



## FACHTAG SEELISCHE GESUNDHEIT VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

### Erkennen – Bewerten – Handeln: Schwerpunktbericht zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung, Teil Kinder und Jugendliche

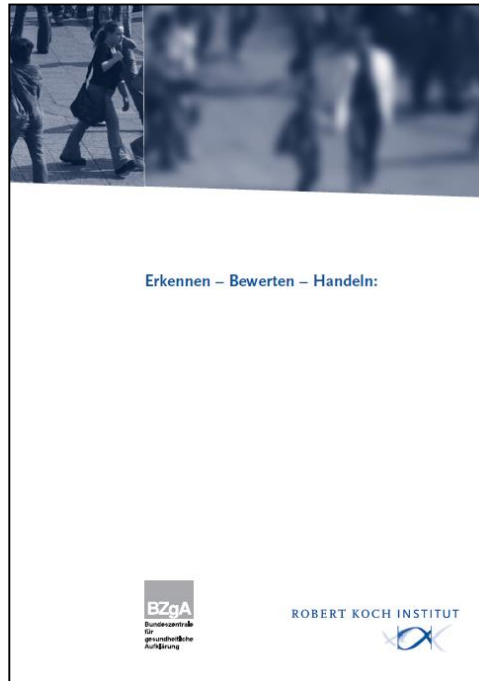
#### Einführung in das Projekt

Dr. Robert Schlack

Robert Koch-Institut, Berlin

01. Juni 2021

## Projekt „Erkennen – Bewerten – Handeln“



- 2015: Gründung des Fachgebiets 26 ‚Psychische Gesundheit‘
- Schwerpunktbericht zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung (in Kooperation mit der BZgA)
- 4 Schwerpunktthemen
  - Depression (Erwachsene)
  - Kognitive Leistungsfähigkeit (Erwachsene)
  - Psychische Auffälligkeiten (Kinder/Jugendliche)
  - ADHS (Kinder/Jugendliche)
- Projektzeitraum:  
07.01.2016 - 31.12.2018

# Umbrella-Konzept



- Recherche sämtlicher Publikationen:

- Eigene



- KiGGS-Vertiefungsmodul



- Externe Partner/Public-Use-File

- Identifikation von Forschungslücken

- Ergänzende Auswertungen

# Erkennen – Bewerten – Handeln: Struktur

- Prävalenzen, Trends und Verläufe
- Risiko- und Schutzfaktoren
- Korrelate und Folgen psychischer Auffälligkeiten/ADHS
- Versorgung

**Leitthema: Chronisch kranke Kinder**

**Somati in Gern**

**Preval probiolen**

**Abstract**

**Background:** ...

**Methods:** ...

**Results:** ...

**Conclusion:** ...

**Keywords:** ...

**Introduction:** ...

**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)**

**Robert Schöler**

**Abstract**

**Background:** ...

**Methods:** ...

**Results:** ...

**Conclusion:** ...

**Keywords:** ...

**Introduction:** ...

**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)**

**Robert Schöler**

**Auswertungsprojekt 1**

**Auswertungsprojekt 2**

**Auswertungsprojekt 3**

**Stability and predictors of parent-reported ADHD**

...

**ORIGINAL CONTRIBUTION**

**How often are German children and adolescents with ADHD? Prevalence, determinants and spectrum**

**Leitthema**

**Abstract**

**Background:** ...

**Methods:** ...

**Results:** ...

**Conclusion:** ...

**Keywords:** ...

**Introduction:** ...

**Die Häufigkeit elternberichteter Diagnosen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland zwischen 2003–2006 und 2009–2012 zugenommen? Ergebnisse der KIGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KIGGS Welle 1)**

**Robert Schöler, E. Blass, J. Hebebrand, M. Hilbig, KIGGS Study Group**

**Abstract**

**Background:** ...

**Methods:** ...

**Results:** ...

**Conclusion:** ...

**Keywords:** ...

**Introduction:** ...

## Aufstockung und Verlängerung, Teil Kinder und Jugendliche



Verlängerung der Projektlaufzeit bis 30.06.2021

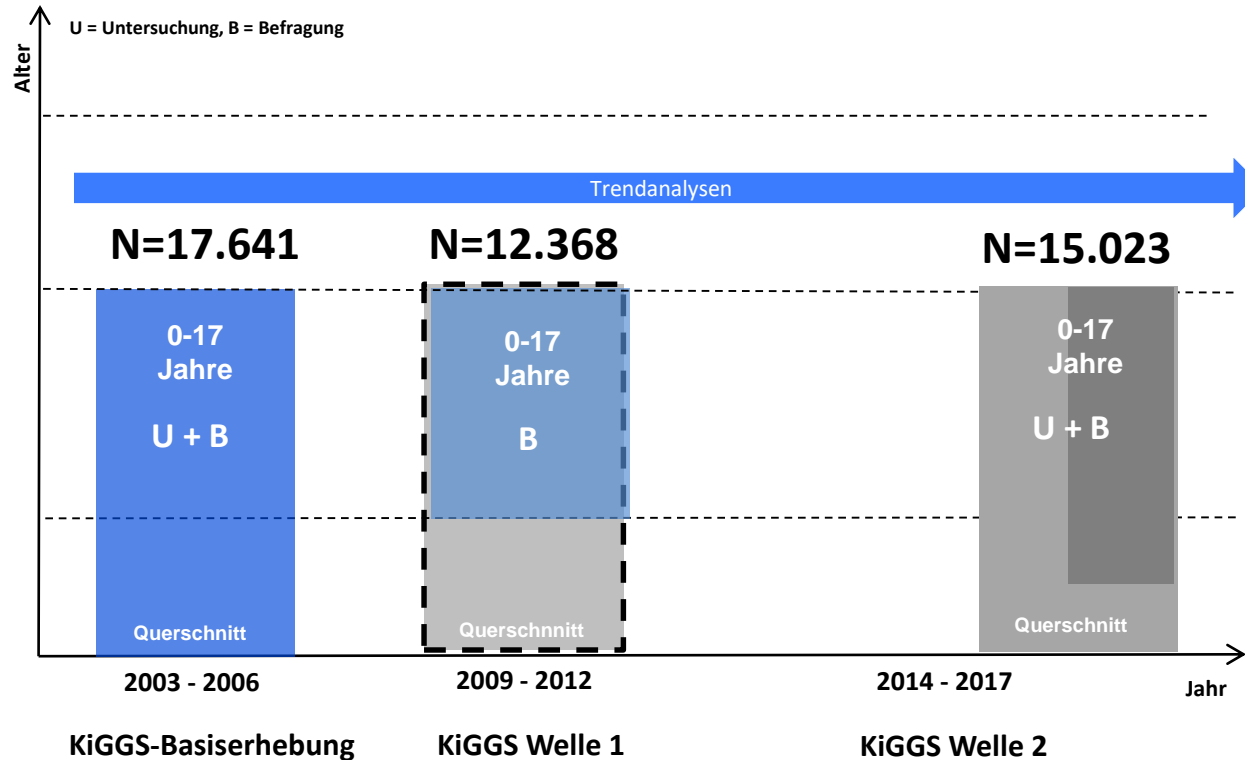
Mehrwert, u.a.:

- Höherer Aktualitätsbezug
- Zeitliche Trends und Verläufe über 11 Jahre und drei Messzeitpunkte
- Stärkerer Fokus auf Versorgung

<b>ANTRAG AUF GEWÄHRUNG EINER ZUWENDUNG</b>	
Bundesministerium für Gesundheit 53107 Bonn	Berlin, 25.5.2018 Ort, Datum
<b>Titel des Vorhabens</b>	<b>Erkennen - Bewerten - Handeln: Zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland</b> <b>Projektteil: Kinder und Jugendliche</b> <b>- Antrag auf Aufstockung und Verlängerung -</b>
<b>Antragstellende Einrichtung</b>	
Name	Robert Koch-Institut
Straße, Hausnummer	Nordufer 20
PLZ und Ort	13353 Berlin
Rechtsform	Bundesinstitut im Geschäftsbereich des BMG
<b>Projektleiter/in</b>	
Name	Dr. Robert Schlack, Dr. Franz Baumgarten
Einrichtung	Robert Koch-Institut
Abteilung	Epidemiologie nicht-übertragbarer Krankheiten und Gesundheitsmonitoring
Straße, Hausnummer	General-Pape-Str. 62-66
PLZ und Ort	12101 Berlin
Telefon	R. Schlack: +49 30 18754 3749, F. Baumgarten: +49 30 18754 3592
Fax	+49 30 18754 3211
E-Mail-Adresse	SchlackR@rki.de, BaumgartenF@rki.de

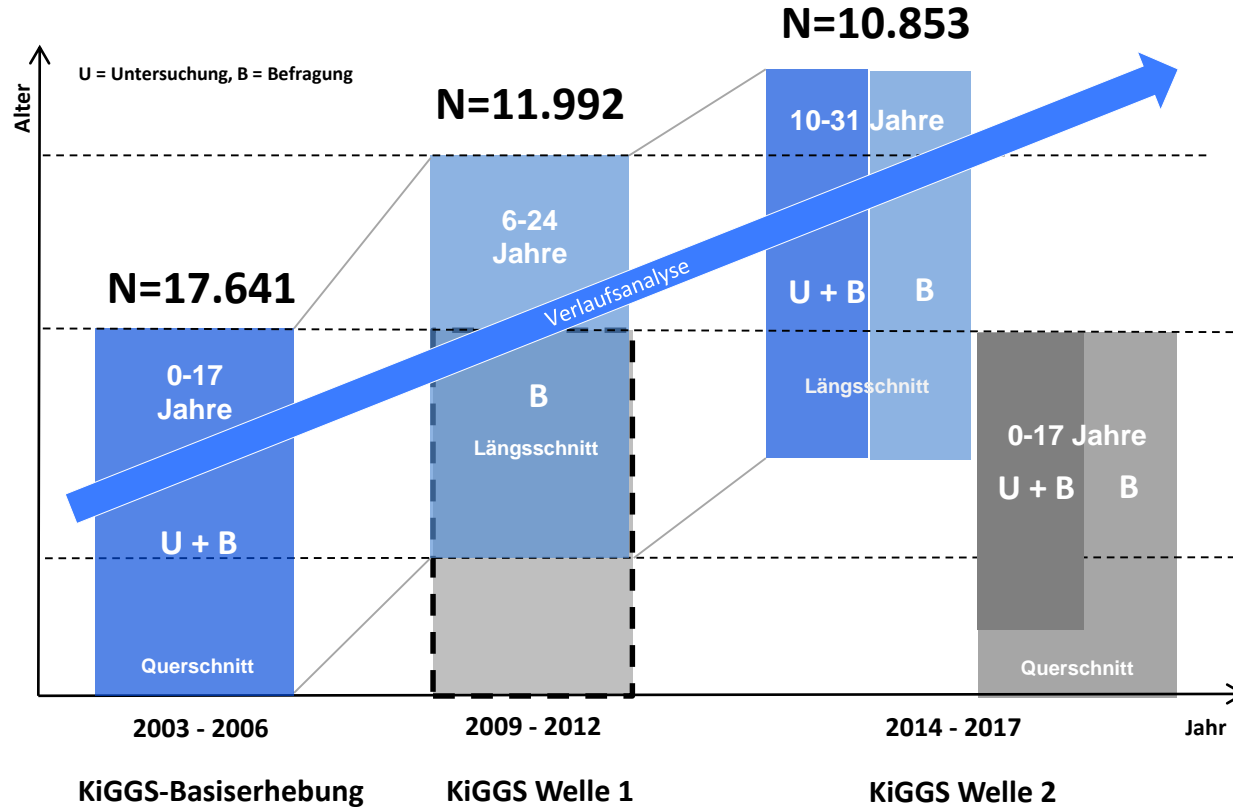


## Querschnittarm der KiGGS-Studie: Prävalenzen und Trends





## Kohortenarm: Individuelle Verläufe



## Expertenpanel

- Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski, Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim
- Prof. Dr. Jörg Fegert, Universitätsklinikum Ulm
- Dr. Thomas Grobe, Aqua-Institut, Göttingen
- Prof. Dr. Michael Kölch, Universitätsklinikum Rostock
- Prof. Dr. Marcel Romanos, Universitätsklinikum Würzburg
- Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf





## **Psychische Auffälligkeiten und ADHS bei Kindern und Jugendlichen: Erkennen und Bewerten**

Dr. Ann-Kristin Beyer & Dr. Robert Schlack

Robert Koch-Institut

Fachgebiet Psychische Gesundheit

Berlin, 01.06.2021



## Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen



## Psychische Auffälligkeiten

1. Wie häufig und wie stabil sind psychische Auffälligkeiten?
2. Welche Risiken und Schutzfaktoren stehen im Zusammenhang mit psychischen Auffälligkeiten?
3. Wie werden Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten versorgt?



## Psychische Auffälligkeiten - Definition

- Psychische Auffälligkeiten ≠ Psychische Störungen

*Empfinden und Verhalten bei Kindern und Jugendlichen gilt dann als psychisch auffällig, wenn das **Verhalten hinsichtlich des Entwicklungsstandes, des Geschlechts und der Erwartungen der Gesellschaft nicht der Norm entspricht** und wenn es die Kinder und Jugendlichen selbst, ihre Familien oder ihr erweitertes Lebensumfeld **beeinträchtigt und persönliches Leiden hervorruft***

*(Achenbach et al., 2012; Oerter & Montada, 2002)*

- Internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten

## Psychische Auffälligkeiten - Indikatoren

- Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997)
- Elternbericht für 3- bis 17-Jährige
- (Selbstbericht für 11- bis 17-Jährige)

### SDQ-Symptomfragebogen:

- Emotionale Probleme
- Probleme mit Gleichaltrigen
- Verhaltensprobleme
- Hyperaktivität/Unaufmerksamkeit

**62** Wie gut treffen die folgenden Beschreibungen auf Ihr Kind zu? Treffen die folgenden Aussagen nicht, teilweise oder eindeutig auf Ihr Kind zu?  
Bitte berücksichtigen Sie bei Ihren Antworten das Verhalten Ihres Kindes in den letzten 6 Monaten.

	Trifft nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft eindeutig zu
Rücksichtsvoll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[www.sdqinfo.org](http://www.sdqinfo.org)

KiGGS-Risikogruppendifinition: Scoring im Bereich grenzwertig oder auffällig



## 1. Prävalenzen, Trends und Verläufe

Wie häufig und wie stabil sind  
psychische Auffälligkeiten?

## Prävalenz psychischer Auffälligkeiten, Gesamt

Alter: 3-17 Jahre, Elternbericht, KiGGS Welle 2 (2014 – 2017)

Ca. 17 % der Eltern von 3- bis 17-jährigen Kindern berichten von psychischen Auffälligkeiten bei ihren Kindern.

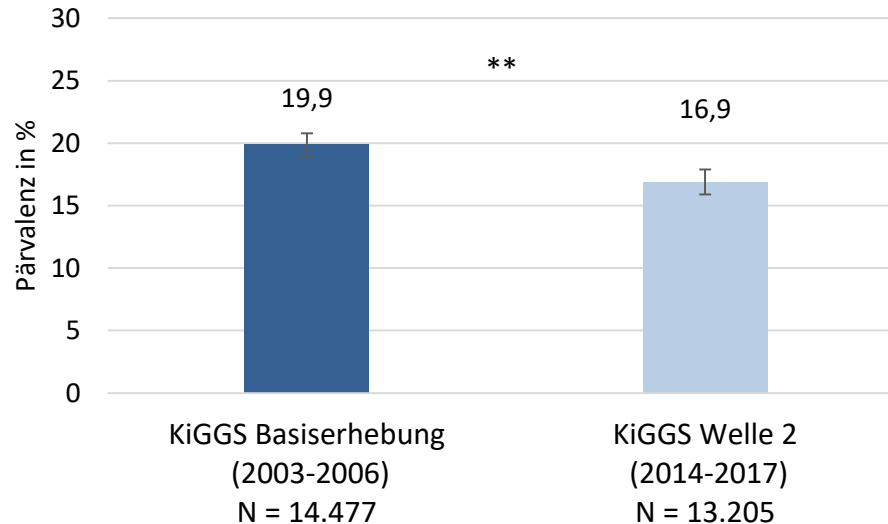


nach Klipker et al. (2018)

# Prävalenzen und Trends psychischer Auffälligkeiten, Gesamt

Alter: 3-17 Jahre, Elternbericht

Die Prävalenz für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen ist im Zeitraum von 11 Jahren um 3 Prozentpunkte (oder 15%) zurückgegangen.



\*\*p<0,01

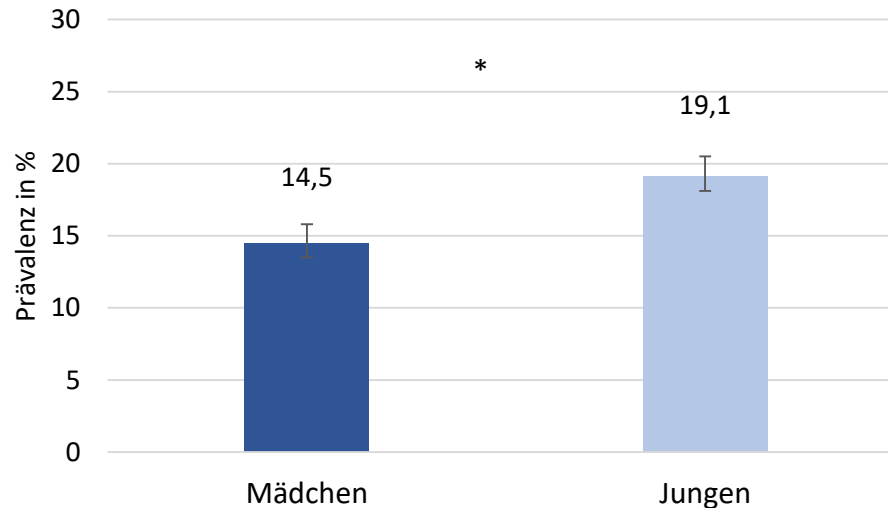
nach Klipker et al. (2018)



## Prävalenz psychischer Auffälligkeiten nach Geschlecht

Alter: 3-17 Jahre, Elternbericht , KiGGS Welle 2 (2014 – 2017)

Jungen sind häufiger als Mädchen von psychischen Auffälligkeiten betroffen.



\* $p < 0,05$

nach Klipker et al. (2018)

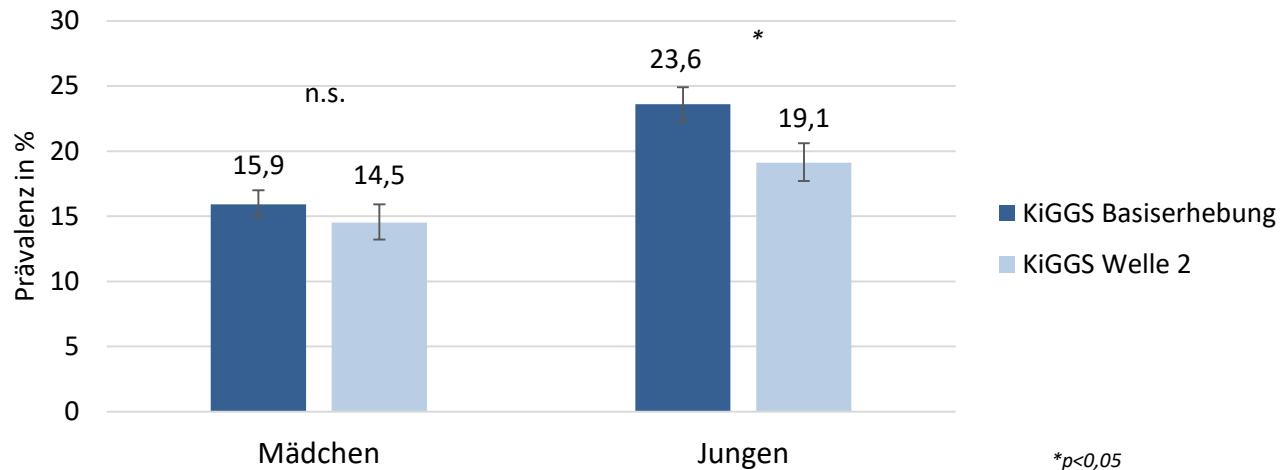


# Prävalenzen und Trends psychischer Auffälligkeiten nach Geschlecht



Alter: 3-17 Jahre, Elternbericht

Ein signifikanter Rückgang in der Prävalenz psychischer Auffälligkeiten zeigt sich im Trend nur bei den Jungen.



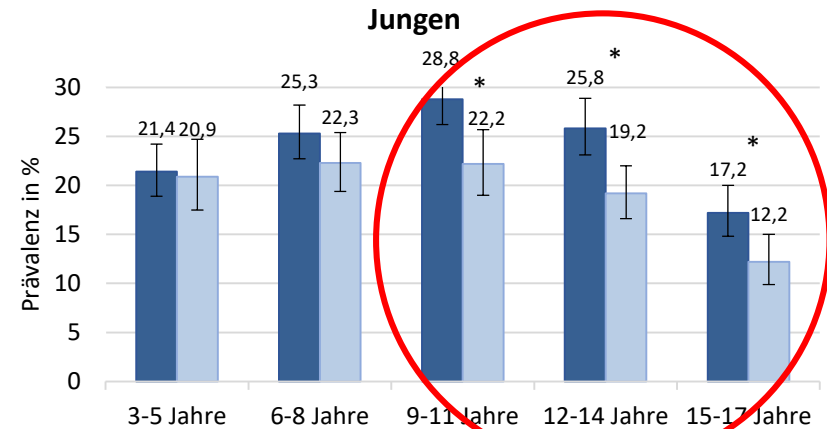
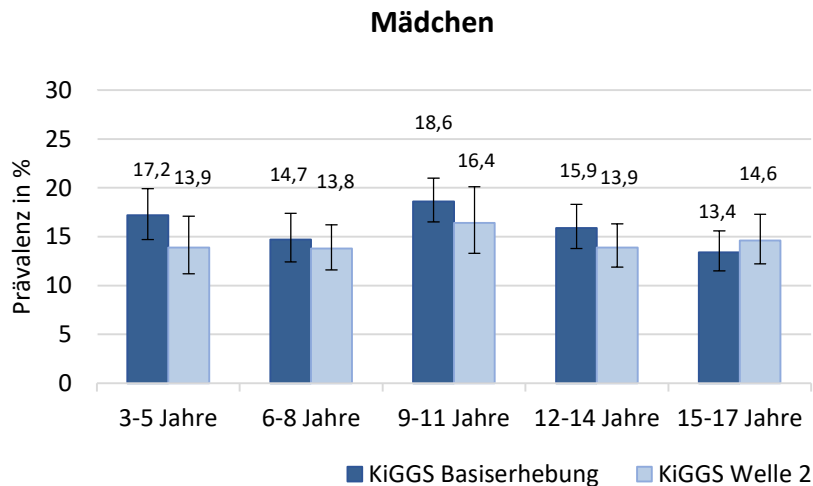
\* $p < 0,05$

nach Klipker et al. (2018)

# Prävalenzen und Trends psychischer Auffälligkeiten nach Altersgruppen und Geschlecht

Alter: 3-17 Jahre, Elternbericht

Der Rückgang ist nur bei Jungen im Alter von 9 bis 17 Jahren signifikant.



