qualifizierungsmaßnahmen zur:

- Sensibilisierung von Fachkräften für Auffälligkeiten bei den Kindern sowie die Stärkung der Kommunikationskompetenz zur Ansprache der Eltern.
- Vermittlung von Verhaltensmodifikationstechniken an Erzieherinnen und Erzieher, um erwünschtes Verhalten der Kinder zu fördern (zum Beispiel Regeln befolgen) und unerwünschtes Verhalten zu reduzieren (zum Beispiel störendes Verhalten), eventuell auch unter Anbieten von Supervision. Bevorzugt sollten solche Angebote in Kindertagesstätten in benachteiligten Sozialräumen zur Verfügung gestellt werden.
- Unterstützung der Fachkräfte bei der Förderung kindlichen Kompetenzerwerbs.

## Qualifizierung von Fachkräften

Bislang gibt es nur wenige Untersuchungen zur Implementierung von Präventionsprogrammen in Kindertagesstätten; daher fehlt es auch an systematischen Übersichtsarbeiten. Bei der Einordnung externalisierender Auffälligkeiten, die bereits im Vorschulalter auftreten und mit späterer ADHS-Symptomatik

assoziiert sein können, muss hyperaktives Verhalten von entwicklungsbedingter Motorik sorgfältig abgegrenzt werden.

In einer der wenigen Studien mit Kindern im Kindergartenalter zur Verbesserung von Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität als Kernsymptome der ADHS konnte gezeigt werden, dass ein Training des Betreuungspersonals zur Förderung erwünschter Verhaltensweisen (zum Beispiel regelkonformes Verhalten) und zur Reduktion unerwünschter Verhaltensweisen (zum Beispiel Störverhalten) beitragen und ADHS-typische Verhaltensweisen reduzieren konnte. Stärker profitierten dabei Kinder, die auf Grund eines Screenings mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) oder dem Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder (VBV) als Risikogruppe identifiziert worden waren [19].

Vorstellbar ist es auch, dass die Unterstützung der sozial-emotionalen Kompetenzentwicklung den Kindern langfristig bei Herausforderungen wie zum Beispiel der Lösung von Peer-Problemen hilft. Zur Reduktion von Symptomatik beziehungsweise zum besseren Symptommanagement kann auch eine frühzeitige Sensibilisierung der Eltern für die Möglichkeit einer ADHS und ggf. ein frühzeitiger Verweis an entsprechende Beratungsstellen sinnvoll sein. Dazu müssten die Fachkräfte zur Risikoidentifikation, Zielgruppenansprache und Weiterleitung in Versorgungsstrukturen geschult werden.

Für das Setting Kindertagesstätte empfiehlt sich somit vornehmlich eine Qualifizierung von Fachkräften zur Verbesserung kindlichen Selbstmanagements (Verhaltensmodifikation), Förderung kindlichen Kompetenzerwerbs und Unterstützung bei der Inanspruchnahme weiterer Angebote.

#### 6.6.1.4 Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Kommune

Verhältnispräventive Maßnahmen in der Kommune haben das Potenzial, positive Effekte für ein breites Spektrum an Zielgruppen zu erreichen, auch solche, die für verhaltenspräventive Maßnahmen schwerer zugänglich sind. Für die Prävention psychischer Auffälligkeiten wurde eine Reihe möglicher Maßnahmen diskutiert, die sich auch positiv auf die Symptomatik von ADHS auswirken könnten; hierfür fehlt aber bis auf eine Ausnahme spezifische Evidenz. Bedeutsam für die Erreichung von Kindern und Jugendlichen, unabhängig davon, welche spezifische Diagnose vorliegt beziehungsweise welche Symptomatik besteht, ist auf der Ebene der strukturellen Voraussetzungen vor allem die Zusammenarbeit über die Sektoren des

Gesundheitswesens hinweg, wie die Etablierung von Präventionsketten.



### HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IN DER KOMMUNE

Wesentliche Elemente der Prävention in der Kommune sind:

- Sozial nachhaltige Bereitstellung familiengeeigneten Wohnraums und eines qualitativ hochwertigen Lebensumfelds, wozu neben Sicherheit und Gewaltfreiheit auch die städtebauliche Gestaltung mit ausreichenden Spiel- und Grünflächen gehört.
- Etablierung einer integrierten, kommunalen Präventionsstrategie, aufbauend auf vorhandenen oder zu entwickelnden multiprofessionellen und settingübergreifenden Netzwerken.

### Gesundheitsförderliches Lebensumfeld

Zu den gesundheitsförderlichen Bedingungen in der Kommune gehört auch die städtebauliche Gestaltung, insbesondere im Hinblick auf Grünflächen. Es gibt bereits einzelne Studien, die positive Effekte von Grünflächenverfügbarkeit und Grünflächenaufenthalt auf die psychische Gesundheit berichten. In einer systematischen Übersicht zum Zusammenhang von Naturexposition und ADHS-Symptomen wurden positive Effekte in Bezug auf Aufmerksamkeit, Inhibitionskontrolle oder Konzentrationsfähigkeit beschrieben. In zwei Studien, die sich auf Elternberichte stützen, wurden Hinweise darauf gefunden, dass Aufmerksamkeitsprobleme nach Freizeitaktivitäten im Freien weniger stark auftreten als nach Freizeitaktivitäten in Innenräumen. Nach Wochenendaktivitäten „im Grünen“ wurden bedeutend weniger ADHS-Symptome berichtet als nach Wochenendaktivitäten in geschlossenen Räumen oder in künstlich angelegten Außenflächen [20].

