

Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS)

Hintergrund und Fragestellungen

Die Bedeutung der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit – auch als gesundheitsbezogene Lebensqualität bezeichnet – als ein wesentliches Beschreibungskriterium des Gesundheitszustandes ist vielfach betont worden. Im Gegensatz zu den klassischen medizinischen Kriterien zur Beurteilung des Gesundheitszustandes einer Person beinhaltet dieses Konzept die für viele Aspekte maßgebliche Sichtweise der Betroffenen hinsichtlich ihrer körperlichen Funktionsfähigkeit und ihres psychischen Wohlergehens [1, 2, 3]. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität bzw. subjektive Gesundheit wird allgemein als ein mehrdimensionales Konstrukt verstanden, das körperliche, emotionale, mentale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus der subjektiven Sicht der Betroffenen beinhaltet. Gesundheitsbezogene Lebensqualität beschreibt somit den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand bzw. die „erlebte Gesundheit“ [4]. Die Komponenten der Lebensqualität beziehen sich dabei auf die Dimensionen, entlang derer die

Betroffenen ihre gesundheitliche Situation wahrnehmen und beurteilen. Generell werden dabei eine physisch-körperliche, eine psychisch-emotionale und eine soziale Dimension als Hauptkomponenten angenommen [5]. Diese Hauptkomponenten lassen sich in weitere Subdimensionen und Facetten aufgliedern. Speziell für Kinder und Jugendliche relevante Dimensionen sind z. B. die Selbstwahrnehmung/Selbstwert, die wahrgenommene Qualität der Beziehung zu Eltern oder Freunden sowie das schulische Wohlbefinden [6].

Die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen stellt im Vergleich zu den Erwachsenen ein lange vernachlässigtes Thema dar, das aber in jüngerer Zeit zunehmend in den Blickpunkt der Gesundheitsforschung gerückt ist und auch auf Gemeinde- und nationaler Ebene zunehmend an Bedeutung hinsichtlich Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung gewinnt. Die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität kann dabei helfen, Subgruppen oder Individuen zu identifizieren, die ein höheres Risiko für Gesundheitsprobleme aufwei-

sen [7]. Außerdem trägt sie dazu bei, die mit einer bestimmten Erkrankung oder Behinderung verbundenen Belastungen zu bestimmen [8], und kann dabei helfen, mögliche Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und Funktionierens frühzeitig aufzudecken. Die Identifikation wichtiger Determinanten des gesundheitlichen Wohlbefindens von Kindern – wie z. B. sozioökonomische Faktoren, Gesundheitsverhaltensweisen, Schmerzen und akute und chronische Erkrankungen – kann dabei die Basis frühzeitiger Interventionen bilden [9].

Bisherige epidemiologische Untersuchungen zum Gesundheitszustand und -verhalten von Kindern und Jugendlichen im deutschen Sprachraum haben subjektive Gesundheitsparameter wie die gesundheitsbezogene Lebensqualität kaum berücksichtigt, repräsentative Normdaten zu diesem Themenbereich liegen bisher nicht vor. Im neuen Forschungsfeld der öffentlichen Gesundheit (Public Health) werden Studien benötigt, deren Schwerpunkt auf Prävention von Erkrankungen liegt. Hier ist von Interesse, wie die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern zu beschreiben ist und welche

Faktoren, wie z. B. Gesundheitsverhalten, sie beeinflussen. Die Befragung zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen wurde daher in den Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS) integriert.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Bestimmung von Referenzdaten zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland unter Verwendung eines international standardisierten Fragebogeninstrumentes, dem KINDL-R-Fragebogen zur Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen [10, 11]. Die Resultate dieser Arbeit können als repräsentative Normdaten für die Population der Kinder und Jugendlichen in Deutschland sowie stratifiziert für soziodemographische und sozioökonomische Subpopulationen zur Interpretation der Testwerte des KINDL-R-Instrumentes in zukünftigen Anwendungen genutzt werden.

Untersuchungsmethoden

Design und Stichprobe

Die KiGGS-Studie wurde von Mai 2003 bis Mai 2006 durch das Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführt. Ziel dieses bundesweiten Befragungs- und Untersuchungs-surveys war es, erstmals umfassende und bundesweit repräsentative Daten zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0–17 Jahren zu erheben. Konzept, Design und Durchführung des KiGGS werden in den ersten 6 Beiträgen in diesem Heft ausführlich beschrieben [12, 13, 14, 15, 16, 17]. Für die vorliegenden Auswertungen wurden die Testdaten von insgesamt 14.836 Kindern und Jugendlichen (7267 Mädchen und 7569 Jungen) im Alter von 3–17 Jahren aus 167 für die Bundesrepublik repräsentativen Städten und Gemeinden herangezogen. Die Teilnahmequote betrug 66,6 %. Um repräsentative Aussagen treffen zu können, wurden die Analysen mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Netto-Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2004) hinsichtlich Alter (in Jahren), Geschlecht, Region (Ost/West/Berlin) und Staatsangehörigkeit korrigiert. Um die Korrelation der Probanden inner-

halb einer Gemeinde zu berücksichtigen, wurden die Konfidenzintervalle und die p-Werte mit den SPSS-14-Verfahren für komplexe Stichproben bestimmt. Die statistischen Analysen erfolgten für den Gesamtdatensatz sowie stratifiziert für die Altersgruppen. Gruppenunterschiede mit p-Werten von kleiner als 0,05 oder mit 95 %-Konfidenzintervallen, die sich nicht überschneiden, werden als statistisch signifikant gewertet.

