

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

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

1. Teil – Ergebnisse der Online-Befragung

Veröffentlicht: 10.05.2023

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 14 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 1. Teil des 4. Quartalsberichts fasst die Ergebnisse der zwischen dem 20. April 2022 und dem 12. März 2023 durchgeführten Online-Befragungen zusammen. Gegenstand des 2. Teils werden Trendauswertungen der Telefonbefragungen sein.

Der Erhebungszeitraum war zum Start der Onlineerhebung (KW16 2022) bereits durch stark abnehmende Neuerkrankungsraten unter Kindern und Jugendlichen gekennzeichnet, die nach einer Sommerwelle bis zum Ende des Erhebungszeitraums weiter sanken. Während der Erhebung gab es nur noch geringe pandemiebedingte Einschränkungen des öffentlichen Lebens, die im Verlauf des Erhebungszeitraums weiter abnahmen.

Ergebnisse:

- 68,4 % der 3- bis 17-Jährigen wurden jemals positiv auf SARS-CoV-2 getestet.
- Über den gesamten berichteten Zeitraum der KIDA-Onlinebefragung gaben Eltern und Jugendliche nur noch sehr selten an, dass in Schulen oder Kindertageseinrichtungen (KiTas) Infektionsschutzmaßnahmen vorgenommen wurden.
- Für mehr als jedes fünfte Kind im Alter von 3 bis 15 Jahren gaben Eltern einen speziellen Versorgungsbedarf an. Ein spezieller Versorgungsbedarf ist dabei als chronisches Problem in mindestens einem der folgenden Teilbereiche definiert: „Einnahme verschreibungspflichtiger Medikamente“, „Notwendigkeit psychosozialer oder pädagogischer Unterstützung“, „funktionelle Einschränkungen“, „spezieller Therapiebedarf“, „emotionale, Entwicklungs- oder Verhaltensprobleme“.
- Spezielle Versorgungsbedarfe betrafen vor allem Kinder im Alter von 7 bis 15 Jahren und Jungen.
- Im Vergleich mit anderen Kindern zeigten Kinder mit speziellem Versorgungsbedarf häufiger eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes im Vergleich zu vor der Pandemie.
- Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 17 Jahren waren nach aktueller Datenlage in verschiedenen Bereichen psychosozial belastet, wobei pandemieassoziierte Belastungen eine untergeordnete Rolle spielen.
- Vor allem die Berichterstattung über den Krieg in der Ukraine wurde als Belastung berichtet, unabhängig von der finanziellen Situation der Familie oder der Familienform.
- Ein überwiegender Anteil der 6- bis 15-jährigen Schulkinder hatte Zugang zu sozialen und schulbezogenen materiellen Ressourcen, häufiger in Haushalten mit hoher Bildung.
- Die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren hatte in den letzten vier Wochen vor der Befragung keine psychosozialen Unterstützungs- und Versorgungsangebote in Anspruch genommen. Als Grund für die Nicht-Inanspruchnahme wurde mehrheitlich „kein Bedarf“ angegeben.

- Psychosoziale Unterstützungs- und Beratungsangebote vor Ort wurden häufiger im Vergleich zu telefonischen oder onlinebasierten Angeboten in Anspruch genommen. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wurde häufiger als das sozialpädiatrische Zentrum in Anspruch genommen.
- Kinder und Jugendliche aus Familien mit geringem Einkommen sowie Ein-Eltern-Familien gaben häufiger als Grund für die Nicht-Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten an, dass ihnen das Angebot nicht bekannt war.
- Die Mehrzahl (70 %) der Eltern der 3- bis 15-Jährigen rauchte nicht oder nicht mehr.
- Unabhängig vom eigenen Rauchstatus gaben insgesamt rund 20 % der Eltern der 3- bis 15-Jährigen an, dass in ihrer Wohnung oder wohnungsnah, d.h. auf Balkon oder Terrasse, geraucht wird. Dabei ist von einer Passivrauchbelastung der Kinder und Jugendlichen auszugehen. Nur ein sehr geringer Anteil berichtete vom Rauchen in der Wohnung.
- Fast alle Eltern von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren hielten Zähneputzen in ihrer Erziehung für wichtig bis sehr wichtig (ca. 97 %). Für eine große Mehrheit traf das auch auf lebhaftes Bewegung/Sport (ca. 88 %) und gesunde Ernährung (ca. 84 %) zu. Jedoch spiegelte sich dieser hohe Stellenwert nicht immer im tatsächlichen Gesundheitsverhalten wider, wie Studien zeigen.

Inhalt

1	Hintergrundinformationen	6
2	Studiendesign	7
3	Beschreibung der Stichprobe, der Indikatoren und Limitationen	9
3.1	Stichprobenbeschreibung	9
3.2	Beschreibung der Indikatoren (Stratifizierungsmerkmale).....	10
3.3	Limitationen	11
4	Ergebnisse	12
4.1	Pandemiegeschehen und Eindämmungsmaßnahmen im Erhebungszeitraum	12
4.1.1	Kernaussagen	12
4.1.2	Hintergrund.....	12
4.1.3	Wie hat sich das Infektionsgeschehen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Erhebungszeitraum 04/2022–02/2023 entwickelt?	12
4.1.4	Wie haben sich die COVID-19-Eindämmungsmaßnahmen in Deutschland während des Erhebungszeitraums entwickelt?	13
4.2	Pandemiebedingte Rahmenbedingungen: Ergebnisse der KIDA-Onlinebefragung	15
4.2.1	Kernaussagen	15
4.2.2	Hintergrund.....	15
4.2.3	Wie viele Kinder hatten bereits eine SARS-CoV-2-Infektion?	15
4.2.4	Welche Infektionsschutzmaßnahmen wurden in Schulen und Kindertageseinrichtungen umgesetzt?	17
4.2.5	Fazit	18
4.3	Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf	19
4.3.1	Kernaussagen	19
4.3.2	Hintergrund.....	19
4.3.3	Wie häufig berichten Eltern von einem speziellen Versorgungsbedarf?	19
4.3.4	Bestand der spezielle Bedarf bereits vor der Corona-Pandemie?.....	20
4.3.5	Wie ist der allgemeine Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf?	21
4.3.6	Wie war die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten bei Kindern und Jugendlichen mit speziellem Bedarf während der Pandemie?	22
4.3.7	Einordnung der Ergebnisse.....	23
4.4	Unfälle	25
4.4.1	Kernaussagen	25
4.4.2	Hintergrund.....	25
4.4.3	Wie viele Kinder und Jugendliche (3 bis 15 Jahre) wurden wegen einer Verletzung ärztlich behandelt?	25
4.5	Ressourcen und Belastungen von Kindern und Jugendlichen	29
4.5.1	Kernaussagen	29

4.5.2	Welche psychosozialen Belastungen haben Kinder und Jugendliche aktuell?	29
4.5.3	Welche sozialen und schulbezogenen materiellen Ressourcen haben Kinder und Jugendliche im Schulalter?	34
4.6	Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungs- und Versorgungsangeboten	38
4.6.1	Kernaussagen	38
4.6.2	Hintergrund	38
4.6.3	Welche psychosozialen Unterstützungsangebote wurden in Anspruch genommen?	38
4.6.4	Wie häufig wurden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und sozialpädiatrische Zentren in Anspruch genommen?	41
4.6.5	Einordnung der Ergebnisse	42
4.7	Rauchverhalten der Eltern und Passivrauchbelastung der Kinder	45
4.7.1	Kernaussagen	45
4.7.2	Hintergrund	45
4.7.3	Wie ist das Rauchverhalten von Eltern?	45
4.7.4	Wie hoch ist die Passivrauchbelastung von Kindern und Jugendlichen?	46
4.7.5	Einordnung der Ergebnisse	47
4.7.6	Fazit	47
4.8	Stellenwert ausgewählter Aspekte des Gesundheitsverhaltens in der Kindeserziehung	48
4.8.1	Kernaussagen	48
4.8.2	Hintergrund	48
4.8.3	Wie wichtig sind Eltern Zähneputzen, lebhaftige Bewegung und gesunde Ernährung in der Erziehung ihrer Kinder?	49
5	KIDA Studienbeschreibung	51
5.1	Studiendesign und Stichprobe	51
5.1.1	Erhebungsinstrument	52
5.1.2	Erhebungsmethoden	52
5.2	Durchführung der telefonischen Erhebung	52
5.2.1	Pretestung	53
5.2.2	Feldverlauf und Feldmonitoring	53
5.3	Datenaufbereitung und Gewichtung	53
6	Literatur	55
7	Abbildungsverzeichnis	62
8	Tabellenverzeichnis	64
9	Impressum	65

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].

Die Corona-Pandemie und die Eindämmungsmaßnahmen führten im Verlauf der COVID-19-Pandemie zu vielfältigen Veränderungen in den Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen und beeinflussten damit die Rahmenbedingungen körperlicher sowie psychischer Gesundheit sowie des Gesundheitsverhaltens von Kindern und Jugendlichen [5-12]. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, sowohl den aktuellen Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten als auch den Zusammenhang mit körperlichen [5], psychischen [6-10] und sozialen Determinanten [11, 12] der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen während und nach der COVID-19-Pandemie zu untersuchen. Auf der Grundlage eines umfassenden Verständnisses von Gesundheit und eines Gesundheitsmodelles der Salutogenese ist mit engen Wechselwirkungen von gesundheitlichen Determinanten zu rechnen [13]. Kinder und Jugendliche sind mit Blick auf ihre jeweiligen Entwicklungsphasen und Lebenswelten eine vulnerable Bevölkerungsgruppe mit hohem Interventionspotenzial für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung [14]. Die Identifikation von möglichen Unterstützungs- und Versorgungsbedarfen ist eine wichtige Voraussetzung dafür, Angebote frühzeitig, zielgruppensensibel und lebensphasenspezifisch bereitzustellen.

Die Studie zur „Kindergesundheit in Deutschland aktuell“ (KIDA) soll dazu beitragen die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen kontinuierlich durch Datenerhebung während der COVID-19-Pandemie sowie auch der postpandemischen Phase zu erfassen. So soll eingeschätzt werden können, wie sich die aktuelle gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland in dieser Zeit darstellt. Dadurch können prioritäre Handlungsfelder sowie weiterer Forschungsbedarf aufgezeigt werden. Mehr Informationen zu KIDA sowie die früheren Projektberichte erhalten Sie auf www.rki.de/kida.

Der vorliegende erste Teil des vierten Quartalsberichts der KIDA-Studie beinhaltet Ergebnisse der Onlinebefragung von April 2022 bis März 2023. Dabei wurden die Informationen der Eltern zu ihren 3- bis 15-jährigen Kindern und der Selbstangaben der Jugendlichen im Alter von 16 bis 17 Jahren ausgewertet. Um detailliertere Analysen mit größeren Fallzahlen durchführen zu können, wurden alle Erhebungsmonate zusammen betrachtet.

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, welche an der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA Basis) teilnehmen, in KIDA zunächst telefonisch befragt. Im Anschluss haben sie die Möglichkeit, zusätzlich an einer vertiefenden Online-Befragung teilzunehmen. Die Auswahl der Teilnehmenden für GEDA Basis erfolgt als Zufallsstichprobe. Dort teilnehmende Erwachsene mit Kind oder Jugendliche im Alter von 16 oder 17 Jahren werden zur Teilnahme an KIDA eingeladen. Die Stichprobe basiert auf dem Telefonstichprobensystem des Arbeitskreises Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V. (ADM) [15]. Dieses beruht auf dem sogenannten Dual-Frame-Verfahren, bei dem zwei Auswahlgesamtheiten (Mobilfunk und Festnetz) genutzt werden.

Basierend auf diesem Zugang werden alle Personen mit im Haushalt lebenden Kindern von 3 bis 15 Jahren sowie Jugendliche im Alter von 16 bis 17 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 der telefonischen Befragung erfolgt kontinuierlich über einen Zeitraum von 14 Monaten, die Online-Datenerhebung startete zwei Monate später. Am Ende des telefonischen Interviews in KIDA werden die teilnehmenden Personen mit Kindern (3 bis 15 Jahre) und die 16- bis 17-jährigen Jugendlichen von den Interviewenden gefragt, ob sie bereit sind ebenfalls an der vertiefenden Online-Befragung teilzunehmen. Sofern telefonisch zur Kontaktaufnahme eingewilligt wird, wird eine E-Mail-Adresse aufgenommen und eine Einladung zur Onlinebefragung versendet. Diese E-Mail enthält einen Link zum Online-Fragebogen und einen 25 €-Online-Gutschein als Aufwandsentschädigung. Diese Aufwandsentschädigung erfolgt unkonditional, also unabhängig von der Teilnahme an der vertiefenden Online-Befragung. Sollte eine Rückmeldung auf die E-Mail-Einladung ausbleiben, wird bis zu zwei Mal eine Erinnerungs-E-Mail versendet.

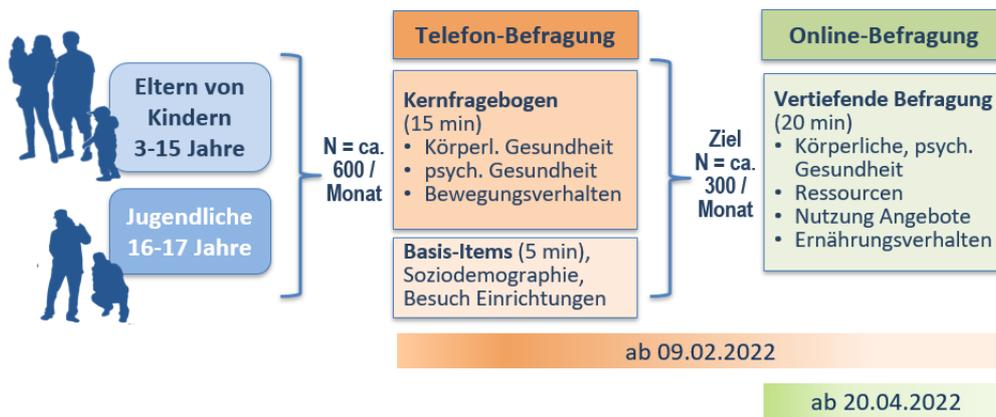
Die Inhalte der Telefonbefragung sind in fünf Themenblöcke aufgeteilt. Für den Bereich zum „COVID-19 Pandemiegeschehen“ werden unter anderem Fragen zum Infektions- und Impfstatus sowie zu möglichen Schließungen von Einrichtungen und aktueller Quarantäne gestellt. Im Bereich „körperliche Gesundheit“ werden 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 sich auf Fragen zum Bewegungsverhalten und der Nutzung von Sportangeboten. „Soziale Determinanten“ werden über Fragen zur Bildung der Eltern und der familiäre Zusammenhalt abgebildet.

Die Online-Befragung startete am 20.04.2022 und behandelt vertiefend die Themen der telefonischen Befragung und darüber hinaus gehende Inhalte, neben weiterführenden allgemeinen Fragen beispielsweise zur Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Versorgungsangeboten, Ressourcen und Belastungen der Kinder und Jugendlichen. 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 diesem Quartalsbericht werden Auswertungen mit Erhebungsdaten vom 20. April 2022 bis zum 12. März 2023 eingeschlossen. Abbildung 1 zeigt einen schematischen Überblick über das Studiendesign.

Abbildung 1: Studiendesign von KIDA



3 Beschreibung der Stichprobe, der Indikatoren und Limitationen

3.1 Stichprobenbeschreibung

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung der KIDA-Studie

	Gesamt-Stichprobengröße Online-Befragung (20.04.2022-12.03.2023) N = 2.380 Anteil, ungewichtet (%)
Geschlecht	
Weiblich	1.158 (48,66)
Männlich	1.222 (51,34)
Alter	
3–5	445 (18,70)
6–11	1.044 (43,87)
12–17	891 ¹ (37,44)
Staatsangehörigkeit der Eltern bzw. der Jugendlichen (Selbstangabe)	
Deutsch	2.294 (96,39)
Nicht-Deutsch	86 (3,61)
Region (Nielsen-Gebiete)	
Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Bremen	382 (16,05)
Nordrhein-Westfalen	440 (18,49)
Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland	311 (13,07)
Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt	293 (12,31)
Sachsen, Thüringen	148 (6,22)
Bayern	447 (18,78)
Baden-Württemberg	359 (15,08)
Höchste Bildung des Haushalts (CASMIN)	
Einfache Bildung	65 (2,73)
Mittlere Bildung	697 (29,29)
Höhere Bildung	1.613 (67,77)
Fehlende Werte	5 (0,21)
Einkommen	
Niedrige Einkommensgruppe	197 (8,28)
Mittlere Einkommensgruppe	1.414 (59,41)
Hohe Einkommensgruppe	562 (23,61)
Fehlende Werte	207 (8,70)

¹ In der Gruppe der 12- bis 17-Jährigen sind 104 Jugendliche im Alter von 16 und 17 Jahren enthalten, die den Fragebogen selbst beantworten.

Tabelle 1 zeigt die Zusammensetzung der Stichprobe der Online-Befragung im Zeitraum April 2022 bis März 2023. In diesem Erhebungszeitraum konnte im Rahmen der Online-Befragung nahezu eine Gleichverteilung des Merkmals Geschlecht in der Stichprobe erreicht werden. So wurde das Geschlecht der Kinder und Jugendlichen in 48,7 % der Fälle mit weiblich und in 51,3 % mit männlich angegeben.

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.

Die Auswertungen der pandemiebedingten Rahmenbedingungen, der Ressourcen und Belastungen von Kindern und Jugendlichen sowie der Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungs- und Versorgungsangeboten basieren auf der gesamten Stichprobe. Diese umfasst **2.380 Kinder und Jugendliche** (weiblich: n = 1.158, männlich: n = 1.222) im Alter von 3 bis 17 Jahren (siehe Tabelle 1). Die Daten zu den speziellen Versorgungsbedarfen, den Unfällen, dem Rauchverhalten und der Passivrauchbelastung von Kindern und Jugendlichen sowie dem Stellenwert ausgewählter Aspekte des Gesundheitsverhaltens in der Erziehung wurden für die Gruppe der 3- bis 15-Jährigen ausgewertet. Diese Stichprobe umfasst 2.276 Kinder und Jugendliche (weiblich: n = 1.105, männlich: n = 1.171).

3.2 Beschreibung der Indikatoren (Stratifizierungsmerkmale)

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 (\geq 150 % des Medianeinkommens). Gemäß amtlicher Armutsdefinition entspricht ein Netto-Äquivalenzeinkommen von unter 60 % des Medians dem sogenannten Armutsrisiko [18].

Das **Geschlecht** wird in drei Kategorien (männlich, weiblich, divers) abgefragt.

3.3 Limitationen

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

- (1.) In der KIDA-Online-Befragung (April 2022 bis März 2023) konnte eine Stichprobe von $N = 2.380$ realisiert werden. Die Stichprobengröße ermöglicht erste grundlegende Analysen sowie erste Subgruppenanalysen. 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 eher dazu führen, dass Zusammenhänge als „nicht signifikant“ eingestuft werden, obwohl die Zusammenhänge eigentlich vorhanden sind und bei größeren Stichproben möglicherweise eine Signifikanz zeigen würden (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.) Die Jugendlichen im Alter von 16 und 17 Jahren wurden in KIDA selbst befragt, während zu den Informationen der 3- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen die Eltern befragt wurden. Für die Altersgruppe der 16- und 17-Jährigen sind die Fallzahlen relativ gering. Selbstangaben von Kindern und Elternangaben können zu Unterschieden in den Antworten führen [19].
- (3.) Die Ergebnisse des vierten Quartalsberichts stammen aus der Online-Befragung in KIDA, die der Telefonbefragung zeitlich nachgestellt ist. Personen konnten an der Online-Befragung partizipieren, wenn sie im ersten Schritt an der Telefonbefragung teilnahmen. Insbesondere bei Telefonbefragungen zeigt sich häufig, dass Personen mit einer niedrigeren Bildung weniger bereit sind, an der Studie teilzunehmen. Dies kann dazu führen, 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. Um diesem Selektionseffekt entgegenzuwirken, erhielten die Teilnehmenden der Online-Befragung einen finanziellen Anreiz in Form eines 25-Euro-Gutscheins. Zudem wurde der möglichen Selektion auch statistisch durch eine entsprechende Design- und Anpassungsgewichtung begegnet [20]. Speziell für die Online-Stichprobe wird zusätzlich eine sogenannte Dropoutgewichtung berechnet. Hierbei wurden Informationen aus der telefonischen Basisbefragung genutzt, um selektive Teilnahmeeffekte auszugleichen.
- (4.) Im Rahmen der KIDA-Studie werden ausschließlich deutschsprachige Fragebögen eingesetzt. Dadurch wird die Teilnahme für Eltern und für die 16- und 17-Jährigen, 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

- Zum Start der Onlineerhebung (20.04.2022) nahmen SARS-CoV-2-Infektionen bei Kindern und Jugendlichen bereits stark ab und sanken nach einer Sommerwelle im Jahr 2022 bis zum Ende des Erhebungszeitraums (12.03.2023) kontinuierlich weiter ab.
- Während des Erhebungszeitraums gab es nur noch geringe Einschränkungen des öffentlichen Lebens, die im Verlauf der Onlineerhebung weiter abnahmen.

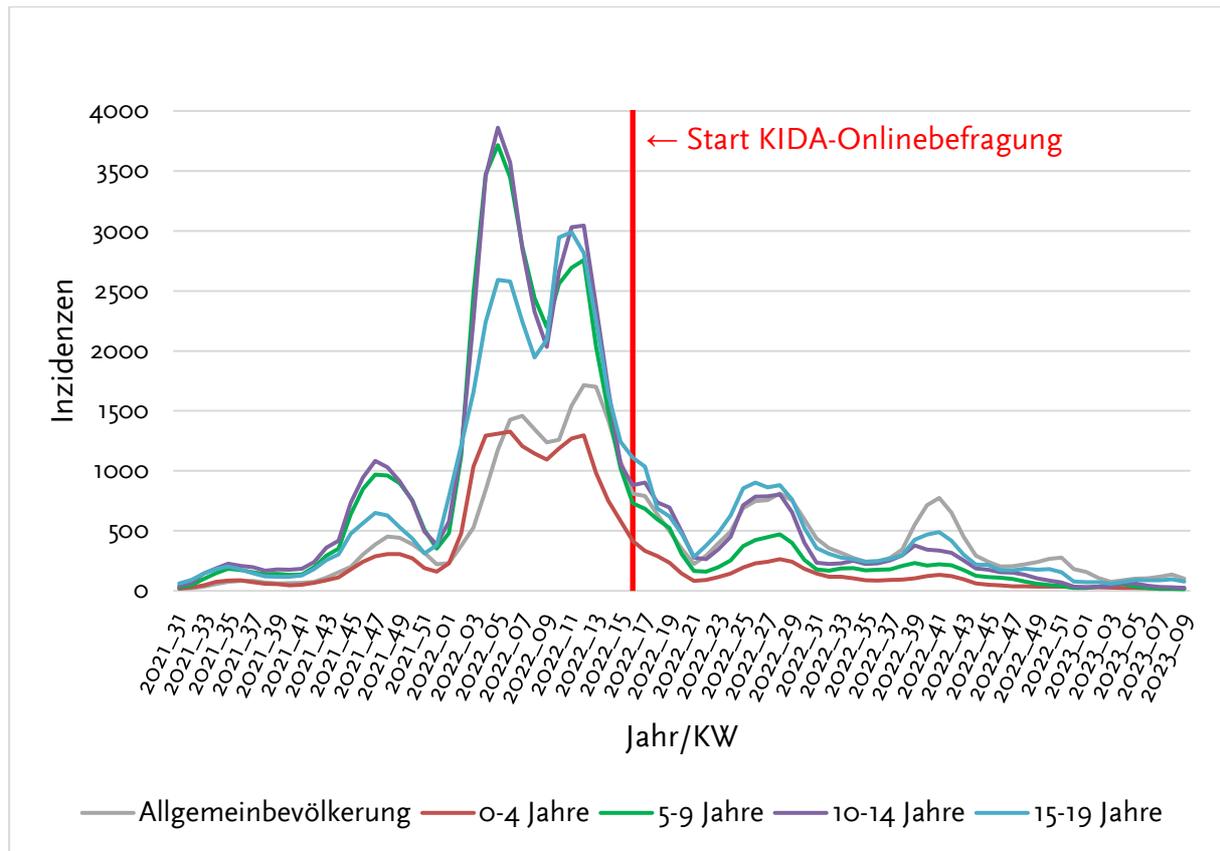
4.1.2 Hintergrund

Während der COVID-19-Pandemie wurden verschiedene nicht-pharmazeutische Maßnahmen zur Eindämmung umgesetzt, wie beispielsweise Kontaktbeschränkungen, Schließung 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 [5, 9]. Die COVID-19-Pandemie wurde von einigen Kindern und Jugendlichen belastend erlebt [5-10, 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 Erhebungszeitraum der KIDA-Onlinebefragung vom 20.04.2022 bis 12.03.2023 beschrieben und eingeordnet.

4.1.3 Wie hat sich das Infektionsgeschehen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Erhebungszeitraum 04/2022–02/2023 entwickelt?

Für die Darstellung des Infektionsgeschehens vor und während des Erhebungszeitraums der KIDA-Onlinebefragung 04/2022–03/2023 werden im Folgenden die SARS-CoV-2-Meldedaten des Robert Koch-Instituts dargelegt. In Abbildung 2 werden die 7-Tages-Inzidenzen von SARS-CoV-2-Infektionen in Deutschland pro 100.000 Personen für Kinder und Jugendliche sowie für die Allgemeinbevölkerung nach Jahr und Kalenderwoche dargestellt. Nach einem Anstieg der Inzidenzen zu Beginn des Jahres 2022 war die Neuinfektionsrate zu Beginn der KIDA-Onlinebefragung (20.04.2022) sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch in der Allgemeinbevölkerung bereits deutlich zurückgegangen. Die höchsten Inzidenzen waren bei Kindern in den Altersklassen 15 bis 19 Jahre bzw. 10 bis 14 Jahre zu erkennen. Im Juni und Juli stiegen die Neuinfektionsraten erneut an und befanden sich einige Wochen auf einem Plateau, bevor sie erneut abnahmen und bis zum Ende des Erhebungszeitraums niedrig blieben [22].

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

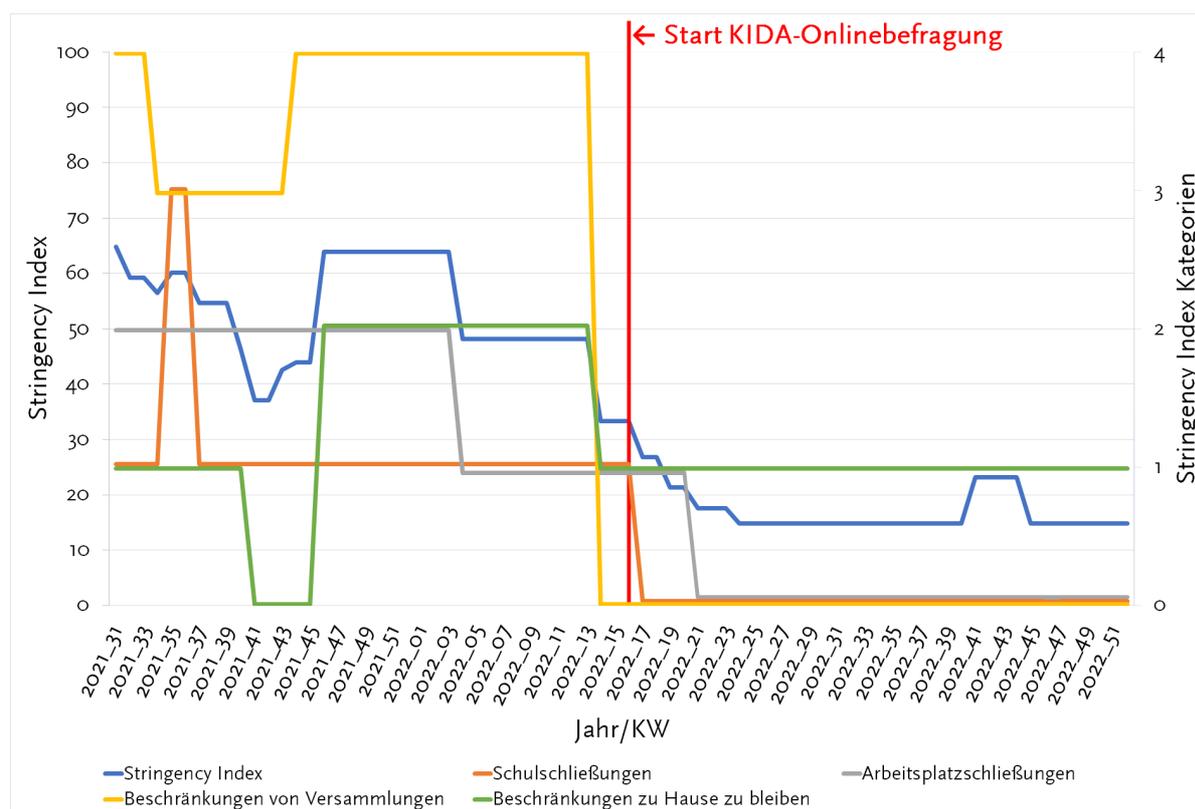


Anmerkungen: Quelle: Robert Koch-Institut [22]; Datenstand: 14.03.2023; KW = Kalenderwoche; Allgemeinbevölkerung umfasst alle Altersgruppen.

