



# Epidemiologie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen

## Eine narrative Übersichtsarbeit unter Berücksichtigung österreichischer Daten

Martin Fuchs · Andreas Karwautz

Eingegangen: 15. Mai 2017 / Angenommen: 4. Juli 2017 / Online publiziert: 30. August 2017

© Der/die Autor(en) 2017. Dieser Artikel ist eine Open-Access-Publikation.

**Zusammenfassung** Epidemiologische Studien belegen seit vielen Jahrzehnten eindrücklich und mit konsistenten Befunden die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen in Kindheit und Jugend. Störungen der psychischen Gesundheit gehören bei jungen Menschen zu den häufigsten Ursachen für den Verlust von Lebensqualität, und werfen unter Umständen lange Schatten bis weit in das Erwachsenenalter. Die vorliegende narrative Übersichtsarbeit möchte dies anhand einer Auswahl an wissenschaftlichen Arbeiten zur Gesamtprävalenz, zur Prävalenz einzelner Störungsbilder und zum Verlauf von psychischen Störungen von Kindheit und Jugend in das Erwachsenenalter zeigen. Ergänzend werden verfügbare österreichische epidemiologische Studien vorgestellt.

**Schlüsselwörter** Epidemiologie · Psychische Gesundheit · Kinder · Jugendliche · Österreich

### The epidemiology of mental disorders in youth A narrative review including Austrian data

**Summary** For decades, epidemiological studies have consistently and impressively demonstrated the frequency of mental illness in childhood and adolescence. Mental health disorders are among the most common causes of diminished quality of life among

young people, sometimes casting long shadows into adulthood. This narrative review looks at this phenomenon using a selection of research findings dealing with overall prevalence figures, with the prevalence of individual disorders, and with the progression of mental illness from childhood and adolescence to adulthood. Austrian epidemiological studies supplementing these findings are also presented.

**Keywords** Epidemiology · Mental health · Children · Adolescents · Austria

### Einleitung

Die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen in den deutschsprachigen Ländern Europas hat sich in den letzten Jahrzehnten verändert: großen Fortschritten im Bereich akut behandelbarer somatischer Erkrankungen steht eine *Neue Morbidität*, also eine Zunahme der Bedeutung chronischer Erkrankungen und psychischer Störungen gegenüber [1]. Epidemiologische Studien führten zu einem Paradigmenwechsel in der Frage der Existenz, Häufigkeit und Behandlungsbedürftigkeit von psychischen Problemen in Kindheit und Jugend [2–4]. In etwa die Hälfte aller psychisch erkrankten Erwachsenen weltweit waren im Teenager-Alter bereits erkrankt, der Anteil an psychisch kranken Menschen in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen ist in etwa gleich groß wie in der Gruppe der Erwachsenen [5, 6].

Im folgenden Beitrag sollen zunächst verfügbare Metaanalysen psychiatrisch-epidemiologischer Studien im Jugendbereich vorgestellt werden, bevor ausführlicher auf Prävalenzdaten einzelner Störungsgruppen eingegangen wird. Nach einer kurzen Darstellung von Longitudinaldaten werden abschließend einschlägige Studien vorgestellt, die in Österreich in den letzten Jahren publiziert wurden.

OA Dr. med. M. Fuchs (✉)  
Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter, Medizinische Universität Innsbruck, Christoph-Probst Platz,  
Innrain 52, 6020 Innsbruck, Österreich  
martin.fuchs@tirol-kliniken.at

A. Karwautz  
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Medizinische Universität Wien, Währinger Gürtel  
18–20, 1090 Wien, Österreich

