Verhaltensauffälligkeiten und psychische Probleme bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Ergebnisse der BELLA-Studie

| *Von Ulrike Ravens-Sieberer, Helen Bichmann und Fionna Klasen*

Im letzten Jahrhundert hat sich ein Wandel der typischen Krankheiten des Kindes- und Jugendalters vollzogen. Während die Säuglingssterblichkeit und Infektionskrankheiten deutlich zurückgegangen sind, stehen heute chronische Krankheiten, wie Asthma oder Allergien, und psychische Auffälligkeiten, wie Aufmerksamkeitsstörungen, emotionale Auffälligkeiten, Gewaltbereitschaft sowie Alkohol- und Drogenkonsum viel stärker im Fokus der Kinder- und Jugendmedizin (Palfrey et al. 2005). Den Ergebnissen epidemiologischer Studien zufolge weisen 15 bis 22 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland psychische Auffälligkeiten auf; bei etwa zehn Prozent wird ein chronischer Verlauf angenommen (Barkmann, Schulte-Markwort 2004; Ihle, Esser 2002).

Es liegt nahe, die Ursachen der „neuen Kinderkrankheiten" in den sozialen und zivilisatorischen Lebensbedingungen zu suchen. So treten die Störungsbilder bei Kindern aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status erheblich gehäuft auf (Ihle, Esser 2002; Bradley, Corwyn 2002). Allerdings sind die gleichen Störungsbilder auch bei Kindern aus finanziell besser gestellten Familien relativ häufig, so dass offenbar auch allgemein verbreitete Lebensgewohnheiten eine ursächliche Rolle spielen könnten. Als Risikofaktoren für psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter werden daher neben Armut insbesondere psychosoziale Belastungen diskutiert.

Gerade im Hinblick auf die Ausarbeitung gezielter Präventions- und Interventionsmaßnahmen sind damit nicht nur umfassende Informationen über das Auftreten psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen von Bedeutung, sondern auch, welche potenziellen Risikofaktoren und Ressourcen für die gesundheitliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen besonders wichtig sind. Neben einer verbesserten Identifizierung und Behandlung der betroffenen Kinder und Jugendlichen müssen Versorgungsangebote und Versorgungsinanspruchnahme betrachtet werden. In Deutschland liegen zur Kinder- und Jugendgesundheit vielfältige Daten aus ganz unterschiedlichen Quellen vor – beispielsweise Einschulungsuntersuchungen, Meldedaten, epidemiologische Studien oder Vorsorgeuntersuchungen. Das Problem ist allerdings, dass die Daten nicht miteinander verknüpfbar und aufgrund variierender Methodik meist auch nicht miteinander vergleichbar sind. Ein bundesweit solider Datensatz, der zur Beurteilung des Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen herangezogen werden kann, fehlte daher bislang.

> In Deutschland weisen 15 bis 22 Prozent der Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten auf. <

Foto: Micha Winkler Grafik: achtpunkt, Kai Herse

Die BELLA-Studie: Das Modul zur Psychischen Gesundheit des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys

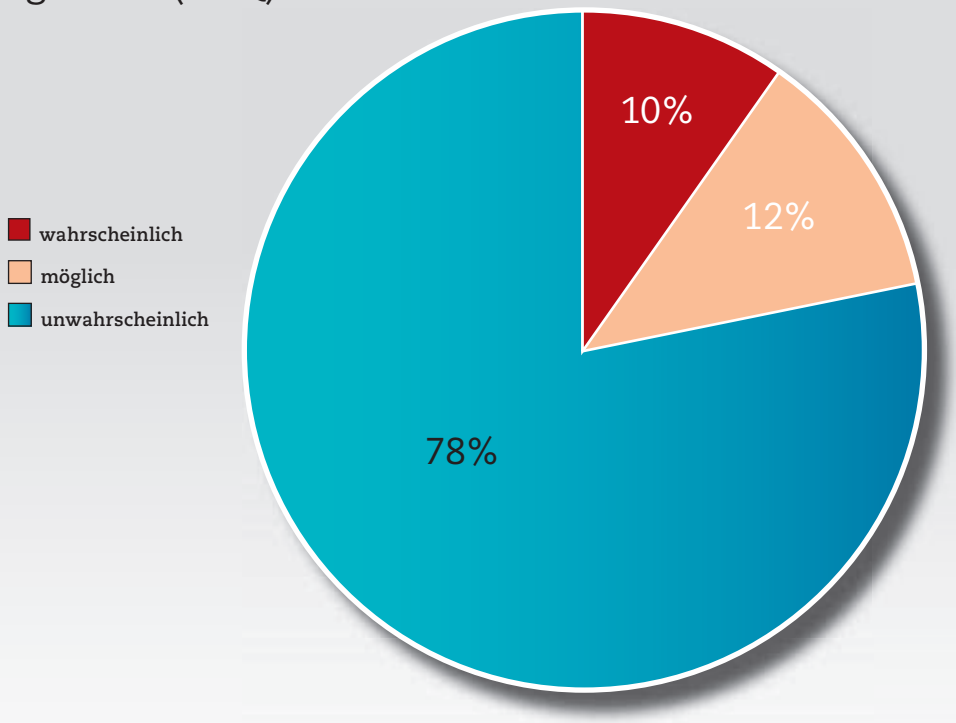
Mit dem 2003 gestarteten Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts liegt für Deutschland erstmalig eine bevölkerungsrepräsentative Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vor. An der Studie nahmen insgesamt 17.641 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen null und 17 Jahren aus 167 für die Bundesrepublik repräsentativen Städten und Gemeinden teil. Die Teilnahmequote betrug 66,6 Prozent (Kurth, Kamtsiuris, Holling, Schlaud, Dolle, Ellert et al. 2008). Neben medizinischen Untersuchungen und Tests wurden die Jugendlichen und ihre Eltern in Interviews sowie einem Fragebogen zu ihrer körperlichen und psychischen Gesundheit, ihrem sozialen Umfeld und Lebensbedingungen befragt.

Da in KiGGS jedoch lediglich die wichtigsten Indikatoren als Eckwerte erhoben werden konnten, wurden vertiefende Erhebungen durch Zusatzmodule an Subsamples durchgeführt. Die BELLA-Studie ist das Modul zur psychischen Gesundheit des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys und ergänzt die erfassten Eckdaten durch vertiefende Daten zu psychischen Auffälligkeiten und Wohlbefinden (Ravens-Sieberer, Kurth 2008). Die BELLA-Studie umfasst dabei eine repräsentative Unterstichprobe des KiGGS mit 2.863 Kindern und Jugendlichen (sieben bis 17 Jahre) sowie deren Eltern. Die Studie ist längsschnittlich angelegt und es wurden seit 2003 drei weitere Erhebungswellen (2004-2007, 2005-2008, 2009-2012) durchgeführt.

Mit der BELLA-Studie sollen die Auftretenshäufigkeit und Verteilung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland sowie relevante Einflussfaktoren (individuelle, familiäre und soziale Schutz- und Risikofaktoren) identifiziert werden (Ravens-Sieberer 2008). Darüber hinaus wird die Gesundheitsversorgung insbesondere in Bezug auf psychische Auffälligkeiten analysiert. Die Datenerhebung erfolgte mit Hilfe standardisierter und computerassistierter Interviews (CATI) sowie schriftlichen Fragebögen. Ab dem Alter von elf Jahren wurden die Kinder sowohl mündlich als auch schriftlich selbst befragt.

> Bei Kindern aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status treten Störungsbilder erheblich gehäuft auf. <

Abbildung 1: Prävalenz psychischer Auffälligkeiten (SDQ)



Wie häufig sind Verhaltensauffälligkeiten und psychische Probleme bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland?

