

Journal of Health Monitoring · 2018 3(1)  
DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-004  
Robert Koch-Institut, Berlin

Christina Poethko-Müller, Benjamin Kuntz,  
Thomas Lampert, Hannelore Neuhauser

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

# Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends

## Abstract

In KiGGS Welle 2 schätzen Eltern den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer 3- bis 17-jährigen Kinder zu 95,7% als sehr gut oder gut ein. Dieser Anteil ist in allen Altersgruppen höher als bei der KiGGS-Basiserhebung. Der Anteil von Kindern, für die eine sehr gute Gesundheit angegeben wird, ist in der Altersgruppe der 3- bis 6-Jährigen am höchsten und sinkt mit zunehmendem Alter. Bei 14- bis 17-Jährigen liegt der Anteil der Mädchen mit sehr guter Gesundheit deutlich unter dem der Jungen. Weiterhin besteht ein ausgeprägter sozialer Gradient: Der Anteil der Eltern, die die allgemeine Gesundheit ihrer Kinder als sehr gut oder gut einstufen, ist umso größer, je höher der Sozialstatus der jeweiligen Familie ist. Dieses Ergebnis verdeutlicht die Notwendigkeit gesamtgesellschaftlicher Strategien zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten sowie den Bedarf an zielgruppenspezifischen Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung.

📌 ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTAND · KINDER UND JUGENDLICHE · SUBJEKTIVE GESUNDHEIT · GESUNDHEITSMONITORING

## Hintergrund

Ein guter allgemeiner Gesundheitszustand ist eine wichtige Ressource, um die zahlreichen Entwicklungsaufgaben des Kindes- und Jugendalters erfolgreich zu bewältigen. Umgekehrt kann ein guter Gesundheitszustand – einem breiten Verständnis von Gesundheit folgend – auch als Ergebnis einer erfolgreichen Bewältigung von Entwicklungsaufgaben verstanden werden. Früh eintretende Gesundheitsbeeinträchtigungen können sich von der Kindheit über die Jugendphase bis in das Erwachsenenalter hinein fortsetzen und die Entstehung und Verfestigung langfristiger Gesundheitsprobleme begünstigen [1].

Die subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes ist ein fester Bestandteil vieler Gesundheits-surveys und wird mit Hilfe einer einfachen Frage erhoben. Diese kurze und globale Einschätzung des eigenen oder

das Kind betreffenden Gesundheitszustandes ist ein komplexer Gesundheitsindikator, da sowohl objektive als auch subjektive Gesundheitsaspekte eingehen und auch der Zeithorizont nicht vorgegeben ist. Dennoch konnte für Erwachsene wiederholt gezeigt werden, dass die selbsteingeschätzte Gesundheit ein guter Prädiktor für spätere Morbidität, vermehrte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Mortalität ist [2, 3]. Auch bei Kindern und Jugendlichen korreliert die selbsteingeschätzte Gesundheit mit körperlichen und psychischen Krankheiten, dem psychischen und sozialen Wohlbefinden, dem Gesundheitsverhalten und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen [4, 5]. Studien zum prognostischen Wert des Indikators der allgemeinen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen sind jedoch noch rar. Für Deutschland konnte mit den Daten der KiGGS-Kohorte gezeigt werden, dass



Studie zur Gesundheit von Kindern  
und Jugendlichen in Deutschland

## 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](http://www.kiggs-studie.de)

sowohl die Selbsteinschätzung der allgemeinen Gesundheit von Jugendlichen einen Vorhersagewert für das spätere Auftreten chronischer Erkrankung und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen hat, als auch die Elternangaben wichtige Hinweise auf die Entwicklung des Gesundheitsstatus in späteren Jahren geben [6].

