

Journal of Health Monitoring · 2018 3(1)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-003
Robert Koch-Institut, Berlin

Bärbel-Maria Kurth

Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-
monitoring

Editorial: Neues von und über KiGGS

Diese Ausgabe des Journal of Health Monitoring hat nur einen Themenschwerpunkt: Die allerersten Ergebnisse von KiGGS Welle 2. Nach den Ergebnissen des ersten bevölkerungsbezogenen Gesundheits-Untersuchungssurveys für Kinder und Jugendliche (KiGGS-Basiserhebung) und der ersten Wiederholungsbefragung (KiGGS Welle 1) sind nunmehr nicht nur Epidemiologen, sondern auch (Gesundheits-) Politikerinnen, Kinderärzte, Vertreterinnen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Krankenkassen und auch viele Eltern gespannt auf die neuen Ergebnisse. Wir, die Verantwortlichen für die Konzipierung und Durchführung von KiGGS Welle 2, sind es mindestens genauso. Die Ungeduld, mit der alle auf die ersten Ergebnisse warten, zeugt von deren hoher Relevanz. Antworten auf Fragen nach der Wirksamkeit von Interventionen und präventiven Maßnahmen, nach dem Erreichen der im Rahmen des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“ definierten Ziele und Unterziele sowie nach den gesundheitlichen Entwicklungen beim Übergang vom Jugend- in das Erwachsenenalter können dabei helfen, auch künftig die Weichen zur Förderung der Gesundheit der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen richtig zu stellen. Wir hätten durchaus noch mehrere Monate länger an der Aufbereitung und Qualitätssicherung unserer Daten arbeiten können, um dann mit einem großen „Rundumschlag“ möglichst viele Resultate auf einmal vorzustellen. So haben wir uns jedoch entschlossen, mit einem öffentlichen Symposium unter dem Motto „Neues von KiGGS“ am

15. März 2018 erste Erkenntnisse vorzustellen, in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring zu veröffentlichen, um daran anschließend kontinuierlich und in einer Serie von Ausgaben des Journal of Health Monitoring weitere Ergebnisse zu publizieren.

In dieser Ausgabe werden in den Artikeln zur **Querschnitterhebung von KiGGS Welle 2 – Teilnehmendengewinnung, Response und Repräsentativität** und **Längsschnitterhebung von KiGGS Welle 2 – Erhebungsdesign und Fallzahlentwicklung der KiGGS-Kohorte** die Grundlagen geschaffen für das Verständnis und die Einordnung aller weiteren Ergebnisse von KiGGS Welle 2. Das ist erforderlich aufgrund der großen Komplexität von KiGGS: Diese Studie hat zwei Komponenten und zwei unterschiedliche Anliegen.

Zum einen sollen erneut repräsentative Aussagen über den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der heranwachsenden Generation getroffen werden: Wie hoch ist der Anteil der übergewichtigen oder adipösen Kinder und Jugendlichen? Ist dieser in den letzten 11 Jahren weiter angewachsen oder ist der Anstieg gestoppt? Haben wir heute mehr oder weniger rauchende Jugendliche zu vermelden und wie hat sich die körperliche Aktivität entwickelt? Kurz gesagt liegt über all dem die Frage: Wird es besser oder wird es schlechter? Zeigen Maßnahmen der Prävention bereits Ergebnisse? Derartige Trendaussagen können wir mit unseren bevölkerungsbezogenen Querschnittdaten treffen. Als Teil des Gesundheitsmonitorings



Studie zur Gesundheit von Kindern
und Jugendlichen in Deutschland

bedient KiGGS eines der wichtigsten Aktionsfelder von Public Health: Die Surveillance des Gesundheitszustands und des Gesundheitsverhaltens der so wichtigen Bevölkerungsgruppe der Kinder und Jugendlichen. Wir werden nach einer solchen Studie immer klüger sein als davor: So haben Veränderungen in der Bildungs- oder Sozialstruktur immer auch Auswirkungen auf die Gesundheit und finden ihren Niederschlag in unseren Ergebnissen.

Der andere, nicht minder wichtige Komplex von Fragestellungen bezieht sich auf die gesundheitlichen Entwicklungen im Lebensverlauf. Die Frage nach dem günstigsten Zeitfenster für Prävention oder auch Interventionen, nach der Weichenstellung für Gesundheitsverhalten im späteren Alter braucht mehr als die Beschreibung von Trends. Welche Chancen hat ein adipöses Kind, ein normalgewichtiger Erwachsener zu werden? In welchem Alter ist das Rauchen besonders gefährlich, weil es danach nur sehr schwer gelingt, es sich wieder abzugewöhnen? Gibt es einen entscheidenden Einflussfaktor, der bei allergischer Sensibilisierung später zu allergischen Erkrankungen mit entsprechenden Symptomen führt? Diese Fragen lassen sich anhand der zweiten Komponente von KiGGS Welle 2 beantworten, der KiGGS-Kohorte.