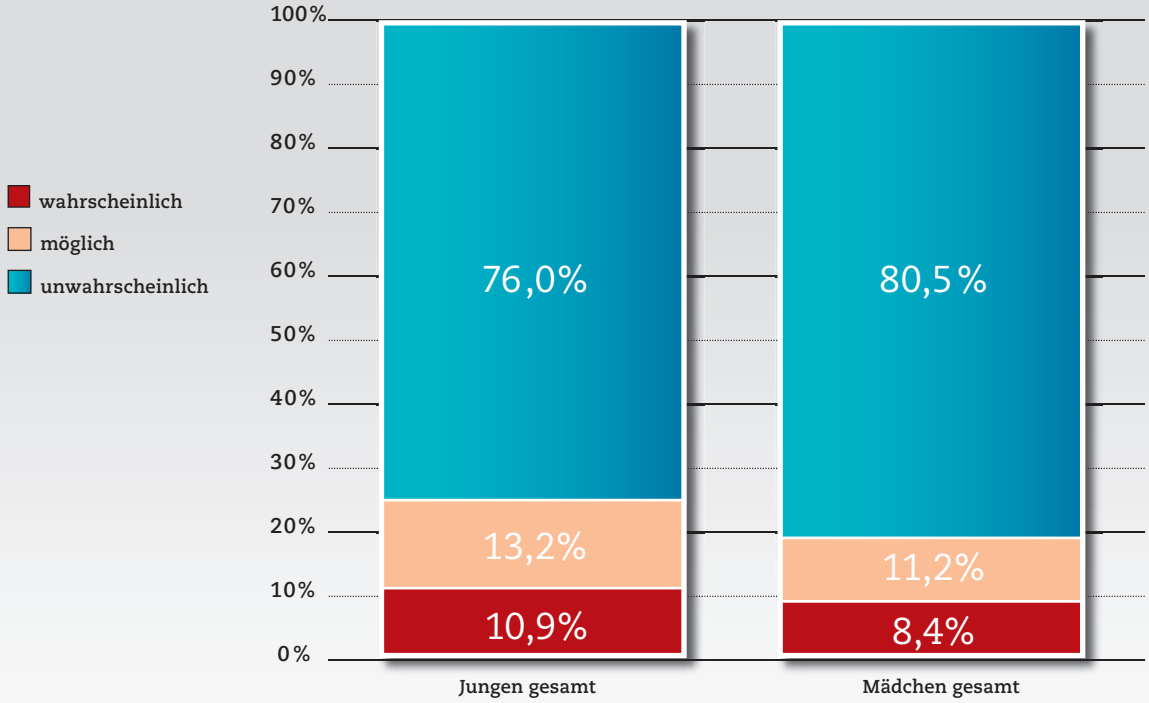
Zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten wurde in der BELLA-Studie der Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Klasen, Woerner, Rothenberger 2003; Goodman 1999) eingesetzt. Der SDQ erfasst Symptome im emotionalen und Verhaltensbereich sowie den damit möglicherweise einhergehenden Leidensdruck. Mit Hilfe eines Algorithmus, der die Symptomatik und die Belastung integriert, kann schließlich ermittelt werden, ob psychische Auffälligkeiten bei den Kindern und Jugendlichen unwahrscheinlich, möglich oder wahrscheinlich sind (Goodman, Renfrew, Mullick 2000).

Wie in Abbildung 1 zu sehen ist, zeigen zehn Prozent der untersuchten Kinder und Jugendlichen sehr wahrscheinlich psychische Auffälligkeiten, während weitere zwölf Prozent Hinweise auf psychische Auffälligkeiten aufweisen, die der näheren Abklärung bedürfen. Jungen zeigen insgesamt etwas häufiger Hinweise auf psychische Auffälligkeiten als Mädchen (vgl. Abbildung 2). Auch steigt die Häufigkeit der Auffälligkeiten mit dem Alter leicht an. Ein wichtiger Befund ist, dass die psychische Gesundheit bereits im Kindes- und Jugendalter einem sozialen Gradienten unterliegt. Das bedeutet, je niedriger der sozioökonomische Status einer Familie ist, desto häufiger treten psychische Auffälligkeiten bei den Kindern auf (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge, Erhart 2007).