Auswertungsinhalte und Instrumente

Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde im Rahmen des KiGGS der KINDL-R-Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität [10] eingesetzt, der in epidemiologischen Untersuchungen bereits als Lebensqualitäts-Screening-Instrument psychometrisch geprüft wurde [18]. Während die meisten Lebensqualitätsinstrumente für Kinder in englischer Sprache entwickelt und in einem weiteren, methodologisch aufwendigen Schritt übersetzt wurden, liegt mit dem krankheitsübergreifenden revidierten KINDL-R-Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen ein deutschsprachiges Instrument vor, das bei klinischen Populationen, aber auch bei gesunden Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden kann. Der KINDL-R ist ein Fragebogen mit 24 likert-skalierten Items, der folgende 6 Dimensionen der Lebensqualität im Rückblick auf die letzte Woche erfasst:

- „Körperliches Wohlbefinden“ (z. B.: In der letzten Woche ... habe ich mich krank gefühlt, ... war ich müde und schlapp),
- „Emotionales Wohlbefinden“ (z. B.: ... habe ich viel gelacht und Spaß gehabt, ... habe ich mich ängstlich oder unsicher gefühlt),
- „Selbstwert“ (z. B.: ... war ich stolz auf mich, ... fühlte ich mich wohl in meiner Haut),
- „Wohlbefinden in der Familie“ (z. B.: ... habe ich mich gut mit meinen Eltern verstanden, ... habe ich mich zu Hause wohlfühlt),
- „Wohlbefinden in Bezug auf Freunde/Gleichaltrige“ (z. B.: ... bin ich bei an-

deren „gut angekommen“, ... habe ich mich mit meinen Freunden gut verstanden) und

- „Schulisches Wohlbefinden“ (z. B.: ... habe ich die Aufgaben in der Schule gut geschafft, ... habe ich Angst vor schlechten Noten gehabt).

Der KINDL-R-Fragebogen kommt der Forderung nach Berücksichtigung der kindlichen Entwicklungsfortschritte mit unterschiedlichen Versionen für verschiedene Altersgruppen nach und liegt sowohl in einer Selbstbeurteilungsversion als auch in einer Fremdbeurteilungsversion (Elternurteil) vor. Die Befragten können die Items mittels 5-stufiger Antwortkategorien (nie, selten, manchmal, oft, immer) beantworten. Außerdem kann ein übergreifender Messwert der gesundheitsbezogenen Lebensqualität aus allen 24 Items berechnet werden. Alle Messwerte werden auf Skalen von 0–100 Punkten angegeben, höhere Werte bezeichnen eine bessere Lebensqualität.

Zur Bestimmung der Lebensqualität verschiedener Subgruppen wurden mehrere soziodemographische Merkmale herangezogen. Berücksichtigt wurden das Alter (3–6, 7–10, 11–13, 14–17 Jahre), das Geschlecht, die Lage des Wohnortes in West- oder Ostdeutschland (inklusive Berlin) und der Migrationsstatus. Als Kinder mit Migrationshintergrund galten hierbei Kinder und Jugendliche, die selbst aus einem anderen Land zugewandert sind und von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist – oder deren beide Eltern zugewandert oder nicht deutsche Staatsangehörige sind. Zusätzlich wurde der sozioökonomische Status über den adaptierten [15] Winkler-Sozialschichtindex [19] ermittelt, der – unter Berücksichtigung von Einkommen, Bildung und Beruf – Haushalte in solche mit niedrigem, mittlerem und hohem sozioökonomischem Status klassifiziert.

Zur Identifikation wichtiger Determinanten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen wurde ein besonderer Versorgungsbedarf, das Vorhandensein von Schmerzen, das Vorliegen einer chronischen Erkrankung sowie das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten betrachtet. Ein besonderer

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007 · 50:810–818
 DOI 10.1007/s00103-007-0244-4
 © Springer Medizin Verlag 2007

U. Ravens-Sieberer · U. Ellert · M. Erhart

Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS)

Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland unter Verwendung des international zur Anwendung kommenden Fragebogeninstrumentes KINDL-R zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen untersucht. Im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KIGGS) beantworteten die Eltern von 14.836 Kindern und Jugendlichen im Alter von 3–17 Jahren sowie 6813 Kinder und Jugendliche (11 bis 17 Jahre) den KINDL-R. Die Reliabilität (Cronbach's alpha = 0,85) und Validität der Messung durch den KINDL-R wurde bestätigt. Die theoretisch zu erwartenden Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen Kindern und Jugendlichen aus unterschiedlichen sozialen Lagen und Kindern und Jugendlichen

mit unterschiedlichen Gesundheitszuständen konnten in den KINDL-R-Testwerten nachgewiesen werden (Effektgröße „d“ bis 1,52). Die Mittelwerte und Perzentile wurden für die Gesamtstichprobe sowie stratifiziert für Altersgruppen, Geschlecht, Region (Ost/West), Migrationstatus und sozioökonomischen Status berechnet. Die Ergebnisse dieser Studie können als repräsentative Normdaten für die Population der Kinder und Jugendlichen in Deutschland allgemein sowie stratifiziert für soziodemographische und sozioökonomische Subpopulationen zur Interpretation von Testwerten zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (KINDL-R) genutzt werden.

Schlüsselwörter

Gesundheitssurvey · Kinder · Jugendliche · KINDL-R · Lebensqualität

Health-Related Quality of Life of Children and Adolescents in Germany. Norm Data from the German Health Interview and Examination Survey (KiGGS)

Abstract

This study investigates the health-related quality of life of children and adolescents in Germany, using the internationally employed KINDL-R questionnaire for measuring the health-related quality of life of children and adolescents. In the National Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS) the parents of 14,836 children and adolescents aged 3–17 years completed the KINDL-R, as well as 6,813 children and adolescents (11–17 years old). The reliability (Cronbach's alpha = 0.85) and validity of the measurements using the KINDL-R were confirmed. The differences in health-related quality of life of children and adolescents from different social backgrounds and with different health statuses, which were to be expected

on theoretical grounds, were demonstrated by the KINDL-R scores (size of effect „d“ up to 1.52). The means and percentiles were calculated for the total sample as well as stratified by age group, sex, geographical region (East/West), migratory status and socio-economic status. The results of this study can be used as representative, normative data for the population of children and adolescents in Germany in general, as well as stratified for sociodemographic and socio-economic subpopulations, in order to interpret test scores on health-related quality of life (KINDL-R).

Keywords

Health Survey · Children · Adolescents · KINDL-R · Quality of life

Versorgungsbedarf als Ausdruck einer chronischen Erkrankung wurde durch den Children with Special Health Care Needs (CSHCN-) Screener [20] erfasst. Der durch die Eltern zu beantwortende CSHCN enthält 5 Frageabfolgen. Diese beziehen sich auf (A) die Einnahme oder den Bedarf an verschreibungspflichtigen Medikamenten, (B) einen erhöhten Bedarf an medizinischer, psychosozialer oder pädagogischer Unterstützung sowie (C) funktionale Einschränkungen in der Möglichkeit, Dinge zu tun, die die meisten gleichaltrigen Kinder tun können. Außerdem wird (D) die Inanspruchnahme oder der Bedarf für spezielle Therapien (Physiotherapie, Ergotherapie oder Sprachtherapie sowie (E) die Inanspruchnahme oder der Bedarf für Behandlungen und Beratungen wegen emotionaler, entwicklungs- oder verhaltensbezogener Probleme erfragt. Ausgehend von der Beantwortung der Fragen werden die Kinder als solche mit und ohne speziellen Gesundheitsversorgungsbedarf kategorisiert.

