

Journal of Health Monitoring · 2018 3(1)  
DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-011  
Robert Koch-Institut, Berlin

Franz Baumgarten, Kathrin Klipker,  
Kristin Göbel, Silke Janitza, Heike Hölling

Robert Koch-Institut, Berlin  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-  
monitoring



Studie zur Gesundheit von Kindern  
und Jugendlichen in Deutschland

# Der Verlauf psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte

◆ PSYCHISCHE GESUNDHEIT · PSYCHISCHE AUFFÄLLIGKEITEN · KINDES- UND JUGENDALTER · GESUNDHEITSMONITORING

## Hintergrund

Kinder und Jugendliche sind durch eine eingeschränkte psychische Gesundheit stärker in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt als durch körperliche Erkrankungen [1]. Die Untersuchung von Einflussfaktoren für psychische Auffälligkeiten im Entwicklungsverlauf kann demnach gezielt dabei helfen, geeignete Maßnahmen einzuleiten und Leidensdruck zu verringern. Als psychisch auffällig gelten Kinder und Jugendliche, wenn ihr Verhalten und Empfinden hinsichtlich des Entwicklungsstandes und den gesellschaftlichen Erwartungen nicht der Norm entspricht [2]. Bei rund 20% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland finden sich Anhaltspunkte für psychische Auffälligkeiten. Die Häufigkeit entsprechender Symptome ist über den Zeitraum der bisherigen KiGGS-Studien (von 2003–2006 bis 2009–2012) stabil geblieben [3]. Allerdings sind emotionale und verhaltensbedingte Probleme im Kindes- und Jugendalter stärker als im Erwachsenenalter einem ständigen Entwicklungsprozess unterworfen. Psychische Auffälligkeiten verschwinden bei jedem zweiten Kind innerhalb eines Jahres. Bei einem Teil der Kinder können sie aber auch über längere Zeit andauern oder sich im Laufe der Entwicklung verstärken [4]. Zur Identifikation von Risikogruppen und sensiblen Lebensphasen wurde mit den Längsschnittdaten der KiGGS-Kohorte der individuelle Ver-

lauf psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter abgebildet.

## Indikator und Methodik

Psychische Auffälligkeiten wurden mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) von Goodman [5], einem validierten, international anerkannten Fragebogenverfahren erfasst, das es entsprechend dem Durchführungszweck der Studie erlaubt, Risikogruppen für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen zu identifizieren. Für die Auswertungen wurden ausschließlich die Elternberichte für 3- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche herangezogen. Der Screeningfragebogen beinhaltet Subskalen für die Bereiche „Emotionale Probleme“, „Probleme mit Gleichaltrigen“, „Verhaltensprobleme“ und „Hyperaktivität“. Den Analysen liegen die Daten der KiGGS-Kohorte zugrunde. Vollständige Angaben zum SDQ sowohl für die KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) als auch für KiGGS Welle 1 (2009–2012) lagen von insgesamt 6.459 Personen (3.198 Mädchen, 3.261 Jungen) vor. Um den Verlauf psychischer Auffälligkeiten für Kinder und Jugendliche in unterschiedlichen Lebensphasen abzubilden, wurden neben dem Geschlecht auch verschiedene Altersgruppen untersucht. Von den Kindern und Jugendlichen der KiGGS-Kohorte

## Die KiGGS-Studie

Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

**Datenhalter:** Robert Koch-Institut

**Ziele:** : Bereitstellung zuverlässiger Informationen über Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Lebensbedingungen, Schutz- und Risikofaktoren und gesundheitliche Versorgung der in Deutschland lebenden Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit der Möglichkeit von Trend- und Längsschnittdaten

**Studiendesign:** Kombinierte Querschnitt- und Kohortenstudie

### KiGGS-Erhebungswellen:

- ▶ KiGGS-Basiserhebung (2003–2006)  
Untersuchungs- und Befragungssurvey
- ▶ KiGGS Welle 1 (2009–2012)  
Befragungssurvey
- ▶ KiGGS Welle 2 (2014–2017)  
Untersuchungs- und Befragungssurvey

### KiGGS-Querschnitt

**Grundgesamtheit:** Kinder und Jugendliche mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

**Alter bei der jeweiligen Erhebungswelle:**  
0–17 Jahre

### KiGGS-Kohorte

**Stichprobengewinnung:** Erneute Einladung der Teilnehmenden der KiGGS-Basiserhebung (n=17.641), die zur nochmaligen Kontaktierung bereit sind

