



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

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

2. Teil – Aktuelle Ergebnisse zur Entwicklung von Indikatoren der Kindergesundheit bei  
hochfrequenter Beobachtung im KIDA-Erhebungszeitraum

Veröffentlicht: 12.07.2023

## Zusammenfassung

### Hintergrund und methodischer Ansatz:

Mit der Studie „Kindergesundheit in Deutschland aktuell“ (KIDA) untersuchte das Robert Koch-Institut von Februar 2022 bis Juni 2023, wie sich die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren im Verlauf der COVID-19-Pandemie darstellten und entwickelten. In der Studie wurden über einen Zeitraum von 16 Monaten fortlaufend Informationen zu Gesundheit, Wohlbefinden und Gesundheitsverhalten sowie Daten zur Kenntnis und Nutzung von Beratungs- und Versorgungsangeboten erhoben. Dabei wurden Eltern von Kindern im Alter von 3 bis 15 Jahren und Jugendliche im Alter von 16 bis 17 Jahren zunächst telefonisch befragt (n = 6.992). Im Anschluss haben 2.896 Teilnehmende zusätzlich an einer vertiefenden Online-Befragung teilgenommen. Die so gewonnenen Daten wurden 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 zweite Teil des 4. Quartalsbericht stellt dar, wie sich verschiedene Merkmale der Kinder- und Jugendgesundheit im zeitlichen Verlauf der telefonischen KIDA-Erhebung von Februar 2022 bis April 2023 entwickeln. Zum Start der Erhebung kennzeichneten vergleichsweise sehr hohe Neuerkrankungsraten unter Kinder und Jugendlichen das Infektionsgeschehen, die im Verlauf der Erhebung zurückgingen und nach einer Sommerwelle im Jahr 2022 bis zum Ende des Erhebungszeitraums kontinuierlich weiter absanken. Während des Erhebungszeitraums gab es zunächst mäßige Einschränkungen des öffentlichen Lebens, die im Verlauf der Erhebung abnahmen und dann ganz wegfielen.

Berichtet werden Ergebnisse zu den folgenden Indikatoren:

- allgemeine Gesundheit
- subjektive psychische Gesundheit
- psychische, soziale und schulische Lebensqualität
- familiärer Zusammenhalt
- pandemiebedingte Veränderung der Teilnahme an Sportangeboten

Die Analysen basieren auf einer Stichprobe von 6.514 Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren (Angaben im Elternbericht, Telefonbefragung).

### Ergebnisse:

- Über den gesamten KIDA-Erhebungszeitraum (Telefonbefragung) hinweg wurde für mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren ein sehr guter allgemeiner Gesundheitszustand berichtet.
- In den Sommermonaten war der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit sehr guter allgemeiner Gesundheit insgesamt am höchsten, im Winter am niedrigsten.
- Alle Indikatoren der psychischen Gesundheit (subjektive psychische Gesundheit; psychisches, soziales und schulisches Wohlbefinden als Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität; familiärer Zusammenhalt) sind trotz Schwankungen zwischen den Monaten über den Gesamtzeitraum Februar 2022 bis April 2023 als stabil über die Zeit zu bewerten.
- Es zeigen sich im dritten Jahr nach Ausbruch der Pandemie weder in der Gesamtgruppe der Kinder und Jugendlichen noch in den Subgruppen nach Geschlecht oder Alter Hinweise auf eine Verbesserung oder Verschlechterung in den beobachteten Indikatoren der psychischen Gesundheit.
- Der Anteil der Schülerinnen und Schüler, der seine Teilnahme an freiwilligen Schulsport-Angeboten (Sport-AGs) in der Schule aufgrund der Pandemie reduziert hat, sank zwischen Frühjahr 2022 und Herbst 2022 deutlich.

- Zudem hat sich im Beobachtungszeitraum der Anteil der Kinder und Jugendlichen, der die Teilnahme an Vereins- und kommerziellen Sportangeboten in den vorangegangenen vier Wochen pandemiebedingt reduziert hat, deutlich verringert.

## Inhalt

<b>1</b>	<b>Hintergrundinformationen</b> .....	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Studiendesign</b> .....	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Beschreibung der Stichprobe</b> .....	<b>9</b>
3.1	Stichprobenbeschreibung .....	9
3.2	Auswertungsmethodik .....	10
3.2.1	Ansatz .....	10
3.2.2	Berechnungen.....	10
3.2.3	Hinweise zur Ergebnisbewertung .....	11
3.3	Limitationen .....	11
<b>4</b>	<b>Ergebnisse</b> .....	<b>13</b>
4.1	Pandemiegesehen und Eindämmungsmaßnahmen im Erhebungszeitraum.....	13
4.1.1	Kernaussagen .....	13
4.1.2	Hintergrund.....	13
4.1.3	Wie hat sich das Infektionsgeschehen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Erhebungszeitraum von 02/2022–04/2023 entwickelt? .....	13
4.1.4	Wie haben sich die COVID-19-Eindämmungsmaßnahmen in Deutschland während des Erhebungszeitraums entwickelt? .....	14
4.2	Allgemeine Gesundheit.....	16
4.2.1	Kernaussagen .....	16
4.2.2	Hintergrund.....	16
4.2.3	Wie haben die Eltern den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder eingeschätzt? .....	16
4.2.3.1	Erhebung.....	16
4.2.3.2	Ergebnisse .....	16
4.2.3.3	Einordnung.....	19
4.3	Psychische Gesundheit .....	20
4.3.1	Kernaussagen .....	20
4.3.2	Wie haben die Eltern die psychische Gesundheit ihrer Kinder eingeschätzt?.....	20
4.3.2.1	Hintergrund .....	20
4.3.2.2	Erhebung.....	20
4.3.2.3	Ergebnisse .....	21
4.3.2.4	Einordnung.....	23
4.3.2.5	Limitationen .....	23
4.3.3	Wie haben Eltern die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder eingeschätzt?.....	24
4.3.3.1	Hintergrund.....	24
4.3.3.2	Erhebung.....	24
4.3.3.3	Ergebnisse: Gesundheitsbezogene Lebensqualität - Dimension Psychisches Wohlbefinden.....	26
4.3.3.4	Ergebnisse: Gesundheitsbezogene Lebensqualität - Dimension Soziales Wohlbefinden.....	27

4.3.3.5	Ergebnisse: Gesundheitsbezogene Lebensqualität - Dimension Schulisches Wohlbefinden ....	28
4.3.3.6	Einordnung.....	29
4.3.3.7	Limitationen .....	30
4.3.4	Wie haben Eltern den familiären Zusammenhalt eingeschätzt? .....	31
4.3.4.1	Hintergrund.....	31
4.3.4.2	Erhebung.....	31
4.3.4.3	Ergebnisse .....	32
4.3.4.4	Einordnung.....	33
4.3.4.5	Limitationen .....	33
<b>4.4</b>	<b>Pandemiebedingte Reduktion der Teilnahme an freiwilligen Schulsport-, Vereins- und kommerziellen Sportangeboten .....</b>	<b>34</b>
4.4.1	Kernaussagen .....	34
4.4.2	Hintergrund.....	34
4.4.3	Wie entwickelte sich die pandemiebedingte Reduktion der Teilnahme an freiwilligen Sportangeboten in der Schule (Sport-AGs)? .....	34
4.4.3.1	Erhebung.....	34
4.4.3.2	Ergebnisse .....	35
4.4.4	Wie entwickelte sich die pandemiebedingte Reduktion der Teilnahme an Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten? .....	37
4.4.4.1	Erhebung.....	37
4.4.4.2	Ergebnisse .....	38
4.4.5	Einordnung.....	39
<b>5</b>	<b>KIDA Studienbeschreibung .....</b>	<b>41</b>
<b>5.1</b>	<b>Studiendesign und Stichprobe .....</b>	<b>41</b>
5.1.1	Erhebungsinstrument .....	42
5.1.2	Erhebungsmethoden.....	42
<b>5.2</b>	<b>Durchführung der telefonischen Erhebung .....</b>	<b>42</b>
5.2.1	Pretestung.....	43
5.2.2	Feldverlauf und Feldmonitoring .....	43
<b>5.3</b>	<b>Datenaufbereitung und Gewichtung .....</b>	<b>43</b>
<b>6</b>	<b>Literatur.....</b>	<b>45</b>
<b>7</b>	<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>50</b>
<b>8</b>	<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>52</b>
<b>9</b>	<b>Impressum .....</b>	<b>53</b>

## 1 Hintergrundinformationen

Im Kindes- und Jugendalter werden durch die körperliche, kognitive, emotionale und soziale Entwicklung wichtige Voraussetzungen für die Gesundheit im weiteren Lebensverlauf geschaffen. Diese Entwicklungen sind mit vielfältigen persönlichen und sozialen Herausforderungen verbunden und stehen in Abhängigkeit zu individuellen Entwicklungsrisiken und -chancen [3-5]. 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 [4-6].