Zur Identifikation wichtiger weiterer Determinanten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen wurde das in der Selbstauskunft erfragte Vorhandensein von Schmerzen in den letzten 3 Monaten herangezogen sowie eine bestehende chronische Erkrankung (hier ein mögliches Asthmaleiden), die im Rahmen des ärztlichen Gesprächs erfragt wurde.

Zudem wurde die Belastung der seelischen Gesundheit durch psychische Symptome und Probleme über den Gesamtproblemwert des Strengths and Difficulties Questionnaires (SDQ) [21] aus der Elternperspektive erhoben. Der SDQ erfasst mit 25 Items auf 5 Skalen Probleme („Verhaltensprobleme“, „Emotionale Probleme“, „Hyperaktivität“, „Probleme mit Gleichaltrigen“) aber auch Stärken („Prosoziales Verhalten“). Durch die Addition der Problemskalenwerte kann ein Gesamtproblemwert berechnet werden. Dieser Gesamtproblemwert wird anhand von Cutt-Off-Werten aus der britischen Normierungsstichprobe (<http://www.sdqinfo.com/ScoreSheets/e5.pdf>), den Kategorien „unauffällig“, „grenzwertig“ oder „auffällig“ zugewiesen werden.

Tabelle 1

Interne Konsistenz und Faktorielle Validität (Ergebnisse MAP-Analyse) der KINDL-Elternskalen									
	3–6 Jahre (N = 3875)	7–10 Jahre (N = 4148)	11–13 Jahre (N = 3076)	14–17 Jahre (N = 3737)	Jungen (N = 7569)	Mädchen (N = 7267)	Migranten (N = 2229)	Nicht- Migranten (N = 12.545)	Gesamt (N = 14.836)
Körper									
Alpha	0,69	0,69	0,70	0,73	0,70	0,72	0,68	0,72	0,71
Success %	100	100	95	100	100	100	95	100	100
Psyche									
Alpha	0,58	0,62	0,66	0,67	0,64	0,62	0,63	0,63	0,63
Success %	90	90	90	95	90	90	90	90	90
Selbstwert									
Alpha	0,61	0,62	0,66	0,69	0,66	0,66	0,62	0,67	0,66
Success %	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Familie									
Alpha	0,63	0,68	0,74	0,74	0,72	0,71	0,64	0,73	0,71
Success %	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Freunde									
Alpha	0,65	0,66	0,68	0,66	0,68	0,64	0,59	0,68	0,66
Success %	90	90	95	95	95	90	90	95	95
Schule									
Alpha	0,65	0,61	0,61	0,64	0,67	0,66	0,67	0,67	0,67
Success %	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Gesamt									
Alpha	0,82	0,84	0,86	0,85	0,86	0,85	0,83	0,86	0,85
Success %	97	97	97	98	98	97	96	98	98

Ergebnisse

Itemcharakteristika, Reliabilität und Skalenstruktur des KINDL-R

Die Prüfung der Reliabilität und faktoriellen Validität des KINDL-R-Fragebogens erfolgte mit Hilfe des Multitrait Analysis Program des New England Medical Center der Tufts University in Boston (MAP) [22]. Das MAP-Programm geht vom Campbell'schen Multitrait Ansatz [23] aus und ermöglicht eine konfirmatorische Prüfung der postulierten Skalenstruktur des Fragebogens. Es liefert für jedes Item die Höhe seiner Korrelation mit der Gesamtskala (korrigiert für Überlappung) sowie eine Erfolgsstatistik für die Häufigkeit der Fälle einer höheren oder signifikant höheren Korrelation eines Items mit seiner eigenen Skala im Verhältnis zur Korrelation mit anderen Skalen. Diese Erfolgsstatistik, auch Skalenfit genannt, kann Werte zwischen 0 % und optimal 100 % annehmen und zeigt die faktorielle Validität des Fragebogens auf Itemebene an. Darüber hinaus wird der interne

Konsistenzkoeffizient Cronbach's Alpha angegeben.

Bei der Analyse des Fragebogens mit dem MAP-Programm ergab sich eine gute Ausnutzung der Skalenbreite transformiert auf Werte zwischen 0 und 100 (Optimum) ohne nennenswerte Decken- oder Bodeneffekte. Die Eltern der Kinder bewerteten die Lebensqualität überwiegend positiv. Die auf 0–100 transformierten Subskalen erreichen Werte um 80. Für das gesamte Messmodell des KINDL-R beträgt der Skalenfit nach MAP 98 %. Der Skalenfit betrug über 90 % für alle Subskalen, er variiert über die Skalen und verschiedenen Subgruppen von 90 %–100 % und erfüllt damit die in der internationalen Literatur spezifizierten Kriterien [22]. Cronbach's Alpha als Maß für die interne Konsistenz erreichte für fast alle Subskalen Werte um $\alpha = 0,70$, für die Gesamtskala wurde ein Konsistenzkoeffizient von $\alpha = 0,85$ erreicht, er variiert über die Altersgruppen zwischen $\alpha = 0,82$ (3–6 Jahre) und $\alpha = 0,86$ (11–13 Jahre).

Insgesamt werden die Items des KINDL-R von den Eltern in konsistenter

Form beantwortet. Die hieraus resultierende prinzipielle Messgenauigkeit erfüllt für den Gesamtwert und die Skalen „Körper“ und „Selbstwert“ die Anforderungen für Gruppenvergleiche und liegt für die anderen Skalen nur geringfügig unterhalb des Grenzwertes von 0,70 für Gruppenvergleiche [24]. Für die jüngeren Kinder ergeben sich tendenziell etwas geringere Werte. Die Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen sind vernachlässigbar gering. Zwar ergeben sich für die Population der Migranten tendenziell etwas geringere Cronbach-alpha-Werte als für die Nicht-Migranten, die Unterschiede haben jedoch keine praktische Relevanz bezüglich der Anwendbarkeit des KINDL-R (■ Tabelle 1).

