

Journal of Health Monitoring · 2018 3(3)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-077
Robert Koch-Institut, Berlin

Kathrin Klipker, Franz Baumgarten, Kristin Göbel,
Thomas Lampert, Heike Hölling

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

Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends

Abstract

Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen gehen mit individuellen und familiären Beeinträchtigungen sowie gesellschaftlichen Folgekosten einher. Zur KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) waren 20,0% der Kinder und Jugendlichen psychisch auffällig. In diesem Beitrag werden die aktuellen Prävalenzen aus KiGGS Welle 2 (2014–2017) berichtet und im Trend mit den Daten aus der KiGGS-Basiserhebung verglichen. Als Indikator dienen die Elternangaben des Stärken-und-Schwächen-Fragebogens (SDQ) für 3- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche. Die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten liegt zu KiGGS Welle 2 bei 16,9%. Der rückläufige Trend betrifft insbesondere Jungen im Alter von 9 bis 17 Jahren. Mädchen und Jungen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status sind deutlich häufiger als Gleichaltrige aus Familien mit mittlerem und hohem sozioökonomischen Status psychisch auffällig. Diese Befunde werden vor dem Hintergrund verschiedener Maßnahmen der Gesundheitsförderung und -versorgung diskutiert.

📌 PSYCHISCHE AUFFÄLLIGKEITEN · KINDER UND JUGENDLICHE · PRÄVALENZ UND TRENDS · GESUNDHEITSMONITORING · KIGGS

Einleitung

Psychische Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung für Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und soziale Teilhabe. Psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter gehen häufig mit hohen psychosozialen Beeinträchtigungen einher und können bis in das Erwachsenenalter bestehen bleiben. Spezifische psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen verursachen erhebliche Krankheitskosten [1, 2]. Mit Blick auf die individuellen und die gesamtgesellschaftlichen Folgen ist die Betrachtung der Häufigkeit und des Trends von psychischen Auffälligkeiten und Störungen bei Heranwachsenden von entscheidender Bedeutung. Nur derart können entsprechende Präventions- und

Interventionsmaßnahmen initiiert und bewertet werden. Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) zeigte erstmals anhand repräsentativer Daten, dass in den Jahren 2003 bis 2006 jedes fünfte Kind in Deutschland (d.h. 20,0%) psychisch auffällig war. Insgesamt waren Jungen häufiger als Mädchen von psychischen Auffälligkeiten betroffen und Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status häufiger als Heranwachsende aus Familien mit höherem sozioökonomischen Status [3]. Der Anteil an psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen ist von der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) zur telefonischen Befragung in KiGGS Welle 1 (2009–2012) unverändert geblieben [3].

KiGGS Welle 2

Zweite Folgerhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Lebensbedingungen, Schutz- und Risikofaktoren und gesundheitliche Versorgung der in Deutschland lebenden Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit der Möglichkeit von Trend- und Längsschnittanalysen

Studiendesign: Kombinierte Querschnitt- und Kohortenstudie

Querschnitt in KiGGS Welle 2

Alter: 0–17 Jahre

Grundgesamtheit: Kinder und Jugendliche mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamt-Stichproben – Einladung zufällig ausgewählter Kinder und Jugendlicher aus den 167 Städten und Gemeinden der KiGGS-Basiserhebung

Stichprobenumfang: 15.023 Teilnehmende

KiGGS-Kohorte in KiGGS Welle 2

Alter: 10–31 Jahre

Stichprobengewinnung: Erneute Einladung aller wiederbefragungsbereiten Teilnehmenden der KiGGS-Basiserhebung

Stichprobenumfang: 10.853 Teilnehmende

KiGGS-Erhebungswellen:

- ▶ KiGGS-Basiserhebung (2003–2006)
Untersuchungs- und Befragungssurvey
- ▶ KiGGS Welle 1 (2009–2012)
Befragungssurvey
- ▶ KiGGS Welle 2 (2014–2017)
Untersuchungs- und Befragungssurvey