Die Corona-Pandemie und die Eindämmungsmaßnahmen führten im Verlauf der COVID-19-Pandemie zu vielfältigen Veränderungen in den Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen und beeinflussten damit die Rahmenbedingungen körperlicher sowie psychischer Gesundheit sowie des Gesundheitsverhaltens von Kindern und Jugendlichen [7-14]. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, sowohl den aktuellen Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten als auch den Zusammenhang mit körperlichen [7], psychischen [8-12] und sozialen Determinanten [13, 14] der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen während und nach der COVID-19-Pandemie zu untersuchen. Auf der Grundlage eines umfassenden Verständnisses von Gesundheit und eines Gesundheitsmodelles der Salutogenese ist mit engen Wechselwirkungen von gesundheitlichen Determinanten zu rechnen [15]. Kinder und Jugendliche sind mit Blick auf ihre jeweiligen Entwicklungsphasen und Lebenswelten eine vulnerable Bevölkerungsgruppe mit hohem Interventionspotenzial für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung [16]. Die Identifikation von möglichen Unterstützungs- und Versorgungsbedarfen ist eine wichtige Voraussetzung dafür, Angebote frühzeitig, zielgruppensensibel und lebensphasenspezifisch bereitzustellen.

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

Der vorliegende zweite Teil des vierten Quartalsberichts der KIDA-Studie beinhaltet Ergebnisse der Telefonbefragung. Basierend auf engmaschigen Zeitreihen wird die Entwicklung der allgemeinen Gesundheit, der subjektiven psychischen Gesundheit, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen, des familiären Zusammenhalts sowie der Nutzung von Bewegungsangeboten innerhalb des KIDA-Erhebungszeitraums (Telefonbefragung: 02/2022 – 04/2023) dargestellt. Dieser Auswertungsansatz zur hochfrequenten Beobachtung wurde in der Mental Health Surveillance (MHS) am RKI entwickelt (siehe z.B. [17]). Für diesen Bericht zur KIDA-Studie wurden die Informationen der Eltern zu ihren 3- bis 15-jährigen Kindern ausgewertet.

## 2 Studiendesign

Im Rahmen der KIDA-Studie wurden Eltern von Kindern im Alter von 3 bis 15 Jahren und Jugendliche im Alter von 16 bis 17 Jahren, welche an der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA Basis) teilnahmen, in KIDA zunächst telefonisch befragt. Im Anschluss hatten sie die Möglichkeit, zusätzlich an einer vertiefenden Online-Befragung teilzunehmen. Die Auswahl der Teilnehmenden für GEDA Basis erfolgte als Zufallsstichprobe. Dort teilnehmende Erwachsene mit Kind oder Jugendliche im Alter von 16 oder 17 Jahren wurden zur Teilnahme an KIDA eingeladen. Die Stichprobe basiert auf dem Telefonstichprobensystem des Arbeitskreises Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V. (ADM) [18]. Dieses beruht auf dem sogenannten Dual-Frame-Verfahren, bei dem zwei Auswahlgesamtheiten (Mobilfunk und Festnetz) genutzt werden.

Basierend auf diesem Zugang wurden alle Personen mit im Haushalt lebenden Kindern von 3 bis 15 Jahren sowie Jugendliche im Alter von 16 bis 17 Jahren für die Teilnahme an der KIDA-Studie einbezogen. Zu Beginn des Telefoninterviews wurden die Befragten über die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Ziele der Befragung sowie über den Datenschutz informiert und um ihre mündliche Zustimmung zur Durchführung der Befragung gebeten. Die Datenerhebung der telefonischen Befragung erfolgte kontinuierlich über einen Zeitraum von 14 Monaten, die Online-Datenerhebung startete zwei Monate später. Am Ende des telefonischen Interviews in KIDA wurden die teilnehmenden Personen mit Kindern (3 bis 15 Jahre) und die 16- bis 17-jährigen Jugendlichen von den Interviewenden gefragt, ob sie bereit sind, ebenfalls an der vertiefenden Online-Befragung teilzunehmen. Sofern telefonisch zur Kontaktaufnahme eingewilligt wurde, wurde eine E-Mail-Adresse aufgenommen und eine Einladung zur Onlinebefragung versendet. Diese E-Mail enthielt einen Link zum Online-Fragebogen und einen 25 €-Online-Gutschein als Aufwandsentschädigung. Diese Aufwandsentschädigung erfolgte unkonditional, also unabhängig von der Teilnahme an der vertiefenden Online-Befragung. Sollte eine Rückmeldung auf die E-Mail-Einladung ausbleiben, wurde bis zu zwei Mal eine Erinnerungs-E-Mail versendet.

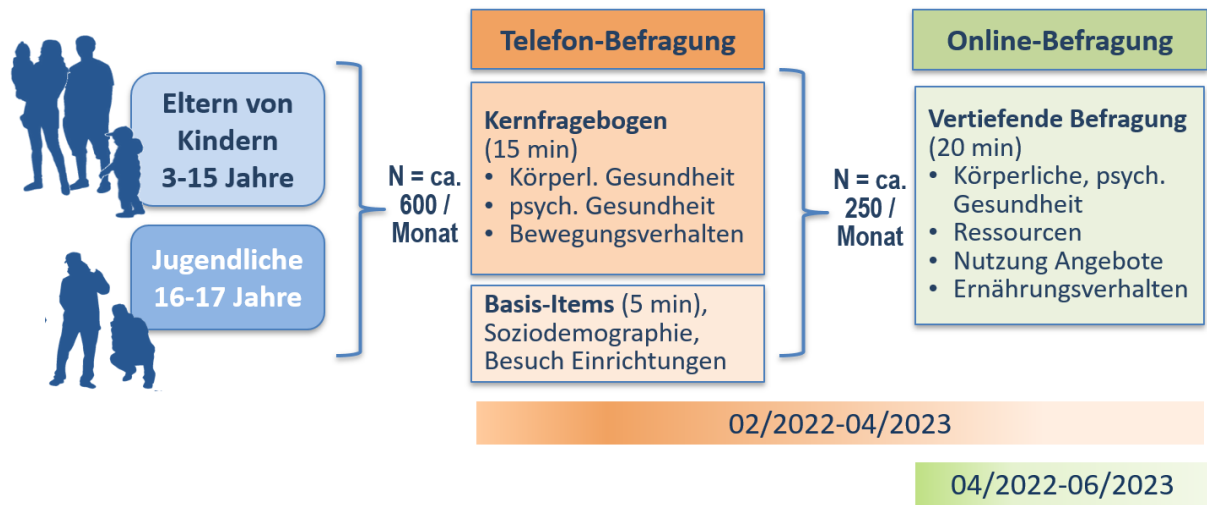
Die Inhalte der Telefonbefragung waren in fünf Themenblöcke aufgeteilt. Für den Bereich zum „COVID-19 Pandemiegeschehen“ wurden unter anderem Fragen zum Infektions- und Impfstatus sowie zu möglichen Schließungen von Einrichtungen und aktueller Quarantäne gestellt. Im Bereich „körperliche Gesundheit“ wurden der subjektive allgemeine Gesundheitszustand und dessen Veränderung erfasst sowie besondere Versorgungs- und Unterstützungsleistungen ermittelt. Auf dem Gebiet „Psychische Gesundheit“ wurden Fragenkomplexe zur subjektiven psychischen Gesundheit und dem psychischen, schulischen und sozialen Wohlbefinden verwendet. Das „Gesundheitsverhalten“ fokussierte sich auf Fragen zum Bewegungsverhalten und der Nutzung von Sportangeboten. „Soziale Determinanten“ wurden über Fragen zur Bildung der Eltern und der familiäre Zusammenhalt abgebildet. Im Rahmen der Telefonbefragung konnten Daten von 6.992 Teilnehmenden gewonnen werden.

Die Online-Befragung startete am 20.04.2022 und behandelte vertiefend die Themen der telefonischen Befragung und darüber hinaus gehende Inhalte, neben weiterführenden allgemeinen Fragen beispielsweise zur Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Versorgungsangeboten, Ressourcen und Belastungen der Kinder und Jugendlichen. Zudem wurden 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. An der Online-Befragung nahmen insgesamt 2.896 Kinder und Jugendliche bzw. ihre Eltern teil.

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

In diesem Quartalsbericht werden Auswertungen der Telefonbefragungen von Eltern 3- bis 15-jähriger Kinder und Jugendlichen mit Erhebungsdaten vom 9. Februar 2022 bis zum 13. April 2023 eingeschlossen. Abbildung 1 zeigt einen schematischen Überblick über das Studiendesign.

Abbildung 1: Studiendesign von KIDA





### 3 Beschreibung der Stichprobe

#### 3.1 Stichprobenbeschreibung

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung der KIDA-Telefon-Befragung von Eltern 3- bis 15-jähriger Kinder und Jugendlicher

	<b>Stichprobengröße</b> <b>(09.02.2022-13.04.2023)</b> <b>N = 6.514*</b> <b>Anteil, ungewichtet (%)</b>
<b>Geschlecht</b>	
Weiblich	3.122 (47,9)
Männlich	3.389 (52,0)
<b>Alter</b>	
3-5	1.290 (19,8)
6-11	2.890 (44,7)
12-15	2.334 (35,8)
<b>Staatsangehörigkeit der Eltern</b>	
Deutsch	6.099 (93,6)
Nicht-Deutsch	414 (6,4)
<b>Region (Nielsen-Gebiete)</b>	
Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Bremen	1.019 (15,6)
Nordrhein-Westfalen	1.141 (17,5)
Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland	879 (13,5)
Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt	825 (12,7)
Sachsen, Thüringen	454 (7,0)
Bayern	1.197 (18,4)
Baden-Württemberg	999 (15,3)
<b>Höchste Bildung des Haushalts (CASMIN)</b>	
Einfache Bildung	193 (3,0)
Mittlere Bildung	2.038 (31,3)
Höhere Bildung	4.274 (65,6)
Fehlende Werte	9 (0,1)
<b>Einkommen</b>	
Niedrige Einkommensgruppe	514 (7,9)
Mittlere Einkommensgruppe	3.791 (58,2)
Hohe Einkommensgruppe	1.547 (23,8)
Fehlende Werte	662 (10,2)

\* Von der Gesamtstichprobe (n = 6.992) wurden die Jugendlichen im Alter von 16 und 17 Jahren exkludiert (n = 478), da sich die Selbstangaben dieser Jugendlichen von Elternangaben unterscheiden können (siehe Kapitel 3.3) .

Tabelle 1 zeigt die Zusammensetzung der Stichprobe der Telefon-Befragung von Eltern 3- bis 15-jähriger Kinder und Jugendlichen im Zeitraum Februar 2022 bis April 2023. In diesem Erhebungszeitraum konnte nahezu eine Gleichverteilung des Merkmals Geschlecht in der Stichprobe erreicht werden. So wurde das Geschlecht der Kinder und Jugendlichen in 48 % der Fälle mit weiblich und in 52 % mit männlich angegeben.

## 3.2 Auswertungsmethodik

Die im Folgenden beschriebene Auswertungsmethodik zur hochfrequenten Beobachtung wurde in der Mental Health Surveillance am RKI entwickelt (siehe z.B. [17, 19, 20]).

### 3.2.1 Ansatz

Im vorliegenden Bericht wird die Entwicklung mehrerer Indikatoren der Kinder- und Jugendgesundheit im Laufe des Erhebungszeitraums der KIDA-Telefonbefragungen untersucht. Dazu werden Zeitreihen bestehend aus monatlichen geschätzten Werten samt Konfidenzintervallen berechnet, graphisch dargestellt und visuell ausgewertet (siehe Ergebnisse in Kapitel 4). Bei diesen Schätzern handelt es sich um sogenannte gleitende Drei-Monats-Schätzer. Sie beruhen jeweils auf Daten aus drei aufeinanderfolgenden Befragungsmonaten und rücken stets um einen Monat weiter. Da die Erhebungswellen in Monatsmitten begannen, werden Monatsfenster von einer Monatsmitte bis zur nächsten Monatsmitte einbezogen. Der erste Drei-Monats-Schätzer der berechneten Zeitreihen umfasst Daten aus dem Zeitraum Mitte Februar bis Mitte Mai. Da das mittlere Ein-Monats-Fenster dieses Zeitraums von Mitte März bis Mitte April reicht, wird dieser Schätzer verkürzt als Schätzer für „März/April“ bezeichnet. Der darauffolgende Schätzer („April/Mai“) beruht auf Daten aus dem Zeitraum Mitte März bis Mitte Juni. Da die KIDA-Telefonerhebung am 09.02.2022 begann, also etwas vor Mitte Februar und somit etwas vor dem Zeitraum des ersten Schätzers, wurden die etwa 50 Beobachtungen der ersten Befragungswoche nicht in die Berechnung der Zeitreihen eingeschlossen.

Dieser Ansatz der Berechnung von gleitenden monatlichen Schätzern basierend auf Daten aus jeweils drei Monaten soll die statistische Sicherheit der Schätzer erhöhen und die Zeitreihen glätten. Wegen relativ geringer Fallzahlen innerhalb einzelner Monate wären Schätzungen basierend auf einzelnen Monaten statistisch sehr unsicher. Es käme außerdem zu größeren Schwankungen in den Zeitreihen auf Grund erhöhter statistischer Unsicherheiten, wodurch Trends weniger gut erkennbar wären.

Wie im folgenden Abschnitt näher erläutert wird, können nicht immer alle Schätzer der Zeitreihen berechnet werden.

### 3.2.2 Berechnungen

Die Drei-Monats-Schätzer sind gewichtet und zusätzlich modelliert, um mögliche Verzerrungen in den Stichproben je Drei-Monats-Fenster durch das Studiendesign sowie durch unterschiedliche Teilnahmewahrscheinlichkeiten innerhalb einzelner Subgruppen zu bereinigen. Durch diese Verfahren werden auch Schwankungen in der Verteilung einzelner Subgruppen im Zeitverlauf behoben.

Gewichtet wird die KIDA-Stichprobe nach Alter, Geschlecht, höchster Bildung der Eltern und Region (ausführliche Beschreibung der Gewichtung siehe Kapitel 5.3). Zusätzlich standardisiert wird in den Berechnungen der Zeitreihen nach Alter, Geschlecht und höchster Bildung der Eltern (CASMIN-Klassifikation<sup>1</sup>) [21]. Diese Standardisierung erfolgt über Regressionsmodelle und unter Einbeziehung des Mikrozensus von 2018 als Standardbevölkerung: Drei-Monats-Schätzer und Konfidenzintervalle für (a) Bevölkerungsmittelwerte von Skalen beruhen auf linearen und für (b) Bevölkerungsanteile mit einem bestimmten Merkmal auf logistischen Regressionen, welche jeweils die analysierten Indikatoren auf Geschlecht und Alter des Kindes sowie

---

<sup>1</sup> Die elterliche Bildung wurde anhand der CASMIN-Klassifikation (Comparative Analyses of Social Mobility in Industrial Nations) gebildet, in welcher die schulische und berufliche Bildung beider Eltern berücksichtigt wird. Die jeweils höchste Bildung beider Eltern ist entscheidend für die CASMIN-Klassifikation des Haushalts, welche in „niedrige“, „mittlere“ und „hohe“ Bildung kategorisiert wird [21].

Bildungsstatus (höchste Bildung der Eltern) innerhalb jeden Drei-Monats-Fensters regressieren. Dabei sind alle Kombinationen von Alter und Geschlecht des Kindes, Alter und Bildung der Eltern sowie Geschlecht und Bildung der Eltern berücksichtigt.

Nach Geschlecht und Alter stratifizierte Zeitreihen werden in einer weiteren Hinsicht standardisiert: Die jeweiligen Bevölkerungssubgruppen werden einander mit Blick auf die jeweilige andere demografische Charakteristik sowie die Bildung der Eltern angeglichen. Für Geschlechtervergleiche wird die Verteilung des Alters und der Bildung der Eltern bei Mädchen und Jungen in der Berechnung angeglichen und für Altersvergleiche die Geschlechter- und Bildungsverteilung. So kann ausgeschlossen werden, dass sich Unterschiede aus ungleichen Verteilungen der jeweiligen anderen Charakteristika ergeben. Bei der Interpretation standardisierter Kennzahlen ist zu beachten, dass sie keine realen, im Sinne von empirisch beobachtbaren, Angaben darstellen. Es handelt sich nicht um repräsentative Schätzungen für die jeweiligen Bevölkerungsgruppen.

Fehlende Werte in den abhängigen sowie unabhängigen Variablen dieser Modelle werden allgemein fallweise ausgeschlossen. Bei fehlenden Angaben zur Bildung der Eltern wird jedoch das mittlere Bildungsniveau (CASMIN-Klassifikation) zugeteilt.

Es kann vor allem in der Schätzung von Bevölkerungsanteilen zu fehlenden Werten und somit Lücken in den Zeitreihen kommen, wenn in bestimmten Zellen der Interaktionen zwischen den soziodemographischen Merkmalen keine Fälle zu beobachteten Merkmalsausprägung vorkommen. Wenn zum Beispiel in einem Drei-Monats-Fenster keine jüngeren Kinder von Eltern mit einem niedrigen Bildungsniveau mit einer guten, mittelmäßigen oder schlechten subjektiven psychischen Gesundheit (nach Elternangaben) vorkommt, dann fehlt der Schätzer zur subjektiven psychischen Gesundheit für diesen Zeitraum.

### 3.2.3 Hinweise zur Ergebnisbewertung

Neben den unter 3.3 beschriebenen Limitationen der KIDA-Studie ist, in Bezug auf den Auswertungsansatz im vorliegenden Bericht bei der Ergebnisbewertung, Folgendes zu beachten:

- Die Verläufe der gleitenden Drei-Monats-Schätzer wurden rein visuell untersucht und beschrieben, wobei auch die Konfidenzintervalle der Schätzer beachtet wurden.
- Eine umfassende Einordnung der Ergebnisse wird erschwert durch den kurzen Beobachtungszeitraum von knapp über einem Jahr (02/2022-04/2023). Dadurch sind zum Beispiel saisonale Schwankungen nicht als solche identifizierbar und Entwicklungen nicht im Kontext möglicher langjähriger Trends einschätzbar. Es konnten deshalb auch keine statistischen Vergleiche analoger Zeitfenster in verschiedenen Jahren zur Feststellung von Veränderungen unabhängig von jahreszeitlicher Fluktuation durchgeführt werden.
- Zeitliche Entwicklungen müssen vorsichtig interpretiert werden. Mögliche Ursachen können nicht getrennt voneinander betrachtet werden. Zu diesen zählen neben üblichen saisonalen Schwankungen und langjährigen Trends komplexe Effekte gesellschaftlicher Rahmenbedingungen und Krisen (u. a. Pandemie, wirtschaftliche Lage, Krieg in der Ukraine, Klimakrise).

## 3.3 Limitationen

Bei der Interpretation der Ergebnisse des vorliegenden Berichts sollten folgende Limitationen berücksichtigt werden:

- (1.) Trotz der Zusammenfassung von Daten, aus jeweils drei Monaten für die Berechnung monatlicher Schätzer für die in diesem Bericht dargestellten Zeitreihen, sind die Schätzer mit einer nicht zu vernachlässigenden statistischen Unsicherheit behaftet. Insbesondere sind die Auswertungen für Subgruppen durch die geringen Fallzahlen stark limitiert, sodass möglicherweise vorhandene Unterschiede schwer nachweisbar sind. Wie in 3.2.2 erläutert konnten teilweise einzelne Schätzer nicht berechnet werden, weil Merkmale durch zu geringe Fallzahlen nicht in allen Kategorien vorkamen, die sich durch Interaktionen zwischen Geschlecht, Alter und Bildung der Eltern in den Modellschätzungen ergeben.

- (2.) Auf Grund der relativ geringen Fallzahlen bei den 16- und 17-Jährigen konnten keine Ergebnisse für diese Altersgruppe in diesen Bericht einbezogen werden. Es ist auch nicht möglich, die Fallzahlen über eine Vergrößerung der Altersgruppe zu erhöhen (z.B. 14- bis 17-Jährige), da Jugendliche im Alter von 16 und 17 Jahren selbst und für Informationen zur Gesundheit von 3- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen die Eltern befragt wurden. Aus datenschutzrechtlichen Gründen konnten in KIDA Selbstberichte nur von den Jugendlichen im Alter von 16 und 17 Jahren erhoben werden. Zwischen den Selbstangaben der Kinder und den Elternangaben kann es zu Unterschieden in den Antworten kommen [22]. Somit liegen für diesen Quartalsbericht ausschließlich elternberichtete Angaben zur Gesundheit ihrer 3- bis 15-jährigen Kinder und Jugendlichen vor.
- (3.) Alle analysierten Indikatoren basieren auf Einschätzungen der Eltern zur gesundheitlichen Situation ihrer Kinder. Ab dem Jugendalter und insbesondere bei Indikatoren der psychischen Gesundheit können die Eltern- von den Selbstangaben abweichen [23, 24]. Mit beginnendem Jugendalter sind für diese Indikatoren 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 [25]. Deshalb werden z.B. in der KiGGS-Studie ab einem Alter von 11 Jahren die Kinder und Jugendlichen zu ihrer Situation auch selbst befragt. Daher ist die Interpretation der aktuellen Ergebnisse und der Vergleich zu vorpandemischen Referenzwerten wie bspw. aus der KiGGS-Studie erschwert.
- (4.) Die Ergebnisse des zweiten Teils des vierten Quartalsberichts stammen aus der Telefonbefragung in KIDA. Interviewer-basierte Erhebungen – sowohl telefonisch als auch persönlich – können methodischen Limitationen, wie beispielsweise einem Selektionsbias oder sozial erwünschtem Antwortverhalten, unterliegen [26]. 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 Datengewichtung wird diesem Umständen begegnet [26]. Es ist zu beachten, dass die Gewichtung nur Verzerrungen ausgleicht, für die eine Bevölkerungsverteilung genutzt werden kann. Verzerrungen hinsichtlich anderer (Gesundheits-) Parameter aufgrund von selektiver Nicht-Teilnahme ohne bekannte Bevölkerungsverteilungen können hingegen nicht angepasst werden.
- (5.) Im Rahmen der KIDA-Studie werden ausschließlich deutschsprachige Fragebögen eingesetzt. Dadurch wird die Teilnahme für Eltern, die geringe oder keine Deutschkenntnisse besitzen, nicht oder nur bedingt ermöglicht.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Pandemiegeschehen und Eindämmungsmaßnahmen im Erhebungszeitraum

#### 4.1.1 Kernaussagen

- Zum Start der KIDA-Erhebung (02/2022) kennzeichneten vergleichsweise sehr hohe Neuerkrankungsraten unter Kinder und Jugendlichen das Infektionsgeschehen, die im Verlauf der Erhebung zurückgingen und nach einer Sommerwelle im Jahr 2022 bis zum Ende des Erhebungszeitraums (04/2023) kontinuierlich weiter absanken.
- Während des Erhebungszeitraums gab es zunächst mäßige Einschränkungen des öffentlichen Lebens, die im Verlauf der Erhebung abnahmen und dann ganz wegfielen.

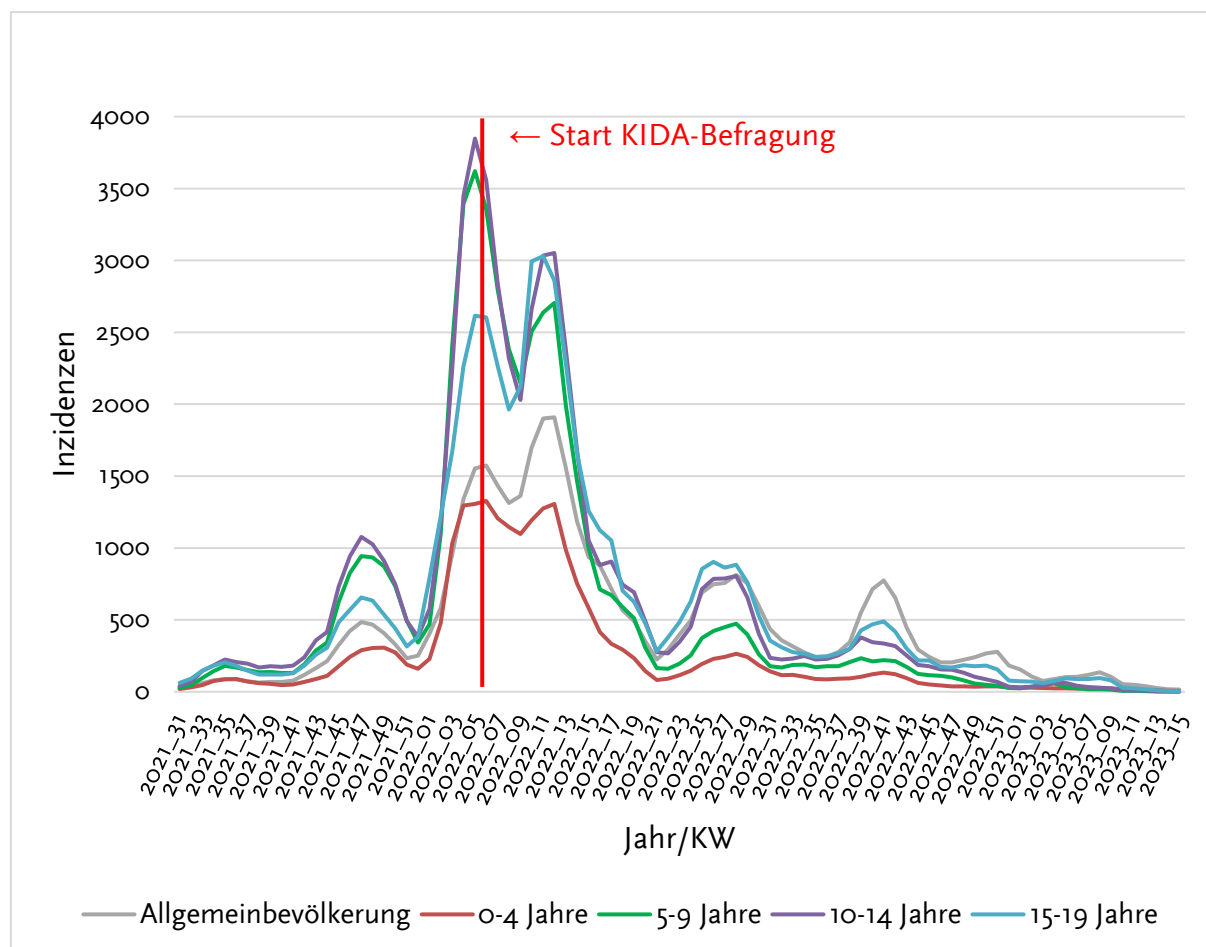
#### 4.1.2 Hintergrund

Während der COVID-19-Pandemie wurden verschiedene nicht-pharmazeutische Maßnahmen zur Eindämmung umgesetzt, wie beispielsweise Kontaktbeschränkungen, Schließungen von Schulen und Kinderbetreuungseinrichtungen, Schließung von Vereinen und Sportplätzen sowie Quarantänemaßnahmen zur Vermeidung von Übertragungen des SARS-CoV-2-Virus. Diese Eindämmungsmaßnahmen hatten Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit vieler Kinder und Jugendlichen in Deutschland [7, 11]. Die COVID-19-Pandemie wurde von einigen Kindern und Jugendlichen belastend erlebt [8-10, 12, 27]. Da sich die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen je nach Pandemiephase verändern kann, ist eine systematische Erhebung der Pandemiedynamik sowie die Berücksichtigung der Pandemieindikatoren bei der Betrachtung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen notwendig. In diesem Kapitel wird die pandemiebedingte Situation der Kinder und Jugendlichen im Zusammenhang mit dem KIDA-Erhebungszeitraum (Telefonbefragung) von 02/2022 – 04/2023 beschrieben und eingeordnet.

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

Für die Darstellung des Infektionsgeschehens vor und während des KIDA-Erhebungszeitraums (Telefonbefragung) von 02/2022 – 04/2023 werden im Folgenden die SARS-CoV-2 Meldedaten des Robert Koch-Instituts dargelegt. In Abbildung 2 werden die 7-Tages-Inzidenzen pro 100.000 Bewohnern und Bewohnerinnen in Deutschland von SARS-CoV-2 bei Kindern und Jugendlichen sowie der Allgemeinbevölkerung nach Jahr und Kalenderwoche dargestellt. Nach einem Anstieg der Inzidenzen zu Beginn des Jahres 2022 ist eine Abnahme der Inzidenzen zu Beginn der KIDA-Befragung (6. Kalenderwoche) sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch in der Allgemeinbevölkerung zu erkennen. Die höchsten Inzidenzen sind bei Kindern im Alter von 10 bis 14 Jahren zu erkennen. Nach dem Abklingen der Infektionszahlen kurz nach Beginn der KIDA-Befragung baute sich das Infektionsgeschehen zu einem erneuten Gipfel um die Kalenderwoche 12 auf und klang im Anschluss erneut ab. Im Sommer sowie Herbst 2022 stiegen die Neuerkrankungsraten jeweils erneut leicht an bevor sie wieder abnahmen. Bis zum Ende der Erhebung nahmen die Infektionszahlen bei Kindern und Jugendlichen, bis auf kleinere Wellen, kontinuierlich ab und waren zuletzt auf einem sehr niedrigen Niveau [22].

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

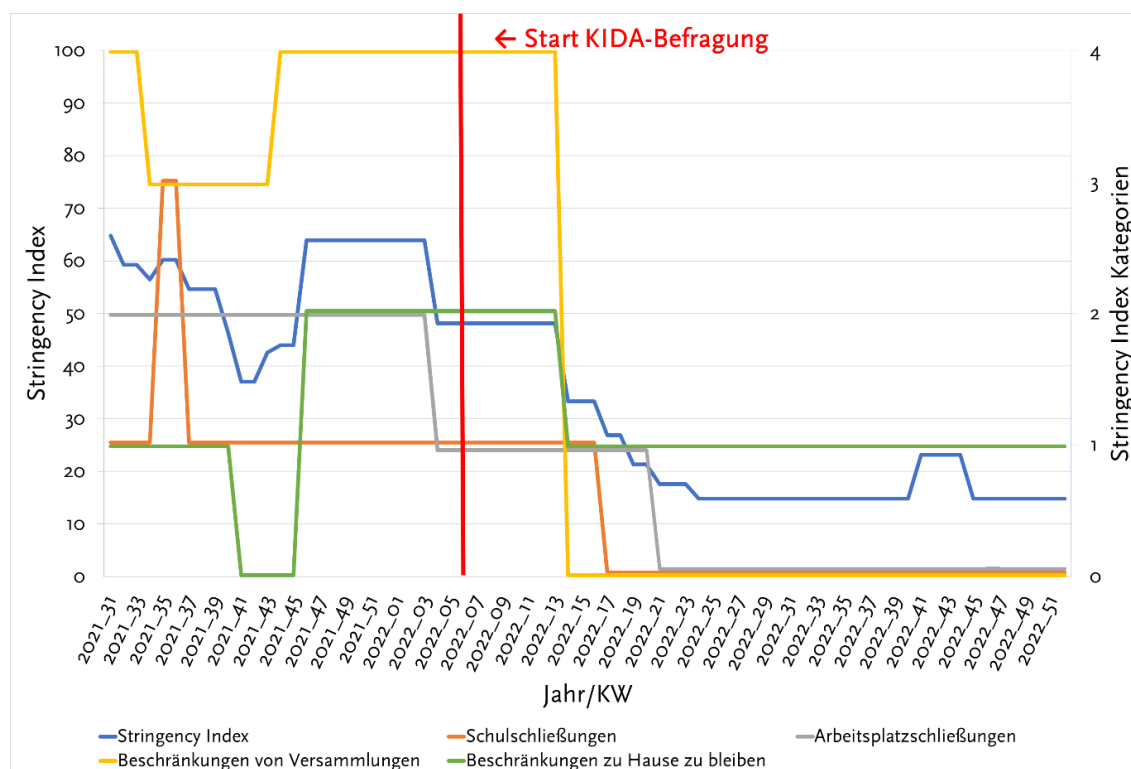


**Anmerkungen:** Quelle: Robert Koch-Institut (Hrsg.) [1]; Datenstand: 01.06.2023; KW = Kalenderwoche; Allgemeinbevölkerung umfasst alle Altersgruppen.

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

Zur Darstellung der Entwicklung der COVID-19 Eindämmungsmaßnahmen wurden Daten des „Stringency Index“ des Oxford Coronavirus Government Response Tracker (OxCGRT) Projektes genutzt [28]. Die Erhebungen dieser Daten wurden zum Ende des Jahres 2022 eingestellt, weshalb nicht der gesamte KIDA-Erhebungszeitraum (Telefonbefragung) von 02/2022 – 04/2023 abgebildet ist, siehe Abbildung 3. Anhand der vertikal rot eingezeichneten Linie ist der Start der KIDA-Befragung im Februar 2022 zu erkennen. Zu diesem Zeitpunkt lag der Stringency Index bei einem Wert von knapp unter 50. Folgende Maßnahmen waren zu Beginn der KIDA-Erhebung in der Kalenderwoche 6 2022 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“. Während des Erhebungszeitraums des Stringency Indexes wurden alle Beschränkungen weitestgehend aufgehoben und lediglich Empfehlungen für die Bevölkerung ausgesprochen wodurch der Index bei seiner Einstellung bei knapp 15 lag. Die im Infektionsschutzgesetz geregelten, bundesweiten Corona-Schutzmaßnahmen wurden nach den Erhebungen für den Stringency Index weiter gelockert und liefen am 7. April ganz aus, sodass zum Ende des KIDA Erhebungszeitraums keine Eindämmungsmaßnahmen mehr galten.

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



**Anmerkungen:** Quelle: COVID-19 Government Response Tracker, Stand: 14.03.2023 [2]; KW=Kalenderwoche. Aufgrund fehlender Werte wurden die Daten für „Arbeitsplatzschließungen“ in KW 30 – 32 im Jahr 2022 imputiert. Ein Wert von 100 im Stringency Index stellt die striktesten Eindämmungsmaßnahmen dar, eine Einordnung in Kategorie Null steht für die vollständige Abwesenheit von Eindämmungsmaßnahmen. Die Indikatoren sind wie folgt operationalisiert: Schulschließungen: 0=keine Maßnahmen, 1=Schließung empfohlen, 2/3=geforderte Schließung einiger/aller Klassenstufen; Schließung von Arbeitsplätzen: 0=keine Maßnahmen, 1=Schließung oder Homeoffice empfohlen, 2/3=geforderte Schließung oder Homeoffice-Anordnung für einige/alle Bereiche (außerhalb kritischer Infrastruktur); Beschränkungen für Versammlungen: 0=keine Beschränkungen, 1=Beschränkungen für sehr große Versammlungen (>1.000 Menschen), 2=Beschränkung auf 100-1.000 Menschen auf einer Versammlung, 3=Beschränkung auf 10-100 Menschen, 4=Beschränkung auf unter 10 Menschen; Anforderungen an den Aufenthalt zu Hause: 0=keine Maßnahme, 1=Empfehlung, zu Hause zu bleiben, 2/3=Anordnung zu Hause zu bleiben mit Ausnahmen für Sport, Einkäufe und „erforderliche Wege“/mit minimalen Ausnahmen (z.B. nur einmal alle paar Tage, nur eine Person zur Zeit usw.).

## 4.2 Allgemeine Gesundheit

### 4.2.1 Kernaussagen

- Über den gesamten KIDA-Erhebungszeitraum (Telefonbefragung) hinweg wurde für mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren ein sehr guter allgemeiner Gesundheitszustand berichtet.
- In den Sommermonaten war der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit sehr guter allgemeiner Gesundheit insgesamt am höchsten, im Winter am niedrigsten.

### 4.2.2 Hintergrund

Die subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands ist ein etablierter Bestandteil nationaler und internationaler Erhebungen zur gesundheitlichen Lage einer Bevölkerung oder Bevölkerungsgruppe [29, 30]. Der meist nur mit einer Frage erhobene Indikator bildet ein multidimensionales Konstrukt ab, das neben körperlichen Symptomen und Erkrankungen auch psychosoziale Faktoren sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität umfasst [31]. Bei Jugendlichen korreliert die selbsteingeschätzte Gesundheit beispielsweise mit körperlichen und psychischen Krankheiten, dem psychischen und sozialen Wohlbefinden, dem Gesundheitsverhalten und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen [32, 33]. In Längsschnittstudien bei Erwachsenen bewährte sich der Indikator auch als verlässlicher Prädiktor für die spätere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Sterblichkeit [34-37]. Die Daten der KiGGS-Kohorte zeigen, dass auch Elternangaben zum allgemeinen Gesundheitszustand bei Kindern und Jugendlichen einen Vorhersagewert für spätere chronische Erkrankungen sowie die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen haben [38].

In zurückliegenden KIDA-Quartalsberichten wurde bereits berichtet, dass, über den damaligen KIDA-Erhebungszeitraum zusammengefasst, ein Großteil der Kinder und Jugendlichen in allen Altersgruppen laut Elternangaben einen guten oder sehr guten allgemeinen Gesundheitszustand hatte [39, 40]. Im Hinblick auf das Pandemiegeschehen, das sich im Laufe des Erhebungszeitraums veränderte (siehe Kapitel 4.1), ist zusätzlich die Entwicklung der allgemeinen Gesundheit in kurzen Zeitintervallen innerhalb des Erhebungszeitraums von Interesse und wird im Folgenden dargestellt.

### 4.2.3 Wie haben die Eltern den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder eingeschätzt?

#### 4.2.3.1 Erhebung

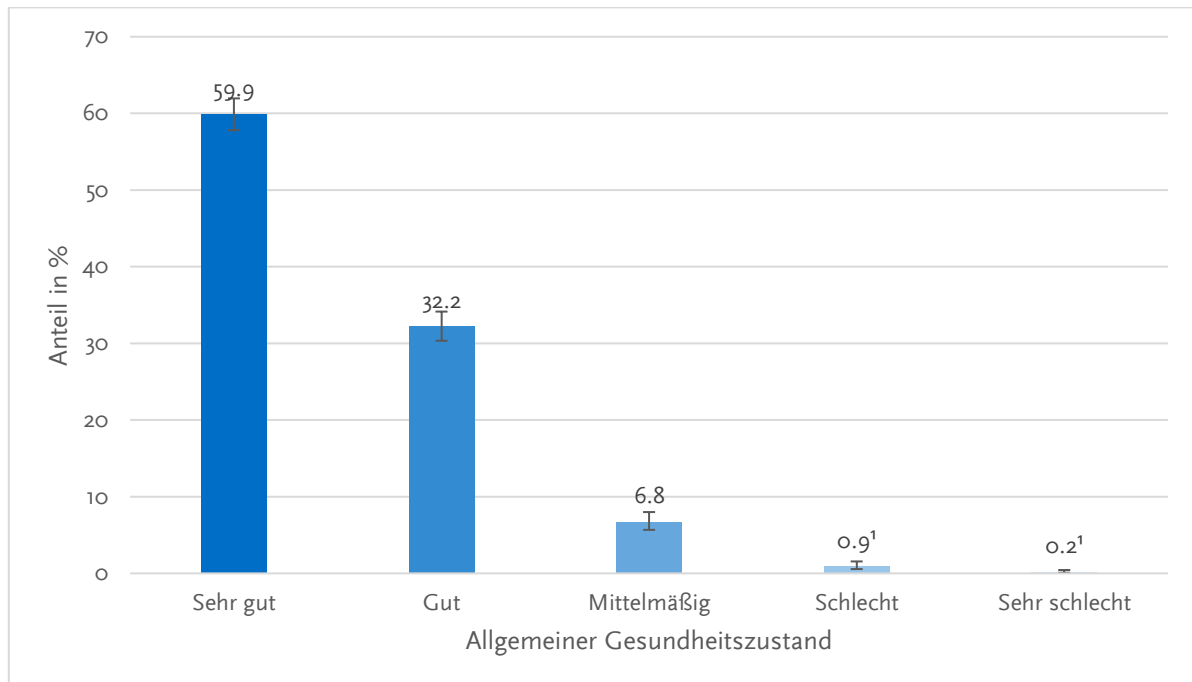
In der KIDA-Telefonbefragung wird die Einschätzung der Eltern zum allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder entsprechend einer von der WHO empfohlenen Formulierung [41] erfragt: „Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben?“. Die Antwortskala ist fünfstufig angelegt: „sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“, „sehr schlecht“. Für die hier vorliegende Trendanalyse wird die Antwort „sehr gut“ den zusammengefassten Kategorien „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“ und „sehr schlecht“ gegenübergestellt. Diese Dichotomisierung weicht von der in den zurückliegenden KIDA-Quartalsberichten sowie KiGGS-Auswertungen genutzten Zusammenfassung („sehr gut/gut“ vs. „mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht“) ab. Die Zusammenfassung der Kategorien „sehr gut“ und „gut“ war für die Trendanalyse auf Grund des geringen Anteils an Kindern und Jugendlichen mit einer mittelmäßigen bis sehr schlechten allgemeinen Gesundheit (siehe Abbildung 4) und der dadurch stark ungleichen Verteilung zwischen den dichotomen Kategorien nicht möglich.

#### 4.2.3.2 Ergebnisse

Der Berichtszeitraum umfasst etwas mehr als ein Jahr, von Februar 2022 bis April 2023. Insgesamt verfügten innerhalb dieses Zeitraums laut Elternangaben rund 92 % der Kinder über einen sehr guten oder guten allgemeinen Gesundheitszustand, Der Anteil der 3- bis 15-Jährigen mit einer sehr guten allgemeinen Gesundheit liegt dabei im Durchschnitt bei 59,9 %. Jeweils weniger als 1% der Eltern berichteten hingegen, dass ihr Kind einen schlechten oder sehr schlechten Gesundheitszustand hatte (siehe Abbildung 4).



