

1 Epidemiologie – Psychische Gesundheit, psychosomatische Probleme und chronische körperliche Gesundheitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der »Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland« (KiGGS)

Robert Schlack

Die KiGGS-Studie im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut ist eine bundesweit repräsentative bevölkerungsbezogene epidemiologische Langzeitstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In der KiGGS-Studie wurden umfangreiche Daten zur körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten und zur medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland erhoben. Mit der Basiserhebung (2003–2006) konnten erstmals wichtige Fragen zur gesundheitlichen Lage der nachwachsenden Generation auf Bundesebene repräsentativ beantwortet werden. Mit den beiden Folgerhebungen KiGGS Welle 1 (2009–2012) und KiGGS Welle 2 (2014–2017) sind auch Aussagen über zeitliche Trends über bis zu elf Jahren möglich. Mit Daten aus dem Kohortenarm können aus der Weiterverfolgung der Basisteilnehmenden auch Aussagen über individuelle Entwicklungsverläufe getroffen werden. Einzelheiten zu Zielen und Methodik sowie zu Kennzahlen der jeweiligen KiGGS-Erhebungen können den einschlägigen Publikationen entnommen werden (Kurth et al. 2008; Lange et al. 2014; Mauz et al. 2017).

In diesem Beitrag wird ein Überblick zu aktuellen Prävalenzen, zu zeitlichen Trends über sechs bzw. elf Jahre sowie individuellen Verläufen aus ausgewählten Ergebnissen längsschnittlicher Analysen aus der KiGGS-Studie zur psychischen Gesundheit, zu psychosomatischen Problemen und chronischen körperlichen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland gegeben.

1.1 Psychische Auffälligkeiten gemäß psychopathologischem Screening

Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen wurden mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman 1997) im Quer- und Längsschnitt bei den Eltern der 3–17-jährigen Teilnehmenden erhoben. Aus den Angaben lässt sich ein Gesamtproblemwert errechnen, der anhand von Normwerten

die Zuordnung zu den Gruppen »normal«, »grenzwertig« und »auffällig« ermöglicht. Als psychisch auffällig gelten im Folgenden als grenzwertig oder auffällig klassifizierte Kinder und Jugendliche (Hölling et al. 2014).

Die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten lag in der KiGGS Welle 2 bei 16,9 % (Klipker et al. 2018; ► Abb. 1.1). Sie war damit gegenüber der KiGGS-Basiserhebung (19,9 %) erstmals rückläufig, um insgesamt drei Prozentpunkte oder ca. 15 % (Klipker et al. 2018). Der Rückgang war dabei nur bei den Jungen statistisch signifikant und bezog sich bei diesen nur auf den Altersbereich 9–17 Jahre (► Abb. 1.2). Noch zwischen der KiGGS-Basiserhebung und der KiGGS Welle 1 hatte es bezüglich der Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten keine Veränderungen gegeben (Hölling et al. 2014).

Gründe für diesen Rückgang könnten beispielsweise in einer verbesserten Versorgung liegen. So hat sich im Beobachtungszeitraum die Anzahl der an der Versorgung teilnehmenden Kinder- und Jugendpsychiatern und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten stark erhöht (Bundesarztregister 2020). Zudem wurden die zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen U10 und U11 mit Fokus auf der (Früh-) Erkennung von Verhaltensauffälligkeiten eingeführt. Wenn diese Entwicklungen mitursächlich für die rückläufige Prävalenz psychischer Auffälligkeiten wären, hätten offenkundig vorrangig Jungen hiervon profitiert, die allerdings auch höhere Basisprävalenzen für psychische Auffälligkeiten aufweisen.

Längsschnitthanalysen, die sich aktuell noch auf die ersten beiden Erhebungswellen beziehen, zeigen, dass das Auftreten psychischer Auffälligkeiten im zeitlichen Verlauf variiert: Über die Hälfte der Kinder und Jugendlichen, die zur KiGGS-Basiserhebung psychisch auffällig waren, waren dies zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 1 nicht mehr. Umgekehrt waren 12 % der initial unauffälligen Kinder und Jugendlichen sechs Jahre später auffällig (Baumgarten et al. 2018, ► Abb. 1.1).