„Unsere“ KiGGS-Kohorte setzt sich aus den Kindern und Jugendlichen der KiGGS-Basiserhebung von 2003 bis 2006 zusammen. Die Wiederteilnahmebereitschaft hatten wir bei der Ersterhebung erfragt, sie war überwältigend hoch. Dennoch wurde und wird es zunehmend schwieriger, die mittlerweile 10- bis 31-Jährigen erneut in unsere Studie einzubeziehen. Bei KiGGS Welle 2 hatte daran aber auch unser Studiendesign einen nicht unerheblichen Anteil: Der Wunsch, aus Gründen der Effizienz der Feldarbeit und der

Kostenlimitierung die Untersuchungen in den Studienzentren an genau den 167 Orten der Basiserhebung durchzuführen und dabei sowohl die Teilnehmenden der neuen Querschnittstichprobe als auch die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen der KiGGS-Kohorte zu untersuchen, hatte seinen Preis: Zum einen war die Arbeit der Feldteams, der Geschäftsstelle und auch der Feldvorbegeher enorm komplex, der Einsatz unterschiedlicher Untersuchungs- und Befragungsinstrumente erforderte höchste Konzentration und durfte zu keinem Zeitpunkt den jeweils anderen Strang der Studie beeinträchtigen. Das ist nicht in jedem Fall und an jedem Ort gleichermaßen gut gelungen. Zum anderen hatte die Einrichtung der Studienzentren an den 167 Orten der KiGGS-Basiserhebung gerade für die jungen Erwachsenen der Kohorte den Nachteil, dass sie an der Untersuchung vor Ort häufig nicht teilnehmen konnten: Diese sehr mobile Altersgruppe wohnte zu einem hohen Anteil nicht mehr an demselben Ort – aus den 167 Wohnorten zu Beginn der Studie sind mittlerweile fast 2.000 Orte geworden. Für die Gruppe der Verzogenen konnten lediglich Fragebögen mit der Bitte um deren Beantwortung verschickt werden. Damit fehlte dann aber leider der sehr wichtige Untersuchungsteil. Hier wurde sehr viel Mühe darauf verwandt, auch im Nachgang noch dafür zu werben, den Fragebogen online auszufüllen. Da die Kohorte ein so wertvoller Bestandteil von KiGGS und bundesweit einmalig ist, haben wir diese Nachbefragung erst im August 2017 abgeschlossen. Dies ist der Grund dafür, dass in dieser Ausgabe des Journals und auch bei den Vorträgen beim KiGGS-Symposium für reine Befragungsthemen Kohortenauswertungen lediglich für die KiGGS-Basiserhebung und für KiGGS Welle 1 durchgeführt wurden. Die Kohortenbe-

fragungsdaten von KiGGS Welle 2 lagen einfach noch nicht fertig für mögliche Auswertungen vor. Für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Untersuchung im Studienzentrum hingegen war der Kohortendatensatz von KiGGS Welle 2 eher fertig, sodass beispielsweise die Übergangswahrscheinlichkeiten beim Themenkomplex Übergewicht und Adipositas berechnet werden konnten. Bei denjenigen, die außerdem noch eine Blutprobe abgegeben haben, konnten entsprechende Laborparameter in ihrer Entwicklung über die zwei Zeitpunkte analysiert werden. Der entsprechende „Labordatensatz“ hat noch einmal einen anderen Stichprobenumfang. Um den Leserinnen und Lesern dieser Ausgabe des Journals, aber auch den Teilnehmenden am KiGGS-Symposium etwaige Verwirrungen zu ersparen, sind in [Tabelle 1](#) die diversen Datensätze mit ihren Stichprobenumfängen dargestellt.

Ein weiterer Grund dafür, so zeitnah mit ersten Ergebnissen sowohl aus den Kohorten- als auch aus den Querschnittsdaten an die Öffentlichkeit zu gehen, liegt in der dringenden erforderlichen Zukunftsplanung von KiGGS: KiGGS als Querschnitterhebung werden wir so lange haben und mit Hilfe des Bundesministeriums für Gesundheit auch finanzieren können, wie es die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings definierte Aufgabe der Beobachtung des Gesundheitszustandes von Kindern und Jugendlichen in Deutschland geben wird. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der KiGGS-Basiserhebung hingegen werden bei der nächsten KiGGS-Erhebung vermutlich schon alle volljährig sein, was strenggenommen den Untertitel von KiGGS – „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ – obsolet macht. Zudem ist dieser Teil von KiGGS aus den Mitteln des Gesundheitsmonitorings nicht

mehr zu finanzieren. Aber gerade dieser Teil ist aus unserer und aus der Sicht von Public Health etwas sehr Wichtiges, Wertvolles und auch international in dieser Form Einmaliges. Allerdings werden wir diesen Part der Studie weder weiter mit dem gewohnten Design (das Prinzip des stationären Studienzentrums versagt an dieser Stelle) noch mit den bisher eingesetzten Methoden (wird es uns gelingen, Messungen dezentral vorzunehmen, Informationen über Gesundheits-Apps zu erlangen und die jungen Erwachsenen durch intelligent ausgewählte Incentives an uns zu binden?) durchführen können. Auch die Fragestellungen und Auswertungsmethoden werden sich verändern und haben es zum Teil auch bereits. Schon mit den ersten drei Wellen von Untersuchungen und Befragungen, die bei den Minderjährigen noch die Informationen durch die Eltern beibehalten, haben wir etwa 200 Millionen Datenpunkte erzeugt. Hier sind wir dabei, über ein Doktorandenprojekt neue Methoden der digitalen Epidemiologie, des maschinellen Lernens und der Mustererkennung einzusetzen, um so Zusammenhänge auf der deskriptiven Ebene zu erkennen, die wir dann mit den klassischen Methoden der Epidemiologie modellieren und testen können. Im Übrigen ist das in unserem Kohortendatensatz liegende Potenzial so komplex und so wertvoll, dass wir sehr zeitnah beginnen werden, über Kooperationsvereinbarungen in Auswertungsprojekten vertiefende Analysen vorzunehmen.

Abgesehen von Informationen zum Gesundheitszustand und zum Gesundheitsverhalten, die wir für die Lebensverlaufsforchung immer wieder erheben möchten, werden wir auch neue Inhalte aufnehmen, die ganz nah an den veränderten Lebens- und Arbeitswelten der jungen Erwachsenen dran sind. Wir alle sind mit großem

Enthusiasmus und vielen Ideen unterwegs. Das Damoklesschwert der fehlenden Mittel für die Fortführung der Kohorte lässt uns sämtliche sich anbietenden Finanzierungsmöglichkeiten ins Auge fassen.

Auch schon bevor wir das Problem der Finanzierung gelöst haben, werden wir alles daran setzen, unsere „Ur-KiGGS-Teilnehmenden“ nicht zu verlieren, sie zu kon-

taktieren, sie mit unseren spannenden Ergebnissen zu interessieren und zu motivieren. Aus den Ergebnissen dieser Ausgabe des Journals haben wir zeitgleich eine kleine Ergebnisbroschüre erarbeitet, die wir Ihnen auch gerne zuschicken. Und wenn Sie, liebe Leserinnen und Leser, weitere Ideen zur Fortführung von KiGGS haben, dann freuen wir uns über jeden Hinweis.



Bärbel-Maria Kurth
Leiterin der Abteilung für Epidemiologie
und Gesundheitsmonitoring
des Robert Koch-Instituts

Tabelle 1
Überblick über die Teilnehmendenzahlen
der KiGGS-Querschnitterhebungen
und der KiGGS-Kohorte in den einzelnen
Erhebungswellen

Quelle: KiGGS-Basiserhebung (2003–2006),
 KiGGS Welle 1 (2009–2012),
 KiGGS Welle 2 (2014–2017)

	KiGGS-Basiserhebung (Quer- und Längsschnitt)	KiGGS Welle 1 (Querschnitt)	KiGGS Welle 1 (Längsschnitt)	KiGGS Welle 2 (Querschnitt)	KiGGS Welle 2 (Längsschnitt)
Altersgruppe (Jahre)	0–17	0–17	6–24	0–17	10–31
Teilnehmende an der Studie insgesamt	17.641	12.368	11.992	15.023	10.853
Teilnehmende an Befragung und Untersuchung	17.641	–	–	3.567	6.465
Teilnehmende mit Blutprobe	14.386	–	–	3.016	6.044
Kohortenteilnehmende mit Befragung	100%	–	68,0%	–	61,5%
Kohortenteilnehmende mit Befragung und Untersuchung	100%	–	–	–	36,6%

Korrespondenzadresse

Dr. Bärbel-Maria Kurth
 Robert Koch-Institut
 Abteilung für Epidemiologie
 und Gesundheitsmonitoring
 General-Pape-Str. 62–66
 12101 Berlin
 E-Mail: KurthB@rki.de



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
 Creative Commons Namensnennung 4.0
 International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
 Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit