

2. QUARTALSBERICHT - KINDERGESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND
AKTUELL (KIDA):

Monitoring der Kindergesundheit in (und nach) der COVID-19-Pandemie

Veröffentlicht: 28.11.2022

Zusammenfassung

Hintergrund und methodischer Ansatz:

Mit der Studie „Kindergesundheit in Deutschland aktuell“ (KIDA) untersucht das Robert Koch-Institut seit Februar 2022, wie sich die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren im Verlauf der COVID-19-Pandemie darstellen und entwickeln. In der Studie werden über einen Zeitraum von zwölf Monaten fortlaufend Informationen zu Gesundheit, Wohlbefinden und Gesundheitsverhalten sowie Daten zur Kenntnis und Nutzung von Beratungs- und Versorgungsangeboten erhoben. Dabei werden Eltern von Kindern im Alter von 3 bis 15 Jahren und Jugendliche im Alter von 16 bis 17 Jahren zunächst telefonisch befragt. Im Anschluss werden die Teilnehmenden eingeladen, zusätzlich an einer vertiefenden Online-Befragung teilzunehmen. Die so gewonnenen Daten werden im Kontext zu den jeweils vorherrschenden Pandemiebedingungen (z. B. Eindämmungsmaßnahmen, altersspezifische Inzidenzen, Testkonzepte) interpretiert und die Ergebnisse vierteljährlich in Form schriftlicher Berichte auf der Website des Robert Koch-Instituts veröffentlicht. KIDA wird finanziert aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit.

Der vorliegende 2. Quartalsbericht fasst die Ergebnisse des Erhebungszeitraumes vom 9. Februar bis 14. September 2022 zusammen. Aus methodischen Gründen beinhaltet er ausschließlich die Ergebnisse der telefonischen Elternbefragungen, und nur die Angaben zu Heranwachsenden von 3 bis 15 Jahren.

Ergebnisse:

- Der Erhebungszeitraum war zunächst durch vergleichsweise sehr hohe Neuerkrankungsraten unter Kindern und Jugendlichen gekennzeichnet (v.a. im Februar 2022), die zunächst im Verlauf zurückgingen und sich nach einer Sommerwelle zum Ende des Erhebungszeitraums auf niedrigem Niveau befanden. Dabei gab es zunächst mäßige, dann kaum noch Einschränkungen des öffentlichen Lebens.
- Laut Elternangaben wurden knapp 46 % der 3- bis 15-Jährigen jemals mittels PCR-Test positiv auf SARS-CoV-2 getestet.
- Die Pflicht zum Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung in Schulen sowie eine Testpflicht in KiTas und Schulen bestand zu Beginn der KIDA-Befragungen in fast allen Einrichtungen der Kinder der Befragten. Die Häufigkeit dieser beiden Eindämmungsmaßnahmen reduzierte sich über den Befragungszeitraum hinweg deutlich.
- Die Mehrheit der Kinder (ca. 92 %) hat nach Angabe ihrer Eltern eine sehr gute oder gute allgemeine Gesundheit. Bei ca. 15 % der Kinder hat sich nach Angabe ihrer Eltern die allgemeine Gesundheit im Vergleich zu der Zeit vor der COVID-19-Pandemie verschlechtert.
- Insbesondere Kinder zwischen 7 und 15 Jahren, aus Familien mit niedriger Bildung sowie mit Eltern ohne feste Partnerschaft sind von einer Verschlechterung der allgemeinen Gesundheit seit Beginn der COVID-19-Pandemie betroffen.
- Für jedes zehnte Kind geben Eltern einen aktuell erhöhten medizinischen, psychosozialen oder pädagogischen Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf an. Erhöhte Versorgungs- oder Unterstützungsbedarfe betreffen vor allem Kinder im Alter von 7 bis 15 Jahren, Kinder aus Familien mit niedriger Bildung sowie Kinder von Eltern ohne feste Partnerschaft.
- 57 % der Kinder und Jugendlichen bewegten sich in der Woche vor der Befragung laut Elternangaben durchschnittliche mindestens eine Stunde pro Tag lebhaft. Sie erreichten damit die Mindestempfehlung für körperliche Aktivität der Weltgesundheitsorganisation (WHO).
- Je höher das Alter der Kinder und Jugendlichen, desto seltener waren sie wie empfohlen körperlich aktiv. Besonders deutlich ist der Altersgruppenunterschied bei den 11- bis 15-Jährigen im Vergleich zu den 7- bis 10-Jährigen. Hier ging der Anteil von 65 % auf 41 % zurück.
- Mädchen erreichten die WHO-Bewegungsempfehlung tendenziell seltener als Jungen.
- Die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen (ca. 93 %) hat nach Angabe ihrer Eltern eine ausgezeichnete, sehr gute oder gute psychische Gesundheit.

- Bei ca. 21 % der Kinder und Jugendlichen hat sich nach Angabe ihrer Eltern die psychische Gesundheit während vs. vor der COVID-19-Pandemie verschlechtert.
- Die Verschlechterung der psychischen Gesundheit ist vor allem bei Kindern und Jugendlichen mit niedriger und mittlerer elterlicher Bildung, geringem familiären Zusammenhalt sowie mit Eltern ohne festen Partner/ feste Partnerin assoziiert.
- Der familiäre Zusammenhalt wird von den befragten Eltern eher gut eingeschätzt.
- Zwischen Geschlechtern und Bildungsgruppen bestehen keine Unterschiede beim familiären Zusammenhalt.
- Eltern mit jüngeren Kindern und Eltern, die in einer Partnerschaft leben, schätzen den familiären Zusammenhalt besser ein, wohingegen Eltern mit psychischen Belastungssymptomen einen schlechteren familiären Zusammenhalt berichten.

Inhalt

1	Hintergrundinformationen	6
2	Studiendesign	7
3	Beschreibung der Stichprobe	8
3.1	Stichprobenbeschreibung	8
3.2	Beschreibung der Indikatoren	9
3.3	Limitationen	10
4	Ergebnisse	11
4.1	Pandemiegeschehen und Eindämmungsmaßnahmen im Erhebungszeitraum	11
4.1.1	Kernaussagen	11
4.1.2	Hintergrund.....	11
4.1.3	Wie hat sich das Infektionsgeschehen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022 entwickelt?	11
4.1.4	Wie haben sich die COVID-19 Eindämmungsmaßnahmen in Deutschland Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022 entwickelt?	12
4.2	Pandemiebedingte Rahmenbedingungen: Ergebnisse der KIDA-Befragung	14
4.2.1	Kernaussagen	14
4.2.2	Hintergrund.....	14
4.2.3	Messung der Indikatoren in KIDA	14
4.2.4	Ergebnisse und Einordnung.....	14
4.2.5	Fazit	18
4.3	Körperliche Gesundheit	19
4.3.1	Kernaussagen	19
4.3.2	Hintergrund.....	19
4.3.3	Wie haben die Eltern den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder eingeschätzt?	19
4.3.3.1	Hintergrund des Indikators.....	19
4.3.3.2	Ergebnisse	20
4.3.3.3	Einordnung der Ergebnisse.....	23
4.3.4	Wie viele Kinder zeigen einen erhöhten Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf?	24
4.3.4.1	Hintergrund des Indikators.....	24
4.3.4.2	Ergebnisse	24
4.3.4.3	Einordnung der Ergebnisse.....	27
4.4	Psychische Gesundheit	29
4.4.1	Kernaussagen	29
4.4.2	Wie haben die Eltern die allgemeine psychische Gesundheit ihrer Kinder eingeschätzt?	29
4.4.2.1	Hintergrund des Indikators.....	29
4.4.2.2	Ergebnisse	30
4.4.2.3	Bewertung der Ergebnisse	35

4.4.3	Familiärer Zusammenhalt.....	37
4.4.3.1	Hintergrund des Indikators.....	37
4.4.3.2	Wie wird der Indikator „Familiärer Zusammenhalt“ in KIDA gemessen?.....	37
4.4.3.3	Erste Ergebnisse.....	38
4.4.3.4	Bewertung der Ergebnisse	38
4.4.3.5	Limitationen	39
4.4.3.6	Zwischenfazit.....	39
4.5	Körperliche Aktivität nach soziodemographischen Merkmalen.....	40
4.5.1	Kernaussagen	40
4.5.2	Hintergrund.....	40
4.5.3	Welche Gruppen von Kindern und Jugendlichen erreichen die WHO-Bewegungsempfehlung?.....	41
4.5.3.1	Erhebung.....	41
4.5.3.2	Ergebnisse	41
4.5.3.3	Einordnung der Ergebnisse.....	42
5	KIDA Studienbeschreibung	43
6	Literatur.....	44
7	Anhang.....	48
7.1	Tabellen Pandemieindikatoren.....	48
7.2	Tabellen Körperliche Gesundheit	50
7.3	Tabellen Psychische Gesundheit.....	56
7.4	Tabellen Körperliche Aktivität nach soziodemographischen Merkmalen	60
8	Abbildungsverzeichnis	61
9	Tabellenverzeichnis	63
10	Impressum	64

1 Hintergrundinformationen

Im Kindes- und Jugendalter werden durch die körperliche, kognitive, emotionale und soziale Entwicklung wichtige Voraussetzungen für die Gesundheit im weiteren Lebensverlauf geschaffen. Diese Entwicklungen sind mit vielfältigen persönlichen und sozialen Herausforderungen verbunden und stehen in Abhängigkeit zu individuellen Entwicklungsrisiken und -chancen [1-3]. Dabei muss berücksichtigt werden, dass Gesundheitschancen in der Gesellschaft sozial ungleich verteilt sind. Dies zeigt sich bereits in der Kindheit und Jugend deutlich und kann sich über die Lebensspanne fortsetzen [2-4]. Kinder und Jugendliche sind daher mit Blick auf ihre jeweiligen Entwicklungsphasen und Lebenswelten eine vulnerable Bevölkerungsgruppe mit hohem Interventionspotenzial für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung [5]. Die Identifikation von Unterstützungs- und Versorgungsbedarfen ist eine wichtige Voraussetzung dafür, Angebote frühzeitig, zielgruppensensibel und lebensphasenspezifisch bereitzustellen.

Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Gesundheit und Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen zu betrachten. Dies umfasst direkte und indirekte Folgen der Pandemie, einschließlich nicht-pharmazeutischer Eindämmungsmaßnahmen [6]. Die Einflüsse der COVID-19-Pandemie müssen im Zusammenhang mit körperlichen [7], psychischen [8-12] und sozialen Determinanten [13, 14] der Gesundheit betrachtet werden. Auf der Grundlage eines umfassenden Verständnisses von Gesundheit und eines Gesundheitsmodelles der Salutogenese ist mit engen Wechselwirkungen von gesundheitlichen Determinanten zu rechnen [15].

Die COVID-19-Pandemie ist auch nach über zweieinhalb Jahren nicht beendet. Ihr Verlauf ist weiterhin dynamisch und die weitere Entwicklung schwer absehbar, bedingt durch neue Virusvarianten, die Verfügbarkeit von Impfstoffen und wechselnde Eindämmungsmaßnahmen. Die Studie zur „Kindergesundheit in Deutschland aktuell“ (KIDA) soll dazu beitragen, die Auswirkungen des weiteren Verlaufs der COVID-19-Pandemie, gegebenenfalls auch einer postpandemischen Phase, auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen kontinuierlich durch Datenerhebung zu begleiten. So soll zeitnah eingeschätzt werden können, wie sich die aktuelle gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland vor dem Hintergrund des jeweiligen Infektionsgeschehens darstellt. Dadurch können prioritäre Handlungsfelder sowie weiterer Forschungsbedarf aufgezeigt werden. Mehr Informationen zu KIDA sowie die Projektberichte erhalten Sie auf www.rki.de/kida.

Der vorliegende zweite Quartalsbericht der KIDA-Studie beinhaltet Ergebnisse der Telefonbefragung von Februar bis September 2022. Dabei wurden die Informationen der Eltern zu ihren 3- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen ausgewertet. Um detailliertere Analysen mit größeren Fallzahlen durchführen zu können, wurden alle Erhebungsmonate zusammen betrachtet. Dies ermöglicht Stratifizierungen nach beispielsweise der sozialen Lage, dem Alter oder dem Geschlecht.

2 Studiendesign

Im Rahmen der KIDA-Studie werden Eltern von Kindern im Alter von 3 bis 15 Jahren und Jugendliche im Alter von 16 bis 17 Jahren, die Teilnehmende der kontinuierlich erhobenen Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA Basis) sind, zunächst telefonisch befragt. Im Anschluss haben sie die Möglichkeit, zusätzlich an einer vertiefenden Online-Befragung teilzunehmen. Die Auswahl der Teilnehmenden erfolgt als Zufallsstichprobe. In der Stichprobe befinden sich zufällig generierte Mobil- und Festnetznummern (Dual-Frame Ansatz).

Basierend auf diesem Zugang werden alle Personen mit im Haushalt lebenden Kindern von 3 bis 15 Jahren sowie Jugendliche ab 16 Jahren für die Teilnahme an der KIDA-Studie einbezogen. Zu Beginn des Telefoninterviews werden die Befragten über die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Ziele der Befragung sowie über den Datenschutz informiert und um ihre mündliche Zustimmung zur Durchführung der Befragung gebeten. Die Datenerhebung erfolgt kontinuierlich über einen Zeitraum von 12 Monaten.

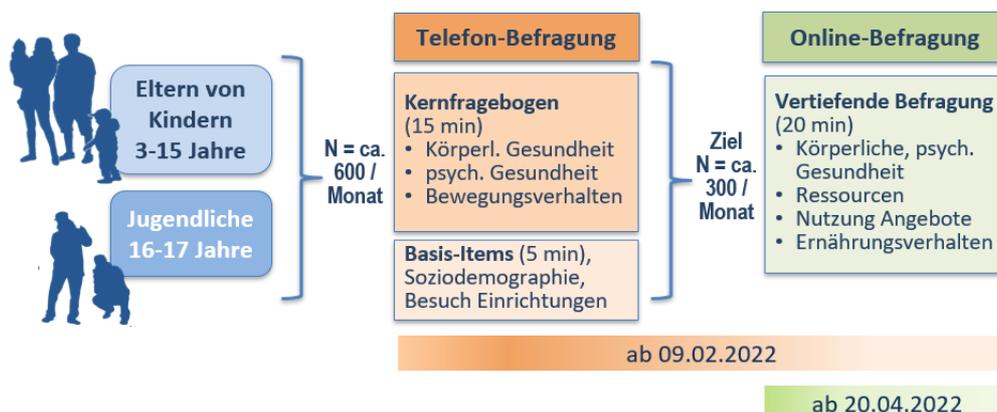
Die Inhalte der Telefonbefragung sind in fünf Themenblöcke aufgeteilt. Für den Bereich „COVID-19“ werden unter anderem Fragen zum Infektions- und Impfstatus sowie zu möglichen Schließungen von Einrichtungen und aktueller Quarantäne gestellt. Im Bereich „Körperliche Gesundheit“ werden der subjektive allgemeine Gesundheitszustand und dessen Veränderung erfasst sowie besondere Versorgungs- und Unterstützungsleistungen ermittelt. Auf dem Gebiet „Psychische Gesundheit“ werden Fragenkomplexe zur subjektiven psychischen Gesundheit und dem psychischen, schulischen und sozialen Wohlbefinden verwendet. Das „Gesundheitsverhalten“ fokussiert auf Fragen zum Bewegungsverhalten und der Nutzung von Sportangeboten. „Soziale Determinanten“ werden über Fragen zur Bildung der Eltern und das Familienklima behandelt.

Die Online-Befragung startete am 19.04.2022 und behandelt vertiefend die Themen der telefonischen Befragung und darüber hinaus gehende Inhalte, neben weiterführenden allgemeinen Fragen beispielsweise Fragen zur Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Versorgungsangeboten. Zudem werden Fragen zum Gesundheitszustand, zu belastenden Erfahrungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie und zu dem Umgang mit diesen Belastungen sowie zum Ernährungsverhalten und zur Passivrauchbelastung gestellt.

Zudem wird kontinuierlich das aktuelle Pandemiegeschehen dokumentiert, u. a. anhand amtlicher COVID-19-Melddaten, Dokumentationssystemen über das Infektionsgeschehen in Kindertageseinrichtungen und staatliche Eindämmungsmaßnahmen, sowie Fragen an die Teilnehmenden zu Infektionsstatus, Schulschließungen, Quarantäne sowie Testpflicht bzw. Pflicht zum Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung in Einrichtungen.

In dem hier berichteten Zeitraum wird der Erhebungszeitraum vom 9. Februar 2022 bis zum 14. September 2022 eingeschlossen, und zwar lediglich die Telefonbefragung. Die Online-Befragung ist nicht Gegenstand des vorliegenden Berichts (mit Ausnahme der Ergebnisse zum erhöhten Versorgungsbedarf, siehe Kapitel 4.3.4 Abschnitt C). Abbildung 1 zeigt einen schematischen Überblick über das Studiendesign.

Abbildung 1: Studiendesign von KIDA



3 Beschreibung der Stichprobe

3.1 Stichprobenbeschreibung

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung der KIDA-Studie

	Gesamt Stichprobengröße (09.02.-14.09.2022) Stichprobengröße N = 3.261 Anzahl (%)
Geschlecht des Kindes	
Weiblich	1.537 (47,13)
Männlich	1.723 (52,84)
Keine Angabe	1 (0,03)
Alter des Kindes Elternangaben	
3-6	796 (24,41)
7-10	892 (27,35)
11-13	782 (23,98)
14-15	563 (17,26)
Selbstangaben: 16-17	228 (6,99)
Staatsangehörigkeit des Erwachsenen/ Elternteils	
Deutsch	3.039 (93,19)
Nicht-Deutsch	220 (6,75)
Keine Angabe	1 (0,03)
Weiß nicht	1 (0,03)
Region (Nielsen-Gebiete)	
Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Bremen	505 (15,49)
Nordrhein-Westfalen	564 (17,30)
Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland	434 (13,31)
Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt	421 (12,91)
Sachsen, Thüringen	206 (6,32)
Bayern	613 (18,80)
Baden-Württemberg	517 (15,85)
Fehlende Werte	1 (0,03)
Urbanisierungsgrad	
Kreisfreie Großstädte	939 (28,79)
Städtische Kreise	1.247 (38,24)
Ländliche Kreise	860 (26,37)
Fehlende Werte	215 (6,59)
Höchste Bildung des Haushalts (CASMIN)	
Einfache Bildung	111 (3,40)
Mittlere Bildung	1.032 (31,65)
Höhere Bildung	2.105 (64,55)
Fehlende Werte	13 (0,40)

Tabelle 1 zeigt die Zusammensetzung der Stichprobe der Telefonbefragung im Erhebungszeitraum Februar bis September 2022. In diesem Erhebungszeitraum konnte nahezu eine Gleichverteilung der Merkmale Geschlecht und Alter in der Stichprobe erreicht werden. So wurde das Geschlecht der Kinder über alle bislang erfolgten

Erhebungszeitpunkte in 47,13 % der Fälle mit weiblich und in 52,84 % mit männlich angegeben. Das Alter verteilt sich ebenso zu etwa 25 % auf die hier gewählten vier Alterskategorien. Damit kann eine Untererfassung für diese beiden Merkmale und zum aktuellen Stand der Datenerhebung ausgeschlossen werden.

Bei der inhaltlichen Diskussion und Interpretation von Prävalenzschätzern sollte die Breite der Konfidenzintervalle beachtet werden. Für die Verlässlichkeit im Sinne der zufälligen Variabilität wurden Variationskoeffizienten verwendet. Der Variationskoeffizient berechnet sich als Standardfehler, dividiert durch Prävalenz, beziehungsweise Mittelwert. Für die Ergebnisdarstellung wurde sich an den Empfehlungen der Statistics Canada orientiert [16]. Entsprechend werden Prävalenzschätzer nicht berichtet, wenn der mit Survey-Verfahren berechnete Standardfehler mehr als ein Drittel der geschätzten Prävalenz, beziehungsweise des geschätzten Mittelwerts beträgt. Schätzer mit einem Variationskoeffizienten von 16,5 % bis 33,5 % werden im Bericht als mit großer Unsicherheit behaftet berichtet. Daten mit einem Variationskoeffizienten von über 33,5 % werden zum aktuellen Datenstand und damit in diesem Bericht nicht angeführt. Zudem werden ausschließlich gewichtete Prävalenzen bzw. Mittelwerte berichtet.

Für die vorliegende Auswertung wurden nur die Altersgruppe 3-15 Jahre betrachtet, aufgrund der relativ geringen Fallzahlen der 16- und 17-Jährigen (siehe Kapitel 3.3 Limitationen). Die Stichprobe, auf der die folgenden Analysen basieren, umfasst daher **3.033 Kinder und Jugendliche** (weiblich: n = 1.430, männlich: n = 1.602).

3.2 Beschreibung der Indikatoren

Die elterliche **Bildung** wurde anhand der CASMIN-Klassifikation (Comparative Analyses of Social Mobility in Industrial Nations) gebildet, in welcher die schulische und berufliche Bildung beider Eltern berücksichtigt wird. Die jeweils höchste Bildung beider Eltern ist entscheidend für die CASMIN-Klassifikation des Haushalts, welche in „niedrige“, „mittlere“ und „hohe“ Bildung kategorisiert wird [17].

Die Kategorisierung des **Einkommens** wurde anhand des Netto-Äquivalenzeinkommens gebildet. Dieses Einkommensmaß beschreibt das nach der Größe und Zusammensetzung des Haushaltes bedarfsgewichtete Haushaltsnettoeinkommen. Durch die Bedarfsgewichtung werden Einsparungen durch gemeinsames Wirtschaften in einem Mehr-Personen-Haushalt und die unterschiedlichen Einkommensbedarfe von Erwachsenen und Kindern berücksichtigt.

Es erfolgt eine verteilungsbasierte Kategorisierung des Netto-Äquivalenzeinkommens anhand des Medianeinkommens in Deutschland, welches laut Statistischem Bundesamt im Jahr 2021 bei 1.913€ Euro lag. In die niedrige Einkommensgruppe werden Personen mit einem Netto-Äquivalenzeinkommen kategorisiert, die weniger als 60% des Medianeinkommens haben. Darüber hinaus erfolgt eine Einteilung des Netto-Äquivalenzeinkommens in eine mittlere Einkommensgruppe (zwischen 60 % und < 150 % des Medianeinkommens) sowie in eine hohe Einkommensgruppe (≥ 150 % des Medianeinkommens). Gemäß amtlicher Armutsdefinition entspricht ein Netto-Äquivalenzeinkommen von unter 60 % des Medians dem Armutsrisiko [18].

Der **Partnerstatus** wurde anhand der Frage „Haben Sie einen festen Partner/eine feste Partnerin?“ erhoben, auf welche mit „Ja“ oder „Nein“ geantwortet werden konnte.

Das **Geschlecht** wird in drei Kategorien (männlich, weiblich, divers) abgefragt. Auf Grund der geringen Fallzahl in der Kategorie „divers“ werden diese Kinder und Jugendliche bei getrennter Betrachtung der Geschlechter exkludiert, in den deskriptiven Analysen der Gesamtgruppe jedoch weiterhin inkludiert.

3.3 Limitationen

Bei der Interpretation der Ergebnisse im vorliegenden zweiten Quartalsbericht der KIDA-Studie sollten folgende Limitationen berücksichtigt werden:

- (1.) Im KIDA-Erhebungszeitraum von 09.02.-14.09.2022 konnte eine Stichprobe von $N = 3.033$ (3-15 Jahre) realisiert werden. Die Stichprobengröße ermöglicht erste, grundlegende Analysen sowie erste Subgruppenanalysen, z. B. nach Alter oder Bildung. Bei differenzierten Betrachtungen können die Ergebnisse mit statistischer Unsicherheit (siehe Kapitel 3.1) behaftet sein, da einige Kategorien gering besetzt sind und in Analysen zu einer hohen statistischen Unsicherheit führen können. Bei Analysen kann dies tendenziell schneller zu nicht signifikanten Zusammenhängen führen, obwohl diese eigentlich vorhanden sind (alpha-Fehler). Bei statistisch leicht unsicheren Ergebnissen wird in diesem Berichtstext auf die Nennung des Schätzers verzichtet und stattdessen die 95 %-Konfidenzintervalle angegeben bzw. die Unsicherheit in den Graphiken kenntlich gemacht.
- (2.) Auf Grund der bisher erreichten, relativ geringen Fallzahlen gerade bei den 16- und 17-Jährigen konnten Ergebnisse für diese Altersgruppe in diesen Bericht noch nicht einbezogen werden. Die Ergebnisse können auch nicht mit den Ergebnissen anderer Altersgruppen zusammengefasst werden (z. B. 14- bis 17-Jährige), da Jugendliche im Alter von 16 und 17 Jahren selbst befragt und für Informationen zur Gesundheit von 3- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen die Eltern. Zwischen den Selbstangaben der Kinder und den Elternangaben kann es zu Unterschieden in den Antworten kommen [19]. Somit liegen für den zweiten Quartalsbericht ausschließlich elternberichtete Angaben zur Gesundheit ihrer 3- bis 15-jährigen Kinder und Jugendlichen vor. Aus datenschutzrechtlichen Gründen konnten in KIDA Selbstberichte nur von den Jugendlichen im Alter von 16 und 17 Jahren erhoben werden.
- (3.) Die Ergebnisse des zweiten Quartalsberichts stammen aus der Telefonbefragung in KIDA. Interviewerbasierte Erhebungen – sowohl telefonisch als auch persönlich – können methodischen Limitationen, wie beispielsweise einem Selektionsbias oder sozial erwünschtem Antwortverhalten, unterliegen [20]. Insbesondere bei Telefonbefragungen zeigt sich häufig, dass Personen mit einer niedrigeren Bildung weniger bereit sind, an der Studie teilzunehmen. Dies führt dazu, dass deren Anteil in der Stichprobe nicht mit dem in der Grundgesamtheit übereinstimmt. Auch in Bezug auf die Merkmale Alter, Geschlecht und Wohnregion sind Abweichungen von befragter Stichprobe zur tatsächlichen Bevölkerungsverteilung in Deutschland möglich. Durch eine entsprechende Design- und Anpassungsgewichtung wird diesen Umständen begegnet [20].
- (4.) Im Rahmen der KIDA-Studie werden ausschließlich deutschsprachige Interviews geführt. Dadurch wird die Teilnahme für Eltern und 16- und 17-jährige Jugendliche, die geringe oder keine Deutschkenntnisse besitzen, nicht oder nur bedingt ermöglicht.
- (5.) Ein weiterer limitierender Faktor sollte bei der Interpretation von Vergleichen zwischen der aktuellen Situation und der Lage vor Beginn der COVID-19-Pandemie berücksichtigt werden. Die ersten Ergebnisse der KIDA-Studie wurden über zwei Jahre nach Beginn der Pandemie erhoben. In der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sind zwei Jahre ein langer Zeitraum, indem sich generell vielfältige Veränderungen vollziehen. Vor diesem Hintergrund können pandemiebedingte und entwicklungsbedingte Veränderungen nicht immer klar differenziert werden.

4 Ergebnisse

4.1 Pandemiegeschehen und Eindämmungsmaßnahmen im Erhebungszeitraum

4.1.1 Kernaussagen

- Der Erhebungszeitraum war zunächst durch vergleichsweise sehr hohe Neuerkrankungsraten unter Kindern und Jugendlichen gekennzeichnet (v.a. im Februar 2022), die zunächst im Verlauf zurückgingen und sich nach einer Sommerwelle zum Ende des Erhebungszeitraums auf niedrigem Niveau befanden.
- Dabei gab es zunächst mäßige, dann kaum noch Einschränkungen des öffentlichen Lebens.

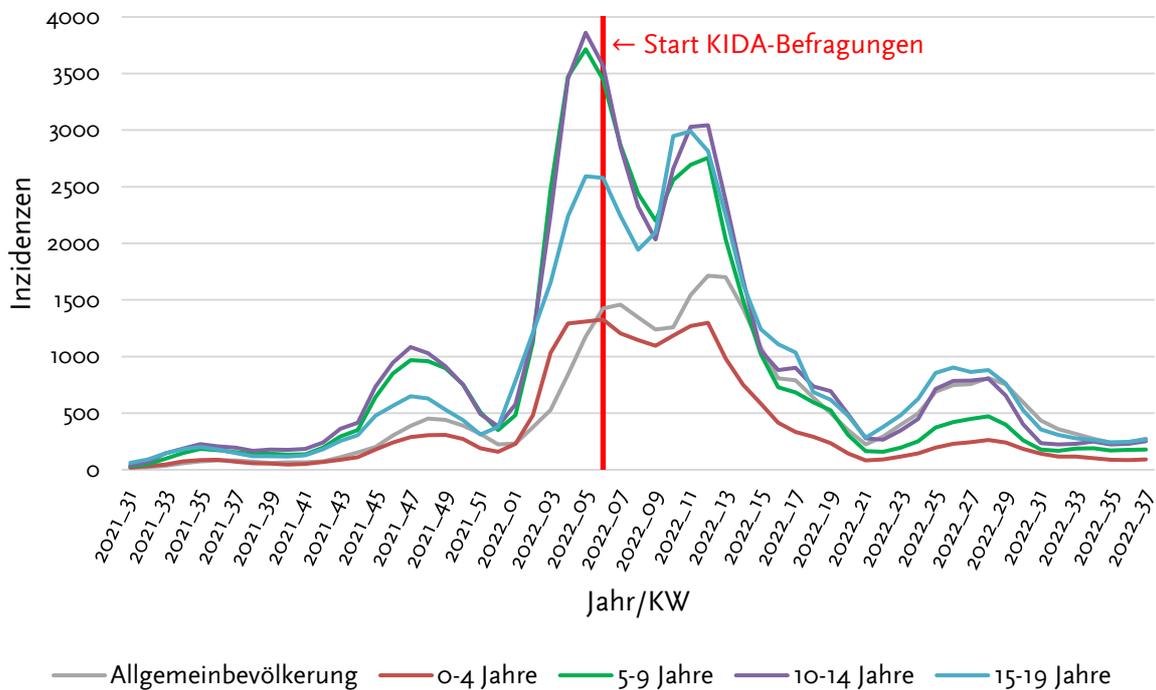
4.1.2 Hintergrund

Während der COVID-19-Pandemie wurden verschiedene nicht-pharmazeutische Maßnahmen zur Eindämmung umgesetzt, wie beispielsweise Kontaktbeschränkungen, Schließungen von Schulen und Kinderbetreuungseinrichtungen, Schließung von Vereinen und Sportplätzen sowie Quarantänemaßnahmen zur Vermeidung von Übertragungen des SARS-CoV-2-Virus. Diese Eindämmungsmaßnahmen hatten Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit vieler Kinder und Jugendlichen in Deutschland [7, 12]. Die COVID-19-Pandemie wurde von einigen Kindern und Jugendlichen belastend erlebt [8-11, 21]. Da sich die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen je nach Pandemiephase verändern kann, ist eine systematische Erhebung der Pandemiedynamik sowie die Berücksichtigung der Pandemieindikatoren bei der Betrachtung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen notwendig. In diesem Kapitel wird die pandemiebedingte Situation der Kinder und Jugendlichen im Zusammenhang mit dem KIDA-Erhebungszeitraum vom 09.02. bis 14.09.2022 beschrieben und eingeordnet.

4.1.3 Wie hat sich das Infektionsgeschehen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022 entwickelt?

Für die Darstellung des Infektionsgeschehens vor und während des KIDA-Erhebungszeitraums 02/2022 – 09/2022 werden im Folgenden die SARS-CoV-2 Meldedaten des Robert Koch-Instituts dargelegt. In Abbildung 2 werden die 7-Tages-Inzidenzen pro 100.000 Bewohnern und Bewohnerinnen in Deutschland von SARS-CoV-2 bei Kindern und Jugendlichen sowie der Allgemeinbevölkerung nach Jahr und Kalenderwoche dargestellt. Nach einem Anstieg der Inzidenzen zu Beginn des Jahres 2022 ist eine Abnahme der Inzidenzen zu Beginn der KIDA-Befragung (6. Kalenderwoche) sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch in der Allgemeinbevölkerung zu erkennen. Die höchsten Inzidenzen sind bei Kindern im Alter von 10 bis 14 Jahren zu erkennen. Nach Abklingen der Infektionszahlen nach Beginn der KIDA-Befragung baute sich das Infektionsgeschehen zu einem erneuten Gipfel um die Kalenderwoche 12 auf und klang im Anschluss erneut ab. Im Juni und Juli stiegen die Neuerkrankungsraten erneut an und befanden sich einige Wochen auf einem Plateau bevor sie zum Ende des Erhebungszeitraums erneut abnahmen [22].

Abbildung 2: Inzidenzen von SARS-CoV-2 bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 – 19 Jahren sowie der Allgemeinbevölkerung nach Jahr/KW

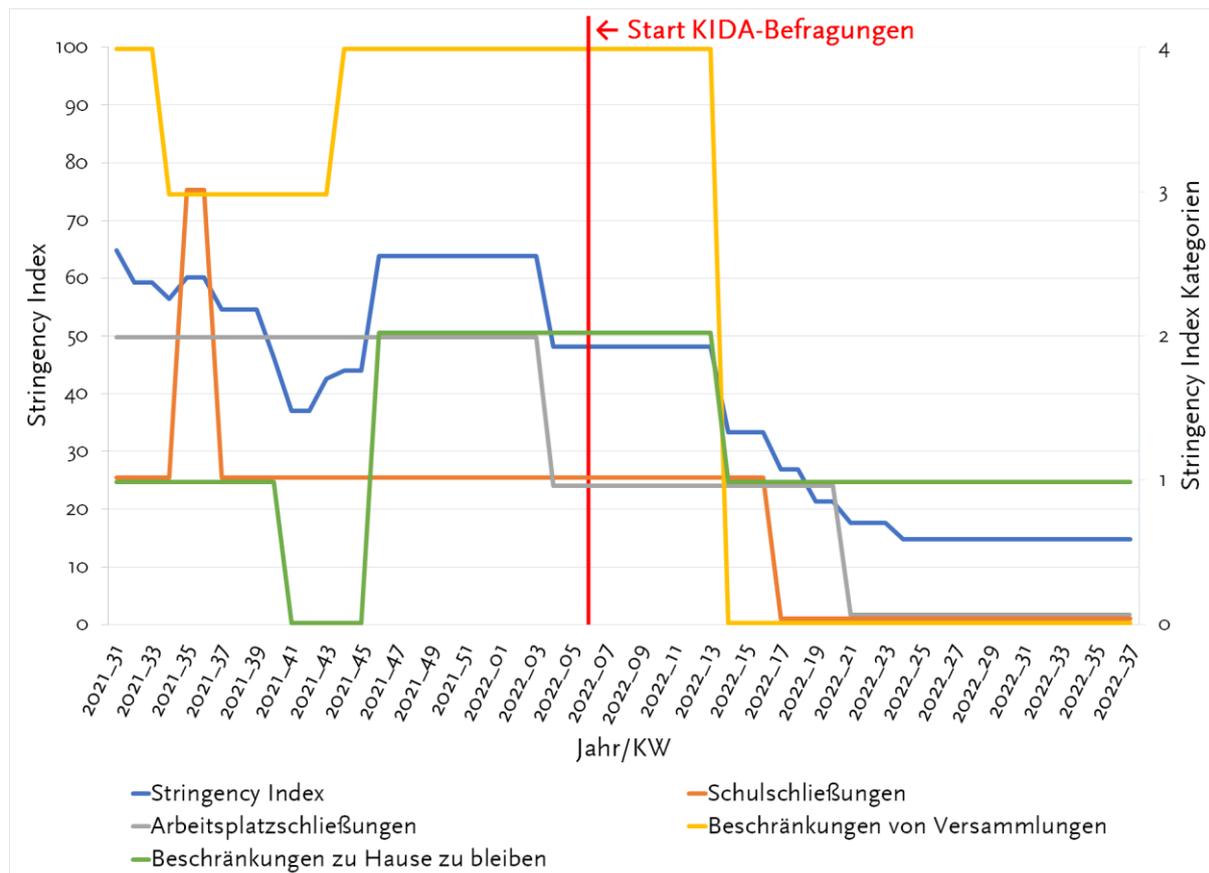


Anmerkungen: Quelle: Robert Koch-Institut [22]; Datenstand: 13.09.2022; KW = Kalenderwoche; Allgemeinbevölkerung umfasst alle Altersgruppen.

4.1.4 Wie haben sich die COVID-19 Eindämmungsmaßnahmen in Deutschland Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022 entwickelt?

Zur Darstellung der Entwicklung der COVID-19 Eindämmungsmaßnahmen wurden Daten des „Stringency Index“ des Oxford Coronavirus Government Response Tracker (OxCGRT) Projektes genutzt [23], siehe Abbildung 3. Anhand der vertikal rot eingezeichneten Linie ist der Start der KIDA-Befragung im Februar 2022 zu erkennen. Zu diesem Zeitpunkt lag der Stringency Index bei einem Wert von knapp unter 50. Folgende Maßnahmen waren zu Beginn der KIDA-Erhebung in der Kalenderwoche 6 in Kraft: regionale Schulschließungen in Abhängigkeit vom örtlichen Infektionsgeschehen sowie Arbeitsplatzschließungen oder das Homeoffice wurden empfohlen, für Menschen ohne Genesenenstatus oder vollständige Impfung wurden Versammlungen auf unter 10 Menschen beschränkt und es galt die Anordnung, zu Hause zu bleiben mit Ausnahmen für Sport, Einkäufe und „erforderliche Wege“. Im Verlauf des KIDA-Erhebungszeitraums (02/2022 – 09/2022) wurden alle Beschränkungen weitestgehend aufgehoben und lediglich Empfehlungen für die Bevölkerung ausgesprochen. Damit sank der Stringency Index im Erhebungszeitraum kontinuierlich und lag zum Ende des Zeitraums bei knapp 15.

Abbildung 3: Stringency Index im Zeitraum 2021/KW31 und 2022/KW37



Anmerkungen: Quelle: COVID-19 Government Response Tracker, Stand: 08.11.2022 [24]; KW=Kalenderwoche. Aufgrund fehlender Werte wurden die Daten für „Arbeitsplatzschließungen“ in KW 30 – 32 im Jahr 2022 imputiert. Ein Wert von 100 im Stringency Index stellt die striktesten Eindämmungsmaßnahmen dar, eine Einordnung in Kategorie Null steht für die vollständige Abwesenheit von Eindämmungsmaßnahmen. Die Indikatoren sind wie folgt operationalisiert: Schulschließungen: 0=keine Maßnahmen, 1=Schließung empfohlen, 2/3=geforderte Schließung einiger/aller Klassenstufen; Schließung von Arbeitsplätzen: 0=keine Maßnahmen, 1=Schließung oder Homeoffice empfohlen, 2/3=geforderte Schließung oder Homeoffice-Anordnung für einige/alle Bereiche (außerhalb kritischer Infrastruktur); Beschränkungen für Versammlungen: 0=keine Beschränkungen, 1=Beschränkungen für sehr große Versammlungen (>1.000 Menschen), 2=Beschränkung auf 100-1.000 Menschen auf einer Versammlung, 3=Beschränkung auf 10-100 Menschen, 4=Beschränkung auf unter 10 Menschen; Anforderungen an den Aufenthalt zu Hause: 0=keine Maßnahme, 1=Empfehlung, zu Hause zu bleiben, 2/3=Anordnung zu Hause zu bleiben mit Ausnahmen für Sport, Einkäufe und „erforderliche Wege“/mit minimalen Ausnahmen (z.B. nur einmal alle paar Tage, nur eine Person zur Zeit usw.).

4.2 Pandemiebedingte Rahmenbedingungen: Ergebnisse der KIDA-Befragung

4.2.1 Kernaussagen

- Laut Elternangaben wurden knapp 46 % der 3- bis 15-Jährigen jemals mittels PCR-Test positiv auf SARS-CoV-2 getestet.
- Zuletzt positive PCR-Tests wurden in KIDA am häufigsten für die Omikron-Welle (fünfte Welle) berichtet.
- Die Pflicht zum Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung in Schulen sowie eine Testpflicht in KiTas und Schulen bestand zu Beginn der KIDA-Befragungen in fast allen Einrichtungen der Kinder der Befragten. Die Häufigkeit dieser beiden Eindämmungsmaßnahmen reduzierte sich über den Befragungszeitraum hinweg deutlich.

4.2.2 Hintergrund

Die in Kapitel 4.1 beschriebenen gesellschaftlichen und gesundheitlichen Rahmenbedingungen des Pandemiegeschehens und der entsprechenden Eindämmungsmaßnahmen betreffen die untersuchten Kinder und Jugendlichen unterschiedlich, z. B. je nach Bundesland, einrichtungsbezogenen Regelungen oder eigenem Infektionsstatus. Daher wurden die Eltern zu bestimmten Aspekten befragt, die direkt im Zusammenhang mit der Pandemie und Maßnahmen zum Infektionsschutz stehen. So ist beispielsweise wichtig zu wissen, ob Schule bzw. Kindertageseinrichtungen regulär besucht werden können, oder ob die Einrichtung geschlossen bzw. eingeschränkt geöffnet ist. Der Wegfall von Präsenzunterricht stellt für Kinder und Jugendliche eine starke Veränderung des täglichen Alltags dar, auf welche häufig mit erhöhtem Stress reagiert wird [25, 26]. Weitere Auswirkungen von Schutzmaßnahmen zeigen, dass die Pflicht zum Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung (MNB) vor allem in der Schule von einigen Kinder und Jugendlichen als belastend empfunden wird und das subjektive Wohlbefinden beeinflussen kann [27, 28]. Andererseits liegen auch Hinweise vor, dass das Tragen einer MNB psychischen Stress verringern kann [29].

4.2.3 Messung der Indikatoren in KIDA

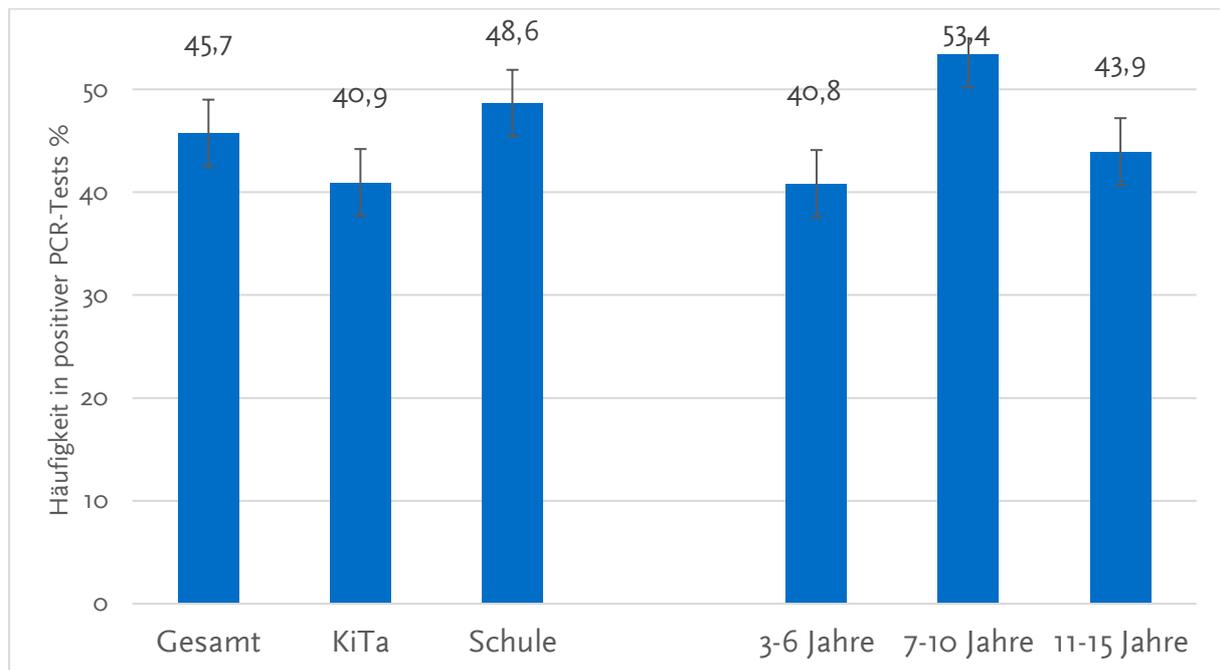
Innerhalb von KIDA wurden Eltern nach einer einrichtungsbezogenen Teststrategie gefragt, bei Schulkindern auch nach der Pflicht zum Tragen einer MNB. Des Weiteren wurde erhoben, ob und wenn ja, wann, jemals eine SARS-CoV-2 per PCR-Test nachgewiesen wurde, und ob sich das Kind derzeit in Quarantäne befindet.

4.2.4 Ergebnisse und Einordnung

Wie viele Kinder hatten bereits eine SARS-CoV-2 Infektion?

Laut Elternangaben wurden 45,7 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahre jemals positiv auf SARS-CoV-2 mittels PCR-Test getestet. Die positiven Testergebnisse unterscheiden sich nicht zwischen Mädchen und Jungen (siehe Anhang, Tabelle 2). Jedoch zeigten sich mehr positive PCR-Testergebnisse in Schulen als in KiTas (Kindertagesstätten) sowie für ältere im Vergleich zu jüngeren Kindern (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4: Prävalenz elternberichteter mittels PCR-Test bestätigter SARS-CoV-2-Infektionen der Kinder und Jugendlichen, gesamt, nach Einrichtungsart sowie nach Altersgruppe in Prozent mit 95 %-Konfidenzintervall

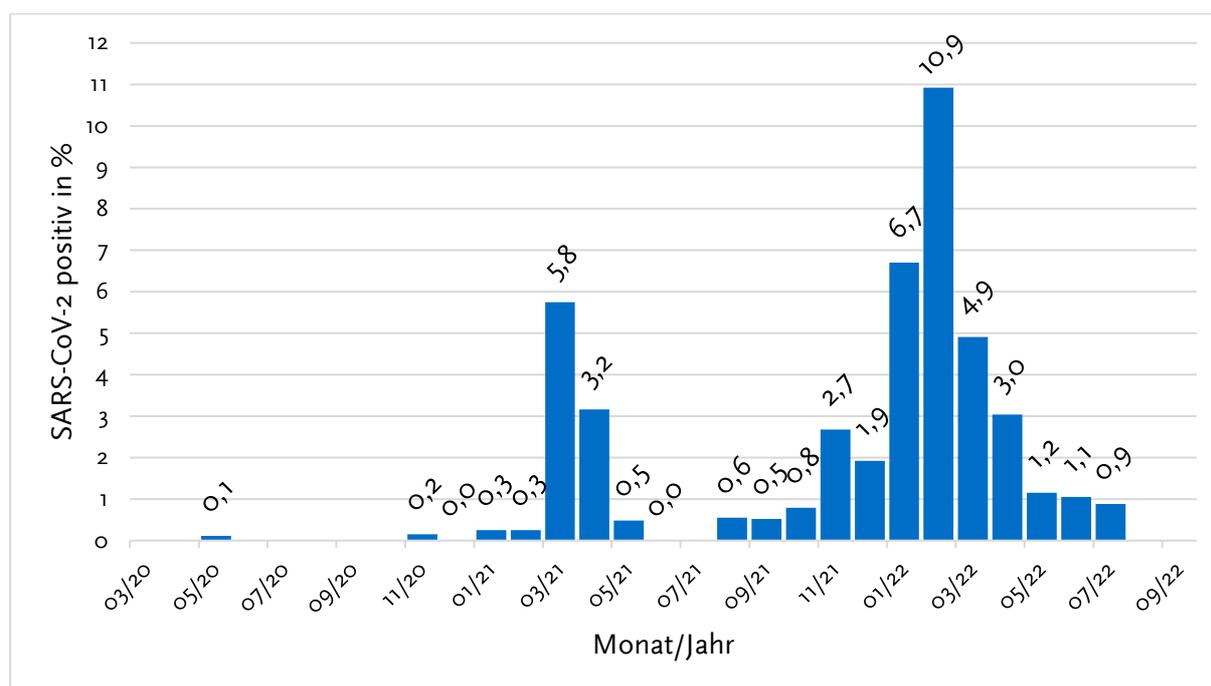


Anmerkung: Datenbasis: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; gesamt: n = 3.027; KiTa-Kinder: n = 704; Schulkinder: n = 2.276; 3-6 Jahre: n = 795; 7-10 Jahre: n = 891; 11-15 Jahre: n = 1.341; (siehe Anhang, Tabelle 2)

Die Elternangaben zu PCR-getesteten SARS-CoV-2 Infektionen der Kinder zeigten keinen Zusammenhang zur Bildungs- oder Einkommensgruppe der Familie (siehe Anhang, Tabelle 2).

Die zuletzt zurückliegenden Infektionen wurden am häufigsten für das Frühjahr 2021 und 2022 berichtet. So hatten im Januar und Februar 2022 jeweils 6,7 % bzw. 10,9 % der Kinder aus der KIDA-Stichprobe laut Elternangaben eine akute SARS-CoV-2-Infektion. Abbildung 5 veranschaulicht über den gesamten Pandemieverlauf den monatlichen Anteil der zuletzt zurückliegenden getesteten SARS-CoV-2 Infektion der Kinder und Jugendlichen der KIDA-Stichprobe.

Abbildung 5: Prävalenz des letzten positiven SARS-CoV-2 Test der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren in % nach Monat und Jahr



Anmerkung: Datenbasis: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; n = 3.015; Elternbericht zum letzten positiven SARS-CoV-2-Test der Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 15 Jahren; Abbildung 5 zeigt die Prävalenzen in Prozent nach Monat und Jahr (siehe Anhang, Tabelle 2)

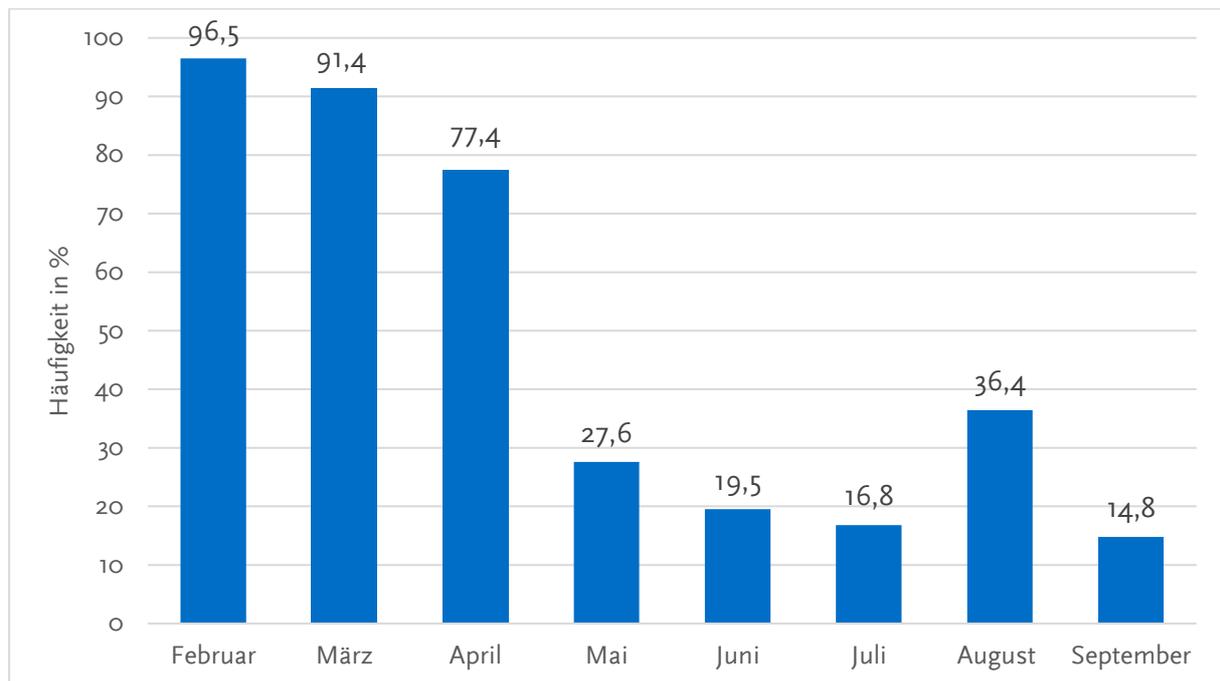
Es ist darauf hinzuweisen, dass Veränderungen in der Nachweis-Häufigkeit von positiven SARS-CoV-2 Tests auch auf unterschiedliche Teststrategien und Unterschiede in der flächendeckenden Verfügbarkeit von Antigen-Schnelltests zurückzuführen sein können. Jedoch decken sich die deutlich höheren Infektionsraten in der KIDA-Stichprobe im zweiten Pandemiewinter mit bisherigen Meldedaten des RKI [30]. Diese dürfte vor allem im Zusammenhang mit einer deutlich erhöhten Übertragungsrate der Omikron-Variante stehen [31].

Die SARS-CoV-2-Inzidenzen in Abbildung 2 zeigen, dass die KIDA-Befragungen während des Rückgangs der Infektionen im Februar 2022 startete und sich die Befragung über die so genannte Omikron-Welle (fünfte Welle) erstreckte [30], welche auch in den Daten der KIDA-Befragung zu erkennen sind. Vor allem unter Kindern und Jugendlichen im Vorschul- und Schulalter ergaben sich besonders hohe Infektionsraten während dieser Omikron-Welle.

Welche Infektionsschutzmaßnahmen wurden in Schulen und Kindertageseinrichtungen umgesetzt?

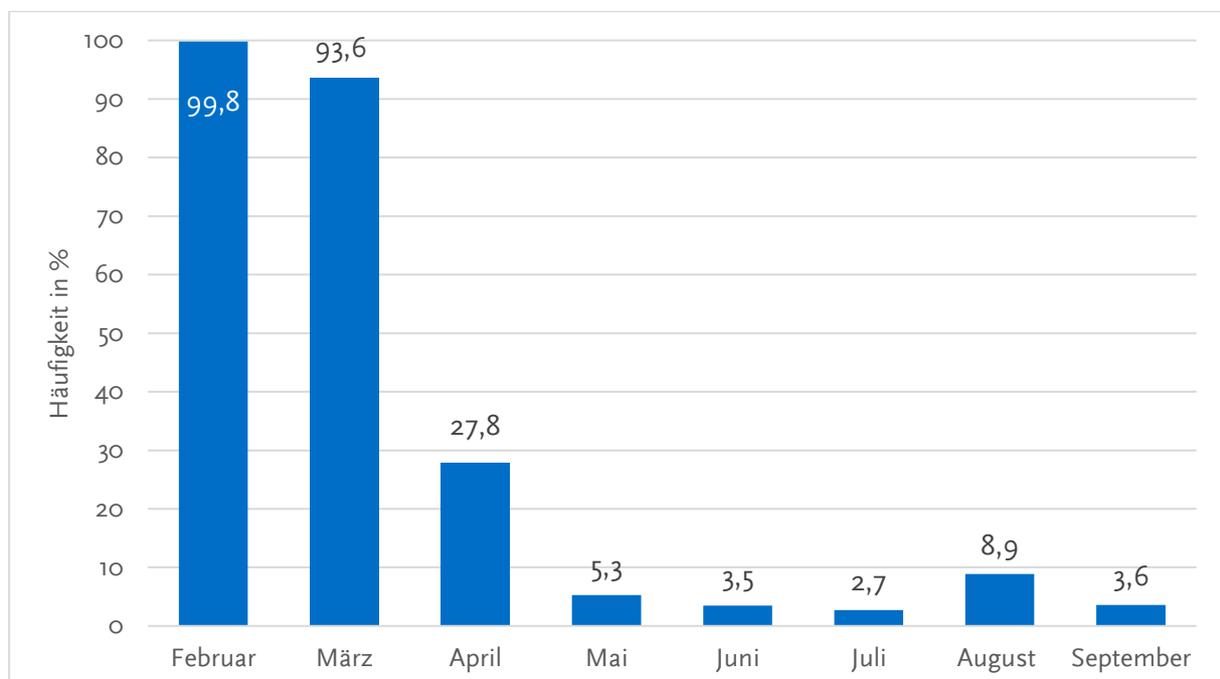
Die Eltern berichteten für 2,5 % der KiTA-Kinder bzw. 3,3 % der Schulkinder, dass sie sich aktuell in Quarantäne oder Isolation befanden (siehe Anhang, Tabelle 3). Die Häufigkeiten der Infektionsschutzmaßnahmen Testpflicht sowie Pflicht zum Tragen einer MNB abgetragen nach Erhebungsmonat sind der Abbildung 6 und der Abbildung 7 dargestellt. Da Kinder in KiTas zu keiner Zeit die Pflicht zum Tragen einer MNB hatten, wurde diese Frage für Kinder in Kindertageseinrichtungen nicht gestellt.