Eine „grüne“ Gestaltung kommunaler Wohn- und Lebensräume könnte sich somit auch positiv auf die ADHS-spezifische Symptomatik auswirken.

### 6.6.1.5 Digitale Gesundheitsförderung und Prävention und E-(Mental-)Health

Ein Großteil der Erwachsenen wie auch der Jugendlichen sucht online nach Gesundheitsinformationen. Gleichzeitig stehen derzeit noch wenige Angebote evidenzbasierter digitaler Gesundheitsförderung und Prävention zur Verfügung, und es fehlt zum Teil an vertrauenswürdigen Anbietern von Gesundheitsinformationen. Die Bereitstellung solcher Informationen kann ein wichtiger struktureller Beitrag zur Gesundheitsförderung sein. Digitale Interventionen könnten sich an Betroffene und ihre Familien, insbesondere an die Eltern, richten. Ob eine Nutzung digitaler Interventionen bei bestehender ADHS-Symptomatik positive Effekte haben kann, darf durchaus kritisch gesehen werden.

Wie auch für den Bereich der psychischen Gesundheit insgesamt empfiehlt sich die Einrichtung einer Public-Health-Plattform, auf der Betroffene selbst, deren Familien und auch Fachkräfte evidenzbasierte Informationen zu ADHS, Unterstützung beim Symptomanagement beziehungsweise bei der Reduktion von Krankheitsfolgen finden können und wo auf analoge Unterstützungsangebote verwiesen wird.

Unklar ist noch, inwiefern digitale Gesundheitsinterventionen zur Verbesserung einer ADHS-Symptomatik angewandt werden können. In einem Meta-Review zur Wirksamkeit digitaler Gesundheitsinterventionen (Digital Health Interventions; DHI) zur Förderung psychischer Gesundheit wurden für die ADHS-Prävention keine Übersichtsarbeiten identifiziert. Die Autorinnen und Autoren schlussfolgern aber auf Basis von zehn RCT-Studien zu verschiedenen Interventionen wie Neurofeedback, Training des Arbeitsgedächtnisses oder exekutiver Funktionen, dass keine konsistenten Trainingseffekte für ADHS-spezifische DHI vorliegen. Sie stützen sich auf die Beobachtung, dass tendenziell dann keine Effekte von DHI berichtet werden, wenn zur Beurteilung der Wirksamkeit unabhängige Beobachter eingesetzt werden. Auf dieser Basis scheint sich der Einsatz von DHI, auch zur selektiven oder indizierten ADHS-Prävention, nicht zu eignen [21].

Digital gestützte ADHS-Prävention sollte also in erster Linie auf die Vermittlung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen setzen. Inwieweit Angebote digitaler Gesundheitsförderung für die Betroffenen selber wirksam sein können, muss noch geprüft werden.



#### HANDLUNGSEMPFEHLUNG ZU DIGITAL GESTÜTZTER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND E-(MENTAL-)HEALTH

Ein wichtiges Element zur Weiterentwicklung digitaler oder digital gestützter Prävention ist:

- der Aufbau einer Public-Health-Plattform zum Thema psychische Gesundheit, die auch Informationen zu ADHS für betroffene Familien und Fachkräfte zur Verfügung stellt.

### 6.6.1.6 Wissenschaftsbasierung und Qualitätssicherung

Qualitätsgesicherte, evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen sollten nur auf Basis kontinuierlicher Evaluation und Begleitforschung weiterentwickelt werden.

Die Leitlinien zur Behandlung von ADHS sehen im Regelfall eine multimodale Behandlung vor. Für die Wirksamkeit psychosozialer Interventionen zur Prävention von ADHS beziehungsweise Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit ADHS fehlt derzeit teilweise noch Evidenz. Hieraus ergeben sich Forschungsbedarfe, sowohl zur Verbesserung der Evidenzlage psychosozialer Interventionen als auch zur Identifikation und Reduktion von Versorgungsbarrieren, insbesondere für vulnerable Zielgruppen.

Hinsichtlich der Notwendigkeit einer Erweiterung des kontinuierlichen Monitorings (Bedarfsorientierung und Evaluierungsgrundlage), der Einrichtung einer Best-Practice-Datenbank (Unterstützung von Fachkräften) und der Durchführung von Machbarkeitsanalysen (Transferabilitätsbeurteilung) wird auf die Ausführungen zu den Handlungsempfehlungen für psychische Gesundheit verwiesen.

Die Generierung von Evidenz ist eine wesentliche Voraussetzung für eine nachhaltig gestaltete Gesundheitsförderung. Gerade für Präventionsmaßnahmen zu ADHS kann bislang noch zu wenig auf systematische Wirksamkeitsnachweise zurückgegriffen werden. Die Entwicklung und Evaluierung von spezifisch zur ADHS-Prävention entwickelten Maßnahmen ist daher besonders wichtig. Berücksichtigt werden sollte aber auch der Zugang zu Maßnahmen der Prävention und Versorgung, da die Maßnahmenzugänglichkeit für die verschiedenen Zielgruppen unterschiedlich anspruchsvoll ist.



## HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN ZU WISSENSCHAFTSBASIERUNG UND QUALITÄTSSICHERUNG

Wichtige Elemente der Wissenschaftsbasierung und Qualitätssicherung in Bezug auf ADHS sind:

- Erweiterung des kontinuierlichen Gesundheitsmonitorings zur psychischen Gesundheit um Daten zu Präventionsangeboten und -bedarfen, Zugangswegen insbesondere für vulnerable Zielgruppen, sowie Evaluationen von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung langfristiger und nachhaltiger Effekte.
- Erstellung von Evidenzsynthesen beziehungsweise auch Best Practice-Datenbanken, beispielsweise durch die BZgA, als Grundlage für die praxistaugliche Aufbereitung und Dissemination wissenschaftlich fundierter beziehungsweise evidenzbasierter Maßnahmen.
- Durchführung von Machbarkeitsanalysen zur Übertragbarkeit evidenzbasierter Maßnahmen in unterschiedliche Kontexte in Deutschland.

### 6.6.2 Zusammenfassung

Auf Basis der vorangehenden Empfehlungen und der zu Grunde liegenden Informationsquellen lassen sich für die Ausgestaltung von Gesundheitsförderung und Prävention zur Reduktion einer ADHS-Symptomatik folgende Leitthesen formulieren:

#### Leitthese 1

Maßnahmen zur Prävention von ADHS beziehungsweise zur Förderung der psychischen Gesundheit in Bezug auf ADHS müssen frühzeitig implementiert werden. Dazu gehören neben einer frühzeitigen Diagnosestellung und einem zeitnahen Behandlungsbeginn auch Maßnahmen zur Reduktion der Ausprägung von ADHS-Symptomen und zur Verhinderung von Komorbiditäten.

#### Leitthese 2

Inhaltlicher Fokus solcher Maßnahmen könnte vor

allem auf der Stärkung personaler und familiärer Ressourcen liegen, beispielsweise im Rahmen von Elterntrainings und Elternberatung. Empfehlenswert scheinen hierbei vor allem selektive und indizierte Präventionsmaßnahmen zu sein, die sich an Risikogruppen wie Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status oder Migrationshintergrund richten oder an Personen, bei denen sich bereits Störungssymptome zeigen.

#### Leitthese 3

Eine primäre medikamentöse Behandlung der ADHS ist nach der aktuellen AMWF-S3-Leitlinie ADHS bei Kindern ab sechs Jahren dann indiziert, wenn eine stark ausgeprägte ADHS-Symptomatik mit erheblichen Beeinträchtigungen der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit einhergeht. Bei mittlerem Schweregrad kann, je nach den individuellen Gegebenheiten und Präferenzen, zwischen intensivierten psychosozialen Interventionen, medikamentöser Behandlung oder einer Kombination von beidem abgewogen werden. Von besonderer Bedeutung ist hierbei die Kontinuität der medikamentösen Behandlung und die begleitende psychosoziale Versorgung, insbesondere bei der Transitionsphase ins junge Erwachsenenalter.

#### Leitthese 4

Unterschiede in der Diagnostik und Versorgung von ADHS bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit Migrationshintergrund können an Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem liegen. Sie können aber ebenso durch eine kulturabhängig unterschiedliche Symptomtoleranz oder -interpretation, entweder durch die Familien oder andere handelnde Personen in den versorgenden Settings, erklärbar sein. Dementsprechend müssen Präventionsmaßnahmen in jedem Fall kultursensibel ausgestaltet werden.

#### Leitthese 5

Wichtig für die Umsetzung der Präventionsarbeit in den Settings ist die Identifikation und Vernetzung relevanter Akteure in den Settings, sowie die Sensibilisierung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für die Thematik und deren Befähigung, Unterstützungsbedarfe der Familien zu erkennen und Maßnahmen zu initiieren.