### Indikator und Methodik

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). Nach Durchführung der Basiserhebung als Untersuchungs- und Befragungssurvey (2003–2006) und von KiGGS Welle 1 als reiner Befragungssurvey (2009–2012) fand die KiGGS Welle 2 von 2014 bis 2017 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 [Querschnitterhebung von KiGGS Welle 2 – Teilnehmendengewinnung, Response und Repräsentativität](#) in Ausgabe 1/2018 des Journal of Health Monitoring [7, 8].

In KiGGS Welle 2 wurde die Einschätzung der Eltern zum allgemeinen Gesundheitszustand ihrer 0- bis 17-jährigen Kinder sowie die Selbsteinschätzung von den 11- bis 17-jährigen in einem schriftlich ausgefüllten Fragebogen erfasst [7]. Darin wurde entsprechend einer von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen Formulierung [9] die Frage gestellt: „Wie würden Sie den

Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben?“ bzw. „Wie würdest du deinen Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“. Die Antwortskala war fünfstufig angelegt: „sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“, „sehr schlecht“.

Im Folgenden werden die Angaben der Eltern zum allgemeinen Gesundheitszustand von 3- bis 17-jährigen Kindern herangezogen, da diese – anders als die Selbstangaben von älteren Kindern und Jugendlichen – für die gesamte Altersspanne von 3 bis 17 Jahren zur Verfügung stehen. Die Analysen basieren auf gültigen Daten für 13.315 Heranwachsende (6.682 Mädchen, 6.633 Jungen). Im vorliegenden Beitrag wurde für die Darstellung der Häufigkeiten (Prävalenzen) die fünfstufige Antwortskala zum einen zu drei Kategorien zusammengefasst (durch Zusammenfassung von „mittelmäßig“, „schlecht“ und „sehr schlecht“ zu einer Kategorie) und stratifiziert nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status (SES) [10] dargestellt. Zum anderen wurden für den Vergleich zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2 auch die Antwortkategorien „sehr gut“ und „gut“ zusammengefasst. Diese Analysen wurden nach Alter und Geschlecht stratifiziert.

Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur hinsichtlich Alter in Jahren, Geschlecht, Bundesland, Staatsangehörigkeit sowie Bildungsverteilung der Eltern (Mikrozensus 2013 [11]) korrigiert.

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.

**Mehr als 95% der Eltern schätzen in KiGGS Welle 2 den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer 3- bis 17-jährigen Kinder als sehr gut oder gut ein. Dieser Anteil ist in allen Altersgruppen höher als bei der KiGGS-Basiserhebung.**

### Ergebnisse und Einordnung

Anhand der Elternangaben haben 95,7% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren eine sehr gute oder gute Gesundheit. Werden alle Altersgruppen zusammen betrachtet, unterscheidet sich weder der Anteil mit sehr guter noch der mit guter Gesundheit signifikant nach Geschlecht. Alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich jedoch bei Betrachtung der fünfstufigen Antwortkategorien, insbesondere für die sehr gute Gesundheit.

Bei beiden Geschlechtern ist der Anteil von Kindern, für die eine sehr gute Gesundheit angegeben wird, in der Altersgruppe der 3- bis 6-Jährigen am höchsten und sinkt mit zunehmendem Alter (Tabelle 1). Bis zum Alter von 10 Jahren schätzen Eltern von Mädchen im Vergleich zu Jungen die allgemeine Gesundheit ihrer Kinder häufiger als sehr gut ein.

Wie schon in den Jahren 2003 bis 2006 [12, 13] liegt in der Gruppe der Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren

	Sehr gut		Gut		Mittelmäßig/Schlecht/Sehr schlecht	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
<b>Mädchen (gesamt)</b>	<b>58,0</b>	<b>(56,1–59,9)</b>	<b>37,9</b>	<b>(36,3–39,7)</b>	<b>4,0</b>	<b>(3,4–4,7)</b>
<b>Altersgruppe</b>						
3–6 Jahre	67,0	(63,3–70,5)	30,2	(27,0–33,6)	2,7	(1,7–4,4)
7–10 Jahre	63,9	(60,7–67,0)	33,4	(30,4–36,5)	2,7	(1,9–3,7)
11–13 Jahre	57,0	(53,7–60,3)	39,5	(36,3–42,7)	3,5	(2,5–4,9)
14–17 Jahre	45,3	(42,2–48,3)	48,0	(44,8–51,2)	6,8	(5,3–8,5)
<b>Sozioökonomischer Status</b>						
Niedrig	50,4	(45,6–55,2)	42,8	(38,3–47,5)	6,8	(5,1–9,0)
Mittel	56,7	(54,6–58,8)	39,4	(37,4–41,4)	3,9	(3,2–4,6)
Hoch	71,3	(68,7–73,8)	27,6	(25,2–30,2)	1,0	(0,6–1,7)
<b>Jungen (gesamt)</b>	<b>56,2</b>	<b>(54,2–58,1)</b>	<b>39,2</b>	<b>(37,3–41,2)</b>	<b>4,6</b>	<b>(3,8–5,5)</b>
<b>Altersgruppe</b>						
3–6 Jahre	61,9	(58,5–65,2)	34,0	(30,8–37,4)	4,1	(2,9–5,8)
7–10 Jahre	56,5	(53,2–59,8)	39,1	(35,9–42,4)	4,3	(3,0–6,4)
11–13 Jahre	54,0	(50,5–57,5)	40,8	(37,5–44,2)	5,2	(3,7–7,3)
14–17 Jahre	52,4	(48,8–56,0)	42,8	(39,3–46,5)	4,8	(3,3–6,9)
<b>Sozioökonomischer Status</b>						
Niedrig	46,7	(42,4–51,1)	44,8	(40,2–49,4)	8,5	(6,2–11,6)
Mittel	56,0	(53,7–58,3)	39,7	(37,4–42,1)	4,2	(3,4–5,2)
Hoch	66,1	(63,3–68,9)	32,2	(29,6–35,0)	1,6	(1,0–2,5)
<b>Gesamt (Mädchen und Jungen)</b>	<b>57,1</b>	<b>(55,6–58,5)</b>	<b>38,6</b>	<b>(37,3–40,0)</b>	<b>4,3</b>	<b>(3,8–4,9)</b>

KI = Konfidenzintervall

**Tabelle 1**  
Prävalenz des elternberichteten allgemeinen Gesundheitszustandes nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status (n=6.682 Mädchen, n=6.633 Jungen)  
Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)

**Der Anteil von Kindern, für die eine sehr gute Gesundheit angegeben wird, ist in der Altersgruppe der 3- bis 6-Jährigen am höchsten und sinkt mit zunehmendem Alter.**

**Der allgemeine Gesundheitszustand von 14- bis 17-jährigen Mädchen wird im Vergleich zu Jungen von den Eltern deutlich seltener als sehr gut eingeschätzt.**

der Anteil der Mädchen mit sehr guter Gesundheit (45,3%) deutlich unter dem der Jungen (52,4%). In dieser Altersgruppe ist bei Mädchen im Vergleich zu Jüngeren nicht nur der Anteil mit sehr guter Gesundheit geringer als der mit guter Gesundheit, sondern auch der Anteil mit nur mittelmäßiger oder schlechter Gesundheit liegt deutlich über dem jüngerer Mädchen (Tabelle 1). Bei Jungen zeigt sich zwar wie bei Mädchen ein Rückgang des Anteils mit sehr guter Gesundheit, allerdings steigt gleichzeitig vor allem der Anteil derer mit gut eingeschätzter Gesundheit, sodass bei Jungen die Gruppe mit nur mittelmäßiger oder schlechter Gesundheit über die Altersgruppen hinweg nur geringfügig zunimmt (Tabelle 1).