Klinisch bedeutsame Angstsymptome können bei zehn Prozent der Kinder und Jugendlichen festgestellt werden. Dabei sind Ängste bei älteren Kindern geringfügig häufiger, Mädchen und Jungen sind gleich häufig betroffen. Anzeichen für Störungen des Sozialverhaltens finden sich bei 7,6 Prozent der untersuchten Kinder und Jugendlichen. Dabei sind (je nach Altersgruppe) 80 bis 90 Prozent aggressiv und 50 Prozent dissozial auffällig, bei den jüngeren Kindern sind Jungen häufiger betroffen.

Anzeichen für eine depressive Störung finden sich bei 5,4 Prozent der untersuchten Kinder und Jugendlichen. Bei jüngeren Kindern sind Jungen etwas häufiger betroffen, ab elf Jahren gleicht sich die

Abbildung 2: Prävalenz psychischer Auffälligkeiten (SDQ) nach Geschlecht



Geschlechtsverteilung an. Die Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zeigen 2,2 Prozent der Kinder und Jugendlichen. Dabei sind jüngere Kinder deutlich häufiger betroffen als ältere und Jungen deutlich häufiger betroffen als Mädchen. Insgesamt kann auch für die spezifischen Auffälligkeiten ein sozialer Gradient festgestellt werden, der sich dahingehend auswirkt, dass Kinder aus Familien mit einem niedrigen sozialen Status häufiger betroffen sind (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge, Erhart 2007).

Welche Faktoren – Risiken und Ressourcen – stehen neben dem sozioökonomischen Status noch in Zusammenhang mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemen bei Kindern und Jugendlichen?

Studien zeigten, dass Kinder, die zum Beispiel familiären Stressoren (z. B. Konflikte in der Familie, psychische Erkrankung eines Elternteils) ausgesetzt sind, ein höheres Risiko haben, psychische Auffälligkeiten zu entwickeln (Repetti, Taylor, Seeman 2002). Aber auch biologische Belastungen, wie zum Beispiel chronische Erkrankungen, Frühgeburt und Trinken oder Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft, erhöhen das Risiko bei Kindern, psychisch auffällig zu sein.

Neben der Betrachtung von Risikofaktoren sind in den Gesundheitswissenschaften zunehmend auch Schutzfaktoren bzw. Ressourcen ins Blickfeld gerückt. Schutzfaktoren sind dabei nicht das genaue Gegenteil von Risikofaktoren, sondern beziehen sich darauf, was Menschen trotz vorhandener Risikofaktoren, also trotz außergewöhnlicher Belastungen, psychisch und physisch gesund bleiben lässt (Scheithauer, Petermann 1999). Bei Kindern und Jugendlichen wird dieses Phänomen in der sogenannten Resilienzforschung untersucht (Masten, Obradovic 2006). Im Entwicklungsverlauf entsteht Resilienz aus dem Zusammenwirken individueller und sozialer Eigenschaften und Lebensumstände von Kindern und Jugendlichen, die sich positiv auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirken können (Scheithauer, Petermann 1999). In bisherigen Längsschnittstudien wurde bereits eine Reihe solcher Schutzfaktoren bzw. Ressourcen identifiziert (Rutter, Tizard, Yule, Graham, Whitmore 1976; Werner, Smith 1992). Dabei werden personale (z. B. Optimismus), familiäre (z. B. positives Familienklima) und soziale Ressourcen (z. B. soziale Unterstützung) unterschieden (Scheithauer, Petermann 1999).