\* $p < 0,05$  nach Klipker et al. (2018)



# Prävalenzen und Trends psychischer Auffälligkeiten nach Altersgruppen und Geschlecht

Alter: 3-17 Jahre, Elternbericht

Rückgänge vor allem bei den externalisierenden Auffälligkeiten bei Jungen ab dem Alter von 9 Jahren.

## Unveröffentlichte Ergebnisse



## Wie kommt es zu diesem Rückgang?

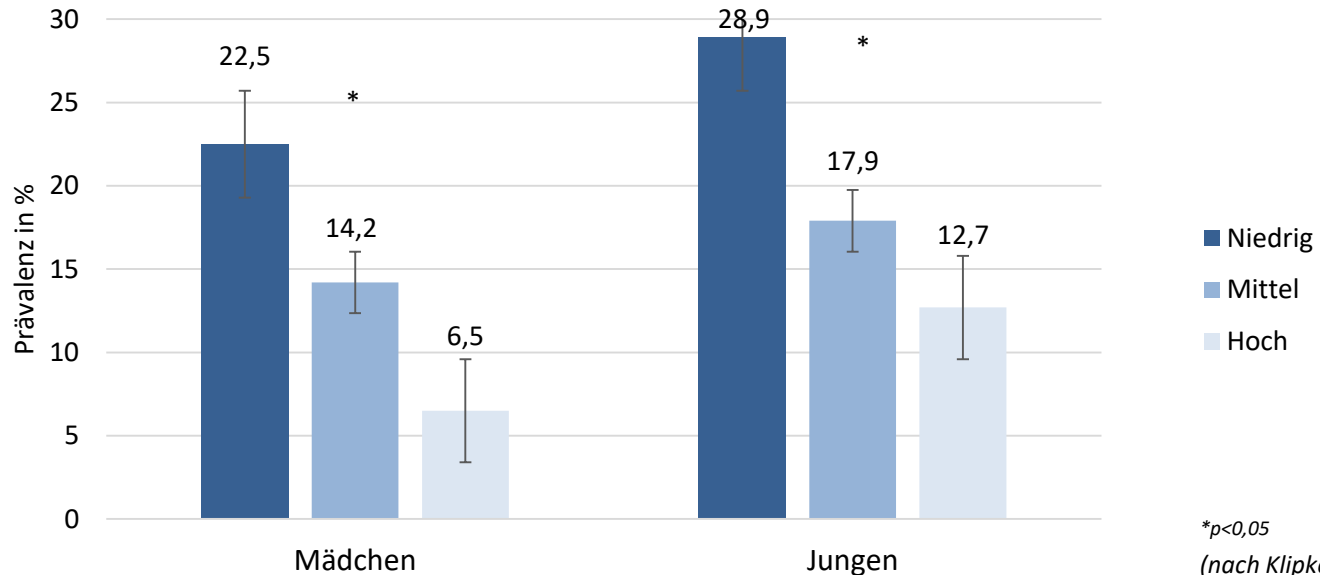
### Mögliche Erklärungsansätze

- Initiativen und Programme
  - z.B. Gesundheitsziel: „Gesund Aufwachsen“, Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit, Nationaler Aktionsplan „Für ein kindergerechtes Deutschland“, Einrichtung NZFH/Frühe Hilfen
- Gesundheitspolitische Weichenstellungen
  - Erweiterung der Kindervorsorgeuntersuchungen (U10, U11) mit einem Screening für Verhaltensauffälligkeiten (seit Mai 2006)
- Verbesserungen in der vertragsärztlichen Versorgung
  - Verdopplung der Zahl der Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater zwischen 2003 von 557 und 2017 auf 1.063

## Psychische Auffälligkeiten nach Geschlecht und Sozialstatus

Alter: 3-17 Jahre, Elternbericht, KiGGS Welle 2 (2014 – 2017)

Psychische Auffälligkeiten sind sozial ungleich verteilt, auch im Trend über alle drei Erhebungswellen.



\* $p < 0,05$   
(nach Klipker et al., 2018)

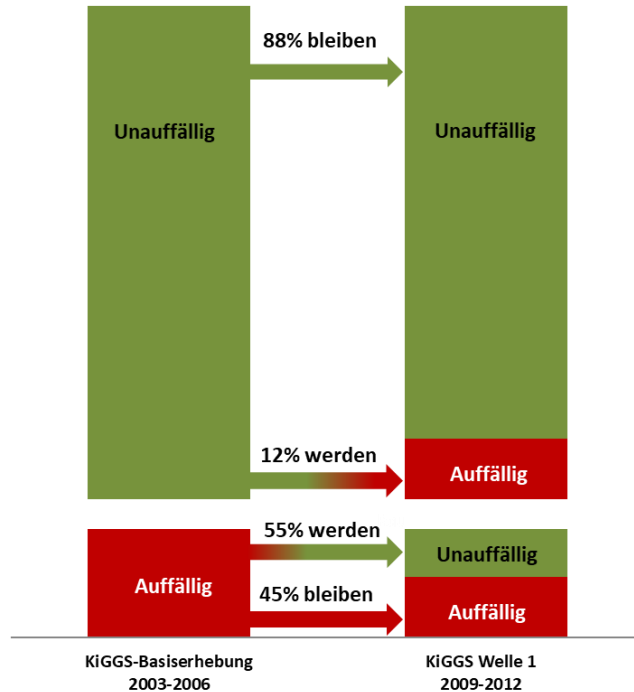
# Psychische Auffälligkeiten nach Migrationshintergrund

Alter: 3-17 Jahre, Elternbericht

In KiGGS Welle 2 bestehen keine Unterschiede mehr in der Häufigkeit zwischen Kindern und Jugendlichen von Eltern nach Migrationshintergrund.

## Unveröffentlichte Ergebnisse

## Verläufe psychischer Auffälligkeiten



12 % der initial unauffälligen Kinder und Jugendlichen sind 6 Jahre später auffällig.

Über die Hälfte der initial auffälligen Kinder und Jugendlichen ist nach 6 Jahren nicht mehr auffällig.