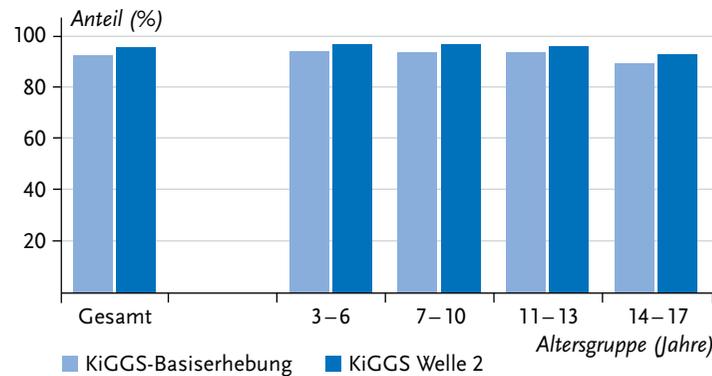
Für die Gruppe der Jugendlichen unterstützen damit auch die aktuellen Elternangaben zur allgemeinen Gesundheit den bereits aus der KiGGS-Basiserhebung in Bezug auf die Selbstangaben der Jugendlichen bekannten Befund: 14- bis 17-jährige Mädchen schätzen im Vergleich zu Jungen ihren Gesundheitszustand deutlich häufiger als mittelmäßig bis sehr schlecht ein [14]. Auch in den aktuellen Daten der KiGGS Welle 2 lässt sich dieser Unterschied zwischen den Selbsteinschätzungen von jugendlichen Mädchen und Jungen wieder ablesen (Daten nicht gezeigt). Damit zeigt sich in den Daten der KiGGS-Studie für Deutschland über die Jahre ein auch für andere Länder berichtetes Phänomen: Während Mädchen und Jungen bis zu einem Alter von 13 Jahren ihre Gesundheit gleich häufig als mittelmäßig oder schlecht bewerten, liegt dieser Anteil im Jugendalter bei Mädchen etwa doppelt so hoch wie bei Jungen [1]. Diskutierte Erklärungsansätze berücksichtigen die Tatsache, dass in der Pubertät die Entwicklungsaufgaben nicht nur insgesamt komplexer, sondern auch

geschlechtsspezifischer werden und bei Mädchen und Jungen mit verschiedenen physiologischen und psychischen Belastungen verbunden sind [15]. Außerdem wird auf geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wahrnehmung und Bewältigung von Anforderungen und Belastungen verwiesen [16, 17].

Darüber hinaus machen die Daten der KiGGS Welle 2 wie bereits die Daten der vorherigen Erhebungen der KiGGS-Studie deutlich, dass die Chancen für ein Aufwachsen in sehr guter oder guter Gesundheit nicht gleich verteilt sind: Bei Mädchen wie bei Jungen besteht weiterhin ein sehr ausgeprägter sozialer Gradient zwischen Kindern aus Familien mit hohem, mittlerem und niedrigem Sozialstatus. Demzufolge ist der Anteil der Eltern, die den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder als sehr gut oder gut einstufen, umso größer, je höher der Sozialstatus der jeweiligen Familie ist [10].

Über die letzten zehn Jahre zeigen die Daten der KiGGS-Studie mit ihren drei Erhebungszeitpunkten KiGGS-Basiserhebung, KiGGS Welle 1 und KiGGS Welle 2 deutlich eine zunehmend positive Elterneinschätzung der allgemeinen Gesundheit für die große Mehrheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland [13]. Im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung ist dieser Anteil in KiGGS Welle 2 noch höher (Abbildung 1 und Abbildung 2). Eine differenzierende Analyse der subjektiven und objektiven Anteile dieses Trends ist mit der selbsteingeschätzten Gesundheit selbst jedoch nicht möglich [18, 19]. Wichtig wird hier die Gesamtschau der Entwicklungen von in KiGGS erhobenen Indikatoren zur körperlichen und psychischen Gesundheit, zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und zu Lebensumständen sein, die wertvolle Informationen für ein umfas-

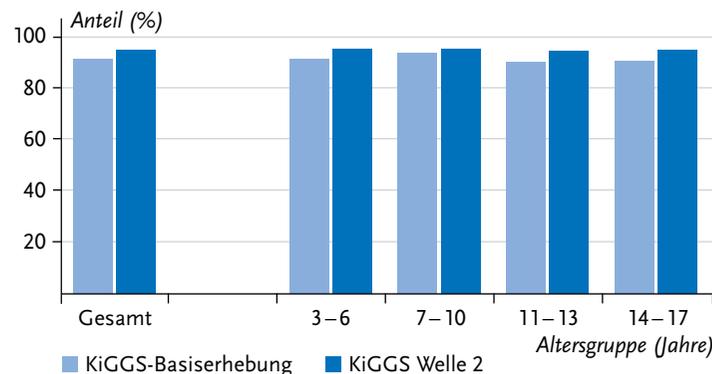
**Abbildung 1**  
Prävalenz elternberichteter sehr guter oder guter allgemeiner Gesundheit nach Alter im Vergleich zwischen KiGGS-Basiserhebung (n=7.173) und KiGGS Welle 2 (n=6.682) für 3- bis 17-jährige Mädchen  
Quelle: KiGGS-Basiserhebung (2003–2006), KiGGS Welle 2 (2014–2017)



sendes Gesundheitsmonitoring im zeitlichen Verlauf (Trend) geben werden. Ohne Zweifel jedoch bleibt die subjektive Gesundheit ein wichtiger integrativer Indikator zur Erfassung der gesundheitlichen Lage bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, wie schon die nach Geschlecht, Alter und Sozialstatus differenzierten Auswertungen verdeutlichen. So unterstreicht der in den aktuellen Daten abzulesende Befund, dass Eltern mit niedrigem Sozialstatus deutlich häufiger als Eltern mit mittlerem und hohem Sozialstatus zu einer mittelmäßigen, schlechten oder sehr schlechten Bewertung der Gesundheit ihrer

**Der Anteil der Eltern, die den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder als sehr gut oder gut einstufen, ist umso größer, je höher der Sozialstatus der jeweiligen Familie ist.**

**Abbildung 2**  
Prävalenz elternberichteter sehr guter oder guter allgemeiner Gesundheit nach Alter im Vergleich zwischen KiGGS-Basiserhebung (n=7.457) und KiGGS Welle 2 (n=6.633) für 3- bis 17-jährige Jungen  
Quelle: KiGGS-Basiserhebung (2003–2006), KiGGS Welle 2 (2014–2017)



Kinder gelangen, die Notwendigkeit gesamtgesellschaftlicher Strategien zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten sowie den Bedarf an zielgruppenspezifischen Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung [10].

Insgesamt liefern die bevölkerungsbasierten Querschnittdaten von KiGGS Welle 2 Angaben zur aktuellen Gesundheitslage und den Faktoren, mit denen Gesundheit und Gesundheitsverhalten zusammenhängen, und ermöglichen die Beurteilung von Entwicklungen über die Zeit. Offen bleiben Fragen nach Faktoren, die trotz schwieriger sozialer und gesundheitlicher Entwicklungsbedingungen eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen hin zu jungen Erwachsenen fördern und wo Ansatzpunkte für zielgruppenspezifische Interventionen liegen könnten. Zur Beantwortung dieser Fragen werden Auswertungen der aktuellen Befragungs- und Untersuchungsdaten der wiederholt kontaktierten Teilnehmenden der KiGGS-Kohorte sowie eine Weiterführung der KiGGS-Kohorte in Zukunft beitragen können.

#### Korrespondenzadresse

Dr. Christina Poethko-Müller  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
E-Mail: [Poethko-MuellerC@rki.de](mailto:Poethko-MuellerC@rki.de)

#### Zitierweise

Poethko-Müller C, Kuntz B, Lampert T, Neuhauser H (2018)  
Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends.  
Journal of Health Monitoring 3(1): 8–15.  
DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-004

### Datenschutz und Ethik

KiGGS Welle 2 unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes. Die Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover hat die Studie unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und ihr zugestimmt (Nr. 2275-2014). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden beziehungsweise ihre Sorgeberechtigten wurden über die Ziele und Inhalte der Studie 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 korrespondierende Autorin gibt für sich, die Koautorinnen und Koautoren 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.

Die 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. Currie D, Elgar F, Augustson L et al. (2016) Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 7. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark
2. Idler EL, Benyamini Y (1997) Self-rated health and mortality. A review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 38(1):21-37
3. Latham K, Peek CW (2013) Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 68(1):107-116
4. Breidablik HJ, Meland E, Lydersen S (2008) Self-rated health in adolescence: A multifactorial composite. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 36(1):12-20
5. Vingilis E, Wade TJ, Seeley JS (2002) Predictors of adolescent self-rated health. *Can J Pub Health* 93(3):193-197
6. Neuhauser H, Poethko-Müller C, Kurth BM (2016) Prognostic value of a single item child health indicator (self-rated health) for health outcomes. *European Journal of Public Health* 26(Supplement 1):298-299
7. 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. <http://edoc.rki.de/oa/articles/rekFFwugGEtdg/PDF/24sGMwqd-HPGZk.pdf> (Stand: 07.02.2018)
8. 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. [www.rki.de/journalhealthmonitoring](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring) (Stand: 15.03.2018)
9. de Bruin A, Pivacet H, Nossikov A (1996) Health interview surveys: towards harmonization of methods and instruments. WHO Regional Publications European Series, Copenhagen
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. [www.rki.de/journalhealthmonitoring](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring) (Stand: 15.03.2018)
11. Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2017) Mikrozensus, 2013, eigene Berechnungen.

[www.forschungsdatenzentrum.de/bestand/mikrozensus/](http://www.forschungsdatenzentrum.de/bestand/mikrozensus/) (Stand: 20.11.2017)

12. Lange M, Kamtsiuris P, Lange C et al. (2007) Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50(5-6):578-589.  
<http://edoc.rki.de/oa/articles/relLuGwoip3A/PDF/2oAGe-A6CgHyps.pdf> (Stand: 07.02.2018)
13. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Subjektive Gesundheit. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009–2012.  
[www.kiggs-studie.de](http://www.kiggs-studie.de) (Stand: 07.02.2018)
14. Robert Koch-Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin.  
[http://edoc.rki.de/documents/rki\\_fv/relXEvoVYRBk/PDF/25VQivifMG6zQ77.pdf](http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/relXEvoVYRBk/PDF/25VQivifMG6zQ77.pdf) (Stand: 07.02.2018)
15. Ravens-Sieberer U, Torsheim T, Hetland J et al. (2009) Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. Int J Public Health 54 Suppl 2:151-159
16. Eschenbeck H, Kohlmann C, Lohaus A (2007) Gender Differences in Coping Strategies in Children and Adolescents. Journal of Individual Differences 28:18-26
17. Joffer J, Jerdén L, Öhman A et al. (2016) Exploring self-rated health among adolescents: a think-aloud study. BMC Public Health 16:156
18. Salomon JA, Nordhagen S, Oza S et al. (2009) Are Americans feeling less healthy? The puzzle of trends in self-rated health. Am J Epidemiol 170(3):343-351
19. Waller Lidström M, Wennberg P, Lundqvist R et al. (2017) Time trends of comparative self-rated health in adults aged 25-34 in the Northern Sweden MONICA study, 1990-2014. PLOS ONE 12(11):e0187896

## 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,  
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](mailto:healthmonitoring@rki.de)  
[www.rki.de/journalhealthmonitoring](http://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