In der BELLA-Studie wurden aus der Literatur bekannte Risiko- und Schutzfaktoren untersucht (Wille, Bettge, Ravens-Sieberer 2008). Es zeigte sich, dass insbesondere Risiken in der Familie, wie zum Beispiel Familienkonflikte oder elterliche Belastung, ein besonders hohes Risiko für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten darstellten. So ist das Risiko eines Kindes psychisch auffällig zu sein rund fünf Mal höher, wenn Familienkonflikte vorliegen. Kinder von Eltern, die hohe Belastungen berichten, haben ebenfalls eine fünf Mal so hohe Wahrscheinlichkeit psychisch auffällig zu sein im Vergleich zu Kindern, deren Eltern sich nicht belastet fühlen (Wille, Bettge, Ravens-Sieberer 2008). Eine größere Anzahl von vorliegenden Risiken, unabhängig von der Art der spezifischen Risiken, geht ebenfalls mit erhöhten Raten von psychischen Auffälligkeiten einher. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich um alleinerziehende Eltern, einen schlechten sozioökonomischen Status oder Familienkonflikte handelt. Allein durch die Tatsache, dass viele Risiken gleichzeitig vorliegen, ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder und Jugendlichen eine Einschränkung ihrer psychischen Befindlichkeit haben, um ein Vielfaches größer.

Hinsichtlich der untersuchten Schutzfaktoren lässt sich feststellen, dass psychisch auffällige Kinder insgesamt über weniger personale, familiäre und soziale Ressourcen verfügen als psychisch unauffällige Kinder. Wenn allerdings bei Vorliegen von Risikofaktoren gleichzeitig auch Ressourcen verfügbar sind, zeigen die Kinder und Jugendlichen weniger psychische Auffälligkeiten. Die Wahrscheinlichkeit also, dass ein Kind aus einer Risikogruppe psychisch auffällig wird, ist geringer, wenn es über familiäre, soziale oder personale Ressourcen verfügt. Dabei kommt der Familie als Ressource eine besondere Bedeutung zu. Kinder, die in einem guten Familienklima aufwachsen, also in Familien, in denen jeder auf die Sorgen und Nöte des anderen eingeht, jeder das Gefühl hat, dass ihm zugehört wird und die Familie häufig etwas gemeinsam unternimmt, zeigen weniger psychische Auffälligkeiten als Kinder, die in einem schlechten Familienklima groß werden. Zum Beispiel ist die Chance depressiv zu sein bei einem Kind, das in einem guten Familienklima aufwächst, halbiert; die Chance eine Störung des Sozialverhaltens zu haben beträgt sogar nur ein Viertel. Demnach kann die Familie auf der einen Seite Risiken bergen, wenn Konflikte unter den Familienmitgliedern vorliegen, sie kann aber andererseits auch eine Ressource darstellen, wenn ein gutes Familienklima vorhanden ist.

Wie ist die Versorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen in Deutschland?

Obwohl psychische Auffälligkeiten oft mit bedeutsamen Belastungen des Kindes sowie des familiären und sozialen Umfelds einhergehen, zeigen die Ergebnisse der BELLA-Studie, dass nur etwa die Hälfte der Betroffenen in Behandlung ist. Darüber hinaus nehmen die betroffenen Familien häufiger somatische Versorgungsangebote in Anspruch als psychologische bzw.

> Investitionen in eine frühe Gesundheitsbildung sind wichtig, um präventive und interventive Maßnahmen sowohl auf der Verhaltens- als auch Verhältnisebene zu unterstützen. <

psychiatrische Angebote. Vor allem jüngere Kinder mit vielen Problemen haben dann eine höhere Chance versorgt zu werden, wenn sie aus Familien mit hohem Sozialstatus stammen, in denen die Mutter über ein hohes Bildungsniveau verfügt.

Fazit

Die dargestellten Ergebnisse belegen die hohe Prävalenz psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter in Deutschland und damit die Notwendigkeit von Prävention und Intervention. In diesem Zusammenhang ist insbesondere die Bereitstellung von Ressourcen bedeutsam, deren Stärkung bei belasteten Kindern und Jugendlichen eine gesunde Entwicklung unterstützen kann. Dabei stellt die Familie einen wichtigen Ansatzpunkt für präventive Maßnahmen dar. Beim Auftreten kumulierter Risikofaktoren sind dagegen komplexere Interventionsmaßnahmen gefordert, die sich gezielt an Risikogruppen richten.