Lebensqualität der untersuchten Kinder und Jugendlichen

Der aus den Elternangaben ermittelte durchschnittliche Gesamtwert der Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen beträgt 76,9 Punkte, die Mittelwerte der Subskalen variieren von 69,7–80,9 Punk-

Tabelle 2

Mittlere Skalenwerte der KINDL-Skalen stratifiziert für Altersgruppen und Geschlecht (Elternangaben)

	Total		Körper		Psyche		Selbstwert		Familie		Freunde		Schule	
	MW	95%-KI	MW	95%-KI	MW	95%-KI	MW	95%-KI	MW	95%-KI	MW	95%-KI	MW	95%-KI
3–6 Jahre														
Jungen	79,4	(79,0–79,9)	80,6	(79,7–81,5)	82,8	(82,2–83,4)	72,5	(71,8–73,3)	80,0	(79,4–80,5)	79,0	(78,4–79,6)	81,9	(81,1–82,7)
Mädchen	80,7	(80,2–81,1)	79,9	(78,9–80,8)	83,3	(82,8–83,8)	74,7	(74,0–75,3)	81,5	(80,9–82,0)	80,5	(79,8–81,1)	85,8	(85,1–86,5)
Gesamt	80,0	(79,7–80,4)	80,2	(79,5–81,0)	83,0	(82,6–83,4)	73,6	(73,1–74,1)	80,7	(80,3–81,1)	79,7	(79,3–80,2)	83,8	(83,3–84,3)
7–10 Jahre														
Jungen	78,7	(78,3–79,1)	81,1	(80,3–81,9)	82,0	(81,4–82,6)	70,3	(69,6–71,0)	79,2	(78,6–79,8)	78,1	(77,4–78,7)	81,9	(81,2–82,5)
Mädchen	79,3	(78,9–79,7)	79,9	(79,1–80,7)	82,5	(81,9–83,2)	71,2	(70,6–71,8)	80,5	(79,9–81,1)	78,6	(78,0–79,3)	83,3	(82,6–84,0)
Gesamt	79,0	(78,7–79,3)	80,5	(79,9–81,2)	82,3	(81,9–82,7)	70,8	(70,3–71,2)	79,8	(79,4–80,3)	78,3	(77,8–78,8)	82,6	(82,1–83,0)
11–13 Jahre														
Jungen	75,0	(74,4–75,6)	76,0	(75,1–77,0)	79,4	(78,6–80,3)	67,3	(66,5–68,2)	76,4	(75,6–77,2)	77,1	(76,2–77,9)	73,8	(72,9–74,8)
Mädchen	75,2	(74,6–75,7)	74,6	(73,6–75,7)	79,2	(78,5–79,9)	67,8	(66,9–68,7)	76,7	(75,9–77,5)	76,4	(75,6–77,2)	76,3	(75,4–77,2)
Gesamt	75,1	(74,6–75,6)	75,4	(74,6–76,1)	79,3	(78,7–79,9)	67,5	(66,9–68,2)	76,6	(75,9–77,2)	76,7	(76,1–77,4)	75,0	(74,3–75,8)
14–17 Jahre														
Jungen	74,3	(73,8–74,8)	76,8	(75,9–77,6)	79,5	(78,9–80,1)	67,5	(66,7–68,3)	76,0	(75,2–76,8)	77,9	(77,2–78,6)	68,2	(67,3–69,1)
Mädchen	73,0	(72,4–73,6)	69,6	(68,6–70,6)	78,7	(77,9–79,5)	66,8	(66,0–67,5)	76,5	(75,6–77,4)	76,7	(76,0–77,4)	69,8	(68,9–70,7)
Gesamt	73,7	(73,3–74,1)	73,3	(72,6–74,0)	79,1	(78,6–79,6)	67,1	(66,5–67,7)	76,3	(75,7–76,8)	77,3	(76,8–77,8)	69,0	(68,3–69,6)
Gesamt														
Jungen	76,8	(76,6–77,1)	78,7	(78,1–79,2)	80,9	(80,6–81,2)	69,4	(69,0–69,8)	77,9	(77,5–78,3)	78,0	(77,7–78,4)	75,9	(75,5–76,4)
Mädchen	76,9	(76,6–77,2)	75,7	(75,2–76,3)	80,9	(80,5–81,3)	70,0	(69,6–70,4)	78,8	(78,4–79,2)	78,1	(77,7–78,4)	78,1	(77,6–78,6)
Gesamt	76,9	(76,7–77,1)	77,2	(76,8–77,7)	80,9	(80,7–81,2)	69,7	(69,4–70,0)	78,3	(78,0–78,6)	78,0	(77,8–78,3)	77,0	(76,6–77,3)

ten. Über die Altersgruppen hinweg verringert sich der Gesamtwert der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von 80,0 Punkten bei den 3- bis 6-jährigen auf 73,7 Punkte bei den 14- bis 17-jährigen. Dieser Trend findet sich auch in den Skalen „Schule“ und „Körper“ sowie etwas schwächer ausgeprägt in den Skalen „Selbstwert“, „Familie“ und „Psyche“. Die Abnahme der Lebensqualität über das Alter ist bei den Mädchen stärker ausgeprägt als bei den Jungen. Mädchen weisen in der Skala „Körper“ eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität auf als Jungen, dieser Unterschied zeigt sich bei den 11- bis 13-jährigen und bei den 14- bis 17-jährigen (■ **Tabelle 2**).

■ **Tabelle 3** zeigt, dass Kinder aus Familien mit einem höheren Sozialstatus eine höhere generelle Lebensqualität aufweisen als Kinder aus Familien mit einem mittleren oder niedrigen Sozialstatus. Diese Unterschiede finden sich in allen Altersgruppen mit Ausnahme der 3- bis 6-jährigen. Dieser Effekt entspricht mit einem „d“-Effektstärkemaß von 0,19 einem kleinen Effekt. In der Gruppe der 7- bis 10-jährigen verfügen Kinder mit Migrationshintergrund nach den An-

gaben ihrer Eltern über eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität als gleichaltrige Nicht-Migranten. Die Eltern ostdeutscher Kinder berichten in der Gruppe der 3- bis 6-jährigen eine etwas höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder als Eltern gleichaltriger Kinder aus Westdeutschland.

