



Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer

Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse der BELLA Studie zu Prävalenz und Versorgung



Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer MPH
Professorin für Gesundheitswissenschaften – Versorgung von Kindern
und Jugendlichen
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und
-psychosomatik
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Forschungssektion „Child Public Health“ – www.child-public-health.org

- Fragestellungen
 - Wie ist die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen - national und international?
Gesundheitsverhalten und Befinden?
 - Wie viele Kinder haben psychische Probleme?
Was trägt dazu bei, dass sie keine entwickeln?
 - Was kann für Kinder und Jugendliche getan werden – in
Prävention und Versorgung?



The screenshot shows the homepage of the Child Public Health research section. At the top, there is a red banner with the text "Child Public Health" and the website URL "www.child-public-health.org". Below the banner, there is a navigation menu on the left with links to "Startseite", "Child Public Health", "Forschungsinhalte", "Aktuelles", "Publikationen", "Kooperationen", and "Kontakt". The main content area features a heading "Forschungssektion 'Child Public Health'" followed by a welcome message: "Herzlich Willkommen in der Forschungssektion 'Child Public Health'". Below this, there is a paragraph of text explaining the research section's focus on promoting healthy growth and utilizing prevention potential in children and adolescents. At the bottom of the page, there is a logo for "Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf" and the name "Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer, MPH, Professorin für Gesundheitswissenschaften". The page also includes several photographs of buildings and people.

Das 20. Jahrhundert - Jahrhundert des Kindes? Was bezeichnet die „neue Morbidität“ im Kindes- und Jugendalter ?

- Verschiebung von den **akuten** zu den **chronischen** Erkrankungen
 - z.B. deutlicher Rückgang der Säuglingssterblichkeit
 - geringere Bedeutung von Infektionskrankheiten
 - Zunahme chronische Krankheiten wie Asthma, Krankheiten des allergischen Formenkreises und Adipositas
- Verschiebung von den **somatischen** zu den **psychischen** Störungen
 - Entwicklungs- und Verhaltensstörungen wie z.B. Lernstörungen, Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen, Gewaltbereitschaft, emotionale Auffälligkeiten, sowie Alkohol- und Drogenkonsum

Die „**neue Morbidität**“ wird zu einem großen Teil von Störungen der Entwicklung, der Emotionalität und des Sozialverhaltens bestimmt.



1846

Die Geschichte vom Zappel-Philipp

ADHS:
Konzentrationsprobleme,
motorische Unruhe,
Impulsivität,
Stimmungsschwankungen



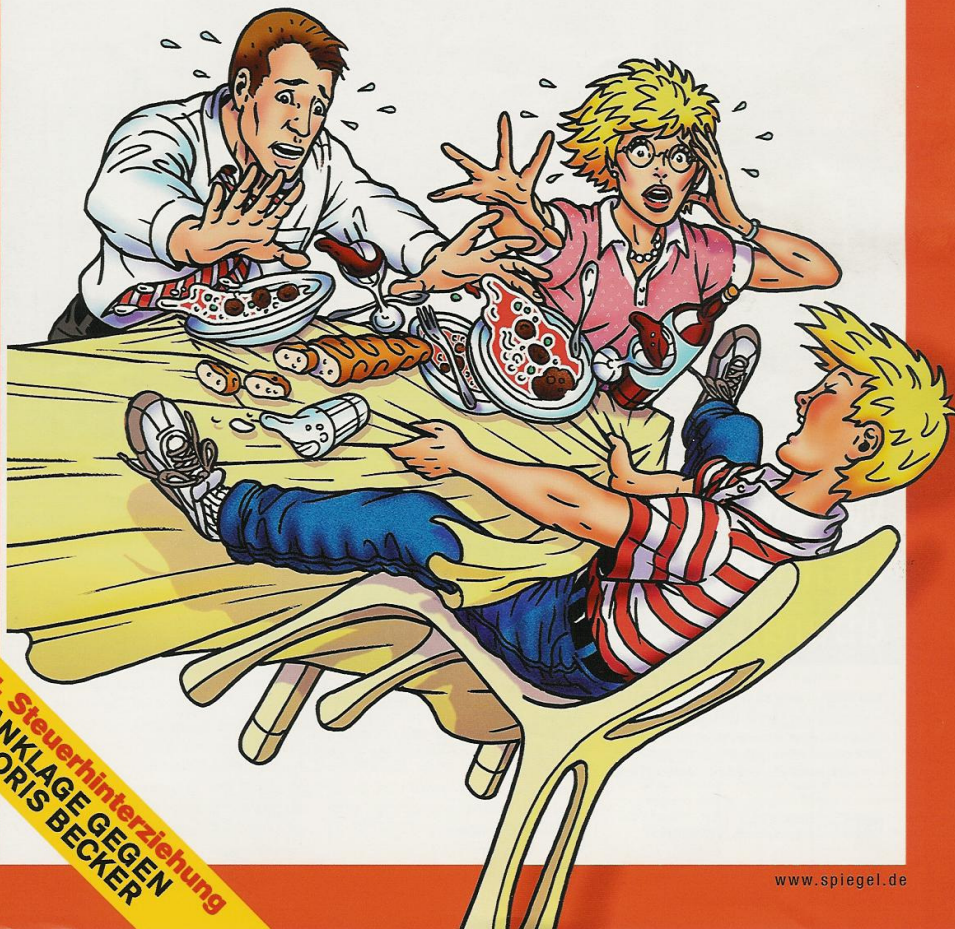
»Ob der Philipp heute still
Wohl bei Tische sitzen will?«
Also sprach in ernstem Ton
Der Papa zu seinem Sohn,
Und die Mutter blickte stumm
Auf dem ganzen Tisch herum.
Doch der Philipp hörte nicht,
Was zu ihm der Vater spricht.
Er gaukelt
Und schaukelt,
Er trappelt
Und zappelt
Auf dem Stuhle hin und her.
»Philipp, das mißfällt mir sehr!«

DER SPIEGEL

Nr. 29/15.7.02
Deutschland: 2,80 €
4 190700 702802 29

DAS ZAPPELPHILIPP- SYNDROM

Wann sind Kinder psychisch krank?



wg. Steuerhinterziehung
**ANKLAGE GEGEN
BORIS BECKER**

www.spiegel.de



2002

2012?



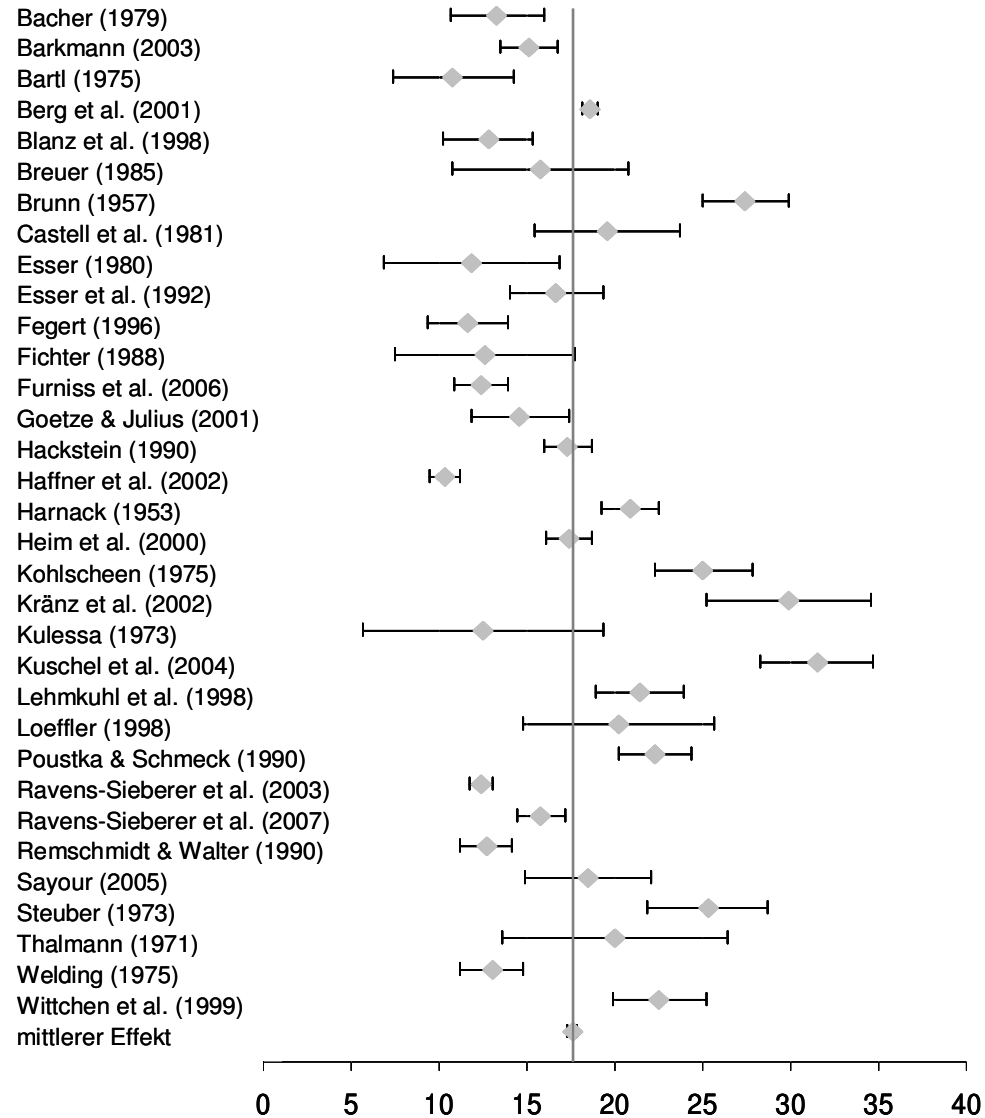
F. Hässler (Universität Rostock)



Psychische Auffälligkeit im Kindes- und Jugendalter

- Die **Prävalenz** psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen liegt in Deutschland bei ca. **18%**
(G. Lehmkuhl, M. Döpfner et al. 1998; H.-U. Wittchen et al. 1998; Barkmann & Schulte-Markwort, 2003)
- **Prävalenzraten** aus anderen internationalen Studien:
 - Frankreich **12,4%** (3 Monatsprävalenz) [Fombonne, 1996]
 - Schweiz **22,5%** (6 Monatsprävalenz) [Steinhausen et al., 1998]
 - Niederlande **14,1%** (6 Monatsprävalenz) [Verhulst et al., 1997]
 - USA **20,3%** (6 Monatsprävalenz) [Shaffer et al., 1996]
- Verschiedene Prävalenzen weisen auf die schwere Erfassung und unterschiedliche Falldefinitionen von psychischer Auffälligkeit hin.
- Die **Persistenz** beträgt ca. 50 % bei 2-5 Jahren, 10% verlaufen chronisch *(Ihle & Esser, 2002)*

Meta-Analyse: Verteilung der mittleren Primärstudieneffekte



Die präzisionsgewichtete durchschnittliche Primärstudienprävalenz liegt bei $M=17.6\%$ ($95\%-KI=15.7;19.5$, $k=33$).

Barkmann et al. 2009

10

Wesentliche Fragestellungen hinsichtlich Prävention und Versorgung:

- Was sind die bedeutsamsten **seelischen Probleme** im Kindes- und Jugendalter?
- Wie ist die **Versorgungslage** der betroffenen Kinder?
- Welche Einflussfaktoren – **Risiken und Ressourcen** – sind besonders wichtig?

➔ Ergebnisse bieten eine Basis für Präventions- und Interventionsmaßnahmen

- Wie lassen sich entsprechende **Ergebnisse kommunizieren**, z.B. an Familien, Schulen, Kindergärten ... aber auch an die Gesundheitspolitik?

Studienbeispiele:

- Der bundesweite **Kinder- und Jugendgesundheitssurvey** des Robert Koch-Instituts (KIGGS)



- Die **BELLA-Studie** als ein Modul von KIGGS
 - Psychische Gesundheit



- Implikationen für Prävention:
Die **AOK-Stern-Familienstudie**



Der bundesweite Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) des Robert-Koch Instituts ...



- ... untersuchte von Mai 2003 bis Mai 2006 mit vier Teams eine **repräsentative Stichprobe** von 17.641 Kindern an 167 Orten.
- Die Familien hatten Kinder zwischen 0 und 17 Jahren.
- Teilnahmequote = 66,6%.
- Themen: körperliche & psychische Gesundheit, soziales Umfeld, Lebensbedingungen u.v.m.



Untersuchungsprogramm und -durchführung

Die Untersuchungen wurden von vier ärztlich geleiteten Untersuchungsteams vor Ort durchgeführt.

Für die Untersuchungen wurden eigens spezielle Untersuchungszentren vor Ort eingerichtet



KiGGS - Untersuchungsprogramm

Das nach Altergruppen gestaffelte Untersuchungsprogramm bestand aus:

schriftliche Befragung der Eltern und der Jugendlichen von 11-17 Jahren



Medizinische Untersuchungen und Tests



computergestütztes ärztliches Elterninterview



Blut- und Urinprobe



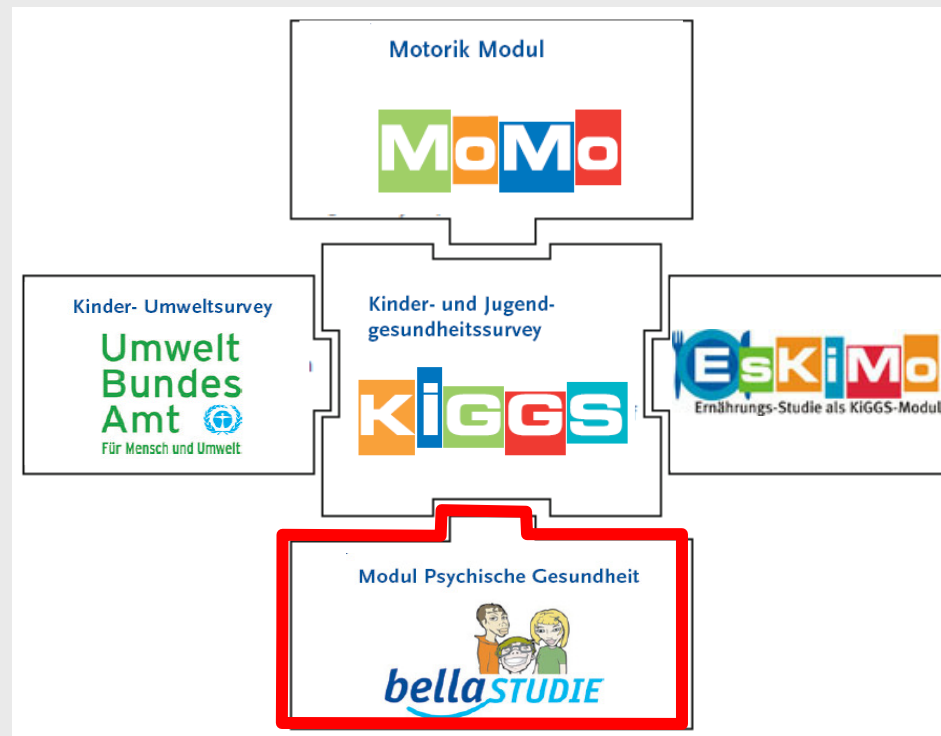
KIGGS - Gegenstand der Untersuchung

Gegenstand der Untersuchung waren:

- körperliche Beschwerden und Befindlichkeit
- akute und chronische Krankheiten
- Behinderungen
- Gesundheitsrisiken und Unfälle
- psychische Gesundheit: Verhaltensauffälligkeiten, Lebensqualität, Schutzfaktoren
- Ernährung, Essstörungen und Adipositas
- Gesundheitsverhalten und Freizeitaktivitäten
- Medikamentenkonsument, Impfstatus, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen
- Körpermaße
- motorische Leistungsfähigkeit
- Sehvermögen
- Blutdruck
- Blut- und Urinparameter
- Schilddrüsenultraschall

Die Befragung “Seelisches Wohlbefinden und Verhalten” - ein Modul von KiGGS

-  konnte nur die wichtigsten Indikatoren als „Eckwerte“ erheben.
- Vertiefende Erhebungen wurden durch **Zusatzmodule** an Subsamples durchgeführt.
- BELLA** ist an **KiGGS** angeschlossen
- Eine **repräsentative Unterstichprobe** von 4199 Familien wurden um Teilnahme an der **BELLA-Studie** gebeten.



Aus Ravens-Sieberer et al. (2008) Eur Child Adolesc Psychiatry 17(Suppl1):10-21.

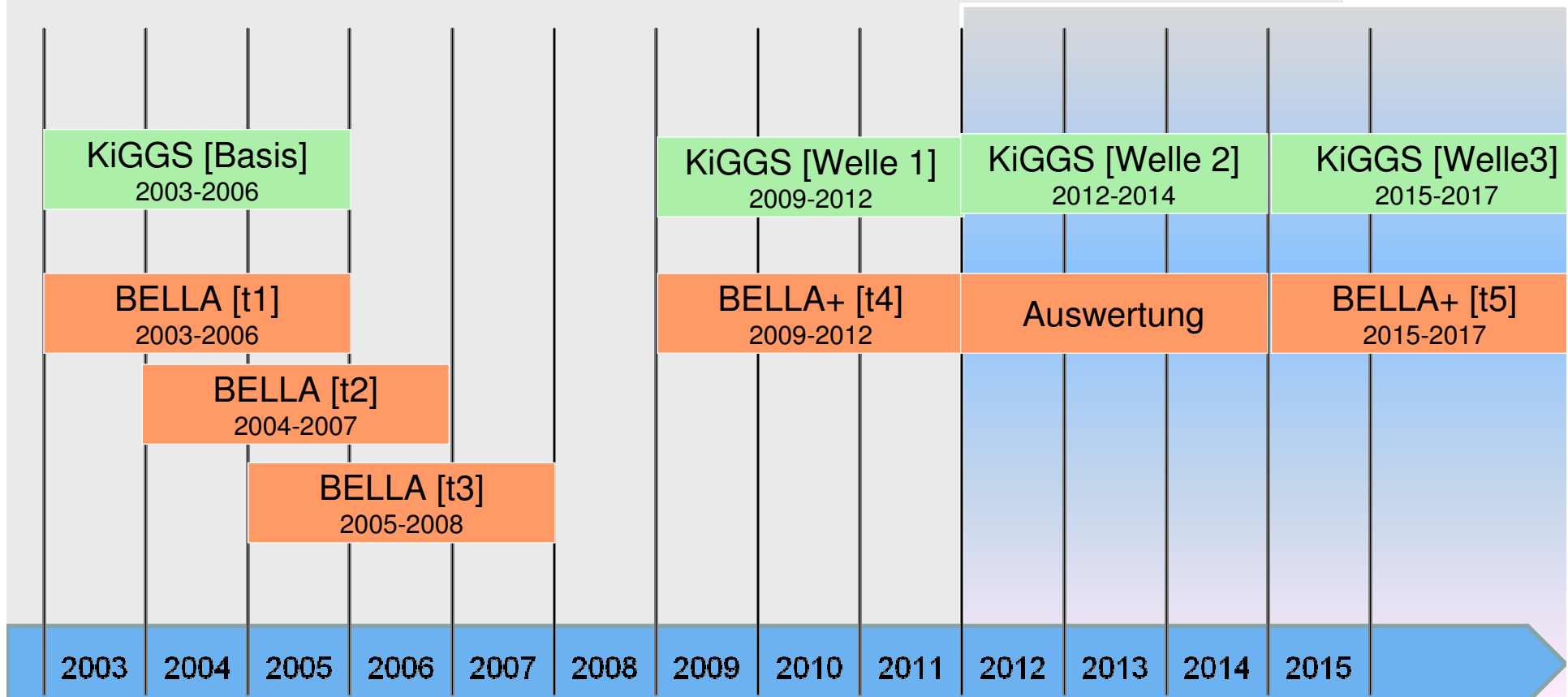
bellaSTUDIE: Ziele und Fragestellungen

- Die BELLA-Studie untersucht:
 - Wie ist die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland?
=> Wie häufig treten bestimmte psychische Auffälligkeiten auf?
 - Wie ist die gesundheitliche Versorgung der Betroffenen?
=> Welche Angebote werden wahrgenommen?
 - Welche relevanten Einflussfaktoren können identifiziert werden?
=> Welche Risiko- und Schutzfaktoren gibt es?
=> Wie häufig treten sie auf? Wie sind sie verteilt?
- Ziel ist die Verbesserung von Prävention und Versorgung
z.B. Identifikation von Risikogruppen mit Interventionsbedarf

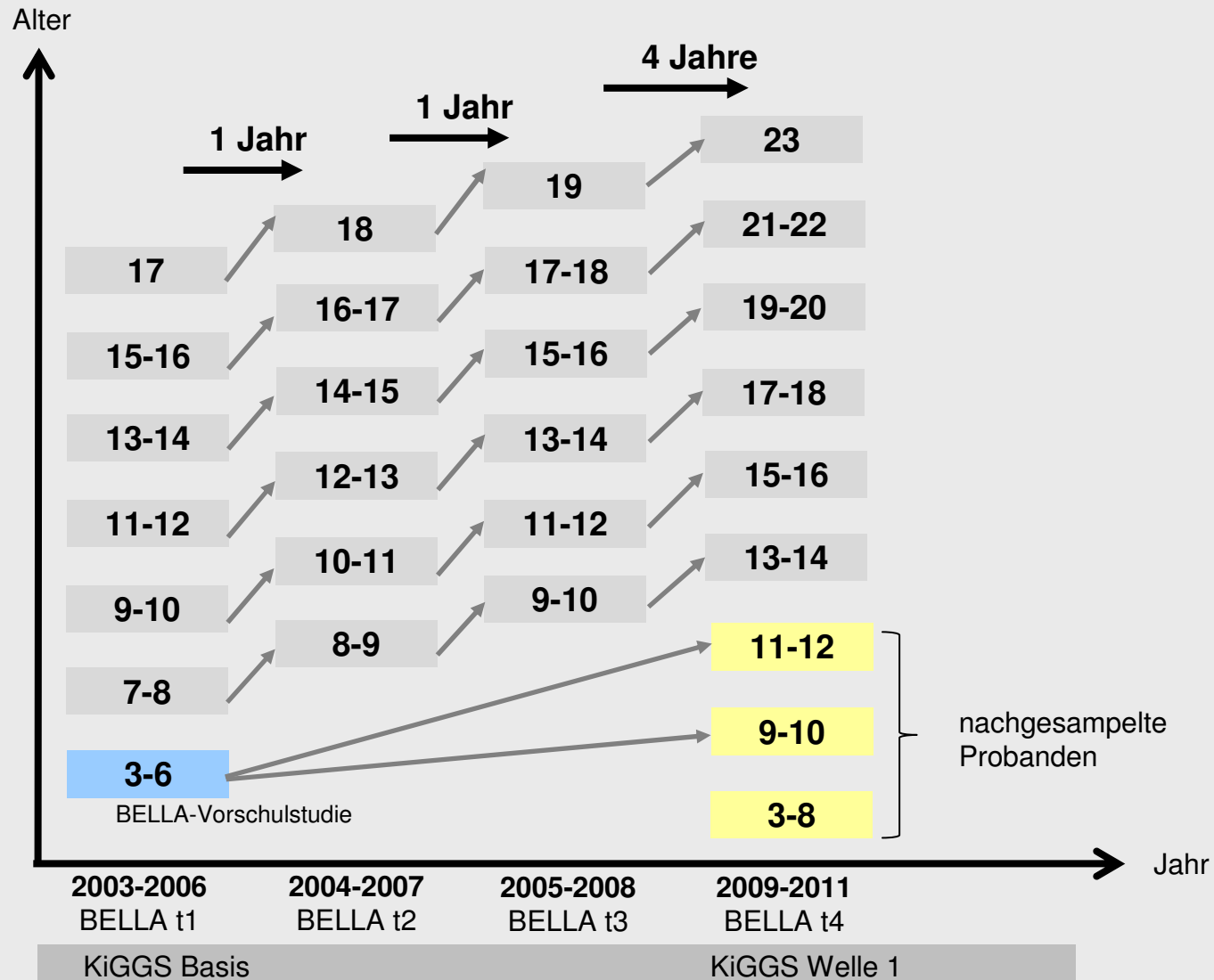
Zu Zielen der BELLA-Studie siehe auch Ravens-Sieberer et al. (2008) Eur Child Adolesc Psychiatry 17(Suppl1):10–21

Die Fortführung der BELLA-Studie als Längsschnittuntersuchung

Alle ProbandInnen wurden gebeten mehrfach an der Studie teilzunehmen. Zur Zeit werden für den 4. Befragungszeitpunkt die Daten erhoben.

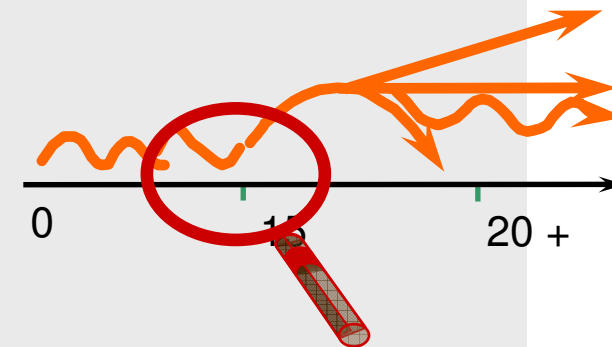


Entwicklung der Kohorte



Psychiatrische Epidemiologie: BELLA-Studie und BELLAplus-Kohorte

- Verteilung der Häufigkeit psychischer Störungen in der Bevölkerung / in Subpopulationen
- Beschreibung des „natürlichen“ Verlaufs
 - Erstauftretensalter
 - Persistenz, Wiederauftreten
 - Komplikationen, Konsequenzen
 - Identifikation kritischer Übergangsstadien
- Evaluation von Bedarf und Angebot von Behandlungsmassnahmen/-verläufen



Die Bella-Studie: Durchführung

- Bei Einverständnis wurden die Familien telefonisch kontaktiert und etwa ½ Stunde standardisiert interviewt.



- Anschließend wurde ihnen ein Fragebogen geschickt.
- 2863 Familien mit Kindern zwischen 7 und 17 nahmen teil.
- Ab 11 Jahren wurden auch die Kinder selber telefonisch und schriftlich befragt.

Zur Durchführung der BELLA-Studie siehe auch Ravens-Sieberer et al. (2008) Eur Child Adolesc Psychiatry 17(Suppl1):10–21

Erfassung psychischer Auffälligkeiten mit dem SDQ

(*Strength and Difficulties Questionnaire, Goodman et al. 1997*)

- Die psychische Auffälligkeit wurde mit Hilfe des **Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997)** erfasst.

Der **Symptomfragebogen** enthält 25 Items auf fünf Subskalen:

- Verhaltensprobleme,
- emotionale Probleme,
- Hyperaktivität,
- Peer-Probleme
- und prosoziales Verhalten

- Das **SDQ-Impact Supplement** erfasst mit 8 Items die Belastung.

Die Informationen zu **Symptomen** und **Belastung** wurden mit Hilfe eines Algorithmus integriert, der die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Auffälligkeit ermittelt.

Symptome

Belastung



Vorhersage psychische Auffälligkeit:

=> „unwahrscheinlich“

=> „möglich“

=> „wahrscheinlich“

Die Erfassung psychischer Auffälligkeiten – Instrumente

Um spezifische Auffälligkeiten wie Depressionen, Ängsten, ADHS oder Störungen des Sozialverhaltens zu erfassen, wurden zusätzliche standardisierte Instrumente eingesetzt.

- **Depression:** CES-DC (*Faulstich et al. 1986*) und DIKJ (*Stiensmeier-Pelster et al. 1989*)
- **Angst:** SCARED (*Birmaher et al. 1997, 1999*)
- **Hyperaktivität:** Conners' Scale (*Conners 1996*)
FBB-HKS (*Döpfner et al. 1998*) und
Untersucherrating
- **Störungen des Sozialverhaltens:**
CBCL-Skalen Dissoziales Verhalten und
Aggressives Verhalten (*Döpfner et al. 1998*)
- **Suizidalität:** CBCL-Items (*Döpfner et al. 1998*)

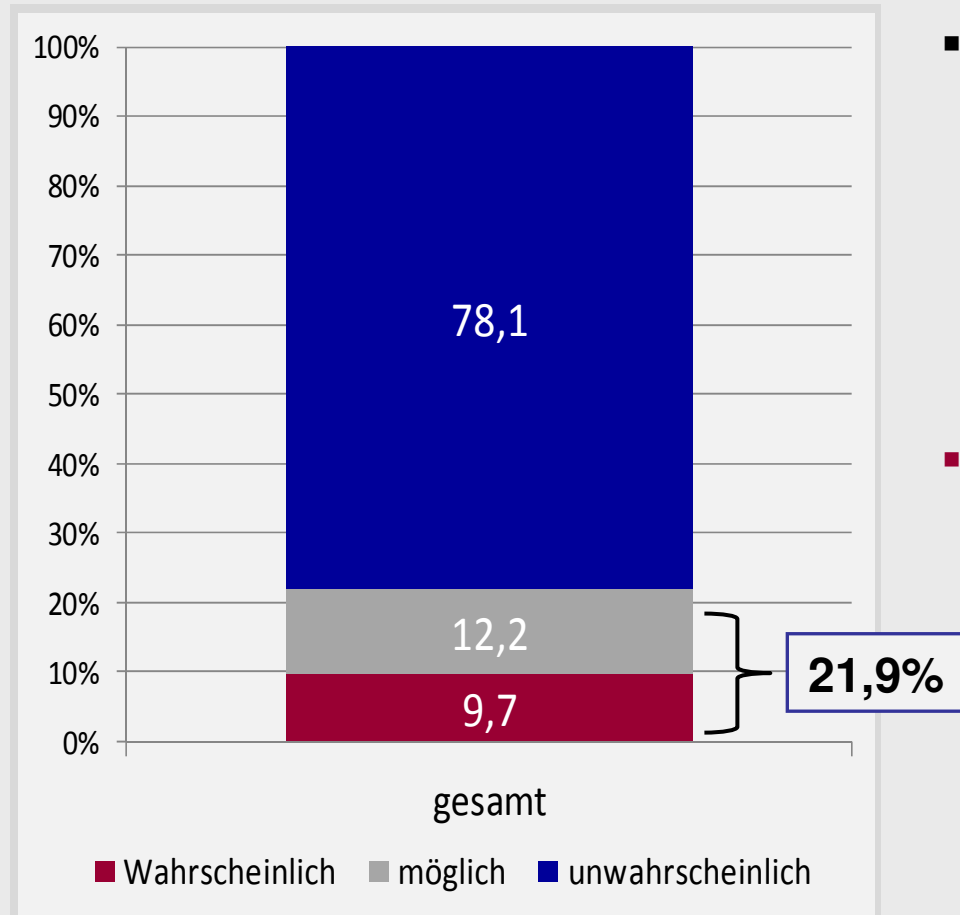
Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS)



Häufigkeiten psychischer Störungen

Was sind die bedeutsamsten **seelischen Probleme** im Kindes- und Jugendalter?

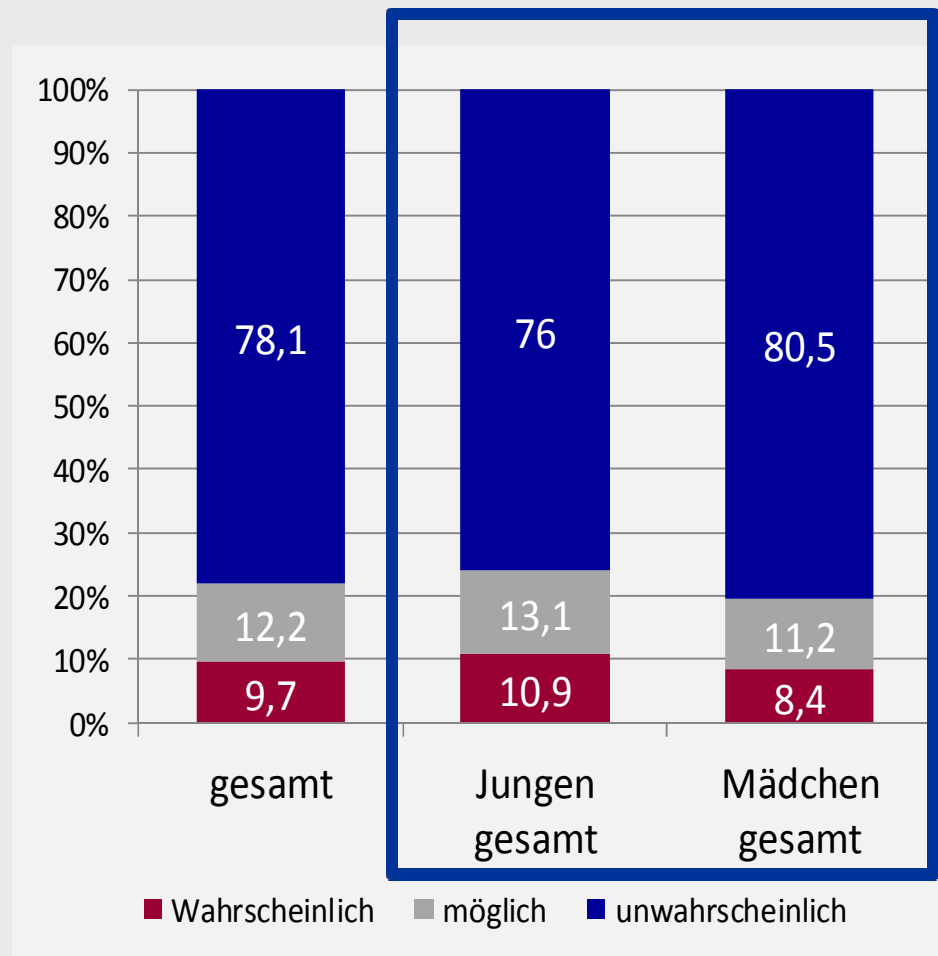
Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten



- Nach den SDQ-Angaben zu Symptomen und Belastung liegt bei **9,7%** der untersuchten Kinder sehr **wahrscheinlich** eine psychische Auffälligkeit vor,
- **12,2%** zeigen **möglicherweise** psychische Auffälligkeiten.

Aus: Ravens-Sieberer et al. (2007) Bundesgesundheitsblatt 50(5):871-78.

Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten nach Geschlecht

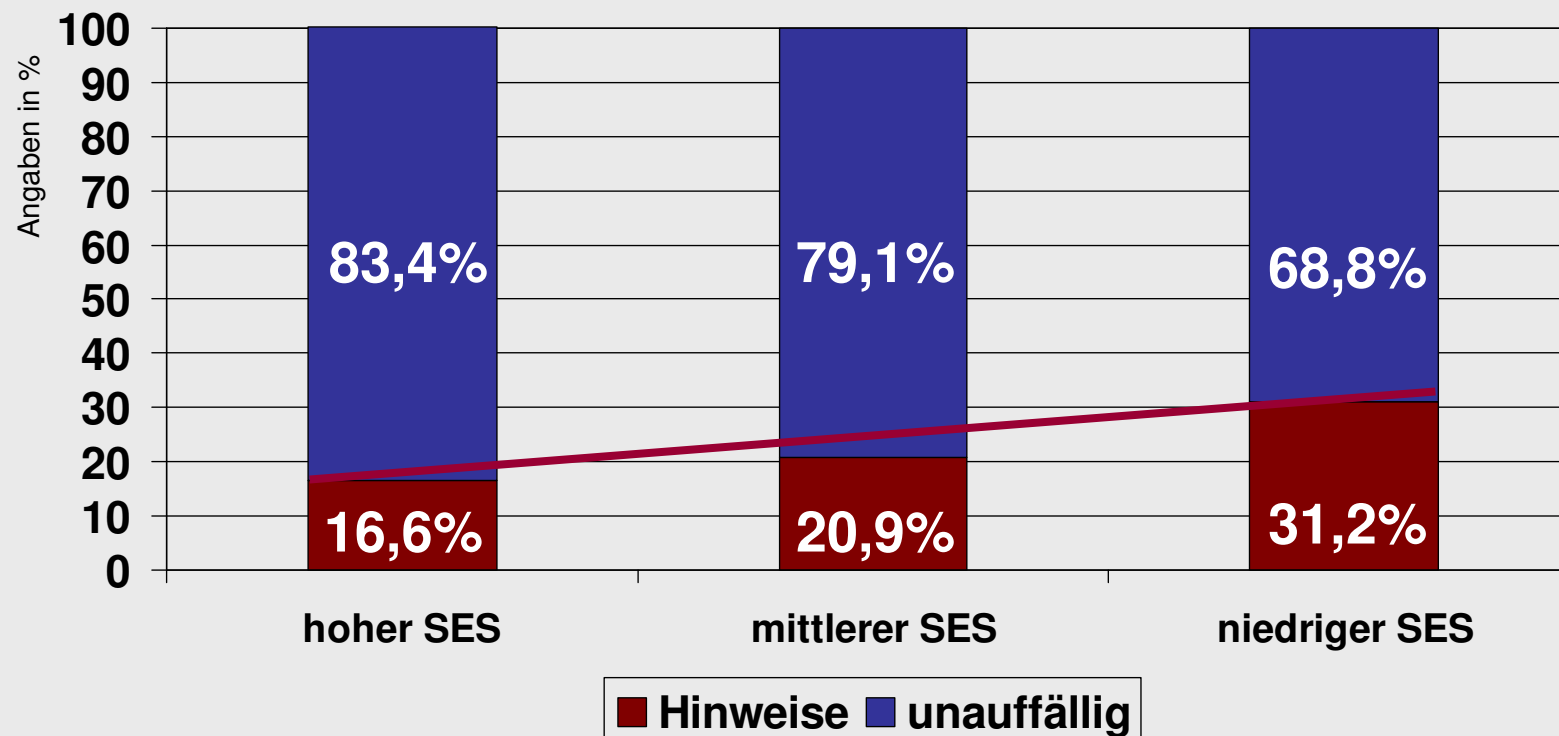


- Jungen zeigen häufigen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten als Mädchen
- Die Häufigkeit der Auffälligkeiten steigt mit dem Alter leicht an.

Aus: Ravens-Sieberer et al. (2007) Bundesgesundheitsblatt 50(5):871-78.

Psychische Auffälligkeit nach sozioökonomischem Status

- Das Auftreten von Hinweisen auf psychische Auffälligkeit wird mit einem **niedrigeren sozioökonomischen Status** der Familien (hier nach Winkler) signifikant häufiger.
- Gradient stabil über 2 Jahre follow up
- psychische Auffälligkeit bei Kindern mit niedrigem SES persistenter als bei hohen SES



Aus: Ravens-Sieberer et al. (2007) Bundesgesundheitsblatt 50(5):871-78.

Die Bella-Studie: Spezifische psychische Auffälligkeiten

- Von den Kindern und Jugendlichen mit Hinweisen auf allgemeine psychische Auffälligkeit weisen **65% Anzeichen für spezifische psychische Störungen** auf.
- Für die Gesamtgruppe der Kinder und Jugendlichen bedeutet dies folgende Auftretenshäufigkeiten/Prävalenzen:



- **Ängste: 10%**

Ängste sind bei älteren Kindern geringfügig häufiger, die Geschlechtsverteilung ist ausgewogen.



- **Störungen des Sozialverhaltens: 7,6%**

Hier sind (je nach Altersgruppe) 80% bis 90% aggressiv und 50% dissozial auffällig, bei den jüngeren Kindern sind Jungen häufiger betroffen.



- **Depression: 5,4%**

Bei jüngeren Kindern sind Jungen etwas häufiger betroffen, ab 11 Jahren gleicht sich die Geschlechtsverteilung an.



- **Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung: 2,2%**

Hier sind jüngere Kinder deutlich häufiger betroffen als ältere und Jungen deutlich häufiger betroffen als Mädchen.

Auftretenshäufigkeiten spezifischer psychischer Auffälligkeiten

- Auch alle spezifischen Störungen treten bei niedrigerem SES häufiger auf.

Auftretenshäufigkeit spezifischer psychischer Auffälligkeiten				
	Depression	Ängste	ADHS	Störungen des Sozialverhaltens
Geschlecht				
Jungen % (95 % KI)	5,4 (4,1–7,2)	10,1 (8,4–12,2)	2,9 (2,0–4,2)	7,9 (6,3–9,8)
Mädchen % (95 % KI)	5,3 (3,9–7,2)	10,0 (8,0–12,3)	1,4 (0,7–2,8)	7,2 (5,7–9,1)
Sozioökonomischer Status				
Niedriger % (95 % KI)	↑ 7,3 (5,2–10,1)	↑ 12,9 (10,2–16,2)	↑ 3,7 (2,3–6,0)	↑ 11,3 (8,7–14,5)
Mittlerer % (95 % KI)	5,5 (4,1–7,3)	10,1 (8,2–12,3)	2,3 (1,4–3,7)	7,1 (5,6–8,9)
Hoher % (95 % KI)	3,8 (2,5–5,9)	8,0 (5,9–10,8)	0,9 (0,4–2,1)	5,7 (3,9–8,4)
Gesamt				
% (95 % KI)	5,4 (4,3–6,6)	10,0 (8,7–11,6)	2,2 (1,6–3,1)	7,6 (6,5–8,7)

Aus: Ravens-Sieberer et al. (2007) Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). BGB 50 (5/6), 871-878

Versorgung

Wie ist die **Versorgungslage** der betroffenen Kinder?

Versorgung der betroffenen Kinder

Betrachtet man die Frage an die Eltern hinsichtlich einer psychischen Erkrankung ihres Kindes:

„Hat Ihr Kind eine psychische Erkrankung (z.B. eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Depression, Angststörung oder Störung des Sozialverhaltens)?“

sowie die sich anschließende Frage, ob das Kind für die vorliegende Störung behandelt wird

„Ist es deswegen in psychologischer, psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?“

zeigt sich, dass **48,5% der Kinder in Behandlung** sind.

Behandlung spezifischer psychischer Probleme bei 11-17 Jährigen

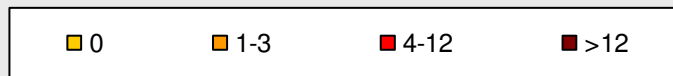
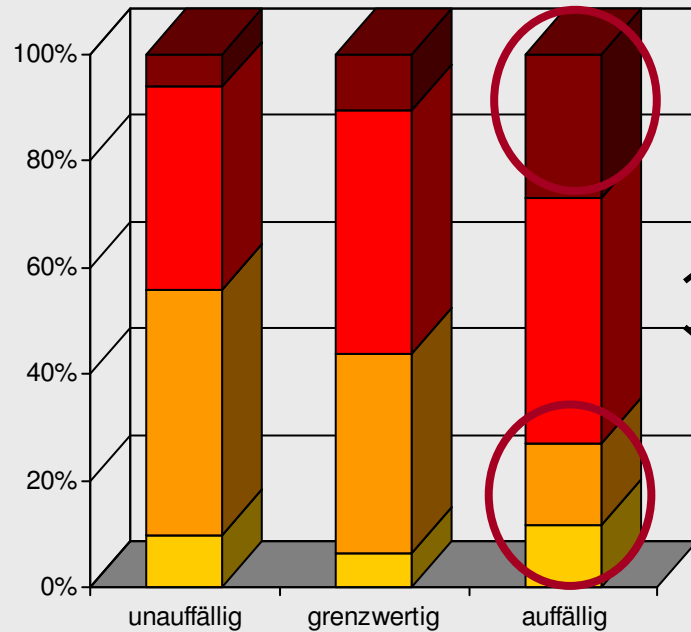
Anteil „in Behandlung“ oder „Behandlungsbedarf erkannt“

		In Behandlung oder Behandlungsbedarf erkannt
Depression (CES-DC ≥ 16)		30.2% [18.6-44.8]
	Mädchen (n=893)	22.8% [10.9-41.5]
	Jungen (n=946)	36.6% [19.0-58.7]
Ängste (SCARED-5 ≥ 3)		41.9% [26.7-58.7]
	Mädchen (n=894)	41.2% [23.3-61.7]
	Jungen (n=947)	42.6% [21.2-67.1]
ADHS (Conners ≥ 15)		39.7% [27.8-52.9]
	Mädchen (n=890)	38.9% [20.7-60.9]
	Jungen (n=939)	40.2% [24.7-57.8]
Verhaltensprobleme (CBCL)		27.8% [18.9-38.8]
	Mädchen (n=779)	33.4% [20.0-50.0]
	Jungen (n=821)	23.3% [13.1-38.0]

Inanspruchnahme bei psychischer Auffälligkeit

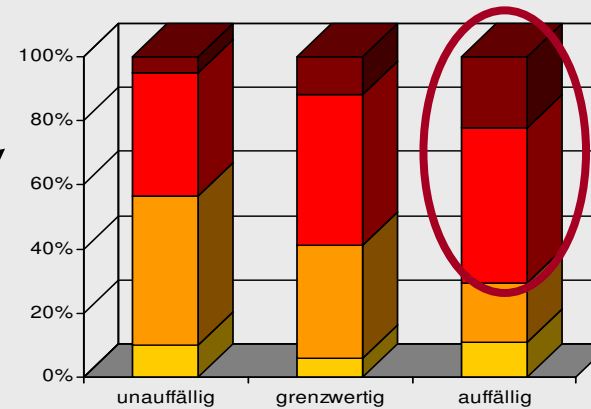
(Arztbesuche im letzten Jahr)

alle Arztbesuche

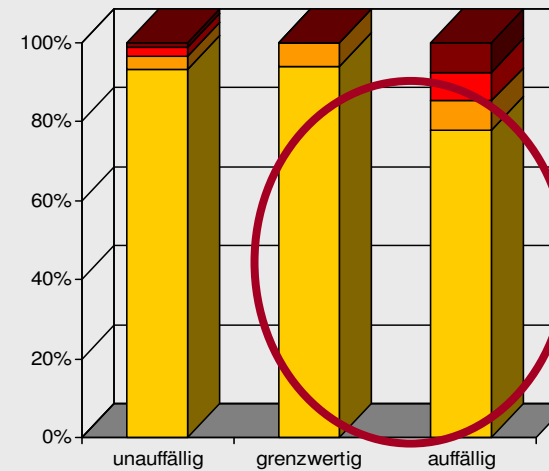


*"psych. Störung ist ..."

... somatische Versorgung



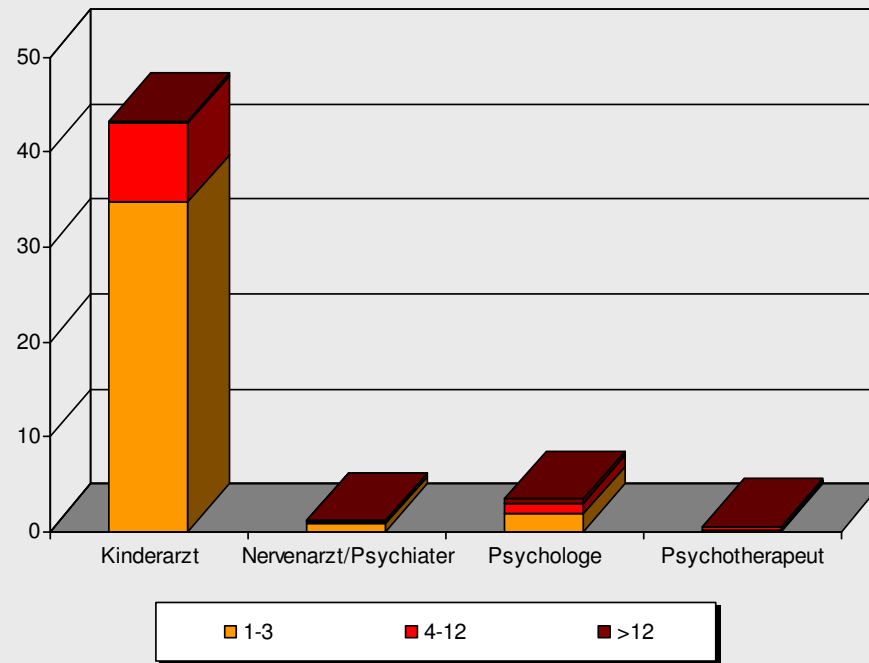
... psychologische und psychiatrische Versorgung



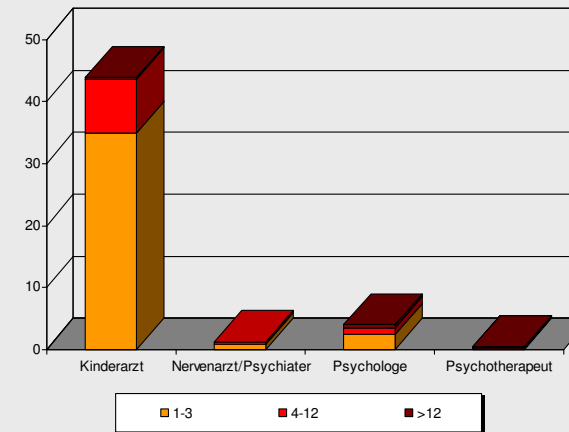
Psychologische, psychiatrische oder psychotherapeutische Versorgung

(Anzahl der Konsultationen im letzten Jahr)

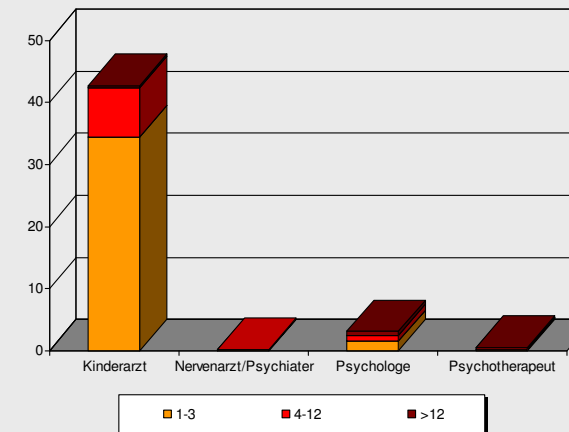
Therapeuten detailliert
(KiGGS, N=11530 7-17-Jährige)



Jungen (n=5918)