1.2 ADHS

In der KiGGS-Studie wurde die Lebenszeitprävalenz der ADHS bei 3–17-jährigen Teilnehmenden durch die Frage zum Vorliegen einer jemals durch einen Arzt oder Psychologen gestellten ADHS-Diagnose im Elternfragebogen erhoben (Schlack et al. 2007). Bezüglich elternberichteter ADHS-Diagnosen war ein signifikanter Prävalenzrückgang über den 11-Jahreszeitraum, um 0,7 Prozentpunkte (von 5,3 auf 4,4 %) oder 17 %, zu verzeichnen (Göbel et al. 2018; ► Abb. 1.3). Auch hier hatte es zwischen den ersten beiden KiGGS-Erhebungen keine Unterschiede gegeben (Schlack et al. 2014). Eine mögliche Erklärung für diesen Rückgang könnte in der Direktive des Gemeinsamen Bundesausschusses aus 2009/2010 zu einer restriktiveren Verordnungspraxis für Methylphenidat liegen, die auch eine sorgfältigere Diagnosestellung verlangt (G-BA 2010).

Bei der Wiederholungsbefragung der Basisteilnehmenden in KiGGS Welle 1 gaben nur noch 57,9 % der Eltern, die initial eine ADHS-Diagnose Kindes berichtet

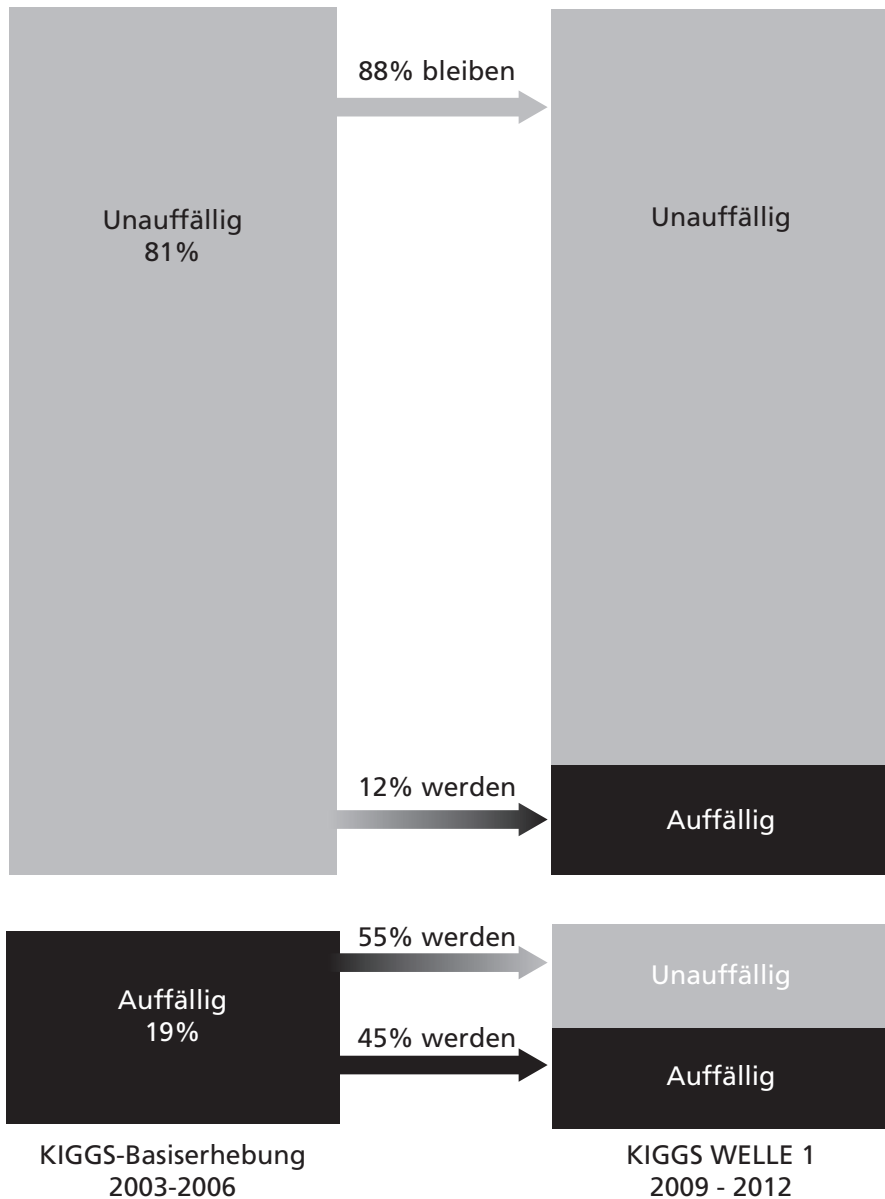


Abb. 1.1: Übergangswahrscheinlichkeiten psychischer Auffälligkeiten im zeitlichen Verlauf von der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) zur KiGGS Welle 1 (2009–2012) (Baumgarten et al. 2018)