- 1 Lewis AJ, Galbally M, Gannon T et al. (2014) *Early life programming as a target for prevention of child and adolescent mental disorders*. BMC Med 12:33. DOI 10.1186/1741-7015-12-33
- 2 Zwi M, Jones H, Thorgaard C et al. (2011) *Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years*. Cochrane Database Syst Rev 2011(12):CD003018. DOI 10.1002/14651858.CD003018.pub3
- 3 Nystrand C, Hultkrantz L, Vimefall E et al. (2020) *Economic Return on Investment of Parent Training Programmes for the Prevention of Child Externalising Behaviour Problems*. Adm Policy Ment Health 47(2):300-315. DOI 10.1007/s10488-019-00984-5
- 4 Healey DM, Flory JD, Miller CJ et al. (2011) *Maternal positive parenting style is associated with better functioning in hyperactive/inattentive preschool children*. Infant Child Dev 20(2):148-161. DOI <https://doi.org/10.1002/icd.682>
- 5 Healey DM, Gopin CB, Grossman BR et al. (2010) *Mother-child dyadic synchrony is associated with better functioning in hyperactive/inattentive preschool children*. J Child Psychol Psychiatry 51(9):1058-1066. DOI 10.1111/j.1469-7610.2010.02220.x
- 6 Halperin JM, Bédard AC, Curchack-Lichtin JT (2012) *Preventive interventions for ADHD: a neurodevelopmental perspective*. Neurotherapeutics 9(3):531-541. DOI 10.1007/s13311-012-0123-z
- 7 Zenglein Y, Beyer A, Freitag CM et al. (2013) *ADHS im Vorschulalter*. Kindh Entwickl 22(4):193-200. DOI 10.1026/0942-5403/a000117
- 8 Matos M, Bauermeister JJ, Bernal G (2009) *Parent-child interaction therapy for Puerto Rican preschool children with ADHD and behavior problems: a pilot efficacy study*. Fam Process 48(2):232-252. DOI 10.1111/j.1545-5300.2009.01279.x
- 9 Dahl V, Ramakrishnan A, Spears AP et al. (2020) *Psychoeducation Interventions for Parents and Teachers of Children and Adolescents with ADHD: a Systematic Review of the Literature*. J Dev Phys Disabil 32(2):257-292. DOI 10.1007/s10882-019-09691-3
- 10 Kierfeld F, Ise E, Hanisch C et al. (2013) *Effectiveness of telephone-assisted parent-administered behavioural family intervention for preschool children with externalizing problem behaviour: a randomized controlled trial*. Eur Child Adolesc Psychiatry 22(9):553-565. DOI 10.1007/s00787-013-0397-7
- 11 Ise E, Kierfeld F, Döpfner M (2015) *One-year follow-up of guided self-help for parents of preschool children with externalizing behavior*. J Prim Prev 36(1):33-40. DOI 10.1007/s10935-014-0374-z
- 12 Döpfner M, Liebermann-Jordanidis H, Kinnen C et al. (2021) *Long-Term Effectiveness of Guided Self-Help for Parents of Children With ADHD in Routine Care-An Observational Study*. J Atten Disord 25(2):265-274. DOI 10.1177/1087054718810797
- 13 Hautmann C, Hanisch C, Mayer I et al. (2008) *Effectiveness of the prevention program for externalizing problem behaviour (PEP) in children with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder-generalization to the real world*. J Neural Transm (Vienna) 115(2):363-370. DOI 10.1007/s00702-007-0866-6
- 14 Hautmann C, Stein P, Hanisch C et al. (2009) *Does parent management training for children with externalizing problem behavior in routine care result in clinically significant changes?* Psychother Res 19(2):224-233. DOI 10.1080/10503300902777148
- 15 Hanisch C, Hautmann C, Plück J et al. (2014) *The prevention program for externalizing problem behavior (PEP) improves child behavior by reducing negative parenting: analysis of mediating processes in a randomized controlled trial*. J Child Psychol Psychiatry 55(5):473-484. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12177>
- 16 Richard S, Eichelberger I, Döpfner M et al. (2015) *Schulbasierte Interventionen bei ADHS und Aufmerksamkeitsproblemen: Ein Überblick*. ZFP 29(1):5-18. DOI 10.1024/1010-0652/a000141
- 17 Pontifex MB, Fine JG, da Cruz K et al. (2014) *The role of physical activity in reducing barriers to learning in children with developmental disorders*. Monogr Soc Res Child Dev 79(4):93-118. DOI 10.1111/mono.12132
- 18 Gawrilow C, Stadler G, Langguth N et al. (2016) *Physical Activity, Affect, and Cognition in Children With Symptoms of ADHD*. J Atten Disord 20(2):151-162. DOI 10.1177/1087054713493318
- 19 Christiansen H, Hirsch O, König A et al. (2015) *Prevention of ADHD related problems: A universal preschool program*. Health Educ 115:285-300. DOI 10.1108/HE-03-2014-0040
- 20 McCurdy LE, Winterbottom KE, Mehta SS et al. (2010) *Using nature and outdoor activity to improve children's health*. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 40(5):102-117. DOI 10.1016/j.cppeds.2010.02.003
- 21 Hollis C, Falconer CJ, Martin JL et al. (2017) *Annual Research Review: Digital health interventions for children and young people with mental health problems—a systematic and meta-review*. J Child Psychol Psychiatry 58(4):474-503. DOI 10.1111/jcpp.12663



## Verzeichnis der Abkürzungen und Erläuterungen

---

<b>95%-KI</b>	95%-Konfidenzintervall
<b>ACE</b>	Adverse Childhood Experiences
<b>ADHS</b>	Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung
<b>AMEDA</b>	Allgemeines standardisiertes Arzneimittelinterview
<b>APA</b>	American Psychiatric Association
<b>ATC</b>	Die ATC-Klassifikation (Anatomical Therapeutical Chemical) ist eine amtliche Klassifikation für pharmakologische Wirkstoffe. Wirkstoffe werden nach dem Organ oder Organsystem, auf das sie einwirken, und nach ihren chemischen, pharmakologischen und therapeutischen Eigenschaften in verschiedene Gruppen eingeteilt. Die Klassifikation gilt für Substanzen, nicht für Handelspräparate (klassifiziert wird zum Beispiel der Wirkstoff Methylphenidat (ATC-Code: N06BA04, nicht der Handelsname Ritalin) ( <a href="http://www.dimdi.de/dynamic/de/ Arzneimittel/atc-klassifikation/">www.dimdi.de/dynamic/de/Arzneimittel/atc-klassifikation/</a> ))
<b>AUC</b>	Area under the curve
<b>AUDIT-C</b>	Indikator zum riskanten Alkoholkonsum (Alcohol use disorders identification test – Consumption)
<b>AWMF</b>	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
<b>BELLA-Studie</b>	BEfragung zum seeLischen WohLbefinden und VerhAlten
<b>B</b>	Beta-Koeffizient
<b>BMAS</b>	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
<b>BMFSFJ</b>	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
<b>BMG</b>	Bundesministerium für Gesundheit
<b>BZgA</b>	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
<b>CAPI</b>	Computergestütztes ärztliches Interview
<b>COVID-19</b>	Coronavirus-Krankheit-2019 (Coronavirus Disease 2019)
<b>DHI</b>	Digitale Gesundheitsinterventionen (Digital Health Interventions)
<b>DSM</b>	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen
<b>EBH-Bericht</b>	Erkennen – Bewerten – Handeln: Schwerpunktbericht zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung
<b>F-Diagnosen</b>	In der aktuell gültigen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) werden psychische und Verhaltensstörungen und Störungen der psychischen Entwicklung im Kapitel V aufgeführt. Das Kapitel ist nach Krankheitsgruppen in 10 Unterabschnitte gegliedert. Der Buchstabe F liefert dabei einen Hinweis auf eine psychische Störung.
<b>G-BA</b>	Gemeinsamer Bundesausschuss
<b>GePaRD</b>	Pharmakoepidemiologische Forschungsdatenbank (German Pharmacoepidemiological Research Database)
<b>GuG</b>	Programm “Gesund und glücklich aufwachsen“
<b>HBSC-Studie</b>	Health Behaviour in School-aged Children
<b>HKS</b>	Hyperkinetisches Syndrom

## Verzeichnis der Abkürzungen und Erläuterungen

---

<b>HRQoL</b>	Gesundheitsbezogene Lebensqualität (Health-Related Quality of Life)
<b>ICD</b>	Internationale Klassifikation psychischer Störungen
<b>ISCED-11</b>	Indikator zur Bildung (International Standard Classification of Education)
<b>KiGGS-Studie</b>	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
<b>KINDL-R und KIDSCREEN-10 und -27</b>	Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen
<b>MHI-5</b>	Indikator zur Allgemeinen Psychischen Gesundheit
<b>MHL</b>	Mental Health Literacy
<b>MoMo</b>	Motorik-Modul
<b>NHS</b>	Nationale Gesundheitsbehörde Englands (National Health Service)
<b>NischE</b>	Programm "Nicht von schlechten Eltern"
<b>NZFH</b>	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
<b>OECD</b>	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Organisation for Economic Co-operation and Development)
<b>OR</b>	Odds Ratio beziffert das Chancenverhältnis und ist ein Maß dafür, um wie viel größer die Chance in der Gruppe mit Risikofaktor ist, zu erkranken (im Sinne einer Quote), verglichen mit der Chance in der Gruppe ohne Risikofaktor. Das Chancenverhältnis nimmt Werte zwischen 0 und $\infty$ an. Ein Wert von 1 bedeutet ein gleiches Chancenverhältnis.
<b>PEP</b>	Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten
<b>PHQ</b>	Indikator zur Depressiven Symptomatik (Patient Health Questionnaire)
<b>ProHEAD</b>	Promoting Help-Seeking using E-Technology for Adolescents
<b>PWI-A</b>	Personal Wellbeing Index Adults
<b>RCT</b>	Randomisierte kontrollierte Studie (randomized controlled trial)
<b>RKI</b>	Robert Koch-Institut
<b>ROC</b>	Mit einer ROC-Analyse (ROC = Receiver Operator Characteristic) lässt sich sowohl die Vorhersagekraft als auch die Genauigkeit eines Indikators untersuchen. Ziel ist es Indikatoren und Tests zu entwickeln, die nicht nur eine hohe Quote an richtig-positiven Klassifikationsergebnissen erzielen, sondern auch möglichst wenig falsch-positiv. Für die Erstellung einer ROC-Kurve werden für jeden Parameterwert die resultierenden relativen Häufigkeitsverteilungen in Form von Sensitivität (Richtig-Positiv-Rate) und Spezifität (Falsch-Positiv-Rate) ermittelt. In einem Diagramm wird die Sensitivität auf der Ordinate (y-Achse) und 1-Spezifität auf der Abszisse (x-Achse) abgetragen. Die Diagonale in diesem Diagramm entspricht einem Zufallsprozess (gleich wahrscheinliche Treffer- wie Fehlerquote). Je stärker die Kurve ansteigt, desto höher die Trefferquote (richtig-positiv) bei anfänglich niedriger Fehlerquote). Zur ROC-Kurve wird die Fläche unter der Kurve (AUC = Area under the curve) berechnet. Der AUC-Wert kann Werte zwischen 0 und 1 (entspricht 0% und 100%) annehmen und als Wahrscheinlichkeit interpretiert werden, dass ein richtig-positiver Wert auch als solcher klassifiziert wird. Je näher der AUC-Wert an 1 liegt, desto besser ist die Treffsicherheit des Indikators bei zugleich geringerer Wahrscheinlichkeit der Fehlklassifikation. Ein AUC-Wert von 0,5 entspricht dagegen der Diagonale im Diagramm, also einem Zufallsprozess und ist somit mit Bezug auf die Klassifikationsleistung des Indikators der ungünstigste Wert.