Die 11- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen hatten die Möglichkeit, in einer selbst auszufüllenden Version des KINDL-R-Fragebogens eigene Angaben zu ihrer Lebensqualität zu machen. Die Ergebnisse sind in ■ **Tabelle 4** dargestellt: Der Mittelwert der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (KINDL Total) beträgt 72,6 Punkte. Die Mittelwerte der Subskalen variieren zwischen 58,3 und 81,1 Punkten. In allen Skalen, mit Ausnahme der Schulskala, berichten Jungen eine statistisch signifikant höhere Lebensqualität als Mädchen. Für die 11- bis 13-jährigen verfehlen diese Unterschiede in der Skala „Psyche“ und der Skala „Familie“ allerdings die statistische Signifikanz. Auch in der selbst berichteten Lebensqualität ist bis auf eine Ausnahme eine Abnahme über das Alter zu erkennen. Im Unterschied zu den Elternangaben nimmt

die selbst berichtete Lebensqualität im Bereich Selbstwert bei den 14- bis 17-jährigen gegenüber den 11- bis 13-jährigen Mädchen und Jungen zu.

Hinsichtlich verschiedener Belastungsfaktoren (■ **Abb. 1**) weisen Kinder und Jugendliche mit einem speziellen Versorgungsbedarf – ermittelt mit dem CSHCN-Instrument – eine stark verminderte Lebensqualität im KINDL-R-Gesamtwert im Elternbericht auf, im Vergleich zu Kindern, die keinen solchen Versorgungsbedarf haben (Effektstärke „d“ = 0,59).

Auch das Vorhandensein von Schmerzen in den letzten 3 Monaten ist negativ mit der Lebensqualität assoziiert („d“ = 42), d. h., je mehr Schmerzen auftreten, desto geringer wird die Lebensqualität eingeschätzt.

Eine weitere Gruppe mit theoretisch zu erwartender verringerter Lebensqualität stellen Kinder und Jugendliche dar, die an lang dauernden und belastenden chronischen Erkrankungen, wie z. B. Asthma, leiden. Die mit chronischen Erkrankungen wie Asthma einhergehenden Lebensqualitätsbeeinträchtigungen schlagen sich in verminderten Lebensqualitätswerten auf der Gesamtskala nieder: Kinder und

Tabelle 3

Lebensqualität (Gesamtwert nach Elternangaben) verschiedener soziodemographischer Gruppen

	MW	Test auf Trend p-Wert (Effektstärke „d“)	95%-KI	P10	P25	P50	P75	P90	Gültige (ungew.) Anzahl	keine Angabe %
3–6 Jahre										
Jungen	79,4	0,000	79,0–79,9	69,8	74,0	80,2	85,0	89,6	1 884	3,7
Mädchen	80,7	(0,15)	80,2–81,1	70,8	76,0	81,3	86,5	90,6	1 857	3,4
Ost	81,5	0,000	81,0–81,9	71,9	77,1	82,3	86,5	90,6	1 273	2,5
West	79,8	(0,21)	79,4–80,1	69,8	75,0	80,2	85,4	89,6	2 468	3,8
Migrant	79,6	0,242	78,7–80,4	68,5	74,0	80,2	86,5	90,6	486	13,9
Nicht-Migrant	80,1	(0,07)	79,8–80,5	69,8	75,0	80,2	85,4	89,6	3 233	1,1
Niedriger Sozialstatus	79,7		79,1–80,3	68,8	74,0	80,2	85,4	90,0	1 012	4,3
Mittlerer Sozialstatus	80,2	0,169	79,7–80,6	70,0	75,0	81,0	85,4	89,6	1 687	1,7
Hoher Sozialstatus	80,3	(0,07)	79,7–80,8	70,8	76,0	80,2	85,4	90,0	1 023	0,6
7–10 Jahre										
Jungen	78,7	0,055	78,3–79,1	66,7	74,0	80,2	85,4	89,6	2 069	2,7
Mädchen	79,3	(0,06)	78,9–79,7	67,7	74,0	80,2	85,4	89,6	1 959	3,1
Ost	79,1	0,832	78,4–79,8	67,7	74,0	80,2	85,4	89,6	1 328	2,2
West	79,0	(0,01)	78,7–79,3	67,7	74,0	80,2	85,4	89,6	2 700	3,0
Migrant	77,9	0,007	77,0–78,7	65,9	72,7	78,1	84,4	89,6	522	12,9
Nicht-Migrant	79,2	(0,15)	78,9–79,5	67,7	74,0	80,2	85,4	89,6	3 492	0,6
Niedriger Sozialstatus	77,4		76,8–78,0	64,3	71,3	78,8	84,4	88,5	1 103	3,3
Mittlerer Sozialstatus	79,2	0,000	78,8–79,7	67,7	74,0	80,2	85,4	89,6	1 852	0,9
Hoher Sozialstatus	80,2	(0,31)	79,6–80,8	70,0	76,0	81,3	85,4	89,6	1 062	0,4
11–13 Jahre										
Jungen	75,0	0,709	74,4–75,6	61,5	68,8	76,0	82,3	87,5	1 523	4,6
Mädchen	75,2	(0,01)	74,6–75,7	62,5	69,8	76,0	81,5	86,5	1 444	3,2
Ost	75,3	0,710	74,3–76,2	62,5	69,8	76,0	81,5	86,5	984	4,6
West	75,1	(0,02)	74,5–75,6	61,5	69,0	76,0	82,3	86,5	1 983	3,8
Migrant	74,6	0,342	73,5–75,7	60,4	68,8	75,0	81,5	87,0	405	16,5
Nicht-Migrant	75,2	(0,06)	74,7–75,7	61,5	69,8	76,0	82,3	86,5	2 562	1,0
Niedriger Sozialstatus	74,1		73,2–75,1	59,4	67,7	75,0	81,5	87,0	811	4,4
Mittlerer Sozialstatus	75,0	0,001	74,4–75,7	61,5	69,8	76,0	81,8	86,5	1 434	1,2
Hoher Sozialstatus	76,3	(0,21)	75,5–77,1	63,6	70,8	77,1	82,3	87,5	708	
14–17 Jahre										
Jungen	74,3	0,002	73,8–74,8	60,4	67,7	75,0	82,3	86,5	1 801	5,6
Mädchen	73,0	(0,12)	72,4–73,6	59,4	66,7	74,0	80,2	85,4	1 755	4,2
Ost	74,2	0,070	73,6–74,9	61,5	68,8	75,0	81,3	85,4	1 226	3,8
West	73,5	(0,07)	73,0–74,0	59,4	67,0	74,0	81,3	86,5	2 330	5,2
Migrant	73,5	0,705	72,5–74,5	59,4	67,0	74,0	81,3	86,5	458	18,9
Nicht-Migrant	73,7	(0,02)	73,3–74,1	59,4	67,7	75,0	81,3	86,5	3 098	2,0
Niedriger Sozialstatus	72,9		72,2–73,7	58,3	66,7	74,0	80,2	85,9	904	3,6
mittlerer Sozialstatus	73,7	0,010	73,1–74,3	59,4	67,7	74,0	81,3	86,5	1 728	0,8
Hoher Sozialstatus	74,4	(0,13)	73,6–75,1	61,5	68,8	75,0	81,3	86,5	896	0,5
Gesamt										
Jungen	76,8	0,730	76,6–77,1	63,5	70,8	78,1	83,3	88,5	7 277	4,2
Mädchen	76,9	(0,01)	76,6–77,2	63,5	70,8	78,1	84,1	88,5	7 015	3,5
Ost	77,1	0,202	76,7–77,5	64,1	71,9	78,1	83,3	88,5	4 811	3,3
West	76,8	(0,03)	76,6–77,1	63,5	70,8	78,1	83,7	88,5	9 481	4,0
Migrant	76,4	0,053	75,9–76,9	63,0	70,7	77,2	83,3	88,6	1 871	15,7
Nicht-Migrant	76,9	(0,05)	76,7–77,2	63,5	71,7	78,1	83,8	88,5	12 385	1,2
Niedriger Sozialstatus	76,0		75,6–76,4	62,5	69,8	77,1	83,3	88,5	3 830	3,8
Mittlerer Sozialstatus	76,9	0,000	76,5–77,2	63,5	71,1	78,1	83,7	88,5	6 701	1,1
Hoher Sozialstatus	77,8	(0,19)	77,4–78,2	65,6	72,9	79,2	84,4	88,5	3 689	0,4

Tabelle 4

Mittlere Skalenwerte der KINDL-Subskalen stratifiziert für Altersgruppen und Geschlecht (Eigenangaben der 11- bis 17-Jährigen)

	Total		Körper		Psyche		Selbstwert		Familie		Freunde		Schule	
	MW	95%-KI	MW	95%-KI	MW	95%-KI	MW	95%-KI	MW	95%-KI	MW	95%-KI	MW	95%-KI
11–13 Jahre														
Jungen	75,3	(74,7–75,9)	76,3	(75,4–77,1)	83,1	(82,5–83,7)	57,6	(56,4–58,7)	83,9	(83,2–84,6)	81,0	(80,2–81,8)	70,1	(69,0–71,2)
Mädchen	73,8	(73,1–74,5)	71,6	(70,7–72,6)	82,6	(81,8–83,5)	54,5	(53,5–55,6)	84,0	(83,1–84,8)	79,5	(78,5–80,5)	70,7	(69,6–71,8)
Gesamt	74,6	(74,1–75,0)	74,0	(73,4–74,6)	82,9	(82,4–83,4)	56,1	(55,2–56,9)	83,9	(83,3–84,5)	80,3	(79,6–80,9)	70,4	(69,5–71,3)
14–17 Jahre														
Jungen	73,0	(72,5–73,5)	72,6	(71,8–73,3)	81,1	(80,4–81,8)	62,3	(61,4–63,2)	81,6	(80,8–82,4)	76,4	(75,7–77,2)	64,0	(63,1–64,9)
Mädchen	69,5	(68,9–70,1)	64,0	(63,0–65,0)	78,7	(78,0–79,5)	57,0	(56,2–57,9)	79,6	(78,8–80,5)	74,7	(73,8–75,5)	62,7	(61,7–63,7)
Gesamt	71,3	(70,9–71,7)	68,4	(67,8–69,0)	79,9	(79,4–80,5)	59,7	(59,1–60,3)	80,6	(80,1–81,2)	75,6	(75,0–76,1)	63,3	(62,6–64,0)
Gesamt														
Jungen	73,9	(73,5–74,3)	74,0	(73,5–74,6)	81,9	(81,4–82,4)	60,4	(59,7–61,2)	82,5	(82,0–83,0)	78,2	(77,6–78,8)	66,4	(65,7–67,1)
Mädchen	71,2	(70,8–71,6)	67,0	(66,3–67,8)	80,3	(79,7–80,8)	56,1	(55,4–56,7)	81,3	(80,7–82,0)	76,6	(76,0–77,2)	65,9	(65,2–66,6)
Gesamt	72,6	(72,3–72,9)	70,6	(70,1–71,1)	81,1	(80,7–81,5)	58,3	(57,8–58,7)	81,9	(81,5–82,3)	77,4	(77,0–77,8)	66,1	(65,6–66,7)

Jugendliche, die unter Asthma leiden, weisen im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne Asthma eine verringerte Lebensqualität auf („d“ = 0,22).

Der außerdem zu erwartende Zusammenhang mit psychischer Auffälligkeit, gemessen mit dem SDQ, lässt sich ebenfalls erkennen: Psychisch auffällige Kinder und Jugendliche weisen im Gesamtwert des KINDL signifikant niedrigere Werte auf als unauffällige oder grenzwertig klassifizierte Kinder. Besonders starke Einschränkungen der durch die Eltern berichteten Lebensqualität finden sich bei den durch psychische Probleme (nach SDQ) auffälligen Kindern und Jugendlichen, im Vergleich zu solchen,

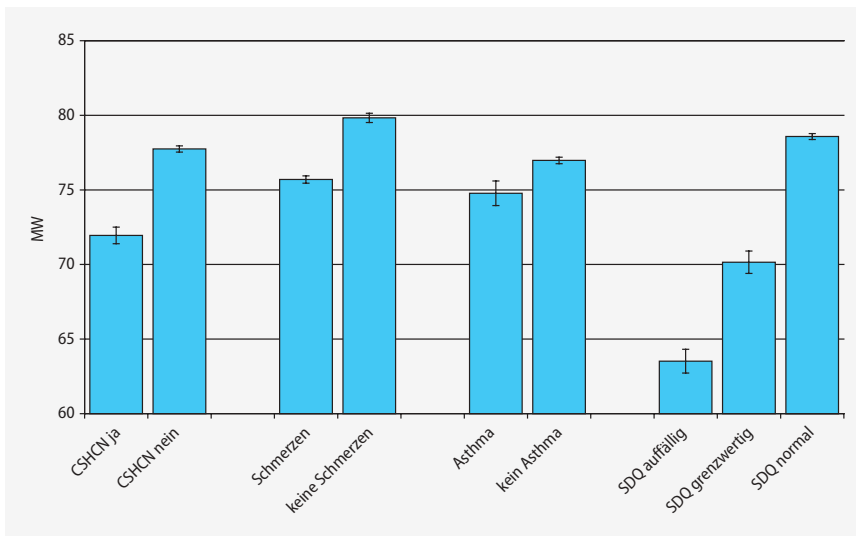
die keine Auffälligkeiten im SDQ zeigen („d“ = 1,52). Kinder und Jugendliche, die nach dem SDQ als grenzwertig klassifiziert werden, verfügen nach den Elternangaben über eine Lebensqualität, die etwa 7 Punkte über der von Kindern mit auffälliger Symptombelastung liegt, aber gleichzeitig immer noch 8 Punkte unter der von Kindern, die im SDQ-Elternurteil unauffällig waren.

Diskussion

Insgesamt weisen die Ergebnisse auf eine gute Akzeptanz des KINDL-R-Fragebogens, ausreichende psychometrische Güte und brauchbare Validität und damit die

Eignung des Fragebogens zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Surveys von Kindern und Jugendlichen hin. Die Ergebnisse der psychometrischen Prüfung bestätigen die Gültigkeit des KINDL-R-Messmodells. Die Zuordnung der Skalen zu den 6 Inhaltsbereichen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erscheint gerechtfertigt. Die Korrelationsmuster zwischen den Items spiegeln somit die theoretisch angenommene Skalenstruktur des Instrumentes wider. Auch über die einzelnen Altersgruppen, Mädchen und Jungen sowie Migranten und Nicht-Migranten konnte die Struktur des KINDL-R bestätigt werden. Dies kann als Hinweis für die Verwendbarkeit des KINDL-R zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in den genannten Gruppen in Surveys gelten.

Die aus dieser Untersuchung gewonnenen repräsentativen Normdaten für die KINDL-R-Skalen liegen im Bereich von 69,7–80,3 Punkten für die Elternskalen und 58,3–81,9 Punkten für die Selbstanangaben für Kinder und Jugendliche auf der von 0–100 Punkte reichenden Skala. Es finden sich –wenn auch nur gering ausgeprägte– Unterschiede bezüglich Mädchen und Jungen sowie älteren und jüngeren Kindern und Jugendlichen. Auch bezüglich der Wohnlage in Ost- bzw. Westdeutschland lässt sich, bis auf die Gruppe der 3- bis 6-jährigen Kinder, kein Unterschied in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität feststellen.


Abb. 1 ▲ **Determinanten der Lebensqualität im KINDL-Gesamtwert (Elternangaben)**

Für Migrantenkinder könnte aus theoretischer Sicht eine durch die durchschnittlich schlechtere soziale Lage (vgl. Beitrag von M. Erhart et al. in diesem Heft) [25] bedingte Beeinträchtigung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität vermutet werden. Interessanterweise trifft dies jedoch nur auf die Gruppe der 6- bis 10-Jährigen zu, für die anderen Altersgruppen und die Gesamtstichprobe findet sich kein signifikanter Unterschied. Dieses Resultat ist insofern bemerkenswert, als der sozioökonomische Status durchaus mit der Lebensqualität assoziiert ist: Kinder aus Familien mit niedrigem sozialem Status weisen durchschnittlich eine niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität auf als Kinder aus Familien mit mittlerem sozialem Status, die wiederum von Kindern aus Familien mit hohem sozialem Status übertroffen werden. Diese Unterschiede wurden bereits in anderen Studien beobachtet [26] und sind auch aus theoretischer Sicht zu erwarten: Verschiedene Mechanismen der Verbindung zwischen sozioökonomischem Status und dem Wohlbefinden bzw. der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen werden derzeit diskutiert. Die meisten Ansätze beziehen sich auf Unterschiede im Zugang zu materiellen und sozialen Ressourcen oder Reaktionen auf stressinduzierende Bedingungen, denen Kinder und Jugendliche ausgesetzt sind [27].

Deutlich wird die Beeinträchtigung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit einem speziellen Versorgungsbedarf als Ausdruck einer chronischen Erkrankung oder Behinderung, selbst berichteten Schmerzen oder Asthma. Auch bezüglich dieser Faktoren ist aus theoretischer Sicht mit Beeinträchtigungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu rechnen, da chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter einen Stressor darstellen können, der das Wohlbefinden der Betroffenen in physischer, emotionaler, sozialer und funktionaler Hinsicht beeinträchtigt [28].

Besonders für den Bereich der mentalen Gesundheit findet sich eine starke Assoziation mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Beeinträchtigungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gehen mit einem hohen Ausmaß an

psychischen Auffälligkeiten einher. Viele Symptome wirken sich hierbei entweder direkt (wie z. B. Ängste oder Niedergeschlagenheit) oder indirekt (vermittelt über Benachteiligungen im sozialen Leben, wie z. B. Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen) auf das Wohlbefinden der Betroffenen aus.

Zusammenfassend vermag der KINDL-R die Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verschiedener sozialer und gesundheitlicher Bedingungen abzubilden. Dieses Resultat kann als Indiz für die Validität der Lebensqualitäts-Messung durch den KINDL-R verstanden werden. Generell kann und soll die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch den KINDL das klassische Arzt-Patienten-Gespräch nicht ersetzen. In zukünftigen Studien muss das Verhältnis zwischen Eltern- und Eigenangaben sowie die spezifische Indikation zur Verwendung der jeweiligen Datenquelle geklärt werden.

Durch die Befragung mit dem KINDL-R wurden Mittelwerte und Perzentile zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen verschiedener Altersstufen und für beide Geschlechter gewonnen, die auch zukünftig für die Beurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität herangezogen werden können. Die in der vorliegenden Arbeit durchgeführte Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland unter Verwendung des international standardisierten Fragebogeninstrumentes KINDL-R liefert somit repräsentative Normdaten aus der Population der Kinder und Jugendlichen in Deutschland allgemein sowie stratifiziert für soziodemographische und sozioökonomische Subpopulationen.

Korrespondierende Autorin

Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer

Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung
Postfach 650261
13302 Berlin, BRD
E-Mail: Ravens-SiebererU@rki.de

Literatur

1. Bullinger M (2000) Lebensqualität – Aktueller Stand und neuere Entwicklungen der internationalen Lebensqualitätsforschung. In: Ravens-Sieberer U, Cieza A (Hrsg) Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte – Methoden – Anwendungen. Ecomed, Landsberg
2. Bullinger M (2002) „Und wie geht es Ihnen?“ Die Lebensqualität der Patienten als psychologisches Forschungsthema in der Medizin. In: Brähler E, Strauß B (Hrsg) Handlungsfelder der psychosozialen Medizin. Hogrefe, Göttingen, S 308–329
3. Radoschewski M (2000) Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Konzepte und Maße. Entwicklungen und Stand im Überblick. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 43: 165–189
4. Schumacher J, Klaiberg A, Brähler E (2003) Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden – Eine Einführung. In: Schumacher J, Klaiberg A, Brähler E (Hrsg) Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Hogrefe, Göttingen
5. Ware J (2003) Conceptualization and measurement of health-related quality of life: comments on an evolving field. Arch Physical Med Rehabilitation 84:43–51
6. Rajmil L, Herdman M, De Sanmamed M et al. (2004) Generic health-related quality of life instruments in children and adolescents: a qualitative analysis of content. J Adolescent Health 34:37–45
7. Ravens Sieberer U, Gosch A, Abel T et al. (2001) Quality of life in children and adolescents – a European public health perspective. Sozial Präventivmed 46:297–302
8. Prevention CfDca (2000) Measuring healthy days: population assessment of health-related quality of life. Center for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta
9. Edwards T, Huebner C, Conell F, Patrick D (2002) Adolescents' quality of life, Part I: conceptual and measurement model. J Adolescence 25(3): 275–286
10. 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
11. Ravens-Sieberer U, Bullinger M (1998) Assessing health related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results. Qual Life Res 7: 399–407
12. Dölle R, Schaffrath Rosario A, Stolzenberg H (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Datenmanagement. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50: 567–572
13. Filipiak-Pittroff B, Wölke G (2007) Externe Qualitätssicherung im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Vorgehensweise und Ergebnisse. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50:573–577
14. Hölling H, Kamtsiuris P, Lange M et al. (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Studienmanagement und Durchführung der Feldarbeit. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50:557–566

15. Lange M, Kamtsiuris P, Lange C et al. (2007) Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50:578–589
16. Kamtsiuris P, Lange M, Schaffrath Rosario A (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Non-response-Analyse. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50:547–556
17. Kurth B-M (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagements. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50:533–546
18. Ravens-Sieberger U, Bettge S, Erhart M (2003) Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse aus der Pilotphase des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 46: 340–345
19. Winkler J, Stolzenberg H (1999) Der Sozialschichtindex im Bundes-Gesundheitssurvey. Gesundheitswesen 61 [Sonderheft]: S178–S183
20. Bethell C, Read D, Stein RE et al. (2002) Identifying children with special health care needs: development and evaluation of a short screening instrument. Ambulatory Pediatrics 2:38–48
21. Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. J Child Psychol Psychiatry 38:581–586
22. Hays R, Hayashi T (1990) Beyond internal consistency reliability: rationale and users' guide for the Multitrait Analysis Program on the microcomputer. Behavior Res Methods Instruments Computers 23: 167–169
23. Campbell DT, Fiske DW (1959) Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. Psychological Bull 56: 81–105
24. Nunnally JC, Bernstein IR (1994) Psychometric Theory. McCraw-Hill, New York, NY
25. Erhart M, Hölling H, Bettge S et al. (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50:800–809
26. von Rueden U, Gosch A, Rajmil L et al. (2006) Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. J Epidemiol Community Health 60: 130–135
27. Bradley R, Corwyn R (2002) Socioeconomic status and child development. Annual Rev Psychol 53: 371–399
28. Wallander JL, Thompson RJ (1995) Psychosocial adjustment of children with chronic physical conditions. In: Roberts MC (ed) Handbook of pediatric psychology. Guilford Press, New York, pp 124–141

Alkohol - Verantwortung setzt die Grenze!

Über 10 Millionen Menschen in Deutschland betreiben einen riskanten Alkoholkonsum, 1,7 Millionen Menschen gelten als alkoholabhängig. Diese Zahlen machen deutlich, dass in Deutschland noch zu viel und zu regelmäßig Alkohol getrunken wird.

Ein kritisches Bewusstsein für den eigenen Alkoholkonsum zu schärfen, das ist das Ziel der bundesweiten Aktionswoche unter dem Motto „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze“ vom 14. bis zum 18. Juni 2007. Veranstalter sind die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V., die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und viele weitere Partner. Die Schirmherrschaft für die Aktionswoche hat die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Sabine Bätzing. Attraktiver Aufhänger der Aktionswoche ist ein Selbsttest über die eigenen Konsumgewohnheiten. Dieser lässt einen Rückschluss darüber zu, ob der eigene Alkoholkonsum noch im verantwortungsvollen Bereich liegt. Fachleute werden während der Aktionswoche aus ihren Beratungsstellen und Fachkliniken herausgehen und kompetente Beratung anbieten – in Arztpraxen und Apotheken, in Kirchen und Schulen, in Kaufhäusern, Geschäften und Baumärkten sowie in Betrieben. Es ist eine „Lange Nacht der alkoholfreien Getränke“ in Restaurants, Gaststätten und Kneipen geplant sowie ein alkoholfreies Wochenende in Sportvereinen. In Kooperation mit dem Deutschen Olympischen Sportbund werden die Sportvereine bei der Planung und Durchführung ihrer Aktionen unterstützt.

Insgesamt sind bereits mehr als 200 Veranstaltungen und Aktionen aus dem gesamten Bundesgebiet zu den Aktionstagen angemeldet. Im Rahmen der Aktionstage finden auch Vorträge und Seminare über den Stand der Alkohol-Forschung an Hochschulen und Sonntagspredigten zum Thema Alkohol in Kirchen statt. In den Rathäusern werden Parlamentssitzungen mit Schülern organisiert, die unter realen Bedingungen über das Thema Alkohol debattieren werden.

Mehr Informationen unter www.suchtwoche.de.

Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)