hatten, diese erneut an (Schlack et al. 2018). Der Vergleich mit Studien zur Stabilität einer klinisch gestellten ADHS-Diagnose, aus denen ähnliche Rückgänge über vergleichbare Zeiträume berichtet wurden, legt nahe, dass eine ADHS-Diagnose von

den Eltern möglicherweise nicht mehr genannt wurde, wenn die Symptomatik im Zeitverlauf rückgängig war (und damit ggf. auch Behandlungsanlässe wegfielen) oder eine andere (Differenzial-)Diagnose gestellt wurde. Für Mädchen wurde eine ADHS-Diagnose zum zweiten Erhebungszeitpunkt weniger als halb so oft wiederberichtet wie für Jungen (Schlack et al. 2018).

1.3 Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen

Eltern von 3–10-jährigen Kindern sowie Kinder und Jugendliche von 11–17 Jahren selbst beantworteten die Frage: »Hatte Ihr Kind/hattest du folgende Schmerzen in den letzten drei Monaten?«. Es folgte eine Liste mit Lokalisationen, darunter Kopf, Bauch und Rücken. Die folgenden Zahlen in Text und Abbildung beziehen sich auf die Angabe wiederholter Schmerzen in diesen drei Lokalisationen. Bezüglich aller drei Schmerzlokalisationen waren Mädchen deutlich überrepräsentiert (Krause et al. 2019).

Im Altersgang nahmen die Prävalenzen für Kopf- und Rückenschmerzen stark zu, je älter die Kinder waren. Etwa die Hälfte aller Mädchen und ein Drittel aller Jungen im Alter von 14–17 Jahren gaben wiederholte Kopfschmerzen in den letzten drei Monaten an, ca. ein Drittel der Mädchen und ein Viertel der Jungen dieser Altersgruppe wiederholte Rückenschmerzen (► Abb. 1.2). Bezüglich Bauchschmerzen war kein klarer Altersgang ersichtlich. Hier lagen bereits in der jüngsten Altersgruppe die Häufigkeiten für Mädchen bei ca. einem Drittel und bei den Jungen bei ca. einem Viertel (► Abb. 1.2).

1.4 Somatoformer Schmerz und psychosomatische Beschwerden

Mit dem nur in der KiGGS-Basiserhebung verfügbaren, detaillierteren Schmerz-Assessment wurde ex post die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung in Anlehnung an ICD-10 (F45.4: »Die vorherrschende Beschwerde ist ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt werden kann [...]«) gebildet. Die angegebenen Schmerzlokalisationen wurden nach den ICD-Kriterien kategorisiert und anschließend von einem Arzt für Neurologie und Psychiatrie gegengeprüft. Ein Symptom, das während eines Zeitraums von drei Monaten mehrmals pro Woche oder täglich auftrat, wurde als anhaltend und häufig angesehen, was für ICD F45.4 gefordert wird. Wenn eine befragte Person angab, dass ein Symptom nicht als Folge

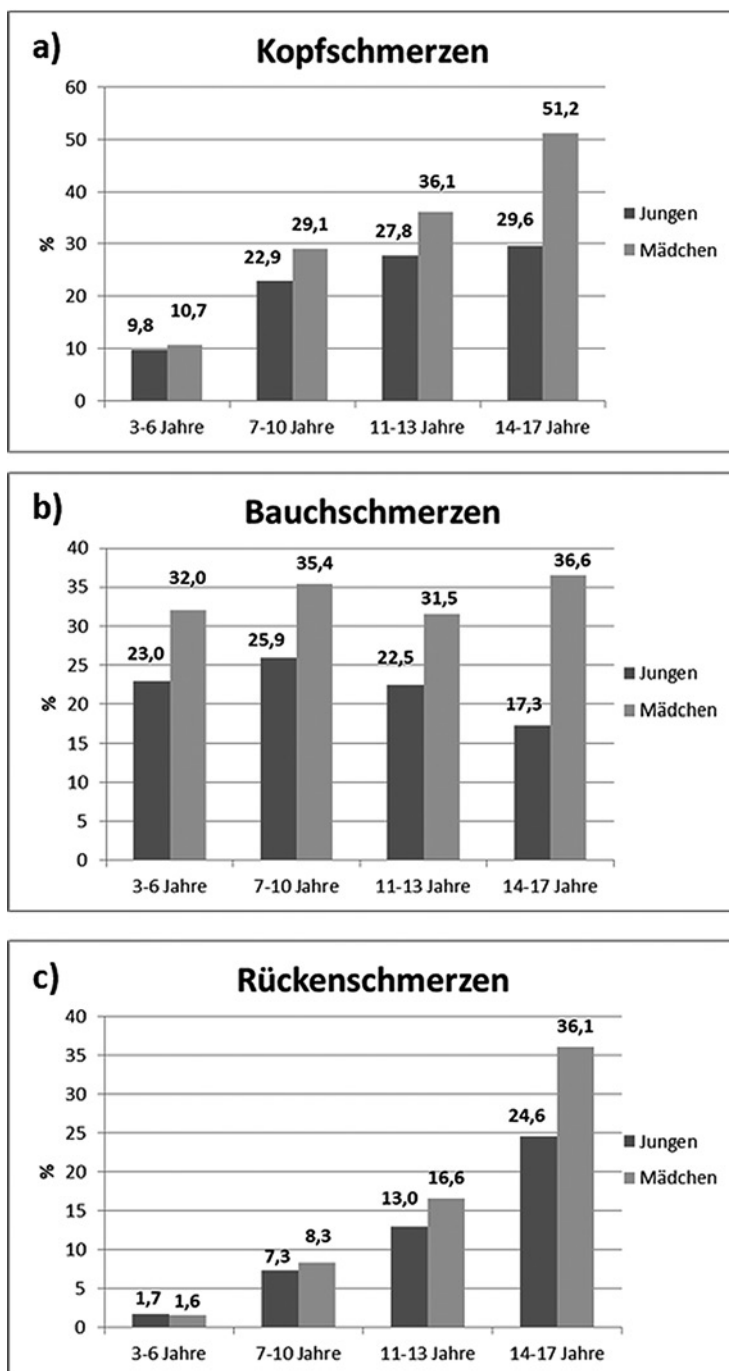


Abb. 1.2: 3-Monats-Prävalenzen wiederholter Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen in der KiGGS Welle 2 (2014–2017) (nach Krause et al. 2019)

einer körperlichen Erkrankung, eines physiologischen Prozesses (z. B. Wachstumschmerzen oder Menstruationsbeschwerden), einer medizinischen oder zahnärztlichen Behandlung, einer Operation, einer Verletzung oder eines Sportereignisses aufgetreten war, wurde der Fall als Screening-positiv angesehen.

Hierzu wurden die Angaben der Kinder und Jugendlichen selbst ab einem Alter von elf Jahren herangezogen (Schlack und Petermann 2013). Mädchen sind mehr als dreimal häufiger Screening-positiv bezüglich somatoformer Schmerzen als Jungen (► Abb. 1.3). Unter der Risikoassoziation einer Gewalterfahrung kehren sich die Wahrscheinlichkeiten für die Geschlechter allerdings um: hier weisen Jungen mit Täterkontakt höhere Wahrscheinlichkeiten für somatoformen Schmerz auf. In einer Betrachtung nach Familienform zeigt sich, dass Jungen aus Eineltern- und Stieffamilien doppelt so häufig somatoformen Schmerz aufweisen wie Jungen aus Familien mit beiden leiblichen Eltern. Bei Mädchen findet sich dieser Unterschied nicht (Schlack 2013). In einer Längsschnittbetrachtung über zwei Jahre mit Daten des KiGGS-Moduls BELLA-Studie zeigte sich, dass psychosomatische Probleme, erhoben mit der deutschen Version der HBSC-Symptomcheckliste, bei 11–17-Jährigen im Selbstbericht stärker zunehmen als im Elternbericht (Barkmann et al. 2015).

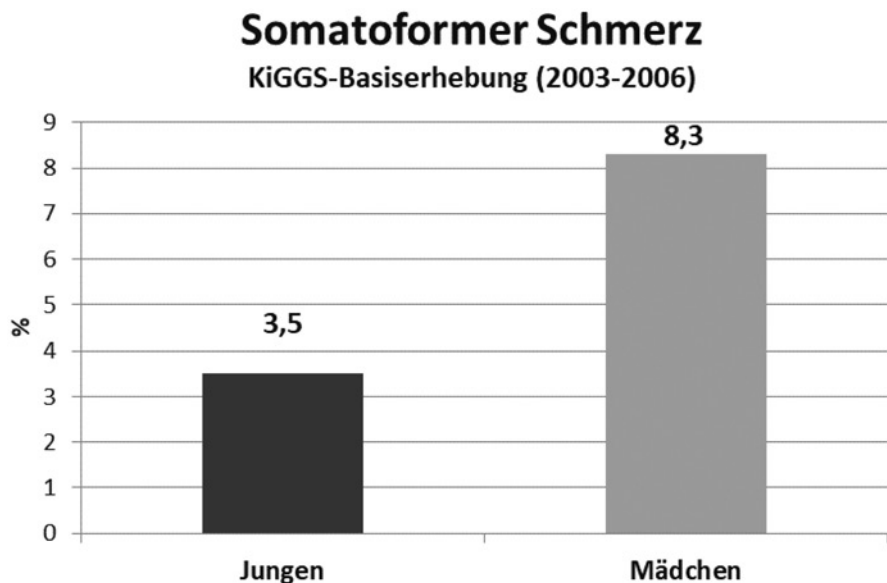


Abb. 1.3: Somatoformer Schmerz bei 11–17-jährigen Jungen und Mädchen in der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) (nach Schlack und Petermann 2013)

1.5 Atopische Erkrankungen

Atopische Erkrankungen der Kinder wurden bei den Eltern erfragt. Die 12-Monats-Prävalenz von Heuschnupfen in KiGGS Welle 2 im Altersbereich von 3–17 Jahren lag insgesamt bei 9,9 % (Mädchen 7,9 %, Jungen 11,9 %). Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen, sowohl insgesamt als auch in den jeweiligen Altersgruppen (Poethko-Müller et al. 2018). Es zeigten sich jedoch seit der KiGGS-Basiserhebung weder insgesamt noch bei Jungen oder Mädchen signifikante zeitliche Trends. Bezüglich Asthma bronchiale lag die 12-Monats-Prävalenz in KiGGS Welle 2 bei 4 % (Mädchen: 3,0 %, Jungen: 5,0 %) und hatte sich gegenüber der KiGGS-Basiserhebung weder bei Mädchen noch bei Jungen signifikant verändert (Poethko-Müller et al. 2018).

1.6 Übergewicht und Adipositas

Im Untersuchungsteil sowohl der KiGGS-Basiserhebung als auch der KiGGS Welle 2 wurden die Kinder und Jugendlichen standardisiert gemessen und gewogen. Aus den Messwerten wurde der Body Mass Index ($\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht (in kg)}}{\text{Körperlänge in (m)}^2}$) berechnet und perzentilbasiert in Beziehung zu den alters- und geschlechtsspezifischen deutschen Referenzwerten gesetzt (Kromeyer-Hauschild 2001, 2015). In der KiGGS-Basiserhebung waren insgesamt 15 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland von Übergewicht betroffen, darunter 6 % von Adipositas. Im Vergleich zu den oben genannten Referenzdaten hatte der Anteil übergewichtiger Kinder und Jugendlicher um 50 % zugenommen, der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas hatte sich verdoppelt. Die aktuellen KiGGS Welle 2-Daten weisen ähnlich hohe Anteile an übergewichtigen (15,4 %) bzw. adipösen (5,9 %) Kindern und Jugendlichen aus. Damit hat es seit der KiGGS-Basiserhebung keinen weiteren Anstieg gegeben (Schienkiewitz et al. 2018; ► Abb. 1.4).

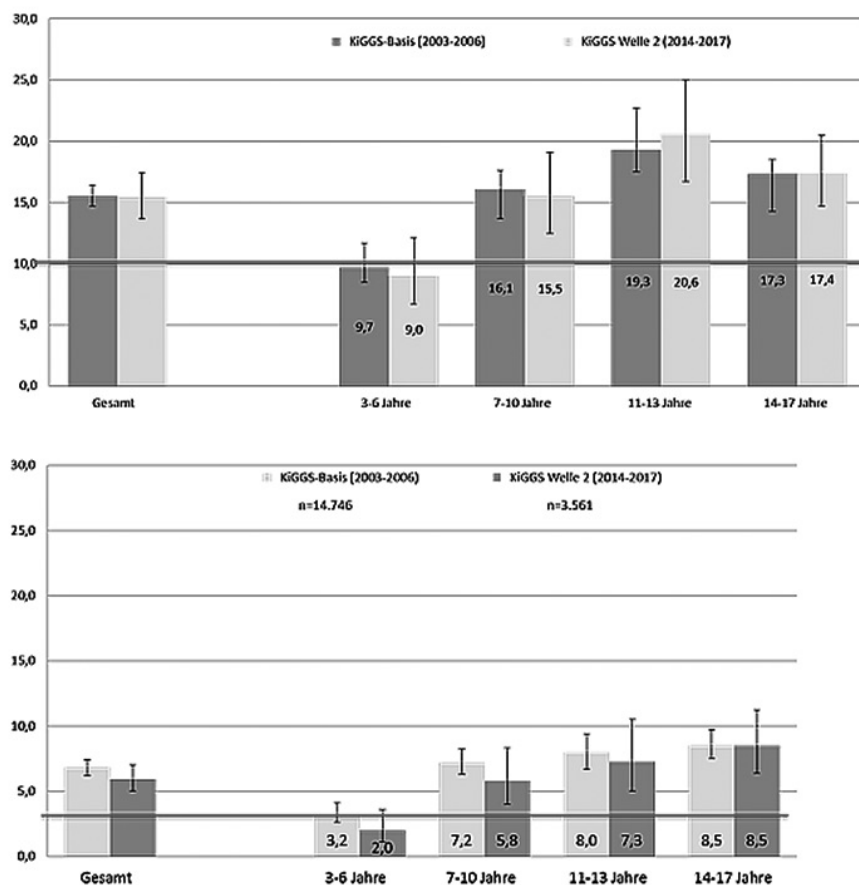


Abb. 1.4: a) Übergewicht und b) Adipositas im zeitlichen Trend (2003–2006 bis 2014–2017). KiGGS-Studie. (Schienkiewitz et al. 2018)

1.7 Zusammenfassung und Fazit

Für diesen Beitrag wurde eine Auswahl vorliegender Ergebnisse aus der KiGGS-Studie zu psychischen Auffälligkeiten, psychosomatischen Problemen und chronischen körperlichen Gesundheitsstörungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zusammengefasst. Diese Gesundheitsstörungen werden auch unter dem Begriff der »Neuen Morbiditäten« geführt (Schlack 2004). Die Prävalenzen von psychischen Auffälligkeiten und ADHS sind immer noch als hoch zu bezeichnen. Mit Blick auf die zeitlichen Trends können die Resultate jedoch vorsichtig opti-

mistisch interpretiert werden. Sie zeigen, dass häufig in den Medien kolportierte, vermeintliche Häufigkeitszunahmen psychischer Auffälligkeiten und von ADHS bei Kindern und Jugendlichen anhand der in der KiGGS-Studie verwendeten Indikatoren nicht belegt werden können. Vielmehr ist – zumindest im vorpandemischen Zeitraum – von einem leichten Rückgang der Prävalenzen auszugehen, was sich in international und für Deutschland berichtete Trends gleichbleibender oder abnehmender Häufigkeiten psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen (Barkmann und Schulte-Markwort 2012; Wittchen et al. 2011) einreihet. Die Längsschnittanalysen legen darüber hinaus nahe, dass psychische Symptome bei Kindern häufiger transienten Charakter haben. Die Schmerzhäufigkeiten bei Kindern und Jugendlichen sind, insbesondere mit zunehmendem Alter, hoch. Längsschnittbeobachtungen mit den BELLA-Daten legen nahe, dass mit zunehmendem Alter die Kinder und Jugendlichen hierzu bessere Auskunftquellen sind (Barkmann et al. 2015). Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen treten bei Mädchen deutlich häufiger auf, auch ein enger definierter somatoformer Schmerz ist bei Mädchen häufiger. Beim somatoformen Schmerz lässt sich jedoch ein »Gender Paradox« beobachten, dass sich in Gegenwart eines Risikos (hier: Tätererfahrungen von Gewalthandlungen) die Geschlechterassoziationen umkehren (Schlack und Petermann 2013). Bezüglich atopischer Erkrankungen und Übergewicht/Adipositas zeigen sich ebenfalls keine Prävalenzanstiege im Zeitraum zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2. Bezüglich Übergewicht und Adipositas ist jedoch noch nicht geklärt, ob der zuvor beobachtete zunehmende Trend tatsächlich gestoppt ist, sich ein Plateau eingestellt hat oder ob der Trend mittlerweile sogar im Begriff ist, sich umzukehren (Schienkiewitz et al. 2018).

Literatur

- Barkmann C, Otto C, Schoen G, Schulte-Markwort M, Schlack R, Ravens-Sieberer U, Klasen F, the BELLA study group (2015) Modelling Trajectories of Psychosomatic Health Complaints in Children and Adolescents: Results from the BELLA cohort study. *European Child & Adolescent Psychiatry* 24: 685–694.
- Barkmann C, Schulte-Markwort M (2012) Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health* 66(3): 194–203.
- Baumgarten F, Klipker K, Göbel K, Janitz S, Hölling H (2018) Der Verlauf psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. *Journal of Health Monitoring* 3(1): 60–65.
- Bundesarztregister und 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>, Zugriff am 21.09.2020).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2010) Zum Schutz von Kindern und Jugendlichen – Verordnung von Stimulantien nur in bestimmten Ausnahmefällen. Beschluss: Arzneimittel-Richtlinie/Anlage III Nummer 44 (Stimulantien). (<https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1185/>, Zugriff am 21.09.2020).

- Göbel K, Baumgarten F, Kuntz B, Hölling H, Schlack R (2018) ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland–Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(3): 46–53.
- Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38(5): 581–586.
- Hölling H, Schlack R, Petermann F, Ravens-Sieberer U, Mauz E, KiGGS Study Group (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). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 57(7): 807–819.
- Klipker K, Baumgarten F, Göbel K, Lampert T, Hölling H (2018) Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland-Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(3): 37–45.
- Krause L, Sarganas G, Thamm R, Neuhauser H (2019) Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 62(10): 1184–1194.
- Kromeyer-Hauschild K, Moss A, Wabitsch M (2015) Referenzwerte für den Body-Mass-Index für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Deutschland. *Adipositas – Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie* 9: 123–127.
- Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D, Geller F, Geiß HC, Hesse V, Menner K (2001) Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 149: 807–818.
- Kurth BM, Kamtsiuris P, Hölling H, Schlaud M, Dölle R, Ellert U, Neuhauser H (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.
- Lange M, Butschalowsky HG, Jentsch F, Kuhnert R, Rosario AS, Schlaud M, KiGGS Study Group (2014) Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 57(7): 747–761.
- Mauz E, Gößwald A, Kamtsiuris P, Hoffmann R, Lange M, Schenck UV, Houben R (2017) Neue Daten für Taten. Die Datenerhebung zur KiGGS Welle 2 ist beendet. *Journal of Health Monitoring* 2(S3): 2–28.
- Poethko-Müller C, Thamm M, Thamm R (2018) Heuschnupfen und Asthma bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland–Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(1): 55–59.
- Schienkiewitz A, Bretschneider AK, Damerow S, Rosario AS (2018) Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland–Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(1): 16–23.
- Schlack HG (2004) Die neuen Kinderkrankheiten. Einflüsse der Lebenswelten auf Gesundheit und Entwicklung. *Frühe Kindheit* 6: 18–21.
- 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*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht. S. 122–144.
- Schlack R, Göbel K, Hölling H, Petermann F, Romanos M (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. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 66: 233–247.
- Schlack R, Hölling H, Kurth BM, Huss M (2007) Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 50(5–6): 827–835.
- Schlack R, Mauz E, Hebebrand J, Hölling H, KiGGS Study Group (2014) Hat die Häufigkeit elternberichteter Diagnosen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland zwischen 2003–2006 und 2009–2012 zugenommen? *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 57(7): 820–829.