



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Sachbericht des Abschlussberichts

der

BELLAplus-Befragung

(Befragung „Seelisches Wohlbefinden und Verhalten“)

Prädiktoren, Verlauf und Folgen psychischer Auffälligkeiten bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland



Projektleitung:

Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer MPH und Dr. Fionna Klasen

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Zentrum für Psychosoziale Medizin

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik

Forschungssektion „Child Public Health“

Martinistr. 52 (W29), 20246 Hamburg

Tel.: 040-7410-52992 (Sekretariat -57585)

040-7410-55105 (Fax)

ravens-sieberer@uke.de

<http://child-public-health.org>

1 Titel und Verantwortliche

1.1 Titel des Projektes und Förderkennzeichen

Prädiktoren, Verlauf und Folgen psychischer Auffälligkeiten bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland (Förderkennzeichen: AZ.2509 KIG 003)

1.2 Leitung

Prof. Dr. phil. Ulrike Ravens-Sieberer, MPH

Dr. phil. Fionna Klasen

1.3 Projektmitarbeiter

Wissenschaftliche Mitarbeiter:

Dr. oec. troph. Birte Hintzpeter

Dr. rer. hum. biol. Christiane Otto

Anne-Catherine Haller

Franziska Reiß

Catharina Voss

Studentische Hilfskräfte:

Ann-Katrin Meyrose

Laura Schlepper

Franziska von Mandelsloh

1.4 Laufzeit

01.08.2009 bis 31.12.2012

1.5 Fördersumme

351.917, -- Euro

2 Inhaltsverzeichnis

Inhalt

1	Titel und Verantwortliche	1
1.1	Titel des Projektes und Förderkennzeichen	1
1.2	Leitung	1
1.3	Projektmitarbeiter	1
1.4	Laufzeit.....	1
1.5	Fördersumme	1
2	Inhaltsverzeichnis.....	2
3	Zusammenfassung	9
4	Einleitung	10
4.1	Hintergrund und Ziele der BELLA-Studie	10
4.2	Einbettung der BELLA-Studie in KiGGS	11
4.3	Stichprobe.....	12
4.4	Durchführung der BELLA-Studie	14
5	Erhebungs- und Auswertungsmethodik	15
5.1	Erhebungsmethoden	15
5.1.1	Telefonisches Interview.....	15
5.1.2	Fragebogen.....	17
5.2	Instrumente	18
5.2.1	Erfassung psychischer Auffälligkeiten	18
5.2.2	Erfassung von Lebensqualität	19
5.2.3	Erfassung von Daten zur Inanspruchnahme	20
5.3	Vorbereitung und Ablauf der Feldphase in BELLApus	21
5.3.1	Pretest	21
5.3.2	Einladungsverfahren	21
5.3.3	Erinnerungsverfahren.....	22
5.3.4	Informations- und Öffentlichkeitsarbeit	22
5.3.5	Anreize für die Teilnahme an der Studie (Incentives).....	23
5.4	Monitoring und Qualitätssicherung in BELLApus	24

5.4.1	Monitoring.....	24
5.4.2	Interne Qualitätssicherung.....	24
5.4.3	Externe Qualitätssicherung.....	26
5.5	Dateneingabe und -verarbeitung in BELLApus.....	28
5.5.1	Fragebogeneingabe.....	28
5.5.2	Datenaufbereitung des DIPS.....	28
5.5.3	Zusammenführung der BELLApus-Daten.....	29
5.6	Datenschutz in BELLApus.....	30
5.7	Auswertungsmethoden für den Ergebnisteil.....	31
5.7.1	Statistische Analysen.....	31
5.7.2	Sozioökonomischer Status.....	31
6	Ergebnisse.....	32
6.1	Beschreibung der Stichprobe.....	34
6.2	Ergebnisse der zentralen Fragestellungen: Verläufe psychischer Auffälligkeiten und relevante Prädiktoren.....	35
6.3	Ergebnisse der zentralen Fragestellungen: Auswirkungen psychischer Auffälligkeiten.....	56
6.4	Ergebnisse der zentralen Fragestellungen: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.....	69
6.5	Ergebnisse der zentralen Fragestellungen: Praktische Umsetzung.....	89
7	Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung.....	98
8	Gender Mainstreaming Aspekte.....	102
9	Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit.....	102
9.1	Kongressbeiträge.....	102
9.2	Eingeladene Vorträge.....	103
9.3	Pressemitteilungen.....	104
9.4	Website.....	105
10	Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential).....	106
10.1	Publikationsverzeichnis.....	106
10.1.1	Publikationen aus dem Special Issue.....	106
10.1.2	Publikationen aus der BELLA-Arbeitsgruppe.....	107

10.1.3	Abschlussarbeiten	108
11	Literaturverzeichnis.....	109

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Deskriptive Beschreibung der BELLA-Stichprobe (B0, B1, B2 und BELLApplus (B3)), in Prozent (Anzahl)	34
Tabelle 2: Auftreten psychischer Auffälligkeiten (SDQ, Eltern- und Selbstangaben) in BELLApplus nach Geschlecht, Altersgruppe und sozioökonomischem Status, in Prozent (Anzahl).....	38
Tabelle 3: Beeinträchtigung durch psychische Auffälligkeiten (SDQ Impact, Eltern- und Selbstangaben) in BELLApplus nach Geschlecht, Altersgruppe und sozioökonomischem Status, in Prozent (Anzahl)	39
Tabelle 4: Auftreten von psychischen Auffälligkeiten (SDQ grenzwertig oder auffällig, Elternangaben) bei 9- bis 17-Jährigen zu verschiedenen Messzeitpunkten nach Geschlecht, in Prozent (Anzahl)	41
Tabelle 5: Beeinträchtigungen durch psychische Auffälligkeiten (SDQ Impact grenzwertig oder auffällig, Elternangaben) bei 9- bis 17-Jährigen zu verschiedenen Messzeitpunkten nach Geschlecht, in Prozent (Anzahl).....	41
Tabelle 6: Auftreten spezifischer psychischer Auffälligkeiten bei 13- bis 17-Jährigen in BELLApplus (B3) nach Geschlecht, Altersgruppe und sozioökonomischem Status, in Prozent (Anzahl).....	44
Tabelle 7: Anteil von 13- bis 17-jährigen mit auffälligen Werten in mehreren störungsspezifischen Instrumenten in BELLApplus (B3) nach Geschlecht, Altersgruppe und sozioökonomischem Status, in Prozent (Anzahl)	45
Tabelle 8: Auftreten von spezifischen psychischen Auffälligkeiten (Elternangaben) bei 13- bis 17-Jährigen zu verschiedenen Messzeitpunkten, insgesamt und nach Geschlecht, in Prozent (Anzahl)	46
Tabelle 9: Anteil von 13- bis 17-jährigen mit mindestens einer spezifischen Störung zu verschiedenen Messzeitpunkten, insgesamt und nach Geschlecht, in Prozent (Anzahl).....	49
Tabelle 10: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit allgemeinen oder spezifischen psychischen Auffälligkeiten im Längsschnitt, in Prozent	51
Tabelle 11: Einflussfaktoren auf den Initialstatus und die Veränderung der depressiven Symptomatik im Längsschnitt bei Kindern und Jugendlichen in der BELLA-Studie	54

Tabelle 12: Summenscore „Psychische Gesundheit“ des SF-36 zum letzten Messzeitpunkt (BELLApplus) nach Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit allgemeinen oder spezifischen psychischen Auffälligkeiten im Längsschnitt nach Geschlecht, Mittelwert und Standardabweichung.....	58
Tabelle 13: Überforderung in der Schule zum letzten Messzeitpunkt (BELLApplus) nach Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit allgemeinen oder spezifischen psychischen Auffälligkeiten im Längsschnitt nach Geschlecht, in Prozent (Anzahl)	59
Tabelle 14: Mindestens einmal schlechter erbrachte Leistungen in Schule bzw. Ausbildung zum letzten Messzeitpunkt (BELLApplus) zum letzten Messzeitpunkt (BELLApplus) nach Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit allgemeinen oder spezifischen psychischen Auffälligkeiten im Längsschnitt nach Geschlecht, in Prozent (Anzahl)	59
Tabelle 15: Mehrmaliges Erleben eines „Filmriss“ zum letzten Messzeitpunkt (BELLApplus) nach Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit allgemeinen oder spezifischen psychischen Auffälligkeiten im Längsschnitt nach Geschlecht, in Prozent (Anzahl)	61
Tabelle 16: Mindestens einmal in eine gefährliche Situation geraten sein, in die man nüchtern nicht geraten wäre zum letzten Messzeitpunkt (BELLApplus) nach Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit allgemeinen oder spezifischen psychischen Auffälligkeiten im Längsschnitt.....	61
Tabelle 17: Mindestens einmalige Probleme mit der Polizei zum letzten Messzeitpunkt (BELLApplus) nach Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit allgemeinen oder spezifischen psychischen Auffälligkeiten im Längsschnitt nach Geschlecht, in Prozent (Anzahl)	62
Tabelle 18: Somatische und körperliche Beschwerden der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der BELLA-Studie im Längsschnitt	65
Tabelle 19: Einflussfaktoren zur Vorhersage negativer Folgen zum letzten Messzeitpunkt (BELLApplus) nach Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die mindestens einen „Filmriss“ hatten innerhalb der Gruppe der psychisch Auffälligen	68
Tabelle 20: Prävalenz psychischer Erkrankungen und Behandlungsquote bei einer psychischen Erkrankung bei 3- bis 26-Jährigen ¹ in BELLApplus, in Prozent (Anzahl)	70
Tabelle 21: Aufgesuchte Ansprechpartner bei 3- bis 17-Jährigen, die an einer emotionalen Auffälligkeit oder an einem anderen seelischen Problem leiden, insgesamt und nach Geschlecht, in Prozent (Anzahl)	71

Tabelle 22: Aufgesuchte Ansprechpartner bei über 18-Jährigen, die an einer emotionalen Auffälligkeit oder an einem anderen seelischen Problem leiden, insgesamt und nach Geschlecht, in Prozent (Anzahl)	73
Tabelle 23: Potenzielle Ansprechpartner bei 3- bis 17-Jährigen ¹ , die an einer emotionalen Auffälligkeit oder an einem anderen seelischen Problem leiden, in Prozent (Anzahl)	74
Tabelle 24: Potenzielle Ansprechpartner bei 3- bis 17-Jährigen ¹ , die nicht an einer emotionalen Auffälligkeit oder an einem anderen seelischen Problem leiden, in Prozent (Anzahl).....	76
Tabelle 25: Potenzielle Ansprechpartner bei über 18-Jährigen ¹ , die nicht an einer emotionalen Auffälligkeit oder an einem anderen seelischen Problem leiden, in Prozent (Anzahl).....	78
Tabelle 26: Inanspruchnahme verschiedener Ärztinnen und Ärzte und Psychologinnen und Psychologen von 3- bis 17-Jährigen in den letzten 12 Monaten der BELLApus, insgesamt, mit psychischen Auffälligkeiten (SDQ grenzwertig oder auffällig) und ohne psychische Auffälligkeiten, nach Geschlecht, in Prozent (Anzahl)	80
Tabelle 27: Inanspruchnahme verschiedener Ärztinnen und Ärzten und Psychologinnen und Psychologen von 3- bis 17-Jährigen mit psychischen Auffälligkeiten (SDQ grenzwertig oder auffällig) in den letzten 12 Monaten des jeweiligen Messzeitpunkten, insgesamt und nach Geschlecht, in Prozent (Anzahl)	81
Tabelle 28: Gründe für das Nicht-Aufsuchen von professionellen Hilfsangeboten bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die an einer emotionalen Auffälligkeit oder an einem anderen seelischen Problem leiden, in Prozent (Anzahl)	85
Tabelle 29: SDQ Subskalen nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Status und SDQ-Impactscore zur Basiserhebung	95

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht zur Anzahl der Studienteilnehmerinnen und –teilnehmer in der KiGGS- und in der BELLA-Studie	13
Abbildung 2: Auftreten von Hinweisen auf Depressionen (CES-DC) bei 13- bis 17-Jährigen zu verschiedenen Messzeitpunkten mit linearer Trendberechnung.....	47

Abbildung 3: Auftreten von Hinweisen auf Angststörungen (SCARED-5) bei 13- bis 17-Jährigen zu verschiedenen Messzeitpunkten mit linearer Trendberechnung.....	47
Abbildung 4: Auftreten von Hinweisen auf ADHS (CONNER´S) bei 13- bis 17-Jährigen zu verschiedenen Messzeitpunkten mit linearer Trendberechnung.....	48
Abbildung 5: Auftreten von Hinweisen auf externalisierende Störungen des Sozialverhaltens (CBL external) bei 13- bis 17-Jährigen zu verschiedenen Messzeitpunkten mit linearer Trendberechnung.....	48
Abbildung 6: Verlauf psychosomatischer Beschwerden nach Alter und Geschlecht bei 7- bis 20-Jährigen (einzelne Linien=Alterskohorten)	66
Abbildung 7: Potenzielle Ansprechpartner bei 3- bis 17-Jährigen, die an einer emotionalen Auffälligkeit oder an einem anderen seelischen Problem leiden nach Geschlecht, in Prozent (Anzahl).....	75
Abbildung 8: Einflussfaktoren einer psychologischen, psychiatrischen oder psychotherapeutischen Inanspruchnahme in der BELLA-Studie	83

3 Zusammenfassung

Die BELLA-Studie ist das Modul zur psychischen Gesundheit des repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheits surveys KiGGS des Robert Koch-Instituts. Nach der Basiserhebung (2003 bis Mai 2006) fanden in der BELLA-Studie zwei weitere Befragungs-Wellen statt (2004 bis 2007 und 2005 bis 2008). Die dritte BELLA-Welle (BELLApplus) wurde von 2009 bis 2012 gemeinsam mit der ersten KiGGS-Welle durchgeführt. Ziel der BELLA-Studie ist die Analyse von Auftretenshäufigkeiten, Entwicklungsverläufen und relevanten Determinanten psychischer Auffälligkeiten sowie die Inanspruchnahme von Leistungen des Versorgungssystems. Die überwiegende Mehrheit der Befragten in BELLApplus stellt sich als psychisch unauffällig dar. Insgesamt konnten bei 11,1% der Mädchen und 15,4% der Jungen im Alter von 9 bis 17 Jahren Hinweise auf psychische Auffälligkeiten festgestellt werden. Der Anteil an Befragten, deren psychische Auffälligkeiten chronifizieren, beträgt knapp 3%. Sie sind zu mindestens drei Messzeitpunkten auffällig und damit als dauerhaft auffällig einzustufen. Hinsichtlich Risiken und Schutzfaktoren wurde das Vorliegen elterlicher Psychopathologie als Risikofaktor für eine depressive Symptomatik identifiziert, wohingegen Selbstwirksamkeit, ein positives Familienklima und soziale Unterstützung Schutzfaktoren sind, die das Risiko einer Erkrankung und die Schwere bereits bestehender depressiver Symptomatik mindern. Zudem konnte festgestellt werden, dass psychische Auffälligkeiten langfristig mit negativen Auswirkungen einhergehen können. Dauerhaft bestehende psychische Auffälligkeiten gehen bei beiden Geschlechtern mit einer Verminderung der Lebensqualität und verminderten schulischen Erfolgen einher. Nur 56,1% der Betroffenen geben an, aufgrund einer diagnostizierten psychischen Erkrankung in Behandlung zu sein, wobei Mädchen etwas häufiger entsprechende Hilfe annehmen. Die Behandlungsquote nimmt mit steigendem sozioökonomischem Status zu. Die Mehrzahl der von psychischen Auffälligkeiten Betroffenen wählt ihr näheres Umfeld als ersten Ansprechpartner. Das Erkennen eines Behandlungsbedarfs und entsprechende Aufsuchen von Versorgungsangeboten liegt oft in den Händen der Familie und Eltern. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit von Psychoedukation und Antistigmatisierungsarbeit vor allem bei den Eltern. Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass viele Betroffene Hilfe bei einem Lehrkörper suchen. Dies unterstreicht die Bedeutung von Hilfestellungen im schulischen Bereich. Insgesamt kann herausgestellt werden, dass ein multidisziplinärer Ansatz ein wichtiger Faktor im Rahmen von Präventionsmaßnahmen ist.

4 Einleitung

4.1 Hintergrund und Ziele der BELLA-Studie

Nicht zuletzt wegen der weiten Verbreitung psychischer Auffälligkeiten wird seit einiger Zeit von einem veränderten Krankheitsgeschehen, einer „neuen Morbidität“, gesprochen. Kennzeichen dieser Entwicklung, die in den letzten Jahrzehnten auch bei Kindern und Jugendlichen beobachtet wurde, ist eine Verschiebung des Krankheitsspektrums von den akuten zu den chronischen Erkrankungen sowie von den somatischen zu den psychischen Störungen (Heinrichs, Sassmann, Hahlweg, & Perrez, 2002). Vor diesem Hintergrund ist die Gewinnung von umfassenden Informationen zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland von besonderer Bedeutung. Für Deutschland gibt es bisher keine ausreichenden längsschnittlichen Daten zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Ravens-Sieberer, 2008). Das Ziel der BELLA-Studie (**B**efragung **S**eelisches **W**ohlbefinden und **V**erhalten) ist daher, die psychische Gesundheit von 7- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen in Deutschland über einen längeren Zeitraum zu untersuchen. Dabei liegt der Fokus der BELLA-Studie auf

- (a) der Untersuchung von Entwicklungsverläufen psychischer Auffälligkeiten von der Kindheit und Jugend bis hin zum Erwachsenenalter,
- (b) der Identifikation von Risiko- und Schutzfaktoren psychischer Auffälligkeiten, sowie
- (c) der Inanspruchnahme von Leistungen des gesundheitlichen Versorgungssystems.

Das Design der BELLA-Studie ermöglicht es, individuelle Entwicklungsverläufe psychischer Gesundheit und Lebensqualität von der frühen Kindheit bis zum Erwachsenenalter zu analysieren. Daneben können nicht nur die Effekte von Risiko- und Schutzfaktoren auf die Entwicklung von psychischen Auffälligkeiten untersucht werden, sondern auch die Einflüsse auf Persistenz und Remission. Zusätzlich sollen relevante Folgen einer beeinträchtigten psychischen Gesundheit sowohl für die körperliche Gesundheit als auch für die zukünftige psychosoziale, schulische und berufliche Entwicklung ausgemacht werden. Darüber hinaus ermöglicht die BELLA-Studie die Beschreibung klinischer Versorgungsverläufe und die Untersuchung der Art der in Anspruch genommenen Leistungen (z.B. psychosozial oder somatisch). Zuletzt sollen Hemmnisse identifiziert werden, die einer Inanspruchnahme von Leistungen bei psychischen Problemen entgegenstehen. Mit den gewonnenen Daten können

Risikogruppen erkannt und Ansatzpunkte für gezielte Präventions- und Interventionsmaßnahmen aufgezeigt werden.

Die BELLA-Studie wird von der Forschungssektion „Child Public Health“ am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer durchgeführt und durch den Deutschen Stifterverband (2003 bis 2009) sowie vom Bundesministerium für Gesundheit (2010 bis 2012) gefördert.

4.2 Einbettung der BELLA-Studie in KiGGS

Die BELLA-Studie ist eine Unterstichprobe des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), einer vom Robert Koch-Institut durchgeführten bundesweiten Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Die Basiserhebung von KiGGS fand von Mai 2003 bis Mai 2006 statt. Die Studie wurde von ärztlich geleiteten Untersuchungsteams in 167 für die Bundesrepublik repräsentativen Städten und Gemeinden (sogenannten Sample Points) durchgeführt. Es beteiligten sich insgesamt 17.641 Mädchen und Jungen im Alter von 0 bis 17 Jahren an den Untersuchungen und Befragungen. Insgesamt haben zwei Drittel der eingeladenen Kinder und Jugendlichen an der KiGGS-Studie teilgenommen (Responsequote 66,6 %).

Das Untersuchungsprogramm in KiGGS erfolgte differenziert nach fünf Altersgruppen: Säuglings- und Kleinkindalter (0 bis 2 Jahre), Vorschulalter (3 bis 6 Jahre), Grundschulalter (7 bis 10 Jahre), Pubertät (11 bis 13 Jahre) und Jugendalter (14 bis 17 Jahre).

In der KiGGS-Studie wurden die Eltern und ihre Kinder ab einem Alter von 11 Jahren mit Hilfe eines Fragebogens umfassend befragt. Zu den Themenschwerpunkten dieser Befragung zählten neben der körperlichen und psychischen Gesundheit das subjektive Befinden, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungsleistungen. Zusätzlich erfolgten eine medizinische Untersuchung der Kinder und Jugendlichen sowie ein computergestütztes ärztliches Interview (CAPI Computer Assisted Personal Interview). Bei der Untersuchung wurden Körpermesswerte erhoben, der körperliche Reifestatus festgestellt, Blutdruck gemessen, Blut abgenommen und Hautuntersuchungen durchgeführt. Daneben wurden die motorischen Fähigkeiten und die körperliche Fitness der Kinder und Jugendlichen überprüft. Im Rahmen des ärztlichen Interviews wurden die Eltern zu Krankheiten,

Impfungen und zum Arzneimittelgebrauch ihrer Kinder befragt. Der Aufbau des Kinder- und Jugendgesundheits surveys war modular. Neben dem Kernsurvey, der sich an alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer richtete, wurden in Unterstichproben vertiefende Untersuchungen zu ausgewählten Themen vorgenommen (Kurth et al., 2008).

4.3 Stichprobe

Die Stichprobenziehung der KiGGS-Basiserhebung erfolgte in zwei Schritten: Im ersten Schritt wurden die 167 Sample Points in Städten und Gemeinden verteilt über Deutschland mit Hilfe einer stratifizierten Zufallsauswahl ausgewählt. Im zweiten Schritt wurde eine Zufallsstichprobe an Haushalten aus den Einwohnermeldeämtern der entsprechenden Sample Points gezogen (Kurth et al., 2008). Im Rahmen der KiGGS-Studie wurde eine Zufallsauswahl von 4.199 Familien mit 7-bis 17-jährigen Kindern gefragt, ob sie bereit seien, an der BELLA-Studie teilzunehmen. Insgesamt gaben 2.942 (70%) Familien ihre Einwilligung und 2.863 (68%) wurden schließlich befragt (siehe Abbildung 1; Ravens-Sieberer, Kurth, KiGGS Study Group, & BELLA Study Group, 2008).

Sowohl die KiGGS- als auch die BELLA-Basiserhebung (K0 bzw. B0) fanden im Zeitraum zwischen 2003 und 2006 statt. Die Daten in BELLA wurden mittels standardisierter computergestützter Telefoninterviews (CATI) sowie schriftlicher Fragebögen erfasst. Im Gegensatz zur KiGGS-Studie erfolgten in der BELLA-Studie zwei weitere telefonische Befragungs-Wellen (B1 und B2). Diese wurden im ersten und im zweiten Jahr nach der Basiserhebung durchgeführt (2004 bis 2007 sowie 2005 bis 2008). Im sechsten Jahr nach der Basiserhebung (2009 bis 2012) wurde die dritte BELLA-Welle (BELLApplus, B3) wieder gemeinsam mit KiGGS (KiGGS Welle 1, K1 als Telefonsurvey) durchgeführt (Abbildung 1). Aus der BELLA-Kohorte wurden dabei in BELLA-Welle 3 nur diejenigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer erneut befragt, die auch wieder an der KiGGS-Welle 1 teilgenommen haben (insgesamt 1.429 Familien). Da die zur Basiserhebung zwischen 7 und 17 Jahre alten Kinder und Jugendliche aus der BELLA-Kohorte zum Zeitpunkt der BELLA-Welle 3 inzwischen 13 bis 26 Jahre alt waren, wurden neue Teilnehmerinnen und Teilnehmer in den jüngeren Altersgruppen (3 bis 12 Jahre) aufgenommen. Darüber hinaus wurden neue Teilnehmende für jedes Alter (3 bis 26 Jahre) ausgewählt, um Teilnehmerausfälle zu kompensieren und die Repräsentativität der Stichprobe für Querschnittsanalysen zu gewährleisten.

Von den 2.863 Familien der BELLA-Basiserhebung haben 2.423 (84,6%) an der BELLA-Welle 1, 2.190 (76,5%) an der BELLA-Welle 2 und 1.429 (49,9%) Familien an der BELLA-Welle 3 teilgenommen (Abbildung 1). Insgesamt nahmen 1.255 (43,8%) Teilnehmerinnen und Teilnehmer an allen vier Wellen teil.

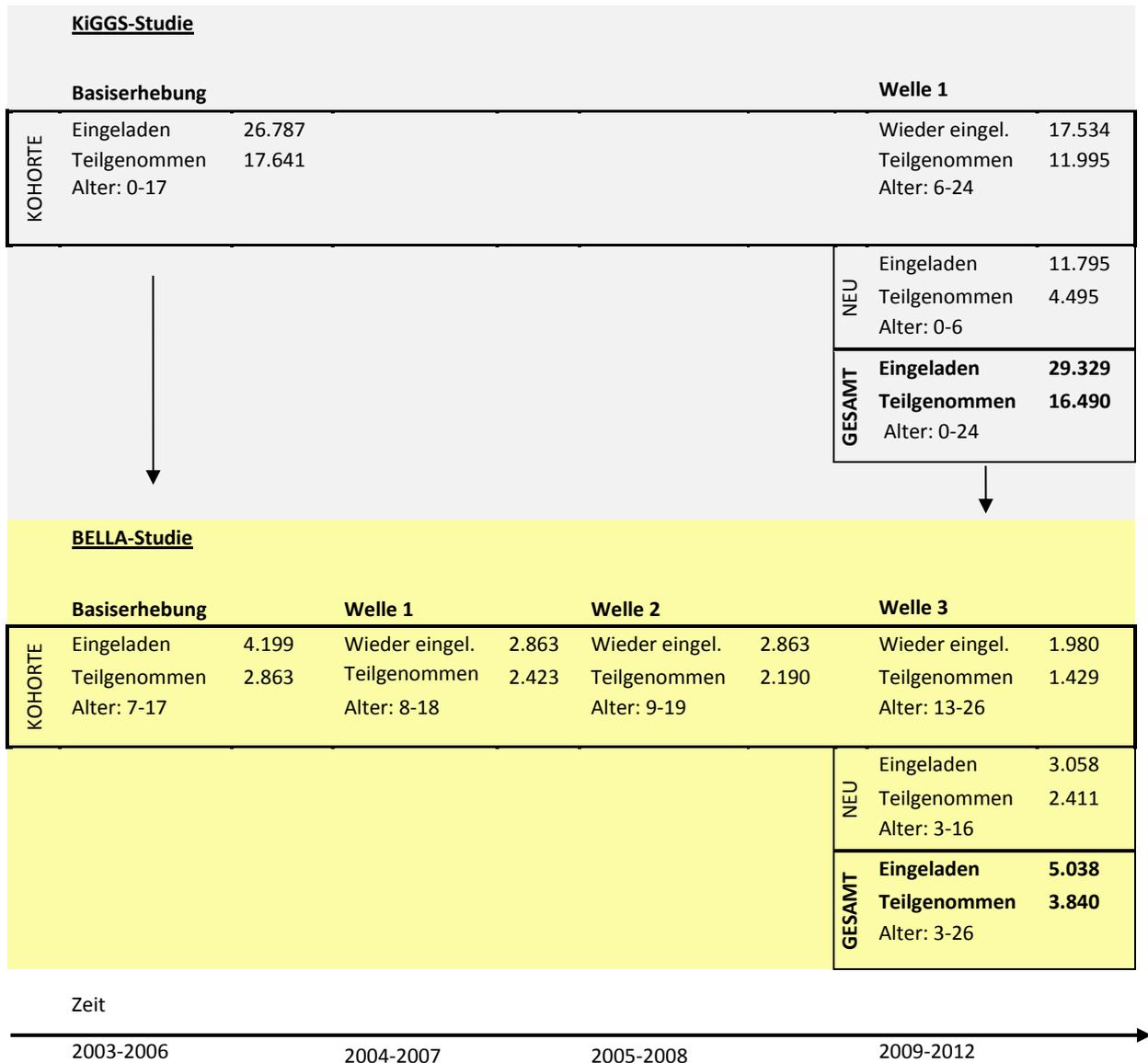


Abbildung 1: Übersicht zur Anzahl der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in der KIGGS- und in der BELLA-Studie

Für jeden Messzeitpunkt wurde ein Fall als Drop-out definiert, wenn keine Daten zu psychischen Auffälligkeiten vorlagen. Als Hauptgründe für eine Ablehnung der Wiederteilnahme gaben die Familien kein Interesse beziehungsweise Zeitmangel an oder

sie waren nicht zu erreichen. In der BELLA-Welle 3 war dies z.B. bei 7,4% der wiedereingeladenen Familien der Fall. Die Ergebnisse einer logistischen Regressionsanalyse zeigten für alle Messzeitpunkte, dass Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem niedrigen sozioökonomischen Status (Odds ratio [OR] = Welle 1: OR = 1.07; 95% CI = 1.02-1.11; Welle 2: OR = 1.06; 95% CI = 1.02-1.10; Welle 3: OR = 1.08; 95% CI = 1.05-1.11) und solche mit Migrationshintergrund (Welle 1: OR = 2.55; 95% CI = 1.22-5.34; Welle 2: OR = 2.12; 95% CI = 1.08-4.15; Welle 3: OR = 2.26; 95% CI = 1.11-4.60) signifikant häufiger nicht mehr teilnahmen. Weder Geschlecht, noch Gemeindegröße, noch Wohnortregion oder der von den Eltern berichtete physische oder psychische Gesundheitsstatus des Kindes waren signifikant mit einem Drop-out assoziiert (Ravens-Sieberer et al., 2014 (accepted)). Eine ausführliche Darstellung der Non-Responder-Analyse für die BELLA-Basiserhebung ist bereits veröffentlicht (Ravens-Sieberer & Kurth, 2008).

4.4 Durchführung der BELLA-Studie

In der BELLA-Basiserhebung führten besonders geschulte und supervisierte Interviewerinnen und Interviewer ein standardisiertes und computergestütztes Telefoninterview mit den Eltern und Jugendlichen durch. In Familien mit Kindern unter 11 Jahren wurde ein Elternteil interviewt. Bei Jugendlichen ab 11 Jahren wurde sowohl ein Elternteil als auch der Jugendliche selbst befragt. Um weitergehende Informationen zu erhalten, wurden die Familien in den zwei Wochen nach dem Interview gebeten, einen Fragebogen auszufüllen. Dieser richtete sich an den teilnehmenden Elternteil und den Jugendlichen selber (ab 11 Jahre) (Ravens-Sieberer & Kurth, 2008).

In den drei folgenden Erhebungswellen wurden die Daten ebenfalls mit Hilfe standardisierter und computer-assistierter Interviews sowie schriftlicher Fragebögen erhoben. In der dritten BELLA-Welle wurde zusätzlich ein strukturiertes klinisches Interview (DIPS) eingesetzt, das die Diagnostik von psychischen Störungen ermöglicht (Schneider & Margraf, 2011; Schneider, Unnewehr, & Margraf, 2009). Im Altersbereich von 11 bis 17 Jahren wurde die Befragung sowohl mit den Jugendlichen selbst als auch mit je einem Elternteil durchgeführt. In der Altersgruppe von 3 bis 10 Jahren wurden nur die Eltern befragt. Junge Erwachsene über 18 Jahre wurden ausschließlich selbst befragt.

5 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

5.1 Erhebungsmethoden

Die gewählte Methodenkombination (siehe 4.3 und 4.4) hat sich in der BELLA-Studie als praktikabel und hinsichtlich der Teilnahmebereitschaft als günstig erwiesen. Mit der zur Verfügung stehenden Technik für *Computer-Assistierte-Telefon-Interviews* (CATI) sind Telefonbefragungen zeitsparend und kostengünstig durchzuführen und liefern mit schriftlichen Befragungsmethoden vergleichbare Ergebnisse (Fischer et al., 2001).

In BELLApplus wurde die telefonische Befragung zur Durchführung eines strukturierten, klinischen Interviews genutzt. Dieses erlaubt ein kriterienorientiertes Urteil über das Vorliegen einer klinisch relevanten psychischen Störung ähnlich einer Diagnose. Als klinisches Interview wurde das DIPS (Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen; Schneider & Margraf, 2011) eingesetzt. Eine speziell für die BELLA-Studie entwickelte Computerversion wurde bei Erwachsenen angewendet, bei Kindern und Jugendlichen kam das sogenannte Kinder-DIPS als neu entwickelte Computerversion zum Einsatz.

Darüber hinaus wurden telefonisch Kernfragen zu Folgen psychischer Auffälligkeiten und zur Versorgung mit Hilfe des Programms VOXCO (siehe Kapitel 5.1.1.1.) erfasst. Um differenzielle Verläufe der gesundheitlichen Entwicklung anhand vergleichbarer Daten ermitteln zu können, erfolgte neben dem klinischen Interview der Einsatz der bereits zuvor in der BELLA-Studie verwendeten Instrumente mittels eines Fragebogens.

5.1.1 Telefonisches Interview

Die Durchführung der CATI erfolgte in einem eigens hierfür eingerichteten Computerpool, dem sogenannten CATI-Labor der Forschungssektion „Child Public Health“ am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, welches mit insgesamt fünf Arbeitsplätzen ausgestattet war. Die Interviewer-Schichten verteilten sich auf sechs Wochentage: Montag bis Freitag zwischen 9 und 21 Uhr (Kernschicht von 14 bis 19 Uhr) und Samstag 10 bis 15 Uhr. Die Verwaltung der Schichten erfolgte elektronisch über einen internetbasierten Kalender, so dass auch kurzfristige Änderungen vorgenommen werden konnten und diese zeitnah für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Projekts sichtbar waren.

5.1.1.1 VOXCO-Programm

Die CATI wurden mittels eines für diese Erhebung programmierten elektronischen, standardisierten Fragebogens ausgeführt und verwaltet. Dieser leitete die Interviewerinnen und Interviewer je nach Altersgruppe automatisch durch die entsprechenden Fragen. Die Programmierung erfolgte in dem Programm VOXCO. In diesem Teil des Telefoninterviews wurden neben Daten zur Soziodemographie (wie Alter und Geschlecht des Teilnehmenden) auch Daten zu Folgen psychischer Auffälligkeiten und zur Versorgung erhoben.

Neben der computergestützten Steuerung der Telefoninterviews erfüllte das Programm VOXCO auch Funktionen der Termin- und Feldsteuerung. Über das sogenannte Call-Back-System wurden Anrufergebnisse (z.B. Freizeichen, Anrufbeantworter) über vordefinierte Regeln, z.B. nach bestimmten Zeitabständen erneut aufgerufen. Darüber hinaus wurden feste Terminvereinbarungen und Wunsch-Zeiten der Teilnehmenden erfasst. Diese wurden den Interviewerinnen und Interviewern termingerecht vorgelegt. Über die Feldsteuerungsfunktion wurde im VOXCO-Programm die Gesamtzahl der anzurufenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach Altersgruppe definiert und die gesetzten Quoten überwacht.

5.1.1.2 DIPS und Kinder-DIPS

Das diagnostische Interview bei psychischen Störungen (DIPS) als strukturiertes klinisches Interview ermöglicht die Erstellung kriterienorientierter Diagnosen nach dem DSM-IV-TR. Daneben können auch Diagnosen nach der 10. Auflage des ICD erstellt werden. Das DIPS stellt eine erweiterte Version des amerikanischen „Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV“ dar. Mit Hilfe des DIPS können Angststörungen, affektive-, somatoforme- und Essstörungen sowie Schlafstörungen erfasst werden. Weiterhin werden Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und Persönlichkeitsstörungen erhoben und allgemeine klinisch-demographische Daten erfragt. Das DIPS enthält zusätzlich ein Screening für körperliche Krankheiten, nichtorganische Psychosen, Tabakkonsum, sexuelle Funktionsstörungen sowie Medikamentengebrauch. Weiterhin kann mit dem DIPS eine psychiatrische Anamnese, eine Familienanamnese psychischer Störungen und die Achse IV (schwere psychosoziale Belastungsfaktoren) und V (generelles Anpassungs- bzw. Gesundheitsniveau) des DSM-IV-TR erhoben werden (Schneider & Margraf, 2011).

Neben der Version für Erwachsene hat sich auch das Kinder-DIPS etabliert, welches sowohl eine Elternversion als auch eine parallele Kinderversion beinhaltet. Hier werden folgende Störungsbereiche des Kindes- und Jugendalters erfasst: Störung der Aufmerksamkeit, der Aktivität und des Sozialverhaltens, Tic- und Angststörungen, Störung der Ausscheidung, Schlaf- und affektive Störungen sowie Essstörungen. Daneben wurden im Kinder-DIPS entwicklungsbezogene Koordinations- und Kommunikationsstörungen sowie Alkohol-, Nikotin- und Drogenmissbrauch (Schneider et al., 2009) erfasst. Es zeigten sich sowohl im DIPS als auch im Kinder-DIPS zufriedenstellende Reliabilitäten und Validitäten (Schneider & Margraf, 2011; Schneider et al., 2009).

Eigens für die BELLApplus-Studie wurden Computerversionen des DIPS und des Kinder-DIPS entwickelt. Diese entstanden in Kooperation mit Frau Prof. Silvia Schneider von der Universität Basel, die das diagnostische Interview entwickelt hat sowie Herrn Prof. Dietmar Schulte von der THEROS (Therapie-Organisations-Software) GmbH, einem Software-Hersteller für psychotherapeutische Software.

5.1.2 Fragebogen

Im Anschluss an die telefonische Befragung wurden den Familien schriftliche Fragebögen zugesendet. In diesen wurden Themen wie Risiken, z.B. familiäre Risiken, soziale Risiken oder Lebensereignisse, aufgegriffen. Im Bereich Ressourcen wurden Fragen zu personalen, familiären oder sozialen Ressourcen gestellt. Zusätzlich wurden Daten zur subjektiven Gesundheit und Lebensqualität, zu Krankheitstagen, zu Bildung und Beschäftigung, zur finanziellen Situation, zu Substanzkonsum, Risikoverhalten, Lebensführung und Beziehungsqualität erhoben. Damit werden mögliche Konsequenzen von psychischen Auffälligkeiten erfasst.

5.2 Instrumente

In der BELLApplus-Studie wurden verschiedene, zum Teil speziell für das Vorhaben zu erhebende Themen erfasst, die teilweise bereits in der KiGGS-Welle 1 des Robert Koch-Instituts in Form von Eckwerten enthalten sind. Hierzu zählen Instrumente zur Erfassung von psychischen Auffälligkeiten, Belastungen und Risikofaktoren, Konsequenzen psychischer Auffälligkeiten sowie spezielle Fragen zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen. Im Folgenden werden die für die Auswertung relevanten Instrumente kurz beschrieben.

5.2.1 Erfassung psychischer Auffälligkeiten

Bislang wurden psychische Auffälligkeiten in der BELLA-Kohorte mit Hilfe des erweiterten Strengths and Difficulties Questionnaires (SDQ; Goodman, 1997, 1999) erfasst. Der erneute Einsatz des SDQ in der KiGGS-Welle 1 ermöglicht eine über alle Zeitpunkte vergleichbare Messung. Zur Erfassung spezifischer psychischer Auffälligkeiten wurden weitere Instrumente eingesetzt. Ängste wurden in BELLApplus mit der Kurzversion des Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-5) erfasst (Birmaher et al., 1999). Zur Ermittlung von Kindern und Jugendlichen mit Anzeichen für depressive Störungen wurde in der längsschnittlichen BELLA-Studie die Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC) eingesetzt (Faulstich, Carey, Ruggiero, Enyart, & Gresham, 1986) sowie das Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ; Stiensmeier-Pelster, Schürmann, & Duda, 2000). Symptome von Störungen des Sozialverhaltens wurden mit Hilfe der zwei Subskalen „Aggressives Verhalten“ und „Dissoziales Verhalten“ der Child Behavior Checklist (CBCL) erhoben (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998). Hinsichtlich Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) wurden die Conners' Scale (Conners, 1996) im Selbst- und Elternurteil sowie der Fremdbeurteilungsbogen „Hyperkinetische Störungen“ aus dem „Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV“ (FBB-HKS; Döpfner & Lehmkuhl, 2000) eingesetzt.

Für die BELLApplus-Studie wurden fehlende Werte (missings) in den Angaben zum SDQ manuellkonform ersetzt. In den störungsspezifischen Instrumenten SCARED, CES-DC, CONNERS und CBCL wurden die missings mit Hilfe eines aufwändigen Verfahrens, des sogenannten Imputationsverfahrens ersetzt. Unter dem Begriff „Imputation“ werden

Verfahren zusammengefasst, mit denen fehlende Daten in statistischen Erhebungen in der Datenmatrix vervollständigt werden. Hierbei werden fehlende Daten durch plausible Werte ersetzt, die unter anderem mit Hilfe der beobachteten Werte des gleichen Datensatzes geschätzt werden können. In der BELLApplus-Studie wurde das sogenannte Expectation-Maximization-Verfahren (EM-Verfahren) angewendet (Little & Rubin, 1987). Dieses Verfahren basiert darauf, mit einem zufällig gewählten Modell zu beginnen, und abwechselnd die Zuordnung der Daten zu den einzelnen Teilen des Modells (Expectation-Schritt) und die Parameter des Modells an die neueste Zuordnung (Maximization-Schritt) zu verbessern.

5.2.2 Erfassung von Lebensqualität

Die Lebensqualität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde mit Hilfe des KIDSCREEN-27 erfasst, der Aussagen zur körperlichen und psychischen Lebensqualität ermöglicht. Der eingesetzte Fragebogen besteht aus 27 Fragen, die fünf Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zugeordnet sind: körperliches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, Beziehungen zu Eltern und Autonomie, soziale Unterstützung und Gleichaltrige sowie schulisches Umfeld (The KIDSCREEN Group Europe, 2006).

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde in der BELLApplus-Studie bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 27 Jahren mit Hilfe des SF-36 untersucht. Der SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992) ist eines der international gebräuchlichsten generischen Instrumente zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und bildet acht Dimensionen von Gesundheit ab: körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen, allgemeiner Gesundheitszustand, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden. Aus den mit dem SF-36 erhobenen Daten können zwei Summenscores berechnet werden: zum einen der „physical health component summary score“ (PCS), der die Dimension der körperlichen Gesundheit abbildet sowie der „mental health component summary score“ (MCS), der die Dimension der psychischen Gesundheit abbildet. Die Transformation auf einen Mittelwert von 50 und eine Standardabweichung von 10 innerhalb der Stichprobe ermöglicht es, Abweichungen von der Norm nach oben oder unten zu erkennen.

5.2.3 Erfassung von Daten zur Inanspruchnahme

Die Fragen zum Inanspruchnahmeverhalten wurden für BELLApplus neu entwickelt und sind auf die spezifischen Anforderungen und Ziele der Studie abgestimmt. Im Fokus steht die Inanspruchnahme von psychiatrischen, sozialpsychiatrischen, psychotherapeutischen, psychologischen oder sozialpädagogischen Versorgungsleistungen durch Betroffene. Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit psychischen Auffälligkeiten, die keine Maßnahmen in Anspruch nehmen, wurden nach möglichen Barrieren, also Gründe für die Nichtanspruchnahme, gefragt. Zusätzlich wurden die Probandinnen und Probanden ohne psychische Auffälligkeiten danach gefragt, ob sie sich grundsätzlich vorstellen könnten, bestimmte Angebote zu nutzen.

5.3 Vorbereitung und Ablauf der Feldphase in BELLApplus

5.3.1 Pretest

Vor Beginn der Feldphase wurden die Materialien und Befragungsinstrumente einem Pretest unterzogen. Hierzu wurden zunächst alle Fragen des Fragebogens an freiwilligen Personen getestet, wobei die Zeit, die zur Beantwortung einzelner Fragenblöcke benötigt wurde, gemessen und protokolliert wurde. Als Resultat aus diesem Test wurde die maximale Länge der schriftlichen Befragung auf ca. 25 Minuten festgelegt. In einer weiteren Testphase wurde ein Untersuchungsdurchlauf mit Freiwilligen auf Grundlage der Original-Materialien für die telefonische Befragung simuliert.

5.3.2 Einladungsverfahren

Die schriftliche Einladung der Teilnehmenden an der KiGGS-Welle 1 erfolgte sechs Wochen vor Beginn des Befragungszeitraums über die Survey-Geschäftsstelle des Robert Koch-Instituts. Die Einladung beinhaltete neben dem Einladungsschreiben eine Informationsbroschüre, ein Einwilligungsfomular sowie einen Umschlag zur portofreien Rücksendung. Zur Teilnahmegewinnung von ehemaligen Probandinnen und Probanden der KiGGS-Basiserhebung wurde ein besonderer Aufwand betrieben. Der Zeitpunkt der Einladung zur KiGGS-Basisuntersuchung lag sechs Jahre zurück und viele Adressen waren nicht mehr aktuell. Aus diesem Grund erfolgte zur Aktualisierung ein mehrstufiger Recherche-Algorithmus (Robert Koch-Institut, 2011). Familien, die sich zur Teilnahme bereit erklärten, wurden gebeten, das Einwilligungsfomular zu unterschreiben und an das Robert Koch-Institut zurück zu senden. Die Familien sollten eine oder mehrere Telefonnummern angeben, unter denen ein Interviewtermin vereinbart oder das Interview direkt geführt werden konnte. Gegebenenfalls erfolgte ein Erinnerungsschreiben an die Eltern beziehungsweise volljährigen Probandinnen und Probanden. Die Teilnahme war nur bei vorliegender schriftlicher Einwilligungserklärung möglich.

Teilnehmende für die BELLApplus-Studie wurden am Ende des KiGGS-Interviews von den Interviewerinnen und Interviewern telefonisch geworben. Bei minderjährigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern erfolgte die Werbung für die Modulteilnahme am Ende des telefonischen Elterninterviews. Bei Interesse an einer Teilnahme an BELLApplus wurden die Probandinnen und Probanden nach ihrem Einverständnis gefragt, ob ihre Kontaktdaten

an die Forschungssektion „Child Public Health“ weitergegeben werden dürfen. Eine automatische Weitergabe der Daten durch das Robert Koch-Institut erfolgte nicht. Interessenten an BELLApplus erhielten vom Robert Koch-Institut im Namen der Forschungssektion „Child Public Health“ eine schriftliche Einladung, Informationsmaterialien (Broschüre, Datenschutzmerkblatt) und eine Einwilligungserklärung. Die teilnahmebereiten Familien wurden gebeten, die Einwilligungserklärung zu unterschreiben und im ebenfalls beigefügten Rückumschlag zurück zu senden. Die endgültige Zustimmung zur Studienteilnahme erfolgte somit schriftlich und erst, nachdem die Familien die Möglichkeit hatten, sich genauer über die BELLApplus-Studie zu informieren (Robert Koch-Institut, 2011).

5.3.3 Erinnerungsverfahren

Probandinnen und Probanden, die die Einwilligungserklärung nicht zurücksendeten, wurden von BELLA-Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern telefonisch an die Rücksendung erinnert.

Nach der erfolgreichen Teilnahme am Interview wurden die Familien gebeten, einen schriftlichen Fragebogen auszufüllen. Mit Hilfe einer Access-Datenbank wurden der Erledigungsstand der Telefoninterviews und der Rücklauf der schriftlichen Fragebögen überwacht. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden gegebenenfalls im Abstand von je zwei Wochen erstmals schriftlich und beim zweiten Mal telefonisch an die Rücksendung des Fragebogens erinnert. Bei Bedarf wurde der entsprechende Fragebogen den Probandinnen und Probanden zusammen mit dem Erinnerungsschreiben nochmals zugeschickt. Dadurch konnte die Rücklaufquote deutlich erhöht werden.

5.3.4 Informations- und Öffentlichkeitsarbeit

Um dem Informationsbedarf und Fragen der Probandinnen und Probanden während der Feldphase gerecht zu werden, wurden auf den Telefonapparaten im CATI-Labor Sprachboxen eingerichtet. Auf diesen wurde kurz das Ziel der Kontaktaufnahme im Rahmen der Studie erläutert sowie auf die Internetseite verwiesen. Auf der Website, die fortlaufend aktualisiert wurde, wurden zahlreiche Informationen zur Studie bereitgestellt. Zusätzlich wurde eine E-Mail-Adresse im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf frei geschaltet, die den Teilnehmenden für die Kontaktaufnahme zur Verfügung stand.

5.3.5 Anreize für die Teilnahme an der Studie (Incentives)

Zur Erhöhung der Teilnahmemotivation konnten alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der BELLApplus-Studie zwischen verschiedenen altersgerechten Incentives wählen. In den im Anschluss an die telefonische Befragung zugeschickten Fragebögen waren die zugesagten Incentives in Form eines Einkaufsgutscheins über 10 Euro von einer Warenkette nach Wahl (z.B. Media Markt oder H&M) enthalten. Nahmen die Kinder noch nicht selber teil, wurden bei der Zusendung der Elternfragebögen kleine Motivationsgeschenke für die jüngeren Teilnehmerinnen und Teilnehmer (z.B. Magnete oder Malbücher) beigelegt.

5.4 Monitoring und Qualitätssicherung in BELLApplus

5.4.1 Monitoring

Im Rahmen der internen Qualitätssicherung der BELLApplus-Studie wurden Ergebnisse und Auslastungszeiten der Telefonbefragung in einem wöchentlichen Reporting von den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der BELLApplus-Studie festgehalten und kontinuierlich ausgewertet. Dabei wurden jeweils die erfolgreich abgeschlossenen Interviews der vergangenen Woche, aber auch die Anzahl der Verweigerungen sowie Auslastungszeiten der Interviewerinnen und Interviewer analysiert.

Darüber hinaus wurde der aktuelle Stand des Projektes in einem monatlichen Reporting dokumentiert. Dies ermöglichte einen Überblick über die Anzahl der erfolgreich abgeschlossenen Interviews, Gründe und Anzahl der Verweigerungen, durchschnittliche Interviewzeiten und die Anzahl der noch offenen Fälle. Daneben gab es Informationen zur Responserate.

Um eine bessere Koordination des Fragebogenrücklaufs gewährleisten zu können, wurde, wie in Punkt 5.3.3 beschrieben, eine Access-Datenbank implementiert. Diese umfasste neben Informationen zum Versendungs- und Rücklaufdatum der Fragebögen die Anzahl der Versendungen sowie Informationen zu Datum und Anzahl der Erinnerungsschreiben und -anrufe.

5.4.2 Interne Qualitätssicherung

Die Schulungen und Supervisionen der Interviewerinnen und Interviewer bildeten einen zentralen Aspekt der Qualitätssicherung in der BELLApplus-Studie. Der Bereich der internen Qualitätssicherung wurde mindestens von einem der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hauptverantwortlich abgedeckt.

5.4.2.1 *Schulung der Interviewerinnen und Interviewer*

Die in einem Auswahlverfahren angeworbenen Telefoninterviewerinnen und -interviewer wurden vor Beginn der Feldphase umfangreich geschult und in die BELLApplus-Studie eingewiesen. Die Interviewer-Schulung beinhaltete neben der Einführung in die Studie und die unterschiedlichen Interviewtechniken ein Modul zur Software VOXCO, die Schulung zum Kinder-DIPS und DIPS sowie die Einführung in die für die BELLApplus-Studie relevanten Störungsbereiche. Im Schulungsmodul zu VOXCO wurden die Interviewerinnen und

Interviewer mit den Besonderheiten standardisierter Interviewführung vertraut gemacht. Ebenso erfolgte eine Schulung für die verschiedenen Anwendungsbereiche der Software (Interview, Terminvereinbarungen etc.). Das Modul zum Kinder-DIPS und DIPS folgte einem Schulungsfahrplan aus unterschiedlichen Elementen zur theoretischen und praktischen Einarbeitung neuer Interviewerinnen und Interviewer. In zwei Lehrgängen zur Durchführung des Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen (DIPS) wurde die Mehrzahl der Interviewerinnen und Interviewer sowie Mitarbeiterinnen der BELLApplus-Studie durch Frau Dr. Tina In-Albon von der Universität Basel zertifiziert geschult. Die Schulungen wurden von Herrn Robert Schlack, dem Qualitätssicherungsbeauftragten des Robert Koch-Instituts, begleitet. Alle Schulungs-Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhielten vor Beginn der Feldphase der Telefonerhebungen das Zertifikat zur Durchführung des klinisch-diagnostischen Telefoninterviews. Nach einer dreiwöchigen Übungsphase wurde in einem Untersuchungsdurchlauf mit freiwilligen Personen die praktische Anwendung des klinischen Telefoninterviews simuliert.

5.4.2.2 Nachschulungen

In regelmäßigen Abständen fanden Nachschulungen der Interviewerinnen und Interviewer zum allgemeinen Interviewablauf, zum DIPS, Kinder-DIPS, zur VOXCO-Handhabung und zu Standardvorgehensweisen („Standard Operating Procedure“, sogenannten SOPs) statt. Die Nachschulungen wurden von den BELLA-Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unter Einhaltung der Richtlinien des Robert Koch-Instituts durchgeführt, um eine möglichst hohe Standardisierung der Interview-Durchführung zu erzielen und den Umgang mit schwierigen Situationen zu üben. Die Themen für Nachschulungen ergaben sich u.a. aus Hospitationen bei BELLApplus-Interviews im Rahmen der internen und externen Qualitätssicherung oder durch Rückmeldungen von Interviewerinnen und Interviewern.

5.4.2.3 Klinische und organisatorische Supervision

Die Supervision der Interviewerinnen und Interviewer erfolgte im zweiwöchentlichen Abstand. Sie bestand jeweils aus einem 30-minütigen organisatorischen Teil und einer 90-minütigen klinischen Supervision. In der organisatorischen Supervision gab es eine Rückmeldung zur wöchentlichen Interviewstatistik. Daneben hatten die Interviewerinnen und Interviewer die Gelegenheit, offene Fragen, z.B. zur Interviewdurchführung zu stellen

und organisatorische Aspekte zu klären. In der klinischen Supervision wurden problematische Interviews besprochen und jeweils ein Störungsbild ausführlich vorgestellt. Die Supervision wurde zunächst von der Kinder- und Jugendpsychiaterin Dita von Aster geleitet und dann von der Kinder- und Jugendpsychiaterin Dr. med. Christina Teckentrup übernommen. Wichtige Ergebnisse der organisatorischen und klinischen Supervision wurden im Anschluss an alle Interviewerinnen und Interviewer per E-Mail weitergeleitet, im CATI-Labor ausgehängt und anschließend archiviert.

5.4.2.4 Interviewer-Handbuch

Es wurde ein Interviewer-Handbuch entwickelt, das in mehreren Teilen die Studie mit ihren Zielen und Einzelheiten der Durchführung sowie den Umgang mit dem Computerprogramm zur Durchführung der Telefoninterviews beschreibt. Dieses wurde in den Schulungen, Nachschulungen und der Supervision eingesetzt. Darüber hinaus wurde das Interviewer-Handbuch kontinuierlich aktualisiert und um häufig gestellte Fragen (FAQs) und SOPs in Bezug auf den Umgang mit schwierigen Interviewsituationen ergänzt. Die aktuelle Fassung lag jeweils als Druckversion im CATI-Labor aus.

5.4.2.5 Interne Hospitationen

Im Rahmen der internen Qualitätssicherung wurden auch Hospitationen bei telefonischen Interviews durch BELLA-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durchgeführt. Die Beobachtungen wurden den Interviewerinnen und Interviewer anhand eines standardisierten Beobachtungsbogens in einem kurzen Feedback-Gespräch zurückgemeldet und sind zudem in die Planung der Nachschulungen eingeflossen. So wurde beispielsweise ein Workshop mit einer Logopädin durchgeführt, in dem Übungen zum Stimmtraining stattfanden und Sprechtechniken ausprobiert werden konnten.

5.4.3 Externe Qualitätssicherung

Ein weiterer Eckpfeiler der Qualitätssicherung bildete die externe Beurteilung durch den Qualitätssicherungsbeauftragten Herrn Robert Schlack vom Robert Koch-Institut. Wie bereits beschrieben, fanden die Hospitationen bereits während der Interviewer-Schulungen statt, weitere folgten in der Feldphase.

In den Hospitationen wurde zunächst der Statusbericht zum aktuellen Projektstand von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorgestellt. Es wurden z.B. Zeitpläne,

Zwischenergebnisse oder Aspekte der internen Qualitätssicherung besprochen. Darüber hinaus hospitierte Herr Schlack bei einigen Interviews und führte anschließend Feedbackgespräche mit den Interviewerinnen und Interviewern durch. Außerdem evaluierte er die Interviews mit Hilfe des Prüfkriterienkatalogs des Robert Koch-Instituts für externe Qualitätssicherung. Beurteilt wurden Kontaktaufnahme, proaktive Gestaltung, Gesprächsführung, Interviewablauf sowie Fehler und Unklarheiten im Erhebungsinstrument. Wenn es bei einer Hospitation Empfehlungen von Herrn Schlack gab, wurden diese umgehend umgesetzt. So wurden die Nachschulung der Interviewinnen und Interviewer bezüglich schwieriger Interviewsituationen empfohlen, welche anschließend in einer internen Schulung umgesetzt wurden.

5.5 Dateneingabe und -verarbeitung in BELLApplus

5.5.1 Fragebogeneingabe

Mit der Dateneingabe der Fragebögen wurde der externe Dienstleister BSD-Communication Center GmbH aus Hamburg beauftragt. Im Vorfeld wurde ein einheitliches Benennungssystem für Variablen im Datensatz entwickelt, das bereits für die Daten der vorigen BELLA-Messzeitpunkte umgesetzt wurde. Auf dieser Grundlage wurden Datenmasken für die Eingabe der Fragebögen aus BELLApplus erstellt. Ergänzend zu den Datenmasken wurden umfangreiche Codebooks sowie eine Handanweisung für die Eingabe der Daten erstellt, um mögliche Unklarheiten bei der Eingabe zu vermeiden. Die Datenmasken, Codebooks und die Handanweisung wurden dem Dienstleister zur Verfügung gestellt. Waren Probandenantworten nicht eindeutig, so war der externe Dienstleister angehalten, solche Fälle exakt zu notieren, damit sie anschließend von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der BELLApplus-Studie anhand der Rohdaten aus den Fragebögen überprüft werden konnten. Der Anbieter war angehalten, 20% der erhaltenen Fragebögen doppelt einzugeben, um eine Kontrolle der Daten zu ermöglichen.

5.5.2 Datenaufbereitung des DIPS

Basierend auf den diagnostischen Interviews DIPS und Kinder-DIPS wurde eigens für die BELLApplus-Studie eine Software für die telefonische Befragung der Probandinnen und Probanden entwickelt. Diese Computerprogramme entstanden in einer Kooperation der Entwickler des diagnostischen Interviews mit einem Software-Hersteller für psychotherapeutische Software (Theros GmbH). Nach Aussagen des Herstellers wurde die Software vor Auslieferung zum Feldeinsatz in der BELLApplus-Studie eingehend getestet. Im Feldeinsatz zeigten sich in der CATI-Software dennoch einige Anwendungs- und Auswertungsfehler. Diese wurden von BELLApplus-Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern systematisch dokumentiert und den Entwicklern zurückgemeldet. Im engen Kontakt mit den Autoren des DIPS und Kinder-DIPS und den Softwareentwicklern wurden Lösungsstrategien aufgezeigt und entwickelt. Fehler in der Formatierung und bei der Verknüpfung von Fragen wurden ausgebessert. Zusätzlich wurde ein Auswertungsalgorithmus entwickelt und programmiert, der eine eigene Diagnosestellung möglich macht, um damit die Diagnosestellungen der CATI Software zu validieren.

5.5.3 Zusammenführung der BELLApplus-Daten

Die ständig auf ihre Qualität hin überprüften Dateien mit den Fragebogenangaben und den Angaben aus den Telefoninterviews wurden nach Abschluss der Erhebungsphase im Dezember 2012 zu einer Datei zusammengeführt. Sowohl für die Informationen aus den Fragebögen als auch für die im Telefoninterview erhobenen Daten konnte zum Teil bereits auf existierende Auswertungsprogramme und Programme zur Erstellung notwendiger Kennwerte aus früheren Erhebungswellen zurückgegriffen werden. Durch die Verwendung identischer Variablennamen in allen vier Wellen der BELLA-Studie konnte die Datenaufbereitung und Auswertung erleichtert werden. Der erste Datensatz der KiGGS-Welle 1 zur Verknüpfung mit den Daten der BELLA-Welle 3 wurde am 17.05.2013 vom Robert Koch-Institut bereitgestellt. Der endgültige Datensatz wurde am 05.02.2014 vom Robert Koch-Institut zur Verfügung gestellt. Eine weitere Ergänzung durch das RKI erfolgte am 24.03.2014. Mögliche Abweichungen in den Ergebnissen zur ersten Version des Abschlussberichts vom 31.06.2013 sind durch die vorgenommenen Änderungen und Verbesserungen im Datensatz zu erklären.

5.6 Datenschutz in BELLApplus

Der BELLApplus-Studie liegt die Zustimmung der Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg und des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (AZ V-401/008#0010) zugrunde. Alle an der Studie beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind an die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes gebunden und unterliegen der Schweigepflicht. Die Vorgehensweise bei der Befragung wurde mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit abgestimmt. Die Einhaltung der Vorgaben wurde kontinuierlich von der Studienleitung überwacht.

Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der BELLA-Studie wurden in einem Informationsblatt über den Umgang mit ihren Daten informiert. Es erfolgte der Hinweis, dass die persönlichen Daten (z.B. Name, Adresse, Telefonnummer und Geburtsdatum) getrennt von den Antworten gespeichert werden und dass alle Antworten der Probandinnen und Probanden vertraulich behandelt werden. Personenbezogene Rückschlüsse sind demnach nicht möglich. Nach Abschluss der Befragung wurden die Kontaktdaten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der Forschungssektion „Child Public Health“ gelöscht. Eine erneute Zusammenführung ist anschließend lediglich über eine Teilnehmernummer, die mit den Befragungsdaten zusammen gespeichert wurde, durch im Robert Koch-Institut besonders autorisierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter möglich. Bei der wissenschaftlichen Datenauswertung wurden Häufigkeiten und Zusammenhänge nicht für Einzelpersonen, sondern nur für größere Gruppen von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit statistischen Methoden untersucht und dargestellt. Eine Weitergabe der Daten an kommerzielle Nutzer oder etwa Krankenkassen und Versicherungen erfolgte zu keinem Zeitpunkt der Studie.

Die Teilnahme an der Studie war für alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer freiwillig und konnte jederzeit, ohne Angabe von Gründen, beendet werden. Für den Widerruf der Einwilligung genügte die einfache mündliche Äußerung und die Daten wurden anschließend gelöscht.

5.7 Auswertungsmethoden für den Ergebnisteil

5.7.1 Statistische Analysen

In diesem Bericht werden sowohl deskriptive als auch multivariate Analysen vorgestellt. Die Datenverarbeitung erfolgte mit Hilfe verschiedener Softwareprogramme, z.B. IBM SPSS Statistics Version 20, Mplus Version 6.11 und R Version 3.0.2 (The R Foundation for Statistical Computing). Es kommen sowohl Längs- als auch Querschnittanalysen zum Einsatz, z.B. logistische und lineare Regressionsanalysen, generalised random effects linear models, multiple random coefficient models for longitudinal data (MRC models), latent growth models (LGMs) und random intercept only models. Es ist zu beachten, dass alle in diesem Bericht dargestellten Ergebnisse auf ungewichteten Daten basieren.

5.7.2 Sozioökonomischer Status

Die in der ersten KiGGS-Welle (Welle 1) erhobenen Angaben der Eltern von 0- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen zu Bildung, Berufsstatus und Einkommen gingen ein in eine Variable zum sozioökonomischen Status (SES). Dieser bildet den Sozialstatus des Haushalts ab. Der Gesamtscore wird aus der Summierung der 3 Subscores zu Bildung, Einkommen und Berufsstatus gebildet und kann 3-21 Punkte betragen (Lampert, Kroll, Muters, & Stolzenberg, 2013). Die Angaben zum sozioökonomischen Status in der aktuellen KiGGS-Welle wurden im Elternfragebogen erhoben. Teilnehmerinnen und Teilnehmer ab einem Alter von 18 Jahren wurden selbst zu ihrem sozioökonomischen Status befragt.

Die Operationalisierung der anderen Konstrukte für den Ergebnisteil wurde bereits an anderer Stelle beschrieben (siehe Kapitel 5.2).

6 Ergebnisse

Die Ergebnisse dieses Abschlussberichtes basieren vorwiegend auf Analysen, die speziell für den Bericht angefertigt wurden. Daneben wurden auch Ergebnisse aus unveröffentlichten Publikationen in den vorliegenden Abschlussbericht integriert. Diese sind diversen englischsprachigen Publikationen entnommen, die auf längsschnittlichen Auswertungen der BELLA-Daten basieren. Die Publikationen erscheinen 2014 in der Fachzeitschrift *Journal of European Child & Adolescent Psychiatry* (online). Alle empirischen Artikel wurden in Absprache und Kooperation mit dem Robert Koch-Institut verfasst.

Special Issue 2014: Journal of European Child and Adolescent Psychiatry (ECAP)

Guest Editors: Ulrike Ravens-Sieberer, Fiona Klasen (Hamburg)

Processing Editor: Aribert Rothenberger (Göttingen)

Topic: Epidemiological longitudinal studies on mental health in minors – new perspectives of child and adolescent psychiatry

Original Contributions (BELLA Papers)

1. The longitudinal BELLA-Study: Design, methods and course of mental health problems

Ulrike Ravens-Sieberer, Christiane Otto, Levente Kriston, Aribert Rothenberger, Manfred Döpfner, Beate Herpertz-Dahlmann, Claus Barkmann, Gerhard Schön, Heike Hölling, Michael Schulte-Markwort, Fiona Klasen & the BELLA study group

2. Six years ahead – course and predictive value of psychopathological screening in children of the community

Andreas Becker, Aribert Rothenberger, Alexander Sohn, Ulrike Ravens-Sieberer, Fiona Klasen & BELLA study group

3. Externalizing disorders in the longterm (ADHD, CD/ODD)

M. Döpfner (Cologne) + Working Group + BELLA study group

4. Eating Disorder Symptoms don't just disappear – implications of adolescent eating disordered behavior for body weight and mental health in young adulthood

Herpertz-Dahlmann, B., Dempfle, A., Konrad, K., Klasen, F., Ravens-Sieberer, U. & BELLA study group

5. Modelling Trajectories of Psychosomatic Health Complaints in Children and Adolescents: Results from the BELLA cohort study

Barkmann, C., Otto, C., Schoen, G., Schulte-Markwort, M., Schlack, R., Ravens-Sieberer, U., Klasen, F. & the BELLA study group

6. Risk and protective factors for the development of depressive symptoms in children and adolescents – Results from the BELLA longitudinal study

Klasen, Otto, Kriston, Patalay, Schlack, Ravens-Sieberer & the BELLA study group

7. Mental health care use among children and adolescents in Germany – results of the longitudinal BELLA study

Hintzpeter, Klasen, Schön, Voss, Hölling Ravens-Sieberer & the BELLA study group

BELLA study group: Ulrike Ravens-Sieberer (Principal Investigator), Claus Barkmann, Monika Bullinger, Manfred Döpfner, Beate Herpertz-Dahlmann, Heike Hölling, Fionna Klasen, Franz Resch, Aribert Rothenberger, Sylvia Schneider, Michael Schulte-Markwort, Robert Schlack, Frank Verhulst, Hans-Ulrich Wittchen.

6.1 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt nahmen 2.863 Mädchen und Jungen an der BELLA-Basiserhebung, die zwischen 2003 und 2006 durchgeführt wurde, teil (Tabelle 1). An der dritten BELLA-Welle, die parallel zur KiGGS-Welle 1 zwischen 2009 und 2012 durchgeführt wurde, nahmen insgesamt 3.840 Personen teil. Für diese Welle wurden neue Teilnehmerinnen und Teilnehmer in jüngeren Altersgruppen (3 bis 12 Jahre) aufgenommen. Darüber hinaus wurden neue Teilnehmerinnen und Teilnehmer für jedes Alter (3 bis 26 Jahre) ausgewählt, um Teilnehmerausfälle zu kompensieren und die Repräsentativität der Stichprobe für Querschnittsanalysen zu gewährleisten.

Bei der Betrachtung des sozioökonomischen Status fällt auf, dass sich die Verteilung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Basiserhebung und der aktuellen Welle auf die Statusgruppen unterscheidet. Während in der ersten Befragung rund die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der mittleren Statusgruppe angehören, sind es in der dritten Befragung zwei Drittel. Insgesamt haben 1.255 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an allen BELLA-Wellen teilgenommen. Die zur Basiserhebung zwischen 7 und 17 Jahre alten Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren zum Zeitpunkt der BELLA-Welle 3 zwischen 13 und 26 Jahre alt.

Tabelle 1: *Deskriptive Beschreibung der BELLA-Stichprobe (B0, B1, B2 und BELLApplus (B3)), in Prozent (Anzahl)*

	B0 (n = 2.863)	B1 (n = 2.423)	B2 (n = 2.190)	B3 (n = 3.840)
Mädchen	48,5 (1.389)	50,8 (1.232)	49,3 (1.079)	53,0 (2.035)
Jungen	51,5 (1.474)	49,2 (1.191)	50,7 (1.111)	47,0 (1.805)
3-6 Jahre	-	-	-	13,8 (529)
7-10 Jahre	39,4 (1.129)	30,3 (733)	20,0 (437)	20,6 (791)
11-13 Jahre	27,2 (778)	28,1 (681)	29,5 (646)	8,8 (339)
14-17 Jahre	33,0 (946)	33,9 (821)	35,3 (774)	23,1 (887)
18-26 Jahre	0,3 (10)	7,8 (188)	15,2 (333)	33,7 (1.294)
Niedrig	25,0 (710)	n.e.	n.e.	8,2 (219)
Mittel	48,0 (1.362)			61,0 (1.623)
Hoch	27,0 (767)			30,7 (817)

*SES = sozioökonomischer Status. n.e. = nicht erhoben

6.2 Ergebnisse der zentralen Fragestellungen: Verläufe psychischer Auffälligkeiten und relevante Prädiktoren

Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen und Problembereichen bei Kindern und Jugendlichen zählen Verhaltensprobleme, emotionale Probleme und Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), Essstörungen, Ängste sowie Störungen des Sozialverhaltens und Depressionen. Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter können nicht nur das Wohlbefinden der Betroffenen beeinträchtigen, sie können auch einhergehen mit gravierenden Einschränkungen im Alltag, z.B. im Schulleben oder in den Beziehungen zur Familie und zu Freunden.

Fragestellung 1.1: Wie groß ist der Anteil von weiblichen und männlichen Kindern und Jugendlichen, deren psychische Auffälligkeiten chronifizieren?

Hinweise auf psychische Auffälligkeiten wurden mit Hilfe des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) erfasst. Der SDQ ist ein international anerkanntes Screening-Instrument, mit dem Anhaltspunkte für eventuelle psychische Störungen identifiziert werden, aber keine Diagnosen gestellt werden können. In der KiGGS-Studie wurde der SDQ sowohl in der Selbstbefragung von den Kindern und Jugendlichen ab einem Alter von elf Jahren ausgefüllt, als auch von den Eltern in allen Altersgruppen. Der erste Teil des SDQ besteht aus 25 Fragen zu Symptomen psychischer Auffälligkeiten (Symptomfragen). Je fünf Symptomfragen sind einer der vier Problemskalen „emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“ und „Probleme mit Gleichaltrigen“ zugeordnet. Die übrigen fünf Symptomfragen werden zur Skala „prosoziales Verhalten“ zusammengefasst. Mit Ausnahme der Skala „prosoziales Verhalten“ bedeuten hohe Punktwerte eine ausgeprägte Symptomatik (in der Skala „prosoziales Verhalten“ bedeuten hohe Punktwerte dagegen eine positive Beurteilung des Sozialverhaltens). Die Antworten werden skalenweise aufsummiert und anhand vorgegebener Cut-off-Werte in die Kategorien „unauffällig“, „grenzwertig“ und „auffällig“ eingeteilt. Aus den Fragen der vier Problemskalen (ausgeschlossen wird die Skala „prosoziales Verhalten“) wird ein Gesamtproblemwert berechnet, der als „unauffällig“, „grenzwertig“ oder „auffällig“ klassifiziert wird.

Der zweite Teil des SDQ erfasst mit sechs Fragen Beeinträchtigungen aufgrund psychischer

Probleme (Impact-Fragen). Zunächst ist die Frage zu beantworten, ob man Schwierigkeiten in einem oder mehreren der Bereiche Stimmung, Konzentration, Verhalten und Umgang mit anderen hat. In weiteren Fragen geht es darum, ob man unter diesen Schwierigkeiten leidet und ob man durch sie in verschiedenen Bereichen des Alltagslebens (Zuhause, mit Freunden, im Unterricht, in der Freizeit) beeinträchtigt wird. Auch für diesen Fragebogenteil wird ein Skalenwert aufgrund der Antworten zu Beeinträchtigungen des Alltagslebens gebildet und in die Kategorien „unauffällig“, „grenzwertig“ und „auffällig“ klassifiziert.

Es ist zu beachten, dass es sich beim SDQ um ein Screeningverfahren handelt, mit dem keine klinischen Diagnosen gestellt werden können. Eine Klassifizierung als „unauffällig“ bedeutet, dass in dem betrachteten Bereich keine übermäßige Symptomatik oder Beeinträchtigung vorliegt und eine psychische Auffälligkeit oder Erkrankung unwahrscheinlich ist. Erfolgt eine Einteilung als „grenzwertig“, bedeutet dies, dass die Symptomatik beziehungsweise die Beeinträchtigung stärker ausgeprägt ist als bei gesunden Kindern und Jugendlichen. Eine psychische Auffälligkeit oder Erkrankung ist daher möglich. Eine Einstufung als „auffällig“ bedeutet eine deutlich stärkere Symptomatik oder Beeinträchtigung, die es wahrscheinlich macht, dass eine psychische Auffälligkeit oder Störung vorliegt.

Betrachtet man zunächst den Symptomteil des SDQ, so stellt sich die große Mehrheit der Befragten zum aktuellen Befragungszeitpunkt (B3) als psychisch unauffällig dar (Tabelle 2). Insgesamt werden 88,4% der 3- bis 26-jährigen Kinder und Jugendlichen von ihren Eltern als unauffällig, 6,1% als grenzwertig und 5,5% als auffällig eingestuft. In ihrem Selbsturteil schätzen sich 91% der 11- bis 26-jährigen Befragten als unauffällig und 6,7% als grenzwertig ein, während sich lediglich 2,3% als auffällig einstufen. Während Jungen häufiger als Mädchen von ihren Eltern als mindestens grenzwertig auffällig eingeschätzt werden, sind es im Selbsturteil die Mädchen, die auffälliger Werte aufweisen.

In Bezug auf die Elternangaben ist weiterhin Folgendes festzuhalten: Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil psychisch unauffälliger Mädchen und Jungen zunächst (bis zu einem Alter von 11 bis 13 Jahren an), danach fällt der Anteil wieder ab. Es fällt auf, dass mit steigendem sozioökonomischem Status der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit mindestens grenzwertigen Problemen abnimmt: Während knapp 8% der Kinder und

Jugendlichen aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status mindestens grenzwertige Auffälligkeiten zeigen, sind es bei den Kindern und Jugendlichen aus der niedrigen Statusgruppe mit 22,5% fast dreimal so viele.

Ähnliche Beobachtungen lassen sich auch bei den Selbstangaben der Teilnehmerinnen und Teilnehmer machen: der Anteil der Mädchen und Jungen, die sich selbst als grenzwertig oder auffällig einschätzen, sinkt mit zunehmenden Alter. Psychische Auffälligkeiten treten bei Befragten aus der niedrigen Statusgruppe mit knapp 14% fast doppelt so häufig auf wie in der höheren Statusgruppe mit rund 7%.

In Tabelle 4 wird gezeigt, wie sich die Anteile der psychisch Auffälligen im Zeitverlauf entwickeln. Es ist zu beachten, dass Aussagen im Zeitverlauf nur für die Gruppe der 9- bis 17-Jährigen getroffen werden können. Die in der aktuellen Befragung ermittelten Anteile der als psychisch auffällig eingestuften Kinder und Jugendlichen ist insgesamt (13,3%) etwas höher als in der ersten (12,7%) und zweiten (12,2%) Erhebungswelle und liegt gleichzeitig leicht unter den Werten der Basiserhebung (13,9%). Der Anteil an betroffenen Mädchen ist zu allen Befragungszeitpunkten niedriger als bei den Jungen. Zum aktuellen Messzeitpunkt konnten bei 11,1% der Mädchen und 15,4% der Jungen im Alter von 9 bis 17 Jahren Hinweise auf psychische Auffälligkeiten festgestellt werden.

Tabelle 2: *Auftreten psychischer Auffälligkeiten (SDQ, Eltern- und Selbstangaben) in BELLApus nach Geschlecht, Altersgruppe und sozio-ökonomischem Status, in Prozent (Anzahl)*

	Elternangabe (n = 2.811)			Selbstangabe (n = 1.301)		
	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Geschlecht						
Mädchen	90,2 (1.302)	5,8 (83)	4,0 (96)	88,7 (588)	8,7 (58)	2,6 (17)
Jungen	86,5 (1.183)	6,5 (89)	7,0 (58)	93,4 (596)	4,5 (29)	2,0 (13)
Altersgruppe						
3-6 Jahre	92,2 (485)	4,0 (21)	3,8 (20)	-	-	-
7-10 Jahre	86,0 (680)	7,2 (57)	6,8 (54)	-	-	-
11-13 Jahre	84,0 (284)	8,3 (28)	7,7 (26)	89,9 (170)	5,8 (11)	4,2 (8)
14-17 Jahre	88,6 (785)	6,7 (59)	4,7 (42)	89,9 (765)	7,9 (67)	2,2 (19)
18-26 Jahre	93,0 (251)	2,6 (7)	4,4 (12)	95,4 (249)	3,4 (9)	1,1 (3)
SES*						
Niedrig	77,5 (169)	9,2 (20)	13,3 (29)	86,3 (101)	7,7 (9)	6,0 (7)
Mittel	87,7 (1.415)	6,4 (104)	5,9 (95)	90,9 (746)	6,6 (54)	2,6 (21)
Hoch	92,2 (758)	4,7 (39)	3,0 (25)	92,8 (334)	6,7 (24)	0,6 (2)
Gesamt	88,4 (2.485)	6,1 (172)	5,5 (154)	91,0 (1.184)	6,7 (87)	2,3 (30)

*SES=sozioökonomischer Status

Tabelle 3: *Beeinträchtigung durch psychische Auffälligkeiten (SDQ Impact, Eltern- und Selbstangaben) in BELLApplus nach Geschlecht, Altersgruppe und sozioökonomischem Status, in Prozent (Anzahl)*

	Elternangabe (n = 2.810)			Selbstangabe (n = 1.297)		
	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Geschlecht						
Mädchen	85,5 (1.234)	7,0 (101)	7,5 (108)	84,7 (559)	10,2 (67)	5,2 (34)
Jungen	76,7 (1.048)	11,9 (163)	11,4 (156)	89,6 (571)	6,9 (44)	3,5 (22)
Altersgruppe						
3-6 Jahre	93,5 (492)	3,6 (19)	2,9 (15)	-	-	-
7-10 Jahre	81,7 (646)	8,7 (69)	9,6 (76)	-	-	-
11-13 Jahre	74,9 (253)	11,5 (39)	13,6 (46)	85,6 (161)	10,6 (20)	3,7 (7)
14-17 Jahre	74,7 (662)	13,3 (118)	12,0 (106)	85,7 (727)	9,2 (78)	5,1 (43)
18-26 Jahre	85,1 (229)	7,1 (19)	7,8 (21)	92,7 (242)	5,0 (13)	2,3 (6)
SES*						
Niedrig	73,7 (160)	10,1 (22)	16,1 (35)	78,6 (92)	10,3 (12)	11,1 (13)
Mittel	80,3 (1.297)	10,0 (160)	9,7 (156)	87,6 (718)	8,7 (71)	3,8 (31)
Hoch	83,2 (683)	8,8 (72)	8,0 (66)	88,8 (317)	7,8 (28)	3,4 (12)
Gesamt	81,2 (2.282)	9,4 (264)	9,4 (264)	87,1 (1.130)	8,6 (111)	4,3 (56)

*SES=sozioökonomischer Status

Wie bereits erwähnt, enthält der SDQ-Fragebogen zur psychischen Gesundheit neben den Symptomfragen auch Fragen zur Beeinträchtigung aufgrund psychischer Probleme. Die Mehrheit der befragten Eltern (81,2%) gibt an, dass ihre Kinder nicht beeinträchtigt sind (Tabelle 3). Jeweils 9,4% geben grenzwertige oder auffällige Beeinträchtigungswerte an. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ab 11 Jahren fühlen sich zu 87,1% nicht durch psychische Probleme beeinträchtigt, 8,6% von ihnen sind grenzwertig und 4,3% sind auffällig beeinträchtigt. Eltern berichten deutlich häufiger über grenzwertige oder auffällige Beeinträchtigungen bei ihren Söhnen (23,3%) als bei ihren Töchtern (14,5%). Dagegen geben Mädchen im Selbsturteil häufiger an, dass sie sich durch Schwierigkeiten beeinträchtigt fühlen als Jungen.

Der bei den Symptomfragen des SDQ beobachtete Altersverlauf ist auch bei den Beeinträchtigungsfragen auszumachen: 11- bis 13-Jährige sind häufiger beeinträchtigt als jüngere oder ältere Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Mit steigendem sozioökonomischem Status sinken auch hier die Anteile an Mädchen und Jungen, die sich durch psychische Schwierigkeiten beeinträchtigt fühlen. Während knapp 17% der Kinder und Jugendlichen aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status grenzwertig oder auffällig beeinträchtigt sind, sind es bei den Kindern und Jugendlichen aus der niedrigen Statusgruppe etwa 26%.

Die Beeinträchtigung aufgrund psychischer Probleme ist in Tabelle 5 im Zeitverlauf dargestellt. Im Zeitverlauf ist hier von der Basiserhebung zur ersten BELLA-Welle zunächst ein Abfall der Prävalenzen zu beobachten: Während sich zur Basiserhebung 22,5% der 9- bis 17-jährigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer durch psychische Schwierigkeiten beeinträchtigt fühlen, sind es in der ersten Erhebungswelle 19,2%. Ab der zweiten BELLA-Welle ist wiederum ein Anstieg der Beeinträchtigungen durch psychische Auffälligkeiten zu erkennen. Die ermittelten Anteile der aktuellen Befragung (24,8%) liegen über den Werten der Basiserhebung. Tendenziell lässt sich zu allen Erhebungszeitpunkten deutlich häufiger eine Beeinträchtigung durch psychische Auffälligkeiten bei Jungen als bei Mädchen erkennen.

Tabelle 4: *Auftreten von psychischen Auffälligkeiten (SDQ grenzwertig oder auffällig, Elternangaben) bei 9- bis 17-Jährigen zu verschiedenen Messzeitpunkten nach Geschlecht, in Prozent (Anzahl)*

		B0	B1	B2	B3
		(n = 2.302)	(n = 2.001)	(n = 1.856)	(n = 1.564)
SDQ*	Gesamt	13,9 (317)	12,7 (229)	12,2 (221)	13,3 (207)
	Mädchen	10,6 (118)	11,0 (95)	8,7 (75)	11,1 (88)
	Jungen	17,2 (199)	14,2 (134)	15,3 (146)	15,4 (119)

*SDQ=Strengths and Difficulties Questionnaire

Tabelle 5: *Beeinträchtigungen durch psychische Auffälligkeiten (SDQ Impact grenzwertig oder auffällig, Elternangaben) bei 9- bis 17-Jährigen zu verschiedenen Messzeitpunkten nach Geschlecht, in Prozent (Anzahl)*

		B0	B1	B2	B3
		(n = 2.302)	(n = 2.001)	(n = 1.856)	(n = 1.564)
SDQ* Impact	Gesamt	22,5 (438)	19,2 (326)	20,2 (309)	24,8 (387)
	Mädchen	17,2 (165)	13,9 (116)	17,5 (127)	20,0 (158)
	Jungen	27,5 (273)	24,3 (210)	22,6 (182)	29,7 (229)

*SDQ=Strengths and Difficulties Questionnaire

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die große Mehrheit der Befragten als psychisch unauffällig einzustufen ist. Die Eltern schätzen Jungen häufiger als mindestens grenzwertig ein, wohingegen es im Selbsturteil die Mädchen sind, die auffälliger Werte aufweisen. Ab einem Alter von 11 bis 13 Jahre sinkt der Anteil der psychisch auffälligen Mädchen und Jungen und der Anteil der psychisch auffälligen Kinder und Jugendlichen nimmt mit steigendem sozioökonomischem Status ab.

Im Hinblick auf die Frage, wie groß der Anteil der Kinder und Jugendlichen ist, deren psychische Auffälligkeiten chronifizieren, die also dauerhaft psychische Auffälligkeiten zeigen, soll zusätzlich die Fragestellung 1.2 herangezogen werden. Hier wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer daraufhin untersucht, inwiefern sie seit Beginn der Befragung zu mehreren Zeitpunkten nicht nur allgemeine, sondern auch spezifische Auffälligkeiten aufweisen.

Fragestellung 1.2: Inwiefern sind Unterschiede zwischen den Störungsbildern und Geschlechtern beobachtbar?

Zur Erfassung spezifischer psychischer Auffälligkeiten wurden die Kinder und ihre Eltern mit verschiedenen Instrumenten befragt: Anzeichen für depressive Störungen wurden mit dem CES-DC erfasst. Zur Ermittlung von Ängsten wurde der SCARED-5 eingesetzt, hinsichtlich Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) wurde die Conners' Scale verwendet. Mit Hilfe der zwei Subskalen „Aggressives Verhalten“ und „Dissoziales Verhalten“ der Child Behavior Checklist (CBCL) wurden Symptome externalisierender Störungen erhoben. Im Gegensatz zu den anderen Instrumenten wurde mit dem CBCL lediglich Elternangaben erhoben. Zur besseren Vergleichbarkeit der verschiedenen Messzeitpunkte werden im Folgenden die Ergebnisse für Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Alter von 13 bis 17 Jahren dargestellt, da nur diese Altersgruppe durchgehend mit diesen Instrumenten befragt wurde.

Tabelle 6 zeigt die Prävalenzen für Hinweise auf spezifische psychische Auffälligkeiten (Depressionen, Ängste, ADHS, Störungen des Sozialverhaltens) zur BELLA-Welle 3 nach Geschlecht, Alter sowie sozioökonomischem Status. Insgesamt können Hinweise auf Depressionen bei 11,9% der Befragten festgestellt werden (Elternangaben). Die Selbstangaben liegen mit 20,3% deutlich höher. Anzeichen für depressive Störungen finden sich häufiger bei den Mädchen als bei den Jungen. Es fällt auf, dass die Selbstangaben der befragten Mädchen mit 27,9% höher sind als die Einschätzungen der Eltern – diese liegen bei 13,6%. Insbesondere bei der selbstberichteten depressiven Symptomatik wird deutlich, dass mit steigendem sozioökonomischem Status das Auftreten von Auffälligkeiten abnimmt.

Für die mit dem SCARED-5 abgefragten Hinweise auf Ängste lässt sich in Bezug auf die Gesamtangaben und die Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen eine ähnliche Tendenz feststellen: Die Gesamtwerte belaufen sich auf 11,1% in den Elternangaben und 15,7% in den Selbstangaben. Während 25,4% der befragten Mädchen angaben, von Ängsten betroffen zu sein, sahen nur 15,5% der Eltern diese Auffälligkeit bei ihrem Kind. Anders als bei den Hinweisen auf Depressionen, lässt sich jedoch keine eindeutige Tendenz hinsichtlich des sozioökonomischen Status feststellen. Des Weiteren zeichnen sich im Rahmen der Selbstangaben ein Anstieg von Ängsten mit zunehmendem Alter sowie ein deutlicher Unterschied zwischen Mädchen und Jungen (19,6 Prozentpunkte) ab.

Bei den Hinweisen auf ADHS sind nur geringe Unterschiede zwischen Eltern- und Selbstangaben in den Gesamtwerten zu erkennen. Sie bewegen sich zwischen 2,9% bei den Selbstangaben und 3,9% bei den Elternangaben. Allerdings erreichen auch hier die Selbstangaben der Mädchen höhere Werte: 4,2% zeigen Hinweise für eine ADHS, während es bei den Jungen 1,5% sind. Die Prävalenz von Anzeichen einer ADHS (Elternangaben) nimmt mit steigendem sozioökonomischem Status ab.

Bei Betrachtung der externalisierenden Störungen zeigt sich eine Gesamtprävalenz von 10,1%. In Bezug auf das Alter sowie den sozioökonomischen Status sind hier jedoch keine klaren Entwicklungstendenzen erkennbar.

Tabelle 6: *Auftreten spezifischer psychischer Auffälligkeiten bei 13- bis 17-Jährigen in BELLApplus (B3) nach Geschlecht, Altersgruppe und sozioökonomischem Status, in Prozent (Anzahl)*

	CES-DC		SCARED-5		Conner's		CBCL (externalisierend)
	Elternangabe (n = 943)	Selbstangabe (n = 943)	Elternangabe (n = 943)	Selbstangabe (n = 943)	Elternangabe (n = 943)	Selbstangabe (n = 943)	Elternangabe (n = 883)
Geschlecht							
Mädchen	13,6 (65)	27,9 (133)	15,5 (74)	25,4 (121)	3,8 (18)	4,2 (20)	11,5 (51)
Jungen	10,1 (47)	12,4 (58)	6,7 (31)	5,8 (27)	4,1 (19)	1,5 (7)	8,6 (38)
Altersgruppe							
13 Jahre	6,9 (4)	13,8 (8)	8,6 (5)	12,1 (7)	5,2 (3)	3,4 (2)	10,5 (6)
14 Jahre	9,2 (19)	18,0 (37)	9,2 (19)	14,6 (30)	3,4 (7)	1,9 (4)	14,4 (28)
15 Jahre	12,2 (31)	25,1 (64)	12,2 (31)	16,5 (42)	3,5 (9)	3,5 (9)	7,9 (19)
16 Jahre	9,9 (23)	20,6 (48)	11,2 (26)	13,7 (32)	3,9 (9)	2,6 (6)	9,6 (21)
17 Jahre	18,3 (35)	17,8 (34)	12,6 (24)	19,4 (37)	4,7 (9)	3,1 (6)	8,7 (15)
SES*							
Niedrig	12,8 (12)	29,8 (28)	9,6 (9)	14,9 (14)	9,6 (9)	2,1 (2)	9,9 (8)
Mittel	12,6 (74)	20,0 (118)	11,0 (65)	16,0 (94)	3,9 (23)	3,6 (21)	10,4 (58)
Hoch	10,0 (26)	17,3 (45)	11,9 (31)	15,4 (40)	1,9 (5)	1,5 (4)	9,4 (23)
Gesamt	11,9 (112)	20,3 (191)	11,1 (105)	15,7 (148)	3,9 (37)	2,9 (27)	10,1 (89)

*SES=sozioökonomischer Status

Tabelle 7: Anteil von 13- bis 17-jährigen mit auffälligen Werten in mehreren störungsspezifischen Instrumenten in BELLApus (B3) nach Geschlecht, Altersgruppe und sozioökonomischem Status, in Prozent (Anzahl)

	Keine Störung (n = 660)	Eine Störung (n = 149)	Zwei Störungen (n = 53)	Drei bis vier Störungen (n = 21)
Geschlecht				
Mädchen	70,2 (311)	20,1 (89)	6,5 (29)	3,2 (14)
Jungen	79,3 (349)	13,6 (60)	5,5 (24)	1,6 (7)
Altersgruppe				
13 Jahre	73,7 (42)	21,1 (12)	5,3 (3)	0,0 (0)
14 Jahre	74,4 (145)	17,4 (34)	7,2 (14)	1,0 (2)
15 Jahre	73,8 (177)	18,3 (44)	5,8 (14)	2,1 (5)
16 Jahre	77,1 (168)	15,1 (33)	5,0 (11)	2,8 (6)
17 Jahre	74,0 (128)	15,0 (26)	6,4 (11)	4,6 (8)
SES*				
Niedrig	74,1 (60)	17,3 (14)	3,7 (3)	4,9 (4)
Mittel	74,4 (415)	16,8 (94)	6,3 (35)	2,5 (14)
Hoch	75,8 (185)	16,8 (41)	6,1 (15)	1,2 (3)
Gesamt	74,7 (660)	16,9 (149)	6,0 (53)	2,4 (21)

*SES=sozioökonomischer Status

In Tabelle 7 ist der Anteil der Kindern und Jugendlichen mit auffälligen Werten in keinem, einem oder mehreren störungsspezifischen Instrumenten dargestellt. Die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen (74,7%) leidet an keiner spezifischen Störung, während 16,9% von einer Störung betroffen sind und 8,4% an zwei oder drei bis vier Störungen leiden. Insbesondere ältere Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status sind von mehreren Störungen betroffen.

Tabelle 8: *Auftreten von spezifischen psychischen Auffälligkeiten (Elternangaben) bei 13- bis 17-Jährigen zu verschiedenen Messzeitpunkten, insgesamt und nach Geschlecht, in Prozent (Anzahl)*

		B0 (n = 1.207)	B1 (n = 1.040)	B2 (n = 955)	B3 (n = 1.006)
CES-DC	Gesamt	10,1 (117)	10,8 (100)	12,7 (117)	11,9 (112)
	Mädchen	9,5 (53)	11,3 (51)	15,5 (49)	13,6 (65)
	Jungen	10,7 (64)	10,3 (49)	10,1 (49)	10,1 (47)
SCARED-5	Gesamt	9,0 (104)	6,8 (63)	6,7 (62)	11,1 (105)
	Mädchen	10,1 (61)	7,5 (34)	8,2 (36)	15,5 (74)
	Jungen	7,7 (43)	6,1 (29)	5,4 (26)	6,7 (31)
CONNER'S	Gesamt	5,5 (64)	5,0 (46)	3,7 (34)	3,9 (37)
	Mädchen	7,3 (41)	4,2 (19)	3,6 (16)	3,8 (18)
	Jungen	3,8 (23)	5,7 (27)	3,7 (18)	4,1 (19)
CBCL	Gesamt	11,1 (61)	9,4 (51)	10,7 (57)	10,1 (89)
extern.	Mädchen	9,9 (31)	11,9 (35)	11,5 (31)	11,5 (51)
	Jungen	12,8 (30)	6,4 (16)	10,0 (26)	8,6 (38)

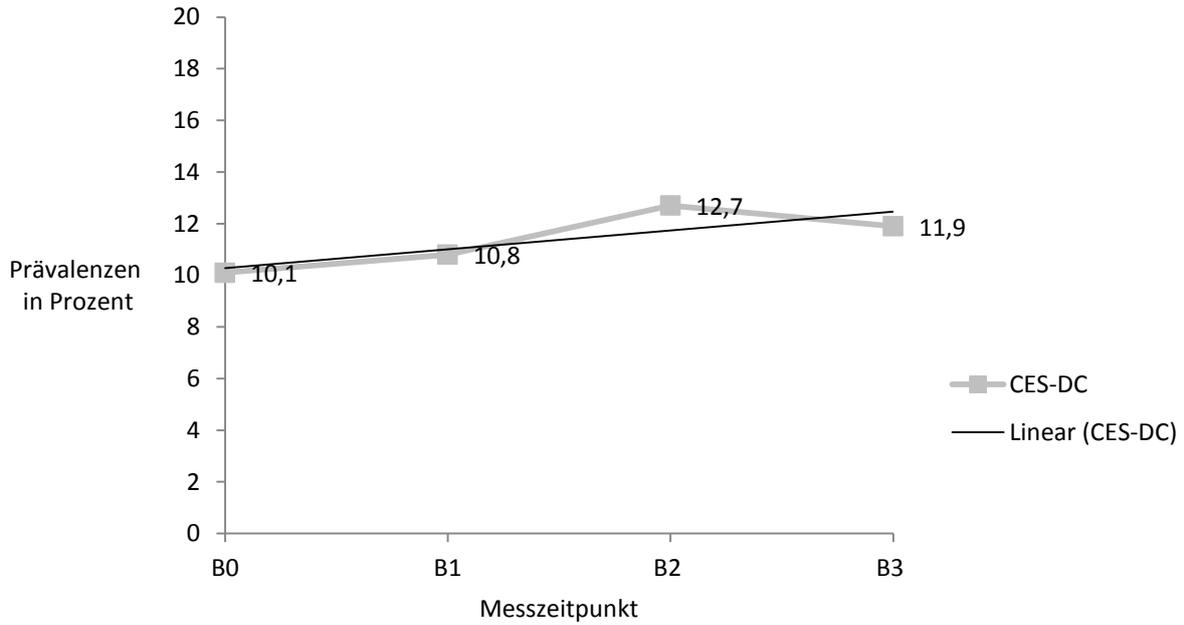


Abbildung 2: Auftreten von Hinweisen auf Depressionen (CES-DC) bei 13- bis 17-Jährigen zu verschiedenen Messzeitpunkten mit linearer Trendberechnung

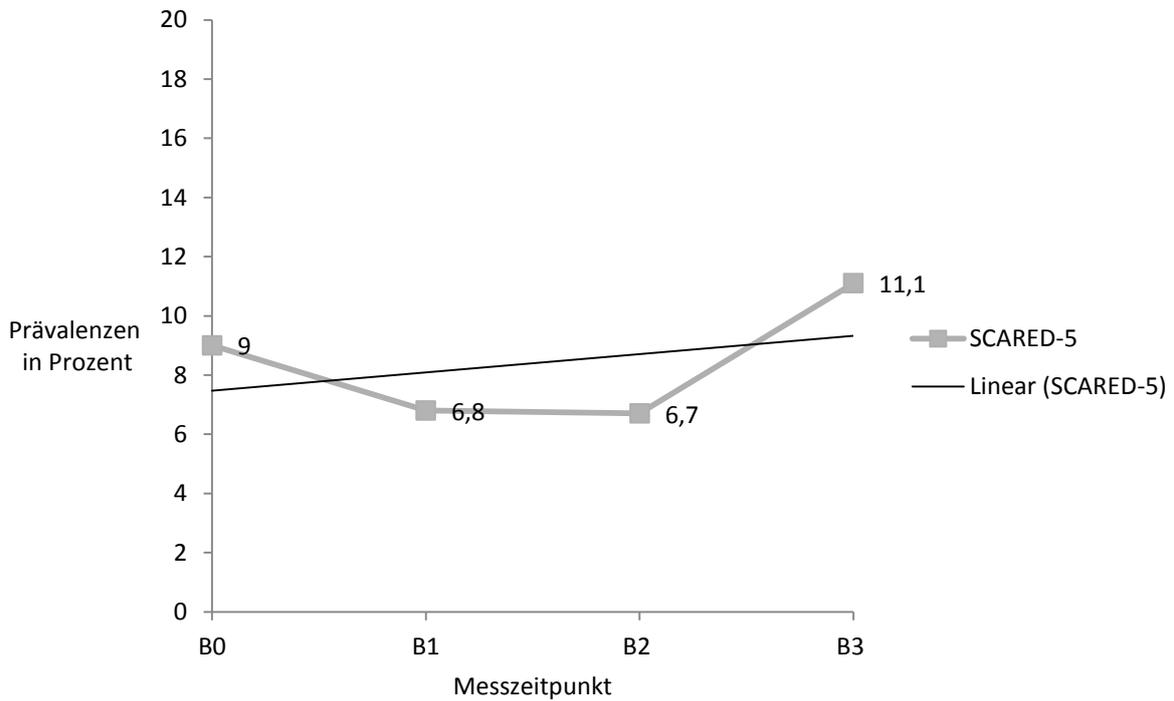


Abbildung 3: Auftreten von Hinweisen auf Angststörungen (SCARED-5) bei 13- bis 17-Jährigen zu verschiedenen Messzeitpunkten mit linearer Trendberechnung

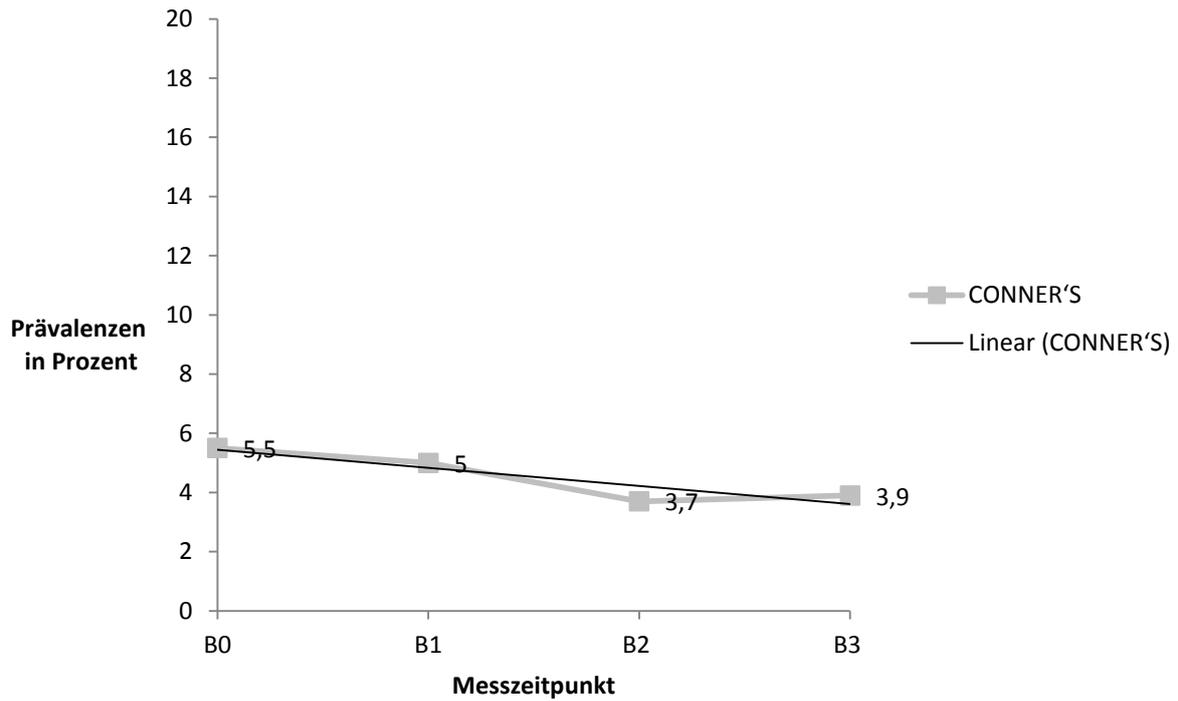


Abbildung 4: Auftreten von Hinweisen auf ADHS (CONNER'S) bei 13- bis 17-Jährigen zu verschiedenen Messzeitpunkten mit linearer Trendberechnung

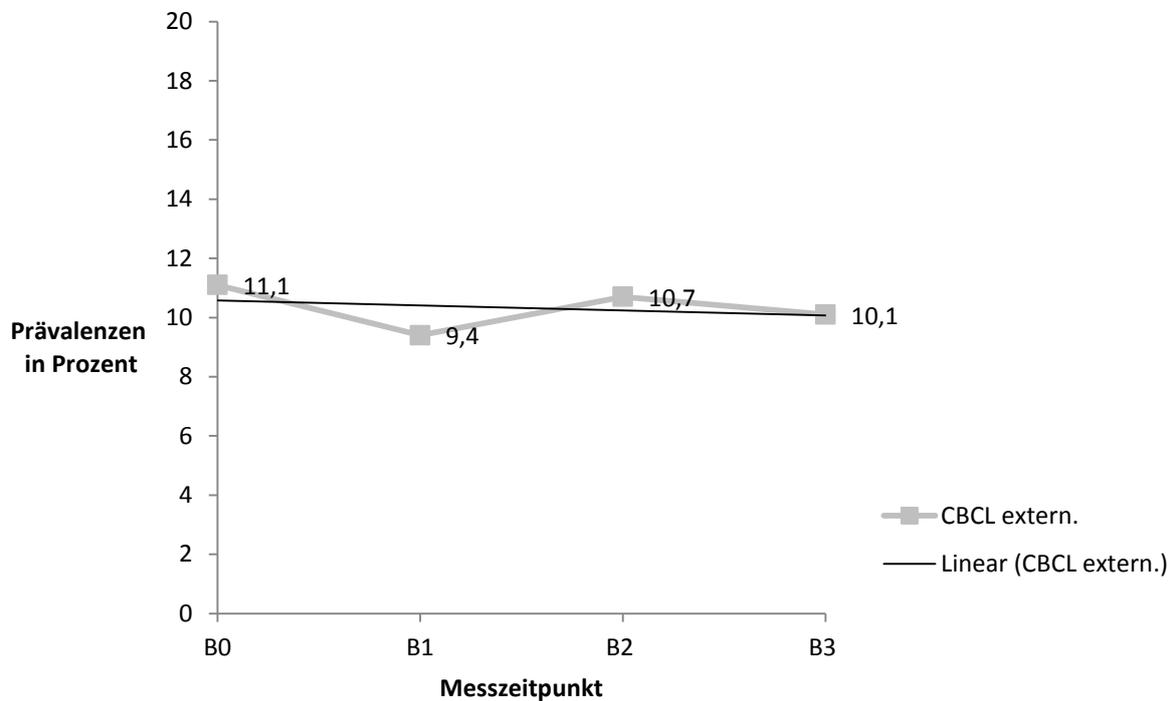


Abbildung 5: Auftreten von Hinweisen auf externalisierende Störungen des Sozialverhaltens (CBL external) bei 13- bis 17-Jährigen zu verschiedenen Messzeitpunkten mit linearer Trendberechnung

Sowohl die Prävalenzen der Hinweise auf Depressionen als auch auf Ängste zeigen im zeitlichen Verlauf insgesamt einen leichten Anstieg auf (Abbildung 2 und Abbildung 3). Im Gegensatz dazu sinken die Gesamtprävalenzen der Hinweise auf ADHS und der Störungen des Sozialverhaltens (externalisierende Auffälligkeiten) tendenziell leicht, bei letztgenannter Prävalenz ist dieser Trend jedoch sehr schwach ausgeprägt (Abbildung 4 und Abbildung 5). Bei separater Betrachtung der Mädchen und Jungen fällt in beiden Gruppen mit steigender Tendenz auf, dass diese in erster Linie auf die Mädchen zurückzuführen ist (Tabelle 8). Dagegen zeigt sich in der Gruppe mit Hinweisen auf externalisierte Störungen, dass die Werte der Jungen maßgeblich für diese Entwicklung sind. Insgesamt fällt auf, dass die höchsten Werte bei den Mädchen auftreten, mit jeweils 15,5% zum einen bei Hinweisen auf Depressionen (B2) und zum anderen bei Hinweisen auf Angststörungen (B3) (Tabelle 8 und Abbildung 2 bis Abbildung 5).

Tabelle 9: Anteil von 13- bis 17-jährigen mit mindestens einer spezifischen Störung zu verschiedenen Messzeitpunkten, insgesamt und nach Geschlecht, in Prozent (Anzahl)

	B0 (n = 540)	B1 (n = 487)	B2 (n = 525)	B3 (n = 883)
Gesamt	22,8 (123)	20,7 (101)	23,0 (121)	25,3 (223)
Mädchen	23,1 (71)	22,4 (58)	26,7 (71)	29,8 (132)
Jungen	22,4 (52)	18,9 (43)	19,3 (50)	20,7 (91)

In Tabelle 9 werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gezeigt, die mindestens einen auffälligen Wert in den störungsspezifischen Instrumenten im zeitlichen Verlauf aufweisen. Insgesamt zeichnet sich ein leichter Anstieg der Häufigkeiten ab: Aus dem Messzeitpunkt der Basiserhebung gehen 22,8% der Befragten mit einer spezifischen Störung und mehr hervor. Die Zahlen sinken zum Messzeitpunkt der ersten Erhebungswelle auf 20,7%, steigen im weiteren Verlauf jedoch zunächst auf 23,0% und weiter auf 25,3% an. Werden Mädchen und Jungen getrennt betrachtet, zeigt sich, dass der beobachtete Anstieg vorwiegend auf die Werte der Mädchen zurückzuführen ist. Diese weisen auch generell höhere Werte als die Jungen auf. Zur dritten Erhebungswelle beträgt die Differenz sogar 9,1 Prozentpunkte (29,8% bei den Mädchen und 20,7% bei den Jungen).

Letztendlich sollte der Frage nachgegangen werden, wie groß der Anteil der Kinder und Jugendlichen ist, deren psychische Auffälligkeiten chronifizieren, die also dauerhaft psychische Auffälligkeiten zeigen. Hierzu wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer daraufhin untersucht, inwiefern sie seit Beginn der Befragung zu mehreren Zeitpunkten allgemeine oder spezifische Auffälligkeiten aufweisen. Diese wurden definiert als auffällige Symptomwerte im Eltern- oder Selbsturteil (SDQ, SCARED, CES-DC, CBCL) oder im DIPS sowie auffällige Beeinträchtigungswerte (SDQ Impact). Hierbei wurden alle Zeitpunkte betrachtet. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden anschließend in vier Gruppen eingeteilt:

Dauerhaft unauffällig (Healthy): Dieser Gruppe gehören die Befragten an, die zu allen Zeitpunkten unauffällige Werte in den störungsspezifischen Instrumenten aufzeigen;

Akut/wiederauftretend (Acute/Recurrent MHP): Dies sind jene Teilnehmerinnen und Teilnehmer, welche mehrmals auffällige (oder neu auffällige) Werte in den störungsspezifischen Instrumenten aufweisen;

Dauerhaft auffällig (Persistent MHP): Hier sind alle Kinder und Jugendliche einzuordnen, die mindestens zu 3 Zeitpunkten auffällige Werte in den störungsspezifischen Instrumenten innehaben, zudem muss der letzte Zeitpunkt eingeschlossen sein;

Auffällig/unauffällig zu B3 (Remitted MHP): Diese Gruppe schließt alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein, die mindestens einmal auffällige Werte in den störungsspezifischen Instrumenten aufzeigen und gleichzeitig im Rahmen der dritten Erhebungswelle unauffällig sind.

Tabelle 10: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit allgemeinen oder spezifischen psychischen Auffälligkeiten im Längsschnitt, in Prozent

	All	Healthy ¹	Acute/ recurrent MHP ²	Persistent MHP ³	Remitted MHP ⁴	Significance ⁵
	100% (N = 1,255)	74.3% (n = 933)	7.3% (n = 92)	2.9% (n = 36)	15.5% (n = 194)	p
Gender [female]	51.6%	50.6%	64.1%	63.9%	48.5%	.028
Age in years ⁶						
[mean	11.24	11.15	12.14	11.28	11.26	
(SD ⁷)	(3.092)	(3.098)	(3.408)	(3.283)	(2.815)	
CI ⁸ (95%)]	11.07-11.41	10.95-11.34	11.44-12.85	10.17-12.39	10.86-11.66	.033
SES ⁹						
Low	15.6%	14.9%	21.7%	25.0%	14.4%	
Middle	50.3%	49.6%	52.2%	50.0%	52.6%	
High	34.1%	35.5%	26.1%	25.0%	33.0%	.219
Treatment-use ¹⁰	14.9%	9.2%	33.0%	63.9%	24.7%	<.001

¹mentally healthy: no significant mental health problems were reported at any measurement point;

² acute/recurrent mental health problems: significant mental health problems were reported at one or two measurement points including the 6-year follow-up;

³ persistent mental health problems: significant mental health problems were reported at three measurement points including the 6-year follow-up or at all measurement points;

⁴ remitted mental health problems: no mental health problems were reported at the 6-year follow-up, but at one to three former measurement points;

⁵ based on chi-squared tests for gender, SES and treatment-use, based on one-factorial Analyses of Variance for age;

⁶ at baseline; ⁷ standard deviation; ⁸ Confidence interval; ⁹ socio-economic status at baseline; ¹⁰ treatment by a psychiatrist, psychologist or psychotherapist reported at any measurement point.

Quelle: Ravens-Sieberer, U., Otto, C., Kriston, L., Rothenberger, A., Döpfner, M., Herpertz-Dahlmann, B., . . . BELLA study group. (2014 (accepted)). The longitudinal BELLA-Study: Design, methods and course of mental health problems. *European Child and Adolescent Psychiatry*.

Die Verteilung der oben beschriebenen vier Gruppen wird in Tabelle 10 im Längsschnitt dargestellt. Die Mehrzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist mit 74,3% zu keinem der vier Messzeitpunkte auffällig. Weiterhin weisen 7,3% mehrmals auffällige oder neu auffällige Werte sowie 15,5% mindestens einmal auffällige Werte und zugleich in der aktuellen Erhebung unauffällige Werte auf. In Bezug auf die Frage, wie groß der Anteil an Kindern und Jugendlichen ist, die dauerhaft psychische Auffälligkeiten zeigen, lässt sich Folgendes feststellen: 2,9% der Befragten sind zu mindestens drei Messzeitpunkten (den letzten Messzeitpunkt mit inbegriffen) auffällig und somit als dauerhaft auffällig einzustufen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Hinweise auf Depressionen und Ängste bei jedem zehnten Kind vorkommen, wobei in beiden Fällen Mädchen häufiger als Jungen betroffen sind. Auffallend ist, dass hier die Selbstangaben der befragten Mädchen wesentlich höher

sind als die Einschätzungen ihrer Eltern. Mit steigendem sozioökonomischem Status nimmt das Auftreten von Hinweisen auf Depressionen, aber nicht von Ängsten, ab. Hinweise auf ADHS finden sich bei 3-4% der Kinder und Jugendlichen und Anzeichen auf externalisierende Störungen (ADHS und Störungen des Sozialverhaltens) liegen bei 10% der Befragten vor. Die Gesamtprävalenzen von internalisierenden Störungen (Depressionen und Angst) nehmen im zeitlichen Verlauf leicht zu, während Hinweise auf externalisierende Störungen leicht sinken. Geschlechtsunterschiede werden vor allem im Jugendalter deutlich: hier sind insbesondere die Mädchen von Angst- und Essstörungen betroffen.

Im Hinblick auf die Fragestellung, wie groß ist der Anteil von weiblichen und männlichen Kindern und Jugendlichen ist, deren psychische Auffälligkeiten chronifizieren, ist festzustellen, knapp 3% der Befragten zu mindestens drei Messzeitpunkten (den letzten Messzeitpunkt mit inbegriffen) auffällig und somit als dauerhaft auffällig einzustufen sind.

Fragestellung 1.3: Welche familiären, biologischen und sozialen Risiken einerseits und welche familiären, personalen und sozialen Ressourcen andererseits lassen sich hinsichtlich des Verlaufs psychischer Auffälligkeiten (Progression, Chronifizierung, Remission) bei Mädchen und Jungen identifizieren? Zu welchem Anteil lassen sich hierüber gesundheitliche Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Kindern und Jugendlichen erklären (vermeidbare Gesundheitsunterschiede zwischen den Geschlechtern)? Welche Effektstärken weisen diese Faktoren auf? Wie häufig treten die relevanten Risiken und Ressourcen sowie spezifische Kombinationen auf und welche Wechselwirkungen lassen sich identifizieren?

Entstehung und Verlauf psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen werden von Risikofaktoren, z.B. vom Vorliegen psychischer Probleme der Eltern (Mattejat & Remschmidt, 2008) und Schutzfaktoren, insbesondere von der Selbstwirksamkeit, dem Familienklima und der sozialen Unterstützung (Wille, Bettge, Ravens-Sieberer, & BELLA study group, 2008), beeinflusst.

Die genannten Risiko- und Schutzfaktoren wurden von Klasen et al. (2014 (accepted)) anhand der BELLA-Daten hinsichtlich Entstehung und Verlauf einer depressiven Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen untersucht. Die Analysen ergaben, dass die elterliche Psychopathologie mit dem Vorliegen und der Entwicklung einer depressiven Symptomatik der Kinder in Zusammenhang steht. Zudem sind die Schutzfaktoren Selbstwirksamkeit, positives Familienklima und soziale Unterstützung mit einer geringeren Symptomatik und einem besseren Entwicklungsverlauf assoziiert. Es zeigte sich, dass Mädchen einen signifikant höheren Initialstatus einer depressiven Symptomatik aufweisen als Jungen. Dagegen gab es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Veränderung der depressiven Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen (Tabelle 11). Daneben stellten Klasen et al. (2014 (accepted)) fest, dass ein positives Familienklima und soziale Unterstützung sowie die Zunahme von sozialer Unterstützung über die Zeit hinweg, den negativen Einfluss elterlicher Psychopathologie auf die depressive Symptomatik von Kindern und Jugendlichen abmildern und das Risiko einer Negativprognose bei Kindern und Jugendlichen verringern kann. Selbstwirksamkeit hatte im Vergleich zum Familienklima und der sozialen Unterstützung den größten direkten Effekt auf die depressive Symptomatik. Veränderungen von psychischen Problemen der Eltern über den gemessenen Zeitraum

hinweg hatten dagegen keine Auswirkungen auf den Verlauf von depressiven Symptomen bei den Kindern.

Die Tatsache, dass eine Veränderung und Erhöhung der Schutzfaktoren zu einer positiven Veränderung der depressiven Symptomatik führt, kann wichtige Implikationen für Präventivprogramme bieten.

So kann nicht nur die Entstehung von Symptomen durch eine präventive Stärkung von Schutzfaktoren beeinflusst werden, sondern es kann auch eine bereits vorhandene Symptomatik durch eine Verstärkung und den Aufbau von Ressourcen gemindert werden.

Tabelle 11: *Einflussfaktoren auf den Initialstatus und die Veränderung der depressiven Symptomatik im Längsschnitt bei Kindern und Jugendlichen in der BELLA-Studie*

	Regression Model A0 ¹ predicting initial depressive symptoms			Regression Model B0 ² predicting change in depressive symptoms		
	b	β	p	b	β	p
Constant	9.035		<.001	-0.330		<.001
Female	1.601	.180	<.001	0.034	.023	.350
Age (in years at baseline)	0.296	.134	<.001	-0.008	-.021	.397
Socio-economic status (at baseline)	-0.041	-.039	.069	0.007	.043	.080
Risk factor						
Initial parental mental health problems (intercept)	1.743	.156	<.001	0.114	.064	.023
Change in parental mental health problems (slope)				0.801	.042	.121
Protective factors						
Initial self-efficacy (intercept)	-4.374	-.262	<.001	0.021	.008	.776
Initial family climate (intercept)	-1.378	-.117	<.001	0.007	.004	.895
Initial social support (intercept)	-1.646	-.162	<.001	-0.070	-.043	.165
Change in self-efficacy (slope)				-1.323	-.190	<.001
Change in family climate (slope)				-0.390	-.065	.012
Change in social support (slope)				-0.700	-.104	<.001

¹ Linear regression Model A0 (n=1,643); model fit: R²=.274; F=88.254; ² linear regression Model B0 (n=1,643); model fit: R²=.068; F=10.895; b=unstandardised regression coefficient; β=standardised regression coefficient.

Quelle: Klasen, F., Otto, C., Kriston, L., Patalay, P., Schlack, R., Ravens-Sieberer, U., & the BELLA study group. (2014 (accepted)). Risk and protective factors for the development of depressive symptoms in children and adolescents – Results from the BELLA longitudinal study. *European Child and Adolescent Psychiatry*.

In Bezug auf die vorliegende Fragestellung lässt sich ein Zusammenhang zwischen elterlicher Psychopathologie und der Entstehung und dem Verlauf psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen hervorheben. Die Schutzfaktoren Selbstwirksamkeit, positives Familienklima und soziale Unterstützung sind mit einer geringeren Symptomatik und einem besseren Entwicklungsverlauf depressiver Symptome assoziiert und mildern den negativen Einfluss elterlicher Psychopathologie auf die Gesundheit der Heranwachsenden ab, wobei Selbstwirksamkeit den größten direkten Effekt hat. Die Verstärkung und der Aufbau von Ressourcen sind entscheidend für Präventions- und Interventionsmaßnahmen, da sie die Entstehung von Symptomen vermeiden und bereits vorhandene Symptomatik abmildern.

6.3 Ergebnisse der zentralen Fragestellungen: Auswirkungen psychischer Auffälligkeiten

Psychische Auffälligkeiten in der Kindheit und Jugend haben negative und langfristige Auswirkungen auf das Wohlbefinden, die Lebensqualität und die soziale Funktionsfähigkeit. Sie führen zu psychosomatischen Beschwerden und Beeinträchtigungen im schulischen Bereich, und können sich im Erwachsenenalter als psychische Erkrankungen manifestieren (Lambert et al., 2013; Mitchell, Betts, & Epling, 2002; Ravens-Sieberer, Thomas, & Erhart, 2003; Weissman et al., 1999). Zudem gehen psychische Auffälligkeiten mit erhöhtem Substanzkonsum, Risikoverhalten und Delinquenz im Erwachsenenalter einher (Brooks, Harris, Thrall, & Woods, 2002; Lambert et al., 2013; Lubman, Allen, Rogers, Cementon, & Bonomo, 2007).

Fragestellung 2.1: Welche Auswirkungen haben die psychischen Auffälligkeiten auf die männlichen und weiblichen Betroffenen und ihr Umfeld, z. B. hinsichtlich (1) Lebensqualität und Risikoverhalten, (2) schulischer und beruflicher Entwicklung sowie allgemeiner Lebenssituation, (3) Substanzkonsum und Delinquenz?

Psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter können zu einer Manifestation psychischer Erkrankungen im Erwachsenenalter führen und mit verminderter Lebensqualität sowie vielfältigen psychosozialen Konsequenzen einhergehen (Lambert et al., 2013). So zeigen Studien, dass schlechten schulische Leistungen und Schulabbruch häufig psychische Auffälligkeiten zu Grunde liegen (Sagatun, Heyerdahl, Wentzel-Larsen, & Lien, 2014), was langfristig zu verringerten beruflichen Perspektiven und Arbeitslosigkeit führen kann (Mitchell et al., 2002). Weitere Folgen psychischer Probleme können sich vor allem im sozialen und familiären Umfeld durch Belastung von Freundschaften und vermehrten Konflikten mit den Eltern äußern (Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1998; Puig-Antich et al., 1993; Weissman et al., 1999). Im Vergleich zu Gleichaltrigen sind betroffene Jugendliche größeren Stressoren ausgesetzt und erfahren weniger soziale Unterstützung (Lewinsohn et al., 1998). Zudem können Verhaltens- und Aufmerksamkeitsstörungen in Kindheit und Jugend mit erhöhtem Substanzkonsum (Lubman et al., 2007), Risikoverhalten (Brooks et al., 2002) und Delinquenz im Erwachsenenalter einhergehen (Lambert et al., 2013).

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde in der BELLA-Studie zum Zeitpunkt B3 bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 27 Jahren mit Hilfe des SF-36 untersucht. Der SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992) ist eines der international gebräuchlichsten generischen Instrumente zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und bildet acht Dimensionen von Gesundheit ab: körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen, allgemeiner Gesundheitszustand, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden. Aus den mit dem SF-36 erhobenen Daten können zwei Summenscores berechnet werden: zum einen der „physical health component summary score“ (PCS), der die Dimension der körperlichen Gesundheit abbildet sowie der „mental health component summary score“ (MCS), der die Dimension der psychischen Gesundheit abbildet. Die Transformation auf einen Mittelwert von 50 und eine Standardabweichung von 10 innerhalb der Stichprobe ermöglicht es, Abweichungen von der Norm nach oben oder unten zu erkennen. In der Normstichprobe liegt ein Wert über 50 über dem Mittelwert und einer unter 50 unter dem Mittelwert.

Für die Analyse der vorliegenden BELLA-Daten im Hinblick auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in vier Gruppen eingeteilt (siehe Fragestellung 1.2).

Dauerhaft unauffällig: Dieser Gruppe gehören die Befragten an, die zu allen Zeitpunkten unauffällige Werte in den störungsspezifischen Instrumenten aufweisen;

Akut/wiederauftretend: Dies sind jene Teilnehmerinnen und Teilnehmer, welche mehrmals auffällige (oder neu auffällige) Werte in den störungsspezifischen Instrumenten aufweisen;

Dauerhaft auffällig: Hier sind alle Kinder und Jugendliche einzuordnen, die mindestens zu drei Zeitpunkten auffällige Werte in den störungsspezifischen Instrumenten innehaben, zudem muss der letzte Zeitpunkt eingeschlossen sein;

Auffällig/unauffällig zu B3: Diese Gruppe schließt alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein, die mindestens einmal auffällige Werte in den störungsspezifischen Instrumenten aufzeigen und gleichzeitig im Rahmen der dritten Erhebungswelle unauffällig sind.

Nach der Gruppeneinteilung wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer hinsichtlich der Mittelwerte im „mental health component summary score“ (MCS) des SF-36 verglichen.

Tabelle 12: *Summenscore „Psychische Gesundheit“ des SF-36 zum letzten Messzeitpunkt (BELLApus) nach Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit allgemeinen oder spezifischen psychischen Auffälligkeiten im Längsschnitt nach Geschlecht, Mittelwert und Standardabweichung*

	Mädchen		Jungen	
	Mittelwert	Standard- abweichung	Mittelwert	Standard- abweichung
Gesamt	48,7	8,9	51,0	8,2
Dauerhaft unauffällig	50,7	6,9	52,3	6,9
Auffällig/unauffällig zu B3	47,8	7,6	50,2	8,4
Akut/wiederauftretend	42,6	12,4	43,2	10,0
Dauerhaft auffällig	32,1	10,6	32,9	11,2
<i>p</i> -wert	<0,001		<0,001	

Die Analyse ergab, dass Mädchen mit einem Mittelwert von 48,7 einen niedrigeren Gesamtwert als Jungen mit 51,0 aufweisen (Tabelle 12). Die Mittelwertsunterschiede sind bei beiden Geschlechtern statistisch signifikant mit großen Unterschieden zwischen den einzelnen Gruppen. Sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen weisen die als dauerhaft unauffällig eingestuften Teilnehmenden die höchsten Werte in der Lebensqualität auf (Mädchen 50,7 und Jungen 52,3). Die als dauerhaft auffällig kategorisierten Mädchen und Jungen zeigen dagegen mit Mittelwerten von 32,1 bzw. 32,9 deutlich niedrigere Werte in der Lebensqualität. Im Einzelvergleich der Gruppen mittels des Scheffé-Tests konnten bei beiden Geschlechtern signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ausgemacht werden. Bei den Mädchen zeigten sich lediglich zwischen den Gruppen „Auffällig/unauffällig zu B3“ und „Dauerhaft unauffällig“, keine Unterschiede. Bei den Jungen wurden keine Unterschiede zwischen den Gruppen „Dauerhaft unauffällig“ und „Akut/wiederauftretend“ sowie zwischen den Gruppen „Auffällig/unauffällig zu B3“ und „Dauerhaft unauffällig“ gefunden.

Des Weiteren wurde untersucht, wie die einzelnen Gruppen von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit allgemeinen oder spezifischen psychischen Auffälligkeiten im Längsschnitt im Hinblick auf die schulische Entwicklung zum letzten Erhebungszeitpunkt zu beurteilen sind. In BELLApus wurden die Mädchen und Jungen danach gefragt, ob sie im letzten Jahr eine Überforderung in der Schule, bei der Ausbildung oder auf der Arbeit erfahren haben.

Zudem wurde erfragt, ob sie schon einmal in der Schule oder Ausbildung schlechtere Leistungen (z. B. durch Fehlzeiten, mangelnde Motivation, Konzentrationsschwierigkeiten etc.) erbracht haben.

Tabelle 13: *Überforderung in der Schule zum letzten Messzeitpunkt (BELLApus) nach Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit allgemeinen oder spezifischen psychischen Auffälligkeiten im Längsschnitt nach Geschlecht, in Prozent (Anzahl)*

	Mädchen	Jungen
Gesamt	54,4 (332)	42,3 (238)
Dauerhaft unauffällig	49,8 (222)	39,2 (171)
Auffällig/unauffällig zu B3	59,6 (53)	50,0 (43)
Akut/wiederauftretend	73,2 (41)	64,3 (18)
Dauerhaft auffällig	84,2 (16)	46,2 (6)
p-Wert	<0,001	0,024

Tabelle 14: *Mindestens einmal schlechter erbrachte Leistungen in Schule bzw. Ausbildung zum letzten Messzeitpunkt (BELLApus) zum letzten Messzeitpunkt (BELLApus) nach Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit allgemeinen oder spezifischen psychischen Auffälligkeiten im Längsschnitt nach Geschlecht, in Prozent (Anzahl)*

	Mädchen	Jungen
Gesamt	7,0 (36)	12,2 (59)
Dauerhaft unauffällig	6,5 (24)	10,8 (40)
Auffällig/unauffällig zu B3	5,2 (4)	14,7 (11)
Akut/wiederauftretend	3,9 (2)	28,0 (7)
Dauerhaft auffällig	35,3 (6)	9,1 (1)
p-Wert	0,897	<0,001

In Tabelle 13 sind die Kinder und Jugendlichen mit allgemeinen oder spezifischen psychischen Auffälligkeiten im Längsschnitt dargestellt, die zum letzten Befragungszeitpunkt eine Überforderung in der Schule angeben. Während mit knapp 55% über die Hälfte der Mädchen von einer schulischen Überforderung berichten, sind es bei den Jungen mit etwa 42% deutlich weniger. Bei beiden Geschlechtern zeigt sich, dass die

Gruppen der „Dauerhaft Unauffälligen“ weniger Überforderung angeben als die anderen Gruppen. Bei den Mädchen sind es die als „Dauerhaft auffällig“ eingestuft und bei den Jungen die als „Akut/wiederauftretend“ eingeteilten Gruppen, die die höchsten Anteile einer schulischen Überforderung aufweisen. Es sind auch diese beschriebenen Gruppen, die im Gruppenvergleich am häufigsten angeben, mindestens einmal schlechtere Leistungen in der Schule oder Ausbildung erbracht zu haben (Tabelle 14).

Im Rahmen weiterer negativer Auswirkungen wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in BELLApplus zu den Themen Substanzkonsum und Delinquenz befragt. Sie wurden gebeten, anzugeben, ob sie schon einmal wegen eines von ihnen konsumierten Mittels (wegen Alkohols oder eines anderen berauschenden Stoffes) einen „Filmriss“ gehabt haben, d. h. Erinnerungslücken für die Zeit des Konsums, in eine gefährliche Situation geraten sind, in die man nüchtern nicht geraten wäre oder ob sie Probleme mit der Polizei bekommen haben.

In den Tabellen 15 bis 17 wird gezeigt, welcher Anteil an Mädchen und Jungen mit allgemeinen oder spezifischen psychischen Auffälligkeiten im Längsschnitt angibt, die drei beschriebenen Situationen zum letzten Befragungszeitpunkt erlebt zu haben. Jungen geben mit 47,7% deutlich häufiger an, schon mehrmals einen „Filmriss“ gehabt zu haben als Mädchen (37,1%) (Tabelle 15). Während es bei den Mädchen vor allem die „Dauerhaft auffälligen“ sind, die diese Frage bejahen, sind es bei den Jungen eher die als „Dauerhaft unauffällig“ und „Akut/wiederauftretend“ eingestuft Gruppen.

Tabelle 15: *Mehrmaliges Erleben eines „Filmriss“ zum letzten Messzeitpunkt (BELLApplus) nach Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit allgemeinen oder spezifischen psychischen Auffälligkeiten im Längsschnitt nach Geschlecht, in Prozent (Anzahl)*

	Mädchen	Jungen
Gesamt	37,1 (192)	47,7 (231)
Dauerhaft unauffällig	36,7 (135)	48,8 (182)
Auffällig/unauffällig zu B3	37,7 (29)	44,0 (33)
Akut/wiederauftretend	37,3 (19)	48,0 (12)
Dauerhaft auffällig	52,9 (9)	36,4 (4)
p-Wert	0,765	0,778

Tabelle 16: *Mindestens einmal in eine gefährliche Situation geraten sein, in die man nüchtern nicht geraten wäre zum letzten Messzeitpunkt (BELLApplus) nach Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit allgemeinen oder spezifischen psychischen Auffälligkeiten im Längsschnitt nach Geschlecht, in Prozent (Anzahl)*

	Mädchen	Jungen
Gesamt	8,3 (43)	22,7 (110)
Dauerhaft unauffällig	27,2 (27)	22,8 (85)
Auffällig/unauffällig zu B3	9,1 (7)	18,7 (14)
Akut/wiederauftretend	9,8 (5)	36,0 (9)
Dauerhaft auffällig	23,5 (4)	18,2 (2)
p-Wert	0,971	0,687

Des Weiteren zeigt sich bei den Mädchen mit allgemeinen oder spezifischen psychischen Auffälligkeiten im Längsschnitt, dass die Gruppe der „dauerhaft unauffälligen“ am häufigsten angibt, mindestens einmal in eine gefährliche Situation geraten zu sein, in die man nüchtern nicht geraten wäre. Dagegen gibt die Gruppe der „Akut/wiederauftretend“ eingestuften Mädchen am häufigsten an, mindestens einmal Problem mit der Polizei bekommen haben. Bei den Jungen ist es vor allem die Gruppe „Akut/wiederauftretend“, die diese beiden Probleme schildert. Insgesamt sind bei diesen Analysen allerdings die geringen Fallzahlen zu beachten.

Tabelle 17: *Mindestens einmalige Probleme mit der Polizei zum letzten Messzeitpunkt (BELLApplus) nach Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit allgemeinen oder spezifischen psychischen Auffälligkeiten im Längsschnitt nach Geschlecht, in Prozent (Anzahl)*

	Mädchen	Jungen
Gesamt	3,1 (16)	12,0 (58)
Dauerhaft unauffällig	3,3 (12)	12,2 (45)
Auffällig/unauffällig zu B3	2,6 (2)	9,2 (7)
Akut/wiederauftretend	3,9 (2)	20,0 (5)
Dauerhaft auffällig	0,0 (0)	9,1 (1)
p-Wert	0,879	<0,001

Nach den Ergebnissen der BELLA-Daten lässt sich zusammenfassen, dass dauerhaft bestehende psychische Auffälligkeiten bei beiden Geschlechtern mit einer Verminderung der Lebensqualität und mit Beeinträchtigungen im schulischen Bereich zu einem späteren Zeitpunkt einhergeht. Dauerhafte psychische Auffälligkeiten der männlichen und weiblichen Betroffenen scheinen demnach deutliche langfristige Auswirkungen zu haben.

Fragestellung 2.2: Wie lässt sich der Zusammenhang zwischen psychischen und somatischen Problemen bei beiden Geschlechtern im Zeitverlauf beschreiben?

Die psychische und die somatische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stehen miteinander in Beziehung und bedingen ihre allgemeine Gesundheitseinschätzung. An dieser Stelle ist es wichtig zu betonen, dass sich psychische und somatische Probleme nicht immer voneinander unterscheiden lassen, da sie einander oft bedingen. Im folgenden Kapitel soll daher der Schwerpunkt auf der Untersuchung von psychosomatischen Gesundheitsbeschwerden liegen. Unter psychosomatischen Gesundheitsbeschwerden versteht man körperliche Symptome, die durch psychische Faktoren, wie zum Beispiel psychosoziale Spannungen, denen soziale Konflikte zugrunde liegen, bedingt und beeinflusst werden (Holler-Nowitzki, 1994). Die psychische Gesundheit kann sich positiv und psychosomatische Beschwerden negativ auf die Gesundheitseinschätzung auswirken. Jugendliche, die unter einer chronischen Erkrankung oder Behinderung leiden, erleben häufiger psychosomatische Beschwerden und sind psychisch auffälliger als gesunde Jugendliche (Ravens-Sieberer, Thomas, & Erhart, 2003). Psychosomatische Gesundheitsbeschwerden können sich durch körperliche Symptome, wie Kopf-, Rücken-, oder Bauchschmerzen, Schlafstörungen und Schwindel sowie durch psychische Symptome, wie z.B. Nervosität und Ängstlichkeit, äußern. Auch Jugendliche leiden unter psychosomatischen Beschwerden. So hat z.B. die HBSC-Studie ergeben, dass Müdigkeit und Erschöpfung aufgrund schulischer Belastungen und steigendem Leistungsdruck mit fortschreitendem Alter zunehmen. Als häufigste psychosomatische Beschwerden bei Jugendlichen wurden Einschlafschwierigkeiten, gereizte und schlechte Stimmung sowie Kopf- und Rückenschmerzen ausgemacht. Dabei sind Mädchen in allen Fällen häufiger betroffen als Jungen (Ravens-Sieberer et al., 2003).

Charakteristisch für psychosomatische Beschwerden ist die Tatsache, dass sich für die körperlichen Symptome häufig keine organische Ursache finden lassen, sondern die Ursache meist seelischer Natur ist (Barkmann, Braehler, Schulte-Markwort, & Richterich, 2011). Psychosomatische Gesundheitsbeschwerden gehen mit negativen individuellen und gesellschaftlichen Konsequenzen einher, wie etwa eingeschränkter Leistungskraft und Beeinträchtigung der psychosozialen Entwicklung (Eminson, 2007). Sie sind als Warnsignale

des Körpers zu verstehen, die helfen, auf die eigene Gesundheit zu achten. Psychosomatische Beschwerden können daher Ausgangspunkt für medizinische und psychologische Diagnostik sein.

Barkmann et al. (2014 (accepted)) haben mit Hilfe der BELLA-Daten den Verlauf von psychischen, somatischen und psychosomatischen Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen über einen Zeitraum von drei Jahren untersucht. Dabei fiel auf, dass sowohl psychische Probleme als auch somatische Probleme bei beiden Geschlechtern über einen Zeitverlauf von drei Jahren abnahmen (Tabelle 18). Für psychosomatische Beschwerden ist der generelle Trend jedoch linear ansteigend (Abbildung 6), wobei die Analysen insgesamt einen eher niedrigen Durchschnittswert ergaben (Tabelle 18). Der lineare Trend ist etwas höher bei Mädchen und vor allem durch psychische Probleme des Kindes beeinflusst. Überraschenderweise konnte kein Einfluss von somatischen Problemen des Kindes und der Eltern und psychosozialem Stress festgestellt werden.

Tabelle 18: *Somatische und körperliche Beschwerden der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der BELLA-Studie im Längsschnitt*

	Parent report (n = 2,806 7-18y)			Self-report (n = 2,183 11-18y)		
	t0 ¹	t1	t2	t0	t1	t2
Sample size	99.0% (n = 2,778)	77.5% (n = 2,175)	75.8% (n = 2,126)	n = 1669 (76.5%)	n = 1464 (67.1%)	n = 1644 (75.3%)
Physical health complaints (PHC scale ²)	M = 4.7 (SD = 2.57)	M = 5.3 (SD = 2.98)	M = 5.5 (SD = 3.09)	M = 6.6 (SD = 3.23)	M = 6.3 (SD = 3.44)	M = 6.3 (SD = 3.63)
Mental health problems of the child (SDQ)	M = 10.1 (SD = 4.92)	M = 9.8 (SD = 5.02)	M = 9.6 (SD = 4.88)	M = 11.9 (SD = 4.23)	M = 10.4 (SD = 4.44)	M = 10.2 (SD = 4.34)
Somatic problems of the child	38.3% (n = 1064)	32.3% (n = 702)	30.2% (n = 643)	39.3% (n = 656)	33.9% (n = 496)	30.4% (n = 500)
Mental health problems of parents (SCL-K9)	M = 14.3 (SD = 4.66)	M = 14.2 (SD = 4.66)	M = 13.4 (SD = 4.37)	M = 14.4 (SD = 4.73)	M = 14.3 (SD = 4.62)	M = 13.5 (SD = 4.41)
Somatic problems of parents	54.9% (n = 1526)	34.4% (n = 748)	68.0% (n = 1446)	46.3% (n = 772)	36.3% (n = 532)	65.2% (n = 1072)
Health care utilisation	8.4% (n = 232)	6.1% (n = 133)	6.0% (n = 128)	6.1% (n = 102)	5.1% (n = 74)	5.5% (n = 91)
Medication	14.6% (n = 405)	12.8% (n = 279)	11.2% (n = 239)	15.0% (n = 251)	13.4% (n = 196)	10.9% (n = 180)
Psychosocial stress	33.7% (n = 821)	35.5% (n = 772)	48.2% (n = 1024)	34.3% (n = 485)	36.2% (n = 511)	48.0% (n = 643)
Self-efficacy (GSES)	M = 32.0 (SD = 4.29)	M = 32.0 (SD = 4.42)	M = 31.9 (SD = 4.33)	M = 31.3 (SD = 3.89)	M = 31.3 (SD = 4.58)	M = 31.4 (SD = 4.43)

Notes. ¹t0 between 2001 and 2003; ²14 items, scored 0-2, total score between 0 and 28, see Methods for further instruments; N = 2,857 German children and adolescents.

Quelle: Barkmann, C., Otto, C., Schoen, G., Schulte-Markwort, M., Schlack, R., Ravens-Sieberer, U., . . . BELLA study group. (2014 (accepted)). Modelling Trajectories of Psychosomatic Health Complaints in Children and Adolescents: Results from the BELLA cohort study. *European Child and Adolescent Psychiatry*.

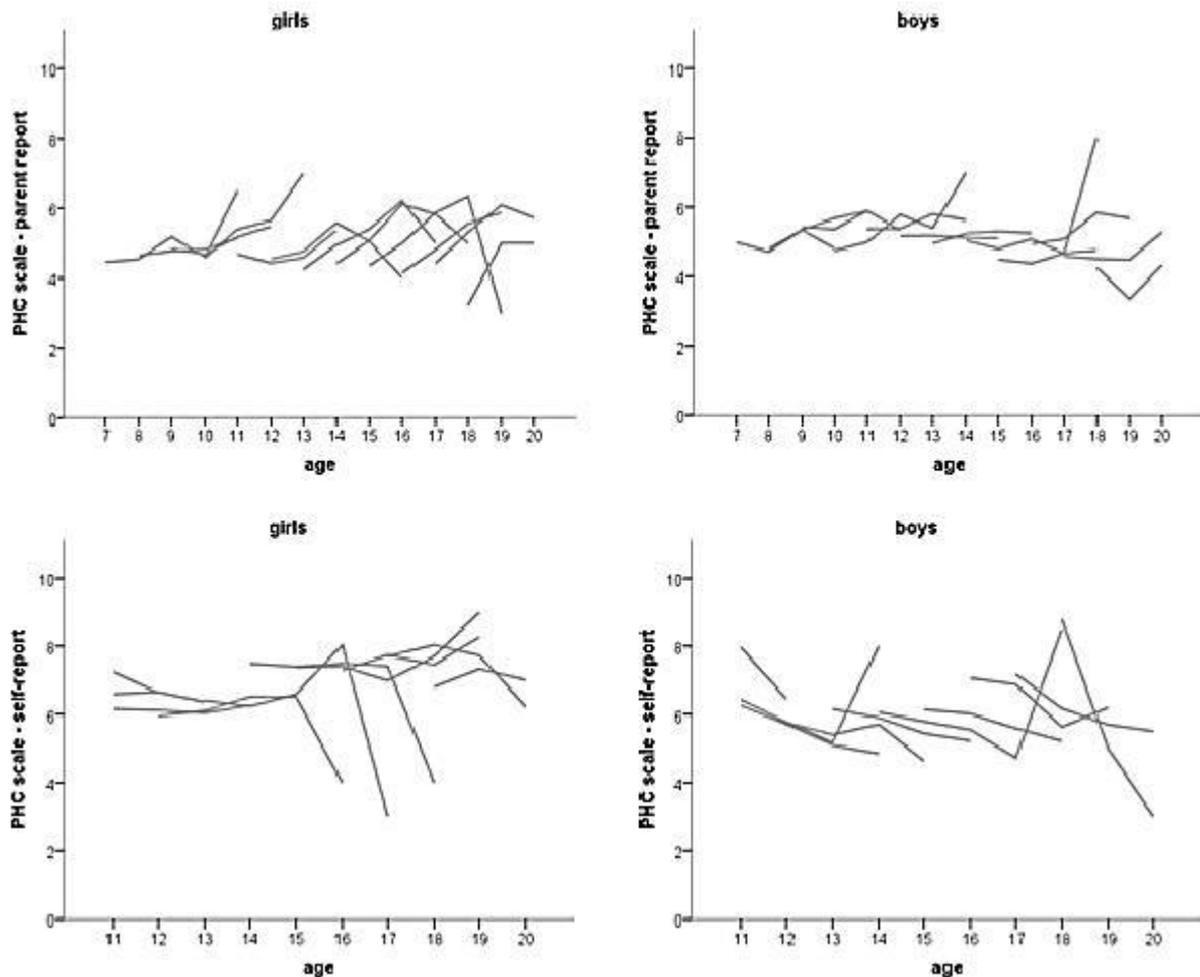


Abbildung 6: Verlauf psychosomatischer Beschwerden nach Alter und Geschlecht bei 7- bis 20-Jährigen (einzelne Linien=Alterskohorten)

Quelle: Barkmann, C., Otto, C., Schoen, G., Schulte-Markwort, M., Schlack, R., Ravens-Sieberer, U., . . . BELLA study group. (2014 (accepted)). Modelling Trajectories of Psychosomatic Health Complaints in Children and Adolescents: Results from the BELLA cohort study. *European Child and Adolescent Psychiatry*.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass in der BELLA-Studie sowohl psychische Probleme als auch somatische Probleme bei beiden Geschlechtern über einen Zeitverlauf von drei Jahren abnehmen. Psychische und somatische Probleme sind nicht immer voneinander zu unterscheiden, da sie einander oft bedingen. Charakteristisch für psychosomatische Beschwerden ist die Tatsache, dass sich für die körperlichen Symptome häufig keine organische Ursache finden lassen, sondern die Ursache meist seelischer Natur ist. Insgesamt ist ein eher niedriger Durchschnittswert für psychosomatische Beschwerden bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der BELLA-Studie festzustellen. Es wurde jedoch gezeigt, dass psychosomatische Gesundheitsbeschwerden die psychosoziale Entwicklung eines Kindes negativ beeinflussen können. Der Zeitverlauf von psychosomatischen

Beschwerden zeigt einen generellen linearen Trend, der bei Mädchen höher ist und vor allem durch psychische Probleme des Kindes beeinflusst wird. Überraschenderweise wurde kein Zusammenhang von somatischen Problemen des Kindes und der Eltern und psychosozialen Stress gefunden.

Fragestellung 2.3: Lassen sich Einflussfaktoren identifizieren, die die Auftretenswahrscheinlichkeit negativer Folgen psychischer Auffälligkeiten (z.B. Schulabbruch) bei männlichen und weiblichen Kindern und Jugendlichen erhöhen oder reduzieren?

Vor allem im Jugendalter sind wichtige Entwicklungsaufgaben zu bewältigen wie z.B. das Erwerben eines Schul- oder Ausbildungsabschlusses. Insbesondere in dieser kritischen Entwicklungsperiode können sich psychische Auffälligkeiten in mehreren Bereichen negativ auswirken. Anhand der Daten der BELLA-Studie konnte bereits gezeigt werden, dass Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten über eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität berichten und schlechtere schulische Leistungen erbringen (siehe Fragestellung 2.1). Im Folgenden sollen Einflussfaktoren untersucht werden zur Vorhersage negativer Folgen zum letzten Messzeitpunkt innerhalb der Gruppe der psychisch Auffälligen. Exemplarisch sollen hierbei die Teilnehmerinnen und Teilnehmer untersucht werden, die mindestens einen „Filmriss“, d.h. Erinnerungslücken für die Zeit des Konsums hatten.

Es zeigt sich, dass innerhalb der Gruppe der psychisch Auffälligen das Alter einen signifikanten Einfluss aufweist: mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, zum Zeitpunkt B3 mindestens einen „Filmriss“ zu haben. Dagegen gab es weder geschlechtsspezifische Unterschiede noch Unterschiede bezüglich des sozio-ökonomischen Status (Tabelle 19). Weitergehende detailliertere Analysen werden derzeit geplant.

Tabelle 19: *Einflussfaktoren zur Vorhersage negativer Folgen zum letzten Messzeitpunkt (BELLApplus) nach Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die mindestens einen „Filmriss“ hatten innerhalb der Gruppe der psychisch Auffälligen*

	OR	p-Wert
Konstante	0,00	0,007
Mädchen	1,09 (0,22-5,5)	0,914
Alter	1,65 (1,03-2,66)	0,039
SES	3,47 (0,99-12,06)	0,051

6.4 Ergebnisse der zentralen Fragestellungen: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Die Kenntnis des Inanspruchnahmeverhaltens durch psychisch auffällige Kinder und Jugendliche ist insbesondere vor dem Hintergrund möglicher Konsequenzen von unbehandelten psychischen Störungen wichtig. Es ist davon auszugehen, dass nur etwa 10% bis 30% aller Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten in Kontakt mit einer professionellen Hilfeeinrichtung kommen (Petermann, 2005).

In der psychotherapeutischen Versorgung bestehen im Vergleich zur Versorgung mit anderen medizinischen Leistungen einige Besonderheiten. So ist die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Versorgungsangeboten vor dem Hintergrund erheblicher Barrieren zu sehen, die von den Eltern und den Kindern überwunden werden müssen. Das Wissen in der Bevölkerung über Art, Inhalt, Erreichbarkeit oder Finanzierungsmöglichkeit dieser Angebote ist begrenzt. Zudem bestehen häufig Ängste vor Stigmatisierung bei den Betroffenen. Die Diagnostik und Therapie von Patienten mit psychischen Auffälligkeiten wird oftmals nicht durch Fachärzte, sondern durch Hausärzte geleistet. Bei knapp einem Drittel der betroffenen Erwachsenen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung behandelt werden, blieb es bei ausschließlich hausärztlichen Kontakten (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2008).

Fragestellung 3.1: Welcher Anteil der Betroffenen nimmt professionelle Hilfe (psychiatrische/sozialpsychiatrische/psychotherapeutische/psychologische Behandlung) in Anspruch? Wo suchen die Betroffenen außerdem Hilfe? Werden die in Anspruch genommenen Behandlungen als wirksam beurteilt? Inwiefern sind hier Unterschiede zwischen den Geschlechtern und in verschiedenen Altersgruppen feststellbar?

Die Fragen zum Inanspruchnahmeverhalten wurden speziell für die BELLApplus-Befragung entwickelt. Eltern von 3- bis 17-jährigen Kindern wurden zum Inanspruchnahmeverhalten ihrer Kinder befragt, ältere Teilnehmerinnen und Teilnehmer machten diese Angaben selbst. So wurden die Eltern von 3- bis 17-jährigen Kindern danach gefragt, ob ihr Kind aktuell eine diagnostizierte psychische Erkrankung oder Auffälligkeit hat. Falls diese Frage bejaht wurde, wurden die Eltern gefragt, ob ihr Kind deswegen in psychologischer, psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung ist. Diese Fragen wurden auch den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ab 18 Jahren in der Selbstauskunft gestellt.

Tabelle 20: *Prävalenz psychischer Erkrankungen und Behandlungsquote bei einer psychischen Erkrankung bei 3- bis 26-Jährigen¹ in BELLApplus, in Prozent (Anzahl)*

	Hat ihr Kind aktuell eine diagnostizierte psychische Erkrankung oder Auffälligkeit?	Wenn ja, ist es deswegen in psychologischer, psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?
Gesamt	6,6 (242)	56,1 (133)
Geschlecht		
Mädchen	5,6 (109)	57,5 (61)
Jungen	7,7 (133)	55,0 (72)
Altersgruppe		
3-5 Jahre	3,0 (15)	35,7 (5)
6-10 Jahre	7,7 (58)	54,4 (31)
11-13 Jahre	9,2 (29)	64,3 (18)
14-17 Jahre	6,7 (59)	67,8 (40)
18-26 Jahre	6,7 (81)	49,4 (39)
SES*		
Niedrig	10,1 (22)	38,1 (8)
Mittel	6,9 (108)	61,5 (67)
Hoch	4,6 (36)	66,7 (22)

*SES=sozioökonomischer Status

¹Elternangaben: 3- bis 17-Jährige; Selbstangaben: 18-26-Jährige

Insgesamt 6,6% der Befragten gaben an, aktuell eine Diagnose über eine psychische Erkrankung oder Auffälligkeit erhalten zu haben (Tabelle 20). Jungen waren mit 7,7% häufiger betroffen als Mädchen mit 5,6%. Der Anteil an diagnostizierten Erkrankungen bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern sank mit zunehmendem Sozialstatus: Die Häufigkeit sank von 10,1% in der niedrigen Statusgruppe auf 6,9% in der mittleren und 4,6% in der hohen Statusgruppe.

Etwa 56% der befragten Eltern gaben an, dass ihr Kind oder sie selber aufgrund der diagnostizierten psychischen Erkrankung in psychologischer, psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung sind. Mädchen nahmen mit 57,5% etwas häufiger entsprechende Hilfe an als Jungen mit 55%. Mit steigendem sozioökonomischem Status nahm auch die Behandlungsquote der Betroffenen stark zu. Diese stieg von 38,1% in der niedrigen Statusgruppe auf 61,5% in der mittleren bis auf 66,7% in der höheren Statusgruppe (Tabelle 20).

In der aktuellen Erhebungswelle wurden die Eltern von 3- bis 17-jährigen Kindern auch danach gefragt, ob sie in den letzten 12 Monaten gedacht haben, dass ihr Kind unter einer emotionalen Auffälligkeit oder einem seelischen Problem leidet. Teilnehmerinnen und Teilnehmern ab 18 Jahren beantworteten diese Frage selbst. Wurde die Frage bejaht, so wurden die Eltern beziehungsweise die Teilnehmenden selbst danach gefragt, ob sie in den letzten 12 Monaten bestimmte Ansprechpartner aufgesucht haben. Hierzu wurden verschiedene Ansprechpartner aus dem psychiatrischen, sozialpsychiatrischen, psychologischen, medizinischen oder sozialpädagogischen Bereich abgefragt.

Tabelle 21: *Aufgesuchte Ansprechpartner bei 3- bis 17-Jährigen, die an einer emotionalen Auffälligkeit oder an einem anderen seelischen Problem leiden, insgesamt und nach Geschlecht, in Prozent (Anzahl)*

	Gesamt	Mädchen	Jungen
Freunde	81,5 (194)	77,4 (82)	84,8 (112)
Familienangehörige	78,6 (187)	77,4 (82)	79,5 (105)
Kinderarzt	72,7 (128)	61,3 (46)	81,2 (82)
Lehrer	69,3 (138)	65,3 (62)	73,1 (76)
Psychologe	59,7 (142)	58,3 (77)	61,3 (65)
Internetinformation	58,0 (138)	50,0 (53)	64,4 (85)
Hausarzt	56,3 (134)	56,6 (60)	56,1 (74)
Erzieher	41,2 (98)	27,4 (29)	52,3 (69)
Heilpraktiker	26,1 (62)	27,4 (29)	25,0 (33)
Psychiater	22,3 (53)	18,9 (20)	25,0 (33)
Anderer Arzt	19,7 (47)	17,0 (18)	22,0 (29)
Jugendamt	18,9 (45)	14,2 (15)	22,7 (30)
Schulstation	18,1 (36)	13,7 (13)	22,1 (23)
Selbsthilfegruppe	9,7 (23)	9,4 (10)	9,8 (13)
Telefonhotline	2,5 (6)	2,8 (3)	2,3 (3)

Bei Betrachtung der in Tabelle 21 dargestellten Ergebnisse der 3- bis 17-jährigen Betroffenen werden deutliche Unterschiede in der jeweiligen Wahl von Ansprechpartnern erkennbar. Für Mädchen und Jungen insgesamt fällt Folgendes auf: Die Mehrzahl der von psychischen Auffälligkeiten Betroffenen wählten in den letzten 12 Monaten das nähere Umfeld als ersten Ansprechpartner. Knapp über 81% aller Betroffenen gaben an, sich zuerst an Freunde zu wenden, 78,6% wandten sich an Familienangehörige. Auffällig ist, dass Kinderärzte mit 72,7% gegenüber sonstigen professionellen Ansprechpartnern bevorzugt in Anspruch genommen wurden. Ein Grund hierfür könnte sein, dass Betroffene im Zuge regelmäßiger Arztuntersuchungen ohnehin schon beim Kinderarzt sind. Des Weiteren gaben fast 70% der Eltern von betroffenen Kindern an, Hilfe bei einem Lehrkörper gesucht zu haben. Interessant ist die Betrachtung der Inanspruchnahme von professionellen Versorgungsangeboten. Während 59,7% der Betroffenen angaben, sich an eine Psychologin oder einen Psychologen gewandt zu haben, sind es nur 22,3%, die eine Psychiaterin oder einen Psychiater aufgesucht haben. Möglicherweise ist eine unzureichende Aufklärung der Betroffenen oder Schwierigkeiten bei der Differenzierung zwischen „normaler“ Problematik und psychischer Auffälligkeit eine Erklärung für das beobachtete Ergebnis. Deutlich niedrigere Anteile in der gesamten Inanspruchnahme verzeichnen Telefonhotlines und Selbsthilfegruppen. So geben nur etwa 2% der Betroffenen an, sich an eine Telefonhotline gewandt zu haben.

Bei geschlechtsspezifischer Betrachtung der aufgesuchten Ansprechpartner zeichnet sich ab, dass die Jungen nahezu durchweg höhere Werte aufwiesen als die Mädchen. Die größten Differenzen zeigten sich in den Gruppen, die den Erzieher (27,4% der Mädchen und 52,3% der Jungen) und den Kinderarzt (61,3% der Mädchen und 81,2% der Jungen) aufsuchen sowie das Internet als Informationsquelle (50,0% der Mädchen und 64,4% der Jungen) nutzen.

Tabelle 22: *Aufgesuchte Ansprechpartner bei über 18-Jährigen, die an einer emotionalen Auffälligkeit oder an einem anderen seelischen Problem leiden, insgesamt und nach Geschlecht, in Prozent (Anzahl)*

	Gesamt	Mädchen	Jungen
Familienangehörige	85,7 (48)	85,7 (42)	85,7 (6)
Freunde	82,1 (46)	91,8 (45)	14,3 (1)
Hausarzt	69,6 (39)	65,3 (32)	100,0 (7)
Psychologe	67,9 (38)	69,4 (34)	57,1 (4)
Internetinformation	53,6 (30)	57,1 (28)	28,6 (2)
Psychiater	32,1 (18)	30,6 (15)	42,9 (3)
Heilpraktiker	16,1 (9)	18,4 (9)	0,0 (0)
Anderer Arzt	16,1 (9)	18,4 (9)	0,0 (0)
Schulstation	16,1 (9)	14,3 (7)	28,6 (2)
Lehrer	12,7 (7)	12,5 (6)	14,3 (1)
Selbsthilfegruppe	5,4 (3)	6,1 (3)	0,0 (0)

Die in Tabelle 22 dargestellten Ergebnisse der 18-jährigen Betroffenen stimmen im Wesentlichen mit den Werten der 3- bis 17-Jährigen überein. Auch die älteren Teilnehmerinnen und Teilnehmer zogen hier zunächst das nähere Umfeld zu Rate: 85,7% der Betroffenen wandten sich in erster Linie an ihre Familienangehörigen und 82,1% an ihre Freunde. Ebenfalls ist zu erkennen, dass eine Psychiaterin oder ein Psychiater mit 32,1 % seltener aufgesucht wurde als eine Psychologin oder ein Psychologe (67,9%). Die Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen (Tabelle 22) sollen an dieser Stelle nicht näher betrachtet werden, da die absoluten Häufigkeiten teilweise durch sehr kleine Zahlen gekennzeichnet sind.

Tabelle 23: *Potenzielle Ansprechpartner bei 3- bis 17-Jährigen¹, die an einer emotionalen Auffälligkeit oder an einem anderen seelischen Problem leiden, in Prozent (Anzahl)*

	Ja	Ja, ist aber nur schwer verfügbar	Nein
Psychologe	81,3 (78)	2,1 (2)	16,7 (16)
Lehrer	65,6 (40)	0,0 (0)	34,4 (21)
Anderer Arzt	62,8 (120)	0,5 (1)	36,6 (70)
Psychiater	58,9 (109)	0,5 (1)	40,5 (75)
Internetinformation	58,0 (58)	3,0 (3)	39,0 (39)
Heilpraktiker	55,7 (98)	0,6 (1)	43,8 (77)
Hausarzt	54,8 (57)	0,0 (0)	45,2 (47)
Kinderarzt	54,2 (26)	0,0 (0)	45,8 (22)
Schulstation	53,4 (87)	19,6 (32)	27,0 (44)
Selbsthilfegruppe	53,0 (114)	3,3 (7)	43,7 (94)
Freunde	50,0 (22)	0,0 (0)	50,0 (22)
Erzieherin	45,0 (63)	2,1 (3)	52,9 (74)
Jugendamt	34,2 (66)	0,0 (0)	65,8 (127)
Familienangehörige	31,4 (16)	0,0 (0)	68,6 (35)
Telefonhotline	25,9 (60)	0,4 (1)	73,7 (171)

¹Elternangaben

Gaben die von psychischen Auffälligkeiten Betroffenen an, dass sie sich nicht an einen bestimmten Ansprechpartner gewandt haben, so wurden sie gefragt, ob sie sich generell vorstellen könnten, sich an diesen Ansprechpartner zu wenden. In Tabelle 23 sind die Ergebnisse für die 3- bis 17-Jährigen dargestellt (aufgrund der niedrigen Fallzahlen wird die Altersgruppe der über 18-Jährigen im Folgenden nicht angegeben). Von den Betroffenen, die sich aufgrund ihrer seelischen Probleme nicht an eine Psychologin oder einen Psychologen gewandt hatten, konnten sich 81,3% aber grundsätzlich vorstellen, eine Psychologin oder einen Psychologen aufzusuchen. Rund ein Drittel der betroffenen Personen würden sich an einen Lehrkörper wenden, 62,8% würden einen anderen Arzt aufsuchen und 58,9% der Betroffenen gaben an, dass sie sich an eine Psychiaterin oder einen Psychiater wenden würden. Es fällt weiterhin auf, dass sich 19,6% der Betroffenen an eine Schulstation wenden

würden, diese allerdings für schwer verfügbar halten. Demnach bestünde hier womöglich ein erhöhter Bedarf.

Im Vergleich zu den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die einen Ansprechpartner aufgesucht haben, wird ein deutlicher Unterschied zu der (potenziellen) Inanspruchnahme des näheren Umfelds klar: Während Befragte, die bereits einen Ansprechpartner aufgesucht haben, in erster Linie das nähere Umfeld (Freunde: 81,5%, Familienangehörige: 78,5%) gewählt haben (Tabelle 23), würde ein erheblich geringere Anteil der Befragten, die sich bis dahin nicht an ihr näheres Umfeld gewendet haben, dieses tun (Freunde: 50%, Familienangehörige: 31,4%). Diese Beobachtung könnte möglicherweise ein Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen dem näheren Umfeld der Betroffenen und dem Nicht-Aufsuchen von Ansprechpartnern sein.

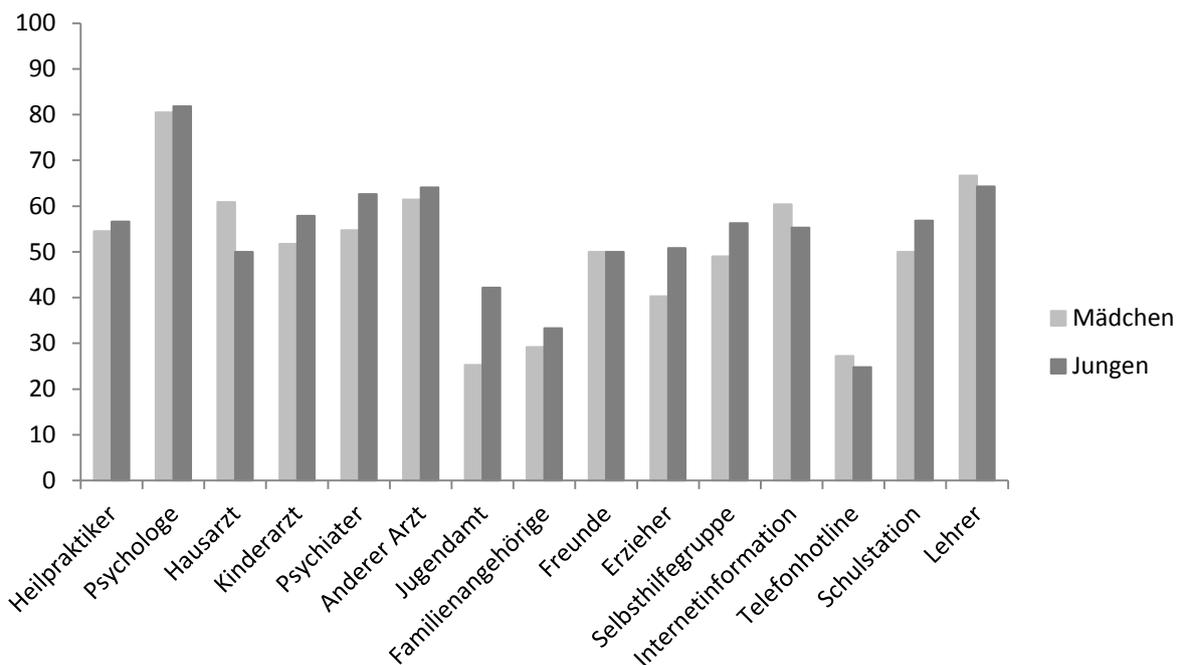


Abbildung 7: *Potenzielle Ansprechpartner bei 3- bis 17-Jährigen, die an einer emotionalen Auffälligkeit oder an einem anderen seelischen Problem leiden nach Geschlecht, in Prozent (Anzahl)*

Abbildung 7 liefert Informationen über die geschlechterspezifische Verteilung der beschriebenen potenziellen Ansprechpartner bei 3- bis 17-Jährigen, die an einer emotionalen Auffälligkeit oder an einem anderen seelischen Problem leiden. Den größten Unterschied weist hier die Gruppe auf, die das Jugendamt in Anspruch nehmen würde (25,3% der Mädchen und 42,2% der Jungen). Weiterhin sind mit jeweils ca. 10

Prozentpunkten Differenz die Gruppen zu nennen, die den Hausarzt (60,9 % der Mädchen und 50% der Jungen) sowie den Erzieher (40,3% der Mädchen und 50,8% der Jungen) als Ansprechpartner in Anspruch nehmen würden.

Tabelle 24: *Potenzielle Ansprechpartner bei 3- bis 17-Jährigen¹, die nicht an einer emotionalen Auffälligkeit oder an einem anderen seelischen Problem leiden, in Prozent (Anzahl)*

	Ja	Ja, ist aber nur schwer verfügbar	Nein
Familienangehörige	90,9 (1.912)	0,4 (8)	8,7 (183)
Lehrer	90,0 (1.559)	0,3 (5)	9,7 (168)
Psychologe	88,5 (1.862)	1,7 (35)	9,8 (206)
Freunde	88,1 (1.852)	0,2 (4)	11,7 (247)
Kinderarzt	85,4 (1.797)	1,0 (22)	13,5 (284)
Hausarzt	83,8 (1.763)	0,1 (2)	16,1 (338)
Schulstation	76,4 (1.324)	9,2 (160)	14,3 (248)
Internetinformation	75,7 (1.593)	0,3 (6)	24,0 (504)
Erzieher	73,1 (1.537)	1,0 (22)	25,9 (544)
Psychiater	68,8 (1.446)	2,5 (52)	28,8 (605)
Anderer Arzt	66,6 (1.400)	0,9 (19)	32,5 (684)
Heilpraktiker	64,7 (1.361)	1,7 (36)	33,6 (706)
Selbsthilfegruppe	55,1 (1.159)	4,6 (97)	40,3 (847)
Jugendamt	50,2 (1.055)	0,6 (12)	49,3 (1.036)
Telefonhotline	24,1 (507)	0,3 (8)	75,5 (1.588)

¹ Elternangaben

In Tabelle 24 wird die grundsätzliche Bereitschaft von Personen ohne psychische Auffälligkeiten dargestellt, den jeweiligen Ansprechpartner zu kontaktieren. Für nicht betroffene Personen gilt eine ähnliche Tendenz wie für Betroffene, welche mit Ansprechpartnern in Kontakt stehen. Mit über 90% gab die große Mehrzahl der Befragten an, dass sie sich bei möglichen Problemen vorzugsweise an Familienmitglieder wenden würden. An zweiter und dritter Stelle wurden Lehrkräfte mit 90,0% und Freunde mit 88,1% als mögliche Ansprechpartner genannt. Es ist anzunehmen, dass sich Erziehungsberechtigte

häufig an Lehrpersonen wenden, da die Kinder stets unter ihrer Beobachtung stehen und die Erziehungsberechtigten ihnen zutrauen, mögliche Probleme bei den Kindern zu erkennen. Des Weiteren zeigten 88,5% der nicht betroffenen Personen die Bereitschaft, sich an eine Psychologin oder einen Psychologen zu wenden. 83,8% würden einen Hausarzt und 85,4% einen Kinderarzt aufsuchen. Ein Großteil der Befragten gab an, sich bei möglichen Problemen nicht an Telefonhotlines (75,5%) wenden zu wollen. Rund die Hälfte der Befragten konnte sich nicht vorstellen, sich an das Jugendamt zu wenden. Etwa ein Zehntel der befragten Eltern gab an, sich an eine Schulstation wenden zu wollen, hielt diese aber für nicht verfügbar.

Werden die potenziellen Ansprechpartner der über 18-Jährigen betrachtet (Tabelle 25), die nicht an einer emotionalen Auffälligkeit oder einem anderen seelischen Problem leiden, sind ähnliche Werte wie bei den jüngeren Teilnehmerinnen und Teilnehmern erkennbar (Tabelle 24). Die Lehrkräfte und die Schulstation wurden weniger in Anspruch genommen, es ist aber davon auszugehen, dass in dieser Befragungsgruppe viele Teilnehmende nicht mehr zur Schule gehen.

In Bezug auf die untersuchte Fragestellung lässt sich zusammenfassen, dass nur gut die Hälfte der Betroffenen angibt, aufgrund einer diagnostizierten psychischen Erkrankung in psychologischer, psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung zu sein, wobei Mädchen etwas häufiger entsprechende Hilfe in Anspruch nehmen als Jungen. Mit steigendem sozioökonomischem Status nimmt auch die Behandlungsquote der Betroffenen stark zu.

Die Mehrzahl der Betroffenen wählt das nähere Umfeld, also Freunde und Familienangehörige, als ersten Ansprechpartner. Gegenüber sonstigen professionellen Ansprechpartnern werden Kinderärzte bevorzugt, eine Psychologin oder einen Psychologen suchen nur zwei Drittel der Betroffenen auf, die Rate für Psychiaterinnen und Psychiater ist noch geringer. Des Weiteren gaben fast 70% der Eltern von betroffenen Kindern an, Hilfe bei einem Lehrkörper gesucht zu haben. Bei fast allen potentiellen Ansprechpartner weisen Jungen höhere Werte auf als Mädchen. Die größten Geschlechtsunterschiede gibt es bei der Wahl des Jugendamts und des Erziehers als Ansprechpartner, die mehr Jungen als Mädchen aufsuchen würden, wohingegen sich mehr Mädchen als Jungen dem Hausarzt anvertrauen würden. Das Inanspruchnahmeverhalten ist in den verschiedenen Altersgruppen ähnlich.

Tabelle 25: *Potenzielle Ansprechpartner bei über 18-Jährigen¹, die nicht an einer emotionalen Auffälligkeit oder an einem anderen seelischen Problem leiden, in Prozent (Anzahl)*

	Ja	Ja, ist aber nur schwer verfügbar	Nein
Freunde	95,0 (921)	0,1 (1)	4,9 (47)
Familienangehörige	94,6 (917)	0,3 (3)	5,1 (49)
Hausarzt	81,7 (792)	0,4 (4)	17,9 (173)
Psychologe	76,0 (736)	1,4 (18)	22,2 (215)
Internetinformation	62,8 (609)	0,2 (2)	36,9 (359)
Psychiater	60,7 (588)	1,7 (16)	37,7 (365)
Anderer Arzt	56,9 (551)	0,6 (6)	42,5 (412)
Heilpraktiker	43,2 (419)	2,5 (24)	54,3 (526)
Schulstation	42,6 (402)	4,2 (40)	53,2 (502)
Lehrer	40,3 (380)	1,0 (9)	58,8 (555)
Selbsthilfegruppe	28,0 (271)	2,6 (25)	69,5 (673)
Jugendamt	25,4 (31)	0,8 (1)	73,8 (90)
Telefonhotline	12,9 (125)	0,2 (2)	86,9 (842)

¹ Selbstangaben

Fragestellung 3.2: Nehmen junge Menschen mit psychischen Auffälligkeiten häufiger somatisch ausgerichtete Angebote der Gesundheitsversorgung in Anspruch (z.B. Hausarzt, andere Fachärzte)? Sind hier geschlechtsspezifische Unterschiede feststellbar?

Psychische Auffälligkeiten gehen oftmals mit einer erhöhten Inanspruchnahme von allgemeinen Gesundheitsleistungen einher. Die Inanspruchnahme ist daher meist nicht nur im Hinblick auf spezialisierte Behandlungsangebote, sondern auch allgemein erhöht. So suchen Personen mit aktueller psychischer Störung den Hausarzt mit durchschnittlich 3,8 Besuchen signifikant häufiger auf als Personen, bei denen niemals eine psychische Störung diagnostiziert wurde oder Personen mit einer früheren psychischen Störung (F. Jacobi et al., 2004). Einer Sekundärdatenanalyse dreier Ersatzkassen und dem Deutschen Rentenversicherung Bund zufolge wurde für annähernd alle Behandlungsfälle mit einer psychiatrischen Indexdiagnose (98,8%) auch mindestens eine somatische Diagnose gestellt. Es überwogen Behandlungen durch Fachdisziplinen für somatische Medizin (Gaebel, Kowitz, Fritze, & Zielasek, 2013). Zu psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen liegen zur Inanspruchnahme des Versorgungssystems nur begrenzt Daten vor (Robert Koch-Institut (Hrsg), 2004).

In der BELLA-Studie wurden mit Hilfe eines Fragebogens Daten zur Inanspruchnahme von ambulanten medizinischen Leistungen erhoben. Die Eltern von Kindern im Alter zwischen 7 und 13 Jahren sowie die Kinder im Alter von 14 bis 17 Jahren wurden danach gefragt, welche Ärztinnen beziehungsweise Ärzte sie für ihr Kind beziehungsweise sich selbst in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen haben und wie häufig. Insgesamt wurde die Inanspruchnahme von 18 verschiedenen Arztgruppen erhoben. Für die folgenden Auswertungen wurden die Daten zur Inanspruchnahme eines Kinderarztes, Arztes für Allgemeinmedizin, einer Psychiaterin oder eines Psychiaters sowie einer Psychologin oder eines Psychologen herangezogen. Mädchen und Jungen im Alter von 14 bis 17 Jahren wurden zusätzlich gefragt, ob sie in den letzten 12 Monaten einen Psychotherapeuten in Anspruch genommen haben und wie häufig. Für die Analysen erfolgte eine Zusammenfassung der drei Variablen „Inanspruchnahme eines Psychiaters, eines Psychologen und eines Psychotherapeuten“ zu einer zentralen Variablen.

Tabelle 26: *Inanspruchnahme verschiedener Ärztinnen und Ärzte und Psychologinnen und Psychologen von 3- bis 17-Jährigen in den letzten 12 Monaten der BELLApus, insgesamt, mit psychischen Auffälligkeiten (SDQ grenzwertig oder auffällig) und ohne psychische Auffälligkeiten, nach Geschlecht, in Prozent (Anzahl)*

	Psychiater, Psychologe oder Psychotherapeut	Kinderarzt	Hausarzt
Insgesamt	6,3 (159)	68,5 (1.720)	33,4 (835)
Mädchen	4,8 (62)	69,5 (889)	32,8 (419)
Jungen	7,9 (97)	67,5 (831)	34,0 (416)
SDQ auffällig	19,7 (57)	69,7 (202)	31,6 (91)
Mädchen	11,9 (16)	67,2 (90)	33,8 (45)
Jungen	26,6 (41)	71,8 (112)	29,7 (46)
SDQ unauffällig	4,5 (99)	68,3 (1.507)	33,7 (739)
Mädchen	3,9 (44)	69,6 (792)	32,8 (372)
Jungen	5,1 (55)	66,8 (715)	34,6 (367)

In Tabelle 26 sind die Häufigkeiten bezüglich des Inanspruchnahmeverhaltens verschiedener Ansprechpartner in den letzten 12 Monaten in BELLApus für 3- bis 17-Jährige mit und ohne psychische Auffälligkeiten sowie für die Befragten insgesamt dargestellt. Während mit 19,7% rund ein Fünftel der psychisch auffälligen Kinder und Jugendlichen eine Psychiaterin oder einen Psychiater, Psychologin oder Psychologen oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten in Anspruch genommen hat, sind es bei den psychisch unauffälligen Teilnehmenden lediglich 4,5% (und in der Gesamtstichprobe 6,3%). Es zeigt sich jedoch, dass die Gruppe der psychisch Auffälligen sowohl im Vergleich zu allen Befragten als auch im Vergleich zu den psychisch Unauffälligen das Versorgungssystem hinsichtlich eines Kinder- oder Hausarztes nicht verstärkt in Anspruch nimmt.

Auch im zeitlichen Verlauf (Tabelle 27) ist sowohl geschlechterspezifisch als auch insgesamt kein nennenswerter Unterschied zwischen den psychisch Auffälligen und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern insgesamt zu erkennen.

Nach den vorliegenden Daten kann die Aussage, dass junge Menschen mit psychischen Auffälligkeiten häufiger somatisch ausgerichtete Angebote der Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen, nicht bestätigt werden.

Tabelle 27: *Inanspruchnahme verschiedener Ärztinnen und Ärzten und Psychologinnen und Psychologen von 3- bis 17-Jährigen mit psychischen Auffälligkeiten (SDQ grenzwertig oder auffällig) in den letzten 12 Monaten des jeweiligen Messzeitpunkten, insgesamt und nach Geschlecht, in Prozent (Anzahl)*

	B0		B1		B2		B3	
	Psychiater, Psychologe, Psychotherapeut	Kinder-oder Hausarzt	Psychiater, Psychologe, Psychotherapeut	Kinder-oder Hausarzt	Psychiater, Psychologe Psychotherapeut	Kinder-oder Hausarzt	Psychiater, Psychologe Psychotherapeut	Kinder- oder Hausarzt
Insgesamt	3,6 (33)	77,1 (705)	4,8 (33)	70,2 (483)	4,3 (27)	68,5 (427)	5,3 (47)	57,8 (513)
SDQ auffällig	8,4 (9)	81,3 (87)	19,2 (5)	69,2 (18)	28,6 (8)	85,7 (24)	14,0 (12)	60,5 (52)

Fragestellung 3.3: Welche Prädiktoren lassen sich hinsichtlich der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen identifizieren (z.B. Sozioökonomischer Status, Geschlecht, Art der Störung)? Welche spezifischen Barrieren bestehen bei weiblichen und männlichen Betroffenen?

Grundsätzlich gehen einer Inanspruchnahme des Versorgungssystems oder einer Gesundheitsleistung Bedarf, Nachfrage und Zugang voraus. Ein objektiver Bedarf besteht dann, wenn eine medizinisch nachweisbare Krankheit vorliegt und es eine wirksame Behandlungsmöglichkeit gibt. Während die Nachfrage den Wunsch nach einer Versorgungsleistung und damit den Entscheidungsprozess umfasst, bezieht sich die Inanspruchnahme auf den gesamten Prozess der realisierten Nachfrage. Voraussetzung hierfür ist jedoch der Zugang zum Versorgungssystem oder zur Gesundheitsleistung (Pfaff & Schrappe, 2011). Die Inanspruchnahme kann somit als ein komplexer Prozess angesehen werden.

Andersen entwickelte in den 1960/70er Jahren ein Verhaltensmodell zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, das seitdem stetig weiter entwickelt wurde (Andersen, 1995) und international vielfach als Bezugsmodell für die Analyse der Inanspruchnahme eingesetzt wird. Als Einflussgrößen für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gehen „predisposing characteristics“ (prädisponierende Faktoren), „need“ (Bedarfsfaktoren) sowie „enabling resources“ (Zugangsvariablen) ein. Unter dem Begriff „predisposing characteristics“ werden Merkmale zusammengefasst, die sich indirekt auf die Inanspruchnahme auswirken, z.B. Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Wohnort, Wohnortgröße, bestimmte Gesundheitsverhaltensweisen wie körperliche Aktivität oder allgemeine Lebenszufriedenheit. „Need“-Faktoren sind Faktoren, die die Inanspruchnahme als Bedarf im weiteren Sinn direkt beeinflussen. Es wird zwischen dem von der betroffenen Person wahrgenommenen Bedarf einerseits und einem durch professionelles Urteil objektivierten Bedarf andererseits unterschieden. Als „enabling resources“ werden die notwendigen Zugangsvoraussetzungen für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bezeichnet. Es wird zwischen personenbezogenen Ressourcen, wie dem Vorhandensein einer Krankenversicherung und gemeindebezogenen Ressourcen, z.B. der Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen am Wohnort unterschieden (Andersen, 1995).

Hintzpeter et al. untersuchten mit Hilfe der längsschnittlichen BELLA-Daten Prädiktoren einer psychologischen, psychiatrischen oder psychotherapeutischen Inanspruchnahme (Hintzpeter et al., 2014 (accepted)). Hierbei wurde das Modell von Andersen zugrunde gelegt. Bezüglich prädisponierender Faktoren konnten sowohl Wohnregion (Ost und West) als auch Wohnortgröße (ländlich, klein-, mittel- und großstädtisch) als signifikante Prädiktoren ausgemacht werden. Insgesamt konnte zudem ein starker Einfluss der Bedarfsfaktoren ausgemacht werden. Neben externalisierenden Auffälligkeiten (ermittelt durch auffällige Werte im CBCL) zeigten insbesondere die Beeinträchtigungen psychischer Auffälligkeiten (gemessen mit Hilfe des SDQ Impacts) einen signifikanten Einfluss auf die psychologische, psychiatrische oder psychotherapeutische Inanspruchnahme (Abbildung 8). Dagegen spielten die gemessenen Zugangsfaktoren im Hinblick auf die psychologische, psychiatrische oder psychotherapeutische Inanspruchnahme keine Rolle.

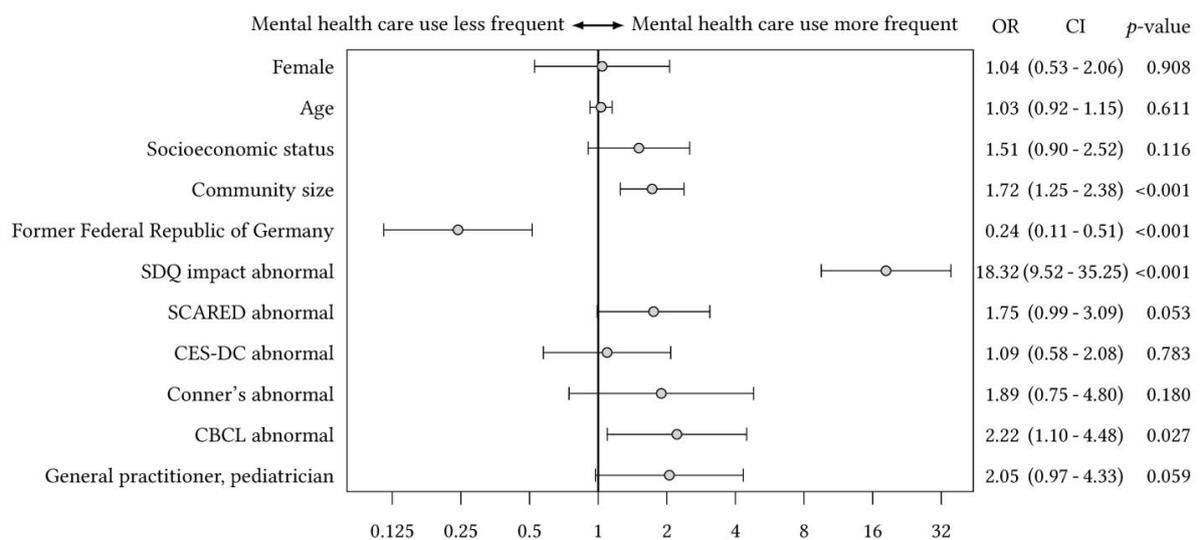


Abbildung 8: Einflussfaktoren einer psychologischen, psychiatrischen oder psychotherapeutischen Inanspruchnahme in der BELLA-Studie

Quelle: Hintzpeter, B., Klasen, F., Schön, G., Voss, C., Hölling, H., Ravens-Sieberer, U., & BELLA study group. (2014 (accepted)). Mental health care use among children and adolescents in Germany – results of the longitudinal BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*.

Im Vergleich zur Versorgung mit anderen medizinischen Leistungen bestehen in der psychotherapeutischen Versorgung einige Besonderheiten. Generell ist die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Versorgungsangeboten vor dem Hintergrund erheblicher Barrieren zu sehen, die von den Eltern und Kindern überwunden werden

müssen. Das Wissen in der Bevölkerung über Art, Inhalt, Erreichbarkeit oder Finanzierungsmöglichkeit dieser Angebote ist begrenzt. Zudem bestehen bei den Betroffenen häufig Ängste vor Stigmatisierung (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2008).

Im Folgenden liegt der Schwerpunkt der Untersuchungen auf den spezifischen Barrieren, die bei den Betroffenen bestehen. In Tabelle 28 ist dargestellt, aus welchen möglichen Gründen Eltern keine professionelle Hilfe für ihr Kind aufgesucht haben, obwohl sie ein Problem vermutet haben. Dies bezieht sich auf den Zeitraum der letzten 12 Monate. Am häufigsten wurde mit 70% der Grund „Das Problem war in der Situation des Kindes verständlich“ genannt. Oftmals scheint auch eine Unsicherheit bezüglich Relevanz und Schweregrad von Problemen zu bestehen. Der Anteil an Personen, die angaben „Ich war mir unsicher, ob das Problem ernsthaft genug ist“, liegt bei 59,4%. Des Weiteren gaben 50,8% der Eltern an, das jeweilige Problem als nicht so ernsthaft eingestuft zu haben. Auffällig ist auch, dass 33,3% der Probanden als Grund für das Nicht-Aufsuchen einer professionellen Hilfe einrichtung, die Befürchtung vor den Reaktionen Anderer äußerten. Bei einem Drittel der Betroffenen bestehen scheinbar Ängste vor Stigmatisierung in Bezug auf psychische Probleme.

Zusammenfassend lassen sich folgende Prädiktoren einer Inanspruchnahme von psychologischen, psychiatrischen oder psychotherapeutischen Versorgungsleistungen feststellen: das Vorliegen externalisierender Auffälligkeiten und die Beeinträchtigungen durch psychische Probleme, die Wohnregion (höhere Inanspruchnahme in Ostdeutschland) und die Wohnortgröße (höhere Inanspruchnahme in großen Orten). Zugangsfaktoren im Hinblick auf die psychologische, psychiatrische oder psychotherapeutische Inanspruchnahme spielten dagegen keine Rolle. Barrieren der Inanspruchnahme sind mangelndes Wissen in der Bevölkerung über Art, Inhalt, Erreichbarkeit oder Finanzierungsmöglichkeit der Angebote, Ängste vor Stigmatisierung und Unsicherheit bezüglich Relevanz, Ernsthaftigkeit und Schweregrad von Problemen. Insbesondere der zuletzt genannte Punkt wurde von den Eltern als häufigster Grund dafür angegeben, keine professionelle Hilfe für ihr Kind aufgesucht haben, obwohl sie ein Problem vermutet haben.

Tabelle 28: *Gründe für das Nicht-Aufsuchen von professionellen Hilfsangeboten bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die an einer emotionalen Auffälligkeit oder an einem anderen seelischen Problem leiden, in Prozent (Anzahl)*

Aussage	Stimme zu
Das Problem war in der Situation des Kindes verständlich	70,0 (212)
Ich war mir unsicher, ob das Problem ernsthaft genug ist	59,4 (180)
Ich habe das Problem als nicht so ernsthaft eingeschätzt	50,8 (154)
Ich/ mein Kind war besorgt darüber, was andere denken könnten	33,3 (101)
Mein Kind wollte einfach nicht	25,8 (51)
Ich hatte das Gefühl, dass ich als Elternteil versagt habe	23,7 (72)
Ich wusste nicht, wer hier wohl weiterhelfen könnte	22,8 (69)
Ich wollte nicht "in eine Schublade geschoben werden"	19,5 (59)
Ich denke Probleme sollten innerhalb der Familie bleiben	15,5 (47)
Hatte Sorgen um meine Privatsphäre und die Vertraulichkeit	13,9 (42)
Inanspruchnahme von Hilfe könnte die Dinge schlimmer machen	10,9 (33)
Es gibt für diese Arten von Problemen keine Angebote	10,6 (32)
Ich habe schlechte Erfahrungen mit dem Aufsuchen von Hilfe gemacht	10,4 (11)
Die Termine sind mit der Arbeit oder der Schule unvereinbar	10,2 (31)
Die angebotene Behandlung fand ich/ mein Kind nicht akzeptabel	9,6 (29)
Bei dieser Art von Problemen kann ohnehin niemand helfen	9,2 (28)
Der Zeitraum bis man Hilfe erhalten hätte, war zu lang	8,3 (25)
Professionelle Hilfeanbieter hören einem nicht zu	7,6 (23)
Kind könnte einen dauerhaften Eintrag in seine Akte bekommen	7,1 (14)
Die Kommunikation zwischen mir und Hilfeanbieter war schlecht	6,3 (19)
Die Kommunikation innerhalb der beteiligten Institutionen war schlecht	4,3 (13)
Die Kosten waren zu hoch	4,0 (12)
Behandlung wurde von einem Hilfeanbieter abgelehnt	3,0 (9)
War besorgt, dass man mir das Kind wegnehmen könnte	3,0 (6)

Fragestellung 3.4: Ergeben sich aus den Daten Hinweise auf eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung im Bereich der psychischen Gesundheit junger Menschen? Sind hier geschlechtsspezifische Unterschiede feststellbar?

In der BELLA-Studie berichteten insgesamt 6,6% der 3- bis 26-jährigen Befragten, aktuell eine Diagnose über eine psychische Erkrankung oder Auffälligkeit erhalten zu haben. Nur 56,1% von ihnen gaben an, dass ihr Kind oder sie selber aufgrund der diagnostizierten psychischen Erkrankung in psychologischer, psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung sind (Fragestellung 3.1). Jungen berichteten mit 7,7% häufiger von einer psychischen Erkrankung betroffen zu sein als Mädchen mit 5,6%. Dagegen waren es häufiger die Mädchen, die entsprechende Hilfen annahmen (57,5%) im Vergleich zu den Jungen (55%). Vor dem Hintergrund, dass vor allem Kinder, aber auch Jugendliche, meist nicht selbst entscheiden, ob sie eine Ärztin beziehungsweise einen Arzt oder eine Therapeutin beziehungsweise einen Therapeuten aufsuchen, sollten Eltern insbesondere für die Belange der Jungen sensibilisiert werden. Auch Betroffene mit niedrigem sozioökonomischen Status rücken hierbei in den Fokus: Je niedriger der sozioökonomische Status ist, desto höher ist der Anteil der Erkrankungen, aber desto geringer sind die Behandlungsquoten der Betroffenen.

Anhand der BELLA-Daten wurde gezeigt, dass aufgesuchte Ansprechpartner von Betroffenen, die an einer emotionalen Auffälligkeit oder an einem anderen seelischen Problem leiden, in erster Linie aus dem näheren Umfeld, also dem Familien- oder Freundeskreis stammen (Fragestellung 3.1). Auch Kinder und Jugendliche, die nicht an einer emotionalen Auffälligkeit oder einem anderen seelischen Problem leiden, würden als möglichen Ansprechpartner in erster Linie das nähere Umfeld – insbesondere die Familie – in Betracht ziehen. Hier wird deutlich, dass häufig auch informelle Hilfen in Anspruch genommen werden. Dieser Aspekt sollte in zukünftigen Studien stärker berücksichtigt werden.

Im Allgemeinen ist die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Versorgungsangeboten vor dem Hintergrund erheblicher Barrieren zu sehen, die von den Eltern und Kindern überwunden werden müssen. Es konnte gezeigt werden, dass bei einem Drittel der Betroffenen Ängste vor Stigmatisierung in Bezug auf psychische Probleme bestehen (Fragestellung 3.3).

Studien zufolge gehen psychische Auffälligkeiten mit einer erhöhten Inanspruchnahme von allgemeinen Gesundheitsleistungen einher. In Hinblick auf Kinder und Jugendliche liegen hierzu nur wenige Daten vor (Fragestellung 3.2). Den Ergebnissen der BELLA-Studie zufolge lassen sich jedoch keine Hinweise auf eine häufigere Inanspruchnahme somatisch ausgerichteter Angebote der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten im Vergleich zu jenen ohne psychische Auffälligkeiten entnehmen.

Die Begriffe „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ sowie „Bedarfsgerechte Versorgung“ stammen aus dem Sozialgesetzbuch und sind vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen und wissenschaftlichen Grundlagen in den Jahren 2000/2001 neu definiert worden. Sie stützen sich auf einen theoretischen Rahmen mit folgenden Dimensionen: Bedürfnis/Bedarf, Qualität/Wirksamkeit sowie Nutzen der Leistungserbringer. Es wird zum einen zwischen „objektivem“ und „subjektivem“ Bedarf unterschieden. Objektiver Bedarf bezeichnet den von Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften oder Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern definierten Bedarf, der subjektive Bedarf das von den Nutzern wahrgenommene Bedürfnis. Hierbei gelten drei Leistungsstufen: es wird zwischen der „fachgerecht erbrachten Leistung“, der „nicht fachgerecht erbrachten Leistung“ und der „nicht erbrachten Leistung“ unterschieden. Es gilt die aus der Versorgungsforschung stammende wissenschaftliche Annahme, dass Gesundheitsleistungen voneinander abweichenden Nutzen für die Betroffenen haben können. Dies hängt zum einen davon ab, ob und wie sie erbracht werden können und zum anderen davon, inwieweit sie sich als wirksam und wirtschaftlich erweisen.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen unterscheidet vier Formen von Versorgungsqualitäten. Diese sind wie folgt definiert:

- Es wird von „Bedarfsgerechter Versorgung“ ausgegangen, wenn entweder ein objektiver oder ein objektiver und ein subjektiver Bedarf vorhanden ist und die Gesundheitsleistung fachgerecht erbracht wird.
- „Überversorgung“ tritt ein, wenn kein objektiver, jedoch ein subjektiver Bedarf gegeben ist und die Leistung fachgerecht oder nicht fachgerecht erbracht wird. Es wird in diesem

Zusammenhang auch von „*Versorgung, die über die Bedarfsdeckung hinausgeht*“ (Noack, 2003) gesprochen.

- Ist ein objektiver und latenter (das heißt (noch) nicht in Erscheinung getretener) oder ein objektiver und subjektiver Bedarf vorhanden und die Leistung wird zugleich nicht fachgerecht erbracht, so wird von einer „Unterversorgung“ ausgegangen.
- Jede Versorgung, die einen vermeidbaren Schaden verursacht, wird als „Fehlversorgung“ eingestuft. Dies sind jene Leistungen, welche zwar bedarfsgerecht sind, aber zu keinem leistungsgerechten Ergebnis führen (nicht bedarfsgerechte, schädliche Leistungen, die vermieden hätten werden können, nicht zeitgerecht erbrachte oder aus ganz bestimmten Gründen nicht erbrachte (unterlassene) Leistungen, die an sich die Kriterien der Bedarfsgerechtigkeit erfüllen) (Noack, 2003).

Zum Behandlungsbedarf gibt es keine allgemeingültige Definition. Allerdings sind folgende Kriterien für einen Behandlungsbedarf von Bedeutung: das Vorliegen eines anerkannten Gesundheitsproblems, eine Beeinträchtigung aufgrund des Gesundheitsproblems, das Vorhandensein effektiver Behandlungsmaßnahmen sowie eine Behandlungsbedürftigkeit der Betroffenen und die Akzeptanz der zur Verfügung stehenden Behandlungsmaßnahmen (F Jacobi & Preiß, 2011). Grundsätzlich kann man daher eine Diagnose oder eine Auffälligkeit nicht mit dem Versorgungs- und Behandlungsbedarf gleichsetzen. Gründe hierfür sind verschiedene Faktoren wie Schweregrad, Spontanverlauf oder Variabilität resultierender Einschränkungen und Behinderungen (Wittchen & Jacobi, 2001). Die Voraussetzungen für die Einordnung der Ergebnisse der BELLA-Studie in die oben beschriebenen Formen der Versorgungsqualität sind daher nicht hinreichend erfüllt. Es können lediglich Vermutungen aufgestellt und Trends aufgezeigt werden, welche hilfreich für vertiefte Forschungsbemühungen sein könnten.

6.5 Ergebnisse der zentralen Fragestellungen: Praktische Umsetzung

Fragestellung 4.1: Bieten die Erkenntnisse über risikoerhöhende und -reduzierende Faktoren Ansatzpunkte für Präventions- und Interventionsmaßnahmen zur Förderung der gesunden Entwicklung? Welche geschlechtsspezifischen Unterschiede müssen bei der Planung solcher Maßnahmen berücksichtigt werden? Ergeben sich Möglichkeiten für die Entwicklung von „Frühwarnsystemen“ z.B. in Bezug auf häusliche Vernachlässigung/Gewalt?

Psychische Auffälligkeiten und Verhaltens- sowie Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter können das Wohlbefinden der Betroffenen mindern, den Bildungserfolg sowie die soziale Funktionsfähigkeit und die beruflichen Möglichkeiten beeinträchtigen und sich somit auf das spätere Leben auswirken. Zudem manifestieren sich viele psychische Erkrankungen des Erwachsenenalters bereits in der Kindheit und Jugend (Ihle, Esser, Laucht, & Schmidt, 2004) und können zu langfristigen Gesundheitsschäden führen. Dabei werden psychosoziale Probleme bei Kindern und Jugendlichen oft nicht erkannt oder nicht ausreichend behandelt. Es ist nötig, die Früherkennung von psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten weiterzuentwickeln und auszubauen, elterliche Erziehungskompetenzen zu stärken sowie umfassende Maßnahmen für Risikogruppen umzusetzen, bei denen der Schwerpunkt auf der Verringerung von Risikofaktoren und der Entwicklung und Stärkung von Schutzfaktoren liegt.

Risikoerhöhende Faktoren sind unter anderem psychische Probleme der Eltern (Mattejat & Remschmidt, 2008), instabile Familienverhältnisse und niedriger sozioökonomischer Status (Becker et al., 2014 (accepted)). Zu den Schutzfaktoren zählen Selbstwirksamkeit, emotionale und soziale Unterstützung der Familie und ein positives Familienklima (Wille et al., 2008). Die Stärkung von Schutzfaktoren sollte Bestandteil sowohl von Präventionsmaßnahmen, als auch von Interventionsmaßnahmen sein. Sie können nicht nur das Risiko einer depressiven Erkrankung mindern, sondern auch die Schwere bereits bestehender Symptomatik abmildern (Klasen et al., 2014 (accepted)). Durch eine erfolgreiche Therapie kann nicht nur die vorliegende Symptomatik behandelt werden, sondern es können auch Risikofaktoren reduziert und Schutzfaktoren gestärkt werden (Becker et al., 2014 (accepted)).

Hervorzuheben sind Bemühungen, Vernachlässigung und häusliche Gewalt durch gezielte Prävention entgegenzuwirken, da sich diese besonders schädlich auf die psychische Entwicklung von Kindern auswirken. Die Bundesinitiative „Frühe Hilfen“ leistet hier im Rahmen von Modellprojekten zum Schutz vor Misshandlungen bei Kindern unter drei Jahren wichtige Arbeit durch eine enge Vernetzung der ambulanten Gesundheitsversorgung und der Kinder- und Jugendhilfe bereits zur Geburt eines Kindes und durch Bereitstellung bedarfsgerechter Unterstützung.

Insbesondere Risikogruppen sollten im Fokus umfassender Maßnahmen stehen, die partizipativ ausgerichtet sind und das ganze Familiensystem einbeziehen, Elemente der Psychoedukation beinhalten und die personalen, sozialen und familiären Ressourcen der Kinder und Eltern fördern. Eine gute Eltern-Kind-Bindung ist für die psychische Stabilität im Jugendalter entscheidend.

Frühe Hilfen und Frühwarnsysteme sind wichtig, um eine gesunde Entwicklung der Kinder zu garantieren. Wie auch im Strategiepapier der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit (Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), 2008) empfohlen, ist ein guter Ansatzpunkt für die präventive Früherkennung von psychischen Auffälligkeiten und Psychoedukation das Kinderfrüherkennungsprogramm U1-U9 sowie die Jugendgesundheitsuntersuchung J1. Diese sollten um Aspekte der psychischen Gesundheit erweitert werden und eine Beratung der Eltern einschließen, in der sie auf Risiko- und Schutzfaktoren einer gesunden psychischen Entwicklung und ihre eigene wichtige Rolle in dieser hingewiesen werden (Robert Koch-Institut (Hrsg), 2004).

Im Rahmen der Kinder- und Jugendgesundheitsuntersuchungen könnte zudem der Einsatz von Screeninginstrumenten wie dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) zur frühzeitigen Erfassung von psychosozialen Risiken und psychischen Auffälligkeiten hilfreich sein. Der SDQ ist deshalb zu empfehlen, da er eine solide Erkennung und prädiktive Schlussfolgerung im Hinblick auf frühe Feststellung und Prognose von psychischen Problemen erlaubt (siehe Fragestellung 4.2). Mit Hilfe des SDQs werden sowohl internalisierende als auch externalisierende Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen gemessen. Vor allem bei Mädchen ist eine Selbstbefragung durch Screeninginstrumente sinnvoll, da Mädchen häufiger unter internalisierenden Symptomen, also emotionalen und

depressiven Symptome sowie Ängsten leiden, welche oft nicht von den Eltern wahrgenommen werden und unbemerkt chronifizieren können (siehe Fragestellung 4.2)

Fragestellung 4.2: Welchen prädiktiven Wert haben Screeninginstrumente wie der SDQ und weitere Indikatoren hinsichtlich später auftretender psychischer Störungen? Wie kann die Möglichkeit eines Einsatzes im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen beurteilt werden? Ermöglichen diese Instrumente eine unverzerrte Messung zwischen weiblichen und männlichen Kindern und Jugendlichen? Erfassen diese Instrumente die für weibliche und männliche Kinder- und Jugendlichen relevanten Aspekte und Indikatoren?

Durch das Screeninginstrument Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) wird eine differenzierte Beurteilung des internalisierenden und externalisierenden Verhaltens von Kindern und Jugendlichen ermöglicht. Es wurden gute psychometrische Eigenschaften des SDQs und die Validität der Subskalen im Hinblick auf die psychiatrischen Diagnosekriterien für Kinder nachgewiesen (Becker, Woerner, Hasselhorn, Banaschewski, & Rothenberger, 2004; Rothenberger et al., 2008; Stone, Otten, Engels, Vermulst, & Janssens, 2010).

Anhand der Längsschnittdaten der BELLA-Studie haben Becker et al. (2014 (accepted)) den prädiktiven Wert des SDQ-Screeninginstrumentes bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 bis 15 Jahren (Basiserhebung) über einen Zeitraum von sechs Jahren untersucht. Dabei wurden die Kinder und Jugendlichen anhand der vier SDQ-Skalen „Hyperaktivität-Unaufmerksamkeit“, „emotionale Symptome“, „Verhaltensauffälligkeiten“ und „Gesamtproblemwert“ als „unauffällig“, „grenzwertig“ und „auffällig“ kategorisiert.

Becker et al. (2014 (accepted)) konnten zeigen, dass die Einstufung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern in die Kategorie „auffällig“ auf der Skala „emotionale Symptome“ über die vier Messzeitpunkte zunahm, während sie für die Skala „Hyperaktivität-Unaufmerksamkeit“ abnahm. Zudem wurden 16% der Kinder und Jugendlichen zum Zeitpunkt B3 auf der Skala „Hyperaktivität-Unaufmerksamkeit“ erneut als „auffällig“ eingestuft, während es für die Skala „emotionale Symptome“ 40% waren. Dies lässt darauf schließen, dass sich internalisierende Symptome im Vergleich zu externalisierenden Störungen später entwickeln und später behandelt werden. Es wird angenommen, dass externalisierende Störungen für das Umfeld der Betroffenen sichtbarer und wahrnehmbarer sind, wohingegen internalisierende Störungen unbemerkt chronifizieren können.

Die Ergebnisse machen deutlich, dass nur ein geringer Anteil an Kindern und Jugendlichen (14%) sowohl zur Ersterhebung als auch zu jedem weiteren Messzeitpunkt auf der Skala „Hyperaktivität-Unaufmerksamkeit“ als „auffällig“ eingestuft wurde. Dies kann darauf

hindeuten, dass ADHS eine früh einsetzende neuropsychologische Entwicklungsstörung ist, da nur wenige Betroffene während des Sechs-Jahres-Zeitraumes in die Kategorie „auffällig“ wechselten. Das Risiko, mit der Zeit eine emotionale Störung oder eine Verhaltensauffälligkeit zu entwickeln, ist höher: Jedes fünfte Kind und Jugendlicher erhielt auf diesen Skalen über den untersuchten Zeitraum eine Einstufung in die Kategorie „auffällig“. Dabei ist der beobachtete Effekt geschlechtsabhängig: auf der Skala „Hyperaktivität-Unaufmerksamkeit“ verblieben mehr Jungen als Mädchen in der Kategorie „auffällig“ im Verlauf von B0 zu B3. In Bezug auf die Skala „emotionale Symptome“ wurde jedoch kein Geschlechtsunterschied festgestellt.

Insgesamt wird ein starker Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und psychischen Auffälligkeiten im SDQ deutlich. Bereits Ravens-Sieberer, Wille, Bettge, and Erhart (2007) fanden im Hinblick auf den Gesamtproblemwert bei der SDQ-Elternbefragung einen signifikanten Unterschied zwischen Teilnehmenden mit einem hohen sozioökonomischen Status (3,5%) und solchen mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status (12,2%). In der Studie von Becker et al. (2014 (accepted)) wird dies durch die errechnete Korrelation zwischen sozioökonomischem Status und SDQ-Hyperaktivität (0,21) und SDQ-Gesamtproblemwert (0,16) bestätigt (Tabelle 29). Das Risiko, eine psychische Auffälligkeit aufzuweisen, erhöht sich um 10%, wenn ein hoher SDQ-Impact-Wert und ein niedriger sozioökonomischer Status vorliegen.

Im Hinblick auf den prädiktiven Wert des SDQs lässt sich feststellen, dass die kategoriale Schweregradklassifikation des SDQ zum ersten Messzeitpunkt einen signifikanten prädiktiven Wert für die Schweregradklassifikation zum letzten Messzeitpunkt für die Skalen „Hyperaktivität-Unaufmerksamkeit“ und „emotionale Symptome“ hat. Für „emotionale Symptome“ war die Wahrscheinlichkeit einer „auffälligen“ Klassifizierung beim vierten Messzeitpunkt höher, wenn das Kind diese Klassifizierung bereits zum ersten Messzeitpunkt erhalten hatte. Geschlechtsspezifische Unterschiede zum Zeitpunkt B0 wurden für die Skalen „Hyperaktivität-Unaufmerksamkeit“ und „emotionale Symptome“ gefunden, wobei bei Mädchen das Risiko, unter emotionalen Problemen zu leiden höher und bei Jungen für Hyperaktivität höher war. Die meisten Kinder und Jugendlichen blieben in Bezug auf die SDQ-Skalen über einen Zeitraum von sechs Jahren im „normalen“ Bereich. Das Risiko, dass sechs Jahre später „emotionale Symptome“ oder

„Verhaltensauffälligkeiten“ vorliegen, bezogen auf ein Kind, das zur Erstmessung Screeningwerte im normalen Bereich aufweist, ist höher als für den Bereich „Hyperaktivität-Unaufmerksamkeit“. Wie bereits erwähnt erhöht ein niedriger sozioökonomischer Status die Werte der SDQ-Skalen und die Wahrscheinlichkeit des Risikos zu erkranken um 10%, und ein hoher Impact-Wert erhöht es wiederum um 10%. Die SDQ-Elternversion erlaubt eine solide Erkennung und prädiktive Schlussfolgerung in Hinblick auf frühe Feststellung und Prognose von psychischen Problemen. Besonders wichtig sind Psychoedukation und Prävention, die das Familiensystem mit einbeziehen.

In Hinblick auf die Fragestellung 4.2 kann der gute prädiktive Wert des Screeninginstruments SDQ hervorgehoben werden. Der SDQ deckt relevante Aspekte der psychischen Gesundheit ab, indem er externalisierende Symptome (Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit, Verhaltensauffälligkeiten) und internalisierende Symptome (emotionale Symptome) sowie einen Gesamtproblemwert erfasst. Insbesondere die SDQ-Elternversion erlaubt eine solide Erkennung und prädiktive Schlussfolgerung in Hinblick auf frühe Feststellung und Prognose von psychischen Problemen. Ein SDQ-Screening kann daher hilfreich sein für die frühe Erkennung, Prävention und Behandlungsplanung.

Tabelle 29: *SDQ Subskalen nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Status und SDQ-Impactscore zur Basiserhebung*

(N = 630)	Gender differences			Correlations		
	male (n = 324)	female (n = 306)	U-Test	age (at T ₀)	Social class	SDQ- Impact- score
SDQ scale	Mean (SD)	Mean (SD)	p	r	r	r
Hyperactivity- Inattention	3.4 (2.5)	2.8 (2.2)	.013 *	-.03	-.21 ***	.41 ***
Emotional Symptoms	1.6 (1.8)	2.0 (1.8)	.001 ***	.04	-.08 *	.29 ***
Conduct Problems	1.8 (1.5)	1.6 (1.5)	ns	.02	ns	.31 ***
Total Difficulties Score	8.1 (5.6)	7.5 (4.8)	ns	.03	-.16 ***	.48 ***

*** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$; ns: not significant (two tailed Tests) Mann-Whitney U-Tests, Spearman-rang correlation

Quelle: Becker, A., Rothenberger, A., Sohn, A., Ravens-Sieberer, U., Klasen, F., & BELLA study group. (2014 (accepted)). Six years ahead – course and predictive value of psychopathological screening in children of the community. *European Child and Adolescent Psychiatry*.

Fragestellung 4.3: Welche Maßnahmen können dazu beitragen, eine optimale Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten zu gewährleisten? Inwiefern müssen im Rahmen solcher Maßnahmen Gender-Aspekte berücksichtigt werden?

Mit den vorliegenden Daten konnte gezeigt werden, dass nur etwa die Hälfte der Kinder und Jugendlichen, bei denen eine psychische Störung diagnostiziert wurde, in psychotherapeutischer Behandlung ist (siehe Fragestellung 3.1). Dabei wurden Jungen sowie Kinder und Jugendliche mit einem niedrigen sozioökonomischen Status als Risikogruppen ausgemacht. Es wird angenommen, dass die insgesamt niedrigen Behandlungsquoten unter anderem auf Barrieren zurückzuführen sind, die Betroffene davon abhalten, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Hierbei sind mangelnde Aufklärung über Art, Inhalt, Erreichbarkeit und Finanzierungsmöglichkeit der Behandlung zu nennen sowie Unsicherheit bezüglich Relevanz und Schweregrad von Problemen und Fehleinschätzung der Eltern über die Ernsthaftigkeit von Problemen, und Angst vor Stigmatisierung.

Die große Mehrzahl der psychisch Auffälligen gibt an, ihr näheres Umfeld als Ansprechpartner zu wählen (siehe Fragestellung 3.1). Das Erkennen eines Behandlungsbedarfs und entsprechende Aufsuchen von Versorgungsangeboten liegt oft in den Händen der Familie und Eltern. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit von Psychoedukation und Antistigmatisierungsarbeit vor allem bei den Eltern. Bereits im Strategiepapier der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit (Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), 2008), das eine umfassende Grundlage für Präventions- und Versorgungsmaßnahmen bietet, wurde die Wichtigkeit der Stärkung der Elternkompetenzen hervorgehoben. Hierbei sollen vor allem sozial benachteiligte Familien berücksichtigt werden. Bewährt haben sich Maßnahmen, die Eltern aktiv mit einbeziehen und Selbsthilfe stärken sowie personale, familiäre und soziale Ressourcen der Eltern und Kinder aufbauen. So sind auch in Zukunft Elternprojekte und Projekte mit Selbsthilfeverbänden zu empfehlen. Des Weiteren ist die Schaffung konkreter und niedrigschwelliger Hilfs- und Beratungsstellen vor Ort hervorzuheben, wie zum Beispiel die Bundesinitiative „Frühe Hilfen“. Im Strategiepapier wird zudem die Wichtigkeit hervorgehoben, die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen zu stärken,

insbesondere derjenigen in Risikosituationen, und psychische Auffälligkeiten früh zu erkennen und zu behandeln. Die vorliegenden Ergebnisse der BELLA-Studie machen die Notwendigkeit der Umsetzung dieses Strategiepapiers nochmals deutlich.

Mit Hilfe der BELLA-Daten konnte gezeigt werden, dass fast 70% der Eltern von Kindern, die an einer emotionalen Auffälligkeit oder an einem anderen seelischen Problem leiden, Hilfe bei einem Lehrkörper gesucht haben (siehe Fragestellung 3.1). Dies unterstreicht die Bedeutung von Hilfestellungen im schulischen Bereich. Lehrkräfte sehen die Kinder und Jugendlichen regelmäßig und verbringen viel Zeit mit ihnen. Sie sollten verstärkt in präventive Maßnahmen mit eingezogen und im Hinblick auf Aspekte der psychischen Gesundheit geschult werden. Hierzu zählen die Sensibilisierung der Lehrkräfte, Aufklärung über psychische Erkrankungen und Vermittlung von Wissen über bestimmte Risikofaktoren. Zudem deuten die Daten darauf hin, dass im schulischen Bereich eventuell sogar ein erhöhter Bedarf an Hilfestellungen gegeben ist. Viele Eltern und Kinder gaben an, dass sie sich vorstellen können, sich bei emotionalen Problemen an eine Schulstation zu wenden, halten diese aber für schwer erreichbar.

Oftmals werden Diagnostik und Therapie von Betroffenen nicht von Fachärzten geleistet, sondern von Hausärzten durchgeführt. Ein Ansatzpunkt hier ist die Sensibilisierung und bessere psychosomatische Schulung von Allgemeinärzten. Körperlichen Symptomen ohne organische Ursache liegen häufig psychosoziale Faktoren zu Grunde. Sie können Ausgangspunkt für psychologische Diagnostik und Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen sein (siehe Fragestellung 3.2), sofern sie ernst genommen werden. Einschlafschwierigkeiten, gereizte Stimmung und Kopf- und Rückenschmerzen bei Kindern und Jugendlichen können Indikatoren für tieferliegende psychosoziale Beschwerden, vor allem bei Mädchen sein.

Insgesamt ist zu betonen, dass ein wichtiger Faktor im Rahmen von Präventionsmaßnahmen eine multidisziplinäre Gesamtstrategie ist, die die Arbeit einzelner Berufsgruppen integriert. Vernetzte Strukturen zwischen Gesundheitseinrichtungen und Sozial- und Bildungseinrichtungen sowie der freien Träger sollten hergestellt und gestärkt werden.

7 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Verläufe psychischer Auffälligkeiten und relevante Prädiktoren

Im Hinblick auf allgemeine psychische Auffälligkeiten lässt sich feststellen, dass die große Mehrheit der Befragten als psychisch unauffällig einzustufen ist. In der BELLApplus-Studie konnten bei 11,1% der Mädchen und 15,4% der Jungen im Alter von 9 bis 17 Jahren Hinweise auf psychische Auffälligkeiten durch ihre Eltern festgestellt werden. Die Eltern schätzen Jungen häufiger als mindestens grenzwertig auffällig ein, wohingegen es im Selbsturteil die Mädchen sind, die auffälligere Werte aufweisen. Hinsichtlich spezifischer psychischer Auffälligkeiten bei 13- bis 17-Jährigen wurde gezeigt, dass Anzeichen für Depressionen und Ängste jeweils bei jedem zehnten Kind vorkommen (Elternangaben). Mädchen sind in beiden Fällen häufiger als Jungen betroffen. Elterliche Hinweise auf ADHS finden sich bei knapp 4% und auf externalisierende Störungen bei 10% der Kinder und Jugendlichen. Die Gesamtprävalenzen von internalisierenden Störungen nehmen im zeitlichen Verlauf leicht zu, während Hinweise auf externalisierende Störungen tendenziell leicht sinken. Geschlechtsunterschiede werden vor allem im Jugendalter deutlich: hier sind insbesondere die Mädchen von Angst- und Essstörungen betroffen. Zur Frage, wie groß der Anteil von weiblichen und männlichen Kindern und Jugendlichen ist, deren psychische Auffälligkeiten chronifizieren, lässt sich zunächst festhalten, dass die Mehrzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu keinem Messzeitpunkt psychisch auffällig sind. Insgesamt 2,9% der Befragten sind zu mindestens drei Messzeitpunkten (den letzten Messzeitpunkt mit inbegriffen) auffällig und somit als dauerhaft auffällig einzustufen.

Zur Analyse der Risiken und Ressourcen psychischer Auffälligkeiten lässt sich ein Zusammenhang zwischen elterlicher Psychopathologie und der Entstehung und dem Verlauf psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen feststellen. Selbstwirksamkeit, positives Familienklima und soziale Unterstützung stellen Schutzfaktoren dar, die mit einer geringeren Symptomatik und einem besseren Entwicklungsverlauf depressiver Symptome einhergehen. Sie können den negativen Einfluss elterlicher Psychopathologie auf die Gesundheit der Heranwachsenden abmildern. Hierbei scheint insbesondere die Selbstwirksamkeit den größten direkten Effekt zu haben.

Auswirkungen psychischer Auffälligkeiten

Anhand der BELLA-Daten konnte gezeigt werden, dass dauerhaft bestehende psychische Auffälligkeiten bei beiden Geschlechtern mit einer signifikanten Verminderung der Lebensqualität zu einem späteren Zeitpunkt einhergehen. Zudem zeigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit dauerhaften allgemeinen oder spezifischen psychischen Auffälligkeiten im Zeitverlauf deutlich häufiger schulische Probleme als Nicht-Betroffene: Sie berichten häufiger von Überforderungen in der Schule und mindestens einmal schlechter erbrachten Leistungen in der Schule oder Ausbildung. Nach diesen Ergebnissen scheinen dauerhaft bestehende psychische Auffälligkeiten bei beiden Geschlechtern deutliche langfristige Auswirkungen zu haben.

Inanspruchnahme von Leistungen des gesundheitlichen Versorgungssystems

Etwa die Hälfte der Betroffenen gibt an, aufgrund einer diagnostizierten psychischen Erkrankung in psychologischer, psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung zu sein. Hierbei nehmen Mädchen etwas häufiger entsprechende Hilfe in Anspruch als Jungen. Mit steigendem sozioökonomischem Status nimmt auch die Behandlungsquote der Betroffenen stark zu. Die Mehrzahl der Betroffenen wählt das nähere Umfeld, also Freunde und Familienangehörige, als ersten Ansprechpartner. Gegenüber sonstigen professionellen Ansprechpartnern werden Kinderärzte bevorzugt, einen Psychologen suchen nur zwei Drittel der Betroffenen auf, die Rate für Psychiater ist noch geringer. Des Weiteren gaben fast 70% der Eltern von betroffenen Kindern an, Hilfe bei einem Lehrkörper gesucht zu haben.

Bezüglich der Frage nach Einflussfaktoren auf eine in psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische Inanspruchnahme zeigte sich, dass prädisponierende Faktoren wie Wohnregion (Ost und West) und Wohnortgröße (ländlich, klein-, mittel- und großstädtisch) einen signifikanten Einfluss hatten. Insgesamt konnte ein starker Einfluss der Bedarfsfaktoren ausgemacht werden. Neben externalisierenden Auffälligkeiten (ermittelt durch auffällige Werte im CBCL) zeigten insbesondere die Beeinträchtigungen psychischer Auffälligkeiten (gemessen mit Hilfe des SDQ Impacts) einen signifikanten Einfluss auf die psychologische, psychiatrische oder psychotherapeutische Inanspruchnahme. Dagegen

spielten Zugangsfaktoren im Hinblick auf die psychologische, psychiatrische oder psychotherapeutische Inanspruchnahme keine Rolle.

In Studien wurde gezeigt, dass psychische Auffälligkeiten oftmals mit einer erhöhten Inanspruchnahme von allgemeinen Gesundheitsleistungen einhergehen. Nach den vorliegenden Ergebnissen kann die Aussage, dass junge Menschen mit psychischen Auffälligkeiten häufiger somatisch ausgerichtete Angebote der Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen, mit Daten der BELLA-Studie nicht bestätigt werden.

Im Hinblick auf Hürden und Barrieren gegenüber einer psychologischen, psychiatrischen oder psychotherapeutischen Inanspruchnahme wurde erfragt, aus welchen möglichen Gründen Eltern keine professionelle Hilfe für ihr Kind aufgesucht haben, obwohl sie ein Problem vermutet haben. Am häufigsten wurde mit 70% der Grund „Das Problem war in der Situation des Kindes verständlich“ genannt. Oftmals scheint eine Unsicherheit bezüglich Relevanz und Schweregrad von Problemen zu bestehen. Ein Drittel der Betroffenen gibt Ängste vor Stigmatisierung in Bezug auf psychische Probleme an.

Praktische Umsetzung

Anhand der BELLA-Daten konnte gezeigt werden, dass psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter die Lebensqualität der Betroffenen mindern, den Bildungserfolg sowie die soziale Funktionsfähigkeit und die beruflichen Möglichkeiten beeinträchtigen und sich somit auf das spätere Leben auswirken können. Zudem konnte zudem gezeigt werden, dass Schutzfaktoren nicht nur das Risiko einer depressiven Erkrankung mindern, sondern auch die Schwere bereits bestehender Symptomatik abmildern können. Daher ist es nötig, die Früherkennung von psychischen Störungen weiterzuentwickeln und auszubauen, elterliche Erziehungskompetenzen zu stärken sowie umfassende Maßnahmen für Risikogruppen umzusetzen. Der Schwerpunkt sollte dabei auf der Verringerung von Risikofaktoren und der Entwicklung und Stärkung von Schutzfaktoren liegen.

Im Hinblick auf die Inanspruchnahme von professionellen Hilfsangeboten wurde deutlich, dass die große Mehrzahl der psychisch Auffälligen, zunächst ihr näheres Umfeld als Ansprechpartner zu wählen. Das Erkennen eines Behandlungsbedarfs und entsprechende Aufsuchen von Versorgungsangeboten liegt oft in den Händen der Familie und Eltern. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit von Psychoedukation und Antistigmatisierungsarbeit

vor allem bei den Eltern. Dies wurde bereits im Strategiepapier der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit betont. Hierbei sollen vor allem sozial benachteiligte Familien berücksichtigt werden. Es stehen Maßnahmen im Fokus, die Eltern aktiv mit einbeziehen und Selbsthilfe stärken sowie personale, familiäre und soziale Ressourcen der Eltern und Kinder aufbauen. So sind auch in Zukunft Elternprojekte und Projekte mit Selbsthilfeverbänden zu empfehlen. Des Weiteren ist die Schaffung konkreter und niedrigschwelliger Hilfs- und Beratungsstellen vor Ort hervorzuheben, wie zum Beispiel die Bundesinitiative „Frühe Hilfen“. Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass ein Großteil der Eltern von Kindern, die an einer emotionalen Auffälligkeit oder an einem anderen seelischen Problem leiden, Hilfe bei einem Lehrkörper suchen. Dies unterstreicht die Bedeutung von Hilfestellungen im schulischen Bereich. Insgesamt kann herausgestellt werden, dass ein multidisziplinärer Ansatz ein wichtiger Faktor im Rahmen von Präventionsmaßnahmen ist.

8 Gender Mainstreaming Aspekte

In der BELLA-Studie wurden bei der Projektplanung, -durchführung und -auswertung die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Mädchen und Jungen berücksichtigt. Bereits während des Pretests wurde ein ausgewogenes Verhältnis der Geschlechter einbezogen. Bei der Auswahl der Personalstellen zur Durchführung der telefonischen Interviews wurde darauf geachtet, sowohl Interviewerinnen als auch Interviewer einzustellen. Auch bei der visuellen Gestaltung des Logos der BELLA-Studie wurden Genderaspekte beachtet. Das Logo zeigt sowohl Mädchen als auch Jungen und ist hinsichtlich der farblichen Gestaltung für beide Geschlechter gleichermaßen ansprechend. In der BELLApplus-Stichprobe ist das Geschlechterverhältnis nahezu ausgeglichen. An der Befragung der Eltern nahmen sowohl Mütter als auch Väter teil. Die Incentives für die Kinder wurden getrennt für Mädchen und Jungen ausgewählt und hierbei die Vorlieben des jeweiligen Geschlechts berücksichtigt. Die angefertigten Analysen erfolgten stratifiziert für Mädchen und Jungen.

9 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit

Im Rahmen von nationalen und internationalen Kongressen und Tagungen wurden zahlreiche Vorträge mit Ergebnissen der BELLA-Studie präsentiert. Hierzu zählen neben Kongressbeiträgen auch Beiträge zu eingeladenen Vorträgen. Zu den geplanten Veröffentlichungen ist anzumerken, dass in der Basispublikation zur KiGGS-Welle 1 (Einzelausgabe 7/2014) keine Beiträge der Modulpartner vorgesehen sind (siehe Protokoll vom 14.01.2013). Wie bereits erwähnt, wird im Spätsommer 2014 ein Special Issue in der Fachzeitschrift *Journal of European Child & Adolescent Psychiatry* mit sieben Originalbeiträgen zur BELLA-Studie erscheinen. Damit werden zitierfähige Ergebnisse aus der BELLA-Längsschnittstudie vorliegen.

9.1 Kongressbeiträge

Klasen, F., Haller, A.-C., Habermann, K., Ravens-Sieberer, U. & Plass, A. (2014, Mai).
Determinants of Resilience in Children of Parents with Mental Health Problems,

Vortrag auf dem 2. Second World Congress on Resilience: from Person to Society in Timisoara, Rumänien.

Hintzpeter, B., Klasen, F., Ravens-Sieberer, U. (2013, Oktober). Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche - Ergebnisse der BELLA-Studie, Vortrag auf dem 12. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Berlin.

Klasen, F., Bichmann, H. & Ravens-Sieberer, U. (2013, Juli). Mental health of children and adolescents in Germany: Results from the BELLA longitudinal study, Vortrag auf dem 15. International Congress of ESCAP in Dublin, Irland.

Klasen, F., Bichmann, H. & Ravens-Sieberer, U. (2013, Juli). Family environment and mental health problems in children and adolescents – Preliminary results from the BELLA study, Vortrag auf dem 15. International Congress of ESCAP in Dublin, Irland.

Klasen, F. & Ravens-Sieberer, U. (2013, Juni). Mental health of children and adolescents in Germany: Results from the BELLA longitudinal study, Vortrag auf dem 14. International Congress of the International Federation of Psychiatric Epidemiology in Leipzig.

Klasen, F. & Ravens-Sieberer, U. (2012, September). Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse der BELLA-Studie. Vortrag auf dem 48. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) in Bielefeld.

Klasen, F., Jäger, A., Stellamanns, J., Reiß, F. & Ravens-Sieberer, U. (2011, September). Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse der BELLA-Studie, Vortrag auf dem Kongress für Gesundheitspsychologie, Berlin.

9.2 Eingeladene Vorträge

Klasen, F. & Ravens-Sieberer, U. (2013, Juni). Kinder mit psychischen Erkrankungen – gut aufgehoben in der Erwachsenenmedizin? Vortrag auf dem Medizinkongress der BARMER GEK und des Zentrums für Sozialpolitik (ZeS) der Uni Bremen. Thema: Wenn junge Patientinnen und Patienten erwachsen werden in Berlin.

Klasen, F. (2013, April). Determinanten der Kinder- und Jugendgesundheit. Bezirksamt Harburg.

Klasen, F. & Ravens-Sieberer, U. (2013, März). Das Geheimnis der inneren Stärke – Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Fachtagung: Gemeinsam für Geschwister – Förderung von Lebenskompetenz und Prävention in Nürnberg.

Reiß, F. (2012, November). Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Herbsttagung Lebenshilfe e.V. in Loccum.

Ravens-Sieberer, U. (2012, September). Verhaltensauffälligkeiten und psychische Probleme bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Vortrag auf der 108. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) in Hamburg.

Klasen, F. & Ravens-Sieberer, U. (2012, September). Kinder- und Jugendgesundheit messen, Tagung: Kinder- und Jugendgesundheit. Messen-Planen-Fördern-Steuern, Österreichische Gesellschaft für Public Health in St. Pölten, Österreich.

Reiß, F. (2012, März). Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Netzwerk veränderte Kindheit. Rathaus Uelzen.

Klasen, F. (2012, März) Verläufe und Bedingungsfaktoren psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Vortrag auf der 4. Präventionstagung der Bundesärztekammer. Thema: Psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen – Gesellschaftlich verursacht? Ärztlich behandelbar? In Berlin.

Klasen, F. & Ravens-Sieberer, U. (2011, Mai). Mental health of young people in Germany and Europe, Vortrag auf der Nordic conference, Thema: Young and Exposed – Good examples on mental health, Nordic School of Public Health, in Göteborg, Schweden.

9.3 Pressemitteilungen

Folgende Pressemitteilungen wurden bereits im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der BELLA-Studie verbreitet:

24.05.2013: Macht Armut krank? (SWR2 Wissen: Interview für Radiosendung)

2013: Das Geheimnis innerer Stärke (UKE-Zeitschrift Wissen und Forschen: Artikel über Interview vom 29.11.12)

- 25.10.2012: Gross psychisch kranker Kinder wird nicht behandelt (zm-online.de: Internet-Bericht über REPORT MAINZ-Fernsehsendung)
- 24.10.2012: 70 Prozent der psychisch kranken Kinder werden nicht fachärztlich versorgt (swr.de: Internet-Bericht über Fernseh-Interview des REPORT MAINZ des SWR der ARD)
- 23.10.2012: REPORT MAINZ fragt Prof. Ulrike Ravens-Sieberer (REPORT MAINZ des SWR der ARD: Fernseh-Interview)
- 14.09.2012: Jedes fünfte Kind mit psychischen Auffälligkeiten (Die Welt: Internet-Bericht über DGKJ)
- 14.09.2012: Jedes fünfte Kind psychisch auffällig (Heilpraxisnet.de: Internet-Bericht über DGKJ)
- 14.09.2012: Kinder psychisch auffälliger Eltern (ÄrzteZeitung.de: Internet-Bericht über DGKJ)
- 14.09.2012: Psychische Auffälligkeiten bei Kindern nehmen zu (Hamburger Abendblatt: Internet-Bericht über DGKJ)
- 13.09.2012: Ärzte suchen nach Ursachen (n-tv.de: Internet-Bericht über DGKJ)
- 13.09.2012: Psychisch auffällige Kinder sind Thema (Frankfurter Rundschau: Internet-Bericht über DGKJ)
- 28.04.2012: German doctors call for new child examination guidelines (The Lancet: Englischer Internet-Bericht)
- 01.03.2012: Jedes fünfte Kind hat psychische Probleme (Allgemeine Zeitung der Lüneburger Heide: Interview)
- 2010: Psychische Gesundheit von Kindern (Klarotext: Interview)

9.4 Website

Die Webseite unter der Domain <http://www.bella-study.org> gibt detaillierte Informationen zu Hintergrund, Zielen, Durchführung, Datenschutz der Studie. Zudem werden die wichtigsten Ergebnisse der Studie aufgezeigt. Die Website wird ständig auf den neusten Stand gebracht.

10 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)

Die KiGGS-Studie ist Teil des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts und hat zum Ziel, kontinuierlich Daten zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Erwachsenen in Deutschland zu liefern. Als Modul ergänzt BELLA die KiGGS-Studie, in dem sie umfangreiche vertiefende Daten zur psychischen Gesundheit bereitstellt. Die Daten bieten nicht nur für die Gesundheitswissenschaften und die Gesundheitspolitik in Deutschland eine Daten- und Informationsgrundlage, sondern auch für relevante Verbänden und Organisationen sowie für die breite Öffentlichkeit. Wie bereits erwähnt, wurden zahlreiche Vorträge mit Ergebnissen der BELLA-Studie im Rahmen von nationalen und internationalen Kongressen und Tagungen präsentiert. Neben wissenschaftlichen Publikationen in Fachzeitschriften wurden auch Berichte zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Presse veröffentlicht.

Die BELLA-Studie ist als Längsschnitterhebung konzipiert. Die Erhebung von Daten ist für November 2014 geplant. Diese vierte BELLA-Welle wird wiederum zeitgleich und verknüpft mit der KiGGS-Welle 2 des Robert Koch-Instituts durchgeführt.

10.1 Publikationsverzeichnis

10.1.1 Publikationen aus dem Special Issue

Special Issue 2014: Journal of European Child and Adolescent Psychiatry (ECAP)

Guest Editors: Ulrike Ravens-Sieberer, Fionna Klasen (Hamburg)

Processing Editor: Aribert Rothenberger (Göttingen)

Topic: Epidemiological longitudinal studies on mental health in minors – new perspectives of child and adolescent psychiatry

Original Contributions (BELLA Papers)

1. The longitudinal BELLA-Study: Design, methods and course of mental health problems

Ulrike Ravens-Sieberer, Christiane Otto, Levente Kriston, Aribert Rothenberger, Manfred Döpfner, Beate Herpertz-Dahlmann, Claus Barkmann, Gerhard Schön, Heike Hölling, Michael Schulte-Markwort, Fionna Klasen & the BELLA study group

2. Six years ahead – course and predictive value of psychopathological screening in children of the community

Andreas Becker, Aribert Rothenberger, Alexander Sohn, Ulrike Ravens-Sieberer, Fionna Klasen & BELLA study group

3. Externalizing disorders in the longterm (ADHD, CD/ODD)

M. Döpfner (Cologne) + Working Group + BELLA study group

4. Eating Disorder Symptoms don't just disappear – implications of adolescent eating disordered behavior for body weight and mental health in young adulthood

Herpertz-Dahlmann, B., Dempfle, A., Konrad, K., Klasen, F., Ravens-Sieberer, U. & BELLA study group

5. Modelling Trajectories of Psychosomatic Health Complaints in Children and Adolescents: Results from the BELLA cohort study

Barkmann, C., Otto, C., Schoen, G., Schulte-Markwort, M., Schlack, R., Ravens-Sieberer, U., Klasen, F. & the BELLA study group

6. Risk and protective factors for the development of depressive symptoms in children and adolescents – Results from the BELLA longitudinal study

Klasen, Otto, Kriston, Patalay, Schlack, Ravens-Sieberer & the BELLA study group

7. Mental health care use among children and adolescents in Germany – results of the longitudinal BELLA study

Hintzpeter, Klasen, Schön, Voss, Hölling Ravens-Sieberer & the BELLA study group

BELLA study group: Ulrike Ravens-Sieberer (Principal Investigator), Claus Barkmann, Monika Bullinger, Manfred Döpfner, Beate Herpertz-Dahlmann, Heike Hölling, Fionna Klasen, Franz Resch, Aribert Rothenberger, Sylvia Schneider, Michael Schulte-Markwort, Robert Schlack, Frank Verhulst, Hans-Ulrich Wittchen.

10.1.2 Publikationen aus der BELLA-Arbeitsgruppe

Sauer, K., Barkmann, C., Klasen, F., Bullinger, M., Glaeske, G., & Ravens-Sieberer, U. (2014).

How often do German children and adolescents show signs of common mental health problems according to ICD-10 criteria? Results from different methodological approaches - a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 14 (1)(229). doi: 10.1186/1471-2458-14-229

Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social science & Medicine*, 90, 24-31. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.04.026.

Hess, M., Scheithauer, H., Kleiber, D., Wille, N., Erhart, M., & Ravens-Sieberer, U. (2013). The parent version of the preschool social skills rating system: Psychometric analysis and adaptation with a German preschool sample. *Journal of Psychoeducational Assessment*.

Erhart, M., Herpertz-Dahlmann, B., Wille, N., Sawitzky-Rose, B., Holling, H., & Ravens-Sieberer, U. (2012). Examining the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder and overweight in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(1), 39-49.

Hillebrandt, D., Klasen, F., & Ravens-Sieberer, U. (2011). Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 1). Modulstudie BELLA: Längsschnittliche Erfassung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens. *Epidemiologisches Bulletin*, 49, 451.

Schlack, R., Hölling, H., Erhart, M., Petermann, F. & Ravens-Sieberer, U. (2010). Elterliche Psychopathologie, Aggression und Depression bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 19(4), 228-238.

10.1.3 Abschlussarbeiten

Meyrose, A. (2013). Familiäre Risikofaktoren, Familienklima und Psychische Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen - Ergebnisse der BELLA-Längsschnittstudie. Bachelorarbeit, Fachbereich Psychologie, Universität Hamburg.

Wichers, J. (2012). Der Verlauf psychischer Auffälligkeiten im Kindes - und Jugendalter: Ein Überblick über Ergebnisse internationaler Längsschnittstudien. Bachelorarbeit, Fachbereich Psychologie, Universität Hamburg.

Rehfinger, A. (2012). Risiko- und Schutzfaktoren von psychischer Gesundheit im Kindes- und Jugendalter am Beispiel der BELLA-Studie. Bachelorarbeit, Fachbereich Psychologie, Universität Hamburg.

11 Literaturverzeichnis

- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*, 36(1), 1-10.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (1998). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung, 2. Auflage mit deutschen Normen. Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.* Köln.
- Barkmann, C., Braehler, E., Schulte-Markwort, M., & Richterich, A. (2011). Chronic somatic complaints in adolescents: prevalence, predictive validity of the parent reports, and associations with social class, health status, and psychosocial distress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(10), 1003-1011.
- Barkmann, C., Otto, C., Schoen, G., Schulte-Markwort, M., Schlack, R., Ravens-Sieberer, U., . . . BELLA study group. (2014 (accepted)). Modelling Trajectories of Psychosomatic Health Complaints in Children and Adolescents: Results from the BELLA cohort study. *European Child and Adolescent Psychiatry*.
- Becker, A., Rothenberger, A., Sohn, A., Ravens-Sieberer, U., Klasen, F., & BELLA study group. (2014 (accepted)). Six years ahead – course and predictive value of psychopathological screening in children of the community. *European Child and Adolescent Psychiatry*.
- Becker, A., Woerner, W., Hasselhorn, M., Banaschewski, T., & Rothenberger, A. (2004). Validation of the parent and teacher SDQ in a clinical sample. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13 Suppl 2, II11-16.
- Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S., & Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1230-1236. doi: 10.1097/00004583-199910000-00011
- Brooks, T. L., Harris, S. K., Thrall, J. S., & Woods, E. R. (2002). Association of adolescent risk behaviors with mental health symptoms in high school students. *J Adolesc Health*, 31(3), 240-246.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2008). *Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit.* Berlin.
- Conners, C. K. (1996). *Conners' rating scale – revised technical manual.* New York: Multi-Health Systems Inc.
- Döpfner, M., & Lehmkuhl, G. (2000). *Diagnostik- System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ).* Bern: Huber.
- Eminson, D. M. (2007). Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 27(7), 855-871.
- Faulstich, M. E., Carey, M. P., Ruggiero, L., Enyart, P., & Gresham, F. (1986). Assessment of depression in childhood and adolescence: an evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC). *The American journal of psychiatry*, 143(8), 1024-1027.
- Fischer, R., Meyer, N., Weitkunat, R., Crispin, A., Schotten, K., & Uberla, K. (2001). [Population-based health monitoring via computer-assisted telephone interviews in Bavaria]. *Gesundheitswesen*, 63 Suppl 2, S123-129.

- Gaebel, W., Kowitz, S., Fritze, J., & Zielasek, J. (2013). Use of health care services by people with mental illness: secondary data from three statutory health insurers and the German Statutory Pension Insurance Scheme. *Dtsch Arztebl Int*, 110(47), 799-808.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2008). *Psychotherapeutische Versorgung*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the strengths and difficulties questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burdens. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(5), 791-799.
- Heinrichs, Nina, Sassmann, Heike, Hahlweg, Kurt, & Perrez, Meinrad. (2002). Praevention kindlicher Verhaltensstoerungen. Prevention of behavioral and emotional problems in children. *Psychologische Rundschau*. 53(4) 2002, 170-183.
- Hintzpeter, B., Klasen, F., Schön, G., Voss, C., Hölling, H., Ravens-Sieberer, U., & BELLA study group. (2014 (accepted)). Mental health care use among children and adolescents in Germany – results of the longitudinal BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*.
- Holler-Nowitzki, B. (1994). *Psychosomatische Beschwerden im Jugendalter*. Weinheim: Juventa.
- Ihle, W., Esser, G., Laucht, M., & Schmidt, M. H. (2004). Depressive Störungen und aggressiv-dissoziale Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 47(8), 728-735.
- Jacobi, F., & Preiß, S. (2011). Epidemiologie psychischer Störungen, Behandlungsbedarf und Versorgungssituation. In W. Senf & W. Broda (Ed.), *Praxis der Psychotherapie* (Vol. 5, pp. 16-25). Stuttgart: Thieme.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Holting, C., Hofler, M., Pfister, H., Muller, N., & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34(4), 597-611.
- Klasen, F., Otto, C., Kriston, L., Patalay, P., Schlack, R., Ravens-Sieberer, U., & the BELLA study group. (2014 (accepted)). Risk and protective factors for the development of depressive symptoms in children and adolescents – Results from the BELLA longitudinal study. *European Child and Adolescent Psychiatry*.
- Kurth, B. M., Kamtsiuris, P., Holling, H., Schlaud, M., Dolle, R., Ellert, U., . . . Wolf, U. (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, 196.
- Lambert, M., Bock, T., Naber, D., Lowe, B., Schulte-Markwort, M., Schafer, I., . . . Karow, A. (2013). [Mental health of children, adolescents and young adults--part 1: prevalence, illness persistence, adversities, service use, treatment delay and consequences]. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 81(11), 614-627.
- Lampert, T., Kroll, L. E., Muters, S., & Stolzenberg, H. (2013). Messung des sozioökonomischen Status in der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 56(1), 131-143.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol Rev*, 18(7), 765-794.

- Little, R. J. A., & Rubin, D. B. (1987). *Statistical Analysis with Missing Data*. Chichester: Wiley.
- Lubman, D. I., Allen, N. B., Rogers, N., Cementon, E., & Bonomo, Y. (2007). The impact of co-occurring mood and anxiety disorders among substance-abusing youth. *J Affect Disord*, *103*(1-3), 105-112.
- Mattejat, F., & Remschmidt, H. (2008). The children of mentally ill parents. *Dtsch Arztebl Int*, *105*(23), 413-418.
- Mitchell, D. P., Betts, A., & Epling, M. (2002). Youth employment, mental health and substance misuse: a challenge to mental health services. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, *9*(2), 191-198.
- Noack, H. (2003). Über-, Unter-, und Fehlversorgung: Konzepte, Strategien und Rahmenbedingen für die Analyse und Reduktion von Fehlern im Gesundheitswesen. *Unter-, Über-, und Fehlversorgung. Vermeidung und Management von Fehlern im Gesundheitswesen*. Frankfurt am Main: Marbuse-Verlag.
- Petermann, F. (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, *14*(1), 48-57.
- Pfaff, H., & Schrappe, M. (2011). Einführung in die Versorgungsforschung. In H. Pfaff, E.A.M. Neugebauer, G. Glaeske & M. Schrappe (Eds.), *Lehrbuch Versorgungsforschung - Systematik, Methoden, Anwendung* Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Puig-Antich, J., Kaufman, J., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Dahl, R. E., Lukens, E., . . . Nelson, B. (1993). The psychosocial functioning and family environment of depressed adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, *32*(2), 244-253.
- Ravens-Sieberer, U. (2008). The contribution of the BELLA study in filling the gap of knowledge on mental health and well-being in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *17*, 5-9.
- Ravens-Sieberer, U., & Kurth, B. M. (2008). The mental health module (BELLA study) within the German Health Interview and Examination Survey of Children and Adolescents (KiGGS): study design and methods. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *17* (Suppl. 1), 10-21. doi: 10.1007/s00787-008-1002-3
- Ravens-Sieberer, U., Kurth, B. M., KiGGS Study Group, & BELLA Study Group. (2008). The mental health module (BELLA study) within the German Health Interview and Examination Survey of Children and Adolescents (KiGGS): study design and methods. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *17*, 10-21.
- Ravens-Sieberer, U., Otto, C., Kriston, L., Rothenberger, A., Döpfner, M., Herpertz-Dahlmann, B., . . . BELLA study group. (2014 (accepted)). The longitudinal BELLA-Study: Design, methods and course of mental health problems. *European Child and Adolescent Psychiatry*.
- Ravens-Sieberer, U., Thomas, C., & Erhart, M. (2003). Körperliche, psychische und soziale Gesundheit von Jugendlichen. In K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Eds.), *Jugendgesundheitssurvey: Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO* (pp. 19-98). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, E., & Erhart, M. . (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, *50*, 871–878.
- Robert Koch-Institut. (2011). *KiGGS - Kinder- und Jugendgesundheitssurvey Welle 1 - Projektbeschreibung*: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

- Robert Koch-Institut (Hrsg). (2004). *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: RKI.
- Rothenberger, A., Becker, A., Erhart, M., Wille, N., Ravens-Sieberer, U., & BELLA study group. (2008). Psychometric properties of the parent strengths and difficulties questionnaire in the general population of German children and adolescents: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry, 17 Suppl 1*, 99-105.
- Sagatun, A., Heyerdahl, S., Wentzel-Larsen, T., & Lien, L. (2014). Mental health problems in the 10th grade and non-completion of upper secondary school: the mediating role of grades in a population-based longitudinal study. *BMC Public Health, 14*, 16.
- Schneider, S., & Margraf, J. (Eds.). (2011). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen* (4th ed.). Heidelberg: Springer.
- Schneider, S., Unnewehr, S., & Margraf, J. (Eds.). (2009). *Kinder-DIPS: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter* (2nd ed.). Heidelberg: Springer.
- Stiensmeier-Pelster, J., Schürmann, M., & Duda, K. (2000). *DIKJ- Depressions- Inventar für Kinder und Jugendliche* (2., überarbeitete und neunormierte Auflage ed.). Göttingen: Hogrefe.
- Stone, L. L., Otten, R., Engels, R. C., Vermulst, A. A., & Janssens, J. M. (2010). Psychometric properties of the parent and teacher versions of the strengths and difficulties questionnaire for 4- to 12-year-olds: a review. *Clin Child Fam Psychol Rev, 13*(3), 254-274.
- The KIDSCREEN Group Europe. (2006). *The KIDSCREEN Questionnaires - Quality of life questionnaires for children and adolescents*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Ware, J. E., Jr., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care, 30*(6), 473-483.
- Weissman, M. M., Wolk, S., Goldstein, R. B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., . . . Wickramaratne, P. (1999). Depressed adolescents grown up. *JAMA, 281*(18), 1707-1713.
- Wille, N., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., & BELLA study group. (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.
- Wittchen, H.U., & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 10*, 993-1000.