Abbildung 6: Häufigkeit einer Testpflicht in den KiTas und Schulen der 3-15-jährigen Kinder und Jugendlichen der KIDA Stichprobe in Prozent nach Monat im Erhebungszeitraum 02/2022 bis 09/2022



Anmerkung: Datenbasis: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; n = 2.523 (siehe Anhang, Tabelle 4)

Abbildung 7: Häufigkeit einer Pflicht zum Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung in Schulen der Schulkinder der KIDA Stichprobe in Prozent nach Monat im Erhebungszeitraum 02/2022 bis 09/2022



Anmerkung: Datenbasis: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; n = 1.886 (siehe Anhang, Tabelle 4)

In der Abbildung 6 und der Abbildung 7 ist zu erkennen, dass zu Beginn der KIDA-Erhebungen in fast allen Einrichtungen der Kinder der KIDA-Stichprobe eine Testpflicht sowie in fast allen Schulen eine Pflicht zum Tragen einer MNB bestand. Beide Eindämmungsmaßnahmen wurden über den Befragungszeitraum hinweg deutlich

seltener, so dass in lediglich knapp 15 % der Einrichtungen eine Testpflicht bestand und in weniger als 4 % der Schulen eine Pflicht zur MNB gegolten hat.

4.2.5 Fazit

Die KIDA-Befragung fällt in einen Zeitraum, in welchem die initial noch recht umfassenden Infektionsschutzmaßnahmen im Verlauf deutlich verringert wurden. Auch die für die ersten Monate relativ hohe Rate an berichteten positiven SARS-CoV-2-Tests bei den Kindern nahm sukzessive im Befragungszeitraum ab (allerdings auch die Häufigkeit der Testpflicht in den Schulen und Kitas). Insgesamt zeigen die bisherigen Ergebnisse, dass für knapp 46 % der Kinder und Jugendlichen jemals eine COVID-19-Infektion und die meisten positiven PCR-Tests im Winter/Frühjahr 2022 berichtet wurden.

4.3 Körperliche Gesundheit

4.3.1 Kernaussagen

- Die Mehrheit der Kinder (ca. 92 %) hat nach Angabe ihrer Eltern eine sehr gute oder gute allgemeine Gesundheit.
- Bei ca. 15 % der Kinder hat sich nach Angabe ihrer Eltern die allgemeine Gesundheit im Vergleich zu der Zeit vor der COVID-19-Pandemie verschlechtert.
- Insbesondere Kinder zwischen 7 und 15 Jahren, aus Familien mit niedriger elterlicher Bildung sowie mit Eltern ohne feste Partnerschaft sind von einer Verschlechterung der allgemeinen Gesundheit seit Beginn der COVID-19-Pandemie betroffen.
- Für jedes zehnte Kind geben Eltern einen aktuell erhöhten medizinischen, psychosozialen oder pädagogischen Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf an.
- Erhöhte Versorgungs- oder Unterstützungsbedarfe betreffen vor allem Kinder im Alter von 7 bis 15 Jahren, Kinder aus Familien mit niedriger elterlicher Bildung sowie Kinder von Eltern ohne feste Partnerschaft.

4.3.2 Hintergrund

Die KIDA-Studie zielt unter anderem darauf ab, die körperliche Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland nach zwei Jahren COVID-19-Pandemie zu untersuchen. Bisher existieren in Deutschland keine engmaschigen Monitoring-Systeme zur Erfassung der Kindergesundheit, die gesundheitliche Veränderungen nach Alters- und Entwicklungsstufen aussagekräftig abbilden würden. Seit der bundesweiten, bevölkerungsbezogenen Datenerhebung von KiGGS (Welle 2) in den Jahren 2014-2017 wurden in Deutschland keine entsprechenden Studien zur Kindergesundheit mehr durchgeführt. Der vorliegende zweite Quartalsbericht enthält Ergebnisse zur körperlichen Gesundheit auf Basis der folgenden ausgewählten Indikatoren: (1) subjektive allgemeine Gesundheit inklusive der Einschätzung der subjektiven allgemeinen Gesundheit im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie und (2) höherer Bedarf an medizinischer Versorgung, psychosozialer oder pädagogischer Unterstützung als es für Kinder im gleichen Alter üblich ist. Eltern mit Angabe eines erhöhten Versorgungsbedarfes wurden zudem gefragt, ob dies bereits vor der Pandemie der Fall war oder während der Pandemie neu aufgetreten ist.

4.3.3 Wie haben die Eltern den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder eingeschätzt?

4.3.3.1 Hintergrund des Indikators

Die Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands ist ein etablierter Bestandteil nationaler und internationaler Erhebungen zur gesundheitlichen Lage einer Bevölkerung oder Bevölkerungsgruppe. Sie umfasst neben der körperlichen Gesundheit auch Aspekte des psychischen und sozialen Wohlbefindens sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität [32]. Ein guter allgemeiner Gesundheitszustand gilt als wertvolle Ressource, um die zahlreichen Entwicklungsaufgaben des Kindes- und Jugendalters erfolgreich zu bewältigen [33]. Aus der Literatur sind Zusammenhänge zwischen der subjektiven Gesundheit sowie dem Gesundheitsverhalten und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bekannt [34, 35].

Messung des Indikators in KIDA

In der KIDA-Studie wird die Einschätzung der Eltern zum allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder entsprechend einer von der WHO empfohlenen Formulierung [36] erfragt: „Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben?“. Die Antwortskala ist fünfstufig angelegt: „sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“, „sehr schlecht“. Analog zum Vorgehen in der KiGGS-Studie werden die beiden Kategorien „sehr gut“ und „gut“ zusammengefasst und den ebenfalls zusammengefassten Kategorien „mittelmäßig“, „schlecht“, „sehr schlecht“ gegenübergestellt.

Zudem wurde eine Elterneinschätzung der Veränderung der allgemeinen Gesundheit gegenüber der Zeit vor Beginn der COVID-19-Pandemie in Deutschland erhoben: „Verglichen mit der Zeit vor der Corona-Pandemie (also vor März 2020), wie würden Sie die derzeitige allgemeine Gesundheit Ihres Kindes beschreiben?“ Die Antwortmöglichkeiten lauten: „viel besser“, „etwas besser“, „etwa gleich“, „etwas schlechter“, „viel schlechter.“

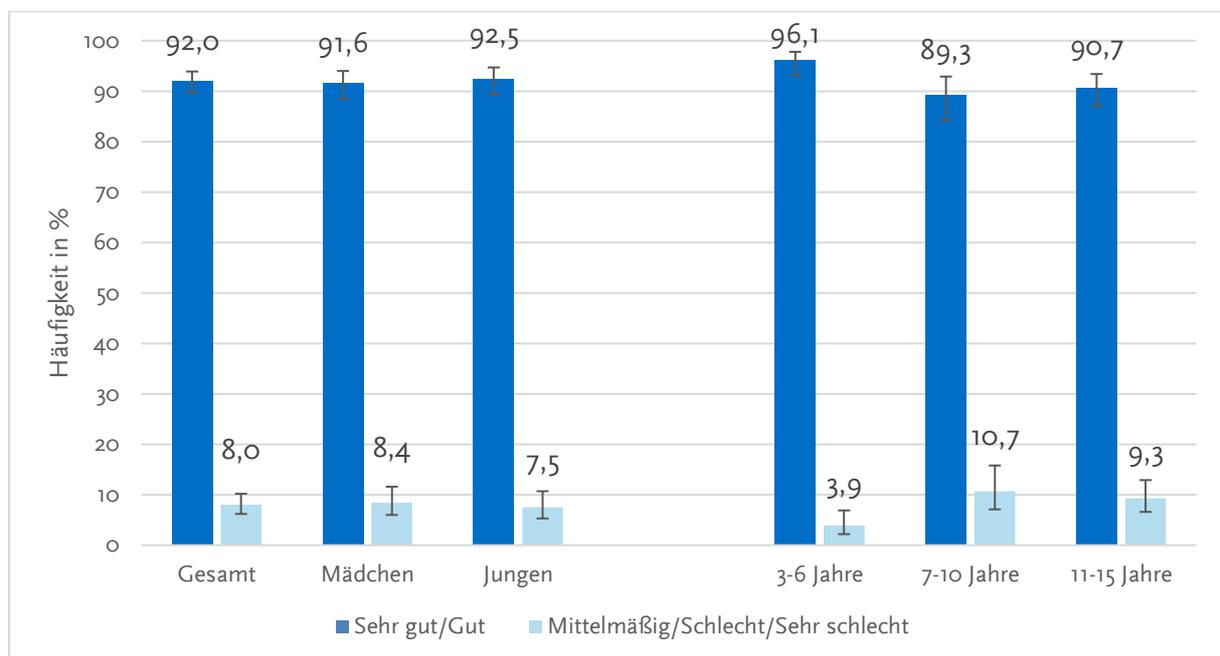
Die Antwortkategorien „etwas schlechter“ und „viel schlechter“ werden den Kategorien mit verbesserter oder gleichgebliebener Gesundheit gegenübergestellt.

4.3.3.2 Ergebnisse

(A) Wie wurde der allgemeine Gesundheitszustand der Kinder nach zwei Jahren Pandemie durch die Eltern eingeschätzt?

Laut Elternangaben verfügen 92,0 % der Kinder über einen sehr guten oder guten allgemeinen Gesundheitszustand, wohingegen 8,0 % der Eltern einen mittelmäßigen bis sehr schlechten Gesundheitszustand für ihre Kinder berichteten (siehe Abbildung 8). Für die subjektive Gesundheit besteht kein signifikanter Geschlechterunterschied. Ein Vergleich der Altersklassen ergibt jedoch, dass Eltern für ihre 3- bis 6-jährigen Kinder signifikant häufiger eine gute oder sehr gute subjektive Gesundheit berichten im Vergleich zu Eltern von 7- bis 11-jährigen sowie 12- bis 15-jährigen Kinder (siehe Abbildung 8).

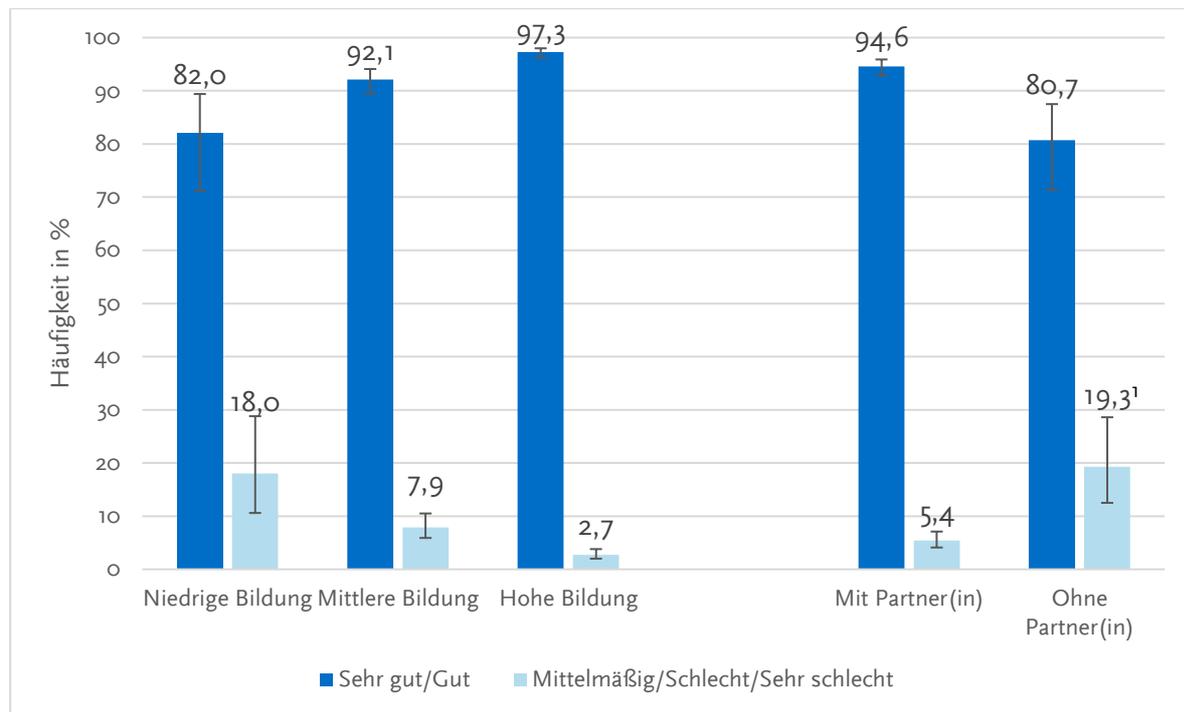
Abbildung 8: Subjektiver allgemeiner Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, gesamt, getrennt nach Geschlecht sowie getrennt nach Alter



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; gesamt: n = 3.033; n=1.430; Jungen: n=1.602; 3-6 Jahre: n=796; 7-10 Jahre: n= 892; 11-15 Jahre: n=1.345; kein signifikanter Geschlechterunterschied, signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen (siehe Anhang, Tabelle 5)

Abbildung 9 zeigt die subjektive Gesundheit stratifiziert nach familiärer Bildung sowie Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils. Hier zeigt sich für die subjektive Gesundheit der 3- bis 15-jährigen Kinder ein deutlicher sozialer Gradient hinsichtlich der elterlichen Bildung. In Familien mit niedriger und mittlerer elterlicher Bildung ist der Anteil von Kindern mit guter oder sehr guter subjektiver Gesundheit signifikant niedriger als bei Kindern mit hoher elterlicher Bildung. Des Weiteren zeigt sich ein signifikant niedrigerer Anteil von Kindern mit guter oder sehr guter subjektiver Gesundheit bei Kindern, deren teilnehmender Elternteil berichtete, sich nicht in einer festen Partnerschaft zu befinden. Zum Haushaltseinkommen ist kein signifikanter Zusammenhang mit der subjektiven Gesundheit zu beobachten (siehe Tabelle 5).

Abbildung 9: Subjektiver allgemeiner Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, getrennt nach elterlicher Bildung sowie getrennt nach Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils



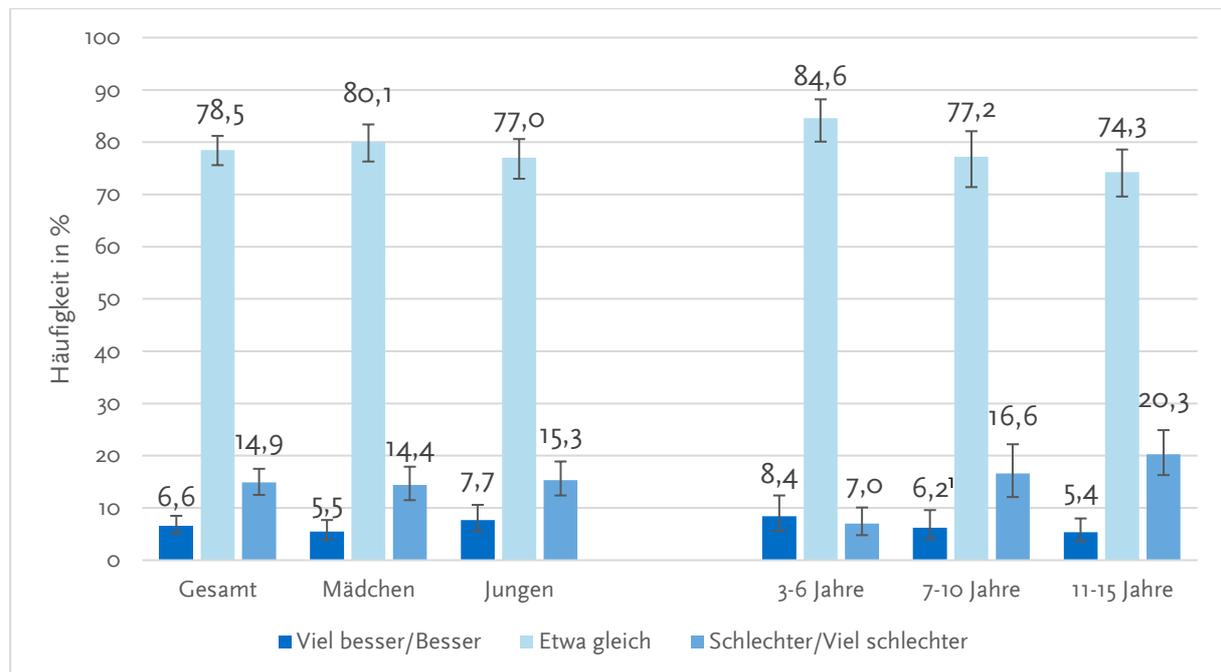
Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; gesamt: n = 3.033; niedrige Bildung: n = 91; mittlere Bildung: n = 951; hohe Bildung: n = 1.991; mit Partner(in): n = 2.786; ohne Partner(in): n = 245; signifikante Unterschiede zwischen den elterlichen Bildungsgruppen sowie zwischen Kindern von teilnehmenden Elternteilen mit versus ohne feste Partnerschaft (siehe Anhang, Tabelle 5); ¹die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

In multivariaten Analysen unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und elterlicher Bildung (siehe Anhang, Tabelle 10) zeigt sich eine mehr als zweifach erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine mittelmäßige bis sehr schlechte subjektive Gesundheit bei Kindern ab 7 bis 15 Jahren im Vergleich zu den 3- bis 6-jährigen Kindern. Für Kinder aus Familien mit einer niedrigen elterlichen Bildung ergab sich eine fünffach erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine mittelmäßige bis sehr schlechte subjektive Gesundheit im Vergleich zu Kindern aus Familien mit einer hohen elterlichen Bildung, und eine knapp 2,5-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit für Kinder aus Familien mit mittlerer elterlichen Bildung im Vergleich zu Kindern aus Familien mit einer hohen elterlichen Bildung. Ebenso war die Wahrscheinlichkeit, dass Elternteile ohne feste Partnerschaft im Vergleich zu Elternteilen in fester Partnerschaft eine mittelmäßige bis sehr schlechte subjektive Gesundheit für ihre Kinder angaben, um mehr als das 2,5-Fache erhöht.

(B) Hat sich der allgemeine Gesundheitszustand der Kinder von 3 bis 15 Jahren in der Einschätzung der Eltern im Vergleich während vs. vor der COVID-19-Pandemie verändert?

Gefragt danach, wie sie die derzeitige allgemeine Gesundheit ihres Kindes verglichen mit der Zeit vor der Corona-Pandemie (also vor März 2020) beschreiben, schätzen 78,4 % der Eltern den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder als etwa gleich ein (siehe Abbildung 10). Für knapp 15 % der Kinder berichten die Eltern eine Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustands, während er sich für knapp 7 % der Kinder verbessert habe. Eine Verbesserung scheint bei Jungen tendenziell häufiger aufgetreten zu sein als bei Mädchen. Die Geschlechterunterschiede sind jedoch nicht statistisch signifikant. Eine Verschlechterung der subjektiven Gesundheit ihrer Kinder berichten Eltern von Kindern im Alter von 3 bis 6 Jahren signifikant seltener im Vergleich zu Eltern von Kindern im Alter von 7 bis 11 Jahren sowie 12 bis 15 Jahren.

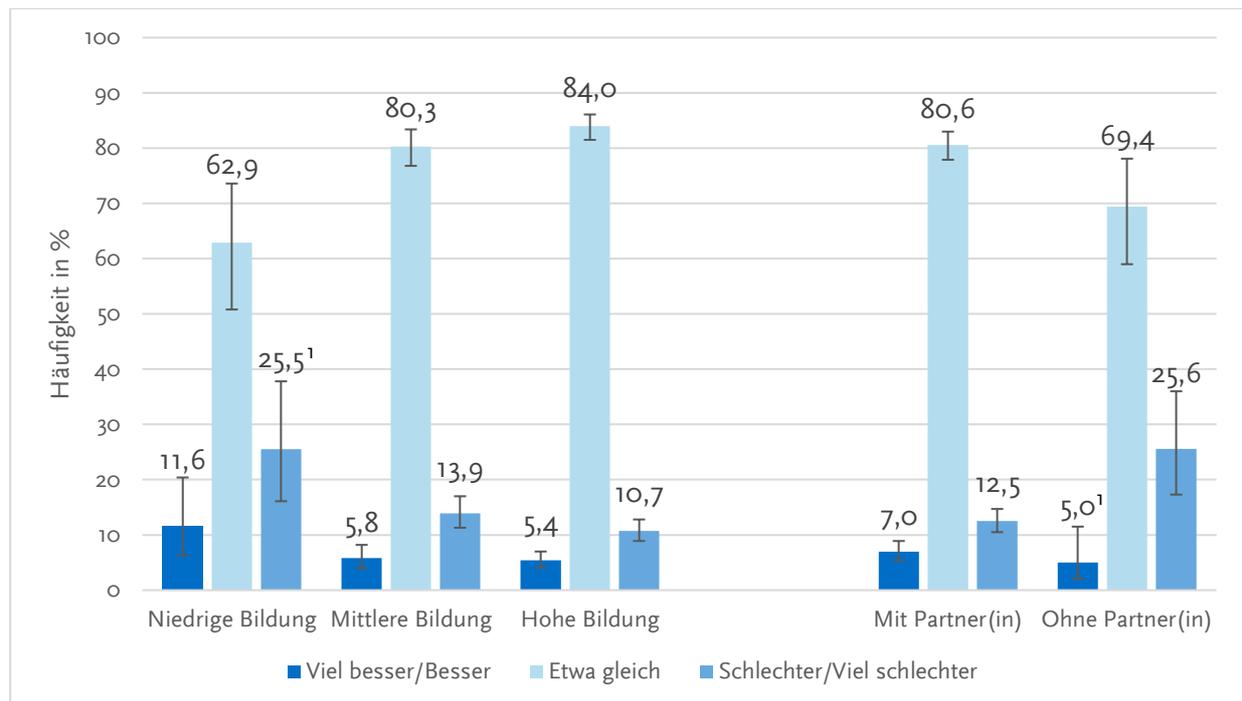
Abbildung 10: Veränderung des subjektiven allgemeinen Gesundheitszustands von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, gesamt, getrennt nach Geschlecht sowie getrennt nach Alter



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; gesamt: n = 3.024; n = 1.428; Jungen: n = 1.598; 3-6 Jahre: n = 793; 7-10 Jahre: n = 889; 11-15 Jahre: n = 1.345; kein signifikanter Geschlechterunterschied, signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen (siehe Anhang, Tabelle 6); die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

Abbildung 11 zeigt die Veränderung der subjektiven Gesundheit stratifiziert nach elterlicher Bildung sowie Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils. Auch hier zeigt sich ein sozialer Gradient hinsichtlich der elterlichen Bildung. Eltern mit niedriger Bildung berichten signifikant häufiger eine Verschlechterung der subjektiven Gesundheit ihres Kindes als Eltern mit mittlerer oder hoher Bildung. Ebenso zeigt sich, dass Eltern ohne feste Partnerschaft signifikant häufiger eine Verschlechterung der subjektiven Gesundheit ihres Kindes berichten als Eltern in einer festen Partnerschaft. Es ist kein signifikanter Zusammenhang der Veränderung der subjektiven Gesundheit von Kindern zum Haushaltseinkommen zu beobachten (siehe Tabelle 6).

Abbildung 11: Veränderung des subjektiven allgemeinen Gesundheitszustands von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, getrennt nach elterlicher Bildung sowie getrennt nach Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; gesamt: n = 3.024; niedrige Bildung: n = 91; mittlere Bildung: n = 951; hohe Bildung: n = 1.985; mit Partner(in): n = 2.780; ohne Partner(in): n = 245; signifikante Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen sowie zwischen Kindern von teilnehmenden Elternteilen mit versus ohne feste Partnerschaft (siehe Anhang, Tabelle 6); ¹die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

In multivariaten Analysen (siehe Anhang, Tabelle 11) zeigt sich ein rund zweifach bis knapp dreifach erhöhtes Risiko für eine Verschlechterung der subjektiven Gesundheit bei Kindern ab 7 Jahren im Vergleich zu den 3- bis 6-jährigen Kindern. Für Kinder mit einer niedrigen elterlichen Bildung ergab sich ein 1,8-fach erhöhtes Risiko für eine Verschlechterung der subjektiven Gesundheit im Vergleich zu Kindern mit einer hohen elterlichen Bildung. Ebenso ergab sich für Elternteile ohne feste Partnerschaft ein rund 1,6-fach erhöhtes Risiko eine Verschlechterung der subjektiven Gesundheit für ihre Kinder zu berichten im Vergleich zu Elternteilen in fester Partnerschaft.

4.3.3.3 Einordnung der Ergebnisse

Mit 92 % hat die Mehrheit der 3- bis 15-jährigen Kinder nach Angabe ihrer Eltern einen sehr guten oder guten allgemeinen Gesundheitszustand. Dieser Anteil liegt niedriger als in der 2014-2017 durchgeführten bevölkerungsrepräsentativen KiGGS Welle 2, in der für 96,1 % der Kinder dieser Altersgruppe ein guter oder sehr guter Gesundheitszustand berichtet wurde. Ein Vergleich dieser Ergebnisse ist jedoch u.a. durch unterschiedliche Erhebungsmethoden (der allgemeine Gesundheitszustand wurde in KiGGS Welle 2 über einen schriftlichen Fragebogen erfasst) limitiert.