**Alter bei Erhebung der KiGGS Welle 1:**  
6–24 Jahre (n=11.992)

**Alter bei Erhebung der KiGGS Welle 2:**  
10–31 Jahre (n=10.853)

Mehr Informationen unter  
[www.kiggs-studie.de](http://www.kiggs-studie.de)

waren zur Basiserhebung 32,2 % 3 bis 5 Jahre alt, 35,1 % 6 bis 8 Jahre alt und 32,8 % 9 bis 11 Jahre alt. Der Fokus der Auswertungen liegt auf den bei der KiGGS-Basiserhebung psychisch unauffälligen Kindern und Jugendlichen, die in KiGGS Welle 1 auffällig waren, sowie auf den Teilnehmenden mit psychischen Auffälligkeiten zu beiden Erhebungszeiträumen. Für die Analysen wurden prozentuale Wahrscheinlichkeiten für den Übergang von psychisch unauffällig oder auffällig bei der KiGGS-Basiserhebung zu auffällig in KiGGS Welle 1 berechnet. Zur teilweisen Berücksichtigung der selektiven Wiederteilnahme wurde in den Auswertungsmodellen eine multivariate Gewichtungswariable herangezogen [6].

## Ergebnisse

Von den psychisch unauffälligen Kindern und Jugendlichen bei der KiGGS-Basiserhebung waren zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 1 12 % psychisch auffällig. 88 % blieben unauffällig (Abbildung 1). Von den Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten wies zum zweiten Erhebungszeitraum nur noch jedes zweite die entsprechenden Symptome auf.

Unterschiede im Verlauf ergaben sich für Mädchen und Jungen besonders unter Berücksichtigung der untersuchten Altersgruppen (Abbildung 2). Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die zum ersten Erhebungszeitraum unauffällig waren und die 6 Jahre später psychische Auffälligkeiten aufwiesen, ist bei den 3- bis 5-jährigen Jungen mit 18 % am größten (im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen sowie zu den Mädchen). Für die Jungen nimmt dieser Anteil mit zunehmendem Alter ab (bis zu 8 % bei den 9- bis 11-jährigen). Im Gegenzug bleibt der Anteil bei

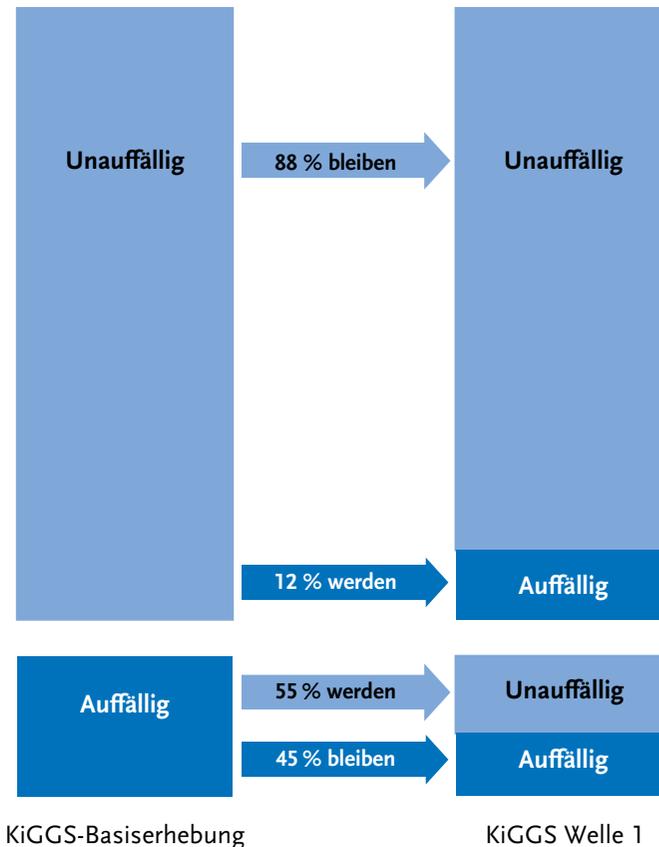
den Mädchen über die Altersgruppen hinweg relativ konstant.

Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die zum ersten Erhebungszeitraum psychisch auffällig waren und die bei der Folgerhebung psychische Auffälligkeiten zeigten, ist bei den 3- bis 5-jährigen Jungen am höchsten (im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen sowie zu den Mädchen): er betrug in dieser Gruppe 52 %. Der Anteil der Jungen mit wiederholt kritischen Symptomen sank für die Gruppe der 9- bis 11-jährigen auf 38 %. Für Mädchen nahm der Anteil derjenigen, die über beide Erhebungszeiträume psychisch auffällig waren, mit steigender Altersgruppe zu (38 % vs. 45 % vs. 47 %).

## Einordnung

Unsere Ergebnisse verdeutlichen, dass ein großer Teil der befragten Kinder und Jugendlichen nach Elternbericht zu keinem der beiden Erhebungszeiträume psychisch auffällig ist. Jungen weisen insgesamt häufiger sowohl emotionale als auch verhaltensbezogene Probleme auf als Mädchen [3]. Das Auftreten der entsprechenden Symptome nach SDQ-Screening ist im Entwicklungsprozess ständigen Veränderungen ausgesetzt. Eine sensible Phase für das Entstehen von psychischen Auffälligkeiten bei Jungen ist, deskriptiv betrachtet, die Entwicklung vom Vorschulalter (3 bis 5 Jahre) bis zum Ende der Grundschulzeit (9 bis 11 Jahre). Im Vergleich zu Mädchen entwickeln Jungen in dieser Phase nicht nur vermehrt psychische Auffälligkeiten, sondern weisen darüber hinaus auch eher eine Persistenz in der Symptomatik auf. Mit zunehmendem Alter reduziert sich der Anteil der Jungen, die psychisch auffällig werden und bleiben. Bei Mädchen ist der

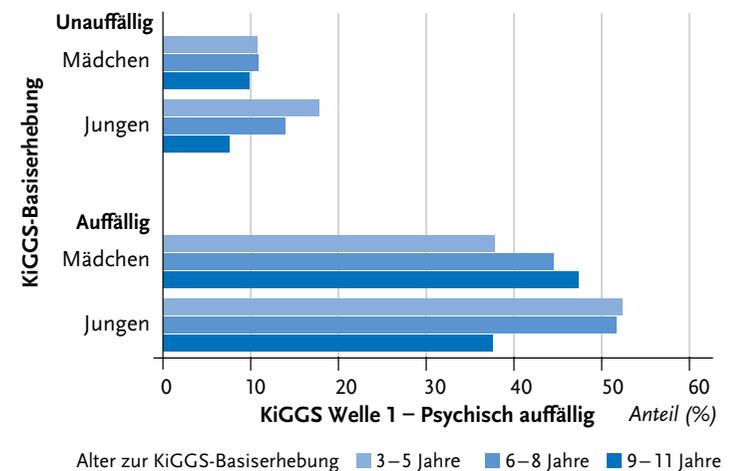
**Abbildung 1**  
**Die Entwicklung individueller psychischer Auffälligkeiten für Kinder und Jugendliche im Verlauf der KiGGS-Basiserhebung zu KiGGS Welle 1 (n=6.459)**  
 Quelle: KiGGS-Basiserhebung (2003–2006), KiGGS Welle 1 (2009–2012)



Anteil derjenigen, die auffällig werden, im Vergleich zu Jungen bis ins Jugendalter konstant. Mit zunehmendem Alter steigt jedoch der Anteil der Mädchen, die über beide Erhebungszeiträume eine persistierende Symptomatik aufweisen. Eine sensible Lebensphase für Mädchen scheint insbesondere der Übergang vom Grundschulalter (9 bis 11 Jahre) bis zum Ende der Jugendzeit (15 bis 17 Jahre) darzustellen. In diesem Zeitraum bleiben emotionale und verhaltensbezogene Probleme deskriptiv häufiger bestehen als bei Jungen.

**Abbildung 2**  
**Vorliegen psychischer Auffälligkeiten zu KiGGS Welle 1 für psychisch unauffällige und auffällige Kinder und Jugendliche zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung nach Geschlecht und Alter (n=6.459)**  
 Quelle: KiGGS-Basiserhebung (2003–2006), KiGGS Welle 1 (2009–2012)

Die Unterschiede in den individuellen Verläufen nach Geschlecht und Alter können teilweise durch die Differenzierung psychischer Auffälligkeiten in nach innen gerichtete (internalisierend) und nach außen gerichtete (externalisierende) Symptome erklärt werden [7]. Während für Jungen häufiger externalisierende Auffälligkeiten (z. B. Aggressivität und Unaufmerksamkeit) berichtet werden, treten internalisierende Auffälligkeiten (z. B. Angst und Depression) vermehrt bei Mädchen auf [3, 8]. Nach außen gerichtete Auffälligkeiten nehmen für beide Geschlechter im Laufe des Kindes- und Jugendalters ab, wodurch die Abnahme der Symptomatik bei Jungen erklärbar ist. Psychische Auffälligkeiten nehmen für Mädchen im Zeitverlauf zu, da sich mit zunehmenden Alter vor allem nach innen gerichtete Symptome manifestieren [8]. Dabei muss angenommen werden, dass die berichteten Werte vermutlich unterschätzt sind, weil internalisierende Auffälligkeiten von Eltern vergleichsweise schwer zu erkennen sind und daher seltener berichtet werden [3].



Nächste Auswertungsvorhaben zielen insbesondere auf die Bedeutung psychosozialer Veränderungen beim Übergang von der Kindheit ins Jugendalter und weiterführend in das frühe Erwachsenenalter (z. B. Ablösung von Eltern, Bedeutung und Einfluss des Freundeskreises sowie assoziierter Risikoverhaltensweisen) für die Entstehung und Stabilität psychischer Auffälligkeiten ab. So ist es möglich, dass sich bei einem Kind mit erhöhter Anfälligkeit für psychische Probleme im Jugendalter eine psychische Auffälligkeit entwickelt, die in einer früheren, psychosozial stabileren Entwicklungsphase noch kompensiert werden konnte. Zudem können psychosoziale Schutzfaktoren dazu beitragen, dass sich Kinder trotz psychischen Auffälligkeiten zu gesunden Erwachsenen entwickeln. Diese und weitere Fragestellungen können anhand des dritten längsschnittlichen Erhebungszeitraumes der KiGGS-Studie (KiGGS Welle 2 von 2014 – 2017) und durch die Weiterführung der KiGGS-Kohorte adressiert werden.

**Korrespondenzadresse**

Dr. Franz Baumgarten  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
E-Mail: [BaumgartenF@rki.de](mailto:BaumgartenF@rki.de)

**Zitierweise**

Baumgarten F, Klipker K, Göbel K, Janitza S, Hölling H (2018) Der Verlauf psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. Journal of Health Monitoring 3(1): 60–65.  
DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-011

**Datenschutz und Ethik**

Die KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 1 unterliegen der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes. Die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat die Studien unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und ihnen zugestimmt. Die Teilnahme an den Studien war freiwillig. Die Teilnehmenden beziehungsweise ihre Sorgeberechtigten wurden über die Ziele und Inhalte der Studien sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

**Förderungshinweis**

KiGGS wird finanziert durch das Bundesministerium für Gesundheit und das Robert Koch-Institut.

**Interessenkonflikt**

Der korrespondierende Autor gibt für sich und die Koautorinnen an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

**Danksagung**

Die Autorinnen und Autoren bedanken sich in erster Linie bei allen Kohortenteilnehmerinnen und -teilnehmern und ihren Eltern. Zudem bedanken wir uns bei allen Kolleginnen und Kollegen im Robert Koch-Institut und insbesondere bei den Studententeams, ohne deren engagierte Mitarbeit die Erhebungen der KiGGS-Kohorte nicht hätten realisiert werden können.

### Literatur

1. Hölling H, Schlack R, Dippelhofer A et al. (2008) Personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren und gesundheitsbezogene Lebensqualität chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 51(6):606-620

---

2. Oerter R, Montada L (2002). Entwicklungspsychologie. Beltz, Weinheim

---

3. 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) – Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 59(7):807-819

---

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

---

5. Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. J Child Psychol Psychiatry 38(5):581-586

---

6. Lange M, Hoffmann R, Mauz et al. (2018) Längsschnitterhebung von KiGGS Welle 2 – Erhebungsdesign und Fallzahlentwicklung der KiGGS-Kohorte. Journal of Health Monitoring 3(1):97-113. [www.rki.de/journalhealthmonitoring](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring) (Stand: 15.03.2018)

---

7. Klasen F, Petermann F, Meyrose AK et al. (2016) Verlauf psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie. Kindheit und Entwicklung 25(1):10-20

---

8. Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U et al. (2007) Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50(5-6):784-793

## Impressum

### Journal of Health Monitoring

#### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

#### Redaktion

Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter,  
Dr. Franziska Prütz, Martina Rabenberg, Alexander Rommel,  
Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
Tel.: 030-18 754-3400  
E-Mail: [healthmonitoring@rki.de](mailto:healthmonitoring@rki.de)  
[www.rki.de/journalhealthmonitoring](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring)

#### Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

ISSN 2511-2708

#### Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die  
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer  
Creative Commons Namensnennung 4.0  
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im  
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit