

Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Kindheit und Jugend prägen ein Leben lang die psychische Entwicklung. Wer als Kind oder Jugendliche* psychisch erkrankt, ist auch als Erwachsene* psychisch stärker gefährdet als andere. Über die Hälfte aller psychischen Erkrankungen entsteht bereits vor dem 19. Lebensjahr.¹⁻⁴

Häufigkeit psychischer Erkrankungen

- Fast jede fünfte unter 18-Jährige* erkrankt innerhalb eines Jahres an einer psychischen Störung.^{5,6}
- Häufigste Störungen des Kindes- und Jugendalters sind Angststörungen, depressive und hyperkinetische Störungen (Überaktivität) sowie dissoziale Störungen (dauerhaft aufsässiges und aggressives Verhalten).⁵
- **Kleinkinder:** Bis zum 4. Lebensjahr machen Entwicklungsstörungen rund 70 Prozent der psychischen Erkrankungen aus.⁷ Dies sind Probleme der Aussprache, dem Verstehen von Worten oder schwerwiegende Beeinträchtigungen der motorischen Koordination.
- **Schulkinder:** Im Schulalter nehmen vor allem Ängste und Depressionen zu. Fast fünf Prozent der Kinder und Jugendlichen leidet an überdurchschnittlichem Bewegungsdrang und Schwierigkeiten sich zu konzentrieren (ADHS). Häufig sind ferner dauerhaft aufsässiges und aggressives Verhalten.^{7,8}
- **Jugendliche:** Bei 15- bis 18-Jährigen nehmen Depressionen und psychosomatische Erkrankungen, aber auch Suchterkrankungen (Alkohol, Computerspiele und illegale Drogen) stark zu.⁷
- **Geschlechter:** Jungen sind häufiger psychisch krank als Mädchen. Ab dem 15. Lebensjahr kehrt sich der Geschlechtsunterschied um.⁷ Jungen erkranken viereinhalbmal so häufig an ADHS, sie neigen stärker zu aggressivem und oppositionellem Verhalten, sie schwänzen häufiger die Schule oder laufen von zuhause weg. Sie sind auch häufiger suchtkrank.⁷ Bei Mädchen überwiegen Essstörungen und psychosomatische Leiden. In ihrer Jugend leiden sie doppelt so häufig wie Jungen unter Depressionen, Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit.^{5,7,9}

Risikofaktoren

- Das erhöhte Risiko für psychische Erkrankungen ist auch Ausdruck sozialer Ungleichheit. Kinder und Jugendliche erkranken häufiger an psychischen Störungen, wenn ihre Eltern einen niedrigen oder mittleren Bildungsabschluss oder ein geringes Einkommen haben. In Familien mit wenigen sozioökonomischen Ressourcen sind Kinder zweieinhalb Mal so oft psychisch auffällig wie in Familien mit hohen sozioökonomischen Ressourcen.^{10, 11} Bei Kindern aus Familien mit mittlerem Bildungsniveau (zum Beispiel anerkannte Berufsausbildung) ist das Risiko, an einer Angststörung oder einer Depression zu erkranken, 20 bis 30 Prozent höher als bei Kindern aus Familien mit hohem Bildungshintergrund. Das geringste Risiko haben Kinder aus Akademikerhaushalten.¹²
- Familien mit geringeren sozioökonomischen Ressourcen haben deutlich höhere psychosoziale Belastungen. Aufgrund niedriger Einkommen kommt es häufiger zu engen Wohnsituationen und Konflikten in den Familien. Insbesondere Familienkonflikte erhöhen das Risiko für psychische Auffälligkeiten der Kinder. Aufgrund der geringeren Ressourcen erfahren Kinder und Jugendlichen aus Familien mit geringen sozioökonomischen Ressourcen weniger emotionalen Rückhalt.
- Kinder und Jugendliche aus Familien mit Einwanderungsgeschichte sind nicht häufiger psychisch auffällig. Auch in Migrationsfamilien hängt das Risiko für psychische Beschwerden und Erkrankungen bei den Kindern vom sozioökonomischen Status ab.¹³
- Erkrankungen der Eltern erhöhen das Risiko der Kinder psychisch zu erkranken deutlich. Dies können sowohl schwere und chronische körperliche (zum Beispiel Diabetes, Asthma, Rheuma oder Krebserkrankungen) als auch psychische Erkrankungen sein. Schätzungsweise drei Millionen Kinder in Deutschland, etwa jedes sechste Kind, haben einen Vater oder eine Mutter mit einer psychischen Störung.¹⁴ Diese Kinder haben ein mehr als doppelt so hohes Risiko, selbst psychisch zu erkranken.^{9, 10}
- Kinder mit chronischen körperlichen Erkrankungen haben häufiger auch psychische Beschwerden. Mädchen mit dauerhaften körperlichen Leiden im Alter zwischen 10 und 14 Jahren erkranken beispielsweise viermal häufiger an einer Depression als gleichaltrige Mädchen ohne chronische Erkrankung. Depressionen sind

auch überdurchschnittlich häufig bei Jungen und Mädchen aller Altersgruppen, die erhebliches Übergewicht (Adipositas) haben.⁹

- Wer psychisch erkrankt, erkrankt meist an mehreren psychischen Störungen. Dies gilt für Erwachsene, aber auch für Kinder und Jugendliche. Besonders häufig erkranken Jugendliche gleichzeitig an einer Angststörung und einer Depression.^{15, 16}

Traumatische Erlebnisse im Kindesalter

- Traumatische Erlebnisse in der Kindheit haben einen erheblichen Einfluss auf die körperliche, psychische und soziale Entwicklung eines Menschen. Sie hinterlassen neurobiologische Spuren und können dazu führen, dass ein Mensch sein Leben lang anfälliger für psychische und körperliche Erkrankungen ist.^{17, 18} Erwachsene, die in ihrer Kindheit traumatische Erfahrungen machen mussten, entwickeln häufiger psychische Erkrankungen. Je mehr dieser Ereignisse erlebt wurden, umso schlechter ist außerdem die allgemeine Gesundheit der Erwachsenen, ihre finanzielle Situation und Bildung und umso häufiger begehen sie später Straftaten. Auch haben traumatisierte Kinder vermehrt soziale Probleme, ziehen sich zurück und haben Schwierigkeiten, Beziehungen zu anderen Menschen einzugehen.^{19, 20}
- Traumatische Erlebnisse sind keinesfalls selten. In einer amerikanischen Studie (1.420 Befragte) hatten rund 70 Prozent der Jugendlichen mit 16 Jahren zumindest ein traumatisches Erlebnis, fast 15 Prozent sogar drei oder mehr. Etwa ein Viertel der Kinder oder Jugendlichen hatten ein traumatisches Ereignis beobachtet, gut ein Fünftel hatte eine lebensbedrohliche Krankheit oder Verletzung erlitten oder von der Krankheit oder Verletzung einer nahestehenden Person erfahren.^{19, 20}
- In einer deutschen Studie (2.500 Befragte) gaben fast die Hälfte der Jugendlichen über 14 Jahre ein belastendes Kindheitserlebnis an, zum Beispiel die Scheidung der Eltern oder Alkoholkonsum und Drogenmissbrauch in der Familie. Knapp 10 Prozent berichteten von mehr als vier belastenden Erfahrungen in der Kindheit. Circa 30 Prozent dieser hochbelasteten Jugendlichen beschrieben Anzeichen von Depressivität und Ängstlichkeit, im Gegensatz zu weniger als 10 Prozent der Jugendlichen, die keine oder kaum vergleichbare Erfahrungen gemacht hatten.²¹

Dauer der psychischen Erkrankungen

- Psychische Erkrankungen können lange dauern. Bei der Hälfte der Kinder, die psychische Auffälligkeiten entwickeln, blieben diese über zwei Jahre bestehen. Ein Drittel war auch sechs Jahre später noch psychisch auffällig.^{7, 22}
- Bei zwei von drei Kindern dauert eine behandlungsbedürftige ADHS (Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung) bis ins Erwachsenenalter.
- Störungen des Sozialverhaltens zeigen einen ungünstigen Krankheitsverlauf, insbesondere dann, wenn sie schon früh in der Kindheit entstehen. Bei mehr als der Hälfte der Achtjährigen bestand die Störung des Sozialverhaltens noch 17 Jahre später.⁵ Solches nicht-soziales, aufsässiges und aggressives Verhalten erhöht das Risiko für schulische Misserfolge, soziale Isolierung, Straffälligkeit, Suchterkrankungen und psychische Probleme im Erwachsenenalter. Störungen des Sozialverhaltens sollten möglichst früh behandelt werden. Präventions- und Therapiemaßnahmen ab einem Alter von drei Jahren haben sich als sehr wirksam erwiesen.²³

Behandlungskosten

- Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in einer psychotherapeutischen Praxis kostet schätzungsweise rund 3.000 Euro. Die meisten unter 18-Jährigen erhalten eine Kurzzeittherapie von höchstens 24 Stunden. Etwa fünf Prozent der unter 18-Jährigen war 2017 in einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung.
- Die Kosten für eine stationäre Behandlung liegen erheblich höher. Mehr als die Hälfte der unter 18-Jährigen bleiben infolge psychischer Erkrankungen länger als einen Monat im Krankenhaus. Im Jahr 2018 waren depressiv erkrankte Kinder der DAK in Baden-Württemberg durchschnittlich 40 Tage in der Klinik. Dadurch fielen pro Kind durchschnittlich über 12.000 Euro Behandlungskosten an.¹²

Folgen für die körperliche Entwicklung und ein Leben mit Behinderung

- Psychische Erkrankungen können die körperliche Entwicklung erheblich beeinträchtigen. Bei magersüchtigen Mädchen kann die Regelblutung ausbleiben. Die hormonellen Störungen können das Wachstum von Hirnregionen beeinträchtigen und beispielsweise zu Gedächtnisproblemen führen. Magersucht kann außerdem schon im Jugendalter zu geringer Knochendichte und -brüchigkeit (Osteoporose) führen.²⁴

- Psychische Erkrankungen führen bereits bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu einem Leben mit Behinderung. Häufigster Grund dafür sind Depressionen, Schizophrenie, bipolare Störungen („Himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt“), Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit sowie selbstverletzendes Verhalten.
25, 26

Quellen

1. Kessler, R. C. *et al.* Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch. Gen. Psychiatry* **62**, 593–602 (2005).
2. Kessler, R. C. *et al.* Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Curr. Opin. Psychiatry* **20**, 359–364 (2007).
3. Caspi, A. *et al.* Longitudinal Assessment of Mental Health Disorders and Comorbidities Across 4 Decades Among Participants in the Dunedin Birth Cohort Study. *JAMA Netw. open* **3**, e203221 (2020).
4. Kim-Cohen, J. *et al.* Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* **60**, 709–717 (2003).
5. Ihle, W. & Esser, G. Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychol. Rundschau* **53**, 159–169 (2002).
6. Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M. Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: A meta-analysis. *J. Epidemiol. Community Health* **66**, 194–203 (2012).
7. Steffen, A., Akmatov, M. K., Holstiege, J. & Bätzing, J. Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017. *Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung Deutschl.* **18**, (2019).
8. Schlack, R., Göbel, K. & Baumgarten, F. Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in einer bevölkerungsbezogenen, epidemiologischen Erhebung: Ergebnisse der KiGGS-Langzeitstudie. in *Kinder- und Jugendreport 2019: Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland Schwerpunkt: Ängste und Depressionen bei Schulkindern* 157–177 (Storm, Andreas, 2019).
9. Greiner, W., Batram, M. & Witte, J. *Kinder- und Jugendreport 2019: Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland Schwerpunkt: Ängste und Depressionen bei Schulkindern. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung* (Andreas Storm, 2019).
10. Klasen, F., Meyrose, A. K., Otto, C., Reiss, F. & Ravens-Sieberer, U. Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der BELLA-Studie. *Monatsschr. Kinderheilkd.* **165**, 402–407 (2017).

11. Lampert, T. & Kuntz, B. Auswirkungen von Armut auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse aus KiGGSWelle 2. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch. - Gesundheitsschutz* **62**, 1263–1274 (2019).
12. Greiner, W., Batram, M., Scholz, S. & Witte, J. Kinder- und Jugendreport 2018: Baden-Württemberg Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg. *DAK-Gesundheit* (2019).
13. Santos-Hövenner, C. *et al.* Zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland: Ergebnisse aus KiGGSWelle 2 Einleitung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch. - Gesundheitsschutz* **62**, 1253–1262 (2019).
14. Lenz, A. & Wiegand-Grefe, S. Kinder psychisch kranker Eltern. *Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie* **Band 23**, (2017).
15. Essau, C. A., Karpinski, N. A., Petermann, F. & Conradt, J. Häufigkeit und Komorbidität von Angststörungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Verhaltenstherapie* **8**, 180–187 (1998).
16. Angold, A., Costello, E. J. & Erkanli, A. Comorbidity. *J. Child Psychol. Psychiatry* **40**, 57–87 (1999).
17. Cross, D., Fani, N., Powers, A. & Bradley, B. Neurobiological development in the context of childhood trauma. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* **24**, 111–124 (2017).
18. Michel, A. *et al.* Folgen von Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter. *Monatsschr. Kinderheilkd.* **162**, 1090–1096 (2014).
19. Copeland, W. E. *et al.* Association of childhood trauma exposure with adult psychiatric disorders and functional outcomes. *JAMA Netw. open* **1**, e184493 (2018).
20. Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A. & Costello, E. J. Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Arch. Gen. Psychiatry* **64**, 577–584 (2007).
21. Witt, A., Sachser, C., Plener, P. L., Brähler, E. & Fegert, J. M. Prävalenz und Folgen belastender Kindheitserlebnisse in der deutschen Bevölkerung. *Dtsch. Arztebl.* **116**, 635–642 (2019).
22. *Ergebnisübersicht der BELLA-Studie.*
23. S3-Leitlinie der AWMF. Störung des Sozialverhaltens: Empfehlungen zur Versorgung und

Behandlung. (2016).

24. Herpertz-Dahlmann, B. & Hagenah, U. Essstörungen in Kindheit und Adoleszenz. *Monatsschr. Kinderheilkd.* **163**, 688–695 (2015).
25. Karow, A. *et al.* Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen - Teil 2: Krankheitslast, Defizite des deutschen Versorgungssystems, Effektivität und Effizienz von Early Intervention Services. *Fortschritte der Neurol. Psychiatr.* **81**, 628–638 (2013).
26. Gore, F. M. *et al.* Global burden of disease in young people aged 10-24 years: A systematic analysis. *Lancet* **377**, 2093–2102 (2011).