ROBERT KOCH INSTITUT

Beiträge zur
Gesundheitsberichterstattung
des Bundes

KiGGS –
Kinder- und Jugendgesundheitsstudie
Welle 1

Projektbeschreibung

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Beiträge zur
Gesundheitsberichterstattung
des Bundes

KiGGS –
Kinder- und Jugendgesundheitsstudie
Welle 1

Projektbeschreibung

Robert Koch-Institut, Berlin 2011

Inhaltsverzeichnis

Vorwort . . . 5

1 Einführung . . . 7
1.1 Die KiGGS Welle 1 als Bestandteil des Gesundheitsmonitorings am RKI . . 7
1.2 Zielstellungen von KiGGS . . . 10
1.3 Zielgruppen der Befragung . . . 11
1.4 Erhebungsmodus . . . 11
1.5 Einbindung von Migranten . . . 12
1.6 Module . . . 14
1.6.1 Motorik-Modul (MoMo) . . . 15
1.6.2 Modul Psychische Gesundheit (BELLA*plus*) . . . 15
1.6.3 Landesmodul Thüringen . . . 15

2 Konzeption . . . 17
2.1 Kriterien der Themenauswahl . . . 17
2.2 Fragebogenentwicklung . . . 17
2.3 Expertenkonsultationen . . . 19
2.4 Preteste, Ethik . . . 20

3 Themen . . . 21
3.1 Nicht übertragbare körperliche Krankheiten und Risikofaktoren . . . 21
3.1.1 Adipositas . . . 21
3.1.2 Allergische Erkrankungen . . . 22
3.1.3 Chronische somatische Krankheiten . . . 24
3.1.4 Verletzungen durch Unfälle/Vergiftungen; Schwimmfähigkeit . . . 25
3.1.5 Körperliche Krankheiten der Eltern . . . 27
3.1.6 Risikofaktoren für den plötzlichen Säuglingstod (SIDS) . . . 28
3.2 Impfpräventable Krankheiten . . . 30
3.3 Psychische Gesundheit und psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren . . 33
3.3.1 Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten . . . 33
3.3.2 ADHS . . . 35
3.3.3 Essstörungen . . . 37
3.3.4 Schutzfaktoren/Ressourcen . . . 39
3.3.5 Gewalterfahrungen . . . 41
3.3.6 Familiäre Belastungen . . . 43
3.3.7 Psychische Erkrankungen der Eltern . . . 45
3.4 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen . . . 46
3.4.1 Alkoholkonsum . . . 46
3.4.2 Tabakkonsum . . . 47
3.4.3 Mediennutzung . . . 49
3.4.4 Körperliche Aktivität . . . 50
3.4.5 Ernährung . . . 52
3.5 Querschnittthemen . . . 54
3.5.1 Soziodemografie und Lebensphasen . . . 54
3.5.2 Lebenswelten (bio-psycho-soziale Umwelt) . . . 56
3.5.3 Subjektive Gesundheit und Lebensqualität . . . 57

3.5.4 Reproduktive Gesundheit 59
3.5.5 Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems 61
3.5.6 Gesundheit und Migration 63

4 Stichprobe 65
4.1 Stichprobendesign 65
4.2 Stichprobenziehung in den KiGGS Welle 1-Modulstudien 68
4.3 Termine und Routenplan 69
4.4 Statistische Genauigkeit und Power 69
4.5 Ausschöpfung und Nonresponder-Analyse 70

5 Einladungsverfahren 73
5.1 Einladung zur Kernstudie 73
5.2 Einladung zu den Modulstudien mit inhaltlicher Vertiefung (Motorik-Modul und BELLA*plus*) 73
5.3 Einladung zum Landesmodul Thüringen 74

6 Teilnehmerrate 75
6.1 Informations- und Öffentlichkeitsarbeit 75
6.2 Informationsmaterialien 76
6.3 Anreize zur Teilnahme an der Befragung (Incentives) 77
6.4 Feedback für die Teilnehmer 77

7 Qualitätssicherung 79
7.1 Prinzipien der Qualitätssicherung 79
7.2 Qualitätssicherung während des Studienablaufs (Prozessqualität) 79
7.3 Datenqualitätssicherung 80
7.4 Externe Qualitätssicherung in den Modulstudien 82
7.5 Sicherung der Ergebnisqualität 82

8 Datenschutz 83

9 Wem nutzen die KiGGS Welle 1-Daten? 85

Anhang 86
A Informationsbroschüre (Flyer) 87
B Übersichten über die Erhebungsinstrumente 107

Vorwort

Mit dem bundesweiten Befragungs- und Untersuchungssurvey für Kinder und Jugendliche KiGGS, der vom Robert Koch-Institut von 2003–2006 durchgeführt wurde, erhielt die Gesundheitsberichterstattung für das Kindes- und Jugendalter erstmals bundesweit eine umfassende und repräsentative Datengrundlage. Zwar gab und gibt es in Deutschland eine Vielzahl von amtlichen Statistiken, Prozessdaten, lokal oder regional repräsentativen oder nicht-repräsentativen Studien zur körperlichen und psychischen Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten, zur körperlichen und emotionalen Entwicklung, Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems oder zu Lebenswelten von Kindern, aber diese in ihrer Natur und Qualität sehr heterogenen Daten lassen Informationslücken offen. Zudem war oft eine Repräsentativität auf Bundesebene sowie eine Verknüpfbarkeit der Daten untereinander nicht gegeben. Diesem Umstand trug die Konzeption von KiGGS Rechnung, indem entsprechend der Definition des WHO-Gesundheitsbegriffs von 1948, Gesundheit als vollständiges körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden aufgefasst und operationalisiert wurde. So wurden Daten zu Kernbereichen der körperlichen und psychischen Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten und zur Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems sowie zur sozialen Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland auf Individualebene repräsentativ erhoben. Erste Ergebnisse der Studie hat das Robert Koch-Institut bereits im September 2006, wenige Monate nach Abschluss der Feldarbeit, auf einem Symposium der Öffentlichkeit präsentiert. Die deskriptive Grundauswertung der KiGGS-Daten wurde im Jahr 2007 in einer Basispublikation in einem Doppelheft des Bundesgesundheitsblatts veröffentlicht (Bundesgesundheitsblatt 50, 5/6). Seit Dezember 2009 sind die erhobenen Daten als »Public Use File« freigegeben und die Nachfrage wissenschaftlicher Einrichtungen nach diesem Datensatz übersteigt alle Erwartungen. In den ersten zwei Jahren nach Beendigung der Feldarbeit wurden weit über 100 wissenschaftliche Publikationen von Mitarbeitern des RKI verfasst. Insgesamt wurden mehr als 50 Auswertungskooperationen mit wissenschaftlichen Einrichtungen abgeschlossen und eine nicht mehr zu überschauende Zahl von Vorträgen zu KiGGS-Ergebnissen gehalten. Darüber hinaus wurde über 140-mal der »Public Use File« des KiGGS ausgeliefert. Die Gesundheitswissenschaftler Deutschlands werden noch ein Vielfaches der bislang vorliegenden Ergebnisse zur Kinder- und Jugendgesundheit hinzufügen.

Die KiGGS-Ergebnisse haben nicht nur in der Fachwelt und den Medien ein beachtliches Echo hervorgerufen, sondern auch Aktivitäten auf gesellschaftlicher und politischer Ebene ausgelöst. Auf der Grundlage von KiGGS-Daten wurden diverse Berichte verfasst und Zuarbeiten geleistet, unter anderem zum 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, zum 11. Sportbericht der Bundesregierung, zum Gutachten des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen »Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland« sowie zum 13. Kinder- und Jugendbericht. Expertisen zur gesundheitlichen Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland sowie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland sind in der Reihe »Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung« des RKI erschienen. Ausgehend von den durch die KiGGS-Ergebnisse erkannten Handlungsdefiziten wurde gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine Bestandsaufnahme existierender gesundheitsfördernder Maßnahmen und Präventionsansätze vorgenommen und Handlungsempfehlungen abgeleitet. Dass die Bundesregierung ihre Strategie zur Kindergesundheit ebenso auf KiGGS-Ergebnisse aufbaut wie die BMG-Initiative »Leben hat Gewicht« ist der Beweis dafür, dass diese Surveyerhebung ihrem Anspruch, »Daten für Taten« zu schaffen, gerecht geworden ist.

Es liegt in der Natur der Sache, dass die mit dem KiGGS-Datensatz einhergehenden Erkenntnisse und Aktivitäten die Frage nach dem »Wie geht es weiter?« aufwerfen. Eine erste komplexe Zustandsbeschreibung ist auf Dauer nicht ausreichend, man will wissen, was weiter passiert, wie sich erkannte Defizite eventuell auswirken, verändern oder beeinflussen lassen, welche zeitlichen

Trends und Zusammenhänge bestehen, ganz zu schweigen von Ursache-/Wirkungsbeziehungen. Dieser Aspekt war bei der Konzeption von KiGGS bereits immer mit berücksichtigt. Von Beginn an wurden die Studienteilnehmer gefragt, ob sie bereit wären, an einer Nachfolgeuntersuchung teilzunehmen und zu unserer Freude war die Bereitschaft sehr groß (98 %). So war das Feld zwar bereitet, die Finanzierung aber nicht gesichert. Eine glückliche und vor allem planbare Lösung ergab sich für dieses Problem durch das seit 2008 am Robert Koch-Institut etablierte und vom Bundesministerium finanzierte Gesundheitsmonitoring. Im Rahmen dieses Systems kann KiGGS (fortan als KiGGS-Basiserhebung bezeichnet) als Kohortenstudie fortgesetzt werden. In dieser Projektbeschreibung wird die Studienkonzeption einer telefonischen Wiederbefragung der KiGGS-Teilnehmer dargestellt (im folgenden als KiGGS Welle 1 bezeichnet), die 2009 begonnen hat und Anfang 2012 beendet sein wird. Hypothesen und Fragestellungen, die mit den dann zur Verfügung stehenden Daten beantwortet werden können, finden sich bereits in diesem Band. Darüber hinaus besteht schon jetzt ein ausgeprägtes Interesse externer Gesundheitswissenschaftler an diesen aktuellen Informationen, so dass wir wiederum schnellstmöglich Informationen an die Öffentlichkeit und den Datensatz nachfolgend als »Public Use File« freigeben wollen. Aktuell beginnen bereits die Vorbereitungen für die nächste KiGGS Welle (2), die dann wieder einen Untersuchungsteil beinhalten wird.

Das alles bedingt nicht nur ein kontinuierliches und konzentriertes Arbeiten am KiGGS, sondern erfordert auch die Unterstützung durch unsere Kooperationspartner, durch Geldgeber, durch nationale und internationale Experten. Vor allem aber brauchen wir weiter eine hohe Motivation unserer »KiGGS«-Kinder, die zunehmend in das junge Erwachsenenalter hinein wachsen und denen ich (ebenso wie ihren Eltern) an dieser Stelle meinen herzlichen Dank aussprechen möchte für ihre hohe erneute Teilnahmebereitschaft und die Geduld, mit der sie die zum Teil auch recht langen Telefoninterviews absolviert haben.

Diese Projektbeschreibung soll dazu beitragen, nicht nur die »KiGGS Wellen« hoch schlagen zu lassen, sondern die Daten transparent und im Interesse der Gesundheit unserer Kinder und Jugendlichen allgemein nutzbar zu machen.

Dr. Bärbel-Maria Kurth März 2011

Literatur

Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz (2007) Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 529–902

Bundesregierung (2006) 11. Sportbericht der Bundesregierung. Drucksache 16/3750

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2008) 13. Kinder- und Jugendbericht – Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Eigenverlag, Berlin

Bundesregierung (2008) Lebenslagen in Deutschland – Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Drucksache 16/9915

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

KiGGS – Kinder- und Jugendgesundheitsstudie Welle 1

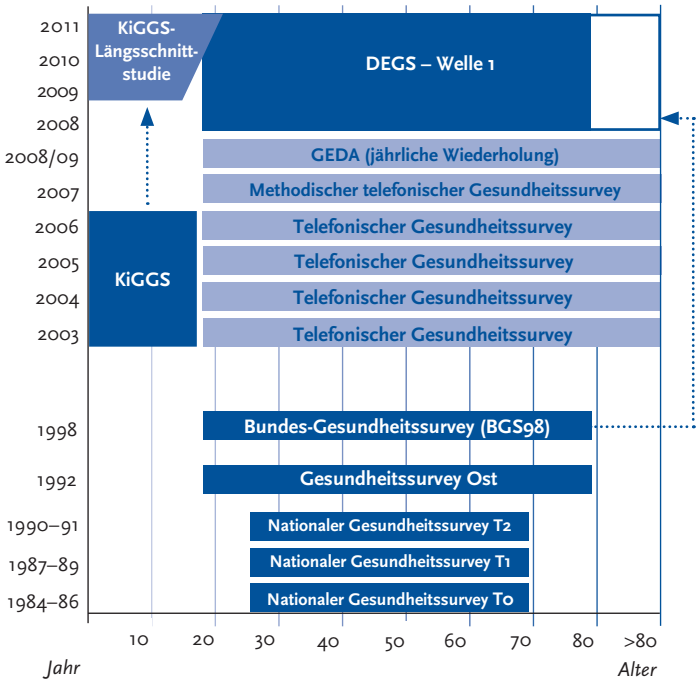
1 Einführung

1.1 Die KiGGS Welle 1 als Bestandteil des Gesundheitsmonitorings am RKI

Um Präventions- und Interventionsmaßnahmen planen und ihren Erfolg überprüfen zu können, ist nicht nur eine zielgerichtete, alle Altersgruppen umfassende und auf der Ebene der Allgemeinbevölkerung repräsentative, sondern vor allem auch kontinuierliche Beobachtung des Krankheitsgeschehens, des Gesundheits- und Risikoverhaltens sowie die Feststellung und Nachverfolgung spezifischer gesundheitlicher Risiken in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen erforderlich. Gesundheitssurveys wurden in Deutschland unter Beteiligung des Robert Koch-Instituts (RKI) seit den 1980er-Jahren (siehe Abbildung 1) durchgeführt. Wichtige, für die Gesundheitsplanung relevante Fragen über gesundheitliche Trends, wie zum Beispiel die Zunahme von Übergewicht und Adipositas oder die Häufigkeit und Entwicklung psychischer Auffälligkeiten und Störungen, aber auch Fragestellungen zu gesundheitlichen Verläufen, lassen sich nur zuverlässig auf der Grundlage von wiederholten Querschnittuntersuchungen und mit Längsschnittdaten beantworten. Da sich abzeichnete, dass zur Beantwortung dieser Fragestellungen wiederholte Datenerhebungen erforderlich sein würden, wurde am Robert Koch-Institut ein Konzept für ein kontinuierliches Gesundheitsmonitoring entwickelt (Kurth et al. 2005), das von drei Grundgedanken getragen war:

- vorhandene Informationen zu nutzen,
- Informationslücken gezielt zu füllen,
- und Datenquellen miteinander zu vernetzen.

Abbildung 1
Übersicht über die vom RKI durchgeführten repräsentativen Gesundheitssurveys



Um aktuelle und für die Allgemeinbevölkerung repräsentative Angaben zu erhalten, aber auch Aussagen zu Trends und Ursache-/Wirkungsbeziehungen treffen zu können, sah das Monitoring-Konzept folgende Bestandteile vor:

1. Regelmäßige, repräsentative Querschnittuntersuchungen zum Abbilden zeitlicher Trends;
2. Längsschnittuntersuchungen für Verlaufsdarstellungen und Kausalitätsanalysen;
3. Sowohl Interview- als auch Untersuchungssurveys zur Einbeziehung objektiv messbarer Parameter;
4. Die Berücksichtigung aller Altersgruppen von 0 bis über 80 Jahren, um die gesundheitliche Situation der gesamten Bevölkerung abbilden zu können;
5. Die Einbeziehung eines festen Bestands international vergleichbarer Kernindikatoren zur Darstellung von Trends und zum Benchmarking;
6. Flexible thematische Ergänzungen oder regionale Aufstockungen über angedockte Module.

Das Bundesgesundheitsministerium hat nach einer intensiven Diskussion und einer Kosten-Nutzen-Optimierung ab 2008 eine Dauerfinanzierung für ein kontinuierliches Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut sichergestellt. Die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am RKI erhobenen Daten füllen gezielt die Informationslücken, die durch Daten der Kranken- und Rentenversicherung oder Daten der amtlichen Statistik nicht geschlossen werden können. Damit stehen der Gesundheitsberichterstattung und der Gesundheitspolitik künftig umfangreiche Informationen zur Gesundheit, dem Gesundheitsverhalten und der gesundheitlichen Versorgung der in Deutschland lebenden Bevölkerung zur Verfügung. Die Komponenten des Gesundheitsmonitorings sind flexibel angelegt. Auch kurzfristig können zusätzliche Erhebungsinstrumente integriert werden. So können die Auswirkungen gesundheitspolitischer Maßnahmen, die Wirksamkeit von Interventionen sowie die Umsetzung von Präventionsmaßnahmen mit Hilfe dieser Erhebungen evaluiert werden. Um den oben genannten Anforderungen an ein Gesundheitsmonitoring zu genügen und gleichzeitig bereits am RKI durchgeführte Surveys und methodische Vorgehensweisen zu nutzen, setzt sich das RKI-Gesundheitsmonitoring nunmehr aus drei Hauptkomponenten zusammen (Kurth et al. 2008, Kurth 2009) (siehe Abbildung 2):

1. **GEDA:** Jährlich durchgeführte Querschnittbefragungen der erwachsenen Wohnbevölkerung im Alter von über 18 Jahren. Die Stichprobengröße von mehr als 20.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern erlaubt dabei tief gegliederte Zusammenhangsanalysen von sozialer Lage, Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung. Eine Repräsentativität auf regionaler Ebene ist für die größeren Bundesländer gewährleistet. Die Daten erlauben Trendanalysen sowie eine rasche Bestandsaufnahme von Änderungen des Gesundheitszustands oder des Gesundheitsverhaltens. Die erste Welle dieser Erhebungen hat im Sommer 2008 begonnen. Die jährlichen Querschnittbefragungen für die erwachsene Wohnbevölkerung, begonnen im Jahr 2003 als telefonischer Gesundheitssurvey (GSTel03), tragen nun den Studiennamen GEDA (Gesundheit in Deutschland aktuell) und werden mit dem Jahr der jeweiligen Erhebung ergänzt (z. B. GEDA 2009).
2. **DEGS:** Weiterführung des Bundesgesundheitssurveys 1998 (BGS98) unter dem Studiennamen DEGS (Deutsche Erwachsenen-Gesundheits-Studie) als Befragungs- und Untersuchungssurveys für das Erwachsenenalter (von 18 bis über 80 Jahre). Erhebung objektiver Messwerte (Größe und Gewicht, Blutdruck, körperliche Funktionsfähigkeit, Schilddrüsensonografie, Abnahme von Blut- und Urinproben zur Bestimmung vielfältiger Biomarker) und vertiefte Befragung zu spezifischen Gesundheits- oder Krankheitsproblemen. Die DEGS-Studie befindet sich derzeit in der Feldphase, die Ende November 2011 abgeschlossen sein wird. Die Studienpopulation des DEGS (angestrebte Teilnehmerzahl n = 7.500) besteht zum einen aus ehemaligen BGS98-Probanden, soweit sie einer Wiederteilnahme zugestimmt haben und wieder auffindbar sind (Längsschnittprobanden) sowie einer horizontalen und vertikalen Stichprobenerweiterung zum Ausgleich von altersbedingt sowie durch Panelmortalität fehlenden

Abbildung 2
Komponenten des Gesundheitsmonitorings

Komponente 1	Komponente 2	Komponente 3
GEDA – GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND AKTUELL	DEGS – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland	KiGGS – Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
Erwachsene	Erwachsene	Kinder und Jugendliche
Querschnittstudien	Langzeitstudie	Langzeitstudie
Basiserhebung GEDA 2008–2009 HIS (Telefonsurvey)	Basiserhebung BGS98 HIS/HES	Basiserhebung KiGGS 2003–2006 HIS/HES
Jährliche Wiederholung	Welle 1 DEGS 1 (2008–2011) HIS/HES	Welle 1 KiGGS (2009–2012) HIS (Telefonsurvey)

Bevölkerungsgruppen (Querschnittprobanden). Durch die erneute Einbeziehung von Probanden aus dem BGS98 als Teilstichprobe von DEGS eröffnet sich die Option von Längsschnittanalysen zur Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung unter Einbeziehung von Mess- und Untersuchungswerten. Durch die periodische Einbeziehung neuer Probanden zum Erhalt einer bundesweiten Repräsentativität handelt es sich bei diesem Survey um eine Panelstudie.

3. **KiGGS:** Fortführung des hier beschriebenen Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) als Kohortenstudie seit Juni 2009. Die Wiederteilnahmebereitschaft lag in der KiGGS-Basisuntersuchung bei 98 %. In der ersten Folgebefragung (KiGGS Welle 1) werden sämtliche Kinder und Jugendliche der KiGGS-Basisuntersuchung (Altersbereich inzwischen 6 bis 24 Jahre), sofern sie und/oder ihre Eltern einer Wiederbefragung zugestimmt hatten und sie wieder auffindbar sind, erneut zu einer Teilnahme eingeladen, ebenso wie die Eltern der zum aktuellen Befragungszeitpunkt 6- bis 17-jährigen Teilnehmer (Längsschnittprobanden). Zusätzlich werden die Eltern neu ausgewählter Kinder des aus der Basisstichprobe »herausgewachsenen« Altersbereichs von 0 bis 6 Jahren in die Erhebung einbezogen (Querschnittprobanden), um auch weiterhin aktuelle Gesundheitsdaten über die gesamte Altersspanne der Kinder und Jugendlichen in Deutschland von 0 bis 17 Jahren zur Verfügung stellen zu können.

Sowohl die DEGS-Studie als auch die KiGGS-Studie sollen alternierend als Befragungs- sowie Befragungs- und Untersuchungssurveys durchgeführt werden; d. h., im Abstand von etwa fünf Jahren erfolgt für jede Studie entweder eine Befragungs- oder eine Befragungs- und Untersuchungswelle.

1.2 Zielstellungen von KiGGS

Schon mit den Daten der KiGGS-Basisuntersuchung konnten wichtige Fragestellungen der beschreibenden Epidemiologie wie die Häufigkeit bestimmter Gesundheitsstörungen wie Übergewicht und Adipositas, atopische Krankheiten, chronisch somatische Krankheiten und psychische Auffälligkeiten und Störungen wie Symptome von Essstörungen oder ADHS für das Kindes- und Jugendalter erstmalig repräsentativ für Deutschland beantwortet werden. Darüber hinaus wurden auf Grundlage der KiGGS-Basisdaten auch eine Vielzahl analytisch-epidemiologischer Fragestellungen wie die Zusammenhänge bestimmter Gesundheitsstörungen mit ihren jeweiligen Risiko- und Protektivfaktoren bearbeitet.

Einige Fragestellungen lassen sich mit einem im Querschnitt erhobenen Datensatz jedoch nicht beantworten. Dazu gehören z. B. Fragen nach Ursache-Folgeprinzipien (Kausalität) oder die Frage nach der Zu- oder Abnahme der Häufigkeit bestimmter Gesundheitsstörungen (zeitliche Trends). Mit der KiGGS Welle 1 wird es möglich sein, sich solchen Aussagen anzunähern. Der geplante Beobachtungszeitraum erstreckt sich vorerst auf etwa 15 Jahre, wobei jeweils etwa alle fünf Jahre eine Wiederholungsbefragung aller Teilnehmer geplant ist. Da für die Beantwortung einer Reihe von Fragestellungen zusätzlich objektivierbare Messwerte unabdingbar sind (z. B. die Messung von Größe und Gewicht zur Berechnung des Body Mass Indexes (BMI), die Messung des Blutdrucks zur Bestimmung von Hypertonie, die Bestimmung von Biomarkern wie Serumlipidspiegeln, Vitaminversorgung, Markern für Herz-Kreislauf-Krankheiten, Infektionskrankheiten und anderen akuten oder chronischen Erkrankungen), wird in jeder zweiten KiGGS Welle zusätzlich erneut körperlich untersucht.

Auch im Kindes- und Jugendalter wird sich das Krankheitsspektrum in der Zukunft weiter in die Richtung einer »Neuen Morbidität«, d. h. der Verschiebung von den akuten zu den chronischen Krankheiten sowie von den somatischen Krankheiten zu den psychischen Auffälligkeiten und Störungen verändern. Mit Blick auf die Zunahme sozialer Ungleichheiten bei der Verteilung von Gesundheitsrisiken und -chancen wird bisweilen bereits von einer »Millenium-Morbidität« gesprochen (Palfrey et al. 2005). Die Entwicklung dieser z. T. mit dem Lebensstil und den Lebensbedingungen assoziierten Erkrankungen muss beobachtet, die Verbreitung und die Ursachen von nicht übertragbaren Krankheiten wie Adipositas, Allergien, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und psychischen Auffälligkeiten und Störungen müssen systematisch erforscht werden. Neben den familiären und Umfeldbedingungen (Bildungsferne der Familie, Arbeitslosigkeit eines oder beider Elternteile, Umweltbedingungen) und genetischen Dispositionen finden sich im persönlichen Lebensstil (z. B. Tabak- und Alkoholkonsum, Ernährung und Bewegungsmangel) Risikofaktoren für diese Erkrankungen, die präventiven Maßnahmen zugänglich sind. Aber auch andere Faktoren wie armutsgefährdete Lebenslagen, gering ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein und fehlende soziale Vernetzung sind an der Entstehung und Verbreitung nicht übertragbarer Krankungen beteiligt. Um diese Entwicklungen adäquat abbilden zu können, sind zusätzlich zur Erhebung der traditionellen Themen wie Krankheitsprävalenzen, Einflüsse von Risiko- und Protektivfaktoren auch Gesundheitsverhalten und Lebenslage vertiefend zu untersuchen. Für die KiGGS-Studie sind dies die Themenschwerpunkte:

Körperliche Gesundheit: Übergewicht und Adipositas, allergische Erkrankungen, chronisch somatische Krankheiten, Schmerzen, Verletzungen durch Unfälle.

Psychische Gesundheit: Psychische Auffälligkeiten, Essstörungen, ADHS, Angststörungen und Depression (für das junge Erwachsenenalter), Gewalterfahrungen, Lebensqualität.

Gesundheitsverhalten: Tabak- und Alkoholkonsum, Mediennutzung, körperlich-sportliche Aktivität, Ernährung.

Kontextfaktoren: Soziodemografie, Bildungshintergrund, Migration, biologische Risikofaktoren, psychosoziale Risikofaktoren und Ressourcen.

Die Zielstellungen für die einzelnen Themenbereiche ergeben sich aus den Hypothesen und Fragestellungen zu den jeweiligen Erhebungsgegenständen (siehe Kapitel 3).

1.3 Zielgruppen der Befragung

In KiGGS Welle 1 sollen sämtliche Teilnehmer der KiGGS-Basiserhebung (2003 – 2006) wieder in die Befragung einbezogen werden, um Aussagen über zeitliche Trends der in der KiGGS-Basisuntersuchung erhobenen Parameter zur körperlichen und psychischen Gesundheit machen sowie individuelle Gesundheitsverläufe bei den KiGGS-Teilnehmern verfolgen zu können (Längsschnittstichprobe). Zwischen dem Beginn der Erhebungszeiträume der KiGGS-Basisuntersuchung im Jahr 2003 und dem Beginn der KiGGS Welle 1 im Jahr 2009 liegen sechs Jahre. Dies bedeutet, dass die Gruppe der 12- bis 17-Jährigen der KiGGS-Basisuntersuchung zum Zeitpunkt der Wiederholungsbefragung 18 bis 24 Jahre alt ist. Damit ist erstmalig die Bevölkerungsgruppe der jungen Erwachsenen in der KiGGS-Studie vertreten. Das Altersspektrum der Stichprobe wird für die KiGGS Welle 1 in der Altersgruppe der 0- bis 6-Jährigen durch eine Aufstockung der unteren, aus der KiGGS-Stichprobe »herausgewachsenen« Jahrgänge ergänzt (Querschnittstichprobe). Die KiGGS Welle 1 ist ein reiner Befragungssurvey in Form von Telefoninterviews. Befragt werden, wie in der KiGGS-Basiserhebung, für den Altersbereich 0 bis 10 Jahre ausschließlich die Eltern, für den Altersbereich 11 bis 17 Jahre zusätzlich die Kinder und Jugendlichen selbst. Probanden, die inzwischen erwachsen sind (18 bis 24 Jahre) werden ausschließlich selbst befragt.

1.4 Erhebungsmodus

Die Interviews in der KiGGS Welle 1 werden computergestützt per Telefon (CATI: Computer Assisted Telephone Interviewing) mit der Software VOXCO durchgeführt. Die Datenerhebung erfolgt in einem zu diesem Zweck eingerichteten Telefonlabor des Robert Koch-Instituts, das über insgesamt 40 Interviewerarbeitsplätze verfügt. Die Feldarbeit im Telefonlabor wird durch wissenschaftliche Supervisoren überwacht, die auch Aufgaben in der Qualitätssicherung übernehmen. Computergestützte telefonische Interviews haben gegenüber anderen Erhebungsmethoden eine Reihe von Vorteilen, z. B.:

- Vergleichsweise geringe Erhebungskosten
- Effiziente Feldarbeit
- Effektive und zeitnahe Qualitätskontrolle der Interviews
- Automatisierte Terminverwaltung durch die Software
- Betreuung der Interviewer durch wissenschaftliche Supervisoren
- Konsistenzprüfung des Fragebogens im Prozess der Programmierung
- Automatische Fragebogenführung durch Filter und damit adressatengerechter Zuschnitt des Fragebogens

Bei telefonischen Interviews erfolgt die Kommunikation ausschließlich verbal, d. h. ohne den Einsatz visueller Hilfsmittel und ohne face-to-face-Kontakt. Daher ist bei der Konzeption des Fragebogens besonders auf Telefontauglichkeit der Fragestellungen und -formulierungen zu achten. Dies bedeutet z. B., dass komplexe Fragestellungen in möglichst kurze und eindeutig zu verstehende Segmente aufgeteilt werden müssen, um sicherzustellen, dass die Fragen am Telefon auch verstanden werden.

Um die Antworten aller Befragungspersonen valide miteinander vergleichen zu können, erfolgt das Telefoninterview in standardisierter Form. Die wichtigsten Kriterien der Standardisierung sind die professionelle Neutralität im Auftreten der Interviewer gegenüber den Probanden, das wortwörtliche Vorlesen der Fragen und Antwortkategorien, das Unterlassen wertender Feedbacks seitens der Interviewer, die non-direktive Nachfragetechnik, wenn ein Proband Schwierigkeiten hat, sich für eine Antwort zu entscheiden, das Verwenden standardisierter Hinweistexte für Erläuterungen sowie das Unterlassen des Anbietens von Antwortalternativen (z. B. ja/nein, entweder/oder). Von zentraler Bedeutung für die Verständlichkeit der Fragen und damit die Validität der Antworten ist darüber hinaus die sprachliche Präsentation. Sprechgeschwindigkeit, Deutlichkeit in der Aussprache und Betonung der Fragen im telefonischen Interview haben einen erheblichen Einfluss auf das Antwortverhalten der Probanden. Dies gilt in besonderem Maß für Interviews mit Kindern und Jugendlichen. Um ein einheitliches und vergleichbares Niveau zu erreichen, wurden die Interviewer intensiv geschult und

werden durch die wissenschaftlichen Supervisoren sowie durch die interne Qualitätssicherung einer laufenden Qualitätskontrolle ihrer Arbeit unterzogen (siehe hierzu auch Kapitel 7).

Durchführung und Abarbeitung der Sample Points

Die Abarbeitung der Untersuchungsorte (Sample Points) im Telefonlabor orientiert sich aus methodischen Gründen am Routenplan der KiGGS-Basiserhebung (für die detaillierte Beschreibung des Routenplans siehe auch Kapitel 4.3 bzw. Hölling et al. 2007). Aufgrund dieses Schemas werden Orte möglichst weit auseinander liegender Teile der Bundesrepublik hintereinander und in den drei Untersuchungsjahren in unterschiedlichen Jahresdritteln abtelefoniert. Somit ist ein weitgehender Ausschluss regionaler und saisonaler Einflüsse weiterhin gewährleistet. In der KiGGS-Basiserhebung wurden jeweils drei Sample Points pro Route für jeweils zwei Wochen von den Untersuchungsteams parallel aufgesucht (mit Ausnahme des letzten Untersuchungsjahres, in dem vier Sample Points parallel aufgesucht wurden). Daran schloss sich in der Regel eine Woche Pause an. In der KiGGS Welle 1 werden nun im Abstand von drei Wochen die Telefonnummern der Probanden einer Route (entspricht drei Sample Points, im letzten Untersuchungsjahr vier) eingespielt mit dem Ziel, diese Probanden möglichst innerhalb dieser drei Wochen zu interviewen. Hierfür bedarf es eines standardisierten Anruf- und Rückrufmanagements.

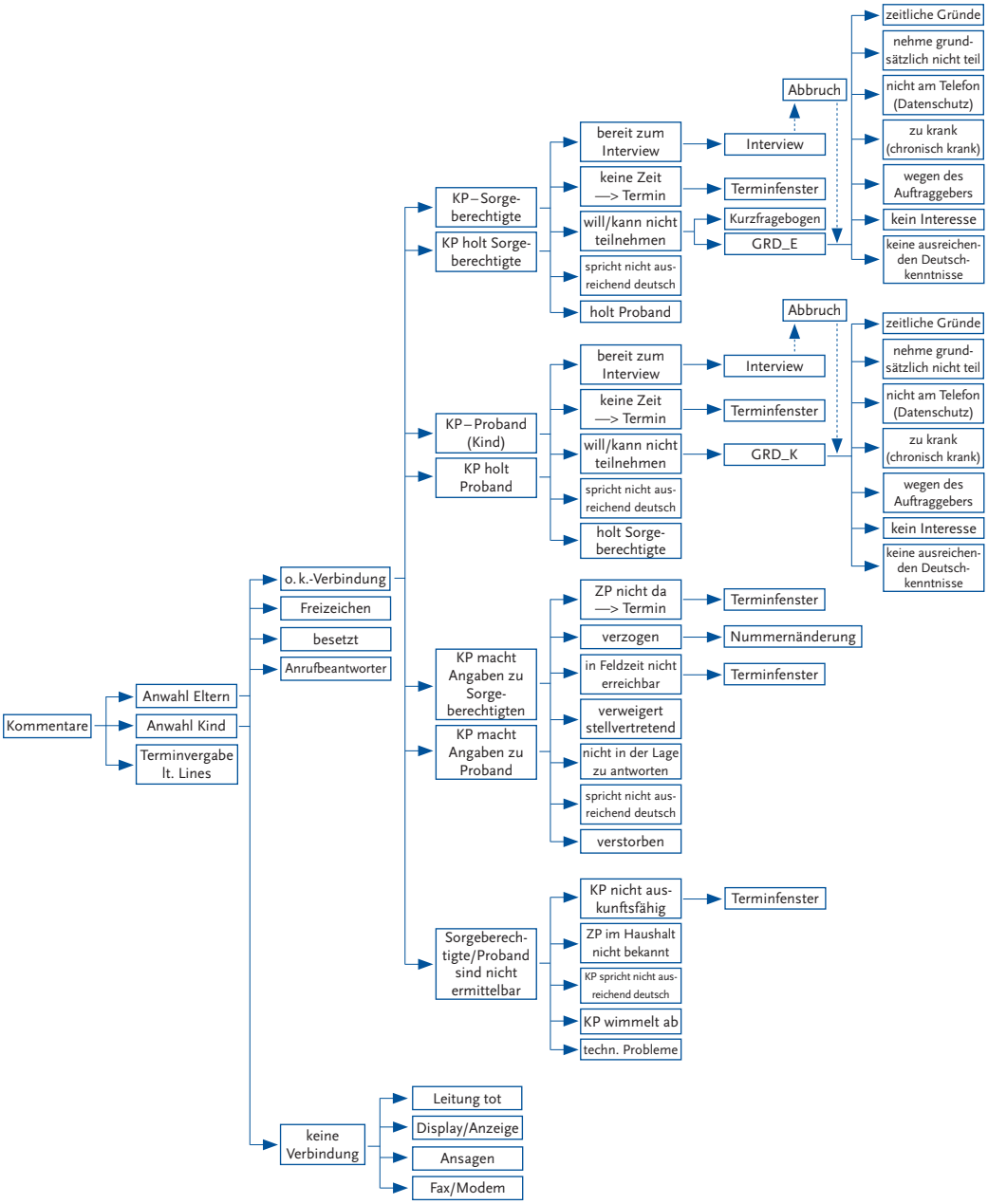
Verwaltung der Anrufergebnisse (Disposition Codes)

Das Anruf- und Rückrufmanagement muss es den Interviewern ermöglichen, Anwahlergebnisse (z. B. Freizeichen, Anrufbeantworter, Terminvereinbarung, Interviewverweigerung) einfach und schnell zuzuordnen. Das Anwahlergebnis wird durch die Interviewer codiert (sog. Disposition Codes, vgl. hierzu Abbildung 3) und dient der Steuerung der Wiedervorlage der Rufnummern nach vorher festgelegten Regeln (»Call-Back-Rules«). Die Vergabe der Disposition Codes hat darüber hinaus einen Einfluss auf die Ausschöpfungsquote (siehe auch Kapitel 4.5). Ein Anrufmanagement muss weiterhin berücksichtigen, dass die Telefonnummern an unterschiedlichen Wochentagen und zu unterschiedlichen Uhrzeiten zur Wiedervorlage erscheinen, um die Wahrscheinlichkeit eines Interviews auch mit schlechter erreichbaren Probanden zu erhöhen. Über die Rückrufverwaltung wird schließlich auch die Priorität festgelegt, mit der Telefonnummern einer aktuellen Route, die noch nicht angerufen wurden (»not used numbers«), durch die Software präsentiert werden. Das Ziel ist es, möglichst jede noch nicht angerufene Telefonnummer innerhalb der ersten Woche einer aktuellen Route anzurufen, damit alle Datensätze eine vergleichbare Chance haben, nach drei Wochen abgeschlossen oder zumindest als spätere Terminvereinbarung vermerkt zu sein. Die Aufgabe der Disposition Codes ist es, die Vielzahl möglicher Anrufergebnisse differenziert zu erfassen. Dabei ist eine akkurate Dokumentation von großer Bedeutung, da sonst z. B. Kontaktversuche mit den Probanden zu früh abgebrochen werden oder Probanden sich aufgrund von zu häufigen Anwahlversuchen belästigt fühlen können. Darüber hinaus informieren die Disposition Codes über Ergebnisse vorheriger Anwahlversuche und dienen als Variablen für methodenorientierte Analysen (z. B. Nonresponder-Analysen). Anders als in den USA liegen für den deutschsprachigen Raum bisher keine Standards für die Entwicklung von Disposition Codes vor. Für die USA gibt es die Richtlinien der American Association of Public Opinion Research (AAPOR 2004). Für die telefonischen Gesundheitssurveys am Robert Koch-Institut erfolgte eine weitestmögliche Orientierung an diesen Richtlinien.

1.5 Einbindung von Migranten

In der KiGGS-Basisuntersuchung war die Einbindung von Migranten durch ein migrantenspezifisches Oversampling gewährleistet. Darüber hinaus kamen in sechs Sprachen (türkisch, russisch, serbokroatisch, vietnamesisch, arabisch und englisch) übersetzte Einladungsschreiben und Fragebögen sowie ein Stufenmodell der Teilnahme an der Untersuchung und Befragung zum Einsatz, um auch Migranten mit eingeschränkten Kenntnissen der deutschen Sprache die Teilnahme an

Abbildung 3
Anwahlsteuerung/Disposition Codes
exemplarisch für Eltern- und Kinderinterviews (Altersbereich 6 bis 17 Jahre)



GRD_E – Gründe für Nichtteilnahme Sorgeberechtigte
GRD_K – Gründe für Nichtteilnahme Proband
KP – Kontaktperson
ZP – Zielperson

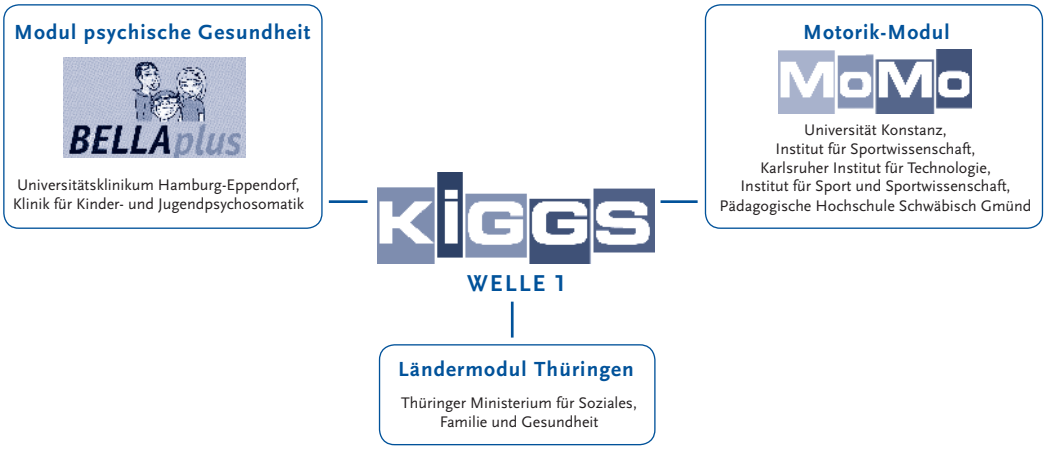
KiGGS zu ermöglichen. In KiGGS Welle 1 werden die Probanden aus Familien mit Migrationshintergrund aus der KiGGS-Basisuntersuchung ebenso wieder zur Teilnahme eingeladen. Die Teilnahme an einem Telefoninterview stellt eine gewisse Mindestanforderung an die Deutschkenntnisse der Befragungspersonen. Sprachlich bedingte Verständnisschwierigkeiten können telefonisch weniger als in einer face-to-face-Befragungssituation geklärt werden und erhöhen die Wahrscheinlichkeit von Frustrationserfahrungen, erheblich verlängerter Befragungsdauer oder Interviewabbrüchen und können dadurch zu einer beeinträchtigten Datenqualität führen. Um dennoch eine möglichst hohe Wiederteilnahmequote von Probanden und Familien mit Migrationshintergrund zu erreichen, werden diese Familien in KiGGS Welle 1 erneut mit Einladungsschreiben in ihrer Herkunftssprache (übersetzte Anschreiben in den genannten sechs Sprachen) zur Teilnahme eingeladen. Neugezogene Probanden mit Migrationshintergrund (Altersgruppe von 0 bis 6 Jahren) werden computergestützt anhand ihres Vor- und Nachnamens einer bestimmten Sprachgruppe zugeordnet. Diesen Familien werden dann Einladungsschreiben in ihrer Herkunftssprache zugesendet. Bei nicht ausreichenden Deutschkenntnissen erhalten die Familien (neugezogene ebenso wie wiederbefragte) auf Wunsch einen übersetzten schriftlichen Fragebogen, den sie zu Hause ausfüllen und dann portofrei an das RKI zurücksenden können.

1.6 Module

Das Konzept des modularen Aufbaus von Surveyerhebungen hat am Robert Koch-Institut Tradition und wurde bereits beim Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (Gesundheitswesen 1998) und bei der KiGGS-Basiserhebung (siehe Bundesgesundheitsblatt 5/6 2007) angewendet. Das Grundprinzip besteht darin, mit Unterstichproben der Studienteilnehmer, zeitlich abgekoppelt von der Kernbefragung, vertiefende Befragungen und Untersuchungen durchzuführen. Dies wird u. a. dadurch erreicht, dass Kooperationspartner die Möglichkeit erhalten, nach Vorlage und Prüfung eines inhaltlichen Konzepts mit eigenen Mitteln oder als Auftragnehmer des RKI bei den Surveyprobanden (deren Einverständnis vorausgesetzt) weitere Informationen zu erheben. Auch das Prinzip der regionalen Aufstockung der Surveystichprobe mit eigener Finanzierung ist Teil der möglichen modularen Erweiterungen des Surveys.

Wie in der KiGGS-Basisuntersuchung so wird auch in der KiGGS Welle 1 wiederum die Eckdatenerhebung von Modulstudien ergänzt, die anhand von repräsentativen Unterstichproben inhaltlich vertiefende Befragungen bzw. Untersuchungen durchführen (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4
Modularer Aufbau KiGGS Welle 1



Bei der KiGGS-Basiserhebung zwischen 2003 und 2006 gab es insgesamt fünf Modulstudien: den Kinder-Umwelt-Survey (KUS) des Umweltbundesamtes, das Modul »Psychische Gesundheit« (BELLA-Studie), das Motorik-Modul (MoMo), das Ernährungsmodul »ESKIMO« sowie das Ländermodul »Schleswig-Holstein«, bei dem durch eine Stichprobenaufstockung bundeslandbezogene Repräsentativität erreicht wurde. Nicht alle Modulstudien haben sich zu einer Fortsetzung ihrer Datenerhebungen entschieden, so dass in der KiGGS Welle 1 nur die BELLA-Studie und das Motorik-Modul fortgeführt werden. Allerdings hat sich in dieser Erhebungswelle der Freistaat Thüringen für eine regionale Stichprobenaufstockung entschieden. Um die bei Längsschnittuntersuchungen zu erwartenden Verluste von Teilnehmern aus vorangegangenen Untersuchungswellen (»loss-to-follow-up«) in den Modulstudien zu kompensieren, werden diejenigen Probanden, die in der KiGGS-Basisuntersuchung am Umweltmodul KUS teilgenommen hatten, in KiGGS Welle 1 bezüglich ihrer Teilnahmebereitschaft an einer der beiden Modulstudien, BELLA*plus* und Motorik-Modul, gefragt. Somit befinden sich jetzt auch Probanden, die zwischen 2003 und 2006 nicht an diesen Modulen teilgenommen hatten, in der jeweils aktuellen Unterstichprobe.

1.6.1 Motorik-Modul (MoMo)

Das Motorik-Modul wird im Rahmen einer BMBF-finanzierten Langzeitförderung erneut als Untersuchungssurvey durchgeführt. Wie bereits in der KiGGS-Basiserhebung bereist ein Team aus Mitarbeitern der sportwissenschaftlichen Fakultäten des Karlsruher Instituts für Technologie (KIT), der Universität Konstanz sowie der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd im Abstand von sechs Wochen die KiGGS Untersuchungsorte, in denen die telefonische Befragung bereits durchgeführt wurde und führt dort sportmotorische Tests sowie eine Befragung zu Determinanten der körperlichen Aktivität durch.

1.6.2 Modul Psychische Gesundheit (BELLA*plus*)

Als Modulstudie »BELLA*plus*« wird die vertiefende Erhebung zu Fragen der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, die ebenfalls bereits Bestandteil der KiGGS-Basiserhebung war, auch in KiGGS Welle 1 fortgeführt. Die Studie wird in Form einer telefonischen Befragung durchgeführt, bei der erstmalig auch ein psychodiagnostisches Interview (Diagnostisches Inventar für Psychische Störungen, DIPS bzw. Kinder-DIPS, Schneider et al. 2009) mit Probanden ab 13 Jahren sowie mit den Eltern (über ihre Kinder) von 4- bis 17-jährigen Probanden zum Einsatz kommt. Der Altersbereich der in die Studie einbezogenen Probanden wurde von 7 bis 17 Jahren in der Bella-Basiserhebung auf 4 bis 24 Jahre bei BELLA*plus* erweitert.

1.6.3 Landesmodul Thüringen

Das Ländermodul Thüringen hat das Ziel, für das Bundesland Thüringen repräsentative Daten zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren zu gewinnen, die vor allem im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Landes dringend benötigt werden. Im Telefonsurvey sollen Befragungen zu den für diesen Altersbereich wichtigsten gesundheitsrelevanten Themen durchgeführt werden: Akute und chronische Krankheiten, Schmerzen, Behinderung, Unfälle, Inanspruchnahme stationärer und ambulanter medizinischer Leistungen, Lebensqualität, Risikoverhalten sowie Lebensbedingungen einschließlich Sozialstatus. Ingesamt werden zu den 9 Thüringer KiGGS Sample Points ca. 4.200 Kinder und Jugendliche in 27 zusätzlich ausgewählten Sample Points einbezogen.

Literatur

American Association of Public Opinion Research (AAPOR) (2004) Standard Definitions: Final Disposition Codes and Outcome Rates for Surveys. American Association for Public Opinion Research, Lenexa, Kansas

Bellach BM (1998) Der Bundes-Gesundheitssurvey 1997/98. Schwerpunkt: Bundes-Gesundheitssurvey – Ziele, Aufbau, Kooperationspartner 1997/98. Das Gesundheitswesen 60 (Sonderheft): S59–S68

Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz (2007) Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). 50 (5/6): 529–910

Das Gesundheitswesen (1998) Bundes-Gesundheitssurvey – Ziele, Aufbau, Kooperationspartner 1997/98 (Schwerpunkt) (Sonderheft): S59–S114

Das Gesundheitswesen (2002) Schwerpunkt: Kinder- und Jugendgesundheitssurvey: Konzept, Ziele, Inhalte, Instrumente, Pretest. 64 (Sonderheft): S1–S130

Hölling H, Kamtsiuris P, Lange M et al. (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS): Studienmanagement und Durchführung der Feldarbeit. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 557–566

Kurth BM (2008) Zum aktuellen Stand eines Gesundheitsmonitoringssystems am Robert Koch-Institut. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg) Statistik und Wissenschaft. Datengrundlagen für die Gesundheitsforschung in Deutschland. Wiesbaden, Band 9, S 34–36

Kurth BM, Lange C, Kamtsiuris P et al. (2009) Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Sachstand und Perspektiven. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 52 (5): 557–570

Kurth BM, Ziese T (2006) Die Epidemiologie von Gesundheit und Krankheit. In: Hurrelmann K, Laaser U, Razum O (2006) Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4. vollständig überarbeitete Auflage. Juventa Verlag, Weinheim und München, S 483–510

Kurth BM, Ziese T, Tiemann F (2005) Gesundheitsmonitoring auf Bundesebene. Ansätze und Perspektiven. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 48 (3): 261–272

Palfrey JS, Tonniges TF, Green M (2005) Introduction: Adressing the Millenial Morbidity – The Context of Community Pediatrics. Pediatrics 115: 1121–1123

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) 2003 – 2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) DEGS – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Projektbeschreibung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2011) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

Schneider S, Unnewehr S, Margraf J (2009) Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS). Springer, Berlin

2 Konzeption

2.1 Kriterien der Themenauswahl

Im Rahmen der Konzeption des bundesweiten Gesundheitsmonitorings war im Robert Koch-Institut auf der Basis bestehender und bewährter Modelle ein spezifisch auf Gesundheitssurveys adaptiertes Priorisierungskonzept für die Themenauswahl erarbeitet worden. Es fußt auf den Hauptkriterien »Angemessenheit«, »Relevanz«, »Messbarkeit«, »Machbarkeit« und (potenzielle) »Nutzbarkeit« der Daten. Diese Aspekte umfassen eine Reihe von Unterpunkten, die anhand von Kriterienlisten jeweils überprüft und in eine Gesamtbewertung eingehen sollten. Dieses Vorgehen sollte gewährleisten, Wünschenswertes von Notwendigem zu unterscheiden, um soweit wie möglich objektive Maßstäbe an die Stelle subjektiv erzielter Aushandlungsergebnisse zu setzen, da Informationsbedarfe und die daraus resultierenden Wünsche schnell die zeitlichen, finanziellen oder organisatorischen Möglichkeiten eines Surveys überschreiten. Anders als bei der teilweisen oder völligen Neukonzipierung eines Surveys waren für die KiGGS Welle 1 aufgrund des längsschnittlichen Ansatzes die Themen und Instrumente weitgehend schon im Vorhinein festgelegt. Die Inhalte und thematischen Schwerpunkte der Befragung in der KiGGS Welle 1 erstrecken sich in der Regel auf die bereits in der KiGGS-Basisuntersuchung erfassten Indikatoren als Eckwerte zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Gesundheitliche Lage, Befinden, Lebensqualität, Krankheiten, Unfallverletzungen, Schmerzen, psychische Gesundheit einschließlich Schutz- und Risikofaktoren für eine gesunde psychische Entwicklung, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, gesundheitsrelevanter Lebensstil, Risikoverhalten, Lebensbedingungen, Soziodemografie und Sozialstatus. Um die Vergleichbarkeit der Daten der KiGGS-Basisuntersuchung mit den Daten der KiGGS Welle 1 für Trend- und Verlaufsanalysen zu gewährleisten, wurde ein möglichst großer Teil der Befragungsinstrumente beibehalten. Allerdings erzwang der mit dem Wechsel von der schriftlichen Befragung zum telefonischen Interview verbundene engere zeitliche Rahmen der Befragung bei einigen Themen eine Konzentration auf wichtige Kernbereiche. Zum Teil mussten die Befragungsinstrumente auch an den Modus der telefonischen Erhebung angepasst werden, womit im Einzelfall (möglichst geringfügige) Modifikationen des Instruments verbunden sein konnten. Auch sind bestimmte Erhebungen im telefonischen Interview nur eingeschränkt durchführbar. So wurde z. B. die Arzneimittelerhebung (mit Ausnahme weniger Indikationen) auf die nächste Befragungswelle (Start voraussichtlich 2013) verschoben, bei der es wieder einen Untersuchungsteil sowie ein CAPI (Computer Assisted Personal Interview) mit einem Studienarzt geben wird. Darüber hinaus wurden Erfahrungen mit dem Fragebogen aus der Feldarbeit und den Auswertungen der KiGGS-Basisuntersuchung für die Entwicklung des Fragebogens der KiGGS Welle 1 nutzbar gemacht. Dies hatte zur Folge, dass bei einigen Themen auch Aspekte und Fragestellungen, die in der KiGGS-Basisuntersuchung nicht berücksichtigt waren, zusätzlich in den Fragebogen aufgenommen wurden. Ebenso war die Gruppe der jungen Erwachsenen bislang nicht in der KiGGS-Studie vertreten. Daher waren dort, wo adoleszenzspezifische Fragebogeninstrumente aus der KiGGS-Basisuntersuchung für diese Altersgruppe nicht mehr eingesetzt werden konnten, neue Befragungsinstrumente zu akquirieren und in die Studie zu integrieren. Da diese Altersgruppe auch in den weiteren RKI-Studien des Gesundheitsmonitorings, GEDA und DEGS, vertreten ist, war die Vergleichbarkeit mit den GEDA- bzw. DEGS-Erhebungen ein wichtiges Kriterium für die Instrumentenauswahl.

2.2 Fragebogenentwicklung

Die KiGGS Welle 1-Fragebögen wurden im Zeitraum von zwei Jahren in enger Zusammenarbeit von inhaltlich beteiligten Wissenschaftlern und Methodikern des Robert Koch-Instituts sowie unter Einbeziehung externer Experten entwickelt und in zwei Pretesten (siehe Kapitel 2.4) getestet. Dabei waren neben Inhalten und Instrumenten aus den KiGGS-Basisfragebögen auch Inhalte aus dem computergestützten ärztlichen Interview (CAPI) und den Ernährungsfragebögen zu

berücksichtigen. Entwicklungsbedingt treffen nicht für alle Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen die gleichen Fragestellungen zu. In der KiGGS-Basisuntersuchung kamen insgesamt sieben altersangepasste schriftliche Gesundheitsfragebögen, fünf für die Eltern (Altersgruppen 0 bis 2 Jahre, 3 bis 6 Jahre, 7 bis 10 Jahre, 11 bis 13 Jahre und 14 bis 17 Jahre), zwei Kinder- und Jugendlichenfragebögen (Altersgruppen 11 bis 13 Jahre und 14 bis 17 Jahre) sowie zwei Ernährungsfragebögen (für Eltern und Kinder und Jugendliche von 11 bis 17 Jahren) zum Einsatz. In der KiGGS Welle 1 wird diese Altersdifferenzierung beibehalten und über Filterführungen bei der Fragebogenprogrammierung realisiert.

Für die Überarbeitung der Fragebögen wurde unter Berücksichtigung der besonderen Befragungssituation im telefonischen Interview ein Priorisierungskonzept erarbeitet, das anhand folgender Prüfkriterien eine Bewertung der jeweiligen Inhalte ermöglichen sollte:

- *Angemessenheit (in der telefonischen Befragung):* Thema im telefonischen Interview erhebbar (-> sensitive Fragen); keine ethischen oder moralischen Bedenken; Vermeidung von Doppelerhebungen;

Tabelle 1
Prüfkriterien für die Themenauswahl in KiGGS Welle 1

I. Probandensicht	Konsequenzen
Verständnis für die Anliegen der Folgebefragung	Plausible Fragestellungen
Akzeptanz	Nachvollziehbare Befragungsinhalte; keine Abschreckung durch sensitive Befragungsinhalte
Verständlichkeit	Berücksichtigung der kognitiven Prozesse des Probanden bei der Beantwortung von Fragen (insbesondere bei der Befragung am Telefon): Verstehen, Erinnern, Beurteilen, Beantworten
Telefontauglichkeit	Reduktion von Komplexität in Fragestellungen; ggf. Aufsplittung komplexer Fragebatterien in Einzelfragen
II. Public-Health-Interesse	
Abdeckung der wichtigsten Gesundheitsprobleme des Kindes- und Jugendalters	Prüfung des Themenspektrums; ggf. Erweiterung
Aussagen zu zeitlichen Trends	Fortführung der Kernindikatoren aus der KiGGS-Basisuntersuchung
Erkennen von kausalen (zumindest zeitlichen) Abfolgen von Risiken -> Outcome	Prüfung der Einbeziehung neuer, ggf. noch nicht berücksichtigter Outcomes; dazu Hypothesenformulierung
Beschreibung individueller Gesundheitsverläufe; Präventionsansätze	
III. Gesundheitspolitisches Interesse	
Evaluation gesundheitspolitischer Maßnahmen (2003 bis 2009)	Abdeckung der Themenfelder, die in der KiGGS-Basisuntersuchung Anlass zu gesundheitspolitischen Maßnahmen gegeben haben
Gesundheitskosten	Im Rahmen eines Surveys nur partiell abbildbar; Abgleich mit der GBE-Krankheitskostenrechnung erforderlich
Identifikation gesundheitspolitisch relevanter Gesundheitsprobleme (Trends, Verläufe)	Kontinuierliches Monitoring eines Sets von Risikofaktoren, um Trendveränderungen zu erkennen, die gesundheitspolitisches Handeln erforderlich machen
IV. Forschungsinteresse	
Überprüfung von Hypothesen zur Ätiologie von Krankheiten	Parameter, die neu in die wissenschaftliche Diskussion gekommen sind, integrieren
Entwicklung neuer Befragungsinstrumente	Z.T. für die Gruppe der jungen Erwachsenen erforderlich
Prognosen zum Morbiditätsgeschehen	Schnittstellen zu weiteren Datenquellen schaffen

- *Relevanz:* Zu erwartende Dynamik der Prävalenz (entweder durch generellen Trend oder bedingt durch Wachstum und Entwicklung); Public-Health-Relevanz, gesundheitspolitisches Interesse; internationale Anforderungen zum Thema; Beeinflussbarkeit (z. B. durch Prävention);
- *Messbarkeit:* Verfügbarkeit (international) standardisierter Messinstrumente, Telefontauglichkeit der Messinstrumente;
- *Machbarkeit:* Inhaltliche Akzeptanz bei den Probanden; Verständlichkeit in der telefonischen Interviewsituation, Zeitkriterium (Dauer der Abfrage im telefonischen Setting);
- *Ausgewogenheit:* Ausgewogenheit der Gewichtung der Themen im gesamten Interview;
- *Vollständigkeit:* Wichtige, bislang unberücksichtigte Themen/Fragestellungen; Gewährleistung der Beibehaltung bestimmter Informationen als Störgrößen (Confounder) für die analytischen Auswertungen;
- *Vergleichbarkeit:* Internationale Vergleichbarkeit der Indikatoren; Vergleichbarkeit der KiGGS-Daten mit den anderen Monitoring-Surveys (DEGS- und GEDA-Erhebung; nur Altersgruppe junge Erwachsene);
- *Nutzbarkeit:* Nutzbarkeit der Daten für Akteure im Gesundheitssystem; Nutzbarkeit der Daten in Hinblick auf die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit; Nutzbarkeit der Daten für die Wissenschaft.

In einem nächsten Schritt wurden die Themen zusätzlich zu den genannten Kriterien noch einmal unter den vier in Tabelle 1 aufgeführten Blickwinkeln kritisch überprüft. Anhand dieser Gesichtspunkte sind die Themen und Fragenkomplexe in Kapitel 3 einzeln aufbereitet.

2.3 Expertenkonsultationen

Die Projektentwicklung von KiGGS Welle 1 hat mehrere Phasen durchlaufen. Zunächst wurden die Themen der KiGGS-Basisuntersuchung gesichtet und anhand des oben genannten Kriterienkatalogs für eine Aufnahme in den KiGGS Welle 1-Fragebogen geprüft, dazu das Votum der jeweiligen thematisch verantwortlichen Fachexperten des Robert Koch-Instituts eingeholt. Bei einigen Themen war aufgrund mangelnder Telefontauglichkeit ein Instrumentenwechsel erforderlich. Darüber hinaus wurden auch zusätzliche Inhalte in die Befragung aufgenommen. Eine interne Steuerungsgruppe bewertete abschließend die Vorschläge und sprach die Empfehlung für eine Übernahme in die KiGGS Welle 1-Fragebögen aus. In Anhang B finden sich Übersichten zu den Indikatoren und Instrumenten der KiGGS Welle 1. Während der gesamten Entwicklungszeit des Projekts wurde Rücksprache mit externen Experten sowohl zu inhaltlichen Fragestellungen als auch zum Einsatz geprüfter Instrumente genommen. Für ihre Unterstützung, mit der sie zum Entstehen der KiGGS Welle 1 in der jetzigen Form beigetragen haben, sind wir u. a. folgenden Experten zu Dank verpflichtet:

- *Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Huss,* Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Universität Mainz
- *Dr. med. Gabriele Elsäßer,* Landesgesundheitsamt Brandenburg, Zossen
- *Dr. med. Heidrun Kahl,* Berlin
- *Prof. Dr. Franz Petermann,* Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen
- *Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer MPH,* Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Hamburg
- *Prof. Dr. med. Hans G. Schlack,* Bonn
- *Dr. Stefanie Sperlich,* Zentrum für Öffentliche Gesundheitspflege, Medizinische Hochschule Hannover
- *Prof. Dr. med. Ute Thyen,* Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universität zu Lübeck
- *Prof. Dr. Alexander Woll,* Institut für Sportwissenschaft, Universität Konstanz

2.4 Preteste, Ethik

Mit Zustimmung der Ethikkommission des Charité-Virchow-Klinikums, Berlin, und der Datenschutzbeauftragten der Länder Berlin, Brandenburg und Niedersachsen wurden in den Jahren 2007 und 2008 zwei Preteste durchgeführt, bei denen Machbarkeit, technische Durchführbarkeit, Probandenzugang, Akzeptanz, maximale Befragungsdauer, Befragungsalter und Telefoneignung der Instrumente empirisch überprüft wurden. Für den ersten Pretest im Februar 2007 wurden Probanden aus der Preteststichprobe der KiGGS-Basisuntersuchung aus insgesamt vier Sample Points, zwei in Berlin (Ost/West) und jeweils einer in ländlichen Gebieten in Brandenburg und Niedersachsen, erneut befragt; insgesamt 316 Probanden nahmen teil. Für den zweiten Pretest im Juni 2008 wurde eine Schulstichprobe der katholischen St.-Franziskus-Schule, Berlin, der Klassenstufen 1 bis 10 herangezogen (n=154). Zur Überprüfung der Verständlichkeit des Fragebogens war jedem der beiden Preteste ein qualitatives Cognitive Debriefing sowie eine semiquantitative Zufriedenheitsbefragung nachgeschaltet, bei denen die Probanden im Anschluss an die Befragung gebeten wurden, Probleme mit einzelnen Teilen bzw. Items des Fragebogens bzw. ihre Meinung zu äußern. Dies war insbesondere auch für die sogenannten sensitiven Bereiche der Fragebögen wie Gewalterfahrungen oder die Diagnose einer psychischen Störung von Bedeutung. Die Ergebnisse beider Preteste sowie der angeschlossenen Cognitive Debriefings und der Zufriedenheitsbefragung gingen in die weitere Fragebogenentwicklung sowie die technische Umsetzung der Befragung ein. Ein wichtiges Ergebnis der Preteste war, dass von einem zunächst angedachten Befragungsalter ab 8 Jahren abgesehen wurde, da Kinder in diesem Alter zu häufig Verständnisschwierigkeiten in der telefonischen Befragung hatten. Als maximal tolerierbare Befragungsdauer stellten sich 45 Minuten für das Erwachsenenalter und 30 Minuten für das Kindes- und Jugendalter ab 11 Jahren heraus. Hinweise auf generelle Akzeptanzprobleme für sensitive Fragestellungen ergaben sich aus den Pretesten nicht.

Für das Hauptfeld der Studie wurde ein Amendment zum Ethikantrag der KiGGS-Basisuntersuchung bei der zuständigen Ethikkommission der Charité Universitätsmedizin, Berlin, eingereicht. Die Durchführung der Studie wurde vom Bundesbeauftragten für den Datenschutz nach Prüfung genehmigt. Darüber hinaus wurden die jeweiligen Datenschutzbeauftragten der Bundesländer nach dem Votum des Bundesdatenschützers nachrichtlich über die Durchführung der Studie informiert.

3 Themen

3.1 Nicht übertragbare körperliche Krankheiten und Risikofaktoren

3.1.1 Adipositas

- Selbstangabe zu Körperlänge, -gewicht und zum letzten Messzeitpunkt
- Körperselbstbild
- Messwerte zu Körperlänge, Körpergewicht, Taillen- und Hüftumfang aus dem Motorik-Modul

Integration im Telefonsurvey: Bedingte Anschlussfähigkeit zur KiGGS-Basiserhebung (wegen des Wechsels zu Selbstangaben und beim Vergleich der Selbstangaben wegen des Wechsels von face-to-face zu telefonischer Befragung) gewährleistet, unerlässliche Ergänzung zu Krankheitsangaben und Verhaltensvariablen.

Akzeptanz durch Probanden: Thematik im Rahmen eines Gesundheitssurveys nachvollziehbar, zeitlicher Aufwand zumutbar.

Public-Health-Relevanz: Übergewicht und Adipositas erweisen sich als wachsendes Problem bei Kindern und Jugendlichen. Sowohl objektives Übergewicht als auch die subjektive Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit dem eigenen Körperbild beeinflussen die Lebensqualität und die Effektivität von Gewichtsregulierungsmaßnahmen. Extremes Übergewicht kann bei Kindern und Jugendlichen zu sozialer Ausgrenzung und geringerer Teilnahme an sportlichen Aktivitäten führen. Schon im Kindesalter gehen Übergewicht und Adipositas mit erhöhtem Blutdruck einher. Längerfristige Auswirkungen von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter sind Herz-Kreislauf- und andere Erkrankungen. Nationale Surveys sind die einzige Quelle für verlässliche und repräsentative Daten zur Verbreitung und Verteilung von Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Sie ermöglichen: Bevölkerungsbezogene Referenzdaten zur Verbreitung von Übergewicht und Adipositas nach Alter und Geschlecht in Deutschland – Status Quo, Trendanalysen und individuelle Verläufe; Informationen zur Übereinstimmung zwischen Körperselbstbild und Selbstangaben zu Größe und Gewicht; Informationen zu Problembewusstsein und ungenutztem Präventionspotenzial in der Bevölkerung.

Gesundheitspolitisches Interesse: Kern einer bevölkerungsbezogenen Evaluation von gesundheitsfördernden Maßnahmen und Interventionsangeboten zur Gewichtskontrolle bzw. -reduktion.

Forschungsinteresse: Datengrundlage für Trendanalysen, Evaluationsstudien, prognostische Modelle, Anwendung der aus der KiGGS-Basiserhebung gewonnenen Korrekturformel zur Erhöhung der Validität der Selbstangaben

Erhebungsmodus: Befragung zu Körpergröße und -gewicht sowie zum letzten Messzeitpunkt, Körperselbstbild: bis 10 Jahre über die Eltern, ab 11 Jahren bei den Kindern und Jugendlichen selbst. Für eine repräsentative Unterstichprobe (Teilnehmer des Motorik-Moduls) werden Größe, Körpergewicht, Taillen- und Hüftumfang gemessen. Mithilfe dieser Messwerte lassen sich die Angaben der Probanden validieren.

Fragestellungen, Hypothesen:

- Wie stellt sich die aktuelle Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen nach Alter und Geschlecht basierend auf Selbstangaben dar?
- Wie ist die kumulative Inzidenz von Übergewicht und Adipositas im Zeitraum seit der KiGGS-Basiserhebung?
- Wie sieht die Entwicklung der Adipositas im Altersverlauf aus (siehe Befund der KiGGS-Basisuntersuchung, dass im Grundschulalter ein starker Anstieg der Adipositasprävalenz stattfindet)?

Literatur

Kleiser C, Schaffrath Rosario A, Mensink G et al. (2009) Potential determinants of obesity among children and adolescents in Germany: results from the cross-sectional KiGGS study. BMC Public Health 9: 46

Kurth BM, Ellert U (2008) Perceived or True Obesity: Which Causes More Suffering in Adolescents?: Findings of the

German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). Dtsch Arztebl Int 105 (23): 406–412; Epub 2008 Jun 6

Kurth BM, Ellert U (2010) Estimated and measured BMI and self perceived body image of adolescents in Germany: Part 1: General implications for correcting prevalence estimations of overweight and obesity. Obesity facts 3 (3): 181–190

Kurth BM, Schaffrath Rosario A (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 736–743

Schaffrath Rosario A, Kurth BM, Stolzenberg H et al. (2010) Body mass index percentiles for children and adolescents in Germany based on a nationally representative sample (KiGGS 2003–2006). Eur J Clin Nutr 64 (4): 341–349

3.1.2 Allergische Erkrankungen

Ärztliche Diagnose (Punktprävalenz, 12-Monats-Prävalenz, Inzidenz und Medikation in den letzten 12 Monaten) von

- Heuschnupfen/allergischem Schnupfen/ allergischer Bindehautentzündung
- Neurodermitis/atopischer Dermatitis/ endogenem Ekzem
- Asthma bronchiale
- Insektenstichallergie
- Allergischem Kontaktekzem

Integration im Telefonsurvey: Gestiegene Prävalenzen in den letzten Jahrzehnten; Vergleich mit den Daten der KiGGS-Basiserhebung möglich, da diese fortgeführt bzw. ergänzt werden.

Akzeptanz durch Probanden: Die Thematik ist im Rahmen eines Gesundheitssurveys nachvollziehbar; der zeitliche Aufwand ist zumutbar.

Public-Health-Relevanz: Allergische Erkrankungen stellen eines der häufigsten chronischen Gesundheitsprobleme im Kindes- und Jugendalter dar. Für die betroffenen Kinder und deren Familien können Allergien zu erheblichen Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben führen. Dies gilt insbesondere für die Gruppe der atopischen Erkrankungen: allergische Rhinokonjuktivitis (Heuschnupfen), atopisches Ekzem (Neurodermitis) und Asthma bronchiale, die familiär gehäuft auftreten. Daneben sind aber auch Insektenstichallergien und Kontaktallergien von Bedeutung.

Gesundheitspolitisches Interesse: Bei allergischen Erkrankungen im Kindesalter ist zu beachten, dass sich in dieser Zeit Allergien häufig noch entwickeln, aber auch zurückbilden können. Weiterhin treten bestimmte allergische Erkrankungen eher im Kleinkindalter auf. Der Anstieg im Auftreten allergischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland in den letzten Jahren wirft die Frage auf, wie hoch der Anteil von Kindern und Jugendlichen aktuell ist, die an Allergien leiden und wie hoch die Neuerkran-

kungsrate ist. Darüber hinaus besteht ein wichtiges Forschungsinteresse darin, in welchem Ausmaß ein sogenannter »Etagenwechsel« (Übergreifen einer Erkrankung der oberen Atemwege (Nasen-Rachenraum) auf die unteren Atemwege (Bronchien, Lungenparenchym) stattfindet und wodurch das Auftreten von Allergien determiniert ist. Die KiGGS-Basiserhebung zeigte, dass bei 10,7 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren ein Heuschnupfen vorlag. Die Lebenszeitprävalenz von Neurodermitis betrug 13,2 % und die von Asthma bronchiale 4,7 %. Insgesamt litten 22,9 % aller Kinder und Jugendlichen an mindestens einer der drei atopischen Erkrankungen. Jungen waren etwas häufiger betroffen als Mädchen; Ost-West-Unterschiede fanden sich kaum.

Forschungsinteresse: Trends der Prävalenzentwicklung verschiedener allergischer Erkrankungen differenziert nach Alter, Geschlecht, Ost- und Westdeutschland, Sozial- und Migrationsstatus sowie ländlichem oder städtischem Wohnumfeld. Entwicklung allergischer Erkrankungen über die Zeit (Inzidenz). Bedeutung von protektiven und Risikofaktoren (Zusammenhangsanalysen), Kohortenanalysen.

Erhebungsmodus: Telefonische Befragung zu ärztlich festgestellten allergischen Erkrankungen bei allen KiGGS-Teilnehmern und ärztlich festgestellten Erkrankungen seit der letzten KiGGS-Erhebung bei KiGGS-Teilnehmern ab 6 Jahren (Elternbefragung und Befragung aller Kinder und Jugendlichen von 11 bis 17 Jahren sowie Befragung aller Volljährigen ab 18 Jahren).

Fragestellungen, Hypothesen:

- Wie hoch ist die Prävalenz allergischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen auch hinsichtlich Alter und Geschlecht, ihrem Wohnort und -umfeld, ihres Sozial- und Migrationsstatus?
- Wie hoch ist die Inzidenz allergischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen?
- Wodurch sind allergische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter determiniert? Wie entwickeln sich allergische Erkrankungen im Zeitverlauf?
- In welchem Umfang erfolgt die Medikation?

Literatur

Kapoor R, Menon C, Hoffstad O et al. (2008) The prevalence of atopic triad in children with physician-confirmed atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol 58: 68–73

Martel MJ, Rey E, Malo JL et al. (2008) Determinants of the incidence of childhood asthma: a two-stage case-control study. Am J Epidemiol 169: 195–205

Schäfer T, Borowski C, Reese I et al. (2008) Systematic review and evidence-based consensus guideline on prevention of allergy and atopic eczema of the German Network on Allergy Prevention (ABAP). Minerva Pediatrica 60: 313–325

Schernhammer ES, Vutuc C, Waldhor T et al. (2008) Time trends of the prevalence of asthma and allergic disease in Austrian children. Pediatr Allergy Immunol 19: 125–131

Schlaud M, Atzpodien K, Thierfelder W (2007) Allergische Erkrankungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 701–710

3.1.3 Chronische somatische Krankheiten

- Epileptische Anfälle
- Fieberkrämpfe
- Diabetes
- Wirbelsäulenverkrümmung (Skoliose)
- Migräne
- Herzkrankheiten

Zu allergischen Erkrankungen siehe Abschnitt 3.1.2.

Integration im Telefonsurvey: Die Befragung führt die KiGGS-Basiserhebung fort und ergänzt diese in Teilaspekten.

Akzeptanz durch Probanden: Die Thematik ist im Rahmen eines Gesundheitssurveys nachvollziehbar, der zeitliche Aufwand ist zumutbar.

Public-Health-Relevanz: Chronische somatische Erkrankungen sind zwar im Kindes- und Jugendalter seltener als im Erwachsenenalter, jedoch ist ca. ein Viertel aller Familien davon betroffen, dass ein Kind eine chronische Krankheit hat. Chronische somatische Krankheiten können für die Betroffenen und deren Familien zu erheblichen Beeinträchtigungen führen. So kann bei Eltern mit einer chronischen Krankheit des Kindes die Sorge verbunden sein, dass das Kind niemals ganz gesund wird und lebenslang von medizinischer Behandlung abhängig bleibt. Chronisch kranke Kinder können sich aufgrund von Pflege- oder Behandlungsmaßnahmen in einer Sonderrolle fühlen. Eine eingeschränkte gesundheitsbezogene Lebensqualität, psychische Probleme sowie Akzeptanzprobleme bei Gleichaltrigen sind häufig mit einer chronischen Krankheit verbunden. Häufig bestehen chronische Krankheiten und mögliche, damit einher gehende psychosoziale Belastungen im Erwachsenenalter fort.

Gesundheitspolitisches Interesse: Nach den allergischen Erkrankungen gehören Skoliose, Migräne, Herzkrankheiten und epileptische Anfälle zu den häufigsten chronischen somatischen Krankheiten im Kindesalter. Zudem sind diese Erkrankungen bzw. ihre Folgen auch im Erwachsenenalter von Bedeutung. Für die Planung im Gesundheitswesen sind verlässliche Informationen zum Krankheitsgeschehen bezüglich chronischer somatischer Krankheiten unerlässlich.

Forschungsinteresse: Für die chronischen somatischen Krankheiten werden die Lebenszeitprävalenz, die Arztdiagnose, das Alter bei Arztdiagnose, die 12-Monats-Prävalenz und die Einnahme von Medikamenten erfasst. Für Migräne wird nur die Lebenszeitprävalenz und das Erkrankungsalter ab dem Alter von 10 Jahren erfasst. Fieberkrämpfe werden in der Altersgruppe 0 bis 10 Jahre erfragt, Herzkrankheiten in der Altersgruppe 0 bis 6 Jahre. Epileptische Anfälle, Diabetes und Skoliose werden für Kinder ab 7 Jahren erfragt. Die KiGGS Welle 1-Daten bilden die Grundlage zur Abschätzung von Prävalenzen und Inzidenzen der erfassten Krankheiten sowie für Zusammenhangsanalysen mit Risikofaktoren.

Erhebungsmodus: Telefonisches Interview mit Eltern von 0- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen.

Fragestellungen, Hypothesen:

- Wie hoch sind Inzidenz und Prävalenz der genannten nicht übertragbaren Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen?
- Persistieren diese Erkrankungen im Zeitverlauf?
- Welche Lebensqualität haben Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen?

Literatur

Kamtsiuris P, Atzpodien K, Ellert U et al. (2007) Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 686–700

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2004) Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

Hölling H, Schlack R, Kurth BM (2010) Kinder – Familien – Gesundheit: Fakten und Zahlen aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: Collatz J (Hrsg) Familienmedizin in Deutschland. Notwendigkeit, Dilemma, Perspektiven. Pabst Sience Publishers, Lengerich

3.1.4 Verletzungen durch Unfälle/Vergiftungen; Schwimmfähigkeit

- Unbeabsichtigte, ärztlich behandlungsbedürftige Verletzung (Unfall, Vergiftung) in den letzten 12 Monaten: Prävalenz und individuelle Häufigkeit
- Letzte unbeabsichtigte, ärztlich behandlungsbedürftige Verletzung (Unfall, Vergiftung): Unfallort, Produktbeteiligung
- Unbeabsichtigte, ärztlich behandlungsbedürftige Verletzung durch Verkehrsunfall: Art der Verkehrsbeteiligung; Dauer des Führerscheinbesitzes (nur volljährige Probanden)
- Schwimmfähigkeit, Alter bei Erlangen der Schwimmfähigkeit

Integration im Telefonsurvey: Die Fragen zu ärztlich behandlungsbedürftigen Unfallverletzungen und Vergiftungen (»unbeabsichtigte Verletzungen«) werden allen Altersgruppen gestellt (Elterninterview und volljährige Probanden) und umfassen die 12-Monats-Prävalenz, Anzahl der Unfälle im vergangenen Jahr, Ort des letzten Unfalls bzw. Dauer einer etwaigen stationären Behandlung sowie Beteiligung von Produkten am letzten Unfall. Die Instrumente wurden teilweise bereits in der KiGGS-Basiserhebung eingesetzt, so dass vergleichende Auswertungen möglich sind. Bei Angabe einer Unfallverletzung auf einem öffentlichen Verkehrsweg erhalten Volljährige vertiefende Fragen zur Art der Verkehrsbeteiligung (z. B. als Kraftfahrer). Im Elterninterview (bei Kindern ab 5 Jahren) und im Interview mit den 11- bis 17-Jährigen werden erstmals Angaben zur Schwimmfähigkeit erhoben.

Akzeptanz durch Probanden: Unfälle und Vergiftungen sind im öffentlichen Diskurs als Gesundheitsrisiko präsent. Im Pretest hatten sich die getesteten Fragen als praktikabel und verständlich erwiesen, Akzeptanzprobleme sind nicht zu erwarten.

Public-Health-Relevanz: Verletzungen gehören im Kindes- und Jugendalter zu den häufigsten Anlässen für eine stationäre ärztliche Behandlung. 18 % der stationären Behandlungen der 1- bis 19-Jährigen erfolgten im Jahr 2008 wegen einer Verletzung. Ab dem zweiten Lebensjahr stellen, neben den Neubildungen, Verletzungen die häufigste Todesursache dar, bei Jugendlichen, jungen Erwachsenen und Fahranfängern insbesondere durch Verkehrsunfälle. Angesichts möglicher weitreichender Folgen wie Behinderungen, Verlust von Entwicklungschancen und Lebensqualität, vor allem aber angesichts der potenziellen Vermeidbarkeit von Unfällen (und damit von daraus resultierenden Verletzungen) kommen den Unfallverletzungen und akzidentellen Vergiftungen aus Public-Health-Sicht große Bedeutung zu. Schwimmfähigkeit kann als Schutzfaktor (allgemein: körperliche Aktivität; speziell: Reduzierung von Ertrinkungsunfällen) angesehen werden. Insofern ist eine Abschätzung der Nichtschwimmerquote bei Kindern und Jugendlichen sinnvoll. Hinweise auf geringe Schwimmkompetenz, spätes Erlernen bzw. deutliche Gruppenunterschiede erfordern bzw. rechtfertigen die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen.

Gesundheitspolitisches Interesse: Unfallverletzungen verursachen direkte und indirekte, finanzielle wie immaterielle Kosten. Da sie zu den potenziell vermeidbaren Gesundheitsrisiken gehören, besteht ein großes Interesse daran, Ursachen und Einflussfaktoren von Unfällen und daraus resultierenden Verletzungen zu identifizieren und wirksame Präventionsstrategien zu entwickeln. Die Datenlage zu unfallbedingten (»nicht beabsichtigten«) Verletzungen ist nach wie vor lückenhaft. Im Gegensatz zu z. B. unfallbedingten Todesfällen, die in der amtlichen Todesursachenstatistik abgebildet werden, gibt es in Deutschland keine standardisierte Erfassung von (nicht-tödlichen) Unfallverletzungen. Vor allem für den Heim- und Freizeitbereich, häufigster Unfallort im Kleinkindalter, gibt es kaum belastbare Daten. Bevölkerungsbezogene repräsentative Surveys ermöglichen eine Abschätzung der Verletzungsprävalenz in Bereichen, die von den bestehenden Statistiken nicht erfasst werden sowie Zusammenhangsanalysen (z. B. mit soziodemografischen Daten). Beides ist für die Entwicklung von Präventionskonzepten von zentraler Bedeutung. Zunehmend ins Blickfeld rücken an Unfällen beteiligte Produkte wie z. B. der Wickeltisch, von dem ein Kind stürzt oder die Knopfzellbatterie, die verschluckt wird. Das Risiko-

potenzial von Gebrauchsgegenständen (»Produkten«) ist komplex und schließt – insbesondere bei Kindern – den nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch ein (Bsp. Lauflernhilfen, Tischdecken). Produktbeteiligung bei Unfallverletzungen hat häufig einen situativen oder verhaltensbezogenen Hintergrund, die Produkte selbst müssen also nicht notwendigerweise schadhaft sein. Daten zur Häufigkeit solcher Ereignisse werden über die etablierten Erhebungssysteme nicht erfasst, können über bevölkerungsbezogene Surveys wie KiGGS aber gut abgebildet werden. Die Beschränkung auf eine Bewertung von Materialeigenschaften, Verarbeitung und Risiko bei sachgemäßer Handhabung (»Warentest«) ist nicht ausreichend. Eine Abschätzung der Dimension von Verletzungen mit Produktbeteiligung über repräsentative Surveys ermöglicht das Erkennen spezifischer Handlungsbedarfe.

Forschungsinteresse: Erhebung aktueller, repräsentativer Daten zur Beschreibung von Häufigkeit, Kontext und Schwere von Unfallverletzungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland; Vergleiche über die Zeit (KiGGS-Basiserhebung); Identifizierung von Gruppen mit erhöhtem Verletzungsrisiko; Identifizierung von mit Verletzungen assoziierten Produkten und bevölkerungsbezogene Risikobewertung dieser Produkte. Zusammenhang zwischen Verletzungen (Häufigkeit, Schwere und Kontext) und potenziellen Einflussfaktoren wie z. B. soziodemografischen Faktoren, Lebensqualität oder ADHS. Darstellung von altersbezogener Schwimmerquote und Alter bei Kompetenzerwerb; Vergleich von Schwimmern mit Nichtschwimmern hinsichtlich gesundheitsbezogener Outcomes.

Erhebungsmodus: Telefonisches Interview (CATI) mit verschiedenen Fragebogen-Versionen, differenziert u. a. nach Probandentyp (Kohorte, neu Gezogene) und Altersgruppe.

Fragestellungen, Hypothesen:

Verletzungen:

- Wie hoch ist die Verletzungsprävalenz bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland? Sind seit der Basiserhebung bedeutsame Veränderungen eingetreten?
- Unterscheidet sich die Gruppe der Kinder, für die in der Basiserhebung eine Verletzung angegeben worden war, von den nicht verunfallten Kindern hinsichtlich der KiGGS Welle 1-Verletzungsprävalenz?
- Gibt es Veränderungen in der Verteilung und Häufigkeit der Unfallorte?
- Welche Produkte sind häufig mit Unfallverletzungen assoziiert?

Schwimmfähigkeit:

- Wie hoch ist, altersabhängig, die Nichtschwimmerquote? Gibt es Bevölkerungsgruppen mit besonders hoher Quote?
- In welchem Alter lernen die Kinder schwimmen? Gibt es hier bedeutsame Gruppenunterschiede? Wenn ja, welche Faktoren sind mit frühzeitigem Erlernen assoziiert?
- Unterscheiden sich gleichaltrige Schwimmer und Nichtschwimmer hinsichtlich Verletzungshäufigkeit oder -kontext oder anderer gesundheitsbezogener Outcomes (z. B. subjektive Gesundheit, körperliche Aktivität)?

Fahranfänger:

- Wie hoch ist der Anteil der als KFZ-Fahrer verletzten jungen Erwachsenen an der 12-Monats-Prävalenz dieser Gruppe?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen Alter des Führerscheinerwerbs und Unfall»chance«? Lassen sich altersunabhängig andere assoziierte Faktoren identifizieren?

Literatur

Kahl H, Dortschy R, Ellsäßer G (2007) Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1–17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 718–727

Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2010) Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2008. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2010) Todesursachen in Deutschland. Fachserie 12, Reihe 4 – Sterbefälle 2008 nach ausgewählten Todesursachen, Altersgruppen und Geschlecht in Prozent von allen Todesursachen. Wiesbaden www.destatis.de (Stand: 07.01.2011)

Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2010) Todesursachen in Deutschland. Fachserie 12, Reihe 4 – Sterbefälle 2009 nach ausgewählten Todesursachen, Altersgruppen und Geschlecht in Prozent von allen Todesursachen. Wiesbaden www.destatis.de (Stand: 07.01.2011)

3.1.5 Körperliche Krankheiten der Eltern

- Herz-Kreislauf-Krankheiten
- Bluthochdruck
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Arterielle Verschlusskrankheit der Beine
- Diabetes
- Diabetestyp

Integration im Telefonsurvey: Ergänzt die KiGGS-Basiserhebung durch neu aufgenommene Fragen.

Akzeptanz durch Probanden: Die Thematik ist im Rahmen eines Gesundheitssurveys nachvollziehbar, der zeitliche Aufwand zumutbar.

Public-Health-Relevanz: Herz-Kreislauf-Krankheiten sind die Hauptursache für Morbidität und Mortalität in Deutschland. Die Forschung der letzten Jahrzehnte hat gezeigt, dass sich Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten bis in die Kindheit zurückverfolgen lassen. Zudem zeichnet sich zunehmend ab, dass Erkrankungen und Risikofaktoren der Eltern das kardiovaskuläre Risiko der Kinder erhöhen.

Gesundheitspolitisches Interesse: Die Übergewichtsepidemie bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland und ungünstige Trends bei körperlicher Aktivität und Ernährung werfen die Frage auf, wie hoch der Anteil von Kindern und Jugendlichen ist, die noch zusätzliche Risikofaktoren haben. Dazu gehören, neben verschiedenen Biomarkern, auch kardiovaskuläre Erkrankungen der Eltern.

Forschungsinteresse: Datengrundlage für Risikostratifizierung und Zusammenhangsanalysen.

Erhebungsmodus: Befragung zu ärztlich festgestellten Krankheiten des leiblichen Vaters und der leiblichen Mutter von KiGGS-Teilnehmern ab 6 Jahren: Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, arterielle Verschlusskrankheit der Beine, Diabetes, Diabetestyp.

Fragestellungen, Hypothesen:

- Wie stark ist die Assoziation zwischen kardiovaskulären Risikomerkmalen der Kinder (Blutdruck, BMI, Taillenumfang, Waist-to-Height ratio, Cholesterin, Rauchen) und den Erkrankungen der Eltern?
- Gibt es Assoziationen zwischen kardiovaskulären Erkrankungen der Eltern und inflammatorischen Biomarkern bei den Kindern?
- Mit welchen kardiovaskulären Risikofaktoren der Kinder clustern die Erkrankungen der Eltern am stärksten?

Literatur

Burke GL, Savage PJ, Sprafka JM et al. (1991) Relation of risk factor levels in young adulthood to parental history of disease. The CARDIA study. Circulation 84 (3): 1176–1187

Kemper HCG, Snel J, Verschuur R et al. (1990) Tracking of health and risk indicators for cardiovascular diseases from teenage to adult: Amsterdam Growth and Health Study. Prev Med 19 (642): 655

Lloyd-Jones DM, Nam BH, D'Agostino RB Sr et al. (2004) Parental cardiovascular disease as a risk factor for cardiovascular disease in middle-aged adults: a prospective study of parents and offspring. JAMA 291 (18): 2204–2211

Toschke AM, Kohl L, Mansmann U et al. (2010) Meta-analysis of blood pressure tracking from childhood to adulthood and implications for the design of intervention trials. Acta Paediatr 99 (1): 24–29

3.1.6 Risikofaktoren für den plötzlichen Säuglingstod (SIDS)

- Schlaflage
- Rauchen in Schwangerschaft und Stillzeit
- Nicht durchgeführtes Stillen
- Frühgeburtlichkeit

Integration im Telefonsurvey: Monitoring relevanter Risikofaktoren für SIDS. Die letzten Erhebungen zur Schlaflage bei Säuglingen in Deutschland aus den Jahren 1991 und 1995 sind überholt. Teilweise Ergänzung der KiGGS-Basiserhebung, in der die Schlaflage nicht erhoben wurde.

Akzeptanz durch Probanden: Thematik im Rahmen eines Gesundheitssurveys nachvollziehbar; der zeitliche Aufwand zumutbar. Die Zeitperiode, auf die sich die Fragen zur Schlaflage beziehen, liegt nur kurz zurück und ist gut von den Eltern zu erinnern.

Public-Health-Relevanz: Neben angeborenen Fehlbildungen stellt der plötzliche Säuglingstod die häufigste Todesursache von Säuglingen im ersten Lebensjahr dar. Als »Plötzlicher Säuglingstod (sudden infant death syndrome – SIDS)« werden plötzliche und unerwartete, meistens während des Schlafs auftretende Todesfälle bezeichnet, die scheinbar aus voller Gesundheit heraus auftreten und für die durch eine sorgfältige postmortale Untersuchung (Autopsie) keine erklärende Todesursache gefunden wird. SIDS ist in Deutschland neben den angeborenen Fehlbildungen die häufigste Todesursache in der Postneonatalperiode. In Deutschland starben im Jahr 2009 von 665.126 Lebendgeborenen 187 Säuglinge im Alter vom 29. bis 365. Lebenstag mit der Diagnose SIDS. Die Erfahrungen aus den Niederlanden zeigen, dass unter mitteleuropäischen Bedingungen noch wesentlich niedrigere Inzidenzen erreichbar sind. Risikofaktoren für SIDS umfassen Frühgeburtlichkeit, Tabakrauchexposition und verschiedene Parameter der Schlafumgebung, wobei die Schlaflage hier eine wesentliche Rolle einnimmt. Zwischen dem Stillen und einem niedrigen SIDS-Risiko besteht ein Zusammenhang. Der durch intensivierte Präventionsbemühungen noch zu erreichende Rückgang der SIDS-Raten wird mit den Daten von KiGGS 1 abschätzbar. Aus Fall-Kontroll-Studien und Vergleichen der Inzidenzen zwischen Ländern mit unterschiedlich intensiven Präventionsstrategien weiß man, dass die Inzidenz des plötzlichen Säuglingstods wesentlich von der Prävalenz von Risikofaktoren abhängt. Zur Planung von Kampagnen sind Daten zu Häufigkeit und Prädiktoren von veränderbaren Risikofaktoren von wesentlicher Bedeutung.

Gesundheitspolitisches Interesse: Durch eine Senkung der Prävalenz von Bauchlage, Rauchen in Schwangerschaft, Stillzeit und in der Umgebung von Säuglingen sowie der Steigerung der Stillprävalenz können viele Fälle von plötzlichem Säuglingstod vermieden werden. Im Vergleich zu anderen europäischen Staaten (z. B. Niederlande) besteht bevölkerungsmedizinischer Handlungsbedarf. Bevölkerungsgruppen mit besonders hohem Präventionsbedarf sollten in Deutschland identifiziert werden. Das Monitoring von Präventionskampagnen wird ermöglicht.

Forschungsinteresse: Prävalenz und Prädiktoren von Risikofaktoren in Deutschland. Berechnung der Anzahl vermeidbarer Todesfälle und attributabler Risiken. Epidemiologische Studien zeigen seit mehr als 30 Jahren den Zusammenhang zwischen der Bauchlage und dem Risiko an SIDS zu versterben. Obwohl in Deutschland im Gegensatz zu anderen europäischen Staaten keine überregionale Aufklärungskampagne durchgeführt wurde, sank die Prävalenz der Bauchlage zwischen 1991 und 1995 deutlich, allerdings war der Rückgang im Wesentlichen auf Familien deutscher Herkunft beschränkt. In KiGGS Welle 1 erfolgt die Erhebung der Schlaflage bei Kindern im ersten Lebensjahr bezogen auf den letzten Schlaf und auf die bevorzugte Liegeposition in den letzten vier Wochen. Es wird differenziert erfragt, wie das Kind hingelegt wurde bzw. in welcher Position es nach dem Schlaf vorgefunden wurde. Durch dieses Vorgehen können die erhaltenen Prävalenzen mit früheren aber auch mit internationalen Prävalenzen verglichen werden und zudem durch Zusammenhangsanalysen mit soziodemografischen Variablen (z. B. sozialer Status, Alter und Bildung der Eltern, Geschwister-

anzahl und Stellung in der Geschwisterreihe, Migrationshintergrund, Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen) Gruppen identifiziert werden, auf die Präventionsbemühungen ausgerichtet werden müssen. Rauchen in der Schwangerschaft ist mit einem hohen SIDS-Risiko assoziiert. Untersuchungen in den Jahren 1996 bis 2001 zeigten, dass über 20 % aller Schwangeren rauchten, in der Gruppe der Mütter, deren Kinder an SIDS verstarben, hatten über 60 % der Mütter während der Schwangerschaft geraucht. Auch mütterliches Rauchen nach der Schwangerschaft ist mit einem erhöhten SIDS-Risiko assoziiert und erhöht zudem das Risiko für Säuglinge während der ersten Lebenswochen, wenn diese im Bett der Eltern schlafen. Zunehmend wird auch die Bedeutung passiver Tabakrauchexposition von Säuglingen erkannt. In KiGGS Welle 1 erfolgt die Erhebung der Tabakrauchexposition differenziert nach Exposition während der Schwangerschaft und Stillzeit und nach aktueller Tabakrauchexposition in der Wohnung des Kindes. Wie bei der Schlaflage erlaubt dieses Vorgehen durch die gemeinsame Auswertung mit soziodemografischen Parametern die Identifikation von Gruppen, auf die Präventionsbemühungen zugeschnitten werden müssen. Studien zeigen, dass durch Stillen das SIDS-Risiko um bis zu 50 % gesenkt werden kann. Diese Schutzwirkung entwickelt sich besser, wenn Säuglinge mehrere Monate gestillt werden. Zwischen der WHO und verschiedenen deutschen Fachgesellschaften besteht Übereinstimmung darüber, dass mindestens bis zum vollendeten 4. Lebensmonat voll und anschließend neben Beikost weiter gestillt werden sollte. Frühgeborene mit einem niedrigen Geburtsgewicht haben ein höheres SIDS-Risiko als reif geborene Kinder. Bei insgesamt zurückgegangenen SIDS-Inzidenzen weiß man aus Daten aus Großbritannien, dass der Anteil Frühgeborener an den SIDS-Todesfällen von 12 % auf 34 % zugenommen hat, zudem wurde ermittelt, dass die Bauch- aber auch die Seitenlage für Frühgeborene zu einer besonders ausgeprägten Risikoerhöhung führt. Es ist daher von Bedeutung, in Deutschland die Schlaflage differenziert auch für Frühgeborene zu erheben. Durch die Erfragung von Schlaflage als auch von Frühgeburtlichkeit wird die Bedeutung dieser besonderen Problemkonstellation abschätzbar werden.

Erhebungsmodus: Telefonisches Interview mit Eltern von 0- bis 1-jährigen Kindern.

Fragestellungen, Hypothesen:

- Erhebung der Schlaflage bei Kindern im ersten Lebensjahr bezogen auf den letzten Schlaf und auf die bevorzugte Liegeposition in den letzten vier Wochen.
- Erhebung der Tabakrauchexposition differenziert nach Exposition während der Schwangerschaft und Stillzeit und nach aktueller Tabakrauchexposition in der Wohnung des Kindes. Trendanalyse der Tabakrauchexposition von Säuglingen und ungeborenen Kindern durch den Vergleich mit bereits in der KiGGS-Basisuntersuchung erhobenen Angaben für ältere Geburtsjahrgänge.
- Trendanalysen des Stillverhaltens in Deutschland durch den Vergleich mit bereits in der KiGGS-Basisuntersuchung erhobenen Angaben für ältere Geburtsjahrgänge.
- Analysen der Schlaflage in Verbindung mit Frühgeburtlichkeit, um die Bedeutung dieser besonderen Problemkonstellation abzuschätzen.
- Prävalenz und Verteilung der Risikofaktoren für SIDS nach soziodemografischen Merkmalen (z. B. sozialer Status, Alter und Bildung der Eltern, Geschwisteranzahl und Stellung in der Geschwisterreihe, Migrationshintergrund, Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen) zur Identifikation von Gruppen, auf die Präventionsbemühungen ausgerichtet werden müssen.

Literatur

Bajanowski T, Brinkmann B, Mitchell EA et al. (2008) Nicotine and cotinine in infants dying from sudden infant death syndrome. Int J Legal Med 122 (1): 23–28

Bajanowski T, Kleemann WJ (2002) Der plötzliche Kindstod. Rechtsmed 12: 233–247

Blair PS, Ward Platt M, Smith I J et al. (2006) Sudden infant death syndrome and sleeping position in preterm and low birth weight infants: an opportunity for targeted intervention. Arch Dis Child 91 (2): 101–106

Carpenter RG, Irgens LM, Blair P et al. (2004) Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. Lancet 363: 1558

Central Bureau for Statistics (CBS) (2006) Voorburg, The Netherlands

Schlaud M, Eberhard C, Truman B et al. (1999) Prevalence and determinants of the prone sleeping position in infants. Results from two cross-sectional studies on risk factors for SIDS in Germany. Am J Epidemiol 150: 51–57

Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2009) Gestorbene Säuglinge nach Alter und ausgewählten Todesursachen der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/Content100/GestorbeneSaeuglinge,templateId=renderPrint.psml (Stand: 15.02.2011)

Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B et al. (2009) Sleep environment risk factors for sudden infant death syndrome: the German Sudden Infant Death Syndrome Study. Pediatrics 123 (4): 1162–1170

3.2 Impfpräventable Krankheiten

- Lebenszeitprävalenz und Erkrankungsalter für ausgewählte impfpräventable Infektionskrankheiten: Keuchhusten, Masern, Windpocken
- Impfstatus zu humanen Papillomviren (HPV)
- Impfstatus (anhand von Impfpasskopien)

Integration im Telefonsurvey: Notwendige Zusatzinformationen für die Auswertung der Seroprävalenzdaten (Masern) aus der KiGGS-Basiserhebung 2003 – 2006; Zunehmende Inzidenz (Keuchhusten); Monitoring neu eingeführter Impfungen (Windpocken, HPV).

Akzeptanz durch Probanden: Die Thematik ist im Rahmen eines Gesundheitssurveys nachvollziehbar; der zeitliche Aufwand ist zumutbar. Das Alter zum Zeitpunkt der Erkrankung wird oft als schwer zu beantworten empfunden. Die Zusendung einer Impfpasskopie durch Probanden/Eltern stellt hohe Ansprüche an die Compliance.

Public-Health-Relevanz: Masern- und Keuchhustenerkrankungen können zu schweren akuten Krankheitsbildern führen, durch lebensbedrohliche Verläufe sind insbesondere junge Säuglinge (die noch nicht selbst geimpft werden können) gefährdet. Für beide Erkrankungen sind in den letzten Jahren Inzidenzsteigerungen beobachtet worden, die das Eliminationsziel (Masern) gefährden und Strategien zur Steigerung der Durchimpfung (Masern und Keuchhusten) in bestimmten Bevölkerungsgruppen erfordern. Ein Monitoring der Effektivität neu eingeführter Impfungen (Windpocken, HPV) kann erstmals repräsentativ für Deutschland durchgeführt werden.

Gesundheitspolitisches Interesse: Durch eine Steigerung der Durchimpfung können viele Infektionserkrankungen vermieden werden und so gesundheitliche Beeinträchtigungen reduziert werden. Deutschland hat sich dem europaweiten Ziel der Masernelimination angeschlossen. Dazu müssen ungeschützte bzw. besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen identifiziert werden. Die

Impfquoten sowie die Inzidenzentwicklung nach der Einführung neuer Impfungen sollen anhand der Daten überprüfbar sein.

Forschungsinteresse: Prävalenz und Inzidenzentwicklung von relevanten impfpräventablen Infektionskrankheiten. Untersuchung von Durchbrucherkrankungen nach Masern-, Keuchhusten- bzw. Windpockenimpfung.

Erhebungsmodus: Telefonisches Interview mit Eltern, Jugendlichen ab 14 Jahren und jungen Erwachsenen, Auswertung von Impfpasskopien.

Masern

Masern sind eine nur beim Menschen vorkommende hochansteckende Viruserkrankung, die aerogen übertragen wird und durch Fieber, Entzündung der oberen Atemwege und einen typischen Ausschlag gekennzeichnet ist. Gefürchtet sind Komplikationen wie Mittelohr-, Lungen- oder Gehirnentzündung. Impfungen bieten einen effektiven Schutz. Die Eliminierung der Masern ist ein erklärtes Ziel der deutschen Gesundheitspolitik. Dafür müssen 95 % aller Kinder geimpft sein. In Deutschland kam es nach einem starken Rückgang der Inzidenz zwischen 2001 und 2005 im Jahr 2006 zu einem Anstieg auf 2.306 Erkrankungen, der vor allem auf einen großen Ausbruch mit über 1.700 Erkrankungen (mit zwei Todesfällen) in Nordrhein-Westfalen zurückzuführen war. Es kam auch in anderen Bundesländern zu Häufungen, vor allem in Bayern und Baden-Württemberg. Dies setzte sich im Jahr 2007 (566 Erkrankungen), 2008 (915 Erkrankungen) und 2009 (574 Erkrankungen) auf niedrigerem Niveau fort. In den letzten Jahren waren zunehmend ältere Kinder und Jugendliche betroffen und es ist auch von Immunitätslücken bei jüngeren Erwachsenen auszugehen. Die ursprünglich für das Jahr 2010 geplante Zielstellung der Maserneliminationin der WHO Region Europa ist kürzlich noch einmal um fünf Jahre verschoben worden. In der KiGGS-Basiserhebung wurde die Masern-Serologie bei allen Probanden im Alter über einem Jahr bestimmt. Um Impferfolge aber auch Immunitätslücken noch besser analysieren zu können, wird in KiGGS Welle 1 nicht nur die Lebenszeitprävalenz einer Masernerkrankung erfragt, sondern auch das Erkrankungsalter. In Kombination mit der Erfassung des Impfstatus wird es möglich sein, ein differenziertes Bild der epidemiologischen Lage zu zeichnen. Das längsschnittliche Studiendesign wird Daten zur Abschätzung der Häufigkeit von Durchbrucherkrankungen (Erkrankungen nach Impfungen) liefern.

Keuchhusten

Keuchhusten ist eine nur beim Menschen vorkommende hoch ansteckende Infektionskrankheit, die durch das Bakterium *Bordetella pertussis* hervorgerufen wird. Die typische Erstinfektion bei Keuchhusten wird in drei Stadien eingeteilt (Stadium catarrhale, Stadium convulsivum und Stadium decrementi). Nach anfänglichen grippeähnlichen Symptomen wie Schnupfen, leichtem Husten und Schwäche kommt es zu typischen, anfallsweise auftretenden Hustenstößen (Stakkatohusten), die erst nach mehreren Wochen allmählich abklingen. Keuchhusten stellt insbesondere für Säuglinge und Kleinkinder eine ernsthafte gesundheitliche Bedrohung dar. Eine antibiotische Therapie kann zwar zur Unterbrechung der Infektionskette von Bedeutung sein, sie beeinflusst jedoch den individuellen Krankheitsverlauf meist nicht wesentlich. Als Präventivmaßnahme ist daher die Impfung von zentraler Bedeutung. Eine Impfung gegen Keuchhusten wird seit 1991 durch die STIKO generell für Säuglinge und Kleinkinder empfohlen. Die STIKO hatte aufgrund der epidemiologischen Lage bereits im Jahr 2000 eine Auffrischimpfung für Jugendliche empfohlen, die jedoch noch immer nicht ausreichend umgesetzt wird. Seit 2002 wird außerdem ein deutlicher Anstieg der Keuchhusten-Inzidenz auch bei jüngeren Kindern ab dem Alter von 5 Jahren beobachtet, von denen ein hoher Anteil vollständig geimpft ist. Daher hat die STIKO im Januar 2006 empfohlen, die Auffrischimpfung im Alter von 5 bis 6 Jahren gegen Tetanus und Diphtherie durch eine Impfung gegen Tetanus, Diphtherie und Keuchhusten (TdaP) zu ersetzen. Die zweite Auffrischimpfung gegen Keuchhusten soll im Alter von 9 bis 17 Jahren erfolgen. Zur Reduzierung der Krankheitslast bei Erwachsenen und zum Schutz von Säuglingen wird seit Juli 2009 empfohlen, alle Erwachsenen bei der nächsten fälligen Impfung gegen Tetanus und Diphtherie auch gegen Keuchhusten zu impfen. Die Prävalenz aber auch die Inzidenz von

Keuchhusten lässt sich mit KiGGS Welle 1 untersuchen und in Verbindung mit der Auswertung der Impfdokumente lassen sich wertvolle Daten zur epidemiologischen Lage in Deutschland gewinnen. Das längsschnittliche Studiendesign wird Daten zur Abschätzung der Häufigkeit von Durchbrucherkrankungen liefern.

Windpocken (Varizellen)

Windpocken sind eine nur beim Menschen vorkommende hoch ansteckende Viruserkrankung, die als Ersterkrankung nach Infektion mit dem Varicella-Zoster-Virus (VZV) auftritt. Die Übertragung erfolgt aerogen durch virushaltige Tröpfchen, die beim Atmen oder Husten ausgeschieden werden. Ferner ist eine Übertragung durch virushaltigen Bläscheninhalt oder Krusten als Schmierinfektion möglich. Außerhalb des Körpers kann der VZV in Abhängigkeit von den Umgebungsbedingungen mindestens einige Tage seine Infektiosität bewahren. Windpocken sind weltweit verbreitet. In Deutschland sind Windpocken unter den Infektionskrankheiten im Kindesalter, die prinzipiell durch Impfung vermeidbar sind, am häufigsten. Vor der allgemeinen Impfempfehlung, waren durchschnittlich etwa 750.000 Erkrankungen pro Jahr zu erwarten. Die Erkrankung geht mit einem juckenden Exanthem und Fieber, selten über 39°C, für einen Zeitraum von 3 bis 5 Tagen einher. Der Schweregrad der Hautläsionen kann sehr unterschiedlich sein. Windpocken weisen bei sonst gesunden Personen in der Regel einen gutartigen Verlauf auf und heilen im Normalfall ohne Narben ab. Bei Neugeborenen, Personen mit geschwächter Immunabwehr und Patienten unter einer immunsuppressiven Therapie (z. B. Glukokortikoid- oder zytostatische Therapie) können sich jedoch schwere, auch hämorrhagische Krankheitsverläufe – nicht selten mit letalem Ausgang – entwickeln. Schwere Krankheitsverläufe werden aber auch bei sonst gesunden Kindern beobachtet. Seit 2009 empfiehlt die STIKO eine zweite Windpockenimpfung in Ergänzung zu der seit 2004 bestehenden Empfehlung einer allgemeinen Windpockenimpfung. Durch eine generelle Impfung aller Kinder lassen sich die Windpocken mittel- bis langfristig zurückdrängen, wobei zusätzlich eine Herdenimmunität aufgebaut wird, von der vor allem für Windpocken empfängliche Schwangere und nicht geimpfte Risikopersonen profitieren. Die Prävalenz aber auch die Inzidenz von Windpocken lässt sich mit KiGGS Welle 1 untersuchen und in Verbindung mit der Auswertung der Impfdokumente kann die epidemiologische Lage in Deutschland beschrieben werden.

Humane Papillomviren (HPV)

Bei dem Humanen Papillomvirus (HPV) handelt es sich um ein DNA-Virus. Es gibt mehr als hundert verschiedene Arten von Humanen Papillomviren. Alle gehören zur Familie der Papillomaviridae. HPV befällt Zellen von Haut und Schleimhäuten. An der Haut kann es dabei zu Warzenbildung kommen. Im Bereich der Schleimhaut kann es bei lang andauernder Infektion zu Veränderungen kommen die unbehandelt zu Tumorentwicklung (Gebärmutterhalskrebs, Anal- oder Peniskarzinome) führen können. Seit 2006 steht ein Impfstoff gegen HPV der Typen 6, 11, 16 und 18 und seit 2007 ein Impfstoff gegen HPV der Typen 16 und 18 zur Verfügung. Die Ständige Impfkommission (STIKO) hat im März 2007 eine Empfehlung zur Impfung gegen HPV für alle 12 bis 17 Jahre alten Mädchen ausgesprochen. Als Impfziel hat die STIKO die Reduktion der Krankheitslast durch den Gebärmutterhalskrebs definiert. Ein koordiniertes Monitoring nach Einführung der Impfempfehlung fehlte bisher. Das Monitoring der Implementierung der HPV-Impfung von Mädchen beruhte auf wenigen regionalen Erhebungen (z. B. in Brandenburg), Verkaufszahlen der pharmazeutischen Unternehmer sowie der Auswertung von begrenzten Krankenkassendaten. Mit KiGGS Welle 1 können zeitnah und repräsentativ Daten zur Prävalenz der HPV-Durchimpfung sowie zu Determinanten gewonnen werden, die die Grundlage für zielgerichtete Impfkampagnen bilden können.

Literatur

Mitteilung der STIKO am RKI: Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand: Januar 2000. Epid Bull 2000; 20: 9–20

Mitteilung der STIKO am RKI: Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand: Januar 2006. Epid Bull 2006; 30: 235–254

Mitteilung der STIKO am RKI: Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-

Institut/Stand: Januar 2009. Epid Bull 2009; 30: 279–298
Mitteilung der STIKO am RKI: Impfung gegen HPV für Mädchen von 12 bis 17 Jahren – Empfehlung und Begründung. Epid Bull 2007; 12: 97–103

3.3 Psychische Gesundheit und psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren

3.3.1 Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten

Screening für Verhaltensauffälligkeiten (Altersgruppe 3 bis 17 Jahre Elternurteil; Selbstbeurteilung ab 11 Jahre)

- Emotionale Probleme
- Verhaltensprobleme
- Unaufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsprobleme
- Probleme mit Gleichaltrigen
- Prosoziales Verhalten
- Beeinträchtigung in Familie, Freundeskreis, Schule, Freizeit

Screening für spezifische psychische Störungen (Altersgruppe 18 bis 24 Jahre)

- Angststörungen
- Depression

Erhebung diagnostizierter psychischer Störungen (Altersbereich 3 bis 24 Jahre)

- Arzt- oder Psychologendiagnose psychischer Störungen (Punkt- und Lebenszeitprävalenz)
- Medikation bei psychischen Störungen

Integration im Telefonsurvey: Für die Altersgruppe der 3- bis 17-Jährigen werden die Eltern in einem Screening mit dem Stärken- und Schwächenfragebogen (SDQ) von Goodman zu Verhaltensauffälligkeiten (emotionale, Verhaltens-, Unaufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsprobleme sowie Probleme mit Gleichaltrigen) und Stärken (prosoziales Verhalten) ihrer Kinder befragt. Kinder und Jugendliche ab 11 Jahren beantworten diesen Fragebogen zusätzlich selbst. Durch eine Erweiterung (SDQ-Impact-Fragebogen) in KiGGS Welle 1 werden darüber hinaus Informationen zum Schweregrad der Ausprägung der erfassten Verhaltensauffälligkeiten sowie zum Ausmaß der Beeinträchtigung der Alltagsfunktionalität erhoben. Damit wird in Kombination mit den Screeningergebnissen eine Abschätzung der Wahrscheinlichkeit möglich, inwieweit eine Verhal-

tensauffälligkeit klinisch relevant ist. Für die Altersgruppe der jungen Erwachsenen werden in einem Screening Symptome von Depression und Angststörungen als spezifischen psychischen Störungen erfasst. Über die Eltern der 3- bis 17-Jährigen sowie direkt bei den über 18-Jährigen wird zusätzlich eine jemals von einem Arzt oder Psychologen gestellte Diagnose einer psychischen Störung des Kindes bzw. des Probanden erfragt sowie auch, ob diese aktuell noch besteht. Ebenfalls erfragt wird eine medikamentöse Behandlung in diesem Zusammenhang.

Akzeptanz durch Probanden: Die Thematik ist im Rahmen eines Gesundheitssurveys nachvollziehbar. Sämtliche Instrumente wurden im Pretest erfolgreich getestet. Akzeptanzprobleme seitens der Probanden sind daher nicht zu erwarten.

Public-Health-Relevanz: Die Bedeutung psychischer Auffälligkeiten und Störungen für das Krankheitsgeschehen in der Bevölkerung nimmt vor dem Hintergrund der »neuen Morbidität« zu. Psychische Probleme und Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter stellen gesundheitliche Beeinträchtigungen mit zum Teil schwerwiegenden Konsequenzen für das individuelle Wohlbefinden und die Funktionsfähigkeit im täglichen Leben dar und bleiben häufig bis in das Erwachsenenalter bestehen. Das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten steht in Zusammenhang mit geringerem Schul- und Bildungserfolg, erhöhtem Risiko für den Konsum psychoaktiver Substanzen (Alkohol, Nikotin), eingeschränkter Lebensqualität und geringerer Verfügbarkeit von individuellen und umfeldbezogenen Ressourcen. Risikofaktoren wie niedriger Sozialstatus, familiäre Belastungen durch Alleinerziehung, Partnerkonflikte und psychische Erkrankungen der Eltern gehen einher mit einer erhöhten Inzidenz für psychische Auffälligkeiten und Störungen sowohl im Kindes- und Jugend- als auch im jungen Erwachsenenalter.

Gesundheitspolitisches Interesse: Die KiGGS-Basisstudie zeigte, dass bei ca. 15 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren Hinweise auf psychische Auffälligkeiten vorlagen. Damit war etwa jedes 7. Kind in Deutschland betroffen. Auf Grundlage der Ergebnisse der KiGGS-Basisuntersuchung wurde vom Bundesministerium für Gesundheit ein Strategiepapier zur Kindergesundheit entwickelt, dass explizit die Aufnahme von Aspekten der psychischen Gesundheit in die Früherkennungsuntersuchungen als Ziel nennt. Die Daten der Folgebefragung KiGGS Welle 1 können Aufschluss über Trends in der Symptomprävalenz psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter geben. Sie ermöglichen darüber hinaus in der längsschnittlichen Perspektive Aussagen über das Neuauftreten oder die Persistenz bestimmter psychischer Auffälligkeiten und Störungen im jungen Erwachsenenalter in Abhängigkeit von einer bereits zum Ersterhebungszeitpunkt vorhandenen Auffälligkeit sowie zu vorhandenen Risiko- und Schutzfaktoren. Auf dieser Grundlage können Präventions- und Interventionskonzepte konzipiert sowie bereits vorhandene Modelle präzisiert werden. Verknüpfungen mit Angaben zur Inanspruchnahme von (allgemein)ärztlicher, (kinder-)psychiatrischer und psychologischer bzw. psychotherapeutischer Hilfe können Hinweise auf Über- oder Unterversorgung Betroffener geben.

Forschungsinteresse: Trendentwicklung der Prävalenz psychischer Auffälligkeiten; potenzielle klinische Relevanz von Verhaltensauffälligkeiten; individuelle Verläufe von Probanden, bei denen im Screening in der KiGGS-Basisuntersuchung Verhaltensauffälligkeiten festgestellt wurden (Persistenz, Remission); Prädiktionswert ausgewählter Risiko- und Schutzfaktoren, Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems; Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Erhebungsmodus: Telefonische Befragung von Eltern 3- bis 17-Jähriger, Kindern und Jugendlichen ab 11 Jahren und jungen Erwachsenen ab 18 Jahren.

Fragestellungen, Hypothesen:

- Nehmen psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland zu? Prävalenz und Trends (Quer- und Längsschnitt).
- In welchem Kontext stehen psychische Auffälligkeiten und Risiko- und Schutzfaktoren (quer- und längsschnittliche Perspektive)?

- Wie hoch ist die Prävalenz psychischer Störungen im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter?
- Wie häufig treten Symptome von Depression und Angststörungen bei jungen Erwachsenen auf?
- In welchem Umfang werden medizinische Leistungen bei Vorliegen psychischer Auffälligkeiten und Störungen in Anspruch genommen?
- Wie viele Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen werden medikamentös behandelt?
- Welchen Einfluss haben psychische Auffälligkeiten/Störungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität?

Literatur

Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. Journal of Child Psychology and Psychiatry 38: 581–586

Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U et al. (2007) Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 784–793

Hölling H, Kurth BM, Rothenberger A et al. (2008) Assessing psychopathological problems among children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide, representative sample: results of the German Health Interview and Examination survey for children and adolescents (KiGGS). European Child and Adolescent Psychiatry (Suppl 1) 17: 34–41

Hölling H, Schlack R (2008) Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter – Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Das Gesundheitswesen 70 (3): 154–163

Ihle W, Esser G (2002) Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechterunterschiede. Psychologische Rundschau 53: 159–169

Koelch M, Prestel A, Singer H et al. (2009) Psychotropic medication in children and adolescents in Germany: prevalence, indications, and psychopathological patterns. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology 19: 765–770

3.3.2 ADHS

- Ärztliche oder Psychologendiagnose der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (Lebenszeitprävalenz)
- Zeitpunkt der Diagnosestellung
- Pharmakotherapie der ADHS (7-Tage- sowie Lebenszeitprävalenz)
- Psychotherapeutische Behandlung (Punkt- sowie Lebenszeitprävalenz)
- ADHS-Verdachtsfälle (6-Monats-Prävalenz)

Integration im Telefonsurvey: Die Fragen zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung werden den Eltern von Kindern und Jugendlichen ab 3 Jahren gestellt sowie Probanden ab 18 Jahren. Die Anschlussfähigkeit zur KiGGS-Basiserhebung ist durch die gleichlautende Frageformulierung der Diagnosefrage gewährleistet. Zusätzliche Informationen im Vergleich zur Basisuntersuchung werden durch die Frage nach dem Zeitpunkt der Diagnosestellung sowie die gezielte Frage nach einer Pharmakotherapie sowie Psychotherapie der ADHS erhoben.

Akzeptanz durch Probanden: Die Thematik ist im Rahmen eines Gesundheitssurveys nachvollziehbar. Fragen nach dieser spezifischen psychischen Störung stießen sowohl in der KiGGS-Basiserhebung als auch in den Pretesten zur telefonischen Befragung auf keine Akzeptanzschwierigkeiten.

Public-Health-Relevanz: Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) gehört zu den häufigsten kinderpsychiatrischen Störungen und ist durch die Kernsymptome motorische Unruhe, Unaufmerksamkeit und Impulsivität gekennzeichnet. Betroffene Kinder fallen oft schon im Vorschulalter u. a. durch motorische Unruhe, geringe Konzentrationsfähigkeit, leichte Ablenkbarkeit, übermäßiges oder impulsives Reden, sowie geringe Frustrationstoleranz auf. Eine Diagnose der ADHS findet am häufigsten mit Eintritt des Schulalters statt, da betroffene Kinder mit der dort erwarteten Disziplin und Ruhe überfordert sind. Mit dem Jugendalter tritt die Hyperaktivität zumeist hinter die Symptom-

gruppen Unaufmerksamkeit und Impulsivität zurück. Kinder mit ADHS haben eine erhöhte Unfallneigung. Jugendliche und junge Erwachsene mit ADHS haben ein erhöhtes Risiko, für Alkohol- oder Drogenmissbrauch sowie dafür, eine kriminelle Karriere einzuschlagen, für ungeplante Schwangerschaften (auch im Teenageralter) sowie dafür, Kinder mit verschiedenen Partnern zu haben. Bei unbehandelter ADHS besteht das Risiko eingeschränkten schulischen und beruflichen Leistungsvermögens. Eine ADHS geht mit erheblichen Belastungen für die Betroffenen selbst, aber auch das familiäre und soziale Umfeld (Schule, Beruf) einher. Nicht zuletzt werden nach Einschätzung von Gesundheitsökonomen die Kosten für die medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung der ADHS in den kommenden Jahren erheblich zunehmen.

Gesundheitspolitisches Interesse: Aufgrund ihrer relativen Häufigkeit und der vergleichsweise hohen individuellen und sozialen Belastungen, die die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung mit sich bringt, ist sie von hoher gesundheitspolitischer Bedeutung. Bereits im Jahr 2002 wurde auf einer vom Bundesministerium für Gesundheit berufenen Konsensuskonferenz zusammen mit Vertretern und Vertreterinnen der Kinder- und Jugendmedizin, -psychiatrie und -psychologie sowie Betroffenen- und Elternverbänden die Grundlage für ein konsensuelles Verständnis der Störung gelegt. Ein wichtiges Anliegen dieser Konferenz war die Sicherstellung der Verschreibung von Stimulanzien (z. B. Methylphenidat) auf der Grundlage wissenschaftlicher Standards im Rahmen einer multimodalen Diagnostik und Therapie. Die Gabe von Methylphenidat ist jedoch in der Diskussion. Der Gemeinsame Bundesausschuss plant derzeit Restriktionen bei der Gabe von Methylphenidat an Kinder und Jugendliche. Unter dem Gesichtspunkt der Prävention ist die Vermeidung von mit einer ADHS assoziierten individuellen Belastungen sowie gesundheitsökonomischer Folgekosten aus Sekundärfolgen (wie Substanzmissbrauch, Delinquenz, ungewollte Schwangerschaften) gesundheitspolitisch von Bedeutung. Aufgrund des vermutlich hohen Anteils genetischer Komponenten an der Genese der ADHS kommen hier vor allem Maßnahmen der Sekundär- und Tertiärprävention in Betracht.

Forschungsinteresse: Bis zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung lagen keine deutschlandweit repräsentativen Daten zur Prävalenz der ADHS in der Kinder- und Jugendlichengesamtbevölkerung vor. Ebenso gab die Basisuntersuchung zum ersten Mal auf dieser Datengrundlage Auskunft über die Verbreitung der Anwendung von Stimulanzien in der betroffenen Bevölkerungsgruppe. Im Vergleich zur Basiserhebung wurden die Fragestellungen in KiGGS Welle 1 erweitert. Neben der Lebenszeitprävalenz und der medikamentösen Therapie (zusätzlich: Lebenszeitprävalenz der Medikation) werden der Zeitpunkt der Diagnosestellung sowie die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlung bei Vorliegen einer ADHS erhoben. Besonderes Interesse gilt dem Übergang vom Jugend- zum jungen Erwachsenenalter mit Blick auf die Auswirkungen einer ADHS im Erwachsenenalter hinsichtlich ausgewählter Zielparameter wie allgemeiner Schul- und Bildungserfolg, Unfälle, ungeplante Schwangerschaften und Substanzkonsum sowie Beteiligung als Täter oder Opfer bei direkten und indirekten Mobbing- bzw. Gewalthandlungen. Es soll die prädiktive Bedeutung biologischer und sozialer Risikofaktoren (z. B. perinatale Komplikationen, familiäre Faktoren, niedriger Sozialstatus) sowie umgekehrt der Einfluss von personalen, familiären und sozialen Schutzfaktoren für die Diagnosehäufigkeit der ADHS untersucht werden.

Erhebungsmodus: Telefonisches Interview mit Eltern von 3 bis 17 Jahre alten Kindern sowie mit Jugendlichen ab 11 Jahren und jungen Erwachsenen ab 18 Jahren.

Fragestellungen, Hypothesen: Es wird erwartet, dass Personen, bei denen jemals ADHS diagnostiziert wurde, ein höheres Risiko für geringeren Bildungserfolg, Unfälle, ungeplante Schwangerschaften und Substanzkonsum aufweisen sowie häufiger als Täter und Opfer an Mobbing-/Gewaltereignissen beteiligt sind. Unter anderem sollen nachfolgende Fragestellungen untersucht werden:

- Nimmt die Diagnosehäufigkeit von ADHS im zeitlichen Verlauf zu (Trends)?
- In welchem Alter wird ADHS in welcher Häufigkeit diagnostiziert?

- Nimmt die Diagnosehäufigkeit von ADHS im Vorschulalter zu?
- Mit welcher Häufigkeit wird eine ADHS bei jungen Erwachsenen diagnostiziert?
- Wie verbreitet ist die Anwendung von Stimulanzien zur Therapie einer ADHS? Welchen zeitlichen Trend gibt es bei der Anwendung von Stimulanzien?
- Wie häufig wird bei einer ADHS psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen (Versorgungsaspekt)?
- Welche Entwicklungspfade zu den Risikoparametern geringer Bildungserfolg, Unfälle, ungeplante Schwangerschaften, Substanzkonsum und Mobbing-/Gewalterfahrungen lassen sich identifizieren?

Literatur

Bundesärztekammer (2005) Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Langfassung http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/ADHSLang.pdf (Stand: 18.01.2011)

Knopf H, Hölling H, Huss M et al. ADHD Medication of Children and Adolescents in Germany – Results of KiGGS. (submitted)

Schlack R, Hölling H, Kurth BM et al. (2007) Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 827–835

Schmidt S, Petermann F (2009) Developmental psychopathology: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). BMC Psychiatry 9: 58

Sonuga-Barke EJS, Auerbach J, Campbell SB et al. (2005) Varieties of preschool hyperactivity: multiple pathways from risk to disorder. Developmental Science 8: 141–150

3.3.3 Essstörungen

- Screening zu Kernsymptomen von Anorexia und Bulimia nervosa
- Arzt- oder Psychologendiagnose zu Essstörungen
- Körperselbstbild
- Body Mass Index (BMI)

Integration im Telefonsurvey: Essstörungen werden mit einem Screeninginstrument (SCOFF-Fragebogen) erfasst, der Fragen zu Kernsymptomen von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa enthält. Der Fragebogen wurde bereits in der KiGGS-Basisuntersuchung eingesetzt und erfasst auch atypische und subklinische Formen von Essstörungen. Der Fragebogen wird im Interview mit den 11- bis 17-jährigen Jugendlichen sowie im Interview mit den über 18-Jährigen im Selbstauskunftsverfahren eingesetzt.

Akzeptanz durch Probanden: Die Thematik ist im Rahmen eines Gesundheitssurveys nachvollziehbar. Trotzdem berühren die Fragen einen sensitiven Bereich der Probanden, insbesondere im telefonischen Interview. Aus den Pretesten ergaben sich jedoch keine Hinweise auf prinzipielle Akzeptanzprobleme.

Public-Health-Relevanz: Zu den Essstörungen gehören Anorexia nervosa (AN, Magersucht), Bulimia nervosa (BN, Ess-Brechsucht), Binge-Eating-Störung (BES, episodisch anfallsartiges Essverhalten ohne gewichtsregulierende Maßnahmen) sowie atypische Formen von Essstörungen (ES-NNB, nicht näher bezeichnete Essstörungen), die nur einen Teil der Symptome des jeweiligen Krankheitsbildes aufweisen. Die Betroffenen unterscheiden sich in ihrem Erscheinungsbild und der Psychodynamik der jeweiligen Erkrankung, jedoch können die verschiedenen Formen von Essstörungen ineinander übergehen. Essstörungen sind ein weit verbreitetes Gesundheitsproblem mit hoher psychosozialer Krankheitslast und besitzen daher eine erhebliche Public-Health-Relevanz. Aufgrund des dramatischen Krankheitsbildes und der hohen Mortalitätsrate rückt die AN häufig in den Mittel-

punkt der öffentlichen Diskussion. Allerdings nimmt im Verlauf der Pubertätsentwicklung die Häufigkeit der BES bei Mädchen zu und ist im Jugendalter häufig mit Übergewicht und Adipositas assoziiert. Bei adipösen Jugendlichen wird »Binge Eating« in einer Häufigkeit von 20 % bis 30 % gefunden, ohne das alle Kriterien für eine BES erfüllt sein müssen. Die ES-NNB ist mit 60 % aller Essstörungen die wohl größte Gruppe. Detaillierte Kenntnisse über Prävalenz, Geschlechtsspezifik und Symptomcharakteristik sowie differentielle Effekte von Risiko- und Schutzfaktoren im zeitlichen Verlauf können zur Verbesserung von Präventions- und Interventionsmaßnahmen beitragen.

Gesundheitspolitisches Interesse: Die KiGGS-Basisuntersuchung zeigte, dass 21,9 % der 11- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen Symptome einer Essstörung aufweisen. Mädchen waren mit steigendem Alter häufiger betroffen als Jungen. Zur Komorbidität von Essstörungen gehören neben weiteren psychischen Auffälligkeiten und BMI-Normabweichungen auch Verschiebungen in der Wahrnehmung des Körperselbstbildes. Der Einstieg in eine Essstörung findet nicht selten über »Vorbilder« oder Diäten statt. Perfektionismus, Leistungsdruck sowie ein gesellschaftlich propagiertes Schlankheitsideal sind weitere begünstigende Faktoren. Auf Grundlage der Daten der KiGGS-Basiserhebung hat das Bundesministerium für Gesundheit die Initiative »Leben hat Gewicht« gestartet, die zum Ziel hatte, die mit der Thematik befassten Akteure des Gesundheitswesens, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen aber auch Prominente sowie die Modeindustrie zusammenzubringen. Ein Ergebnis war das Zustandekommen einer nationalen Charta, einer Selbstverpflichtung führender Verbände der deutschen Mode- und Textilindustrie zur Förderung und Vermittlung eines gesunden Körperbildes, die u. a. den Verzicht auf den Einsatz von Models mit einem Body Mass Index unter 18,5 beinhaltet. Angesichts der weiten Verbreitung dieses Gesundheitsproblems ist der Kampf gegen Essstörungen auch in Zukunft von erheblichem gesundheitspolitischen Interesse. Ebenfalls von gesundheitspolitischem Interesse ist die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems bei Essstörungs-Betroffenen.

Forschungsinteresse: Mit den KiGGS Welle 1-Daten können Verläufe (Persistenz/Remission) von Probanden, die in der KiGGS-Basiserhebung Symptome von Essstörungen aufwiesen, untersucht werden. Darüber hinaus sind die Entwicklung von Komorbiditäten, der Einfluss spezifischer Risikofaktoren, die Interaktion von Risiko- und Schutzfaktoren sowie die Auswirkungen auf die Lebensqualität von Interesse.

Erhebungsmodus: Telefonisches Interview mit Kindern und Jugendlichen von 11 bis 17 Jahren, mit jungen Erwachsenen ab 18 Jahre sowie für die Lebenszeitprävalenz zusätzlich mit den Eltern 3- bis 17-jähriger Probanden.

Fragestellungen, Hypothesen:

- Wie groß ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Symptomen von Essstörungen?
- Wie hoch ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen/jungen Erwachsenen mit einer Diagnose »Essstörung« und in welchem Lebensalter wurde sie gestellt?
- Welche der Probanden, die in der KiGGS-Basisuntersuchung bereits Symptome von Essstörungen aufwiesen, haben im jungen Erwachsenenalter die Diagnose »Essstörung« erhalten?
- Welche Probanden mit Essstörungsproblemen weisen Komorbiditäten (Verhaltensauffälligkeiten) auf?
- Wie hoch ist die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems bei Betroffenen?
- Gibt es einen Zusammenhang von Essstörungsproblemen und psychischen Erkrankungen der Eltern?

Literatur

Berger U, Wick K, Hölling H et al. (2010) Screening riskanten Essverhaltens bei 12-jährigen Mädchen und Jungen: psychometrischer Vergleich der deutschsprachigen Versionen von SCOFF und EAT-26. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 01.10.2010

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (Hrsg) (2010) Diagnostik und Therapie der Essstörungen. S3-Leitlinie. AWMF-Register Nr. 051/026; AWMF online

Fairburn CG, Harrison PJ (2003) Eating disorders. Lancet 361: 407–416

Hölling H, Schlack R (2007) Essstörungen im Jugendalter. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Ernährungsumschau 9: 514–519

Hölling H, Schlack R (2007) Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 794–799
Morgan JF, Reid F, Lacey H (1999) The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. BMJ 319: 1467–1468
Morgan JF, Reid F, Lacey JH et al. (2002) Questionaire and clinical interview for eating disorders in general practice: The SCOFF comparative study. BMJ 325: 755–756
Patton GC (1988) Mortality in eating disorders. Psychological Medicine 1: 947–951

3.3.4 Schutzfaktoren/Ressourcen

- Personale Ressourcen
- Familiärer Zusammenhalt
- Soziale Unterstützung
- Selbstwirksamkeitserwartung

Integration im Telefonsurvey: Fragen zu personalen, familiären und sozialen Ressourcen/Schutzfaktoren werden ab dem Alter von 11 bis einschließlich 17 Jahren bei den Probanden selbst erhoben. Familiäre Ressourcen werden zusätzlich bei den Eltern der 3- bis 17-Jährigen erfragt. In der Altersgruppe der jungen Erwachsenen werden als Ressourcen soziale Unterstützung und Selbstwirksamkeitserwartung erhoben. Dabei kommen die z. T. auf ein Kernvariablenset reduzierten Erhebungsinstrumente (Social Support Scale, Personale Ressourcen, WIRKALL, Familiärer Zusammenhalt) aus der KiGGS-Basiserhebung erneut zum Einsatz.

Akzeptanz durch Probanden: Die Fragen wurden erfolgreich in den Pretesten getestet. Akzeptanzprobleme bei den Probanden sind nicht zu erwarten.

Public-Health-Relevanz: Die sogenannte salutogenetische Wende in den Gesundheitswissenschaften eröffnete die Perspektive weg von pathogenen, krankmachenden Einflüssen hin zu den Bedingungen der Aufrechterhaltung von Gesundheit. Seither hat die Frage nach Ressourcen, die bei der Bewältigung kritischer Lebensereignisse bzw. ungünstiger Lebensumstände unterstützend wirken, an Bedeutung gewonnen. Mit dem Konzept der Resilienz wurde in der entwicklungspsychologischen Forschung ein inhaltlich ähnlicher Ansatz verfolgt. Hier wurde untersucht, unter welchen Umständen sich Hochrisiko-Kinder zu »normalen«, gut angepassten Erwachsenen entwickeln. Aus der Sicht von Public Health sind Schutzfaktoren von besonderem Interesse, da diese die Perspektive auf neuartige, ressourcenorientierte Präventions- und Interventionsansätze eröffnen.

Gesundheitspolitisches Interesse: Die gesundheitspolitische Bedeutung von Ressourcen ist von der Bundesregierung erkannt worden. Im »Strategiepapier der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit« wird auf die Rolle von Ressourcen als gesundheitsfördernden Potenzialen von Kindern und Jugendlichen explizit Bezug genommen. Insbesondere sind Ressourcen mit Blick auf die Förderung von gesundheitlich benachteiligten Bevölkerungsgruppen von Interesse: Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, mit Migrationshintergrund, psychischen Auffälligkeiten oder Kinder mit chronischen Krankheiten. Für das junge Erwachsenenalter stehen personale (Selbstwirksamkeitserwartung) und soziale Ressourcen bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben im Vordergrund.

Forschungsinteresse: Mit Daten der querschnittlichen KiGGS-Basisuntersuchung wurde bereits die Bedeutung von Ressourcen u. a. für Kinder und Jugendliche mit Adipositas, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und Asthma sowie für Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten und Gewalterfahrungen in Zusammenhangsanalysen untersucht. Der längsschnittliche Ansatz mit KiGGS Welle 1-Daten erlaubt die Untersuchung von Fragestellungen, inwieweit das Vorliegen von Ressourcen/Schutzfaktoren langfristig potenziell negative Konsequenzen von Risikoassoziationen mildern oder sogar vollständig verhindern kann. Beispielsweise soll untersucht werden, ob Kinder und Jugendliche mit hohen Ausprägungen von Schutzfaktoren zum Zeitpunkt der Ersterhebung im zeitlichen Verlauf weniger psychische Auffälligkeiten entwickeln als Kinder und Jugendliche mit geringen Schutzfaktoren. Untersucht werden soll auch, inwiefern es differenzielle Schutzfaktoreffekte für Kinder und Jugendliche mit niedrigen und hohen Ausgangsrisiken gibt und ob sich dies nach unterschiedlichen Risikoassoziationen unterscheidet.

Erhebungsmodus: Telefonisches Interview mit Kindern und Jugendlichen von 11 bis 17 Jahren, mit jungen Erwachsenen ab 18 Jahren sowie für den Teilbereich familiäre Ressourcen zusätzlich mit den Eltern von 3- bis 17-jährigen Probanden.

Fragestellungen, Hypothesen:

- Haben Kinder und Jugendliche mit hohen Ausprägungen von personalen, familiären und sozialen Schutzfaktoren zum Ersterhebungszeitpunkt eine geringere Wahrscheinlichkeit, im späteren Jugend- bzw. frühen Erwachsenenalter psychisch auffällig zu sein?
- Bewältigen Kinder und Jugendliche mit hohen Ausprägungen von Schutzfaktoren und einer chronischen Gesundheitsstörung zum Ersterhebungszeitpunkt altersspezifische Entwicklungsaufgaben besser als Kinder und Jugendliche mit chronischer Krankheit und niedrigen Ausprägungen von Schutzfaktoren?
- In welchem Ausmaß können Schutzfaktoren/Ressourcen bei Kindern und Jugendlichen mit hohen Risiken und Gewalterfahrungen zum Ersterhebungszeitpunkt davor schützen, im jungen Erwachsenenalter erneut Gewalterfahrungen zu machen?
- In welchem Ausmaß tragen aktuell vorhandene Ressourcen im Jugendlichen- und jungen Erwachsenenalter zur Bewältigung aktueller Entwicklungsaufgaben bei?
- Wie lässt sich das familiäre Umfeld von Kindern und Jugendlichen mit niedrigen Ausprägungen von Schutzfaktoren charakterisieren? Welche Trends lassen sich zwischen beiden Erhebungszeitpunkten feststellen?
- Profitieren Kinder und Jugendliche mit niedrigen Ausgangsrisiken stärker von Schutzfaktoreffekten als Kinder und Jugendliche mit hohen Ausgangsrisiken?

Literatur

Antonovsky A (1979) Health, stress and coping. Jossey-Bass, San Francisco

Antonovsky A (1993) The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. Social Sci Med 36: 725–733

Bettge S (2004) Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – Charakterisierung, Klassifizierung und Operationalisierung. Doctoral Dissertation. Technische Universität, Berlin

Donald CA, Ware JE (1984) The measurement of social support. Res Community Mental Health 4: 325–370

Erhart M, Hölling H, Bettge S et al. (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 800–809

Garmezy N, Masten AS, Tellegen A (1984) The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychology. Child Development 55: 97–111

Grob A, Lüthi R, Kaiser FG et al. (1991) Berner Fragebogen zum Wohlbefinden Jugendlicher (BFW). Diagnostica 37: 66–75
Hölling H, Schlack R (2008) Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter – Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Das Gesundheitswesen 70 (3): 154–163
Hölling H, Schlack R, Dippelhofer A et al. (2008) Personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren und gesundheitsbezogene Lebensqualität chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 51 (6): 606–620
Kern R, Rasky E, Noack RH (1995) Indikatoren für Gesundheitsförderung in der Volksschule. Forschungsbericht 95/1. Karl-Franzens-Universität, Graz
Luthar SS, Cichetti D, Becker B (2000) The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for the future work. Child Development 71: 543–562
Schlack R, Hölling H (2008) Effekte kombinierter Risikolagen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Assoziationen mit personalen, familiären und sozialen Schutzfaktoren – Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Das Gesundheitswesen 70 (7): A114
Schlack R, Hölling H, Petermann F (2009) Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen. Ergebnisse aus der KiGGS-Studie. Psychologische Rundschau 60: 137–151
Schneewind K, Beckmann M, Hecht-Jackl A (1985) Familienklima-Skalen. Bericht. Institut für Psychologie-Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnostik der Ludwig Maximilians Universität, München
Schwarzer R (1994) Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personalen Bewältigungsressource. Diagnostica 40: 105–123
Schwarzer R, Jerusalem M (1999) Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Institut für Psychologie, Freie Universität Berlin

3.3.5 Gewalterfahrungen

- Opfererfahrung (Gewalt durch Peers oder Erwachsene, 12-Monats-Prävalenz, Altersgruppe 11 bis 17 Jahre)
- Tätererfahrung (Gewaltausübung gegenüber Peers, Erwachsenen, Sachen, 12-Monats-Prävalenz, Altersgruppe 11 bis 17 Jahre)
- Mobbing (nur junge Erwachsene, 12-Monats-Prävalenz)
- Partnergewalt (nur junge Erwachsene, 12-Monats-Prävalenz)
- Psychische Gewalt (nur junge Erwachsene, 12-Monats-Prävalenz)

Integration im Telefonsurvey: Bereits in der KiGGS-Basisuntersuchung zeigte sich, dass ein erheblicher Teil der Kinder und Jugendlichen von 11 bis 17 Jahren Gewalterfahrungen als Täter, Opfer oder Täter/Opfer bezogen auf die letzten 12 Monate gemacht hatte. Die Gewaltdefinition war dabei das, was die Probanden subjektiv unter Gewalt verstanden. Die Verteilungsmuster legten nahe, dass vor allem Peergewalt (Gewalt unter Gleichaltrigen) abgebildet wurde. Um die Vergleichbarkeit mit der KiGGS-Basiserhebung aufrecht zu erhalten, wurden die Frageformulierungen im Grundsatz beibehalten, wobei die Fragestellung dahingehend erweitert wurde, ob Gewalt durch Peers oder Erwachsene erfahren bzw. gegen diese ausgeübt wurde. Für die Gruppe der jungen Erwachsenen wurde ein völlig neuer, im Robert Koch-Institut entwickelter Gewaltfragebogen eingesetzt, der neben Erfahrungen körperlicher (direkter) Gewalt auch Erfahrungen psychischer (indirekter) Gewalt sowie Mobbing am Arbeitsplatz und Partnergewalt erfasst. Referenzwerte für dieses Instrument werden nach Abschluss der bundesweit repräsentativen DEGS-Studie des Robert Koch-Instituts zur Verfügung stehen.

Akzeptanz durch Probanden: Fragen nach Gewalterfahrungen gehören zu den sogenannten sensitiven Fragen, die im telefonischen Interview grundsätzlich schwieriger zu erfragen sind als in einem anonymen schriftlichen Fragebogen, da hier ein persönlicher (telefonischer) Kontakt zwi-

schen dem Interviewer und der Befragungsperson besteht. Dissimulation sowie Antworttendenzen im Sinne sozialer Erwünschtheit sind daher wahrscheinlicher als bei einer schriftlichen Befragung. Allerdings zeigten die Erfahrungen beider Preteste sowie der jeweils angeschlossenen Cognitive Debriefings, dass die Fragen von den Probanden gut angenommen wurden. Jedoch wurde in der telefonischen Befragung auf die Fragen nach sexueller Belästigung, die im Fragebogen der Basisuntersuchung enthalten waren, verzichtet.

Public-Health-Relevanz: Gewalterfahrungen sind ein lange Zeit vernachlässigtes, jedoch äußerst relevantes Public-Health-Thema. Analysen mit der KiGGS-Basisstichprobe haben deutlich aufgezeigt, dass alle an Gewalt beteiligten Gruppen, sowohl Täter als auch Opfer, von negativen Konsequenzen hinsichtlich ihres Gesundheitszustands betroffen waren. Täter zeigten häufiger aggressiv-dissoziales Verhalten, aber auch eine stärkere depressive Symptomatik als Unbeteiligte. Ausschließliche Gewaltopfer hatten häufiger soziale Probleme mit Gleichaltrigen und waren häufiger depressiv, während Kinder und Jugendliche, die sowohl Täter als auch Opfer waren, die höchsten psychopathologischen Belastungen aufwiesen (Auffälligkeiten in allen Problembereichen des SDQ sowie besonders bei Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität). Die Beteiligung an Gewalthandlungen kann sowohl bei Tätern als auch bei Opfern mit erhöhtem Substanzgebrauch (Alkohol, Rauchen, psychoaktive Drogen) einhergehen. Kinder und Jugendliche, die, ggf. auch wiederholt, Opfer von Gewalthandlungen werden, haben ein erhöhtes Risiko, in ihren Schulleistungen abzufallen oder Essstörungen zu entwickeln oder im Erwachsenenalter erneut Viktimisierungserfahrungen zu machen. Unter dem Gesichtspunkt der Prävention haben sich aus der Analyse der KiGGS-Basisdaten Hinweise auf einen protektiven Effekt eines günstigen familiären Umfeldes ergeben. Risiko erhöhend waren dagegen die Zugehörigkeit zum männlichen Geschlecht (alle Täter/Opferrollen), Hauptschulbesuch, gewaltbefürwortende Einstellungen (Täter, Täter/Opfer), ein geringer Bildungshintergrund des Elternhauses (Opfer), Aufwachsen mit nur einem Elternteil (Täter/Opfer, Opfer).

Gesundheitspolitisches Interesse: Aufgrund ihrer vielfältigen potenziellen Auswirkungen auf die körperliche und seelische Gesundheit, Bildungserfolg und Arbeitsfähigkeit sind differenzierte Kenntnisse über die Häufigkeit, Verteilung und zeitlichen Trends von Gewalterfahrungen sowie individuelle Gesundheitsschicksale (Verläufe) von Gewaltbetroffenen von großer Bedeutung für die in der Gesundheitsversorgung aber auch in Bildungseinrichtungen tätigen Berufsgruppen sowie für politische Entscheider. Die Identifizierung von Determinanten und Konsequenzen von Gewalthandlungen können daher zu einem besseren Verständnis der gesundheitlichen Folgen von Gewalterfahrungen beitragen, generell, Gewalterfahrungen als Ursache von Gesundheitsproblemen zu erkennen, anzusprechen und entsprechende gesundheitspolitische Maßnahmen einzuleiten.

Forschungsinteresse: Nachverfolgung der Probanden mit Gewalterfahrungen hinsichtlich langfristiger gesundheitlicher und sozialer Konsequenzen, erlittener oder ausgeübter Gewalt. Mit den KiGGS-Basisdaten wurde untersucht, inwieweit personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren protektiv gegenüber einer Rolleneinnahme als Täter, Opfer oder Täter/Opfer sowie protektiv gegenüber der Ausbildung psychosozialer und psychischer Auffälligkeiten bei einer Rolleneinnahme wirken. Diese Forschungslinien sollen fortgesetzt werden.

Erhebungsmodus: Telefonische Befragung mit modifiziertem Gewaltfragebogen für Kinder und Jugendliche aus der KiGGS-Basisuntersuchung (Altersgruppe 11 bis 17 Jahre), mit dem DEGS-Gewaltfragebogen (für junge Erwachsene ab 18 Jahren).

Fragestellungen, Hypothesen:

- Welche Trends (Zu-/Abnahme) berichten Kinder und Jugendliche bezüglich der Häufigkeit ihrer Gewalterfahrungen als Täter, Opfer oder Täter/Opfer?
- Gibt es eine Stabilität von psychopathologischen Komorbiditätsmustern (emotionalen Problemen, Verhaltensproblemen, Hyperaktivitätsproblemen, Peerproblemen) im zeitlichen Trend bzw. Verlauf?

- Gibt es Veränderungen bezüglich der protektiven Effekte von personalen, familiären und sozialen Schutzfaktoren?
- Follow-up von Probanden, die in der KiGGS-Basisuntersuchung eine Rolle als Täter, Opfer oder Täter/Opfer eingenommen hatten: Welche Auswirkungen gibt es im Jugendalter/jungen Erwachsenenalter? (Outcomes u. a.: Schul- und Bildungserfolg, Aggressions-, Depressionsneigung, Opfererfahrungen, ungeplante Schwangerschaften, psychiatrische Komorbidität)?

Literatur

Foshee VA, McNaughton Reyes HL, Ennet ST et al. (2011) Risk and Protective Factors Distinguishing Profiles of Adolescent Peer and Dating Violence Perpetration. Journal of Adolescent Health 48 (4): 344–350

Ireland JL (2005) Psychological health and bullying behavior among adolescent prisoners: A study of young and juvenile offenders. Journal of Adolescent Health 36 (3): 236–243

Marées N von, Petermann F (2009) Bullying an Grundschulen: formen, Geschlechtsunterschiede und psychosoziale Korrelate. Psychologische Rundschau 60 (3): 152–162

Russell PL, Nurius PS, Herting JR et al. (2010) Violent Victimization and Perpetration: Joint and Distinctive Implications for Adolescent Development. Victims & Offenders 5: 329–353

Schlack R, Hölling H (2007) Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 819–826

Schlack R, Hölling H, Erhart M et al. (2010) Elterliche Psychopathologie, Aggression und Depression bei Kindern und Jugendlichen. Kindheit und Entwicklung 19: 228–238

Schlack R, Hölling H, Petermann F (2009) Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen. Ergebnisse aus der KiGGS-Studie. Psychologische Rundschau 60: 137–151

3.3.6 Familiäre Belastungen

- Haus- und Familienarbeit
- Geringe Anerkennung der Familienarbeit
- Alleinerziehung
- Geringe Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Ausbildung/Studium
- Pflegebedürftige Familienangehörige
- Chronische Erkrankung oder Behinderung eines Kindes
- Erziehungsprobleme
- Partnerschaftskonflikte
- Konflikte mit anderen Familienangehörigen
- Ungewolltes Alleinleben
- Arbeitslosigkeit
- Finanzielle Probleme

Integration im Telefonsurvey: Die Fragen zu familiären Belastungen richten sich an die Eltern von 0- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen. Die Befragungsinhalte wurden in KiGGS Welle 1 neu in den Fragebogen aufgenommen. In Ergänzung und Erweiterung zur Erhebung soziodemografischer Risiken (wie Arbeitslosigkeit oder Alleinerziehung) werden die individuelle Bedeutung und Schwere dieser Risikofaktoren in der Wahrnehmung der Probanden erfasst und weitere familienspezifische Belastungsfaktoren erfragt. Damit sind in Kombination mit weiteren Angaben aus der Befragung differenzierte Aussagen zu einer familiären Belastungssituation möglich.

Akzeptanz durch Probanden: Das Instrument wurde im Pretest erfolgreich getestet. Akzeptanzprobleme bei den Probanden gab es nicht.

Public-Health-Relevanz: Resultate aus der KiGGS-Basiserhebung haben gezeigt, dass familiäre Risikokonstellationen eine wichtige Determinante z. B. für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen sind. Den familiären Bedingungen kommt damit eine zentrale Rolle für das Wohlergehen und das gesunde Aufwachsen von Kindern zu. Familiäre Belastungen wie Überforderung durch Haus- und Familienarbeit, eine geringe Vereinbarkeit von Familie und Beruf bzw. Ausbildung, Alleinerziehung, die Versor-

gung von pflegebedürftigen Angehörigen, die Verantwortung für ein chronisch krankes oder behindertes Kind können Auswirkungen auf die Erziehungsressourcen erziehungsverantwortlicher Personen haben. Eingeschränkte elterliche Kompetenzen in der Folge von familiären Belastungserfahrungen müssen dabei keineswegs auf Familien mit niedrigem sozialen Status beschränkt sein, sondern können genauso Kinder aus Familien mit privilegiertem sozioökonomischem Status betreffen. Die Auswirkungen von Familien- bzw. Partnerschaftskonflikten, finanziellen Sorgen oder Arbeitslosigkeit oder der Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger betreffen in der Regel die gesamte Familie als System. Damit können familiäre Belastungen mittelbar oder direkt die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen beeinflussen. Die Belastungen durch Haus- und Familienarbeit bei geringer gesellschaftlicher Anerkennung betreffen nach wie vor vorrangig Frauen/Mütter. Im Zuge eines sich verändernden Rollen- und Partnerschaftsverständnisses gewinnen jedoch Fragen wie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf oder Fragen nach der Verantwortung bei Erziehungsproblemen zunehmend auch für Männer/Väter an Bedeutung.

Gesundheitspolitisches Interesse: Aus der Sicht der in der Jugend- und Gesundheitsfürsorge tätigen Berufsgruppen ist es von Interesse, die Bedeutung familiärer Risikofaktoren genauer zu kennen, um Hilfs- und Präventionsangebote besser fokussieren zu können. Besondere Bedeutung erlangt die Thematik für die Altersgruppe der 0- bis 6-Jährigen im Zusammenhang mit Initiativen zu »Frühen Hilfen« zum gesunden Aufwachsen von Kindern in benachteiligten sozialen Lagen. Die detaillierte Kenntnis familiärer Risikolagen erlaubt zudem eine genauere Abschätzung potenziell erfolgversprechender Ansatzpunkte bei der Konzeption gesundheitspolitischer Maßnahmen.

Forschungsinteresse: Die Befragung zu familiären Belastungen ermöglicht in Kombination mit weiteren Befragungsinhalten eine differenzierte Beschreibung familiärer Problemlagen sowie eine Einschätzung von deren subjektiver Bedeutung und Schwere. Von Interesse sind dabei insbesondere kumulierte Risiken sowie deren Stratifizierung nach sozialen Risiken (Sozialstatus und Migrationshintergrund). Weiterhin sind familiäre Belastungen wichtige Einflussgrößen in multivariaten Datenanalysen zur psychischen Gesundheit (z. B. psychische Auffälligkeiten, soziale Probleme, Gewalterfahrungen, Essstörungen). Von Interesse ist weiterhin, inwieweit und welche familiären Risikokonstellationen durch personale, familiäre und soziale Ressourcen gepuffert werden können.

Erhebungsmodus: Telefonische Befragung der Eltern von 0- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen (Quer- und Längsschnitt).

Fragestellungen, Hypothesen:

- Beschreibung familiärer Problemlagen
- Differenzierung nach Sozialstatus und Migrationshintergrund
- Assoziationen mit weiteren Risiko- und Schutzfaktoren
- Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit, psychische Auffälligkeiten, soziale Probleme, Gewalterfahrungen, Essstörungen sowie gesundheitsbezogene Lebensqualität

Literatur

Arnhold-Kerri S, Collatz J (2006) Besteht bei Müttern ein Zusammenhang zwischen psychischem Befinden, negativen Stressverarbeitungsstrategien und der Wahrnehmung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten? Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 72: 165–171

Arnhold-Kerri S, Sperlich S (2010) Vermitteln Erziehungsressourcen von Müttern zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitsbezogener Lebensqualität bei Kindern? Das Gesundheitswesen 72 (2): 77–87

Eickhorst A, Schweyer D, Köhler H et al. (2010) Elterliche Feinfühligkeit bei Müttern und Vätern mit psychosozialen Belastungen. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 53 (11): 1126–1133

Hölling H, Schlack R (2008) Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter – Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Das Gesundheitswesen 70 (3): 154–163

Kölch M, Schmid M (2008) Elterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 57: 774–788

3.3.7 Psychische Erkrankungen der Eltern

- Psychische Erkrankung des/der Sorgeberechtigen (Punkt- und Lebenszeitprävalenz)
- Psychische Erkrankung des Partners (Punkt- und Lebenszeitprävalenz)

Integration im Telefonsurvey: Eltern von 0- bis 17-jährigen Probanden (Quer- und Längsschnitt) werden dazu befragt, ob bei ihnen aktuell eine psychische Erkrankung besteht oder jemals eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde. Die jeweilige psychische Erkrankung wird in einem Freitextfeld erfasst und anschließend kodiert. Die Fragestellung wurde in KiGGS Welle 1 neu aufgenommen.

Akzeptanz durch Probanden: Die Fragestellung ist im Rahmen eines Gesundheitssurveys nachvollziehbar. Sie wurde in beiden Pretesten getestet. Akzeptanz- oder Verständnisprobleme bei den Befragten konnten nicht festgestellt werden.

Public-Health-Relevanz: Etwa 30 % der bundesdeutschen Bevölkerung erleiden im Laufe ihres Lebens eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung. Die psychische Erkrankung eines Elternteils ist dabei ein Hochrisikofaktor für die kindliche Entwicklung und hat häufig Auswirkungen auf das gesamte familiäre Umfeld. Die Kinder erleben subjektive Beeinträchtigungen, wie Desorientierung, Schuldgefühle, Gewalt, Isolierung. Damit sind Kinder einem erhöhten spezifischen Erkrankungsrisiko ausgesetzt, selbst psychische Auffälligkeiten bzw. Störungen zu entwickeln. Genetische und psychosoziale Risiken und Schutzfaktoren interagieren bei der Fähigkeit, ein solches kritisches Lebensereignis zu bewältigen.

Gesundheitspolitisches Interesse: Psychische Auffälligkeiten und Störungen sind nicht nur mit einer Reihe von individuellen und gesellschaftlichen Folgeproblemen assoziiert; sie gehören mittlerweile auch zu den häufigsten Ausfallgründen bei krankheitsbedingten Fehlzeiten im Berufsleben. Eine Vielzahl von Studien belegt eine intergenerationale Weitergabe psychischer Auffälligkeiten und Störungen der Eltern auf ihre Kinder. Aus gesundheitspolitischer Sicht sind Ansatzpunkte zur Unterbrechung dieses Circulus Vitiosus von großem Interesse. Auf der Grundlage der bundesweit repräsentativen KiGGS Welle 1-Daten können Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen und Interventionen skizziert werden.

Forschungsinteresse: Auf der Grundlage der KiGGS Welle 1-Daten soll die Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei Eltern und ihren Kindern abgeschätzt und in Beziehung zu Schutzfaktoren (personal, familiär, sozial) beschrieben werden. Die Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer Hilfe wird mit dem Anteil Betroffener korreliert.

Erhebungsmodus: Telefonisches Interview mit Eltern und Kindern von 0 bis 17 Jahren.

Fragestellungen, Hypothesen:

- Wie hoch ist die Punkt- und Lebenszeitprävalenz diagnostizierter psychischer Krankheiten/Störungen bei den Eltern. Differenzierung erfolgt hinsichtlich Alter, Geschlecht, Sozialstatus und Region (Querschnittanalyse)?
- Wie stellen sich Verfügbarkeit und Effekte von Schutzfaktoren bei betroffenen und nicht betroffenen Kindern und Jugendlichen dar?
- Welche Korrelationen gibt es hinsichtlich der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems und psychischen Krankheiten/Störungen der Eltern (ärztliche bzw. psychotherapeutische Behandlung, Medikation und Psychotherapie)?

Literatur

Cassidy B, Zoccolillo M, Hughes S (1996) Psychopathology in adolescent mothers and its effect on mother-infant interactions: A pilot study. Canadian Journal of Psychiatry 41: 379–384

Kim-Cohen J, Moffit TE, Taylor A et al. (2005) Maternal depression and children's antisocial behavior. Archives of General Psychiatry 62: 173–181

Koglin U, Petermann F (2008) Inkonsistentes Erziehungsverhalten. Ein Risikofaktor für aggressives Verhalten? Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 56: 285–291

Kopp LM, Beauchaine TP (2007) Patterns of psychopathology in the families of children with conduct problems, depression, and both psychiatric conditions. Journal of Abnormal Child Psychology 35: 301–312

Kötter C, Stemmler M, Bühler A (2010) Mütterliche Depressivität, Erziehung und kindliche Erlebens- und Verhaltensprobleme. Kindheit und Entwicklung 19: 109–118
Schlack R, Hölling H, Erhart M et al. (2010) Elterliche Psychopathologie, Aggression und Depression bei Kindern und Jugendlichen. Kindheit und Entwicklung 19: 228–238
Whitbeck LB, Hoyt DR, Simons RL et al. (1992) Intergenerational continuity of parental rejection and depressed affect. Journal of Personality and Social Psychology 63: 1036–1045
Wiegand-Grefe S, Geers P, Plaß A et al. (2009) Kinder psychisch kranker Eltern: Zusammenhänge zwischen subjektiver elterlicher Beeinträchtigung und psychischer Auffälligkeit der Kinder aus Elternsicht. Kindheit und Entwicklung 18: 111–121

3.4 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

3.4.1 Alkoholkonsum

- Häufigkeit und Menge des Alkoholkonsums
- Häufigkeit des Rauschtrinkens (Binge-Drinking)
- Selbstangaben zum Vorliegen von Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit

Integration im Telefonsurvey: Erhebung von Häufigkeit und Menge des Alkoholkonsums sowie der Häufigkeit des Rauschtrinkens. Mit der Integration des AUDIT-C in den KiGGS Welle 1-Fragebogen erfolgte gegenüber der Basiserhebung ein Instrumentenwechsel hin zu einem international gebräuchlichen standardisierten Erhebungsinstrument.

Akzeptanz durch Probanden: Die Akzeptanz der Fragen ist durch internationale wie auch nationale Studien belegt. International liegen nur wenige Studien zum Alkoholkonsum im Alter unter 18 Jahren vor. Eine aktuelle Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Alkoholkonsum Jugendlicher zeigt eine hohe Akzeptanz der Fragen.

Public-Health-Relevanz: In der Jugend wird die Basis für das lebenslange Trinkverhalten gelegt. Im Kindes- und Jugendalter ist der Organismus besonders vulnerabel, eine physiologische Alkoholtoleranz zu entwickeln. Hierdurch wird der Grundstein für eine langfristige Gewöhnung an hohe Trinkmengen und spätere Alkoholfolgeschäden gelegt. Rauschtrinken erhöht das Risiko für Unfälle, Verletzungen, Alkoholvergiftungen, Gewalttaten, unerwünschte Schwangerschaften, Infizierung mit sexuell übertragbaren Erkrankungen, Magenschleimhautentzündungen und anderen sozialen wie gesundheitlichen Problemen.

Gesundheitspolitisches Interesse: Übermäßiger Alkoholkonsum erhöht das Risiko für eine Vielzahl von Erkrankungen und Verletzungen. Deutschland hat eine ausgeprägt permissive Alkoholpolitik. Entsprechend groß ist die Notwendigkeit gesundheitliche Folgen zu erkennen und

Risikogruppen zu identifizieren. Das gesundheitspolitische Interesse besteht darin, den gesamtgesellschaftlichen Schaden durch Alkoholkonsum zu verringern.

Forschungsinteresse: Identifikation von Risiko- und Schutzfaktoren bei der Entwicklung von riskantem und schädlichem Alkoholkonsum. Identifikation von besonders riskanten Trinkmustern, auch hinsichtlich der Entwicklung von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit.

Erhebungsmodus: Telefonische Befragung von Kindern und Jugendlichen im Alter ab 11 Jahren.

Fragestellungen, Hypothesen:

- Welche Trinkmuster haben eine besonders hohe Wahrscheinlichkeit der Persistenz oder Progredienz?
- Welche psychosozialen Bedingungen sind Risikofaktoren für die Entwicklung von riskantem Alkoholkonsum und Rauschtrinken?
- Welche psychosozialen Bedingungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, riskante Konsummuster und Konsummengen zu beenden?

Literatur

Alderete E, Kaplan CP, Nah G et al. (2008) Problems related to alcohol drinking among youth in Jujuy, Argentina. Salud Publica Mex 50 (4): 300–307

Anderson R, Baumberg B (2006) Alcohol in Europe – A Public Health Perspective. Institute of Alcohol Studies, London

Babor T, Caetano R, Casswell S et al. (Hrsg) (2005) Alkohol – Kein gewöhnliches Konsumgut. Hogrefe-Verlag, Göttingen Bern Wien

Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB et al. (1998) The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Arch Intern Med 158: 1789–1795

Lampert T, Thamm M (2007) Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 600–608

Rubinsky AD, Kivlahan DR, Volk RJ et al. (2010) Estimating risk of alcohol dependence using alcohol screening scores. Drug Alcohol Depend 108 (1-2): 29–36

WHO (2000) International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm. 1-209. WHO Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Disease and Mental Health Cluster, World Health Organization, Geneva

3.4.2 Tabakkonsum

- Häufigkeit und Menge des Tabakkonsums
- Alter bei Einstieg ins regelmäßige Rauchen
- Rauchverhalten von Freunden und Eltern
- Passivrauchbelastung
- Shisha-Rauchen (Wasserpfeife)

Integration im Telefonsurvey: Im Telefoninterview wird die Häufigkeit und Menge des Tabakkonsums, das Alter bei Einstieg in das regelmäßige Rauchen sowie die Passivrauchbelastung erfragt. Außerdem wird das Rauchverhalten von Freunden und Eltern erhoben. Weitere Fragen beziehen sich auf die Häufigkeit und Menge des Shisha-Rauchens (Wasserpfeife). Die Fragen zum Rauchen und Passivrauchen waren bereits Bestandteil der KiGGS-Basiserhebung.

Akzeptanz durch Probanden: Hinweise auf Probleme bei der Erhebung oder auf eine mangelnde Akzeptanz seitens der Probanden gab es nicht. Die Fragen zum Shisha-Rauchen wurden neu in das Erhebungsprogramm aufgenommen. Dabei konnte auf Erfahrungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zurückgegriffen werden, die im Rahmen von Repräsentativerhebungen schon seit längerem Informationen zum Shisha-Rauchen erhebt.

Public-Health-Relevanz: Eine nachhaltige Verringerung des Tabakkonsums und der Schutz vor Passivrauchen sind wichtige Ziele der Gesundheits- und Präventionspolitik. Eine Schlüsselrolle kommt der Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen zu, weil die Mehrheit der Raucher eine Nikotinabhängigkeit aufweist und entsprechend große Probleme hat, das Rauchen wieder aufzugeben. Da die große Mehrheit der Raucher bereits vor dem 18. Lebensjahr mit dem Konsum beginnt, das Risiko für die Gesundheit besonders groß ist, wenn die Organe noch nicht voll entwickelt sind und viele Heranwachsende die gesundheitlichen Konsequenzen des Rauchens und Passivrauchens unterschätzen, sind Kinder und Jugendliche die wichtigste Zielgruppe der Tabakprävention und Tabakkontrollpolitik.

Gesundheitspolitisches Interesse: Durch die Verringerung des Tabakkonsums kann der Entstehung vieler, zum Teil sehr schwerwiegender Erkrankungen vorgebeugt werden. Für den Einzelnen ergeben sich aus dem Nichtrauchen verbesserte Chancen für ein langes und gesundes Leben. Gesamtgesellschaftlich resultieren aus der Verringerung des Tabakkonsums verringerte Kosten, die z. B. durch die Versorgung von tabakassoziierten Erkrankungen und Beschwerden oder krankheitsbedingte Arbeitsausfälle entstehen.

Forschungsinteresse: Beschreibung der Verbreitung des Tabakkonsums bei Kindern und Jugendlichen sowie Identifikation von Konsummustern. Beschreibung von zeitlichen Trends hinsichtlich der Frequenz und der Intensität des Tabakrauchens bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Analyse von (longitudinalen) Einflussfaktoren auf das Rauchen, insbesondere auch im Hinblick auf das Einstiegs- und Ausstiegsverhalten.

Erhebungsmodus: Telefonische Befragung von Kindern und Jugendlichen im Alter ab 11 Jahren und der Eltern aller Probanden sowie der jungen Erwachsenen ab 18 Jahren.

Fragestellungen, Hypothesen:

- Wie verbreitet ist das Rauchen bei Kindern und Jugendlichen und welche Konsummuster lassen sich beschreiben?
- Welche zeitlichen Trends des Rauchens sind seit der KiGGS-Basiserhebung zu verzeichnen (Einstiegsalter, Häufigkeit, Intensität)?
- Was kennzeichnet »Aussteiger« (individuelle Verlaufsanalysen)?
- Wie stark ist die Passivrauchbelastung in der heranwachsenden Generation?
- Welche Bedeutung kommt dem Shisha-Rauchen zu?
- Welche (längsschnittlichen) Einflussfaktoren des Rauchens, der Passivrauchbelastung und des Shisha-Rauchens lassen sich identifizieren und inwieweit stellen diese Ansatzpunkte für eine effektive Tabakprävention dar?

Literatur

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum. Köln

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg) (2009) Tabakatlas Deutschland 2009. Heidelberg

Lampert T (2008) Tabakkonsum und Passivrauchbelastung von Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Deutsches Ärzteblatt 105 (15): 265–271

Lampert T (2010) Soziale Determinanten des Tabakkonsums bei Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitssschutz 53 (2/3): 108–116

Lampert T, List SM (2010) Gesundheitsrisiko Passivrauchen. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin. GBE kompakt 3/2010
www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 18.06.2010)

Lampert T, List SM (2010) Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg) Jahrbuch Sucht 2010. Geesthacht, S 48–68

Lampert T, Thamm M (2007) Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 600–608

Neubauer S, Welte R, Beiche A et al. (2006) Mortality, morbidity and costs attributable to smoking in Germany: update and a 10-year comparision. Tobbaco Control 15 (6): 464–471

3.4.3 Mediennutzung

- Fernsehen/Video-Nutzung pro Tag
- Computer- und Internet-Nutzung pro Tag
- Spielkonsolen-Nutzung pro Tag
- Handy-Nutzung pro Tag

Integration im Telefonsurvey: Im Telefoninterview wird die tägliche Nutzungsdauer von Fernsehen/Video, Spielkonsole, Computer und Internet sowie Mobiltelefon (Handy) erfragt. Die Thematik war bereits Bestandteil der KiGGS-Basisuntersuchung.

Akzeptanz durch Probanden: Hinweise auf mangelnde Akzeptanz in der telefonischen Befragung durch die Probanden liegen nicht vor. Der zeitliche Aufwand ist zumutbar.

Public-Health-Relevanz: Medien sind ein wichtiger Bestandteil der Freizeitgestaltung von Kindern und Jugendlichen. Gleichzeitig werden die Auswirkungen von exzessivem Medienkonsum, z. B. auf Übergewicht und Adipositas oder Verhaltensauffälligkeiten, diskutiert. Dabei wird dem Medienkonsum eine mitverursachende Rolle z. B. für Übergewicht zugeschrieben. In den KiGGS-Basisauswertungen konnten diese Zusammenhänge insofern bestätigt werden, dass Übergewicht und Adipositas mit hoher Fernseh-, PC- und Spielkonsolennutzung einhergingen. Gerade wegen der sich rapide vollziehenden Änderungen und Entwicklungen hinsichtlich der Verfügbarkeit, Verbreitung und Nutzung unterschiedlicher Medien ist zur Nachverfolgung von Aus- und Wechselwirkungen zwischen Mediennutzung und Gesundheitsparametern die Berücksichtigung dieser Indikatoren in KiGGS Welle 1 in hohem Maß public-health-relevant.

Gesundheitspolitisches Interesse: Die Frage nach einer angemessenen Nutzung elektronischer Medien hat eine wichtige Bedeutung für verschiedene gesundheitliche Fragestellungen. Für Kinder und Jugendliche ist es praktisch unmöglich geworden, in ihrer Entwicklung elektronischen Medien auszuweichen. Dies ist auch nicht wünschenswert. So ist die Nutzung von Computer und Internet unabdingbar geworden für einen guten Bildungserfolg in Schule, Ausbildung und Studium. Die Zugehörigkeit zu sozialen Netzwerken im Rahmen des Web 2.0 ist für viele Jugendliche heute schon die Regel. Gesundheitspolitisch relevant sind Nutzungsmuster dort, wo exzessive Mediennutzung in Zusammenhang mit schwer wiegenden Gesundheitsproblemen gebracht werden kann. Übermäßige Nutzung elektronischer Medien steht z. B. im Verdacht, in Konkurrenz zu körperlich-sportlichen Aktivitäten und in Zusammenhang mit ungünstigen Ernährungsgewohnheiten zu stehen und gilt damit als ein Risikofaktor für Übergewicht/Adipositas und metabolisches Syndrom. Inwieweit auf exzessive Internetnutzung (»Internetsucht«) auch die Suchtkriterien der einschlägigen Diagnoseschlüssel (DSM-IV, ICD-10) anwendbar sind, ist derzeit noch in der Diskussion.

Forschungsinteresse: Berechnung von Risiko- und Prädiktionsmodellen für exzessive Mediennutzung; Trendanalysen zu Nutzungsmustern verschiedener elektronischer Medien in Zusammenhang mit ausgewählten Gesundheitsparametern; Follow-up von Medienvielnutzern aus der KiGGS-Basiserhebung. Ein besonderes Forschungsinteresse liegt bei der Mediennutzung im Kleinkind- und Vorschulalter. Darüber hinaus ist das Ausmaß der Mediennutzung eine wichtige Kontrollvariable für weitere multivariate Analysen.

Erhebungsmodus: Telefonische Befragung der Eltern von Kindern von 0 bis 10 Jahren (Quer- und Längsschnitt), Jugendlichen von 11 bis 17 Jahren sowie jungen Erwachsenen ab 18 Jahren.

Fragestellungen, Hypothesen:

- Welche Veränderungen von Mustern der Mediennutzung (Fernsehen/Video, PC, Spielkonsole, Handy) gibt es im zeitlichen Trend?
- In welchem Zusammenhang stehen exzessive Mediennutzung in der Kindheit und Jugend und Übergewicht/Adipositas im Erwachsenenalter?
- Desgl. exzessive Mediennutzung in der Kindheit und Jugend und geringere körperlich-sportliche Aktivität im Erwachsenenalter?

- Wie lassen sich zeitliche Trends bezüglich der Mediennutzung im Kleinkind- und Vorschulalter beschreiben?

Literatur

Beyerlein A, Toschke AM, Schaffrath Rosario A et al. (2011) Risk Factors for Obesity: Further Evidence for Stronger Effects on Overweight Children and Adolescents Compared to Normal-Weight Subjects. PLoS ONE 6 (1): e15739

Hancox RJ, Milne BJ, Poulton R (2004) Associations between child and adolescent television viewing and adult health. A longitudinal birth cohort study. Lancet 364: 257–262

Lampert T, Sygusch R, Schlack R (2007) Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 643–652

Roth K, Schlack R, Hölling H et al. Associations of environmental factors with low and high level of television viewing in German preschool children. (submitted)

Schlack R (2007) Dick, dumm, krank? Zur Beziehung von Bildschirmmedienkonsum und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Neuß N, Große-Lohheide M (Hrsg) Körper, Kult und Medien. Inszenierungen im Alltag und in der Medienbildung. Schriften zur Medienpädagogik 40: 153–167

Schlack R, Wegner R (2005) TV- und Medienkonsum: Auswirkungen auf die Körpermasse (BMI), motorische Entwicklung und Sprachentwicklung bei Einschülern in Köln 2003. Monatsschrift Kinderheilkunde 153: 821

3.4.4 Körperliche Aktivität

- Häufigkeit und Umfang der körperlichen Aktivität in der Freizeit
- Häufigkeit, Umfang und Art der sportlichen Aktivität in der Freizeit – innerhalb und außerhalb des Sportvereins
- Frühere Mitgliedschaft im Sportverein

Integration im Telefonsurvey: Die Befragung in KiGGS Welle 1 führt sie Inhalte aus der KiGGS-Basiserhebung fort und ergänzt diese in Teilaspekten (z. B. sportliche Aktivität im Verein). Befragung zu Häufigkeit und Dauer der körperlichen Aktivität in der Freizeit sowie Häufigkeit und Dauer der sportlichen Aktivität innerhalb und außerhalb des Sportvereins mit Angabe von bis zu vier verschiedenen Sportarten. Im Gegensatz zu den Altersgruppen der 0- bis 17-Jährigen, bei denen die Aktivität unabhängig von der Intensität erfragt wird, beziehen sich Fragen zu Häufigkeit und Dauer der körperlichen Aktivität bei den über 18-Jährigen auf eine mittlere Intensität, und es wird darüber hinaus das Gesundheitsbewusstsein hinsichtlich ausreichend körperlicher Bewegung erhoben.

Akzeptanz durch Probanden: Fragen zur körperlichen und sportlichen Aktivität sind als gesundheitsrelevante Verhaltensweisen im Rahmen eines Gesundheitssurveys nachvollziehbar. Die zeitliche Belastung für die Probanden ist zumutbar.

Public-Health-Relevanz: Die Zusammenhänge zwischen körperlicher Aktivität und Gesundheit wurden in vielen Studien belegt. Körperliche Inaktivität ist ein Risikofaktor für Übergewicht und Adipositas und wirkt sich negativ auf einen aktiven Lebensstil im Erwachsenenalter aus. Im Kindesalter dient Bewegung darüber hinaus der gesunden Entwicklung, nicht nur auf motorischer Ebene, sondern auch mit Blick auf die Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit. Die Sportbeteiligung wird zukünftig als Indikator zur Beobachtung von Veränderungen im Rahmen des Nationalen Aktionsplans Ernährung und Bewegung IN FORM eingesetzt (www.in form.de).

Gesundheitspolitisches Interesse: Aufgrund der Debatte um eine veränderte Kindheit, die anstatt durch natürlichen Bewegungsdrang vermehrt durch Bewegungsmangel geprägt ist, wurde sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene eine Empfehlung zur Dauer und Intensität täglicher Aktivitätszeiten erstellt. Die WHO und EU-Leitlinien empfehlen, dass sich Kinder täglich mindestens 60 Minuten in mittlerer Intensität bewegen sollten. Neben der Beobachtung der Einhaltung und Wirkung dieser Empfehlung in der Bevölkerung sind Präventionsmaßnahmen zu entwickeln. Der nationale Aktionsplan IN FORM zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel und Übergewicht ist zur Entwicklung zielgruppenspezifischer Maßnahmen auf Daten zum Zusammenhang von körperlicher Aktivität und Gesundheit in verschiedenen Bevölkerungsgruppen angewiesen.

Forschungsinteresse: Häufigkeit und Intensität körperlicher und sportlicher Aktivität bei Kindern und Jugendlichen. Trendanalysen im Vergleich zum Niveau der körperlichen Aktivität zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung sowie Zusammenhangsprüfungen von aktueller körperlicher Aktivität und Gesundheitsparametern. Effekte körperlicher Aktivität und Inaktivität auf die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im zeitlichen Verlauf.

Erhebungsmodus: Telefonische Befragung von Eltern 0- bis 10-Jähriger, Kindern und Jugendlichen von 11 bis 17 Jahren sowie jungen Erwachsenen ab 18 Jahren.

Fragestellungen, Hypothesen:

- Wie viel Prozent der deutschen Kinder und Jugendlichen erfüllen die Mindestempfehlungen an körperlicher Aktivität?
- Wie haben sich die Muster körperlicher Aktivität/Inaktivität im Zeitverlauf verändert?
- Unterscheidet sich das Gesundheitsverhalten hinsichtlich körperlicher Aktivität in verschiedenen Subpopulationen (Alter, Sozialschicht, Migrationshintergrund, Region, Urbanitätsgrad)?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Gesundheitsparametern?

Literatur

Lampert T, Mensink G, Romahn N et al. (2007) Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 634–642

Opper E, Worth A, Wagner M et al. (2007) Motorik-Modul (MoMo) im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Motorische Leistungsfähigkeit und körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 879–888

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2005) Körperliche Aktivität. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 26. RKI, Berlin

World Health Organization Europe WHO (2005/2006) European Health Report 2005

3.4.5 Ernährung

- Verzehrhäufigkeit (pro Woche) und Anzahl der Portionen (pro Tag) der Lebensmittelgruppen Obst, Gemüse, Obst- und Gemüsesäfte, Süßigkeiten, süße Erfrischungsgetränke
- Häufigkeit des Frühstücks des Kindes zuhause (an Wochentagen)

Integration im Telefonsurvey: Die Verzehrhäufigkeiten dieser Lebensmittel können als Indikatoren für gesundes bzw. ungesundes Ernährungsverhalten herangezogen werden. Die Zusammenhänge mit Determinanten, einzelnen Gesundheitsparametern und dem aktuellen Gesundheitszustand können erforscht werden. Der Übergang zur telefonischen Befragung in der KiGGS Welle 1 hatte einen Instrumentenwechsel im Bereich Ernährung zur Folge.

Akzeptanz durch Probanden: Die Fragen werden für die jeweiligen Lebensmittel nach einem wiederkehrenden Muster (Häufigkeiten des Verzehrs und übliche Portionen) formuliert. Wegen der Zeiteinschränkung eines telefonischen Interviews wurden bewusst nur wenige Lebensmittelgruppen erfragt. Der zeitliche Aufwand ist für die Teilnehmer gering, die Akzeptanz ist gegeben.

Public-Health-Relevanz: Ernährung ist lebenswichtig und entscheidend für Wachstum und gesundheitliche Entwicklung sowie für die Aufrechterhaltung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Sie gehört neben körperlicher Aktivität, Tabak- und Alkoholkonsum zu den vier wichtigsten verhaltensbezogenen Determinanten der Gesundheit. Ein ungünstiges Ernährungsverhalten gehört zu den Hauptrisikofaktoren für Volkskrankheiten wie Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2, Bluthochdruck, koronare Herzkrankheiten und bestimmten Krebsarten. Ebenso spielt die Ernährung eine wichtige Rolle bei der Entwicklung von Karies, Osteoporose und Rheuma. Viele Studien haben belegt, dass ein hoher Obst- und Gemüsekonsum das Risiko für verschiedene chronische Krankheiten und das vorzeitige Versterben reduziert. Süßigkeiten und gesüßte Getränke sollten laut Ernährungsempfehlung nur selten und in geringen Mengen verzehrt werden, da sie kaum notwendige Nährstoffe enthalten jedoch eine hohe Energiedichte aufweisen. Außerdem kann der Konsum von Süßigkeiten zur Entwicklung von Karies beitragen. Ein positiver Zusammenhang zwischen dem Konsum zuckerhaltiger Getränke und der Übergewichts- und Adipositasprävalenz bei Kindern und Jugendlichen wurde in mehreren Studien beobachtet.

Gesundheitspolitisches Interesse: Im Vergleich zu aktuellen Ernährungsempfehlungen ist der Verzehr von Obst und Gemüse in Deutschland generell zu niedrig und der Konsum von Süßigkeiten sowie süßer Erfrischungsgetränke zu hoch. Die Verbesserung des Ernährungsverhaltens ist eine wichtige Maßnahme zur Vorbeugung einer Vielzahl von Krankheiten. Im Rahmen des Nationalen Aktionsplans Ernährung und Bewegung IN FORM versucht die Bundesregierung, die Prävalenz von Übergewicht sowie ernährungs- und inaktivitätsbedingten Krankheiten in Deutschland zurückzudrängen. Dabei werden Obst- und Gemüsekonsum zukünftig als Indikatoren von Veränderungen des Ernährungsverhaltens eingesetzt. Der Aktionsplan ist langfristig angelegt und beinhaltet eine multidisziplinäre Vorgehensweise zur Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens in allen Bevölkerungsschichten. Zudem sollen die Entwicklungen wissenschaftlich begleitet, beobachtet und evaluiert werden. Das Gesundheitsmonitoring des RKI liefert dazu einen wesentlichen Beitrag.

Forschungsinteresse: Weiterhin besteht ein hoher Bedarf an Wissen über die Zusammenhänge von Ernährung und Gesundheit auf Bevölkerungsebene und über die Konsumhäufigkeiten von bestimmten Lebensmittelgruppen, u. a. um populationsattributable Risiken zu berechnen und Präventionsansätze zu entwickeln. In diesem Zusammenhang ist die Identifizierung und Beschreibung besonders gefährdeter Bevölkerungsgruppen von großer Bedeutung. Die aktuellen Daten dienen außerdem der Evaluation gesundheitspolitischer Maßnahmen. Die KiGGS Welle 1-Daten bieten die Grundlage für Trendanalysen, Evaluationsstudien und zur Berechnung von Risikomodellen.

Erhebungsmodus: Telefonische Befragung von Eltern 0- bis 10-Jähriger, Kindern und Jugendlichen ab 11 Jahren sowie jungen Erwachsenen ab 18 Jahren.

Fragestellungen, Hypothesen:

- Welche Bevölkerungsgruppen sind besonders betroffen von ungesunden Ernährungsmustern?
- Welche Trendentwicklung zeichnet sich im Vergleich zu früheren Erhebungen (KiGGS-Basis, DEGS, BGS98) ab?
- Wie wirken sich bestimmte Ernährungsmuster langfristig auf die gesundheitliche Entwicklung aus?
- Welche Unterschiede zeigen sich im Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu jungen Erwachsenen?
- Was sind wichtige (longitudinale) Determinanten für einen hohen Obst- und Gemüsekonsum?
- Was sind wichtige (longitudinale) Determinanten für einen hohen Süßigkeitenkonsum?
- Wie viele Kinder und Jugendliche frühstücken nicht zuhause? Wie wirkt sich das auf die Gesundheit aus?

Literatur

Dauchet L, Amouyel P, Hercberg S et al. (2006) Fruit and vegetable consumption and risk of coronary heart disease: a meta-analysis of cohortstudies. J Nutr 136: 2588–2593

Ebbeling CB, Feldman HA, Osganian SK et al. (2006) Effects of decreasing sugar-sweetened beverage consumption on body weight in adolescents: a randomized, controlled pilot study. Pediatrics 117 (3): 673–680

Heseker H, Mensink GBM, Richter A et al. (2008) Lebensmittelverzehr und Nährstoffzufuhr im Kindes- und Jugendalter – Ergebnisse aus den beiden bundesweit durchgeführten Ernährungsstudien VELS und EsKiMo. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (Hrsg) Ernährungsbericht 2008. Bonn, S 49–93

Hung HC, Joshipura KJ, Jiang R et al. (2004) Fruit and vegetable intake and risk of major chronic disease. J Natl Cancer Inst 96: 1577–1584

James J, Kerr D (2005) Prevention of childhood obesity by reducing soft drinks. Int J Obes (Lond) 29 (Suppl 2): S54–S57

Kersting M, Alexy U (2005) optimiX. Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen. aid-Infodienst, Heft 1447, Bonn

Malik VS, Schulze MB, Hu FB (2006) Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. Am J Clin Nutr 84 (2): 274–288

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2002) Was essen wir heute? Ernährungsverhalten in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

Vereecken C, Ojala K, Delgrande Jordan M (2004) Eating Habits. In: World Health Organisation Europe (Hrsg) Young people´s health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents. No 4. World Health Organization, Copenhagen, S 110–119

WHO (2002) The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. World Health Organization, Geneva/Switzerland, S 1–230

WHO (2003) Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. World Health Organ Tech Rep Ser 916: 1–149

World Cancer Research Fund (WCRF), American Institute for Cancer Research (2007) Food, Nutrion, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. AICR, Washington DC

3.5 Querschnittthemen

3.5.1 Soziodemografie und Lebensphasen

- Alter
- Geschlecht
- Migrationshintergrund
- Haushaltsgröße und -zusammensetzung
- Familienform bzw. Familienstand
- Schulische und berufliche Bildung von Probanden bzw. Eltern
- Erwerbs- und Berufsstatus, berufliche Stellung von Probanden bzw. Eltern
- Einkommen des Haushaltes

Integration im Telefonsurvey: Die Erfassung soziodemografischer Merkmale stellt einen wichtigen Bestandteil der KiGGS Welle 1- Befragung dar. Sie ermöglichen eine differenzierte Betrachtung der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen und lassen Rückschlüsse auf wichtige Einflussgrößen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens zu, wie z. B. Sozialstatus, Bildungsniveau, Familienform und Migrationshintergrund. Die eingesetzten Instrumente sind mit den Demografischen Standards 2004 und mit den anderen Surveys des RKI abgestimmt. Soziodemografische Merkmale, die im Zeitverlauf variabel sind, werden in der telefonischen Follow-up-Befragung nochmals vollständig erhoben.

Akzeptanz durch Probanden: Obwohl die strenge Einhaltung des Datenschutzes zugesichert wird, zeigen Probanden bei der Erfassung soziodemografischer Merkmale teils Skepsis, zum Beispiel bei Fragen zum Einkommen. Die Interviewer wurden daher geschult, die Probanden auf die Wichtigkeit dieser Fragen und die vollständige Anonymität der gemachten Angaben hinzuweisen, um dadurch eine höhere Akzeptanz erzielen zu können.

Public-Health-Relevanz: Zahlreiche Studien belegen, dass neben Alter und Geschlecht die soziale Lage einen Einfluss auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Einstellungen sowie auf Morbidität und Mortalität besitzt. Ergebnisse der KiGGS-Basiserhebung zeigen, dass insbesondere Kinder und Jugendliche aus Familien, die sich durch Armut, Arbeitslosigkeit, Bildungsferne, Migrationserfahrungen und das Aufwachsen bei nur einem Elternteil auszeichnen, schlechtere Gesundheitschancen haben. Mit Hilfe der längsschnittlichen Daten der KiGGS Welle 1 können zukünftig Verläufe von gesundheitlichen Benachteiligungen nachgezeichnet und so Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Präventionsbedarf identifiziert werden.

Gesundheitspolitisches Interesse: Die Ergebnisse der KiGGS-Basiserhebung zur gesundheitlichen Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter fanden in Deutschland großes gesundheitspolitisches Interesse und sind u. a. eingeflossen in die Überarbeitung des Gesundheitsziels »Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung«, in die Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit, in Maßnahmen des Kooperationsverbundes »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« in den vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend herausgegebenen 13. Kinder- und Jugendbericht, in die Expertise »Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens« des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sowie in die Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung. In ihnen wird mit Bezug auf die KiGGS-Daten der Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten als zentrales Gesundheitsziel für das Kindes- und Jugendalter benannt. Die Ergebnisse bilden darüber hinaus eine für viele Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter wichtige Planungsgrundlage und ermöglichen aufgrund ihrer Differenziertheit eine zielgruppenspezifische Ausgestaltung von Maßnahmen. Auch für zukünftige gesundheitspolitische Planungen sowie zur Evaluation von Gesundheitszielen und gesundheitspolitischen Maßnahmen werden aktuelle Daten zur Entwicklung der gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland und zu deren Entstehungsprozess benötigt.

Forschungsinteresse: Die Daten zur Soziodemografie ermöglichen im Rahmen der KiGGS-Kohorte, gesundheitliche Entwicklungsverläufe differenziert nach Alter, Geschlecht, Sozial- und Migrationsstatus bzw. für spezifische Bevölkerungsgruppen wie Heranwachsende in Ein-Eltern-Familien oder in relativer Armut zu analysieren. Darüber hinaus wird untersucht, inwieweit Entwicklungsverläufe innerhalb der Gruppe sozial benachteiligter Heranwachsender variieren und inwieweit diese Varianz auf den moderierenden Einfluss bestimmter Drittvariablen, wie z. B. Schulbildung und Ressourcenverfügbarkeit, zurückgeführt werden kann. Ferner stehen Auswirkungen von Veränderungen der sozialen Lage, wie z. B. sozialer Auf- bzw. Abstieg, auf die Gesundheit im Fokus der Auswertungen. Besondere Augenmerke richten sich dabei zum einen auf den Übergang vom Kindes- ins Jugendalter und zum anderen auf den Übergang ins frühe Erwachsenenalter, da angenommen wird, dass in diesen Phasen wichtige Weichenstellungen für die Gesundheit im weiteren Lebensverlauf erfolgen.

Erhebungsmodus: Telefoninterviews mit Eltern 0- bis 17-Jähriger sowie Kindern und Jugendlichen ab 11 Jahren und jungen Erwachsenen.

Fragestellungen, Hypothesen:

- Welche alters- und geschlechtsspezifischen Besonderheiten der gesundheitlichen Entwicklung im Kindes- und Jugendalter sowie im frühen Erwachsenenalter lassen sich identifizieren?
- Wie wirkt sich die soziale Herkunft auf die gesundheitlichen Entwicklungschancen im Kindes- und Jugendalter sowie im frühen Erwachsenenalter aus?
- Welche Auswirkungen haben Änderungen im Sozialstatus einer Familie, z. B. aufgrund von Arbeitslosigkeit oder Trennung der Eltern, auf die gesundheitliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen?
- Welche Bedeutung spielt intergenerationale Mobilität für die gesundheitliche Entwicklung im weiteren Lebensverlauf?

Literatur

Ahrens W, Bellach BM, Jöckel KH (Hrsg) (1998) Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. RKI-Schriften 1/1998. MMV Medizin Verlag, München

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2009) 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. BMFSFJ, Berlin

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2008) Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit. BMG, Berlin

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2010) Nationales Gesundheitsziel »Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung«. BMG, Berlin

Hagen C, Kurth BM (2007) Gesundheit von Kindern alleinerziehender Mütter. Aus Politik und Zeitgeschichte 42: 25–31

Lampert T (2010) Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen. Zur Bedeutung der sozialen Herkunft und Schulbildung. Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation 30 (3): 231–247

Lampert T, Kroll LE (2009) Die Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 309–333

Lampert T, Kurth BM (2007) Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Deutsches Ärzteblatt 104 (43): 2944–2949

Lange M, Kamtsiuris P, Lange C et al. (2007) Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 578–589

Mielck A (2005) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Verlag Hans Huber, Bern

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2005) Armut bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 4. RKI, Berlin

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2010) Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2004) Demographische Standards Ausgabe 2004. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

3.5.2 Lebenswelten (bio-psycho-soziale Umwelt)

- Außerfamiliäre Kindertagesbetreuung im Vorschulalter
- Alter bei Betreuungsbeginn
- Art der Betreuung
- Hortbetreuung (Ganztagsschule)

Integration im Telefonsurvey: Im Telefoninterview werden die Eltern von Kindern unter 6 Jahren sowie von Schulkindern bis zum Alter von 13 Jahren nach außerfamiliärer Kindertagesbetreuung im Kleinkindalter bzw. außerhäusiger Betreuung (Ganztagsschule/Hort) im Schulalter gefragt.

Akzeptanz durch Probanden: Akzeptanzprobleme sind bei dieser Thematik nicht zu erwarten.

Public-Health-Relevanz: Krippe, Kindergarten, Kindertagesstätten, Schule und Hort stellen neben der Familie einen der wesentlichen Sozialräume in der Lebenswelt von Kindern dar. Zudem ist eine Vereinbarkeit von Elternschaft und Berufstätigkeit für beide Eltern in der Regel an die Möglichkeit gebunden, ihr Kind in eine außerhäusige Kindertagesbetreuung zu geben. Dennoch stand die außerfamiliäre Betreuung, insbesondere für Kleinkinder, wegen vermeintlicher Entwicklungsgefährdungen immer wieder in der Kritik. Diese Kritik wird jedoch von der internationalen Forschungslage nicht gestützt. Vielmehr scheint es so, dass insbesondere die kognitive Entwicklung (Spracherwerb), gerade bei Kindern aus anregungsarmen Elternhäusern, Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status oder aus Familien mit Migrationshintergrund durch eine rechtzeitige und qualitativ gute Betreuung in Kindertageseinrichtungen maßgeblich gefördert werden kann. Nicht zuletzt kann der Besuch von Betreuungseinrichtungen oder Ganztagsschulen mit qualitativ guter Verpflegung auch möglicher Fehl- und Mangelernährung vorbeugen, die häufiger bei Kindern aus sozial schwachen Familien vorliegt. Damit ist eine unmittelbare Relevanz für die körperliche Gesundheit gegeben. Ergebnisse der KiGGS-Basiserhebung zeigen zudem, dass auch der sehr frühe Beginn einer Fremdbetreuung nicht mit Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit von Kindern einhergeht.

Gesundheitspolitisches Interesse: Die Sicherstellung einer hochwertigen Betreuungsqualität in der (vor)schulischen Kindertagesbetreuung kann, insbesondere für Kinder aus psychosozialen Risikokonstellationen, mittelfristig dazu beitragen, deren Entwicklungs- und Gesundheitschancen zu verbessern, den Schulerfolg zu erhöhen (insbesondere bei Migranten), Sonderschulzuweisungen zu reduzieren oder auch die Kosten für Maßnahmen der Jugendhilfe zu senken. Langfristige Nutzenkomponenten können u. a. in einem höheren Lebenseinkommen, einer geringeren Fürsorgeabhängigkeit oder einer geringeren Kriminalitätsrate gesehen werden.

Forschungsinteresse: Lebenswelten, verstanden als Sozialräume von Kindern, sind von erheblicher Bedeutung für deren psychisches und körperliches Wohlbefinden. Dass die Qualität der Sozialräume in enger Wechselbeziehung zur Freizeitgestaltung (z. B. Mediennutzung, körperlich-sportlicher Aktivität) und weiteren Indikatoren der körperlichen (Ernährung, Verletzungen durch Unfälle) und psychischen Gesundheit (Verhaltensauffälligkeiten, prosoziales Verhalten) steht, verdeutlicht den Querschnittcharakter des Themas. Da dem bio-psycho-sozialen Ätiologiemodell der Krankheitslehre die Annahme eines Geschehens mit vielen Einflüssen (multifakorielles Modell) zugrunde liegt, bei dem zu den pathogenen stets die salutogenen Faktoren mitgedacht werden, sind auch personale, familiäre und soziale Ressourcen von Bedeutung für die Kind-Umwelt-Interaktion. Forschungsinteresse besteht bezüglich der kurz- und langfristigen Effekte außerfamiliärer Kindertagesbetreuung bzw. Ganztagsschule/Hort mit Blick auf psychisches Wohlbefinden, Schul- und Bildungserfolg oder Ernährungsverhalten, insbesondere bei Kindern aus Risikokonstellationen (z. B. niedrige Sozialschicht, geringer Bildungshintergrund der Eltern).

Erhebungsmodus: Telefonisches Interview mit Eltern von Vorschulkindern sowie von Schulkindern bis einschließlich 13 Jahre.

Fragestellungen, Hypothesen:

- Gibt es Langzeiteffekte außerfamiliärer Kindertagesbetreuung mit Blick auf den Schul- und Bildungserfolg? Welche Unterschiede bestehen zwischen Kindern mit und ohne Risikomerkmalen?
- Gibt es Unterschiede bei Kindern aus definierten Risikokonstellationen mit und ohne Erfahrung außerfamiliärer Kindertagesbetreuung zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung in Abhängigkeit von der Verfügbarkeit personaler, familiärer und sozialer Ressourcen?
- Gibt es Unterschiede in Ernährungsmustern in Abhängigkeit von der Inanspruchnahme von außerfamiliärer Kindertagesbetreuung?
- Gibt es Unterschiede in Nutzungsmustern elektronischer Medien in Abhängigkeit von der Inanspruchnahme von außerfamiliärer Kindertagesbetreuung?
- Welche Effekte hat die Inanspruchnahme von außerfamiliärer Kindertagesbetreuung/Hortbetreuung/der Besuch einer Ganztagsschule auf das psychische Wohlbefinden von Kindern?

Literatur

Bensel J (1991) Krippenbetreuung im Spiegel der neuesten internationalen Forschung. Deutsche Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft (Hrsg) Strüder, Neuwied

Martin SL, Ramey CT, Ramey S (1990) The prevention of intellectual impairment in children of impoverished families: findings of a randomized trial of educational day care. AJPH 80 (7): 844–847

Largo HR (2000) Kindliche Entwicklung und psychosoziale Umwelt. In: Schlack HG (Hrsg) Sozialpädiatrie. 2. Auflage. Urban & Schwarzenberg, München Jena, S 89–102

Reynolds AJ, Temple JA, Robertson DL et al. (2001) Long-term effects of an early childhood intervention on educational achievement and juvenile arrest. A 15-year follow-up of low-income children in public schools. JAMA 285 (18): 2339–2346

Schlack R, Hölling H, Kurth BM (2007) Inanspruchnahme außerfamiliärer vorschulischer Kindertagesbetreuung und Einfluss auf Merkmale psychischer Gesundheit bei Kindern. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (10): 1249–1258

3.5.3 Subjektive Gesundheit und Lebensqualität

- Subjektiver Gesundheitszustand
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Integration im Telefonsurvey: In der KiGGS Welle 1 wird zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität aus erhebungsökonomischen Gründen der Kurzfragebogen KIDSCREEN-10 eingesetzt. Damit findet im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung ein Instrumentenwechsel statt. Für volljährige Probanden wird der SF-8 eingesetzt. Alle Probanden ab 11 Jahren und alle Eltern werden mit dem MEHM-Fragebogen nach dem selbst eingeschätzten Gesundheitszustand bzw. dem ihrer Kinder gefragt.

Akzeptanz durch Probanden: Thematik im Rahmen eines Gesundheitssurveys nachvollziehbar, zeitlicher Aufwand zumutbar.

Public-Health-Relevanz: Der subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand oder die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird als ein wesentliches Beschreibungskriterium des Gesundheitszustandes betrachtet. Die Selbsteinschätzung der Gesundheit ist eine bei Bevölkerungsstudien etablierte Methode zur Messung der subjektiven Gesundheit und damit der Erfassung der persönlichen und sozialen Dimensionen des eigenen Befindens und hat sich in zahlreichen Studien als geeigneter Prädiktor für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und die Mortalität erwiesen. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen kann die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität dabei helfen, Subgruppen oder Individuen zu identifizieren, die ein höheres Risiko für Gesundheitsprobleme aufweisen. Außerdem können damit die mit einer Krankheit oder gesundheitlichen Einschränkung einhergehenden Belastungen erfasst werden. Beeinträchtigungen des kindlichen Wohlbefindens auf der einen Seite und Faktoren, die sich positiv auf das gesundheitliche Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen auswirken auf der anderen, können identifiziert werden und die Basis für frühzeitige Interventionen bilden. Die Ergebnisse der KiGGS-Basiserhebung haben gezeigt, dass sich u. a.

bestimmte körperliche und psychische Erkrankungen und das Vorhandensein von Schmerzen negativ auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität auswirken.

Gesundheitspolitisches Interesse: Die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen gewinnt zunehmend an Bedeutung im Hinblick auf Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Sie ist nicht nur ein wichtiger Prädiktor, sondern auch eine wichtige Outcome-Variable. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen kann damit zu einer Vielzahl beeinflussender Faktoren (wie beispw. gesundheitsbezogene Verhaltensweisen, psychische Auffälligkeiten, somatische Krankheiten) in Beziehung gesetzt werden. Verbesserungen oder Verschlechterungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität können als Indikator für den Erfolg oder die Wirkungslosigkeit präventiver oder kurativer Maßnahmen herangezogen werden.

Forschungsinteresse: Trendanalysen bezüglich der selbst eingeschätzten Gesundheit und der selbst wahrgenommenen gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die KiGGS Welle 1 bietet darüber hinaus die Datengrundlage für eine aktuelle Normstichprobe für den KIDSCREEN-10.

Erhebungsmodus: Telefonisches Interview mit Eltern von Kindern von 7 bis 10 Jahren; mit Kindern und Jugendlichen von 11 bis 17 Jahren und mit jungen Erwachsenen ab 18 Jahren.

Fragestellungen, Hypothesen:

- Welche Faktoren (Soziodemografie, Lebenswelten, Erkrankungen, soziale Netzwerke) sind mit einer guten/schlechten gesundheitsbezogenen Lebensqualität assoziiert (im Querschnitt, aber auch im Längsschnitt)?
- Welche Trendentwicklung zeichnet sich im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung ab?
- Ergeben sich im Zeitverlauf Änderungen in der Lebensqualität und lassen sich diese mit bestimmten Ereignissen (z. B. Krankheit, Pubertät, Schulwechsel) erklären?

Literatur

Bullinger M (2000) Lebensqualität – Aktueller Stand und neuere Entwicklungen der internationalen Lebensqualitätsforschung. In: Ravens-Sieberer U, Cieza A (Hrsg) (2000) Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte – Methoden – Anwendungen. Ecomed, Landsberg

Bullinger M (2002) »Und wie geht es Ihnen?« Die Lebensqualität der Patienten als psychologisches Forschungsthema in der Medizin. In: Brähler E, Strauß B (Hrsg) (2002) Handlungsfelder der psychosozialen Medizin. Hogrefe, Göttingen, S 308–329

Kurth BM (2003) Gesundheitsbezogene Lebensqualität. In: BZgA (Hrsg) (2003) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz, S 67–69

Radoschewski M (2000) Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Konzepte und Maße. Entwicklungen und Stand im Überblick. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 43 (3): 165–189

Ravens-Sieberer U (2003) Der Kindl-R Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen – Revidierte Form. In: Schumacher JKA, Brähler E (Hrsg) Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Hogrefe, Göttingen, S 184–188

Ravens-Sieberer U, Gosch A, Abel T et al. (2001) Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. Soz Präventivmed 46: 294–303

3.5.4 Reproduktive Gesundheit

- Regelblutung/Stimmbruch (aktueller Status und Alter bei Beginn)
- Bestehen einer Schwangerschaft (bei Probandin bzw. Partnerin des Probanden)
- Planung der Schwangerschaft
- Anzahl bisheriger Schwangerschaften
- Anzahl der Lebendgeburten
- Alter und Geschlecht leiblicher Kinder

Integration im Telefonsurvey: Die Reifeentwicklung der Jugendlichen wird in der KiGGS Welle 1 anhand der Selbstangabe weiblicher Jugendlicher ab 11 Jahren, für das Alter 9 und 10 Jahre mittels Befragung der Sorgeberechtigten zur Regelblutung sowie der Elternangabe zum Stimmbruch männlicher Jugendlicher erhoben. Der Themenbereich Schwangerschaften und Geburten wurde für die Altersgruppe der jungen Erwachsenen neu aufgenommen.

Akzeptanz durch Probanden: Da die reproduktive Gesundheit sehr persönliche Lebensbereiche berührt, wurden für die telefonische Follow-up-Erhebung lediglich zentrale Aspekte des Themenbereichs ausgewählt. Aus den Pretesten ergaben sich keine Hinweise auf Akzeptanzprobleme bei den Befragten. Auf Fragen zur Sexualität wurde verzichtet, da diese insbesondere für Jugendliche als zu intim und sensibel für eine telefonische Befragung eingestuft wurden.

Public-Health-Relevanz: Die reproduktive Gesundheit stellt ein zentrales Element eines gesunden Lebens dar. Darüber hinaus besitzt sie Bedeutung für gesundheitsbezogene Aspekte wie das Gesundheitsverhalten, das psychische Wohlbefinden und die körperliche Gesundheit. Als »Meilensteine« der reproduktiven Gesundheit gelten insbesondere das Erreichen der sexuellen Reife, der erste Geschlechtsverkehr sowie Schwangerschaften und Geburten. Nach einem Stillstand der Reifeakzeleration in den 80er-Jahren des 20. Jahrhunderts wird international und national eine weitere Verschiebung der Reifeentwicklung in das jüngere Lebensalter diskutiert. Ursachen für die im vergangenen Jahrhundert erfolgte zeitliche Vorverlagerung der sexuellen Reife werden in verbesserten Ernährungs- und Lebensgewohnheiten, einem besseren Gesundheitszustand und einer damit einhergehenden früheren und stärkeren Gewichtszunahme bei Heranwachsenden gesehen. Schwangerschaft und Geburt kommen in ihren kurz- und langfristigen Auswirkungen auf die individuelle Lebenssituation und Gesundheit besondere Bedeutung zu. Der Eintritt in eine neue biografische Phase durch eine Schwangerschaft sowie Mutter- oder Vaterschaft kann sowohl positive als auch negative gesundheitliche Effekte haben. Neben den unmittelbaren körperlichen Effekten für Frauen wie Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, postnatale Gesundheitsbeeinträchtigungen oder einem höheren Risiko für Übergewicht und Adipositas wird die Gesundheit von jungen Frauen und Männern durch Veränderungen ihrer sozialen Rollen sowie der persönlichen, familiären und sozialen Ressourcen im Zuge der Elternschaft beeinflusst. Dabei gehen spezifische reproduktive Biografien (z. B. frühe Mutterschaft, mehrere Geburten, kurze Zeiträume zwischen den Geburten) mit einem höheren Risiko körperlicher, psychischer und sozialer Gesundheitsbeeinträchtigungen einher. Die Lebensphase der Schwangerschaft zählt zudem zu den sogenannten »teachable moments«, die mit einer erhöhten Bereitschaft für eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens (Tabak-, Alkohol-, Drogenkonsum, Ernährung) assoziiert ist.

Gesundheitspolitisches Interesse: Kenntnisse über die Reifeentwicklung sind für die Konzeption alters- und zielgruppenspezifischer Maßnahmen zur Sexualerziehung und Aufklärung von Kindern und Jugendlichen von Bedeutung. Um spezifische Hilfsangebote für junge Familien anbieten zu können (z. B. im Rahmen der Frühen Hilfen), ist eine genaue Beschreibung der spezifischen gesundheitlichen Lage dieser Bevölkerungsgruppe sinnvoll, da gerade das Ereignis der Geburt des ersten Kindes mit einschneidenden persönlichen, sozialen, teilweise auch gesundheitlichen Veränderungen einhergeht. Von gesundheitspolitischem Interesse ist darüber hinaus, mit Hilfe von Informationen über das Gesundheitsverhalten Schwangerer und junger Eltern (z. B. zum Tabak- und Alkoholkonsum)

bestehende Präventionsangebote zu evaluieren und zielgruppenspezifisch weiter zu entwickeln.

Forschungsinteresse: Die KiGGS Welle 1 liefert aktuelle und repräsentative Daten, um Veränderungen in der Reifeentwicklung von Jugendlichen im Zusammenhang mit sozialen Faktoren (soziale Lage, Migrationshintergrund) und gesundheitlichen Parametern analysieren zu können. Durch die im Follow-up zusätzliche retrospektive Erfassung des Alters bei Einsetzen der Regelblutung bzw. des Stimmbruchs ist zudem eine methodische Erweiterung gegeben, die eine bessere Vergleichbarkeit mit anderen Studien wie z. B. der Studie zur Jugendsexualität der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) erlaubt. Im Rahmen der KiGGS-Kohorte werden außerdem Zusammenhänge zwischen Parametern der reproduktiven Gesundheit und sozialen Einflussgrößen (z. B. soziale Lage, Familienstand), Schutz- und Risikofaktoren, gesundheitsförderlichen und riskanten Verhaltensweisen (z. B. Tabak- oder Alkoholkonsum), der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie psychischen Symptomen (z. B. Depressivität) analysiert.

Erhebungsmodus: Telefoninterviews mit Eltern 0- bis 17-Jähriger sowie Kindern und Jugendlichen ab 11 Jahren und jungen Erwachsenen.

Fragestellungen:

- Lässt sich eine weitere Verschiebung des Einsetzens der Regelblutung (Menarche) bzw. des Stimmbruchs (Mutation) in das jüngere Lebensalter feststellen? Welche Unterschiede nach Sozial- und Migrationsstatus lassen sich für Menarche und Mutation ausmachen?
- Welchen Einfluss hat eine früh einsetzende Menarche bzw. Mutation auf das Gesundheitsverhalten (wie Tabak- und Alkoholkonsum, Inanspruchnahme des Frauenarztes) sowie auf ausgewählte Gesundheits-Outcomes (wie die psychische Gesundheit)?
- Unterscheiden sich junge Erwachsene, die aktuell schwanger sind oder bereits eigene Kinder haben, in ihrem Gesundheitsverhalten (Tabak- und Alkoholkonsum, Ernährungs- und Freizeitverhalten) von jungen Erwachsenen, auf die dies nicht zutrifft?
- Welche Zusammenhänge zeigen sich zwischen Schwangerschaft(en) und Elternschaft einerseits und psychischen und somatischen Erkrankungen andererseits?
- Welche Einflüsse haben das Alter der Mutter bei der ersten Geburt (timing), die Anzahl der Kinder (parity) sowie die zeitlichen Abstände zwischen Schwangerschaften und Geburten (spacing) auf gesundheitsbezogene Outcomes wie Lebensqualität, psychische oder chronische Erkrankungen?

Literatur

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2001) Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Kapitel 6: Reproduktive Biographien und Reproduktive Gesundheit. Kohlhammer, Stuttgart, S 275–364

Gjerdingen DK, Froberg DG, Chaloner KM et al. (1993) Changes in women's physical health during the first postpartum year. Archives of Family Medicine 2 (3): 277–283

Kahl H, Schaffrath Rosario A (2007) Pubertät im Wandel – wohin geht der Trend? Sexuelle Reifeentwicklung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. BZgA Forum Sexualaufklärung und Familienplanung (3): 19–25

Kahl H, Schaffrath Rosario A, Schlaud M (2007) Sexuelle Reifung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 677–685

MacGovern P, Dowd B, Gjerdingen D et al. (2006) Postpartum health of employed mothers 5 weeks after childbirth. Annals of Family Medicine 4 (2): 159–167

Sarwer DB, Allison KC, Gibbons LM et al. (2006) Pregnancy and obesity: a review and agenda for future research. Journal of Women's Health 15 (6): 720–733

Thompson JF, Roberts CL, Currie M et al. (2002) Prevalence and persistence of health problems after childbirth: association with parity and method of birth. Birth 29 (2): 83–94

World Health Organization – Regional Office for Europe (Hrsg) (2001) WHO Regional strategy on sexual and reproductive health http://www.euro.who.int/document/e74558.pdf (Stand: 15.01.2008)

3.5.5 Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems

- Anzahl Zahnarztkontakte in den letzten 12 Monaten, Zeitraum seit letzter Kontrolluntersuchung
- Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U1–U9 und J1
- Anzahl Behandlungen in Ambulanzen/1. Hilfe in den letzten 12 Monaten
- Anzahl der Nächte im Krankenhaus in den letzten 12 Monaten
- Krankenversicherung

Integration im Telefonsurvey: Fragen zur Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems stellen seit Jahren einen Kernbestandteil der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts dar. Die Befragung wird mit den Instrumenten aus der KiGGS-Basiserhebung fortgeführt.

Akzeptanz durch Probanden: Die Thematik ist im Rahmen einer Gesundheitsstudie nachvollziehbar; Akzeptanzprobleme sind nicht zu erwarten.

Public-Health-Relevanz: Kinder und Jugendliche zeigen ein anderes Inanspruchnahmeverhalten als Erwachsene. Sie sind weniger von chronischen Krankheiten betroffen, nehmen aber z. B. an Früherkennungsuntersuchungen häufig teil. Vor allem Kinder und teilweise auch Jugendliche können nicht allein entscheiden, ob sie einen Arzt aufsuchen, sondern die Eltern bestimmen die Inanspruchnahme wesentlich mit. Dennoch gilt, dass bedeutende Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme für die jüngere und für die ältere Bevölkerung gleichermaßen wirken. Neben dem Gesundheitszustand sind auch Faktoren wie Erreichbarkeit von Arztpraxen und Krankenhäusern oder die Art der Krankenversicherung mitentscheidend. Für versorgungsepidemiologische Fragestellungen ist die Erhebung von bestimmten Krankheiten und Unfällen zur Analyse der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems erforderlich. Mit rund 240 Milliarden Euro jährlich machen die Gesundheitsausgaben in Deutschland rund ein Zehntel der Gesamtwirtschaftsleistung aus. Die Hälfte dieser Ausgaben tragen die gesetzlichen Krankenkassen. Jeder neunte Beschäftigte in Deutschland geht einer Tätigkeit im Gesundheitswesen nach, das sind 4,3 Millionen Personen. Qualität und Effizienz des Gesundheitswesens stehen zunehmend auf dem Prüfstand bei gleichzeitigem Bestreben nach Kostenreduzierung.

Gesundheitspolitisches Interesse: Steuerung des Inanspruchnahmeverhaltens und der Gesundheitskosten. Evaluation gesundheitspolitischer Maßnahmen wie z. B. Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Forschungsinteresse: Inanspruchnahme des Gesundheitssystems in Abhängigkeit von Bedarf und Angebot; Charakterisierung von High-Utilizern, Identifikation von krankheitsspezifischer Über-, Unter- und Fehlversorgung, gesundheitsökonomische Berechnungen, Versorgungsepidemiologie. Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und auf die Teilnahme an Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Erhebungsmodus: Telefonisches Interview mit Eltern von Kindern der Altersgruppe 0 bis 17 Jahre sowie mit Probanden im Alter von 14 bis 24 Jahren.

Fragestellungen, Hypothesen:

- Welche Faktoren haben Einfluss auf die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und die Behandlungsdauer?
- Sind schon bei Kindern und Jugendlichen schichtspezifische Inanspruchnahmemuster erkennbar?
- Welche Faktoren beeinflussen die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen?
- Welche Arztgruppen werden bei unterschiedlichen Krankheitsprofilen aufgesucht?
- Von welchen Bevölkerungsgruppen wird bei vergleichbaren Diagnosen das Gesundheitssystem besonders extensiv genutzt?
- Welche Krankheiten haben einen hohen Prädiktionswert für die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems?
- Nehmen die Kinder, Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen, die in der KiGGS Basisstudie

schon als high user identifiziert wurden, wieder in hohem Maße das Gesundheitswesen in Anspruch (tracking)?

- Welche Personengruppen beteiligen sich an welchen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung? Ist die Teilnahme zielgruppenadäquat?

Literatur

Bergmann E, Kalcklösch M, Tiemann F (2005) Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Erste Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 48 (12): 1365–1373

Bergmann E, Kamtsiuris P (1999) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Das Gesundheitswesen 61 (Sonderheft 2): S138–S144

Buhk H, Zeikau T, Koch U (2003) Präventivmedizinische Versorgung. Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 46 (8): 648–654

Hoffmann B, Swart E (2002) Selbstwahrnehmung der Gesundheit und ärztliche Inanspruchnahme bei Alleinerziehenden – Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys. Das Gesundheitswesen 64 (4): 214–223

Kahl H, Hölling H, Kamtsiuris P (1999) Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Das Gesundheitswesen 61 (Sonderheft 2): S163–S168

Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P et al. (2007) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 836–850

Knopf H, Bergmann E, Dippelhofer A et al. (2002) Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey als Datenquelle zur Beschreibung wesentlicher Aspekte der gesundheitlichen Versorgung im Kindes- und Jugendalter. Das Gesundheitwesen 64 (Sonderheft 1): S43–S47

Kolip P, Koppelin F (2002) Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Prävention und Krankheitsfrüherkennung. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Verlag Hans Huber, Bern, S 13–31

Mielck A, Cavelaars A, Helmert U et al. (2000) Comparisons of health inequalities between East and West Germany. European Journal of Public Health 10: 262–267

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2002) Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 9. RKI, Berlin

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2004) Pflege. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2006) Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 32. RKI, Berlin

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Psychotherapeutische Versorgung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 41. RKI, Berlin

Thode N, Bergmann E, Kamtsiuris P et al. (2005) Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Steuerungsmechanismen. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 48 (3): 296–306

3.5.6 Gesundheit und Migration

Eltern, volljährige Probanden:
- Staatsangehörigkeit
- Geburtsland
- Zuwanderergruppe
- Aufenthaltsstatus

Kinder:
- Geburtsland
- Muttersprache

Integration im Telefonsurvey: Die Anschlussfähigkeit zur KiGGS-Basiserhebung ist gewährleistet und stellt eine wichtige Ergänzung zu Krankheitsangaben und Verhaltensvariablen dar. Nur durch detaillierte Angaben zum Migrationshintergrund können in der heterogenen Gruppe der in Deutschland lebenden Kinder mit Migrationshintergrund spezifische Zielgruppen für präventive Maßnahmen identifiziert werden. Da zwar ein Migrationshintergrund als solcher nicht veränderlich ist, sich jedoch Angaben z. B. zur Staatsangehörigkeit oder zum Aufenthaltsstatus im Zeitverlauf ändern können, werden die Eltern der minderjährigen Probanden sowie die volljährigen Probanden selbst erneut zu ihrem Migrationshintergrund befragt.

Akzeptanz durch Probanden: Die Thematik ist im Rahmen eines Gesundheitssurveys nachvollziehbar, der zeitlicher Aufwand zumutbar. Personen, die nicht über die entsprechenden Deutschkenntnisse für eine telefonische Befragung verfügen, erhalten auf Wunsch einen schriftlichen übersetzten Fragebogen. Übersetzte Fragebögen werden, wie in der KiGGS-Basiserhebung, in sechs Sprachen angeboten (arabisch, englisch, russisch, serbokroatisch, türkisch, vietnamesisch).

Public-Health-Relevanz: Mehr als ein Viertel der Kinder und Jugendlichen in Deutschland wächst in Familien mit Migrationshintergrund auf. Eine Vielzahl von Studien belegt den Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, Morbidität, Mortalität und unterschiedlichen Bewältigungsstrategien bei gesundheitlichen Problemen. In der KiGGS-Basiserhebung gelang es erstmals, Personen mit Migrationshintergrund entsprechend ihres Anteils an der Bevölkerung an einem bundesweiten Gesundheitssurvey zu beteiligen und damit repräsentative Aussagen zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland zu treffen. Die Analysen aus der KiGGS-Basiserhebung deuten zum Teil auf eine Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund hinsichtlich ihrer körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit hin. So wurde z. B. ADHS bei Kindern mit Migrationshintergrund seltener diagnostiziert, wohingegen die ADHS-Symptomprävalenz höher war. Dies lässt auf Unterdiagnostizierung und damit auf einen möglichen Unterschied in der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen schließen. In der deskriptiven Analyse waren Migranten hinsichtlich der Gewalthandlungen als Täter deutlich überrepräsentiert; bei Hinzunahme weiterer erklärender Variablen relativierte sich dieser Unterschied jedoch. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund waren häufiger adipös, jedoch seltener von atopischen Erkrankungen betroffen.

Gesundheitspolitisches Interesse: Insgesamt ist der Kenntnisstand zur gesundheitlichen Lage von Migranten, insbesondere von Kindern mit Migrationshintergrund, in Deutschland noch unzureichend. Da mittlerweile ein erheblicher Anteil der Bevölkerung einen Migrationshintergrund aufweist, ist die Einbindung von Migranten in einen Gesundheitssurvey von hohem gesundheitspolitischem Interesse. Mithilfe des prospektiven Ansatzes von KiGGS Welle 1 können nicht nur Informationen zur aktuellen gesundheitlichen Lage von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Migrationshintergrund für die gesundheitspolitische Bewertung und für gesundheitspolitische Maßnahmen zur Verfügung gestellt werden, sondern es können auch Trends bestimmt und individuelle Verläufe (Tracking) nachgezeichnet werden. Mit Hilfe solcher Analysen können spezifische gesundheitliche Benachteiligungen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Migrationshintergrund aufgezeigt und Zielgruppen für gesundheitspolitische und präventive Maßnahmen definiert werden.

Forschungsinteresse: Die Daten zum Migrationshintergrund stellen die Basis für gruppenspezifische Analysen dar. Es werden Fragestellungen verfolgt werden, inwiefern sich Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund hinsichtlich ihrer körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheitsparameter, aber auch in ihrem Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten, von Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund sowohl aktuell als auch im zeitlichen Verlauf unterscheiden. Von besonderem Interesse ist dabei der Übergang in das junge Erwachsenenalter.

Erhebungsmodus: Befragung zum Migrationshintergrund bei Eltern mit Kindern von 0 bis 17 Jahren sowie jungen Erwachsenen ab 18 Jahren, bei Bedarf Einsatz übersetzter Fragebögen.

Fragestellungen, Hypothesen:

- Wie unterscheidet sich die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund?
- Welche Trends zeichnen sich hierfür im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung ab? Ist beispielsweise der in der KiGGS-Basiserhebung festgestellte höhere Anteil an adipösen Kindern mit Migrationshintergrund noch weiter angestiegen?
- Wie verändern sich Muster des Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhaltens von Familien/Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund im Zeitverlauf?

Literatur

Ellert U, Neuhauser H, Schenk L (2010) Jugend, Migration und Gesundheit. In: Hackauf H, Ohlbrecht H »Jugend und Gesundheit« Juventa Verlag

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

Schenk L, Ellert U, Neuhauser H (2008) Migration und gesundheitliche Ungleichheit. Public Health Forum 16, 59

Schenk L, Ellert U, Neuhauser H (2007) Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50: (590 ff.)

Schenk L, Ellert U, Neuhauser H (2006) Messung des Migrationsstatus in schriftlicher und telefonischer Befragung. Erfahrungen aus bundesweiten Gesundheitssurveys. In: Migrationssensible Studiendesigns zur Repräsentation des Migrantenstatus in der Gesundheitsforschung. Hrsg: Robert Koch-Institut

4 Stichprobe

4.1 Stichprobendesign

In der KiGGS Welle 1 werden sämtliche in der KiGGS-Basiserhebung einbezogenen Teilnehmer erneut befragt. Zielpopulation der KiGGS-Basiserhebung war die in den Melderegistern der Bundesrepublik mit Hauptwohnsitz registrierte deutsche und ausländische Wohnbevölkerung der 0- bis 17-Jährigen. Um diese Grundgesamtheit zu repräsentieren, wurde in Kooperation mit dem Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA) Mannheim (seit 2008 Institut GESIS-Leibnitz-Institut für Sozialwissenschaften) eine »stratified two-stage probability«-Stichprobe mit den nachfolgend dargestellten Auswahlstufen gezogen.

Erste Stufe: Auswahl der Sample Points

Auf der ersten Stufe der Stichprobenziehung wurden insgesamt 167 Untersuchungsorte (primary sample units (PSU)) aus der Gesamtmenge der politischen Gemeinden in Deutschland ausgewählt. Um für Ost- und Westdeutschland separat repräsentative Aussagen mit vergleichbarer Genauigkeit treffen zu können, wurden disproportional zu den Bevölkerungszahlen in Westdeutschland 112, in Ostdeutschland 50 und in Berlin fünf Sample Points zufällig ausgewählt. Zur Auswahl der Studienorte wurden alle bundesdeutschen Gemeinden nach Bundesländern und Gemeindetypen (BIK-Klassifikation) geschichtet. Mit Hilfe des für diese Art der Stichprobenziehung von Gemeinden geeigneten Cox-Verfahrens wurde für jede Zelle die Anzahl der auszuwählenden Gemeinden bestimmt.

Zweite Stufe: Auswahl der Zielpersonen

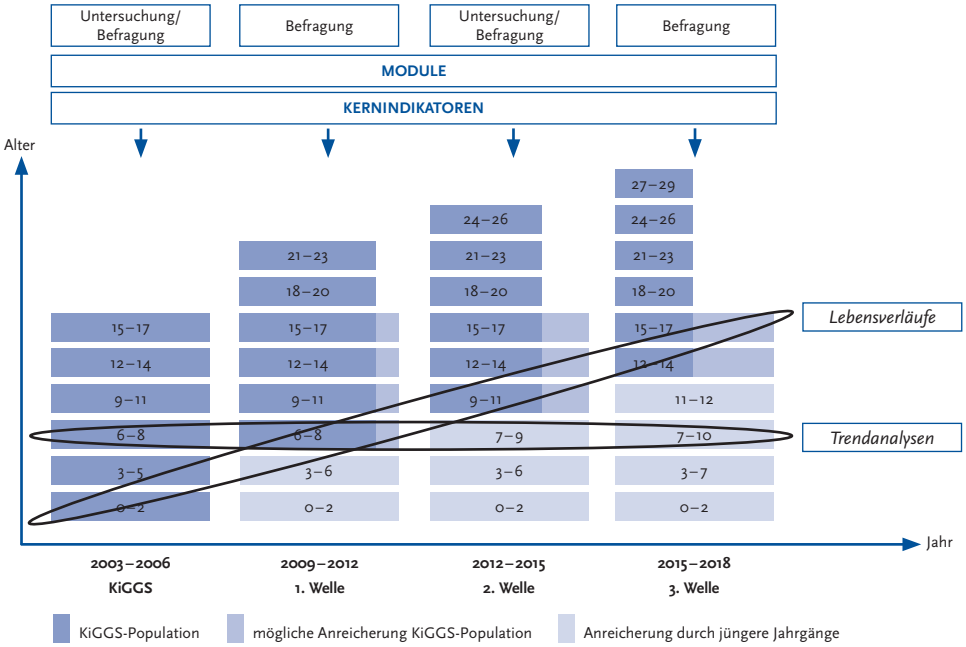
Über die Einwohnermelderegister wurde in den ausgewählten Gemeinden für die einzelnen Jahrgänge eine jeweils gleiche Anzahl von 24 Personenadressen gezogen. Die Adressenauswahl erfolgte nach einem mathematischen Zufallsverfahren (uneingeschränkte Zufallsauswahl) aus den Adressendateien in den Einwohnermeldeämtern. Die endgültige (uneingeschränkte) Zufallsauswahl pro Altersjahrgang erfolgte schließlich im Robert Koch-Institut: Hierbei wurden je nach Gemeindegröße für jeden Jahrgang 8, 9 oder 10 Kinder bzw. Jugendliche zufällig ausgewählt, so dass die Gesamtfallzahl der Eingeladenen pro Point 144, 162 oder 180 betrug. Um die erfahrungsgemäß hohe Quote qualitätsneutraler Ausfälle (QNA) und die niedrigere Teilnahmebereitschaft bei Personen mit Migrationshintergrund zu kompensieren, wurde eine Aufstockung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit (Ausländer-Oversampling vorgenommen. Insgesamt konnte bei einer Response von 66,6 % eine Gesamtteilnehmerzahl von 17.641 (8.985 Jungen, 8.656 Mädchen) erreicht werden. Die KiGGS-Basiserhebung ist repräsentativ für die Wohnbevölkerung der 0- bis 17-Jährigen in Deutschland für die Jahre 2003 bis 2006.

Bereits im Zuge der Konzeption der Querschnitterhebung gab es Vorstellungen, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Längsschnitt weiter zu beobachten und zu begleiten (Kohortenansatz). Dieses Vorhaben wurde in die Gesamtkonzeption des Gesundheitsmonitorings integriert (vgl. Kapitel 1). Ausgehend von der im Jahr 2006 beendeten repräsentativen Querschnittuntersuchung (KiGGS-Basiserhebung) für den Altersbereich der 0- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen sollen in regelmäßigen Zeitabständen, beginnend ab 2009, Follow-up-Erhebungen durchgeführt werden. Der Kohortenansatz bietet somit die Möglichkeit von Trend- und Lebenslaufanalysen. Abbildung 5 stellt die zugrunde gelegte Variante des Längsschnittdesigns exemplarisch für die ersten drei Wiederholungswellen dar. Bei dieser Variante wird die Population aller Altersgruppen der KiGGS-Studie bis zur letzten Welle begleitet. Gleichzeitig ist eine Anreicherung zu jedem Erhebungszeitpunkt durch jüngere Jahrgänge vorgesehen, um Querschnittvergleiche zu jedem Erhebungszeitpunkt zu gewährleisten.

Durch das ausgewählte Design sind folgende Auswertungsmöglichkeiten gegeben:

- *Querschnittvergleiche:* Studienteilnehmer unterschiedlicher Altersgruppen können zu jedem Erhebungszeitpunkt hinsichtlich aller erhobenen Merkmale verglichen werden. Solche Ver-

Abbildung 5
Schema des Kohortenansatzes für die ersten drei Wiederholungswellen



gleiche sind für den gesamten Altersbereich der 0- bis 17-Jährigen in Deutschland sogar bis zum letzten Erhebungszeitpunkt möglich. Daneben erlaubt diese Variante auch einen Querschnittvergleich zwischen Jugendlichen und Erwachsenen.

- *Kohortenvergleiche:* Studienteilnehmer in jeder einzelnen Altersgruppe werden über die verschiedenen Erhebungszeitpunkte hinweg miteinander verglichen, so dass unter anderem auch Trendanalysen durchgeführt werden können.
- *Lebenslaufvergleiche:* Studienteilnehmer, die einer bestimmten Geburtskohorte (eine bestimmte Altersgruppe in der KiGGS-Basiserhebung) angehören, werden über die einzelnen Erhebungszeitpunkte verfolgt, so dass deren Entwicklung über mehrere Zeitpunkte beschrieben und analysiert werden kann, Übergänge und Verläufe festgestellt werden können und damit auch kausale Zusammenhänge aufgedeckt werden. Hierbei ist die Analyse dieser Entwicklungsverläufe auch ins Erwachsenenalter hinein möglich.

Zu den Telefoninterviews in der ersten Welle werden im Wesentlichen drei Probandengruppen eingeladen:

- *Wiederholungsbefragung:* Die Probanden, die zum Zeitpunkt der Basiserhebung 0 bis 17 Jahre alt waren, sind inzwischen 6 bis 24 Jahre alt. Diese Probanden sollen erneut eingeladen werden.
- *Anreicherung:* Zeigt sich, dass die Teilnehmerzahlen bei den 6- bis 17-Jährigen in bestimmten Altersgruppen nicht mehr ausreichend sind, sollen zusätzliche Probanden in den jeweiligen Altersgruppen ausgewählt werden (»Anreicherung«). So soll sicher gestellt werden, dass die Altersgruppen im Hinblick auf die Datenanalyse hinreichend hohe Fallzahlen behalten, um statistisch gesicherte und bevölkerungsrepräsentative Aussagen treffen zu können. Hierzu werden dann die zuständigen Einwohnermeldeämter erneut angeschrieben und um Übermittlung von Adressen aus den Melderegistern gebeten (dies war bislang noch nicht notwendig).

- *Neuziehung:* Für Probanden des Altersbereichs 0 bis 6 Jahre erfolgt eine komplette Neuziehung zwecks einmaliger Befragung, da dieser Altersbereich ansonsten nicht mehr mit Probanden besetzt wäre. Auch hierfür werden die zuständigen Einwohnermeldeämter angeschrieben.

Einbezogen werden die 167 Sample Points der Basiserhebung (siehe Abbildung 6). Neue Orte werden nicht hinzugezogen. Probanden, von denen bekannt ist, dass sie generell an keiner Folgeerhebung teilnehmen wollen (z. B. bei Basiserhebung Einwilligung zu weiterer Kontaktierung

Abbildung 6
Sample Points der KiGGS-Studie

verweigert) oder können (z. B. Sterbefälle), werden nicht erneut eingeladen und als »Generelle Ausfälle« deklariert.

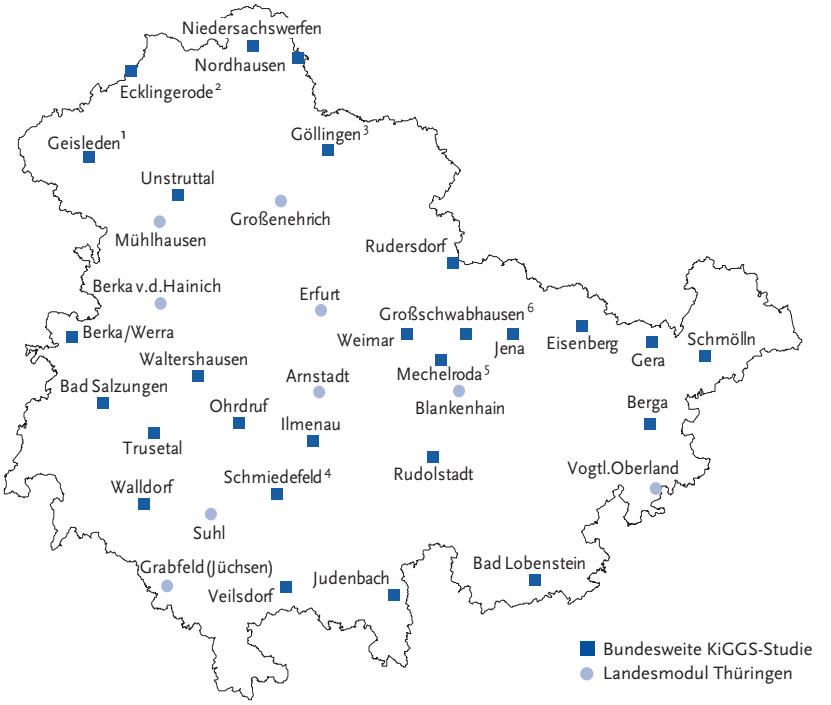
4.2 Stichprobenziehung in den KiGGS Welle 1-Modulstudien

BELLA*plus:* Die Stichprobengewinnung für das Modul BELLA*plus* erfolgt nur in den Sample Points 1 bis 150. Hier werden erstens alle ehemaligen BELLA-Probanden, die inzwischen 13 bis 24 Jahre alt sind und an der KiGGS Welle 1 teilnehmen, gefragt, ob sie an der Zusatzuntersuchung zur psychischen Gesundheit teilzunehmen bereit sind. Darüber hinaus werden zweitens in die Bruttostichprobe des Moduls alle 3- bis 24-Jährigen KiGGS Welle 1-Teilnehmer einbezogen, die eine gerade Bruttonummer haben und nicht ehemalige Probanden des Motorik-Moduls (MoMo) sind.

Motorikmodul Längsschnitt (MoMo-LS): Die Stichprobengewinnung für den Längsschnitt des Motorikmoduls erfolgt in allen 167 Sample Points. Die Bruttostichprobe besteht hier erstens aus der Gruppe aller ehemaligen MoMo-Probanden, die inzwischen 10 bis 24 Jahre alt sind und die in der KiGGS Welle 1-Befragung wieder teilnehmen. Darüber hinaus werden in den Sample Points 1 bis 150 auch die 4- bis 9-Jährigen sowie die 13- bis 17-jährigen KiGGS Welle 1-Teilnehmer, die keine ehemaligen BELLA-Probanden waren und eine ungerade Bruttonummer haben, einbezogen. Drittens bekommen in den Sample Points 151 bis 167 alle 4- bis 9-Jährigen sowie 13- bis 17-jährigen Teilnehmer der KiGGS Welle 1 das Angebot, am MoMo-LS teilzunehmen.

Ländermodul Thüringen: Zielpopulation dieses Ländermoduls sind die in Thüringen lebenden und in den Einwohnermelderegistern mit Hauptwohnsitz gemeldeten Kinder und Jugend-

Abbildung 7
Sample Points Ländermodul Thüringen



1 und Heuthen, Kreuzebra; 2 und Brehme, Wehnde; 3 und Bendeleben, Hachelbich, Rottleben; 4 und Stützerbach, 5 und Buchfart, Döbritschen, Hetschburg, Kiliansroda, Lehnstedt, Oettern, Vollersroda; 6 und Mellingen

lichen im Alter von 0 bis 17 Jahren. Um diese Grundgesamtheit zu repräsentieren, wurde in Kooperation mit dem Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA) am Institut GESIS Mannheim auch im Ländermodul eine zweistufig geschichtete Zufallsauswahl gezogen mit folgenden Auswahlstufen:

- *Auswahlstufe Gemeinden:* Zur Auswahl der Gemeinden wurden diese nach Gemeindetypen (BIK-Klassifikation) geschichtet. Die Ziehung der Gemeinden erfolgte dann mit einer Wahrscheinlichkeit proportional zur Häufigkeit ihrer Größe. Insgesamt wurden, zusätzlich zu den neun im Rahmen des bundesweiten KiGGS Welle 1 einbezogen Sample Points, weitere 27 Befragungsorte gezogen (Abbildung 7).
- *Auswahlstufe Personen:* Über die Einwohnermelderegister wird in den ausgewählten Gemeinden bzw. Sample Points für die einzelnen Jahrgänge die gleiche Anzahl an Personenadressen gezogen.

Die Brutto-Stichprobe wurde nach einem mathematischen Zufallsverfahren (uneingeschränkte Zufallsauswahl) aus den Adressdateien der Einwohnermeldeämter gezogen.

4.3 Termine und Routenplan

Als Grundlage für die Abarbeitung der Befragungsorte dient der Routenplan der KiGGS-Basiserhebung. Um die vorgesehenen 167 Sample Points bei einem geplanten Untersuchungszeitraum von drei Wochen pro Sample Point in drei Jahren bearbeiten zu können, wird die Befragung über drei (bzw. im dritten Untersuchungsjahr über vier Sample Points) parallel durchgeführt. In einem Routenplan ist festgelegt, in welcher Reihenfolge die Befragungsorte von den Interviewern bearbeitet werden. Bei der Konzeption des Routenplans wurde sichergestellt, dass regionale und saisonale Einflüsse auf die Erhebungsergebnisse weitgehend ausgeschlossen werden können. Um dies zu gewährleisten, wurden die über Deutschland verteilten Sample Points in zehn Regionen zusammengefasst. In jedem der drei Erhebungsjahre wird ein Drittel der Sample Points je Region befragt. Die Routenanordnung innerhalb der Regionen wurde nach dem Zufallsprinzip gestaltet. Feier- und Festtage sowie Ferienzeiten werden bei der Routenplanung beachtet. Die zehn Regionen werden innerhalb eines jeden Erhebungsjahres derart berücksichtigt, dass möglichst weit auseinander liegende Teile der Bundesrepublik hintereinander und in den drei Erhebungsjahren in unterschiedlichen Jahresdritteln abgearbeitet werden.

4.4 Statistische Genauigkeit und Power

Mit der erwarteten Gesamtnettostichprobe von ca. 16.000 Probanden in 167 Sample Points lässt sich, sogar bei Erhebungsmerkmalen mit relativ hohen Designeffekten, ausreichende statistische Genauigkeit erreichen, um auch kleinere Krankheitsprävalenzen bis hinunter zu einer Häufigkeit von 1 % zu schätzen. Die nachfolgende Tabelle 2 gibt die Breite der 95 %-Konfidenzintervalle bei der Schätzung verschiedener Krankheitsprävalenzen in Abhängigkeit von der Höhe des Designeffekts an.

Tabelle 2
Konfidenzintervallbreite für geschätzte Prävalenzen und eine Stichprobengröße n = 640, differenziert nach der Höhe des Designeffektes (Deff)

	95 %-Konfidenzintervall		
Prävalenz	**Deff = 1**	**Deff = 1,5**	**Deff = 2**
1 %	0,5 – 2,2	0,4 – 2,6	0,3 – 2,9
5 %	3,5 – 7,0	3,3 – 7,5	3,1 – 8,0
10 %	7,9 – 12,6	7,5 – 13,2	7,2 – 13,8
20 %	17,1 – 23,3	16,5 – 24,1	16,0 – 24,7
30 %	26,6 – 33,7	25,8 – 34,5	25,2 – 35,2

Berechnungsgrundlage:
SE = Standardfehler, Deff = Designeffekt, p = Prävalenz

$$SE = \sqrt{Deff} * \sqrt{\frac{(p*(1-p))}{n}}$$

$$f(p) = \ln\left(\frac{p}{1-p}\right)$$

Konfidenzintervall:

$$y = \ln\left(\frac{p_d}{1-p_d}\right) \pm \frac{SE(p_d)}{p_d(1-p_d)} * 1{,}96$$

$$f(y) = \frac{\exp(y)}{(1+\exp(y))}$$

Bei 11.500 wieder teilnehmenden KiGGS-Basis-Probanden stehen im Durchschnitt für die wichtigen altersspezifischen Auswertungen Daten von ca. 640 Probanden pro Altersjahrgang zur Verfügung. Da die Zahl der Teilnehmer pro Altersjahrgang innerhalb der Sample Points mit 3 bis 4 Personen gering ist, wird bei der Schätzung der Konfidenzintervalle der Designeffekt nicht berücksichtigt. Für die Schätzung der altersspezifischen Prävalenz einer Krankheit, deren Prävalenz bei 5 % liegt (z. B. bei Asthma), ist ein 95 %-Konfidenzintervall von 3,5 % bis 7,0 % zu erwarten. Bei einer 10 %-Krankheitsprävalenz betragen dann die Konfidenzgrenzen 7,9 % und 12,6 %. Nachfolgend wird exemplarisch für die Zielvariable Adipositas eine Powerberechnung für die Längsschnittanalyse von Risikofaktoren dargestellt. Bei 640 Probanden pro Jahrgang und einer Einschränkung auf alle Probanden, die in der Basiserhebung im Grundschulalter waren (6- bis 11-Jährige) und nicht adipös waren (Adipositasprävalenz ca. 6 %), stehen ca. 3.600 Probanden für Inzidenzanalysen zur Verfügung. Unter Annahme eines Designeffekts von 1,15 und einer erwarteten Inzidenz von 6 % zwischen zwei Wellen ergibt sich für den Nachweis eines Risikofaktors, der ein relatives Risiko von 1,5 bewirkt, eine Power von 77 %, wenn die Prävalenz des Risikofaktors bei 30 % liegt, und eine Power von 85 %, wenn die Prävalenz des Risikofaktors bei 50 % liegt (bei einem zweiseitigen Signifikanzniveau von 5 %). Bei einem relativen Risiko von 2 liegt die Power bei nahezu 100 %.

4.5 Ausschöpfung und Nonresponder-Analyse

In der KiGGS Welle 1 wird eine Stichprobe angestrebt, die repräsentative Aussagen für die Bevölkerung im Alter von 0 bis 24 Jahre auf Bundesebene ermöglicht. Um eine möglichst hohe Beteiligungsquote zu erreichen, werden verschiedene Maßnahmen umgesetzt. Dazu gehören beispielsweise eine zum Einladungszeitpunkt zeitnahe Ziehung der neugezogenen Stichprobe (Gruppe der 0- bis 6-Jährigen), eine Adressrecherche zur Bestätigung der aktuellen Wohnadresse der ehemaligen KiGGS-Teilnehmer, eine studienbezogene Öffentlichkeitsarbeit, die Einrichtung eines Service-Telefons für eingeladene Familien und die Setzung von Teilnahmeanreizen durch Incentives (siehe auch Kapitel 5 und 6). Bei der Berechnung der Ausschöpfungsrate werden folgende Untergruppen der Zielpopulation bzw. der Bruttostichprobe [BS] unterschieden:

Teilnehmer [T]: Personen, die selbst (Gruppe der 18- bis 24-Jährigen) bzw. deren Eltern (Gruppe der 0- bis 17-Jährigen) in die Teilnahme schriftlich eingewilligt hatten und an der Befragung (telefonisch oder schriftlich) teilgenommen haben. Bei den 11- bis 17-Jährigen ist mindestens eines der beiden Interviews (Eltern und/oder Kind) erforderlich.

Nichtteilnehmer [NT]: Personen bzw. Familien, die abgelehnt haben, teilzunehmen oder keine Einwilligungserklärung abgegeben haben oder mit denen kein Interview durchgeführt worden ist sowie solche, die trotz intensiver Bemühungen nie erreicht werden konnten.

Qualitätsneutrale Ausfälle [QNA]: Die Einstufung von gezogenen Personen als qualitätsneutrale Ausfälle wird in der KiGGS-Studie sehr restriktiv gehandhabt. Es werden solche Fälle als QNA bewertet und aus der Bruttostichprobe für den Querschnitt herausgenommen, bei denen folgendes zutraf:

- Proband ist unbekannt/Adresse ist falsch,
- Wohnung, in der der Proband hauptsächlich lebt, liegt außerhalb des Points,
- Proband ist verstorben,
- Verständigung mit Proband aufgrund von Sprachproblemen absolut unmöglich,
- Proband verzogen bzw. wohnt nicht (mehr) im Haushalt,
- Alter des Probanden liegt außerhalb des Altersfensters,
- Proband wurde doppelt gezogen, z. B. für eine weitere Gemeinde, in der er vorher gewohnt hat.

Für die Berechnung der Ausschöpfungsquote für den Querschnitt wird folgende Formel benutzt (Latza et al. 2004):

$$\text{Response} = \frac{\textit{Teilnehmer}}{\textit{Bruttostichprobe} - \textit{QNA}}$$

Angestrebt wird eine Response von über 75 % bei den Wiedereingeladenen, ehemaligen KiGGS-Probanden sowie 40 % bei der neugezogenen Stichprobe der 0- bis 6-Jährigen. Für die Berechnung des Non-Response-Bias wird ein Kurzfragebogen für die Nichtteilnehmer eingesetzt. Auf der Basis dieser Fragebögen werden die Randverteilungen ausgewählter Merkmale (Körpergröße, Körpergewicht, allgemeiner subjektiver Gesundheitszustand, Rauchstatus, Soziodemografie) von Teilnehmern und Nichtteilnehmern miteinander verglichen. Die Non-Responder-Befragung wird bei denjenigen durchgeführt, die eine Studienteilnahme abgelehnt, jedoch keine grundsätzliche Verweigerung ausgesprochen haben. Bei einer eindeutigen Verweigerung der Probanden wird aus Gründen des Datenschutzes keine Kurzbefragung durchgeführt. Neben der Berechnung der Ausschöpfungsrate und des Non-Response-Bias wird auch eine Nonresponder-Analyse durchgeführt. Eine Ablehnung bzw. Verweigerung der Teilnahme und die Gründe der Ablehnung werden von den Interviewern dokumentiert und später kodiert. Sie sollen dazu dienen, die Häufigkeit von Gründen für die Nicht-Teilnahme zu ermitteln. Eine Differenzierung nach Region, Altersgruppe sowie weiteren soziodemografischen Merkmalen soll helfen, die Vorgehensweise zur Erreichung einer hohen Ausschöpfungsrate im Survey zu optimieren. Während der Erhebungsphase werden regelmäßig, d. h. nach jedem Point, Analysen zur Ausschöpfungsrate und Nonresponder-Analysen aus den dokumentierten Nichtteilnahmegründen und den Non-Responder-Fragebögen erstellt. Die sich daraus ergebende Hinweise werden an das CATI-Labor zur Umsetzung weitergegeben.

Literatur

Kamtsiuris P, Lange M (2002) Der Pretest des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys: Stichprobendesign. Das Gesundheitswesen 64 (Sonderheft 1): 107–113

Kamtsiuris P, Lange M, Schaffrath Rosario A (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Nonresponse-Analyse. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 547–572

Latza U, Stang A, Bergmann M et al. (2004) Zum Problem der Response in epidemiologischen Studien in Deutschland (Teil I). Das Gesundheitswesen 66 (5): 326–336

5 Einladungsverfahren

5.1 Einladung zur Kernstudie

Schriftliche Einladung

Die Einladung der Teilnehmer erfolgt zunächst schriftlich über die Geschäftsstelle des Gesundheitsmonitorings am RKI. Alle ausgewählten Eltern bzw. volljährigen Probanden erhalten ein Einladungsschreiben, welches neben dem Anschreiben auch eine Informationsbroschüre, ein Einwilligungsformular und einen Umschlag zur portofreien Rücksendung enthält. In der Altersgruppe 11 bis 17 Jahre erhalten außer den Eltern auch die Kinder und Jugendlichen drei Tage nach ihren Eltern ein Einladungsschreiben (Jugendanschreiben), in dem sie noch einmal persönlich zur Befragung eingeladen werden. Die Inhalte des Anschreibens sind jeweils zielgruppenspezifisch angepasst. Der Versand der Einladungen erfolgt für jeden Untersuchungsort sechs Wochen vor Beginn des zwei- bzw. dreiwöchigen Befragungszeitraums, innerhalb dessen die Telefoninterviews durchgeführt werden. Besonderen Aufwand bedeutet die Prüfung der Adressen der Längsschnittprobanden (ehemalige Teilnehmer der KiGGS-Basiserhebung). Da der Zeitpunkt der Einladung zur KiGGS-Basisuntersuchung sechs Jahre zurückliegt, sind viele Adressen nicht mehr aktuell. Daher findet zur Aktualisierung ein mehrstufiger Recherche-Algorithmus Anwendung. Zunächst werden sämtliche Adressdaten dieser Gruppe den Einwohnermeldeämtern der jeweiligen Sample Points zur Prüfung übermittelt und der Adressbestand gegebenenfalls aktualisiert. Sind (in Einzelfällen) die Einladungen trotz dieser Aktualitätsprüfung nicht zustellbar, werden dann ad hoc zusätzliche Recherchen über öffentlich zugängliche Verzeichnisse durchgeführt und bei Erfolg die Einladungen erneut versandt. Die Adressdaten der erstmalig aus den Melderegistern ausgewählten Familien sind in der Regel zum Zeitpunkt der Einladung aktuell.

Rücklaufverwaltung, schriftliche Erinnerung und telefonische Werbung

Teilnahmebereite Familien werden gebeten, das Einwilligungsformular zu unterschreiben und im portofreien Rückumschlag an das Robert Koch-Institut zurück zu senden. Auf dem Formular sollen eine oder mehrere Telefonnummern genannt werden, unter der ein Interviewtermin vereinbart oder das Interview direkt geführt werden kann. Darüber hinaus können auf dem Formular Tageszeiten angegeben werden, die für eine telefonische Kontaktaufnahme besonders geeignet sind. Erhält die Geschäftsstelle innerhalb von zehn Tagen nach Versand der Einladungsschreiben das Einwilligungsformular nicht zurück, erfolgt ein Erinnerungsschreiben an die Eltern bzw. volljährigen Probanden, das eine erneute Einladung, ein Einwilligungsformular und einen portofreien Rückumschlag enthält. Teilnehmer, die auch auf das Erinnerungsschreiben nicht reagiert haben, werden noch einmal telefonisch für die Teilnahme geworben, sofern aus der KiGGS-Basiserhebung oder aus öffentlich zugänglichen Verzeichnissen recherchierbare Telefonnummern für sie vorliegen. Diese Werbung erfolgt durch die Interviewerinnen und Interviewer im Telefonlabor. Es werden maximal fünfzehn Versuche unternommen, die Zielperson zu erreichen. Da eine Teilnahme nur bei vorliegender schriftlicher Einwilligungserklärung möglich ist, werden die teilnahmebereiten Personen gebeten, diese unterschrieben zurückzusenden. Nötigenfalls bekommen sie auch erneut eine Einwilligungserklärung zugesandt.

5.2 Einladung zu den Modulstudien mit inhaltlicher Vertiefung (Motorik-Modul und BELLA*plus*)

Teilnehmer für die Modulstudien mit inhaltlicher Vertiefung (Motorik-Modul und BELLA*plus*) werden am Ende des Interviews von den Interviewern zunächst telefonisch geworben (für die regionale Erweiterungsstudie Thüringen-Modul siehe Kapitel 5.3). Bei minderjährigen Probanden erfolgt die Werbung für die Modulteilnahme am Ende des telefonischen Elterninterviews. Bei Interesse an einer Modulteilnahme werden die Probanden nach ihrem Einverständnis gefragt, ob ihre Kontaktdaten an die Modulpartner weitergegeben werden dürfen. Eine automatische Weitergabe der Daten an die Modulpartner durch das Robert Koch-Institut erfolgt nicht. Probanden, die ihr Interesse an einer Modul-Teilnahme signalisiert

haben, erhalten vom Robert Koch-Institut im Namen des Modulpartners eine schriftliche Einladung einschließlich Informationsmaterialien (Modul-Flyer, Datenschutzmerkblatt) zugesendet. Dem Schreiben liegt zudem eine Einwilligungserklärung bei, welche die teilnahmebereiten Familien unterschrieben im ebenfalls beigefügten Rückumschlag an den Modulpartner senden sollen. Die definitive Zustimmung zur Studienteilnahme erfolgt somit schriftlich und erst, nach dem die Familien die Möglichkeit hatten, sich genauer über die Studie zu informieren. Probanden, die die Einwilligungserklärung nicht zurücksenden, werden vom Modulpartner telefonisch an die Rücksendung erinnert, sofern die Probanden der Kontaktdatenweitergabe zugestimmt hatten. Die telefonische Kontaktierung durch den Modulpartner selbst hat den Vorteil, dass Fragen zur Modulstudie sofort beantwortet oder etwaige Vorbehalte ausgeräumt werden können. Bei Probanden, die der Kontaktdatenweitergabe nicht zugestimmt haben, erfolgt etwa zwei Wochen nach der Zusendung der schriftlichen Einladung eine schriftliche Erinnerung durch das Robert Koch-Institut. Weitere drei Wochen später erinnert das Robert Koch-Institut zudem telefonisch an die Rücksendung der Teilnahmeerklärung.

5.3 Einladung zum Landesmodul Thüringen

Die Einladung der potenziellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Landesmoduls Thüringen erfolgt nach dem gleichen Prinzip wie bei der KiGGS Welle 1-Kernstudie. Ein Unterschied liegt jedoch darin, dass alle Familien erstmalig eingeladen werden, da die Modulstudie zum ersten Mal durchgeführt wird. Die Einladungsschreiben sind inhaltlich dahingehend differenziert, ob nur das Elterninterview zu führen ist (Probanden von 0 bis 10 Jahren) oder ob sowohl Eltern als auch Kinder interviewt werden (Probanden von 11 bis 17 Jahren). Darüber hinaus wird erläutert, worum es sich bei der Modulstudie handelt und wer der Auftraggeber der Studie ist. Da es sich um eine andere Zielgruppe als bei der Kernstudie handelt, wurde eine eigene Informationsbroschüre für das Landesmodul erstellt, die inhaltlich auf die speziellen Belange der Modulstudie zugeschnitten ist und den Bezug zur Kernstudie herstellt.

6 Teilnehmerrate

- Erstellung von Pressemitteilungen, Broschüren und sonstigen Informationsmaterialien
- Unterhaltung und Pflege des Internetauftritts der Studie
- Zeitlich abgestimmter Versand von Pressemitteilungen an die jeweiligen Gemeindeverwaltungen (Amtsblätter, Internetauftritt) und an lokal relevante Zeitungen und Wochenblätter
- Zeitlich abgestimmter Versand von Informationsschreiben an die Verwaltungsleitung der Untersuchungsorte, den ÖGD (Amtsärzte) und die niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzte (alternativ: Allgemeinmediziner)
- Ausbau und Pflege eines ortsbezogenen Presseverteilers sowie Dokumentation der Pressearbeit, u. a. durch Belegartikel
- Kostenloses Servicetelefon für Nachfragen von Studienteilnehmern und anderen interessierten Personen
- Beantwortung von allgemeinen Anfragen der Öffentlichkeit zum Survey

6.1 Informations- und Öffentlichkeitsarbeit

Qualität und Interpretierbarkeit der Ergebnisse einer bevölkerungsbasierten wissenschaftlichen Untersuchung wie der KiGGS-Studie hängen in starkem Maße von der Teilnahmebereitschaft der eingeladenen Probanden ab. Geringe Teilnahmeraten schwächen die Aussagekraft der Studie. Die Entscheidung für oder gegen die Teilnahme wird von vielen verschiedenen Faktoren beeinflusst, u. a. dem Bekanntheitsgrad der Studie und der Einschätzung der Seriosität der durchführenden Institution, aber auch von personenbezogenen, subjektiven Faktoren wie der wahrgenommenen Belastung (zeitlicher/finanzieller Aufwand) und Nutzenbewertung. Hinzu kommen »banale« alltägliche Umstände, die dazu führen können, dass – trotz positiver Einstellung zur Studie – die Rücksendung der Einverständniserklärung unterbleibt. Die Informations- und Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen der KiGGS-Studie zielt einerseits auf eine Verbesserung der Teilnahmequote in der jeweils laufenden Erhebungswelle. Andererseits soll die interessierte Fach- und Laienöffentlichkeit verständlich, anschaulich und zeitnah über Hintergrund, Methodik und Ziele sowie Fortschritt und Ergebnisse der KiGGS-Studie informiert werden. Dies ist nicht zuletzt angesichts der Finanzierung der Studie durch die öffentliche Hand sehr wichtig. KiGGS ist zudem als Langzeitstudie auf die anhaltende Teilnahmebereitschaft der Probanden angewiesen, deshalb hat die kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit auch für den Erhalt der Motivation (»Kohortenpflege«) große Bedeutung. Entsprechend der genannten Zielsetzungen erfolgt die Informations- und Öffentlichkeitsarbeit für KiGGS mehrschichtig, informiert wird über die KiGGS-Studie im Allgemeinen und die aktuelle Studien-Welle 1 im Besonderen. Die Ansprache der Zielgruppen hinsichtlich der Erhöhung der Teilnahmerate erfolgt v. a. durch direkte Kontaktaufnahme in Form von Informationsschreiben und Pressemitteilungen, darüber hinaus werden Informationen aber auch zum Abruf zur Verfügung gestellt.

Informationsschreiben und Pressemitteilungen

Die eingeladenen Probanden erhalten zusammen mit der Einladung eine ausführliche Informationsbroschüre zur aktuellen Studie. Bei erstmals teilnehmenden Familien wird zusätzlich die Ergebnisbroschüre zur Basiserhebung 2003 – 2006 beigelegt. Potenzielle Multiplikatoren wie z. B. niedergelassene Kinderärzte am Untersuchungsort erhalten ein Informationsschreiben und die Broschüre zur aktuellen Survey-Welle. Gibt es keine Kinderarztpraxis am Ort, werden allgemeinmedizinische Praxen angeschrieben. Weitere in dieser Form angeschriebene Adressaten sind solche Institutionen, bei denen Nachfragen von eingeladenen Familien eingehen könnten. Dies sind die Amtsärztinnen und -ärzte in den Gesundheitsämtern sowie die Stadtverwaltungen bzw. die Bürgermeister der ausgewählten Studienorte (Hintergrund: Einwohnermeldeamt-Abfrage). Das Informations-

material ermöglicht es diesen Akteuren, auf informierter Basis fundierte Auskünfte geben zu können und damit die Studie zu unterstützen. Zur Erhöhung des Bekanntheitsgrades der Studie erhalten die Städte und Gemeinden sowie die örtlichen Printmedien mit Lokalteil (Tageszeitungen und Anzeigenblätter) eine Pressemitteilung zur bevorstehenden Einladung der Familien am Ort, verbunden mit der Bitte um Veröffentlichung eines Artikels. Dadurch und durch weitere vorangehende lokale Berichterstattung, z. B. im Amtsblatt oder auf dem Internetauftritt der Gemeinde soll dann mit dem (nachfolgenden) Einladungsschreiben bei den Familien bereits ein gewisser Wiedererkennungseffekt erreicht werden. Die Telefon-Interviews der Welle 1 in den 167 Orten finden über einen Zeitraum von 3 Jahren statt, es resultiert eine kontinuierliche, zeitlich abgestimmte lokale Pressearbeit über den gesamten Zeitraum. Im Rahmen der Kohortenpflege wurde erstmals zum Weihnachtsfest 2010 eine Grußkarte an die teilnehmenden Familien verschickt.

Internetauftritt

Für die KiGGS-Studie wird eine eigene Studien-Internetseite (www.kiggs.de) bereitgestellt und gepflegt. Dabei sind Inhalt und Gestaltung für unterschiedliche Zielgruppen (Kinder/Jugendliche, Eltern, Experten, Medien) entsprechend aufbereitet. Interessierte finden hier aktuelle und ausführliche Informationen zu KiGGS, mit Fakten zu Hintergrund, Zielsetzung, Ablauf und Ergebnissen der Studie. Ein Download-Bereich und Verlinkungen erleichtern den Zugang zu vertiefenden Informationen. Fragen zu KiGGS und zur Studien-Teilnahme können über mehrere Wege gestellt werden: zusätzlich zum Kontaktformular auf der Internetseite wurde eine kostenlose telefonische Service-Nummer eingerichtet.

Dokumentation und Erstellung eines Presseverteilers

Im Rahmen der lokalen Presse- und Öffentlichkeitsarbeit werden Kontaktdaten der Ansprechpartner vor Ort und der Erfolg der Bemühungen dokumentiert. Der so entstehende »Presseverteiler« ist Basis für die lokale Öffentlichkeitsarbeit bei zukünftigen Survey-Wellen und deshalb von großer Bedeutung.

6.2 Informationsmaterialien

Folgende Informationsmaterialien wurden erstellt, um die Öffentlichkeitsarbeit der Kern-Studie zu unterstützen.

Informationsbroschüre: Für die Studie wurde eine 20-seitige Informationsbroschüre erstellt (siehe Anhang A). Diese dient vornehmlich der Probandeninformation, wird aber auch für Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit eingesetzt (Versand an Bürgermeister, Gesundheitsämter und Ärzte in den Sample Points). Die Probanden erhalten die Broschüre mit den Einladungsschreiben. Die Broschüre soll den Familien ermöglichen, auf Basis umfassender Informationen über ihre Studienteilnahme zu entscheiden (informed consent). In der Broschüre wird darauf eingegangen, wer Auftraggeber der Studie ist, wer die Studie durchführt, warum die Studie durchgeführt wird und wofür die erhobenen Daten verwendet werden, wie die Teilnehmerauswahl erfolgt, wie die Teilnahme an der Studie aussieht, wie bei der Erhebung und Speicherung der Daten verfahren wird, wie dabei den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes entsprochen wird und wie die Qualität der Studie gesichert wird. Um den Leseanreiz zu erhöhen, wurde ein professionelles Layout in Auftrag gegeben. Darüber hinaus wurde bei der Aufbereitung der Inhalte neben einer möglichst hohen Allgemeinverständlichkeit darauf geachtet, alle notwendigen Informationen zu geben, dabei jedoch den Umfang der Broschüre nicht unzweckmäßig zu überdehnen. Eine weitere, ähnlich aufgebaute Informationsbroschüre wurde für das Landesmodul Thüringen erstellt.

Projektbeschreibung: Eine ausführliche Darstellung der Studie bietet diese Projektbeschreibung. Sie wird bei fachlichen Anfragen zur Verfügung gestellt.

Eckdatenpapier: Das Eckdatenpapier beinhaltet stichpunktartig die wesentlichen Grundinformationen zur Anlage der Studie. Diese Art von Zusammenfassung eignet sich insbesondere für die Information von Fachvertretern aus Wissenschaft und Praxis sowie für die Pressearbeit. Für das Landesmodul Thüringen wurde ein eigenständiges Eckdatenpapier erstellt.

Pressemitteilungen: Um die Studie in den Untersuchungsorten bekannt zu machen, werden kurz vor der Teilnehmereinladung Pressemitteilungen an Redaktionen von lokalen Tageszeitungen, Anzeigenblättern, Rundfunkstationen etc. versendet (vgl. Kapitel 6.1). Ziel ist, dass die Studie in der lokalen Berichterstattung thematisiert wird, bevor die Probanden das Einladungsschreiben erhalten.

Internet: Auf der Website des Robert Koch-Instituts findet sich ein Informationsbereich zur Studie (www.rki.de/kiggs). Hier können verschiedene Informationen und Materialien abgerufen werden. Darüber hinaus wurde bereits für die KiGGS-Basiserhebung eine Projekt-Website (www.kiggs.de) eingerichtet (siehe Kapitel 6.1). Mittelfristig ist ein Relaunch geplant, um die Aufbereitung der Informationen im Hinblick auf die längsschnittliche Datenerhebung zu optimieren und die Einordnung der Studie in das Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts zu veranschaulichen.

Kurzbeiträge im Epidemiologischen Bulletin: Im Epidemiologischen Bulletin des Robert Koch-Instituts erscheinen ab 2011 in regelmäßiger Folge kurze Informationsbeiträge zur KiGGS Welle 1, die sich jeweils auf einen methodischen oder inhaltlichen Aspekt der Studie konzentrieren. Sämtliche Beiträge sind nach Erscheinen über die Internet-Angebote zur Studie erhältlich.

6.3 Anreize zur Teilnahme an der Befragung (Incentives)

Aus internationalen Studien ist bekannt, dass sich die Probanden an zeitaufwändigen Untersuchungen zur Gesundheit und zum Lebensstil dann in hohem Maße beteiligen, wenn sie Aufwandsentschädigungen bzw. Prämien als Anreize (Incentives) für ihre Teilnahme erhalten. Bereits in der KiGGS-Basiserhebung war ein nach Altersgruppen differenziertes Incentives-Konzept umgesetzt worden, das verschiedene Arten von Aufwandsentschädigungen (Spielwaren und Gebrauchsartikel, Warenhaus-Einkaufsgutscheine, Bargeld) und unterschiedliche Anreiz-Zeitpunkte (vorab vs. nach erbrachter Teilnahme) umfasste. Da die Datenerhebungen diesmal jedoch nicht in einem Untersuchungszentrum durchgeführt werden, ist die Ausgabe von Spielwaren u. ä. nicht möglich bzw. logistisch zu aufwändig. Daher erhalten alle Teilnehmer, Kinder und Jugendliche, junge Erwachsene und Eltern, die ein Interview absolvieren, postalisch einen Warengutschein von 10 Euro zugesendet. Auch für das Beantworten des schriftlichen Fragebogens wird diese Aufwandsentschädigung gewährt. Bei der Auswahl der Gutscheinanbieter wurde darauf geachtet, dass ein dichtes, bundesweites Filialnetz vorhanden ist und das Warenangebot sowohl für Kinder und Jugendliche als auch Erwachsene attraktiv ist. Zur Auswahl stehen deshalb Einkaufsgutscheine einer internationalen Bekleidungskette, eines bekannten Elektronikfachmarktes und eines bundesweit vertretenen Warenhauses. Der Gutscheinversand erfolgt unmittelbar nach Abschluss des Interviews, damit die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht lange auf ihre Prämie warten müssen.

6.4 Feedback für die Teilnehmer

Bereits in der KiGGS-Basiserhebung hatten viele Eltern den Wunsch geäußert, neben der Mitteilung der individuellen Untersuchungsbefunde ihres Kindes auch etwas über die allgemeinen Ergebnisse der Studie zu erfahren. Dies bestärkte die im Robert Koch-Institut ohnehin bestehende Auffassung, dass die Studienteilnehmer ein Anrecht darauf haben, zu erfahren, welche Erkenntnisse durch ihre Beteiligung gewonnen wurden. Da es in der KiGGS Welle 1 als reinem Befragungssurvey keine individuellen Befundrückmeldungen gibt, fehlt dieser wichtige Teilnahmeanreiz. Die potenziellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden jedoch bereits bei der Einladung in der Informationsbroschüre darauf aufmerksam gemacht, dass sie nach Beendigung der Datenerhebungen eine Broschüre mit den wichtigsten Ergebnissen der Studie erhalten werden. Diese soll in anschaulicher und allgemeinverständlicher Form grundlegende Studienergebnisse enthalten. Die Broschüre wird allen Familien kostenfrei zugesendet. Die Ergebnisbroschüre dient damit der Teilnahmemotivation, aber auch, mit Blick auf die geplanten weiteren Folgebefra-

gungen und -untersuchungen, der langfristigen Bindung der Probanden an die Studie. Nicht zuletzt sind die Erstellung und der Versand der Ergebnisbroschüre auch ein Dank an die teilnehmenden Familien und ihre Kinder. Um den Zeitraum zwischen Studienteilnahme und Erhalt der Broschüre möglichst kurz zu halten, ist geplant, die Ergebnisbroschüre möglichst rasch nach der Beendigung der Feldphase zu erstellen und an die Teilnehmer zu verschicken.

7 Qualitätssicherung

7.1 Prinzipien der Qualitätssicherung

Für die Sicherstellung zuverlässig funktionierender Prozesse und die Sicherung einer hohen Datenqualität ist eine konsequente und kontinuierliche Qualitätssicherung über die konkrete Erhebungssituation und sämtliche Abläufe für die gesamte Dauer der Studie unerlässlich. Unter Qualitätssicherung wird hierbei eine kontinuierliche Kontrolle von Prozessen und Ergebnissen anhand definierter Kriterien verstanden. Die Qualitätskriterien für die Studie KiGGS Welle 1 sind präzise ausformuliert und in dem im Rahmen der Projektentwicklung erstellten Operationshandbuch niedergelegt. Das Operationshandbuch enthält Qualitätschecklisten (Soll-Zustand), anhand derer die Qualitätskontrolle der Feldsituation (Ist-Zustand) durchgeführt wird. Das Ausmaß von Übereinstimmung von Soll- und Ist-Zuständen ist dabei ein Indikator für die erreichte Qualität. Neben einem konstanten Monitoring der Qualität in der Erhebungssituation und von Abläufen sowie dem Auffinden von Fehlern ist jedoch auch die Entwicklung von Strategien und Maßnahmen zur Fehlerreduktion eine wesentliche Aufgabe der Qualitätskontrolle. Ein wichtiges Anliegen im Zuge der Transformation der KiGGS-Basiserhebung in eine Längsschnittstudie ist die Sicherstellung einer hohen Probandenzufriedenheit, um auch perspektivisch die Probanden an die Studie binden zu können. Ein besonderes Augenmerk der Qualitätskontrolle in KiGGS Welle 1 liegt daher auch auf der Gewährleistung eines freundlichen und adäquaten Auftretens der Mitarbeiter mit Probandenkontakt gegenüber den Teilnehmern.

Qualitätssicherung wird an vielen Stellen des gesamten Erhebungsprozesses laufend von den jeweils prozessverantwortlichen Mitarbeitern durchgeführt. Zur Sicherstellung einer kontinuierlich hohen Studienqualität wurde zusätzlich ein interner Qualitätsbeauftragter benannt. Zu dessen Verantwortlichkeit gehört die qualitätssichernde Begleitung der Schulungen und der Feldarbeit (Feldhospitationen in definierten Abständen), die supervidierende Begleitung sämtlicher Studienabläufe, die Erarbeitung und Koordinierung von Strategien und Maßnahmen zur Fehlerreduktion, die externe Qualitätssicherung in den Modulstudien sowie die regelmäßige Erstellung von Qualitätsberichten.

7.2 Qualitätssicherung während des Studienablaufs (Prozessqualität)

Die Qualitätssicherung in der KiGGS Welle 1 bezieht sich grundsätzlich auf folgende Aspekte:

- Begleitende Qualitätssicherung von Schulungsmaßnahmen
- Kontrolle der laufenden Felderhebung
- Identifizierung von Nachschulungsbedarf
- Überprüfung von Prozessen und Datentransfers
- Monitoring der Erhebungssituation und Fehlerdokumentation
- Kontinuierliche Überwachung der Responseentwicklung
- Datenqualitätskontrolle
- Kontinuierliche Zwischenberichte
- Abschlussbericht

Qualitätssicherung von Schulungsmaßnahmen

Die begleitende Qualitätskontrolle von Schulungsmaßnahmen umfasst folgende Elemente:

- Durchsicht, Kontrolle und Beurteilung (einschließlich Verbesserungsvorschlägen) der Schulungsunterlagen und -konzepte (Zeitplan, Inhalte, Didaktik) sowie Evaluation von Rahmenbedingungen und Ablauf der Schulung,
- Teilnehmende Beobachtung auf der Grundlage einschlägiger Erfahrung an allen Schulungstagen und anschließende Evaluationsgespräche mit den Schulungsverantwortlichen,
- Durchführung einer standardisierten Abschlussprüfung (interne Zertifizierung) für alle Interviewer zur Standardisierung in der Interviewsituation, Teilnehmerwerbung sowie zum Auftreten gegenüber den Probanden.

Feldhospitationen

Die laufende (tägliche) Qualitätssicherung im Feld (Überprüfung der Einhaltung der Standardisierungsvorgaben im Interview) wird durch die

Supervisoren des Telefonlabors durchgeführt. Dabei findet ein standardisierter Beobachtungsbogen Anwendung. Eine umfangreichere Hospitation anhand eines ausführlicheren, standardisierten Beobachtungsbogens findet einmal pro Interviewer und Quartal durch den internen Qualitätsbeauftragten statt. Dabei wird in Absprache mit den wissenschaftlichen Supervisoren, aber unangekündigt für die Interviewer, ein vollständiges Interview hospitiert und anhand des standardisierten Beobachtungsbogens protokolliert. Die Hospitationen erfolgen u. a. anhand folgender Kriterien:

- Treten die Interviewer gegenüber den Probanden freundlich und kompetent auf?
- Ist die Sprechgeschwindigkeit angemessen (nicht zu langsam, aber auch nicht zu schnell)?
- Ist die Sprechlautstärke angemessen?
- Werden die Standardisierungsvorgaben im Interview eingehalten (Neutralität, wortwörtliches und vollständiges Vorlesen der Fragen und Antwortkategorien, non-direktive Nachfragetechnik, Vermeidung von Suggestivfragen bzw. des Anbietens von Ja-/Nein-Alternativen)?
- Reagieren die Interviewer auf kritische Situationen im Interview entsprechend der Schulungsvorgaben?
- Wird die Befragung korrekt abgeschlossen?
- Werden die datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten?
- Sind die Rahmen- und Arbeitsbedingungen im Telefonsstudio angemessen (Temperatur, Lautstärke, Beleuchtung)?

Unmittelbar im Anschluss an eine Hospitation wird ein Evaluationsgespräch mit dem jeweiligen Interviewer durchgeführt. Nach Abschluss der Quartalshospitationen finden auf Grundlage der Hospitationsergebnisse regelmäßig Nachschulungen für alle Interviewer statt. Mindestens einmal pro Halbjahr finden Workshops statt, in denen die Interviewer auf Grundlage ihrer Hospitationsergebnisse individuelle Trainingsmaßnahmen erhalten (Sprechtraining, Standardisierungstechniken, Rollenspiele, Entspannungsübungen).

Qualitätssicherung von Abläufen und Prozessen

Kontinuierliche Qualitätssicherungsmaßnahmen sind bei folgenden Prozessen erforderlich:

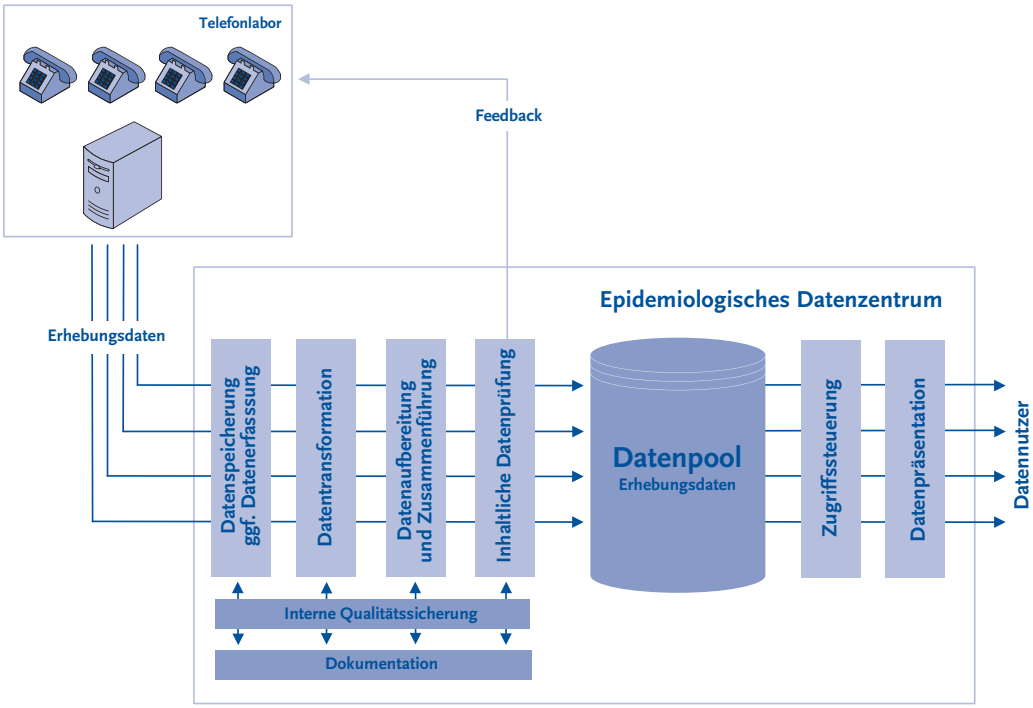
- Tägliche Kontrolle der Datentransfers von der Geschäftsstelle in das Telefonlabor und umgekehrt,
- Regelmäßige Kontrolle des Einladungsprozesses und des Rücklaufs,
- Kontrolle des Incentive-Versands,
- Regelmäßige Kontrolle der Datentransfers zu den Modulpartnern,
- Kontinuierliche Kontrolle der technischen Funktionsfähigkeit des Telefonlabors und der Erhebungssoftware,
- Dokumentation und Weitergabe von technischen Problemen und Fehlern.

7.3 Datenqualitätssicherung

Die im Telefoninterview erhobenen Daten durchlaufen im Rahmen der Qualitätssicherung und der Datenaufbereitung folgende Prozessschritte (Abbildung 8):

- Datenspeicherung und ggf. Datenerfassung der in Papierform vorliegenden Daten (Migrantenfragebögen)
- Trennung der personenbezogenen Angaben von den Erhebungsdaten
- Umsetzung von Variablennamen auf eine einheitliche Nomenklatur
- Zusammenführung der Daten von Eltern- und Kinderinterviews
- Zusammenführung der Daten aus Interview und Migrantenfragebögen
- Prüfung auf Vollständigkeit und Bereinigung von Falldoppelungen
- Prüfung und ggf. Umsetzung von Interviewerbemerkungen
- Kodierung von Freitexten
- Prüfung der Daten auf Ausreißer, inhaltliche Konsistenz usw., Überprüfung der Filterführung
- Missingdefinition
- Generierung aggregierter Variablen
- Vorbereitung für die Auswertung: Identifizierung von Ausschlussfällen, Gewichtung der Daten
- Erstellung eines Längsschnittdatensatzes der die Daten der KiGGS-Basiserhebung enthält

Abbildung 8
Datenflüsse in KiGGS Welle 1



Dokumentation der Datenqualitätssicherungsmaßnahmen

Beim Datenmanagement steht die Standardisierung der Verfahren zur Aufbereitung, Prüfung und Bereinigung der Daten im Vordergrund. Die etablierten Methoden zur Datenaufbereitung und Datenqualitätssicherung werden durch Datenbanktools zur Verwaltung und Dokumentation von Erhebungsinstrumenten und Qualitätssicherungsmaßnahmen ergänzt. Zur Gewährleistung eines einheitlichen Vorgehens bei Datenänderungen wurden allgemeine Regeln zur Datenprüfung und -korrektur vereinbart. Die konkrete Umsetzung dieser Richtlinien wird in regelmäßig stattfindenden Qualitätssitzungen diskutiert.

Bei der Datenaufbereitung werden in einem ersten Schritt, den Vorgaben des Datenschutzes entsprechend, alle personenbezogenen Informationen wie Name, Telefonnummer und Adresse von den Erhebungsdaten getrennt. Anschließend werden die Daten auf Vollständigkeit und logische Korrektheit überprüft. Alle datenbezogenen Prozesse wie z. B. Korrekturen, Transformationen und Freitextkodierungen erfolgen grundsätzlich per Syntax und sind damit dokumentiert, wiederholbar und ggf. auch korrigierbar. Eine unveränderte Kopie der Originaldaten wird aufbewahrt. Während der Feldphase wird eine begleitende Datenprüfung durchgeführt, um etwaige Probleme bei der Programmierung der Telefoninterviews zu erkennen und ggf. zu bereinigen. An dieser Datenprüfung sind sowohl die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Datenzentrums des Robert Koch-Instituts als auch fachlich verantwortliche Kollegen beteiligt. Die Datenaufbereitung erfolgt ebenfalls im Zusammenspiel von KiGGS-Projektverantwortlichen, Mitarbeitern des Datenzentrums und den fachlich verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Die im Rahmen der Datenaufbereitung und Prüfung gewonnenen Erkenntnisse werden dokumentiert und fließen in der Konzeptionsphase zukünftiger Studien in den Entwicklungsprozess neuer Fragebögen mit ein, um die Ergebnisqualität der KiGGS-Studiendaten kontinuierlich zu verbessern.

7.4 Externe Qualitätssicherung in den Modulstudien

Im Rahmen der Transformation der querschnittlichen KiGGS-Basisuntersuchung in eine Längsschnittstudie führt das Robert Koch-Institut verpflichtende externe Qualitätssicherungen in den angeschlossenen Modulstudien, BELLA*plus* (psychische Gesundheit) und Motorikmodul (körperlich-sportliche Aktivität, Bewegung) durch. Da alle Modulteilnehmer auch KiGGS-Teilnehmer sind, dienen die externen Qualitätssicherungen in erster Linie dem Kohortenschutz (Vermeidung von »Loss-to-follow-up«), aber auch der Aufrechterhaltung einer hohen und möglichst einheitlichen und vergleichbaren Erhebungsqualität der Daten sowie der Verbesserung der Feldarbeit. Sie werden von dem Mitarbeiter durchgeführt, der auch für die interne Qualitätssicherung der Kernstudie verantwortlich ist. Auch in den Modulstudien werden die Schulungen der Personen mit Probandenkontakt begleitend hospitiert und zusätzlich einmal im Halbjahr eine angekündigte Feldhospitation durchgeführt.

Grundsätzlich gelten für die externe Qualitätssicherung in den Modulen die gleichen Qualitätskriterien wie für interne Qualitätssicherung in KiGGS Welle 1, erweitert um einen jeweils modulspezifischen Kriterienkatalog. Den Modulpartnern werden die Kriterien vorab zur Kenntnis gegeben. Für die Bindung der Probanden an die Gesamtstudie sind vor allem folgende Aspekte von Bedeutung:

- Wie werden die Probanden in der Modulstudie angesprochen?
- Welche Personen haben mit den Probanden Kontakt?
- Welchen fachlichen Hintergrund bzw. welche Qualifikation haben die Personen mit Probandenkontakt?
- Welche Schulungen bekommen die Modulmitarbeiter?
- Wie gut werden sie in der Schulung auf ihre zukünftige Studienaufgabe vorbereitet?
- Was sind die Inhalte der Schulung? (Hierbei sind fachliche Aspekte vor allem im Hinblick auf mögliche Auswirkungen von Untersuchungsmaßnahmen auf die Probanden von Bedeutung)
- Wie sind die Durchführungsregeln der Untersuchungsmaßnahme?
- Welche Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Qualität in der laufenden Feldarbeit sind vorgesehen und wie werden diese umgesetzt (interne Qualitätssicherung der Module)?
- Sicherstellung der Vermeidung einer zeitlichen, körperlichen oder psychischen Überlastung der Probanden durch die Modulteilnahme.

7.5 Sicherung der Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität lässt sich nach Abschluss der Feldarbeit am Grad der Erreichung der im Vorhinein formulierten Ziele (vgl. Kapitel 1.2 und 9) messen. Aufgabe der Qualitätssicherung ist es, nach Abschluss der Studie ein Resümee zu ziehen, bei dem der Soll- und Ist-Zustand nach der Datenerhebung gegeneinander abgewogen werden. Eine konsequente Qualitätskontrolle während der Erhebungsphase ist eine wesentliche Voraussetzung, dass dieser Vergleich positiv ausfällt.

Literatur

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie (DAE), Redaktion Bellach BM, Hoffmann W, Hense HW (2000) Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (GEP). Das Gesundheitswesen 62 (5): 295–302

Hölling H, Kamtsiuris P, Lange M et al. (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS): Studienmanagement und Durchführung der Feldarbeit. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 557–566

8 Datenschutz

Eine ausführliche Darstellung aller relevanten Aspekte zum Datenschutz befindet sich in der Dokumentation zum Datenschutz, vorgelegt beim Bundesbeauftragten für Datenschutz sowie bei den Datenschutzbeauftragten der Länder.

Einhaltung des Datenschutzes

Zwar zielen die Analysen der erhobenen Gesundheitsdaten auf bevölkerungs- und nicht auf personenbezogene Aussagen, bei der Studiendurchführung werden jedoch vielfältige personenbezogene Informationen zu den Teilnehmerinnen und Teilnehmern erhoben. Neben den Daten zum Gesundheitszustand, zum Gesundheitsverhalten, zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und zur Soziodemografie (Erhebungsdaten) betrifft dies auch Personendaten (Name, Anschrift und Telefonnummern) sowie Verwaltungsdaten (Einladungs- und Rücklaufdaten, Interviewtermin-Absprachen, gewählte Aufwandsentschädigung etc.). Adressdaten der ehemaligen Teilnehmerinnen und Teilnehmer und der neu aus den Melderegistern ausgewählten Probanden werden zunächst für die schriftliche Einladung benötigt. Darüber hinaus sind Telefonnummern die Voraussetzung für die Durchführung der telefonischen Interviews. Nach der Befragung erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zudem per Post eine Aufwandsentschädigung und nach Beendigung der Datenerhebungsphase eine Informationsbroschüre über grundlegende bevölkerungsbezogene Ergebnisse der Studie zugeschickt. Schließlich ist eine Teilnahme der Probanden an Follow-up-Studien vorgesehen, so dass eine langfristige Speicherung von Personendaten für die Einladung, aber auch der Erhebungsdaten für längsschnittliche Datenanalysen notwendig ist. Eine vertrauliche Behandlung dieser umfassenden und besonders sensiblen Daten muss für alle Phasen der Studiendurchführung gesichert sein und wurde deshalb bereits im Vorfeld der Durchführung konzeptionell ausgearbeitet. Rechtliche Grundlage des Umgangs mit personenbezogenen Daten sind das Bundesdatenschutzgesetz und die Datenschutzgesetze der Länder. Diese rechtlichen Grundlagen schützen den Einzelnen davor, durch den Umgang mit den personenbezogenen Daten in seinen Persönlichkeitsrechten beeinträchtigt zu werden. Unter diese Regelungen fallen unter anderem die informationelle Selbstbestimmung des Einzelnen und die Pseudonymisierung personenbezogener Daten (§ 3 Abs. 6, § 40 BDSG). Das Robert Koch-Institut sieht sich hierbei dem Konsenspapier verpflichtet, das zwischen dem Arbeitskreis Wissenschaft der Konferenz der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie (DAE) vereinbart wurde (Der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz, Stand 08.06.1998, ergänzt 19.03.2004).

Trennung von Personen- und Erhebungsdaten

Personen- und Verwaltungsdaten einerseits und Erhebungsdaten andererseits werden in der KiGGS Welle 1 generell getrennt erfasst und gespeichert. Zu diesem Zweck werden im Robert Koch-Institut zwei separate Datenbankanwendungen eingesetzt. Personen- und Verwaltungsdaten werden in der sogenannten Verwaltungsdatenbank geführt, während die Erhebungsdaten in der Erhebungsdatenbank gesammelt werden. Sämtliche Daten der Erhebungsdatenbank sind pseudonymisiert, d. h., zwar mit einer Probandenidentifikationsnummer versehen, nicht jedoch mit Personendaten. Eine Verknüpfung der Datenbestände beider Datenbanken über die Probandenidentifikationsnummer erfolgt nicht (es sei denn, Probanden bitten nachträglich um die Löschung ihrer Erhebungsdaten).

Aufklärung und Einwilligung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Voraussetzung für die Teilnahmeentscheidung ist zunächst, dass die eingeladenen Personen durch das Robert Koch-Institut umfassend über die Studie informiert werden. Bei der KiGGS Welle 1 erfolgt dies mittels einer Informationsbroschüre, die mit dem Einladungsschreiben zugestellt wird (siehe Anhang A). Die Broschüre beinhaltet neben Studieninformationen auch eine Datenschutzerklärung, in der darüber informiert wird, wie mit den erhobenen Daten verfahren wird. Hier wird dargelegt, welche Personen im

Robert Koch-Institut im Rahmen der Studie für den Datenschutz verantwortlich sind, welcher Personenkreis mit den personenbezogenen Daten umgeht, sowie dass Personendaten und Erhebungsdaten getrennt gespeichert werden und welche Modalitäten bezüglich der Löschung personenbezogener Daten bestehen. Bei offenen Fragen können sich die eingeladenen Personen über das gebührenfreie Studientelefon an das Robert Koch-Institut wenden. Entschließen sich die Eingeladenen – nachdem sie ausführlich über die Studie informiert wurden – zur Teilnahme (informed consent), so ist zur Erfüllung der Forderung nach informationeller Selbstbestimmung die schriftliche Zustimmung zur Datenerhebung und -speicherung erforderlich. Dies erfolgt bei der KiGGS Welle 1 durch die portofreie Rücksendung eines unterschrieben Einwilligungsformulars an das Robert Koch-Institut. Mit ihrer Einwilligung bestätigen die Personen, die gegebenen Informationen gelesen und verstanden zu haben und erklären sich mit der Erhebung und Speicherung ihrer Erhebungs- und Personendaten einverstanden. In der Broschüre wird darüber aufgeklärt, dass diese Einwilligung komplett oder in Teilen jederzeit widerrufen werden kann, ohne dass den Teilnehmern hierdurch Nachteile entstehen.

Für die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind für KiGGS Welle 1 die Studienleiterin Frau Heike Hölling sowie Herr Dr. Jörg Lekschas, Datenschutzbeauftragter des Robert Koch-Instituts, verantwortlich.

Schulung und Verpflichtung der Mitarbeiter

Das gesamte mit der Studiendurchführung betraute Personal des Robert Koch-Instituts wird im Rahmen der studienübergreifenden Schulungen umfassend über die Bedeutung des vertraulichen Umgangs mit personenbezogenen Daten unterrichtet, über die datenschutzrechtlichen Bestimmungen informiert und schriftlich zur Einhaltung der Vorschriften verpflichtet. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Datenschutzes betrifft nicht nur die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die die telefonischen Befragungen durchführen, sondern insbesondere auch alle anderen Mitarbeiter des Robert Koch-Instituts, die an der Studie mitwirken.

9 Wem nutzen die KiGGS Welle 1-Daten?

Die KiGGS Welle 1 als Wiederholungsbefragung zur KiGGS-Basiserhebung verfolgte bereits in ihrer Konzipierung folgende wesentliche Ziele:

Die KiGGS Welle 1

- bezeichnet den Übergang vom querschnittlichen Untersuchungsansatz zur Langzeitbeobachtung der Gesundheit der Kinder- und Jugendlichenbevölkerung,
- schafft Daten für eine umfassende und zukunftsorientierte (prospektive) Gesundheitsberichterstattung,
- liefert Daten für die epidemiologische Langzeitforschung,
- verfolgt in KiGGS-Basis begonnene Forschungslinien weiter,
- beinhaltet hypothesengestützte und im Vorfeld formulierte Forschungsfragen,
- Daten werden als »Public Use File« freigegeben,
- informiert die Öffentlichkeit über wichtige gesundheitliche Entwicklungen und Trends der Gesundheit der Kinder- und Jugendlichenbevölkerung,
- liefert erstmalig repräsentativ für Deutschland und in dieser inhaltlichen Breite Daten für die Beantwortung einer Vielzahl von gesundheitlichen Fragestellungen für das junge Erwachsenenalter,
- ist Public-Health-orientiert (die Public-Health-Relevanz war eines der Zielkriterien bei der Konzipierung von KiGGS),
- dient der Evaluation von Gesundheitszielen,
- dient der Evaluation gesundheitspolitischer Maßnahmen,
- bildet eine Grundlage für das Setzen gesundheitspolitischer Schwerpunkte,
- trägt zur Verbesserung der Datenlage auf europäischer Ebene bei.

Mit der Formulierung dieser Ziele wird sich die Studie nach ihrer Beendigung daran messen lassen müssen, inwieweit sie diese Vorgaben auch erfüllen kann. Wenn es gelingt, »Soll« und »Ist« in Übereinstimmung zu bringen und damit die Ergebnisqualität von KiGGS Welle 1 zu sichern, so wird diese Studie vielen nutzen können, die sich mit der Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland aber auch international beschäftigen: den Gesundheitswissenschaftlern, den teilnehmenden Bürgern, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, den Medien, der Forschung, dem Gesundheitswesen, der Gesundheitspolitik, den Patienten und den Ärzten, dem Gesundheitszieleprozess, der Gesundheitsberichterstattung, der Prävention und der Evaluation. Ein erfolgreicher Studienverlauf von KiGGS Welle 1 ist daher im Interesse aller potenziellen Nutznießer.

Anhang

A Informationsbroschüre (Flyer)

B Übersichten über die Erhebungsinstrumente

Tabelle 1
Indikatoren und Instrumente des Elternfragebogens, Altersgruppe 0–17 Jahre
Neubefragte: 0–6 Jahre (zur Aufstockung der Kohorte); Wiederbefragte: 6–17 Jahre

Kategorie	Konzept	Instrument/Inhalt	Items	Altersgruppen in Jahre				
				0–2	3–6	7–10	11–13	14–17
Soziodemografie	Alter	▶ Geburtsdatum Kind	1	X	X	X	X	X
	Geschlecht	▶ Geschlecht	1	X	X	X	X	X
	Relation der befragten Person zum Kind	▶ Interviewpartner	1	X	X	X	X	X
	Haushalt	▶ Zusammenleben mit leiblichen Eltern?	1	X	X	X	X	X
	Familienkonstellation	▶ Veränderung Familien-konstellation?	1	–	–	•	•	•
	Schule Kind	▶ Schulbesuch (ja/nein)	1	–	•	•	–	–
		▶ Schulklasse	1	–	–	X	–	–
		▶ Schultyp	1	–	–	•	–	–
Subjektive Gesundheit/ Einschränkung	Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand	▶ MEHM 1	1	X	X	X	X	X
	Chronisches Gesundheitsproblem	▶ MEHM 2	1	•	•	•	•	•
	Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten	▶ CSHCN-Frage	3	•	•	•	•	•
Schmerzen	Schmerzen	▶ Schmerzen, letzte 3 Monate	7	X	X	X	–	–
Krankheiten	Allergische Erkrankungen: Heuschnupfen Neurodermitis Insektenstichallergie Asthma bron. Obstr. Bronch. All. Kontaktekzem	▶ LZ-Prävalenz ▶ Arzt-Diagnose ▶ Alter bei Diagnose ▶ 12-Mo.-Präv. ▶ Medikamente	max. 30	X	X	X	X	X
	Fieberkrampf	▶ LZ-Prävalenz ▶ Arzt-Diagnose ▶ Alter bei Diagnose ▶ 12-Mo.-Präv. ▶ Medikamente	3	X	X	X	–	–
	Herzkrankheit		3	X	X	–	–	–
	Epileptischer Anfall Diabetes Skoliose		max. 12	–	–	X	X	X
	Impfpräventable Erkrankungen: Pertussis Masern Varizella	▶ LZ-Prävalenz ▶ Erkrankungsalter	max. 6	X	X	X	X	X
	Migräne		2	–	–	X	X	X

(X) = Itemangabe bei Wiederbefragten
X = Instrument unverändert[2]
o = Instrumentenwechsel
◇ = Instrument modifiziert
• = neu aufgenommenes Instrument/Item

[1] nur Schulkinder
[2] Anpassungen an die Telefonform werden nicht als Modifikation gewertet.
LZ = Lebenszeitprävalenz

Tabelle 1, Fortsetzung
Indikatoren und Instrumente des Elternfragebogens, Altersgruppe 0–17 Jahre
Neubefragte: 0–6 Jahre (zur Aufstockung der Kohorte); Wiederbefragte: 6–17 Jahre

Kategorie	Konzept	Instrument/Inhalt	Items	Altersgruppen in Jahre				
				0–2	3–6	7–10	11–13	14–17
Psychische Auffälligkeiten	ADHS	▶ LZ-Prävalenz Diagnose ▶ Von wem diagnostiziert?	max. 6	–	X	X	X	X
		▶ Alter bei Diagnose ▶ Medikation LZ-Prävalenz ▶ Medikation Punkt-Prävalenz ▶ Name des Medikaments ▶ Psychotherapeutische Behandlung		–	•	•	•	•
	Andere psychische Erkrankung oder Auffälligkeiten	▶ LZ-Prävalenz ▶ Punkt-Prävalenz ▶ Alter bei Diagnose ▶ Von wem diagnostiziert? ▶ Medikation LZ-Prävalenz	max. 12	–	•	•	•	•
Anthropometrie	Körpergewicht	▶ Körpergewicht des Kindes ▶ Zeitpunkt letzten Wiegens	2	•	•	•	•	•
	Körperlänge	▶ Körperlänge des Kindes ▶ Zeitpunkt letzten Messens	2	•	•	•	•	•
	Körperselbstbild	▶ Einschätzung Körperbild des Kindes	1	X	X	X	X	X
Kindertages-betreuung	Kleinkindbetreuung	▶ Außerfamiliäre Tages-betreuung (ja/nein) ▶ Art der Betreuung ▶ Alter bei Betreuungsbeginn	3	X	X	X	–	–
	Nachschulische Betreuung	▶ Art der Betreuung	1	–	X[1]	X	X	–
Schule	Schulleistung	▶ Einschätzung Schulleistung ▶ Letzte Zeugnisnote im Fach Deutsch ▶ Letzte Zeugnisnote im Fach Mathematik	3	–	–	X	X	X
Reifestatus	Menarche	▶ LZ-Prävalenz (w) ▶ Alter bei Menarche (w)	2	–	–	◇	–	–
	Stimmbruch	▶ LZ-Prävalenz Stimmbruch (m) ▶ Alter bei Stimmbruch (m)	2	–	–	◇	◇	◇

(X) = Itemangabe bei Wiederbefragten
X = Instrument unverändert[2]
o = Instrumentenwechsel
◇ = Instrument modifiziert
• = neu aufgenommenes Instrument/Item
[1] nur Schulkinder
[2] Anpassungen an die Telefonform werden nicht als Modifikation gewertet.
LZ = Lebenszeitprävalenz

Tabelle 1, Fortsetzung
Indikatoren und Instrumente des Elternfragebogens, Altersgruppe 0–17 Jahre
Neubefragte: 0–6 Jahre (zur Aufstockung der Kohorte); Wiederbefragte: 6–17 Jahre

Kategorie	Konzept	Instrument/Inhalt	Items	Altersgruppen in Jahre				
				0–2	3–6	7–10	11–13	14–17
Verletzungen/ Unfälle	Unfälle/Verletzungen allgemein	▶ 12-Monats-Prävalenz ▶ Anzahl der ärztlich behandelten Verletzungen, letzte 12 Monate letzter Unfall: ▶ Unfallort ▶ Unfallgegenstand ▶ Krankenhaus (ja/nein) ▶ Anzahl der Krankenhausnächte	14	◇	◇	◇	◇	◇
	Schwimmfähigkeit	▶ Schwimmfähigkeit (ja/nein) ▶ Alter bei Erlernen des Schwimmens	2	–	•	•	–	–
Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Schutzfaktoren	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	▶ KIDSCREEN	10	–	–	o	–	–
	Familiäre Ressourcen	▶ Subskala familiärer Zusammenhalt (Schneewind)	4	–	X	X	–	–
Psychische Auffälligkeiten	Verhaltensauffälligkeiten	SDQ: ▶ Ängstlichkeit und Depressivität ▶ Hyperaktivitätsprobleme ▶ Verhaltensprobleme ▶ Probleme mit Gleichaltrigen ▶ prosoziales Verhalten	25	–	X	X	X	X
		SDQI: ▶ Individuelle, familiäre und soziale Auswirkungen	8	–	•	•	•	•
Perinatale Einflussfaktoren	Geburt	▶ Geburtstermin (SSW)	2	X	X	–	–	–
		▶ Größe des Kindes bei Geburt ▶ Gewicht des Kindes bei Geburt	2	X	X	–	–	–
Schlaflage	Schlaflage	▶ Liegeposition	4	•	–	–	–	–
Stillen	Stillen	▶ LZ-Prävalenz ▶ Punkt-Prävalenz ▶ Dauer ▶ Zugabe Getränke ▶ Zugabe Beikost	max. 9	X	X	X	–	–

(X) = Itemangabe bei Wiederbefragten
X = Instrument unverändert[2]
o = Instrumentenwechsel
◇ = Instrument modifiziert
• = neu aufgenommenes Instrument/Item

[1] nur Schulkinder
[2] Anpassungen an die Telefonform werden nicht als Modifikation gewertet.
LZ = Lebenszeitprävalenz

Tabelle 1, Fortsetzung
Indikatoren und Instrumente des Elternfragebogens, Altersgruppe 0–17 Jahre
Neubefragte: 0–6 Jahre (zur Aufstockung der Kohorte); Wiederbefragte: 6–17 Jahre

Kategorie	Konzept	Instrument/Inhalt	Items	Altersgruppen in Jahre				
				0–2	3–6	7–10	11–13	14–17
Ernährung	Obst-Verzehr	▶ Häufigkeit pro Woche ▶ Portionen pro Tag/Woche	2	–	◇	◇	–	–
	Gemüse-Verzehr	▶ Häufigkeit pro Woche ▶ Portionen pro Tag/Woche	2	–	◇	◇	–	–
	Obst- und Gemüsesäfte	▶ Häufigkeit pro Woche ▶ Gläser pro Tag/Woche	2	–	◇	◇	–	–
	Süßigkeiten-Verzehr	▶ Häufigkeit pro Woche ▶ Portionen pro Tag/Woche	2	–	◇	◇	–	–
	Erfrischungs-getränke	▶ Häufigkeit pro Woche ▶ Gläser pro Tag/Woche	2	–	◇	◇	–	–
	Frühstück zuhause	▶ Frühstück an Wochentagen zuhause (ja/nein)	1	–	•[1]	•	–	–
Mundgesund-heitsverhalten	Zahnstatus	▶ Zähne (ja/nein)	1	X	–	–	–	–
	Mundhygiene	▶ Häufigkeit Zähne putzen	1	X	X	X	–	–
	Zahnarztbesuch	▶ Abstand der Zahnarztbesuche	1	◇	◇	◇	–	–
	Kieferorthopädische Behandlung	▶ Ständige Behandlung (ja/nein)	1	–	–	X	–	–
Mediennutzung	Fernsehen/Video	▶ Dauer in Stunden pro Tag	1	◇	◇	◇	–	–
	Spielkonsole	▶ Dauer in Stunden pro Tag	1	–	◇	◇	–	–
	Computer/Internet	▶ Dauer in Stunden pro Tag	1	–	◇	◇	–	–
	Handy	▶ Dauer in Stunden pro Tag	1	–	–	◇	–	–
Körperliche Aktivität	Sport	▶ Spielen im Freien ▶ Sport (ja/nein) ▶ Sportart ▶ Häufigkeit pro Woche ▶ Minuten/Stunden pro Woche ▶ Sport im Verein	max. 24	–	•	•	–	–

(X) = Itemangabe bei Wiederbefragten
X = Instrument unverändert[2]
o = Instrumentenwechsel
◇ = Instrument modifiziert
• = neu aufgenommenes Instrument/Item

[1] nur Schulkinder
[2] Anpassungen an die Telefonform werden nicht als Modifikation gewertet.
LZ = Lebenszeitprävalenz

Tabelle 1, Fortsetzung
Indikatoren und Instrumente des Elternfragebogens, Altersgruppe 0–17 Jahre
Neubefragte: 0–6 Jahre (zur Aufstockung der Kohorte); Wiederbefragte: 6–17 Jahre

Kategorie	Konzept	Instrument/Inhalt	Items	Altersgruppen in Jahre				
				0–2	3–6	7–10	11–13	14–17
Inanspruch-nahme	Früherkennungs-untersuchungen	▶ Inanspruchnahme U1–U9/J1 (ja/nein)	max. 11	X	X	X	X	•
	Impfungen	▶ Besitz eines Impfausweises ▶ Vollständigkeit der Angaben	max. 2	X	X	–	–	–
	Niedergelassene Ärzte	▶ Zeitpunkt letzter Arztbesuch	1	X	X	X	X	–
		▶ Inanspruchnahme in den letzten 12 Monaten ▶ Häufigkeit der Inanspruchnahme	28	◇	◇	◇	◇	–
	Unfallambulanz/ Rettungsstelle	▶ Häufigkeit der Inanspruchnahme in den letzten 12 Monaten	2	•	•	•	•	–
Kranken-versicherung	Kranken-versicherungsstatus	▶ Art der Kranken-versicherung	5	X	X	X	X	X
	Private Zusatzversicherung	▶ Zusatzversicherung (ja/nein)	1	X	X	X	X	X
Krankheiten der Eltern	Bluthochdruck Herzinfarkt Schlaganfall Diabetes Gefäßverkalkung/ Arterielle Verschluss-krankheit (ärztlich diagnostiziert)	▶ LZ-Prävalenz Mutter/Vater ▶ Diabetes Typ	12	–	–	•	•	•
Psychische Erkrankung der Eltern	Psychische Störung der Eltern	▶ Punkt-Prävalenz Mutter/Vater ▶ LZ-Prävalenz Mutter/Vater	4	•	•	•	•	•
Schutz und Risikofaktoren	Elterliche Belastungen	▶ Haushalt ▶ Alleinerziehung des Kindes ▶ Pflege von schwer erkrankten Familienangehörigen ▶ Partnerkonflikte ▶ Berufliche Situation oder Arbeitslosigkeit ▶ Subj. Einschätzung Gesamtbelastung	12	•	•	•	•	•
Rauchen	Tabakkonsum Sorgeberechtigte(r)	▶ Punkt-Prävalenz	1	X	X	X	X	X
	Exposition Passivrauchen des Kindes	▶ Häufigkeit des Rauchens in der Wohnung in Gegenwart des Kindes	1	◇	◇	◇	◇	◇
	Rauchen der Mutter in Schwangerschaft und Stillzeit	▶ Häufigkeit	2	X	X	–	–	–

(X) = Itemangabe bei Wiederbefragten
X = Instrument unverändert[2]
o = Instrumentenwechsel
◇ = Instrument modifiziert
• = neu aufgenommenes Instrument/Item

[1] nur Schulkinder
[2] Anpassungen an die Telefonform werden nicht als Modifikation gewertet.
LZ = Lebenszeitprävalenz

Tabelle 1, Fortsetzung
Indikatoren und Instrumente des Elternfragebogens, Altersgruppe 0–17 Jahre
Neubefragte: 0–6 Jahre (zur Aufstockung der Kohorte); Wiederbefragte: 6–17 Jahre

Kategorie	Konzept	Instrument/Inhalt	Items	Altersgruppen in Jahre				
				0–2	3–6	7–10	11–13	14–17
Soziodemografie	Haushalt	▶ Haushaltsgröße ▶ Alter der Haushaltsmitglieder	max. 8	•	•	•	•	•
	Leibliche Geschwister	▶ Leibliche Geschwister (ja/nein) ▶ Zwilling/Mehrling (ja/nein) ▶ Anzahl der älteren Geschwister ▶ Anzahl der gleichaltrigen leiblichen Geschwister	4	X	X	X	X	X
Migration Abfragen für Sorgeberechtigte/r und Partner/in	Staatsangehörigkeit	▶ Deutsche Staatsangehörigkeit ▶ Weitere Staatsangehörigkeiten	max. 4	X	X	X	X	X
	Aufenthaltsstatus	▶ Aufenthaltsstatus	2	•	•	•	•	•
	Zuwanderungsgruppe	▶ Zuwanderungsgruppe	2	◇	◇	◇	◇	◇
		▶ Geburt auf dem heutigen Gebiet der BRD ▶ Ab wann hauptsächliches Wohnen auf dem heutigen Gebiet der BRD?	2	•	•	•	•	•
	Muttersprache	▶ Muttersprache des Kindes	1	•	•	•	•	•
Soziodemografie Eltern	Schule/Bildung	▶ Höchster Schulabschluss ▶ Höchster beruflicher Abschluss ▶ Art des Hochschulabschlusses	max. 3	X	X	X	X	X
	Erwerbstätigkeit	▶ Zeitlicher Umfang der Erwerbstätigkeit	max. 6	X	X	X	X	X
	Berufliche Stellung	▶ Berufliche Stellung derzeit bzw. früher hauptsächlich	max. 6	◇	◇	◇	◇	◇
	Einkommen	▶ Monatliches Netto-Einkommen des Haushaltes	2	X	X	X	X	X

(X) = Itemangabe bei Wiederbefragten
X = Instrument unverändert[2]
o = Instrumentenwechsel
◇ = Instrument modifiziert
• = neu aufgenommenes Instrument/Item

[1] nur Schulkinder
[2] Anpassungen an die Telefonform werden nicht als Modifikation gewertet.
LZ = Lebenszeitprävalenz

Tabelle 2
Indikatoren und Instrumente im KiGGS Welle 1 Kinderfragebogen Altersgruppe 11–17 Jahre

Kategorie	Konzept	Instrument/Inhalt	Items	Altersgruppen	
				11–13 Jahre	14–17 Jahre
Soziodemografie Kind/Jugendliche	Alter	▶ Geburtsdatum Kind	1	X	X
	Geschlecht	▶ Geschlecht	1	X	X
	Schule	▶ Schulbesuch (ja/nein)	1	–	X
		▶ Schultyp	1	X	X
		▶ Schulklasse	1	X	X
	Lehre/Beruf	▶ Erreichter Schulabschluss ▶ Wann Schulabgang ▶ Derzeitige Tätigkeit ▶ Ausbildung abgeschlossen (ja/nein)	5	–	◇
Subjektive Gesundheit/ Einschränkung	Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand	▶ MEHM 1	1	•	X
	Chronisches Gesundheitsproblem	▶ MEHM 2	1	•	•
	Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten	▶ MEHM 3	1	•	•
Schmerzen	Schmerzen	▶ Schmerzen, letzte 3 Monate	8	X	X
Anthropometrie	Körpergewicht	▶ Körpergewicht des Kindes ▶ Zeitpunkt letztes Wiegens	2	•	•
	Körpergröße	▶ Körpergröße des Kindes ▶ Zeitpunkt letztes Messens	2	•	•
	Körperselbstbild	▶ Selbsteinschätzung Körperbild	1	X	X
Reifestatus	Menarche	▶ LZ-Prävalenz Regelblutung (w) ▶ Alter bei Menarche (w)	2	◇	◇
Unfälle	Schwimmfähigkeit	▶ Schwimmfähigkeit (ja/nein) ▶ Alter bei Erlernen des Schwimmens	2	•	•
Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Schutzfaktoren	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	▶ KIDSCREEN	10	o	o
	Personale Ressourcen	▶ PRS (Eigenentwicklung KiGGS)	5	X	X
	Familiäre Ressourcen	▶ Subskala familiärer Zusammenhalt (Schneewind)	4	X	X
	Soziale Ressourcen	▶ Soziale Unterstützung (Social Support Scale nach Donald & Ware)	8	X	X

im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung:
X = Instrument unverändert[1]
o = Instrumentenwechsel
◇ = Instrument modifiziert
• = neu aufgenommenes Instrument/Item
[1] Hinweis: Anpassungen an die Telefonform werden nicht als Modifikation gewertet.
[2] ab 12 Jahre (Mädchen)
LZ = Lebenszeitprävalenz

Tabelle 2, Fortsetzung
Indikatoren und Instrumente im KiGGS Welle 1 Kinderfragebogen Altersgruppe 11–17 Jahre

Kategorie	Konzept	Instrument/Inhalt	Items	Altersgruppen	
				11–13 Jahre	14–17 Jahre
Psychische Auffälligkeiten	Verhaltens-auffälligkeiten	SDQ: ▶ Ängstlichkeit und Depressivität ▶ Hyperaktivitätsprobleme ▶ Verhaltensprobleme ▶ Probleme mit Gleichaltrigen ▶ Prosoziales Verhalten	25	X	X
		SDQI: ▶ Individuelle, familiäre und soziale Auswirkungen	8	•	•
	Essstörungen	SCOFF: ▶ Anorexia Nervosa ▶ Bulimia Nervosa	5	X	X
Gewalterfahrungen	Täter-/Opferstatus	▶ 12-Monats-Prävalenz ▶ Durch wen erfolgte Gewaltanwendung	6	◇	◇
Mediennutzung	Fernsehen/Video	▶ Dauer in Stunden pro Tag	1	◇	◇
	Spielkonsole	▶ Dauer in Stunden pro Tag	1	◇	◇
	Computer/Internet	▶ Dauer in Stunden pro Tag	1	◇	◇
	Handy	▶ Dauer in Stunden pro Tag	1	◇	◇
Körperliche Aktivität	Körperliche Aktivität	▶ Häufigkeit körperlicher Aktivität ▶ Anzahl Stunden pro Woche	2	◇	◇
	Sport	▶ Sport (ja/nein) ▶ Sportart ▶ Häufigkeit pro Woche ▶ Dauer in Minuten ▶ Anstrengung beim Sport	6 je Sportart (max. 4 Sportarten)	•	•
		▶ Sport im Verein	1		
Soziodemografie Kind	Taschengeld/ eigenes Einkommen	▶ Taschengeld (ja/nein) ▶ Höhe des Taschengeldes ▶ Höhe eigenes Einkommen	4	X	X
Rauchen	Tabakkonsum	▶ LZ-Prävalenz	1	•	•
		▶ Punkt-Prävalenz (Häufigkeit Tabakkonsum) ▶ Menge Zigaretten pro Tag/Woche	3	X	X
	Tabakkonsum Peers	▶ Tabakkonsum von Freunden (ja/nein)	1	X	X
	Passivrauchen	▶ Häufigkeit der Passivrauchexposition	1	X	X
	Shisha-Rauchen	▶ LZ-Prävalenz ▶ 12-Mo.-Präv. ▶ Häufigkeit in den vergangenen 30 Tagen	3	•	•

im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung:
X = Instrument unverändert[1]
◇ = Instrument modifiziert
o = Instrumentenwechsel
• = neu aufgenommenes Instrument/Item
[1] Hinweis: Anpassungen an die Telefonform werden nicht als Modifikation gewertet.
[2] ab 12 Jahre (Mädchen)
LZ = Lebenszeitprävalenz

Tabelle 2, Fortsetzung
Indikatoren und Instrumente im KiGGS Welle 1 Kinderfragebogen Altersgruppe 11–17 Jahre

Kategorie	Konzept	Instrument/Inhalt	Items	Altersgruppen	
				11–13 Jahre	14–17 Jahre
Alkohol	Alkoholkonsum	▶ LZ-Prävalenz	1	X	X
		▶ AUDIT-C ▶ Trinkfrequenz ▶ Trinkmenge (Anzahl der alk. Getränke) ▶ Binge-Drinking	3	o	o
Ernährung	Obst-Verzehr	▶ Häufigkeit pro Woche ▶ Portionen pro Tag/Woche	2	◇	◇
	Gemüse-Verzehr	▶ Häufigkeit pro Woche ▶ Portionen pro Tag/Woche	2	◇	◇
	Obst- und Gemüsesäfte	▶ Häufigkeit pro Woche ▶ Gläser pro Tag/Woche	2	◇	◇
	Süßigkeiten-Verzehr	▶ Häufigkeit pro Woche ▶ Portionen pro Tag/Woche	2	◇	◇
	Erfrischungsgetränke	▶ Häufigkeit pro Woche ▶ Gläser pro Tag / Woche	2	◇	◇
	Frühstück zuhause	▶ Frühstück an Wochentagen zuhause (ja/nein)	1	•	•
Mundgesundheits-verhalten	Mundhygiene	▶ Häufigkeit Zähne putzen	1	X	X
	Zahnarztbesuch	▶ Abstand der Zahnarztbesuche	1	◇	◇
	kieferorthopädische Behandlung	▶ in ständiger Behandlung (ja/nein)	1	•	•
Inanspruchnahme	Niedergelassene Ärzte	▶ Inanspruchnahme in den letzten 12 Monaten ▶ Häufigkeit der Inanspruchnahme	28	–	◇
	Unfallambulanz/ Rettungsstelle	▶ Häufigkeit der Inanspruchnahme in den letzten 12 Monaten ▶ Anzahl der Nächte im Krankenhaus	2	–	•
Impfungen	HPV-Impfung	▶ Impfung (ja/nein) ▶ Anzahl der Impfdosen ▶ Alter bei erster Impfdosis	3	•[2]	•

im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung:
X = Instrument unverändert[1]
o = Instrumentenwechsel
◇ = Instrument modifiziert
• = neu aufgenommenes Instrument/Item
[1] Hinweis: Anpassungen an die Telefonform werden nicht als Modifikation gewertet.
[2] ab 12 Jahre (Mädchen)
LZ = Lebenszeitprävalenz

Tabelle 3
Indikatoren und Instrumente des Volljährigenfragebogens Altersgruppe 18–24 Jahre

Kategorie	Konzept	Instrument/Inhalt	Items	Altersgruppe
				18+
Soziodemografie	Alter	▶ Geburtsdatum	1	X
	Geschlecht	▶ Geschlecht	1	X
	Schule	▶ Schulbesuch (ja/nein)	1	X
		▶ Schultyp[1]	1	X
		▶ Schulklasse[1]	1	X
	Familienstand	▶ Familienstand	3	•
		▶ Partnerschaft		
		▶ Zusammenleben mit Partner		
Subjektive Gesundheit/ Einschränkung	Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand	▶ MEHM 1	1	X
	Chronisches Gesundheitsproblem	▶ MEHM 2	1	•
	Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten	▶ MEHM 3	1	•
Schmerzen	Schmerzen	▶ Schmerzen, letzte 3 Monate	8	X
Anthropometrie	Körpergewicht	▶ Körpergewicht ▶ Zeitpunkt letztes Wiegens	2	•
	Körpergröße	▶ Körpergröße ▶ Zeitpunkt letztes Messens	2	•
	Körperselbstbild	▶ Selbsteinschätzung Körperbild	1	X
Krankheiten	Allergische Erkrankungen: Heuschnupfen Neurodermitis Insektenstichallergie Asthma bron. Obstr. Bronch. All. Kontaktekzem	▶ LZ-Prävalenz ▶ Arzt-Diagnose ▶ Alter bei Diagnose ▶ 12-Mo.-Präv. ▶ Medikamente	max. 30	X
	Anfallsleiden Diabetes Skoliose	▶ LZ-Prävalenz ▶ Arzt-Diagnose ▶ Alter bei Diagnose ▶ 12-Mo.-Präv. ▶ Medikamente	max. 13	X
	Impfpräventable Erkrankungen: Pertussis Masern Varizella	▶ LZ-Prävalenz ▶ Erkrankungsalter	max. 6	X
	Migräne	▶ LZ-Prävalenz ▶ Erkrankungsalter	2	X

X = Instrument unverändert[2]
○ = Instrumentenwechsel
◇ = Instrument modifiziert
• = neu aufgenommenes Instrument/Item
[1] nur an Schüler
[2] Hinweis: Anpassungen an die Telefonform werden nicht als Modifikation gewertet.
LZ = Lebenszeitprävalenz

Tabelle 3, Fortsetzung
Indikatoren und Instrumente des Volljährigenfragebogens Altersgruppe 18–24 Jahre

Kategorie	Konzept	Instrument/Inhalt	Items	Altersgruppe
				18+
Krankheiten der Eltern	Bluthochdruck	▶ LZ-Prävalenz Mutter/Vater	2	•
	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	▶ LZ-Prävalenz Mutter/Vater	4	•
	Schlaganfall	▶ LZ-Prävalenz Mutter/Vater	2	•
	Diabetes	▶ LZ-Prävalenz Mutter/Vater	4	•
Psychische Auffälligkeiten	Depression	▶ PHQ	8+3	•
	Angststörungen	▶ PHQ	6+3	•
	ADHS	▶ LZ-Prävalenz ▶ Von wem diagnostiziert ▶ Alter bei Diagnose ▶ Medikation LZ-Prävalenz ▶ Medikation Punkt-Prävalenz ▶ Name des Medikaments ▶ Psychotherapeutische Behandlung	max. 8	◇
	Andere psychische Erkrankung oder Auffälligkeiten	▶ LZ-Prävalenz ▶ Punkt-Prävalenz ▶ Alter bei Diagnose ▶ Von wem diagnostiziert ▶ Medikation LZ-Prävalenz	max. 6	•
	Essstörungen	▶ SCOFF	5	X
Verletzungen/ Unfälle	Unfälle/Verletzungen allgemein	▶ 12-Mo.-Präv. ▶ Anzahl der ärztl. behandelten Verletzungen, letzte 12 Monate Letzter Unfall: ▶ Unfallort ▶ Unfallgegenstand ▶ Krankenhaus (ja/nein) ▶ Anzahl der Krankenhausnächte	max. 17	X
Gewalterfahrung	Täter-/Opfererfahrung	▶ Eigenentwicklung	8	•
Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Schutzfaktoren	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	▶ SF-8	8	•
	Allgemeine Selbstwirksamkeit	▶ WIRKALL	10	X
	soziale Unterstützung	▶ SSS	8	X

X = Instrument unverändert[2]
○ = Instrumentenwechsel
◇ = Instrument modifiziert
• = neu aufgenommenes Instrument/Item
[1] nur an Schüler
[2] Hinweis: Anpassungen an die Telefonform werden nicht als Modifikation gewertet.
LZ = Lebenszeitprävalenz

Tabelle 3, Fortsetzung
Indikatoren und Instrumente des Volljährigenfragebogens Altersgruppe 18–24 Jahre

Kategorie	Konzept	Instrument/Inhalt	Items	Altersgruppe
				18+
Ernährung	Obst-Verzehr	▶ Häufigkeit pro Woche ▶ Portionen pro Tag/Woche	2	◇
	Gemüse-Verzehr	▶ Häufigkeit pro Woche ▶ Portionen pro Tag/Woche	2	◇
	Obst- und Gemüsesäfte	▶ Häufigkeit pro Woche ▶ Gläser pro Tag/Woche	2	◇
	Süßigkeiten-Verzehr	▶ Häufigkeit pro Woche ▶ Portionen pro Tag/Woche	2	◇
	Erfrischungsgetränke	▶ Häufigkeit pro Woche ▶ Gläser pro Tag/Woche	2	◇
Mundgesundheits-verhalten	Mundhygiene	▶ Häufigkeit Zähne putzen	1	X
	Zahnarztbesuch	▶ Abstand der Zahnarztbesuche	1	◇
	Kieferorthopädische Behandlung	▶ Ständig in Behandlung (ja/nein)	1	•
Reproduktive Gesundheit	Schwangerschaft	▶ Eigenentwicklung	4	•
	Geburt eigener Kinder	▶ Eigenentwicklung	4 pro Kind	•
Mediennutzung	Fernsehen/Video	▶ Dauer in Stunden pro Tag	1	◇
	Spielkonsole	▶ Dauer in Stunden pro Tag	1	◇
	Computer/Internet	▶ Dauer in Stunden pro Tag	1	◇
	Handy	▶ Dauer in Stunden pro Tag	1	◇
Körperliche Aktivität	Körperliche Aktivität	▶ Häufigkeit körperlicher Aktivität pro Woche ▶ Dauer in Minuten ▶ Sport in letzten 3 Monaten ▶ Dauer in Stunden	4	○
	Körperliche Bewegung	▶ Subjektive Einschätzung	1	○
Rauchen	Tabakkonsum	▶ LZ-Prävalenz ▶ Punkt-Prävalenz (Häufigkeit Tabakkonsum) ▶ Menge Zigaretten pro Tag/Woche	1	•
		▶ Alter bei Beginn	4	X
	Tabakkonsum Peers	▶ Tabakkonsum von Freunden (ja/nein)	1	X
	Passivrauchen	▶ Häufigkeit der Passivrauchexposition	1	X
	Shisha-Rauchen	▶ LZ-Prävalenz ▶ 12-Mo.-Präv. ▶ Häufigkeit in den vergangenen 30 Tagen	max. 4	•

X = Instrument unverändert[2]
○ = Instrumentenwechsel
◇ = Instrument modifiziert
• = neu aufgenommenes Instrument/Item
[1] nur an Schüler
[2] Hinweis: Anpassungen an die Telefonform werden nicht als Modifikation gewertet.
LZ = Lebenszeitprävalenz

Tabelle 3, Fortsetzung
Indikatoren und Instrumente des Volljährigenfragebogens Altersgruppe 18 – 24 Jahre

Kategorie	Konzept	Instrument/Inhalt	Items	Altersgruppe
				18+
Alkohol	Alkoholkonsum	AUDIT-C/BASIC ▶ Trinkfrequenz ▶ Trinkmenge (Anzahl der alkoh. Getränke) ▶ Binge-Drinking	3	o
Inanspruchnahme	Niedergelassene Ärzte	▶ Zeitpunkt letzter Arztbesuch	1	X
		▶ Inanspruchnahme in den letzten 12 Monaten ▶ Häufigkeit der Inanspruchnahme	max. 28	X
	Unfallambulanz/ Rettungsstelle	▶ Häufigkeit der Inanspruchnahme in den letzten 12 Monaten	2	X
Impfungen	HPV-Impfung	▶ Impfung (ja/nein) ▶ Anzahl der Impfdosen ▶ Alter bei erster Impfdosis	3	•
Kranken-versicherung	Kranken-versicherungsstatus	▶ Art der Krankenversicherung	5	X
	Private Zusatzversicherung	▶ Zusatzversicherung (ja/nein)	1	X
Migration	Staatsangehörigkeit	▶ Deutsche Staatsangehörigkeit ▶ weitere Staatsangehörigkeiten	max. 4	X
	Aufenthaltsstatus	▶ Aufenthaltsstatus	2	X
	Zuwanderungsgruppe	▶ Zuwanderungsgruppe	2	X
	Zuwanderung	▶ Geburt auf dem heutigen Gebiet der BRD ▶ Ab wann hauptsächliches Wohnen auf dem heutigen Gebiet der BRD?	2	X
Soziodemografie	Haushalt	▶ Haushaltsgröße ▶ Alter/Beziehung der Haushalts-mitglieder untereinander	max. 8	•
	Schule/Bildung	▶ Höchster Schulabschluss ▶ Höchster beruflicher Abschluss ▶ Angestrebter Abschluss ▶ Art des Hochschulabschlusses	max. 6	X
	Erwerbstätigkeit	▶ Berufliche Tätigkeit ▶ Zeitlicher Umfang Erwerbstätigkeit ▶ Arbeitslosigkeit	max. 6	X
	Berufliche Stellung	▶ Berufliche Stellung derzeit bzw. früher hauptsächlich	max. 5	X
		▶ Berufliche Stellung Hauptverdiener	max. 5	X
	Taschengeld/ eigenes Einkommen[1]	▶ Taschengeld (ja/nein) ▶ Höhe des Taschengeldes ▶ Höhe eigenes Einkommen	4	X
	Einkommen	▶ Monatliche Netto-Einkommen des Haushaltes	2	X

X = Instrument unverändert[2]
o = Instrumentenwechsel
◇ = Instrument modifiziert
• = neu aufgenommenes Instrument/Item
[1] nur an Schüler
[2] Hinweis: Anpassungen an die Telefonform werden nicht als Modifikation gewertet.
LZ = Lebenszeitprävalenz

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und
Gesundheitsberichterstattung
Robert Schlack, Heike Hölling, Dr. Thomas Ziese
General-Pape-Straße 62/64
12101 Berlin

Autorinnen und Autoren
Robert Schlack, Heike Hölling, Dr. Bärbel-Maria Kurth

Dr. Eckardt Bergmann, Dr. Ute Ellert,
Johanna Gutsche, Dr. Ulfert Hapke,
Panagiotis Kamtsiuris, Dr. Thomas Lampert,
Michael Lange, Dr. Gert Mensink,
PD Dr. Hannelore Neuhauser,
Dr. Christina Poethko-Müller, Petra Rattay,
Angelika Schaffrath Rosario, Patrick Schmich,
Dr. Roma Schmitz
Robert Koch-Institut

Abonnentenservice
E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de/gbe
Tel.: 030-18754-3400
Fax: 030-18754-3513

Grafik/Satz
Gisela Winter
Robert Koch-Institut

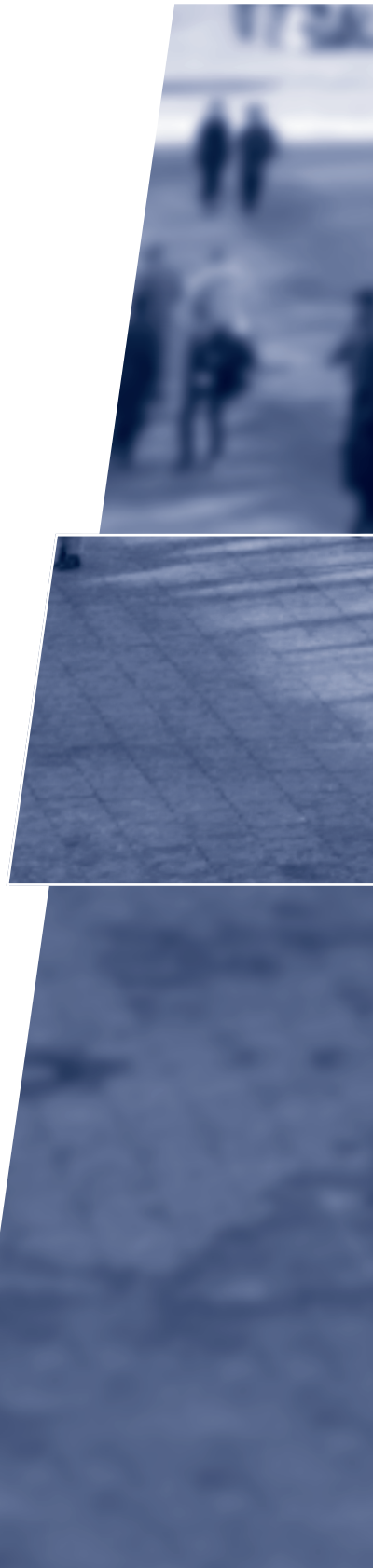
Druck
Oktoberdruck AG, Berlin

ISBN
978-3-89606-212-3

The first National Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS) was conducted by the Robert Koch Institute between 2003 and 2006 in a total of 167 cities and municipalities which had been selected as representative of the population of the Federal Republic of Germany. Approximately 18,000 children and adolescents aged between 0 and 17 took part in the study. Now, after a period of about 6 years, the first follow-up survey, KiGGS Wave 1, is being conducted, again by the Robert Koch Institute, in the form of a telephone questionnaire survey from June 2009 to May 2012. All the participants in the initial survey KiGGS will take part again. To fill the 'gap' caused by the time interval among the younger participants, an additional sample will be taken of children aged 0 to 6 years. In a total of 24,000 interviews, the parents of the children and adolescents aged 0 to 17 and all former KiGGS participants aged 11 to 24 years personally will be questioned on a wide range of health-related issues. In this context, the core indicators of the initial KiGGS survey will be continued and additional subjects included for the first time. This study will focus the interest of the health sciences and public health policy particularly on the development trends and individual health profiles of the original KiGGS participants, in addition to providing an updated, representative picture of the state of health and health behaviour of children and adolescents in general. The prospective inclusion of the young adults aged between 18 and 24 in a broadly based health survey for the first time will take account of an age group that is experiencing major biographical changes which can be assumed to have health-related effects.

The KiGGS Wave 1 is an integral part of the Robert Koch Institute's health monitoring for Germany on behalf of the Ministry of Health, which has been established since 2007. The project description presented here creates transparency on the choice and/or continuation of the subjects from the KiGGS base study, the instruments used and the underlying issues. It is envisaged that the data collected will later be released free-of-charge as scientific use files. This comprehensive project description enables external researchers to already start developing their own approaches for future evaluations.

Der erste bundesweite Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) wurde von 2003–2006 vom Robert Koch-Institut in insgesamt 167 repräsentativ ausgewählten Städten und Gemeinden der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt. Etwa 18.000 Kinder und Jugendliche von 0 bis 17 Jahren nahmen an der Studie teil. Nun folgt nach einem Zeitraum von ca. sechs Jahren die erste Folgeerhebung KiGGS Welle 1 in Form eines telefonischen Befragungssurveys. In dieses Follow-up, das von Juni 2009 bis Mai 2012 wieder vom Robert Koch-Institut durchgeführt wird, werden alle Teilnehmer der KiGGS-Basiserhebung erneut einbezogen.
Zum Ausgleich der durch das zeitliche Intervall entstandenen »Lücke« bei den jüngeren Teilnehmern wird eine zusätzliche Stichprobe von Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren gezogen. Befragt werden in insgesamt ca. 24.000 Interviews alle ehemaligen KiGGS-Teilnehmer im Alter von 11 bis 24 Jahren selbst sowie die Eltern der 0- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen zu einem breiten Spektrum gesundheitsrelevanter Themen. Hierbei werden sowohl die Kernindikatoren der KiGGS-Basiserhebung fortgeführt als auch zusätzliche Themen neu berücksichtigt. Damit stehen neben einem erneut repräsentativen Abbild des Gesundheitszustands und des Gesundheitsverhaltens der Kinder- und Jugendlichenbevölkerung vor allem Entwicklungstrends und individuelle gesundheitliche Verläufe der KiGGS-Basisteilnehmer im Fokus des gesundheitswissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Interesses. Mit den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 24 Jahren ist erstmalig in einem breit angelegten Gesundheitssurvey eine Altersgruppe prospektiv berücksichtigt, in der sich biografische Umbrüche vollziehen, von denen angenommen werden kann, dass sie gesundheitsrelevante Auswirkungen haben.
Die KiGGS Welle 1 ist Bestandteil eines am Robert Koch-Institut seit 2007 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit etablierten Gesundheitsmonitorings für Deutschland. Die hier vorgelegte Projektbeschreibung schafft Transparenz im Hinblick auf die Auswahl bzw. Fortführung der Themen aus der KiGGS-Basisstudie, den Einsatz der Instrumente und die zugrunde liegenden Fragestellungen. Es ist vorgesehen, die erhobenen Daten später wieder als Scientific Use Files frei zu geben. Diese umfassende Projektbeschreibung erlaubt es externen Wissenschaftlern schon jetzt, eigene Konzepte für künftige Auswertungen zu entwickeln.



© Robert Koch-Institut

ISBN 978-3-89606-212-3