

## Psychische Auffälligkeiten

### Einleitung

Im Kindes- und Jugendalter ist in den letzten Jahrzehnten ein Wandel des Krankheitsspektrums zu beobachten, der als »neue Morbidität« bezeichnet wird. Dieser Begriff beschreibt die Verschiebung von den akuten zu den chronischen Krankheiten sowie von den somatischen Erkrankungen und Beschwerden zu den psychischen Auffälligkeiten und Störungen (American Academy of Pediatrics 1993; Schlack 2004). Bei Kindern und Jugendlichen führen psychische Probleme häufig zu weitreichenden Beeinträchtigungen im familiären, schulischen und erweiterten sozialen Umfeld (Mattejat et al. 2003; Wille et al. 2008). Negative Auswirkungen können sich auch für die körperliche Gesundheit, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die soziale Funktionsfähigkeit ergeben (z. B. im Bereich der Alltagsgestaltung oder im Umgang mit Gleichaltrigen) sowie für die schulische und berufliche Entwicklung (Nelson et al. 2004; Hölling et al. 2007; Prince et al. 2007). Hinzu kommt, dass psychische Auffälligkeiten und Störungen, die in jungen Jahren auftreten, häufig bis ins Erwachsenenalter fortbestehen (Reef et al. 2011; Leadbeater et al. 2012). Der individuelle Leidensdruck und die sozialen Kosten verweisen auf die hohe Public-Health-Relevanz (Sobocki et al. 2006; Hölling et al. 2014).

### Indikator

Zur Erhebung psychischer Auffälligkeiten wurde in KiGGS der international anerkannte Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) verwendet (Goodman 1997). Dieser besteht aus 25 Items, die sich auf fünf Subskalen beziehen, darunter die vier Problemskalen »emotionale Probleme«, »Verhaltensprobleme«, »Hyperaktivitätsprobleme« und »Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen« sowie die Stärkenskala »prosoziales Verhalten«. In der KiGGS-Studie wurde die Elternversion für den Altersbereich 3 bis 17 Jahre sowie die Selbstbeurteilungsversion für den Altersbereich 11 bis 17 Jahre eingesetzt. Die nachfolgenden Ergebnisdarstellungen beziehen sich auf die Elternversion für den Altersbereich von 3 bis 17 Jahren. Für alle fünf Skalen des SDQ kann ein Testwert gebildet und aus der Summe der vier Problemskalen ein sogenannter Gesamtproblemwert

ermittelt werden. Kinder und Jugendliche, die sich im Gesamtproblemwert anhand der Cut-off-Werte einer deutschen Normstichprobe (Woerner et al. 2002) als grenzwertig auffällig oder auffällig klassifizieren lassen, werden als Risikogruppe zusammengefasst (Hölling et al. 2014).

In den Tabellen sind die Häufigkeiten der so definierten Risikogruppe für psychische Störungen nach Geschlecht, Alter und Sozialstatus dargestellt.

### Kernaussagen

- ▶ Ein Fünftel (20,2 %) der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren kann der Risikogruppe für psychische Auffälligkeiten zugeordnet werden.
- ▶ Jungen zeigen dabei signifikant häufiger Anzeichen für psychische Auffälligkeiten als Mädchen (23,4 % vs. 16,9 %).
- ▶ Jungen im Alter von 3 bis 6 Jahren und 14 bis 17 Jahren erfüllen seltener die Kriterien der Risikogruppe für psychische Auffälligkeiten als Jungen im Alter von 7 bis 13 Jahren. Bei Mädchen sind die Altersunterschiede geringer ausgeprägt.
- ▶ Die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten folgt einem sozialen Gradienten: Je höher der soziale Status der Herkunftsfamilie, desto geringer ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten. Dies gilt sowohl für Mädchen als auch für Jungen.

### Einordnung der Ergebnisse

Der in KiGGS eingesetzte SDQ ist ein Screeninginstrument, das eine an Symptomen psychischer Auffälligkeiten orientierte Abgrenzung einer Risikogruppe für psychische Störungen ermöglicht und somit Ansatzpunkte für Präventions- und Interventionsmaßnahmen aufzeigt (Hölling et al. 2014). Mit dem SDQ können keine Aussagen zur Verbreitung manifester psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter getroffen werden. Bei Orientierung an den Grenzwerten der deutschen Normstichprobe konnten rund 20 % der 3- bis 17-jäh-

rigen Kinder und Jugendlichen in Deutschland einer solchen Risikogruppe für psychische Auffälligkeiten zugeordnet werden. Legt man die gleichen Kriterien an die Daten der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) an, zeigen sich keine statistisch signifikanten Veränderungen hinsichtlich der Verbreitung psychischer Auffälligkeiten zwischen beiden Erhebungszeiträumen der KiGGS-Studie (Hölling et al. 2014). Direkte Vergleiche mit anderen Studien werden durch unterschiedliche Erhebungsinstrumente, Klassifikationsarten, Cut-off-Werte und Alterszuschnitte der Stichproben erschwert. Die meisten Studien zu psychischen Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter geben jedoch Prävalenzschätzungen zwischen 10 und 20 % an (Petermann 2005). Wie in der KiGGS-Basiserhebung zeigt sich auch in KiGGS Welle 1, dass Jungen im Vergleich zu Mädchen häufiger als psychisch auffällig eingestuft werden (Hölling et al. 2007; Hölling et al. 2014). Zudem ist die Verbreitung psychischer Auffälligkeiten eng an den Sozialstatus der Herkunftsfamilie geknüpft. Bereits in der KiGGS-Basiserhebung unterlagen Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus einem 3- bis 4-fach erhöhtem Risiko für psychische Auffälligkeiten gegenüber Gleichaltrigen mit hohem Sozialstatus (Lampert, Kurth 2007). Den Daten aus KiGGS Welle 1 zufolge hat sich dieser Zusammenhang in den letzten Jahren nicht verändert (Hölling et al. 2014). Angesichts der anhaltend hohen Prävalenz und des sozialen Gefälles in der Verbreitung psychischer Auffälligkeiten kommt zielgruppenspezifischen Präventionsmaßnahmen große Bedeutung zu. Gleiches gilt für Versorgungsstrukturen, die eine effektive und zeitnahe Behandlung betroffener Mädchen und Jungen ermöglichen.