---

<b>RRR</b>	Relative Risk Ratio
<b>SCOFF</b>	Indikator zu Symptomen einer Essstörung (Sick, Control, One, Fat, Food)
<b>SDQ</b>	Strengths and Difficulties Questionnaire
<b>SES</b>	Sozioökonomischer Status (Socio-Economic Status)
<b>SF-8</b>	Skala zur Gesundheitsbezogenen Lebensqualität (junge Erwachsene) (Short-Form Health Survey)
<b>SGB</b>	Sozialgesetzbuch
<b>SLC-K-9</b>	Indikator zur Elterlichen Psychopathologie
<b>SSS</b>	Social Support Scale
<b>SWPBIS</b>	Präventionsstrategie "School-Wide Positive Behavioural Interventions and Support"
<b>UKE</b>	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
<b>U-Untersuchungen</b>	Kinderfrüherkennungsuntersuchungen
<b>WHO</b>	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)
<b>WIRKALL</b>	Allgemeine Selbstwirksamkeitsskala
<b>Zi</b>	Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland
<b>Z-Standardisierung</b>	Mathematische Transformation, so dass die resultierenden Werte im Mittelwert null sind und maximal den Wert eins annehmen können. Hierdurch wird eine Vergleichbarkeit erzielt.

Abbildung	Titel	Seite
3.2.1	Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit im Entwicklungskontext	27
3.4.1	Ressourcen-Anforderungs-Ungleichgewicht für ADHS-Betroffene über den Lebensverlauf	40
3.4.2	Entwicklungsphasen und im Längsschnitt untersuchbare Transitionen in der KiGGS-Kohorte über drei Messzeitpunkte	44
3.5.1	Der Public Health Action Cycle	47
5.2.1	Psychische Auffälligkeiten in der KiGGS-Basiserhebung sowie in KiGGS Welle 2 nach Geschlecht	63
5.2.2	Psychische Auffälligkeiten nach Altersgruppen und Geschlecht	63
5.2.3	Psychische Auffälligkeiten nach SDQ-Subskalen, Altersgruppen und Geschlecht	65
5.2.4	Häufigkeit von psychischen Auffälligkeiten nach Geschlecht und sozioökonomischem Status	68
5.2.5	Verläufe psychischer Auffälligkeiten über sechs Jahre	71
5.2.6	Referenzprofil „konstant unauffällig“ (Profil 1) – nach soziodemografischen Merkmalen	73
5.2.7	Zusammengefasste Profile 3 und 5 („variable Verläufe“) – nach soziodemografischen Merkmalen	74
5.3.1	Häufigkeit von Gewalterfahrungen in den letzten zwölf Monaten bei Kindern und Jugendlichen	82
5.3.2	Kumulative Risiken: mögliche und wahrscheinliche psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit unterschiedlicher Anzahl von Risikofaktoren	83
5.3.3	Kumulative Effekte der Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen	84
5.3.4	Regressionskoeffizienten der Risiko- und Schutzfaktoren bei internalisierenden Auffälligkeiten	86
5.3.5	Wechselwirkungen von personalen Ressourcen und Familienstruktur. Vorhergesagte Werte internalisierender Auffälligkeiten mit 95%-Vorhersageintervall	87
5.3.6	Regressionskoeffizienten der Risiko- und Schutzfaktoren bei externalisierenden Auffälligkeiten	88
5.3.7	Wechselwirkungen von personalen Ressourcen und Familienstruktur. Vorhergesagte adjustierte Werte externalisierender Auffälligkeiten mit 95%-Konfidenzintervall	89
5.5.1	Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsangebote bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten im zeitlichen Trend	110
6.2.1	Prävalenzen und zeitliche Trends für die elternberichtete ADHS-Lebenszeitdiagnose bei Kindern und Jugendlichen	138
6.2.2	Summarische Übersicht von ADHS-Diagnosen und ADHS-Verdachtsfällen im zeitlichen Trend	139
6.2.3	Prävalenzen und zeitliche Trends für die elternberichtete ADHS-Lebenszeitdiagnose	139
6.2.4	Prävalenzen und zeitliche Trends nach Altersgruppen für die elternberichtete ADHS-Lebenszeitdiagnose	140

<b>Abbildung</b>	<b>Titel</b>	<b>Seite</b>
6.2.5	Alter bei Erstdiagnose der ADHS, hochgerechnet auf eine Kohorte, bei der alle Teilnehmenden bis zum Alter von 29 Jahren nachverfolgt worden wären	141
6.2.6	Prävalenzen und zeitliche Trends einer elternberichteten ADHS-Lebenszeitdiagnose nach sozioökonomischem Status	144
6.2.7	ADHS-Fälle und ADHS-Verdachtsfälle nach Migrationshintergrund	145
6.2.8	Prävalenzen und zeitliche Trends nach Familienstruktur für die elternberichtete ADHS-Lebenszeitdiagnose	146
6.2.9	Übergangswahrscheinlichkeiten bezüglich a) der Stabilität und b) Inzidenz des ADHS-Diagnoseberichts zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2	149
6.2.10	Prädiktoren der Stabilität eines ADHS-Diagnoseberichts im Längsschnitt (von der KiGGS-Basiserhebung zu KiGGS Welle 2)	150
6.2.11	Prädiktoren der Diagnoseinzidenz im Längsschnitt (von der KiGGS-Basiserhebung zu KiGGS Welle 2)	151
6.3.1	Risiko- und Schutzfaktoren für das Vorliegen einer elternberichteten ADHS-Diagnose	157
6.3.2	Ausprägungen personaler, familiärer und sozialer Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen ohne und mit elternberichteter ADHS-Diagnose	158
6.5.1	Behandlungsprävalenzen bei Kindern und Jugendlichen mit elternberichteter ADHS-Lebenszeitdiagnose nach Art der Behandlung im zeitlichen Trend	179
6.5.2	Behandlungsprävalenzen bei Kindern und Jugendlichen mit elternberichteter ADHS-Lebenszeitdiagnose nach Altersgruppen	180
6.5.3	Anwendungsprävalenz von ADHS-Medikation (ATC N06BA) bei Kindern und Jugendlichen mit elternberichteter ADHS-Lebenszeitdiagnose und gültigen Angaben zur Medikamenteneinnahme im zeitlichen Trend	181
6.5.4	Aktuelle ADHS-Medikation (ATC N06BA) nach Alter zum Befragungszeitpunkt	183
6.5.5	Aktuelle ADHS-Medikation (ATC N06BA) nach Alter der erstmaligen Diagnosestellung	184
6.5.6	Aktuelle ADHS-Medikation (ATC N06BA) nach Zeit seit der Erstdiagnose	185
6.5.7	Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsangebote bei Kindern und Jugendlichen mit elternberichteter ADHS-Lebenszeitdiagnose im zeitlichen Trend	187