4.1.4 Wie haben sich die COVID-19-Eindämmungsmaßnahmen in Deutschland während des Erhebungszeitraums entwickelt?

Zur Darstellung der Entwicklung der COVID-19-Eindämmungsmaßnahmen werden Daten des „Stringency Index“ des Oxford Coronavirus Government Response Tracker (OxCGRT) Projektes genutzt [23]. Die Erhebungen dieser Daten wurden zum Ende des Jahres 2022 eingestellt, weshalb nicht der gesamte KIDA-Onlineerhebungszeitraum (04/2021–03/2023) abgebildet ist, siehe Abbildung 3. Anhand der vertikal rot eingezeichneten Linie ist der Start der KIDA-Onlinebefragung im April 2022 zu erkennen. Zu diesem Zeitpunkt lag der Stringency Index bei einem Wert von knapp unter 50. Folgende Maßnahmen waren zu Beginn der KIDA-Onlineerhebung in Kraft: regionale Schulschließungen in Abhängigkeit vom örtlichen Infektionsgeschehen sowie Arbeitsplatzschließungen oder das Homeoffice wurden empfohlen, für Menschen ohne Genesenenstatus oder vollständige Impfung wurde nur noch lediglich empfohlen zu Hause zu bleiben mit Ausnahmen für Sport, Einkäufe und „erforderliche Wege“. Im Verlauf des Jahres 2022 wurden alle Beschränkungen weitestgehend aufgehoben und lediglich Empfehlungen für die Bevölkerung ausgesprochen. Damit sank der Stringency Index von einem bereits niedrigen Niveau zu Beginn der Onlinebefragungen weiter kontinuierlich und lag seit Mitte Juni 2022 bis zum Ende der Erhebungen im Dezember 2022 bei rund 15. Die im Infektionsschutzgesetz geregelten, bundesweiten Corona-Schutzmaßnahmen wurden nach den Erhebungen für den Stringency Index weiter gelockert, sodass zum Ende des KIDA-Online Erhebungszeitraumes bundesweit lediglich die Maskenpflicht für Besucher und Besucherinnen von unter anderem Arztpraxen, Krankenhäusern und Pflegeheimen galt. Die Bundesländer hatten zu diesem Zeitpunkt weiterhin die Möglichkeit darüber hinaus weitere Regelungen, wie beispielsweise die Maskenpflicht im Personennahverkehr, anzuordnen.

Abbildung 3: Stringency Index im Zeitraum 2021/KW31 und 2022/KW52



Anmerkungen: Quelle: COVID-19 Government Response Tracker, Stand: 14.03.2023 [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-Onlinebefragung

4.2.1 Kernaussagen

- 68,4 % der 3- bis 17-Jährigen wurden jemals positiv auf SARS-CoV-2 getestet.
- Über den gesamten berichteten Zeitraum der KIDA-Onlinebefragung gaben Eltern und Jugendliche für rund 5 % der Schülerinnen und Schüler an, dass in der Schule eine Pflicht zum Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung bestehe.
- Nahezu alle Schulen und Kindertageseinrichtungen (KiTas) waren in diesem Zeitraum laut Angaben der Eltern und Selbstangaben der Jugendlichen im regulären Betrieb.

4.2.2 Hintergrund

Die in Kapitel 4.1 beschriebenen gesellschaftlichen und gesundheitlichen Rahmenbedingungen des Pandemiegeschehens und der entsprechenden Eindämmungsmaßnahmen haben die befragten Kinder und Jugendlichen unterschiedlich betroffen, z. B. je nach Bundesland, einrichtungsbezogenen Regelungen oder eigenem Infektionsstatus. Daher werden Eltern und Jugendliche zu ausgewählten Aspekten befragt, die direkt im Zusammenhang mit der Pandemie und Maßnahmen zum Infektionsschutz stehen. So ist beispielsweise wichtig zu wissen, ob Schulen bzw. KiTas regulär besucht werden können, oder ob die Einrichtungen geschlossen bzw. eingeschränkt geöffnet sind. Der Wegfall von Präsenzunterricht stellt für Kinder und Jugendliche eine starke Veränderung des 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 Kindern 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].

4.2.2.1 Erhebung

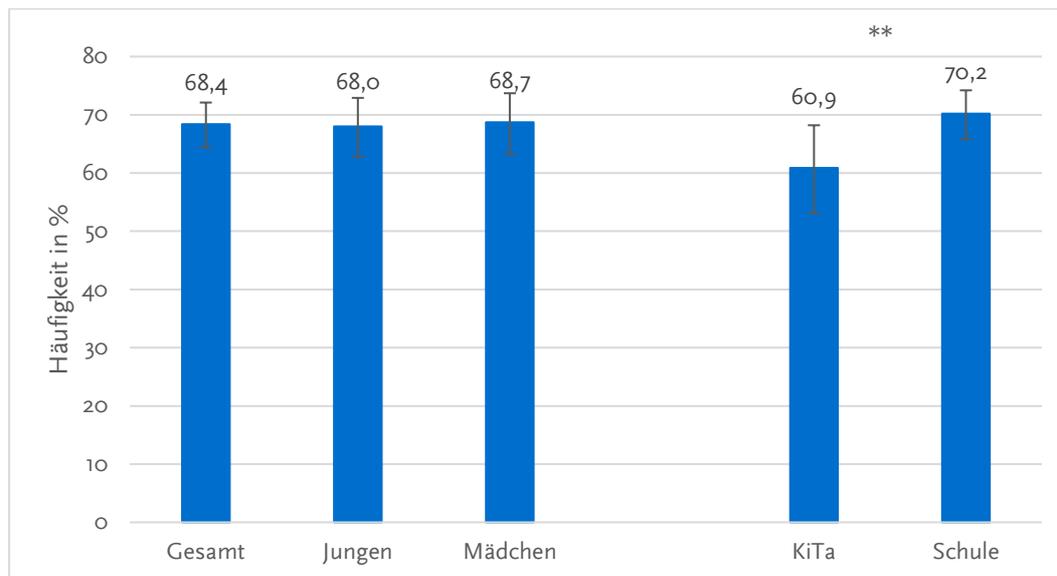
Innerhalb der KIDA-Onlinebefragung werden Eltern sowie 16- und 17-jährige Jugendliche nach einer einrichtungsbezogenen Teststrategie gefragt, bei Schülerinnen und Schülern auch nach der Pflicht zum Tragen einer MNB. Des Weiteren wird erhoben, ob und wenn ja, wann, jemals eine SARS-CoV-2-Infektion per PCR-Test oder Antigen-Schnelltest (professionell oder privat) nachgewiesen wurde, und ob sich das Kind bzw. der Jugendliche derzeit in Quarantäne oder Isolation befindet.

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

4.2.3.1 Ergebnisse

68,4 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren wurden jemals positiv auf SARS-CoV-2 getestet. Die Häufigkeit positiver Testergebnisse unterscheidet sich nicht zwischen Mädchen und Jungen. Jugendliche, die eine Schule besuchen und Eltern von Schulkindern berichten häufiger positive Testergebnisse als Eltern von KiTa-Kindern (siehe Abbildung 4).

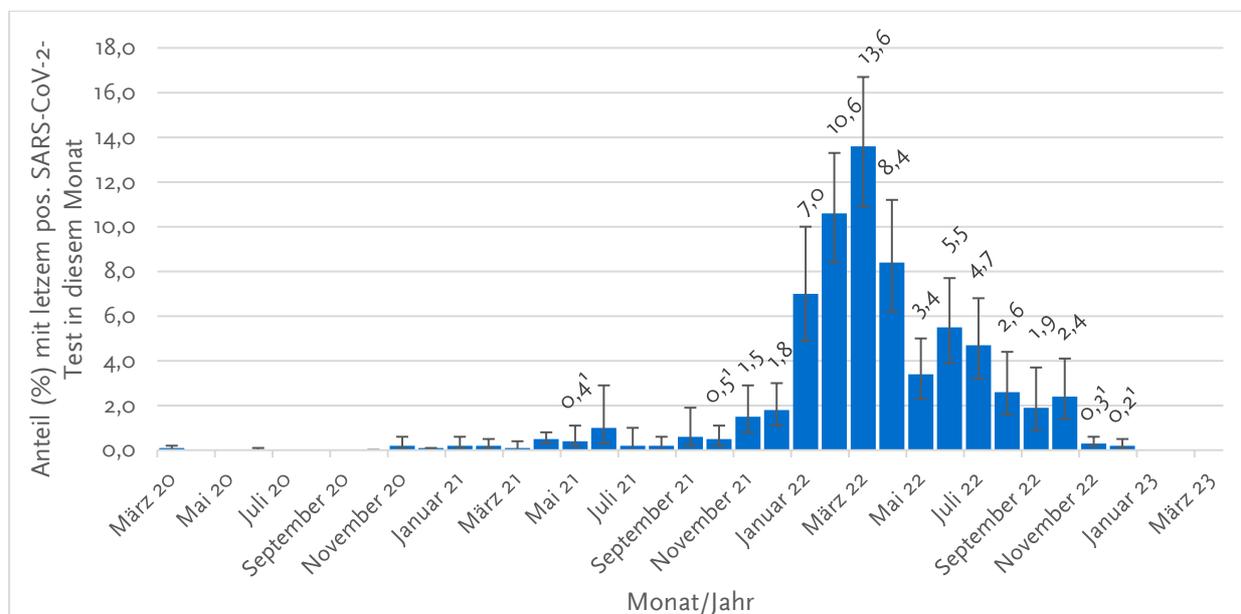
Abbildung 4: Prävalenz durchgemachter SARS-CoV-2-Infektionen bei Kindern und Jugendlichen, in Prozent mit 95 %-Konfidenzintervall und getrennt nach Geschlecht und Einrichtungsart



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Onlinebefragung 04/2022–03/2023; gesamt: n = 2.326; Mädchen: n = 1.135; Jungen: n = 1.191; KiTa-Kinder: n = 470; Schulkinder: n = 1.819; Gruppenunterschiede mit Chi-Quadrat-Test ermittelt; signifikant auf Basis der p-Werte: *p < 0,05, **p < 0,01, *** p < 0,001.

Die zuletzt zurückliegenden Infektionen wurden am häufigsten für den Zeitraum von Januar bis April 2022 berichtet. So hatten im Februar und März 2022 jeweils 10,6 % bzw. 13,6 % der Kinder aus der KIDA-Stichprobe laut Elternangaben bzw. Selbstangaben der Jugendlichen eine akute SARS-CoV-2-Infektion. Abbildung 5 veranschaulicht über den gesamten Pandemieverlauf den monatlichen Anteil der zuletzt getesteten SARS-CoV-2-Infektion bei Kindern und Jugendlichen der KIDA-Onlinestichprobe.

Abbildung 5: Prävalenz des letzten positiven SARS-CoV-2-Tests bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren, in Prozent und getrennt nach Monat und Jahr



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Onlinebefragung 04/2022–03/2023; n = 2.311; Elternbericht zum letzten positiven SARS-CoV-2-Test der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren; Abbildung zeigt die Prävalenzen in Prozent nach Monat und Jahr. Die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden

4.2.3.2 Einordnung

Es ist darauf hinzuweisen, dass Veränderungen in der Nachweishäufigkeit 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-Onlinestichprobe im zweiten Pandemiewinter mit bisherigen Meldedaten des RKI [30]. Diese dürften vor allem im Zusammenhang mit einer deutlich erhöhten Übertragungsrates der Omikron-Variante stehen [31].

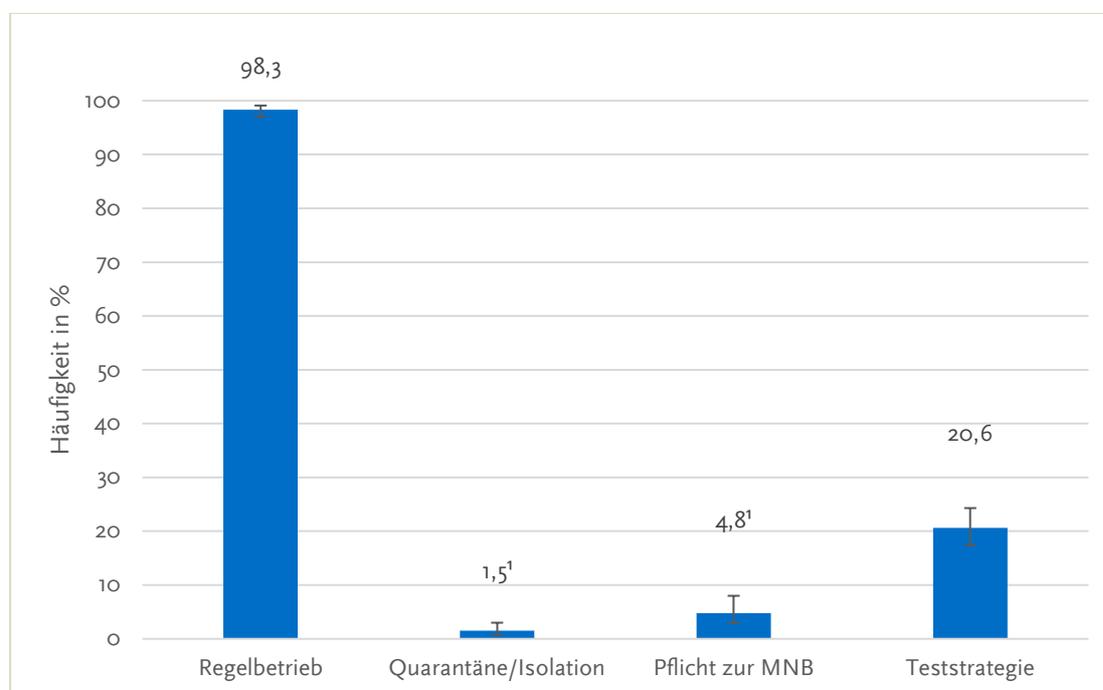
Die SARS-CoV-2-Inzidenzen in Abbildung 2 zeigen, dass die KIDA-Onlinebefragung am Ende der sogenannten Omikron-Welle (fünfte Welle) startete [30], welche auch in den Daten der KIDA-Onlinebefragung zu erkennen ist. Vor allem bei Kindern im Vorschul- und Schulalter ergaben sich besonders hohe Infektionsraten während dieser Omikron-Welle. Im Befragungszeitraum ist in den RKI-Meldedaten Mitte 2022 eine Sommerwelle zu erkennen sowie eine Herbstwelle, die jedoch bei Kindern und Jugendlichen mit geringeren Inzidenzwerten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung einherging.

4.2.4 Welche Infektionsschutzmaßnahmen wurden in Schulen und Kindertageseinrichtungen umgesetzt?

4.2.4.1 Ergebnisse

Während des Onlineerhebungszeitraums waren 95,5 % der KiTas und 99,1 % der Schulen in der untersuchten Stichprobe im Regelbetrieb. Insgesamt konnten 98,3 % der Kinder und Jugendlichen ihre Einrichtungen im Regelbetrieb besuchen. Eltern und Jugendliche berichteten, dass sich nur sehr wenige der Kinder und Jugendlichen in Quarantäne oder Isolation befanden (siehe Abbildung 6). Die Häufigkeiten der Infektionsschutzmaßnahmen (Regelbetrieb, Quarantäne bzw. Isolation, Pflicht zum Tragen einer MNB sowie Testpflicht) sind in Abbildung 6 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: Häufigkeiten von Infektionsschutzmaßnahmen in Schulen und Kindertageseinrichtungen der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen der KIDA Onlinestichprobe, in Prozent mit 95 %-Konfidenzintervall im Onlineerhebungszeitraum 04/2022 bis 03/2023 und getrennt nach Schutzmaßnahmen



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Onlinebefragung 04/2022–03/2023; Regelbetrieb: n = 2.302 Quarantäne/Isolation: n = 2.326, Pflicht zur MNB: n = 1.827, Testpflicht: n = 2.292; Elternbericht bzw. Selbstangabe zu Infektionsschutzmaßnahmen in Schulen und Kindertageseinrichtungen; MNB = Mund-Nase-Bedeckung; keine Angaben zur MNB in Kindertageseinrichtungen, da keine MNB-Verpflichtung für Kinder in Kindertageseinrichtungen bestand; ¹ die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb mit Vorsicht interpretiert werden.

4.2.5 Fazit

Die Ergebnisse der KIDA-Onlinebefragung fallen in einen Zeitraum, in welchem die initial moderaten Infektionsschutzmaßnahmen im Verlauf der Erhebungszeit noch verringert wurden. Eindämmungsmaßnahmen wie Quarantäne oder Isolation sowie eine Pflicht zum Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung in Schulen und KiTas fanden im Zeitraum der KIDA-Onlinebefragung nur noch in sehr wenigen Fällen statt, die berechneten Häufigkeiten sind deshalb erwartungsgemäß mit großer statistischer Unsicherheit behaftet. Insgesamt zeigen die bisherigen Ergebnisse auch, dass für 68,4 % der Kinder und Jugendlichen jemals eine COVID-19-Infektion und die meisten positiven Tests weiterhin im Winter und Frühjahr 2022 berichtet wurden.

4.3 Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf

4.3.1 Kernaussagen

- Für mehr als 20% der Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 15 Jahren wurde ein spezieller Versorgungsbedarf angegeben.
- Spezielle Versorgungsbedarfe betrafen vor allem Kinder und Jugendliche im Alter von 7 bis 15 Jahren und Jungen eher als Mädchen.
- Im Vergleich mit anderen Kindern und Jugendlichen zeigten Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf häufiger eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes im Vergleich zu vor der Pandemie.

4.3.2 Hintergrund

Chronische gesundheitliche Probleme im Kindes- und Jugendalter sind weltweit von wachsender Bedeutung. Angeborene Erkrankungen oder Fehlbildungen sowie durch veränderte ökologische und soziale Lebensbedingungen erworbene Gesundheitsprobleme können im Alltag stark einschränkend sein und die gesunde körperliche und seelische Entwicklung der betroffenen Kinder und Jugendlichen langfristig beeinträchtigen [32]. Kinder und Jugendliche mit langanhaltenden speziellen Versorgungsbedarfen bilden daher eine vulnerable Gruppe, die oftmals auf Versorgungs- und Unterstützungsangebote angewiesen sind, deren Ablauf von der Pandemie beeinträchtigt wurde. Vor diesem Hintergrund und im Zusammenhang mit weiteren veränderten Bedingungen aufgrund der Pandemie ist die Einschätzung des speziellen Versorgungsbedarfs bei Kindern und Jugendlichen auf Bevölkerungsebene besonders wichtig.

4.3.2.1 Erhebung

In KIDA wird die deutsche Übersetzung des in den USA entwickelten Kurzfragebogens „Children with Special Health Care Needs (CSHCN)- Screener“ in die Online-Elternbefragung integriert, um Kinder und Jugendliche mit chronischen gesundheitlichen Problemen bzw. speziellem Versorgungsbedarf zu identifizieren [33, 34]. Der Fragebogen enthält 5 Items bestehend aus jeweils einer Hauptfrage und Folgefragen zu den Bereichen „Einnahme verschreibungspflichtiger Medikamente“, „Notwendigkeit psychosozialer oder pädagogischer Unterstützung“, „funktionelle Einschränkungen“, „spezieller Therapiebedarf“, „emotionale, Entwicklungs- oder Verhaltensprobleme“. Wenn die Hauptfrage bejaht wurde, folgen 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?“ Einzelne Items gelten als positiv beantwortet, wenn die Hauptfrage einschließlich der zugehörigen Unterfragen von den Eltern bejaht wurde. Die Definition eines bestehenden Versorgungsbedarfes gilt als erfüllt, wenn mindestens eins der 5 Items positiv beantwortet wurde. Der Screener wurde bereits in der KiGGS-Basiserhebung eingesetzt und hat in Validierungsstudien mit klinischen Stichproben eine Sensitivität von 80 % erreicht [35].

Zusätzlich zum Originalinstrument folgt in der KIDA-Onlineerhebung nach jedem Item die Frage danach, ob das Problem schon vor der Pandemie bestanden hat: „Bestand das Problem bereits vor der Corona-Pandemie?“ Die Antwortkategorien sind wie folgt formuliert: „ja, mein Kind nahm bereits vor der Corona-Pandemie verschriebene Medikamente“, „nein, der Bedarf an verschriebenen Medikamenten ist während der Pandemie aufgetreten“ für das Item „Einnahme verschreibungspflichtiger Medikamente“, beziehungsweise „ja, das Problem bestand schon vorher in gleichem Ausmaß“, „ja, das Problem bestand schon vorher und hat sich verstärkt“, „nein, das Problem ist während der Pandemie aufgetreten“ für alle weiteren Items.

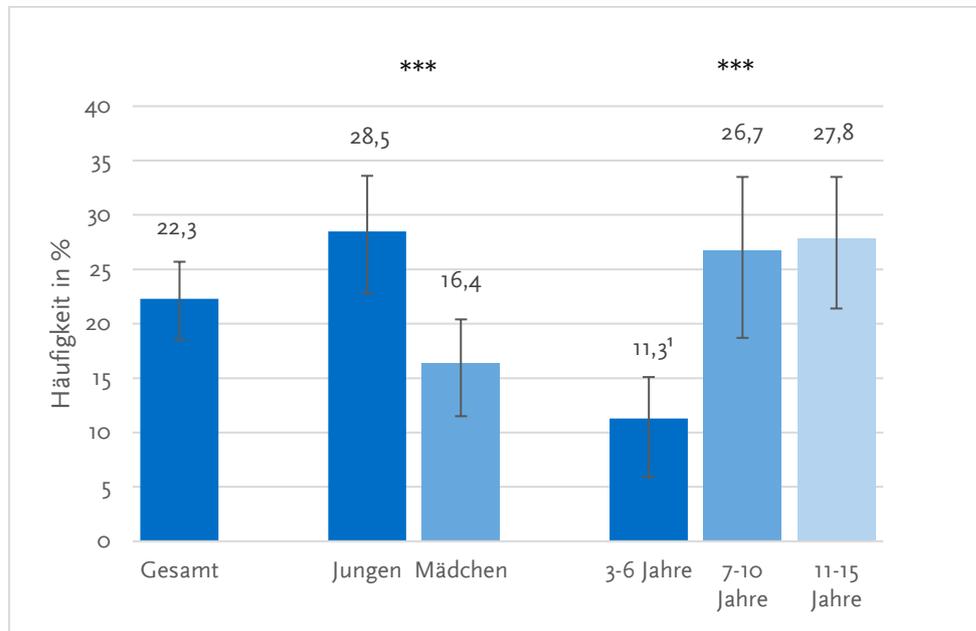
4.3.3 Wie häufig berichten Eltern von einem speziellen Versorgungsbedarf?

4.3.3.1 Ergebnisse

Laut Angaben der Eltern bestand für 22,3 % der Kinder und Jugendlichen in der Altersgruppe der 3- bis 15-Jährigen ein spezieller Versorgungsbedarf (siehe Abbildung 7). Vorbehaltlich der statistischen Unsicherheit, die aufgrund der geringen Fallzahlen bei den 3- bis 6-Jährigen entsteht, berichteten Eltern mit Kindern in dieser Altersgruppe seltener einen speziellen Versorgungsbedarf für ihre Kinder als Eltern von Kindern und Jugendlichen der Altersgruppen 7 bis 10 bzw. 11 bis 15 Jahre. Jungen hatten im Vergleich zu Mädchen in allen Altersgruppen häufiger einen speziellen Versorgungsbedarf. Insgesamt 28,5 % der Eltern von Jungen gaben einen Bedarf an,

während 16,4 % der Mädchen laut ihren Eltern einen speziellen Bedarf hatten. Dieser Geschlechterunterschied war insgesamt und in den älteren Altersgruppen statistisch signifikant. Alle 5 Items des Kurzfragebogens zeigten dabei in der Tendenz einen Geschlechterunterschied in dieselbe Richtung.

Abbildung 7: Spezieller Versorgungsbedarf bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, gesamt und getrennt nach Geschlecht sowie nach Alter



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Online-Erhebungszeitraum 04/2022–03/2023; gesamt: n = 2.193; Mädchen: n = 1.067; Jungen: n = 1.126; 3-6 Jahre: n = 572; 7-10 Jahre: n = 671; 11-15 Jahre: n = 950; signifikanter Geschlechterunterschied sowie signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen; Gruppenunterschiede mit Chi-Quadrat-Test ermittelt; signifikant auf Basis der p-Werte: *p < 0,05, **p < 0,01, *** p < 0,001; ¹die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

Von allen Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf nahmen 40,4 % verschreibungspflichtige Medikamente ein, 52,5 % hatten einen erhöhten Bedarf an psychosozialer oder pädagogischer Unterstützung, 33,0 % berichteten funktionelle Einschränkungen, 51,3 % einen speziellen Therapiebedarf und 53,8 % hatten emotionale, Entwicklungs- oder Verhaltensprobleme.

4.3.4 Bestand der spezielle Bedarf bereits vor der Corona-Pandemie?

4.3.4.1 Ergebnisse

In allen Teilbereichen des Kurzfragebogens bestand bei einem Großteil der Kinder und Jugendlichen das Problem bereits vor der Pandemie. Von den 437 Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf wurde für 70,2 % angegeben, dass alle Bedarfe schon vor der Pandemie in gleichem Maße bestanden. Dementsprechend ergab sich laut Elternangabe für etwa 29,8 % der Kinder und Jugendlichen mit erhöhtem Bedarf eine Verstärkung oder ein Neuauftreten des Versorgungsbedarfs seit Beginn der Pandemie. Obwohl Jungen insgesamt und in allen Altersgruppen häufiger einen speziellen Versorgungsbedarf hatten, kamen bei Mädchen, insbesondere im Alter von 11 bis 15 Jahren, tendenziell häufiger Probleme erst während der Pandemie auf.

Eine zurückliegende SARS-CoV-2-Infektion schien dabei keinen Einfluss auf die Häufigkeit eines speziellen Bedarfs zu haben. Insgesamt wurde für Kinder und Jugendliche, für die berichtet wurde, je eine COVID-19-Erkrankung gehabt zu haben, nicht signifikant häufiger ein spezieller Versorgungsbedarf angegeben als für Kinder und Jugendliche, die noch nie positiv auf das Virus getestet wurden.

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse muss einschränkend bedacht werden, dass keine historische Kontrollgruppe zur Verfügung steht. Daher lässt sich nicht ausschließen, dass der spezielle Bedarf sich entwicklungsbedingt mit steigendem Lebensalter verstärkt und die Veränderung somit nicht zwingend auf die

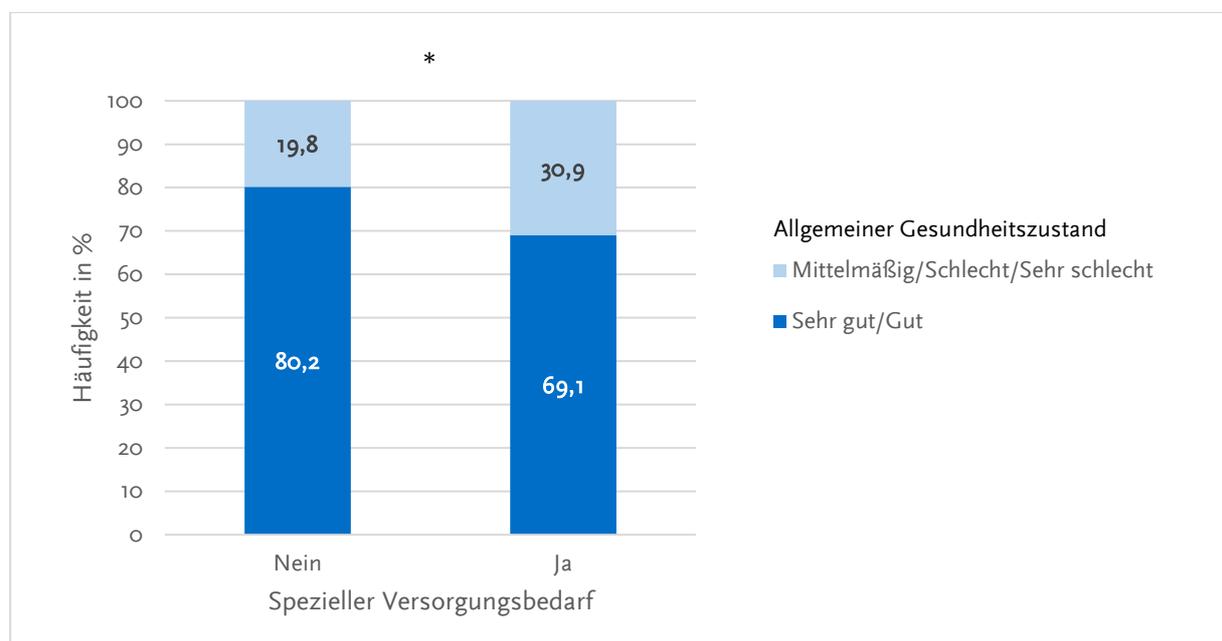
Pandemie zurückzuführen ist. Eine Beurteilung hinsichtlich der Veränderungen des Bedarfs in den vergangenen zwei Jahren ist deshalb nicht abschließend möglich.

4.3.5 Wie ist der allgemeine Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf?

4.3.5.1 Ergebnisse

Laut Elternangaben war der allgemeine Gesundheitszustand in der Online-Stichprobe insgesamt für einen Großteil der Kinder und Jugendlichen (77,7 %) gut oder sehr gut. Eltern, deren Kinder einen speziellen Versorgungsbedarf hatten, gaben jedoch signifikant häufiger als andere Eltern an, dass der allgemeine Gesundheitszustand ihres Kindes nur mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht ist (siehe Abbildung 8). Während das nur bei 19,8 % der Kinder und Jugendlichen ohne speziellen Versorgungsbedarf der Fall war, fielen 30,9 % der Kinder und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf in diese Kategorie.