Hinweis: Eine detaillierte Studienbeschreibung sowie methodische Erläuterungen sind auf der Internetseite der KiGGS-Studie [www.kiggs-studie.de](http://www.kiggs-studie.de) zu finden sowie bei Lange et al. (2014). Weiterführende Ergebnisse zu psychischen Auffälligkeiten finden sich bei Hölling et al. (2014).

- survey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 784–793
- 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 57 (7): 807–813
- Lampert T, Kurth BM (2007) Socioeconomic status and health in children and adolescents – results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). Dtsch Arztebl Int 104 (43): 2944–2949
- Lange M, Butschalowsky HG, Jentsch F et al. (2014) Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Studiendurchführung, Stichprobendesign und Response. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 57 (7): 747–761
- Leadbeater B, Thompson K, Gruppuso V (2012) Co-occurring trajectories of symptoms of anxiety, depression, and oppositional defiance from adolescence to young adulthood. J Clin Child Adolesc Psychol 41 (6): 719–730
- Mattejat F, Simon B, König U et al. (2003) Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 31 (4): 293–303
- Nelson JR, Benner GJ, Lane K et al. (2004) Academic achievement of K-12 students with emotional and behavioral problems. Exceptional Children 71 (1): 59–73
- Petermann F (2005) Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Eine Bestandsaufnahme. Kindheit und Entwicklung 14 (1): 48–57
- Prince M, Patel V, Saxena S et al. (2007) No health without mental health. Lancet 370 (9590): 859–877
- 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
- Schlack HG (2004) Neue Morbidität im Kindesalter – Aufgaben für die Sozialpädiatrie. Kinderärztliche Praxis 75 (5): 292–299
- Sobocki P, Jonsson B, Angst J et al. (2006) Cost of depression in Europe. J Ment Health Policy Econ 9 (2): 87–98
- Wille N, Bettge S, Wittchen HU et al. (2008) How impaired are children and adolescents by mental health problems? Results of the BELLA study. Eur Child Adolesc Psychiatry 17 (Suppl. 1): 42–51
- Woerner W, Becker A, Friedrich C et al. (2002) Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 30 (2): 105–111

## Literatur

- American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health (1993) The Pediatrician and the »New Morbidity«. Pediatrics 92 (5): 731–733
- Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. J Child Psychol Psychiatry 38 (5): 581–586
- Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U et al. (2007) Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheits-

**Tabelle 1**  
**Anteil der 3- bis 17-jährigen Mädchen mit psychischen Auffälligkeiten**  
**(SDQ-Gesamtproblemwert, Elterneinschätzung) nach Alter und Sozialstatus**

	SDQ-Gesamtproblemwert	
	%	(95 %-KI)
<b>Mädchen</b>	<b>16,9</b>	<b>(15,2–18,7)</b>
<b>Alter</b>		
3–6 Jahre	13,9	(11,0–17,2)
7–10 Jahre	18,8	(15,5–22,6)
11–13 Jahre	16,7	(13,5–20,7)
14–17 Jahre	17,9	(15,0–21,1)
<b>Sozialstatus</b>		
Niedrig	29,4	(23,9–35,6)
Mittel	15,7	(14,0–17,7)
Hoch	8,0	(6,6–9,6)
<b>Gesamt (Mädchen und Jungen)</b>	<b>20,2</b>	<b>(18,9–21,6)</b>

**Tabelle 2**  
**Anteil der 3- bis 17-jährigen Jungen mit psychischen Auffälligkeiten**  
**(SDQ-Gesamtproblemwert, Elterneinschätzung) nach Alter und Sozialstatus**

	SDQ-Gesamtproblemwert	
	%	(95 %-KI)
<b>Jungen</b>	<b>23,4</b>	<b>(21,5–25,4)</b>
<b>Alter</b>		
3–6 Jahre	20,4	(17,1–24,2)
7–10 Jahre	27,2	(23,6–31,2)
11–13 Jahre	29,5	(25,7–33,6)
14–17 Jahre	17,8	(15,0–21,0)
<b>Sozialstatus</b>		
Niedrig	37,0	(31,2–43,3)
Mittel	22,1	(20,1–24,3)
Hoch	11,6	(9,6–14,0)
<b>Gesamt (Mädchen und Jungen)</b>	<b>20,2</b>	<b>(18,9–21,6)</b>

#### Redaktion

Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
Dr. Benjamin Kuntz, Laura Krause,  
Panagiotis Kamtsiuris, PD Dr. Thomas Lampert  
General-Pape-Straße 62–66  
12101 Berlin

#### Zitierweise

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Psychische Auffälligkeiten.  
Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von  
Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung  
2009–2012. RKI, Berlin  
[www.kiggs-studie.de](http://www.kiggs-studie.de)

Erscheinungsdatum: 21.07.2014