Die Daten zeigen auch, dass viele betroffene Kinder gar nicht in der Fachversorgung ankommen. Wichtig ist daher, niederschwellige Angebote für Familien (z. B. in ambulanten Gesundheitszentren) in die Versorgungsstrukturen in Deutschland zu integrieren, um Hinweise auf psychische Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen. Darüber hinaus könnte insbesondere ein Aus- und Umbau der Versorgungsstrukturen zur Prävention von langfristigen Gesundheitsproblemen beitragen. Ein Ansatz wäre hier die Umwandlung von „Komm"- in „Geh"-Strukturen, das heißt, Ärztinnen bzw. Ärzte oder Mitarbeiter(innen) von psychologischen Diensten etc. gehen beispielsweise in den Kindereinrichtungen und Institutionen auf die Eltern zu und bringen so Gesundheit in Kitas und Schulen. Investitionen in eine frühe (Gesundheits-)Bildung sind demnach wichtig, um präventive und interventive Maßnahmen sowohl auf der Verhaltens- als auch Verhältnisebene zu unterstützen.

Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer MPH ist Professorin für Gesundheitswissenschaften, Gesundheitspsychologie und Versorgung von Kindern und Jugendlichen am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Dipl. Psych. Helen Bichmann ist Mitarbeiterin in der Forschungssektion Child Public Health, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Dr. phil. Dipl. Psych. Fionna Klasen ist Mitarbeiterin in der Forschungssektion Child Public Health, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

LITERATUR

- Palfrey, J.S., Tonniges, T.F., Green, M., Richmond, J. (2005): *Introduction: Addressing the Millennial Morbidity - The Context of Community Pediatrics. Pediatrics;115 (Supplement 3):1121-1123.*
- Barkmann, C., Schulte-Markwort, M. (2004): *Prävalenz psychischer Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - ein systematischer Literaturüberblick. Psychiat Prax; 31(06):278-287.*
- Ihle, W., Esser, G. (2002): *Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Psychologische Rundschau; 53(4):159-169.*
- Bradley, R.H., Corwyn, R.F. (2002): *Socioeconomic status and child development. Annu Rev Psychol; 53:371-99.*
- Repetti, R.L., Taylor, S.E., Seeman, T.E. (2002): *Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. Psychol Bull;128(2):330-66.*
- Scheithauer, H., Petermann, F. (1999): *Zur Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Kindheit und Entwicklung;8(1):3-14.*
- Masten, A.S., Obradovic, J. (2006): *Competence and Resilience in Development. Annals of the New York Academy of Sciences;1094(1):13-27.*
- Rutter, M., Tizard, J., Yule, W., Graham, P., Whitmore, K. (1976): *Isle of Wight studies 1964-1974. Psychol Med;6:313-332.*
- Werner, E.E., Smith, R.S. (1992): *Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood. Ithaca: Cornell University Press.*
- Kurth, B.-M., Kamtsiuris, P., Holling, H., Schlaud, M., Dolle, R., Ellert, U. et al. (2008): *The challenge of comprehensively mapping children's health in a nationwide health survey: Design of the German KiGGS-Study. BMC Public Health;8(1):196.*
- Ravens-Sieberer, U., Kurth, B.M. (2008): *The mental health module (BELLA study) within the German Health Interview and Examination Survey of Children and Adolescents (KiGGS): study design and methods. Eur Child Adolesc Psychiatry;17 Suppl 1:10-21.*
- Ravens-Sieberer, U. (2008): *The contribution of the BELLA study in filling the gap of knowledge on mental health and well-being in children and adolescents in Germany. Eur Child Adolesc Psychiatry;17 Suppl 1:5-9.*