## Meta-Analysen

Die Arbeit von Polanczyk et al. [7] ist die bisher erste und einzige Meta-Analyse von weltweit erhobenen psychiatrisch-epidemiologischen Studien im Jugendbereich. Bisher konnte es in der kinder- und jugendpsychiatrischen Forschung noch nicht gelingen, im Rahmen einer internationalen Multicenter-Studie Prävalenzdaten in unterschiedlichen Weltgegenden mit exakt der gleichen Methodik zu erheben. Review-Arbeiten betonen die große Unterschiedlichkeit der diagnostischen Verfahren, der Stichproben-Auswahl sowie der Falldefinition, die die Vergleichbarkeit von Studien stark einschränkt [7]. In diese Studie wurden daher 41 Originalarbeiten eingeschlossen, die bestimmte methodische Mindestanforderungen erfüllten, und somit das Rechnen einer Meta-Analyse ermöglichten. Es standen Daten von insgesamt knapp 90.000 jugendlichen Probanden zur Verfügung, die eingeschlossenen Studien wurden zwischen 1985–2012 publiziert. Die Stichproben wurden in 27 Ländern in Europa, Nordamerika, Südamerika und der Karibik, Asien, Afrika, Ozeanien sowie dem Mittleren Osten untersucht. Aus methodischen Gründen wurden lediglich Studien eingeschlossen, die die Prävalenz der 4 größten psychischen Störungsgruppen in Kindheit und Jugend untersuchten, nämlich Angststörungen, externalisierende Sozialverhaltensstörungen, ADHS sowie emotionale Störungen. Die gemittelte Prävalenz dieser vier Störungsgruppen insgesamt bei Kindern und Jugendlichen wurde mit 13,4 % berechnet (CI 95 %: 11,3–15,9). Angsterkrankungen sind demzufolge weltweit mit 6,5 % (CI 95 %: 4,7–9,1) die häufigsten psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen, gefolgt von externalisierenden Sozialverhaltensstörungen mit 5,7 % (CI 95 %: 4,0–8,1), gefolgt von ADHS mit 3,4 % (CI 95 %: 2,6–4,5) sowie depressiven Störungen mit 2,6 % (CI 95 %: 1,7–3,9). Trotz der relativ schmalen Konfidenzintervalle, vor allem in der Berechnung der Gesamtprävalenz, bestand signifikante Heterogenität auf der Ebene der Befunde der Einzelstudien. Multivariate Regressionsanalysen konnten dafür die Auswahl und Repräsentativität der Stichprobe sowie die Art des diagnostischen Interviews, nicht aber den Zeitpunkt der Datenerhebung sowie die geographische Lokalisation der Studien als Einflussgrößen errechnen. Das bedeutet, dass primär methodische Probleme wie die Stichprobenauswahl oder die Verwendung unterschiedlicher Interviewverfahren und Testinstrumente für die Unterschiedlichkeit der Resultate verantwortlich sind. Umgekehrt – und das ist ein sehr wichtiger Befund – können die Autoren mit ihren Berechnungen zeigen, dass regionale Unterschiede genau so wenig Einfluss auf die Resultate zeigen wie der Zeitpunkt der Studiendurchführung. Somit sprechen diesen Daten eher gegen die subjektive öffentliche Wahrnehmung einer weltweiten Zunahme jugendlicher psychischer Störungen (zumindest für den Beobachtungszeitraum

1985–2012). Zur Interpretation der Studie muss angemerkt werden, dass die technische Durchführbarkeit dieser Meta-Analyse mit einem hohen Preis erkauft wurde: wesentliche Störungsgruppen wie Essstörungen, Zwangsstörungen, psychotische Störungen oder Autismus-Spektrum-Störungen wurden aus methodologischen Gründen nicht eingeschlossen, wodurch die gemittelte Prävalenz für psychische Störungen insgesamt deutlich verfälscht (im Sinne von unterschätzt) wird. Auf diesen Punkt wird im Kapitel zu den österreichischen epidemiologischen Daten noch näher eingegangen. Ein weiterer Punkt, der die Verwertbarkeit der Analyse einschränkt, ist die Heterogenität der untersuchten Zeiträume: es finden sich in der Berechnung Studien, die Punktprävalenzen, 6-Monats-Prävalenzen, Ein-Jahres-Prävalenzen, aber auch Lebenszeitprävalenzen berechnen.

Eine 2012 publizierte Metaanalyse deutscher Studiendaten (Einschluss von 33 Studien, Beobachtungszeitraum 1953–2007,  $n = 72.978$  Kinder und Jugendliche) erbrachte eine vergleichsweise etwas höhere mittlere Prävalenzrate von 17,58 % (CI 95 %: 15,66–19,51). Auch in dieser Studie waren methodische Faktoren (klinische Einschätzung vs. Einsatz von Fragebögen) für Prävalenzunterschiede verantwortlich, aber nicht der Zeitpunkt der Studiendurchführung. Somit ist dieser Befund ebenfalls ein Beleg für eine relativ konstante Häufigkeit psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Beobachtungszeitraum 1953–2007 [8].

## Prävalenzzahlen einzelner Störungsgruppen

Zusammenfassend weisen epidemiologische Daten auf vier große psychiatrische Diagnosegruppen in Kindheit und Jugend hin: diese sind (in absteigender Reihenfolge) *Angststörungen (inkl. Anpassungs- und Belastungsstörungen)*, *aggressiv-dissoziale Störungen* bzw. *Störungen des Sozialverhaltens, hyperkinetische Störungen (ADHS)* sowie *emotionale Störungen* [6, 9–11].

An fünfter Stelle scheinen bereits *Störungen durch problematischen Substanzkonsum* zu stehen. In der deutschen BELLA-Studie berichteten 6,1 % der befragten 11- bis 17-Jährigen von problematischem Alkoholkonsum, sowie 3,5 % von regelmäßigem Drogenkonsum [11], in einem großen US-amerikanischen Sample berichteten 8,3 % der befragten Jugendlichen (13–18 Jahre) über problematischen Substanzkonsum innerhalb des letzten Jahres [12]. In beiden Stichproben war die Zahl der männlichen Jugendlichen mit Konsumproblemen höher.

Für *Essstörungen*, die vorwiegend bei weiblichen Jugendlichen beobachtet werden, wird eine Gesamtprävalenz für Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge Eating Störungen zusammengerechnet von ca. 3 % angenommen [13]. Ca. die Hälfte aller *Anorexie-Neuerkrankungen* scheint zwischen dem 14.–19. Lebensjahr aufzutreten, und es gibt Hinweise,

dass die Prävalenz der Erkrankungen bei Jugendlichen ansteigt und sich das Ersterkrankungsalter nach unten verschiebt [14].

Eine anhaltende Kontroverse betrifft die Prävalenz von *bipolar affektiven Störungen* in Kindheit und Jugend: während in den USA sowohl bei stationären als auch bei ambulanten Patienten seit Mitte der 1990er Jahre die Zahl der Diagnose „bipolare Störung“ bei Kindern und Jugendlichen explodierte, herrschten in anderen Weltgegenden Skepsis und Zurückhaltung vor [15]. Dieser Anstieg wurde vor allem durch eine konzeptuelle Änderung der Diagnosekriterien hin zum „broad phenotype“ verursacht. Dieser Ansatz beschreibt Kinder und Jugendliche mit einem klinischen Mischbild aus Affektschwankungen, Gereiztheit und aggressivem Verhalten ohne distinkte Episoden als „bipolar“. Durchaus als Reaktion auf die massiv steigenden Diagnosezahlen wurden neue Forschungsentitäten wie SMD („Severe Mood Dysregulation“) oder DMDD (Disruptive Mood Dysregulation Disorder) geschaffen [16]. Die aktuelle Studienlage kann dahingehend interpretiert werden, dass in einer kleinen Gruppe von Kindern und vor allem Jugendlichen von ca. 1,8 % eine bipolare Störung nach „klassischem Verständnis“ tatsächlich feststellbar ist und im Längsschnitt diagnostisch stabil bleibt. Dieser Befund passt zu schon länger bekannten retrospektiven Daten, nach denen über ein Drittel der erwachsenen Patienten mit bipolaren Störungen in Studien angibt, ihre Symptomatik habe weit vor dem 18. Lebensjahr begonnen. Diejenigen Kinder und Jugendlichen mit „broad phenotype“-Diagnosen und ohne distinkte Episoden jedoch scheinen im Längsschnitt eher selten eine tatsächliche bipolare Störung zu entwickeln [16, 17].

Analog zur Debatte um bipolare Störungen verzeichnen *Autismus-Spektrum Erkrankungen* ansteigende Prävalenzzahlen. Auch hier ist der wissenschaftliche Diskurs derzeit uneinheitlich: die Frage, ob steigende Fallzahlen durch veränderte bzw. verbesserte Diagnostik Betroffenen den Zugang zu spezifischer Hilfe erleichtern und wie sich die vermehrte Vergabe einer Autismus-Diagnose – vor allem im high-functioning-Bereich – gesellschaftlich auswirkt, ist Gegenstand wissenschaftlicher Auseinandersetzungen [18].

Ein wichtiger Paradigmenwechsel hat in den letzten Jahren hinsichtlich Diagnostizierbarkeit jugendlicher *Borderline-Persönlichkeitsstörungen* (BPS) stattgefunden. Die falsche Annahme eines lebenslangen „Schicksals“ mit nur sehr eingeschränkten Therapieoptionen hat lange zu einer Angst vor Stigmatisierung und damit leider auch zu therapeutischem Nihilismus geführt. Zahlreiche Übersichtsarbeiten und Stellungnahmen von Fachgesellschaften geben mittlerweile Richtlinien zu Diagnostik und Therapie jugendlicher BPS und betonen die Sinnhaftigkeit von möglichst früher Intervention [19–22], im 2013 erschienenen DSM-5 wurde die Altersbeschränkung für Persönlichkeits-

störungen aufgehoben [23]. BPS sind mit einer Prävalenz von etwa 1 % in der jugendlichen Allgemeinbevölkerung zwar eine verhältnismäßig seltene Störung, allerdings erhalten bis zu 10 % aller ambulanten und bis zu 50 % aller stationären Patienten in kinder- und jugendpsychiatrischen Settings diese Diagnose [19]. Der naturalistische Verlauf der Störung scheint durch erste Symptome in Pubertät, einen Erkrankungsgipfel in der späten Adoleszenz sowie einer linearen Abnahme im jungen Erwachsenen-Alter gekennzeichnet zu sein. Verfügbare Längsschnittbefunde geben Hinweise, dass BPS eine dynamische Erkrankungsgruppe mit allenfalls mittlerer Stabilität sind, und ein Prozentsatz zwischen 85–99 % der Betroffenen nach 10 Jahren auf der Symptomebene nahezu remittieren (Übersicht in [19, 21]). Anhaltend zeigen diese Patienten aber schwere Einschränkungen im psychosozialen Funktionsniveau (niedrige Lebensqualität, erhöhtes Risiko für weitere psychische Erkrankungen wie Depressionen oder Substanzabusus, zwischenmenschliche Schwierigkeiten), eine erhöhte Rate an somatischen Erkrankungen sowie eine erhöhte Mortalität. Die Adoleszenz muss daher als ein „window of opportunity“ für spezifische Frühinterventionen gegen potenziell dramatische gesundheitliche und sozioökonomische Langzeitauswirkungen von BPS verstanden werden [21, 22].

*Nicht-suizidale Selbstverletzungen* (NSSV) bei Jugendlichen sind aufgrund ihrer Häufigkeit und Bedeutung in den Fokus einschlägiger Forschung gerückt und wurden 2013 als Forschungsdiagnose in das DSM-5 aufgenommen [23]. Ca. 20–30 % aller europäischen Jugendlichen geben an, sich bereits einmal selbst verletzt zu haben, etwas weniger als die Hälfte dieser Jugendlichen verletzte sich mehrfach [24, 25]. Im Gegensatz dazu berichten 30–50 % aller im stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Hilfesystem befindlichen Jugendlichen, sich repetitiv selbst zu verletzen [26]. Bisher verfügbare Verlaufsstudien legen für NSSV einen Häufigkeitsgipfel um das 15. Lebensjahr sowie einen Rückgang der Symptomatik mit der Volljährigkeit nahe [27]. NSSV könnten nach gegenwärtigem Verständnis eine eigenständige Störungsgruppe sein, haben aber auch eine wichtige klinische Relevanz als komorbide Symptomatik von früh beginnenden Borderline-Persönlichkeitsstörungen und affektiven Störungen und stellen einen Risikofaktor für Suizidversuche dar [28].

Abschließend seien noch Prävalenzdaten zum *problematischen oder suchartigen Gebrauch des Internet* bzw. *digitaler Medien* bei Jugendlichen erwähnt. Aktuelle Studien gehen davon aus, dass in etwa 2–4 % der Jugendlichen Kriterien für suchartigen Internetgebrauch, eine größere Gruppe von 6–7 % Kriterien für problematischen Mediengebrauch erfüllen, was bedeutet, dass die Jugendlichen der zweiten Gruppe einige Symptome, aber nicht das Vollbild der Störung zeigen und daher von manchen Autoren als potentielle Risikogruppe angesehen werden. Das „halb volle

Glas“ sehend verwenden somit 90 % der europäischen Jugendlichen digitale Techniken auf eine nicht schädliche und kompetente Art und Weise [29, 30]. Longitudinaldaten legen nahe, suchtartigen Mediengebrauch als ein dynamisches Konstrukt zu begreifen: der natürliche Verlauf ohne Intervention scheint zu bedingen, dass nur ein Teil der Jugendlichen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt dysfunktionale Nutzungsmuster aufweisen, diese Verhaltensweisen auch zu einem späteren Zeitpunkt zeigen [31]. Möglicherweise könnte aber eine einmal stattgehabte und remittierte Phase von suchtartigem Internetgebrauch im Sinne einer „erworbenen Vulnerabilität“ einen Risikofaktor für einen „Rückfall“ im Sinne einer maladaptiven Bewältigungsstrategie in einer lebensgeschichtlich späteren krisenhaften Phase darstellen [32]. Suchtartigter Internetgebrauch ist derzeit noch nicht in offiziellen Klassifikationssystemen erfasst, die „Störung durch Spielen von Internetspielen“ wurde 2013 als Forschungsdiagnose im DSM-5 aufgenommen [23].

### Persistenz und Verlauf

Eine psychische Störung in Kindheit oder Jugend hat unmittelbare Auswirkungen auf die Entwicklung und das Erlernen von bewältigungsrelevanten und schützenden Fertigkeiten und erhöht die Wahrscheinlichkeit deutlich, auch im Verlauf des weiteren Lebens als Erwachsener vielfältige gesundheitliche, ökonomische und soziale Nachteile davonzutragen [16, 33]. Prinzipiell werden in der Literatur zwei mögliche Entwicklungsmuster der Psychopathologie vom Kindes- bzw. Jugendalter ins Erwachsenenalter beschrieben. Einerseits die sog. *homotypic continuity*, welche sich dadurch auszeichnet, dass eine bestimmte Erkrankung im Kindes- oder Jugendalter einer gleichartigen Erkrankung im Erwachsenenalter vorangeht. Dieses Entwicklungsmuster findet sich z. B. bei ADHS, Angststörungen, depressiven Störungen sowie dissozialen Störungen [33]. Das zweite Entwicklungsmuster, *heterotypic continuity*, ist dadurch gekennzeichnet, dass eine psychische Störung im Kindes- und Jugendalter einer völlig anderen Störung im Erwachsenenalter vorangeht. Dieser Zusammenhang wurde z. B. für die Entwicklung von affektiven Erkrankungen, Angststörungen, Störungen durch Substanzgebrauch sowie antisozialen Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter aus Störungen des Sozialverhaltens im Kindes- und Jugendalter gefunden [33]. Ehemalige kinder- und jugendpsychiatrische Patienten haben – unabhängig von ihrer Diagnose – als Erwachsene ein gegenüber der Normalbevölkerung erhöhtes Risiko einer erneuten psychischen Erkrankung: bei mehr als einem Viertel dieser Patienten wird auch im Erwachsenenalter eine psychische Störung diagnostiziert [34, 35]. Außerdem zeigen sich bei jungen Erwachsenen mit einer in Kindheit oder Jugend abgelaufenen psychischen Störung im Vergleich zur Normalbevölkerung

eine schlechtere Gesamtgesundheit, niedrigere Bildungsabschlüsse, niedrigeres Einkommen sowie ein schlechteres familiäres und soziales Funktionsniveau [36].

### Österreichische epidemiologische Daten

Lange Zeit wurden keine Studien publiziert, die repräsentative Daten für die Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei österreichischen Kindern und Jugendlichen erfassten. Aus diesem Grund war die österreichische Kinder- und Jugendpsychiatrie bisher auf internationale und deutsche Daten, z. B. aus der BELLA-Studie [11], angewiesen, um die Zahl potentiell erkrankter junger Menschen abzuschätzen. Die Mental Health in Austrian Teenagers (MHAT)-Studie wurde von einer Wiener Arbeitsgruppe um W. Dür (Ludwig Boltzmann Institute, Health Promotion Research), K. Waldherr (FFH Wiener Neustadt) sowie A. Karwautz (Medizinische Universität Wien) konzipiert, um diese Forschungslücke zu schließen und Prävalenzdaten in einer repräsentativen österreichischen Schulstichprobe zu erheben. Diese somit erste epidemiologische Studie zur Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei österreichischen Jugendlichen konnte eine Punkt- bzw. Lebenszeitprävalenz von 23,9 % bzw. 35,8 % nachweisen [37]. Die häufigsten Störungsbilder in dieser Studie waren Angststörungen (15,6 %), Störungen der psychischen und neuronalen Entwicklung (9,3 %, davon 5,2 % Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung) sowie Depressive Störungen (6,2 %). Über 40 % der untersuchten Jugendlichen erfüllten die Kriterien für 2 oder mehrere Störungen. Weniger als die Hälfte der untersuchten Jugendlichen waren aufgrund ihrer psychischen Erkrankung in Kontakt mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung oder in einer sonstigen psychologischen oder psychotherapeutischen Behandlung. Ca. 20 % der unbehandelten Jugendlichen hätten sich eine fachgerechte Behandlung gewünscht. Ich-syntone Störungen, wie z. B. Essstörungen, wiesen eine besonders geringe Behandlungsrate von 25 % auf. Methodisch erwähnenswert in dieser Studie ist das zweistufige Verfahren mit einer Screening-Phase sowie einem diagnostischen Interview, welches nur bei den Kindern und Jugendlichen eingesetzt wurde, die durch das vorhergehende Screening als Risikogruppe eingestuft wurden. Dieses Verfahren ist einerseits zeitökonomisch, zeigt andererseits gegenüber dem reinen Einsatz von Screening-Verfahren Vorteile einer genaueren Diagnostik. Erwähnenswert ist ebenfalls, dass die verwendete Schulstichprobe mit Kindern und Jugendlichen aus klinischen Behandlungssettings sowie aus Kursen des Arbeitsmarktservice ergänzt wurde, wodurch auch junge Menschen eingeschlossen werden konnten, die bei der Verwendung eines reinen Schul-Samples nicht erfasst worden wären [37].

Im Vergleich zur oben erwähnten Meta-Analyse [7] zeigt diese Studie mit einer Punktprävalenz von

23,9 % bzw. einer Lebenszeitprävalenz von 35,8 % also deutlich höhere Prävalenzraten. Dieser Befund darf nicht dahingehend falsch interpretiert werden, dass österreichische junge Menschen substantiell häufiger von psychischen Störungen betroffen sind. Die Studie von Polanczyk et al. beschränkt sich auf lediglich vier große Diagnosegruppen, in der österreichischen Studie wurden insgesamt 27 Diagnosen basierend auf dem DSM-5 untersucht. Dabei wurden auch sog. Forschungsdiagnosen („Conditions for Further Study“) des DSM-5 wie „Nicht-suizidale Selbstverletzungen“ oder die „Störung durch das Spielen von Internet-spielen“ eingeschlossen, deren Validität als diagnostische Entität derzeit in der Forschung noch geprüft wird. Während die eine Arbeit also die Prävalenz psychischer Störungen aus methodischen Gründen mit Sicherheit unterschätzt [7], hat die österreichische Studie eine breite Palette von Erkrankungen basierend auf einem aktuellen Klassifikationssystem erfasst.

Eine bereits publizierte Datenerhebung im Rahmen der MHAT-Studie beschäftigte sich mit der Prävalenz von Jugendlichen, die hinsichtlich der Entwicklung einer möglichen *Essstörung* eine Risikogruppe darstellen [38]. Dazu konnten die Autoren über 3500 Kinder und Jugendliche (44,7 % Buben, 55,3 % Mädchen) im Alter zwischen 10 und 18 Jahren einschließen. Zur Erfassung des Risikoprofils bezüglich einer möglichen Essstörung wurde der SCOFF-Fragebogen verwendet. Zusammengefasst zeigte die Studie im Einklang mit der bisherigen Datenlage [39] bei ca. einem Drittel aller weiblichen bzw. bei ca. 15 % aller männlichen Studienteilnehmer Hinweise auf auffälliges Essverhalten. Ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem SCOFF-Risikoprofil und internalisierender/externalisierender Psychopathologie sowie ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem SCOFF-Risikoprofil und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität unterstreichen laut Studienautoren die Bedeutung von auffälligem Essverhalten in Diagnostik und Therapie von jungen Menschen.

Eine Studie von Fuchs et al. [35] an der Univ. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter der Medizinischen Universität Innsbruck konnte knapp 1000 ehemalige kinder- und jugendpsychiatrische Patienten über einen Zeitraum von 23 Jahren nachverfolgen. Dabei zeigte sich, im Einklang mit oben erwähnter Literatur, eine Rate von 26 % an Patienten, die auch im Erwachsenenalter psychisch erkrankten. Die Gruppe der ehemaligen kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten hatten gegenüber der österreichischen Normalbevölkerung eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit einer stationären psychiatrischen Behandlung im Erwachsenenalter. Unabhängig von ihrer Diagnose in Kindheit und Jugend entwickelten die Patienten im Erwachsenenalter besonders häufig Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen sowie Angsterkrankungen. Mehr als 60 % aller Jugendlichen mit substanzbezogenen

Störungen hatten als Erwachsene ebenfalls eine stationäre Behandlung aufgrund einer Suchterkrankung.

Zwei österreichische Studien beschäftigten sich mit problematischem Mediengebrauch: Batthyány et al. [40] untersuchten in einer Stichprobe von über 1200 Wiener Schülern (45,6 % Mädchen, 54,4 % Jungen, mittleres Alter 14,31; SD = 0,82) das Vorliegen von dysfunktionalem Computer- bzw. Videospiele. Unter Anwendung des validierten Fragebogens zum Computerspielverhalten bei Kindern und Jugendlichen, revidierte Fassung (CSVK-R), fanden die Autoren – im Einklang mit der bisherigen Literatur – eine Rate von 12,3 % an Jugendlichen mit Hinweisen auf missbräuchliches bzw. suchtartiges Spielverhalten. Riedl et al. [29] untersuchten Nutzungsmuster von Internet und Computerspielen in einer Stichprobe von knapp 400 Tiroler Schülern. Insgesamt zeigten sich 11 % der jungen Nutzer auffällig: 7,7 % zeigten problematischen, 3,3 % suchtartigen Internet-Gebrauch. Als wichtigster Einflussfaktor beeinflusste das Geschlecht der ProbandInnen signifikant die Ergebnisse: Intensivnutzer in den Bereichen Internet und Computerspiele waren häufiger junge Männer, junge Frauen hingegen zeigten signifikant seltener suchtartigen Computerspiel-Gebrauch. Mit dieser Studie konnte die Übertragbarkeit von weltweit gewonnenen Daten zur Häufigkeit von pathologischem Mediengebrauch auf österreichische Jugendliche gezeigt werden.

Im Rahmen von mehreren Studien wurden epidemiologische Daten zur psychischen Gesundheit von in Österreich inhaftierten Jugendlichen veröffentlicht. Plattner et al. untersuchten mehr als 300 Jugendliche zwischen dem 14. und dem 21. Lebensjahr, die zwischen 2003 und 2005 in der Justizanstalt Josefstadt inhaftiert waren. Die Forschungsgruppe konnte im Einklang mit der bisherigen Datenlage zeigen, dass inhaftierte Jugendliche quer durch alle Diagnosegruppen substantiell häufiger Kriterien für psychische Störungen erfüllen als vergleichbare gleichaltrige nicht-inhaftierte Jugendliche [41–44].

## Schlussfolgerung

Solide und replizierbare Daten belegen eindrucksvoll die Häufigkeit und die weitreichenden Konsequenzen von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Erste repräsentative österreichische Daten können im Einklang mit bisherigen Erhebungen zeigen, dass ca. ein Viertel aller jungen Menschen in Österreich zum aktuellen Zeitpunkt an einer psychischen Störung erkrankt sind, und eine noch größere Gruppe von mehr als einem Drittel aller jungen Menschen bis zum Erreichen der Volljährigkeit zumindest einmal psychisch erkrankt. Störungen der psychischen Gesundheit gehören bei jungen Menschen zu den häufigsten Ursachen für den Verlust von Lebensqualität, und werfen unter Umständen lange Schatten bis weit in das Erwachsenenalter. Prävention und sachgerechte Behandlung haben daher einen hohen

gesundheitlichen, ökonomischen und gesamtgesellschaftlichen Stellenwert.

In einer optimalen Welt wären die verfügbaren Ressourcen von staatlichen Gesundheitssystemen mit Prävalenzzahlen abgestimmt: diese sind nämlich keine akademischen „Zahlenspiele“, sondern wichtige Grundlage für die Planung und Ausstattung von Behandlungseinrichtungen. In unserer realen Welt müssen wir uns – nicht nur in Österreich – Gedanken über mangelnden Zugang zu professioneller Hilfe aufgrund von nicht ausreichenden Versorgungsstrukturen machen. Als kleine Fachgesellschaft ÖGKJP konnten wir in den letzten Jahren einen Beitrag dazu leisten, diese Lücke ein Stück weit zu schließen und die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Österreich weiter zu entwickeln. Epidemiologische Daten müssen uns nichtsdestotrotz auch als Mahnung und Ansporn dienen, hierbei weiterhin dringend notwendige Aufbauarbeit zu leisten.

**Acknowledgements** Open access funding provided by University of Innsbruck and Medical University of Innsbruck.

**Interessenkonflikt** M. Fuchs und A. Karwautz geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

**Open Access** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

## Literatur

1. Reinhardt D, Petermann F. Neue Morbiditäten in der Pädiatrie. *Monatsschr Kinderheilkd.* 2010;158:14.
2. Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry.* 2008;49(3):226–36.
3. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet.* 2007;369:1302–13.
4. Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, Sawyer SM, Mathers CD. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *Lancet.* 2011;377(9783):2093–102.
5. Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, Georgiades K, Green JG, Gruber MJ, et al. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry.* 2012;69(4):372–80.
6. Fuchs M, Bösch A, Hausmann A, Steiner H. „The Child is Father of the Man“: Review von relevanten Studien zur Epidemiologie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 2013;41(1):45–55.
7. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015;56(3):345–65.
8. Barkmann C, Schulte-Markwort M. Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health.* 2012;66(3):194–203.
9. Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, Georgiades K, Green JG, Gruber MJ, He JP, Koretz D, McLaughlin KA, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Merikangas KR. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry.* 2012;69(4):372–80.
10. Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci.* 2009;11(1):7–20.
11. Ravens-Sieberer U, Wille N, Erhart M, Bettge S, Wittchen HU, Rothenberger A, Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Hölling H, Bullinger M, Barkmann C, Schulte-Markwort M, Döpfner M, BELLA study group. Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2008;17(Suppl 1):22–33.
12. Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, Benjet C, Georgiades K, Swendsen J. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication – Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2010;49(10):980–9.
13. Ihle W, Esser G. Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychol Rundsch.* 2002;53:159–69.
14. Herpertz-Dahlmann B, van Elburg A, Castro-Fornieles J, Schmidt U. ESCAP expert paper: new developments in the diagnosis and treatment of adolescent anorexia nervosa – a European perspective. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2015;24(10):1153–67.
15. Rao P, Moore JK, Stewart R, Runions K, Bear N, Wong JW, Holtmann M, Zepf FD. Bipolar disorder in children and adolescents: diagnostic inpatient rates from 2000 to 2013 in Germany. *Int J Bipolar Disord.* 2016;4(1):23.
16. Fuchs M, Hausmann A. Bipolare Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen: überschätzt oder unterdiagnostiziert? *Spectr Psychiatr.* 2012;01/2012:66–69.
17. Van Meter AR, Burke C, Kowatch RA, Findling RL, Youngstrom EA. Ten-year updated meta-analysis of the clinical characteristics of pediatric mania and hypomania. *Bipolar Disord.* 2016;18(1):19–32.
18. Graf WD, Miller G, Epstein LG, Rapin I. The autism „epidemic“: Ethical, legal, and social issues in a developmental spectrum disorder. *Neurology.* 2017;88(14):1371–80.
19. Kaess M, Brunner R, Chanan A. Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics.* 2014;134(4):782–93.
20. Fonagy P, Speranza M, Luyten P, Kaess M, Hessels C, Bohus M. ESCAP expert article: borderline personality disorder in adolescence: an expert research review with implications for clinical practice. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2015;24(11):1307–20.
21. Sharp C, Fonagy P. Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence – recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015;56(12):1266–88.
22. Sevecke K, Fuchs M. Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter sind kein „lebenslanges Schicksal“. *Neurol Psychiatr.* 2017;18:1–2.

23. American Psychiatric Association. DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5. Aufl. Arlington: APA; 2013.
24. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide Life Threat Behav.* 2014;44(3):273–303.
25. Brunner R, Kaess M, Parzer P, Fischer G, Carli V, Hoven CW, Wasserman C, Sarchiapone M, Resch F, Apter A, Balazs J, Barzilay S, Bobes J, Corcoran P, Cosman D, Haring C, Iosuec M, Kahn JP, Keeley H, Meszaros G, Nemes B, Podlogar T, Postuvan V, Saiz PA, Sisask M, Tubiana A, Varnik A, Wasserman D. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatry.* 2014;55(4):337–48.
26. Kaess M, Parzer P, Mattern M, Plener PL, Bifulco A, Resch F, Brunner R. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Res.* 2013;206(2–3):265–72.
27. Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, Groschwitz RC. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2015;2:2.
28. Plener PL, Brunner R, Fegert JM, Groschwitz RC, In-Albon T, Kaess M, Kapusta ND, Resch F, Becker K. Treating nonsuicidal self-injury (NSSI) in adolescents: consensus based German guidelines. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2016;10:46.
29. Riedl D, Stöckl A, Nussbaumer C, Rumpold G, Sevecke K, Fuchs M. Nutzungsmuster von Internet und Computerspielen: Ergebnisse einer Beobachtungsstudie an Tiroler Jugendlichen. *neuropsychiatrie.* 2016;30(4):181–90.
30. Müller K. Essentials: Internetsucht: Wie man sie erkennt und was man dagegen tun kann. Heidelberg: Springer; 2017.
31. Strittmatter E, Parzer P, Brunner R, Fischer G, Durkee T, Carli V, Hoven CW, Wasserman C, Sarchiapone M, Resch F. A 2-year longitudinal study of prospective predictors of pathological internet use in adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2015;25(7):725–34.
32. Koenig J, Fischer-Waldschmidt G, Brunner R, Resch F, Kaess M. Zuflucht in digitalen Welten – zum Zusammenhang von kritischen Lebensereignissen mit pathologischem Internetgebrauch im Jugendalter. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 2016;65(7):494–515.
33. Rutter M, Kim-Cohen J, Maughan B. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006;47:276–95.
34. Castagnini AC, Foldager L, Caffo E, Thomsen PH. Early-adult outcome of child and adolescent mental disorders as evidenced by a national-based case register survey. *Eur Psychiatry.* 2016;38:45–50.
35. Fuchs M, Kemmler G, Steiner H, Marksteiner J, Haring C, Miller C, Hausmann A, Sevecke K. Child and adolescent psychiatry patients coming of age: a retrospective longitudinal study of inpatient treatment in Tyrol. *BMC Psychiatry.* 2016;16:225.
36. Costello EJ, Maughan B. Annual research review: optimal outcomes of child and adolescent mental illness. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015;56(3):324–41.
37. Wagner G, Zeiler M, Waldherr K, Philipp J, Truttmann S, Dür W, Treasure JL, Karwautz AFK. Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017;24 doi:10.1007/s00787-017-0999-6.
38. Zeiler M, Waldherr K, Philipp J, Nitsch M, Dür W, Karwautz A, Wagner G. Prevalence of eating disorder risk and associations with health-related quality of life: results from a large school-based population screening. *Eur Eat Disord Rev.* 2016;24(1):9–18.
39. Herpertz-Dahlmann B, Wille N, Hölling H, Vloet TD, Ravens-Sieberer U, BELLA study group. Disordered eating behaviour and attitudes, associated psychopathology and health-related quality of life: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2008;17(Suppl 1):82–91.
40. Batthyány D, Müller KW, Benker F, Wölfling K. Computer game playing: clinical characteristics of dependence and abuse among adolescents. *Wien Klin Wochenschr.* 2009;121(15–16):502–9.
41. Plattner B, The SS, Kraemer HC, Williams RP, Bauer SM, Kindler J, Feucht M, Friedrich MH, Steiner H. Suicidality, psychopathology, and gender in incarcerated adolescents in Austria. *J Clin Psychiatry.* 2007;68(10):1593–600.
42. Plattner B, Steiner H, The SS, Kraemer HC, Bauer SM, Kindler J, Friedrich MH, Kasper S, Feucht M. Sex-specific predictors of criminal recidivism in a representative sample of incarcerated youth. *Compr Psychiatry.* 2009;50(5):400–7.
43. Plattner B, Aebi M, Steinhausen HC, Bessler C. Psychopathological and comorbid disorders of incarcerated adolescents in Austria. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 2011;39(4):231–40.
44. Plattner B, Giger J, Bachmann F, Brühwiler K, Steiner H, Steinhausen HC, Bessler C, Aebi M. Psychopathology and offense types in detained male juveniles. *Psychiatry Res.* 2012;198(2):285–90.