Table	Titel	Seite
3.2.1	Instrumententabelle zu Risikofaktoren in den KiGGS-Erhebungen	30   31
3.2.2	Instrumententabelle zu Schutzfaktoren in den KiGGS-Erhebungen	32
3.3.1	Erhebung von gesundheitsbezogener Lebensqualität und Lebenszufriedenheit in der KiGGS-Studie	37
3.4.1	Entwicklungspsychopathologisch bedeutsame Lebens- und Transitionsphasen	41
3.4.2	Indikatoren im Bereich Entwicklungsergebnisse in der KiGGS-Studie	43   44
5.1.1	Indikatoren im Bereich psychischer Auffälligkeiten in der KiGGS-Studie	60
5.2.1	Psychische Auffälligkeiten nach den im SDQ erfassten Problembereichen und Geschlecht	64
5.2.2	Verlaufsprofile psychischer Auffälligkeiten	72
5.4.1	Vorhersage von Entwicklungsergebnissen im jungen Erwachsenenalter (21 – 31 Jahre) bei Vorliegen internalisierender psychischer Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend mittels linearer und logistischer Regressionsmodelle <sup>1</sup> [7]	99
5.4.2	Vorhersage von Entwicklungsergebnissen im jungen Erwachsenenalter (21 – 31 Jahre) bei Vorliegen externalisierender Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend mittels linearer und logistischer Regressionsmodelle <sup>1</sup> [7]	102
5.5.1	Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsangebote in den letzten 12 Monaten bei Kindern und Jugendlichen nach SDQ Gesamtproblemwert (Häufigkeit in %, 95%-KI)	108
6.1.1	Indikatoren und Informationen zu ADHS sowie zur Versorgung bei ADHS in der KiGGS-Studie	135
6.4.1	Vorhersage von Entwicklungsergebnissen im jungen Erwachsenenalter bei Vorliegen einer elternberichteten ADHS-Diagnose in Kindheit oder Jugend mittels linearer und logistischer Regressionsmodelle (KiGGS-Kohorte)	171
6.5.1	Komorbide psychopathologische Symptomatik (gemäß SDQ) nach aktuellem Behandlungsstatus bei Kindern und Jugendlichen mit elternberichteter ADHS-Diagnose	180
6.5.2	Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsangebote in den letzten 12 Monaten nach Vorliegen einer ADHS (Häufigkeit in %, 95%-KI), [23]	186

Infobox	Titel	Seite
3.1.1	Psychische Gesundheit und psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen	22
3.1.2	Die Klassifikationssysteme ICD und DSM	23
3.1.3	Psychische Kindergesundheit in der KiGGS-Studie	24
3.4.1	Einteilung Altersgruppen KiGGS	42
5.1.1	Der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	59
5.1.2	Der SDQ - Impactfragebogen	61
5.3.1	Belastende Kindheitserfahrungen („Adverse Childhood Experiences“, ACE)	81
5.3.2	Effekte und Wechselwirkungen von Risiko- und Schutzfaktoren in Bezug auf internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen	85
5.3.3	Annäherung an Kausalität mit Fixed-Effects-Modellen im Rahmen von Längsschnittdatenanalysen	90
5.4.1	Analyse von Entwicklungsgängen psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher im jungen Erwachsenenalter unter Berücksichtigung von Schutzfaktoren	98
6.2.1	Berechnung des Alters bei Erstdiagnose	142
6.2.2	Stabilität und Inzidenz des Eltern- und Selbstberichts der ADHS-Lebenszeitdiagnose	147
6.2.3	Zur Analyse von Prädiktoren der Stabilität und Inzidenz des Eltern- und Selbstberichts der ADHS-Lebenszeitdiagnose	148
6.4.1	Stabilität und Inzidenz des ADHS-Diagnoseberichts	164
6.4.2	Spezifische Vulnerabilitäten in den mit den KiGGS-Daten untersuchbaren Transitionsphasen des Kindes- und Jugendalters	167
6.4.3	Analyse von Entwicklungsausgängen im jungen Erwachsenenalter bei elternberichteter ADHS-Diagnose in Kindheit oder Jugend unter Berücksichtigung von Risiko- und Schutzfaktoren (Methodik)	168
6.5.1	Psychostimulanzien	182

## Danksagung

Wir bedanken uns für die Impulse der teilnehmenden Expertinnen und Experten des Workshops „Erkennen – Bewerten – Handeln: Gesundheitsbericht zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland“, Berlin, 01.12.2017: Peter Borusiak, Klaus Fröhlich-Gildhoff, Thomas Grobe, Frank Jacobi, Tanja Legenbauer, Ann-Kathrin Meyrose, Steffi Riedel-Heller, Felix Hußenöder, Marcel Romanos und Georg Schomerus.