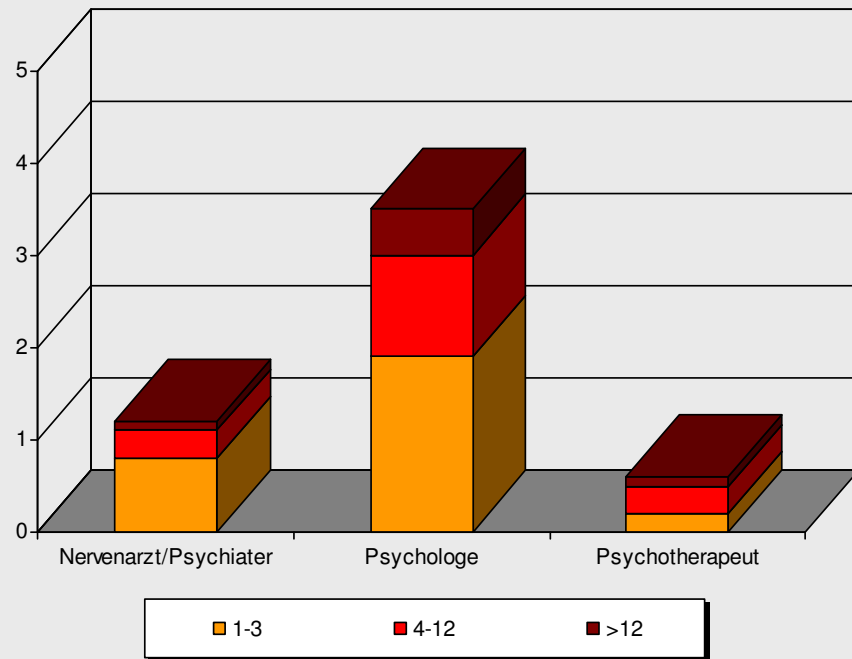
Mädchen (n=5612)



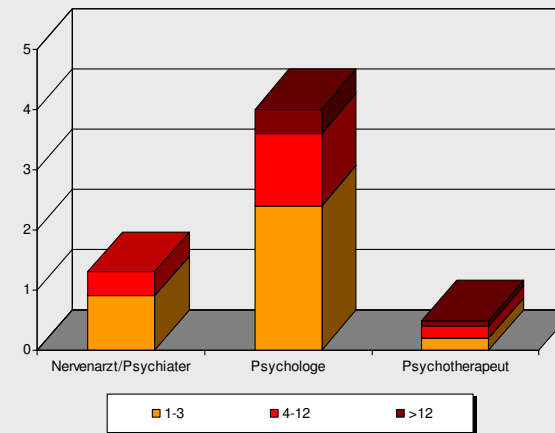
Psychologische, psychiatrische oder psychotherapeutische Versorgung

(Anzahl der Konsultationen im letzten Jahr)

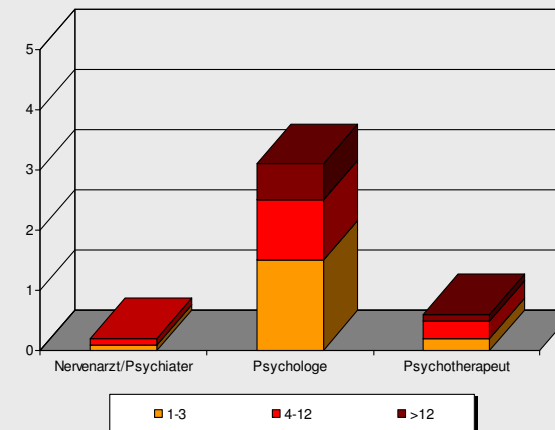
Therapeuten detailliert (Ausschnitt)
(KiGGS, N=11530 7-17-Jährige)



Jungen (n=5918)



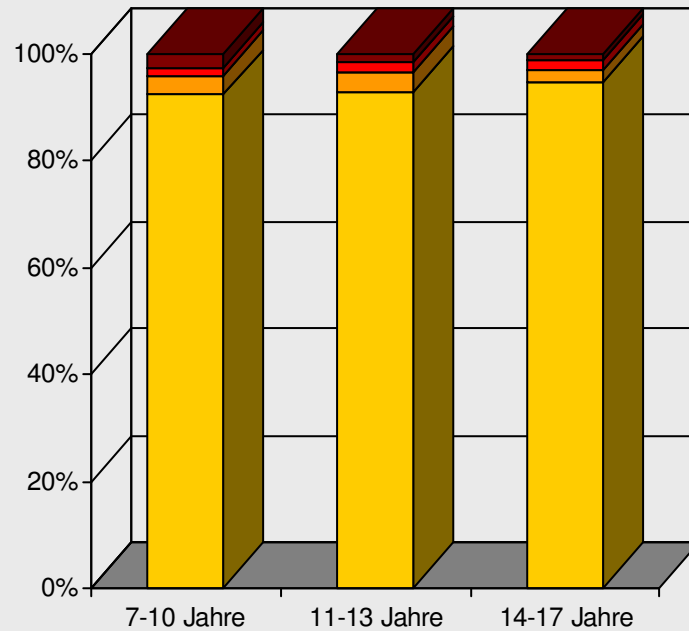
Mädchen (n=5612)



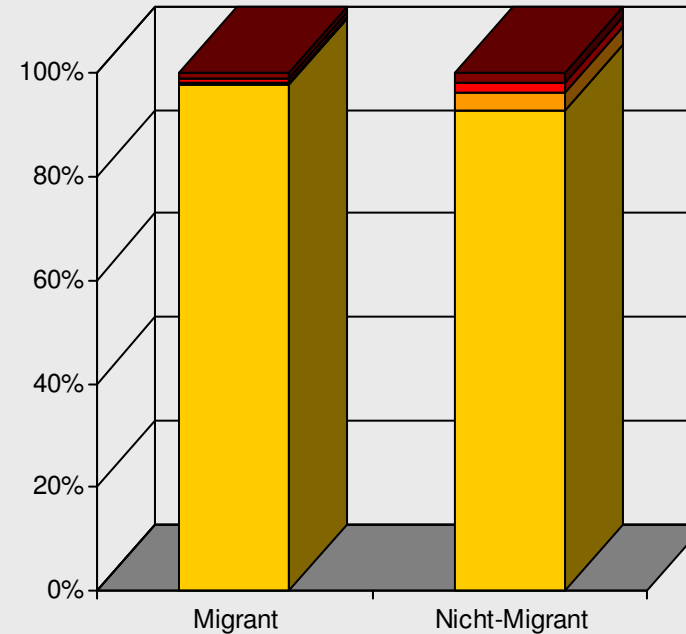
Korrelate der psychologischen, psychiatrischen oder psychotherapeutischen Versorgung

(Anzahl der Konsultationen im letzten Jahr)

Altersgruppen



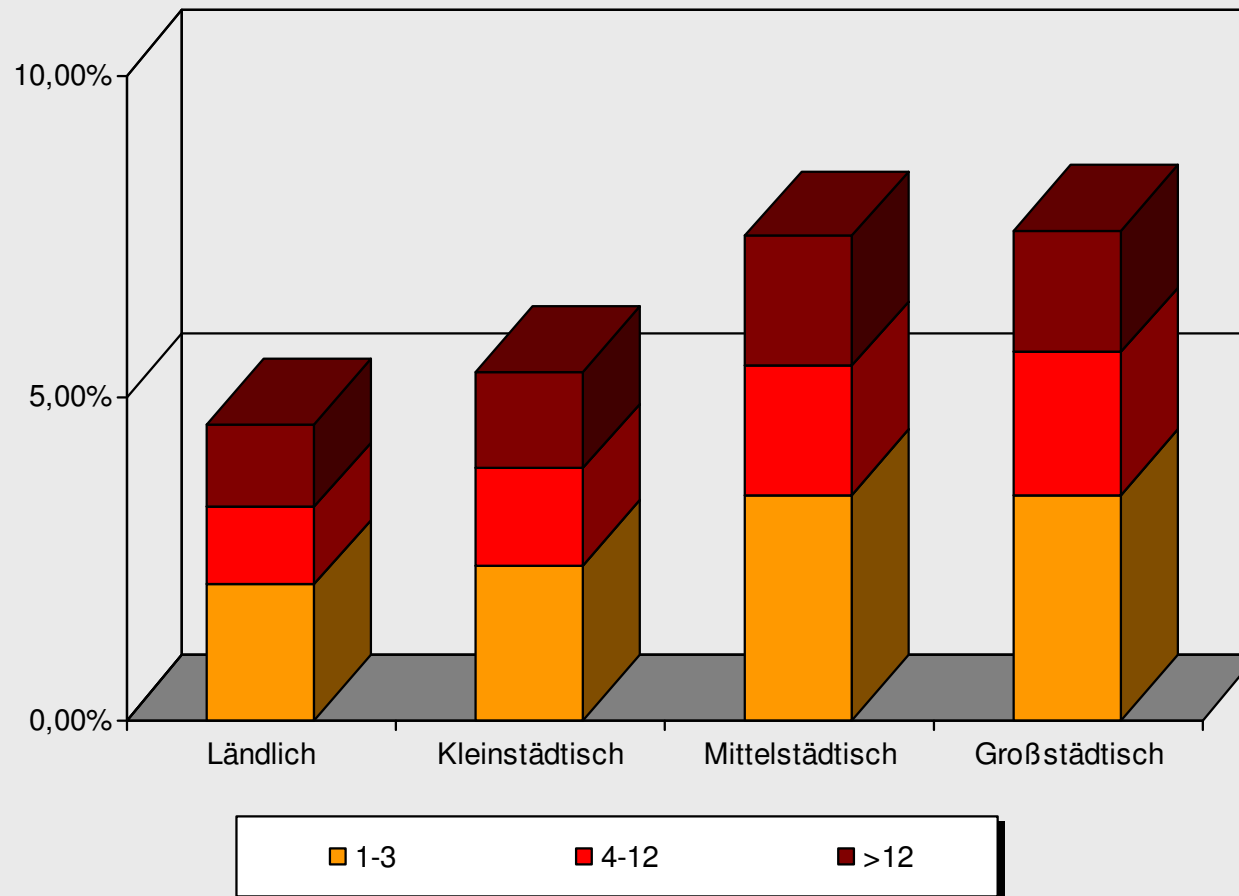
Migrationsstatus



Korrelate der psychologischen, psychiatrischen oder psychotherapeutischen Versorgung in der allgemeinen Bevölkerung

(Anzahl der Konsultationen im letzten Jahr)

Stadt versus Land



Social Inequalities and health care utilisation

„...Multiple logistic regression analysis showed that children...

- ... with high psychopathological symptom load and impact
- ... at younger age
- ... in families with higher SES,
... with higher maternal level of education

have a higher change of receiving psychological or psychiatric care“.

(Ravens-Sieberer et al. (in press) International Journal of Public Health)

Risiko- und Schutzfaktoren

Welche Einflussfaktoren – Risiken und Ressourcen – sind besonders wichtig?

Risikofaktoren und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit

Was lässt Menschen

➔ krank werden?

➔ trotz oft außergewöhnlicher Belastungen gesund bleiben?

Risikofaktoren



Schutzfaktoren

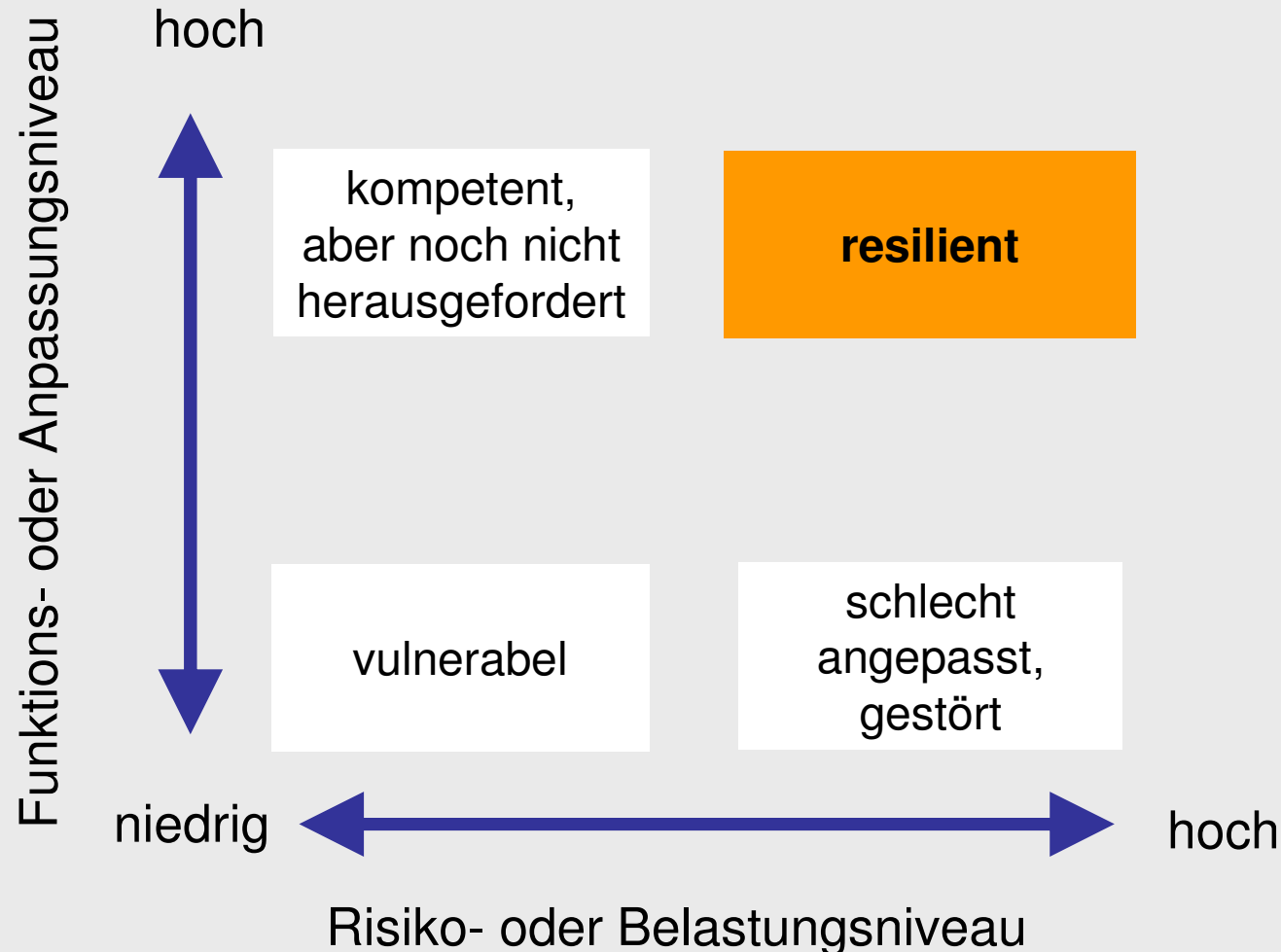
sind Einflussfaktoren, die

➔ die Wahrscheinlichkeit einer Person, gesund zu bleiben oder zu werden, verringern.

➔ die negativen Auswirkungen von Risikofaktoren abmildern oder die Wahrscheinlichkeit positiven gesundheitlichen Outcomes steigern.

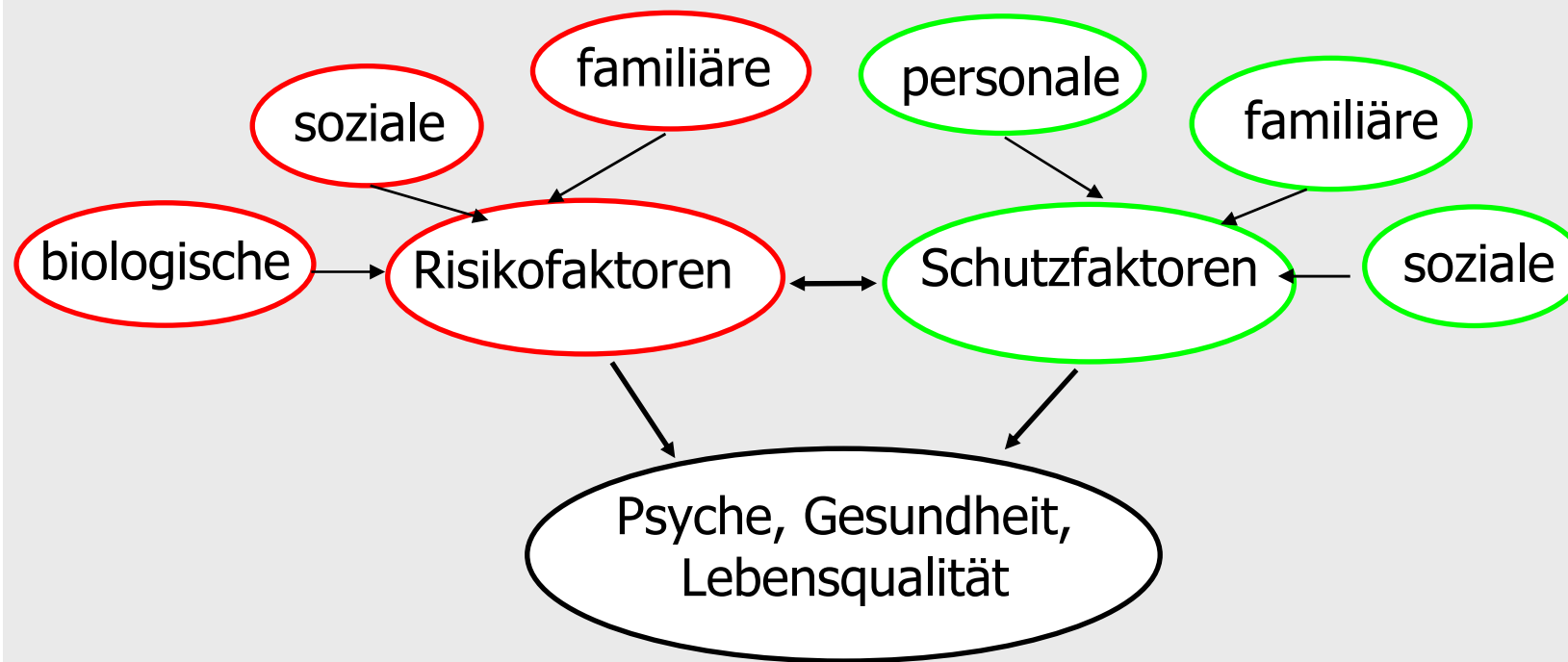
Ann Masten: Resilienz

(nach Masten & Reed, 2002)

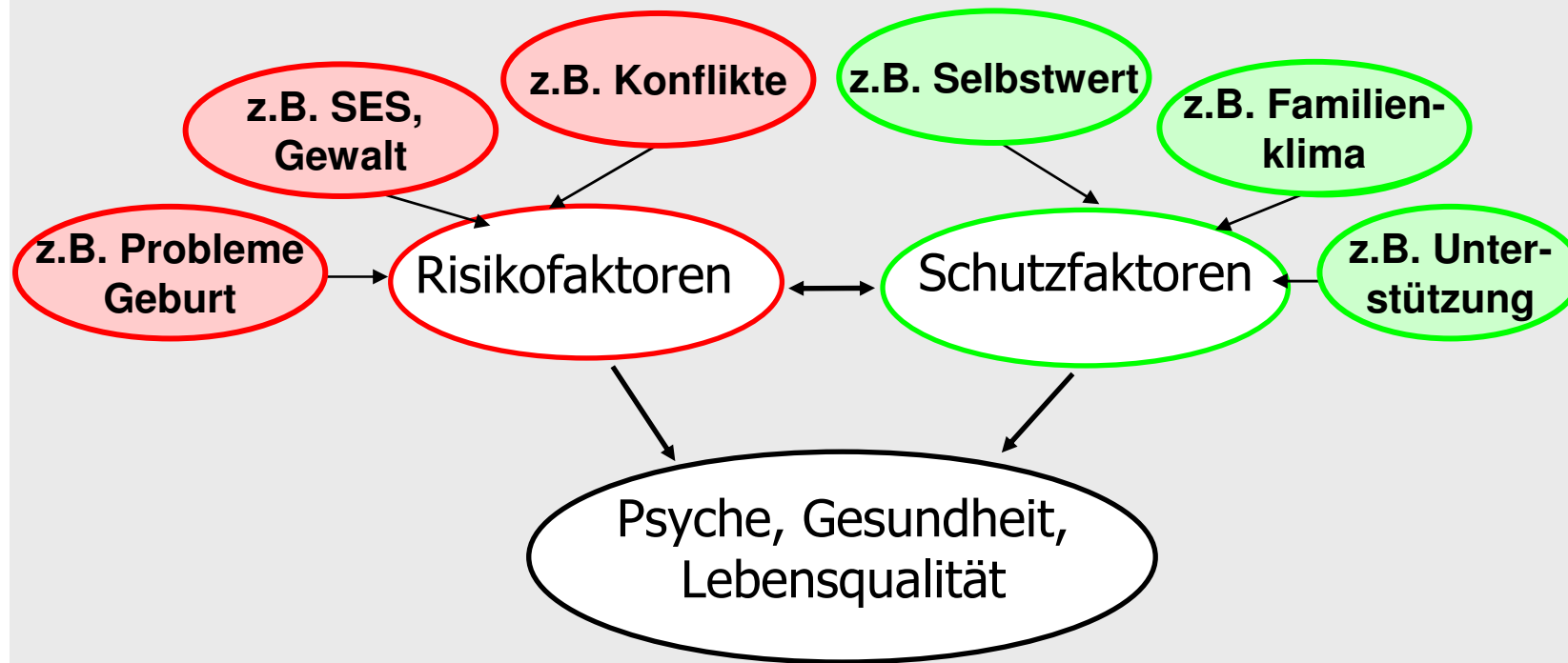


Protective factor: "A **measurable characteristic** of a group of individuals or their situation **that predicts positive outcome** in the context of risk or adversity."

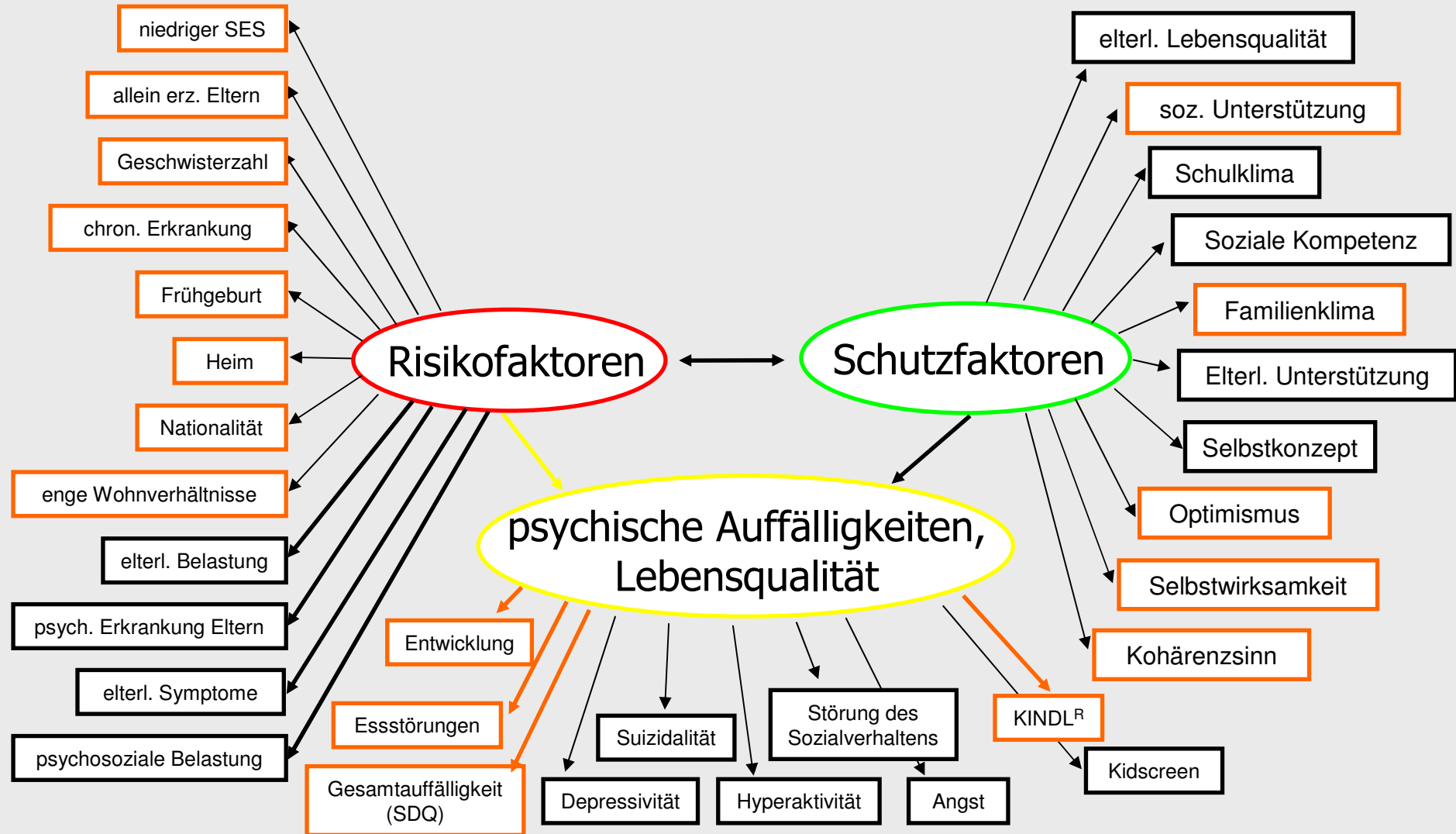
Risiko- und Schutzfaktoren



Risiko- und Schutzfaktoren



Untersuchungsmodell: Operationalisierung in BELLA und KiGGS



Risikofaktoren & ihre Wirkung auf psychische Auffälligkeit

„Manchmal haben Familien Schwierigkeiten, miteinander klar zu kommen. Sie sind nicht immer einer Meinung und sie werden unter Umständen ärgerlich. Wie würden Sie i.A. die Fähigkeit Ihrer Familie einschätzen, miteinander zurechtzukommen?“
(ausgezeichnet/ sehr gut/ gut/ weniger gut/ schlecht)

Niedriger sozioökonomischer Status		2.7
Soziale Unterstützung im 1. Lebensjahr		2.7
Arbeitslosigkeit	11 %	1.7
Familienkonflikte	6 %	4.9
Psych. Erkrankung eines Elternteils	13 %	2.4
Konflikte in Familien der Eltern	12 %	2.8
Partnerschaft der Erziehenden	8 %	2.7
Alleinerziehend	13 %	2.1
Stieffamilie	9 %	2.4
Unerwünschte Schwangerschaft	4 %	2.0
Chronische Erkrankung	30 %	1.8
Elterliche Belastung	10 %	4.7
Geringe physische LQ (SF-12)	10 %	2.9
Geringe psychische LQ (SF-12)	10 %	4.2
Psychopath. Symptome Eltern (SCL)	10 %	4.0

Ein niedriger SES und chron. Erkrankung der Eltern sind besonders häufige Risiken.

Alle aufgeführten Risiken sind **signifikante Prädiktoren** psychischer Auffälligkeiten der Kinder.

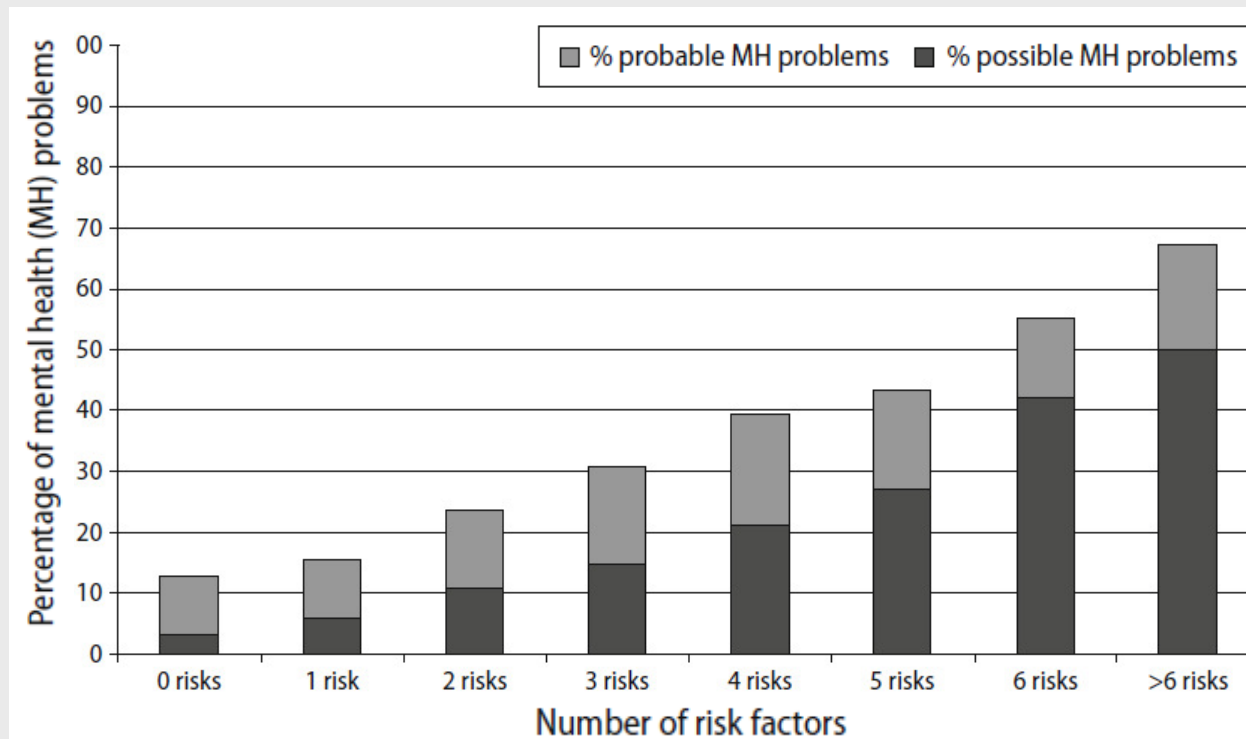
Besonders stark wirken sich folgende Faktoren aus:

- => Konflikte in der Familie
- => elterliche Belastung
- => elterliche psychische Gesundheit

Aus: Wille et al. (2008)

Kumulative Wirkung von Risikofaktoren

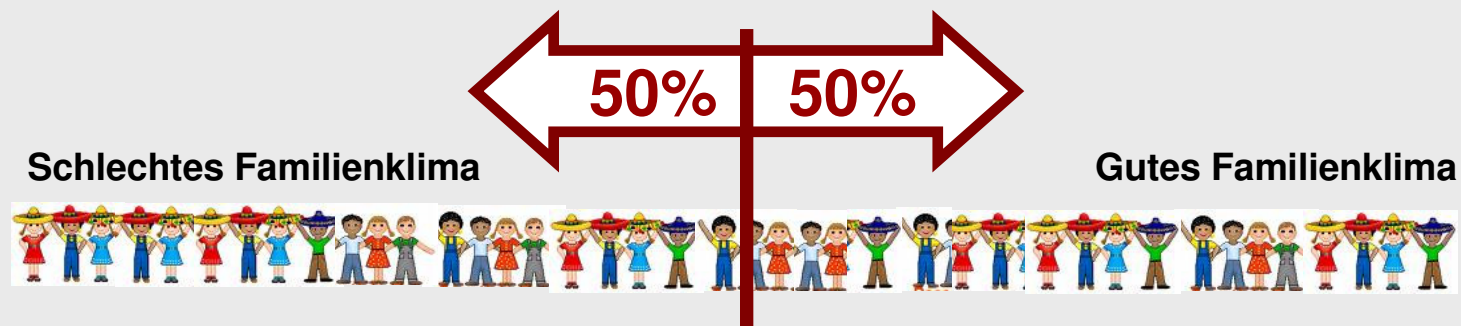
Addiert man für die Kinder auf, wie viele Risiken jeweils vorliegen, zeigt sich deutlich, dass **mit einer größeren Anzahl von Risiken höhere Raten** psychischer Auffälligkeiten einhergehen.



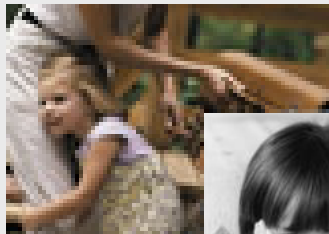
Aus: Wille et al. (2008) Eur Child Adolesc Psychiatry 17(Suppl1):133–147

Familienklima als Schutzfaktor

- Familie birgt nicht nur Risiken, sondern auch Ressourcen.
- Ein **guter familiärer Zusammenhalt** ist dann vorhanden, wenn z.B.
 - in der Familie jeder auf die Sorgen und Nöte des anderen eingeht,
 - jeder das Gefühl hat, dass ihm zugehört wird und
 - die Familie häufig etwas gemeinsam unternimmt.
- Macht ein **guter familiärer Zusammenhalt** einen Unterschied?



Familiäre Schutzfaktoren und das Auftreten verschiedener Störungen



- Bei Kindern mit einem guten Familienklima ist die Chance eines Kindes, depressive oder Angstsymptome zu zeigen, **etwa halbiert**.

(OR 0.56*, CI=0.36 -0.88 bzw. OR 0.45***, CI=0.32-0.65)

- Bezüglich Störungen des Sozialverhaltens ist die Chance bei einem guten Familienklima sogar nur **bei etwa einem Viertel**.

(OR 0,27***, CI=0.17-0.43)

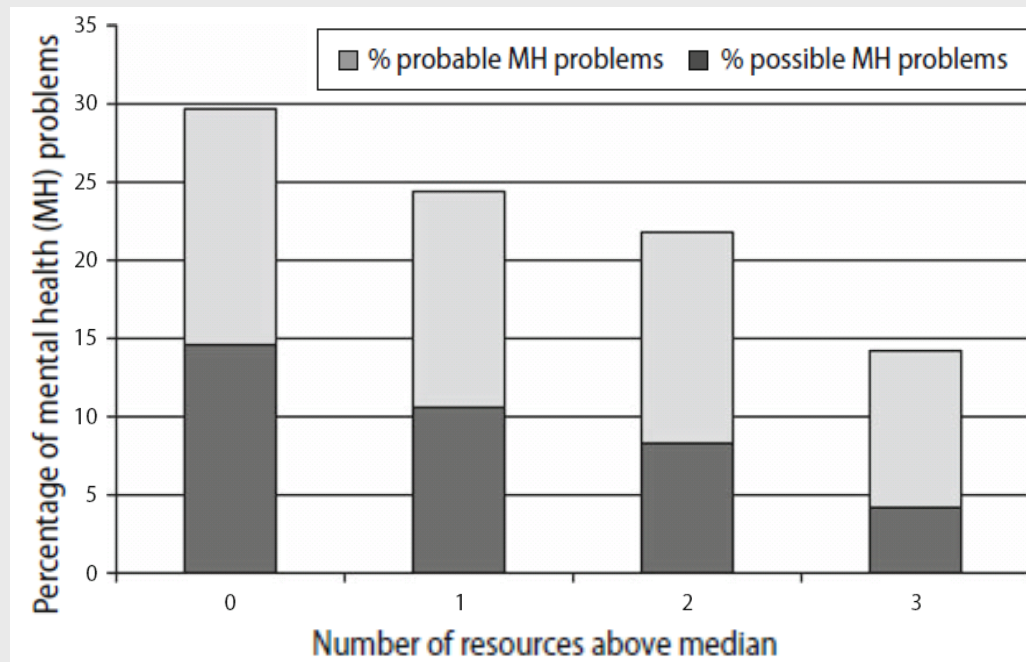


Kumulative Wirkung von Schutzfaktoren

Ein ähnlicher Zusammenhang zeigt sich für Schutzfaktoren:

- **Personale Ressourcen**
- **Soziale Unterstützung**
- **Familienklima**

Mit steigender Anzahl an verfügbaren **hohen Ressourcen sinkt** der Anteil **psychisch auffälliger Kinder**.

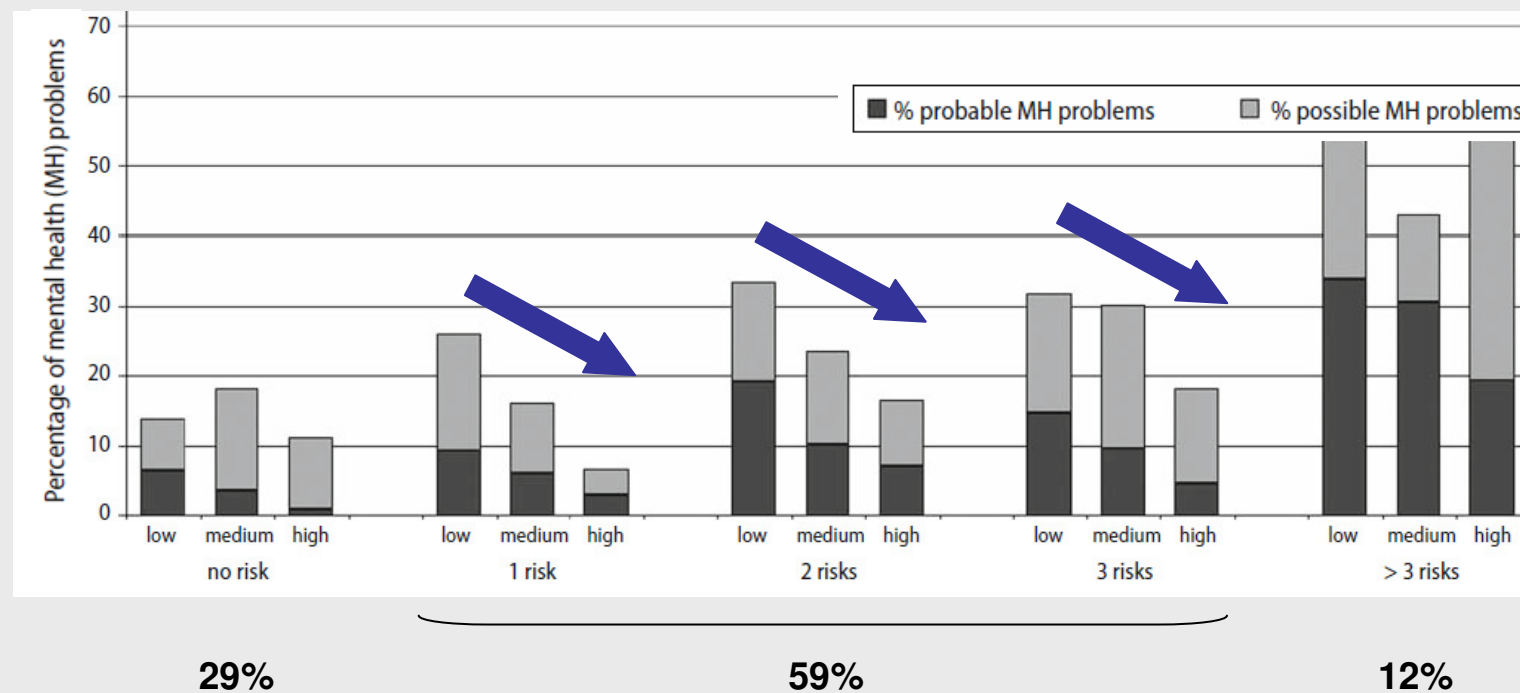


Wille et al. (2008) in Eur Child Adolesc Psychiatry 17(Suppl1):133–147

Verfügbarkeit von Ressourcen und psychische Auffälligkeit Gleichzeitige Betrachtung von Risikobelastung und Ressourcenausprägungen:

Vor allem bei Vorliegen von 1 bis 3 Risikofaktoren geht die Verfügbarkeit von Ressourcen (medium, high) mit weniger Auffälligkeiten einher

In diese Niedrig-Risikogruppe fallen 59% der Kinder und Jugendlichen. Dies weist auf ein beträchtliches Präventionspotential hin.



Aus: Wille et al. (2008) Eur Child Adolesc Psychiatry 17(Suppl1):133–147

Prävention im Alltag

Wie lassen sich entsprechende **Ergebnisse kommunizieren**,
z.B. an Familien, Schulen, Kindergärten ...?

„Den Daten ein Gesicht geben“ – Die AOK-*stern*-Studie

Wie sind Ergebnisse dieser Studien alltagspraktisch umsetzbar?

Problem 1: Das Vorliegen von verschiedenen Risikofaktoren kann nicht so einfach geändert werden (z.B. SES).

Problem 2: Wie protektive Ressourcen (z.B. Familienklima) konkret mobilisiert werden können, vermitteln die großen Studien in der Regel auch nicht.

Hier setzt die
AOK-*stern*-Studie an:
**„Was können Eltern für
ein gesundes Aufwachsen
ihrer Kinder tun?“**



Gesunde Kinder:
Was Eltern für ihren Nachwuchs tun können

Universitat Hamburg
Child Public Health

Eine Initiative von:
AOK
stern
RTL

Gesunde Kinder
gesunde Zukunft

Ergebnisse: Empfehlungen

Aus den Beobachtungen in den Familien wurden Empfehlungen abgeleitet.

Diese Empfehlungen lassen sich auf **einfache Grundregeln** reduzieren, die das Familienklima fördern.

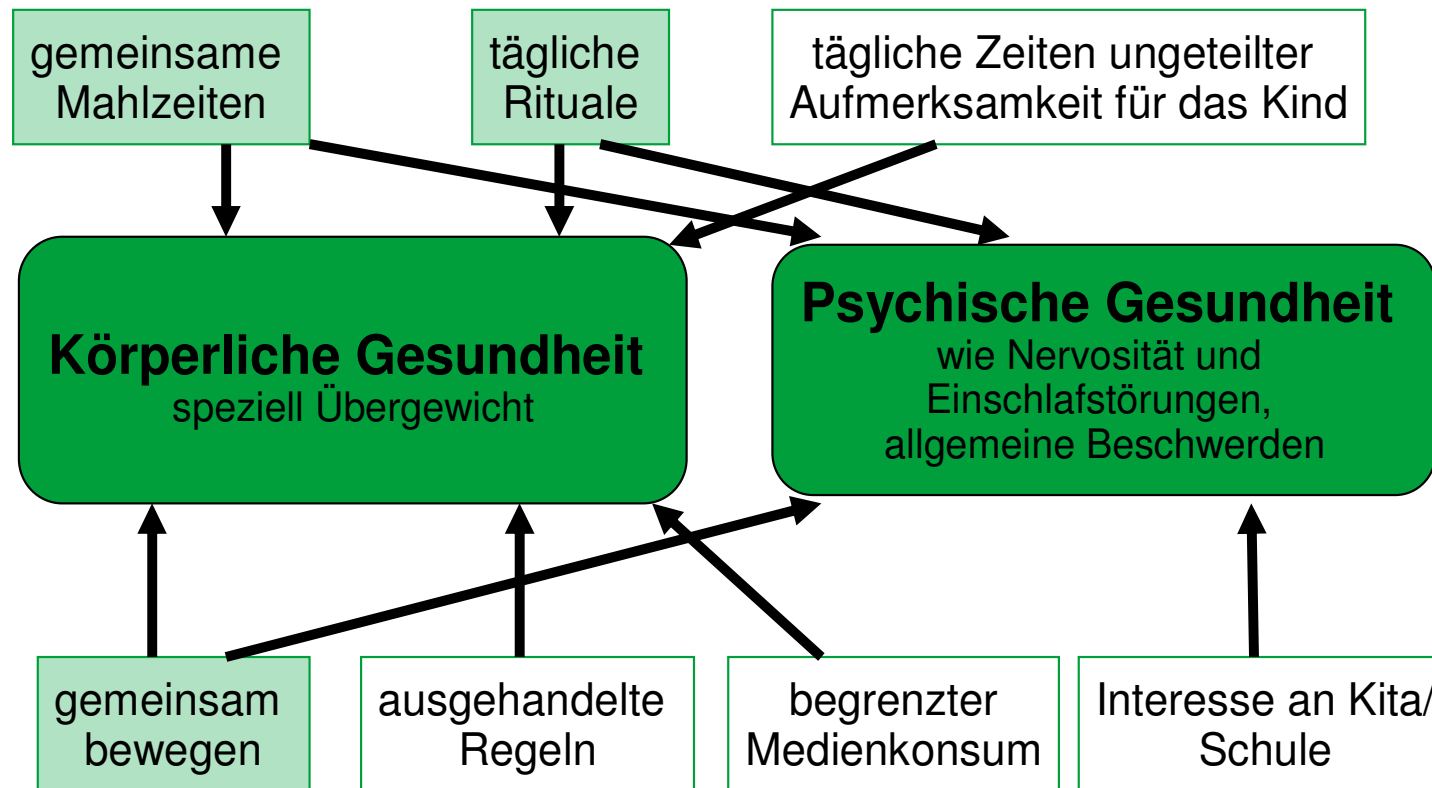
Diese betreffen vor allem **psychosoziale Aspekte** wie die Berechenbarkeit des Alltags, das unbedingte Wertschätzung sowie Aufmerksamkeit und Zuneigung.

Aber auch **konkrete Regeln** bzgl. Mahlzeiten und Medienkonsum oder Suchtmitteln können Familien dabei unterstützen ihre Kinder zu schützen.



Gesündere Kinder durch Familienroutinen

Signifikante Zusammenhänge



Fazit und Ausblick

Fazit & Ausblick

- Die dargestellten Ergebnisse korrespondieren mit bislang vorliegenden deutschen und **internationalen Studien** zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.
- Sie belegen die **hohe Relevanz psychischer Auffälligkeiten** im Kindes- und Jugendalter und damit die Notwendigkeit von Prävention und Intervention.
- Es zeigt sich, dass der **familiäre Hintergrund** einen wichtigen Einflussfaktor für die gesundheitlichen Probleme darstellt.
=> als Risiko und als Ressource
- In Familien mit niedrigem **sozioökonomischen Status** sind die Kinder doppelt so häufig psychisch auffällig
- Die Ergebnisse geben Hinweise auf mögliche **Ansatzpunkte präventiver Maßnahmen**:
 - **Ressourcenförderung in Gruppen mit geringer Risikobelastung**
 - **Komplexe Maßnahmen in Gruppen mit höherer Risikobelastung**

Für Prävention und Intervention ergeben sich neue Herausforderungen:

Die Daten zeigen auch die Herausforderung auf, betroffene Familien in **adäquate Versorgung** zu vermitteln. Hier könnte ein sinnvoller Ansatz sein, die in der mehr somatisch orientierten Versorgung Tätigen für diesen Bedarf zu sensibilisieren.

Präventive (und interventive) Maßnahmen sollten an der **Verhältnis UND der Verhaltensebene** ansetzen, und sollten so gestaltet sein, dass sie die Risikofaktoren kindlicher Entwicklungstörungen berücksichtigen

(wie Armut, Arbeitslosigkeit, niedrige soziale Schicht, psychische Erkrankung eines Elternteils, vernachlässigendes Familienmilieu, Einsamkeit der Mutter oder genetische Belastungen, Frühgeburt, ein schwieriges Temperament etc.),

Gesellschaftliche Maßnahmen:

- Enge Vernetzung und Kooperation der familienrelevanten Einrichtungen
- Niedrigschwellige Angebote für schwer erreichbare Eltern aus sog. bildungsfernen Schichten
- Ausbau der Versorgungsstrukturen
- Umwandlung von "Komm"- in "Geh"-Strukturen: Ärzte, Mitarbeiter von psychologischen Diensten gehen in die Kindereinrichtungen und auf die Eltern zu
- Verbesserung der Aus- und Weiterbildung von Lehrern, Erziehern, Sozialarbeitern, Mitarbeiter des Jugendamts und der Jugendhilfe wie Verfahrenspfleger etc. mit dem Schwerpunkt neben der theoretischen Wissensvermittlung vor allem den praktischen Bezug herzustellen.
- ...

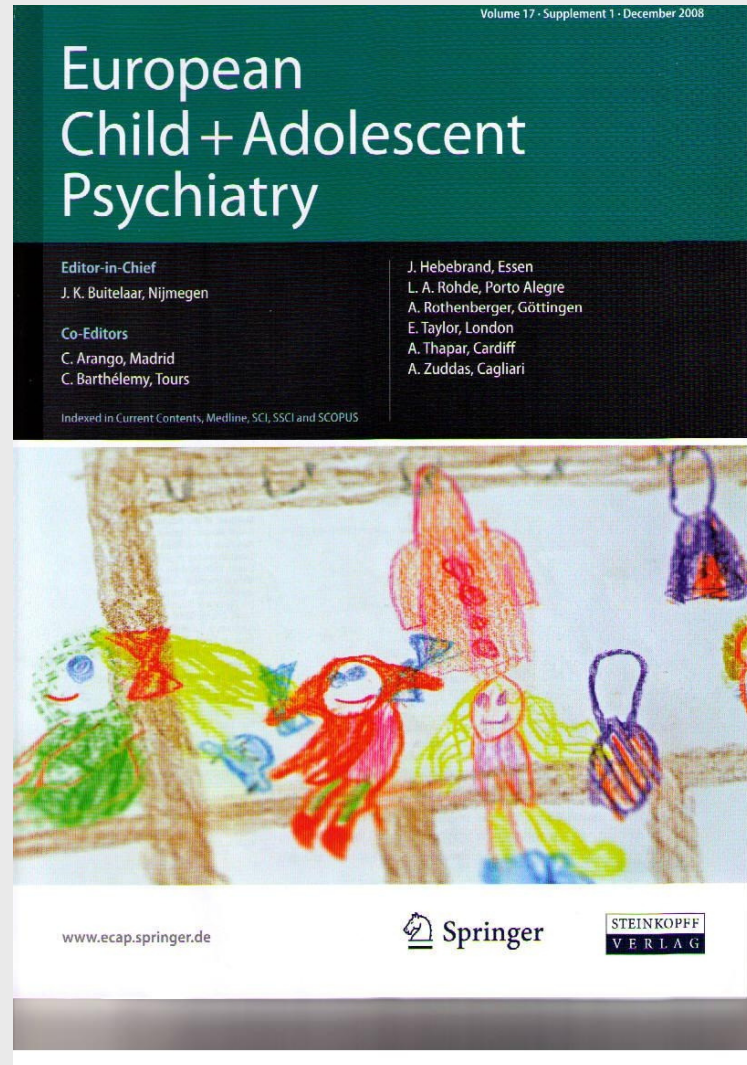
Für Prävention und Intervention ergeben sich neue Herausforderungen:

aber ... da sich Risikofaktoren niemals völlig vermeiden lassen, sind **Ansätze zur Stärkung der familiären Ressourcen** von besonderer Bedeutung.

Letztlich sollte also im Mittelpunkt stehen, was gerade in Familien mit Problemen zur erfolgreichen Entwicklung beitragen kann.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

ECAP Supplement



- **Mental Health of Children and Adolescents – Results of the BELLA-Study**

- as the BELLA study group:

Prof. Ravens-Sieberer
Prof. Barkmann
Dr. Bettge
Prof. Bullinger
Prof. Döpfner
Prof. Herpertz-Dahlmann
Fr. Hölling
Prof. Resch
Prof. Rothenberger
Prof. Schulte-Markwort
Prof. Wittchen

- www.child-public-health.de