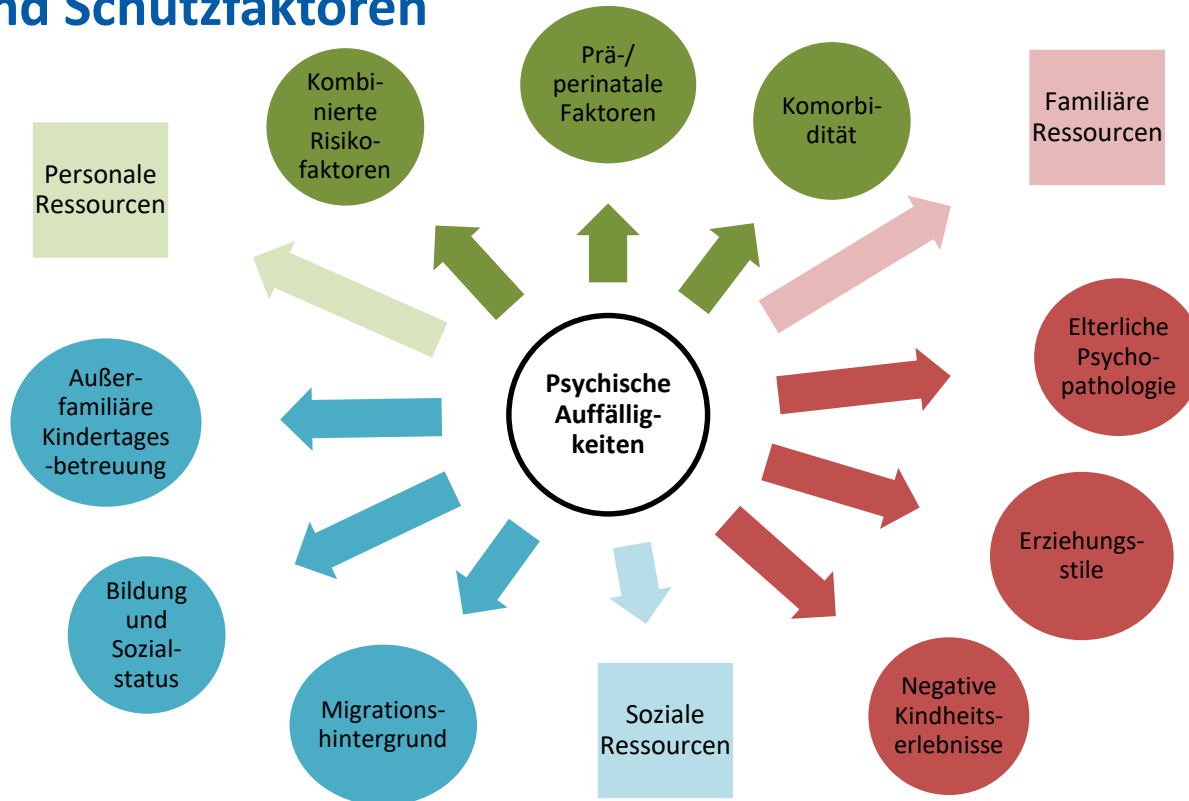




## 2. Risiko- und Schutzfaktoren

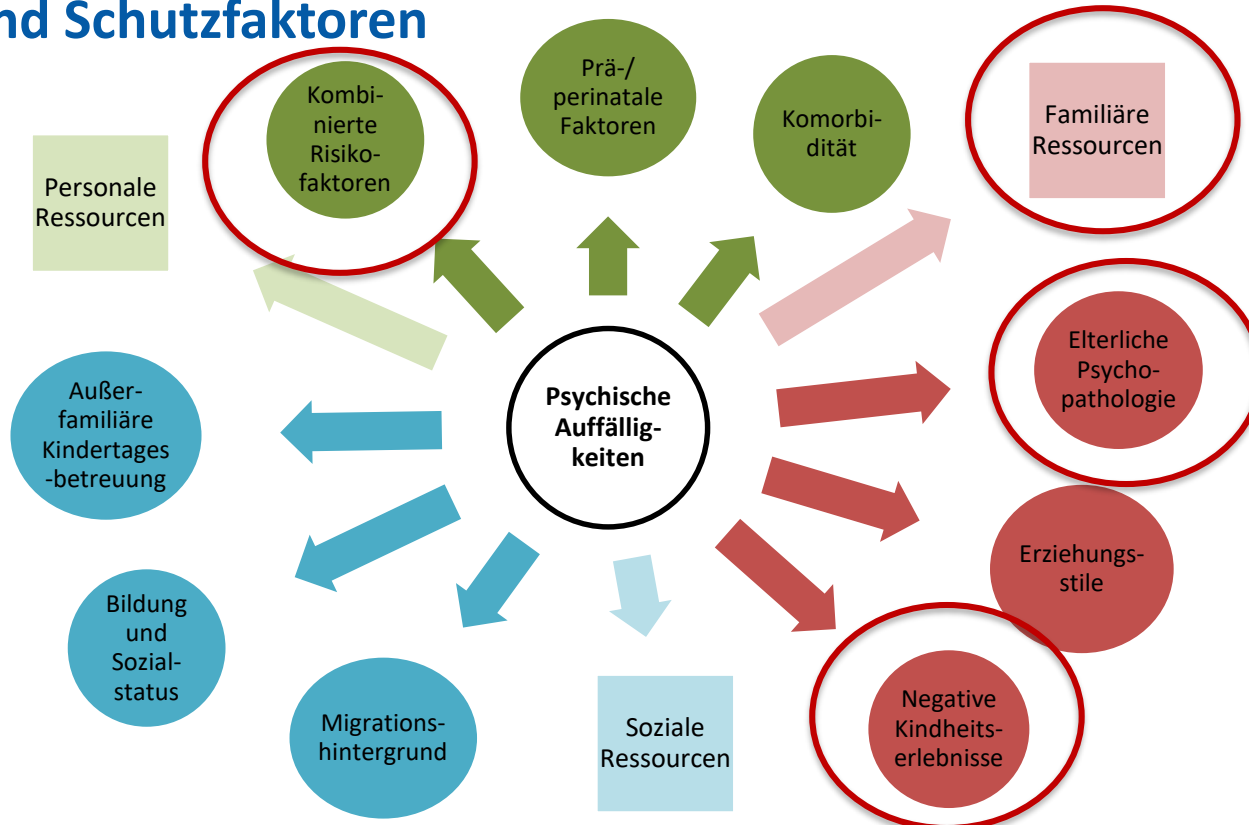
Welche Risiken und Schutzfaktoren stehen im Zusammenhang mit psychischen Auffälligkeiten?

# Risiko- und Schutzfaktoren





# Risiko- und Schutzfaktoren



## Risiko- und Schutzfaktoren: Elterliche Psychopathologie

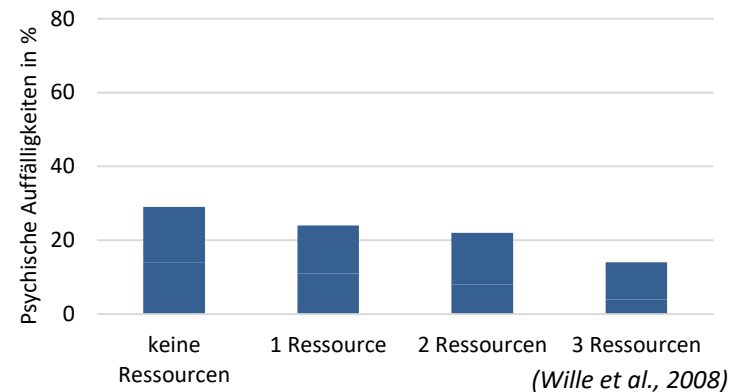
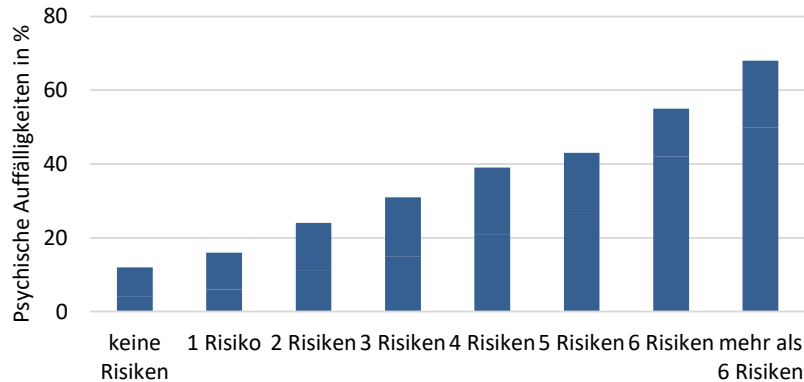
- Bei circa 15 % der befragten Eltern Hinweise psychopathologischer Symptome, davon *(Plass-Christl et al., 2016)*
  - 39,4 % Depression, 30,9 % Unsicherheit im Sozialkontakt, 18,2 % Zwanghaftigkeit, 17,6 % Ängstlichkeit
- Kinder weisen eher psychische Auffälligkeiten, geringere Selbstwirksamkeitserwartung oder geringere Sozialkompetenz auf, schlechteres Familienklima *(Plass-Christl et al., 2018)*
- Bedeutsame Ressourcen: hohe Sozialkompetenz, gute familiäre Unterstützung sowie ein gutes Schulklima *(Plass-Christl et al., 2016)*

## Risiko- und Schutzfaktoren: Negative Kindheitserlebnisse

- Belastende Kindheitserfahrungen stehen im Zusammenhang mit psychischen Auffälligkeiten und Störungen (*van Duin et al., 2019; Kessler et al., 2010*)
  - Emotionale Misshandlung oder emotionale Vernachlässigung: internalisierende Auffälligkeiten
  - Emotionale und körperliche Misshandlung, Polizeikontakt von Familienmitgliedern: externalisierende Auffälligkeiten
- Beispiel Gewalterfahrungen: (*z.B. Farrington & Ttofi, 2011; Gibson, 2012; Schlack & Petermann, 2013*)
  - Opfererfahrungen: höheres Risiko für internalisierende Auffälligkeiten (z.B. emotionale Probleme, Essstörungssymptome, Gefühl der Isolation und Ablehnung durch Gleichaltrige)
  - Gewaltausübung: höheres Risiko für externalisierende Probleme (z.B. Delinquenz, aggressives Verhalten, Störungen des Sozialverhaltens)

## Risiko- und Schutzfaktoren: Kombinierte Risikofaktoren

- Kinder und Jugendliche mit multiplen psychosozialen Risiken sind häufiger von psychischen Auffälligkeiten betroffen (z.B. Helm & Laußmann, 2011; Wille et al., 2008)



- Die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen wächst mit psychosozialen Risiken auf, aber nicht alle risikobelasteten Kinder und Jugendlichen zeigen psychische Auffälligkeiten. (z.B. Helm et al., 2010; Wille et al., 2008)

## Risiko- und Schutzfaktoren: Familiäre Ressourcen

- Mädchen profitieren besonders von familiären Ressourcen *(Hölling & Schlack, 2008)*
- Sind in jeder Altersgruppe gleichermaßen wichtig *(Hölling & Schlack, 2008)*
- Bei niedrigem Sozialstatus und Migrationshintergrund schwächer ausgeprägt *(Erhart et al., 2007)*
  
- Beispiel: Schutzfaktor Familiärer Zusammenhalt
  - Kinder, die familiäre Unterstützung und ein gutes Familienklima erfahren, können auch bei Bestehen einer elterlichen Depression eine gesunde psychische Entwicklung aufweisen *(Lewandowski et al., 2014; Pargas et al., 2010)*
  - Verbesserungen im Familienklima gehen mit einer Verringerung von psychischen Auffälligkeiten einher



### 3. Versorgung

Wie werden Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten versorgt?





## Versorgung bei psychischen Auffälligkeiten

Alter: 3-17 Jahre, Elternbericht, KiGGS Welle 2 (2014 – 2017)

Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten nehmen häufiger Versorgungsangebote in Anspruch.

### Unveröffentlichte Ergebnisse

## Versorgung bei psychischen Auffälligkeiten

- Jedes dritte Kind mit psychischen Auffälligkeiten beansprucht fachspezifische Versorgung (z.B. Hintzpeter et al., 2015; Wölfle et al., 2014)
- Es bestehen keine Geschlechts- aber Altersunterschiede in der Inanspruchnahme
  - Mit steigendem Alter weniger Besuche in kinderärztlichen Praxen, mehr in allgemeinärztlichen Praxen und psychiatrischen/psychologischen Anlaufstellen
- kein Sozialgradient in der Inanspruchnahme (z.B. Reiss et al., 2021)
- Familien mit Migrationshintergrund nehmen eher kinder- und allgemeinärztliche als spezialisierte Versorgungsangebote in Anspruch



## Key Messages: Psychische Auffälligkeiten

### Wie häufig und wie stabil sind psychische Auffälligkeiten?

- Rückgang um 15% über einen Elfjahreszeitraum (vor der Pandemie!)
- Rückgang ausschließlich bei Jungen zwischen 9 und 17 Jahren in den externalisierenden Auffälligkeiten
- Stabiler sozialer Gradient, aber nicht schlechter versorgt
- Keine Unterschiede nach Migrationshintergrund mehr nach 11 Jahren, aber Unterrepräsentierung von Familien mit Migrationshintergrund in der spezialisierten Versorgung
- Psychische Auffälligkeiten sind im Verlauf variabel: nur ein Teil der auffälligen Kinder und Jugendlichen bleibt dies über die Zeit



## Key Messages: Psychische Auffälligkeiten

### Welche Risiken und Schutzfaktoren stehen im Zusammenhang mit psychischen Auffälligkeiten?

- Personale, familiäre und soziale Risiko- und Schutzfaktoren
- Eine entscheidende Rolle spielt die Familie, sowohl als Risiko- als auch als Schutzfaktor

### Wie werden Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten versorgt?

- Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten nehmen häufiger Versorgungsangebote in Anspruch
- Jedes 3. Kind erhält fachspezifische Versorgung



# Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

## ADHS (nach DSM-5)

- Kernsymptome: motorische Unruhe (Hyperaktivität), ausgeprägte Unaufmerksamkeit und Impulsivität
- Symptome treten in mehreren unterschiedlichen Lebensbereichen (zum Beispiel zuhause, in der Schule, in der Freizeit) auf
- Symptome sind vor dem 12. Lebensjahr aufgetreten und haben mindestens sechs Monate lang bestanden

## Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

1. Nimmt die Häufigkeit von ADHS-Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen zu? Wie stabil werden ADHS-Diagnosen in der KiGGS-Kohorte berichtet?
2. Wie entwickeln sich Kinder und Jugendliche mit ADHS-Diagnose bis in das junge Erwachsenenalter?
3. Wie werden Kinder und Jugendliche mit ADHS versorgt?