Bei rund 15 % der 3- bis 15-jährigen Kinder hat sich nach Elternangaben der allgemeine Gesundheitszustand im Vergleich zu der Zeit vor der COVID-19-Pandemie verschlechtert. Wie im ersten Quartalsbericht dargestellt, berichteten laut DAK-Präventionsradar für das Schuljahr 2021/2022 29 % der Kinder und Jugendlichen der 5.-10. Klasse selbst in einem Online-Fragebogen eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes [37]. Aus zwei Gründen sind diese sich unterscheidenden Ergebnisse nicht unerwartet. Zum einen ist aus der KiGGS-Basiserhebung bekannt, dass Jugendliche selbst zu einer etwas schlechteren Einschätzung ihres allgemeinen Gesundheitszustands gelangen als ihre Eltern [38]. Zum anderen ist bekannt, dass ältere Kinder und Jugendliche ihren Gesundheitszustand häufiger als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht einschätzen als jüngere Kinder in den Altersgruppen der 3- bis 6-jährigen und der 7- bis 10-jährigen [39, 40]. Bei einer Abfrage von

Veränderungen der allgemeinen Gesundheit im Vergleich zu einem Zeitpunkt, zu dem die Kinder zwei Jahre jünger waren, ist demnach insbesondere ab einem Alter von 11 Jahren zunehmend mit Angaben eines verschlechterten Gesundheitszustandes zu rechnen. Ob darüber hinaus möglicherweise altersspezifische Unterschiede hinsichtlich der Betroffenheit und Verarbeitung von Maßnahmen und Einschränkungen zur Eindämmung der Pandemie diese jetzt aktuell erhobenen Unterschiede mit erklären, kann nur durch längsschnittliche Erhebungen untersucht werden. In diesem zweiten KIDA-Bericht erlaubt die angewachsene Stichprobengröße eine erste tiefergehende Charakterisierung der Kinder mit nur mittelmäßiger, schlechter und sehr schlechter allgemeiner Gesundheit bzw. mit einer Verschlechterung innerhalb der vergangenen zwei Jahre. Diese ersten differenzierten Auswertungen zeigen deutlich, dass die Kinder und Jugendlichen in unterschiedlichem Ausmaß betroffen sind. So scheinen jüngere Kinder und Kinder mit hoher elterlicher Bildung die Belastungen der letzten zwei Jahre deutlich besser verkraftet zu haben als ältere Kinder sowie Kinder mit niedriger elterlicher Bildung. Ebenso zeigt sich das elterliche Leben in fester Partnerschaft unabhängig von der elterlichen Bildung als Ressource, die der gesunden Entwicklung der Kinder zugutekommt.

4.3.4 Wie viele Kinder zeigen einen erhöhten Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf?

4.3.4.1 Hintergrund des Indikators

Die Prävalenz von Kindern und Jugendlichen mit chronischen gesundheitlichen Problemen steigt einerseits durch längere Überlebenszeiten von Kindern und Jugendlichen mit schweren angeborenen Erkrankungen oder Fehlbildungen. Zudem können durch veränderte ökologische und soziale Lebensbedingungen erworbene Gesundheitsstörungen in den Vordergrund treten, die eine gesunde körperliche und seelische Entwicklung der betroffenen Kinder und Jugendlichen langfristig beeinträchtigen [41]. Hierzu zählen psychische Störungen ebenso wie körperliche Gesundheitsprobleme. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung und im Zusammenhang mit den zusätzlichen veränderten Bedingungen aufgrund der Pandemie ist die Einschätzung des speziellen Versorgungs- oder Unterstützungsbedarfs bei Kindern und Jugendlichen auf Bevölkerungsebene von großer Bedeutung.

Messung des Indikators in KIDA

In KIDA wurde ein Item des in den USA entwickelten und in KiGGS-Basis eingesetzten Kurzfragebogens „Children with Special Health Care Needs (CSHCN)-Screeener“ in die telefonische Elternbefragung integriert [42, 43]. Die Frage lautet: „Braucht Ihr Kind mehr medizinische Versorgung, psychosoziale oder pädagogische Unterstützung, als es für Kinder in diesem Alter üblich ist?“ Wenn diese Frage bejaht wurde, folgten die Fragen „Geschieht dies aufgrund einer Krankheit, Verhaltensstörung oder eines gesundheitlichen Problems?“ und „Dauert dieses Problem bereits 12 Monate an oder ist eine Dauer von mehr als 12 Monaten zu erwarten?“ Ein erhöhter Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf liegt vor, wenn alle drei Fragen bejaht wurden.

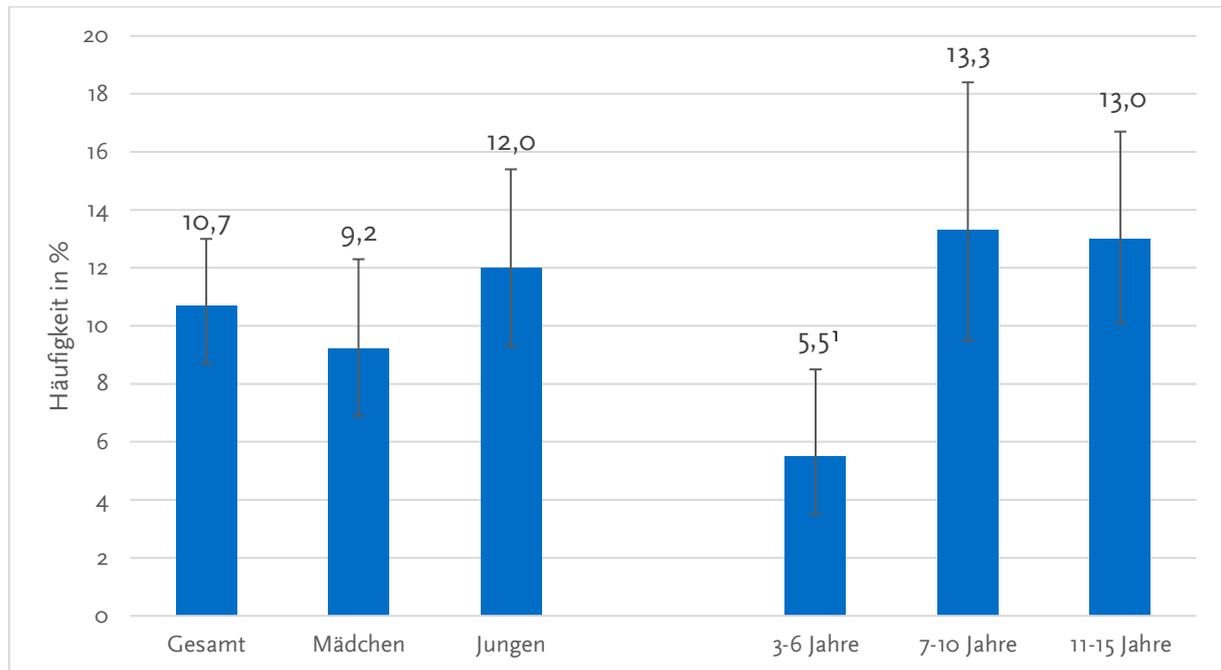
Es folgte die Frage danach, ob der erhöhte Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf schon vor der Pandemie bestanden hat: „Bestand der erhöhte Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf bereits vor der Corona-Pandemie?“ Die Antwortkategorien waren wie folgt formuliert: „ja, der erhöhte Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf bestand schon vorher in gleichem Ausmaß“, „ja, der erhöhte Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf bestand schon vorher und hat sich verstärkt“, „nein, der erhöhte Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf ist während der Pandemie aufgetreten“.

4.3.4.2 Ergebnisse

(A) Wie häufig berichten Eltern von einem höheren Bedarf ihrer Kinder an medizinischer Versorgung, psychosozialer oder pädagogischer Unterstützung als es für Kinder im gleichen Alter üblich ist?

Laut Angaben der Eltern besteht für 10,7 % der Kinder in der Altersgruppe der 3- bis 15-Jährigen ein erhöhter medizinischer, psychosozialer oder pädagogischer Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf (siehe Abbildung 12). Wenngleich der Anteil bei Jungen etwas höher ausfällt als bei Mädchen, ergibt sich kein statistisch signifikanter Geschlechterunterschied. Eltern von Kindern im Alter von 3 bis 6 Jahren berichteten für ihre Kinder signifikant seltener einen erhöhten Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf im Vergleich zu Eltern von Kindern der Altersgruppen 7 bis 10 bzw. 11 bis 15 Jahre.

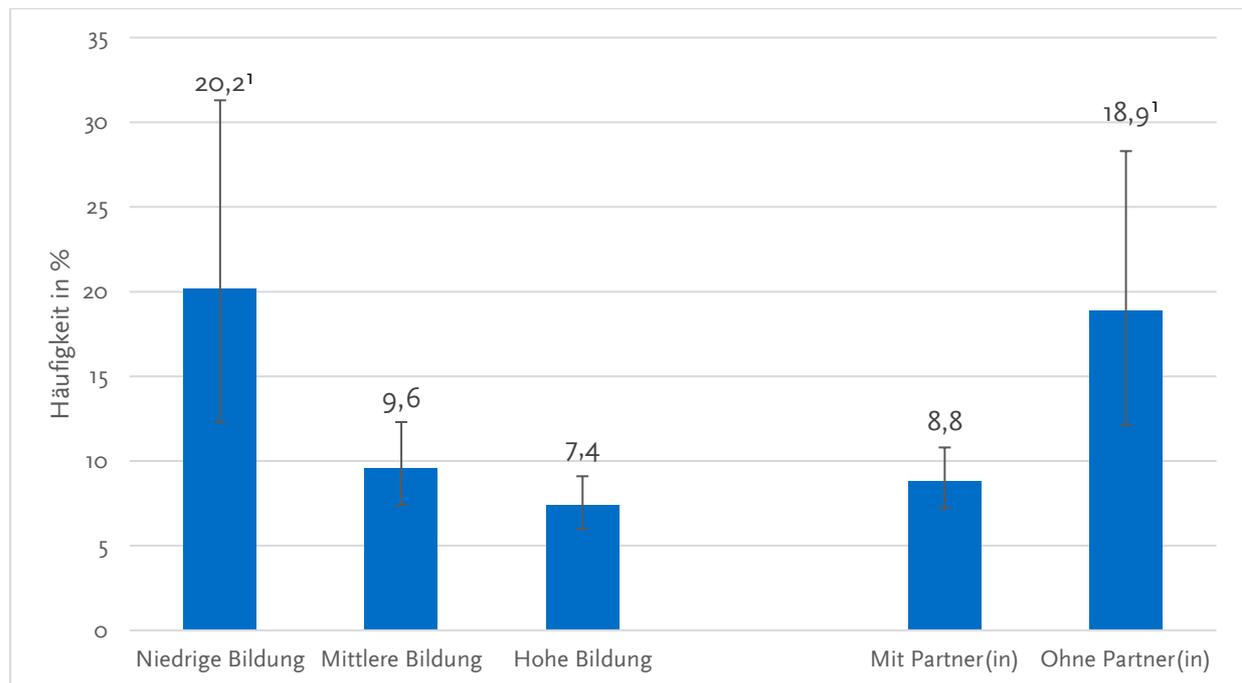
Abbildung 12: Erhöhter Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, gesamt, getrennt nach Geschlecht sowie getrennt nach Alter



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; gesamt: n = 3.006; n=1.419; Jungen: n=1.586; 3-6 Jahre: n=793; 7-10 Jahre: n= 881; 11-15 Jahre: n=1.332; kein signifikanter Geschlechterunterschied, signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen (siehe Anhang, Tabelle 7); ¹die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

Wie schon im Bereich subjektive Gesundheit zeigt sich für den erhöhten Versorgungs- und Unterstützungsbedarf ein sozialer Gradient hinsichtlich der elterlichen Bildung. Eltern mit niedriger Bildung berichten für ihre Kinder signifikant häufiger erhöhte Bedarfe im Vergleich zu Eltern mit mittlerer und hoher Bildung (siehe Abbildung 13). Des Weiteren geben Eltern ohne feste Partnerschaft häufiger ein erhöhter Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf für ihre Kinder an als teilnehmende Eltern, die sich in einer festen Partnerschaft befinden. Es ist kein signifikanter Zusammenhang eines erhöhten Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs mit dem Haushaltseinkommen festzustellen (siehe Tabelle 7).

Abbildung 13: Erhöhter Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, getrennt nach elterlicher Bildung sowie getrennt nach Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; gesamt: n = 3.006; niedrige Bildung: n= 89; mittlere Bildung: n= 938; hohe Bildung: n=1.979; mit Partner(in): n=2.764; ohne Partner(In): n=240; signifikante Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen sowie zwischen Kindern von teilnehmenden Elternteilen mit versus ohne feste Partnerschaft (siehe Anhang, Tabelle 7); ¹die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

In multivariaten Analysen (siehe Anhang, Tabelle 12) zeigt sich ein rund zweifach erhöhtes Risiko für einen erhöhten Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf bei Kindern ab 7 Jahren im Vergleich zu den 3- bis 6-jährigen Kindern. Für Kinder mit einer niedrigen elterlichen Bildung ergab sich ein zweifach erhöhtes Risiko für einen erhöhten Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf im Vergleich zu Kindern mit hoher elterlicher Bildung. Auch für Kinder, deren teilnehmender Elternteil keine feste Partnerschaft angab, zeigte sich ein 1,6-fach höheres Risiko für einen erhöhten Versorgungs- und Unterstützungsbedarf im Vergleich zu Kindern von Eltern in fester Partnerschaft.

(B) Bestand der erhöhte Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf bereits vor der Corona-Pandemie?

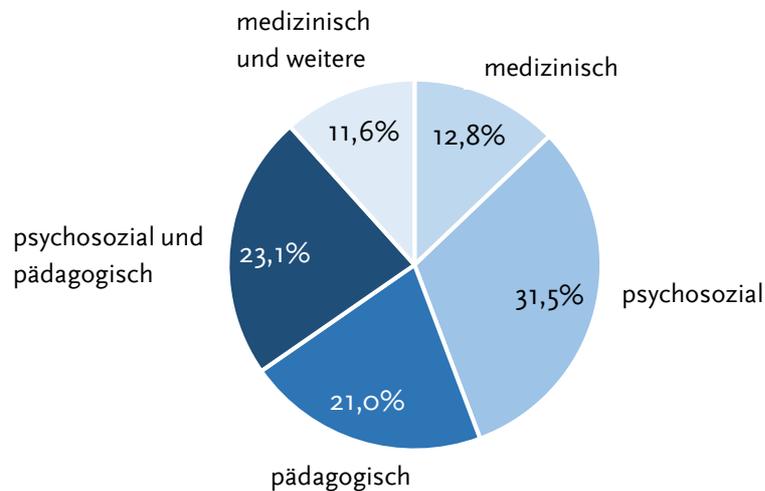
Von 298 Kindern mit erhöhtem Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf wurde für 49,3 % angegeben, dass der Bedarf bereits vor der Pandemie in gleichem Ausmaß bestanden habe. Die Eltern von 27,8 % der Kinder berichteten, dass der Bedarf sich während der Pandemie verstärkt hat, während die Eltern von 23 % der Kinder berichteten, dass der Bedarf seit Beginn der Pandemie aufgetreten sei. Dementsprechend ergab sich laut Elternangabe für etwa die Hälfte der Kinder mit erhöhtem Bedarf eine Verstärkung oder ein Neuauftreten des Versorgungs- oder Unterstützungsbedarfs seit Beginn der COVID-19-Pandemie.

(C) Von welcher Art von Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf berichteten die befragten Eltern?

In der nachgeschalteten KIDA-Onlinebefragung wurden Eltern erneut befragt: „Braucht Ihr Kind mehr medizinische Versorgung, psychosoziale oder pädagogische Unterstützung, als es für Kinder in diesem Alter üblich ist?“. Bejahten die Eltern diese Frage, wurden Sie im Anschluss gefragt: „Welcher Bereich war von dem erhöhten Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf betroffen?“. Von den ersten 913 Datensätzen bejahten die Eltern von n=156 der 3- bis 15-jährigen Kinder einen erhöhten Versorgungs- und Unterstützungsbedarf. Eine erste explorative Analyse dieser Stichprobe ergab, dass die Eltern von knapp einem Viertel der Kinder mit erhöhtem Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf einen erhöhten medizinischen Versorgungsbedarf angeben. Für Dreiviertel der Kinder geben die Eltern einen erhöhten pädagogischen und/oder psychosozialen

Unterstützungsbedarf ohne medizinischen Versorgungsbedarf an. Abbildung 14 zeigt die Anteile der von den Eltern berichteten erhöhten Versorgungs- und Unterstützungsbedarfe.

Abbildung 14: Art des erhöhten Versorgungs- oder Unterstützungsbedarfs bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Onlineerhebung vom 20.04.2022 – 14.09.2022; gesamt: n = 156 (siehe Anhang, Tabelle 8)

4.3.4.3 Einordnung der Ergebnisse

Ein Vergleich des Anteils von Kindern mit erhöhtem Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf mit früheren bevölkerungsbasierten Erhebungen ist nur sehr eingeschränkt möglich. In KiGGS Welle 1 und 2 wurde dieses Item des CSHCN-Screeners nicht erhoben. Die schon mehr als 16 Jahre zurückliegende KiGGS-Basiserhebung beinhaltete das jetzt erfragte CSHCN-Item als Teil des vollständigen Screeninginstruments, jedoch wurden die Informationen in einer schriftlichen Befragung erhoben und nicht, wie in KIDA, telefonisch. Der Anteil von Kindern in der jetzt untersuchten Altersgruppe mit erhöhtem Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf errechnet sich in den Daten der KiGGS-Basiserhebung aus 2003-2006 auf 6 %. Auch in den Daten aus den Jahren 2003-2006 war die Prävalenz von Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf für ältere Kinder und Jugendliche tendenziell höher als bei Kindern im Alter von 3- bis 6 Jahren. Allerdings zeigten sich in der KiGGS-Basiserhebung keine Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen in Bezug auf spezielle Versorgungs- und Unterstützungsbedarfe [43]. Die Daten der ersten sieben Monate der KIDA-Befragung machen jetzt jedoch deutlich, dass die besonderen Bedarfe nach mehr als 2 Jahren Pandemie insbesondere Kinder mit niedriger elterlicher Bildung betreffen und es sich bei den erhöhten Bedarfen in großen Teilen um pädagogische oder psychosoziale Unterstützungsbedarfe handelt. Des Weiteren scheinen hiervon insbesondere Kinder betroffen zu sein, deren Elternteil ohne die soziale Ressource einer Partnerschaft lebt. Die Frage, inwiefern auch Eltern mit psychischen Belastungen oder alleinerziehende Elternteile besonders betroffen sind, kann mit den bislang aus der KIDA-Studie vorliegenden Daten noch nicht beantwortet werden.

Fazit

Der überwiegenden Mehrheit der Kinder im Alter von 3 bis 15 Jahren geht es in Bezug auf ihren subjektiven allgemeinen Gesundheitszustand gut oder sogar sehr gut. Dennoch lässt sich ein nennenswerter Anteil von 8 % an Kindern feststellen, deren allgemeine Gesundheit durch die Eltern nur als mittelmäßig, schlecht oder sogar sehr schlecht eingeschätzt wird. Außerdem hat sich bei 15 % der Kinder nach Angabe ihrer Eltern der allgemeine Gesundheitszustand im Vergleich zu der Zeit vor der COVID-19-Pandemie verschlechtert. Ein erhöhter medizinischer, psychosozialer oder pädagogischer Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf wird für rund jedes zehnte Kind berichtet. Eine weniger gute subjektive Gesundheit, eine Verschlechterung der subjektiven Gesundheit seit Beginn der Pandemie sowie ein erhöhter Versorgungs- und Unterstützungsbedarf wurde insbesondere von Eltern älterer Kinder ab 7 Jahren berichtet sowie insbesondere von Kindern mit niedriger

elterlicher Bildung sowie ohne feste Partnerschaft. Insbesondere für erhöhte medizinische, psychosoziale oder pädagogische Versorgungs- oder Unterstützungsbedarfe zeigt sich eine Veränderung im Vergleich zur Zeit der KiGGS-Basiserhebung, als erhöhte Bedarfe über die Bildungsgruppen noch gleich häufig verteilt berichtet wurden. Die aktuellen Daten der KIDA-Befragung weisen darauf hin, dass erhöhte Versorgungs- oder Unterstützungsbedarfe nach mehr als 2 Jahren Pandemie insbesondere Kinder mit niedriger elterlicher Bildung betreffen.

Die Interpretation der vorliegenden Ergebnisse zur körperlichen Gesundheit unterliegt mehreren Limitationen. Erhoben werden die subjektiven Einschätzungen der Eltern zum Gesundheitszustand ihrer Kinder und zu Veränderungen im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie. Daraus ergeben sich mehrere mögliche Verzerrungsquellen, darunter selektive oder in der Erinnerung veränderte Wahrnehmungen (Erinnerungsbias). Bei der Interpretation der Ergebnisse muss außerdem berücksichtigt werden, dass alters- und geschlechtsspezifische bevölkerungsbezogene Ergebnisse für den Zeitraum direkt vor der Pandemie für vergleichende Betrachtungen nicht verfügbar sind. Die Ergebnisse der letzten KiGGS Welle 2 beziehen sich auf einen Zeitraum, der drei bis sechs Jahre vor der COVID-19-Pandemie lag.

4.4 Psychische Gesundheit

Im ersten KIDA-Quartalsbericht [44] wurden bereits erste Ergebnisse zur subjektiven psychischen Gesundheit berichtet. In den folgenden Kapiteln werden die bisherigen Ergebnisse um Analysen der Subgruppen erweitern. Zudem erfolgt ein erstmaliger Bericht zum familiären Zusammenhalt.

4.4.1 Kernaussagen

- Die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen (ca. 93 %) hat nach Angabe ihrer Eltern eine ausgezeichnete, sehr gute oder gute psychische Gesundheit.
- Bei ca. 21 % der Kinder und Jugendlichen hat sich nach Angabe ihrer Eltern die psychische Gesundheit während vs. vor der COVID-19-Pandemie verschlechtert.
- Die Verschlechterung der psychischen Gesundheit ist vor allem bei Kindern und Jugendlichen mit niedriger und mittlerer elterlicher Bildung, geringem familiären Zusammenhalt sowie mit Eltern ohne festen Partner/ feste Partnerin assoziiert.
- Der familiäre Zusammenhalt wird von den befragten Eltern eher gut eingeschätzt.
- Zwischen Geschlechtern und Bildungsgruppen bestehen keine Unterschiede beim familiären Zusammenhalt.
- Eltern mit jüngeren Kindern und Eltern, die in einer Partnerschaft leben, schätzen den familiären Zusammenhalt besser ein wohingegen Eltern mit psychischen Belastungssymptomen einen schlechteren familiären Zusammenhalt berichten.

4.4.2 Wie haben die Eltern die allgemeine psychische Gesundheit ihrer Kinder eingeschätzt?

4.4.2.1 Hintergrund des Indikators

Die subjektive psychische Gesundheit (Self-Rated Mental Health, SRMH) umfasst die Einschätzung der eigenen allgemeinen psychischen Gesundheit aus der Sicht der befragten Person selbst bzw. bei Kindern aus der Sicht der Eltern. Der Indikator SRMH lässt sich dem Bereich der positiven psychischen Gesundheit zuordnen [45, 46]. Ergebnisse während der COVID-19-Pandemie konnten für den Indikator bis dato weder international noch national für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen gefunden werden. In der KIDA-Studie ist das entsprechende Erhebungsinventar in Deutschland erstmalig in einer Bevölkerungsstichprobe bei Kindern und Jugendlichen eingesetzt worden.

In der KIDA-Studie wird die SRMH über ein etabliertes Einzelitem [47] gemessen: „Wie würden Sie die psychische Gesundheit Ihres Kindes im Allgemeinen einschätzen?“ (Elternbericht für 3- bis 15-Jährige). Die Antwortmöglichkeiten lauteten: 5 = „ausgezeichnet“, 4 = „sehr gut“, 3 = „gut“, 2 = „weniger gut“, 1 = „schlecht.“ Analog zu den Surveillance-Systemen in Kanada [48] und Australien [49] werden die beiden Kategorien „ausgezeichnet“ und „sehr gut“ zusammengefasst. Darüber hinaus findet eine Differenzierung zwischen einer „guten“ und einer „weniger guten“ bzw. „schlechten“ psychischen Gesundheit statt. Zudem wird eine Eltern- bzw. Selbsteinschätzung der Veränderung der psychischen Gesundheit gegenüber der Zeit vor Beginn der COVID-19-Pandemie in Deutschland erhoben: „Verglichen mit der Zeit vor der Corona-Pandemie (also vor März 2020), wie würden Sie die derzeitige psychische Gesundheit Ihres Kindes beschreiben?“ Die Antwortmöglichkeiten lauteten: 5 = „viel besser“, 4 = „etwas besser“, 3 = „etwa gleich“, 2 = „etwas schlechter“, 1 = „viel schlechter.“ Die Antwortkategorien 5 und 4 wurden als „verbessert“ und die Antwortkategorien 1 und 2 als „verschlechtert“ zusammengefasst, die Antwortkategorie 3 blieb als „unverändert“ bestehen.

In multivariaten Regressionsanalysen wurde das Risiko für eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit seit Beginn der Pandemie aus der Sicht der Eltern geprüft. Der Altersbereich wurde hier eingegrenzt auf Kinder im Alter von 9 bis 15 Jahren, um lediglich Kinder in die Analysen einzuschließen, welche bereits bei Pandemiebeginn das Schulalter von sechs Jahren erreicht hatten. Es wurde damit berücksichtigt, dass (a) Schulkinder besonders stark von pandemiebedingten Einschränkungen betroffen waren [21] und (b) in den KIDA-Daten eine schlechtere SRMH für ältere Altersgruppen ab etwa dem Schulalter berichtet wurde (siehe Abbildung 17). Die Antwortmöglichkeiten lauteten wie im Absatz oben beschrieben: 5 = „viel besser“, 4 = „etwas besser“, 3 = „etwa gleich“, 2 = „etwas schlechter“, 1 = „viel schlechter.“ Für die Analysen wurden die Antwortmöglichkeiten 2 = „etwas schlechter“, 1 = „viel schlechter“ zusammengefasst in „Verschlechterung der SRMH“ und 5 = „viel

besser“, 4 = „etwas besser“, 3 = „etwa gleich“ in der Kategorie „keine Veränderung oder Verbesserung der SRMH der SRMH“.

Eine ausführliche Beschreibung des Indikators ist dem ersten KIDA-Quartalsbericht [44] zu entnehmen.

4.4.2.2 Ergebnisse

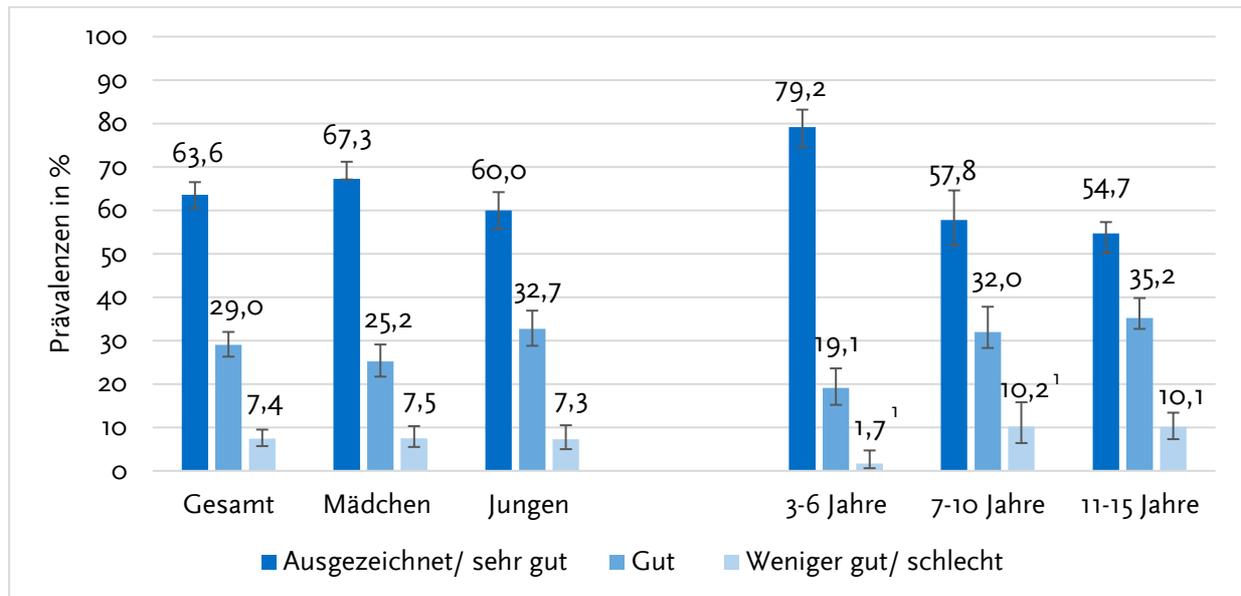
(A) Wie wurde die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen im Allgemeinen nach zwei Jahren Pandemie durch die Eltern eingeschätzt?

