

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

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

Revidierte Fassung vom 13.12.2022

Hinweis zur revidierten Fassung

Bei diesem Bericht handelt es sich um eine revidierte Fassung des am 12.08.2022 veröffentlichten „1. Quartalsbericht – Kindergesundheit in Deutschland aktuell: Monitoring der Kindergesundheit in (und nach) der COVID-19-Pandemie“. Bedingt durch eine leicht veränderte Gewichtung unterscheiden sich die beiden Fassungen hinsichtlich der berechneten Zahlen. Die neue Gewichtung hatte jedoch keinen Einfluss auf die getroffenen Aussagen.

Zusammenfassung

Hintergrund und methodischer Ansatz:

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

Der vorliegende 1. Quartalsbericht fasst die Ergebnisse des ersten Erhebungszeitraumes vom 9. Februar bis 15. Mai 2022 zusammen. Aus methodischen Gründen beinhaltet er ausschließlich die Ergebnisse der telefonischen Elternbefragungen und nur die Angaben zu Heranwachsenden von 3 bis 15 Jahren.

Ergebnisse:

- Der Erhebungszeitraum war zunächst durch vergleichsweise sehr hohe Neuerkrankungsraten unter Kindern und Jugendlichen gekennzeichnet (v.a. im Februar 2022), die im Verlauf zurückgingen. Dabei gab es zunächst mäßige, dann kaum noch Einschränkungen des öffentlichen Lebens.
- Laut Elternangaben wurden knapp 41 % der 3- bis 15-Jährigen jemals positiv auf SARS-CoV-2 getestet (mittels PCR-Test).
- Die Pflicht zum Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung betraf im Frühjahr 2022 58 % der Schülerinnen und Schüler. 78 % der Kinder in Schulen und Kindertageseinrichtungen mussten sich regelmäßig auf SARS-CoV-2 testen.
- 91 % der Kinder und Jugendlichen von 3 bis 15 Jahren hat nach Angabe ihrer Eltern einen sehr guten oder guten allgemeinen Gesundheitszustand. Bei 18 % der Kinder hat sich der allgemeine Gesundheitszustand im Vergleich zu der Zeit vor der COVID-19-Pandemie verschlechtert.
- Für jedes zehnte Kind geben Eltern einen aktuell erhöhten medizinischen, psychosozialen oder pädagogischen Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf an, bei etwa einem Viertel dieser Kinder ist der Bedarf während der Pandemie neu aufgetreten.
- 92 % der Kinder und Jugendlichen hat nach Angabe ihrer Eltern eine ausgezeichnete, sehr gute oder gute psychische Gesundheit. Bei 27 % hat sich die psychische Gesundheit im Vergleich während vs. vor der COVID-19-Pandemie verschlechtert.
- Das elternberichtete psychische, soziale und schulische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen von 8 bis 15 Jahren lagen im Durchschnitt oder leicht über der europäischen Norm im Normalbereich. Eltern berichteten im Durchschnitt für Jungen im Vergleich zu Mädchen ein niedrigeres schulisches Wohlbefinden.
- Für die Hälfte der Kinder und Jugendlichen gaben die Eltern an, dass sie sich durchschnittlich mindestens eine Stunde pro Tag lebhaft bewegen. Bewegungskurse in Vereinen, Tanz- oder Fitnessstudios wurden von der Hälfte der Kinder und Jugendlichen genutzt, ebenfalls etwa die Hälfte besuchte freiwillige Sportangebote in der Schule (z.B. Sport-AGs).
- Pandemiebedingt fielen im Frühjahr 2022 Angebote aus oder wurden pandemiebedingt seltener oder gar nicht genutzt: Bei der Nutzung von Vereinssport und Sportkursen betraf dies 33 % der Kinder und Jugendlichen, bei der Teilnahme an Sport-AGs in der Schule 38 %.
- Viele Kinder und Jugendliche, die freiwillige Sportangebote nutzten, nahmen wegen der Pandemie seltener teil.

Ausblick:

- Es handelt sich um eine prospektive, fortlaufende Studie. Es wird zu beobachten sein, wie sich die betrachteten Indikatoren im weiteren Verlauf der Datenerhebung entwickeln, auch in Abhängigkeit vom SARS-CoV-2-Infektionsgeschehen und den jeweiligen aktuellen Eindämmungsmaßnahmen.
- Mit fortschreibender Erhebung und Zunahme der Gesamtstichprobe werden detailliertere Analysen und Vergleich von Untergruppen (z. B. Altersgruppen oder Geschlecht) möglich werden, auch hinsichtlich sozialer Determinanten. Es wird genauer beschrieben werden können, welche Kinder besondere Förderungs- und Unterstützungsbedarfe haben.
- Die vertiefende Online-Befragung wird für die zukünftigen Quartalsberichte ausgewertet werden und zusätzliche Informationen liefern können, z. B. zu Belastungen und Ressourcen oder zum Ernährungsverhalten.

Inhalt

1	Hintergrundinformationen	8
2	Studiendesign	10
3	Beschreibung der Stichprobe im ersten Erhebungszeitraum	12
3.1	Stichprobenbeschreibung	12
3.2	Limitationen	13
4	Ergebnisse	15
4.1	Pandemiegeschehen und Eindämmungsmaßnahmen im Erhebungszeitraum	15
4.1.1	Kernaussagen	15
4.1.2	Wie hat sich das Infektionsgeschehen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland im ersten Erhebungszeitraum entwickelt?	15
4.1.3	Wie haben sich die COVID-19 Eindämmungsmaßnahmen in Deutschland im ersten Erhebungszeitraum entwickelt?	16
4.1.4	Wie hat sich das Infektionsgeschehen in den besuchten Einrichtungen in Deutschland im ersten Erhebungszeitraum entwickelt?	17
4.2	Pandemiebedingte Rahmenbedingungen: Ergebnisse der KIDA-Befragung	19
4.2.1	Kernaussagen	19
4.2.2	Hintergrund	19
4.2.3	Messung der Indikatoren in KIDA	19
4.2.4	Ergebnisse und Einordnung.....	19
4.2.5	Fazit	21
4.3	Körperliche Gesundheit	22
4.3.1	Kernaussagen	22
4.3.2	Hintergrund.....	22
4.3.3	Wie haben die Eltern den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder eingeschätzt?	22
4.3.3.1	Hintergrund des Indikators.....	22
4.3.3.2	Ergebnisse	23
4.3.3.3	Einordnung der Ergebnisse.....	25
4.3.4	Wie viele Kinder zeigen einen erhöhten Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf?	26
4.3.4.1	Hintergrund des Indikators.....	26
4.3.4.2	Ergebnisse	26
4.3.4.3	Einordnung der Ergebnisse.....	27
4.4	Psychische Gesundheit	29
4.4.1	Kernaussagen	29
4.4.2	Wie haben die Eltern die allgemeine psychische Gesundheit ihrer Kinder eingeschätzt?	29
4.4.2.1	Hintergrund des Indikators.....	29
4.4.2.2	Ergebnisse	30
4.4.2.3	Bewertung der Ergebnisse	31

4.4.3	Wie haben die Eltern die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder eingeschätzt?	32
4.4.3.1	Hintergrund	32
4.4.3.2	Ergebnisse	33
4.4.3.3	Bewertung der Ergebnisse	34
4.5	Körperlich-sportliche Aktivität sowie Nutzung von Sportangeboten während der COVID-19-Pandemie	36
4.5.1	Kernaussagen	36
4.5.2	Hintergrund	36
4.5.3	Wie viel bewegen sich Kinder und Jugendliche? – Umfang körperlicher Aktivität pro Woche	37
4.5.3.1	Erhebung.....	37
4.5.3.2	Ergebnisse	37
4.5.4	Wie viele Kinder und Jugendliche nutzen freiwillige Sportangebote in der Schule (Sport-AGs), und wie ist der Einfluss der COVID-19-Pandemie?	37
4.5.4.1	Erhebung.....	37
4.5.4.2	Ergebnisse	38
4.5.5	Wie viele Kinder und Jugendliche nutzen Vereins- oder kommerzielle Sportangebote, und wie ist der Einfluss der Pandemie?	38
4.5.5.1	Erhebung.....	38
4.5.5.2	Ergebnisse	39
4.5.6	Wie viele Kinder und Jugendliche sind außerhalb von organisierten Sportangeboten in Schule und Verein körperlich-sportlich aktiv, und wie ist der Einfluss der Pandemie?	39
4.5.6.1	Erhebung.....	39
4.5.6.2	Ergebnisse	39
4.5.7	Einordnung der Ergebnisse.....	40
4.5.7.1	Einordnung Gesamtaktivität	40
4.5.7.2	Einordnung Nutzung von Sport-AGs in Schulen	40
4.5.7.3	Einordnung Nutzung von organisierten Sportangeboten in der Freizeit, unorganisiertes Sporttreiben in der Freizeit und Einfluss der Pandemie	41
5	KIDA Studienbeschreibung	42
5.1	Studiendesign und Stichprobe	42
5.1.1	Erhebungsinstrument	42
5.1.2	Erhebungsmethoden	43
5.2	Durchführung der telefonischen Erhebung	43
5.2.1	Pretestung.....	43
5.2.2	Feldverlauf und Feldmonitoring	44
5.3	Datenaufbereitung und Gewichtung	44
6	Literatur	45
7	Anhang	50
7.1	Tabellen Pandemieindikatoren.....	50

7.2	Tabellen Körperliche Gesundheit	51
7.3	Tabellen Psychische Gesundheit.....	53
7.4	Tabellen körperlich-sportlicher Aktivität und Nutzung von Bewegungsangeboten	55
8	Abbildungsverzeichnis	62
9	Tabellenverzeichnis	63
10	Impressum	65

1 Hintergrundinformationen

Im Kindes- und Jugendalter werden durch die 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]. Die gesundheitliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen steht dabei in Wechselwirkung mit ihren Umweltbedingungen, wie Kita, Schule oder Familie [4]. 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, 3, 5]. Kinder und Jugendliche sind daher mit Blick auf ihre jeweiligen Entwicklungsphasen und Lebenswelten eine wichtige vulnerable Bevölkerungsgruppe mit hohem Interventionspotenzial für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung [6]. Die Identifikation von Unterstützungs- und Versorgungsbedarfen ist eine wichtige Voraussetzung dafür, Angebote frühzeitig, zielgruppensensibel und lebensphasenspezifisch bereitzustellen.

Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Gesundheit und Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen zu betrachten, um Informationen und Handlungsbedarf an Akteurinnen und Akteure in Politik, Forschung, Gesundheitsversorgung und an die Betroffenen selbst zu geben. Dies umfasst direkte und indirekte Folgen der Pandemie, einschließlich nicht-pharmazeutischer Eindämmungsmaßnahmen [7], sowie langfristige Folgen einer COVID-19-Infektion [8-10]. Zu den maßgeblichen Eindämmungsmaßnahmen, die während der Pandemie in unterschiedlichem Umfang umgesetzt wurden, zählten neben allgemeinen Empfehlungen zur Beschränkung sozialer Kontakte vor allem die Schließung von Kitas, Schulen und außerschulischen Betreuungsangeboten sowie die Anpassung der medizinischen Versorgungsangebote [11]. Diese Einflüsse der COVID-19-Pandemie müssen im Zusammenhang mit körperlichen [12], psychischen [13-17] und sozialen Determinanten [18, 19] der Gesundheit betrachtet werden. Auf der Grundlage eines umfassenden Verständnisses von Gesundheit und eines Gesundheitsmodelles der Salutogenese ist mit engen Wechselwirkungen von gesundheitlichen Determinanten zu rechnen [20].

Reviews zum aktuellen Forschungsstand haben gezeigt, dass sich die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie und der nicht-pharmazeutischen Eindämmungsmaßnahmen verschlechtert haben [21, 22]. Die Pandemie hatte auch Auswirkungen auf körperlich-sportliche Aktivitäten, insbesondere im zweiten sog. „Lockdown“ im Winter 2020/2021 [12]. Kinder und Jugendliche mit vorbestehenden gesundheitlichen Belastungen und Risiken waren besonders vulnerabel für veränderte Rahmenbedingungen während der Pandemie [23]. Hierzu zählen u. a. Kinder und Jugendliche mit besonderem Versorgungs- und Unterstützungsbedarf aufgrund vorbestehender eigener Erkrankungen oder gesundheitlicher Einschränkungen oder solche, die bereits vor der Pandemie unter benachteiligten sozialen Bedingungen aufgewachsen sind [24]. Soziale Determinanten, wie beispielsweise die soziale Lage oder die Wohnverhältnisse, waren wichtig bei der Bewältigung der neuen Herausforderungen durch die Pandemie [25]. Zudem berichteten Familien, die von pandemiebedingten Veränderungen betroffen sind, von erhöhtem Stress und Schwierigkeiten in der Bewältigung der neuen Situation [19] sowie von Sorgen um die Gesundheit ihrer Kinder, deren Bildungserfolg, ihre eigene wirtschaftliche Zukunft und die ihrer Kinder, vor allem in Familien mit sozioökonomischen Risiken [26]. Im Verlauf der Pandemie zeigte sich, dass ab der zweiten „Welle“ vor allem sozial benachteiligte Gruppen in Deutschland besonders häufig von Infektionen mit SARS-CoV-2 betroffen waren [18].

Die COVID-19-Pandemie ist auch nach über zwei Jahren nicht beendet. Ihr Verlauf ist weiterhin dynamisch, bedingt durch unterschiedliche Virusvarianten, die zunehmende Verfügbarkeit verschiedener Impfstoffe und angepasste Eindämmungsmaßnahmen. Die Studie zur „Kindergesundheit in Deutschland aktuell“ (KIDA) soll dazu beitragen, den weiteren Verlauf der COVID-19-Pandemie, gegebenenfalls auch eine etwaige postpandemische Phase, kontinuierlich durch Datenerhebung zu begleiten. So soll zeitnah eingeschätzt werden können, wie sich die aktuelle gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland vor dem Hintergrund des jeweiligen Infektionsgeschehens darstellt. Dadurch können prioritäre Handlungsfelder sowie weiterer Forschungsbedarf aufgezeigt werden.

KIDA basiert auf einer bundesweiten Zufallsstichprobe, in der Eltern zu ihren Kindern im Alter von 3 bis 15 Jahren sowie Jugendlichen im Alter von 16 und 17 Jahren selbst befragt werden. Gegenstand der KIDA-Studie ist die Erhebung von aktuellen Informationen zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nach gut zwei Jahren Pandemie. Zudem wird für einige der Indikatoren untersucht, welche Veränderungen im Vergleich zur vorpandemischen Situation berichtet wurden. Ebenso erfasst werden die Inanspruchnahme von Beratungs-/Unterstützungsangeboten, präventiven Leistungen und medizinischer Versorgung. Zusätzlich werden individuelle, soziale und strukturelle Belastungen und Einschränkungen sowie Ressourcen und Unterstützungen, auf welche Kinder und Jugendliche zurückgreifen konnten, analysiert. Außerdem werden eine Reihe von sozialen Determinanten von Gesundheit erfasst, um das Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheit zu beschreiben und gesellschaftliche Gruppen mit besonderem Unterstützungsbedarf zu identifizieren. Kernaspekte werden seit Februar 2022 in einem standardisierten telefonischen Interview erfasst. Darüber hinaus erhalten die Teilnehmenden seit Ende April 2022 den Zugang zu einem umfangreicheren Online-Fragebogen.

Aktuelle Ergebnisse der Studie werden jeweils in Quartalsberichten veröffentlicht. Der vorliegende erste Quartalsbericht der KIDA-Studie beinhaltet erste Ergebnisse der Erhebungszeitpunkte T1 (09.02.-09.04.2022) und T2 (11.04.-15.05.2022) aus der Telefonbefragung. Auf Grund der aktuellen Fallzahlen werden im Bericht Ergebnisse zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland nach Geschlecht, jedoch noch ohne weitere Stratifizierung nach soziodemografischen Determinanten (z. B. Altersgruppen, soziale Lage) dargestellt.

2 Studiendesign

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

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

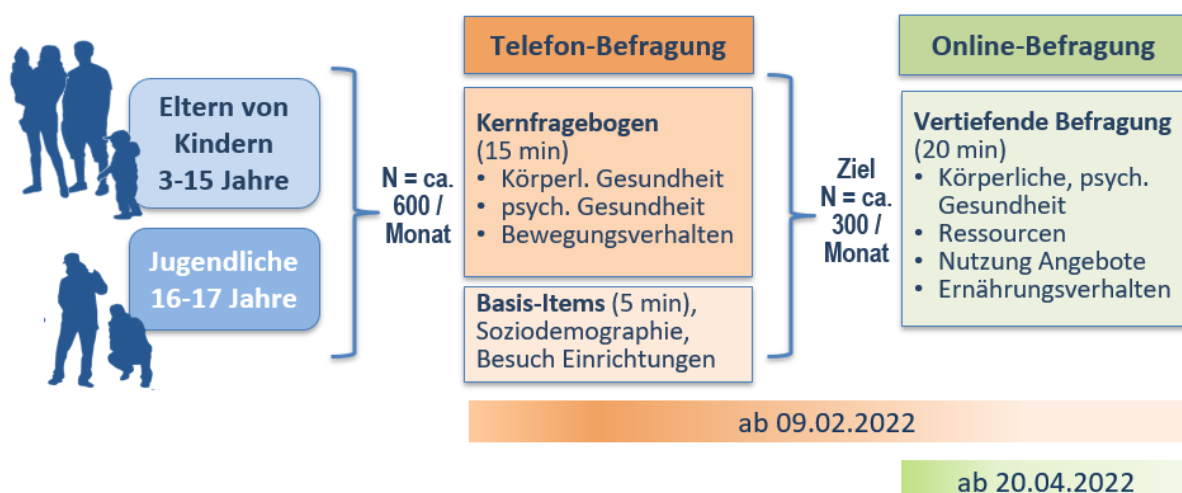
Die Inhalte der Telefonbefragung sind in fünf Themenblöcke aufgeteilt. Für den Bereich „COVID-19“ werden unter anderem Fragen zum Infektions- und Impfstatus sowie zu möglichen Schließungen von Einrichtungen und aktueller Quarantäne gestellt. Im Bereich „Körperliche Gesundheit“ werden der subjektive allgemeine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

Die Online-Befragung startete am 19.04.2022, wird vom RKI durchgeführt und behandelt vertiefend die Themen der telefonischen Befragung und darüber hinaus gehende Inhalte. Neben weiterführenden allgemeinen Fragen wird die Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Versorgungsangeboten behandelt. 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. Diese Daten sind nicht Inhalt des vorliegenden Quartalsberichts.

In dem hier berichteten Zeitraum wird der Erhebungszeitraum vom 9. Februar 2022 bis zum 15. Mai 2022 eingeschlossen, und zwar lediglich die Telefonbefragung. Die Datenbasis der Online-Erhebung hingegen ist zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichtes noch nicht ausreichend, um Ergebnisse vorstellen zu können. Daher ist die Online-Befragung kein Teil des vorliegenden Berichts. In den kommenden Berichten werden auch die Online-Befragung und deren Ergebnisse ausführlich vorgestellt.

Abbildung 1 zeigt einen schematischen Überblick über das Studiendesign.

Abbildung 1: Studiendesign von KIDA



Darüber hinaus wird kontinuierlich das aktuelle Pandemiegeschehen dokumentiert, u.a. anhand amtlicher COVID-19-Meldedaten, 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.

3 Beschreibung der Stichprobe im ersten Erhebungszeitraum

3.1 Stichprobenbeschreibung

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung der KIDA-Studie

	Erhebungszeitpunkt 1 (09.02.-09.04.2022) Stichprobengröße N = 769 Anzahl ungewichtet (%)	Erhebungszeitpunkt 2 (11.04.-15.05.2022) Stichprobengröße N = 513 Anzahl ungewichtet (%)	Gesamt Stichprobengröße N = 1.282 Anzahl (%)
Geschlecht des Kindes			
Weiblich	364 (47,33)	253 (49,32)	617 (48,13)
Männlich	405 (52,67)	260 (50,68)	665 (51,87)
Alter des Kindes			
Elternangaben:			
3-6	203 (26,40)	125 (24,37)	328 (25,59)
7-10	188 (24,45)	144 (28,07)	332 (25,90)
11-13	179 (23,28)	118 (23,00)	297 (23,17)
14-15	133 (17,30)	99 (19,30)	232 (18,10)
Selbstangaben:			
16-17	66 (8,58)	27 (5,26)	93 (7,25)
Staatsangehörigkeit des Erwachsenen/ Elternteils			
Deutsch	710 (92,33)	461 (89,86)	1.171 (91,34)
Nicht-Deutsch	59 (7,67)	52 (10,14)	111 (8,66)
Region (Nielsen-Gebiete)			
Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Bremen	108 (14,04)	74 (14,42)	182 (14,20)
Nordrhein-Westfalen	135 (17,56)	107 (20,86)	242 (18,88)
Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland	102 (13,26)	60 (11,70)	162 (12,64)
Berlin, Brandenburg, Mecklenburg- Vorpommern, Sachsen-Anhalt	90 (11,70)	77 (15,01)	167 (13,03)
Sachsen, Thüringen	52 (6,76)	28 (5,46)	80 (6,24)
Bayern	159 (20,68)	90 (17,54)	249 (19,42)
Baden-Württemberg	123 (15,99)	77 (15,01)	200 (15,60)
Urbanisierungsgrad			
Kreisfreie Großstädte	220 (28,61)	153 (29,82)	373 (29,10)
Städtische Kreise	304 (39,53)	196 (38,21)	500 (39,00)
Ländliche Kreise	209 (27,18)	105 (20,47)	314 (24,49)
Fehlende Werte	36 (4,68)	59 (11,50)	95 (7,41)
Höchste Bildung des Haushalts (CASMIN)			
Einfache Bildung	24 (3,12)	16 (3,12)	40 (3,12)
Mittlere Bildung	239 (31,08)	183 (35,67)	422 (32,92)
Höhere Bildung	504 (65,54)	314 (61,21)	818 (63,81)
Fehlende Werte	2 (0,26)	-	2 (0,16)

Tabelle 1 zeigt die Zusammensetzung der Stichprobe aus dem ersten Erhebungszeitraum der Telefonbefragung. In den ersten Erhebungszeitpunkten konnte nahezu eine Gleichverteilung der Merkmale Geschlecht und Alter in der Stichprobe erreicht werden. So wurde das Geschlecht der Kinder über beide Erhebungszeitpunkte in 48,13 % der Fälle mit weiblich und in 51,87 % mit männlich angegeben. Das Alter verteilt sich ebenso zu etwa 25 % auf

die hier gewählten vier Alterskategorien. Damit kann eine Untererfassung für diese beiden Merkmale und zum aktuellen Stand der Datenerhebung ausgeschlossen werden.

Die Fallzahl der ersten Teilstichprobe ist für einige der geplanten vertiefende Subgruppenanalysen noch zu gering. Für seriöse tiefer gegliederte, stratifizierte Auswertungen (z. B. nach Geschlecht, Altersgruppe und Bildung) müssen Datenblöcke in größeren zeitlichen Abschnitten zusammengefasst werden, um ausreichend große Fallzahlen für Unterstichproben zu erlangen. Entsprechende Analysen und Ergebnisse werden daher in zukünftigen Berichten vorgestellt.

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 [27]. 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 im ersten Bericht nicht angeführt. Zudem werden ausschließlich gewichtete Prävalenzen bzw. Mittelwerte berichtet.

Für die vorliegende Auswertung wurden nur die Altersgruppe 3-15 Jahre betrachtet, aufgrund der relativ geringen Fallzahlen der 16- und 17-Jährigen (siehe Kapitel 3.2 Limitationen). Die Stichprobe, auf der die folgenden Analysen basieren, umfasst daher **1.189 Kinder und Jugendliche** (weiblich: n = 575, männlich: n = 614). Für manche Fragestellungen wurden darüber hinaus nur bestimmte Teilstichproben analysiert (z.B. begrenzt auf Schulkinder bei Fragen, die sich auf den schulischen Kontext beziehen).

3.2 Limitationen

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

- (1.) In den ersten zwei Erhebungszeitpunkten der KIDA-Studie (t1: 09.02.-09.04.2022 und t2: 11.04.-15.05.2022) konnte eine Stichprobe von N = 1.282 realisiert werden. Die Stichprobengröße ermöglicht erste, grundlegende Analysen, allerdings sind die Fallzahlen für bestimmte Subgruppenanalysen noch zu klein. Dies gilt insbesondere für Stratifizierungen nach Alter sowie Bildung und Einkommen der Eltern. Bei differenzierten Betrachtungen können die Ergebnisse zudem mit statistischer Unsicherheit (siehe Kapitel 3.1) behaftet sein. In diesem Fall wird in diesem Bericht auf die Nennung des Schätzers verzichtet und stattdessen die 95 %-Konfidenzintervalle angegeben. In Bezug auf die Differenzierungen nach Alter, Bildung und Einkommen können hier noch keine Ergebnisse berichtet werden.
- (2.) Auf Grund der bisher erreichten, relativ geringen Fallzahlen gerade bei den 16- und 17-Jährigen konnten Ergebnisse für diese Altersgruppe in diesen Bericht noch nicht einbezogen werden. Die Ergebnisse können auch nicht mit den Ergebnissen anderer Altersgruppen zusammengefasst werden (z. B. 14- bis 17-Jährige), da Jugendliche im Alter von 16 und 17 Jahren selbst befragt und für Informationen zur Gesundheit von 3- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen die Eltern. Zwischen den Selbstangaben der Kinder und den Elternangaben kann es zu Unterschieden in den Antworten kommen [28]. Somit liegen für den ersten Quartalsbericht ausschließlich elternberichtete Angaben zur Gesundheit ihrer 3- bis 15-jährigen Kinder und Jugendlichen vor. Aus datenschutzrechtlichen Gründen konnten in KIDA Selbstberichte nur von den Jugendlichen im Alter von 16 und 17 Jahren erhoben werden.
- (3.) Die Ergebnisse des ersten Quartalsberichts stammen aus der Telefonbefragung in KIDA. Interviewerbasierte Erhebungen – sowohl telefonisch als auch persönlich – können methodischen Limitationen, wie beispielsweise einem Selektionsbias oder sozial erwünschtem Antwortverhalten, unterliegen [29]. Insbesondere bei Telefonbefragungen zeigt sich häufig, dass Personen mit einer niedrigeren Bildung weniger bereit sind, an der Studie teilzunehmen. Dies führt dazu, dass deren Anteil

in der Stichprobe nicht mit dem in der Grundgesamtheit übereinstimmt. Auch in Bezug auf die Merkmale Alter, Geschlecht und Wohnregion sind Abweichungen von befragter Stichprobe zur tatsächlichen Bevölkerungsverteilung in Deutschland möglich. Durch eine entsprechende Design- und Anpassungsgewichtung wird diesen Umständen begegnet [29].

- (4.) Im Rahmen der KIDA-Studie werden ausschließlich deutschsprachige Interviews geführt. Dadurch wird die Teilnahme für Eltern und 16- und 17-jährige Jugendliche, die geringe oder keine Deutschkenntnisse besitzen, nicht oder nur bedingt ermöglicht.
- (5.) Ein weiterer limitierender Faktor sollte bei der Interpretation von Vergleichen zwischen der aktuellen Situation und der Lage vor Beginn der COVID-19-Pandemie berücksichtigt werden. Die ersten Ergebnisse der KIDA-Studie wurden über zwei Jahre nach Beginn der Pandemie erhoben. In der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sind zwei Jahre ein langer Zeitraum, indem sich generell vielfältige Veränderungen vollziehen. Vor diesem Hintergrund können pandemiebedingte und entwicklungsbedingte Veränderungen nicht immer klar differenziert werden.

4 Ergebnisse

4.1 Pandemiegeschehen und Eindämmungsmaßnahmen im Erhebungszeitraum

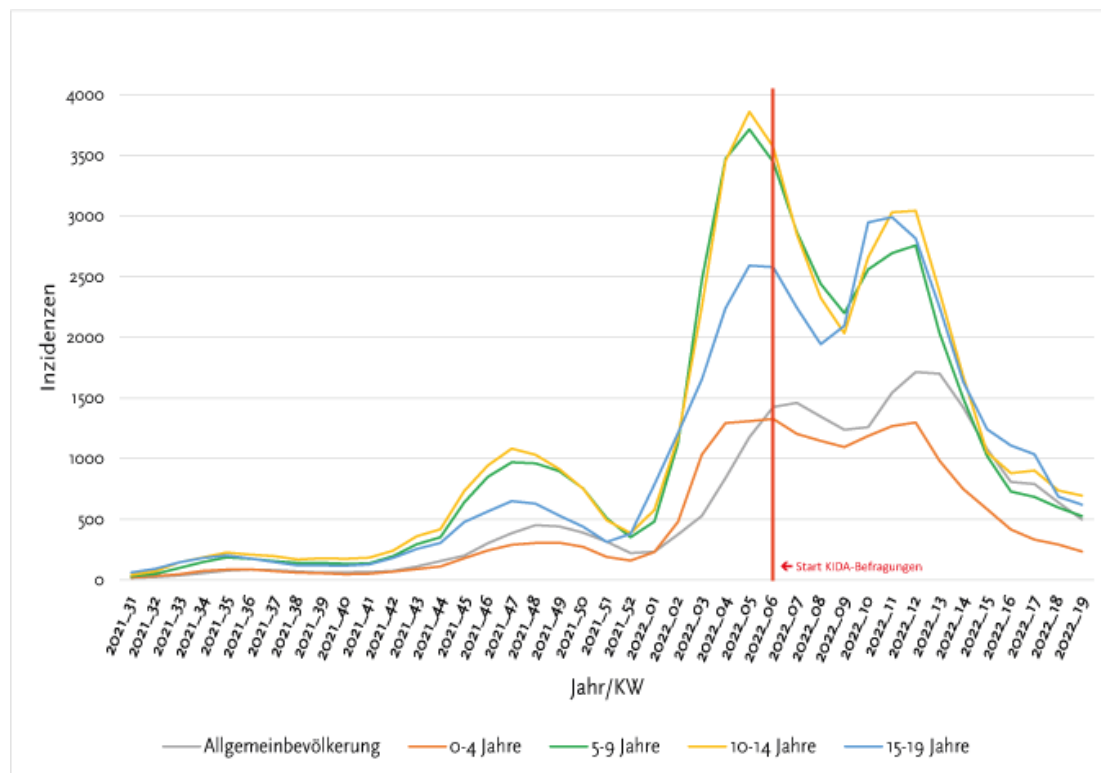
4.1.1 Kernaussagen

Während der COVID-19-Pandemie wurden verschiedenen nicht-pharmazeutische Maßnahmen zur Eindämmung umgesetzt, wie beispielsweise Kontaktbeschränkungen, Schließungen von Schulen und Kinderbetreuungseinrichtungen, Schließung von Vereinen und Sportplätzen sowie Quarantänemaßnahmen zur Vermeidung von Übertragungen des SARS-CoV-2-Virus. Diese Eindämmungsmaßnahmen hatten Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit vieler Kinder und Jugendlichen in Deutschland [12, 30]. Die COVID-19-Pandemie wurde von einigen Kindern und Jugendlichen belastend erlebt [13-15, 17, 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 für den ersten KIDA-Erhebungszeitraum (09.02.-15.05.2022) sowie sechs Monate davor beschrieben und eingeordnet.

4.1.2 Wie hat sich das Infektionsgeschehen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland im ersten Erhebungszeitraum entwickelt?

Für die Darstellung des Infektionsgeschehens vor und während des ersten KIDA-Erhebungszeitraums werden im Folgenden die SARS-CoV-2 Meldedaten des Robert Koch-Instituts dargelegt. In Abbildung 2 werden die 7-Tages-Inzidenzen pro 100.000 Bewohner und Bewohnerinnen in Deutschland von SARS-CoV-2 bei Kindern und Jugendlichen sowie der Allgemeinbevölkerung nach Jahr und Kalenderwoche dargestellt. Nach einem Anstieg der Inzidenzen zu Beginn des Jahres 2022 ist eine Abnahme der Inzidenzen zu Beginn der KIDA-Befragung (6. Kalenderwoche) sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch in der Allgemeinbevölkerung zu erkennen. Die höchsten Inzidenzen sind bei Kindern im Alter von 10 bis 14 Jahren zu erkennen. Nach Abklingen der Infektionszahlen nach Beginn der KIDA-Befragung baute sich das Infektionsgeschehen zu einem erneuten Gipfel um die Kalenderwoche 12 auf, bevor die Zahlen bis zum Ende des ersten Erhebungszeitraums deutlich abnahmen [31].

Abbildung 2: Inzidenzen von SARS-CoV-2 bei Kindern und Jugendlichen sowie der Allgemeinbevölkerung nach Jahr/KW



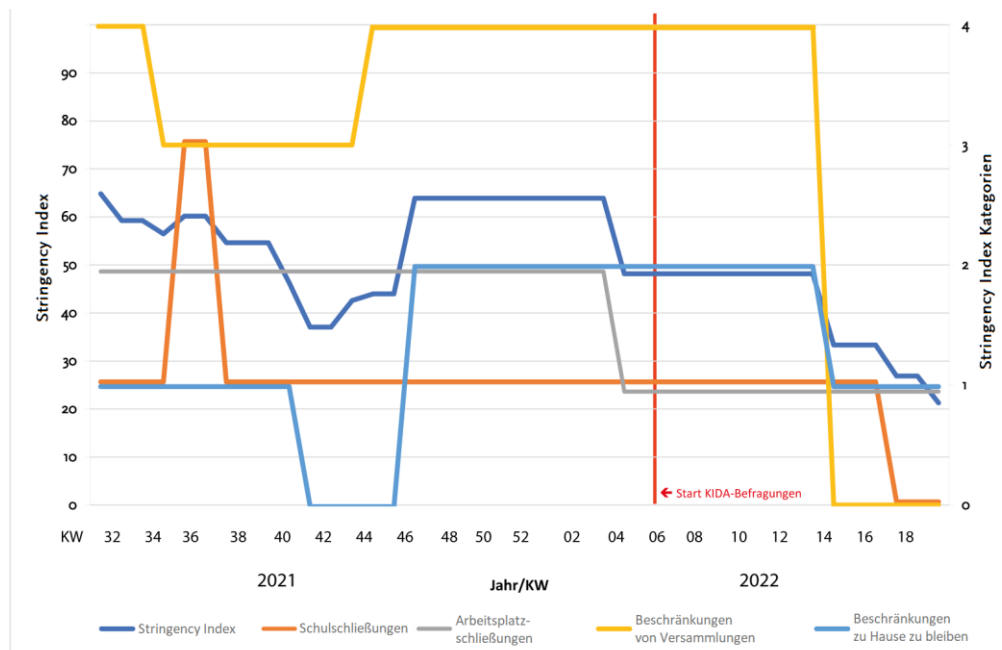
Anmerkungen: Quelle: Robert Koch-Institut [31]; Datenstand: 13.06.2022; KW = Kalenderwoche; Allgemeinbevölkerung umfasst alle Altersgruppen.

4.1.3 Wie haben sich die COVID-19 Eindämmungsmaßnahmen in Deutschland im ersten Erhebungszeitraum entwickelt?

Zur Darstellung der Entwicklung der COVID-19 Eindämmungsmaßnahmen wurden Daten des „Stringency Index“ des Oxford Coronavirus Government Response Tracker (OxCGRT) Projektes genutzt [32]. Der Stringency Index ist ein zusammengesetzter Score aus neun Indikatoren zu COVID-19 Eindämmungsmaßnahmen: Schulschließungen, Arbeitsplatzschließungen, Absage von öffentlichen Veranstaltungen, Einschränkungen von Zusammenkünften, Beschränkungen des öffentlichen Verkehrs, Anforderungen an den Aufenthalt zu Hause, öffentliche Informationskampagnen, Beschränkungen für interne Reisen und internationale Reisekontrollen. Die Entwicklung des Stringency Index und vier ausgewählten Indikatoren für den ersten Erhebungszeitraum sowie die sechs Monate vor Start der KIDA-Befragungen sind in Abbildung 3 dargestellt. Ein Wert von 100 im Stringency Index stellt die striktesten Eindämmungsmaßnahmen dar, eine Einordnung in Kategorie Null steht für die vollständige Abwesenheit von Eindämmungsmaßnahmen.

Anhand der vertikal rot eingezeichneten Linie ist der Start der KIDA-Befragung im Februar 2022 zu erkennen. Zu diesem Zeitpunkt lag der Stringency Index bei einem Wert von knapp unter 50. Folgende Maßnahmen waren zu Beginn der KIDA-Erhebung in der Kalenderwoche 6 in Kraft: regionale Schulschließungen in Abhängigkeit vom örtlichen Infektionsgeschehen sowie Arbeitsplatzschließungen oder das Homeoffice wurden empfohlen, für Menschen ohne Genesenenstatus oder vollständige Impfung wurden Versammlungen auf unter 10 Menschen beschränkt und es galt die Anordnung, zu Hause zu bleiben mit Ausnahmen für Sport, Einkäufe und „erforderliche Wege“. Im Verlauf des ersten KIDA-Erhebungszeitraums (bis zur KW 19) wurden alle Beschränkungen weitestgehend aufgehoben und lediglich Empfehlungen für die Bevölkerung ausgesprochen. Damit sank der Stringency Index auf einen Wert von knapp über 20.

Abbildung 3: Stringency Index im Zeitraum 2021/KW32 und 2022/KW18



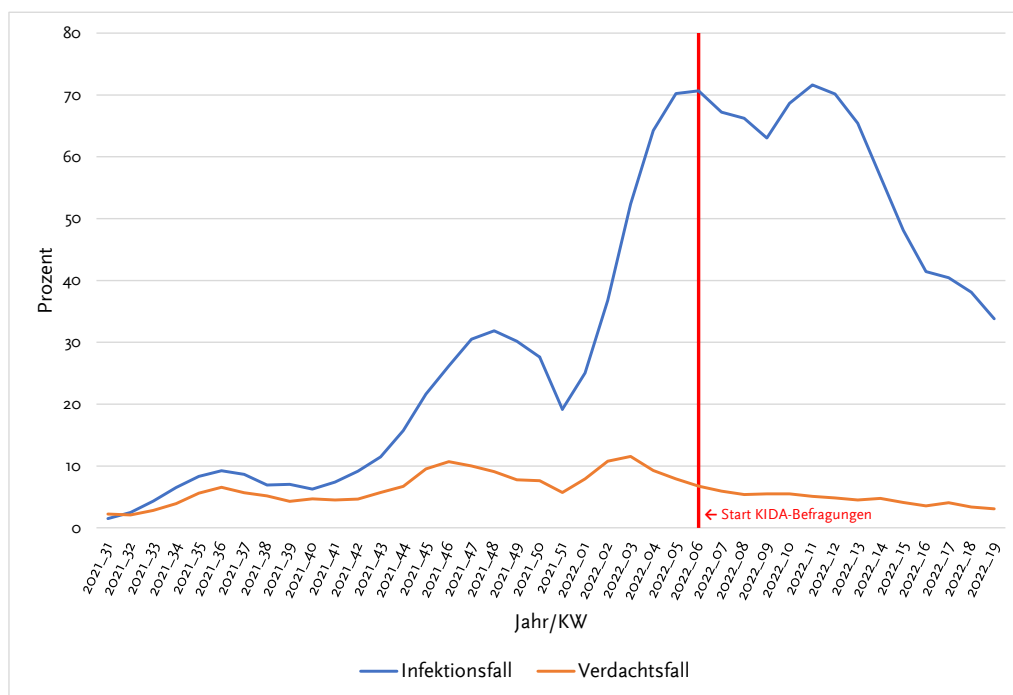
Anmerkungen: Quelle: COVID-19 Government Response Tracker, Stand: 01.06.2022 [33]; KW=Kalenderwoche. Die Indikatoren sind wie folgt operationalisiert: Schulschließungen: 0=keine Maßnahmen, 1=Schließung empfohlen, 2/3=geforderte Schließung einiger/aller Klassenstufen; Schließung von Arbeitsplätzen: 0=keine 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.).

4.1.4 Wie hat sich das Infektionsgeschehen in den besuchten Einrichtungen in Deutschland im ersten Erhebungszeitraum entwickelt?

Das SARS-CoV-2 Infektionsgeschehen in Schulen und Kindertageseinrichtungen in Deutschland wird im Folgenden im Pandemieverlauf dargestellt. Da die Daten zum Infektionsgeschehen in Schulen von der Kultusministerkonferenz seit April 2022 nicht weiter veröffentlicht werden, können diese nicht zur Darstellung während des ersten KIDA-Erhebungszeitraums genutzt werden. Im Folgenden wird sich daher auf das Infektionsgeschehen in Kindertageseinrichtungen in Deutschland beschränkt. Die dargestellten Daten werden im Rahmen der Corona-Kita-Studie durch das Deutsche Jugendinstitut (DJI) erfasst und in einem Dashboard aufbereitet [34] (siehe Abbildung 4 und Abbildung 5). Die Informationen entstammen den wöchentlichen bundesweiten Meldungen aus dem KiTa-Register und den Ergebnissen von Stichprobenbefragungen in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung und bei Eltern.

Dem DJI wurden zum Start der KIDA-Befragung für knapp 70 % der Kindertageseinrichtungen ein Infektionsfall gemeldet (siehe Abbildung 4). Der Anteil von Verdachtsfällen liegt zum Start der KIDA-Befragung und während des gesamten ersten Erhebungszeitraums bei unter 10 % und nimmt im Verlauf stetig ab. Auch der Anteil der Infektionsfälle in Kindertageseinrichtungen nimmt im Verlauf des ersten Erhebungszeitraums zunehmend ab.

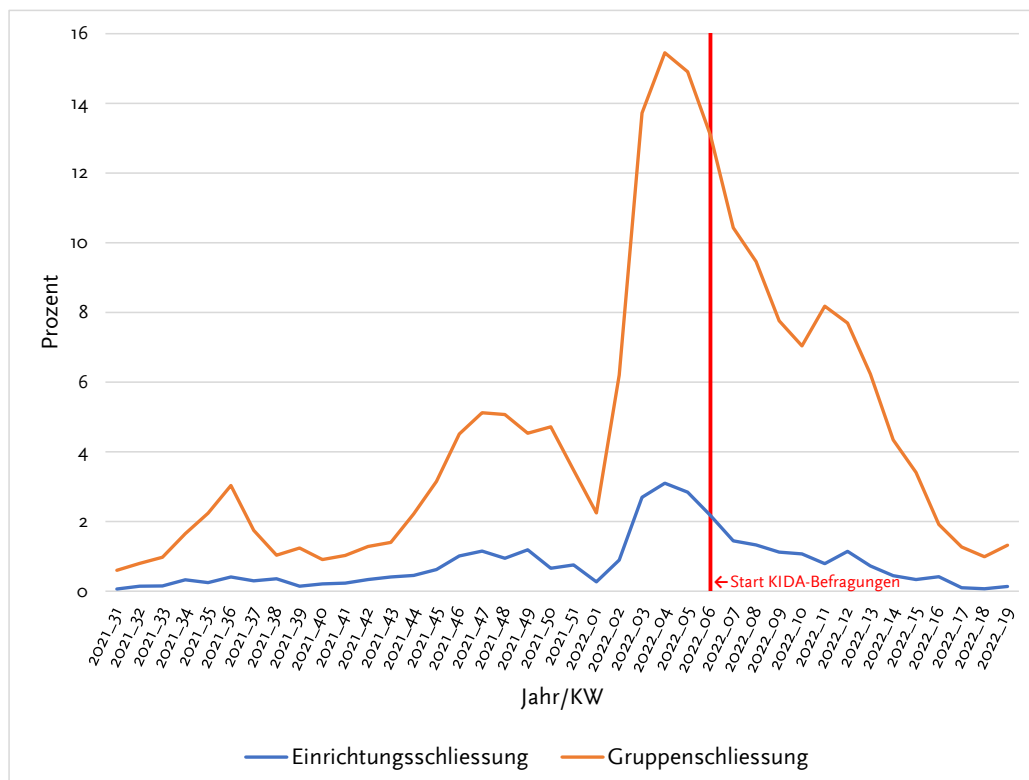
Abbildung 4: Übersicht der Kindertageseinrichtungen mit mindestens einem Verdachts- oder Infektionsfall bei Kindern, Eltern oder Mitarbeitenden



Anmerkungen: Quelle: Jugendinstitut [34]; Anteile in Prozent nach Jahr/KW

Zum Start der KIDA-Befragung befanden sich die verdachts- und infektionsbedingten Schließungen in Kindertageseinrichtungen von Gruppen und ganzen Einrichtungen auf einem Höhepunkt (siehe Abbildung 5). Es wurden vermehrt Gruppen im Vergleich zu ganzen Einrichtungen geschlossen. Gruppen- und Einrichtungsschließungen nahmen nach dem Start der KIDA-Befragung stetig ab.

Abbildung 5: Übersicht von verdachts- und infektionsbedingten Schließungen in Kindertageseinrichtungen



Anmerkungen: Quelle: Jugendinstitut [34]; Anteile in Prozent nach Jahr/KW

4.2 Pandemiebedingte Rahmenbedingungen: Ergebnisse der KIDA-Befragung

4.2.1 Kernaussagen

- Laut Elternangaben wurden knapp 41 % der 3- bis 15-jährigen jemals positiv auf SARS-CoV-2 getestet.
- Zuletzt positive PCR-Tests wurden in KIDA am häufigsten für die Omikron-Welle (fünfte Welle) berichtet
- Insgesamt berichteten Eltern überwiegend, dass sich Schulen und Kindertageseinrichtungen im Erhebungszeitraum im Regelbetrieb befanden.
- Die Pflicht zum Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung betraf die Mehrheit der Schülerinnen und Schüler, ebenso unterlag der Großteil der Kinder in Schulen und Kindertageseinrichtungen einer Testpflicht.

4.2.2 Hintergrund

Die in Kapitel 4.1 beschriebenen gesellschaftlichen und gesundheitlichen Rahmenbedingungen des Pandemiegeschehens und der entsprechenden Eindämmungsmaßnahmen betreffen die untersuchten Kinder und Jugendlichen unterschiedlich, z. B. je nach Bundesland, einrichtungsbezogenen Regelungen oder eigenem Infektionsstatus. Daher wurden die Eltern zu bestimmten Aspekten befragt, die direkt im Zusammenhang mit der Pandemie und Maßnahmen zum Infektionsschutz stehen. So können manche Befunde, die sich im Bereich der körperlichen und psychischen Gesundheit bzw. des Gesundheitsverhaltens ergeben, durch Wissen um die jeweilige pandemiebedingte Situation der Kinder und Jugendlichen besser eingeordnet werden.

So ist beispielsweise wichtig zu wissen, ob Schule bzw. Kindertageseinrichtungen regulär besucht werden können, oder ob die Einrichtung geschlossen bzw. eingeschränkt geöffnet ist. Der Wegfall von Präsenzunterricht stellt für Kinder und Jugendliche eine starke Veränderung des täglichen Alltags dar, auf welche häufig mit erhöhtem Stress reagiert wird [35, 36]. Weitere Auswirkungen von Schutzmaßnahmen zeigen, dass die Pflicht zum Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung vor allem in der Schule von einigen Kindern und Jugendlichen als belastend empfunden wird und das subjektive Wohlbefinden beeinflussen kann [37, 38]. Andererseits liegen auch Hinweise vor, dass das Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung psychischen Stress verringern kann [39].

4.2.3 Messung der Indikatoren in KIDA

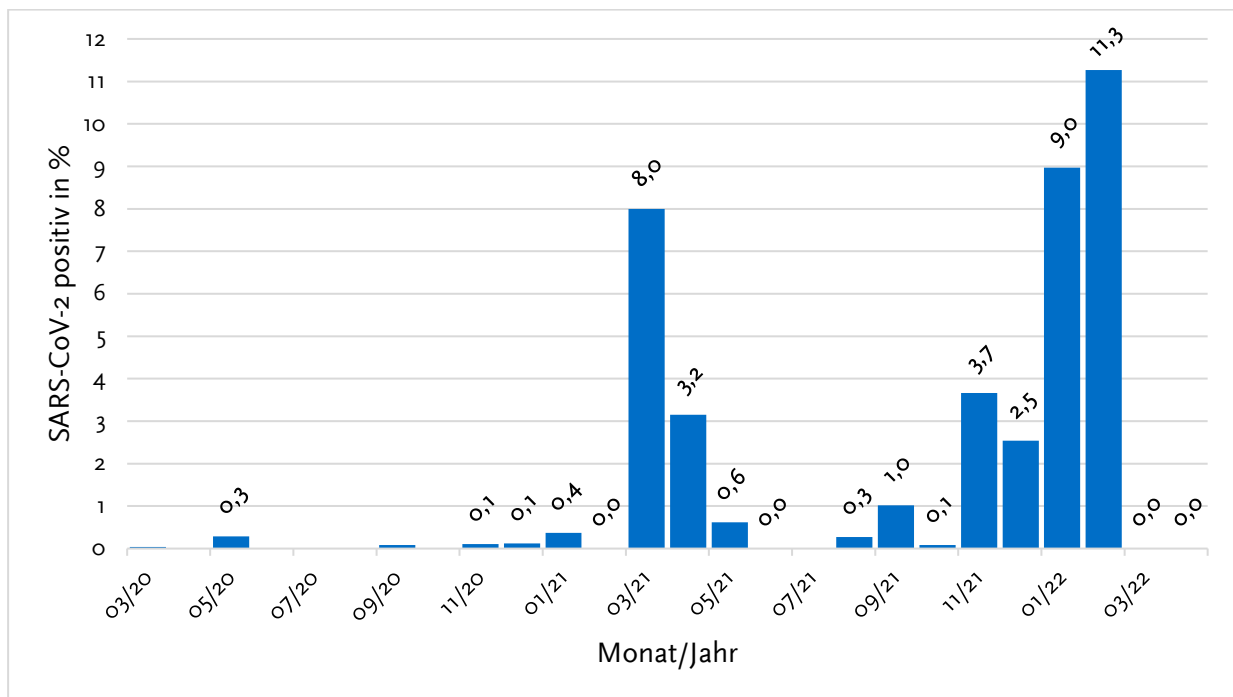
Innerhalb von KIDA wurden Eltern gefragt, ob sich die Einrichtung, die das Kind jeweils besucht (Schule bzw. Kindertageseinrichtungen), aktuell aufgrund eines SARS-CoV-2-Verdachts- oder Infektionsfalls oder im Rahmen einer (über)regionalen Eindämmungsmaßnahme geschlossen ist. Im Falle einer Bejahung wurde nach dem Zugang zu einer Notbetreuung gefragt. Zudem wurde nach einer einrichtungsbezogenen Teststrategie gefragt, bei Schulkindern auch nach der Pflicht zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung. Des Weiteren wurde erhoben, ob und wenn ja, wann, eine SARS-CoV-2-Infektion in der Vorgeschichte nachgewiesen wurde, und ob sich das Kind derzeit in Quarantäne befindet.

4.2.4 Ergebnisse und Einordnung

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

Laut Elternangaben wurden 40,6 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahre jemals positiv auf SARS-CoV-2 mittels PCR-Test getestet. Die positiven Testergebnisse unterscheiden sich nicht zwischen der besuchten Einrichtung oder Mädchen und Jungen (siehe Anhang, Tabelle 2). Die zuletzt zurückliegenden Infektionen wurden am häufigsten für das Frühjahr 2021 und 2022 berichtet. So hatten im Januar und Februar 2022 jeweils 9 % bzw. 11,3 % der Kinder aus der KIDA-Stichprobe laut Elternangaben eine akute SARS-CoV-2-Infektion. Für März und April 2022 wurden keine Infektionen berichtet. Dies könnte unter anderem darin begründet liegen, dass im ersten KIDA-Erhebungszeitraum nur positive PCR-Tests erfragt werden und keine positiven Antigen-Schnelltests. Abbildung 6 veranschaulicht über den gesamten Pandemieverlauf den monatlichen Anteil der zuletzt zurückliegenden getesteten SARS-CoV-2-Infektion der Kinder und Jugendlichen der KIDA-Stichprobe.

Abbildung 6: Prävalenz des letzten positiven SARS-CoV-2 Test der Kinder und Jugendlichen



Anmerkung: Datenbasis: 1. KIDA-Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022); Gesamt: n = 1.186; Elternbericht zum letzten positiven SARS-CoV-2-Test der Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 15 Jahren; Abbildung 6 zeigt die Prävalenzen in Prozent nach Monat und Jahr

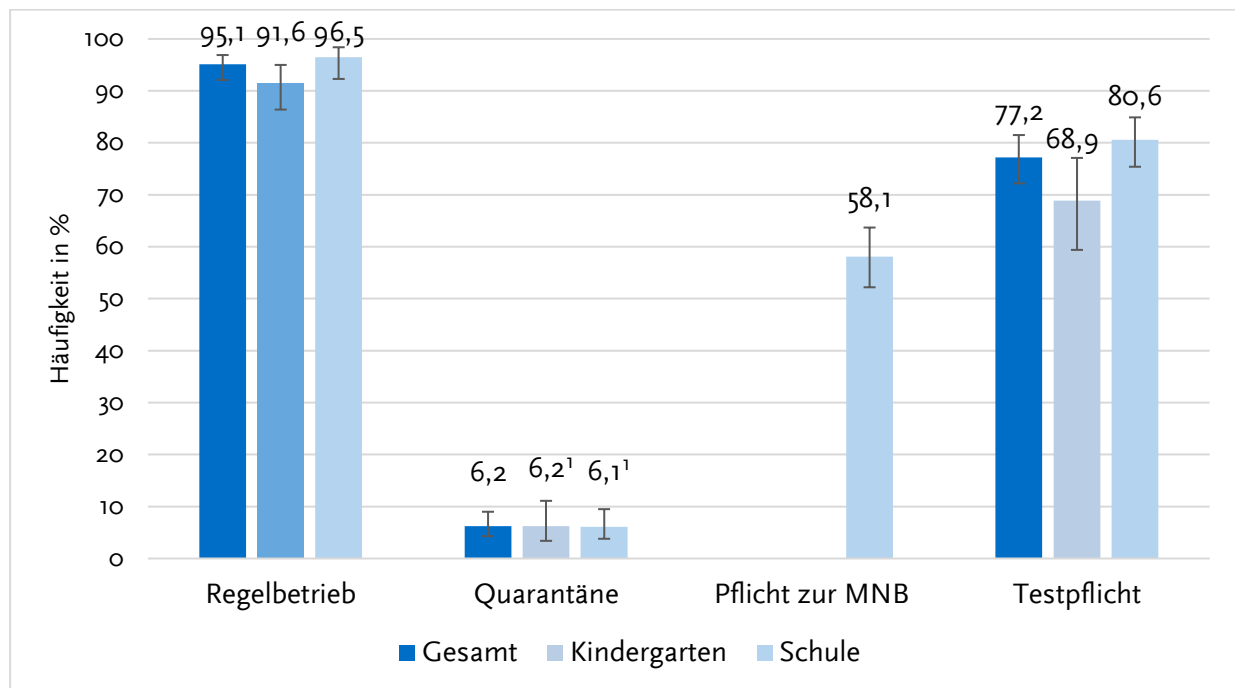
Es ist darauf hinzuweisen, dass Veränderungen in der Nachweis-Häufigkeit von positiven SARS-CoV-2 Tests auch auf unterschiedliche Teststrategien und Unterschiede in der flächendeckenden Verfügbarkeit von Antigen-Schnelltests zurückzuführen sein können. Jedoch decken sich die deutlich höheren Infektionsraten in der KIDA-Stichprobe im zweiten Pandemiewinter mit bisherigen Meldedaten des RKI [40]. Diese dürfte vor allem im Zusammenhang mit einer deutlich erhöhten Übertragungsrate der Omikron-Variante stehen [41].

Die SARS-CoV-2-Inzidenzen in Abbildung 2 zeigen, dass die KIDA-Befragungen während des Rückgangs der Infektionen im Februar 2022 startete und sich die Befragung über die so genannte Omikron-Welle (fünfte Welle) erstreckte [40], welche auch in den Daten der KIDA-Befragung zu erkennen sind. Vor allem unter Kindern und Jugendlichen im Vorschul- und Schulalter ergaben sich besonders hohe Infektionsraten während dieser Omikron-Welle.

Welche Infektionsschutzmaßnahmen wurden in Schulen und Kindertageseinrichtungen umgesetzt?

Während des Erhebungszeitraums waren 91,6,3 % der Kindertageseinrichtungen und 96,5 % der Schulen in der untersuchten Stichprobe im Regelbetrieb. Wenn die Einrichtungen nicht im Regelbetrieb waren (n = 26), wurde als Grund für Schließungen oft ein SARS-CoV-2-Verdachts- oder Infektionsfall (15 von 26), seltener eine regionale oder überregionale Eindämmungsmaßnahme (11 von 26) angegeben. Da Kinder in Kindertageseinrichtungen zu keiner Zeit die Pflicht zum Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung hatten, wurde diese Frage für Kinder in Kindertageseinrichtungen nicht gestellt. Häufigkeiten von weiteren Infektionsschutzmaßnahmen in den Einrichtungen sind in Abbildung 7 dargestellt.

Abbildung 7: Häufigkeiten von Infektionsschutzmaßnahmen in Schulen und Kindertageseinrichtungen



Anmerkung: Datenbasis: 1. KIDA-Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022); Regelbetrieb: n = 1.166, Quarantäne: n = 1.189, Pflicht zur MNB: n = 871, Testpflicht: n = 1.149; Elternbericht zu Infektionsschutzmaßnahmen in Schulen und Kindertageseinrichtungen; Abbildung 7 zeigt die Häufigkeit in Prozent mit 95 %-Konfidenzintervall; 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 vorsichtig interpretiert werden (siehe Anhang, Tabelle 3)

Die Ergebnisse zeigen, dass ein großer Teil von Schulen und Kindertageseinrichtungen im ersten Erhebungszeitraum im Regelbetrieb besucht werden konnten, wobei keine Unterschiede zwischen Kindertageseinrichtungen und Schulen zu erkennen war. In der Corona-Kita-Studie wurde zwischen Gruppen- und Einrichtungsschließungen unterschieden, wobei in KIDA ausschließlich nach Einrichtungsschließungen gefragt wurde. Die elternberichteten Schließungen der Kindertagesstätten in KIDA wurden häufiger genannt im Vergleich zu den Einrichtungsschließungen innerhalb der Corona-Kita-Studie für den gleichen Zeitraum [34]. Es waren ähnlich viele Schulen wie Kindertageseinrichtungen im Regelbetrieb. Die Kultusministerkonferenz weist darauf hin, dass der Regelbetrieb in Schulen auch für das Schuljahr 2022/23 aufrechterhalten werden soll, und Schulschließungen möglichst vermieden werden sollen [42].

4.2.5 Fazit

Der Beginn der KIDA-Befragung fällt in einen Zeitraum, in welchem die Infektionsschutzmaßnahmen stark verringert und gleichzeitig von vielen Eltern der zuletzt positive COVID-19-Test (PCR Test) berichtet wurden. In diesem Zeitraum wurde das Infektionsgeschehen vorherrschend durch die SARS-CoV-2-Virusvariante „Omikron“ dominiert [40]. Insgesamt zeigen die bisherigen Ergebnisse, dass für knapp 41 % der Kinder und Jugendlichen jemals eine COVID-19-Infektion und die letzten positiven PCR-Tests während der zweiten Omikron-Welle berichtet wurden. Im ersten Erhebungszeitraum von KIDA fanden Schulen und Kindertageseinrichtungen größtenteils im Regelbetrieb statt. Schließungen wurden dem DJI größtenteils für Kita-Gruppen berichtet.

4.3 Körperliche Gesundheit

4.3.1 Kernaussagen

- Wenngleich die Mehrheit der Kinder von 3 bis 15 Jahren (91 %) nach Angabe ihrer Eltern über einen sehr guten oder guten allgemeinen Gesundheitszustand verfügt, zeigen diese Zahlen im Vergleich zu früheren Erhebungen, dass Eltern für einen eher höheren Teil der Kinder aktuell nur einen mittelmäßigen, schlechten oder sehr schlechtem Gesundheitszustand angeben.
- Bei annähernd einem von fünf Kindern hat sich nach Angabe ihrer Eltern der allgemeine Gesundheitszustand im Vergleich zu der Zeit vor der COVID-19-Pandemie verschlechtert.
- Für jedes zehnte Kind geben Eltern einen aktuell erhöhten medizinischen, psychosozialen oder pädagogischen Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf an, bei etwa einem Viertel dieser Kinder ist der Bedarf während der Pandemie neu aufgetreten.
- Ein ursächlicher Zusammenhang dieser Veränderungen mit dem Pandemie-Geschehen kann methodisch bedingt aus den Befragungen nicht direkt abgeleitet werden.

4.3.2 Hintergrund

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

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

4.3.3.1 Hintergrund des Indikators

Die Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands ist ein etablierter Bestandteil nationaler und internationaler Erhebungen zur gesundheitlichen Lage einer Bevölkerung oder Bevölkerungsgruppe. Sie umfasst neben der körperlichen Gesundheit auch Aspekte des psychischen und sozialen Wohlbefindens sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität [43]. Ein guter allgemeiner Gesundheitszustand gilt als wertvolle Ressource, um die zahlreichen Entwicklungsaufgaben des Kindes- und Jugendalters erfolgreich zu bewältigen [44]. Aus der Literatur sind Zusammenhänge zwischen der subjektiven Gesundheit sowie dem Gesundheitsverhalten und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bekannt [45, 46].

Messung des Indikators in KIDA

In der KIDA-Studie wird die Einschätzung der Eltern zum allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder entsprechend einer von der WHO empfohlenen Formulierung [47] erfragt: „Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben?“. Die Antwortskala ist fünfstufig angelegt: „sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“, „sehr schlecht“. Analog zum Vorgehen in der KiGGS-Studie werden die beiden Kategorien „sehr gut“ und „gut“ zusammengefasst und den ebenfalls zusammengefassten Kategorien „mittelmäßig“, „schlecht“, „sehr schlecht“ gegenübergestellt.

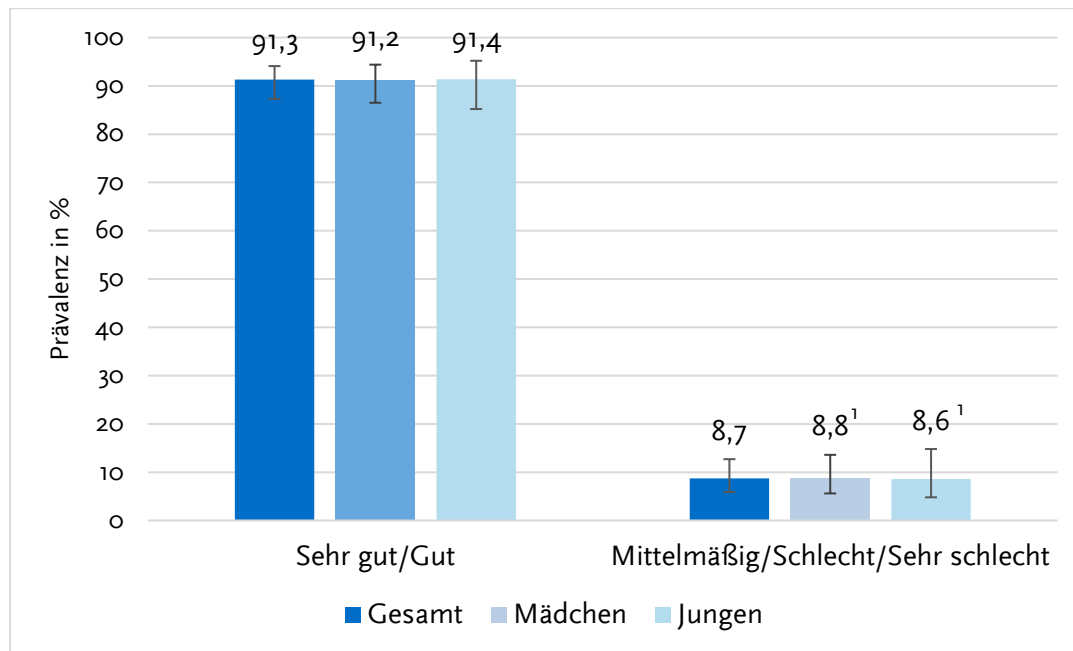
Zudem wurde eine Elterneinschätzung der Veränderung der allgemeinen Gesundheit gegenüber der Zeit vor Beginn der COVID-19-Pandemie in Deutschland erhoben: „Verglichen mit der Zeit vor der Corona-Pandemie (also vor März 2020), wie würden Sie die derzeitige allgemeine Gesundheit Ihres Kindes beschreiben?“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

4.3.3.2 Ergebnisse

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

Laut Elternangaben verfügen 91,3 % der Kinder über einen sehr guten oder guten allgemeinen Gesundheitszustand (siehe Abbildung 8).

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

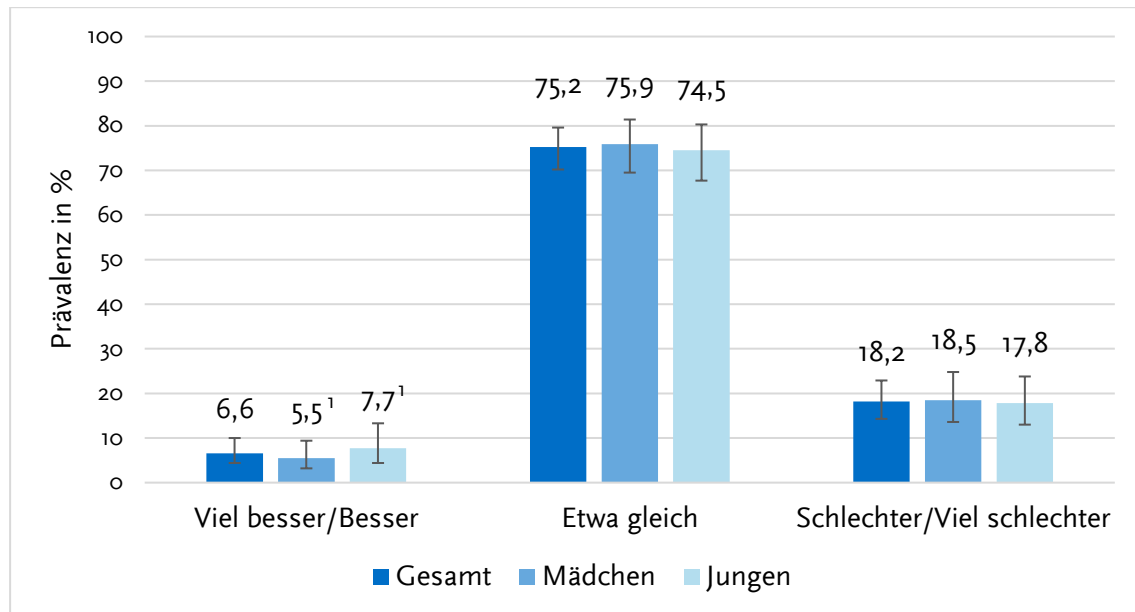


Anmerkungen: Datenbasis: 1. KIDA-Erhebungszeitraum; Gesamt: n = 1.189; Mädchen: n = 575; Jungen: n = 614; (siehe Anhang, Tabelle 4); ¹ Die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden

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

Gefragt danach, wie sie die derzeitige allgemeine Gesundheit Ihres Kindes verglichen mit der Zeit vor der Corona-Pandemie (also vor März 2020) beschreiben, schätzen 75,2 % der Eltern den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder als unverändert ein (siehe Abbildung 9). Fast ein Fünftel der Eltern berichtet eine Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustands ihrer Kinder, während er sich für einen kleinen Anteil verbesserte. Eine Verbesserung scheint bei Jungen tendenziell häufiger aufgetreten zu sein als bei Mädchen. Die Geschlechterunterschiede sind jedoch nicht statistisch signifikant.

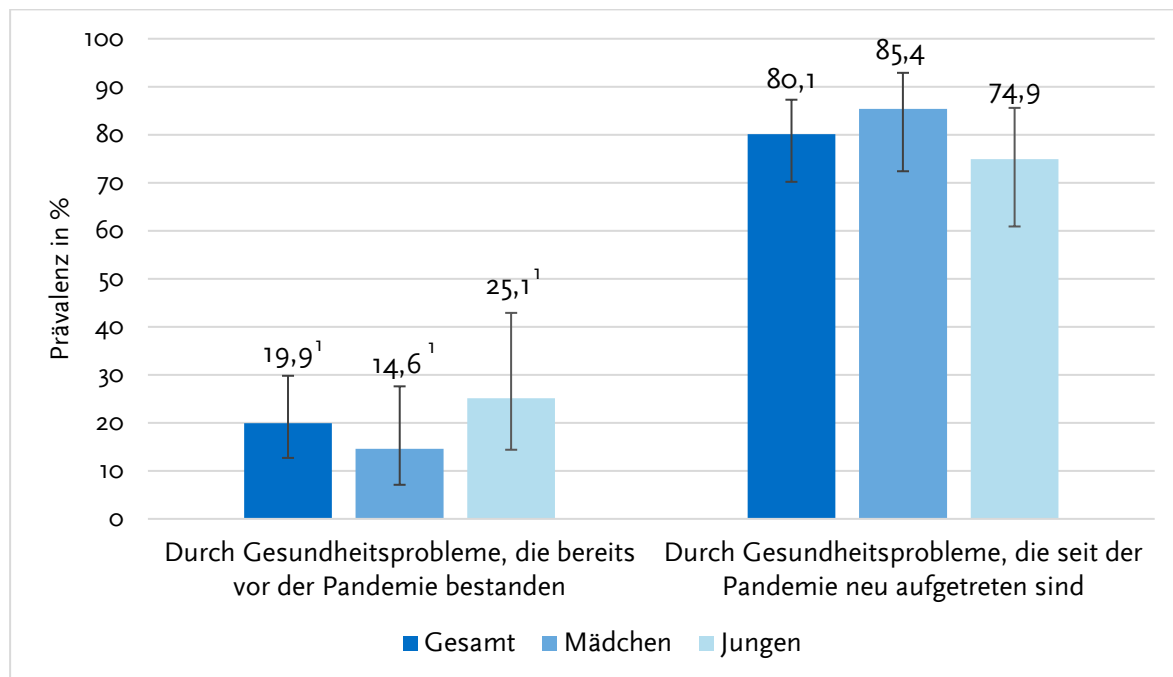
Abbildung 9: Veränderung des subjektiven allgemeinen Gesundheitszustands von Kindern im Alter von 3 bis 15 Jahren im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, gesamt und getrennt nach Geschlecht



Anmerkungen: Datenbasis: 1. KIDA-Erhebungszeitraum; Gesamt: n = 1.185, Mädchen: n = 574; Jungen: n = 611 (siehe Anhang, Tabelle 5); ¹ Die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden

Innerhalb der Gruppe von Kindern mit einem im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie verschlechterten allgemeinen Gesundheitszustand hat sich laut Elternbericht die Gesundheit ganz überwiegend aufgrund von Gesundheitsproblemen verschlechtert, die seit der Pandemie neu aufgetreten sind. Dieser Anteil liegt bei Mädchen mit rund 86 % tendenziell höher als mit knapp 75 % bei Jungen (siehe Abbildung 10). Allerdings ist dieser Geschlechterunterschied nicht statistisch signifikant.

Abbildung 10: Art der Verschlechterung des subjektiven allgemeinen Gesundheitszustands von Kindern im Alter von 3 bis 15 Jahren, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, gesamt und getrennt nach Geschlecht



Anmerkungen: Datenbasis: 1. KIDA-Erhebungszeitraum; Gesamt: n = 186; Mädchen: n = 90; Jungen: n = 96 (siehe Anhang, Tabelle 6); ¹ Die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden

4.3.3.3 Einordnung der Ergebnisse

Mit 91,3 % hat die Mehrheit der 3- bis 15-jährigen Kinder nach Angabe ihrer Eltern einen sehr guten oder guten allgemeinen Gesundheitszustand. Dieser Anteil liegt niedriger als in der 2014-2017 durchgeführten bevölkerungsrepräsentativen KiGGS Welle 2, in der für 96,1 % der Kinder dieser Altersgruppe ein guter oder sehr guter Gesundheitszustand berichtet wurde. Ein Vergleich dieser Ergebnisse ist jedoch durch unterschiedliche Erhebungsmethoden (der allgemeine Gesundheitszustand wurde in KiGGS Welle 2 über einen schriftlichen Fragebogen erfasst) und des zurzeit in KIDA noch relativ geringen Stichprobenumfangs limitiert.

Bei rund 18 % der 3- bis 15-jährigen Kinder hat sich nach Elternangaben der allgemeine Gesundheitszustand im Vergleich zu der Zeit vor der COVID-19-Pandemie verschlechtert. Im DAK-Präventionsradar für das Schuljahr 2021/2022 berichteten 29 % der Kinder und Jugendlichen der 5.-10. Klasse selbst in einem Online-Fragebogen eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes [48]. Aus zwei Gründen sind diese sich unterscheidenden Ergebnisse nicht unerwartet. Zum einen ist aus der KiGGS-Basiserhebung bekannt, dass Jugendliche selbst zu einer etwas schlechteren Einschätzung ihres allgemeinen Gesundheitszustands gelangen als ihre Eltern [49]. Zum anderen ist bei der subjektiven Einschätzung der allgemeinen Gesundheit im Altersgang eine Zunahme des Anteils von älteren Kindern und Jugendlichen mit mittelmäßiger, schlechter oder sehr schlechter Gesundheit im Vergleich zu Kindern in den Altersgruppen der 3- bis 6-jährigen und der 7- bis 10-jährigen bekannt [50, 51]. Bei einer Abfrage von Veränderungen der allgemeinen Gesundheit im Vergleich zu einem Zeitpunkt, zu dem die Kinder zwei Jahre jünger waren, ist demnach insbesondere ab einem Alter von 11 Jahren zunehmend mit Angaben eines verschlechterten Gesundheitszustandes zu rechnen. Ob darüber hinaus möglicherweise altersspezifische Unterschiede hinsichtlich der Betroffenheit und Verarbeitung von Maßnahmen und Einschränkungen zur Eindämmung der Pandemie diese jetzt aktuell erhobenen Unterschiede mit erklären, kann nur durch längsschnittliche Erhebungen untersucht werden. In den folgenden KIDA-Berichten wird die wachsende Stichprobengröße eine tiefergehende Charakterisierung der Kinder mit nur mittelmäßiger, schlechter und sehr schlechter allgemeiner Gesundheit bzw. mit einer Verschlechterung innerhalb der vergangenen zwei Jahre ermöglichen. Diese differenzierten Auswertungen sind zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht möglich.

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

4.3.4.1 Hintergrund des Indikators

Die Prävalenz von Kindern und Jugendlichen mit chronischen gesundheitlichen Problemen steigt einerseits durch längere Überlebenszeiten von Kindern und Jugendlichen mit schweren angeborenen Erkrankungen oder Fehlbildungen. Zudem können durch veränderte ökologische und soziale Lebensbedingungen erworbene Gesundheitsstörungen in den Vordergrund treten, die eine gesunde körperliche und seelische Entwicklung der betroffenen Kinder und Jugendlichen langfristig beeinträchtigen [52]. Hierzu zählen psychische Störungen ebenso wie körperliche Gesundheitsprobleme. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung und im Zusammenhang mit den zusätzlichen veränderten Bedingungen aufgrund der Pandemie ist die Einschätzung des speziellen Versorgungs- oder Unterstützungsbedarfs bei Kindern und Jugendlichen auf Bevölkerungsebene von großer Bedeutung.

Messung des Indikators in KIDA

In KIDA wurde ein Item des in den USA entwickelten und in KiGGS-Basis eingesetzten Kurzfragebogens „Children with Special Health Care Needs (CSHCN)-Screeener“ in die telefonische Elternbefragung integriert [53, 54]. Die Frage lautet: „Braucht Ihr Kind mehr medizinische Versorgung, psychosoziale oder pädagogische Unterstützung, als es für Kinder in diesem Alter üblich ist?“ Wenn diese Frage bejaht wurde, folgten die Fragen „Geschieht dies aufgrund einer Krankheit, Verhaltensstörung oder eines gesundheitlichen Problems?“ und „Dauert dieses Problem bereits 12 Monate an oder ist eine Dauer von mehr als 12 Monaten zu erwarten?“ Ein erhöhter Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf liegt vor, wenn alle drei Fragen bejaht wurden.

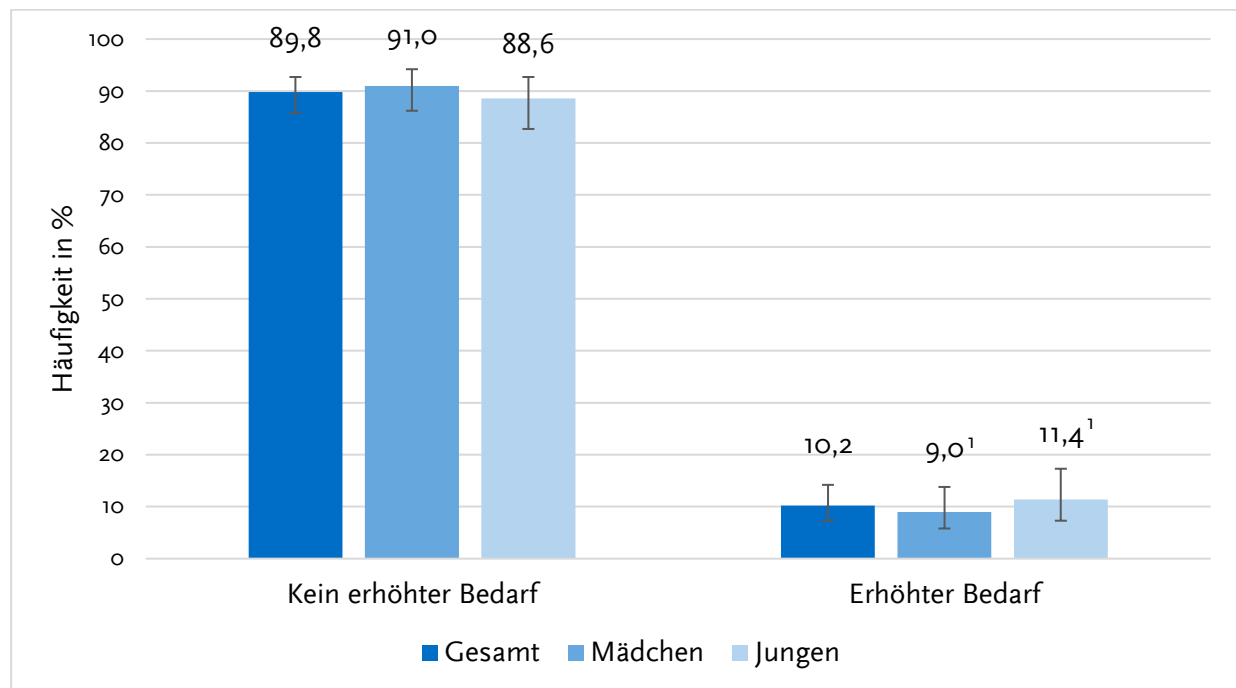
Es folgte die Frage danach, ob der erhöhte Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf schon vor der Pandemie bestanden hat: „Bestand der erhöhte Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf bereits vor der Corona-Pandemie?“ Die Antwortkategorien waren wie folgt formuliert: „ja, der erhöhte Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf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

4.3.4.2 Ergebnisse

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

Laut Angaben der Eltern besteht für 10,2 % der Kinder in der Altersgruppe der 3- bis 15-Jährigen ein erhöhter medizinischer, psychosozialer oder pädagogischer Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf (siehe Abbildung 11). Wenngleich der Anteil bei Jungen etwas höher ausfällt als bei Mädchen, ergibt sich kein statistisch signifikanter Geschlechterunterschied.

Abbildung 11: Erhöhter Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf bei Kindern im Alter von 3 bis 15 Jahren, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, gesamt und getrennt nach Geschlecht



Anmerkungen: Datenbasis: 1. KIDA-Erhebungszeitraum; Gesamt: n = 1.177; Mädchen: n = 568; Jungen: n = 609 (siehe Anhang, Tabelle 7); ¹ Die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden

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

Erste Auswertungen der noch sehr kleinen Fallzahl von Kindern mit erhöhtem Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf (n = 96) zeigen, dass bei knapp 75 % dieser Kinder bereits vor der Pandemie ein erhöhter Bedarf bestanden hat, während er bei einem Viertel während der Pandemie neu aufgetreten ist (siehe Anhang, Tabelle 8). Bezogen auf die Gesamtstichprobe gaben 3,2 % (wegen geringer Fallzahlen ist die Prävalenz nur mit eingeschränkter statistischer Sicherheit zu berechnen und liegt zwischen 1,8 und 5,4 %) der Eltern einen während der Pandemie neu aufgetretenen erhöhten Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf ihrer Kinder an.

4.2.4.3 Einordnung der Ergebnisse

Ein Vergleich des Anteils von Kindern mit erhöhtem Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf mit früheren bevölkerungsbasierten Erhebungen ist nur sehr eingeschränkt möglich. In KiGGS Welle 1 und KiGGS Welle 2 wurde dieses Item des CSHCN-Screeners nicht erhoben. Die schon mehr als 16 Jahre zurückliegende KiGGS-Basiserhebung beinhaltet das jetzt erfragte CSHCN-Item als Teil des vollständigen Screeninginstruments, jedoch wurden die Informationen in einer schriftlichen Befragung erhoben und nicht wie in KIDA telefonisch. Der Anteil von Kindern in der jetzt untersuchten Altersgruppe mit erhöhtem Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf errechnet sich in den Daten der KiGGS-Basiserhebung aus 2004-2006 auf 6 %. Der aktuell in KIDA mit rund 10 % ermittelte Anteil von 3- bis 15-Jährigen mit erhöhtem Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf wird in den folgenden KIDA-Berichten auf Basis einer anwachsenden Stichprobengröße genauer analysiert werden können. Insbesondere wird anhand der vertiefenden Online-Befragung im nächsten Quartalsbericht eine differenziertere Betrachtung des erhöhten Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs ermöglicht werden.

Fazit

Der überwiegenden Mehrheit der Kinder im Alter von 3 bis 15 Jahren geht es in Bezug auf ihren subjektiven allgemeinen Gesundheitszustand gut oder sogar sehr gut. Dennoch lässt sich ein nennenswerter Anteil von 8,7 % an Kindern feststellen, deren allgemeine Gesundheit durch die Eltern nur als mittelmäßig, schlecht oder sogar sehr schlecht eingeschätzt wird. Außerdem hat sich bei annähernd einem von fünf Kindern nach Angabe ihrer

Eltern der allgemeine Gesundheitszustand im Vergleich zu der Zeit vor der COVID-19-Pandemie verschlechtert. Ein erhöhter medizinischer, psychosozialer oder pädagogischer Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf wird für jedes zehnte Kind berichtet, und bei etwa einem Viertel dieser Kinder ist der erhöhte Bedarf während der Pandemie neu aufgetreten. Die Ergebnisse weisen aus Public Health-Gesichtspunkten auf Handlungsbedarf hin, der jedoch mit vertiefenden (Online-Nachbefragung derselben Familien) und fortgesetzten (neue Querschnitte) Untersuchungen überprüft und näher beschrieben werden muss. Künftige Auswertungen in KIDA sollen dazu beitragen, besonders vulnerable Gruppen zu identifizieren.

Die Einordnung der vorliegenden Ergebnisse zur körperlichen Gesundheit unterliegt mehreren Limitationen. Erhoben werden die subjektiven Einschätzungen der Eltern zum Gesundheitszustand ihrer Kinder und zu Veränderungen im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie. Daraus ergeben sich mehrere mögliche Verzerrungsquellen, darunter selektive oder in der Erinnerung veränderte Wahrnehmungen (Erinnerungsbias). Bei der Interpretation der Ergebnisse muss außerdem berücksichtigt werden, dass alters- und geschlechtsspezifische bevölkerungsbezogene Ergebnisse für den Zeitraum direkt vor der Pandemie für vergleichende Betrachtungen nicht verfügbar sind. Die Ergebnisse der letzten KiGGS Welle 2 beziehen sich auf einen Zeitraum, der drei bis sechs Jahre vor der COVID-19-Pandemie lag. Eine weitere wesentliche Einschränkung ergibt sich aus dem Umstand, dass die bislang erzielten Fallzahlen durch die übermäßige Auslastung des Auftragnehmers im Frühjahr 2022 hinter den erwarteten Fallzahlen zurückgeblieben sind. Mit Fortführung der KIDA-Studie werden höhere Fallzahlen statistische Unsicherheiten reduzieren und differenziertere Betrachtungen nach Geschlecht und Altersgruppen sowie nach sozialem Status ermöglichen.

4.4 Psychische Gesundheit

4.4.1 Kernaussagen

- Die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen (92 %) hat nach Angabe ihrer Eltern eine ausgezeichnete, sehr gute oder gute psychische Gesundheit.
- Bei ca. einem Viertel (27,1 %) der Kinder und Jugendlichen hat sich nach Angabe ihrer Eltern die psychische Gesundheit im Vergleich während vs. vor der COVID-19-Pandemie verschlechtert.
- Das elternberichtete psychische, soziale und schulische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen von 8 bis 15 Jahren lagen während des ersten KIDA-Erhebungszeitraums (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022) im Durchschnitt oder leicht über der europäischen Norm im Normalbereich.
- Eltern berichteten im Durchschnitt für Jungen im Vergleich zu Mädchen ein niedrigeres schulisches Wohlbefinden.

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

4.4.2.1 Hintergrund des Indikators

Die subjektive psychische Gesundheit (Self-Rated Mental Health, SRMH) umfasst die Einschätzung der eigenen allgemeinen psychischen Gesundheit aus der Sicht der befragten Person selbst bzw. bei Kindern aus der Sicht der Eltern. Der Indikator SRMH lässt sich dem Bereich der positiven psychischen Gesundheit zuordnen [55, 56] unabhängig von der Anwesenheit/Abwesenheit psychopathologischer Symptome. Entsprechend können Personen mit psychopathologischen Symptomen ihre psychische Gesundheit dennoch als sehr gut und Personen ohne psychopathologische Symptome ihre psychische Gesundheit wiederum als nicht gut einschätzen [57-59]. Vor diesem Hintergrund wird die SRMH in der „Positive Mental Health Surveillance“ in Kanada [60] sowie in Australien [61] bereits als Indikator der positiven psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ab 12 Jahren eingesetzt [62]. Ergebnisse während der COVID-19-Pandemie konnten für den Indikator bis dato weder international noch national für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen gefunden werden.

In Deutschland wurde der Indikator zur SRMH während der COVID-19 Pandemie in den Studien GEDA21, GEDA22 und COVIMO bei Erwachsenen erhoben. Basierend auf diesen Daten werden im Rahmen der Mental Health Surveillance (MHS) des Robert Koch-Instituts in Deutschland aktuell engmaschige Zeitreihen zur Entwicklung der SRMH aufgebaut. Im Zuge der Implementierung von Indikatoren für das Kindes- und Jugendalter in eine MHS für Deutschland ist die kontinuierliche Quantifizierung des Indikators auch für diese Altersspanne vorgesehen. In der KIDA-Studie ist das entsprechende Erhebungsinventar für Kinder und Jugendliche erstmalig eingesetzt worden.

Messung des Indikators in KIDA

In der KIDA-Studie wird die SRMH über ein etabliertes Einzelitem [58] gemessen: „Wie würden Sie die psychische Gesundheit Ihres Kindes im Allgemeinen einschätzen?“ (Elternbericht für 3- bis 15-Jährige) bzw. „Wie würden Sie Ihren psychischen Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“ (Selbstbericht für 16- bis 17-Jährige). Die Antwortmöglichkeiten lauteten: 5 = „ausgezeichnet“, 4 = „sehr gut“, 3 = „gut“, 2 = „weniger gut“, 1 = „schlecht.“ Analog zu den Surveillance-Systemen in Kanada [60] und Australien [61] werden die beiden Kategorien „ausgezeichnet“ und „sehr gut“ zusammengefasst. Darüber hinaus findet eine Differenzierung zwischen einer „guten“ und einer „weniger guten“ bzw. „schlechten“ psychischen Gesundheit statt.

Zudem wird eine Eltern- bzw. Selbsteinschätzung der Veränderung der psychischen Gesundheit gegenüber der Zeit vor Beginn der COVID-19-Pandemie in Deutschland erhoben: „Verglichen mit der Zeit vor der Corona-Pandemie (also vor März 2020), wie würden Sie die derzeitige psychische Gesundheit Ihres Kindes – bzw. im Selbstbericht: Ihre derzeitige psychische Gesundheit – beschreiben?“ Die Antwortmöglichkeiten lauteten: 5 = „viel besser“, 4 = „etwas besser“, 3 = „etwa gleich“, 2 = „etwas schlechter“, 1 = „viel schlechter.“ Die Antwortkategorien 5 und 4 wurden als „verbessert“ und die Antwortkategorien 1 und 2 als „verschlechtert“ zusammengefasst, die Antwortkategorie 3 blieb als „unverändert“ bestehen.

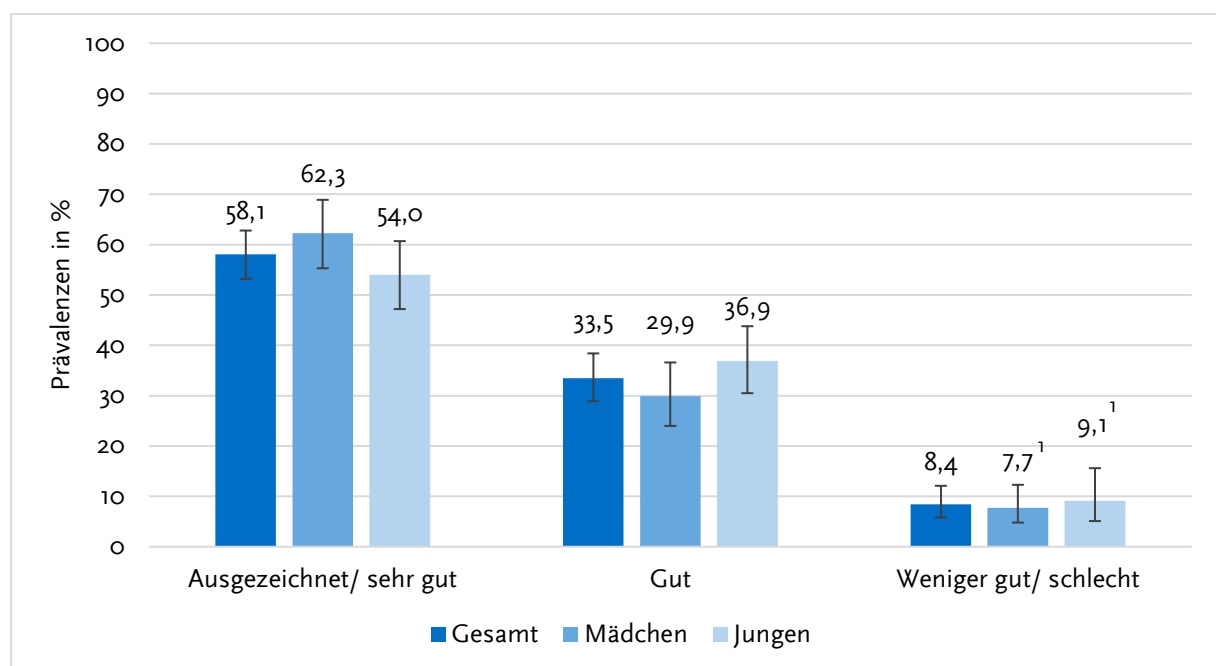
4.4.2.2 Ergebnisse

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

Die SRMH wurde von den Eltern für einen Großteil der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren positiv eingeschätzt: Bei 58,1 % wurde die SRMH als „ausgezeichnet“ bzw. „sehr gut“ und bei einem weiteren Drittel (33,5 %) als „gut“ berichtet. Bei 8,4 % der Kinder und Jugendlichen wurde die psychische Gesundheit von ihren Eltern als „weniger gut“ bzw. „schlecht“ eingeschätzt. Für diesen Indikator liegen bislang keine Referenzdaten für Kinder und Jugendliche in Deutschland vor, weshalb ein Vergleich mit prä-pandemischen Zeitpunkten nicht möglich ist und die zeitliche Entwicklung des Indikators erst im Zuge der weiteren Erhebung im Rahmen der KIDA-Studie weiterverfolgt werden kann.

Eine nach Mädchen und Jungen getrennte Auswertung (siehe Abbildung 12) zeigte, dass bei der Mehrheit der Mädchen (62,3 %) und der Jungen (54,0 %) die Eltern von einer ausgezeichneten bzw. sehr guten SRMH ihres Kindes berichteten. Ca. ein Drittel der Mädchen und Jungen (Mädchen: 29,9 %; Jungen: 36,9 %) wiesen laut ihren Eltern eine gute SRMH auf. Wegen geringer Fallzahlen ist die Prävalenz der weniger guten bzw. schlechten SRMH nur mit eingeschränkter statistischer Sicherheit zu berichten und liegt bei Mädchen zwischen 4,8-12,3 % und bei Jungen zwischen 5,1-15,6 %. Die Zahlen deuten tendenziell eine bessere SRMH bei Mädchen gegenüber Jungen an, allerdings sind diese Unterschiede nicht signifikant.

Abbildung 12: Subjektive psychische Gesundheit im Allgemeinen gesamt und getrennt nach Mädchen und Jungen

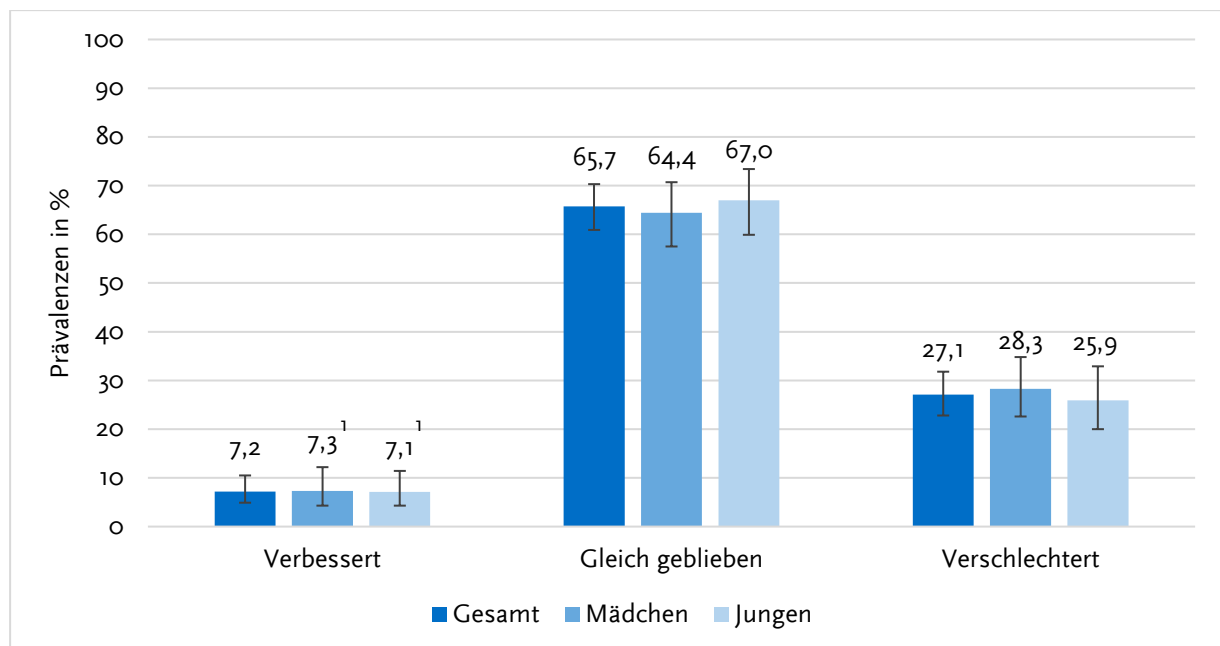


Anmerkungen: Datenbasis: 1. KIDA-Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022); Gesamt: n = 1.188; Mädchen: n = 575; Jungen n = 613; Elternbericht zur subjektiven psychischen Gesundheit der Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 15 Jahren; Abbildung 12 zeigt die Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle getrennt für Mädchen und Jungen; Keine signifikanten Unterschiede für Mädchen und Jungen (siehe Anhang, Tabelle 9); ¹ Die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden

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

Nach Einschätzung der Eltern hat sich die psychische Gesundheit bei über zwei Drittel der 3- bis 15-jährigen Kinder und Jugendlichen (65,7 %) im Vergleich während vs. vor der COVID-19-Pandemie nicht verändert. Bei etwa 7,2 % der Kinder und Jugendlichen gaben die Eltern eine Verbesserung und bei einem weiteren Viertel (27,1 %) eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit an. Eine nach Mädchen und Jungen getrennte Auswertung zeigte keine signifikanten Geschlechtsunterschiede (siehe Abbildung 13).

Abbildung 13: Einschätzung der subjektiven psychischen Gesundheit im Vergleich zwischen während vs. vor der COVID-19-Pandemie gesamt und getrennt nach Mädchen und Jungen



Anmerkungen: Datenbasis: 1. KIDA-Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022); Gesamt: n = 1.183; Mädchen: n = 573; Jungen n = 610; Elternbericht zur subjektiven psychischen Gesundheit im Vergleich zwischen während vs. vor der COVID-19-Pandemie für Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 15 Jahren; Abbildung 13 zeigt Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle getrennt für Mädchen und Jungen; Keine signifikanten Unterschiede für Mädchen und Jungen (siehe Anhang, Tabelle 10);¹ Die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden

4.4.2.3 Bewertung der Ergebnisse

Für die erstmalige Erhebung des Indikator SRMH in Deutschland wurde zum einen die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Allgemeinen und zum anderen die Einschätzung der psychischen Gesundheit im Vergleich während vs. vor der COVID-19-Pandemie erfasst. Die Ergebnisse zeigen, dass eine deutliche Mehrheit der Kinder und Jugendlichen nach Angabe ihrer Eltern eine ausgezeichnete bis gute psychische Gesundheit haben. Allerdings weisen die Ergebnisse gleichzeitig darauf hin, dass sich bei ca. einem Viertel der Kinder und Jugendlichen die psychische Gesundheit im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum laut ihrer Eltern verschlechtert hat.

Limitationen

Eine ausführliche Beschreibung der Limitationen der KIDA-Studie ist in Kapitel 3.2 enthalten. Bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse sollte berücksichtigt werden, dass ausschließlich elternberichtete Angaben ausgewertet werden konnten. Mit beginnendem Jugendalter sind die Angaben der Heranwachsenden selbst häufig zutreffender. Ergebnisse des „Canadian Health Survey on Children and Youth“ deuten darauf hin, dass Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren ihre psychische Gesundheit im Vergleich zu ihren Eltern häufig schlechter einschätzen [63].

Ausblick

Für den Indikator SRMH liegen noch keine Vergleichszahlen für Deutschland aus früheren Zeitpunkten vor. Mit fortschreitender Erhebung soll für diesen Indikator eine Zeitreihe im Rahmen der Mental Health Surveillance aufgebaut und in die Folgeberichte integriert werden, für die jedoch eine deutlich längere und kontinuierliche Erhebungszeit erforderlich ist.

4.4.3 Wie haben die Eltern die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder eingeschätzt?

4.4.3.1 Hintergrund

Mithilfe der gesundheitsbezogenen Lebensqualität kann krankheitsunabhängig und unspezifisch das bevölkerungsbezogene subjektive Wohlbefinden in verschiedenen gesundheitlich relevanten Lebensbereichen erfasst werden [64]. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein multidimensionales Konstrukt, das körperliche, psychische, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit umfasst und wird von den Personen selbst (Selbstbericht) oder anderen Personen (Fremdbericht) eingeschätzt [65-67]. Die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität kann somit dabei helfen, Kinder und Jugendliche zu identifizieren, die ein höheres Risiko für Gesundheitsprobleme aufweisen [68] und damit wichtige Hinweise für die Gesundheitsförderung und Prävention liefern, insbesondere im Verlauf der COVID-19-Pandemie.

Größtenteils berichteten Studien aus Deutschland während der COVID-19-Pandemie Rückgänge der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen verschiedener Altersgruppen im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum [13-15, 17, 30, 69, 70]. Diese Ergebnisse entsprechen ebenfalls dem internationalen Forschungsstand [71]. Eine weitere Studie aus Deutschland fand etwas differenziertere Rückgänge in der Lebensqualität bei Kindern im Alter von 6 bis 7 Jahren nur bei den Mädchen [72]. Generell zeigte sich bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit geringem familiärem Wohlstand eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität im Vergleich zu solchen mit hohem familiärem Wohlstand [73]. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat sich jedoch bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem, mittlerem und hohem sozioökonomischem Status während der COVID-19-Pandemie gleichermaßen verschlechtert [15, 74]. Weiterhin war das Aufwachsen in Einelternfamilien und ein kleiner Wohnraum negativ mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen assoziiert [15].

Messung des Indikators in KIDA

In KIDA werden mit dem etablierten, speziell für Kinder und Jugendliche entwickelten und standardisierten Fragebogen „KIDSCREEN-27“ zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität [75, 76], die drei Dimensionen des psychischen, sozialen und schulischen Wohlbefindens gemessen. Der KIDSCREEN-27 wurde sowohl für den Elternbericht als auch für den Selbstbericht von Kindern und Jugendlichen im Alter von 8 bis 18 Jahren konzipiert und validiert. Aus diesem Grund wurden die drei Dimensionen in KIDA ebenfalls für die bei 8- bis 15-Jährigen im Elternbericht und bei 16- bis 17-Jährigen im Selbstbericht erhoben. Für die 3- bis 7-Jährigen wurde der KIDSCREEN-27 bislang noch nicht normiert und deshalb können entsprechend keine vergleichenden Ergebnisse dargestellt werden. Die Items erfragen die Häufigkeit bzw. Intensität von Wohlbefinden auf einer 5-stufigen Skala (z.B. „überhaupt nicht“, „ein wenig“, „mittelmäßig“, „ziemlich“, „sehr“) in den folgenden drei Dimensionen und beziehen sich jeweils auf die letzte Woche:

- (1) **Psychisches Wohlbefinden:** sieben Items zu positiven Gefühlen, Lebenszufriedenheit und emotionaler Balance (z. B. „Hat ihr Kind gute Laune gehabt?“ bzw. „Haben Sie gute Laune gehabt?“),
- (2) **Soziales Wohlbefinden:** vier Items zu Beziehungen der Kinder bzw. Jugendlichen mit anderen Gleichaltrigen (z. B. „Hat Ihr Kind mit seinen Freunden Spaß gehabt?“ bzw. „Haben Sie mit Ihren Freunden Spaß gehabt?“),
- (3) **Schulisches Wohlbefinden:** vier Items zur Wahrnehmung von kognitiven Fähigkeiten, Lernen, Konzentration und Gefühlen gegenüber der Schule (z. B. „Konnte Ihr Kind gut aufpassen?“ bzw. „Konnten Sie gut aufpassen?“).

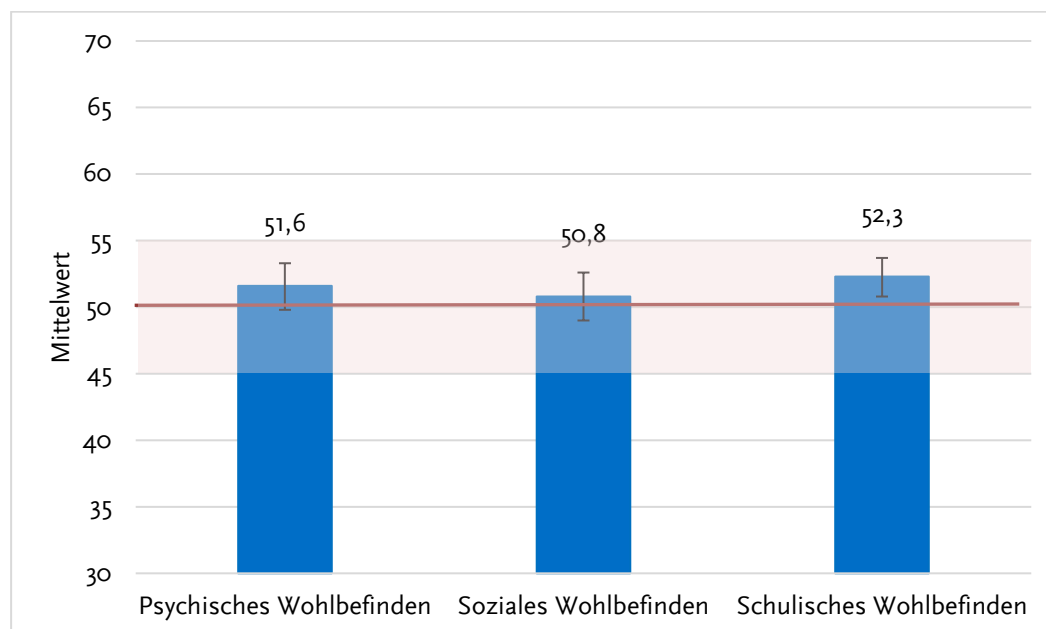
Die Antworten werden für jede der Dimensionen aufsummiert, und in standardisierte T-Werte transformiert (Mittelwert = 50, Standardabweichung = 10), wobei höhere Werte auf eine höhere Lebensqualität in der jeweiligen Dimension schließen lassen [75]. Diese Form der Transformation in T-Werte verbessert die (internationale) Vergleichbarkeit der Ergebnisse und mit Normwerten. Wenn fehlende Werte in einem der zur Skalenbildung erforderlichen Einzelfragen vorhanden waren, wurden diese mittels standardisierter Schätzverfahren (multiple Imputation) auf Basis der anderen in die Skalenbildung einbezogenen Items sowie weiterer Informationen über die antwortenden Personen ersetzt werden. Fälle mit mehr als einem fehlenden Wert wurden von den Analysen

ausgeschlossen. Darunter fallen beispielsweise fehlende Werte im schulischen Wohlbefinden aufgrund von Schulferien.

4.4.3.2 Ergebnisse

Die Lebensqualität der 8- bis 15-jährigen Kinder und Jugendlichen in Deutschland wurde von ihren Eltern während des ersten KIDA-Erhebungszeitraums wie folgt eingeschätzt (siehe Abbildung 14): das psychische Wohlbefinden ($M = 51,6$), das soziale Wohlbefinden ($M = 50,8$) und das schulische Wohlbefinden ($M = 52,3$) waren in etwa gleich oder etwas höher im Vergleich zur europäischen Norm von $M = 50$ [75], angezeigt als rote Linie in Abbildung 14 und Abbildung 15. Der hellrot unterlegte Wertebereich in Abbildung 14 und Abbildung 15 kennzeichnet mögliche Schwankungen innerhalb eines Normalbereichs ($\pm 0,5 SD$). Werte außerhalb dieses Normalbereichs können als auffällig interpretiert werden [75, 77]. Die gemittelten Werte für die drei Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität aus der KIDA-Studie liegen im Normalbereich der europäischen Norm [75] und deuten darauf hin, dass das psychische, soziale und schulische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen auch während des ersten KIDA-Erhebungszeitraums im Durchschnitt relativ normal bis gut war.

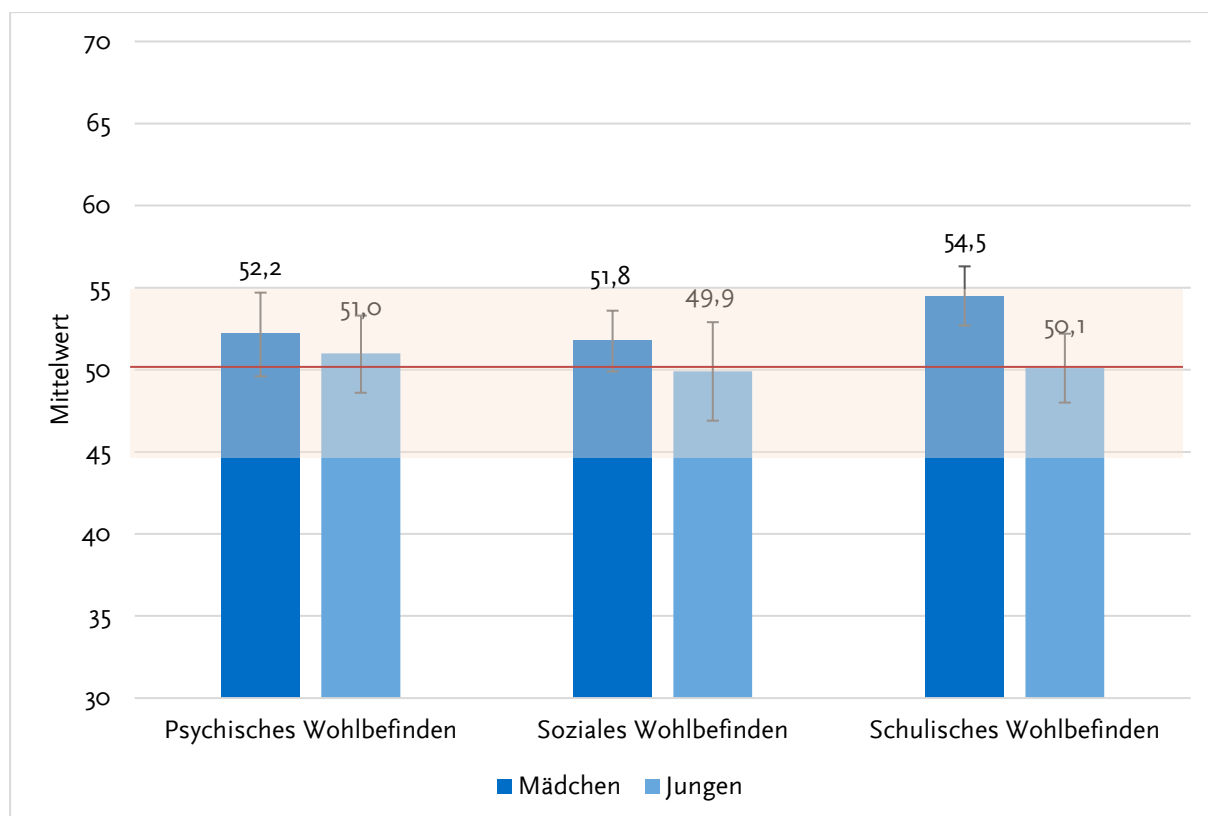
Abbildung 14: Psychisches Wohlbefinden, soziales Wohlbefinden, schulisches Wohlbefinden bei 8- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen gemessen mittels KIDSCREEN-27



Anmerkungen: Datenbasis: 1. KIDA-Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022); Elternberichtetes psychisches Wohlbefinden: $n = 760$; soziales Wohlbefinden: $n = 753$; schulisches Wohlbefinden: $n = 731$; Elternbericht zu drei Dimensionen der Lebensqualität für Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 15 Jahren; Abbildung 14 zeigt die gemittelten T-Werte und 95 %-Konfidenzintervalle, den T-Wert ($M = 50$, $SD = 10$) der europäischen Norm [75] (rote Linie) und einen Normalbereich von $M = 45$ bis $M = 55$ ($50 \pm 0,5 \cdot 10$) gekennzeichnet als hellrot unterlegte Fläche (siehe Tabelle 11)

Eine nach Mädchen und Jungen getrennte Auswertung (siehe Abbildung 15) zeigte, dass sowohl bei Mädchen ($M = 52,2$) als auch bei Jungen ($M = 51,0$) während der COVID-19-Pandemie ein der europäischen Norm entsprechendes bis leicht darüber liegendes psychisches Wohlbefinden von Eltern berichtet wurde [75]. Die Geschlechtsunterschiede sind nicht signifikant. Ebenfalls ohne Geschlechtsunterschiede ist das soziale Wohlbefinden, das bei Mädchen ($M = 51,8$) leicht über und bei Jungen ($M = 49,9$) in etwa auf der europäischen Norm liegt [75]. Hingegen liegt beim schulischen Wohlbefinden ein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied vor: für Mädchen ($M = 54,5$) wurde ein höheres schulisches Wohlbefinden von den Eltern berichtet im Vergleich zu den Jungen ($M = 50,1$). Beide Werte entsprechen der europäischen Norm oder liegen leicht darüber [75]. Alle berichteten Werte der drei Dimensionen liegen sowohl für Mädchen als auch für Jungen im Normalbereich.

Abbildung 15: Psychisches Wohlbefinden, soziales Wohlbefinden und schulisches Wohlbefinden bei 8- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen getrennt nach Mädchen und Jungen gemessen mittels KIDSCREEN-27



Anmerkungen: Datenbasis: 1. KIDA-Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022); psychisches Wohlbefinden: n = 369 Mädchen und 391 Jungen; soziales Wohlbefinden: n = 368 Mädchen und 385 Jungen; schulisches Wohlbefinden n = 356 Mädchen und 375 Jungen; Elternbericht zu drei Dimensionen der Lebensqualität für Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 15 Jahren; Abbildung 15 zeigt die gemittelten T-Werte und 95 %-Konfidenzintervalle, den T-Wert (M = 50, SD = 10) der europäischen Norm [75] (rote Linie) und einen Normalbereich von M = 45 bis M = 55 ($50 \pm 0,5 \cdot 10$) gekennzeichnet als hellrot unterlegte Fläche (siehe Tabelle 11)

4.4.3.3 Bewertung der Ergebnisse

Für die Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland während der COVID-19-Pandemie wurde mittels der Dimensionen des KIDSCREEN-27 sowohl das psychische, soziale sowie schulische Wohlbefinden erfasst. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass alle drei Dimensionen des elternberichteten Wohlbefindens, also das psychische, das soziale und das schulische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen während des ersten KIDA-Erhebungszeitraums im Vergleich zur europäischen Norm im Normalbereich lagen. Damit zeigt sich in der KIDA-Studie zwei Jahre nach Ausbruch der Pandemie keine verringerte gesundheitsbezogene Lebensqualität in den drei fokussierten Dimensionen bei Kindern und Jugendlichen gegenüber dem Normierungszeitpunkt aus 2006, nach Angabe der befragten Eltern. Die COPSY-Studie zeigte im Zeitraum Mai bis Juni 2020 für die allgemeine gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen eine deutliche Reduktion gegenüber vorpandemischen Messzeitpunkten [15, 17] und im Zeitraum von Dezember 2020 bis Januar 2021 einen weiteren Rückgang der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei jedoch vernachlässigbaren Effektstärken [15]. Im weiteren Pandemieverlauf von September bis Oktober 2021 verbesserte sich die Lebensqualität, aber das Ausgangsniveau vor der Pandemie wurde nicht wieder erreicht [78]. Im weiteren Verlauf der KIDA-Studie sind zeitliche Trendanalysen über den gesamten Erhebungszeitraum von KIDA sowie weitere Vergleiche mit vorpandemischen Erhebungszeitpunkten geplant. Diese können dabei helfen einzuschätzen, inwiefern sich bislang andeutende Trends in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen während der COVID-19 Pandemie fortführen, stabilisieren oder verändern.

Des Weiteren zeigten die Ergebnisse Unterschiede im elternberichteten schulischen Wohlbefinden zwischen Mädchen und Jungen. Diese Ergebnisse können vor dem Hintergrund anderer Studienergebnisse als Hinweis auf eine stärkere Herausforderung im Umgang mit Schulschließungen und Homeschooling bei Jungen im Vergleich zu Mädchen deuten. Andere Studienergebnisse zeigten, dass sich etwa die Lernzeit von Jungen durch Schulschließungen stärker verkürzten als die von Mädchen und im Vergleich zu einem vorpandemischen Zeitraum [79]. Auch diese gefundenen Unterschiede sollten im zeitlichen Verlauf der KIDA-Studie weiter beobachtet werden.

Limitationen

Wie bereits im Kapitel 3.2 beschrieben, sind die im ersten KIDA-Erhebungszeitraum zugrundeliegenden niedrigen Fallzahlen mit statistischer Unsicherheit behaftet. Aus diesem Grund werden in diesem Bericht ebenfalls für das Kapitel zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität keine Ergebnisse für die 16- bis 17-jährigen Jugendlichen präsentiert, sondern die über die Altersspanne von 8 bis 15 Jahren gemittelten Elternangaben. Die Einschätzungen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Eltern und die ihrer Kinder weisen zwar durchschnittlich eine relativ gute Übereinstimmung auf [75], können sich aber dahingehend unterscheiden, dass Kinder im Vergleich zu den Eltern ein etwas höheres Wohlbefinden angeben, insbesondere wenn die gesundheitsbezogene Lebensqualität vergleichsweise hoch war [80]. Mit beginnendem Jugendalter sind die Selbstangaben zu bevorzugen, da zu den Entwicklungsaufgaben dieser Phase unter anderem die Abgrenzung zu den Eltern gehört und die Bedeutung von Gleichaltrigen als nahe Vertraute zunimmt [81]. Deshalb werden z.B. in der KiGGS-Studie ab einem Alter von 11 Jahren die Kinder und Jugendlichen zu ihrem Wohlbefinden selbst befragt. Daher ist die Interpretation der aktuellen Ergebnisse und der Vergleich zu vorpandemischen Referenzwerten erschwert. Abgesehen von der europäischen Normstichprobe aus dem Jahr 2006 [75], liegt eine deutsche Validierung der Normwerte basierend auf den Daten der BELLA-Studie Welle 3 aus dem Jahre 2009-2012 vor [77]. Jedoch liegen diese Werte nicht aggregiert über die hier betrachtete Altersspanne vor, sondern können erst bei altersdifferenzierter Betrachtung zum Vergleich herangezogen werden.

Ausblick

Zusätzlich zu den altersdifferenzierten Vergleichswerten der Elternberichte aus der BELLA-Studie, können für die 16- bis 17-jährigen Jugendlichen Referenzwerte zum vorpandemischen Zeitraum im Selbstbericht aus der KiGGS-Studie Welle 2 (2014-2017) herangezogen werden. Somit ist für die Altersspanne der 8- bis 18-jährigen ein Vergleich zwischen den im Rahmen der KIDA-Studie erhobenen Daten mit für Deutschland repräsentativen Daten aus einem vorpandemischen Zeitraum für zukünftige Berichte möglich. Mit fortschreitender Erhebung soll für den Indikator gesundheitsbezogene Lebensqualität eine Zeitreihe im Rahmen der Mental Health Surveillance aufgebaut und in die Folgeberichte integriert werden, für die jedoch eine deutlich längere und kontinuierliche Erhebungszeit erforderlich ist.

4.5 Körperlich-sportliche Aktivität sowie Nutzung von Sportangeboten während der COVID-19-Pandemie

4.5.1 Kernaussagen

- Die Hälfte der Kinder und Jugendlichen bewegte sich im Frühjahr 2022 mindestens sieben Stunden pro Woche lebhaft, damit im Schnitt mindestens eine Stunde am Tag.
- Bewegungskurse in Vereinen, Tanz- oder Fitnessstudios wurden von mehr als der Hälfte der Kinder und Jugendlichen genutzt, etwa die Hälfte besuchte freiwillige Sportangebote in der Schule (z. B. Sport-AGs).
- 83 % der Kinder und Jugendlichen waren außerhalb von Schule, Sportverein oder anderen organisierten Sportangeboten eigenständig körperlich-sportlich aktiv, z. B. durch Bewegungsspiele, sportliche Tätigkeiten wie Joggen oder durch die Nutzung von Online-Angeboten zuhause.
- Pandemiebedingt fielen im Frühjahr 2022 Angebote aus oder wurden pandemiebedingt seltener oder gar nicht genutzt: Bei der Nutzung von Vereinssport und Sportkursen betraf dies 33 % der Kinder und Jugendlichen, bei der Teilnahme an Sport-AGs in der Schule 38 %.

4.5.2 Hintergrund

Körperliche Aktivität und Sporttreiben sind zentrale Faktoren gesunden Aufwachsens [82]. Die Bedeutung eines aktiven Lebensstils für die körperliche, psychische und soziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist durch zahlreiche Studien gut belegt [83-88]. Über seine Rolle für die kindliche Gesundheit hinaus ist das Bewegungsverhalten im Kindesalter von Bedeutung für die Gesundheit im Lebensverlauf. Aus aktiven Kindern und Jugendlichen werden oft aktive Erwachsene [89], was sich positiv auf die Vermeidung und Behandlung von einer Vielzahl nichtübertragbarer Erkrankungen wie beispielsweise kardiovaskulären Erkrankungen, Diabetes Mellitus Typ 2, Übergewicht, Brust- und Darmkrebs sowie Depressionen auswirkt [90].

Die COVID-19-Pandemie sowie die Eindämmungsmaßnahmen haben die Bewegungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche zumindest zeitweise verändert. Einerseits waren Sport- und Spielstätten teilweise geschlossen und Sportangebote in Schulen und Vereinen ausgesetzt. Andererseits entstanden neue Alternativen, beispielsweise digitale Angebote, und Familien sowie möglicherweise auch Bildungsstätten nutzten vermehrt Bewegungsmöglichkeiten im Freien. Die Ergebnisse der MoMo-Studie, ein Modul des Kinder- und Jugendgesundheits surveys KiGGS, zeigen, dass bei Kindern und Jugendlichen im ersten Lockdown (Frühjahr 2020) das (organisierte) Sporttreiben abnahm, ihre Bewegungshäufigkeit aber insgesamt anstieg, beispielsweise durch vermehrtes Spielen im Freien. Im 2. Lockdown (Herbst/Winter 2020/2021) sanken hingegen die Gesamtaktivität als auch die sportliche Aktivität unter das Vor-Pandemie-Niveau [12]. Im weiteren Pandemieverlauf wurden Bewegungsangebote teils eingeschränkt, dann wieder geöffnet. Der Einfluss des Pandemiegeschehens auf die körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen ist damit durchaus dynamisch.

Es ist wenig darüber bekannt, wie sich die Pandemie und die Infektionsschutzmaßnahmen auf Angebot und Nutzung von freiwilligen Sportangeboten in Schulen und Sportvereinen auswirken. Diese Kenntnis ist wichtig, um zielgerichtete Maßnahmen der Bewegungsförderung bereitstellen und so gewährleisten zu können, dass Kinder und Jugendliche auch unter wechselhaften Pandemiebedingungen ausreichend Bewegungsmöglichkeiten haben.

Daher soll KIDA auch kontinuierlich erfassen, wie Kinder und Jugendliche organisierte Sportangebote in Schule und Sportverein sowie unorganisierten Sport in der Freizeit während unterschiedlicher Pandemiephasen (ab Jahresbeginn 2022) nutzen, ob sich die Nutzung aufgrund der Pandemie verändert, und ob pandemiebedingte Nicht-Nutzung durch die Angebotsseite (z.B. weil Angebote ausfallen) oder durch die Nutzerseite (z.B. weil das Kind nicht teilnimmt, um Kontakte zu verringern) erklärbar ist. Des Weiteren sollen durchgängig Informationen zum Umfang der körperlichen Gesamtaktivität erhoben werden. Diese orientieren sich an der aktuellen Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation für Kinder und Jugendliche, nach der 5- bis 17-Jährige über die Woche mindestens durchschnittlich 60 Minuten pro Tag moderat bis intensiv körperlich aktiv sein sollten [91].

4.5.3 Wie viel bewegen sich Kinder und Jugendliche? – Umfang körperlicher Aktivität pro Woche

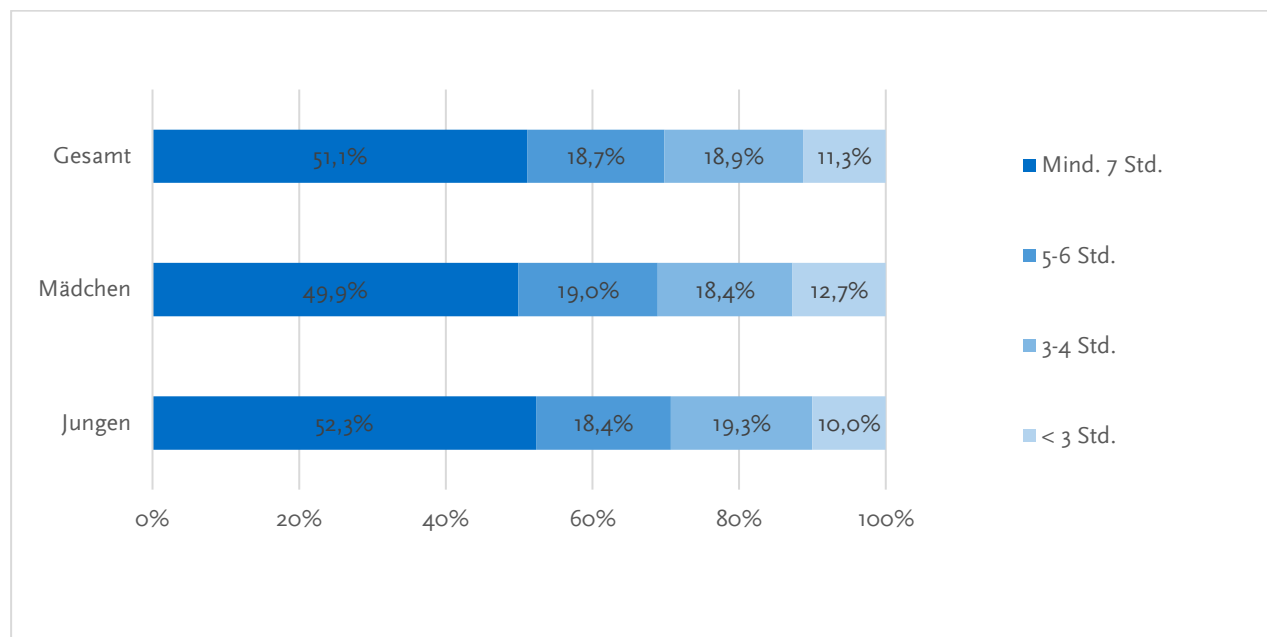
4.5.3.1 Erhebung

Mit der Frage „Wie viel hat sich ihr Kind in der letzten Woche lebhaft bewegt?“ und dem einleitenden Hinweis „Denken Sie bitte an lebhaft Bewegungen wie Toben, zügiges Laufen, Fahrradfahren sowie Sport in Kita, Schule, Ausbildung/Beruf und Freizeit“ soll der wöchentliche Umfang an moderater bis intensiver körperlicher Aktivität retrospektiv über die Eltern abgebildet werden. Die Antwortkategorien lauten „weniger als 1 Stunde“, „1-2 Stunden“, „3-4 Stunden“, „5-6 Stunden“ und „mindestens 7 Stunden“. In der Auswertung werden die ersten beiden Antwortoptionen zu einer Kategorie „weniger als 3 Stunden“ zusammengeführt.

4.5.3.2 Ergebnisse

Laut Elternangabe war rund die Hälfte der Kinder und Jugendlichen in der Woche vor der Befragung sieben Stunden oder mehr moderat bis intensiv körperlich aktiv (s. Abbildung 16). Fast ein Fünftel lag mit einer Aktivität von fünf bis sechs Stunden knapp unter diesem Aktivitätsmaß. Die anderen Kinder und Jugendlichen bewegten sich in der Woche vor der Befragung drei bis vier (18,9 %) bzw. weniger als drei Stunden (11,3 %). Zwischen Mädchen und Jungen besteht kein statistisch signifikanter Unterschied.

Abbildung 16: Umfang moderater bis intensiver körperlicher Aktivität von Kindern und Jugendlichen nach Geschlecht bezogen auf die Woche vor der Befragung



Anmerkungen: Datenbasis: 1. KIDA-Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022), Gesamt: n = 1.179, Mädchen: n = 572, Jungen: n = 607; Fallzahlen ungewichtet) die Frage bezog sich auf die letzte Woche vor der Befragung (siehe Anhang, Tabelle 12)

4.5.4 Wie viele Kinder und Jugendliche nutzen freiwillige Sportangebote in der Schule (Sport-AGs), und wie ist der Einfluss der COVID-19-Pandemie?

4.5.4.1 Erhebung

Mit der Frage „Denken Sie nun bitte an die letzten 4 Wochen: Hat ihr Kind an Bewegungs- oder Sport-AGs in der Schule teilgenommen?“ wird für den Zeitraum Anfang Januar bis Mitte Mai 2022 (kurz: Frühjahr 2022) erhoben, wie viele der Schulkinder und Jugendlichen freiwillige Sportangebote in der Schule (Sport-Arbeitsgemeinschaften, d.h. Sport-AGs) nutzen. Beantworten die Eltern diese Frage mit „Ja“, wird mit der Folgefrage „Hat sich durch die Pandemie verändert, wie oft Ihr Kind an Bewegungs- oder Sport-AGs teilnimmt?“ erfasst, ob die Pandemie beeinflusst, wie häufig Schülerinnen und Schüler freiwillige Schulsportangebote wahrnehmen. Geben Eltern in der Eingangsfrage hingegen an, dass ihr Kind in den letzten vier Wochen nicht an

freiwilligen Schulsportangeboten teilgenommen hat, grenzt die nachfolgende Frage „Wenn nein, warum nicht?“ die Gründe für die Nichtteilnahme ein. Diese werden mit drei Antwortkategorien erfasst: „Weil die AGs aufgrund der Pandemie nicht stattfinden.“, „Weil es aufgrund der Pandemie nicht teilnimmt/nicht angemeldet ist.“ und „Weil es aus anderen Gründen nicht teilnimmt/nicht angemeldet ist.“.

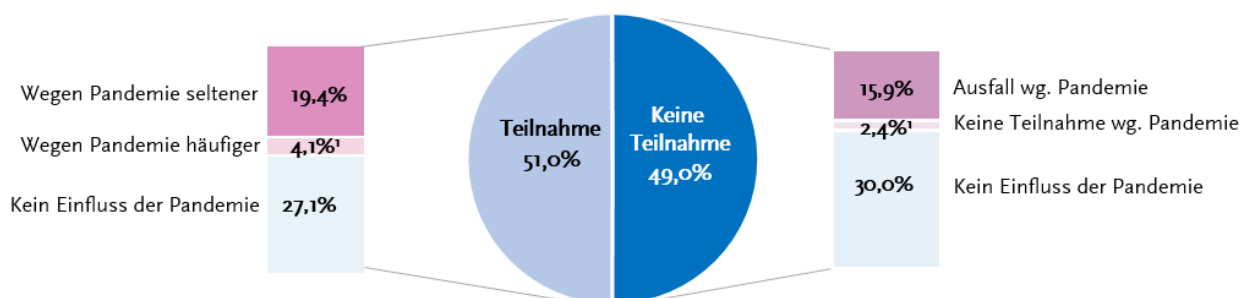
Die Fragen zu Sport-AGs werden nur Eltern gestellt, deren Kind zum Zeitpunkt der Erhebung eine Schule besucht. 306 Kinder wurden von der Auswertung ausgeschlossen, v.a. weil sie generell zurzeit keine Schule besuchten (zum Beispiel Kitakinder), und 50 Kinder, weil sie aktuell in Quarantäne waren oder weil sich die Schule zum Zeitpunkt der Befragung nicht im Regelbetrieb befand.

4.5.4.2 Ergebnisse

Die Hälfte der Schülerinnen und Schüler hat in den vier Wochen vor der Befragung an Sport-AGs teilgenommen. Dabei besteht kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Jungen und Mädchen. Ein Drittel der Schülerinnen und Schülern, die Sport-AGs nicht genutzt hatten, nannte den pandemiebedingten Ausfall der Angebote als Grund (entspricht 15,9 % der Gesamtstichprobe, s. Abbildung 17). Häufiger war der Grund für die Nichtteilnahme nicht pandemiebedingt. Ein sehr kleiner Anteil Eltern bejahte, dass das Kind aus Gründen der Pandemie (zum Beispiel zur Kontaktreduktion) die Sport-AGs nicht besucht hat. Zwischen Mädchen und Jungen besteht kein statistisch signifikanter Unterschied.

Auch Schülerinnen und Schülern, die Sport-AGs wahrgenommen hatten, waren teilweise von der Pandemie beeinflusst, indem sie die Angebote wegen der Pandemie häufiger oder seltener nutzten. Letzteres traf auf einen größeren Anteil zu (s. Abbildung 17).

Abbildung 17: Teilnahme an Sport-AGs und Einfluss der Pandemie



Anmerkungen: Datenbasis: 1. KIDA-Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022), Gesamt: n = 819, Mädchen: n = 397, Jungen: n = 422, die Frage bezog sich auf den Zeitraum 4 Wochen vor der Befragung. Aufgrund fehlender Angaben führen die Teilangaben in den Balken nicht zu den im Kreis dargestellten Prozentanteilen. Für die Frage nach den Gründen für die Nichtteilnahme fehlen zwölf, für die Frage nach dem Einfluss der Pandemie auf die Teilnahme fehlen vier Antworten (siehe Anhang, Tabelle 13 - Tabelle 17) ¹Werte mit erhöhter Unsicherheit aufgrund niedriger Fallzahlen

4.5.5 Wie viele Kinder und Jugendliche nutzen Vereins- oder kommerzielle Sportangebote, und wie ist der Einfluss der Pandemie?

4.5.5.1 Erhebung

Die Befragung zur Nutzung organisierter Vereins- oder kommerzieller Sportangebote in der Freizeit (d.h. Kurse in Sportvereinen oder Tanz- und Fitness-Studios) erfolgt analog zur Befragung zur Nutzung von Schulsportangeboten. Mit der Frage „Denken Sie bitte nun an die letzten 4 Wochen: Hat Ihr Kind an Sportvereinsangeboten oder Sportkursen in Fitnessstudios, Ballett- oder Schwimmschulen usw. teilgenommen?“ und den möglichen Antworten „Ja“ und „Nein“ wird zunächst erfasst, wie viele der Kinder und Jugendlichen in ihrer Freizeit organisierte Vereins- oder kommerzielle Sportangebote nutzen. Für Kinder, deren Eltern diese Frage mit „Ja“ beantworten, folgt die Frage „Hat sich durch die Pandemie verändert, wie häufig Ihr Kind an Sportvereinsangeboten oder Sportkursen teilnimmt?“. Beantworten Eltern die Eingangsfrage für ihr Kind mit „Nein“, folgt die Frage „Wenn nein: Warum nicht?“ mit den identischen Antwortkategorien wie oben.

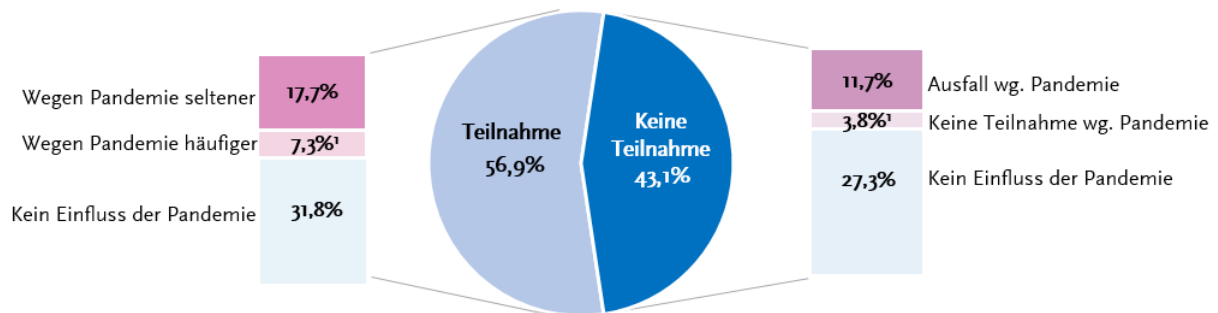
Die Fragen zur Teilnahme an organisierten Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten werden nur gestellt, wenn das Kind zum Zeitpunkt der Befragung nicht in Quarantäne ist (Ausschluss von 65 Teilnehmenden).

4.5.5.2 Ergebnisse

Mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen waren in den vier Wochen vor der Befragung in Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten sportlich aktiv. Es besteht diesbezüglich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Mädchen und Jungen. 27,3 % der Eltern, die angegeben hatten, dass ihr Kinder keine organisierten Vereins- oder kommerziellen Sportangebote genutzt hatte, gaben den pandemiebedingten Ausfall als Grund an (entspricht 11,7 % der Gesamtstichprobe, s. Abbildung 18). Häufiger war der Grund für die Nichtteilnahme nicht pandemiebedingt. Ein sehr kleiner Anteil Eltern bejahte, dass ihr Kind aus Gründen der Pandemie (zum Beispiel zur Kontaktreduktion) keine organisierten Vereins- oder kommerziellen Sportangebote besucht hat. Zwischen Mädchen und Jungen besteht kein statistisch signifikanter Unterschied.

Auch Kinder und Jugendliche, die Vereins- oder kommerzielle Sportangebote wahrgenommen hatten, waren teilweise von der Pandemie beeinflusst, indem sie die Angebote wegen der Pandemie häufiger oder seltener nutzten. Letzteres traf auf einen größeren Anteil zu (s. Abbildung 18).

Abbildung 18: Teilnahme an organisierten Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten (Sportvereine, Sportkurse) und Einfluss der Pandemie



Anmerkungen: Datenbasis: 1. KIDA-Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022); Gesamt: n = 1.118, Mädchen: n = 539, Jungen: n = 579; die Frage bezog sich auf den Zeitraum 4 Wochen vor der Befragung. ¹Werte mit erhöhter Unsicherheit aufgrund niedriger Fallzahlen. Aufgrund fehlender Angaben führen die Teilangaben in den Balken nicht zu den im Kreis dargestellten Prozentanteilen. Für die Frage nach den Gründen für die Nichtteilnahme fehlen vier, für die Frage nach dem Einfluss der Pandemie auf die Teilnahme fehlen drei Antworten. Konfidenzintervalle siehe Anhang, Tabelle 18 - Tabelle 22

4.5.6 Wie viele Kinder und Jugendliche sind außerhalb von organisierten Sportangeboten in Schule und Verein körperlich-sportlich aktiv, und wie ist der Einfluss der Pandemie?

4.5.6.1 Erhebung

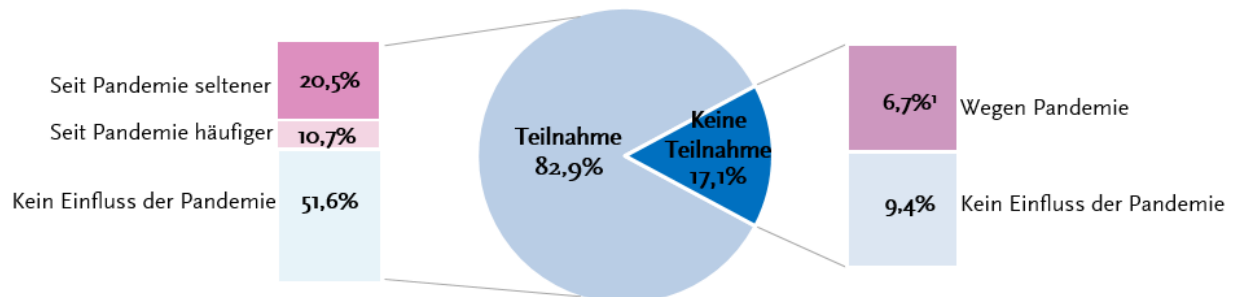
Die Erfassung der unorganisierten körperlich-sportlichen Aktivität in der Freizeit und der Veränderungen während der COVID-19-Pandemie entspricht dem vorangegangenen Fragenset zur Erhebung der Nutzung von organisierten Sportangeboten in Schule und Verein. Mit der Frage „Denken Sie bitte wieder an die letzten vier Wochen: Hat Ihr Kind außerhalb von Schule und Sportverein Sport getrieben oder sich lebhaft bewegt – auch die Nutzung von öffentlichen Spiel- und Sportanlagen und Online-Sportangeboten sind gemeint?“ wird zunächst erfasst, wie viele Kinder und Jugendlichen außerhalb von Schule und Sportverein körperlich-sportlich aktiv sind. Beantworten Eltern diese Frage für ihre Kinder mit „Ja“ folgt die Frage: „Hat sich durch die Pandemie verändert, wie häufig Ihr Kind außerhalb von Schule und Sportverein Sport treibt oder sich lebhaft bewegt?“. Beantworten Eltern die Frage mit „Nein“ werden sie weiter gefragt: „Wenn nein, warum nicht?“ mit den entsprechenden Antwortkategorien wie oben.

4.5.6.2 Ergebnisse

83 % der Kinder und Jugendlichen waren in den vier Wochen vor dem Befragungszeitpunkt in ihrer Freizeit außerhalb von Schule, Sportverein oder anderen organisierten Sportangeboten körperlich-sportlich aktiv. Es besteht kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Mädchen und Jungen. Etwa 40 % der Eltern, die angegeben hatten, dass ihre Kinder außerhalb von organisierten Angeboten in Schule und Verein nicht

körperlich-sportlich aktiv waren, nannte die Pandemie als Grund. Bei etwa 60 % spielten pandemieunabhängige Gründe eine Rolle. Auch Kinder und Jugendliche, die in den letzten vier Wochen vor der Befragung außerhalb von Schule, Sportverein und anderen organisierten Sportangeboten körperlich-sportlich aktiv waren, waren teilweise von der Pandemie beeinflusst: Ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen war wegen der Pandemie seltener und etwa ein Zehntel pandemiebedingt häufiger körperlich-sportlich aktiv (s. Abbildung 19).

Abbildung 19: Unorganisierte körperlich-sportliche Aktivität in der Freizeit und Einfluss der Pandemie



Anmerkungen: Datenbasis: 1. KIDA-Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022), Gesamt: n = 1.180, Mädchen: n = 571, Jungen: n = 609; die Frage bezog sich auf den Zeitraum 4 Wochen vor der Befragung. ¹Werte mit erhöhter Unsicherheit aufgrund niedriger Fallzahlen. Aufgrund fehlender Angaben führen die Teilangaben in den Balken nicht zu den im Kreis dargestellten Prozentanteilen. Für die Frage nach den Gründen für die Nichtteilnahme fehlen 23, für die Frage nach dem Einfluss der Pandemie auf die Teilnahme fehlen elf Antworten (siehe Anhang, Tabelle 23 - Tabelle 27)

4.5.7 Einordnung der Ergebnisse

4.5.7.1 Einordnung Gesamtaktivität

Die WHO empfiehlt fünf- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen aktuell, über die Woche mindestens durchschnittlich 60 Minuten pro Tag moderat bis intensiv körperlich aktiv zu sein [91]. Mit der Frage nach dem Umfang körperlicher Aktivität in Stunden pro Woche erfasst KIDA annäherungsweise, wie viele Kinder und Jugendliche diese Empfehlung erreichen. Im Ergebnis bewegten sich 51 % der im ersten Erhebungszeitraum befragten Drei- bis 15-jährigen sieben oder mehr Stunden wöchentlich moderat bis intensiv und damit den Mindestempfehlungen der WHO entsprechend.

Im Vergleich mit anderen Studien ist in KIDA der Anteil an Kindern und Jugendlichen, die die Bewegungsempfehlungen der WHO erreichen, recht hoch. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die WHO ihre Empfehlungen erst im Jahr 2020 geändert hat. Die vorherige Version empfahl, mindestens 60 Minuten moderate bis intensive körperliche Aktivität pro Tag (nicht durchschnittlich) und war demnach weniger flexibel. Bis dato durchgeführte Studien lehnten ihre Fragestellung an diese alte Empfehlung an. So wurde beispielsweise sowohl in der KiGGS Welle 2- als auch in der MoMo-Studie [92, 93] nicht der Aktivitätsumfang pro Woche ermittelt, sondern nach der Anzahl an Tagen pro Woche mit mindestens 60 Minuten körperlicher Aktivität gefragt [92]. Ergebnisse der KiGGS-Welle 2 legen nahe, dass zwischen 2014 und 2017 26 % der drei- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen in Deutschland täglich mindestens 60 Minuten moderat bis intensiv körperlich aktiv waren [93]. Nach den Ergebnissen der MoMo-Studie zur körperlich-sportlichen Aktivität von vier- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen, die während der COVID-19 Pandemie befragt werden konnten, sank der Anteil von 19,5 % (2018-2020) vor der Pandemie auf 16,2 % während der Pandemie [12].

Für eine Einordnung der KIDA-Ergebnisse zur Gesamtaktivität gilt es weitere Studien abzuwarten, die ebenfalls die neuen WHO-Empfehlungen berücksichtigen.

4.5.7.2 Einordnung Nutzung von Sport-AGs in Schulen

Die Hälfte der Schülerinnen und Schüler hat im ersten KIDA-Erhebungszeitraum in den vier Wochen vor ihrer Befragung an Sportangeboten (AGs) in der Schule teilgenommen. Der Anteil erscheint sehr hoch, auch wenn Vergleichsstudien länger zurückliegen. Beispielsweise konnte im Rahmen der Sprint-Studie von 2016 ein Anteil von 16 % der Schülerinnen und Schüler ermittelt werden, die an Sport-AGs teilnahmen. Die MoMo-Studie kommt für den Zeitraum von 2014-2017 auf einen Anteil von 22 % und verzeichnete im Vergleich zu einer

früheren Erhebung von 2003-2006 einen steigenden Trend [94]. Aufgrund fehlender aktueller Studien zu Angebot und Nutzen von Sport-AGs kann leider nicht beurteilt werden, ob der hohe Anteil in KIDA ein Resultat eines weiter gestiegenen Trends ist, ob Kinder bestehende Angebote, ggf. pandemiebedingt, vermehrt nutzen oder ob Bewegungs- und Sportangebote, ggf. pandemiebedingt, an Schulen ausgebaut wurden. Denkbar ist auch, dass AGs, die durch Sportvereine an Schulen angeboten werden und von Kindern beispielsweise im Rahmen der Nachmittags- oder Hort-Betreuung der Schule besucht werden, hier durch die Eltern mitgezählt werden (die Formulierung der Frage lässt das zu), während diese in anderen Studien möglicherweise explizit ausgeschlossen wurden. Die Deutsche Vereinigung für Sportwissenschaft appelliert aktuell für umfassende Studien zum Schulsport, um dem Forschungsbedarf nachzukommen [95].

In jedem Fall untermauern die Zahlen, dass die Schule ein wichtiger Ort für Kinder und Jugendliche ist, um Zugang zu Bewegungsangeboten zu erhalten – auch außerhalb des Sportunterrichts. Umso dringlicher erscheint es zu prüfen, inwieweit der pandemiebedingte Ausfall sich vor dem Hintergrund des aktuellen Infektionsgeschehens jeweils tatsächlich begründen lässt. Immerhin waren im Frühjahr 2022 insgesamt 38 % aller teilnehmenden Schülerinnen und Schüler hinsichtlich der Teilnahme an Sport-AGs durch die Pandemie beeinträchtigt, indem sie die AG nicht oder seltener nutzten oder diese ganz ausfiel. Im Erhebungszeitraum lagen Wochen mit sehr hohen Inzidenzwerten für SARS-CoV-2-Infektionen, vor allem im Januar und Februar 2022, die den starken Einfluss der Pandemie auf die Nutzung von Sportangeboten erklären könnten. Im kommenden Verlauf der KIDA-Studie wird dieser Zusammenhang weiter zu beobachten sein.

4.5.7.3 Einordnung Nutzung von organisierten Sportangeboten in der Freizeit, unorganisiertes Sporttreiben in der Freizeit und Einfluss der Pandemie

Aktuell treiben in KIDA rund 57 % der Kinder und Jugendlichen Sport in Vereinen oder bei anderen kommerziellen Anbietern. Weitere 16 % gaben an, solche Angebote wegen des pandemiebedingten Ausfalls oder aus anderen pandemiebedingten Gründen aktuell nicht zu nutzen. Demnach wären aktuell mehr als 60 % der Kinder und Jugendlichen grundsätzlich in Vereinen oder bei kommerziellen Anbietern sportlich aktiv, etwas mehr als die im Jahr 2020 im Verein gemeldeten Kinder und Jugendlichen; diese werden laut statistischem Bundesamt mit rund der Hälfte der Kinder und Jugendlichen angegeben [96]. Die Ergebnisse der MoMo-Studie aus Welle 1 (2009-2012) legten einen Anteil von 62 % der Kinder und Jugendlichen nahe, die angaben, Mitglied in einem Sportverein zu sein [97]. Diese Zahlen sind allerdings nicht gut vergleichbar, da in KIDA neben Sportvereinsangeboten explizit auch kommerzielle Sportangebote erfasst werden, z. B. in Tanz- und Schwimmschulen oder Fitness-Studios. Zudem werden in der aktuellen KIDA-Erhebung nur Kinder bis 15 Jahre betrachtet.

Die Erhebung zeigt eine deutliche pandemiebedingte Beeinträchtigung der Angebotsnutzung. Im Frühjahr 2022 waren insgesamt 33 % aller an KIDA teilnehmenden Kinder und Jugendlichen hinsichtlich der Teilnahme an organisierten Sportangeboten von Vereinen und anderen kommerziellen Anbietern durch die Pandemie beeinträchtigt, indem sie die Angebote nicht oder seltener nutzten, oder diese ganz ausfielen. Hier wird zu beobachten sein, ob sich die Angebotsstruktur der Sportvereine im weiteren Verlauf der Studie normalisiert, und wie sich der Einfluss der Pandemie mit Veränderungen in Infektionsgeschehen und Eindämmungsmaßnahmen entwickelt.

Die Ergebnisse zum unorganisierten Sporttreiben legen nahe, dass sich zwar über 80 % der Kinder und Jugendlichen in den letzten vier Wochen vor der Befragung außerhalb von Schule, Verein oder Sportkursen in ihrer Freizeit sportlich betätigt oder lebhaft bewegt haben (unorganisiertes Sporttreiben), aber darunter mit 20 % eine große Gruppe Kinder und Jugendlicher enthalten ist, die aufgrund der Pandemie seltener körperlich-sportlich aktiv war. Hinzu kommen 7 %, die im Zusammenhang mit der Pandemie gar keinen unorganisierten Sport in der Freizeit trieben. Die expliziten Gründe dafür wurden nicht erhoben. Denkbar wäre beispielsweise, dass Eltern ihre Kinder nicht in größeren Gruppen haben spielen lassen, um das Risiko einer SARS-CoV-2-Infektion zu vermeiden. Im weiteren Verlauf kann diese Untergruppe genauer analysiert werden, z.B. ob diese Kinder stattdessen in Sportvereinen oder -AGs aktiv waren, oder wie die wöchentliche Gesamtaktivität dieser Kinder ist. Mit wachsender Stichprobengröße sind hier detailliertere Auswertungen möglich. Denkbar ist zum Beispiel auch, dass Kinder sich in ihrer Freizeit pandemiebedingt mehr eigenständig bewegen (immerhin 10 % der Stichprobe), um den Ausfall von organisierten Sportkursen zu kompensieren.

5 KIDA Studienbeschreibung

5.1 Studiendesign und Stichprobe

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

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 [98, 99]. Mit GEDA Basis ist dieses Surveysystem weiter verfeinert und im Hinblick auf eine zeitnahe Analyse und eine auf zentrale Kennzahlen gestützte Ergebnisdarstellung weiterentwickelt worden. Für das Gesundheitsmonitoring bei Erwachsenen in Deutschland hat sich dieses Instrumentarium außerordentlich bewährt, insbesondere während der Pandemie [100]. 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, Pensionen oder Wohnheime. „Üblicher Aufenthaltsort“ wird hier 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 [101]. 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“) [102]. 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 werden alle Personen mit im Haushalt lebenden Kindern, sowie Jugendliche ab 16 Jahren für die Teilnahme an der KIDA-Studie einbezogen. Dabei werden alle im erreichten Haushalt lebenden Kinder mit einbezogen. Das heißt, die Kontaktperson beantwortet die Fragen für maximal zwei im Haushalt lebende Kinder. Für Haushalte mit mehr als zwei Kindern erfolgt die Auswahl zufällig. 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.

Um die Teilnehmenden Eltern und Jugendlichen zur anschließenden vertiefenden Online-Befragung einzuladen, wird 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 werden Incentives in Form von Internet-Gutscheinen eingesetzt.

Die Feldlaufzeit beträgt 12 Monate, wobei Daten bis zu einem Gesamtumfang von insgesamt ca. 8.000 bis 10.000 Personen erhoben werden. Die monatlichen Datenerhebungen können abhängig von Stichprobengröße und -zusammensetzung als Teilstichproben ausgewertet werden.

5.1.1 Erhebungsinstrument

Da die KIDA-Studie in die GEDA-Studie integriert ist, findet 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 aus den Bereichen körperlicher und psychischer Gesundheitszustand und Gesundheitsdeterminanten umfasst.

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

Die telefonische KIDA-Befragung beinhaltet neben sozialen Determinanten (z.B. Familienklima) die folgenden Bereiche: Corona-spezifische Items (z. B. Infektionsstatus, Quarantäne, Teststrategie der Betreuungseinrichtung), Körperliche Gesundheit, Psychische Gesundheit und Gesundheitsverhalten (z.B. Bewegungsverhalten). 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. Der mündliche Befragungsumfang beläuft sich auf ca. 20 Minuten, um eine hohe Teilnahmebereitschaft sicherzustellen.

5.1.2 Erhebungsmethoden

Die Erhebung besteht aus zwei Teilerhebungen: Im ersten Schritt wird 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 wird im Auftrag des RKI durch ein externes Markt- und Sozialforschungsinstitut durchgeführt. Im zweiten Schritt folgt die vertiefende Online-Befragung. Diese wird in kommenden Berichten vorgestellt. Sofern die GEDA-Teilnehmenden telefonisch zur Kontaktaufnahme eingewilligt haben, werden Einladungen zur Online-Befragung per E-Mail verschickt. 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 handelt es sich um erfahrene Interviewerinnen und Interviewer, die bereits zuvor für das externe Markt- und Sozialforschungsinstitut oder das Robert Koch-Institut telefonische Befragungen durchgeführt haben. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des RKI begleiten 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 das Zeitverhalten des Gesamtfragebogens und einzelner Fragenkomplexe.

Diese Bereiche der Fragebogengüte wurden anhand des Pretestdatensatzes durch Projektmitarbeitende des RKI geprüft und durch Häufigkeitszählungen, Verteilung der Missing-Werte und Zeitdauer einzelner Themenblöcke ausgewertet.

5.2.2 Feldverlauf und Feldmonitoring

Die telefonische Befragung startete am 09.02.2022 und befindet sich zum Zeitpunkt des Berichtes noch in der Feldphase. Gleiches gilt für die vertiefende Online-Befragung, welche am 19.04.2022 startete. Die Feldlaufzeit ist über den Zeitraum von 12 Monaten geplant. Die telefonischen Interviews werden 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 begleiten die Interviewenden.

Im Kontext der KIDA-Studie findet ein Feldmonitoring statt, um die Einhaltung einer standardisierten Messsituation (Interview) sicherzustellen. Die Qualität der Daten und der Erhebung wird durch kontinuierliche Maßnahmen sichergestellt. Vor den ersten Interviews wurden die Interviewenden ausführlich über die Ziele und Inhalte der KIDA- und GEDA-Studie, sowie über die Regeln der standardisierten Interviewführung geschult. Zudem wurden Erfahrungsaustausch- und Argumentations-Workshops durchgeführt. In der Feldphase werden die Interviewenden durch Supervidierende unterstützt. Die Interviewführung wird kontinuierlich beobachtet und anhand bestimmter Kriterien beurteilt. Bei Bedarf besteht die Möglichkeit Optimierungspotenziale gemeinsam zu besprechen. Im Rahmen des Feldmonitorings werden regelmäßig ausführliche Interviewendenperformance-Reports erstellt, um die Arbeitsweise und Effektivität zu beurteilen. Hierbei werden 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 erfolgt 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, um mit den Daten repräsentative Aussagen machen zu können. Die Stichprobengewichte geben an, wie viele Personen aus der Grundgesamtheit durch eine Person in der Stichprobe repräsentiert werden. Die Gewichtung besteht 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. Die Berechnung erfolgte durch das für die Erhebung beauftragte Markt- und Sozialforschungsinstitut. Die Anpassungsgewichtung versucht, die individuelle Teilnahmebereitschaft auszugleichen. 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 wird ein eigenständiger Datensatz erzeugt. Damit die einzelnen Stichproben der Erhebungszeitpunkte vergleichbar sind und zusammengefasst werden können werden separate Gewichtungsfaktoren für jeden Erhebungszeitpunkt berechnet. Die Gewichtungsfaktoren passen die einzelnen Stichproben an die Bevölkerungsverteilungen öffentlicher Statistiken an.

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: Jugendinstitut D (Hrsg) Materialien zum Dreizehnten Kindes- und Jugendbericht - Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Sachverständigenkommission Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht, München S. 11-50
4. Richter M, Dragano N (2018) Micro, macro, but what about meso? The institutional context of health inequalities. Int J Public Health 63(2):163-164. 10.1007/s00038-017-1064-4
5. 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
6. 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
7. COVID-19 EdBz (2022) 7. Stellungnahme des ExpertInnenrates der Bundesregierung zu COVID-19 - Zur Notwendigkeit einer prioritären Berücksichtigung des Kindeswohls in der Pandemie. <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/2006266/47d5893828bc9d1ab4d07ed41b7cb078/2022-02-17-siebte-stellungnahme-expertenrat-data.pdf?download=1> (Stand 04.08.2022)
8. Stephenson T, Pinto Pereira S, Shafran R et al. (2022) Physical and mental health 3 months after SARS-CoV-2 infection (long COVID) among adolescents in England (CLoCK): a national matched cohort study. Lancet Child Adolesc Health 6(4):230-239. 10.1016/s2352-4642(22)00022-0
9. Roessler M, Tesch F, Batram M et al. (2021) Post COVID-19 in children, adolescents, and adults: results of a matched cohort study including more than 150,000 individuals with COVID-19. MedRxiv 10.1101/2021.10.21.21265133
10. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Ayuzo Del Valle N et al. (2022) Long-COVID in children and adolescents: a systematic review and meta-analyses. Sci Rep 12(1):9950. 10.1038/s41598-022-13495-5
11. 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)
12. 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
13. 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 COPSYS-Studie-Hamburg. Nervenheilkunde 40(05):319-326. 10.1055/a-1397-5400
14. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M et al. (2022) Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. European child & adolescent psychiatry 31(6):879-889. 10.1007/s00787-021-01726-5
15. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M et al. (2021) Quality of life and mental health in children and adolescents during the first year of the COVID-19 pandemic: results of a two-wave nationwide population-based study. European child & adolescent psychiatry <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01889-1> (Stand: 05.08.2022)
16. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C et al. (2021). Bundesgesundheitsbl 64(12):1512-1521. DOI 10.1007/s00103-021-03291-3
17. Ravens-Sieberer U, Otto C, Kaman A et al. (2020) Mental Health and Quality of Life in Children and Adolescents During the COVID-19 Pandemic. Dtsch Arztebl International 117(48):828-829. 10.3238/arztebl.2020.0828
18. 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
19. 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

20. Blättner B (2007) Das Modell der Salutogenese: Eine Leitorientierung für die berufliche Praxis. *Präv Gesundheitsf* 2(2):67-73. 10.1007/s11553-007-0063-3
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. 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. *PsyArXiv*:1-15. 10.31234/osf.io/tsqhg
23. Zijlmans J, Teela L, van Ewijk H et al. (2021) Mental and Social Health of Children and Adolescents With Pre-existing Mental or Somatic Problems During the COVID-19 Pandemic Lockdown. *Front Psychiatry* 12:692853. 10.3389/fpsy.2021.692853
24. Patrick S, Henkhaus L, Zickafoose J et al. (2020) Well-being of Parents and Children During the COVID-19 Pandemic: A National Survey. *Pediatrics* 146(4):1-8. 10.1542/peds.2020-016824
25. Barboza M, Marttila A, Burstrom B et al. (2021) Covid-19 and pathways to health inequities for families in a socioeconomically disadvantaged area of Sweden - qualitative analysis of home visitors' observations. *Int J Equity Health* 20(1):215. 10.1186/s12939-021-01556-6
26. Spieß C, Huebener M, Pape A (2021) FamilienMonitor_Corona (8): Eltern sorgen sich zunehmend um die Bildung und die wirtschaftliche Zukunft ihrer Kinder. https://www.diw.de/de/diw_o1.c.818076.de/nachrichten/familienmonitor_corona_8_eltern_sorge_n_sich_zunehmend_um_die_bildung_und_die_wirtschaftliche_zukunft_ihrer_kinder.html%20Accessed%20July%202020.%202022. (Stand: 25.07.2022)
27. Canada S (2009) Quality level guidelines. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/13foo26m/2007001/table/tab5p1-eng.htm> (Stand: 05.08.2022)
28. 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)
29. 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
30. 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
31. Robert Koch-Institut (2022) COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Meldewoche. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Altersverteilung.html (Stand: 13.06.2022)
32. Ritchie H, Mathieu E, Rodés-Guirao L et al. (2020) Coronavirus Pandemic (COVID-19). <https://ourworldindata.org/coronavirus> (Stand: 27.07.2022)
33. 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
34. Jugendinstitut D (2022) Corona-KiTa-Dashboard: Aktuelle Daten zur Kindertagesbetreuung. <https://corona-kita-studie.de/ergebnisse#dashboard> (Stand: 16.06.2022)
35. 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)
36. Albrecht J, Werner H, Rieger N et al. (2022) Association Between Homeschooling and Adolescent Sleep Duration and Health During COVID-19 Pandemic High School Closures. *JAMA network open* 5(1):e2142100. 10.1001/jamanetworkopen.2021.42100
37. 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
38. 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
39. 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
40. Robert Koch-Institut (2022) Wöchentlicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19), 19.05.2022. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-05-19.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 19.05.2022)

41. 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: 27.07.2022)
42. Konferenz K (2022) Größtmögliche Normalität im Schuljahr 2022/2023 (Beschluss der KMK vom 23.06.2022). https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2022/2022_06_23-Umgang-mit-Covid19-Schuljahr-22-23.pdf (Stand: 23.06.2022)
43. Breidablik H, Meland E, Lydersen S (2008) Self-rated health in adolescence: a multifactorial composite. *Scandinavian journal of public health* 36(1):12-20. 10.1177/1403494807085306
44. Europe WROf (2016) Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC) STUDY: INTERNATIONAL REPORT FROM THE 2013/2014 SURVEY. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326320> (Stand: 04.08.2022)
45. Vingilis E, Wade T, Seeley J (2002) Predictors of adolescent self-rated health. *Analysis of the National Population Health Survey. Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique* 93(3):193-197. 10.1007/bf03404999
46. Foti K, Eaton D (2010) Associations of selected health risk behaviors with self-rated health status among U.S. high school students. *Public health reports (Washington, DC : 1974)* 125(5):771-781. 10.1177/003335491012500522
47. de Bruin A, Picavet H, Nossikov A (1996) Health interview surveys. Towards international harmonization of methods and instruments. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107328> (Stand: 04.08.2022)
48. Hanewinkel R, Hansen J, Neumann C et al. (2021) Präventionsradar. Ergebnisbericht 2020/2021. https://www.praeventionsradar.de/downloads/Ergebnisbericht_SJ2021.pdf (Stand: 04.08.2022)
49. Robert Koch-Institut (2008) Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Robert Koch-Institut, Berlin, S. 1-178
50. Robert Koch-Institut (2014) Subjektive Gesundheit. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012. Robert Koch-Institut, Berlin
51. Poethko-Müller C, Kuntz B, Lampert T et al. (2018) Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *J Health Monit* 3(1):8-15. 10.17886/rki-gbe-2018-004
52. Scheidt-Nave C, Ellert U, Thyen U et al. (2008) Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. *Bundesgesundheitsbl* 51(6):592-601. 10.1007/s00103-008-0535-4
53. 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. [https://doi.org/10.1367/1539-4409\(2002\)002<0038:icwshc>2.o.co;2](https://doi.org/10.1367/1539-4409(2002)002<0038:icwshc>2.o.co;2) (Stand: 08.08.2022)
54. 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
55. Keyes C (2007) Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *The American psychologist* 62(2):95-108. 10.1037/0003-066x.62.2.95
56. Keyes C (2002) The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *J Health Soc Behav* 43(2):207-222. 10.2307/3090197
57. McAlpine D, McCreedy E, Alang S (2018) The Meaning and Predictive Value of Self-rated Mental Health among Persons with a Mental Health Problem. *J Health Soc Behav* 59(2):200-214. 10.1177/0022146518755485
58. Ahmad F, Jhaji A, Stewart D et al. (2014) Single item measures of self-rated mental health: a scoping review. *BMC Health Serv Res* 14(1):398. 10.1186/1472-6963-14-398
59. Mawani F, Gilmour H (2010) Validation of self-rated mental health. *Health reports* 21(3):61-75.
60. Public Health Agency of Canada, Research CfSaA (2022) Positive Mental Health Indicator Framework. Quick Statistics, youth (12 to 17 years of age), Canada, 2022 Edition. <https://health-infobase.canada.ca/positive-mental-health/PDFs/PMHSIF-2022-Quick-Stats-Youth.pdf> (Stand: 04.08.2022)
61. Territory GotAC (2022) Self-rated mental health - children, 5-17 years, ACT General Health Survey, 2020. <https://health.act.gov.au/about-our-health-system/data-and-publications/healthstats/statistics-and-indicators/self-rated-o> (Stand: 04.08.2022)

62. Orpana H, Vachon J, Dykxhoorn J et al. (2016) Monitoring positive mental health and its determinants in Canada: the development of the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework. *Health promotion and chronic disease prevention in Canada : research, policy and practice* 36(1):1-10. 10.24095/hpcdp.36.1.01
63. Canada S (2019) Canadian Health Survey on Children and Youth, 2019. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/200723/dq200723a-eng.pdf?st=dxgKTI5b> (Stand: 04.08.2022)
64. Otto C, Ravens-Sieberer U (2020) Gesundheitsbezogene Lebensqualität. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsbezogene-lebensqualitaet/> (Stand: 04.08.2022)
65. Bullinger M (1991) Quality of life: definition, conceptualisation and implications: a methodologists view. *Theor Surg* 6(3):143-148.
66. Bullinger M, Hasford J (1991) Evaluating quality-of-life measures for clinical trials in Germany. *Control Clin Trials* 12(4 Suppl):91S-105S. DOI 10.1016/S0197-2456(05)80015-7
67. Stewart A, Ware J (1992) *Measuring function and well-being* Duke University Press, Durham, NC
68. Ravens-Sieberer U, Gosch A, Abel T et al. (2001) Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Sozial- und Praventivmedizin* 46(5):294-302. DOI 10.1007/bf01321080
69. Wunsch K, Nigg C, Niessner C et al. (2021) The Impact of COVID-19 on the Interrelation of Physical Activity, Screen Time and Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents in Germany: Results of the Motorik-Modul Study. *Children (Basel, Switzerland)* 8(2):89. 10.3390/children8020098
70. Christner N, Essler S, Hazzam A et al. (2021) Children's psychological well-being and problem behavior during the COVID-19 pandemic: An online study during the lockdown period in Germany. *PLoS One* 16(6):e0253473. 10.1371/journal.pone.0253473
71. Nobari H, Fashi M, Eskandari A et al. (2021) Effect of COVID-19 on Health-Related Quality of Life in Adolescents and Children: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* 18(9):4563. 10.3390/ijerph18094563
72. Kurz D, Braig S, Genuneit J et al. (2022) Lifestyle changes, mental health, and health-related quality of life in children aged 6–7 years before and during the COVID-19 pandemic in South Germany. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 16(1):20. <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00454-1> (Stand: 05.08.2022)
73. Kaman A, Ottová-Jordan V, Bilz L et al. (2020) Subjektive Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Aktuelle Ergebnisse der HBSC-Studie 2017/18. *J Health Monit* 5(3):7-21. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6969> (Stand: 05.08.2022)
74. Myhr A, Naper L, Samarawickrema I et al. (2021) Impact of COVID-19 Pandemic Lockdown on Mental Well-Being of Norwegian Adolescents During the First Wave-Socioeconomic Position and Gender Differences. *Front Public Health* 9:717747. 10.3389/fpubh.2021.717747
75. The KIDSCREEN Group Europe (2006) *The KIDSCREEN questionnaires: Quality of life questionnaires for children and adolescents*. Handbook. Pabst Science Publishers, Lengerich
76. Ravens-Sieberer U, Auquier P, Erhart M et al. (2007) The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 16(8):1347-1356. 10.1007/s11136-007-9240-2
77. Barkmann C, Otto C, Meyrose A et al. (2021) Psychometrie und Normierung des Lebensqualitätsinventars KIDSCREEN in Deutschland. *Diagnostica* 67(1):2-12. 10.1026/0012-1924/a000257
78. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Devine J et al. (2022) Child and Adolescent Mental Health During the COVID-19 Pandemic: Results of the Three-Wave Longitudinal COPSY Study. *J Adolesc Health* 71(5):570-578. 10.1016/j.jadohealth.2022.06.022
79. Grewenig E, Lergetporer P, Werner K et al. (2021) COVID-19 and Educational Inequality: How School Closures Affect Low- and High-Achieving Students. *Eur Econ Rev* 140(103920) <https://doi.org/10.1016/j.euroecorev.2021.103920> (Stand: 05.08.2022)
80. Berman A, Liu B, Ullman S et al. (2016) Children's Quality of Life Based on the KIDSCREEN-27: Child Self-Report, Parent Ratings and Child-Parent Agreement in a Swedish Random Population Sample. *PLoS One* 11(3):e0150545. 10.1371/journal.pone.0150545
81. Collins W, Steinberg L (2006) *Adolescent Development in Interpersonal Context Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development, Vol 3, 6th ed.* John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, NJ, US, S. 1003-1067

82. Neuber N (2022) Kinder- und Jugendsport „nach“ Corona. Forum Kinder- und Jugendsport 3(1):7-12. 10.1007/s43594-022-00057-w
83. Janssen I, LeBlanc A (2010) Systematic Review of the Health Benefits of Physical Activity and Fitness in School-Aged Children and Youth. Int J Behav Nutr Phys 7(1):40. 10.1201/b18227-14
84. Hallal P, Victora C, Azevedo M et al. (2006) Adolescent physical activity and health: a systematic review. Sports medicine (Auckland, NZ) 36(12):1019-1030. 10.2165/00007256-200636120-00003
85. Must A, Tybor D (2005) Physical activity and sedentary behavior: a review of longitudinal studies of weight and adiposity in youth. Int J Obes 29 (2):84-96. 10.1038/sj.ijo.0803064
86. Strong W, Malina R, Blimkie C et al. (2005) Evidence based physical activity for school-age youth. The Journal of pediatrics 146(6):732-737. 10.1016/j.jpeds.2005.01.055
87. Boreham C, McKay H (2011) Physical activity in childhood and bone health. British journal of sports medicine 45(11):877-879. 10.1136/bjsports-2011-090188
88. Klemm K (2021) Eine Frage des Kindeswohls: Wie die Corona-Zeit und die daraus getroffenen Entscheidungen für den Sport die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland aufs Spiel setzt und wie Sport, Spiel und Bewegung nun helfen können. Forum Kind Jugend Sport 2(2):131-136. <https://doi.org/10.1007/s43594-021-00048-3> (Stand: 05.08.2022)
89. 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
90. Posadzki P, Pieper D, Bajpai R et al. (2020) Exercise/physical activity and health outcomes: an overview of Cochrane systematic reviews. BMC Public Health 20(1):1724. 10.1186/s12889-020-09855-3
91. Bull F, Al-Ansari S, Biddle S et al. (2020) World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. British journal of sports medicine 54(24):1451-1462. 10.1136/bjsports-2020-102955
92. Schmidt S, Will N, Henn A et al. (2016) Der Motorik-Modul Aktivitätsfragebogen MoMo-AFB : Leitfaden zur Anwendung und Auswertung. KIT Scientific Working Papers. Karlsruher Institut für Technologie, S. 1-73
93. Finger J, Varnaccia G, Borrmann A et al. (2018) Körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. J Health Monit 3(1):24-31. 10.17886/rki-gbe-2018-006
94. (RKI) RKI (2020) AdiMon-Themenblatt Sportliche Aktivität in der Schule (Stand: 5. Oktober 2020).
95. Franz J (2021) Wir brauchen eine neue Studie zur Lage des Schulsports in Deutschland! Vermerk zur Sondierung einer Schulsport-Studie „SiD 2025“ durch dvs, DOSB, DSLV und FSW. <https://idw-online.de/de/news776281> (Stand: 04.08.2022)
96. Heßdörfer N (2021) Vereinssport im Lockdown: Kein Training für 7,3 Millionen Kinder und Jugendliche in Deutschland. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2021/PD21_08_p002.html (Stand: 04.08.2022)
97. Schmidt S, Will N, Woll A (2015) Sportliche Aktivität deutscher Kinder und Jugendlicher im Verein und in der Schule. Die Motorik-Modul-Studie (MoMo). sportunterricht 65:233-238.
98. 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
99. Lange C, Jentsch F, Allen J et al. (2015) Data Resource Profile: German Health Update (GEDA)-the health interview survey for adults in Germany. International journal of epidemiology 44(2):442-450. 10.1093/ije/dyvo67
100. 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)
101. 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)
102. 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

7 Anhang

7.1 Tabellen Pandemieindikatoren

Tabelle 2: Prävalenz der SARS-CoV-2 positiv getesteten Kinder und Jugendlichen, getrennt nach Mädchen und Jungen in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

	Mädchen		Jungen		Gesamt		Fallzahlen
	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	
PCR-Test positiv							
Ja	40,8	34,4-47,6	40,4	33,9-47,3	40,6	35,7-45,7	468
Nein	59,2	52,5-65,7	59,6	52,7-66,1	59,4	54,3-64,3	719
Gesamt	100		100		100		1.187

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA 1. Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022); n = 1.187; Mädchen: n = 574; Jungen: n = 613; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; Elternbericht der jemals auf SARS-CoV-2 positiv getesteten Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 15 Jahren; Die Prüfung von Unterschieden zwischen Mädchen und Jungen im Rahmen ergab ein nicht signifikantes Ergebnis: $p = 0,932$

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

	Regelbetrieb		Quarantäne		Pflicht zur MNB		Testpflicht	
	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI
Gesamt	95,1	92,1-96,9	6,2	4,3-9,0			77,2	72,2-81,5
Kindertageseinrichtungen	91,6	86,4-95,0	6,2 ¹	3,4-11,1	-		68,9	59,4-77,1
Schule	96,5	92,3-98,4	6,1 ¹	3,8-9,5	58,1	52,2-63,7	80,6	75,4-84,9
Fallzahlen	1.166		1.189		871		1.149	

Anmerkung: Datenbasis: 1. KIDA-Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022); Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; Elternbericht zu Infektionsschutzmaßnahmen in Schulen und Kindertageseinrichtungen; MNB = Mund-Nasen-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 vorsichtig interpretiert werden

7.2 Tabellen Körperliche Gesundheit

Tabelle 4: Allgemeiner Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

	Mädchen		Jungen		Gesamt		Fallzahlen
	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	
Sehr gut/ Gut	91,2	86,5-94,4	91,4	85,2-95,2	91,3	87,3-94,1	1.122
Mittelmäßig/ Schlecht/ Sehr schlecht	8,8 ¹	5,6-13,6	8,6 ¹	4,8-14,8	8,7	5,9-12,7	67
Gesamt	100		100		100		1.189

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA 1. Erhebungszeitraum; n = 1.189; Mädchen: n = 575; Jungen: n = 614; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; Geschlechterunterschied: logistische Regression adjustiert für Alter: p-Wert = 0,98; ¹ Die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden

Tabelle 5: Veränderung des allgemeinen Gesundheitszustands von Kindern und Jugendlichen, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

	Mädchen		Jungen		Gesamt		Fallzahlen
	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	
Viel besser/ Besser	5,5 ¹	3,2-9,4	7,7 ¹	4,4-13,3	6,6	4,4-10,0	59
Etwa gleich	75,9	69,5-81,4	74,5	67,7-80,3	75,2	70,2-79,6	940
Schlechter/ Viel schlechter	18,5	13,6-24,8	17,8	13,0-23,8	18,2	14,3-22,9	186
Gesamt	100		100		100		1.185

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA 1. Erhebungszeitraum; n = 1.185; Mädchen: n = 574; Jungen: n = 611; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; Geschlechterunterschied: logistische Regression adjustiert für Alter: p-Wert = 0,52; ¹ Die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden

Tabelle 6: Art der Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustands von Kindern und Jugendlichen, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

	Mädchen		Jungen		Gesamt		Fallzahlen
	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	
Durch Gesundheitsprobleme, die...							
bereits vor der Pandemie bestanden	14,6 ¹	7,1-27,6	25,1 ¹	14,4-40,0	19,9 ¹	12,7-29,8	46
seit der Pandemie neu aufgetreten sind	85,4	72,4-92,9	74,9	60,9-85,6	80,1	70,2-87,3	140
Gesamt	100		100		100		186

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA 1. Erhebungszeitraum; n = 186; Mädchen: n = 90; Jungen: n = 96; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; Geschlechterunterschied: logistische Regression adjustiert für Alter: p-Wert = 0,26; ¹ Die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden

Tabelle 7: Erhöhter Versorgungs- und Unterstützungsbedarf von Kindern und Jugendlichen, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

	Mädchen		Jungen		Gesamt		Fallzahlen
	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	
Versorgungs- und Unterstützungsbedarf							
Kein erhöhter Bedarf	91,0	86,2-94,2	88,6	82,7-92,7	89,8	85,8-92,7	1079
Erhöhter Bedarf	9,0 ¹	5,8-13,8	11,4 ¹	7,3-17,3	10,2	7,3-14,2	98
Gesamt	100		100		100		1177

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA 1. Erhebungszeitraum; n = 1.177; Mädchen: n = 568; Jungen: n = 609; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; Geschlechterunterschied: logistische Regression adjustiert für Alter: p-Wert = 0,40; ¹ Die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden

Tabelle 8: Erhöhter Versorgungs- und Unterstützungsbedarf in Bezug auf die COVID-19 Pandemie bei Kindern, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

	Mädchen		Jungen		Gesamt		Fallzahlen
	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	
Erhöhter Versorgungs- und Unterstützungsbedarf...							
bestand schon vor der Pandemie	76,1	50,9-90,8	74,1	49,4-89,4	75,0	57,2-87,1	72
trat während der Pandemie neu auf	23,9 ¹	9,2-49,1	25,9 ¹	10,6-50,6	25,0 ¹	12,9-42,9	24
Gesamt	100		100		100		96

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA 1. Erhebungszeitraum; n = 96; Mädchen: n = 40; Jungen: n = 56; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; Geschlechterunterschied: logistische Regression adjustiert für Alter: p-Wert = 0,88; ¹ Die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden

7.3 Tabellen Psychische Gesundheit

Tabelle 9: Subjektive psychische Gesundheit im Allgemeinen, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

	Mädchen		Jungen		Gesamt		Fallzahlen
	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	
Ausgezeichnet/ sehr gut	62,3	55,3-68,9	54,0	47,2-60,7	58,1	53,2-62,8	767
Gut	29,9	24,0-36,6	36,9	30,5-43,8	33,5	28,9-38,4	343
Weniger gut/ schlecht	7,7 ¹	4,7-12,3	9,1 ¹	5,1-15,6	8,4	5,8-12,1	78
Gesamt	100		100		100		1.188

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA 1. Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022); Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; Elternbericht zur subjektiven psychischen Gesundheit für Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 15 Jahren; Die Prüfung von Unterschieden zwischen Mädchen und Jungen im Rahmen eines linearen Regressionsmodells ergab ein nicht signifikantes Ergebnis: $p = 0,283$, ¹ Die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden

Tabelle 10: Einschätzung der subjektiven psychischen Gesundheit im Vergleich zwischen während vs. vor der COVID-19-Pandemie, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

	Mädchen		Jungen		Gesamt		Fallzahlen
	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	
Verbessert	7,3 ¹	4,3-12,2	7,1 ¹	4,3-11,4	7,2	4,9-10,5	71
Gleichgeblieben	64,4	57,5-70,7	67,0	59,9-73,4	65,7	60,9-70,4 ¹	843
Verschlechtert	28,3	22,6-34,8	25,9	20,0-32,9	27,1	22,8-31,8	269
Gesamt	100		100		100		1.183

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA 1. Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022); Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; Elternbericht zur Veränderung der subjektiven psychischen Gesundheit für Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 15 Jahren; Die Prüfung von Unterschieden zwischen Mädchen und Jungen im Rahmen eines linearen Regressionsmodells ergab ein nicht signifikantes Ergebnis: $p = 0,845$, ¹ Die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden

Tabelle 11: Psychische Lebensqualität, soziale Lebensqualität und schulische Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen

	Mädchen		Jungen		Gesamt		Fallzahlen
	Mittelwert	95%-KI	Mittelwert	95%-KI	Mittelwert	95%-KI	
Psychisches Wohlbefinden	52,2	49,6-54,7	51,0	48,6-53,3	51,6	49,8-53,3	760
Soziales Wohlbefinden	51,8	49,9-53,6	49,9	46,9-52,9	50,8	49,0-52,6	753
Schulisches Wohlbefinden	54,5	52,7-56,3	50,1	48,0-52,2	52,3	50,8-53,7	731

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA 1. Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022); KI – Konfidenzintervall; Elternbericht zu drei Dimensionen der Lebensqualität für Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 15 Jahren; Tabelle 11 zeigt die gemittelten T-Werte und 95 %-Konfidenzintervalle; Die Prüfung von Unterschieden zwischen Mädchen und Jungen im Rahmen eines linearen Regressionsmodells ergab ein nicht signifikantes Ergebnis für das psychische Wohlbefinden ($p = 0,525$), ebenfalls ein nicht signifikantes Ergebnis für das soziale Wohlbefinden ($p = 0,304$) und ein signifikantes Ergebnis für das schulische Wohlbefinden ($p = 0,002$)

7.4 Tabellen körperlich-sportlicher Aktivität und Nutzung von Bewegungsangeboten

Tabelle 12: Umfang moderater bis intensiver körperlicher Aktivität von Kindern und Jugendlichen pro Woche, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

	Mädchen		Jungen		Gesamt		Fallzahlen
	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	
Weniger als 3 Stunden	12,7	8,8-17,9	10,0	6,7-14,7	11,3	8,4-15,0	128
3 – 4 Stunden	18,4	14,1-23,7	19,3	14,4-25,3	18,9	15,5-22,7	227
5 – 6 Stunden	19,0	14,9-23,9	18,4	13,8-24,2	18,7	15,4-22,6	240
Mindestens 7 Stunden	49,9	43,7-56,1	52,3	45,5-59,0	51,1	46,2-56,0	584
Gesamt	100		100		100		1.179

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA 1. Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022); Mädchen: n = 572, Jungen: n = 607
Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; †unsichere Werte aufgrund niedriger Fallzahlen; Die Prüfung von Unterschieden zwischen Mädchen und Jungen im Rahmen eines Chi²-Tests nach Pearson ergab ein nicht signifikantes Ergebnis: p = 0,795

Tabelle 13: Nutzung von Sport-AGs in der Schule durch Kinder und Jugendliche, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

	Mädchen		Jungen		Gesamt		Fallzahlen
	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	
Ja	50,2	42,2-58,2	51,8	43,7-59,7	51,0	45,1-56,8	418
Nein	49,8	41,8-57,8	48,2	40,3-56,3	49,0	43,2-54,9	401
Gesamt	100		100		100		819

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA 1. Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022); Mädchen: n = 397, Jungen: n = 422,
Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; Die Prüfung von Unterschieden zwischen Mädchen und Jungen im Rahmen eines Chi²-Tests nach Pearson ergab ein nicht signifikantes Ergebnis: p = 0,786

Tabelle 14: Gründe für keine Teilnahme an Sport-AGs in der Schule von Kindern und Jugendlichen, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

	Mädchen		Jungen		Gesamt		Fallzahlen
	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	
AGs finden wg. Pandemie nicht statt	18,2	12,7-25,2	13,7	9,1-20,0	15,9	12,1-20,6	129
Keine Teilnahme wg. Pandemie	2,8 ¹	1,0-7,2	2,1 ¹	0,5-7,9	2,4 ¹	1,1-5,4	12
Keine Teilnahme aus anderen Gründen	28,2	21,1-36,5	31,8	24,8-39,8	30,0	24,9-35,7	249
Nimmt teil	50,9	42,8-59,0	52,4	44,3-60,5	51,7	45,7-57,6	418
Gesamt	100		100		100		808

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA 1. Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022); Mädchen: n = 392, Jungen: n = 416, Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; ¹unsichere Werte aufgrund niedriger Fallzahlen; Die Prüfung von Unterschieden zwischen Mädchen und Jungen im Rahmen eines Chi²-Tests nach Pearson ergab ein nicht signifikantes Ergebnis: p = 0,715

Tabelle 15: Gründe für keine Teilnahme an Sport-AGs von Kindern und Jugendlichen (bezogen auf die Substichprobe derjenigen, die nicht an Sport-AGs teilgenommen haben) in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

	Gesamt		Fallzahlen
	Anteil in %	95%-KI	
AGs finden wg. Pandemie nicht statt	32,9	25,6-41,2	129
Keine Teilnahme wg. Pandemie	5,0 ¹	2,2-10,9	12
Keine Teilnahme aus anderen Gründen	62,1	53,6-69,9	249
Gesamt	100		390

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA 1. Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022); Sub-Stichprobe, n = 390, Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; ¹unsichere Werte aufgrund niedriger Fallzahlen

Tabelle 16: Einfluss der Pandemie auf die Teilnahme an Sport-AGs von Kindern und Jugendlichen, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

	Mädchen		Jungen		Gesamt		Fallzahlen
	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	
Nimmt weniger teil	24,0	17,4-32,1	14,8	10,4-20,7	19,4	15,3-24,2	148
Nimmt mehr teil	2,5 ¹	1,1-5,8	5,6 ¹	2,4-12,5	4,1 ¹	2,2-7,6	25
Kein Einfluss der Pandemie	23,2	17,9-29,5	31	23,9-39,2	27,1	22,5-32,4	241
Nimmt nicht teil	50,3	42,3-58,3	48,6	40,5-56,6	49,4	43,5-55,3	401
Gesamt	100		100		100		815

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA 1. Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022); Mädchen: n = 394, Jungen: n = 421; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; Die Prüfung von Unterschieden zwischen Mädchen und Jungen im Rahmen eines Chi²-Tests nach Pearson ergab ein signifikantes Ergebnis: p = 0,069; ¹unsichere Werte aufgrund niedriger Fallzahlen;

Tabelle 17: Einfluss der Pandemie auf die Teilnahme an Sport-AGs von Kindern und Jugendlichen (bezogen auf die Substichprobe derjenigen, die an Sport-AGs teilgenommen haben), in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

	Gesamt		Fallzahlen
	Anteil in %	95%-KI	
Nimmt weniger teil	38,3	31,2-45,9	148
Nimmt mehr teil	8,1 ¹	4,4-14,4	25
Kein Einfluss der Pandemie	53,6	45,3-61,8	241
Gesamt	100		414

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA 1. Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022); Sub-Stichprobe, n = 414; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; ¹unsichere Werte aufgrund niedriger Fallzahlen

Tabelle 18: Teilnahme an organisierten Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten durch Kinder und Jugendliche, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

	Mädchen		Jungen		Gesamt		Fallzahlen
	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	
Ja	53,8	46,6-60,8	59,9	52,9-66,5	56,9	51,5-62,2	693
Nein	46,2	39,2-53,4	40,1	33,5-47,1	43,1	37,8-48,5	425
Gesamt	100		100		100		1.118

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA 1. Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022); Mädchen: n = 539, Jungen: n = 579; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; Die Prüfung von Unterschieden zwischen Mädchen und Jungen im Rahmen eines Chi²-Tests nach Pearson ergab ein nicht signifikantes Ergebnis: p = 0,195

Tabelle 19: Gründe für die Nichtteilnahme an Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten von Kindern und Jugendlichen, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

	Mädchen		Jungen		Gesamt		Fallzahlen
	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	
Sportangebote finden wg. Pandemie nicht statt	12,3	8,6-17,3	11,2 ¹	7,4-16,6	11,7	8,9-15,3	111
Keine Teilnahme wg. Pandemie	4,1 ¹	2,3-7,1	3,6 ¹	1,8-7,1	3,8 ¹	2,4-5,9	48
Keine Teilnahme aus anderen Gründen	29,4	22,8-37,0	25,3	19,8-31,7	27,3	22,6-32,5	262
Nimmt teil	54,2	46,9-61,3	60,0	53,0-66,6	57,2	51,8-62,4	693
Gesamt	100		100		100		1.114

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA 1. Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022); Mädchen: n = 536, Jungen: n = 578; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; ¹unsichere Werte aufgrund niedriger Fallzahlen; Die Prüfung von Unterschieden zwischen Mädchen und Jungen im Rahmen eines Chi²-Tests nach Pearson ergab ein nicht signifikantes Ergebnis: p = 0,678

Tabelle 20: Gründe für die Nichtteilnahme an Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten von Kindern und Jugendlichen (bezogen auf die Substichprobe derjenigen, die nicht an Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten teilgenommen haben), in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

	Gesamt		Fallzahlen
	Anteil in %	95%-KI	
Sportangebote finden wg. Pandemie nicht statt	27,3	21,0-34,8	111
Keine Teilnahme wg. Pandemie	8,9 ¹	5,7-13,7	48
Keine Teilnahme aus anderen Gründen	63,7	56,1-70,8	262
Gesamt	100		421

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA 1. Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022); Sub-Stichprobe: n = 421; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; ¹unsichere Werte aufgrund niedriger Fallzahlen

Tabelle 21: Einfluss der Pandemie auf die Teilnahme von Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten durch Kinder und Jugendliche, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

	Mädchen		Jungen		Gesamt		Fallzahlen
	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	
Nimmt weniger teil	16,9	12,9-21,9	18,4	14,0-23,7	17,7	14,6-21,3	222
Nimmt mehr teil	8,4 ¹	5,0-14,0	6,3 ¹	3,7-10,6	7,3	5,1-10,5	77
Kein Einfluss der Pandemie	28,3	22,9-34,4	35,2	28,5-42,5	31,8	27,4-36,6	391
Nimmt nicht teil	46,4	39,3-53,6	40,1	33,5-47,1	43,2	37,9-48,6	425
Gesamt	100		100		100		1.115

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA 1. Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022); Mädchen: n = 537, Jungen: n = 578; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; ¹unsichere Werte aufgrund niedriger Fallzahlen; Die Prüfung von Unterschieden zwischen Mädchen und Jungen im Rahmen eines Chi²-Tests nach Pearson ergab ein nicht signifikantes Ergebnis: p = 0,350

Tabelle 22: Einfluss der Pandemie auf die Teilnahme an Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten durch Kinder und Jugendliche (bezogen auf die Substichprobe derjenigen, die an Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten teilgenommen haben), in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

	Gesamt		Fallzahlen
	Anteil in %	95%-KI	
Nimmt weniger teil	31,1	25,8-36,9	222
Nimmt mehr teil	12,9	9,1-18,0	77
Kein Einfluss der Pandemie	56	50,1-61,7	391
Gesamt	100		690

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA 1. Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022); Sub-Stichprobe, n = 690; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall

Tabelle 23: Unorganisierte körperlich-sportliche Aktivität außerhalb von organisierten Sportangeboten in Schule und Verein von Kindern und Jugendlichen, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

	Mädchen		Jungen		Gesamt		Fallzahlen
	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	
Ja	82,3	76,5-86,9	83,5	78,0-87,8	82,9	78,5-86,5	988
Nein	17,7	13,1-23,5	16,5	12,2-22,0	17,1	13,5-21,5	192
Gesamt	100		100		100		1.180

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA 1. Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022); Mädchen: n = 571, Jungen: n = 609; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; Die Prüfung von Unterschieden zwischen Mädchen und Jungen im Rahmen eines Chi²-Tests nach Pearson ergab ein nicht signifikantes Ergebnis: p = 0,694

Tabelle 24: Gründe für keine unorganisierte körperlich-sportliche Aktivität außerhalb von organisierten Sportangeboten in Schule und Verein von Kindern und Jugendlichen, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%- Konfidenzintervall

	Mädchen		Jungen		Gesamt		Fallzahlen
	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	
Weil wg. Pandemie nicht körperlich-sportlich aktiv	5,4 ¹	2,8-10,1	8,0 ¹	4,9-12,6	6,7 ¹	4,3-10,3	62
Aus anderen Gründen nicht körperlich-sportlich aktiv	11,1	7,5-16,0	7,8 ¹	4,9-12,1	9,4	6,7-13,0	107
Körperlich-sportlich aktiv	83,6	77,7-88,1	84,3	78,7-88,6	83,9	79,5-87,6	988
Gesamt	100		100		100		1.157

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA 1. Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022); Mädchen: n = 557, Jungen: n = 600; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; ¹unsichere Werte aufgrund niedriger Fallzahlen; Die Prüfung von Unterschieden zwischen Mädchen und Jungen im Rahmen eines Chi²-Tests nach Pearson ergab ein nicht signifikantes Ergebnis: p = 0,229

Tabelle 25: Gründe für keine unorganisierte körperlich-sportliche Aktivität außerhalb von organisierten Sportangeboten in Schule und Verein von Kindern und Jugendlichen (bezogen auf die Substichprobe derjenigen, die keine unorganisierte körperlich-sportliche Aktivität ausgeübt haben), in Prozent und 95%- Konfidenzintervall

	Gesamt		Fallzahlen
	Anteil in %	95%-KI	
Weil wg. Pandemie nicht körperlich-sportlich aktiv	41,7	28,7-56,1	62
Aus anderen Gründen nicht körperlich-sportlich aktiv	58,3	43,9-71,3	107
Gesamt	100		169

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA 1. Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022); Sub-Stichprobe: n = 169; Gründe für keine unorganisierte körperlich-sportliche Aktivität außerhalb von organisierten Sportangeboten in Schule und Verein von Kindern und Jugendlichen im Alter von drei bis 15 Jahren in Prozent und 95%-Konfidenzintervall; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI–Konfidenzintervall

Tabelle 26: Einfluss der Pandemie auf unorganisierte körperlich-sportliche Aktivität außerhalb von organisierten Sportangeboten in Schule und Verein von Kindern und Jugendlichen, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

	Mädchen		Jungen		Gesamt		Fallzahlen
	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	Anteil in %	95%-KI	
Weniger körperlich-sportlich aktiv	23,7	18,8-29,4	17,4	13,0-22,9	20,5	16,9-24,5	236
Mehr körperlich-sportlich aktiv	10,7	7,1-15,9	10,8	7,5-15,2	10,7 ¹	8,3-13,9	127
Kein Einfluss der Pandemie	47,7	41,2-54,3	55,2	48,5-61,8	51,6	46,8-56,3	614
Nicht körperlich-sportlich aktiv	17,9	13,3-23,7	16,6	12,2-22,1	17,2	13,6-21,7	192
Gesamt	100		100		100		1.169

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA 1. Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022); Mädchen: n = 563, Jungen: n = 606; Einfluss der Pandemie auf unorganisierte körperlich-sportliche Aktivität außerhalb von organisierten Sportangeboten in Schule und Verein von Kindern und Jugendlichen im Alter von drei bis 15 Jahren; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall; Die Prüfung von Unterschieden zwischen Mädchen und Jungen im Rahmen eines Chi²-Tests nach Pearson ergab ein nicht signifikantes Ergebnis: p = 0,284; ¹unsichere Werte aufgrund niedriger Fallzahlen

Tabelle 27: Einfluss der Pandemie auf unorganisierte körperlich-sportliche Aktivität außerhalb von organisierten Sportangeboten in Schule und Verein (bezogen auf die Substichprobe derjenigen, die unorganisierte körperlich-sportliche Aktivität ausgeübt haben), in Prozent und 95%-Konfidenzintervall

	Gesamt		Fallzahlen
	Anteil in %	95%-KI	
Weniger körperlich-sportlich aktiv	24,7	20,5-29,5	236
Mehr körperlich-sportlich aktiv	13,0	10,0-16,6	127
Kein Einfluss der Pandemie	62,3	57,4-66,9	614
Gesamt	100		977

Anmerkungen: Datenbasis: KIDA 1. Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022); Sub-Stichprobe: n = 977; Einfluss der Pandemie auf unorganisierte körperlich-sportliche Aktivität außerhalb von organisierten Sportangeboten in Schule und Verein von Kindern und Jugendlichen im Alter von drei bis 15 Jahren in Prozent und 95%-Konfidenzintervall; Fallzahlen ungewichtet, Anteile gewichtet; KI – Konfidenzintervall

8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Studiendesign von KIDA.....	10
Abbildung 2: Inzidenzen von SARS-CoV-2 bei Kindern und Jugendlichen sowie der Allgemeinbevölkerung nach Jahr/KW	16
Abbildung 3: Stringency Index im Zeitraum 2021/KW32 und 2022/KW18	17
Abbildung 4: Übersicht der Kindertageseinrichtungen mit mindestens einem Verdachts- oder Infektionsfall bei Kindern, Eltern oder Mitarbeitenden.....	18
Abbildung 5: Übersicht von verdachts- und infektionsbedingten Schließungen in Kindertageseinrichtungen	18
Abbildung 6: Prävalenz des letzten positiven SARS-CoV-2 Test der Kinder und Jugendlichen	20
Abbildung 7: Häufigkeiten von Infektionsschutzmaßnahmen in Schulen und Kindertageseinrichtungen	21
Abbildung 8: Subjektiver allgemeiner Gesundheitszustand von Kindern im Alter von 3 bis 15 Jahren, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, gesamt und getrennt nach Geschlecht	23
Abbildung 9: Veränderung des subjektiven allgemeinen Gesundheitszustands von Kindern im Alter von 3 bis 15 Jahren im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, gesamt und getrennt nach Geschlecht.....	24
Abbildung 10: Art der Verschlechterung des subjektiven allgemeinen Gesundheitszustands von Kindern im Alter von 3 bis 15 Jahren, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, gesamt und getrennt nach Geschlecht.....	25
Abbildung 11: Erhöhter Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf bei Kindern im Alter von 3 bis 15 Jahren, Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle, gesamt und getrennt nach Geschlecht ...	27
Abbildung 12: Subjektive psychische Gesundheit im Allgemeinen gesamt und getrennt nach Mädchen und Jungen	30
Abbildung 13: Einschätzung der subjektiven psychischen Gesundheit im Vergleich zwischen während vs. vor der COVID-19-Pandemie gesamt und getrennt nach Mädchen und Jungen.....	31
Abbildung 14: Psychisches Wohlbefinden, soziales Wohlbefinden, schulisches Wohlbefinden bei 8- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen gemessen mittels KIDSCREEN-27.....	33
Abbildung 15: Psychisches Wohlbefinden, soziales Wohlbefinden und schulisches Wohlbefinden bei 8- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen getrennt nach Mädchen und Jungen gemessen mittels KIDSCREEN-27.....	34
Abbildung 16: Umfang moderater bis intensiver körperlicher Aktivität von Kindern und Jugendlichen nach Geschlecht bezogen auf die Woche vor der Befragung	37
Abbildung 17: Teilnahme an Sport-AGs und Einfluss der Pandemie	38
Abbildung 18: Teilnahme an organisierten Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten (Sportvereine, Sportkurse) und Einfluss der Pandemie	39
Abbildung 19: Unorganisierte körperlich-sportliche Aktivität in der Freizeit und Einfluss der Pandemie	40

9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung der KIDA-Studie	12
Tabelle 2: Prävalenz der SARS-CoV-2 positiv getesteten Kinder und Jugendlichen, getrennt nach Mädchen und Jungen in Prozent und 95%-Konfidenzintervall	50
Tabelle 3: Infektionsschutzmaßnahmen in den verschiedenen Bildungs- und Betreuungseinrichtungen in Prozent und 95%-Konfidenzintervall.....	50
Tabelle 4: Allgemeiner Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall.....	51
Tabelle 5: Veränderung des allgemeinen Gesundheitszustands von Kindern und Jugendlichen, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall	51
Tabelle 6: Art der Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustands von Kindern und Jugendlichen, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall.....	52
Tabelle 7: Erhöhter Versorgungs- und Unterstützungsbedarf von Kindern und Jugendlichen, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall	52
Tabelle 8: Erhöhter Versorgungs- und Unterstützungsbedarf in Bezug auf die COVID-19 Pandemie bei Kindern, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall.....	52
Tabelle 9: Subjektive psychische Gesundheit im Allgemeinen, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall	53
Tabelle 10: Einschätzung der subjektiven psychischen Gesundheit im Vergleich zwischen während vs. vor der COVID-19-Pandemie, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall	53
Tabelle 11: Psychische Lebensqualität, soziale Lebensqualität und schulische Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen.....	54
Tabelle 12: Umfang moderater bis intensiver körperlicher Aktivität von Kindern und Jugendlichen pro Woche, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall.....	55
Tabelle 13: Nutzung von Sport-AGs in der Schule durch Kinder und Jugendliche, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall.....	55
Tabelle 14: Gründe für keine Teilnahme an Sport-AGs in der Schule von Kindern und Jugendlichen, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall	56
Tabelle 15: Gründe für keine Teilnahme an Sport-AGs von Kindern und Jugendlichen (bezogen auf die Substichprobe derjenigen, die nicht an Sport-AGs teilgenommen haben) in Prozent und 95%-Konfidenzintervall	56
Tabelle 16: Einfluss der Pandemie auf die Teilnahme an Sport-AGs von Kindern und Jugendlichen, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall	57
Tabelle 17: Einfluss der Pandemie auf die Teilnahme an Sport-AGs von Kindern und Jugendlichen (bezogen auf die Substichprobe derjenigen, die an Sport-AGs teilgenommen haben), in Prozent und 95%-Konfidenzintervall	57
Tabelle 18: Teilnahme an organisierten Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten durch Kinder und Jugendliche, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall	57
Tabelle 19: Gründe für die Nichtteilnahme an Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten von Kindern und Jugendlichen, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall	58
Tabelle 20: Gründe für die Nichtteilnahme an Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten von Kindern und Jugendlichen (bezogen auf die Substichprobe derjenigen, die nicht an Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten teilgenommen haben), in Prozent und 95%-Konfidenzintervall	58
Tabelle 21: Einfluss der Pandemie auf die Teilnahme von Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten durch Kinder und Jugendliche, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall	59

Tabelle 22: Einfluss der Pandemie auf die Teilnahme an Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten durch Kinder und Jugendliche (bezogen auf die Substichprobe derjenigen, die an Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten teilgenommen haben), in Prozent und 95%-Konfidenzintervall	59
Tabelle 23: Unorganisierte körperlich-sportliche Aktivität außerhalb von organisierten Sportangeboten in Schule und Verein von Kindern und Jugendlichen, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall	59
Tabelle 24: Gründe für keine unorganisierte körperlich-sportliche Aktivität außerhalb von organisierten Sportangeboten in Schule und Verein von Kindern und Jugendlichen, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall	60
Tabelle 25: Gründe für keine unorganisierte körperlich-sportliche Aktivität außerhalb von organisierten Sportangeboten in Schule und Verein von Kindern und Jugendlichen (bezogen auf die Substichprobe derjenigen, die keine unorganisierte körperlich-sportliche Aktivität ausgeübt haben), in Prozent und 95%-Konfidenzintervall	60
Tabelle 26: Einfluss der Pandemie auf unorganisierte körperlich-sportliche Aktivität außerhalb von organisierten Sportangeboten in Schule und Verein von Kindern und Jugendlichen, getrennt nach Geschlecht in Prozent und 95%-Konfidenzintervall	61
Tabelle 27: Einfluss der Pandemie auf unorganisierte körperlich-sportliche Aktivität außerhalb von organisierten Sportangeboten in Schule und Verein (bezogen auf die Substichprobe derjenigen, die unorganisierte körperlich-sportliche Aktivität ausgeübt haben), in Prozent und 95%-Konfidenzintervall	61

10 Impressum

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (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).

Veröffentlicht am:

13. Dezember 2022

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

Miriam Blume, Nadine Flerlage, Laura Neuperdt, Tim Weihrauch

unter der Leitung von (Nennung in alphabetischer Reihenfolge):

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

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

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