# ADHS

## Definitionen und Indikatoren





## Indikator: ADHS-Diagnosefrage

Altersbereich 3-17 Jahre: Elternbericht; Altersbereich 18-31 Jahre: Selbstbericht  
KiGGS-Basierhebung, KiGGS Welle 1, KiGGS Welle 2

„Wurde bei Ihnen/Ihrem Kind jemals eine  
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung,  
auch als ADHS bzw. ADS bezeichnet, festgestellt?“

- Ja/Nein

„Durch wen wurde die Diagnose gestellt?“

- Arzt/Ärztin, Psychologe/Psychologin, Andere

### KiGGS-Falldefinition

ADHS-Fall: Elternberichtete, jemals durch eine Ärztin/Arzt  
und/oder Psychologin/Psychologen gestellte ADHS-Diagnose.

ADHS-Verdachtsfall: ‚auffällig‘ auf der HKS-Skala des SDQ  
und kein ADHS-Fall

*Schlack et al., 2007*

30 Wurde bei Ihrem Kind jemals eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung,  
auch als ADHS bzw. ADS bezeichnet, festgestellt?

Ja



Nein

Weiß nicht

} Weiter mit Frage 37

In welchem Alter wurde die ADHS-Diagnose gestellt?

Bitte nicht runden. Nur vollendete Lebensjahre eintragen.

Alter bei Diagnose   Jahre

31 Durch wen wurde diese ADHS-Diagnose gestellt?

Arzt/Ärztin

Psychologe/Psychologin

Andere

32 Wie gut treffen die folgenden Beschreibungen auf Ihr Kind zu? Treffen die folgenden  
Aussagen nicht, teilweise oder eindeutig auf Ihr Kind zu?  
Bitte berücksichtigen Sie bei Ihren Antworten das Verhalten Ihres Kindes  
in den letzten 4 Monaten

	Trifft nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft eindeutig zu
Rückwärtsroll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unruhig, überaktiv, kann nicht lange sitzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Schläfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trifft gerne mit anderen Kindern, (Zwillingen, Spielzeug, Bausteine usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat oft Wunden/Blut; ist sehr unruhig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erkrankungen; spielt meist alleine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In Argumenten folgen, nicht einsehen, was Freunde vorschlagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hilft aus, wenn andere verletzt, krank oder betrunken sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ständig traurig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat enge Freundschaften oder eine gute Freundin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Steht sich oft mit anderen Kindern oder schlägt sie an	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oft unglücklich über einmangelnde Freundschaften	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In Argumenten mit anderen Kindern belegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leicht ablehnend, unkooperativ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervös oder unruhig in neuen Situationen; verlor leicht das Selbstvertrauen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## 1. Prävalenzen, Trends und Verläufe

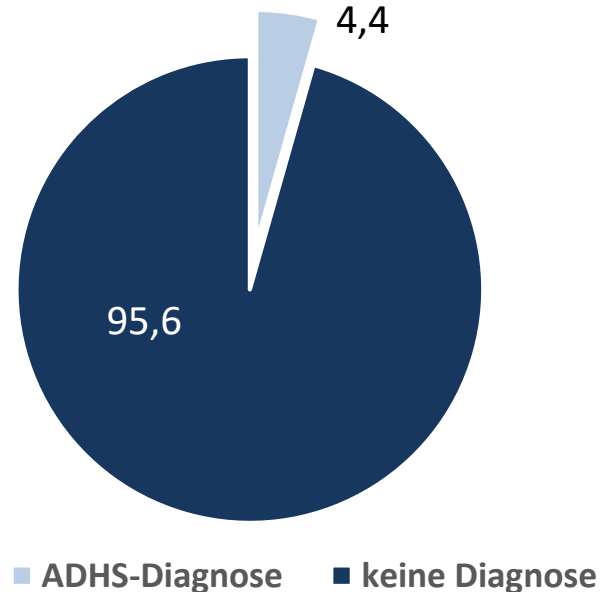
Nimmt die Häufigkeit von ADHS-Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen zu?

## Prävalenz elternberichteter ADHS-Diagnosen, Gesamt

KiGGS Welle 2 (2014-2017), Altersbereich 3-17 Jahre

Die Prävalenz elternberichteter ADHS-Diagnosen in der KiGGS Welle 2 beträgt 4,4%.  
Dies entspricht der errechneten, weltweiten ADHS-Prävalenz von 5%

*(Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman, & Rohde, 2007)*

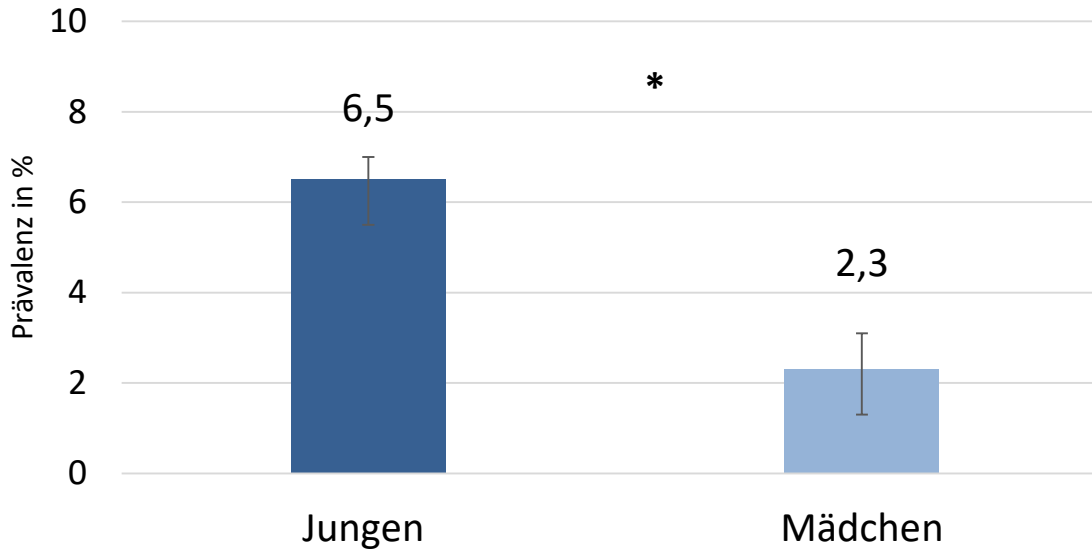


*Göbel et al., 2018*

## Prävalenz elternberichteter ADHS-Diagnosen, Gesamt

KiGGS Welle 2 (2014-2017), Altersbereich 3-17 Jahre

Für Jungen wird die Diagnose ca. dreimal häufiger berichtet als für Mädchen.



\* $p < 0,05$

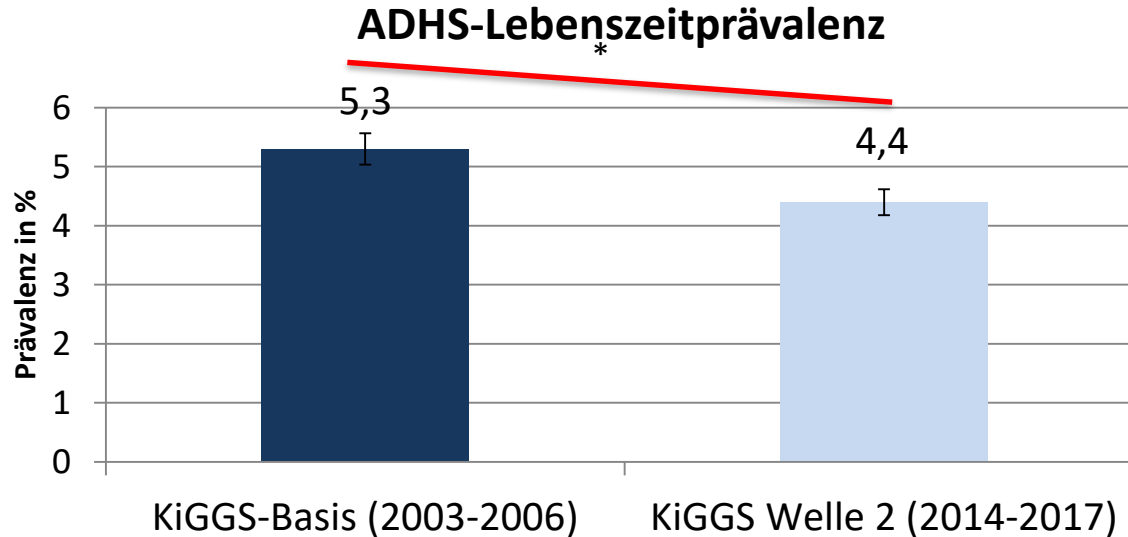
Göbel et al., 2018

## Prävalenzen und Trend elternberichteter ADHS-Diagnosen, Gesamt

KiGGS-Basiserhebung (2003-2006) -> KiGGS Welle 2 (2014-2017)

Altersbereich: 3-17 Jahre

Im Zeitraum von 11 Jahren ist die Prävalenz um 0,9 Prozentpunkte (oder rund 17%) zurückgegangen.



\*p<0,05

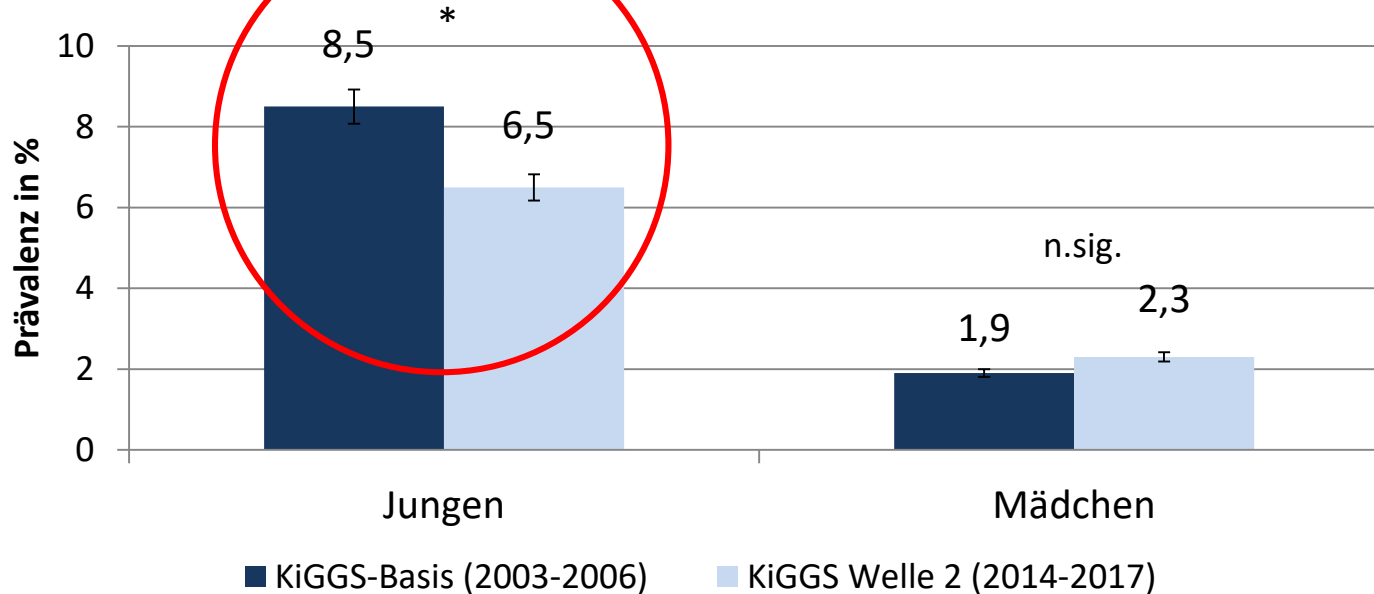
Göbel et al., 2018

# Prävalenzen und Trends elternberichteter ADHS-Diagnosen, nach Geschlecht

Alter: 3-17 Jahre, Elternbericht

Prävalenz und Trend zwischen KiGGS-Basiserhebung (2003-2006) und KiGGS Welle 2 (2014-2017)

Der Rückgang ist nur bei den Jungen signifikant.



