

## Kurzbericht zum BMG-geförderten Forschungsvorhaben

Vorhabentitel	Familiäre und versorgungsspezifische Einflussfaktoren auf psychische Störungen/ADHS, Adipositas und Allergien/Asthma
Schlüsselbegriffe	Lebenslauf, Asthma, Adipositas, ADHS, Familie, Versorgung, Migration
Vorhabendurchführung	Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Vorhabenleitung	Dr. Thomas Ziese, Dr. Bärbel-Maria Kurth (bis 31.12.2019)
Autor(en)/Autorin(nen)	Dr. Laura Krause, Felicitas Vogelgesang, Elvira Mauz (bis 30.04.2019)
Vorhabenbeginn	01.01.2015
Vorhabenende	30.04.2022

### 1. Vorhabenbeschreibung, Vorhabenziele

Die vom Robert Koch-Institut durchgeführte Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) ist eine der wichtigsten Informationsquellen, wenn es um die Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland geht [1, 2]. Als einzige bundesweit repräsentative Gesundheitsstudie bei Kindern und Jugendlichen lieferte KiGGS mit der Basiserhebung (2003 – 2006) erstmals belastbare Aussagen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsversorgung. Neben wichtigen Querschnittsbefunden liefert KiGGS durch wiederholte Befragungen und Untersuchungen der Teilnehmenden der Basiserhebung auch längsschnittliche Ergebnisse zu individuellen Entwicklungen über die Zeit. Solche bevölkerungsbezogenen Informationen sind in Deutschland selten. Die KiGGS-Kohortendaten leisten deshalb einen wertvollen Beitrag zum Verständnis gesundheitlicher Entwicklungen im Lebensverlauf für die gesamte heranwachsende Generation [3]. Die Kohorte wurde in KiGGS Welle 2 (2014 – 2017) um die hier dargestellte Vertiefungsstudie ergänzt [4]. Es sollten sowohl typische Verlaufsmuster von Asthma, Adipositas, ADHS sowie Depressionen und Angststörungen als auch wichtige Schutz- und Risikofaktoren auf diese Verläufe identifiziert werden. Zudem wurde die Versorgungshistorie dieser Gesundheitsstörungen untersucht. Des Weiteren wurden weitere wichtige Themen der Kohorte bearbeitet, wie z. B. die Bedeutung familiärer Faktoren für die hier betrachteten Gesundheitsstörungen, Lebensverläufe von jungen Erwachsenen mit Asthma, Adipositas und ADHS, traumatische Kindheits-

erfahrungen, gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Asthma, Adipositas und ADHS und subklinische Arteriosklerose (CIMT). Die gewonnenen Ergebnisse liefern wichtige Ansatzpunkte für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention.

## **2. Durchführung, Methodik**

Die Ausgangspopulation der Kohorte setzt sich aus allen Teilnehmenden der KiGGS-Basiserhebung zusammen (N = 17.641) [5]. Alle, die mit einer Wiederkontaktierung einverstanden waren, wurden zu den Folgerhebungen von KiGGS Welle 1 (2009 – 2012) und KiGGS Welle 2 eingeladen. Von der Einladung ausgeschlossen waren Personen, die ins Ausland verzogen oder verstorben sind, sowie Personen, die zu KiGGS Welle 1 nicht mehr auffindbar waren. Von den ehemaligen KiGGS-Basisteilnehmenden konnten in KiGGS Welle 1 Daten von insgesamt 11.992 Wiederteilnehmenden (68,0 %) – damals 6 bis 24 Jahre alt – in einem telefonischen Interview gewonnen werden. In KiGGS Welle 2 nahmen insgesamt 10.853 der ehemaligen Basisteilnehmenden (61,5 %) – damals 10 bis 28 Jahre alt – an den Befragungen teil. Für 6.465 der Wiederteilnehmenden (36,6 %) in KiGGS Welle 2 liegen zusätzlich zu den Befragungen Untersuchungsdaten vor. Um tiefergehende Analysen hinsichtlich der hier relevanten Themenbereiche zu ermöglichen, wurden zusätzliche Inhalte in KiGGS Welle 2 erhoben (vertiefende Datenerhebung). Für die Datenauswertung wurden längsschnittliche Statistikmethoden benötigt, die zudem das Surveydesign von KiGGS berücksichtigen. Aus einem intensiven Prüfprozess heraus wurden für die Analysen drei Verfahren identifiziert, die für die Längsschnittauswertung angewendet wurden: Gemischte Modelle, Strukturgleichungsmodelle und die Sequenzanalyse.

## **3. Gender Mainstreaming**

Sämtliche Erhebungen und Analysen wurden getrennt für Mädchen und Jungen bzw. junge Frauen und Männer durchgeführt, um geschlechterspezifische Aussagen treffen zu können. Auch bei den Darstellungen der Ergebnisse wurden geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt.

## **4. Ergebnisse, Schlussfolgerung, Fortführung**

In Bezug auf Asthma zeigen die KiGGS-Kohortendaten, dass von den Kindern und Jugendlichen, bei denen zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung eine ärztliche Diagnose vorlag und die Erkrankung auch in den letzten 12 Monaten bestand, etwa ein Drittel auch zu KiGGS Welle 2 angegeben hat, noch betroffen zu sein und/oder Asthmamedikamente anzuwenden. Für unter 5 % der Kinder und Jugendlichen ohne Diagnose zur KiGGS-Basiserhebung wurden gut zehn Jahre später erstmalig sowohl eine ärztliche Asthmadiagnose als auch aktuelle Beschwerden angegeben (kumulative 10-Jahres-Inzidenz). Insofern bietet das Kindes- und Jugendalter und hier vor allem die Phase der frühen Kindheit hinsichtlich Diagnostik und Therapie von allergischen Erkrankungen wie Asthma bronchiale ein wichtiges „window of opportunity“. Hinsichtlich Adipositas liefern die Ergebnisse Hinweise darauf, dass eine im Vorschulalter erworbene Adipositas häufig bis ins Jugend- und junge Erwachsenenalter bestehen bleibt. Nur rund die Hälfte der Kinder und Jugendlichen hat es in dem betrachteten Zeitraum von gut 10 Jahren geschafft, eine einmal erworbene Adipositas wieder zu verlieren und damit

Übergewicht oder sogar Normalgewicht zu entwickeln. Dies spricht dafür, vor allem im Kindergarten- und Grundschulalter mit Präventionsprogrammen zu intervenieren, um der Adipositasentstehung vorzubeugen. Bezüglich ADHS zeigen die Kohortendaten, dass bei mehr als einem Drittel der Kinder und Jugendlichen mit ADHS zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung ein ADHS-Diagnosebericht auch gut 10 Jahre später vorlag. Diese Teilnehmende hatten den Eltern zufolge als Kinder und Jugendliche mehr Hyperaktivitätsprobleme und Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen. Bei 2,4 % der Teilnehmenden lag in KiGGS Welle 2 erstmals eine ADHS-Diagnose vor; diese Personen hatten laut Elternbericht als Kinder und Jugendliche häufiger Hyperaktivitäts- und Verhaltensprobleme. Mit Blick auf Depressionen und Angststörungen weisen die Daten darauf hin, dass der Großteil der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten zur Zeit der Basiserhebung gut 10 Jahre später weder aktuell depressive oder Paniksymptome berichtet noch eine ärztlich oder psychologisch diagnostizierte Depression oder Angststörung. Allerdings haben Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten ein erhöhtes Risiko, später im Lebensverlauf depressive Symptome zu entwickeln und jemals die Diagnose Depression oder Angststörung zu erhalten. In Bezug auf die Bedeutung der Familie lässt sich festhalten, dass familiäre Faktoren in unterschiedlicher Weise und Stärke mit den hier betrachteten Gesundheitsstörungen assoziiert sind. Bei Asthma spielt vor allem die genetische Vorbelastung der Eltern und die Beschaffenheit der familiären Wohnung eine Rolle (z. B. Schimmelbefall), während sich für Adipositas große Unterschiede nach familiärem sozioökonomischen Status und nach gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der Eltern fanden, z. B. sportliche Inaktivität und Übergewicht. Für Hyperaktivitätsprobleme zeigten sich hingegen Zusammenhänge zu verschiedenen Aspekten der psychosozialen Situation in der Familie, wie z. B. nach dem Familienklima oder dem elterlichen Erziehungsstil. Weil in der Vertiefungsstudie viele der Indikatoren und Instrumente aus dem Bereich Familie erstmalig eingesetzt wurden, handelt es sich bei diesen Analysen um Querschnittsauswertungen basierend auf den Kohortendaten. Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Vertiefungsstudie war die Analyse von Zusammenhängen zwischen Asthma, Adipositas bzw. ADHS und familien- bzw. ausbildungs- und erwerbsbezogenen Lebensverläufen im jungen Erwachsenenalter. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass vor allem junge Erwachsene mit ADHS und Adipositas größere Schwierigkeiten beim Übergang von Schule in Ausbildung und dann in Erwerbstätigkeit haben. Insofern wäre interessant, die Lebensverläufe der Kohortenteilnehmenden weiter zu verfolgen und so zukünftig Zusammenhänge zu Erkrankungen im mittleren Erwachsenenalter zu analysieren.

Aufgrund einer stark fragmentierten und in großen Teilen lückenhaften Datenlage bieten bundesweite Gesundheitssurveys wie die KiGGS-Studie insgesamt die Möglichkeit, wichtige ergänzende Daten zur Einschätzung des Krankheits- und Versorgungsgeschehens für häufige chronische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen wie Asthma, Adipositas und ADHS zu liefern. Auch bietet die Beobachtung junger Menschen mit besonderem Versorgungsbedarf zukünftig die Chance, im Rahmen einer Public-Health-Surveillance mit Fokus auf Kinder- und Jugendgesundheit Fortschritte und bleibende Herausforderungen in der Prävention und Versorgung chronischer Erkrankungen aufzuzeigen. Die Teilnehmenden der KiGGS-Kohorte erreichen nun ein Alter, in dem sowohl Lebensverläufe vielfältiger werden als auch gesundheitliche Risiken aus Kindheit und Jugend mehr an Bedeutung für

den späteren Gesundheitszustand gewinnen. Mit einer Weiterverfolgung der KiGGS-Kohorte kann diese einmalige Datengrundlage zur Erforschung von Zusammenhängen zwischen kindlichen Lebensumständen und der gesundheitlichen und psychosozialen Entwicklung im jungen und mittleren Erwachsenenalter vertiefender beleuchtet und Ursachen für erst im höheren Lebensalter entstehende Erkrankungen identifiziert werden. Eine Weiterverfolgung dieser einzigen auf einer repräsentativen Stichprobe basierenden Längsschnittstudie in Deutschland ist daher von großer Bedeutung, um Ansatzpunkte für Prävention und Gesundheitsförderung zu identifizieren, die bis ins Erwachsenenalter wirken.

## **5. Umsetzung der Ergebnisse durch das BMG**

Die Ergebnisse des Projektes werden von BMG fachpolitisch ausgewertet und in die Erörterungen zur Weiterentwicklung der Präventionsansätze und der Versorgung von chronisch kranken Kindern einbezogen.

## **6. Verwendete Literatur**

1. Kurth B-M (2012) Das RKI-Gesundheitsmonitoring – was es enthält und wie es genutzt werden kann. Public Health Forum 20(3):4.e1-4.e3
2. Kurth B-M, Lange C, Kamtsiuris P et al. (2009) Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Sachstand und Perspektiven. Bundesgesundheitsbl 52(5):557-570
3. Hölling H, Schlack R, Kamtsiuris P et al. (2012) Die KiGGS-Studie. Bundesweit repräsentative Längs- und Querschnittstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsbl 55(6-7):836-842
4. 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. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-0
5. Lange M, Hoffmann R, Mauz E et al. (2018) Längsschnitterhebung von KiGGS Welle 2 – Erhebungsdesign und Fallzahlentwicklung der KiGGS-Kohorte. Journal of Health Monitoring 3(1):97-113. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-018