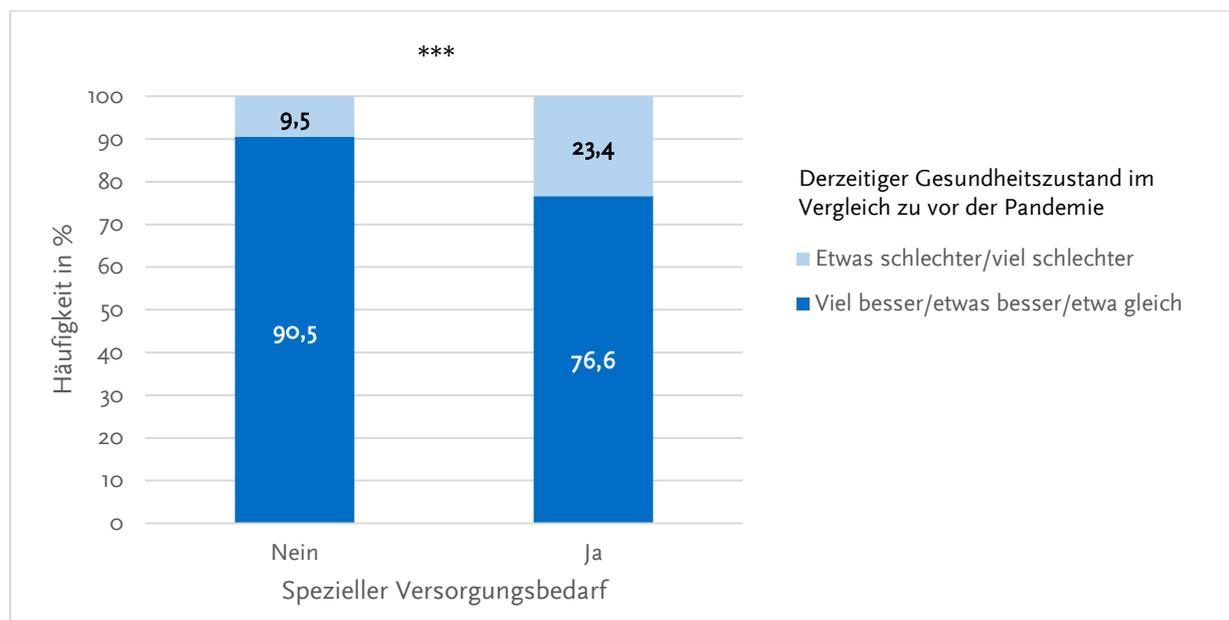
Abbildung 8: Häufigkeit von sehr gutem/gutem bzw. mittelmäßigem/schlechtem/sehr schlechtem allgemeinen Gesundheitszustand bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren, in Prozent und getrennt nach CSHCN-Screenergebnis



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Onlinebefragung 04/2022–03/2023; Gesamt: n = 2.193; allgemeiner Gesundheitszustand gut/sehr gut: n = 1.827; allgemeiner Gesundheitszustand mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht: n = 366; Gruppenunterschiede mit Chi-Quadrat-Test ermittelt; signifikant auf Basis der p-Werte: *p < 0,05, **p < 0,01, *** p < 0,001.

Im Vergleich des derzeitigen Gesundheitszustandes ihres Kindes zu vor der Pandemie gaben die meisten Eltern an, der Gesundheitszustand sei unverändert geblieben oder besser geworden. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ihres Kindes gaben insgesamt 12,5 % der Eltern an. Auch hier gab es einen signifikanten Unterschied zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne speziellem Versorgungsbedarf. Für 9,5 % der Kinder und Jugendlichen ohne speziellem Versorgungsbedarf gaben Eltern eine Verschlechterung an, während bei Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf 23,4 % laut Elternangaben eine Verschlechterung im Gesundheitszustand im Vergleich zu vor der Pandemie erfahren hatten (siehe Abbildung 9).

Abbildung 9: Derzeitiger Gesundheitszustand im Vergleich zu vor der COVID-19-Pandemie für Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 15 Jahren, in Prozent und getrennt nach CSHCN-Screenergebnis



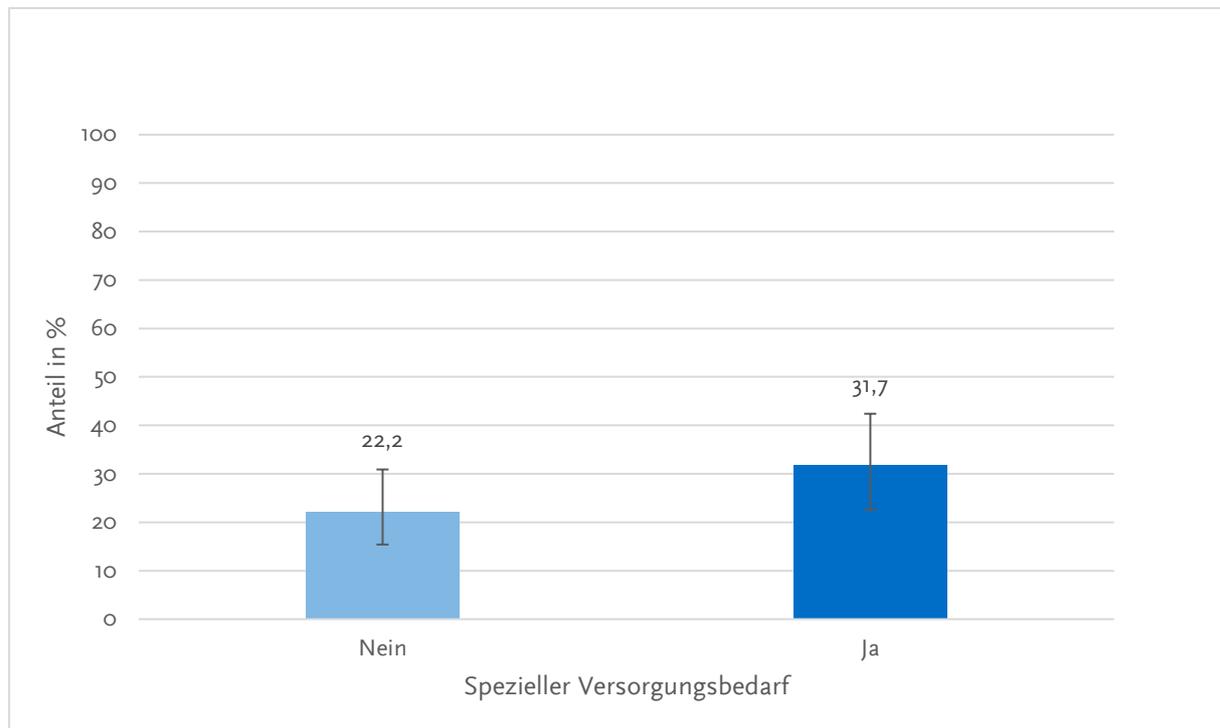
Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Onlinebefragung 04/2022–03/2023; Gesamt: n = 2.177; Etwas schlechter/viel schlechter: n = 261; viel besser/etwas besser/etwa gleich: n=1916; Gruppenunterschiede mit Chi-Quadrat-Test ermittelt; signifikant auf Basis der p-Werte: *p< 0,05, **p< 0,01, *** p< 0,001.

4.3.6 Wie war die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten bei Kindern und Jugendlichen mit speziellem Bedarf während der Pandemie?

4.3.6.1 Ergebnisse

Die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten wird jeweils für die vergangenen vier Wochen abgefragt. Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf (CSHCN-positiv) haben folgende Angebote signifikant häufiger in Anspruch genommen als andere Kinder und Jugendliche: „Beratung/Behandlung von Kinderärztinnen und Kinderärzten“, „Beratung/Behandlung von Fach- oder Allgemeinärztinnen und -ärzten“, „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (online, oder in Präsenz)“, „Rehabilitationsmaßnahme für Kinder und Jugendliche“ und „Sozialpädiatrisches Zentrum“. Insgesamt wurde für 41,3 % der Kinder und Jugendlichen (n=906) angegeben, dass für mindestens eins der oben genannten Versorgungsangebote Bedarf bestand. Von diesen Kindern und Jugendlichen mit bestehendem Bedarf, konnten laut Elternangaben insgesamt 25,7 % mindestens eines dieser Versorgungsangebote nicht wahrnehmen. Dabei zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied bezüglich des Anteils der Kinder und Jugendlichen mit und ohne speziellem Bedarf (siehe Abbildung 10). Vorbehaltlich der statistischen Unsicherheiten wegen kleiner Fallzahlen, wurde von den Eltern der häufigste ungedeckte Bedarf für Rehabilitationsmaßnahmen angegeben.

Abbildung 10: Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Bedarf für mindestens ein Versorgungsangebot, bei denen mindestens ein Versorgungsangebot aufgrund eines fehlenden oder verschobenen Termins oder der Sorge vor Ansteckung mit SARS-CoV-2 nicht in Anspruch genommen werden konnte, in Prozent mit 95 %-Konfidenzintervall und getrennt nach CSHCN-Screenergebnis



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Onlinebefragung 04/2022–03/2023; Gesamt: n = 906; CSHCN-negativ: n = 594; CSHCN-positiv: n = 312; es wurden mit dem Chi-Quadrat-Test keine signifikanten Gruppenunterschiede ermittelt

4.3.7 Einordnung der Ergebnisse

In der KIDA-Onlinebefragung wurde ein spezieller Versorgungsbedarf nach der Definition des CSHCN-Screeners für mehr als jedes fünfte Kind bzw. Jugendlichen berichtet. Insbesondere Eltern von Jungen sowie älterer Kinder bzw. Jugendlicher ab 7 Jahren berichteten einen speziellen Bedarf. Die aktuellen Daten der KIDA-Onlinebefragung weisen auch darauf hin, dass spezielle Versorgungsbedarfe nach mehr als 2 Jahren Pandemie auch mit einem häufiger als verschlechtert wahrgenommenen Gesundheitszustand verbunden waren.

Ein Vergleich des Anteils von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf mit früheren bevölkerungsbasierten Erhebungen ist nur sehr eingeschränkt möglich. In KiGGS Welle 1 und Welle 2 wurden jeweils nur einzelne Items des CSHCN-Screeners abgefragt. Die schon mehr als 16 Jahre zurückliegende KiGGS-Basiserhebung beinhaltet das vollständige Kurzinstrument, jedoch wurden die Informationen mit Hilfe eines Papier-Fragebogens im Untersuchungszentrum erhoben und nicht, wie in KIDA, in einer Onlinebefragung. Der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit erhöhtem Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf wurde in der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) für 3 bis 15-Jährige auf etwa 15 % geschätzt (gegenüber 22,3 % in der KIDA-Studie). Für die Altersgruppe der 3- bis 6-Jährigen war die für KIDA-Online berichtete Prävalenz (11,3 %) gleich dem Wert der KiGGS-Basiserhebung (11,2 %). In den älteren Altersgruppen war jedoch eine deutlich höhere Prävalenz in KIDA zu sehen. Auch in der KiGGS-Basiserhebung war aber die Prävalenz von Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf bei älteren Kindern und Jugendlichen tendenziell höher als bei Kindern im Alter von 3 bis 6 Jahren [33]. Es ist unklar, ob die erhöhte Prävalenz in KIDA in einer tatsächlich angestiegenen Häufigkeit eines speziellen Versorgungsbedarfs begründet liegt, oder ob z.B. durch die Methode der Befragung ein bestimmter Selektionseffekt erzeugt wurde, der die Veränderung im Vergleich zur KiGGS-Studie bewirkte. National und international gibt es bislang kaum weitere Untersuchungen zu diesem Thema. Eine Untersuchung aus den USA zeigte für Kinder mit speziellem Versorgungsbedarf für 2020 im Vergleich zu 2019 einen erhöhten Anteil von Kindern mit komplexem, das heißt aus mehreren Problemen bestehendem, Bedarf [36], was auf einen Einfluss der Pandemie auf spezielle Versorgungsbedarfe hindeuten könnte.

In KIDA-Online wird zusätzlich zur Prävalenz auch nach dem Zeitpunkt des Auftretens des verstärkten Versorgungsbedarfs relativ zum Beginn der Pandemie gefragt.

Da aus altersstratifizierten Querschnittsuntersuchungen bekannt ist, dass der Versorgungsbedarf mit zunehmendem Alter der Kinder bzw. Jugendlichen steigt, ist das hier berichtete Neuauftreten bzw. die Verstärkung des Bedarfs seit der Pandemie bei etwa 30 % der Kinder und Jugendlichen wahrscheinlich nicht alleinig auf die Pandemie zurückzuführen. Etwaige Veränderungen sind schwer von altersbedingten Entwicklungen zu differenzieren und deshalb auch schwer zu interpretieren.

4.3.7.1 Limitationen

Die Interpretation der vorliegenden Ergebnisse zum CSHCN-Screener unterliegt mehreren Limitationen. Da die KIDA-Onlinebefragung für KIDA-Teilnehmende freiwillig war, ist eine Selektion der Stichprobe nicht zu vermeiden. Alle Ergebnisse sind deshalb gewichtet angegeben. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass die Gewichtung nicht alle Selektionseffekte ausgleichen kann. Die hier präsentierten Ergebnisse beziehen sich außerdem ausschließlich auf die Altersgruppe der 3- bis 15-jährigen, für die Eltern Auskunft über die Gesundheit ihres Kindes gegeben haben.

Die Einschätzungen der Eltern zum Gesundheitszustand ihrer Kinder und zu Veränderungen im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie sind subjektiv. Daraus ergeben sich mehrere mögliche Verzerrungsquellen, darunter selektive oder in der Erinnerung veränderte Wahrnehmungen.

Die Frage zum Bestehen des Versorgungsbedarfs vor der Pandemie ist nicht Teil des originalen CSHCN-Screeners und demnach nicht validiert. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse muss zusätzlich einschränkend bedacht werden, dass keine historische Kontrollgruppe zur Verfügung steht. Daher lässt sich nicht ausschließen, dass sich der spezielle Bedarf entwicklungsbedingt mit steigendem Lebensalter verstärkt und die Veränderung somit nicht zwingend auf die Pandemie zurückzuführen ist. Auch für die Ergebnisse zur Nicht-Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten trotz Bedarf ist die direkte Verbindung zur Pandemie anhand der hier beschriebenen Daten nicht möglich, da verschobene oder nicht verfügbare Termine nicht exklusiv während der Pandemie vorgekommen sind. Grundsätzlich ist zu beachten, dass für alle Ergebnisse historische Vergleiche mit der Zeit direkt vor der Pandemie fehlen.

4.4 Unfälle

4.4.1 Kernaussagen

- 5,7 % aller Kinder und Jugendlichen (3 bis 15 Jahre) wurden im letzten Monat nach einer Verletzung ärztlich behandelt.
- Mit dem Alter steigt das Verletzungsrisiko: Bei den 3- bis 6-Jährigen waren 2,7 % betroffen, bei den 11- bis 15-Jährigen 9,1 %.

4.4.2 Hintergrund

Verletzungen sind im Kindes- und Jugendalter häufig und haben zum Teil schwere Folgen. Laut der KiGGS-Studie (2014–2017) wurden 16,5 % der 1- bis 17-Jährigen in den vorherigen zwölf Monaten wegen eines Unfalls ärztlich behandelt [37]. Das Verletzungsgeschehen ist stark altersabhängig und wird von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst, wie z. B. Bewegungsradius, motorischer und psychischer Entwicklungsstand, dem Ausmaß körperlicher Aktivität, aber auch Aspekten der Umwelt und Lebenswelt des Kindes bzw. Jugendlichen [37-39]. Babys und Kleinkinder verletzen sich beispielsweise v. a. im häuslichen Umfeld, bei Schulkindern ereignen sich mehr als ein Viertel der Unfallverletzungen auf Spielplätzen, in Sport- oder Freizeitanlagen [37]. Neben Unfallverletzungen treten auch im Kindes- und Jugendalter Verletzungen durch Gewalt oder selbstverletzendes Verhalten auf. Erfahrungen aus der KiGGS-Studie zeigen, dass der Anteil der berichteten Verletzungen durch Gewalt deutlich kleiner ist als der Anteil der Unfallverletzungen [39]. Die Angaben waren wegen der geringen Fallzahlen nicht in allen Wellen der KiGGS-Studie auswertbar. Die verfügbaren Statistiken zu gewaltbedingten Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen, wie z. B. die polizeiliche Kriminalstatistik, bilden das Geschehen vermutlich nicht vollständig ab.

Durch die pandemiebedingt veränderten Alltagsbedingungen veränderten sich auch die Rahmenbedingungen für das Verletzungsgeschehen im Kindes- und Jugendalter. Es ist davon auszugehen, dass beispielsweise digitaler Unterricht zuhause, die Schließung von Sport- und Gemeinschaftseinrichtungen, Spielplatzschließungen und Kontaktreduzierung neben vielen anderen (negativen) Effekten auf die Lebenswelt und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auch Einfluss auf das Verletzungsgeschehen hatten. Dabei sind verschiedene Szenarien denkbar und werden zum Teil durch Daten belegt, zum Beispiel insgesamt weniger Verkehrsunfälle laut Verkehrsunfallstatistik [40-42] und weniger Schulunfälle laut Schülerunfallstatistik [43, 44]. Parallel dazu wird ein weltweiter Anstieg von Gewalt gegen Frauen und Kinder berichtet [45, 46]. In Deutschland hat die Zahl der Anrufe beim „Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen“ seit April 2020 deutlich zugenommen [47, 48]. Weitere Auswirkungen der Einschränkungsmaßnahmen auf das Verletzungsgeschehen wurden in anderen Ländern beobachtet und sind möglicherweise auf Deutschland übertragbar, z. B. ein Anstieg von Unfallverletzungen zu Hause bei Kindern [49-52] und ein Rückgang der Sportverletzungen, vor allem durch den Wegfall organisierter Sportangebote [52]. Sportarten, die unabhängig zu Hause oder im Freien ausgeübt werden können, führten weiterhin zu Verletzungen [52].

4.4.3 Wie viele Kinder und Jugendliche (3 bis 15 Jahre) wurden wegen einer Verletzung ärztlich behandelt?

4.4.3.1 Erhebung

Für einen Überblick zum Verletzungsgeschehen im Kindes- und Jugendalter in Zeiten pandemiebedingter Einschränkungen wurde ein Indikator in die KIDA-Onlinebefragung aufgenommen. Die Eltern der 3- bis 15-jährigen Kinder und Jugendlichen werden gefragt: „Wurde Ihr Kind im vergangenen Monat wegen einer Verletzung (z.B. durch Unfall, Vergiftung oder Gewalt) von einer Ärztin / einem Arzt behandelt?“, mit den Antwortoptionen „Ja“ oder „Nein“.

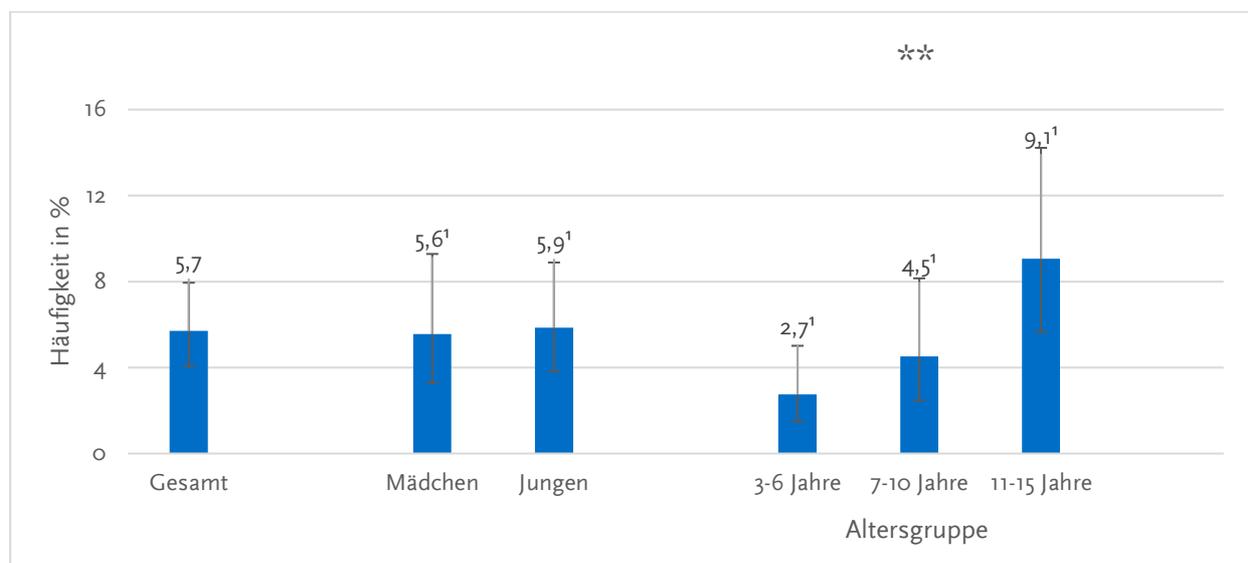
4.4.3.2 Ergebnisse

Laut Elternangaben erlitten 5,7 % aller Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 15 Jahren im letzten Monat eine Verletzung, die ärztlich versorgt wurde (siehe Abbildung 11). Dabei waren Jungen mit 5,9 % geringfügig häufiger betroffen als Mädchen (5,6 %), der Unterschied ist statistisch aber nicht signifikant. Im Altersverlauf zeigte sich ein deutlicher Anstieg im Verletzungsrisiko von den Kindergarten- und Vorschulkindern (3–6 Jahre, 2,7 %) über jüngere Schulkinder (7–10 Jahre, 4,5 %) bis zu den älteren Schulkindern bzw. Jugendlichen im Alter von 11 bis 15

Jahren (9,1 %). Eine Analyse der Verletzungsprävalenzen in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status der Familien (hier: Bildungsgruppen entsprechend des höchsten Bildungsabschlusses der Eltern) war nicht möglich, da die Fallzahlen pro Bildungsgruppe teilweise zu klein waren.

Schaut man sich die Verletzungsprävalenzen im Zeitverlauf an, werden leichte Schwankungen deutlich. Der Erhebungszeitraum für die Daten des 4. Quartalsberichtes der KIDA-Studie war April 2022 bis März 2023. Die höchsten Werte (ca. 7 %) zeigten sich für das zweite und dritte Quartal 2023 (April – Juni, Juli – September). Die Verletzungsprävalenz sank im vierten Quartal 2022 etwas ab (ca. 6 %) (Oktober – Dezember). Der niedrigste Anteil (ca. 2 %) wurde für das erste Quartal 2023 ermittelt (Januar – März). Betrachtet wurde die gesamte Gruppe der Kinder und Jugendlichen von 3 bis 15 Jahren. Die Unterschiede zwischen den Quartalen waren nicht signifikant.

Abbildung 11: Häufigkeit von Verletzungsereignissen im vergangenen Monat bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren, in Prozent für gesamt und getrennt nach Geschlecht und Altersgruppen



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Onlinebefragung 04/2022–03/2023; Gesamt: n = 2160; Mädchen: n = 1048; Jungen: n = 1112; Altersgruppe: 3–6 Jahre: n = 557; 7–10 Jahre: n = 658; 11–15 Jahre: n = 945; Gruppenunterschiede mit Chi-Quadrat-Test ermittelt; signifikant auf Basis der p-Werte: *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001; ¹ die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb mit Vorsicht interpretiert werden.

4.4.3.3 Einordnung

In der KIDA-Onlineerhebung wurde für den Zeitraum April 2022 bis März 2023 ermittelt, dass knapp 6 % der Kinder und Jugendlichen (3–15 Jahre) im letzten Monat eine Verletzung erlitten, die ärztlich versorgt wurde. Während zwischen Jungen und Mädchen nur ein geringer Prävalenzunterschied bestand (zuungunsten der Jungen), zeigten sich deutliche Altersunterschiede. In der ältesten Gruppe (11–15 Jahre) waren dreimal so viele Heranwachsende von Verletzungen betroffen wie in der jüngsten Gruppe (3–6 Jahre). Unterschiede entlang der Bildungsgruppen konnten aufgrund geringer Fallzahlen in einzelnen Subgruppen nicht untersucht werden.

In der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) des Robert Koch-Instituts (Welle 2, 2014–2017) wurden ärztlich versorgte Unfallverletzungen innerhalb der letzten 12 Monate erfragt [37]. Hier zeigten sich deutliche Unterschiede in der Prävalenz bei Mädchen und Jungen (1–17 Jahre), Jungen hatten signifikant mehr Unfälle (18,6 %) als Mädchen (14,3 %). Das Altersmuster ist ähnlich wie in der KIDA-Befragung: Bei den Jungen wurden Unfallprävalenzen von 14,9 % für 3- bis 6-Jährige, 17,4 % für 7- bis 10-Jährige und 21,8 % für 11- bis 13-Jährige ermittelt. Bei den Mädchen lagen die Prävalenzen immer etwas darunter, der Anstieg über die Altersgruppen zeigte sich ebenso. Mit den KiGGS-Daten wurden Analysen zum Einfluss des sozioökonomischen Status (Bildung, Beruf, Einkommen der Eltern) auf das Unfallgeschehen durchgeführt. Der Einfluss war überwiegend gering, betraf nur einzelnen Aspekte, wenige Unterschiede waren signifikant.

Das Vorliegen einer Unfallverletzung wird auch im Mikrozensus des statistischen Bundesamtes erfasst, allerdings nicht jedes Jahr. Die aktuellsten Daten für Kinder und Jugendliche stammen aus dem Mikrozensus

2017. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen (3–15 Jahre), die in der sog. Berichtswoche wegen einer Unfallverletzung so beeinträchtigt waren, dass sie ihre übliche Beschäftigung nicht voll ausüben konnten (z.B. Spielen oder Kindergartenbesuch bei den Kleinsten, Schulbesuch bei Kindern und Jugendlichen) zeigt auch im Mikrozensus einen deutlichen Altersgradienten. 0,5 % der 3- bis 6-Jährigen, 0,8 % der 7- bis 10-Jährigen und 1,0 % der 11- bis 15-Jährigen waren betroffen [53]. Jungen waren etwas häufiger unfallverletzt als Mädchen. Ob die Verletzten ärztlich behandelt wurden, spielt bei der Befragung im Mikrozensus keine Rolle.

Die Ergebnisse zum zeitlichen Verlauf der Verletzungsprävalenzen in KIDA zeigten ein höheres Niveau im Frühsommer, Sommer sowie Herbst 2022. Zum Jahresende sanken sie etwas, und in den Wintermonaten Anfang 2023 war die Prävalenz niedrig. Diese Zahlen können möglicherweise vor dem Hintergrund von mehr Möglichkeiten von Spiel und Sport im Freien interpretiert werden, wodurch das Verletzungsrisiko in der wärmeren Jahreszeit höher sein könnte. Allerdings handelt es sich hier um eine kleine Stichprobe und aufgrund der Fragestellung (nur eine Frage ohne Vertiefungsfragen) gibt es keine Informationen zum Unfallort, -mechanismus oder beteiligten Gegenständen. Zudem waren die Unterschiede statistisch nicht signifikant.

Weitere in Deutschland verfügbare gesetzlich verankerte Statistiken geben Auskunft über das Unfallgeschehen in bestimmten Lebensbereichen der Kinder und Jugendlichen. Im Unterschied zur KIDA-Onlineerhebung, die von April 2022 bis März 2023 durchgeführt wurde, erfolgt die Datenerhebung hier kontinuierlich. Somit können auch die Zeiten pandemiebedingten Einschränkungsmaßnahmen in den Jahren 2020–2022 abgebildet werden. In der Schülerunfallversicherung sind Kinder in Tageseinrichtungen und Tagespflege, Schülerinnen und Schüler von allgemeinbildenden und beruflichen Schulen sowie Studierende versichert. Die Autorinnen und Autoren der Berichte zum Schülerunfallgeschehen 2020 und 2021 der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung konstatieren, dass die Zahlen beider Berichtsjahre unter dem maßgeblichen Einfluss der COVID-19-Pandemie und den damit einhergehenden Schließungen von Bildungseinrichtungen stehen. Im Jahr 2020 gab es im Vergleich zum Vorjahr einen Rückgang um 42 % bei den Schulunfällen und 34 % bei den Schulwegunfällen (bezogen auf 1.000 Versicherte) [43]. Im Jahr 2021 ist das Unfallrisiko je 1.000 Versicherte nochmals gesunken, im Vergleich zum Vorjahr gab es 5 % weniger Schulunfälle und 13 % weniger Schulwegunfälle [44].

In der Statistik der Straßenverkehrsunfälle des Statistischen Bundesamtes spiegeln sich die Einschränkungsmaßnahmen ebenfalls deutlich wider. Das Unfallgeschehen 2020 und 2021 war durch die Pandemie geprägt. Auf den Straßen wurden erheblich weniger Kilometer als vor der Pandemie zurückgelegt; im Jahr 2021 war die Zahl der im Verkehr Verletzten und Getöteten auf dem tiefsten Stand seit mehr als 60 Jahren [40]. Für Kinder und Jugendliche (bis 14 Jahren) zeigt die Statistik im Jahr 2020 einen Rückgang um 20 % bei den Verletzten und um 13 % bei den im Verkehr Getöteten im Vergleich zum Jahr vor der Pandemie [41]. Im Jahr 2021 stagnieren diese Zahlen auf niedrigem Niveau [41].

Studien aus Europa zum Unfallgeschehen bei Kindern in der Pandemie zeigen, dass es für bestimmte Unfallsettings deutliche Veränderungen und Zuwächse gab. In Frankreich werden Heim- und Freizeitunfälle im „French home and leisure injury permanent survey“ (EPAC) erfasst. Eine Studie in teilnehmenden Notaufnahmen zeigt während des Lockdowns einen Anstieg des Anteils der Kinder und Jugendlichen (bis 14 Jahre), die aufgrund von Unfällen zu Hause vorgestellt wurden. Von allen Kindern und Jugendlichen mit Unfällen zu Hause oder in der Freizeit hatten 79 % häusliche Unfälle im Vergleich zu 41 % vor der Pandemie [51]. Die Studie ermittelte auch einen deutlichen Anstieg unfallbedingter Stürze von Kindern und Jugendlichen aus einem Fenster, von einem Balkon oder Terrasse während der Einschränkungsmaßnahmen. Außerdem war die Hospitalisierungsrate für Kinder und Jugendliche in der Notaufnahme, die sich zu Hause oder in der Freizeit verletzt hatten, um 20 % höher als vor der Pandemie; ein Indikator dafür, dass vermehrt schwere Verletzungen auftraten [50]. Eine Studie in Notaufnahmen in Portugal zeigt einen Rückgang der Schulunfälle im Jahr 2020, 2021 und parallel dazu einen Anstieg des Anteils der Kinder und Jugendlichen, die Unfälle zu Hause erlitten haben [49].

4.4.3.4 Fazit

Die in der KIDA-Onlineerhebung ermittelten Verletzungsprävalenzen stellen einen Status quo im Jahr 2022/2023 dar. Die Muster scheinen vor dem Hintergrund weiterer, in Deutschland verfügbarer Datenquellen plausibel, wenngleich diese aus der Zeit vor der Pandemie stammen und jeweils unterschiedliche Falldefinitionen

zugrunde liegen. Die KIDA-Studie wurde von April 2022 bis März 2023 durchgeführt. In dieser Zeit konnten die pandemiebedingten Einschränkungsmaßnahmen, die sich unmittelbar auf den Schulalltag, das Sport- und Freizeitverhalten der Kinder und Jugendlichen ausgewirkt hatten, zum großen Teil schon wieder zurückgenommen werden. Eine entsprechende Einordnung der ermittelten Prävalenz war deshalb nicht möglich. Eine differenzierte Betrachtung des Verletzungsgeschehens nach Unfallorten (z. B. Schule, zu Hause, Freizeiteinrichtung) und weiteren unfallrelevanten Aspekten (z. B. Mannschaftssport, Individualsport) war aufgrund der begrenzten Zahl von Fragen und der kleinen Fallzahlen ebenfalls nicht möglich.

Zur Häufigkeit und zu den Ursachen von Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (Unfall, Gewalt) sind in Deutschland - unabhängig von der Pandemie - nur wenige Daten verfügbar. Aus der KiGGS-Studie (2014–2017) ist bekannt, dass jedes sechste Kind bzw. Jugendliche innerhalb von 12 Monaten eine behandlungsbedürftige Unfallverletzung erleidet [37]. Trotz dieser hohen Relevanz gibt es in Deutschland relevante Datenlücken für die Beschreibung des Unfall- und Verletzungsgeschehens bei Kindern und Jugendlichen (sowie Erwachsenen). Regelmäßige Statistiken stehen lediglich für Unfälle in Bildungseinrichtungen (inkl. Wegeunfälle) sowie Verkehrsunfälle zur Verfügung. Die Krankenhausdiagnosestatistik liefert Informationen zu Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen, allerdings ohne die Ursache der Verletzung. In der Todesursachenstatistik werden tödliche Verletzungen (durch Unfall/Gewalt/Selbstbeschädigung) erfasst. Unfallverletzungen zu Hause oder in der Freizeit werden in Deutschland hingegen nicht regelmäßig und differenziert erfasst. In großen Abständen adressieren die vom RKI durchgeführten Gesundheitssurveys dieses Thema, liefern aber oft nur Eckdaten. Vor dem Hintergrund der Häufigkeit von Verletzungen, der zum Teil langfristigen schweren Folgen und der hohen materiellen und immateriellen Kosten für die Gesellschaft hat ein kontinuierliches und detailliertes Monitoring Relevanz. Es ist u. a. die Datengrundlage für die Unfallprävention, sowohl in Zeiten pandemiebedingter Einschränkungen wie auch jetzt, denn ein Unfall passiert nicht zufällig, und viele Geschehen ließen sich verhindern.

4.5 Ressourcen und Belastungen von Kindern und Jugendlichen

4.5.1 Kernaussagen

- Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 17 Jahren waren nach aktueller Datenlage in verschiedenen Bereichen psychosozial belastet, wobei pandemieassoziierte Belastungen eine untergeordnete Rolle spielen.
- Einige psychosoziale Belastungen wurden für Kinder und Jugendliche häufiger in finanziell schlechter gestellten Haushalten sowie Ein-Eltern-Familien berichtet.
- Vor allem die Berichterstattung über den Krieg in der Ukraine wurde als Belastung berichtet, unabhängig von der finanziellen Situation der Familie oder der Familienform.
- Ein überwiegender Anteil der Schulkinder hatte Zugang zu sozialen und schulbezogenen materiellen Ressourcen, häufiger in Haushalten mit hoher Bildung.

4.5.2 Welche psychosozialen Belastungen haben Kinder und Jugendliche aktuell?

4.5.2.1 Hintergrund

Die COVID-19-Pandemie hat unerwartete Veränderungen für viele Kinder, Jugendliche und ihre Familien hervorgebracht: So waren diese u.a. von Schulschließungen, Kontakteinschränkungen und reduzierten Freizeitangeboten besonders betroffen [54]. Die veränderten Lebens- und Lernbedingungen hatten Auswirkungen auf den Alltag der Heranwachsenden, welche von einigen als Belastung erlebt wurden [55]. In einem Rapid-Review konnte gezeigt werden, dass zu Beginn der COVID-19-Pandemie während der Lockdowns sowie im weiteren Pandemieverlauf eine Zunahme von Belastungen im Kindes- und Jugendalter zu verzeichnen war [56]. Daran anknüpfend stellen sich die Fragen, ob auch im Jahr 2022 nach mittlerweile zwei bis drei Jahren Pandemie Kinder und Jugendliche immer noch belastet sind sowie, ob bei den Belastungen Unterschiede nach sozioökonomischen Determinanten zu sehen sind.

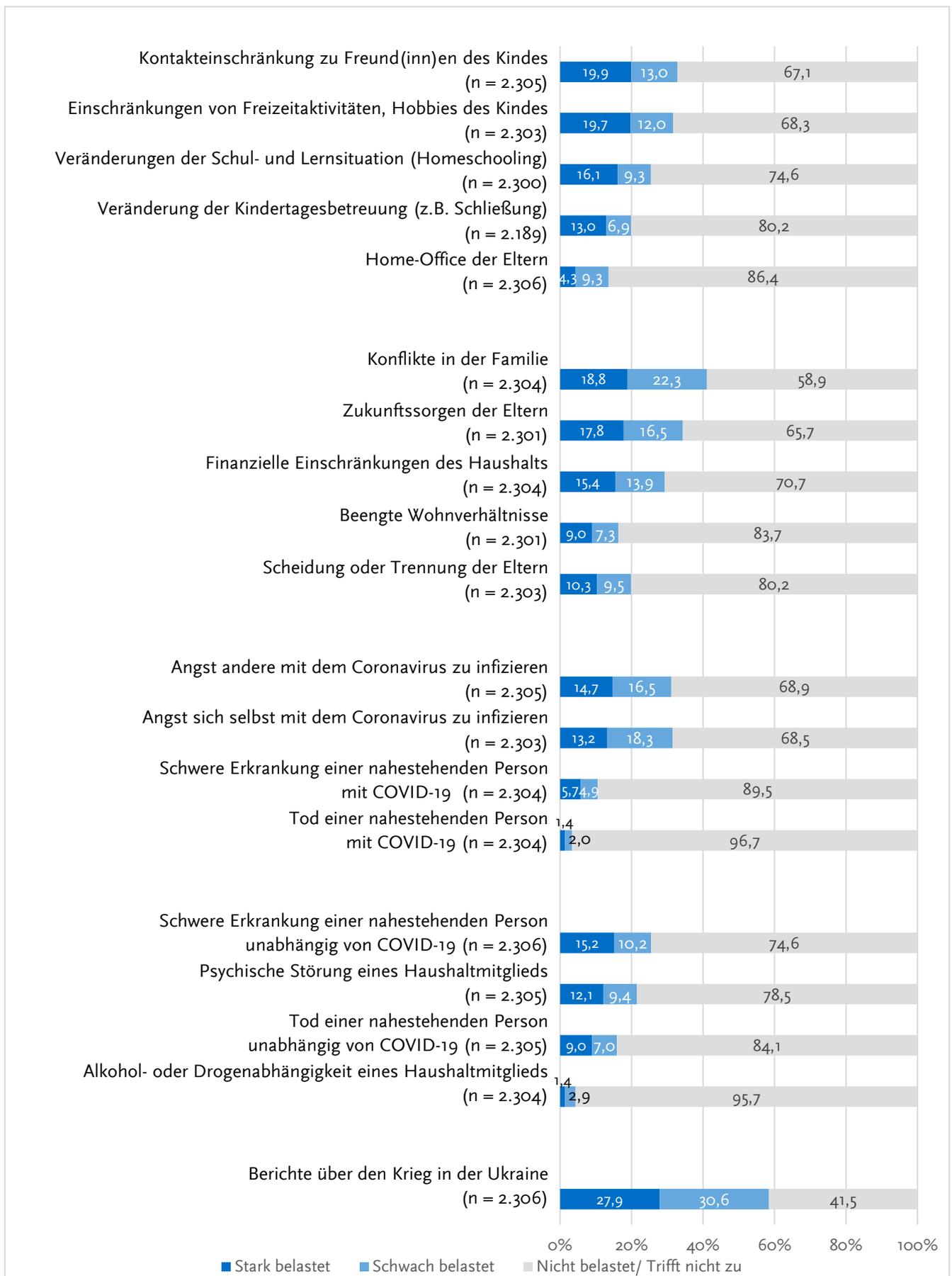
4.5.2.2 Erhebung

Psychosoziale Belastungen werden in KIDA durch folgende Frage erhoben: „Inwieweit hat sich Ihr Kind in den letzten vier Wochen durch folgende Ereignisse/Vorkommnisse belastet gefühlt?“. Jugendliche im Alter von 16 und 17 Jahren werden selbst nach ihren Belastungen gefragt. Zu den Ereignissen zählen unter anderem Veränderungen der Schul- und Lernsituation, Konflikte in der Familie oder beengte Wohnverhältnisse. Neben möglichen pandemieassoziierten Belastungen wird auch nach den Belastungen durch „Berichte über den Krieg bzw. Konflikt in der Ukraine“ gefragt. Die Antworten können auf einer Sieben-Punkte Skala zwischen „nicht belastet“ (1) und „sehr stark“ (7) bzw. „trifft nicht zu“ angegeben werden. Die Antwortkategorien der elf Belastungsvariablen wurden angelehnt an andere Analysen zusammengefasst zu „nicht belastet/ trifft nicht zu“ (1), „schwach belastet“ (2–3) und „stark belastet“ (4–7) [57].

4.5.2.3 Ergebnisse

Die Ergebnisse aus der aktuellen KIDA-Onlinebefragung zu den psychosozialen Belastungen der Kinder und Jugendlichen zeigten, dass zwischen April 2022 und März 2023 bei pandemiebedingten Belastungen die Kontakteinschränkungen zu Freunden oder Einschränkungen von Freizeitmöglichkeiten von den Kindern und Jugendlichen häufiger als belastend empfunden wurden als Veränderungen der Schul- und Lernsituation, der Kindertagesbetreuung oder durch das Home-Office der Eltern. Es fühlte sich beispielsweise etwa jedes dritte Kind bzw. Jugendlicher aufgrund von Kontakteinschränkungen belastet. Angst, sich selbst oder andere mit dem Coronavirus zu identifizieren, wurde ebenfalls jeweils für etwa jedes dritte Kind bzw. Jugendlichen als Belastung berichtet. Nur ein sehr geringer Teil der Heranwachsenden war durch eine schwere Erkrankung oder den Tod einer nahestehenden Person im Zusammenhang mit dem Coronavirus belastet. Demgegenüber spielten eine schwere Erkrankung oder der Tod einer nahestehenden Person unabhängig von einer Coronavirus-Erkrankung sowie eine psychische Störung eines Haushaltsmitglieds in den letzten vier Wochen vor der Befragung eine größere Rolle im Belastungserleben der Kinder und Jugendlichen. In Hinblick auf die familiären Belastungsfaktoren war ein großer Teil der Heranwachsenden durch familiäre Konflikte, Zukunftssorgen der Eltern oder finanzielle Einschränkungen des Haushalts belastet. Im Vergleich zu Belastungen, die sich direkt oder indirekt auf die COVID-19-Pandemie beziehen, wurden Belastungen durch den Krieg in der Ukraine häufiger berichtet (siehe Abbildung 12).

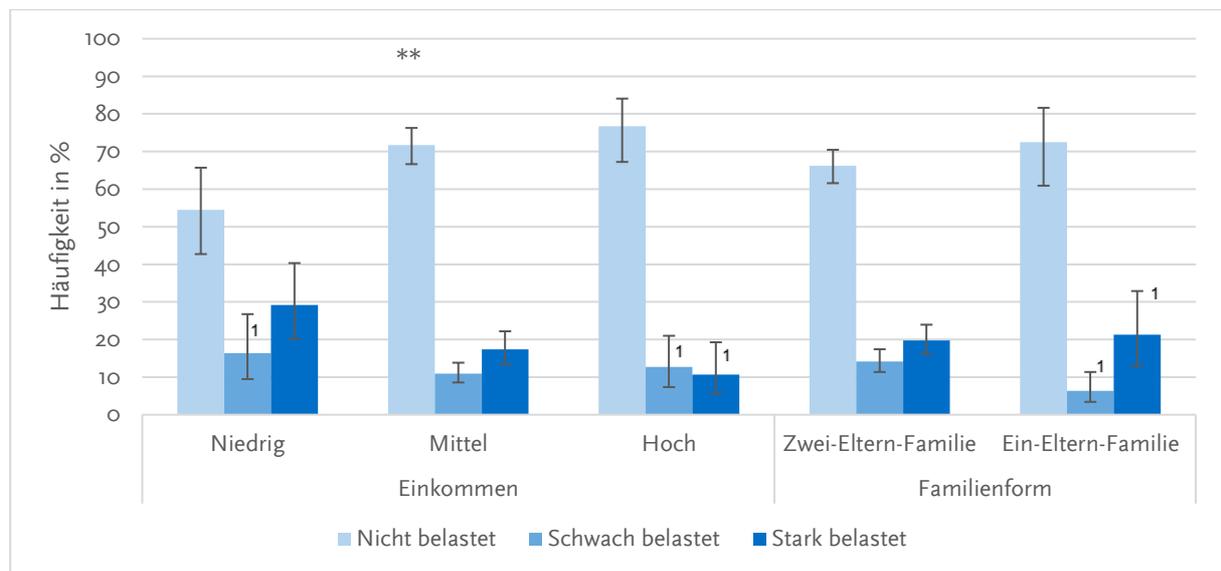
Abbildung 12: Häufigkeiten der psychosozialen Belastungen von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Prozent



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Onlinebefragung 04/2022–03/2023; Eltern- und Selbstbericht der Jugendlichen.

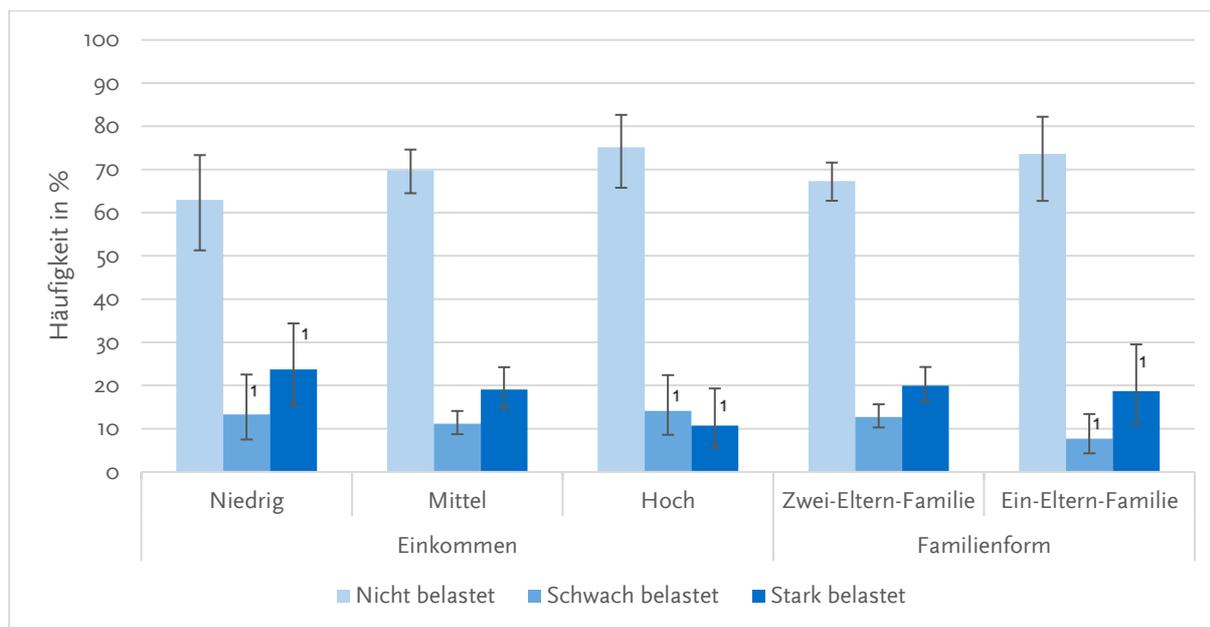
In der nach Geschlecht stratifizierten Analyse zeigten sich bei den psychosozialen Belastungen kaum Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen. Lediglich Belastungen durch die Einschränkungen von Freizeitaktivitäten, Zukunftssorgen der Eltern sowie durch Alkohol- oder Drogenabhängigkeit eines Haushaltmitglieds traten häufiger bei Mädchen auf. Mit Blick auf Unterschiede zwischen den Altersgruppen fiel in erster Linie auf, dass die 16- bis 17-jährigen selbst durchgängig häufiger Belastungen angaben als Eltern für ihre 3- bis 15-jährigen Kinder und Jugendlichen. Bei Differenzierung nach sozio-ökonomischen Faktoren zeigte sich, dass Kinder und Jugendliche aus Ein-Eltern-Familien und Haushalten mit niedrigem Einkommen teils stärker belastet waren. Belastungen, die sich aus Veränderungen der Lebenssituation in der Pandemie ergaben (Kontakteinschränkungen, Eindämmungsmaßnahmen in Schule, in Kinderbetreuungseinrichtungen oder in der Freizeit und Home-Office), traten in Teilen häufiger bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Einkommen auf (siehe Abbildung 13 und Abbildung 14).

Abbildung 13: Häufigkeit von Belastungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren durch Kontakteinschränkungen zu Freund(inn)en, stratifiziert nach Einkommen und Familienform in Prozent



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Onlinebefragung 04/2022–03/2023; gesamt: Einkommen: n = 2.100; Familienform: n = 2.301; Eltern- und Selbstbericht der Jugendlichen; signifikant auf Basis der p-Werte: *p < 0,05, **p < 0,01, *** p < 0,001; ¹ die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb mit Vorsicht interpretiert werden.

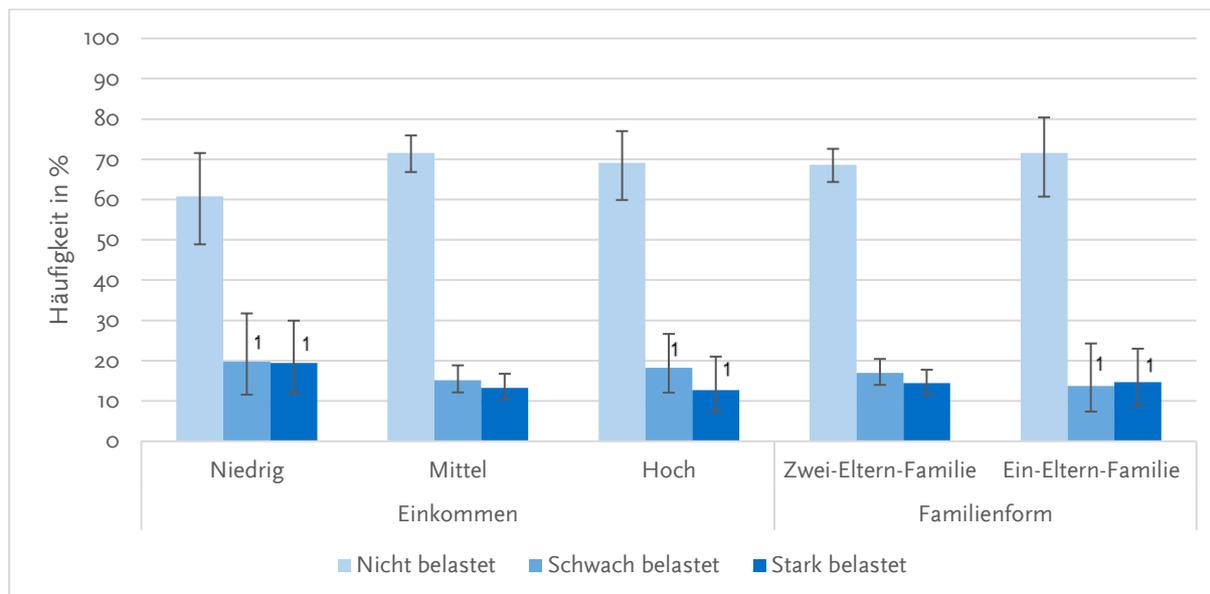
Abbildung 14: Häufigkeit von Belastungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren durch Einschränkungen von Freizeitaktivitäten, stratifiziert nach Einkommen und Familienform in Prozent



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Onlinebefragung 04/2022–03/2023; gesamt: Einkommen: n = 2.098; Familienform: n = 2.299; Eltern- und Selbstbericht der Jugendlichen;¹ die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb mit Vorsicht interpretiert werden.

Weder bezüglich der Angst, andere mit dem Coronavirus zu infizieren, noch, sich selbst mit dem Coronavirus zu infizieren, fanden sich bei Kindern und Jugendlichen Unterschiede nach dem Einkommen oder der Familienform (siehe Abbildung 15).

Abbildung 15: Häufigkeit von Belastungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren durch die Angst, andere mit dem Coronavirus zu infizieren, stratifiziert nach Einkommen und Familienform in Prozent

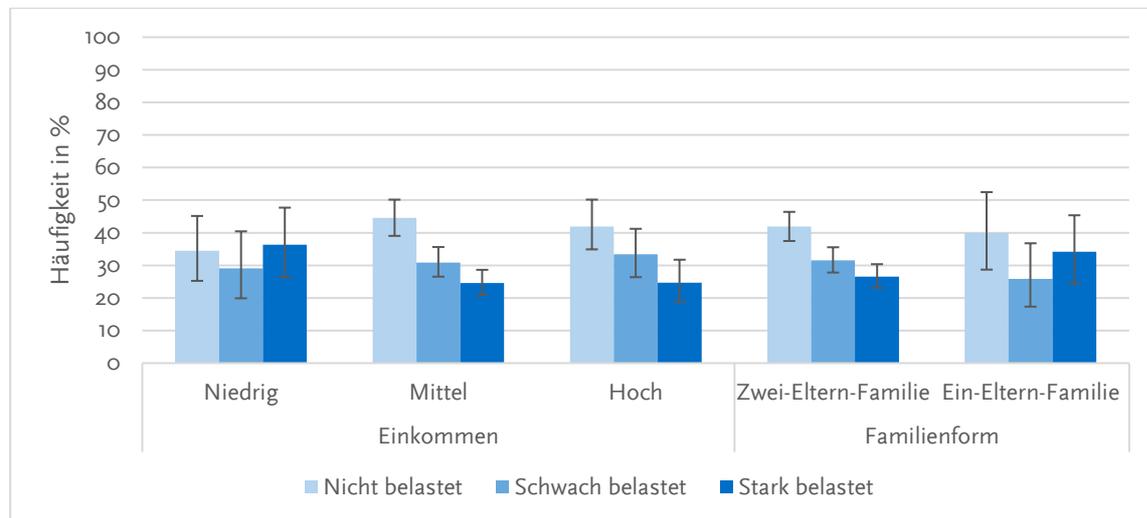


Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Onlinebefragung 04/2022–03/2023; gesamt: Einkommen; n = 2.100; Familienform: n = 2.301; Eltern- und Selbstbericht der Jugendlichen;¹ die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb mit Vorsicht interpretiert werden.

Bei Belastungen durch Zukunftssorgen der Eltern, Konflikte in der Familie oder finanzielle Einschränkungen des Haushalts zeigten sich hingegen Unterschiede nach dem Einkommen und der Familienform. Starke Belastungen durch Zukunftssorgen der Eltern wurden für Kinder bzw. von Jugendlichen aus Ein-Eltern-Familien oder Familien

mit niedrigem Einkommen fast doppelt so häufig berichtet. Belastungen der Kinder und Jugendlichen durch finanzielle Einschränkungen wurden in Familien mit niedrigem Einkommen fast drei Mal so häufig berichtet wie in Familien mit hohem Einkommen. Auch Kinder und Jugendliche aus Ein-Eltern-Familien waren durch finanzielle Einschränkungen häufiger belastet als Kinder und Jugendliche aus Zwei-Eltern-Familien. Dagegen waren Belastungen von Kindern und Jugendlichen durch den Krieg in der Ukraine in allen Einkommensgruppen und Familienformen ähnlich stark ausgeprägt (siehe Abbildung 16).

Abbildung 16: Häufigkeit von Belastungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren durch Berichte über den Krieg in der Ukraine, stratifiziert nach Einkommen und Familienform in Prozent



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Onlinebefragung 04/2022–03/2023; gesamt: Einkommen: n = 2.101; Familienform: n = 2.302; Eltern- und Selbstbericht der Jugendlichen; die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb mit Vorsicht interpretiert werden.

4.5.2.4 Einordnung

Im KIDA-Erhebungszeitraum der Onlinebefragung, zwei bis drei Jahre nach Beginn der COVID-19-Pandemie, sind pandemieassoziierte Belastungen zwar immer noch präsent, allerdings seltener als familiäre Belastungsfaktoren. Interessant ist, dass im KIDA-Erhebungszeitraum pandemieassoziierte Belastungen berichtet wurden, obwohl zu diesem Zeitpunkt kaum noch Einschränkungen auf Grund der Pandemie bestanden (siehe Kapitel Pandemieindikatoren). Da die Formulierung der Fragen in Teilen auf die aktuelle Pandemiesituation angepasst war, sind direkte Vergleiche mit Studien, die zu früheren Zeitpunkten der Pandemie durchgeführt wurden, nur stark eingeschränkt möglich.

Belastungen von Kindern und Jugendlichen während der Pandemie wurden in anderen Studien mit unterschiedlichen Methoden und zu unterschiedlichen Zeitpunkten erfasst, so dass die Ergebnisse verschiedener Studien divergieren [56]. Die bundesweite COPSY-Studie [9] sowie die BerO-Studie [58] zeigten für Deutschland im Jahr 2020 eine Zunahme von Belastungen. In der pairfam-Studie konnte für den gleichen Zeitraum keine Zunahme von Belastungen festgestellt werden [55], jedoch war eine Zunahme von Einsamkeit sowie depressiver Symptomatik zu erkennen [59]. Die Ergebnisse der KIDA-Studie schließen nun an diesen Zeitraum an und zeigen, dass auch nach über zwei bis drei Jahren Pandemie pandemiebedingte Belastungen bei Kindern und Jugendlichen zu beobachten sind. Auch aktuelle Ergebnisse der COPSY-Studie belegen, dass das Vorkommen psychischer Auffälligkeiten nach drei Jahren Pandemie weiterhin erhöht ist und noch nicht dem vorpandemischen Niveau entspricht [60]. In der Interpretation der KIDA-Ergebnisse ist jedoch zu beachten, dass Belastungen, die sich beispielsweise aus Veränderungen in der Kindertagesbetreuung ergeben (z.B. Schließungen der KiTa), aktuell nicht ausschließlich pandemiebedingt sein müssen, sondern eventuell auch auf einen hohen Krankenstand oder eine prekäre Personalsituation zurückgeführt werden können (siehe Pandemieindikatoren). Besonders sticht in den Ergebnissen der KIDA-Studie heraus, dass sich etwa die Hälfte der Kinder und Jugendlichen durch den Ukraine-Krieg belastet fühlten, vergleichbar auch mit den diesbezüglichen Ergebnissen der COPSY-Studie [60]. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass neben

pandemiebedingten Veränderungen der Lebenssituation auch andere Faktoren und Geschehnisse das aktuelle Belastungserleben der Kinder und Jugendlichen mit beeinflussen.

Eine Schwierigkeit bei der Interpretation der Ergebnisse der KIDA-Studie ist, dass die Wahrnehmung der Gesundheit im Eltern- oder Selbstbericht divergieren kann [19]. Während in KIDA die Angaben zu den Belastungen für die 3- bis 15-Jährigen von den Eltern und nur im Alter von 16-17 Jahren durch die Jugendlichen selbst gemacht wurden, wurden in der COPSY-Studie 11- bis 17-Jährige selbst befragt. Eine geringere Belastung in der KIDA-Studie als in der COPSY-Studie kann somit ein Indiz für die Abnahme von Belastungen im letzten Pandemiejahr sein [7]. Hier könnte aber auch die unterschiedliche Wahrnehmung von Belastungen durch Jugendliche und Eltern eine Rolle spielen.

Die Ergebnisse der KIDA-Studie zeigen, dass psychosoziale Belastungen von Kindern und Jugendlichen mit ihrer sozioökonomischen Lebenssituation assoziiert sind. So sind Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Einkommen häufiger durch Kontakteinschränkungen, Veränderungen der Schul- und Betreuungssituation sowie durch familiäre Faktoren wie Konflikte in der Familie, finanzielle Einschränkungen, Zukunftssorgen oder Trennung der Eltern belastet. Unterschiede nach Familienform wurden nur für die letztgenannten familiären Faktoren identifiziert. Somit reihen sich die hier gewonnenen Erkenntnisse in Studienergebnisse ein, die zeigen, dass Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischem Status mit COVID-19-bezogenen veränderten Schul- und Lernsituationen schwerer zurecht kommen [61]. Im Rapid-Review konnte belegen, dass neben Einkommen und Familienform auch andere soziale Determinanten wie eine niedrige Bildung der Eltern oder beengte Wohnverhältnisse in der COVID-19-Pandemie mit psychischen Belastungen von 11- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen assoziiert sind [7].

Auf Basis der vorliegenden Ergebnisse der KIDA-Studie lassen sich Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Einkommen und aus Ein-Eltern-Familien als Zielgruppen identifizieren, die gezielt dabei unterstützt werden sollten, mit den erfahrenen Belastungen umzugehen und bestehende Herausforderungen (z.B. in Familie, Schule, KiTa, mit Freundinnen oder Freunden) anzugehen, um zu verhindern, dass diese Belastungen langfristig zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Bujard, et al. [55] schlagen in diesem Zusammenhang neben Angeboten zum Aufholen von Lernrückständen ohne schulischen Druck auch Angebote vor, die Kindern neue Kontakte mit Gleichaltrigen und altersgerechte Erlebnisse in Sport und Freizeit ermöglichen. Darüber hinaus empfehlen die Autorinnen und Autoren, – über die unmittelbare Pandemiephase hinaus – Angebote der Schulsozialarbeit sowie der Familienbildungs- und Familienberatungseinrichtungen auszubauen [55].

4.5.3 Welche sozialen und schulbezogenen materiellen Ressourcen haben Kinder und Jugendliche im Schulalter?

4.5.3.1 Hintergrund

Ressourcen kommen in Krisenzeiten eine besondere Bedeutung zu, um Erschöpfung und Belastungen entgegenzuwirken und als Schutzfaktoren für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu wirken [62]. Wie in Kapitel 4.5.2 Belastungen beschrieben, können aktuell bei Kindern und Jugendlichen pandemiebedingte und pandemieunabhängige Belastungen beobachtet werden. Materielle und soziale Ressourcen, wie die Unterstützung durch die Familie oder Personen aus dem schulischen Umfeld, können Kindern und Jugendlichen helfen, mit Belastungen besser umzugehen [55]. Dies gilt insbesondere, wenn die Lebenssituation der Heranwachsenden starken Veränderungen unterliegt, wie es in der Pandemie der Fall war [63]. In diesem Kapitel wird daher den Fragen nachgegangen, wie viele Kinder und Jugendliche aktuell über einen Zugang zu ausgewählten sozialen und materiellen Ressourcen verfügen und ob dabei soziodemographische Ungleichheiten zu erkennen sind.

4.5.3.2 Erhebung

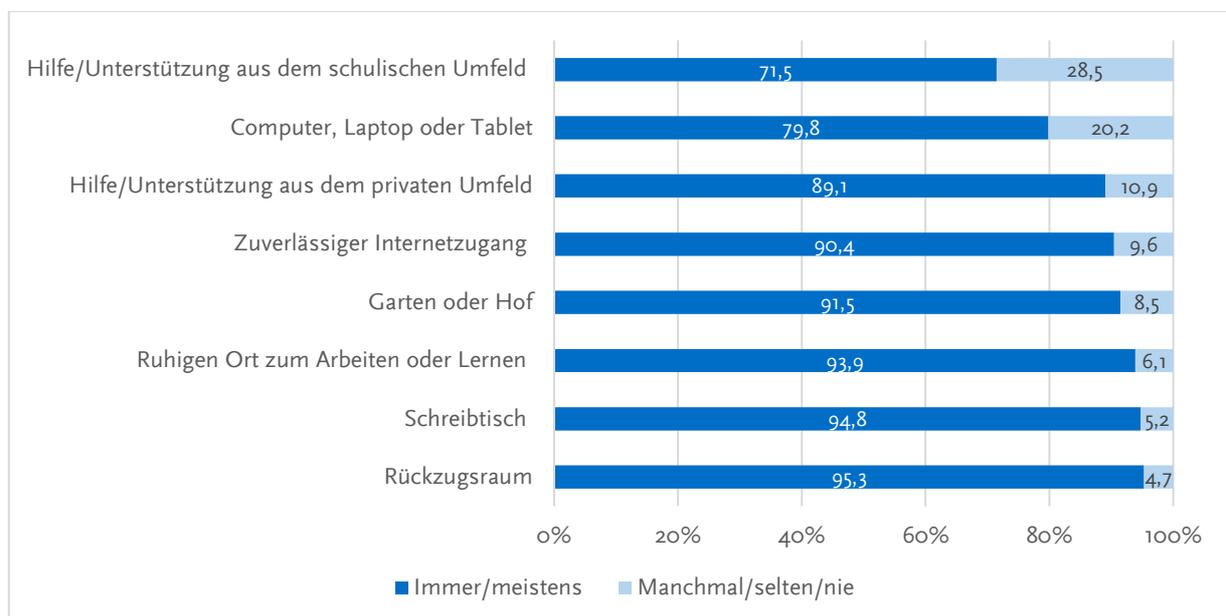
In der KIDA-Studie werden Eltern von 6- bis 15-jährigen Schulkindern gefragt, ob ihren Kindern folgende Ressourcen im letzten Monat zur Verfügung standen: „ein Rückzugsraum, um alleine sein zu können“, „ein ruhiger Ort zum Arbeiten oder Lernen“, „ein Schreibtisch“, „ein Computer, Laptop oder Tablet, an dem es arbeiten konnte“, „ein zuverlässiger Internetzugang“, „Hilfe/Unterstützung von Lehrer(inne)n oder anderen Personen aus dem schulischen Umfeld“, „Hilfe/Unterstützung von einem Elternteil oder einer anderen Person

aus dem privaten Umfeld“, „ein Garten oder Hof, um sich im Freien zu bewegen“. In der Altersgruppe der 16- bis 17-Jährigen beantworten die Jugendlichen, die noch zur Schule gingen oder eine Ausbildung bzw. ein Freiwilliges Soziales/Ökologisches Jahr machen, die Frage selbst. Die fünf Antwortkategorien wurden zu „nie, selten oder manchmal“ und „meistens oder immer“ zusammengefasst. Unter Schulkindern werden in diesem Kapitel daher Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 6 und 17 Jahren verstanden, welche zur Schule gehen bzw. eine Ausbildung oder ein Freiwilliges Soziales/Ökologisches Jahr machen.

4.5.3.3 Ergebnisse

Der überwiegende Teil der Kinder und Jugendlichen verfügte immer oder meistens über die abgefragten Ressourcen. Am häufigsten wurde angegeben, dass Schulkinder einen Rückzugsraum, einen Schreibtisch und einen ruhigen Ort zum Arbeiten oder Lernen haben. Am wenigsten häufig wurde berichtet, dass Kinder und Jugendliche Hilfe und Unterstützung aus dem schulischen Umfeld oder einen Computer, Laptop oder Tablet haben (siehe Abbildung 17).

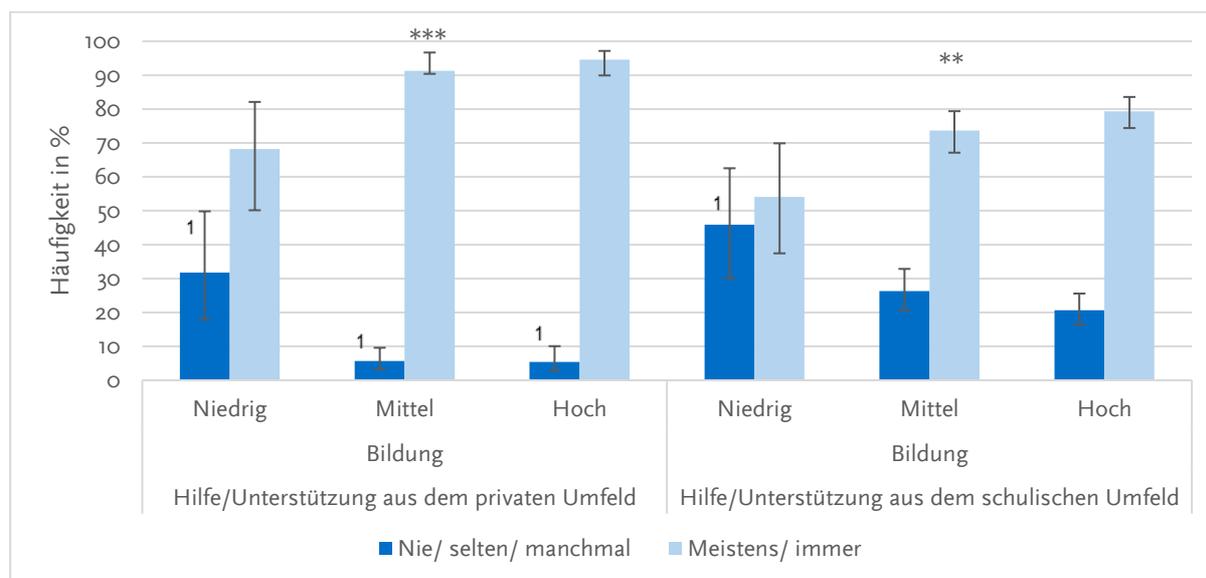
Abbildung 17: Häufigkeit von sozialen und schulbezogenen materiellen Ressourcen bei Schulkindern im Alter von 6 bis 17 Jahren in Prozent



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Onlinebefragung 04/2022–03/2023; Gesamt n zwischen 1.757 und 1.760; Eltern- und Selbstbericht der Jugendlichen.

Bei Betrachtung der Verfügbarkeit von verschiedenen sozialen und schulbezogenen materiellen Ressourcen zeigten sich vor allem Unterschiede nach den Bildungsabschlüssen der Eltern. Schulkinder aus Familien der hohen Bildungsgruppe verfügten häufiger über die abgefragten Ressourcen als Schulkinder aus Familien der niedrigen Bildungsgruppe (siehe Abbildung 18). Unterschiede zwischen den Selbstangaben der 16- bis 17-Jährigen und den Elterngaben zu den 6- bis 15-Jährigen ließen sich nicht erkennen. Auf Unterschiede nach Einkommen oder Familienform wird in diesem Kapitel nicht eingegangen, da die Fallzahl für eine stratifizierte Analyse zu gering war.

Abbildung 18: Häufigkeit der sozialen Ressourcen von Schulkindern im Alter von 6 bis 17 Jahren, stratifiziert nach Bildung der Eltern, in Prozent für gesamt und getrennt nach sozialen und schulbezogenen Ressourcen



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Onlinebefragung 04/2022–03/2023; Hilfe/Unterstützung von einem Elternteil oder einer anderen Person aus dem privaten Umfeld: n = 1.755; Hilfe/Unterstützung von Lehrerinnen und oder anderen Personen aus dem schulischen Umfeld: n = 1.752; ; signifikant auf Basis der p-Werte: *p < 0,05, **p < 0,01, *** p < 0,001; ¹ die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb mit Vorsicht interpretiert werden.

4.5.3.4 Einordnung

Die meisten Schulkinder hatten zu den erfragten sozialen und materiellen Ressourcen immer oder meistens Zugang. Dies traf insbesondere auf die Wohnung und deren Ausstattung zu (Rückzugsraum, Schreibtisch, ruhiger Ort). Laut Daten des Sozio-oekonomischen Panels aus dem Jahr 2018 schätzten 72 % der Eltern ihre Wohnung als ausreichend groß ein und knapp 90 % der 12-Jährigen gaben an, einen eigenen Schreibtisch zu besitzen [64]. In Studien vor der Pandemie wurde zudem beobachtet, dass fast alle Kinder und Jugendliche Zugang zu einem Computer, Laptop oder Tablet hatten [64, 65]. In KIDA zeigte sich hingegen, dass diese in der Pandemie nicht allen Kindern immer oder meistens zur Verfügung standen. Darüber hinaus gaben fast alle Familien im Jahr 2018/2019 an, einen Internetzugang zu besitzen [65], was jedoch nur bedingt mit unserer Frage nach einem „zuverlässigen Internetzugang“ vergleichbar ist. Denn in Zeiten des Homeschoolings, der Kontaktbeschränkungen sowie des oftmals gleichzeitigen Arbeitens der Eltern im Home-Office waren ein zuverlässiger Internetzugang sowie eine ausreichende Ausstattung mit Computer, Laptop oder Tablet für Schulkinder von viel größerer Bedeutung als vor der Pandemie (um beispielsweise überhaupt am Schulunterricht teilnehmen zu können). Insgesamt ist zu beachten, dass die in KIDA abgefragten materiellen Ressourcen einen starken Bezug zur Schule und zum Lernen aufweisen. Es überrascht daher nicht, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit höherer Bildung bei nahezu allen Ressourcen besser abschnitten als Kinder aus Familien mit niedriger Bildung.

Der hohe Anteil von Kindern und Jugendlichen, der im privaten Umfeld Unterstützung erfahren hat, ist vergleichbar mit anderen Studien [64]. Vor allem im ersten Lockdown haben sich Familienmitglieder in der Kernfamilie gegenseitig unterstützt [63]. Allerdings zeigen die KIDA-Ergebnisse auch, dass im letzten Monat vor der Befragung eines von zehn Kindern nur manchmal bis selten Unterstützung im privaten Umfeld erfuhr. Bezogen auf das schulische Umfeld zeigte sich, dass eines von vier Kindern im letzten Monat nur manchmal, selten oder gar keine Unterstützung erhielt. Bedenklich ist, dass es insbesondere Kinder aus Familien der niedrigen Bildungsgruppe waren, die nur manchmal bis nie Unterstützung im privaten oder aus dem schulischen Umfeld erhielten, obwohl sie in stärkerem Maße als Kinder aus Familien der mittleren oder hohen Bildungsgruppe darauf angewiesen wären. Bujard et al. (2021) verweisen auf die hohe Relevanz von Angeboten sowie einer Schaffung von Möglichkeiten, um Lernrückstände auszugleichen, gerade von sozial benachteiligten Kindern, um mögliche Schul- und Lernrückstände nach drei Jahren Pandemie ausgleichen und so gegebenenfalls

entstandene pandemiebedingte Ungleichheiten verringern zu können [55]. Auch mit Blick auf Belastungen, die mit aktuellen Krisensituationen jenseits der Pandemie zusammenhängen (wie beispielsweise dem Krieg in der Ukraine), ist es wichtig, dass allen Kindern und Jugendlichen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern im privaten, schulischen oder weiteren sozialen Umfeld zur Verfügung stehen, an die sie sich mit ihren Sorgen wenden können.

4.6 Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungs- und Versorgungsangeboten

4.6.1 Kernaussagen

- Die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren hatte in den letzten vier Wochen vor der Befragung keine psychosozialen Unterstützungs- und Versorgungsangebote in Anspruch genommen.
- Psychosoziale Unterstützungs- und Beratungsangebote vor Ort wurden häufiger im Vergleich zu telefonischen oder onlinebasierten Angeboten in Anspruch genommen.
- Von psychosozialen Versorgungsangeboten wurde Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie häufiger als das sozialpädiatrische Zentrum in Anspruch genommen.
- Als Grund für die Nicht-Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungs- und Versorgungsangeboten wurde mehrheitlich „kein Bedarf“ angegeben.
- Kinder und Jugendliche aus Familien mit geringem Einkommen sowie Ein-Eltern-Familien gaben häufiger als Grund für die Nicht-Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten an, dass ihnen das Angebot nicht bekannt war.

4.6.2 Hintergrund

Zahlreiche Befunde zeigen, dass Kinder und Jugendliche und deren Familien im Zuge der COVID-19-Pandemie deutlich mehr Belastungen oder Stress erlebten [6, 7, 9, 10, 55, 56], sich psychopathologische Symptome bei Kindern und Jugendlichen vermehrt bzw. verschlechtert haben [6-9, 55, 56, 59, 66-69] sowie eine reduzierte subjektive psychische Gesundheit [70, 71] und Lebensqualität [7, 71, 72] beobachtet wurden. Um diesen Entwicklungen entgegenwirken zu können, sind entsprechende Unterstützungs- und Versorgungsangebote elementar. In diesem Zusammenhang verdeutlicht eine deutschlandweite Querschnittstudie aus dem Jahr 2020 einen gesteigerten Hilfebedarf von Familien während der Pandemie. Zwar benötigte die Mehrheit der Familien keine Unterstützung während der Pandemie, jedoch berichteten 12,5 % der Familien ohne Hilfebedarf vor der COVID-19-Pandemie einen neuen Hilfebedarf während der Pandemie [73].

Auch im Bereich der Versorgung zeigten sich Veränderungen während der Pandemie. Im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum wurde ein Rückgang der kinderärztlichen, kinder- und jugendpsychiatrischen sowie kinder- und jugendpsychotherapeutischen Behandlungsfälle in der Frühphase der Pandemie festgestellt [74, 75]. Allerdings zeigten sich im weiteren Verlauf der Pandemie Nachholeffekte mit Anstiegen der Behandlungsfälle gegenüber dem vorpandemischen Zeitraum [74, 75]. Weitere bis zum 19.11.2021 publizierte Ergebnisse zu Routinedaten bzw. versorgungsbezogene Primärdaten werden in einem aktuellen Rapid-Review zusammengefasst [56].

Ziel der KIDA-Studie ist es vor diesem Hintergrund, die Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Versorgungsangeboten und die Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme dieser Angebote während der letzten vier Wochen zu erheben.

4.6.3 Welche psychosozialen Unterstützungsangebote wurden in Anspruch genommen?

4.6.3.1 Erhebung

Psychosoziale Unterstützungsangebote zur Bewältigung der Herausforderungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie wird über zwei Fragestellungen in der KIDA-Online-Erhebung für die 3- bis 15-jährigen im Elternbericht und für die 16- und 17-jährigen im Selbstbericht erhoben.

Die Inanspruchnahme wird bei den Eltern für ihre 3- bis 15-jährigen Kinder über die Frage: „Welche der im Folgenden genannten Unterstützungsangebote haben Sie mit oder für Ihr Kind in den letzten vier Wochen in Anspruch genommen, um die Herausforderungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie besser bewältigen zu können?“ erhoben und bei den Jugendlichen im Alter von 16 und 17 Jahren: „Welche der im Folgenden genannten Unterstützungsangebote haben Sie in den letzten vier Wochen in Anspruch genommen, um die Herausforderungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie besser bewältigen zu können?“. Folgende Unterstützungsangebote mit Beispielen wurden aufgelistet: 1) Psychosoziale Unterstützungs- und

Beratungsangebote vor Ort (z.B. Familien oder Eltern-Kind-Beratungsstellen, Selbsthilfe-Gruppen, Eltern-Kind-Café Begegnungen etc.); 2) Online-Portale mit Informationen und Tipps zur psychosozialen Gesundheit wie z.B. „psychisch stabil bleiben“, „Corona und du“, „angstfrei.news“ oder das Familienportal; 3) Online-Trainings zur Stärkung psychosozialer Gesundheit wie z.B. „get.calm and move.on“, „stark durch die Krise“; 4) Gesundheitsapps zur Stärkung der psychischen Gesundheit wie z.B. „iFightDepression“ oder die „KrisenKompass App“; 5) Telefonische psychosoziale Unterstützung und Beratung wie z.B. Nummer gegen Kummer. Die Antwortoptionen lauten: „Ja“, „Nein, kein Bedarf“, „Nein, Angebot ist nicht bekannt“ und „Nein, andere Gründe“.

Für die folgenden Analysen wurden die Variablen der einzelnen Unterstützungsangebote in einem weiteren Schritt zusammengefasst und berichtet, ob Teilnehmende mindestens eines der genannten Unterstützungsangebote genutzt haben.

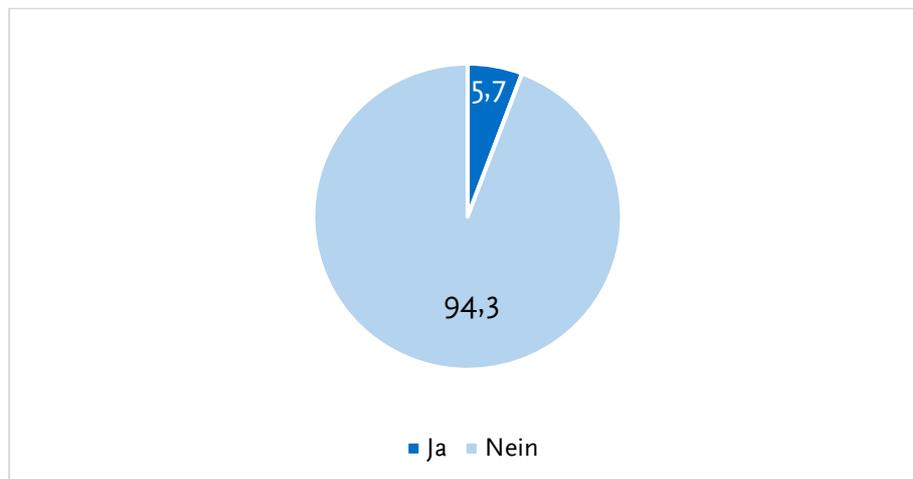
Sofern die Inanspruchnahme eines der Angebote berichtet wird, werden die Teilnehmenden gefragt, ob dieses als hilfreich empfunden wurde („Wie hilfreich war das Angebot für Sie?“). Hierfür lauten die Antwortoptionen: „überhaupt nicht hilfreich“, „wenig hilfreich“, „teilweise hilfreich“, „hilfreich“ und „sehr hilfreich“. Für die Analysen wurden die Antwortmöglichkeiten zu „überhaupt nicht hilfreich/ wenig hilfreich“ und „hilfreich/ sehr hilfreich“ zusammengefasst. Die Antwortmöglichkeit „teilweise hilfreich“ blieb bestehen.

4.6.3.2 Ergebnisse

Welche psychosozialen Unterstützungsangebote wurden in Anspruch genommen und wie wurden diese bewertet?

Insgesamt haben 5,7 % der Teilnehmenden der Online-Befragung angegeben, dass sie in den letzten vier Wochen mindestens eines der gelisteten psychosozialen Unterstützungsangebote zur Bewältigung der Herausforderungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie mit oder für ihr Kind (Eltern) oder selbst (Jugendliche) genutzt haben (siehe Abbildung 19).

Abbildung 19: Inanspruchnahme von mindestens einem psychosozialen Unterstützungsangebot von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in den letzten vier Wochen vor der Befragung, Prävalenzen in Prozent, gesamt

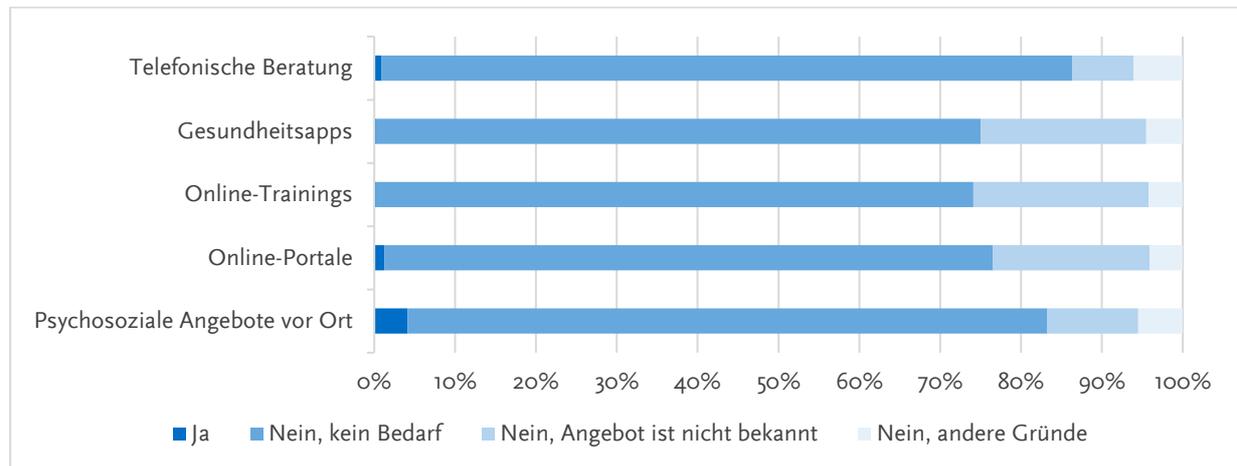


Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Online-Erhebung 04/2022–03/2023; gesamt: n = 2.322; Eltern- und Selbstbericht der Jugendlichen

Aufgrund geringer Fallzahlen sind die berechneten Anteile der stratifizierten Analysen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und werden hier nicht als Prävalenzen berichtet. Zudem ist der Nachweis statistischer Unterschiede erschwert. Insbesondere bei den Altersgruppen ist von zu geringer Power zum Nachweis von Unterschieden auszugehen. Trotz des erschwerten Nachweises signifikanter Unterschiede zeigten die stratifizierten Analysen der Inanspruchnahme von mindestens einem psychosozialen Unterstützungsangebot nach Einkommen und Familienform, dass Kinder und Jugendliche aus Familien der niedrigen Einkommensgruppe signifikant häufiger mindestens ein Unterstützungsangebot in Anspruch genommen haben als aus Familien der mittleren und hohen Einkommensgruppe. Gleiches gilt für Heranwachsende aus Ein-Eltern-Familien gegenüber Zwei-Eltern-Familien.

Am häufigsten wurde von allen Teilnehmenden die Nutzung von psychosozialen Angeboten vor Ort genannt, gefolgt von Online-Portalen sowie telefonischer Beratung. Online-Trainings und Gesundheitsapps wurden kaum in Anspruch genommen. Die Auswertung der einzelnen Angebote erfolgte nur beschreibend für die Gesamtgruppe ohne Nennung von Prävalenzen aufgrund der hohen statistischen Unsicherheit bedingt durch die geringen Fallzahlen (siehe Abbildung 20).

Abbildung 20: Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in den letzten vier Wochen vor der Befragung, Prävalenzen in Prozent, getrennt nach einzelnen Unterstützungsangeboten



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Online-Erhebung 04/2022–03/2023; gesamt: n = 2.322; Eltern- und Selbstbericht der Jugendlichen

Sofern die Teilnehmenden ein Unterstützungsangebot in Anspruch genommen haben, wurden sie gefragt, ob sie das Angebot als hilfreich einschätzen. Da bei der Inanspruchnahme selbst nur geringe Fallzahlen vorliegen, können hier nur Tendenzen in der Stichprobe selbst beschrieben werden. Hierbei zeigte sich, dass die Mehrheit der Personen, die psychosoziale Angebote vor Ort in Anspruch genommen haben, diese als sehr hilfreich oder hilfreich einschätzten. Die Beurteilung, ob die anderen Angebote nach erfolgter Inanspruchnahme jeweils als hilfreich wahrgenommen wurden, war in der Stichprobe weniger eindeutig.

Aus welchen Gründen wurden psychosoziale Unterstützungsangebote nicht in Anspruch genommen?

Der am häufigsten genannte Grund für die Nicht-Inanspruchnahme eines Angebots in den letzten vier Wochen vor der Befragung war, dass kein Bedarf gesehen wurde (siehe Abbildung 20). Bei den psychosozialen Angeboten vor Ort sowie bei der telefonischen Beratung wurde eine Nicht-Inanspruchnahme bei circa acht bis neun von zehn Kindern und Jugendlichen damit begründet. Auch bei der Nicht-Nutzung von Online-Portalen, Online-Trainings und Gesundheitsapps war kein Bedarf für das jeweilige Angebot mit etwa 3/4 der Nennungen die häufigste Begründung. Bei diesen onlinebasierten Angeboten wurde jeweils für etwa zwei von zehn Kindern und Jugendlichen als Grund für die Nicht-Inanspruchnahme genannt, dass das Angebot nicht bekannt war. Die fehlende Bekanntheit spielte bei Angeboten mit persönlichem Kontakt (telefonische Beratung oder psychosoziale Angebote vor Ort) eine geringere Rolle. „Andere Gründe“ wurden insgesamt weniger häufig als Begründung für die Nicht-Inanspruchnahme im Vergleich zu den anderen Gründen genannt (siehe Abbildung 20).

Bei keinem der gelisteten Angebote wurden hinsichtlich der Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen festgestellt. Mit Blick auf die verschiedenen Altersgruppen gaben Jugendliche im Alter von 16 bis 17 Jahren tendenziell über fast alle Angebote hinweg häufiger „andere Gründe“ an als Eltern für die jüngeren Altersgruppen. Mit Blick auf Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen wurde „kein Bedarf“ bei allen Angeboten, bis auf Online-Portale, signifikant häufiger in der hohen Einkommensgruppe als in der mittleren bzw. niedrigen Einkommensgruppe genannt. Hingegen gaben Familien mit niedrigem Einkommen häufiger als Familien der höheren Einkommensgruppen bei onlinebasierten und telefonischen Unterstützungsangeboten als Grund für die Nicht-Inanspruchnahme an, dass ihnen das Angebot nicht bekannt war. Hinsichtlich der Familienform zeigte sich, dass Zwei-Eltern-Familien über alle Unterstützungsangebote hinweg signifikant häufiger als Grund für die Nicht-Inanspruchnahme keinen Bedarf

für das jeweilige Angebot angaben im Vergleich zu Ein-Eltern-Familien. Dagegen nannten Ein-Eltern-Familien bei allen psychosozialen Unterstützungsangeboten signifikant häufiger als Grund für die Nicht-Inanspruchnahme, dass ihnen das Angebot nicht bekannt war. Unterschiede nach Einkommen oder Familienform zeigten sich bei den „anderen Gründen“ nicht.

4.6.4 Wie häufig wurden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und sozialpädiatrische Zentren in Anspruch genommen?

4.6.4.1 Erhebung

Die Abfrage der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung bzw. eines sozialpädiatrischen Zentrums ist eingebettet in die Abfrage von verschiedenen Leistungen der gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. In Kapitel 4.3.6 wurde die Inanspruchnahme dieser Versorgungsangebote bei Kindern und Jugendlichen mit speziellem Bedarf während der Pandemie berichtet. Im Folgenden wird die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung bzw. eines sozialpädiatrischen Zentrums allgemein für Kinder und Jugendliche ausgewertet.

Die Abfrage der Inanspruchnahme der Versorgungsangebote erfolgt bei den Eltern für ihre 3- bis 15-jährigen Kinder über die Frage: „Welche der folgenden Versorgungsangebote haben Sie in den letzten vier Wochen mit oder für ihr Kind in Anspruch genommen?“ und bei den Jugendlichen im Alter von 16 und 17 Jahren: „Welche der folgenden Versorgungsangebote haben Sie in den letzten vier Wochen in Anspruch genommen?“.

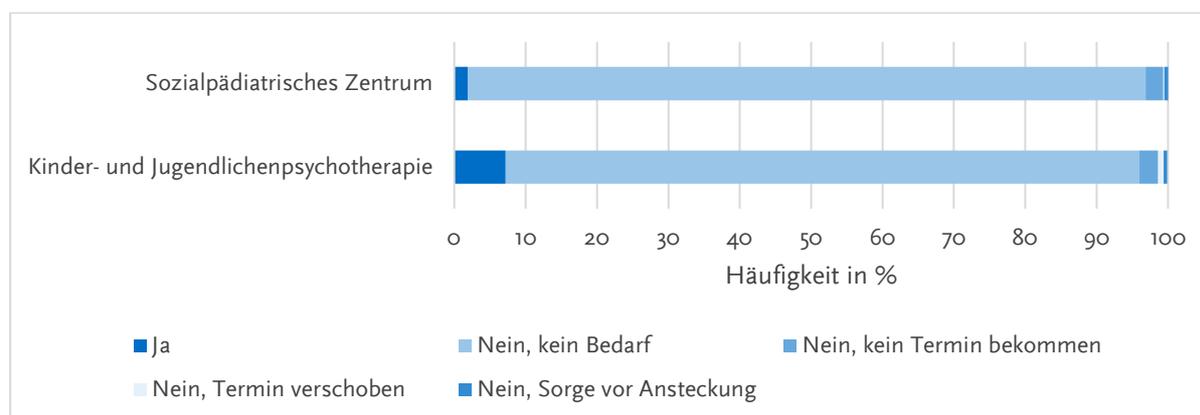
Für jedes der gelisteten Angebote der gesundheitlichen Versorgung kann jeweils einzeln angegeben werden, ob das Angebot in Anspruch genommen wurde (Antwortkategorie „ja“). Die Nicht-Inanspruchnahme wurde differenziert erfragt: „Nein, kein Bedarf“, „Nein, keinen Termin bekommen“, „Nein, der Termin wurde verschoben“, „Nein, aus Sorge vor Ansteckung vor Ort wollten wir die Leistung nicht bzw. nicht jetzt in Anspruch nehmen“.

4.6.4.2 Ergebnisse

Wie häufig wurden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und sozialpädiatrische Zentren in Anspruch genommen?

Von der KIDA-Stichprobe haben etwa 7 % der Kinder und Jugendlichen innerhalb der letzten vier Wochen eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Präsenz oder Online) in Anspruch genommen. Ein sozialpädiatrisches Zentrum wurde von weniger als 2 % der Stichprobe aufgesucht (siehe Abbildung 21).

Abbildung 21: Häufigkeiten der (Nicht-)Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie oder einem sozialpsychiatrischen Zentrum in den letzten vier Wochen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Prozent



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Onlinebefragung 04/2022–03/2023; Sozialpädiatrisches Zentrum: n = 2.312; Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: n = 2.314

In Hinblick auf Geschlecht und Einkommen zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie für das sozialpädiatrische Zentrum. Ältere Kinder und Jugendliche nahmen in den letzten vier Wochen signifikant häufiger eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Anspruch als jüngere Kinder. Für das sozialpädiatrische Zentrum zeigten sich keine signifikanten Unterschiede nach dem Alter. Ein-Eltern-Familien gaben eine signifikant häufigere

Inanspruchnahme für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapien an als Zwei-Eltern-Familien. Für das sozialpädiatrische Zentrum waren keine Unterschiede in der Inanspruchnahme nach Familienform ersichtlich.

Aus welchen Gründen wurden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und sozialpädiatrische Zentren nicht in Anspruch genommen?

Als Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme in den letzten vier Wochen wurde in erster Linie kein Bedarf gesehen (ca. 89 % machten diese Angabe bezüglich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und 95 % bezüglich der Sozialpädiatrischen Zentren). Mit der COVID-19-Pandemie möglicherweise assoziierte Gründe (keinen Termin erhalten, verschobener Termin oder Sorgen vor Ansteckung) spielten insgesamt gesehen im Erhebungszeitraum kaum eine Rolle. Es zeigten sich weder bei der Stratifizierung nach Geschlecht noch nach Einkommen signifikante Unterschiede. Bei der altersstratifizierten Berechnung wurde bei den jüngeren Altersgruppen signifikant häufiger „Nein, kein Bedarf“ als Grund für die Nicht-Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie genannt als bei älteren Altersgruppen. Für das sozialpädiatrische Zentrum waren keine signifikanten Unterschiede nach Altersgruppen ersichtlich. Eltern und Jugendliche aus Ein-Eltern-Familien formulierten vor allem bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie seltener, dass sie keinen Bedarf hatten, jedoch häufiger, dass sie keinen Termin bekommen haben. Ähnliche Tendenzen zeichneten sich ebenfalls bei dem sozialpädiatrischen Zentrum ab.

4.6.5 Einordnung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der KIDA-Online-Erhebung zeigten für den Erhebungszeitraum von April 2022 bis März 2023, dass die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren laut der Eltern- sowie Selbstangaben der Jugendlichen in den letzten vier Wochen vor der Befragung keinen Bedarf an Psychotherapie, einem sozialpädiatrischen Zentrum oder verschiedenen psychosozialen Unterstützungsangeboten zur besseren Bewältigung der Herausforderungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie hatte und diese deshalb nicht in Anspruch genommen hat. Die Fragen zur Inanspruchnahme und zur Bewertung von psychosozialen Unterstützungsangeboten sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bzw. einem sozialpädiatrischen Zentrum in den letzten vier Wochen wurden in der KIDA-Onlinebefragung erstmalig in dieser Form erhoben. Da somit keine direkten Vergleichswerte vorliegen, werden die Ergebnisse in nationale und internationale Befunde mit verschiedenen Indikatoren zur Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungs- und Versorgungsangeboten eingeordnet.

Im Jahr 2020 stellten Baldus et al. [73] in einer Querschnittsstudie fest, dass zu dem Zeitpunkt zwar ebenfalls die Mehrheit der teilnehmenden Familien (76,2 %), aber ein geringerer Anteil als in der KIDA-Studie, keinen Bedarf an Hilfe und Unterstützung bei familiären oder persönlichen Problemen während der Pandemie formulierte [73]. Wenn psychosoziale Unterstützungsangebote in Anspruch genommen wurden, dann wurden Angebote vor Ort am häufigsten genutzt. Zu einem ähnlich hohen Anteil wurde die Nutzung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie angegeben. Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass dem persönlichen Kontakt vor Ort oder in Form von telefonischer Beratung nach wie vor in der Inanspruchnahme von Angeboten und deren Bewertung eine hohe Relevanz zukommt. Obwohl Online-Angebote zur psychosozialen Versorgung und Unterstützung in den letzten Jahren und während der Pandemie zunehmend mehr Aufmerksamkeit erhalten haben [76-78], wurden in der KIDA-Studie Online-Portale, Online-Trainings und Gesundheitsapps weniger als andere Angebote genutzt und waren unter den Befragten weniger bekannt. Die seitens der Interministeriellen Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“ vorgeschlagene zentrale Onlineplattform zur Vernetzung digitaler Beratungsangebote sowie zur Suche nach Unterstützungsangeboten vor Ort [79] könnte einen wichtigen Beitrag zum besseren Bekanntheitsgrad von Angeboten leisten.

Unklar ist bei den weiteren Gründen der Nicht-Inanspruchnahme, wie z.B. Unkenntnis des Angebots, ob dahinter ein vorhandener Bedarf liegt oder nicht. Zum Erhebungszeitraum der KIDA-Online-Erhebung war das Infektionsgeschehen rückläufig und dementsprechend wurden auch weniger Maßnahmen zum Infektionsschutz eingesetzt bzw. im Verlauf des Jahres 2022 weitestgehend aufgehoben (siehe Kapitel 4.1). Möglicherweise war deshalb der Bedarf an Unterstützungsangeboten aufgrund der COVID-19-Pandemie gegenüber den Vorjahren ebenfalls gering. Die geringe Ausprägung möglicherweise pandemieassoziiierter Gründe für die Nicht-

Inanspruchnahme von Psychotherapie oder einem sozialpädiatrischen Zentrum spiegeln ebenfalls wieder, dass in dieser Phase wenige Einschränkungen vorhanden waren. Allerdings hatten sich auch bereits in früheren Phasen der Pandemie Patientinnen und Patienten im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie selten oder nie gegen eine Behandlung aufgrund der COVID-19-Pandemie entschieden [80]. Jedoch können Trendanalysen mit Daten der KIDA-Studie gegenüber Zeitpunkten vor oder während der Pandemie aufgrund mangelnder Vergleichbarkeit nicht gemacht werden (siehe Limitationen).

Bei der Fokussierung auf einzelne Subgruppen ist aus Analysen der KiGGs-Studie aus dem vorpandemischen Zeitraum bekannt, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status, der einen Index aus dem Haushaltseinkommen sowie der Bildung und der beruflichen Stellung der Eltern darstellt, häufiger (kinder-)psychiatrische und psychologisch-psychotherapeutische Versorgung in Anspruch genommen haben [81]. In der KIDA-Studie erfolgte eine stratifizierte Analyse lediglich nach dem Einkommen, das nur eine Dimension des sozioökonomischen Status darstellt, wodurch eine unmittelbare Vergleichbarkeit eingeschränkt ist. Die Ergebnisse der bivariaten Subgruppenanalysen in KIDA zeigten keine signifikanten Unterschiede in der Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie oder einem sozialpädiatrischen Zentrum in Abhängigkeit vom Einkommen. Auf Grund der geringen Fallzahl konnten Analysen stratifiziert nach der Bildung der Eltern nicht durchgeführt werden. Weitere Gründe für die Nichtsignifikanz der Unterschiede nach Einkommen in der KIDA-Studie könnten gegebenenfalls in der geringen Fallzahl sowie in den Limitationen der Stichprobe liegen (siehe Kapitel Limitationen). Jedoch berichteten Familien mit niedrigem Einkommen eine höhere Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten im Vergleich zu Familien aus mittleren und höheren Einkommensgruppen. Dieser Befund steht im Einklang mit anderen Untersuchungsergebnissen, dass sozioökonomisch belastete Familien bzw. Familien in prekären Lebenslagen Beratungsangebote häufiger nutzten [82, 83]. Der Befund der KIDA-Studie einer höheren Inanspruchnahme und einer gleichzeitig häufigeren Unkenntnis von psychosozialen Unterstützungsangeboten bei Familien mit geringerem Einkommen findet sich ebenfalls in einer repräsentativen Querschnittsstudie aus dem Zeitraum vor der COVID-19-Pandemie. Trotz der häufigen Inanspruchnahme von Beratungsangeboten (wie z. B. Schwangerschaft- oder Erziehungsberatung) von Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status, gaben circa 19 % dieser Gruppe an, diese Angebote nicht zu kennen [82]. Die Vergleichbarkeit mit den KIDA-Ergebnissen ist jedoch eingeschränkt, da es sich hier um unterschiedliche psychosoziale Angebote handelt. Die Subgruppenanalysen nach Familienform zeigten eine höhere Inanspruchnahme von mindestens einem psychosozialen Unterstützungsangebot und tendenziell auch von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei Ein-Eltern-Familien im Vergleich zu Zwei-Eltern-Familien im Erhebungszeitraum der KIDA-Online-Erhebung. Die Ergebnisse zur höheren Inanspruchnahme sind im Einklang mit verschiedenen Ergebnissen aus dem vorpandemischen Zeitraum, in denen ebenfalls Ein-Eltern-Familien bzw. alleinerziehende Personen eine häufigere Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten angaben [83, 84]. Für Kinder und Jugendliche aus Ein-Eltern-Familien wurde zudem seltener ein fehlender Bedarf als Grund für die Nicht-Inanspruchnahme angegeben. Stattdessen wurden von dieser Gruppe häufiger die Unkenntnis von Angeboten oder keinen Termin für eine Psychotherapie erhalten zu haben als Gründe genannt. Eine höhere Inanspruchnahme von Angeboten der psychosozialen Versorgung durch Familien mit niedrigem Einkommen oder durch Ein-Eltern-Familien muss vor dem Hintergrund unterschiedlicher Morbidität interpretiert werden. Studien zeigen, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Einkommen oder niedrigem sozioökonomischen Status sowie aus Ein-Eltern-Familien häufiger psychisch auffällig sind im Vergleich zu Kindern aus sozioökonomisch besser gestellten Familien [85-87] bzw. Zwei-Eltern-Familien [88, 89], was eine häufigere Inanspruchnahme begründen könnte. Insgesamt ist festzuhalten, dass Familien in schwierigeren Lebensverhältnissen – wie beispielsweise einer schlechteren sozioökonomischen Lage – zwar häufiger Beratungsangebote in Anspruch nehmen, jedoch gleichzeitig mit stärkeren Barrieren zu kämpfen haben, da sie trotz Vorliegen eines Bedarfs an Unterstützung und Hilfe häufiger Angebote nicht in Anspruch nehmen [84].

Limitationen

Eine ausführliche Beschreibung der Limitationen der KIDA-Studie und der vertiefenden Onlinebefragung ist in Kapitel 3.3 enthalten. Eine Beurteilung von zeitlichen Veränderungen in der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungs- und Versorgungsangeboten ist mit den KIDA-Online-Daten nicht möglich, da keine direkten Vergleichswerte zum KIDA-Erhebungszeitraum, den abgefragten Angeboten sowie dem Zeitraum der Inanspruchnahme vorliegen. Während Inanspruchnahmedaten in der Regel für einen Referenzzeitraum von 12

Monaten vorliegen [81, 90, 91], wurde in der KIDA-Studie mit dem Ziel der Pandemiebegleitung nach den letzten vier Wochen gefragt. Bei der Betrachtung der Ergebnisse sollte außerdem berücksichtigt werden, dass aufgrund der zugrundeliegenden geringeren Fallzahlen die Werte dieser Analysen mit statistischer Unsicherheit behaftet sind und deshalb vorsichtig interpretiert werden müssen. Aus diesem Grund konnten Häufigkeiten entweder nur sehr grob oder für die Bewertung der Angebote gar nicht berichtet werden. Die Aussagekraft dieser Analysen ist somit eingeschränkt. Des Weiteren beruhen die Ergebnisse auf Elternangaben von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren und auf Selbstangaben von Jugendlichen im Alter von 16 bis 17 Jahren. Die Eltern- und Selbstangaben wurden für diese Analysen zusammengefasst berichtet, da die Fallzahlen der 16- bis 17-Jährigen in der KIDA-Online-Erhebung zu gering ausfielen, um hier stratifizierte Analysen vornehmen zu können. Es ist zu berücksichtigen, dass die Selbstangaben mit beginnendem Jugendalter häufig zutreffender sind als Elternangaben. Es ist nicht auszuschließen, dass das Aufsuchen professioneller Hilfe oder Inanspruchnahme beispielsweise von Online-Beratung aufgrund psychischer Probleme durch Jugendliche ohne Kenntnis der Eltern erfolgt.

4.7 Rauchverhalten der Eltern und Passivrauchbelastung der Kinder

4.7.1 Kernaussagen

- Die Mehrzahl (70 %) der Eltern 3- bis 15-jähriger Kinder und Jugendlicher rauchte nicht oder nicht mehr.
- 30 % der befragten Eltern rauchten aktuell, darunter mehr Väter als Mütter.
- Unabhängig vom eigenen Rauchstatus gaben insgesamt rund 20 % der Eltern 3- bis 15-Jähriger an, dass in ihrer Wohnung oder wohnungsnah, d.h. auf Balkon oder Terrasse, geraucht wird. Dabei ist von einer Passivrauchbelastung der Kinder auszugehen. Nur ein sehr geringer Anteil berichtete vom Rauchen in der Wohnung.

4.7.2 Hintergrund

Rauchen ist ein erhebliches Gesundheitsrisiko und bedeutende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit [92]. Dabei bestehen nicht nur negative gesundheitliche Folgen für die Rauchenden selbst, sondern auch für die Personen, die einer Passivrauchbelastung ausgesetzt sind [93]. Eltern, die rauchen, vor allem wenn sie auch zu Hause rauchen, sind wesentliche Quelle für eine Passivrauchbelastung ihrer Kinder [94]. Außerdem haben sie in ihrer Vorbildfunktion Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, ob und wie viel ihre Kinder im späteren Leben rauchen [95].

In Deutschland sind in der erwachsenen Bevölkerung in den letzten Jahren sinkende Raucherprävalenzen zu beobachten [96]. Zudem haben die Rauchverbote im Rahmen der Nichtraucherschutzgesetze seit 2007/2008 zu einer deutlichen Verringerung der Passivrauchbelastung in öffentlichen Räumen geführt [97]. Nach wie vor bestehen aber soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung zuungunsten von Erwachsenen aus unteren Bildungsgruppen [98]. Die sozialen Unterschiede beim elterlichen Tabakkonsum haben Unterschiede bei der Passivrauch-Exposition von Kindern zur Folge [99].

In der COVID-19-Pandemie wurde Tabakkonsum als Risikofaktor für einen schweren Krankheitsverlauf ermittelt. Auch konnte gezeigt werden, dass das Risiko an COVID-19 zu sterben bei Rauchenden erhöht war [100]. Daher erschienen ein Rauchstopp bzw. Rauchstoppversuche während der COVID-19-Pandemie plausibel. Andererseits konnten die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie und ihre sozialen Folgen auch zu einem vermehrten Konsum von Tabakprodukten geführt haben, da Raucherinnen und Raucher Tabakkonsum als stressmildernd erleben. Mögliche Änderungen im Rauchverhalten wurden in verschiedenen Studien während der Corona-Pandemie untersucht [101-103]. Dabei wurden unterschiedliche Ergebnisse gefunden, die für die Verbreitung Tabakkonsums sowohl keine Veränderung als auch eine Zu- oder Abnahme ermittelten. Daneben belegten Studien eine Zunahme der Stärke des Tabakkonsums [104, 105]. Das Rauchverhalten von Eltern in der COVID-19-Pandemie und ob die Pandemie zu einer veränderten Passivrauchbelastung der Kinder geführt haben könnte, standen bislang nicht im Fokus.

Mit der KIDA-Studie liegen aktuelle Ergebnisse zum Rauchverhalten von Eltern und zur möglichen Passivrauchbelastung im Haushalt vor.

4.7.3 Wie ist das Rauchverhalten von Eltern?

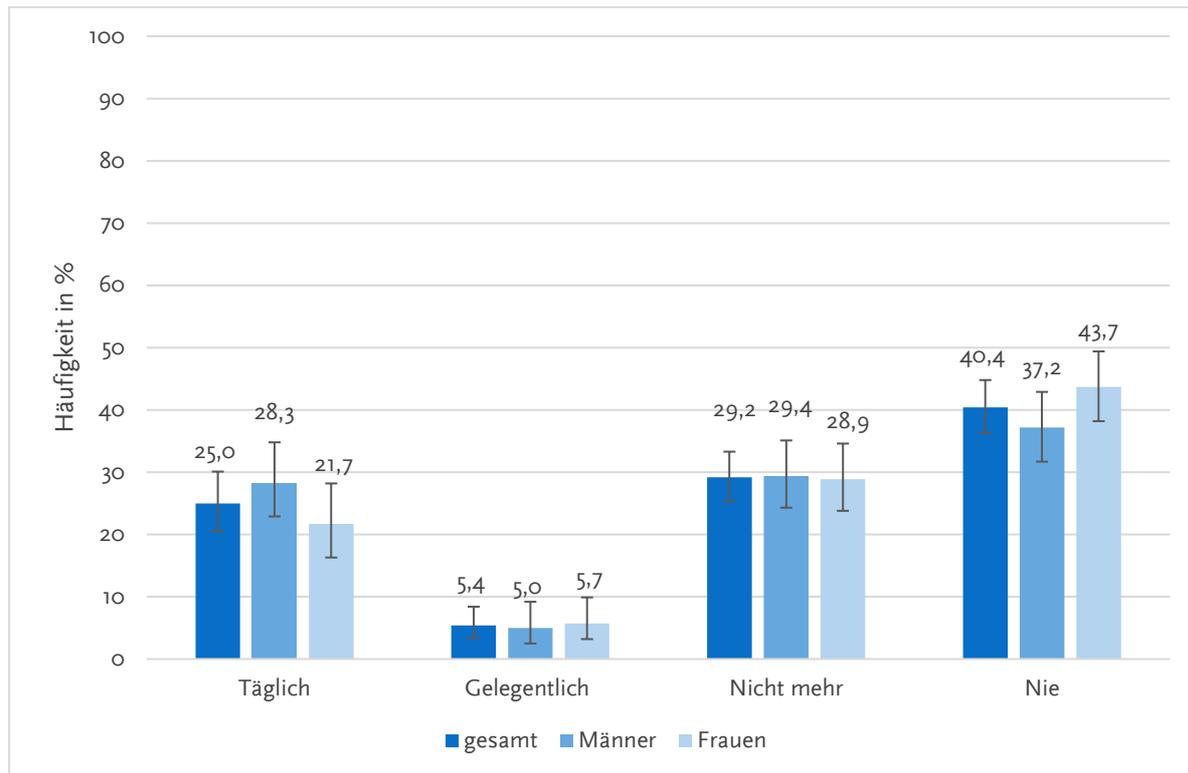
4.7.3.1 Erhebung

In der KIDA-Befragung werden die Eltern von 3- bis 15-Jährigen gefragt „Rauchen Sie Tabakprodukte, einschließlich Tabakerhitzer? Bitte schließen Sie elektronische Zigaretten oder ähnliche Produkte aus.“ Dabei stehen folgende Antwortmöglichkeiten zur Auswahl: „Ja, täglich“, „Ja, gelegentlich“, „Nein, nicht mehr“ und „Ich habe noch nie geraucht.“

4.7.3.2 Ergebnisse

Insgesamt gaben 30,4 % der befragten Eltern an, aktuell zu rauchen, darunter mehr Väter als Mütter. Die Mehrzahl (69,6 %) gab jedoch an, nicht mehr bzw. nicht zu rauchen (siehe Abbildung 22).

Abbildung 22: Häufigkeit des Rauchverhaltens von Eltern von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren, in Prozent für gesamt und getrennt nach Geschlecht



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Telefonbefragung 04/2022–03/2023; nur die teilnehmenden Eltern, die auch den Online-Fragebogen beantwortet haben; gesamt: n = 2.276; Frauen: n = 1.370; Männer: n = 906.

In Haushalten der niedrigen Bildungsgruppe waren die Anteile rauchender Eltern deutlich höher, als in Familien der mittleren und hohen Bildungsgruppe (Daten nicht gezeigt).

Die Eltern wurden in KIDA auch gefragt, ob und wie häufig sie aktuell zu Hause arbeiten. Wird diese Angabe in Bezug zum Rauchstatus der Eltern ausgewertet, zeigt sich, dass fast ein Viertel der rauchenden Eltern (24,3 %) angibt, mehrmals in der Woche bzw. fast immer zu Hause zu arbeiten (Daten nicht gezeigt).

4.7.4 Wie hoch ist die Passivrauchbelastung von Kindern und Jugendlichen?

4.7.4.1 Erhebung

In KIDA werden Eltern von 3- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen unabhängig von ihrem eigenen Rauchverhalten gefragt „Wird in Ihrer Wohnung geraucht?“ Als Antwortkategorien stehen zur Auswahl „Ja“, „Ja, aber ausschließlich auf dem Balkon oder der Terrasse“ oder „Nein“.

4.7.4.2 Ergebnisse

Unabhängig vom eigenen Rauchverhalten berichtete die Mehrzahl (79,9 %) der befragten Eltern, dass in ihrer Wohnung nicht geraucht wird. 20,1 % gaben an, dass wohnungsnah, d.h. auf Balkon, Terrasse oder in der Wohnung geraucht wird. Zu betonen ist, dass nur ein sehr geringer Teil im Wertebereich zwischen 0,3 % und 3,0 % vom Rauchen in der Wohnung berichtete (wegen eingeschränkter statistischer Sicherheit aufgrund geringer Fallzahlen kann hier nur ein Bereich angegeben werden).

Wird das eigene Rauchverhalten der Eltern berücksichtigt, gaben 58,5 % der aktuell rauchenden Eltern an, dass in ihrer Wohnung oder auf dem Balkon oder der Terrasse geraucht wird. Bei den nichtrauchenden Eltern waren es 4,4 %.

4.7.5 Einordnung der Ergebnisse

Zuletzt verfügbare repräsentative Daten zum Rauchverhalten von Eltern stammen aus der KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts aus den Jahren 2014 bis 2017 (Welle 2). Hier wurden beide Elternteile der in der KiGGS-Studie eingeschlossenen Kinder getrennt zum ihrem Rauchverhalten befragt. Demnach lebten 40 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren mit mindestens einem aktuell rauchenden Elternteil zusammen, wobei Väter häufiger rauchten als Mütter (32 % vs. 24 %) [106]. Die Ergebnisse der KIDA-Studie liegen in einer ähnlichen Größenordnung: Hier rauchte bei 30,4 % der 3- bis 17-jährigen das befragte Elternteil, darunter 33,3 % der befragten Väter und 27,4 % der befragten Mütter. Während in KiGGS Welle 2 durch die Befragung beider Elternteile der Anteil der Kinder mit mindestens einem rauchenden Elternteil erhoben wurde, erfasst KIDA lediglich den Rauchstatus des befragten Elternteils, nicht aber des anderen Elternteils bzw. Ehe- oder Lebenspartners oder der -partnerin. Vor diesem Hintergrund erscheint es plausibel, dass der in KiGGS Welle 2 erhobene Anteil an Kindern mit mindestens einem rauchenden Elternteil um 10 % höher ausfällt als der in KIDA ermittelte Anteil an Kindern, bei dem das befragte Elternteil raucht. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die Ergebnisse von KIDA und KiGGS zum Rauchstatus der Eltern auch aufgrund anderer Fragestellungen sowie die abweichender Altersspannen nur begrenzt vergleichbar sind. Ob sich der in den KiGGS-Daten abzeichnende Trend, dass immer weniger Eltern rauchen, über die Pandemie bis heute fortgesetzt hat, lässt sich aus diesem Grund anhand der KIDA-Ergebnisse nicht ermitteln. In KiGGS Welle 2 war der Anteil der rauchenden Eltern gegenüber der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) signifikant um rund elf Prozentpunkte zurückgegangen [106].

Es ist außerdem darauf hinzuweisen, dass sowohl KiGGS als auch KIDA auf Selbstangaben der Befragten beruhen. Sozial erwünschtes Antwortverhalten kann daher nicht ausgeschlossen werden, so dass der reale Anteil rauchender Eltern tatsächlich höher sein könnte.

In der KiGGS-Studie wurde auch die Passivrauchbelastung der Heranwachsenden untersucht. Dazu wurden die Eltern der 0- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen unabhängig von ihrem eigenen Rauchverhalten gefragt, ob in der elterlichen Wohnung in Gegenwart des Kindes geraucht wird. In KiGGS Welle 2 berichteten 9,1 % der befragten Erziehungsberechtigten von einer Passivrauchbelastung in der elterlichen Wohnung (jegliches Rauchen in der Wohnung in Gegenwart des Kindes) [106]. Im Vergleich der drei KiGGS-Wellen hatte die Passivrauchbelastung von seit der KiGGS-Basiserhebung deutlich abgenommen. Und die Ergebnisse der KIDA-Studie zeichnen diesen Trend, wenn auch mit eingeschränkter statistischer Sicherheit weiter fort. Dass in KIDA oftmals zwar nicht in der Wohnung, aber wohnungsnah geraucht wird, deutet an, dass Eltern nicht bewusst ist, dass auch das Rauchen in der Nähe ihres Kindes für dieses ein Gesundheitsrisiko darstellen kann.

Zu beachten ist auch hier, dass aufgrund dessen, dass in KIDA die Eltern von 3- bis 15-jährigen befragt wurden und die Frage nach der häuslichen Passivrauchbelastung anders lautete, die Ergebnisse von KIDA nur begrenzt mit denen der KiGGS-Studie vergleichbar sind. Auch die Rauchbelastung in der elterlichen Wohnung wurde mittels Selbstangabe erfasst und sozial erwünschtes Antwortverhalten und eine Unterschätzung der Prävalenz kann damit nicht ausgeschlossen werden.

4.7.6 Fazit

Ein Fünftel der 3- bis 15-jährigen Kinder und Jugendlichen der KIDA-Studie waren durch wohnungsnahes Rauchen und Passivrauchbelastung in der Wohnung betroffen. Eltern waren dabei eine wesentliche Quelle für die Passivrauchexposition ihrer Kinder. Deshalb wären Maßnahmen, die darauf abzielen Eltern zu ermutigen, das Rauchen aufzugeben, ihre Einstellung zum Rauchen in Gegenwart von Kindern zu ändern oder rauchfreie Wohnungen zu gestalten von Nutzen. Eltern sollten auch dafür sensibilisiert werden, dass sich, auch wenn sie nicht in der Wohnung rauchen, Rauchrückstände auf ihrer Haut und Kleidung befinden, weswegen nach dem Rauchen Händewaschen und Kleidungswechsel angeraten sind. Wenn draußen geraucht wird, sollte genug Abstand zur Wohnung gehalten werden und Türen und Fenster geschlossen sein. Erfahrungen zeigen, dass vor allem Maßnahmen, die gemeinsam mit Eltern entwickelt wurden, erfolgversprechend sind [107, 108].

4.8 Stellenwert ausgewählter Aspekte des Gesundheitsverhaltens in der Kindeserziehung

4.8.1 Kernaussagen

- 97,3 % der befragten Eltern 3- bis 15-jähriger Kinder und Jugendlicher stufen das Zähneputzen ihrer Kinder als wichtig bis sehr wichtig ein, 87,7 % lebhaftes Bewegung/Sport und 84,4 % die gesunde Ernährung.
- Trotz des hohen Stellenwertes dieser Aspekte des Gesundheitsverhaltens in der Erziehung werden Empfehlungen zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten und zur Zahnhygiene bei Heranwachsenden oftmals nicht erreicht, wie Studien zeigen.
- 16 % der befragten Eltern hielten Ernährung für teilweise bis gar nicht wichtig, bei der Bewegung sind es etwa 12% der Eltern.

4.8.2 Hintergrund

Gesunde Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten entwickeln sich bereits in der frühen Kindheit und bleiben bis ins Erwachsenenalter häufig relativ stabil [109-112]. Eltern kommt bei dieser Prägung eine wichtige Rolle zu, denn durch ihre Unterstützung und Vorbildfunktion können sie dazu beitragen, gesunde Gewohnheiten von Kindern und Jugendlichen zu fördern und dadurch das spätere Gesundheitsverhalten der Kinder positiv zu beeinflussen [113, 114].

So belegen mehrere Übersichtsarbeiten einen positiven Zusammenhang zwischen elterlicher Unterstützung und der körperlichen Aktivität von Heranwachsenden [115-118]. Vor allem Ermutigung, aber auch Transportangebote und gemeinsame Aktivitäten [115, 116] sowie die Bereitstellung von Ausrüstung und der Besuch von Sportveranstaltungen [116] der Kinder haben einen förderlichen Einfluss auf das Bewegungsverhalten. Dieser besteht über die Kindheit hinaus auch während der wachsenden Unabhängigkeit im Jugendalter [119].

Ebenso korreliert ein gesundes Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen mit der elterlichen Unterstützung [114, 120-122]. So weisen Übersichtsarbeiten darauf hin, dass gemeinsame Familienmahlzeiten [123], eine angenehme Atmosphäre, Mahlzeiten ohne Bildschirmmedien und das Einbeziehen der Kinder in die Vorbereitung der Mahlzeiten mit der Ernährungsgesundheit der Kinder in Zusammenhang stehen [124]. Zudem lässt sich durch die Bereitstellung von Obst- und Gemüse beispielsweise deren Verzehr steigern. Auch die Beschränkung des Saftkonsums und gemeinsame Familienmahlzeiten abseits des Fernsehers wirken förderlich auf den Obst- und Gemüseverzehr der Kinder [121, 122].

In Hinblick auf die Zahngesundheit von Kindern hat das Verhalten der Eltern ebenfalls einen bedeutenden Einfluss [125]. Kinder, die von ihren Eltern bei der Zahnpflege unterstützt werden, indem sie beispielsweise Techniken zum Zähneputzen beigebracht bekommen und die Zähne nachgeputzt werden, haben ein geringeres Risiko für die Entstehung von Karies.

Unterstützung und Einflussnahme der Eltern setzen voraus, dass diese dem Gesundheitsverhalten ihrer Kinder einen hohen Stellenwert beimessen. Tatsächlich legen einige Erhebungen dar, dass Eltern mit einem Bewusstsein für die vorteilhaften Effekte körperlicher Aktivität ihre Kinder diesbezüglich eher fördern [115]. Zudem scheint der elterliche Stellenwert gesunder Ernährung positiv mit dem Ernährungsverhalten von Kindern [126] in Zusammenhang zu stehen. In Deutschland gibt es wenige Erhebungen, welchen den Stellenwert gesundes Verhalten in der Erziehung von Kindern erfasst haben. Ziel von KIDA ist es daher zu untersuchen, welche Einstellungen Eltern von 3- bis 15-jährigen Kindern in Bezug auf Ernährung, Bewegung und Zahngesundheit in der Erziehung ihres Kindes haben.

4.8.3 Wie wichtig sind Eltern Zähneputzen, lebhafte Bewegung und gesunde Ernährung in der Erziehung ihrer Kinder?

4.8.3.1 Erhebung

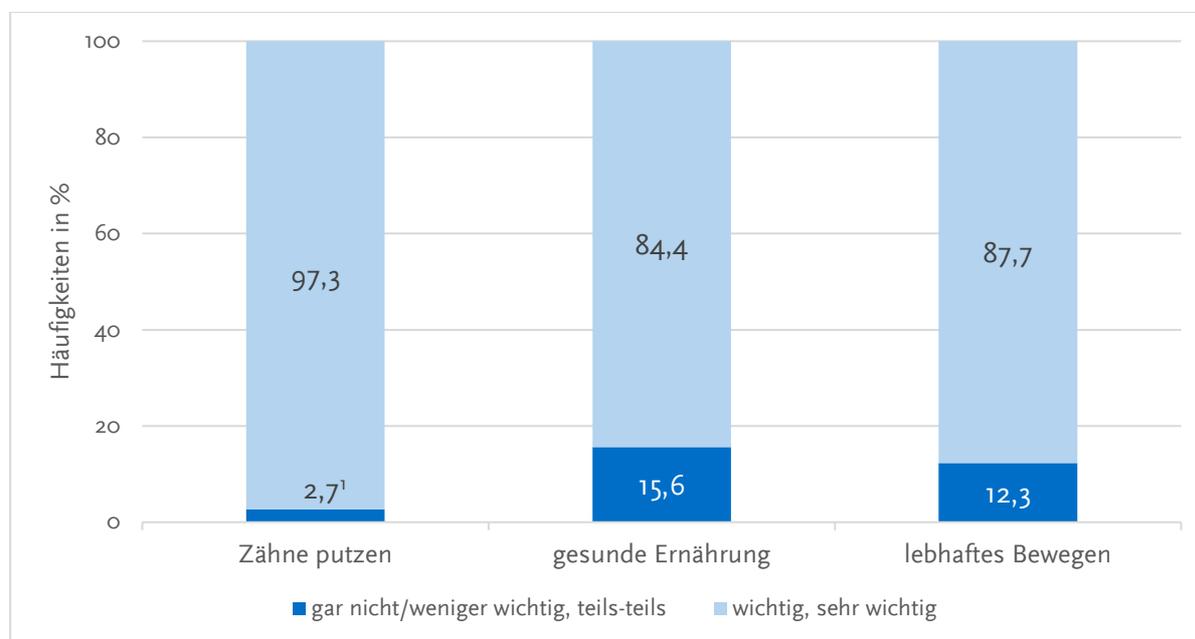
Den Eltern der 3- bis 15-Jährigen Kindern und Jugendlichen wird in KIDA die Frage gestellt „Wie wichtig ist Ihnen bei der Erziehung Ihres Kindes...“. Für die drei Bereiche „Zähne putzen“, „gesunde Ernährung“ und „lebhaftes Bewegen/Sport“ kann jeweils eine der folgenden fünf Antwortkategorien ausgewählt werden: „gar nicht wichtig“, „weniger wichtig“, „teils-teils“, „wichtig“, „sehr wichtig“. In der Auswertung wurden die Kategorien „gar nicht wichtig“, „weniger wichtig“ und „teils-teils“ sowie „wichtig“ und „sehr wichtig“ zu je einer Variablen mit zwei Ausprägungen zusammengefasst.

4.8.3.2 Ergebnisse

97,3 % der Eltern gaben an, dass ihnen das Zähneputzen ihres Kindes wichtig bis sehr wichtig ist (siehe Abbildung 23). Der Anteil der Eltern, die gesunde Ernährung und lebhafte Bewegung als wichtig bis sehr wichtig einstufen, lag mit 84,4 % in Bezug auf Ernährung und 87,7 % in Bezug auf Bewegung signifikant niedriger (siehe Abbildung 23). Mit zunehmendem Alter des Kindes nahm der Anteil der Eltern ab, die lebhafte Bewegung für wichtig bis sehr wichtig hielten. Während für 93,1 % der Eltern von 3- bis 6-jährigen Kindern lebhafte Bewegung wichtig bis sehr wichtig war, waren es bei den 11- bis 15-Jährigen 83,1 %. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen bezüglich der Frage zum Stellenwert einer gesunden Ernährung. Zudem bestanden keine Unterschiede in den Bereichen gesunde Ernährung und lebhafte Bewegung nach Geschlecht des Kindes. Aufgrund des hohen Anteils an Eltern, die das Zähneputzen als wichtig bis sehr wichtig eingestuft haben, wurde bei diesem Bereich auf eine Stratifizierung nach Alter und Geschlecht des Kindes verzichtet.

Der Anteil der Eltern, der alle drei Bereiche (Zähneputzen, gesunde Ernährung und lebhafte Bewegung) als wichtig bis sehr wichtig einstufte, lag bei 76,7 %.

Abbildung 23: Einschätzung der Eltern zum Stellenwert des Zähneputzens, einer gesunden Ernährung und von lebhafter Bewegung in der Erziehung ihres Kindes, in Prozent für gesamt und getrennt nach Stellenwert



Anmerkungen: Datenbasis: KIDA-Onlinebefragung 04/2022–02/2023; Fallzahlen pro Bereich jeweils n = 2.182; ¹ die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb mit Vorsicht interpretiert werden.

4.8.3.3 Einordnung

Der große Anteil an Eltern, der angab, Zähneputzen, gesunde Ernährung und lebhaftes Bewegung in der Erziehung ihres Kindes für wichtig bis sehr wichtig zu halten, spiegelt sich in den KIDA-Ergebnissen zum tatsächlichen Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen nicht immer wider.

So legen die im zweiten KIDA-Quartalsbericht beschriebenen Ergebnisse nahe, dass zwar circa 88 % der Eltern lebhaftes Bewegung ihres Kindes als sehr wichtig bis wichtig einstufen, jedoch lediglich 57 % der 3- bis 15-jährigen Kinder und Jugendlichen die Bewegungsempfehlung der Weltgesundheitsorganisation erreichen. 11- bis 15-jährige erreichten diese Empfehlung mit 41 % noch seltener [70]. In dieser Altersgruppe nimmt auch der Anteil der Eltern ab, der lebhaftes Bewegung als wichtig einschätzt, wodurch möglicherweise die Unterstützung zur Ausübung von Bewegung abnimmt. Eine Abnahme von elterlicher Unterstützung der Bewegung mit zunehmendem Alter des Kindes konnte in mehreren Studien nachgewiesen werden [115].

Diskrepanz besteht auch zwischen der Einschätzung der Eltern zum Stellenwert der Ernährung und dem tatsächlichen Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen. Während knapp 85 % gesunde Ernährung in der Erziehung ihres Kindes für (sehr) wichtig hielten, zeigten die Ergebnisse aus KIDA, dass beispielsweise nur etwa die Hälfte der Heranwachsenden im Alter zwischen 3 und 17 Jahren täglich sowohl Obst als auch Gemüse verzehrten [127]. Das Zahnputzverhalten von Kindern wurden in KIDA nicht erhoben. Ergebnisse der zweiten Erhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2) zeigten jedoch, dass etwa ein Fünftel der 0- bis 17-jährigen die empfohlene Zahnputzhäufigkeit nicht erreichten [128]. Demgegenüber stehen 97 % der Elternteile, die das Zähneputzen ihrer Kinder für (sehr) wichtig hielten.

Wie diese Daten zeigen, hängt ein hoher Stellenwert, den Eltern den Verhaltensweisen Bewegung, Ernährung und Zahnhygiene in der Erziehung zuschreiben, nicht zwangsläufig mit entsprechend gesunden Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen zusammen. Zwar sind ein hohes Bewusstsein und positive Einstellung grundlegende Voraussetzungen dafür, dass Eltern die Gesundheit ihrer Kinder aktiv fördern, jedoch keine hinreichende Bedingung dafür, dass das im Alltag auch stets gelingt. Gesundheitsverhalten wird von einer Vielzahl an Faktoren beeinflusst, die neben individuellen und intraindividuellen Faktoren auch Umgebungsfaktoren beinhalten [129]. Ein Mangel an unterstützenden Strukturen und Ressourcen wie Zeit, Wissen, finanzielle Mittel oder Zugang zu Angeboten können der Umsetzung im Wege stehen. Hier sollten präventive Maßnahmen ansetzen. Daneben ist zu berücksichtigen, dass auch ein sozial erwünschtes Antwortverhalten zu einem vermehrten Auswählen der Kategorien „wichtig“ und „sehr wichtig“ geführt haben kann.

Während mit 97 % nahezu alle befragten Eltern angaben, Zähneputzen für wichtig bis sehr wichtig zu erachten, gaben 84,4 % der Eltern an, gesunde Ernährung und 87,7 % lebhaftes Bewegung als wichtig bis sehr wichtig einzustufen. Gesunde Ernährung und körperliche Aktivität haben eine hohe Bedeutung für die kindliche Entwicklung, die Prävention chronischer Erkrankungen und das Beibehalten eines gesunden Körpergewichts. Wenn Eltern Ernährungs- und Bewegungsverhalten einen geringen Stellenwert in der Erziehung beimessen, kann das die Rahmenbedingungen für das gesunde Aufwachsen von Kindern erschweren.

4.8.3.4 Fazit

Das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen hat nach eigenen Angaben einen hohen Stellenwert in der elterlichen Erziehung. Dieses Ergebnis ist eine gute Ausgangslage für weitere Ansätze, die die Mitarbeit und Akzeptanz der Eltern in der Erziehung eines guten Gesundheitsverhaltens der Kinder erfordern. Um konkrete Verbesserungen des Gesundheitsverhaltens von Kindern und Jugendlichen zu erreichen, sollten die Gründe, die dies verhindern, ermittelt werden und bei der Entwicklung gezielter Ansätze und konkreter Handlungsanleitungen berücksichtigt werden. Das Bewusstsein für die Bedeutung, die Ernährung und körperliche Aktivität für gesundes Aufwachsen haben, sollte durch gezielte Maßnahmen erhöht werden.

5 KIDA Studienbeschreibung

5.1 Studiendesign und Stichprobe

Die Studie „Kindergesundheit in Deutschland aktuell“ (KIDA) ist in die kontinuierlich durchgeführte Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA Basis) eingebettet und soll ein Monitoring der Kindergesundheit während verschiedener Phasen der COVID-19-Pandemie ermöglichen. KIDA findet im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit statt. Es werden Eltern (mit Kindern im Alter von 3 bis 15 Jahren) und Jugendliche (16 bis 17 Jahre) befragt. Die Erhebung besteht aus einer telefonischen Befragung und einer nachgeschalteten vertiefenden Online-Befragung. Die telefonische Befragung startete am 09.02.2022 und endete im April 2023. Die Online-Befragung startete am 20.04.2022 und befindet sich zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des vierten Quartalsberichtes noch in der Feldphase.

Die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) wird regelmäßig vom Robert Koch-Institut (RKI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) durchgeführt und ist Bestandteil des am RKI etablierten bundesweiten Gesundheitsmonitorings [130, 131]. Mit GEDA Basis ist dieses Surveysystem weiter verfeinert und im Hinblick auf eine zeitnahe Analyse und zentrale Kennzahlen gestützte Ergebnisdarstellung weiterentwickelt worden. Für das Gesundheitsmonitoring bei Erwachsenen in Deutschland hat sich dieses Instrumentarium außerordentlich bewährt, insbesondere während der Pandemie [132]. Die Grundgesamtheit umfasst die in Privathaushalten lebende Bevölkerung ab 16 Jahren, deren üblicher Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Datenerhebung in Deutschland liegt. Hierbei sind sowohl Einpersonen- als auch Mehrpersonenhaushalte inbegriffen, die eigenständig wirtschaften. Diese Definition umfasst keine kollektiven Haushalte wie Krankenhäuser, Pflege- oder Wohnheime, Gefängnisse, Kasernen, religiöse Einrichtungen oder Pensionen. Der „übliche Aufenthaltsort“ wird in GEDA folgendermaßen definiert: Es ist der Ort, an dem eine Person normalerweise lebt oder ihren Lebensmittelpunkt sieht – ungeachtet vorübergehender Abwesenheit zu Zwecken der Erholung, der beruflichen Tätigkeit, der medizinischen Behandlung oder ähnlichem.

Für die Stichprobenziehung wird das Telefonstichprobensystem des Arbeitskreises Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V. (ADM) genutzt [133]. Dieses beruht auf dem sogenannten Dual-Frame-Verfahren, bei dem zwei Auswahlgesamtheiten genutzt werden: eine Mobilfunk- und eine Festnetzgesamtheit. Diese Herangehensweise erlaubt es, jede Befragung repräsentativ für die Zielgruppe in Deutschland durchzuführen. Für die zufällige Auswahl der zu interviewenden Person wird ein von Leslie Kish entwickeltes Verfahren zur Zufallsauswahl von Befragungspersonen in Haushalten mit mehreren Personen verwendet, der Kish-Selection-Grid („Schwedenschlüssel“) [134]. Durch dieses Verfahren wird sichergestellt, dass unabhängig vom Interviewenden und der Kontaktperson im Haushalt zufällig ausgewählt wird, mit welcher Person das Interview geführt werden soll.

Basierend auf diesem Zugang wurden alle Personen mit im Haushalt lebenden Kindern, sowie Jugendliche ab 16 Jahren für die Teilnahme an der Telefonbefragung der KIDA-Studie einbezogen. Eltern beantworteten die Fragen für maximal zwei im Haushalt lebenden Kinder. Für Haushalte mit mehr als zwei Kinder erfolgte die Auswahl zufällig. Zu Beginn des Telefoninterviews wurden 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 mündliche Zustimmung war Voraussetzung für die Durchführung des Interviews.

Um die teilnehmenden Eltern und Jugendlichen zur anschließenden vertiefenden Online-Befragung einzuladen, wurde im Anschluss an das telefonische Interview eine Bereitschaft zur Wiederbefragung und der Erfassung einer digitalen Kontaktmöglichkeit eingeholt. Zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft an dieser online-basierten Vertiefungsbefragung wurden Incentives in Form von unbedingten Internet-Gutscheinen eingesetzt.

Die Feldlaufzeit der Telefonbefragung betrug 14 Monate, wobei Daten bis zu einem Gesamtumfang von insgesamt ca. 7.000 Personen erhoben wurden. Die monatlichen Datenerhebungen konnten abhängig von Stichprobengröße und -zusammensetzung als Teilstichproben ausgewertet werden.

5.1.1 Erhebungsinstrument

Da die KIDA-Studie in die GEDA-Studie integriert ist, findet in KIDA ebenfalls der GEDA-Fragebogen Anwendung. Dieser besteht aus einem Kern-Fragebogen, welcher zum einen Hintergrundvariablen zu demografischen, geografischen und sozioökonomischen Charakteristika der Teilnehmenden (Geschlecht, Alter, Bildung, Beschäftigungsstatus, Haushaltstyp, etc.) und zum anderen Basis-Elemente zur körperlichen und psychischen Gesundheit sowie zum Gesundheitsverhalten umfasst.

Neben dem Kern-Fragebogen, den alle Befragten beantworteten, besteht das GEDA-Erhebungsinstrument aus vier Modulen, die sich jeweils auf einen thematischen Schwerpunkt konzentrieren (NCD-Surveillance, Mental Health Surveillance, Gesundheitsverhalten, Sonstige Forschungsbereiche). GEDA-Teilnehmende erhalten neben den Kern-Fragen jeweils eines der Module zufällig zugeteilt.

Die telefonische KIDA-Befragung beinhaltet neben sozioökonomischen Determinanten (z.B. Bildung des zweiten Elternteils) die folgenden Bereiche: pandemiespezifische Indikatoren (z.B. Infektionsstatus, Quarantäne, Teststrategie der Betreuungseinrichtung), körperliche Gesundheit (z.B. körperliche Beschwerden, allgemeiner Gesundheitszustand), psychische Gesundheit und Gesundheitsverhalten (z.B. Bewegungsverhalten) sozialen Determinanten (z.B. familiärer Zusammenhalt). Im nachgeschalteten Online-Fragebogen werden diese Inhalte um vertiefende Fragestellungen ergänzt. Beide Fragebögen enthalten international etablierte Instrumente sowie in früheren Surveys des RKI zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erprobte Fragensets, um essentielle Konzepte und Kennzahlen (Indikatoren) zur körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu erfassen. Diese wurden um weitere Fragen ergänzt, welche auf die Pandemiesituation angepasst wurden (z.B. „Verglichen mit der Zeit vor der Corona-Pandemie (also vor März 2020), wie würden Sie die derzeitige psychische Gesundheit Ihres Kindes beschreiben?“). Der telefonische Befragungsumfang belief sich auf ca. 20 Minuten, um eine hohe Teilnahmebereitschaft sicherzustellen.

5.1.2 Erhebungsmethoden

Die Erhebung besteht aus zwei Teilerhebungen: Im ersten Schritt wurde eine telefonische Befragung mittels eines programmierten, vollstrukturierten Fragebogens durchgeführt (Computer Assisted Telephone Interview – CATI). Der Fragebogen wurde mit Hilfe der Software „VOXCO Interviewersuite“ umgesetzt. Ein computergestütztes Interview bietet technische Vorteile, die sich direkt auf die Qualität der Daten auswirken. Es können beispielsweise eine automatisierte Filterführung, Plausibilitätsprüfungen sowie definierte Antwortbereiche hinterlegt werden. Nach der Programmierung durchlief der Fragebogen routinemäßig mehrere interne Qualitätssicherungsstufen. Die telefonische Befragung wurde im Auftrag des RKI durch ein externes Markt- und Sozialforschungsinstitut durchgeführt. Im zweiten Schritt folgt die vertiefende Online-Befragung. Diese wurde mit der Erhebungssoftware „VOXCO Online“ durchgeführt. Das Online-Erhebungsinstrument wurde, wie der CATI-Fragebogen, nach Fertigstellung durch mehrere interne Qualitätssicherungsschritte geprüft. Sofern die Teilnehmenden telefonisch zur Kontaktaufnahme eingewilligt haben, werden Einladungen zur Online-Befragung per E-Mail verschickt. Diese E-Mail enthält einen Link zu den Datenschutzhinweisen (bzgl. der KIDA-Nachbefragung und der Nutzung der VOXCO Plattform), einen Einwilligungstext hinsichtlich der Folgebefragung selbst und einen Link zum Online-Fragebogen. Außerdem wird mit der Einladung ein Online-Gutschein versendet, den die Teilnehmenden als Incentivierung erhalten. Pro Kind bzw. Jugendlichen wird eine Aufwandsentschädigung von 25 € unkonkonditional eingesetzt. Ein E-Mail-Erinnerungsverfahren (maximal 2 Reminder) wurde etabliert, um die Teilnahmequote zu erhöhen.

5.2 Durchführung der telefonischen Erhebung

Mit der Durchführung der telefonischen Datenerhebung wurde ein externes Markt- und Sozialforschungsinstitut (USUMA GmbH) beauftragt. Bei allen Interviewenden handelte es sich um erfahrene Interviewerinnen und Interviewer, die bereits zuvor im Rahmen von Markt- und Sozialforschung telefonische Befragungen durchgeführt haben. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des RKI begleiteten den Datenerhebungsprozess sowohl in der Vorbereitung (Schulung der Interviewerinnen und Interviewer) als auch kontinuierlich.

5.2.1 Pretestung

Für die telefonische Befragung wurde ein zweiwöchiger Pretest von dem mit der Erhebung beauftragten externen Markt- und Sozialforschungsinstitut durchgeführt. Hierbei wurde auf folgende Aspekte geachtet:

- Verständlichkeit: Die Verständlichkeit der Fragen, um zu erfahren, ob tatsächlich auch die Inhalte erfragt und abgebildet werden, die angezielt waren (Validität).
- Fragereihenfolge und Logik: Die Anordnung der Fragenkomplexe, um zu prüfen, ob möglicherweise eine unbewusste Beeinflussung der Befragten in der Fragefolge entstanden ist (Reliabilität).
- Filterführung: Die Filterung der Fragenfolge, um zu prüfen, ob die Filter richtig programmiert wurden (Erhebungsgüte).
- Fragebogenkonstruktion und Fragestellung: Die Sinnfälligkeit, um abzusichern, dass inhaltlich nicht relevante Fragestellungen oder inhaltliche Dopplungen aufgedeckt werden (Homogenität und Trennschärfe).
- Fragebogendauer: Die Zeit des Gesamtfragebogens und einzelner Fragenkomplexe.

5.2.2 Feldverlauf und Feldmonitoring

Die telefonische Befragung startete am 09.02.2022 und endete im April 2023. Die Online-Befragung startete am 20.04.2022 und befindet sich zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des vierten Quartalsberichtes noch in der Feldphase. Die Feldlaufzeit der Telefonbefragung war über den Zeitraum von 14 Monaten geplant. Die telefonischen Interviews wurden an den Wochentagen Montag bis Freitag in der Zeit von 14:30 bis 21:00 Uhr und bei vereinbarten Terminen auch in der Zeit von 08:30 bis 14:30 Uhr sowie am Samstag zwischen 10:00 und 14:00 Uhr geführt. Supervisorinnen und Supervisoren begleiteten die Interviewenden.

Im Kontext der KIDA-Studie fand ein Feldmonitoring statt, um die Einhaltung einer standardisierten Messsituation (Interview) sicherzustellen. Die Qualität der Daten und deren Erhebung wurde durch kontinuierliche Maßnahmen sichergestellt. Im Rahmen des Feldmonitorings wurden regelmäßig ausführliche Interviewendenperformance-Reports erstellt, um die Arbeitsweise und Effektivität zu beurteilen. Hierbei wurden unter anderem die Anzahl der Interviews, die Anzahl der Verweigerungen, die Anzahl der Terminvereinbarungen, die durchschnittliche Interviewdauer und die Erfolgsquote abgebildet.

5.3 Datenaufbereitung und Gewichtung

Die Datenprüfung erfolgte nach festgelegten Validierungsregeln, welche Regeln zur Filter- und Wertebereichsprüfung sowie Plausibilitätsprüfung enthalten. Sie umfasste neben formalen auch inhaltliche Aspekte. Bei inhaltlichen Fragen wurde der oder die für den jeweiligen Fragebogenteil Verantwortliche an der Entscheidung, wie mit Implausibilitäten umzugehen ist oder wie codiert werden soll, beteiligt. Konnten widersprüchliche Angaben durch das Fehlen ergänzender Informationen nicht korrigiert werden, wurden diese Angaben in der Dateninfo dokumentiert. Zur Gewährleistung eines einheitlichen Vorgehens bei Datenänderungen wurden allgemeine Regeln zur Datenprüfung und -korrektur abgesprochen. Zudem wurden alle Editieranweisungen in einer Datenbank dokumentiert. Im Zuge der Datenaufbereitung erfolgte die Generierung zusätzlicher Variablen. Diese sind Indikatorvariablen sowie notwendige Variablen für die Gewichtung. Die Stichprobengewichte geben an, wie viele Personen aus der Grundgesamtheit durch eine Person in der Stichprobe repräsentiert werden. Die Gewichtung bestand aus einer Design- und einer Anpassungsgewichtung. Die Designgewichte werden durch die Wahrscheinlichkeit bestimmt, mit der eine Person Teil der Stichprobe ist (Auswahlwahrscheinlichkeit). Personen mit einer geringeren Auswahlwahrscheinlichkeit repräsentieren mehr Menschen aus der Grundgesamtheit als Personen mit einer hohen Auswahlwahrscheinlichkeit. Die Stichprobe basiert auf einer Kombination aus Mobilfunk- und Festnetzstichprobe. Die daraus folgenden Designgewichte beruhen auf einem Standard-Berechnungsverfahren für das hier vorliegende Dual-Frame-Design. Aufbauend auf der Designgewichtung des GEDA teilnehmenden Elternteils wurde bei den 3- bis 15-jährigen die Anzahl der Kinder der interviewten (GEDA-)Person sowie der Anzahl der Elternteile über die das Kind in die Stichprobe gezogen hätte werden können berücksichtigt. Die Anpassungsgewichtung gleicht die individuelle Teilnahmereitschaft aus. Sind Personen aus bestimmten Bevölkerungsgruppen weniger bereit an der Studie teilzunehmen so führt dies dazu, dass deren Anteil in der Stichprobe nicht mit dem in der Grundgesamtheit übereinstimmt. Für jeden Erhebungszeitpunkt der KIDA-

Studie wurde ein eigenständiger Datensatz erzeugt. Damit die einzelnen Stichproben der Erhebungszeitpunkte vergleichbar sind und zusammengefasst werden können wurden separate Gewichtungsfaktoren für jeden Erhebungszeitpunkt berechnet. Die Gewichtungsfaktoren passen die einzelnen Stichproben an die Bevölkerungsverteilungen öffentlicher Statistiken an. Die Bevölkerungsverteilung beruht dabei auf Zahlen des Statistischen Bundesamts (Bundesland, Alter, Geschlecht; Stand 31.12.2020) und des Mikrozensus 2018 (CASMIN Bildung (Maximum der Eltern)).

Nicht alle Teilnehmenden der Basisbefragung nehmen an der Onlinebefragung teil. Falls die Wiederteilnahme nicht zufällig, sondern von bestimmten Parametern abhängig ist, können Selektionseffekte auftreten, die zu Stichprobenverzerrungen führen. Um Selektionseffekte zu minimieren, wurden mit den Informationen aus der Basisbefragung Dropoutgewichte berechnet [135]. Diese ergeben sich aus der prognostizierten Teilnahmebereitschaft, welche über eine logistische Regression geschätzt wird. Hierbei ist die abhängige Variable Teilnahme an der Onlinebefragung (Ja/Nein). Als unabhängige Variable wurden Informationen aus der Basiserhebung genutzt, da diese für Teilnehmende und Nicht-Teilnehmende vorliegen. Die erklärenden Variablen wurden mittels einer Stepwise Regression automatisch ausgewählt. Hierbei wurden nur Variablen berücksichtigt, die eine maximale Missingquote von 5 % aufweisen. Missings wurden mit dem jeweiligen Median ersetzt. Es wurden zusätzlich Interaktionen mit Alter, Geschlecht und Bildung getestet. Außerdem wurde das Modell (inklusive Variablenauswahl) getrennt für die 3- bis 15-Jährigen und die 16- bis 17-Jährigen geschätzt. Nach der Dropoutgewichtung wurden die Daten analog zur oben beschriebenen Anpassungsgewichtung an öffentliche Bevölkerungsverteilungen nochmals angepasst.

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. 10.1007/s00103-010-1055-6
3. Dragano N, Lampert T, Siegrist J (2010) Wie baut sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf auf? In: Deutsches Jugendinstitut (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. 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. 10.5445/IR/1000133697/v2
6. 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. 10.1055/a-1397-5400
7. 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. Eur Child Adolesc Psychiatry 31(6):879-889. 10.1007/s00787-021-01726-5
8. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M et al. (2023) 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. Eur Child Adolesc Psychiatry 32:575-588. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01889-1>
9. 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. 10.1007/s00103-021-03291-3
10. 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. Results of the COPSY study. Dtsch Arztebl Int 117(48):828-829. 10.3238/arztebl.2020.0828
11. 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. 10.3238/arztebl.m2021.0188
12. 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. 10.1111/famp.12601
13. Blättner B (2007) Das Modell der Salutogenese: Eine Leitorientierung für die berufliche Praxis. Präz Gesundheitsf 2(2):67-73. 10.1007/s11553-007-0063-3
14. Dahl R, Allen N, Wilbrecht L et al. (2018) Importance of investing in adolescence from a developmental science perspective. Nature 554(7693):441-450. 10.1038/nature25770
15. von der Heyde C (2013) Das ADM-Stichprobensystem für Telefonbefragungen. https://www.gessgroup.de/wp-content/uploads/2016/09/Beschreibung-ADM-Telefonstichproben_DE-2013.pdf (Stand: 03.05.2023)
16. Canada S (2009) Quality level guidelines. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/13foo26m/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. <https://doi.org/10.1367/A03-178R.1> (Stand: 08.08.2022)

20. Schmich P, Lemcke J, Zeisler M et al. (2018) Ad-hoc-Studien im Robert Koch-Institut. *J Health Monit* 3(3):75-86. 10.17886/RKI-GBE-2018-081
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. <https://edoc.rki.de/handle/176904/7549> (Stand: 05.08.2022)
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: 23.03.2023)
23. Ritchie H, Mathieu E, Rodés-Guirao L et al. (2020) Coronavirus Pandemic (COVID-19). <https://ourworldindata.org/coronavirus> (Stand: 14.03.2022)
24. Hale T, Webster 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. Albrecht JN, 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. 10.1001/jamanetworkopen.2021.42100
26. 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)
27. 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. 10.1007/s00112-021-01133-9
28. 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. 10.1016/j.tine.2020.100138
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. 10.1001/jamanetworkopen.2020.35487
30. Robert Koch-Institut (2022) Wöchentlicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19), 23.03.2023. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-05-19.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 23.03.2023)
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;jsessionid=AEEFF88791D505C1ED214F6530876D4A.internet111?nn=13490888#doc14716546bodyText6 (Stand: 23.03.2023)
32. Mauz E, Schmitz R, Poethko-Müller C (2017) Kinder und Jugendliche mit besonderem Versorgungsbedarf im Follow-up: Ergebnisse der KiGGS-Studie 2003 – 2012. *J Health Monit* 2(4):45-65. 10.17886/RKI-GBE-2017-051
33. 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. 10.1007/s00103-007-0237-3
34. 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. 10.1367/1539-4409(2002)002<0038:icwshc>2.0.co;2
35. Schmidt S, Thyen U, Petersen C et al. (2004) The performance of the screener to identify children with special health care needs in a European sample of children with chronic conditions. *Eur J Pediatr* 163(9):517-523. 10.1007/s00431-004-1458-1
36. Gigli KH, Graaf G (2023) Changes in Use and Access to Care for Children and Youth With Special Health Care Needs During the COVID-19 Pandemic. *J Pediatr Health Care* 37(2):185-192. 10.1016/j.pedhc.2022.09.008
37. Saß A-C, Kuhnert R, Gutsche J (2019) Unfallverletzungen im Kindes- und Jugendalter – Prävalenzen, Unfall- und Behandlungsorte, Mechanismen. Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Bundesgesundheitsbl* 62:1174–1183. 10.1007/s00103-019-03013-w
38. Saß AC, Poethko-Müller C, Rommel A (2014) Das Unfallgeschehen im Kindes- und Jugendalter – Aktuelle Prävalenzen, Determinanten und Zeitvergleich. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl* 57(7):789-797. 10.1007/s00103-014-1977-5

39. Kahl H, Dortschy R, Ellsäßer G (2007) Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1–17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl 50(5):718-727. 10.1007/s00103-007-0233-7
40. Statistische Bundesamt (Destatis) (2022) Verkehrsunfälle 2021: Neuer Tiefststand bei Verkehrstoten und Verletzten. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/07/PD22_286_46241.html (Stand: 04.04.2023)
41. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022) Statistik der Straßenverkehrsunfälle 2021. Verletzte und getötete Kinder unter 15 Jahren bei Straßenverkehrsunfällen. www.gbe-bund.de (Stand: 04.04.2023)
42. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021) Statistik der Straßenverkehrsunfälle 2020. Verletzte und getötete Kinder unter 15 Jahren bei Straßenverkehrsunfällen. www.gbe-bund.de (Stand: 04.04.2023)
43. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (2021) Schülerunfallgeschehen 2020. DGUV, Berlin. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/4303> (Stand: 04.04.2023)
44. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (2022) Schülerunfallgeschehen 2021. DGUV, Berlin. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/4568> (Stand: 04.04.2023)
45. World Health Organisation (WHO) (2021) Responding to violence against women and children during COVID-19: impact on service provision, strategies and actions in the WHO European Region. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1395948/retrieve> (Stand: 04.04.2023)
46. World Health Organisation (WHO) (2021) Women and children experienced higher rates of violence in pandemic's first months. <https://www.who.int/europe/news/item/26-11-2021-women-and-children-experienced-higher-rates-of-violence-in-pandemic-s-first-months> (Stand: 04.04.2023)
47. Hilftelefon „Gewalt gegen Frauen“ (2022) Das Jahr 2021 in Zahlen. https://www.hilftelefon.de/fileadmin/content/04_Materialien/1_Materialien_Bestellen/Jahresbericht_e/2021/Hilftelefon_GewaltgegenFrauen_Das-Jahr-2021-in-Zahlen_web.pdf (Stand: 04.04.2023)
48. Hilftelefon „Gewalt gegen Frauen“ (2021) Jahresbericht 2020. https://www.hilftelefon.de/fileadmin/content/01_Das_Hilftelefon/4_Zahlen-und-Fakten/Jahresberichte/501_Jahresbericht_2020_web.pdf (Stand: 03.05.2023)
49. Alves T, Silva S, Papadakaki M et al. (2022) Changes in home and leisure accidents in children and young people during the COVID-19 pandemic in Portugal Oral presentation, EU|SAFETY 2022, Vienna, Austria, S. 80
50. Rigou A, Beltzer N (2022) Emergency admissions for domestic accidents during the first Covid-19 lockdown in France Oral presentation, EU|SAFETY 2022, Vienna, Austria, S. 42
51. Chaffard-Luçon M-P, Beltzer N, Rigou A et al. (2022) Child Defenestration: An Unexpected collateral Effect of the first Covid-19 Lockdown Oral presentation, EU|SAFETY 2022, Vienna, Austria, S. 27
52. Johnson MA, Halloran K, Carpenter C et al. (2021) Changes in pediatric sports injury presentation during the COVID-19 pandemic: a multicenter analysis. Orthop J Sports Med 9(4):23259671211010826. 10.1177/23259671211010826
53. Statistische Bundesamt (Destatis) (2018) Verteilung der Bevölkerung nach ihrem Gesundheitszustand (in Prozent), Fragen zur Gesundheit, Mikrozensus 2017 (unveröff. Sonderauswertung für 3- bis 15-Jährige).
54. Bundesministerium für Gesundheit (2022) Coronavirus-Pandemie: Was geschah wann? Chronik aller Entwicklungen im Kampf gegen COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2) und der dazugehörigen Maßnahmen des Bundesgesundheitsministeriums. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/chronik-coronavirus.html> (Stand: 14.07.2022)
55. Bujard M, von den Driesch E, Ruckdeschel K et al. (2021) Belastungen von Kindern, Jugendlichen und Eltern in der Corona-Pandemie. BiB.Bevölkerungs.Studien 2/2021. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden, S. 1-86
56. Schlack R, Neuperdt L, Junker S et al. (2022) Veränderungen der psychischen Gesundheit in der Kinder- und Jugendbevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse eines Rapid Reviews. J Health Monit 8(S1):2-74. 10.25646/10760
57. Sperlich S (2010) Psychosoziale Belastungen – ein Aspekt gesundheitlicher Ungleichheit von Müttern? . In: Collatz J (Hrsg) Familienmedizin in Deutschland: Notwendigkeit, Dilemma, Perspektiven Pabst Science Publishers, Lengerich, S. 132–153
58. Anger S, Bernhard S, Dietrich H et al. (2021) Der Abiturjahrgang 2021 in Zeiten von Corona. Zukunftssorgen und psychische Belastungen nehmen zu. <https://www.iab-forum.de/der-abiturjahrgang-2021-in-zeiten-von-corona-zukunftssorgen-und-psychische-belastungen-nehmen-zu/> (Stand: 14.04.2023)

59. Alt P, Reim J, Walper S (2021) Fall From Grace: Increased Loneliness and Depressiveness Among Extraverted Youth During the German COVID-19 Lockdown. *J Res Adolesc*, 31(3):678-691. 10.1111/jora.12648
60. Ravens-Sieberer U, Devine J, Napp A-K et al. (2022) Three Years into the Pandemic: Results of the Longitudinal German COPS Study on Youth Mental Health and Health-Related Quality of Life. SSRN, SSRN. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4304666 (Stand: 14.04.2023)
61. Poulain T, Meigen C, Kiess W et al. (2022) Wellbeing, coping with homeschooling, and leisure behavior at different COVID-19-related lockdowns: A longitudinal study in 9- to 16-year-old German children. *JCPP Adv* 2(1):e12062. 10.1002/jcv2.12062
62. Tempelmann A, Sieland J, Kolpatzik K (2022) AOK-Familienstudie 2022 - Studienzusammenfassung. AOK Bundesverband, Berlin
63. 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
64. Geis-Thöne W (2020) Häusliches Umfeld in der Krise: Ein Teil der Kinder braucht mehr Unterstützung. Ergebnisse einer Auswertung des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP). Wirtschaftliche Untersuchungen, Berichte und Sachverhalte. Institut der deutschen Wirtschaft, Köln
65. Destatis (2020) Homeschooling: Digitale Ausstattung in Familien hängt stark vom Einkommen ab. In: Destatis (ed). Destatis, Vol N 042
66. 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 COPS Study. *J Adolesc Health* 71(5):570-578. 10.1016/j.jadohealth.2022.06.022
67. Bantel S, Buitkamp M, Wünsch A (2021) Kindergesundheit in der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen und einer Elternbefragung in der Region Hannover. *Bundesgesundheitsbl* 64:1541-1550. 10.1007/s00103-021-03446-2
68. Naumann E, von den Driesch E, Schumann A et al. (2021) Anstieg depressiver Symptome bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen während des ersten Lockdowns in Deutschland. Ergebnisse des Beziehungs- und Familienpanels pairfam. *Bundesgesundheitsbl* 64(12):1533-1540. 10.1007/s00103-021-03451-5
69. Ludwig-Walz H, Dannheim I, Pfadenhauer LM et al. (2022) Increase of depression among children and adolescents after the onset of the COVID-19 pandemic in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 16(1):109. 10.1186/s13034-022-00546-y
70. 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.
71. 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).
72. Ravens-Sieberer U, Gosch A, Abel T et al. (2001) Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Soz Präventivmed*, 46(5):294-302. 10.1007/bf01321080
73. Baldus C, Franz S, Thomasius R (2022) Help Needs among Parents and Families in Times of the COVID-19 Pandemic Lockdown in Germany. *Int J Environ Res Public Health* 19(21):14159. 10.3390/ijerph192114159
74. Witte J, Batram M, Hasemann L et al. (2021) Kinder und Jugendreport 2021. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Suchterkrankungen. Storm A, Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. DAK-Gesundheit, Hamburg
75. Mangiapane S, Zhu L, Czihal T et al. (2020) Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsinanspruchnahme während der COVID-Krise: Tabellarischer Trendreport für das 1. Halbjahr 2020. S. 1-58
76. Birnkammer S, Calvano C (2023) A Creative and Movement-Based Blended Intervention for Children in Outpatient Residential Care: A Mixed-Method, Multi-Center, Single-Arm Feasibility Trial. *Children* 10(2):207. 10.3390/children10020207
77. Kaess M, Plener PL (2020) Die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Zeitalter der E-Mental Health. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 48(1):1-2. 10.1024/1422-4917/a000705
78. Eichenberg C (2021) Onlinepsychotherapie in Zeiten der Coronapandemie. *Psychotherapeut* 66(3):195-202. 10.1007/s00278-020-00484-0
79. Interministerielle Arbeitsgruppe (2023) Interministerielle Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“. Abschlussbericht. Die Bundesregierung, Berlin/Bonn, S. 1-45

80. Blum K, Filser M, Heber R et al. (2021) Psychiatrie Barometer. Umfrage 2020/2021. DKI Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf, S. 1-49
81. Lampert T, Prütz F, Rommel A et al. (2018) Soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *J Health Monit* 3(4):38-56. 10.17886/RKI-GBE-2018-091
82. Ulrich SM, Renner I, Lux U et al. (2022) Familien mit erhöhtem elterlichen Stress und Konfliktpotential: Eine Zielgruppe für psychosoziale Unterstützungsangebote? *Gesundheitswesen* 10.1055/a-1867-4415
83. Rauschenbach T, Mühlmann T, Schiling M et al. (2019) Hilfen zur Erziehung (§§ 27 bis 35, 41 SGB VIII) Kinder- und Jugendhilfereport 2018: Eine kennzahlenbasierte Analyse (S 63±84). Verlag Barbara Budrich, Opladen, Berlin, Toronto, S. 63-84
84. Reim J (2021) Inanspruchnahme von Beratungs- und sonstigen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kinder. In: Sachverständigenkommission des Neunten Familienberichts (Hrsg) Eltern sein in Deutschland Materialien zum Neunten Familienbericht. DJI Verlag Deutsches Jugendinstitut, München, S. 889-974
85. Klipker K, Baumgarten F, Göbel K et al. (2018) Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *J Health Monit* 3(3):37-45. 10.17886/RKI-GBE-2018-077
86. Kuntz B, Rattay P, Poethko-Müller C et al. (2018) Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *J Health Monit* 3(3):19-36. 10.17886/RKI-GBE-2018-076
87. Lampert T, Kuntz B (2019) Auswirkungen von Armut auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Bundesgesundheitsbl* 62(10):1263-1274. 10.1007/s00103-019-03009-6
88. Rattay P, von der Lippe E, Lampert T (2014) Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Eineltern-, Stief- und Kernfamilien. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl* 57(7):860–868. 10.1007/s00103-014-1988-2
89. Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S et al. (2007) Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl* 50(5):871-878. 10.1007/s00103-007-0250-6
90. Grobe TG, Szecseny J (2021) BARMER Arztreport 2021. Jugendlichen PbKu BARMER, Berlin
91. Rabe-Menssen C, Dazer A, Maaß E (2021) Report Psychotherapie 2021. e.V. DPV, Berlin, S. 1-124
92. Mons U, Kahnert S (2019) Neuberechnung der tabakattributablen Mortalität – Nationale und regionale Daten für Deutschland. *Gesundheitswesen* 81(01):24-33. 10.1055/s-0042-123852
93. Keil U, Becher H, Heidrich J et al. (2005) Passivrauchbedingte Morbidität und Mortalität in Deutschland. In: Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (Hrsg) Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle Band 5: Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko. DKFZ, Heidelberg, S. 20-33
94. Ulbricht S, Unger F, Groß S et al. (2015) Factors Associated with Secondhand Smoke Exposure Prevalence and Secondhand Smoke Level of Children Living with Parental Smokers: A Cross Sectional Study. *J Community Health*, 40(3):501-507. 10.1007/s10900-014-9963-2
95. Mays D, Gilman SE, Rende R et al. (2014) Parental Smoking Exposure and Adolescent Smoking Trajectories. *Pediatrics* 133(6):983-991. 10.1542/peds.2013-3003
96. Zeiher J, Finger JD, Kuntz B et al. (2018) Zeitliche Trends beim Rauchverhalten Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse sieben bundesweiter Gesundheitssurveys 1991–2015. *Bundesgesundheitsbl* 61(11):1365-1376. 10.1007/s00103-018-2817-9
97. Kuntz B, Zeiher J, Lampert T et al. (2017) Passivrauchbelastung der Bevölkerung in Deutschland: 10 Jahre Bundesnichtraucherschutzgesetz. *Epi Bull* 33:325-329. 10.17886/EpiBull-2017-043
98. Starker A, Kuhnert R, Hoebel J et al. (2022) Rauchverhalten und Passivrauchbelastung Erwachsener – Ergebnisse aus GEDA 2019/2020-EHIS. *J Health Monit* 7(3):7-22. 10.25646/10290
99. Kuntz B, Lampert T (2016) Social disparities in parental smoking and young children's exposure to secondhand smoke at home: A time-trend analysis of repeated cross-sectional data from the German KiGGS study between 2003-2006 and 2009-2012. *BMC Public Health* 16(1):485. 10.1186/s12889-016-3175-x
100. Simons D, Shahab L, Brown J et al. (2021) The association of smoking status with SARS-CoV-2 infection, hospitalization and mortality from COVID-19: a living rapid evidence review with Bayesian meta-analyses (version 7). *Addiction* 116(6):1319-1368. 10.1111/add.15276

101. Klosterhalfen S, Kotz D, Kastaun S (2022) Did Smoking, Alcohol Consumption, and Physical Activity Change during the COVID-19 Restrictions in Germany in Spring 2020? Findings from a Cross-Sectional Population Survey (the DEBRA Study). *Sucht* 68(3):129-138. 10.1024/0939-5911/a000765
102. Damerow S, Rommel A, Beyer A-K et al. (2022) Gesundheitliche Lage in Deutschland in der COVID-19-Pandemie. Zeitliche Entwicklung ausgewählter Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020 – Ein Update. *J Health Monit* 7(S3):2-21. 10.25646/9880
103. COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO) (2021) Rauch- und Trinkverhalten. <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/topic/wissen-verhalten/70-rauchen-trinken/> (Stand: 26.01.2022)
104. Busse H, Buck C, Stock C et al. (2021) Engagement in Health Risk Behaviours before and during the COVID-19 Pandemic in German University Students: Results of a Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health* 18(4):1410. 10.3390/ijerph18041410
105. Koopmann A, Georgiadou E, Reinhard I et al. (2021) The Effects of the Lockdown during the COVID-19 Pandemic on Alcohol and Tobacco Consumption Behavior in Germany. *Eur Addict Res* 27(4):242-256. 10.1159/000515438
106. Kuntz B, Zeiher J, Starker A et al. (2019) Tabakkonsum und Passivrauchbelastung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Wo stehen wir heute? *Atemwegs- und Lungenkrankheiten* 45(5):217-226. 10.5414/ATX02408
107. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) (2016) MIRAS – Miteinander Rauchbelastung senken. Entwicklung von Maßnahmen zur Verringerung der Passivrauchbelastung von Kindern. <http://www.kinder-zigarettenrauch.de/index.html> (Stand: 11.04.2023)
108. Orton S, Jones LL, Cooper S et al. (2014) Predictors of children's secondhand smoke exposure at home: a systematic review and narrative synthesis of the evidence. *PLoS One* 9(11):e112690.
109. Movassagh EZ, Baxter-Jones ADG, Kontulainen S et al. (2017) Tracking Dietary Patterns over 20 Years from Childhood through Adolescence into Young Adulthood: The Saskatchewan Pediatric Bone Mineral Accrual Study. *Nutrients* 9(9):990. 10.3390/nu9090990
110. 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. 10.1080/02640414.2011.585166
111. Telama R, Yang X, Leskinen E et al. (2014) Tracking of physical activity from early childhood through youth into adulthood. *Med Sci Sports Exerc* 46(5):955-962. 10.1249/mss.000000000000181
112. Tolvanen M, Lahti S, Poutanen R et al. (2010) Children's oral health-related behaviors: individual stability and stage transitions. *Community Dent Oral Epidemiol* 38(5):445-452. 10.1111/j.1600-0528.2010.00549.x
113. Pott E, Fillinger U, Paul M (2010) Herausforderungen bei der Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter. *Bundesgesundheitsbl* 53(11):1166-1172. 10.1007/s00103-010-1144-6
114. Abou-Dakn M, Alexy U, Beyer K et al. (2023) Ernährung und Bewegung im Kleinkindalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 171(1):7-27. 10.1007/s00112-022-01519-3
115. Rhodes RE, Perdeu M, Malli S (2020) Correlates of Parental Support of Child and Youth Physical Activity: a Systematic Review. *Int J Behav Med* 27(6):636-646. 10.1007/s12529-020-09909-1
116. Yao CA, Rhodes RE (2015) Parental correlates in child and adolescent physical activity: a meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 12(1):10. 10.1186/s12966-015-0163-y
117. Trost SG, Loprinzi PD (2011) Parental Influences on Physical Activity Behavior in Children and Adolescents: A Brief Review. *Am J Lifestyle Med*, 5(2):171-181. 10.1177/1559827610387236
118. Beets MW, Cardinal BJ, Alderman BL (2010) Parental social support and the physical activity-related behaviors of youth: a review. *Health Educ Behav* 37(5):621-644. 10.1177/1090198110363884
119. Sallis JF, Prochaska JJ, Taylor WC (2000) A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Med Sci Sports Exerc* 32(5):963-975. 10.1097/00005768-200005000-00014
120. Young EM, Fors SW, Hayes DM (2004) Associations between perceived parent behaviors and middle school student fruit and vegetable consumption. *J Nutr Educ Behav* 36(1):2-12. 10.1016/s1499-4046(06)60122-x
121. Spurrier NJ, Magarey AA, Golley R et al. (2008) Relationships between the home environment and physical activity and dietary patterns of preschool children: a cross-sectional study. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 5(1):31. 10.1186/1479-5868-5-31
122. Pyper E, Harrington D, Manson H (2016) The impact of different types of parental support behaviours on child physical activity, healthy eating, and screen time: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 16(1):568. 10.1186/s12889-016-3245-0
123. Dallacker M, Hertwig R, Mata J (2018) The frequency of family meals and nutritional health in children: a meta-analysis. *Obes Rev* 19(5):638-653. 10.1111/obr.12659

124. Dallacker M, Hertwig R, Mata J (2019) Quality matters: A meta-analysis on components of healthy family meals. *Health Psychol* 38(12):1137-1149. 10.1037/hea0000801
125. Castilho ARFd, Mialhe FL, Barbosa TdS et al. (2013) Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *Jornal de Pediatria* 89(2):116-123.
<https://doi.org/10.1016/j.jped.2013.03.014>
126. Verjans-Janssen S, Van Kann D, Kremers S et al. (2019) A Cross-Sectional Study on the Relationship between the Family Nutrition Climate and Children's Nutrition Behavior. *Nutrients* 11(10):2344. 10.3390/nu11102344
127. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2023) 3. Quartalsbericht – Kindergesundheit in Deutschland aktuell (KIDA): Monitoring der Kindergesundheit in (und nach) der COVID-19-Pandemie. Schwerpunkt Ernährungsverhalten. Ergebnisse des KIDA-Erhebungszeitraum 04/2022 – 11/2022.
128. Krause L, Kuntz B, Schenk L et al. (2018) Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *J Health Monit* 3(4):3-21. 10.17886/RKI-GBE-2018-089
129. Bauman AE, Reis RS, Sallis JF et al. (2012) Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *Lancet* 380(9838):258-271. 10.1016/S0140-6736(12)60735-1
130. Kurth B, Lange C, Kamtsiuris P et al. (2009) Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut: Sachstand und Perspektiven. *Bundesgesundheitsbl* 52:557-570. 10.1007/s00103-009-0843-3
131. Lange C, Jentsch F, Allen J et al. (2015) Data Resource Profile: German Health Update (GEDA)-the health interview survey for adults in Germany. *Int J Epidemiol*, 44(2):442-450. 10.1093/ije/dyvo67
132. Damerow S, Rommel A, Prütz F et al. (2020) Die gesundheitliche Lage in Deutschland in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie: Zeitliche Entwicklung ausgewählter Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *J Health Monit* 5(4):3-22.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/7548.2?show=full> (Stand: 03.08.2022)
133. von der Heyde C (2013) Das ADM-Stichprobensystem für Telefonbefragungen.
https://www.gessgroup.de/wp-content/uploads/2016/09/Beschreibung-ADM-Telefonstichproben_DE-2013.pdf (Stand: 13.07.2022)
134. Kish L (1949) A Procedure for Objective Respondent Selection within the Household. *J Am Stat Assoc* 44(247):380-387. DOI 10.1080/01621459.1949.10483314
135. Biemer PP, Christ SL (2008) Weighting Survey Data. In: de Leeuw ED, Hox JJ, Dillman DA (Hrsg) *International Handbook of Survey Methodology*. Taylor and Francis, New York, USA, S. 317 - 341

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Studiendesign von KIDA.....	8
Abbildung 2: Inzidenzen von SARS-CoV-2-Infektionen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 19 Jahren sowie der Allgemeinbevölkerung nach Jahr/KW	13
Abbildung 3: Stringency Index im Zeitraum 2021/KW31 und 2022/KW52	14
Abbildung 4: Prävalenz durchgemachter SARS-CoV-2-Infektionen bei Kindern und Jugendlichen, in Prozent mit 95 %-Konfidenzintervall und getrennt nach Geschlecht und Einrichtungsart.....	16
Abbildung 5: Prävalenz des letzten positiven SARS-CoV-2-Tests bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren, in Prozent und getrennt nach Monat und Jahr	16
Abbildung 6: Häufigkeiten von Infektionsschutzmaßnahmen in Schulen und Kindertageseinrichtungen der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen der KIDA Onlinestichprobe, in Prozent mit 95 %-Konfidenzintervall im Onlineerhebungszeitraum 04/2022 bis 03/2023 und getrennt nach Schutzmaßnahmen.....	17
Abbildung 7: Spezieller Versorgungsbedarf bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, gesamt und getrennt nach Geschlecht sowie nach Alter	20
Abbildung 8: Häufigkeit von sehr gutem/gutem bzw. mittelmäßigem/schlechtem/sehr schlechtem allgemeinen Gesundheitszustand bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren, in Prozent und getrennt nach CSHCN-Screenergebnis.....	21
Abbildung 9: Derzeitiger Gesundheitszustand im Vergleich zu vor der COVID-19-Pandemie für Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 15 Jahren, in Prozent und getrennt nach CSHCN-Screenergebnis	22
Abbildung 10: Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Bedarf für mindestens ein Versorgungsangebot, bei denen mindestens ein Versorgungsangebot aufgrund eines fehlenden oder verschobenen Termins oder der Sorge vor Ansteckung mit SARS-CoV-2 nicht in Anspruch genommen werden konnte, in Prozent mit 95 %-Konfidenzintervall und getrennt nach CSHCN-Screenergebnis	23
Abbildung 11: Häufigkeit von Verletzungsereignissen im vergangenen Monat bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren, in Prozent für gesamt und getrennt nach Geschlecht und Altersgruppen	26
Abbildung 12: Häufigkeiten der psychosozialen Belastungen von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Prozent	30
Abbildung 13: Häufigkeit von Belastungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren durch Kontakteinschränkungen zu Freund(inn)en, stratifiziert nach Einkommen und Familienform in Prozent	31
Abbildung 14: Häufigkeit von Belastungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren durch Einschränkungen von Freizeitaktivitäten, stratifiziert nach Einkommen und Familienform in Prozent	32
Abbildung 15: Häufigkeit von Belastungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren durch die Angst, andere mit dem Coronavirus zu infizieren, stratifiziert nach Einkommen und Familienform in Prozent	32
Abbildung 16: Häufigkeit von Belastungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren durch Berichte über den Krieg in der Ukraine, stratifiziert nach Einkommen und Familienform in Prozent	33
Abbildung 17: Häufigkeit von sozialen und schulbezogenen materiellen Ressourcen bei Schulkindern im Alter von 6 bis 17 Jahren in Prozent	35
Abbildung 18: Häufigkeit der sozialen Ressourcen von Schulkindern im Alter von 6 bis 17 Jahren, stratifiziert nach Bildung der Eltern, in Prozent für gesamt und getrennt nach sozialen und schulbezogenen Ressourcen.....	36

Abbildung 19: Inanspruchnahme von mindestens einem psychosozialen Unterstützungsangebot von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in den letzten vier Wochen vor der Befragung, Prävalenzen in Prozent, gesamt	39
Abbildung 20: Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in den letzten vier Wochen vor der Befragung, Prävalenzen in Prozent, getrennt nach einzelnen Unterstützungsangeboten.....	40
Abbildung 21: Häufigkeiten der (Nicht-)Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie oder einem sozial-psychiatrischen Zentrum in den letzten vier Wochen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Prozent	41
Abbildung 22: Häufigkeit des Rauchverhaltens von Eltern von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren, in Prozent für gesamt und getrennt nach Geschlecht	46
Abbildung 23: Einschätzung der Eltern zum Stellenwert des Zähneputzens, einer gesunden Ernährung und von lebhafter Bewegung in der Erziehung ihres Kindes, in Prozent für gesamt und getrennt nach Stellenwert.....	49

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung der KIDA-Studie	9
--	---

9 Impressum

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2023) 4. Quartalsbericht – Kindergesundheit in Deutschland aktuell (KIDA): Monitoring der Kindergesundheit in (und nach) der COVID-19-Pandemie. Teil 1 – Auswertung der Onlineerhebung. Ergebnisse des KIDA-Erhebungszeitraum 04/2022–03/2023.

Veröffentlicht am:

10. Mai 2023

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

Nadine Flerlage, Cănă Kußmaul, Laura Neuperdt

unter der Leitung von (Nennung in alphabetischer Reihenfolge):

Jennifer Allen, Miriam Blume, Prof. Dr. Julika Loss

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

Stefan Albrecht, Anne Berkholz, Sabine Born, Dr. Caroline Cohrdes, Stefan Damerow, Julia Darowski, Johanna Gutsche, Heike Hölling, Dr. Claudia Hövener, Dr. Laura Krause, Dr. Susanne Krug, Dr. Kristin Manz, Elvira Mauz, Antonia Meier, Dr. Gert Mensink, Anja Müller, Stephan Müters, Dr. Christina Poethko-Müller, Petra Rattay, Dr. Almut Richter, Dr. Anke-Christine Sass, Dr. Christa Scheidt-Nave, Dr. Anja Schienkiewitz, Anne Starker, Dr. Roma Thamm.