\* $p < 0,05$   
n.sig.=nicht signifikant

Göbel et al., 2018

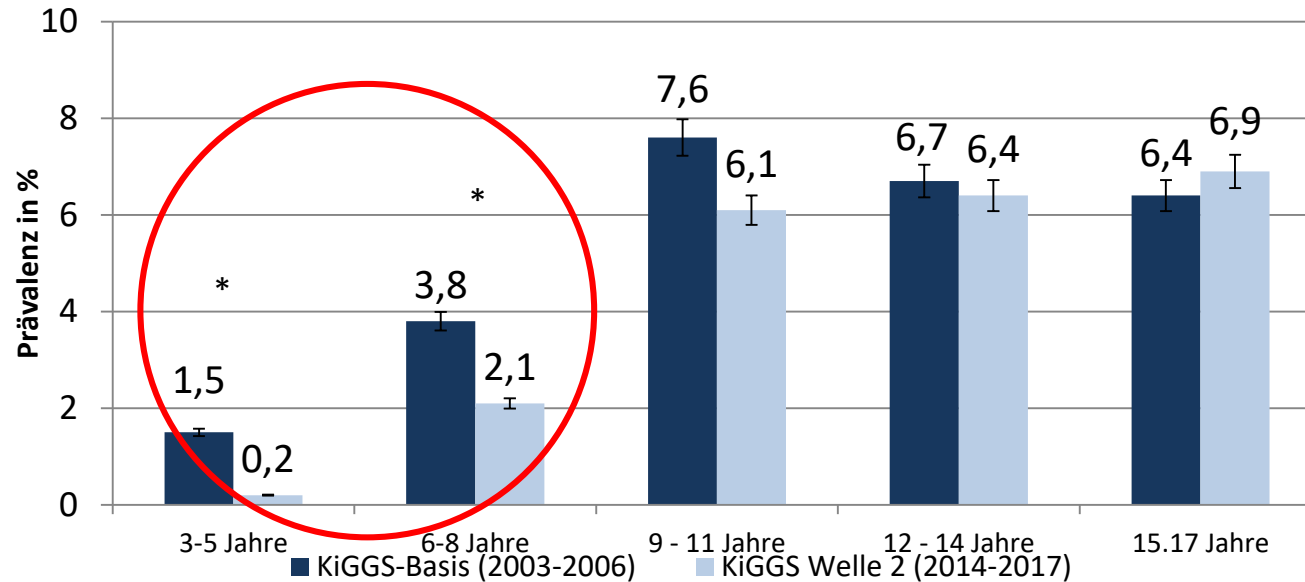


## Prävalenzen und Trends elternberichteter ADHS-Diagnosen nach Altersgruppen

KiGGS-Basiserhebung (2003-2006) -> KiGGS Welle 2 (2014-2017)

Alter: 3-17 Jahre, Elternbericht

Rückgang nur im Altersbereich 3-8 Jahre.



\* $p < 0,05$

Göbel et al., 2018

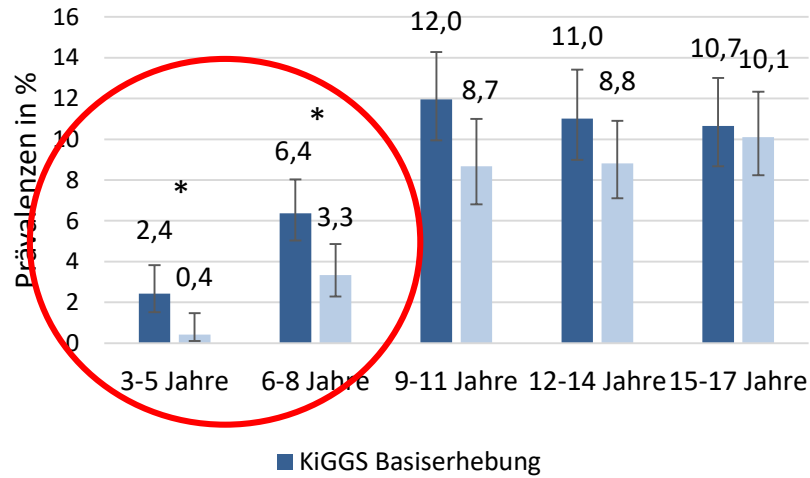
## Trends elternberichteter ADHS-Diagnosen nach Altersgruppen und Geschlecht

KiGGS-Basiserhebung (2003-2006) -> KiGGS Welle 2 (2014-2017)

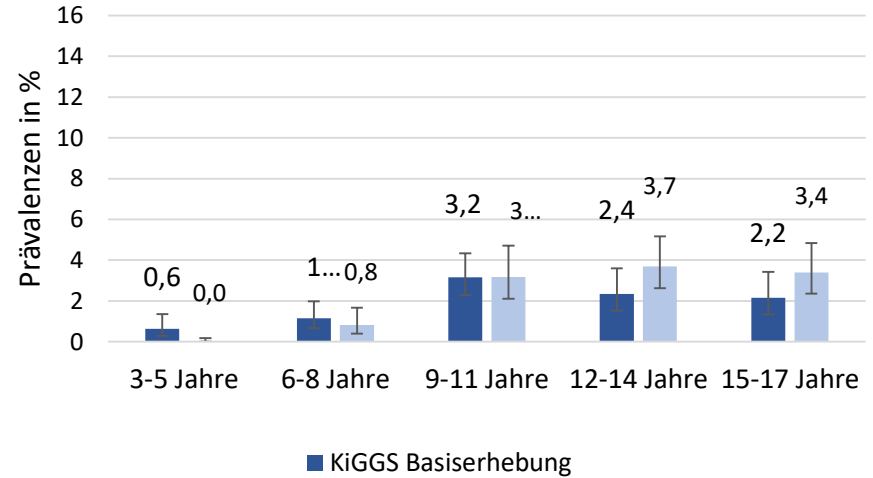
Altersbereich 3-17 Jahre

Rückgang nur bei Jungen und nur im Altersbereich 3-8 Jahre signifikant.

ADHS Trend nach Altersgruppen bei Jungen



ADHS Trend nach Altersgruppen bei Mädchen



\*p<0,05





## Hypothese: Warum die Rückgänge in der ADHS-Diagnoseprävalenz?

### Gesundheitspolitische Weichenstellungen?

#### ADHS:

- **2009/2010:** Direktive des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Modifikation der Arzneimittelrichtlinien mit Blick auf eine restriktivere Verordnung von Psychostimulanzien (Methylphenidat) zur Behandlung von ADHS bei Kindern und Jugendlichen (GB-A, 2010)
- Direktive verlangte auch sorgfältigere, leitlinienorientierte Diagnostik
  - Maßnahme könnte sich für die 3-8-Jährigen (KiGGS Welle 2) bereits ausgewirkt haben
  - Die 2009/2010 Null-Jährigen waren 2014 (Beginn KiGGS Welle 2) 7 bzw. 8 Jahre alt

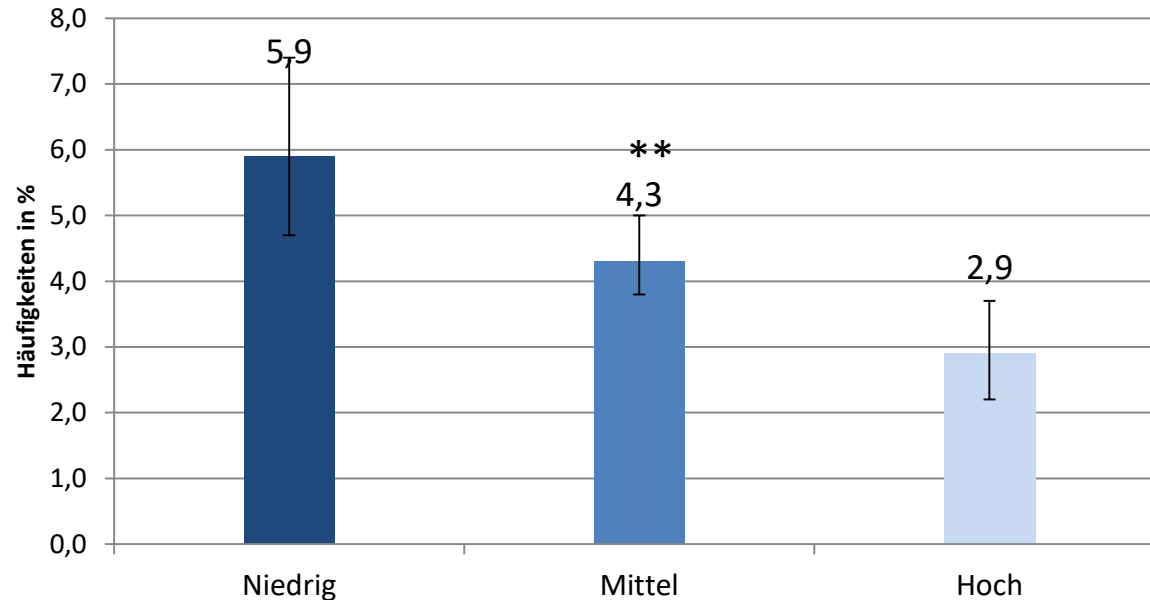


Wie ist die Häufigkeit von ADHS sozial verteilt?

## Prävalenz elternberichteter ADHS-Diagnosen, Gesamt

KiGGS Welle 2 (2014-2017), Altersbereich 3-17 Jahre, n=13.190

Sozialer Gradient: ADHS-Diagnosen bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus doppelt so häufig.