Mehr Informationen unter
www.kiggs-studie.de

Vor dem Hintergrund der hohen und stabilen Prävalenz psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter wurden in den letzten Jahren zahlreiche Maßnahmen in der Gesundheitsförderung und -versorgung mit dem Fokus auf die psychische Gesundheit angestoßen. Dazu gehören unter anderem die im Jahr 2008 beschlossene Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit, das nationale Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“, der Nationale Aktionsplan „Für ein kindergerechtes Deutschland 2005–2010“, die Gründung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen im Jahr 2007, das im Jahr 2012 neu geschaffene Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz sowie die Ausweitung der Kindervorsorgeuntersuchungen („U-Untersuchungen“) ab 2006. Zusätzlich ist ein stetiger Anstieg in der vertragsärztlichen Versorgung und in der Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen, insbesondere im Bereich des Kindes- und Jugendalters, zu beobachten [4, 5].

Auf Grundlage des repräsentativen Querschnitts der zweiten Folgebefragung der KiGGS-Studie (KiGGS Welle 2, 2014–2017) werden im vorliegenden Beitrag aktuelle Zahlen zur Prävalenz psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter berichtet und der Trend in der Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten im Vergleich zu den repräsentativen Daten der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) abgebildet.

Indikator

Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) ist Bestandteil des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut. KiGGS beinhaltet wiederholt durchgeführte, für Deutschland repräsentative

Querschnitterhebungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren (KiGGS-Querschnitt). Sowohl die KiGGS-Basiserhebung von 2003 bis 2006 als auch KiGGS Welle 2 von 2014 bis 2017 fanden als kombinierter Untersuchungs- und Befragungssurvey statt.

Eine ausführliche Darstellung der Methodik findet sich in den Beiträgen [Neue Daten für Taten: Die Datenerhebung zur KiGGS Welle 2 ist beendet](#) in Ausgabe S3/2017 sowie [Teilnehmendengewinnung, Response und Repräsentativität in der Querschnitterhebung von KiGGS Welle 2](#) in Ausgabe 1/2018 des Journal of Health Monitoring [6, 7].

Der Indikator „Psychische Auffälligkeiten“ wurde in der KiGGS-Basiserhebung sowie in KiGGS Welle 2 anhand der Elternangaben des Stärken-und-Schwächen-Fragebogens (SDQ) für 3- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche abgebildet. Für die vorliegende Auswertung wurden die vier Problembereiche des Fragebogens verwendet: Emotionale Probleme, Probleme mit Gleichaltrigen, Verhaltensprobleme und Hyperaktivität. Hierbei bewerteten die Eltern insgesamt 20 Aussagen bezüglich ihrer Kinder als nicht zutreffend (0), teilweise zutreffend (1) oder eindeutig zutreffend (2). Kinder und Jugendliche mit einem über alle Bereiche summierten Gesamtwert von bis zu 12 Punkten werden als psychisch unauffällig, ab einem Punktwert von 13 als psychisch auffällig eingestuft [8, 9].

Die Analysen basieren auf Daten von 14.477 Heranwachsenden der KiGGS-Basiserhebung (7.100 Mädchen, 7.377 Jungen) und von 13.205 Heranwachsenden von KiGGS Welle 2 (6.637 Mädchen, 6.568 Jungen) im Alter von 3 bis 17 Jahren. Die Ergebnisse werden als Prävalenzen (Häufigkeiten) stratifiziert nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status der Familien dargestellt [10]. Die

**In KiGGS Welle 2
(2014–2017) waren 16,9%
der in Deutschland lebenden
Kinder und Jugendlichen
nach Angaben ihrer Eltern
psychisch auffällig.**

Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur hinsichtlich Alter in Jahren, Geschlecht, Bundesland, deutscher Staatsangehörigkeit sowie Bildungverteilung der Eltern (Mikrozensus, 2013 [11]) korrigiert. Im vorliegenden Beitrag werden die Prävalenzen mit 95%-Konfidenzintervallen (95%-KI) berichtet. Die Berechnung des p-Werts für das Vorliegen zeitlicher Trends zwischen den KiGGS-Wellen erfolgte auf der Basis altersstandardisierter Prävalenzen (zum Stand 31.12.2015). Unterschiede wurden mittels univariabler logistischer Regression geprüft. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn der unter Berücksichtigung der Gewichtung und des Surveydesigns berechnete p-Wert kleiner als 0,05 ist.

Ergebnisse und Einordnung

Die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland beträgt für den Zeitraum von 2014 bis 2017 insgesamt 16,9% (Tabelle 1). Jungen zeigen mit 19,1% eine signifikant höhere Prävalenz als Mädchen mit 14,5%. Dies trifft insbesondere für die Altersgruppen von 3 bis 14 Jahren zu. Für Jugendliche im Alter von 15 bis 17 Jahren ist die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten zwischen Mädchen und Jungen vergleichbar. Kinder und Jugendliche, die in Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status aufwachsen, sind signifikant häufiger von psychischen Auffälligkeiten betroffen als Kinder und Jugendliche aus sozioökonomisch bessergestellten Familien (Abbildung 1). So ist beinahe jedes vierte Mädchen und fast jeder dritte Junge aus Familien mit niedrigem

	KiGGS-Basiserhebung		KiGGS Welle 2	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Mädchen	15,9	(14,9–17,0)	14,5	(13,2–15,9)
Altersgruppe				
3–5 Jahre	17,2	(14,7–19,9)	13,9	(11,2–17,1)
6–8 Jahre	14,7	(12,4–17,4)	13,8	(11,6–16,2)
9–11 Jahre	18,6	(16,5–21,0)	16,4	(13,3–20,1)
12–14 Jahre	15,9	(13,8–18,3)	13,9	(11,9–16,3)
15–17 Jahre	13,4	(11,5–15,6)	14,6	(12,2–17,3)
Jungen	23,6	(22,3–24,9)	19,1	(17,7–20,6)
Altersgruppe				
3–5 Jahre	21,4	(18,9–24,2)	20,9	(17,5–24,7)
6–8 Jahre	25,3	(22,7–28,2)	22,3	(19,4–25,4)
9–11 Jahre	28,8	(26,2–31,7)	22,2	(19,0–25,7)
12–14 Jahre	25,8	(23,1–28,9)	19,2	(16,6–22,0)
15–17 Jahre	17,2	(14,8–20,0)	12,2	(9,9–15,0)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	19,9	(19,0–20,8)	16,9	(15,9–17,9)

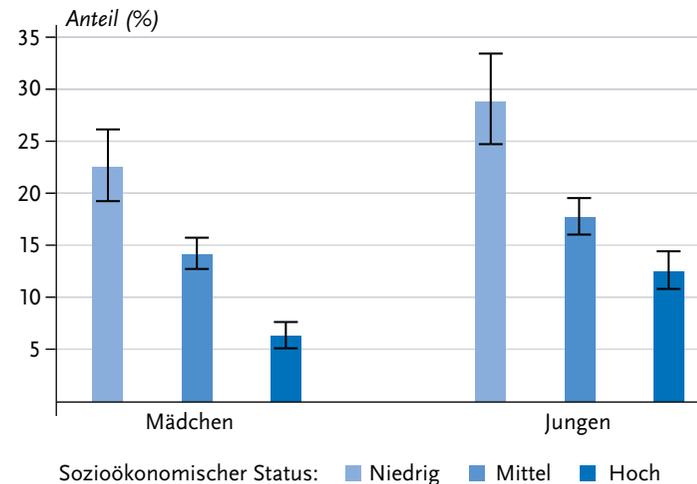
KI = Konfidenzintervall

Tabelle 1

Prävalenz psychischer Auffälligkeiten nach Geschlecht und Alter für die KiGGS-Basiserhebung (n=7.100 Mädchen, n=7.377 Jungen) und KiGGS Welle 2 (n=6.637 Mädchen, n=6.568 Jungen)

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

Abbildung 1
Prävalenz psychischer Auffälligkeiten nach
Geschlecht und sozioökonomischem Status
(n = 6.637 Mädchen, n = 6.568 Jungen)
 Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)



sozioökonomischen Status psychisch auffällig, wohingegen nur etwa jedes fünfzehnte Mädchen und jeder achte Junge aus Familien mit hohem sozioökonomischen Status psychisch auffällig ist. Aus Familien mit mittlerem sozioökonomischen Status ist jedes siebte Mädchen und etwa jeder sechste Junge psychisch auffällig. Insgesamt ist der Unterschied in der Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten zwischen Kindern und Jugendlichen aus Familien mit mittlerem (16,1%) und hohem (9,7%) sozioökonomischen Status geringer als der Unterschied zwischen Heranwachsenden aus Familien mit mittlerem und niedrigem sozioökonomischen Status (26,0%). Diese aktuellen Befunde aus KiGGS Welle 2 bestätigen das Ergebnismuster zu den Unterschieden der psychischen Gesundheit nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status bei Kindern und Jugendlichen aus der KiGGS-Basiserhebung [12].

Verglichen mit der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) zeigt sich für KiGGS Welle 2 (2014–2017) ein signifikanter Rückgang psychischer Auffälligkeiten von 19,9% auf 16,9%

(Tabelle 1). Der gegenüber der KiGGS-Basispublikation von 2007 [12] leicht abweichende Wert liegt an der für den Trendvergleich notwendigen Anpassung der Gewichtung für altersstandardisierte Prävalenzen zum Bevölkerungsstand 31.12.2015. Betrachtet man die Ergebnisse getrennt für Mädchen und Jungen unterschiedlichen Alters, zeigt sich ein statistisch bedeutsamer Rückgang psychischer Auffälligkeiten für Jungen im Alter von 9 bis 17 Jahren. Im Gegensatz zu der KiGGS-Basiserhebung ist in KiGGS Welle 2 nur noch etwa jeder sechste Junge, nicht mehr jeder vierte Junge, von psychischen Auffälligkeiten betroffen. Ein vergleichbarer, statistisch bedeutsamer Rückgang in der Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Mädchen kann zu KiGGS Welle 2 über alle Altersgruppen hinweg nicht nachgewiesen werden (Tabelle 1). Der aus der KiGGS-Basiserhebung [12] bekannte Geschlechtsunterschied in der Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten (Jungen 23,6%, Mädchen 15,9%) ist durch den Rückgang psychischer Auffälligkeiten bei Jungen in KiGGS Welle 2 deutlich zurückgegangen (Jungen 19,1%, Mädchen 14,5%). Der Trend stabiler bleibender oder abnehmender psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen ist konsistent mit den derzeit vorliegenden Ergebnissen anderer internationaler Studien [13–15].

Das Ergebnis eines Rückgangs elternberichteter psychischer Auffälligkeiten für in Deutschland lebende Kinder und Jugendliche von der KiGGS-Basiserhebung zur KiGGS Welle 2 lässt sich möglicherweise auf gesundheitspolitische Maßnahmen in der Gesundheitsförderung und -versorgung zurückführen. Für den Zeitraum der KiGGS-Basiserhebung konnte gezeigt werden, dass ungefähr 70% der psychisch auffälligen Kinder und Jugendlichen keine

Der Anteil an psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen ist nach Angabe der Eltern im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) um etwa drei Prozentpunkte zurückgegangen.

Der Anteil an psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen ist insbesondere bei Jungen im Alter von 9 bis 17 Jahren zurückgegangen.

Jungen sind auch in KiGGS Welle 2 (2014–2017) häufiger von psychischen Auffälligkeiten betroffen als Mädchen.

psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nahmen [16, 17]. Eine mögliche Erklärung ist die als mangelhaft einzuschätzende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungslage in dem Zeitraum der KiGGS-Basiserhebung. Seither hat sich beispielsweise die Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater von 557 im Jahr 2003 auf 1.062 im Jahr 2017 fast verdoppelt [5]. Eine in Richtung des Erhebungszeitraums von KiGGS Welle 2 verbesserte Versorgungslage könnte zum Rückgang psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen beigetragen haben.

Zusätzlich wurden Maßnahmen zur Prävention psychischer Störungen und Förderung der psychischen Gesundheit angestoßen. Neben zahlreichen Projekten in Kindergärten und Schulen könnte auch die Ausweitung der Kindervorsorgeuntersuchungen zu einer besseren Prävention psychischer Störungen beigetragen haben. Seit 2006 werden in der zusätzlich angebotenen U10-Untersuchung für Kinder zwischen sieben und acht Jahren sowie in der U11-Untersuchung für Kinder zwischen neun und zehn Jahren gezielt Verhaltensauffälligkeiten überprüft. Eventuelle Probleme ließen sich dabei durch die Ärztinnen und Ärzte in einem Beratungsgespräch mit dem Verweis auf entsprechende Hilfsangebote thematisieren und spätere Auffälligkeiten gegebenenfalls reduzieren beziehungsweise verhindern. Die hier vorliegenden Trendvergleiche zeigen einen Rückgang psychischer Auffälligkeiten insbesondere für Jungen ab dem neunten Lebensjahr, das heißt ungefähr in dem Alter, ab dem sich potenzielle Maßnahmen aus den zusätzlich eingeführten Vorsorgeuntersuchungen U10/U11 auswirken könnten.

Darüber hinaus könnten auch wirtschaftliche und politische Veränderungen mit einem Rückgang elternberichteter psychischer Auffälligkeiten im Zusammenhang stehen. So sind seit der KiGGS-Basiserhebung wichtige familienpolitische Maßnahmen in der Kindertagesbetreuung (Elterngeld, Kitaausbau sowie die steuerliche Absetzbarkeit der Kinderbetreuungskosten) umgesetzt worden, die zu einem deutlichen Anstieg in der Inanspruchnahme außerfamiliärer Tagesbetreuung von 2007 bis 2013 beigetragen haben [18]. Es ist vorstellbar, dass vor dem Hintergrund wachsender beruflicher Anforderungen sowie der zunehmenden Teilnahme von Müttern in der Arbeitswelt [19] der Ausbau außerfamiliärer Betreuungsangebote die Lebenssituation der Familien entlastet.

Inwieweit diese und andere gesellschaftliche Veränderungen (z. B. wirtschaftliche Stabilität, geringere Arbeitslosenquote) Einfluss auf den beobachteten Rückgang elternberichteter psychischer Auffälligkeiten für in Deutschland lebende Kinder und Jugendliche von der KiGGS-Basiserhebung zur KiGGS Welle 2 nehmen, kann vor dem Hintergrund der vorliegenden Daten nicht abschließend beantwortet werden.

Die Trendvergleiche zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2 zeigen einen signifikanten Rückgang elternberichteter psychischer Auffälligkeiten bei Jungen, nicht aber bei Mädchen. Emotionale und verhaltensbezogene Probleme fallen insbesondere dann auf, wenn sie sich nach außen richten, beispielsweise in Form von oppositionellem oder hyperaktivem Verhalten. Weniger sichtbar sind solche Auffälligkeiten, die sich nach innen richten, beispielsweise in Form von Traurigkeit oder sozialem Rückzug. Ein möglicher Erklärungsansatz für die

Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status sind mehr als doppelt so häufig psychisch auffällig wie Gleichaltrige aus Familien mit hohem sozioökonomischen Status.

Geschlechtsunterschiede der vorliegenden Daten ist, dass die Maßnahmen in der Gesundheitsversorgung vorwiegend dort greifen, wo Auffälligkeiten nach außen sichtbar werden und Abläufe in Kindergarten, Schule oder Familie störend beeinflussen. Da Jungen von nach außen gerichteten Auffälligkeiten häufiger betroffen sind als Mädchen [12], wird ein Handlungsbedarf von Eltern und der Umgebung bei Jungen möglicherweise schneller erkannt. Es ist vorstellbar, dass ein früheres Eingreifen bei oppositionellem oder hyperaktivem Verhalten zusätzlich einen präventiven Einfluss auf weitere, komorbide psychische Auffälligkeiten (z. B. Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen) hat, der bei dem vorliegenden Rückgang psychischer Auffälligkeiten bei Jungen eine Rolle gespielt haben könnte.

Obwohl sich eine rückläufige Tendenz psychischer Auffälligkeiten im Trendvergleich erkennen lässt, ist die Anzahl psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher auf einem nach wie vor hohen Niveau. Dies ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass der SDQ-Fragebogen als Indikator für psychische Auffälligkeiten die psychische Gesundheit der Heranwachsenden nicht in aller Breite abbildet. Beispielsweise lassen sich keine Rückschlüsse auf spezifische psychische Störungen oder eine Behandlungsnotwendigkeit der psychischen Auffälligkeiten ziehen. Angesichts einer eingeschränkten Lebensqualität sowie erhöhten Krankheitskosten von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten [2, 20] ist es von entscheidender Bedeutung, Kindern und Jugendlichen sowie ihren Familien Möglichkeiten ressourcenfördernder Präventions- und Interventionsmaßnahmen sowie der medizinischen und psychosozialen Versorgung aufzuzeigen. Dies gilt auch und insbesondere mit Blick auf Kinder und

Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status, die nach wie vor deutlich häufiger psychisch auffällig sind. Zusätzlich steht die Gesundheitsversorgung vor der großen Aufgabe, die unterschiedlichen Formen psychischer Auffälligkeiten rechtzeitig zu erkennen, um so unter anderem auch nach innen gerichtete Auffälligkeiten, die Mädchen häufiger betreffen als Jungen, besser aufzufangen.

Korrespondenzadresse

Dr. Franz Baumgarten
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: BaumgartenF@rki.de

Zitierweise

Klipker K, Baumgarten F, Göbel K, Lampert T, Hölling H (2018)
Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in
Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends.
Journal of Health Monitoring 3(3):37–45.
DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-077

Datenschutz und Ethik

Alle Studien des Robert Koch-Instituts unterliegen der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat die KiGGS-Basiserhebung (Nr. 101/2000) sowie KiGGS Welle 1 (Nr. EA2/058/09) und die Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover KiGGS Welle 2 (Nr. 2275-2014) unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und den Studien zugestimmt. Die Teilnahme an den

Studien war freiwillig. Die Teilnehmenden beziehungsweise ihre Sorgeberechtigten wurden über die Ziele und Inhalte der Studien sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Förderungshinweis

KiGGS wird finanziert durch das Bundesministerium für Gesundheit und das Robert Koch-Institut.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Unser Dank richtet sich in erster Linie an alle Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer und deren Eltern. Auch allen Verantwortlichen in den 167 Studienorten möchten wir danken für die zur Verfügung gestellten Räume und die tatkräftige Unterstützung vor Ort.

KiGGS Welle 2 hätte nicht realisiert werden können ohne die engagierte Mitarbeit zahlreicher Kolleginnen und Kollegen im Robert Koch-Institut. Wir danken insbesondere den Studienteams für ihre exzellente Arbeit und das außergewöhnliche Engagement während der dreijährigen Datenerhebungsphase.

Literatur

1. Klora M, Zeidler J, Linder R et al. (2015) Costs and treatment patterns of incident ADHD patients - a comparative analysis before and after the initial diagnosis. *Health econ rev* 5(1):40
2. Ewest F, Reinhold T, Vloet TD et al. (2013) Durch Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens ausgelöste Krankenkassenausgaben: Eine gesundheitsökonomische Analyse von Versicherten-daten einer gesetzlichen Krankenkasse. *Kindheit und Entwicklung* 22(1):41-47
3. Hölling H, Schlack R, Petermann F et al. (2014) Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl* 57(7):807-819.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/1894> (Stand: 25.06.2018)
4. Rattay P, Starker A, Domanska O et al. (2014) Trends in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl* 57(7):878-891.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/1901> (Stand: 25.06.2018)
5. Bundesarztregister, Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017) An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten (Anzahl). www.gbe-bund.de (Stand: 26.07.2018)
6. Mauz E, Gößwald A, Kamtsiuris P et al. (2017) Neue Daten für Taten. Die Datenerhebung zur KiGGS Welle 2 ist beendet *Journal of Health Monitoring* 2(S3):2-28.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2806> (Stand: 25.06.2018)
7. Hoffmann R, Lange M, Butschalowsky H et al. (2018) Querschnitterhebung von KiGGS Welle 2 – Teilnehmendengewinnung, Response und Repräsentativität. *Journal of Health Monitoring* 3(1): 82-96.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/3041> (Stand: 25.06.2018)
8. Woerner W, Becker A, Friedrich C et al. (2002) Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 30:105-112
9. Woerner W, Becker A, Rothenberger A (2004) Normative data and scale properties of the German parent SDQ. *European Child and Adolescent Psychiatry, Supplement* 13(2):11/3-11/10

10. Lampert T, Hoebel J, Kuntz B et al. (2018) Messung des sozio-ökonomischen Status und des subjektiven sozialen Status in KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 3(1):114-133. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3043> (Stand: 25.06.2018)

11. Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2017) Mikrozensus, 2013, eigene Berechnungen. <http://www.forschungsdatenzentrum.de/bestand/mikrozensus/> (Stand: 20.11.2017)

12. Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U et al. (2007) Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl 50(5):784-793. <https://edoc.rki.de/handle/176904/556> (Stand: 10.07.2018)

13. Langley K, Collishaw S, Williams M et al. (2017) An investigation of changes in Welsh children's mental health between 2007/2008 and 2012/2013. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 52(6):639-642

14. McMartin SE, Kingsbury M, Dykxhoorn J et al. (2014) Time trends in symptoms of mental illness in children and adolescents in Canada. Canadian Medical Association Journal 186(18):E672-E678

15. Sourander A, Koskelainen M, Niemelä S et al. (2012) Changes in adolescents mental health and use of alcohol and tobacco: a 10-year time-trend study of Finnish adolescents. Eur Child Adolesc Psychiatry 21(12):665-671

16. Hintzpeter B, Metzner F, Pawils S et al. (2014) Inanspruchnahme von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten. Kindheit und Entwicklung 23(4):229-238

17. Wölfle S, Jost D, Oades R et al. (2014) Somatic and mental health service use of children and adolescents in Germany (KiGGS-study). Eur Child Adolesc Psychiatry 23(9):753-764

18. Statistisches Bundesamt (2016) Kindertagesbetreuung regional 2016. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Wiesbaden

19. Bradley RH, Vandell DL (2007) Child care and the well-being of children. Arch Pediatr Adolesc Med 161:669-676

20. Hölling H, Schlack R, Dippelhofer A et al. (2008) Personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren und gesundheitsbezogene Lebensqualität chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Bundesgesundheitsbl 51(6):606

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter,
Dr. Franziska Prütz, Martina Rabenberg, Alexander Rommel,
Dr. Livia Ryl, Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling,
Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



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