Die SRMH wurde von den Eltern für einen Großteil der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren positiv eingeschätzt: Bei 63,6 % wurde die SRMH als „ausgezeichnet“ bzw. „sehr gut“ und bei einem weiteren Drittel (29,0 %) als „gut“ berichtet. Bei 7,4 % der Kinder und Jugendlichen wurde die psychische Gesundheit von ihren Eltern als „weniger gut“ bzw. „schlecht“ eingeschätzt. Für diesen Indikator liegen bislang keine Referenzdaten für Kinder und Jugendliche in Deutschland vor, weshalb ein Vergleich mit prä-pandemischen Zeitpunkten nicht möglich ist und die zeitliche Entwicklung des Indikators erst im Zuge der weiteren Erhebung im Rahmen der KIDA-Studie weiterverfolgt werden kann.

Eine nach Mädchen und Jungen stratifizierte Auswertung (siehe Abbildung 15) zeigte, dass bei der Mehrheit der Mädchen (67,3 %) und der Jungen (60,0 %) die Eltern eine ausgezeichnete bzw. sehr gute SRMH ihres Kindes berichteten. Knapp ein Viertel der Mädchen (25,2 %) und ein Drittel Jungen (32,7 %) wiesen laut ihren Eltern eine gute SRMH auf. Die Prävalenz der weniger guten bzw. schlechten SRMH lag bei Mädchen bei 7,5 % und bei Jungen 7,3 %. Die Zahlen deuten tendenziell eine bessere SRMH bei Mädchen gegenüber Jungen an, allerdings waren diese Unterschiede nicht signifikant.

Bei der altersstratifizierten Auswertung (siehe Abbildung 15) zeigte sich, dass die psychische Gesundheit bei Kindern im Vorschulalter von 3 bis 6 Jahren durch die Eltern besser eingeschätzt wurde als bei den älteren Altersgruppen: bei 79,2 % der Kinder in dieser Altersgruppe (gegenüber der 7- bis 10-Jährigen mit 57,8 % bzw. der 11- bis 15-Jährigen mit 54,7 %) wurde die psychische Gesundheit als ausgezeichnet bzw. sehr gut eingeschätzt und bei 19,1 % wurde diese als gut eingeschätzt (gegenüber 32,0 % und 35,2 %). Damit wiesen Kinder und Jugendliche ab dem Schulalter nach Angaben der Eltern häufiger eine weniger gute bzw. schlechte psychische Gesundheit auf. Wegen geringer Fallzahlen ist die Prävalenz der weniger guten bzw. schlechten SRMH nur mit eingeschränkter statistischer Sicherheit zu berichten und lag bei Kindern im Alter von 3 bis 6 Jahren zwischen 0,6-4,7 % und bei Kindern im Alter von 7 bis 10 Jahren zwischen 6,4-15,8 %. Bei 10,1 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 11 bis 15 Jahren wurde durch die Eltern eine weniger gute bzw. schlechte SRMH berichtet.

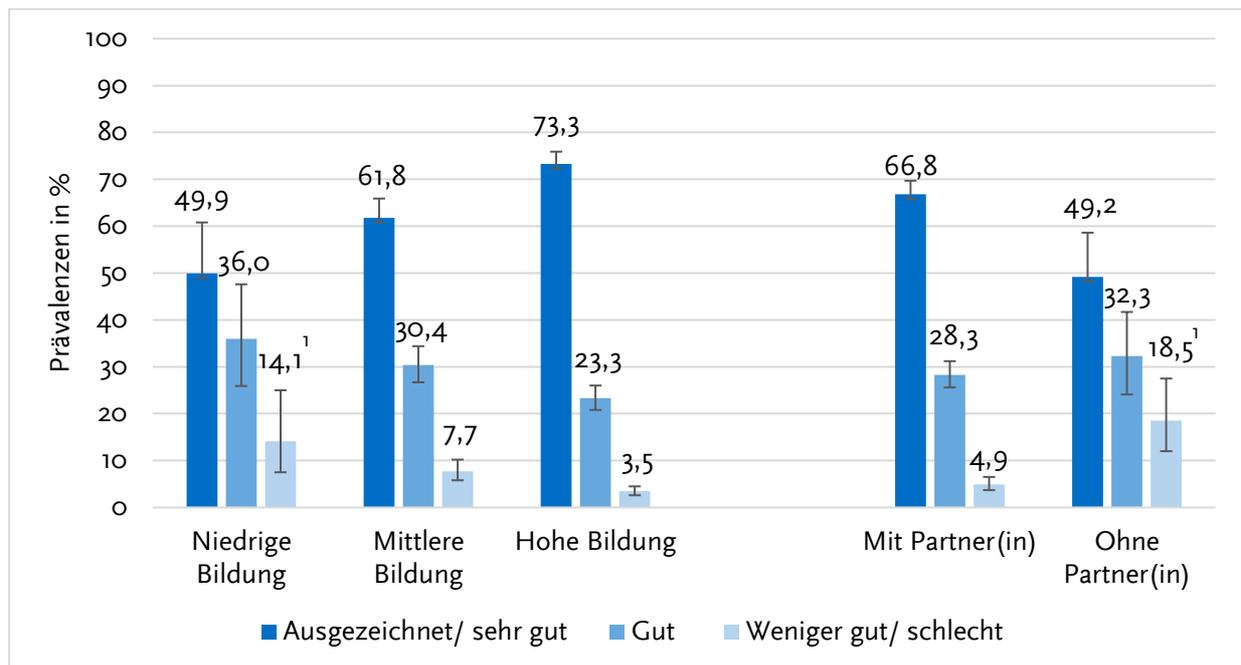
Abbildung 15: Subjektive psychische Gesundheit von Kindern im Alter von 3 bis 15 Jahren, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, gesamt, getrennt nach Geschlecht sowie getrennt nach Alter



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; gesamt: n = 3.031; Mädchen: n = 1.430; Jungen: n = 1.600; 3-6 Jahre: n = 795; 7-10 Jahre: n = 892; 11-15 Jahre: n = 1.344; keine signifikanten Unterschiede für Geschlecht, signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen (siehe Anhang, Tabelle 13); ¹die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

Abbildung 16 zeigt Ergebnisse zur SRMH getrennt nach Bildungsgruppen (höchster Bildungsabschluss der Eltern) sowie Partnerstatus des berichtenden Elternteils. Bezüglich der Bildung ist ein Gradient erkennbar: Mehr Kinder und Jugendliche aus der hohen Bildungsgruppe (73,3 %) zeigten im Vergleich zur mittleren Bildungsgruppe (61,8 %) und niedrigen Bildungsgruppe (49,9 %) eine ausgezeichnete bzw. sehr gute SRMH. Analog dazu berichteten Eltern aus niedrigen Bildungsgruppen signifikant häufiger eine weniger gute bzw. schlechte SRMH für ihre Kinder als Eltern aus mittleren bzw. hohen Bildungsgruppen (siehe Abbildung 16). Die Prävalenz der weniger guten bzw. schlechten SRMH ist aufgrund geringer Fallzahlen in der niedrigen Bildungsgruppe nur mit eingeschränkter statistischer Sicherheit zu berichten. Eltern in einer festen Partnerschaft berichteten signifikant häufiger eine bessere SRMH als Eltern ohne feste Partnerschaft (siehe Abbildung 16). Während bei 4,9 % der Kinder und Jugendlichen, deren Eltern in einer festen Partnerschaft leben, eine weniger gute oder schlechte SRMH berichtet wurde, liegt der Anteil bei Kindern von Eltern ohne feste Partnerschaft im Wertebereich zwischen 12,0-27,5 % (wegen eingeschränkter statistischer Sicherheit aufgrund geringer Fallzahlen kann hier nur ein Bereich angegeben werden).

Abbildung 16: Subjektive psychische Gesundheit von Kindern im Alter von 3 bis 15 Jahren, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, getrennt nach elterlicher Bildung sowie getrennt nach Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils



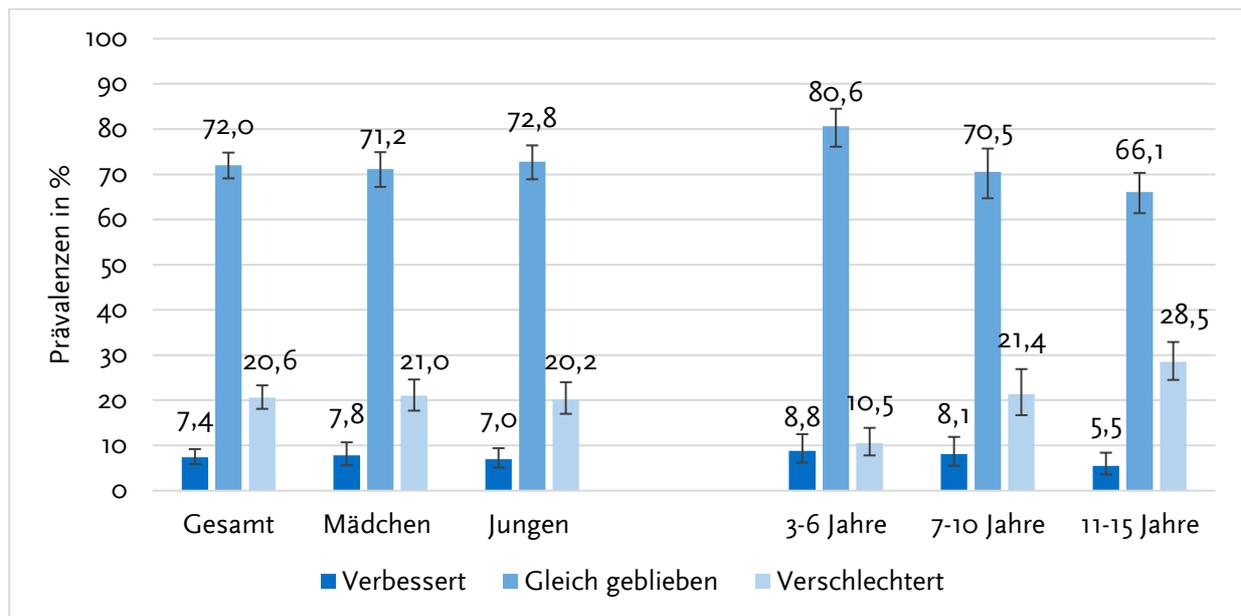
Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; niedrige Bildung: n = 90; mittlere Bildung: n = 951; Hohe Bildung: n = 1.990; mit Partner(in): n = 2.785; ohne Partner(in): n = 244; signifikante Unterschiede für Bildung und Partnerstatus (siehe Anhang, Tabelle 13); ¹die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

(B) Hat sich die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen von 3 bis 15 Jahren in der Einschätzung der Eltern im Vergleich während vs. vor der COVID-19-Pandemie verändert?

Nach Einschätzung der Eltern blieb die psychische Gesundheit bei 72 % der 3- bis 15-jährigen Kinder und Jugendlichen im Vergleich während vs. vor der COVID-19-Pandemie gleich. Bei etwa 7 % der Kinder und Jugendlichen gaben die Eltern eine Verbesserung und bei weiteren 21 % eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit an. Eine nach Mädchen und Jungen stratifizierte Auswertung zeigte keine signifikanten Geschlechtsunterschiede (siehe Abbildung 17). Bei der altersstratifizierten Auswertung (siehe Abbildung 17) ist ebenfalls erkennbar, dass sich bei der Mehrheit (3 bis 6 Jahre: 80,6 %; 7 bis 10 Jahre: 70,5 %; 11 bis 15 Jahre: 66,1 %) die psychische Gesundheit während vs. vor der COVID-19-Pandemie nach Angaben der Eltern nicht verändert hat. Bei ca. 8 % der 3- bis 6-Jährigen und der 7- bis 10-Jährigen sowie bei 5,5 % der 11- bis 15-Jährigen wurde eine Verbesserung der psychischen Gesundheit durch die Eltern berichtet.

Es zeigte sich außerdem, dass die Eltern der älteren Kinder und Jugendlichen häufiger eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit während vs. vor der COVID-19-Pandemie berichteten: bei 10,5 % der 3- bis 6-Jährigen wurde eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit berichtet, im Vergleich dazu wurde bei 21,4 % der 7- bis 10-Jährigen und bei fast einem Drittel (28,5 %) der 11- bis 15-Jährigen eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit berichtet.

Abbildung 17: Veränderung der subjektiven psychischen Gesundheit von Kindern im Alter von 3 bis 15 Jahren, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, gesamt, getrennt nach Geschlecht sowie getrennt nach Alter

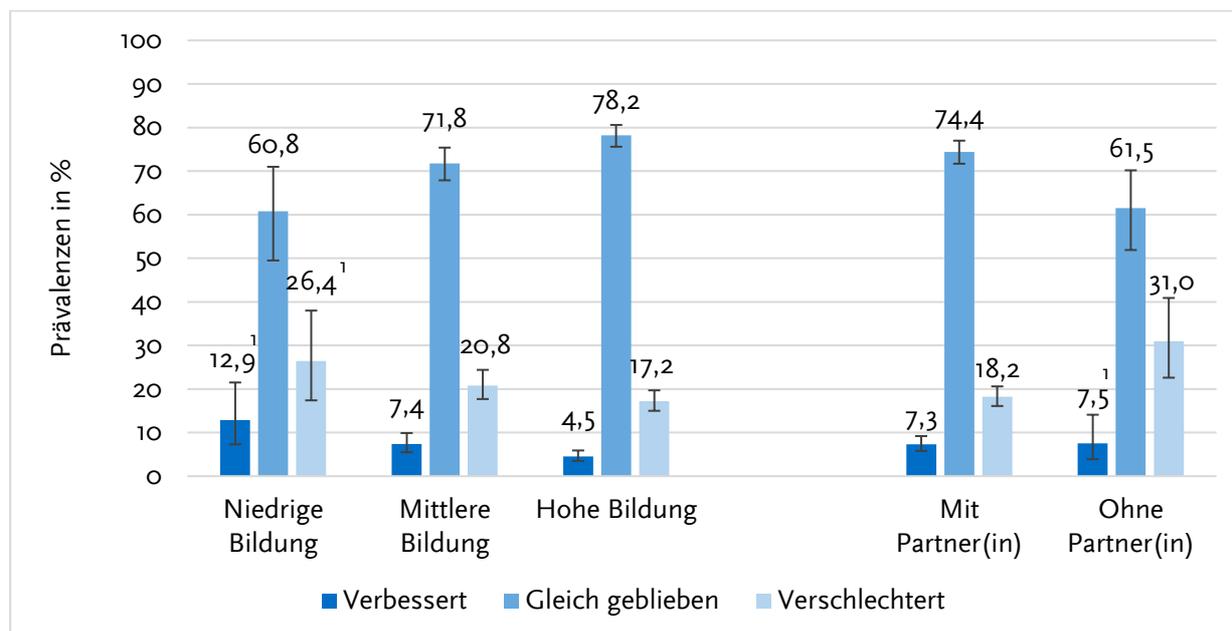


Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; Gesamt: n = 3.015; Mädchen: n = 1.425; Jungen: n = 1.589; 3-6 Jahre: n = 783; 7-10 Jahre: n = 891; 11-15 Jahre: n = 1.341; kein signifikanter Geschlechterunterschied, signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen (siehe Anhang, Tabelle 14)

Abbildung 18 zeigt Ergebnisse zur Veränderung der SRMH nach Bildungsgruppen. Zwischen 7,3-21,5%¹ der Eltern aus niedrigen Bildungsgruppen berichteten eine Verbesserung der SRMH während der COVID-19-Pandemie. Sowohl bei der mittleren Bildungsgruppe (7,4 %) als auch bei der hohen Bildungsgruppe (4,5 %) wurde die Verbesserung der SRMH etwas seltener berichtet. Bei der Verschlechterung der SRMH während vs. vor der COVID-19-Pandemie ist erkennbar, dass bei der niedrigen Bildungsgruppe häufiger eine Verschlechterung berichtet wurde (17,4-38,0 %) im Vergleich zur mittleren Bildungsgruppe (20,8 %) und hohen Bildungsgruppe (17,2 %). Eltern ohne eine feste Partnerschaft berichteten häufiger eine Verschlechterung der SRMH der Kinder als Eltern mit fester Partnerschaft (siehe Abbildung 18). Während bei 18,2 % der Kinder und Jugendlichen, deren Eltern in einer festen Partnerschaft leben, eine Verschlechterung der SRMH berichtet wurde, liegt der Anteil bei Kindern von Eltern ohne feste Partnerschaft bei 31,0 %.

¹ Wegen geringer Fallzahlen ist die Prävalenz nur mit eingeschränkter statistischer Sicherheit zu berichten und es wird auf die Nennung des Schätzers verzichtet und stattdessen die 95 %-Konfidenzintervalle angegeben.

Abbildung 18: Veränderung der subjektiven psychischen Gesundheit von Kindern im Alter von 3 bis 15 Jahren, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, getrennt nach elterlicher Bildung sowie getrennt nach Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; niedrige Bildung: n = 89; mittlere Bildung: n = 948; hohe Bildung: n = 1.978; mit Partner(in): n = 2.769; ohne Partner(in): n = 244; signifikante Unterschiede für Bildungsgruppen und Partnerstatus (siehe Anhang, Tabelle 14); ¹die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

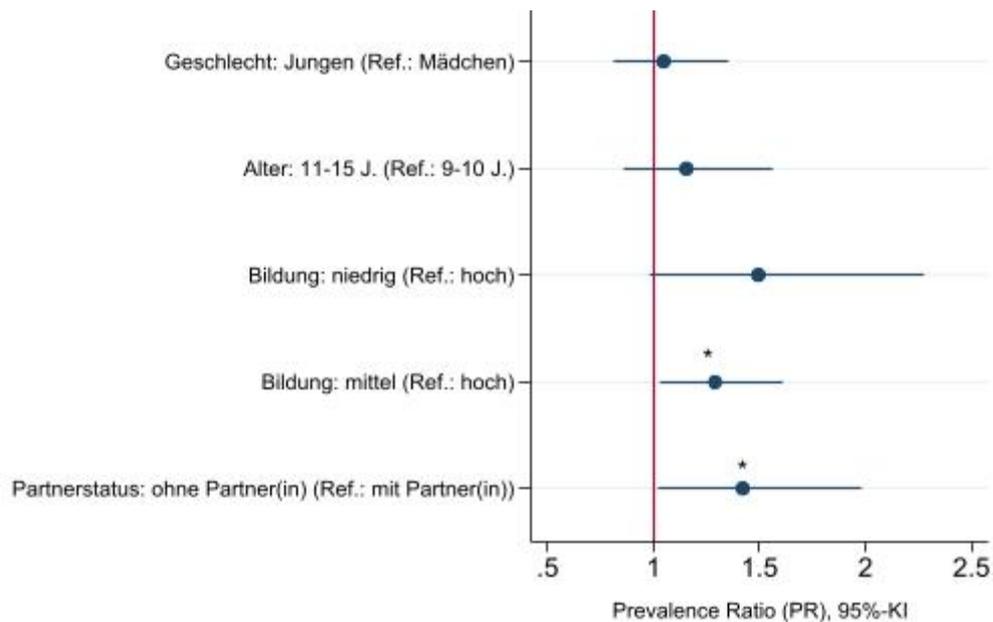
(C) Bei welchen Gruppen erhöht sich das Risiko für eine Verschlechterung der subjektiven psychischen Gesundheit vor vs. während der COVID-19 Pandemie?

Bei der Prävalenz einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit mit einer Höhe von insgesamt knapp 21% wurden Prävalenz Ratios (PR) mittels Poisson-Regression berechnet, um relative Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen zu untersuchen. Hier gibt das PR das Risiko einer bestimmten Gruppe im Verhältnis zu einer Referenzgruppe an, eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit zu berichten. In einem multivariaten Modell zur Exploration von Einflussfaktoren für die Verschlechterung der psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 9 bis 15 Jahren während vs. vor der COVID-19-Pandemie (siehe Hintergrund des Indikators) wurden das Alter und das Geschlecht des Kindes, die elterliche Bildung, der Partnerstatus eines Elternteils sowie der familiäre Zusammenhalt (zum familiären Zusammenhalt siehe auch Kapitel 4.4.3) aufgenommen. Hierbei sollte geklärt werden, ob diese statistischen Zusammenhänge für eine elternberichtete Verschlechterung der psychischen Gesundheit ihres Kindes im Alter von 9 bis 15 Jahren auch nachweisbar sind, wenn andere Einflussfaktoren berücksichtigt werden.

Die Ergebnisse bestätigen die Befunde der bereits dargestellten bivariaten Analyse: In einem Regressionsmodell, in welchem zunächst das Alter und das Geschlecht des Kindes, sowie die elterliche Bildung berücksichtigt wurden, war das Risiko einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit der Kinder während der Pandemie mit hoher elterlichen Bildung verringert. Im Vergleich zur höheren Bildungsgruppe liegt das Risiko einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit der Kinder in der Gruppe mit mittlerer elterlicher Bildung um 35 % höher, in der Gruppe mit niedriger elterlicher Bildung um 69 % (siehe Anhang, Tabelle 15). Im Gesamtmodell mit weiterer Berücksichtigung des Partnerstatus und des familiären Zusammenhalts zeigt sich, dass das Risiko für eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit für Kinder und Jugendliche mit mittlerer elterlichen Bildung weiterhin signifikant erhöht ist im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen mit hoher elterlicher Bildung. Der Vergleich zwischen hoher und niedriger elterlicher Bildung ist in diesem Modell nicht mehr statistisch signifikant, was wahrscheinlich auf die aktuell geringen Fallzahlen zurück zu führen ist und sich im großen Konfidenzintervall zeigt. Zusätzlich erklären die berücksichtigten Variablen im Gesamtmodell einen Anteil des Zusammenhangs zwischen der elterlichen Bildung und der Einschätzung der Veränderung der psychischen

Gesundheit der Kinder, wodurch der Effekt der elterlichen Bildung verringert wird. Unabhängig vom Bildungsstatus der Eltern zeigt sich für Eltern ohne feste Partnerschaft ein um 1.42-Fach erhöhtes Risiko für eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit ihrer Kinder seit Beginn der COVID-19 Pandemie. Darüber hinaus erwies sich ein hoher familiärer Zusammenhalt als Ressource: mit zunehmendem familiärem Zusammenhalt reduzierte sich das Risiko für eine Verschlechterung der subjektiven psychischen Gesundheit gegenüber der Zeit vor der Pandemie. Der familiäre Zusammenhalt wurde auf Grund der Darstellung als metrischer Variable (Range 0-100) ausschließlich in der Tabelle dargestellt. Es zeigten sich im Basismodell sowie auch unter Kontrolle anderer Einflussfaktoren keine signifikanten Geschlechts- und Altersunterschiede (siehe Abbildung 19 & Anhang, Tabelle 16).

Abbildung 19: Faktoren für eine Verschlechterung der subjektiven psychischen Gesundheit von Kindern im Alter von 9 bis 15 Jahren, Prevalence Ratio (PR) und 95%-Konfidenzintervalle



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; Gesamt: n = 1.782; Signifikant auf Basis der p-Werte im Vergleich zur Referenzkategorie: *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001; Ref. – Referenzkategorie, Berechnung der Prävalenz Ratios (PR) mittels Poisson-Regression. Das PR gibt das Risiko einer bestimmten Gruppe im Verhältnis zu einer Referenzgruppe an. Ein PR von 1,35 sagt z.B., dass im Vergleich zur höheren Bildungsgruppe das Risiko einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit der Kinder in der Gruppe mit mittlerer elterlicher Bildung um 35 % höher liegt beziehungsweise das Risiko um das 1,35-Fache erhöht ist (siehe Anhang, Tabelle 16).

4.4.2.3 Bewertung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der KIDA-Studie zeigen, dass eine deutliche Mehrheit der Kinder und Jugendlichen nach Angabe ihrer Eltern eine ausgezeichnete bis gute psychische Gesundheit haben. Allerdings weisen die Ergebnisse zur Veränderung der subjektiven psychischen Gesundheit vor vs. während der COVID-19-Pandemie gleichzeitig darauf hin, dass sich bei ca. 21 % der Kinder und Jugendlichen die psychische Gesundheit laut ihrer Eltern verschlechtert hat. Zudem zeigen die Ergebnisse der bivariaten Subgruppenanalysen, dass bei Kindern und Jugendlichen die älter sind, eine niedrige und mittlere elterliche Bildung haben sowie mit Eltern ohne feste Partnerschaft häufiger eine Verschlechterung der subjektiven psychischen Gesundheit während vs. vor der COVID-19-Pandemie berichtet wird. Die multivariaten Analysen zeigen, dass das Risiko, eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit zu berichten, für Kinder und Jugendliche mit niedriger und mittlerer elterlicher Bildung, niedrigem familiärem Zusammenhalt und ohne feste Partnerschaft erhöht ist. Die geringen Fallzahlen in der niedrigen Bildungsgruppe sowie Eltern ohne feste Partnerschaft sollten bei der Betrachtung der Ergebnisse berücksichtigt werden und zeigen sich in der Größe der jeweiligen Konfidenzintervalle.

Der Indikator SRMH, also die subjektive psychische Gesundheit im Allgemeinen, wurde in der KIDA-Studie erstmalig bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland erhoben. Darüber hinaus wurde vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie die Einschätzung der psychischen Gesundheit im Vergleich während vs. vor der COVID-

19-Pandemie erstmalig erfragt. Da somit keine direkten Vergleichswerte zum Indikator vorliegen, werden die Ergebnisse in nationale und internationale Befunde mit verschiedenen Indikatoren psychischer Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen eingeordnet:

In einer Befragung aus Kanada zur SRMH vor der Pandemie konnten Geschlechtsunterschiede gezeigt werden. Mädchen berichteten häufiger eine schlechtere psychische Gesundheit im Vergleich zu Jungen [50]. Nationale Ergebnisse während der Pandemie zeigten, dass der Anteil der Mädchen mit verminderter gesundheitsbezogener Lebensqualität größer war als bei Jungen [8]. In der KIDA-Studie zeigten sich mit den Daten von Februar bis September 2022 keine signifikanten Unterschiede in der SRMH und deren Veränderung nach Geschlecht des Kindes.

Mit Blick auf das Alter lassen sich die Befunde der KIDA-Studie mit anderen Studienergebnissen vor und während der Pandemie bestätigen, dass mit zunehmendem Alter des Kindes eine schlechtere SRMH vorliegt sowie eher eine Verschlechterung gegenüber vor der Pandemie wahrgenommen wird [8, 50].

Die hier berichteten Bildungsunterschiede in der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen konnten bereits vor der COVID-19 Pandemie gezeigt werden [51]. Während der COVID-19 Pandemie zeigt eine Studie aus Frankreich, dass das Risiko für psychische Auffälligkeiten bei Kindern aus Familien mit einer niedrigen sozioökonomischen Position vor der Pandemie erhöht ist [52]. Auch die COPSYS-Studie zeigt, dass sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen im Verlauf der Pandemie verschlechtert hat und eine niedrige elterliche Bildung dafür einen Risikofaktor darstellt [53].

Die Ergebnisse der KIDA-Studie zeigen, dass der Partnerstatus der Eltern relevant ist für die Verschlechterung der psychischen Gesundheit des Kindes. Eine feste Partnerschaft eines Elternteils ist eine wichtige soziale Ressource für die psychische Gesundheit des Kindes. Die Bedeutung vom Partnerstatus der Eltern als Ressource für die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen zeigte sich in einer Vielzahl empirischer Befunde auch in Analysen mit Blick auf Alleinerziehende [54, 55]. Zu verstehen sind diese Befunde angesichts der besonderen Herausforderungen, vor denen Ein-Eltern-Familien oftmals stehen, wie der alleinigen Kindererziehung und Haushaltsführung neben gleichzeitiger Erwerbstätigkeit, was häufig zu geringen zeitlichen und finanziellen Ressourcen sowie höherer Belastung führt [54]. Durch Unterstützungsangebote und unterstützende Rahmenbedingungen können Eltern ohne festen Partner/ feste Partnerin und deren Familien entlastet werden. In zukünftigen Analysen soll untersucht werden, ob Kinder Alleinerziehender besonders von einer pandemiebedingten Verschlechterung psychischer Gesundheit betroffen sind.

Der familiäre Zusammenhalt zeigte sich als weitere wichtige soziale Ressource für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (siehe auch Kapitel 4.4.3) in den hier vorgestellten Ergebnissen und wird auch in anderen Studien bestätigt. So ist in einer Studie in Tirol aus dem Jahr 2021 ein hoher familiärer Zusammenhalt mit einer höheren Lebensqualität und weniger psychischen Problemen bei Kindern und Jugendlichen assoziiert [56]. Defizite im familiären Zusammenhalt können wiederum einen ungünstigen Einfluss auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen haben [57-59].

Limitationen

Eine ausführliche Beschreibung der Limitationen der KIDA-Studie ist in Kapitel 3.3 enthalten. Bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse sollte berücksichtigt werden, dass ausschließlich elternberichtete Angaben ausgewertet werden konnten, obwohl mit beginnendem Jugendalter die Angaben der Heranwachsenden selbst häufig zutreffender sind. Ergebnisse des „Canadian Health Survey on Children and Youth“ deuten darauf hin, dass Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren ihre psychische Gesundheit im Vergleich zu ihren Eltern häufig schlechter einschätzen [50]. Für den Indikator SRMH liegen keine Vergleichszahlen für Deutschland aus früheren Zeitpunkten vor.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse sollte außerdem berücksichtigt werden, dass in der niedrigen Bildungsgruppe sowie bei Eltern ohne feste Partnerschaft geringere Fallzahlen zu Grunde liegen. Deshalb sind diese Werte mit höherer statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

Ausblick

Aktuell wird für diesen Indikator eine Zeitreihe im Rahmen der Mental Health Surveillance aufgebaut, die in die kommenden Folgeberichte integriert werden soll. Dadurch wird sich die Entwicklung der SRMH seit Beginn der KIDA-Studie kontinuierlich beobachten lassen.

4.4.3 Familiärer Zusammenhalt

4.4.3.1 Hintergrund des Indikators

Die Familie ist die wichtigste Sozialisationsinstanz für Kinder und Jugendliche [57]. Ein gutes Familienklima sowie ein guter familiärer Zusammenhalt stellen daher zentrale Ressourcen für deren psychische Gesundheit dar. Umgekehrt können Defizite bezüglich des familiären Zusammenhalts einen ungünstigen Einfluss auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen haben [57-59]. Ein aktueller Schwerpunktbericht des Robert Koch-Instituts zur psychischen Gesundheit der Kinder- und Jugendbevölkerung für den Zeitraum vor der Pandemie zeigt die überragende Bedeutung der Familie für die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen auf [59].

Die nichtpharmazeutischen Eindämmungsmaßnahmen wie Quarantäne, soziale Distanzierung und die plötzlichen Schließungen von Bildungs- und Betreuungseinrichtungen zu Beginn und während der COVID-19 Pandemie stellten erhebliche Herausforderungen für die betroffenen Kinder und Jugendlichen sowie das gesamte Familienleben dar [60, 61]. Erhöhte Belastungen durch die erzwungene räumliche Enge, der fehlende Kontakt zu Gleichaltrigen sowie der Wegfall von Freizeitaktivitäten und Bewegungsmöglichkeiten führten in den Familien zu vermehrtem Stress und zu erhöhten familiären Spannungen während der Pandemie [61-63]. Viele Familien berichteten während der Pandemie über erhebliche Belastungen. Allerdings berichteten einzelne, meist nichtrepräsentative Studien, insbesondere zu Beginn der Pandemie, über positive Veränderungen wie Stärkung des familiären Zusammenhalts und Verbesserungen des Familienklimas [64]. Bereits vor der Pandemie konnte gezeigt werden, dass der familiäre Zusammenhalt mit dem sozioökonomischen Status und der Familienstruktur in Zusammenhang steht [65].

4.4.3.2 Wie wird der Indikator „Familiärer Zusammenhalt“ in KIDA gemessen?

Der familiäre Zusammenhalt wird in der KIDA-Studie mit der Subskala ‚Familiärer Zusammenhalt‘ aus den Familienklimaskalen von Schneewind et al. [66] im Elternbericht (3- bis 15-Jährige) sowie im Selbstbericht (16- bis 17-Jährige) erhoben. Die Familienklimaskalen kamen bereits in den KiGGS-Studien zum Einsatz. Die Befragungspersonen werden hierbei gebeten, folgende vier Aussagen auf einer vierstufigen Likert-Skala mit den Antwortoptionen 1 „stimmt nicht“, 2= „stimmt kaum“, 3 = „stimmt eher“, 4 = „stimmt genau.“ zu bewerten:

„Wie sehr treffen die folgenden Sätze auf Ihre Familie zu?“:

1. In unserer Familie geht jeder auf die Sorgen und Nöte des anderen ein.
2. Wir kommen wirklich alle gut miteinander aus.
3. Bei allem, was wir zuhause tun, sind wir mit Begeisterung dabei.
4. In unserer Familie hat jeder das Gefühl, dass man ihm zuhört und auf ihn eingeht.

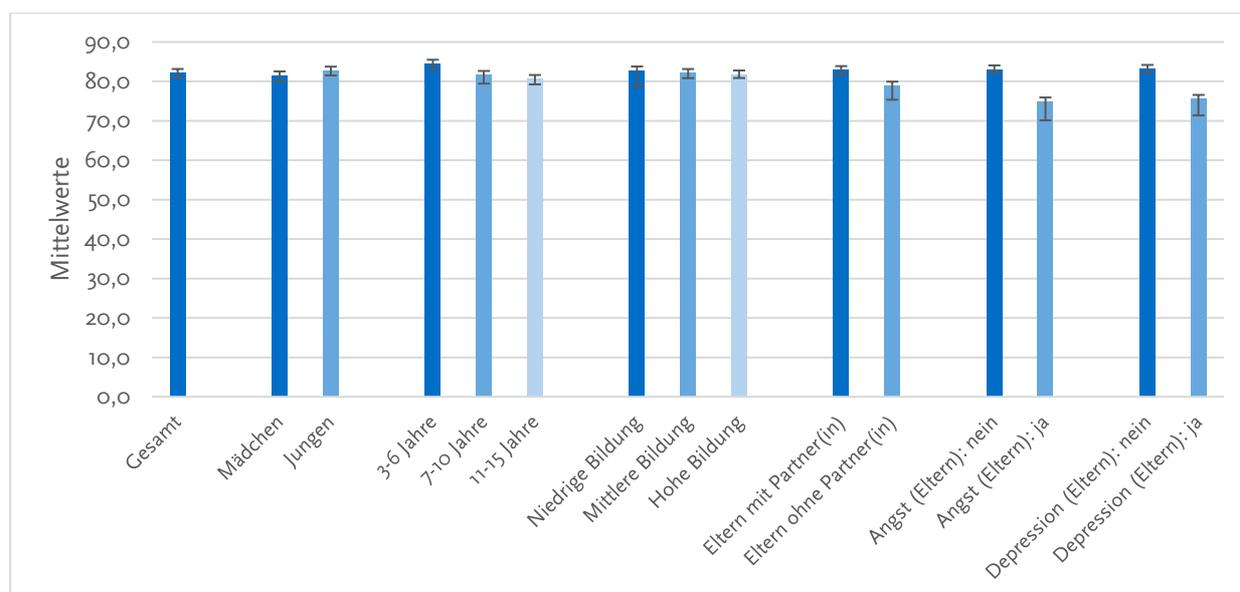
Die Itemwerte wurden aufsummiert und in Werte zwischen 0 und 100 transformiert, mit 0 für die geringste und 100 für die höchste Ausprägung, also den besten familiären Zusammenhalt. Für die Familienklimaskalen liegen keine Normwerte vor. Veröffentlichte Werte aus der KiGGS-Studie [65] können zum direkten Vergleich nicht herangezogen werden, da in der KiGGS-Studie eine erweiterte Skala ‚Familiärer Zusammenhalt‘ mit 9 Items eingesetzt wurde, während in der vorliegenden Studie lediglich die 4-Item-Subskala ‚Familiärer Zusammenhalt‘ zum Einsatz kam. Zudem wurde in der Publikation von Erhart et al. [65] auf das Selbsturteil 11- bis 17-jähriger Kinder und Jugendlicher zurückgegriffen.

Aus methodischen Gründen sowie aufgrund fehlender Norm- bzw. Vergleichswerte ist eine kategoriale Auswertung der 4-Item-Subskala ‚Familiärer Zusammenhalt‘ nicht empfehlenswert. Nachfolgend werden daher Mittelwerte mit Fokus auf Gruppenunterschiede berichtet. Der Ergebnisse beziehen sich auf den Altersbereich von 3 bis 15 Jahren (Elternbericht). Signifikanzen wurden mittels univariater linearer Regressionsanalysen getestet.

4.4.3.3 Erste Ergebnisse

Für die Einschätzung des familiären Zusammenhalts durch die befragten Eltern von 3- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen vom ersten bis einschließlich sechsten Erhebungszeitraum der KIDA-Studie wurde ein Mittelwert von $M=82,17$ ermittelt (Abbildung 20). Die Angaben für Familien, in denen über Mädchen ($M=81,54$) und diejenigen von Familien, in denen über Jungen ($M=82,75$) berichtet wurde, unterschieden sich dabei nicht signifikant. Signifikante Unterschiede zeigten sich dagegen bei den Altersgruppen: Je jünger die Kinder, desto besser schätzten die Eltern den familiären Zusammenhalt ein (Altersgruppen: 3-6 Jahre $M=84,50$; 7-10 Jahre $M=81,66$; 11-15 Jahre $M=80,63$). Nach Bildungsstatus der Eltern (niedrig: $M=82,79$, mittel $M=82,15$, hoch $M=81,78$) zeigten sich im familiären Zusammenhalt keine signifikanten Unterschiede. Allerdings muss dieses Ergebnis aufgrund der im Vergleich zur mittleren und hohen Bildungsgruppe niedrigen Fallzahlen in der niedrigen Bildungsgruppe vorsichtig betrachtet werden. Ein signifikant besseres Familienklima berichteten befragte Eltern, die sich in einer festen Partnerschaft befanden ($M=82,89$), gegenüber Eltern ohne festen Partner ($M=78,94$). Berichteten Eltern Symptome einer generalisierten Angststörung ($M=74,93$) oder einer Depression ($M=75,58$) berichteten sie auch geringere Ausprägungen des familiären Zusammenhalts als Eltern ohne Angststörungs- ($M=83,19$) bzw. ohne Depressionssymptomatik ($M=83,15$). Die Unterschiede waren signifikant.

Abbildung 20: Familiärer Zusammenhalt von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren gemessen mit der Subskala „Familiärer Zusammenhalt“ der Familienklimaskalen nach Schneewind et al. [66], Mittelwerte und 95 %-Konfidenzintervalle, gesamt, nach Geschlecht, Altersgruppen, Bildungs- und Partnerstatus sowie Angststörungs- und Depressionssymptomatik der Eltern



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; gezeigt werden die auf Werte zwischen 0 und 100 transformierten gewichteten Mittelwerte (Gruppenvergleiche bivariat), wobei 100 für den bestmöglichen familiären Zusammenhalt steht und 0 für die niedrigste Ausprägung an familiärem Zusammenhalt; gesamt: $n = 3.023$; Mädchen $n = 1.586$; Jungen: $n = 1.782$; 3-6 Jahre: $n = 792$; 7-10 Jahre: $n = 891$; 11-15 Jahre: $n = 1.341$; niedrige Bildung: $n = 375$; mittlere Bildung: $n = 1.356$; höhere Bildung: $n = 1.638$; mit Partner(in): $n = 2.844$; ohne Partner(in) $n = 522$; Symptomatik einer Angststörung (Eltern), erhoben mit dem GAD-2: ja: $n = 3.054$; nein $n = 312$; Depressionssymptome (Eltern), erhoben mit dem PHQ-2: ja: $n = 2.999$; nein: $n = 358$; signifikante Unterschiede für Alter, Partnerstatus, Symptomatik einer Angststörung und Depressionssymptome; keine signifikanten Unterschiede für Geschlecht und Bildung (siehe Anhang, Tabelle 17).

4.4.3.4 Bewertung der Ergebnisse

Die Erhebung des Familienklimas im Altersbereich 3 bis 15 Jahre erfolgt in der KIDA-Studie mittels der Subskala ‚Familiärer Zusammenhalt‘ aus den Familienklimaskalen von Schneewind et al. [66]. Befragt werden die Eltern. Da gegenwärtig keine Normwerte und vorpandemische Vergleichswerte für den familiären Zusammenhalt vorliegen, können nur Gruppenunterschiede bewertet werden.

Mit einem Mittelwert von über 80 (von 100) Punkten beurteilen die Eltern den familiären Zusammenhalt im Durchschnitt eher positiv. Laut Ergebnissen der COSMO-Studie war das auch in der Frühphase der Pandemie

(März bis September 2020) nicht anders [67]. In der Studie ‚Kind sein in Zeiten von Corona‘ im April/Mai 2020 schätzten die Eltern einer Stichprobe im gleichen Altersrange das Familienklima durchschnittlich als mittelmäßig konfliktaltig ein [60]. In der KIDA-Studie gab es hinsichtlich der Beurteilung des familiären Zusammenhalts keine Unterschiede zwischen Eltern von Mädchen und denen von Jungen. Dass allerdings der familiäre Zusammenhalt in Familien mit jüngeren Kindern signifikant besser bewertet wurde, überrascht insofern, als es unter anderem aus Ergebnissen der COSMO-Studie Hinweise auf besondere familiäre Belastungen in Familien mit jüngeren Kindern gab [62, 63]. Aus den Daten lassen sich keine Erklärungen ableiten, warum dies so ist. Es bleibt abzuwarten, ob sich dieses Ergebnis in den weiteren KIDA-Wellen erhärtet. Unterschiede bezüglich des familiären Zusammenhalts nach niedriger, mittlerer oder hoher elterlicher Bildung gab es nicht, wohl jedoch nach dem Partnerstatus. Sozialstatusbezogene Unterschiede aus der KiGGS-Basiserhebung [65] konnten somit nicht repliziert werden, allerdings weichen sowohl die Erhebung (in KiGGS mit einer 9-Item-Skala) als auch die Altersgruppen und Informanten (in KiGGS die Kinder und Jugendlichen selbst) von der in KIDA gewählten Vorgehensweise ab. Die bessere Einschätzung des Familienklimas von Eltern mit fester Partnerin oder festem Partner könnte darauf hinweisen, dass eine Partnerschaft der Eltern eine Ressource für das familiäre Zusammenleben darstellt, zumindest aus der Sicht der Eltern. Hier allerdings gibt es Parallelen zur KiGGS-Basiserhebung [65]. Für den Zusammenhang elterlicher psychischer Belastungssymptome wie Angst- oder Depressionssymptome mit einem schlechter eingeschätzten Familienklima finden sich analoge Befunde in der internationalen Literatur [68-70], wobei Eltern mit psychopathologischen Symptomen das Familienklima offenbar schlechter einschätzen als ihre Partner und Kinder [69]. Ergebnisse einer Studie mit international über soziale Medien rekrutierten Teilnehmenden legen nahe, dass familiärer Zusammenhalt generell protektiv gegenüber einem externen Stressor wie die COVID-19-Pandemie wirken kann, denn Befragte aus Haushalten mit Kindern berichteten – ungeachtet ihrer sozialen Vulnerabilität (definiert als die Fähigkeit, Risiken bzw. Gefahren vorherzusehen, darauf zu reagieren, damit umzugehen und sich von ihnen zu erholen) – im Kontext der Pandemie weniger gestörte familiäre Funktionalität als Befragte aus Haushalten ohne Kinder [71].

4.4.3.5 Limitationen

Die KIDA-Studie erhebt fortlaufend Daten in mehreren querschnittlichen Erhebungswellen. Die hier präsentierten deskriptiven Ergebnisse beziehen sich auf die Erhebungswellen t₁ bis t₆ und stellen eine Momentaufnahme dar. Mit dem Hinzukommen weiterer Erhebungswellen ändern sich die Fallzahlen und ggf. auch die Stichprobenszusammensetzung, was zu leicht modifizierten Schätzern und Signifikanzaussagen führen kann. Diese Auswertungen stellen somit ein Zwischenergebnis dar. Eine Einschränkung besteht auch darin, dass die Aussagen zum Familienklima im Altersbereich 3 bis 15 Jahre ausschließlich über die Eltern erhoben wurden. Zumindest im Alter ab 11 Jahre können und sollten auch die Kinder selbst befragt werden, was das Erhebungsdesign der KIDA-Studie aber nicht zulässt. Darüber hinaus stehen keine bevölkerungsbezogenen Norm- bzw. Referenzwerte zur Verfügung, was den direkten Vergleich mit dem vorpandemischen Zeitraum erschwert bzw. verunmöglicht. Die vorliegenden Analysen sind bivariat und berücksichtigen keine Confounder. Ob in welcher Weise diese Ergebnisse auch in multivariaten Analysen Bestand und welche Faktoren für das Familienklima über die hier dargestellten hinaus Bedeutung haben, ist Gegenstand von weiteren, vertieften Untersuchungen.

4.4.3.6 Zwischenfazit

Der familiäre Zusammenhalt ist laut Einschätzung der Eltern von 3- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen in den befragten Familien eher gut. Aus anderen deutschen Studien aus der Anfangszeit der Pandemie liegen ähnliche Befunde vor [60, 67]. In verschiedenen Subgruppen zeigen sich jedoch Unterschiede. Für eine Erhärtung der Befunde müssen die weiteren Erhebungswellen sowie die Ergebnisse der multivariaten Analysen abgewartet werden.

4.5 Körperliche Aktivität nach soziodemographischen Merkmalen

4.5.1 Kernaussagen

- 57 % der Kinder und Jugendlichen bewegten sich in der Woche vor der Befragung laut Elternangaben durchschnittlich mindestens eine Stunde pro Tag lebhaft. Sie erreichten damit die Mindestempfehlung für körperliche Aktivität der Weltgesundheitsorganisation. 43% der Kinder und Jugendlichen erreichten die Empfehlung nicht.
- Je höher das Alter der Kinder und Jugendlichen, desto seltener waren sie wie empfohlen körperlich aktiv. Besonders deutlich ist der Altersgruppenunterschied bei den 11- bis 15-Jährigen im Vergleich zu den 7- bis 10-Jährigen zu sehen (41 % versus 65 %).
- Mädchen erreichten die Empfehlung tendenziell seltener als Jungen.
- Unterschiede zwischen Einkommens- und Bildungsgruppen sind nicht statistisch signifikant.

4.5.2 Hintergrund

Körperliche Aktivität und Sporttreiben tragen maßgeblich zum gesunden Aufwachsen bei [72]. Die Bedeutung eines aktiven Lebensstils für die körperliche, psychische und soziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist durch zahlreiche Studien gut belegt [73-78]. Über die Rolle für die kindliche Gesundheit hinaus ist das Bewegungsverhalten im Kindesalter von Bedeutung für die Gesundheit im Lebensverlauf. Aus aktiven Kindern und Jugendlichen werden oft aktive Erwachsene [79], was sich positiv auf die Vermeidung und Behandlung von einer Vielzahl nichtübertragbarer Krankheiten auswirkt, beispielsweise kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes Mellitus Typ 2, Adipositas, Brust- und Darmkrebs sowie Depressionen [80].

Die COVID-19-Pandemie und die Eindämmungsmaßnahmen haben sich auch auf die Bewegungsmöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen ausgewirkt. Deren Bewegungsverhalten war während der Pandemie zumindest zeitweise verändert. So zeigen beispielsweise die Ergebnisse der MoMo-Studie, ein Modul des Kinder- und Jugendgesundheits surveys KiGGS, dass bei Kindern und Jugendlichen im ersten Lockdown (Frühjahr 2020) das (organisierte) Sporttreiben abnahm. Insgesamt stieg ihre Bewegungshäufigkeit in dieser Zeit aber an, beispielsweise durch vermehrtes Spielen im Freien. Im 2. Lockdown (Herbst/Winter 2020/2021) sanken hingegen die Gesamtaktivität als auch die sportliche Aktivität unter das Vor-Pandemie-Niveau [7]. Aktuelle Studien weisen darauf hin, dass viele Kinder und Jugendliche sich auch nach dem Wegfall der meisten Infektionsschutzmaßnahmen weniger als vor Pandemiebeginn bewegen. Betroffen vom Bewegungsrückgang sind demnach vor allem Mädchen aus Familien der unteren sozialen Statusgruppe und Kinder ab 10 Jahren [81, 82].

KIDA erfasst zum Bewegungsverhalten u.a. Informationen zum Umfang der körperlichen Aktivität. Die Fragestellung dazu orientiert sich an der aktuellen Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation für Kinder und Jugendliche, nach der 5- bis 17-Jährige über die Woche mindestens durchschnittlich 60 Minuten pro Tag moderat bis intensiv körperlich aktiv sein sollten [83].

Für den vorliegenden Bericht wurden die Daten zum Erreichen der WHO-Bewegungsempfehlung 3- bis 15-jähriger Kinder und Jugendlicher aus den zwischen Anfang Februar bis Mitte September 2022 durchgeführten Elternbefragungen ausgewertet. Die Analyse soll Aufschluss darüber liefern, ob sich Kinder und Jugendliche unterschiedlicher Geschlechts-, Alters- oder sozioökonomischer Statusgruppen hinsichtlich des Erreichens der WHO-Bewegungsempfehlung unterscheiden. Bei bestehenden Unterschieden könnten Gruppen mit einem erhöhten Risiko für vermehrte körperliche Inaktivität aufgezeigt und bei der Erarbeitung zielgerichteter Maßnahmen der Bewegungsförderung besonders berücksichtigt werden.

4.5.3 Welche Gruppen von Kindern und Jugendlichen erreichen die WHO-Bewegungsempfehlung?

4.5.3.1 Erhebung

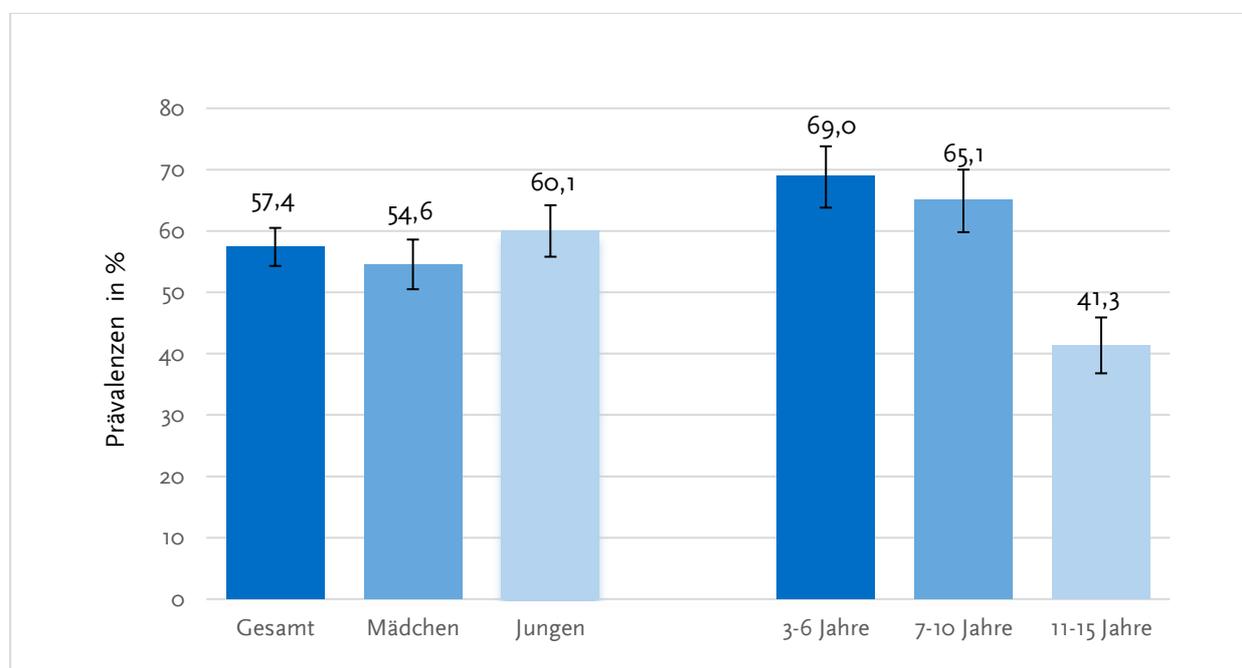
Das Erreichen der WHO-Bewegungsempfehlung wird in KIDA mit der Frage „Wie viel hat sich ihr Kind in der letzten Woche lebhaft bewegt?“ und dem einleitenden Hinweis „Denken Sie bitte an lebhafte Bewegungen wie Toben, zügiges Laufen, Fahrradfahren sowie Sport in Kita, Schule, Ausbildung/Beruf und Freizeit“ retrospektiv über die Eltern erhoben. Die Antwortkategorien lauten „weniger als 1 Stunde“, „1-2 Stunden“, „3-4 Stunden“, „5-6 Stunden“ und „mindestens 7 Stunden“. In der Auswertung werden die ersten beiden Antwortoptionen zur Kategorie „weniger als 3 Stunden“ zusammengeführt. Die WHO-Bewegungsempfehlung gilt als erreicht, wenn die Kategorie „mindestens 7 Stunden pro Woche“ angegeben wurde, da dies einer Aktivitätsdauer von durchschnittlich einer Stunde am Tag entspricht.

4.5.3.2 Ergebnisse

Laut Elternangaben waren zwischen Januar und September 2022 57 % der Kinder und Jugendlichen mindestens sieben Stunden pro Woche moderat bis intensiv aktiv und erreichten somit die Bewegungsempfehlung. Tendenziell lag der Anteil bei Jungen höher als bei Mädchen (siehe Abbildung 21).

Je älter die Kinder und Jugendlichen, desto geringer ist der Anteil derjenigen, die mindestens sieben Stunden pro Woche aktiv waren. Die Altersunterschiede sind statistisch signifikant. Besonders deutlich ist der abfallende Anteil zwischen der Altersgruppe der 7- bis 10- und der 11- bis 15-Jährigen zu sehen. Der Anteil der 11- bis 15-Jährigen, der die Empfehlung erreicht, reduziert sich im Vergleich zur jüngeren Altersgruppe um 36 %. Folglich sind in der Altersgruppe der 11- bis 15-Jährigen nur noch zwei Fünftel so aktiv, dass sie die WHO-Bewegungsempfehlung erreichen (siehe Abbildung 21). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen verschiedenen Bildungs- und Einkommensgruppen zeigten sich nicht (siehe Anhang, Tabelle 18).

Abbildung 21: Erreichen der WHO-Bewegungsempfehlung von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 5 Jahren bezogen auf die Woche vor der Befragung, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, gesamt, getrennt nach Geschlecht und Alter



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022, gesamt: n = 3.016, Mädchen: n = 1423, Jungen: n = 1592; 3-6 Jahre: n = 793; 7-10 Jahre: n = 886; 11-15 Jahre: n = 1.337; kein signifikanter Geschlechterunterschied; signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen (siehe Anhang, Tabelle 18)

4.5.3.3 Einordnung der Ergebnisse

Mit 57 % erreicht in der aktuellen KIDA-Auswertung ein im Vergleich mit anderen Studien höherer Anteil der Kinder und Jugendlichen die WHO-Bewegungsempfehlung. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die WHO ihre Empfehlung erst im Jahr 2020 geändert hat. Die vorherige Version empfahl, mindestens 60 Minuten moderate bis intensive körperliche Aktivität pro Tag (nicht durchschnittlich) und war demnach weniger flexibel. Bis dato durchgeführte Studien lehnten ihre Fragestellung an diese alte Empfehlung an. So wurde beispielsweise sowohl in der KiGGS-Welle 2 als auch in der MoMo-Studie nicht der Aktivitätsumfang pro Woche ermittelt, sondern nach der Anzahl an Tagen pro Woche mit mindestens 60 Minuten körperlicher Aktivität gefragt [84, 85]. Ergebnisse der KiGGS-Welle 2 legen nahe, dass zwischen 2014 und 2017 26 % der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen in Deutschland täglich mindestens 60 Minuten moderat bis intensiv körperlich aktiv waren [85]. Nach den Ergebnissen der MoMo-Studie zur körperlich-sportlichen Aktivität von 4- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen, die während der COVID-19 Pandemie befragt werden konnten, sank der Anteil von 19,5 % (2018-2020) vor der Pandemie auf 16,2 % während der Pandemie [7]. Für eine Einordnung der KIDA-Ergebnisse zum Erreichen der WHO-Bewegungsempfehlung gilt es Studien abzuwarten, die ebenfalls die neue Empfehlung berücksichtigen.

Unabhängig von ihrer Befragungsmethodik und den von KIDA abweichenden Prävalenzen für das Erreichen der Bewegungsempfehlung bestätigen die Ergebnisse der MoMo-Welle 3 und der KiGGS-Welle 2 die in KIDA beobachteten Geschlechts- und Altersunterschiede. In KiGGS-Welle 2 erreichten 29,4 % der Jungen, aber nur 22,4 % der Mädchen die Empfehlung [85]; in der MoMo-Welle 3 waren es vor Pandemiebeginn etwa 22 % der Jungen und rund 17 % der Mädchen [7]. In beiden Erhebungen sank der Anteil mit steigendem Alter. Wie in KIDA war in der MoMo-Welle 3 der Rückgang in der Altersgruppe ab elf Jahren am ausgeprägtesten. Er betrug beim Übergang von den 6- bis 10- zu den 11- bis 13-jährigen 60 % [7]. Demgegenüber war die Abnahme in KiGGS-Welle 2 beim Übergang von der Altersgruppe der 3- bis 6-jährigen zu den 7- bis 10-jährigen besonders deutlich [85].

Dass der stärkste Rückgang des Erreichens der Bewegungsempfehlung in KIDA, KiGGS-Welle 2 und MoMo-Welle 3 zu unterschiedlichen Zeitpunkten, nämlich einmal ab sieben und einmal ab elf Jahren erfolgt, mag methodische Gründe haben. So unterscheiden sich KIDA und KiGGS-Welle 2 durch eine unterschiedliche Altersgruppenbildung von MoMo-Welle 3. Zudem erfolgt in KiGGS-Welle 2 die Datenerhebung bei Kindern unter elf Jahren durch Elternbefragung, während in MoMo-Welle 3 empfohlen wird, dass Kinder unter elf den Fragebogen gemeinsam mit einem Erwachsenen ausfüllen. Auch die unterschiedliche Fragestellung kann eine Rolle spielen. So ist es denkbar, dass es nach Schuleintritt aufgrund bewegungsarmer schulischer und außerschulischer Aktivitäten (Lernen, Instrument spielen) häufiger mal zu einem Tag kommt, an dem eine Stunde Aktivität nicht erreicht wird, dieses aber im Grundschulalter noch durch vermehrtes Bewegen an anderen Tagen ausgeglichen wird. In diesen Fällen gilt, dass die neue Empfehlung (durchschnittlich eine Stunde am Tag) erreicht wird, die alte Empfehlung (eine Stunde jeden Tag) hingegen nicht. Ganz offensichtlich stellt aber der Schuleintritt beziehungsweise der Übergang in eine weiterführende Schule eine biographische Transition dar, die mit einem Rückgang der körperlichen Aktivität verbunden zu sein scheint.

Aufgrund der geringen Fallzahlen war die differenzierte Betrachtung der Altersgruppen nach Geschlecht für diesen KIDA-Bericht noch nicht möglich. Sie wird aber Gegenstand zukünftiger KIDA-Auswertungen sein und künftig gemeinsam mit differenzierten Auswertungen der Nutzung von Sportangeboten in Schule und Freizeit sowie dem Einfluss der Pandemie weiteren Aufschluss über das Aktivitätsverhalten von Kindern und Jugendlichen geben können.

5 KIDA Studienbeschreibung

Die Studie „Kindergesundheit in Deutschland aktuell“ (KIDA) ist in die der kontinuierlich durchgeführte Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA Basis) eingebettet und soll ein Monitoring der Kindergesundheit während der verschiedenen Phasen der COVID-19-Pandemie ermöglichen. Die Studie findet im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit statt. Hierfür werden Eltern (mit Kindern im Alter von 3-15 Jahren) und Jugendliche (16-17 Jahre) befragt.

Eine ausführliche Beschreibung des Studiendesigns, der Durchführung sowie der Datenaufbereitung und Gewichtung findet sich im 1. Quartalsbericht [44] unter: www.rki.de/kida.

6 Literatur

1. Quenzel G (2015) Entwicklungsaufgaben und Gesundheit im Jugendalter. Beltz Juventa, Weinheim
2. Lampert T (2010) Frühe Weichenstellung. Zur Bedeutung der Kindheit und Jugend für die Gesundheit im späteren Leben. Bundesgesundheitsbl 53(5):486-497
3. Dragano N, Lampert T, Siegrist J (2010) Wie baut sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf auf? In: Jugendinstitut D (Hrsg) Materialien zum Dreizehnten Kindes- und Jugendbericht - Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Sachverständigenkommission Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht, München S. 11-50
4. Smith G (2008) Die Bedeutung einer Lebenslaufperspektive für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. In: Bauer U, Bittlingmayer U, Richter M (Hrsg) Health Inequalities Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 291-331
5. Dahl R, Allen N, Wilbrecht L et al. (2018) Importance of investing in adolescence from a developmental science perspective. Nature 554(7693):441-450
6. COVID-19 EdBz (2022) 7. Stellungnahme des ExpertInnenrates der Bundesregierung zu COVID-19 - Zur Notwendigkeit einer prioritären Berücksichtigung des Kindeswohls in der Pandemie. <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/2006266/47d5893828bc9d1ab4do7ed41b7cb078/2022-02-17-siebte-stellungnahme-expertenrat-data.pdf?download=1> (Stand 04.08.2022)
7. Schmidt S, Burchartz A, Kolb S et al. (2021) Zur Situation der körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen während der COVID-19 Pandemie in Deutschland: Die Motorik-Modul Studie (MoMo). Karlsruher Institut für Technologie (KIT) Scientific Working Papers 165:1-17
8. Kaman A, Otto C, Adedeji A et al. (2021) Belastungserleben und psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Hamburg während der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse der COPSY-Studie-Hamburg. Nervenheilkunde 40(05):319-326
9. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M et al. (2022) Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. European child & adolescent psychiatry 31(6):879-889
10. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M et al. (2021) Quality of life and mental health in children and adolescents during the first year of the COVID-19 pandemic: results of a two-wave nationwide population-based study. European child & adolescent psychiatry
11. Ravens-Sieberer U, Otto C, Kaman A et al. (2020) Mental Health and Quality of Life in Children and Adolescents During the COVID-19 Pandemic. Dtsch Arztebl International 117(48):828-829
12. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C et al. (2021) Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSY-Studie. Bundesgesundheitsbl 64(12):1512-1521
13. Hoebel J, Michalski N, Wachtler B et al. (2021) Socioeconomic Differences in the Risk of Infection During the Second Sars-Cov-2 Wave in Germany. Dtsch Arztebl Int 118(15):269-270
14. Spinelli M, Lionetti F, Setti A et al. (2021) Parenting Stress During the COVID-19 Outbreak: Socioeconomic and Environmental Risk Factors and Implications for Children Emotion Regulation. Fam Process 60(2):639-653
15. Blättner B (2007) Das Modell der Salutogenese: Eine Leitorientierung für die berufliche Praxis. Präventiv Gesundheitsf 2(2):67-73
16. Canada S (2009) Quality level guidelines. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/13fo026m/2007001/table/tab5p1-eng.htm> (Stand: 05.08.2022)
17. Brauns H, Scherer S, Steinmann S (2003) The CASMIN Educational Classification in International Comparative Research. In: Hoffmeyer-Zlotnik J, Wolf C (Hrsg) Advances in Cross-National Comparison: A European Working Book for Demographic and Socio-Economic Variables. Kluwer Academic / Plenum Publisher, New York, S. 221–244
18. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2021) Lebenslagen in Deutschland: Der Sechste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Downloads/Berichte/sechster-armuts-reichtumsbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=6 (Stand: 16.11.2022)
19. Riley A (2004) Evidence that school-age children can self-report on their health. Ambul Pediatr 4(4 Suppl):371-376
20. Schmich P, Lemcke J, Zeisler M et al. (2018) Ad-hoc-Studien im Robert Koch-Institut. J Health Monit 3(3):75-86

21. Schlack R, Neuperdt L, Hölling H et al. (2020) Auswirkungen des COVID-19-Pandemiegeschehens und behördlicher Infektionsschutzmaßnahmen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *J Health Monit* (4):23-34
22. Robert Koch-Institut (2022) COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Meldewoche. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Altersverteilung.html (Stand: 13.06.2022)
23. Ritchie H, Mathieu E, Rodés-Guirao L et al. (2020) Coronavirus Pandemic (COVID-19). <https://ourworldindata.org/coronavirus> (Stand: 27.07.2022)
24. Hale T, Wesbter S, Petherick A et al. (2020) Oxford COVID-19 Government Response Tracker (OxCGRT). In: Government BSo, Oxford Uo (Hrsg), Blavatnik School of Government, University of Oxford
25. DAK-Gesundheit (2020) Homeschooling in Corona-Zeiten. Erfahrungen von Eltern und Schülern. Ergebnisse einer Eltern-Kind-Befragung mit forsa.omninet. <https://www.dak.de/dak/download/forsa-studie-2266768.pdf> (Stand: 27.07.2022)
26. Albrecht J, Werner H, Rieger N et al. (2022) Association Between Homeschooling and Adolescent Sleep Duration and Health During COVID-19 Pandemic High School Closures. *JAMA network open* 5(1):e2142100
27. Spitzer M (2020) Masked education? The benefits and burdens of wearing face masks in schools during the current Corona pandemic. *Trends in neuroscience and education* 20:100138
28. Schwarz S, Jenetzky E, Krafft H et al. (2021) Coronakinderstudien „Co-Ki“: erste Ergebnisse eines deutschlandweiten Registers zur Mund-Nasen-Bedeckung (Maske) bei Kindern. *Monatsschr Kinderheilkd* 169(4):353-365
29. Qin Z, Shi L, Xue Y et al. (2021) Prevalence and Risk Factors Associated With Self-reported Psychological Distress Among Children and Adolescents During the COVID-19 Pandemic in China. *JAMA network open* 4(1):e2035487
30. Robert Koch-Institut (2022) Wöchentlicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19), 19.05.2022. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-05-19.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 19.05.2022)
31. Robert Koch-Institut (2022) SARS-CoV-2: Virologische Basisdaten sowie Virusvarianten, Virusvarianten, Omikron (B.1.1.529). https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Virologische_Basisdaten.html?jseid=AEFF88791D505C1ED214F6530876D4A.internet111?nn=13490888#doc14716546bodyText6 (Stand: 27.07.2022)
32. Breidablik H, Meland E, Lydersen S (2008) Self-rated health in adolescence: a multifactorial composite. *Scandinavian journal of public health* 36(1):12-20
33. Europe WROf (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. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326320> (Stand: 04.08.2022)
34. Vingilis E, Wade T, Seeley J (2002) Predictors of adolescent self-rated health. Analysis of the National Population Health Survey. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique* 93(3):193-197
35. Foti K, Eaton D (2010) Associations of selected health risk behaviors with self-rated health status among U.S. high school students. *Public health reports (Washington, DC : 1974)* 125(5):771-781
36. de Bruin A, Picavet H, Nossikov A (1996) Health interview surveys. Towards international harmonization of methods and instruments. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107328> (Stand: 04.08.2022)
37. Hanewinkel R, Hansen J, Neumann C et al. (2021) Präventionsradar. Ergebnisbericht 2020/2021. https://www.praeventionsradar.de/downloads/Ergebnisbericht_SJ2021.pdf (Stand: 04.08.2022)
38. Robert Koch-Institut (2008) Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Robert Koch-Institut, Berlin, S. 1-178
39. Robert Koch-Institut (2014) Subjektive Gesundheit. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012. Robert Koch-Institut, Berlin
40. Poethko-Müller C, Kuntz B, Lampert T et al. (2018) Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *J Health Monit* 3(1):8-15

41. Scheidt-Nave C, Ellert U, Thyen U et al. (2008) Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Bundesgesundheitsbl 51(6):592-601
42. Bethell C, Read D, Stein R et al. (2002) Identifying children with special health care needs: development and evaluation of a short screening instrument. Ambul Pediatr 2(1):38-48
43. Scheidt-Nave C, Ellert U, Thyen U et al. (2007) Prävalenz und Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 50(5):750-756
44. Robert Koch-Institut (2022) 1. Quartalsbericht – Kindergesundheit in Deutschland aktuell (KIDA): Monitoring der Kindergesundheit in (und nach) der COVID-19-Pandemie. Ergebnisse des ersten Erhebungszeitraums 02-05/2022. Revidierte Fassung (Stand: 13.12.2022).
45. Keyes C (2007) Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. The American psychologist 62(2):95-108
46. Keyes C (2002) The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. J Health Soc Behav 43(2):207-222
47. Ahmad F, Jhaji A, Stewart D et al. (2014) Single item measures of self-rated mental health: a scoping review. BMC Health Serv Res 14(1):398
48. Public Health Agency of Canada, Research CfSaA (2022) Positive Mental Health Indicator Framework. Quick Statistics, youth (12 to 17 years of age), Canada, 2022 Edition. <https://health-infobase.canada.ca/positive-mental-health/PDFs/PMHSIF-2022-Quick-Stats-Youth.pdf> (Stand: 04.08.2022)
49. Territory GotAC (2022) Self-rated mental health - children, 5-17 years, ACT General Health Survey, 2020. <https://health.act.gov.au/about-our-health-system/data-and-publications/healthstats/statistics-and-indicators/self-rated-o> (Stand: 04.08.2022)
50. Canada S (2019) Canadian Health Survey on Children and Youth, 2019. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/200723/dq200723a-eng.pdf?st=dxgKTIsb> (Stand: 04.08.2022)
51. Reiss F, Meyrose A, Otto C et al. (2019) Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. PLoS One 14(3):e0213700
52. Moulin F, Bailhache M, Monnier M et al. (2022) Longitudinal impact of psychosocial status on children's mental health in the context of COVID-19 pandemic restrictions. European child & adolescent psychiatry
53. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Devine J et al. (2022) Child and Adolescent Mental Health During the COVID-19 Pandemic: Results of the Three-Wave Longitudinal COPSY Study. J Adolesc Health 71(5):570-578
54. Rattay P, von der Lippe E, Borgmann L et al. (2017) Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. J Health Monit 2(4)
55. Luijten M, van Muilekom M, Teela L et al. (2021) The impact of lockdown during the COVID-19 pandemic on mental and social health of children and adolescents. Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation 30(10):2795-2804
56. Barbieri V, Wiedermann C, Kaman A et al. (2022) Quality of Life and Mental Health in Children and Adolescents after the First Year of the COVID-19 Pandemic: A Large Population-Based Survey in South Tyrol, Italy. Int J Environ Res Public Health 19(9):5220
57. Rattay P, Lampert T, Neuhauser H et al. (2012) Bedeutung der familialen Lebenswelt für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Z Erziehungswiss 15(1):145-170
58. Schlack R (2013) Psychische Auffälligkeiten, Risiko- und Schutzfaktoren und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen. Ergebnisse aus der KiGGS- und BELLA-Studie. Bremen
59. Robert Koch-Institut (2022) Erkennen - Bewerten - Handeln. Schwerpunktbericht zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung. Teil II: Kinder und Jugendliche Berlin
60. Langmeyer A, Guglhor-Rudan A, Naabm T et al. (2020) Kindsein in Zeiten von Corona. Erste Ergebnisse zum veränderten Alltag und zum Wohlbefinden von Kindern. Forsa, Berlin
61. Schlack R, Neuperdt L, Hölling H et al. (2020) Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der Eindämmungsmaßnahmen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. J Health Monit 5(4):23-34, Berlin (Stand: 21.11.2022)
62. Erfurt U (2021) COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO). Ressourcen und Belastungen. 3.10. Konflikte in der Partnerschaft. (Stand: 26.01.2021). <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/topic/vertrauen-zufriedenheit-ressourcen/20-belastungen/#konflikte-in-der-partnerschaft-stand-26.01.21> (Stand: 21.11.2022)

63. Aufklärung NZFHidBfg (2020) Ergebnisse der COSMO-Umfrage: Wellen 5, 7 und 9 2020 [02.06.2020]. . <https://www.fruehehilfen.de/forschung-im-nzfh/forschung-zu-corona/cosmo-umfrage-familien-in-der-covid-19-krisesituation/ergebnisse-der-cosmo-umfrage-wellen-5-7-und-9/>. (Stand: 21.11.2022)
64. Walper S, Reim J (2020) Young People in the COVID-19 Pandemic. Findings from Germany. . ISSBD Bulletin 2:18-20
65. 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 50(5/6):800-809
66. Schneewind K, Beckmann M, Hecht-Jackl A (1985) Familienklima-Skalen. Bericht 8.1 und 8.2. . München
67. Erfurt U (2020) COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO). Ressourcen und Belastungen. 3.13 Zusammenleben in der Familie und Partnerschaft (Stand: 17.11.20). <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/topic/vertrauen-zufriedenheit-ressourcen/20-belastungen/#zusammenleben-in-der-familie-und-partnerschaft-stand-17.11.20> (Stand: 17.11.2022)
68. Daks J, Peltz J, Rogge R (2022) The impact of psychological flexibility on family dynamics amidst the COVID-19 pandemic: A longitudinal perspective. Journal of contextual behavioral science 26:97-113
69. Sell M, Daubmann A, Zapf H et al. (2021) Family Functioning in Families Affected by Parental Mental Illness: Parent, Child, and Clinician Ratings. Int J Environ Res Public Health 18(15)
70. Li M, Li L, Wu F et al. (2021) Perceived family adaptability and cohesion and depressive symptoms: A comparison of adolescents and parents during COVID-19 pandemic. Journal of affective disorders 287:255-260
71. Chavez J, Lee T, Larson M et al. (2021) Assessing the Impact of COVID-19 Social Distancing and Social Vulnerability on Family Functioning in an International Sample of Households with and without Children. Couple & family psychology 10(4):233-248
72. Neuber N (2022) Kinder- und Jugendsport „nach“ Corona. Forum Kinder- und Jugendsport 3(1):7-12
73. Janssen I, LeBlanc A (2010) Systematic Review of the Health Benefits of Physical Activity and Fitness in School-Aged Children and Youth. Int J Behav Nutr Phys 7(1):40
74. Hallal P, Victora C, Azevedo M et al. (2006) Adolescent physical activity and health: a systematic review. Sports medicine (Auckland, NZ) 36(12):1019-1030
75. Must A, Tybor D (2005) Physical activity and sedentary behavior: a review of longitudinal studies of weight and adiposity in youth. Int J Obes 29 (2):84-96
76. Strong W, Malina R, Blimkie C et al. (2005) Evidence based physical activity for school-age youth. The Journal of pediatrics 146(6):732-737
77. Boreham C, McKay H (2011) Physical activity in childhood and bone health. British journal of sports medicine 45(11):877-879
78. Klemm K (2021) Eine Frage des Kindeswohls: Wie die Corona-Zeit und die daraus getroffenen Entscheidungen für den Sport die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland aufs Spiel setzt und wie Sport, Spiel und Bewegung nun helfen können. Forum Kind Jugend Sport 2(2):131-136
79. Huotari P, Nupponen H, Mikkelsen L et al. (2011) Adolescent physical fitness and activity as predictors of adulthood activity. J Sports Sci 29(11):1135-1141
80. Posadzki P, Pieper D, Bajpai R et al. (2020) Exercise/physical activity and health outcomes: an overview of Cochrane systematic reviews. BMC Public Health 20(1):1724
81. Hanewinkel R, Hansen J, Neumann C (2022) Präventionsradar - Erhebung Schuljahr 2021/2022. Kinder- und Jugendgesundheits in Schulen. IFT-Nord, Kiel
82. Weihrauch-Blüher S, Hauner H (2022) Folgen der Pandemie: Wie Corona das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen verändert hat - Präsentation einer Pressekonferenz zur Vorstellung einer repräsentativen Forsa-Umfrage unter Eltern minderjähriger Kinder
83. Bull F, Al-Ansari S, Biddle S et al. (2020) World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. British journal of sports medicine 54(24):1451-1462
84. Schmidt S, Will N, Henn A et al. (2016) Der Motorik-Modul Aktivitätsfragebogen MoMo-AFB : Leitfaden zur Anwendung und Auswertung. KIT Scientific Working Papers. Karlsruher Institut für Technologie, S. 1-73
85. Finger J, Varnaccia G, Borrmann A et al. (2018) Körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. J Health Monit 3(1):24-31

7 Anhang

7.1 Tabellen Pandemieindikatoren

Tabelle 2: SARS-CoV-2 Infektionen nachgewiesen mittels PCR-Test nach Geschlecht, Alter, Einrichtung, Bildung und Einkommen in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

		Positiver PCR-Test		Kein positiver PCR-Test		p-Wert	Fallzahlen
		Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI		
	Gesamt	45,7	42,5-49,0	54,3	51,1-57,5		3.027
Geschlecht	Mädchen	46,1	41,8-50,5	53,9	49,5-58,2	0,72	1.427
	Jungen	45,3	41,1-49,7	54,7	50,4-58,9		1.599
Alter	3-6 Jahre	40,8	35,6-46,2	59,2	53,8-64,4	<0,01	795
	7-10 Jahre	53,4	47,6-59,0	46,7	41,0-52,4		891
	11-15 Jahre	43,9	39,3-48,6	56,1	51,4-60,7		1.341
Bildung	niedrige Bildung	49,6	37,4-61,8	50,4	38,2-62,6	0,53	90
	mittlere Bildung	44,0	39,8-48,4	56,0	51,6-60,3		951
	hohe Bildung	46,2	42,9-49,5	53,8	50,5-57,1		1.986
Einkommen	geringes Einkommen	44,6	34,7-55,0	55,4	45,0-65,3	0,57	218
	mittleres Einkommen	44,4	39,9-49,1	55,6	51,0-60,1		1.487
	hohes Einkommen	48,4	43,7-53,1	51,6	47,0-56,3		1.322
Einrichtung	KiTa	40,9	35,5-46,6	59,1	53,4-64,5	0,02	704
	Schule	48,6	44,8-52,3	51,5	47,7-55,2		2.276

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; Elternbericht zu positiven PCR-Tests auf SARS-CoV-2 der Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 15 Jahren; Die Signifikanz der Gruppenunterschiede wurde anhand Chi²-Tests nach Pearson getestet.

Tabelle 3: Quarantäne in den verschiedenen Bildungs- und Betreuungseinrichtungen in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

	Quarantäne		Keine Quarantäne		p-Wert	Fallzahlen
	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI		
Gesamt	3,1	2,2-4,2	96,9	95,8-97,8	0,36	2.985
Kindertageseinrichtungen	2,5	1,4-4,3	97,5	95,7-98,6		705
Schule	3,3	2,3-4,7	96,7	95,3-97,7		2.280

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; Elternbericht zu Quarantäne in Schulen und Kindertageseinrichtungen für ihre Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 15 Jahren; die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

Tabelle 4: Häufigkeit einer Testpflicht in den KiTas und Schulen sowie Häufigkeit einer Pflicht zum Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung in Schulen der Kinder der KIDA Stichprobe nach Angabe der Eltern in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

	Pflicht zur MNB		Testpflicht	
	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI
Gesamt	29,4	25,7-33,4	46,9	43,4-50,5
Februar 2022	99,8	98,7-100,0	96,5	90,1-98,8
März 2022	93,6	85,0-97,5	91,4	83,8-95,7
April 2022	27,8	17,7-40,8	77,4	67,9-84,7
Mai 2022	5,3	2,3-11,6	27,6	20,6-36,0
Juni 2022	3,5	0,8-14,4	19,5	13,2-27,8
Juli 2022	2,7	1,2-6,0	16,8	11,4-24,0
August 2022	8,9	3,2-22,3	36,4	27,7-46,0
September 2022	3,6	1,4-9,3	14,8	9,3-22,6

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; Pflicht zur Mund-Nase-Bedeckung: n = 1.886, Testpflicht: n = 2.523, KI – Konfidenzintervall; MNB = Mund-Nasen-Bedeckung. Die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden

7.2 Tabellen Körperliche Gesundheit

Tabelle 5: Subjektiver allgemeiner Gesundheitszustand nach Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommen und Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

		Sehr gut/ Gut		Mittelmäßig/ Schlecht/ Sehr schlecht		p-Wert	Fallzahlen
		Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI		
	Gesamt	92,0	89,8-93,9	8,0	6,1-10,2		3.033
Geschlecht	Mädchen	91,6	88,4-94,0	8,4	6,0-11,6	0,74	1.430
	Jungen	92,5	89,3-94,7	7,5	5,3-10,7		1.602
Alter	3-6 Jahre	96,1	93,1-97,8	3,9	2,2-6,9	<0,01	796
	7-10 Jahre	89,3	84,2-92,9	10,7	7,1-15,8		892
	11-15 Jahre	90,7	87,1-93,4	9,3	6,6-12,9		1.345
Bildung	Niedrige Bildung	82,0	71,2-89,4	18,0 ¹	10,6-28,8	<0,001	91
	Mittlere Bildung	92,1	89,5-94,1	7,9	5,9-10,5		951
	Hohe Bildung	97,3	96,2-98,0	2,7	2,0-3,8		1.991
Einkommen	Geringes Einkommen	87,5	78,7-93,0	12,5 ¹	7,0-21,3	0,17	265
	Mittleres Einkommen	92,8	90,1-94,7	7,2	5,3-9,9		2.075
	Hohes Einkommen	93,4	87,5-96,6	6,6 ¹	3,4-12,5		693
Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils	Mit Partner(in)	94,6	92,9-95,9	5,4	4,1-7,1	<0,001	2.786
	Ohne Partner(in)	81,1	71,4-87,5	19,3 ¹	12,5-28,6		245

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; Elternbericht zur allgemeinen Gesundheit der Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 15 Jahren; Die Signifikanz der Gruppenunterschiede wurde mit Chi²-Tests nach Pearson getestet; die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

Tabelle 6: Veränderung des subjektiven allgemeinen Gesundheitszustands nach Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommen und Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

		Viel besser/ Besser		Etwas gleich		Schlechter/ Viel schlechter		p- Wert	Fallzahlen
		Anteil in %	95%- KI	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI		
	Gesamt	6,6	5,2-8,5	78,5	75,6-81,2	14,9	12,5-17,5		3.024
Geschlecht	Mädchen	5,5	3,9-7,7	80,1	76,3-83,4	14,4	11,5-17,9	0,56	1.428
	Jungen	7,7	5,5-10,6	77,0	73,0-80,6	15,3	12,3-18,9		1.595
Alter	3-6 Jahre	8,4	5,6-12,4	84,6	80,1-88,2	7,0	4,8-10,1	<0,001	791
	7-10 Jahre	6,2 ¹	4,0-9,6	77,2	71,4-82,1	16,6	12,1-22,2		889
	11-15 Jahre	5,4	3,6-8,0	74,3	69,6- 78,6	20,3	16,3-24,9		1.344
Bildung	Niedrige Bildung	11,6 ¹	6,3- 20,4	62,9	50,8-73,6	25,5 ¹	16,1-37,8	<0,001	90
	Mittlere Bildung	5,8	4,0-8,2	80,3	76,8-83,4	13,9	11,3-17,0		951
	Hohe Bildung	5,4	4,1-7,0	84,0	81,5-86,1	10,7	8,9-12,8		1.983
Einkommen	Geringes Einkommen	6,6 ¹	3,3-12,6	75,6	66,6- 82,8	17,8 ¹	11,6-26,4	0,83	265
	Mittleres Einkommen	6,8	5,1-9,1	78,7	75,2-81,9	14,5	11,7-17,8		2.068
	Hohes Einkommen	5,7 ¹	3,0- 10,6	80,6	74,2-85,7	13,7	9,5-19,4		691
Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils	Mit Partner(in)	7,0	5,4-8,9	80,6	77,9-83,0	12,5	10,5-14,7	<0,01	2.777
	Ohne Partner(in)	5,0 ¹	2,1-11,5	69,4	59,0-78,1	25,6	17,3-36,0		245

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; Elternbericht zur Veränderung der allgemeinen Gesundheit der Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 15 Jahren; Die Signifikanz der Gruppenunterschiede wurde mit Chi²-Tests nach Pearson getestet; die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

Tabelle 7: Erhöhter Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf nach Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommen und Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

		Kein erhöhter Bedarf		Erhöhter Bedarf		p-Wert	Fallzahlen
		Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI		
	Gesamt	89,3	87,0-91,3	10,7	8,7-13,0		3.006
Geschlecht	Mädchen	90,8	87,7-93,1	9,2	6,9-12,3	0,20	1.586
	Jungen	88,0	84,6-90,7	12,0	9,3-15,4		1.419
Alter	3-6 Jahre	94,5	91,5-96,5	5,5 ¹	3,5-8,5	<0,01	793
	7-10 Jahre	86,7	81,6-90,5	13,3	9,5-18,4		881
	11-15 Jahre	87,0	83,3-89,9	13,0	10,1-16,7		1.332
Bildung	Niedrige Bildung	79,8	68,7-87,7	20,2 ¹	12,3-31,3	<0,01	89
	Mittlere Bildung	90,5	87,8-92,6	9,5	7,4-12,3		938
	Hohe Bildung	92,6	90,9-94,0	7,4	6,0-9,1		1.979
Einkommen	Geringes Einkommen	86,2	77,2-92,1	13,8 ¹	7,9-22,9	0,47	262
	Mittleres Einkommen	89,8	87,1-91,9	10,2	8,1-12,9		2.056
	Hohes Einkommen	90,7	84,7-94,5	9,3 ¹	5,5-15,3		688
Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils	Mit Partner(in)	91,2	89,2-92,8	2,8,8	7,2-10,8	<0,01	2.764
	Ohne Partner(in)	81,1	71,7-87,9	18,9 ¹	12,1-28,3		240

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; Elternbericht zu erhöhten Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf der Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 15 Jahren; Die Signifikanz der Gruppenunterschiede wurde mit Chi²-Tests nach Pearson getestet; die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

Tabelle 8: Art des Erhöhten Versorgungs- oder Unterstützungsbedarfs (Elternangabe) in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

		Anteil in %	95%-KI	Fallzahlen
Medizinischer Bedarf	Ja	5,1 ¹	3,3-7,8	51
	Nein	94,9	92,2-96,7	862
Psychosozialer Bedarf	Ja	13,2	9,1-18,8	102
	Nein	86,8	81,2-90,9	811
Pädagogischer Bedarf	Ja	11,4	8,0-16,1	78
	Nein	88,6	83,9-92,0	835
Gesamt				913

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Onlineerhebung 04/2022 – 09/2022; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; Elternbericht zur Art des erhöhten Bedarfs ihrer Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 15 Jahren; die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

Tabelle 9: Art des Erhöhten Versorgungs- oder Unterstützungsbedarfs (Elternangabe) unter Kindern mit erhöhtem Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

	Anteil in %	95%-KI	Fallzahlen
Medizinischer Bedarf	12,8 ¹	6,6-23,3	23
Psychosozialer Bedarf	31,5 ¹	18,2-48,8	49
Pädagogischer Bedarf	21,0 ¹	11,5-35,2	24
Medizinischer plus weiterer Bedarf	11,6 ¹	6,1-21,0	28
Psychosozialer plus pädagogischer Bedarf	23,1 ¹	12,7-38,2	32
Gesamt			156

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Onlineerhebung 04/2022 – 09/2022; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; Elternbericht zur Art des erhöhten Bedarfs ihrer Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 15 Jahren unter Kindern mit einem erhöhten Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf; die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

Tabelle 10: Multivariates Regressionsmodell zum subjektiven allgemeinen Gesundheitszustand nach Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommen und Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils, Odds Ratios (OR) und 95%-Konfidenzintervall

		Mittelmäßige bis sehr schlechte subjektive Gesundheit	
		OR	95%-KI
Geschlecht	Mädchen	1,17	0,69-1,98
	Jungen	Ref.	
Alter	3-6 Jahre	Ref.	
	7-10 Jahre	2,31*	1,15-4,64
	11-15 Jahre	2,06*	1,01-4,22
Bildung	Niedrig	5,01***	2,55-9,85
	Mittel	2,45***	1,53-3,91
	Hoch	Ref.	
Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils	Mit Partner(in)	Ref.	
	Ohne Partner(in)	2,74**	1,52-4,94

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; n = 3.030; KI – Konfidenzintervall; Elternbericht zur subjektiven Gesundheit der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren; signifikant auf Basis der p-Werte im Vergleich zur Referenzkategorie: *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001; Ref. – Referenzkategorien.

Tabelle 11: Multivariates Regressionsmodell zur Veränderung des subjektiven allgemeinen Gesundheitszustands nach Geschlecht, Alter, Bildung und Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils, Prevalence Ratios (PR) und 95%-Konfidenzintervall

		Verschlechterung der subjektiven Gesundheit	
		PR	95%-KI
Geschlecht	Mädchen	0,95	0,73-1,25
	Jungen	Ref.	
Alter	3-6 Jahre	Ref.	
	7-10 Jahre	2,11**	1,34-3,32
	11-15 Jahre	2,64***	1,74-4,01
Bildung	Niedrig	1,79**	1,17-2,74
	Mittel	1,15	0,86-1,52
	Hoch	Ref.	
Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils	Mit Partner(in)	Ref.	
	Ohne Partner(in)	1,63**	1,13-2,34

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; n = 3.021; Konfidenzintervall; Elternbericht zur Veränderung der subjektiven Gesundheit der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren; Signifikant auf Basis der p-Werte im Vergleich zur Referenzkategorie: *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001; Ref. – Referenzkategorien.

Tabelle 12: Multivariates Regressionsmodell zum erhöhten Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf nach Geschlecht, Alter, Bildung und Partnerstatus des beantwortenden Elternteils, Prevalence Ratios (PR) und 95%-Konfidenzintervall

		Erhöhter Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf	
		PR	95%-KI
Geschlecht	Mädchen	0,79	0,55-1,13
	Jungen	Ref.	
Alter	3-6 Jahre	Ref.	
	7-10 Jahre	2,13**	1,29-3,52
	11-15 Jahre	2,14**	1,28-3,59
Bildung	Niedrig	2,02*	1,19-3,42
	Mittel	1,14	0,83-1,58
	Hoch	Ref.	
Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils	Mit Partner(in)	Ref.	
	Ohne Partner(in)	1,64*	1,00-2,68

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; n = 3.003; KI – Konfidenzintervall; Elternbericht zum erhöhten Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren; signifikant auf Basis der p-Werte im Vergleich zur Referenzkategorie: *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001; Ref. – Referenzkategorien.

7.3 Tabellen Psychische Gesundheit

Tabelle 13: Subjektive psychische Gesundheit nach Geschlecht, Alter, Bildung und Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

		ausgezeichnet/ sehr gut		gut		weniger gut/ schlecht		p-Wert	Fallzahlen
		Anteil in %	95%- KI	Anteil in %	95%- KI	Anteil in %	95%- KI		
	Gesamt	63,6	60,5- 66,5	29,0	26,3- 32,0	7,4	5,7-9,5	-	3.031
Geschlecht	Mädchen	67,3	67,1- 71,2	25,2	21,7- 29,1	7,5	5,5- 10,3	0,1094	1.430
	Jungen	60,0	55,7- 64,2	32,7	28,8- 36,9	7,3	5,0- 10,5		1.600
Alter	3-6 Jahre	79,2	74,5- 83,2	19,1	15,2- 23,6	1,7 ¹	0,6- 4,7	0,0000	795
	7-10 Jahre	57,8	51,9- 64,6	32,0	26,7- 37,8	10,2 ¹	6,4- 15,8		892
	11-15 Jahre	54,7	50,2- 59,2	35,2	30,9- 39,8	10,1	7,3- 13,4		1.344
Bildung	Niedrige Bildung	49,9	39,0- 60,8	36,0	25,9- 47,6	14,1 ¹	7,5- 25,0	0,0002	90
	Mittlere Bildung	61,8	57,6- 65,9	30,4	26,7- 34,4	7,7	5,8- 10,2		951
	Hohe Bildung	73,3	70,5- 75,9	23,3	20,8- 26,0	3,5	2,6- 4,5		1.990
Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils	Mit Partner(in)	66,8	63,8- 69,7	28,3	25,6- 31,2	4,9	3,7-6,5	0,0000	2.785
	Ohne Partner(in)	49,2	39,9- 58,6	32,3	24,1- 41,7	18,5 ¹	12,0- 27,5		244

Anmerkungen: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; Elternbericht zur subjektiven psychischen Gesundheit für Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 15 Jahren; Die Signifikanz der Gruppenunterschiede wurde mittels eines Chi²-Tests nach Pearson getestet; die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

Tabelle 14: Veränderung der subjektiven psychischen Gesundheit nach Geschlecht, Alter, Bildung Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

		verbessert		gleich geblieben		verschlechtert		p-Wert	Fallzahlen
		Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI		
	Gesamt	7,4	5,9-9,2	72,0	69,1-74,8	20,6	18,1-23,3	-	3.015
Geschlecht	Mädchen	7,8	5,6-10,7	71,2	67,2-74,9	21,0	17,7-24,6	0,9411	1.425
	Jungen	7,0	5,1-9,4	72,8	68,9-76,4	20,2	17,0-24,0		1.589
Alter	3-6 Jahre	8,8	6,2-12,5	80,6	76,1-84,5	10,5	7,8-13,9	0,0000	783
	7-10 Jahre	8,1	5,5-11,9	70,5	64,7-75,7	21,4	16,7-26,9		891
	11-15 Jahre	5,5	3,6-8,4	66,1	61,4-70,3	28,5	24,5-32,9		1.341
Bildung	Niedrige Bildung	12,9 ¹	7,3-21,5	60,8	49,5-71,0	26,4 ¹	17,4-38,0	0,0059	89
	Mittlere Bildung	7,4	5,5-9,9	71,8	67,9-75,4	20,8	17,7-24,4		948
	Hohe Bildung	4,5	3,5-5,9	78,2	75,6-80,6	17,2	15,0-19,7		1.978
Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils	Mit Partner(in)	7,3	5,8-9,2	74,4	71,7-77	18,2	16,1-20,6	0,0067	2.769
	Ohne Partner(in)	7,5 ¹	3,9-14,1	61,5	51,9-70,2	31,0	22,6-40,9		244

Anmerkungen: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; Elternbericht zur Veränderung der subjektiven psychischen Gesundheit für Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 15 Jahren; Die Signifikanz der Gruppenunterschiede wurde mittels eines Chi²-Tests nach Pearson getestet; die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

Tabelle 15: Multivariates Regressionsmodell zur Verschlechterung der subjektiven psychischen Gesundheit (viel schlechter/ etwas schlechter) nach Geschlecht, Alter und Bildung, Prevalence Ratio (PR) und 95%-Konfidenzintervalle

		Verschlechterung der psychischen Gesundheit (viel schlechter/ etwas schlechter)		Fallzahlen
		PR	95%-KI	
Gesamt				1.782
Geschlecht	Mädchen	Ref.		930
	Jungen	1,02	0,79 – 1,33	852
Alter	9-10 Jahre	Ref.		444
	11-15 Jahre	1,12	0,83-1,52	1.338
Bildung	Niedrig	1,69*	1,12 – 2,55	59
	Mittel	1,35**	1,08 – 1,69	599
	Hoch	Ref.		1.124

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; Elternbericht zur Verschlechterung der psychischen Gesundheit (viel schlechter/ etwas schlechter) für Kinder und Jugendliche im Alter von 9 bis 15 Jahren; Signifikant auf Basis der p-Werte im Vergleich zur Referenzkategorie: *p< 0,05, **p< 0,01, ***p< 0,001; Ref. – Referenzkategorie.

Tabelle 16: Multivariates Regressionsmodell zur Verschlechterung der subjektiven psychischen Gesundheit (viel schlechter/ etwas schlechter) nach Geschlecht, Alter, Bildung, familiärer Zusammenhalt und Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils, Prevalence Ratio (PR) und 95%-Konfidenzintervalle

		Verschlechterung der psychischen Gesundheit (viel schlechter/ etwas schlechter)		Fallzahlen
		PR	95%-KI	
Gesamt				1.782
Geschlecht	Mädchen	Ref.		930
	Jungen	1,05	0,81 – 1,35	852
Alter	9-10 Jahre	Ref.		444
	11-15 Jahre	1,16	0,86-1,56	1.338
Bildung	Niedrig	1,49	0,98 – 2,27	59
	Mittel	1,29*	1,03 – 1,61	599
	Hoch	Ref.		1.124
Familiärer Zusammenhalt (Range 0-100)		0,98***	0,98-0,99	1.782
Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils	Ohne Partner(in)	1,42*	1,02 – 1,99	175
	Mit Partner(in)	Ref.		1.607

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; Elternbericht zur Verschlechterung der psychischen Gesundheit (viel schlechter/ etwas schlechter) für Kinder und Jugendliche im Alter von 9 bis 15 Jahren; signifikant auf Basis der p-Werte im Vergleich zur Referenzkategorie: *p< 0,05, **p< 0,01, ***p< 0,001; Ref. – Referenzkategorie.

Tabelle 17: Familiärer Zusammenhalt nach Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommen und Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils; Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervall

		Familiärer Zusammenhalt		p-Wert	Fallzahlen
		Mittelwert	95%-KI		
	Gesamt	82,18	81,16 – 83,20		3.023
Geschlecht	Mädchen	81,55	80,08 – 83,01	0,1715	1.586
	Jungen	82,78	81,55 – 84,00		1.782
Alter	3-6 Jahre	84,50	83,03 – 85,96	0,0004	792
	7-10 Jahre	81,66	79,74 – 83,57		891
	11-15 Jahre	80,63	79,23 – 82,02		1.341
Bildung	Niedrige Bildung	82,79	79,25 – 86,33	0,8065	375
	Mittlere Bildung	82,15	80,85 – 83,44		1.356
	Hohe Bildung	81,78	80,85 – 82,72		1.638
Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils	Mit Partner(in)	82,89	81,91 – 83,87	0,0307	2.844
	Ohne Partner(in)	78,94	75,50 – 82,39		522
Symptome einer generalisierten Angststörung	Ja	74,93	70,28 – 79,59	0,0008	312
	Nein	83,07	82,10 – 84,03		3.054
Depressive Symptome	Ja	75,58	71,50 – 79,67	0,0004	358
	Nein	83,19	82,22 – 84,15		2.999

Anmerkungen: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; Fallzahlen ungewichtet, Mittelwerte gewichtet; KI – Konfidenzintervall; Elternbericht zu familiärem Zusammenhalt für Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 15 Jahren; die Signifikanz der Gruppenunterschiede wurde mit univariater linearer Regressionsanalyse getestet.

7.4 Tabellen Körperliche Aktivität nach soziodemographischen Merkmalen

Tabelle 18: Umfang moderater bis intensiver körperlicher Aktivität nach Geschlecht, Alter, Bildung und Einkommen in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

		Weniger als 3 Stunden		3 – 4 Stunden		5 – 6 Stunden		Mindestens 7 Stunden		p-Wert	Fallzahlen
		Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI		
	Gesamt	7,9	6,4-9,	17,5	15,3-19,8	17,3	15,2-19,5	57,4	54,3-60,5		3016
Geschlecht	Mädchen	9,4	7,2-12,1	15,9	13,3-19,0	20,1	17,1-23,6	54,6	50,5-58,6	0,006	1423
	Jungen	6,4	4,8-8,6	19,0	15,8-22,6	14,5	12,0-17,5	60,1	55,8-64,2		1592
Alter	3-6 Jahre	2,6	1,5-4,5	12,8	9,5-16,9	15,6	12,0-19,9	69,0	63,8-73,8	0,000	793
	7-10 Jahre	4,2	2,4-7,1	14,3	11,0-18,3	16,5	13,1-20,5	65,1	59,8-70,0		886
	11-15 Jahre	15,3	12,3-18,9	24,1	20,5-28,1	19,3	16,1-23,0	41,3	36,8-45,9		1337
Bildung	Niedrige Bildung	9,9	4,7-19,6	13,9	8,1-22,8	16,1	9,8-25,4	60,1	48,4-70,8	0,269	88
	Mittlere Bildung	8,6	6,7-10,9	20,0	16,8-23,7	17,5	14,5-20,9	53,9	49,5-58,2		948
	Hohe Bildung	7,9	6,4-9,7	17,5	15,4-19,9	17,2	15,2-19,5	57,4	54,3-60,4		1980
Einkommen	Geringes Einkommen	8,4	4,9-14,1	19,6	13,4-27,6	19,5	13,3-27,5	52,6	42,9-62,1	0,201	263
	Mittleres Einkommen	9,0	6,9-11,6	17,5	14,8-20,6	16,3	13,8-19,1	57,2	53,2-61,1		1778
	Hohes Einkommen	3,8	2,5-5,6	14,5	11,0-18,7	20,0	15,0-26,1	61,8	55,5-67,7		690

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; Elternbericht zum Umfang moderater bis intensiver körperlicher Aktivität von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren; die Signifikanz der Gruppenunterschiede wurde mit Chi²-Test nach Pearson getestet.

8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Studiendesign von KIDA.....	7
Abbildung 2: Inzidenzen von SARS-CoV-2 bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 – 19 Jahren sowie der Allgemeinbevölkerung nach Jahr/KW.....	12
Abbildung 3: Stringency Index im Zeitraum 2021/KW31 und 2022/KW37	13
Abbildung 4: Prävalenz elternberichteter mittels PCR-Test bestätigter SARS-CoV-2-Infektionen der Kinder und Jugendlichen, gesamt, nach Einrichtungsart sowie nach Altersgruppe in Prozent mit 95 %-Konfidenzintervall	15
Abbildung 5: Prävalenz des letzten positiven SARS-CoV-2 Test der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren in % nach Monat und Jahr.....	16
Abbildung 6: Häufigkeit einer Testpflicht in den KiTas und Schulen der 3-15-jährigen Kinder und Jugendlichen der KIDA Stichprobe in Prozent nach Monat im Erhebungszeitraum 02/2022 bis 09/2022	17
Abbildung 7: Häufigkeit einer Pflicht zum Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung in Schulen der Schulkinder der KIDA Stichprobe in Prozent nach Monat im Erhebungszeitraum 02/2022 bis 09/2022	17
Abbildung 8: Subjektiver allgemeiner Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, gesamt, getrennt nach Geschlecht sowie getrennt nach Alter	20
Abbildung 9: Subjektiver allgemeiner Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, getrennt nach elterlicher Bildung sowie getrennt nach Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils	21
Abbildung 10: Veränderung des subjektiven allgemeinen Gesundheitszustands von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, gesamt, getrennt nach Geschlecht sowie getrennt nach Alter.....	22
Abbildung 11: Veränderung des subjektiven allgemeinen Gesundheitszustands von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, getrennt nach elterlicher Bildung sowie getrennt nach Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils	23
Abbildung 12: Erhöhter Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, gesamt, getrennt nach Geschlecht sowie getrennt nach Alter	25
Abbildung 13: Erhöhter Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, getrennt nach elterlicher Bildung sowie getrennt nach Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils	26
Abbildung 14: Art des erhöhten Versorgungs- oder Unterstützungsbedarfs bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren	27
Abbildung 15: Subjektive psychische Gesundheit von Kindern im Alter von 3 bis 15 Jahren, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, gesamt, getrennt nach Geschlecht sowie getrennt nach Alter	31
Abbildung 16: Subjektive psychische Gesundheit von Kindern im Alter von 3 bis 15 Jahren, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, getrennt nach elterlicher Bildung sowie getrennt nach Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils	32
Abbildung 17: Veränderung der subjektiven psychischen Gesundheit von Kindern im Alter von 3 bis 15 Jahren, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, gesamt, getrennt nach Geschlecht sowie getrennt nach Alter	33
Abbildung 18: Veränderung der subjektiven psychischen Gesundheit von Kindern im Alter von 3 bis 15 Jahren, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, getrennt nach elterlicher Bildung sowie getrennt nach Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils	34
Abbildung 19: Faktoren für eine Verschlechterung der subjektiven psychischen Gesundheit von Kindern im Alter von 9 bis 15 Jahren, Prevalence Ratio (PR) und 95%-Konfidenzintervalle.....	35

- Abbildung 20: Familiärer Zusammenhalt von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren gemessen mit der Subskala „Familiärer Zusammenhalt“ der Familienklimaskalen nach Schneewind et al. [66], Mittelwerte und 95 %-Konfidenzintervalle, gesamt, nach Geschlecht, Altersgruppen, Bildungs- und Partnerstatus sowie Angststörungen- und Depressionssymptomatik der Eltern.....38
- Abbildung 21: Erreichen der WHO-Bewegungsempfehlung von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 5 Jahren bezogen auf die Woche vor der Befragung, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, gesamt, getrennt nach Geschlecht und Alter41

9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung der KIDA-Studie	8
Tabelle 2: SARS-CoV-2 Infektionen nachgewiesen mittels PCR-Test nach Geschlecht, Alter, Einrichtung, Bildung und Einkommen in Prozent und 95%-Konfidenzintervall	48
Tabelle 3: Quarantäne in den verschiedenen Bildungs- und Betreuungseinrichtungen in Prozent und 95%-Konfidenzintervall	49
Tabelle 4: Häufigkeit einer Testpflicht in den KiTas und Schulen sowie Häufigkeit einer Pflicht zum Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung in Schulen der Kinder der KIDA Stichprobe nach Angabe der Eltern in Prozent und 95%-Konfidenzintervall.....	49
Tabelle 5: Subjektiver allgemeiner Gesundheitszustand nach Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommen und Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils in Prozent und 95%-Konfidenzintervall.....	50
Tabelle 6: Veränderung des subjektiven allgemeinen Gesundheitszustands nach Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommen und Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils in Prozent und 95%-Konfidenzintervall	51
Tabelle 7: Erhöhter Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf nach Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommen und Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils in Prozent und 95%-Konfidenzintervall.....	52
Tabelle 8: Art des Erhöhten Versorgungs- oder Unterstützungsbedarfs (Elternangabe) in Prozent und 95%-Konfidenzintervall	53
Tabelle 9: Art des Erhöhten Versorgungs- oder Unterstützungsbedarfs (Elternangabe) unter Kindern mit erhöhtem Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf in Prozent und 95%-Konfidenzintervall	53
Tabelle 10: Multivariates Regressionsmodell zum subjektiven allgemeinen Gesundheitszustand nach Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommen und Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils, Odds Ratios (OR) und 95%-Konfidenzintervall	54
Tabelle 11: Multivariates Regressionsmodell zur Veränderung des subjektiven allgemeinen Gesundheitszustands nach Geschlecht, Alter, Bildung und Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils, Prevalence Ratios (PR) und 95%-Konfidenzintervall.....	54
Tabelle 12: Multivariates Regressionsmodell zum erhöhten Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf nach Geschlecht, Alter, Bildung und Partnerstatus des beantwortenden Elternteils, Prevalence Ratios (PR) und 95%-Konfidenzintervall	55
Tabelle 13: Subjektive psychische Gesundheit nach Geschlecht, Alter, Bildung und Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils in Prozent und 95%-Konfidenzintervall	56
Tabelle 14: Veränderung der subjektiven psychischen Gesundheit nach Geschlecht, Alter, Bildung Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils in Prozent und 95%-Konfidenzintervall.....	57
Tabelle 15: Multivariates Regressionsmodell zur Verschlechterung der subjektiven psychischen Gesundheit (viel schlechter/ etwas schlechter) nach Geschlecht, Alter und Bildung, Prevalence Ratio (PR) und 95%-Konfidenzintervalle	58
Tabelle 16: Multivariates Regressionsmodell zur Verschlechterung der subjektiven psychischen Gesundheit (viel schlechter/ etwas schlechter) nach Geschlecht, Alter, Bildung, familiärer Zusammenhalt und Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils, Prevalence Ratio (PR) und 95%-Konfidenzintervalle	58
Tabelle 17: Familiärer Zusammenhalt nach Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommen und Partnerstatus des teilnehmenden Elternteils; Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervall.....	59
Tabelle 18: Umfang moderater bis intensiver körperlicher Aktivität nach Geschlecht, Alter, Bildung und Einkommen in Prozent und 95%-Konfidenzintervall.....	60

10 Impressum

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2022) 2. Quartalsbericht – Kindergesundheit in Deutschland aktuell (KIDA):
Monitoring der Kindergesundheit in (und nach) der COVID-19-Pandemie. Ergebnisse des KIDA-
Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022.

Veröffentlicht am:

28. November 2022

Dieser Bericht wurde erstellt vom Team der KIDA-Studie (Nennung in alphabetischer Reihenfolge):

Miriam Blume, Nadine Flerlage, Laura Neuperdt, Tim Weihrauch

unter der Leitung von (Nennung in alphabetischer Reihenfolge):

Jennifer Allen, Prof. Dr. Julika Loss, Dr. Mira Tschorn

unter weiterer Beteiligung an Fragebogenentwicklung, Datenauswertung und Berichterstellung von (Nennung in alphabetischer Reihenfolge):

Stefan Albrecht, Anne Berkholz, Sabine Born, Dr. Caroline Cohrdes, Julia Darowski, Heike Hölling, Dr. Claudia Hövener, Dr. Susanne Krug, Dr. Kristin Manz, Elvira Mauz, Antonia Meier, Anja Müller, Stephan Müters, Dr. Christina Poethko-Müller, Dr. Almut Richter, Dr. Christa Scheidt-Nave, Dr. Anja Schienkiewitz, Dr. Robert Schlack, Anne Starker, Dr. Roma Thamm.