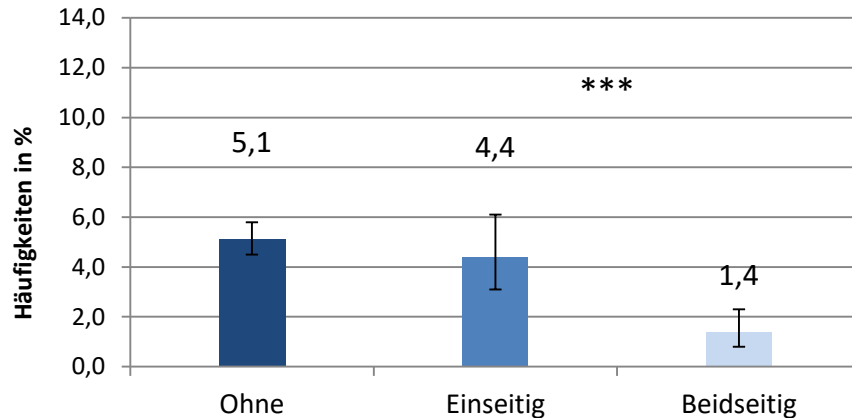
\* p<0,01

## ADHS-Fälle und ADHS-Verdachtsfälle nach Migrationshintergrund

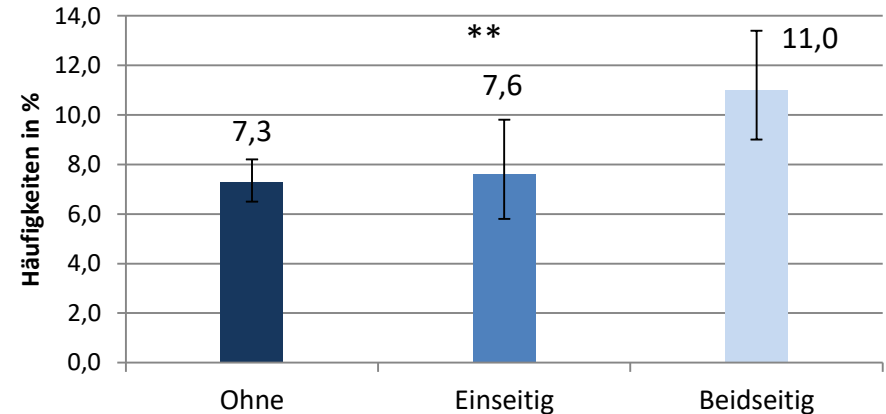
KiGGS Welle 2, Altersbereich: 3-17 Jahre; ADHS-Fälle: n=13.173; Verdachtsfälle: n=12.628

„Migrationsparadox“: Migranten bei den ADHS-Fällen unter-, aber bei den Verdachtsfällen stark überrepräsentiert. Hürden der Inanspruchnahme?

ADHS-Fälle nach Migrationshintergrund



ADHS-Verdachtsfälle nach Migrationshintergrund



\*\* p<0,01  
\*\*\* p<0,001

## 2. Korrelate und Folgen

Wie entwickeln sich Kinder und Jugendliche mit ADHS?

## Entwicklungsrisiken bei ADHS im Lebensverlauf

- **Geringerer Schul- und Bildungserfolg**  
*(Owens et al., 2017; Arnold et al., 2020; Sjöwall et al., 2020; Agnew-Blaise et al., 2018)*
- **Depressive und Angstsymptomatiken**  
*(Schmidt & Petermann, 2011; Agnew-Blaise et al., 2018)*
- **Geringere Lebensqualität und Lebenszufriedenheit**  
*(Armstrong et al., 2015; Agnew-Blaise et al., 2018; Schmidt et al., 2010)*
- **erhöhte Unfallneigung** *(Barkley, 2014)*
- **Riskanteres Gesundheitsverhalten wie Rauchen oder Alkoholkonsum**  
*(Mitchell et al., 2019; Molina et al., 2013)*
- **Riskanteres Sexualverhalten und häufigere ungeplante Schwangerschaften**  
*(Flory et al., 2006; Owens et al., 2017; Owens & Hinshaw, 2019)*

# Korrelate von ADHS im jungen Erwachsenenalter

KiGGS-Kohorte

Alter KiGGS-Basiserhebung: 6-17 Jahre, KiGGS Welle 1: 18-31 Jahre



**Psychische Gesundheit**

MHI-5, PHQ-8, PHQ-Panik, SCOFF

**Lebenszufriedenheit**

PWI-A

**Gesundheitsbezogene  
Lebensqualität**

SF-8

**Substanzkonsum**

Audit-C, Rauchen

**Bildungserfolg**

ISCED

**Sexuelle und  
reproduktive  
Gesundheit**

**Partnerschaft**



# Längsschnittliche Korrelate von ADHS jungen Erwachsenenalter

KiGGS-Kohorte

Alter zur KiGGS-Basiserhebung: 3-17 Jahre; Alter zur KiGGS Welle 1: 18-31 Jahre



- **Junge Erwachsene** (Längsschnitt: Diagnose KiGGS-Basis, Outcome KiGGS Welle2)
  - Schlechtere psychische Gesundheit und erhöhte Wahrscheinlichkeit für depressive Symptomatik
  - Geringere Lebenszufriedenheit
  - Schlechtere körperliche und psychische Lebensqualität
  - Geringerer Bildungserfolg
  - Höhere Wahrscheinlichkeit für Rauchen
  - Häufiger ungeschützter Geschlechtsverkehr
  - Neunfach (!) erhöhte Wahrscheinlichkeit ungeplanter Kinder





# Korrelate von ADHS im jungen Erwachsenenalter

KiGGS-Kohorte

Alter KiGGS-Basiserhebung: 6-17 Jahre, KiGGS Welle 1: 18-31 Jahre

**Psychische Gesundheit**

MHI-5, PHQ-8, PHQ-Panik, SCOFF

**Lebenszufriedenheit**

PWI-A

**Personale Ressourcen**

(KiGGS-Basis)

**Gesundheitsbezogene Lebensqualität**

SF-8

**Familiärer Zusammenhalt**

(KiGGS-Basis)

**Bildungserfolg**

ISCED

**Substanzkonsum**

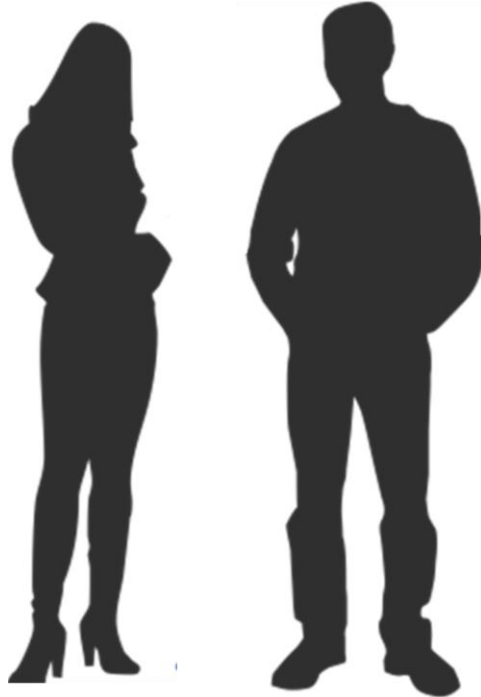
Audit-C, Rauchen

**Soziale Unterstützung**

(KiGGS-Basis)

**Partnerschaft**

**Sexuelle und reproduktive Gesundheit**





# Längsschnittliche Korrelate von ADHS im Kindes- und Jugendalter

KiGGS-Kohorte

Alter zur KiGGS-Basiserhebung: 3-17 Jahre; Alter zur KiGGS Welle 2: 14-31 Jahre



- **Junge Erwachsene** (Längsschnitt: Diagnose KiGGS-Basis, Outcome KiGGS Welle2)

Nach Adjustierung mit Schutzfaktorskalen zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung:

## Verbesserungen:

- ↑ ▪ weniger schlechte allgemeine psychische Gesundheit und weniger depressive Symptomatik
- ↑ ▪ keine schlechtere Lebenszufriedenheit mehr (im Vergleich zu Nicht-Diagnostizierten)
- ↑ ▪ weniger schlechte körperliche Lebensqualität und keine schlechtere psychische Lebensqualität mehr (im Vergleich zu Nicht-Diagnostizierten)

## Keine Effekte:

- für den Bildungserfolg
- für Rauchen
- hinsichtlich ungeschütztem Geschlechtsverkehr
- in Bezug auf Kinder aus ungeplanten Schwangerschaften



### 3. Versorgung

Wie werden Kinder und Jugendliche mit ADHS versorgt?

## Prävalenz und Trends in ADHS-Medikation (ATC N06BA) letzte 7 Tage, Gesamt

alle KiGGS-Erhebungen, nur Teilnehmende mit ADHS-Diagnose, 3-17 Jahre



Starker Anstieg (ca. 75%) der Anwendungsprävalenzen von KiGGS-Basiserhebung bis zur KiGGS Welle 2, danach Stabilisierung.

## Unveröffentlichte Ergebnisse

### Wirkstoffklasse nach Häufigkeit:

Methylphenidat (N06BA04): 85,4%

Atomoxetin (N06BA09): 8,1%

Risperidon (N05AX08): 2,0%

Amphetamin (N06BA01): 1,0%

Alle anderen Häufigkeiten unter 1%

Definition ADHS-Medikation:

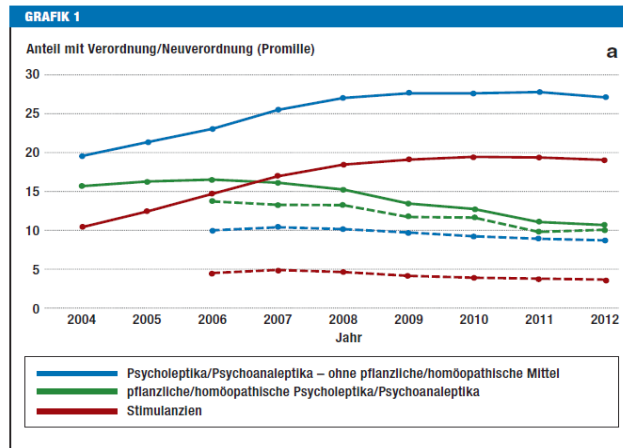
alle mit ATC-Code N06BA

\*\*\*p<0,001

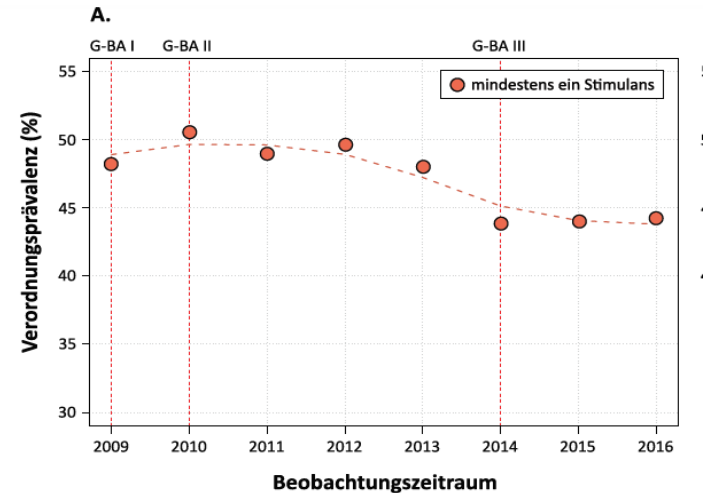
# Verordnungsprävalenzen ADHS-Medikation (ATC N06BA) in administrativen Daten

Bundesweite AOK- sowie vertragsärztliche Abrechnungs- und Verordnungsdaten (ZI)

Ab 2009/2010 Stabilisierung und leichter Rückgang der Verordnungsraten .



Abbas et al. (2016)



Akmatov et al. (2019)

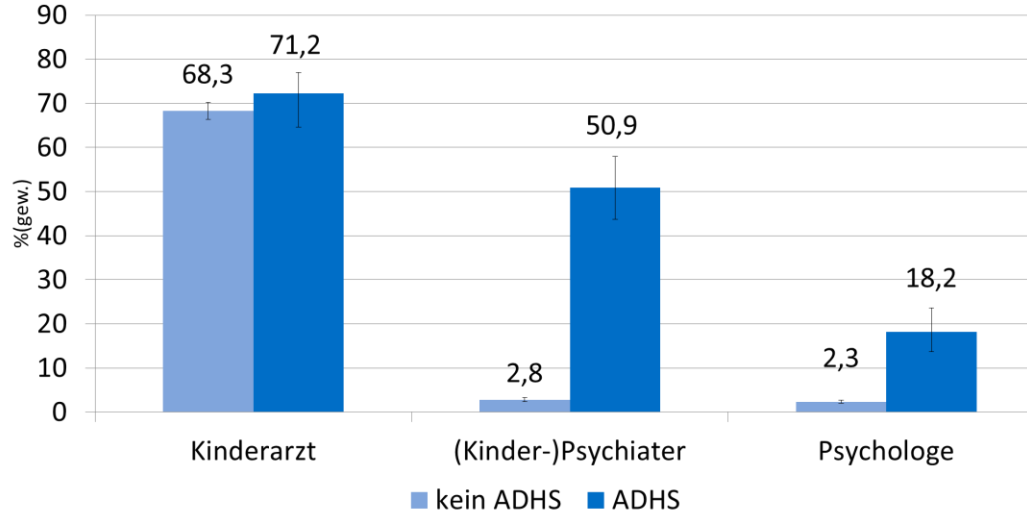
# Inanspruchnahmehäufigkeiten (letzte 12 Monate) bei aktueller ADHS

12-Monats-Prävalenz, KiGGS Welle 2, 3-17 Jahre



Der weitaus größte Teil der elternberichteten psychiatrischen und psychologischen Inanspruchnahme entfällt auf Kinder und Jugendliche mit ADHS.

Abbildung 1: Inanspruchnahmehäufigkeiten (letzte 12 Monate) für Kinderarzt, (Kinder-)Psychiater und Psychologe nach aktueller ADHS-Betroffenheit



Schlack & Junker, 2019



## Inanspruchnahmewahrscheinlichkeiten (letzte 12 Monate) nach Facharztgruppe, SES und Migrationshintergrund bei aktueller ADHS

Die Inanspruchnahme eines spezialisierten Versorgers unterscheidet sich nicht in Bezug auf den Sozialstatus, wohl aber in Bezug auf einen Migrationshintergrund. Migranten nehmen bei ADHS ca. 14-mal häufiger einen Kinderarzt in Anspruch als Nichtmigranten.

Tabelle 2: Inanspruchnahmewahrscheinlichkeiten (letzte 12 Monate) nach Facharztgruppe, SES und Migrationshintergrund bei aktueller ADHS

		AOR*	95% KI
Kinderarzt	SES niedrig	0,20	0,06-0,64
	SES mittel	0,27	0,10-0,72
	SES hoch	Ref.	
	Migrant	13,86	1,65-116,22
	Nicht-Migrant	Ref.	
Kinder(-Psychiater)	SES niedrig	1,40	0,55-3,53
	SES mittel	0,81	0,38-1,72
	SES hoch	Ref.	
	Migrant	0,23	0,37-1,4
	Nicht-Migrant	Ref.	
Psychologe	SES niedrig	1,5	0,39-5,68
	SES mittel	1,6	0,64-4,02
	SES hoch	Ref.	
	Migrant	0,10	0,01-0,91
	Nicht-Migrant	Ref.	

\* Adjustiert für Alter und Geschlecht

Schlack & Junker, 2019



## Inanspruchnahmewahrscheinlichkeiten (letzte 12 Monate) nach Facharztgruppe, SES und Migrationshintergrund bei aktueller ADHS

Die Inanspruchnahme eines spezialisierten Versorgers unterscheidet sich nicht in Bezug auf den Sozialstatus, wohl aber in Bezug auf einen Migrationshintergrund. Migranten nehmen bei ADHS ca. 14-mal häufiger einen Kinderarzt in Anspruch als Nichtmigranten.

Tabelle 2: Inanspruchnahmewahrscheinlichkeiten (letzte 12 Monate) nach Facharztgruppe, SES und Migrationshintergrund bei aktueller ADHS

		AOR*	95% KI
Kinderarzt	SES niedrig	0,20	0,06-0,64
	SES mittel	0,27	0,10-0,72
	SES hoch	Ref.	
	Migrant	13,86	1,65-116,22
	Nicht-Migrant	Ref.	
Kinder(-Psychiater)	SES niedrig	1,40	0,55-3,53
	SES mittel	0,81	0,38-1,72
	SES hoch	Ref.	
	Migrant	0,23	0,37-1,4
	Nicht-Migrant	Ref.	
Psychologe	SES niedrig	1,5	0,39-5,68
	SES mittel	1,6	0,64-4,02
	SES hoch	Ref.	
	Migrant	0,10	0,01-0,91
	Nicht-Migrant	Ref.	

\* Adjustiert für Alter und Geschlecht

Schlack & Junker, 2019



## Key Messages ADHS

### **Nimmt die Häufigkeit von ADHS-Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen zu?**

- Die Prävalenz von ADHS-Lebenszeitdiagnosen liegt bei 4,4 % und ist in den letzten 11 Jahren um 17% zurückgegangen.
- Der Rückgang betrifft nur die 3- bis 8-jährigen Jungen.

### **Wie entwickeln sich Kinder und Jugendliche mit ADHS-Diagnose?**

- Einige Kinder mit ADHS-Diagnose haben im jungen Erwachsenenalter eine schlechtere psychische Gesundheit, weniger Lebensqualität und Lebenszufriedenheit, weniger Bildungserfolg, zeigen mehr riskantes Gesundheitsverhalten und haben häufiger ungeplante Kinder.
- Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend scheinen eher die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden zu stützen als die mit der Kernsymptomatik verbundenen Korrelate wie Bildungserfolg, Substanzkonsum, gesundheitliches Risikoverhalten oder die Wahrscheinlichkeit ungeplanter Kinder.

## Key Messages ADHS

### Wie werden Kinder und Jugendliche mit ADHS versorgt?

- Die Anwendungsprävalenzen von ADHS-Medikation (ATC N06BA) sind zwischen KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 1 gestiegen und haben sich danach auf diesem Niveau stabilisiert.
- Dies spiegelt die Stabilisierung der administrativen Verordnungsprävalenzen im gleichen Zeitraum wider.
- Der Rückgang der Diagnosehäufigkeit und die Stabilisierung der Medikationsprävalenzen könnten mit der Direktive 2009/2010 des Gemeinsamen Bundesausschusses in Zusammenhang stehen.
- Trotz weiter bestehendem sozialen Gradienten haben Kinder mit niedrigem Sozialstatus keinen schlechteren Zugang zur Versorgung.
- Kinder mit ADHS und Migrationshintergrund kommen nicht in der spezialisierten Versorgung nicht an.

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. Robert Schlack, Dr. Ann-Kristin Beyer  
Fachgebiet 26 Psychische Gesundheit  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
Robert Koch-Institut, Berlin  
Email: [schlackR@rki.de](mailto:schlackR@rki.de), [beyera@rki.de](mailto:beyera@rki.de)





# Literatur

- 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
- 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. *The British Journal of Psychiatry*:1-9
- Barkley RA (2014) ADHD and injuries: Accidental and self-inflicted. *The ADHD Report* 22(2):1-8
- Biederman J, Petty CR, Clarke A et al. (2011) Predictors of persistent ADHD: an 11-year follow-up study. *Journal of Psychiatric Research* 45(2):150-155
- 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. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 50(5):800-809 10.1007/s00103-007-0243-5
- Farrington DP, Ttofi MM (2011) Bullying as a predictor of offending, violence and later life outcomes. *Crim Behav Ment Health*, 21:90-98
- Flory, K., Molina, B. S., Pelham, Jr, W. E., Gnagy, E., & Smith, B. (2006). Childhood ADHD predicts risky sexual behavior in young adulthood. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(4), 571-577.
- Gibson CL (2012) An investigation of neighborhood disadvantage, low self-control, and violent victimization among youth. *Youth Violence Juv Justice* 10:41-63
- 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, 46-53.
- Helm D, Laußmann D (2011) Umweltstress, Sozialstatus und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen im KiGGS. Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung.
- Helm D, Laussmann D, Eis D (2010) Assessment of environmental and socio-economic stress. *Central European Journal of Public Health* 18(1):3-7
- Hintzpeter B, Klasen F, Schön G et al. (2015) Mental health care use among children and adolescents in Germany: results of the longitudinal BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry* 24(6):705-713
- 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 10.1055/s-2008-1062741
- Klipker K, Baumgarten F, Göbel K et al. (2018) Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland—Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends
- 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 10.1192/bjp.bp.110.080499
- 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
- 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 10.1007/s10826-013-9732-3



# Literatur

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

Owens, E. B., & Hinshaw, S. P. (2020). Adolescent mediators of unplanned pregnancy among women with and without childhood ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 49(2), 229-238.

Owens EB, Zalecki C, Gillette P et al. (2017) Girls with childhood ADHD as adults: Cross-domain outcomes by diagnostic persistence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 85(7):723

Pargas RCM, Brennan PA, Hammen C et al. (2010) Resilience to maternal depression in young adulthood. *Dev Psychol* 46(4):805-814 10.1037/a0019817

Plass A, Haller AC, Habermann K et al. (2016) Faktoren der Gesunderhaltung bei Kindern psychisch belasteter Eltern. *Kindheit und Entwicklung* 25(1):41-49 10.1026/0942-5403/a000187

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 10.1007/s00787-017-1084-x

Reiss F Zur Rolle des sozioökonomischen Status bei der Inanspruchnahme fachspezifischer Versorgung von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der BELLA-Studie. *Das Gesundheitswesen*. DOI: 10.1055/a-1335-4212

Sjöwall, D., Bohlin, G., Rydell, A. M., & Thorell, L. B. (2017). Neuropsychological deficits in preschool as predictors of ADHD symptoms and academic achievement in late adolescence. *Child Neuropsychology*, 23(1), 111-128

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 10.1186/1471-2458-13-628

Schlack, R, Junker, S. (2018) Muster der Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS in der KiGGS Welle 2. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 2019. 167 (Suppl 4): p. S260.

Schmidt S, Petermann F (2008) Entwicklungspsychopathologie der ADHS. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 56(4):265-274

Schmidt S, Petermann F (2011) ADHS über die Lebensspanne—Symptome und neue diagnostische Ansätze. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 59(3):227-238.

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. *European Child & Adolescent Psychiatry* 28(8):1065-1078 10.1007/s00787-018-1263-4.

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 10.1007/s00787-008-1015-y

Wölflé 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