Für die Impulse bei der schriftlichen Befragung von Expertinnen und Experten zu den Ergebnissen des Berichts „Erkennen – Bewerten – Handeln: Schwerpunktbericht zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland, Teil 2 Kindes- und Jugendalter“ von April bis Juli 2020 bedanken wir uns bei: Tobias Banaschewski, Kevin Dadaczynski, Jörg Fegert, Thomas Grobe, Herbert Junk, Michael Kölch, Gerd Lemkuhl, Volker Mall, Ulrike Ravens-Sieberer und Marcel Romanos.

## Förderhinweis

Dieser Bericht wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit gefördert.

## Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20, 13353 Berlin  
www.rki.de/gbe  
Twitter: @rki\_de

## Projektleitung

Robert Schlack  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
General-Pape-Straße 62–66  
12101 Berlin

## Autorinnen und Autoren Robert Koch-Institut (in alphabetischer Reihenfolge)

Ann-Kristin Beyer  
Stephan Junker  
Laura Neuperdt  
Julia Nübel  
Nele Peerenboom  
Robert Schlack

## Redaktion

Livia Ryl  
Laura Neuperdt  
Christoph Schlage

## Weitere Mitwirkende (in alphabetischer Reihenfolge)

Franz Baumgarten, Caroline Cohrdes, Johanna-Sophie Edler, Kristin Göbel, Ulfert Hapke, Heike Hölling, Silke Janitza, Christina Kersjes, Kathrin Klipker, Elvira Mauz, Diana Peitz, Christina Poethko-Müller, Laura Raveling, Petra Ross, Giselle Sarganas Margolis, Julia Thom, Felicitas Vogelgesang, Thomas Ziese

## Autorinnen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Handlungsempfehlungen (Kapitel 5.6 und 6.6) (in alphabetischer Reihenfolge)

Freia De Bock, Mirja Otten, Ursula von Rüden

## Weitere Mitwirkende

Melanie Birk

## Satz / Layout

Abenteuer Design (Luca Bogoni, Oliver Kandale, Bijan Dawallu)

## Bildquellen

Cover Illustration: Luca Bogoni;  
SonerCdem, istockphoto.com S. 8; zaizev, photocase.de S. 9;  
martin-dm, istockphoto.com S. 10; franckreporter, istockphoto.com S. 11;  
martin-dm, istockphoto.com S. 13; KIDS RUNNING, rawpixel S. 14;  
Volodymyr, stock.adobe S. 15; Photo-maxx, stock.adobe S. 17;  
skynesher, istockphoto.com S. 18; Andrey Kiselev, stock.adobe S. 52;  
altanaka, stock.adobe S. 58; kdshutterman stock.adobe S. 132

## Bezugsquelle

Internet: [www.rki.de/erkennenbewertenhandeln](http://www.rki.de/erkennenbewertenhandeln)

## Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2021)  
**Psychische Gesundheit in Deutschland. Erkennen - Bewerten - Handeln.  
Schwerpunktbericht Teil 2 - Kindes- und Jugendalter.**  
Fokus: Psychische Auffälligkeiten gemäß psychopathologischem Screening und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS).  
RKI, Berlin  
ISBN: 978-3-89606-314-4  
DOI: 10.25646/9579

## Bibliografische Information der deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über [www.dnb.de](http://www.dnb.de) abrufbar.











Der Schwerpunktbericht „Erkennen – Bewerten – Handeln“ enthält Daten, Informationen und Studienergebnisse zur psychischen Gesundheit der Kinder- und Jugendlichenbevölkerung. Im Fokus stehen psychische Auffälligkeiten gemäß psychopathologischem Screening und die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Basis sind die Daten der KiGGS-Studie des bundesweiten Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut. In diesem Bericht werden zahlreiche, in den letzten Jahren veröffentlichte Ergebnisse zusammengeführt, durch neue, bislang unveröffentlichte Ergebnisse ergänzt und in der Zusammenschau mit administrativen Routinedaten wie den Diagnosestatistiken der Krankenkassen betrachtet. Der Bericht wendet sich an Gestaltende und Handelnde in Politik, Prävention und Gesundheitsversorgung, an Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Journalistinnen und Journalisten sowie die interessierte Öffentlichkeit. Für beide Schwerpunktthemen werden Häufigkeiten, zeitliche Trends und individuelle Verläufe, die Bedeutung von Risiko- und Schutzfaktoren, Korrelate und Folgen bis ins junge Erwachsenenalter sowie Aspekte der Versorgung thematisiert. Psychische Gesundheit ist zentral für Kinder und Jugendliche, um die vielfältigen Herausforderungen ihres Alltags zu meistern. Die Befunde werden mit dem gegenwärtigen Wissensstand zur Prävention verbunden und daraus Handlungsempfehlungen abgeleitet.