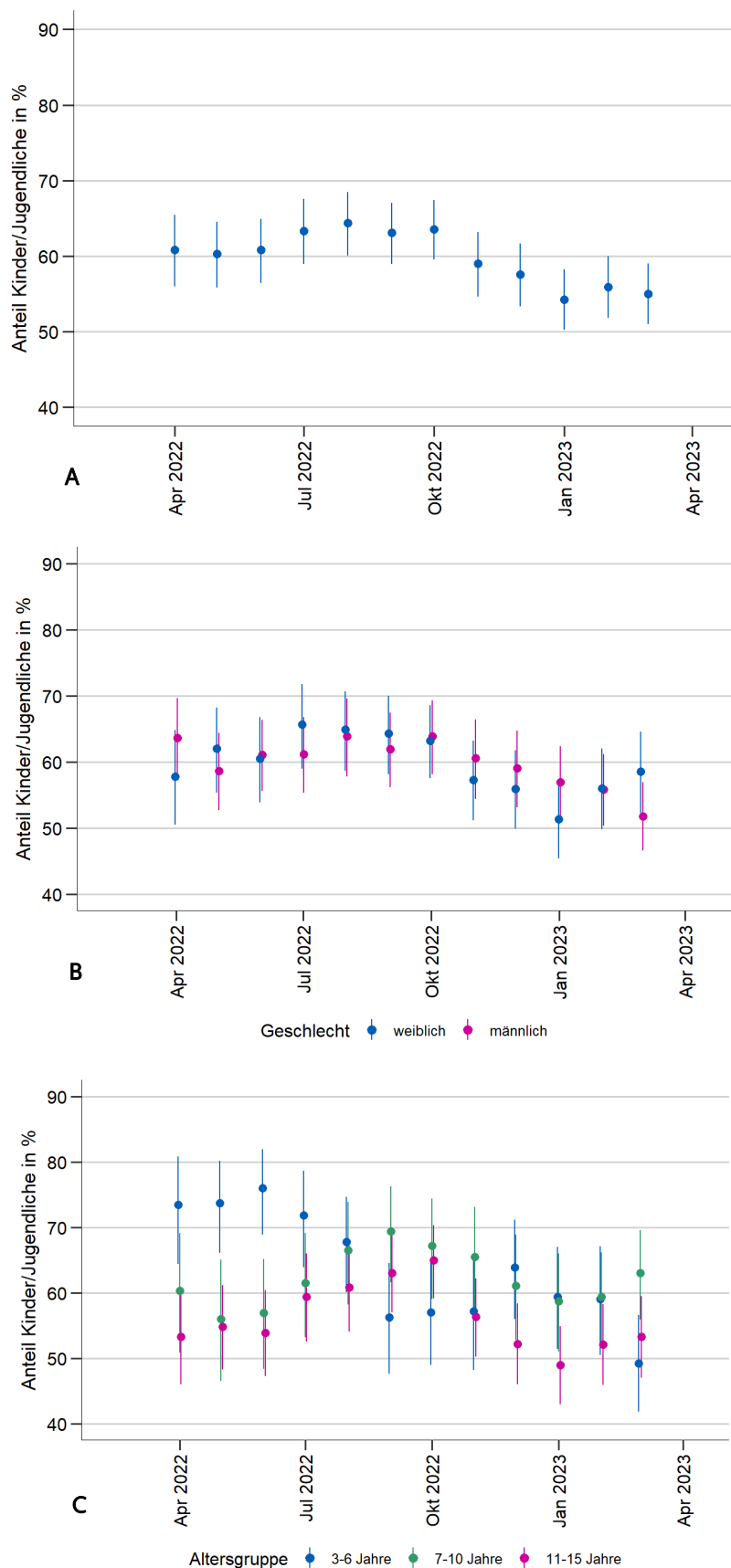
Abbildung 4: Allgemeiner Gesundheitszustand bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren, Prävalenzen in Prozent, mit 95% Konfidenzintervallen.



**Anmerkungen:** Datenbasis: KIDA-Telefonbefragung 02/2022–04/2023; n = 6.512; <sup>1</sup>die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

Die Beobachtungen zum allgemeinen Gesundheitszustand wurden wie in Kapitel 3.3 beschrieben in gleitenden Drei-Monats-Schätzern zusammengefasst. Der Trend über das Jahr zeigt, dass der Anteil der 3- bis 15-jährigen mit einer sehr guten allgemeinen Gesundheit in den Sommer- und Frühherbstmonaten 2022 am höchsten ist und im Herbst und Winter abnimmt (siehe Abbildung 5A). Es gab über den gesamten Erhebungszeitraum keine signifikanten Unterschiede in der allgemeinen Gesundheit zwischen Jungen und Mädchen (siehe Abbildung 5B).

Abbildung 5: Gleitende Drei-Monats-Schätzungen A des Anteils an Kindern und Jugendlichen, deren Eltern ihre Gesundheit im Allgemeinen als „sehr gut“ einschätzen, B, C dieses Anteils stratifiziert nach Alter und Geschlecht mit 95%-Konfidenzintervallen, jeweils standardisiert nach dem anderen Stratifizierungsfaktor sowie Bildung der Eltern.



**Anmerkungen:** Datenbasis: KIDA-Telefonbefragung 02/2022–04/2023; n = 6.466

Zwischen den Altersgruppen der 7- bis 10- und 11- bis 15-Jährigen zeigt sich dabei kein signifikanter Unterschied. Für beide Altersgruppen zeigt sich der beschriebene Verlauf eines leicht steigenden Anteiles an Kindern und Jugendlichen mit sehr guter Gesundheit zu Beginn der Erhebung, der im späten Sommer 2022 einen Maximalwert erreicht und mit dem Winter abnimmt. Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren weichen von diesem Muster etwas ab: Die allgemeine Gesundheit der jüngsten KIDA-Altersgruppe wurde von den Eltern zu Beginn der Erhebung im Frühling und frühen Sommer häufiger als sehr gut eingeschätzt als bei älteren Kindern und Jugendlichen, jedoch verringerte sich der Anteil der Kinder mit sehr guter Gesundheit bei den 3- bis 6-Jährigen schon im Spätsommer und stagnierte dann bis zum Ende der Erhebung (siehe Abbildung 5C).

#### 4.2.3.3 Einordnung

Über den gesamten KIDA-Erhebungszeitraum (Telefonbefragung) von 02/2022 – 04/2023 hinweg wurde für mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren ein sehr guter allgemeiner Gesundheitszustand berichtet. In den Sommermonaten der Erhebung war dieser Anteil höher als in den darauffolgenden Wintermonaten. Es ist dabei kein eindeutiger Zusammenhang mit dem in Kapitel 4.1 beschriebenen pandemiebedingten Rahmenbedingungen zu beobachten, die zeigen, dass sowohl die COVID-19-Meldeinzidenzen als auch die Eindämmungsmaßnahmen über den Erhebungszeitraum relativ stetig abebbten. Das saisonale Muster in den Elternangaben zum allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder ist insgesamt auch in den Daten der KiGGS Welle 2-Erhebung von 2014 – 2017 festzustellen (unveröffentlichte Auswertung). Für Teilaspekte der allgemeinen Gesundheit sind saisonale Schwankungen zudem in der Literatur zu finden. Bei Kindern und Jugendlichen wurden beispielsweise sowohl für psychiatrische Hospitalisierungen, als auch für Arztbesuche auf Grund von Bauchschmerzen saisonale Muster, mit häufigerem Auftreten in Wintermonaten beschrieben [42, 43]. Viele Erreger zeigen außerdem eine Saisonalität im Auftreten, die beispielsweise Atemwegserkrankungen im Winter wahrscheinlicher macht [44]. Im KIDA-Erhebungszeitraum, und hierbei etwas abweichend von KiGGS Welle 2, fällt die etwas anders verlaufende Entwicklung bei den 3- bis 6-Jährigen im Vergleich zu älteren Kindern auf. Hierbei könnte ein Grund die 2022 ungewöhnlich frühe und besonders stark ausfallende Atemwegserkrankungswelle bei Kleinkindern sein [45], die möglicherweise mit den wegfallenden Eindämmungsmaßnahmen der Pandemie, v.a. dem Tragen von Mund-Nase-Bedeckungen und einem gewissen „Nachholeffekt“ an Atemwegsinfektionen in Zusammenhang steht.

Der Verlauf der allgemeinen Gesundheit nach elterlicher Bildung konnte anhand von gleitenden Drei-Monats-Schätzern wegen zu geringer Fallzahlen in der niedrigen Bildungsgruppe nicht belastbar ausgewertet werden. Insgesamt zeigt sich jedoch sowohl in KIDA als auch in KiGGS, dass sich der von den Eltern berichtete allgemeine Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen nach dem Sozial- bzw. Bildungsstatus der Eltern unterscheidet. Eltern mit niedrigerer Bildung geben dabei häufiger an, dass der Gesundheitszustand ihrer Kinder nur mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht ist [39, 46, 47]. Gerade auf Grund dieser Unterschiede ist es wichtig, einen längeren Trend mit kurzen Zeitintervallen zu verfolgen, um ein genaueres Bild ungleicher allgemeiner Gesundheit zwischen sozioökonomischen Gruppen zu erhalten. Ein weiterführendes Monitoring der Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland sollte derartige Schätzungen berücksichtigen.

## 4.3 Psychische Gesundheit

### 4.3.1 Kernaussagen

- Alle Indikatoren der psychischen Gesundheit (subjektive psychische Gesundheit; psychisches, soziales und schulisches Wohlbefinden als Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität; familiärer Zusammenhalt) sind trotz Schwankungen zwischen den Monaten über den Gesamtzeitraum Februar 2022 bis April 2023 als stabil über die Zeit zu bewerten.
- Es zeigen sich im dritten Jahr nach Ausbruch der Pandemie weder in der Gesamtgruppe der Kinder und Jugendlichen noch in den Subgruppen nach Geschlecht oder Alter Hinweise auf eine Verbesserung oder Verschlechterung in den beobachteten Indikatoren der psychischen Gesundheit.

### 4.3.2 Wie haben die Eltern die psychische Gesundheit ihrer Kinder eingeschätzt?

#### 4.3.2.1 Hintergrund

Die subjektive psychische Gesundheit beinhaltet die Einschätzung der psychischen Gesundheit im Allgemeinen aus der Sicht der befragten Person selbst (Selbstbericht) bzw. bei Kindern aus der Sicht der Eltern (Elternbericht). Der Indikator korreliert mit psychopathologischen Symptomen. Im Rahmenkonzept der Mental Health Surveillance [48] ist der Indikator der Dimension der positiven psychischen Gesundheit [49, 50] zugeordnet.

Zwar korreliert der Indikator deutlich mit psycho-pathologischen Symptomen, aber es können sowohl Personen trotz ihrer psychopathologischen Symptome ihre allgemeine psychische Gesundheit als sehr gut als auch Personen ohne psychopathologische Symptome ihre allgemeine psychische Gesundheit als nicht gut einschätzen. Vor diesem Hintergrund wird die subjektive psychische Gesundheit in der „Positive Mental Health Surveillance“ in Kanada [51] und Australien [52] bereits als Indikator der positiven psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ab 12 Jahren eingesetzt.

In Deutschland wurde der Indikator „subjektive psychische Gesundheit“ während der COVID-19 Pandemie in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) im Jahr 2021 erstmalig bei Erwachsenen sowie in der KIDA-Studie erstmalig bei Kindern und Jugendlichen erhoben. Aus vorangegangenen KIDA-Berichten ist bereits bekannt, dass die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen (ca. 94 %) nach Angaben ihrer Eltern eine ausgezeichnete, sehr gute oder gute psychische Gesundheit hat [39]. Bei ca. 21 % der Kinder und Jugendlichen hatte sich nach Angaben ihrer Eltern die psychische Gesundheit vor vs. während der COVID-19-Pandemie verschlechtert. Zusammenhänge bezüglich einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit fanden sich vor allem bei niedriger und mittlerer elterlicher Bildung, einem geringen familiären Zusammenhalt sowie bei Eltern ohne festen Partner/feste Partnerin [39]. Weitere Ergebnisse für den Indikator konnten während der COVID-19-Pandemie bis dato weder international noch national für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen gefunden werden.

Basierend auf den Daten von Erwachsenen wurden im Rahmen der Mental Health Surveillance (MHS) des Robert Koch-Instituts in Deutschland bereits engmaschige Zeitreihen zur Entwicklung des Indikators mit Daten ab März 2021 aufgebaut [17] und kontinuierlich an das Bundesministerium für Gesundheit berichtet. Nachfolgend werden nach derselben Methodik erstmalig engmaschige Zeitreihen des Indikators für Kinder und Jugendliche bereitgestellt. Diese Zeitreihen umfassen den gesamten KIDA-Erhebungszeitraum (Telefonbefragung) von 02/2022 – 04/2023.

#### 4.3.2.2 Erhebung

In der KIDA-Studie wurde die subjektive psychische Gesundheit über ein etabliertes Einzelitem [53] gemessen: „Wie würden Sie die psychische Gesundheit Ihres Kindes im Allgemeinen einschätzen?“ (Elternbericht für 3- bis 15-Jährige). Die Antwortmöglichkeiten lauteten: 5 = „ausgezeichnet“, 4 = „sehr gut“, 3 = „gut“, 2 = „weniger gut“, 1 = „schlecht.“

Analog zu internationalen Surveillance-Systemen in Kanada [51] und Australien [52] wurden im Rahmen der Mental Health Surveillance zur Beobachtung von zeitlicher Trends des Indikators für die psychische Gesundheit von Erwachsenen die beiden Kategorien „ausgezeichnet“ und „sehr gut“ zusammengefasst [17] und hier im Sinne einer lebensspannenumfassenden Surveillance auch für Kinder und Jugendliche angewandt. Diese Dichotomisierung („ausgezeichnet“/ „sehr gut“ vs. „gut“/ „weniger gut“/ „schlecht“) weicht von der in den

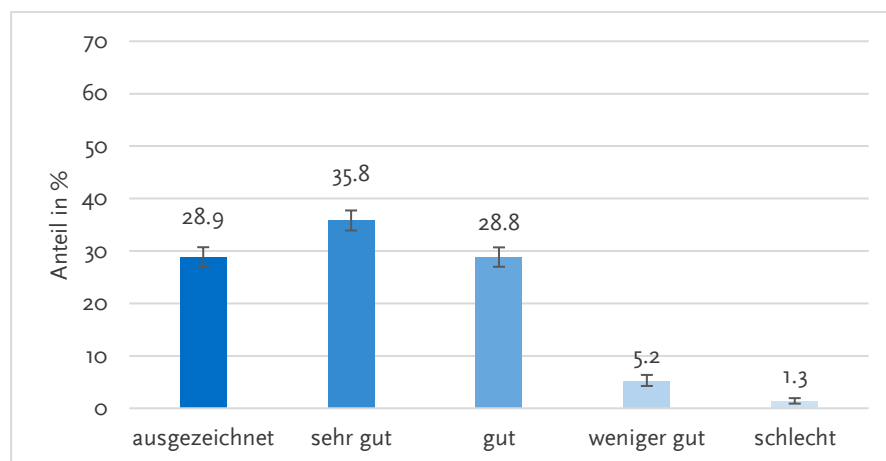
zurückliegenden KIDA-Quartalsberichten genutzten Zusammenfassung der Kategorien „ausgezeichnet“, „sehr gut“ und „gut“ ab. Neben der internationalen sowie altersübergreifenden Vergleichbarkeit waren methodische Einschränkungen für diese Dichotomisierung in der Trendanalyse auf Grund des geringen Anteils an Kindern und Jugendlichen mit einer „weniger guten“ bis „schlechten“ subjektiven psychischen Gesundheit (siehe Abbildung 6) und der dadurch stark ungleichen Verteilung zwischen den dichotomen Kategorien wesentlich.

Es wurden gleitende Drei-Monats-Schätzer des Anteils an 3- bis 15-jährigen berichtet, deren Eltern ihre allgemeine psychische Gesundheit als „sehr gut“ oder „ausgezeichnet“ einschätzen.

#### 4.3.2.3 Ergebnisse

Die subjektive psychische Gesundheit wurde insgesamt im Zeitraum von Februar 2022 bis April 2023 von 93,5 % Eltern von 3- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen als ausgezeichnet, sehr gut oder gut eingeschätzt. 64,7 % der Eltern schätzten die subjektive psychische Gesundheit ihrer Kinder als ausgezeichnet und sehr gut ein und 28,8 % als gut. 6,5 % der Eltern schätzen hingegen die psychische Gesundheit ihrer Kinder im gesamten KIDA-Erhebungszeitraum als weniger gut oder schlecht ein (siehe Abbildung 6).

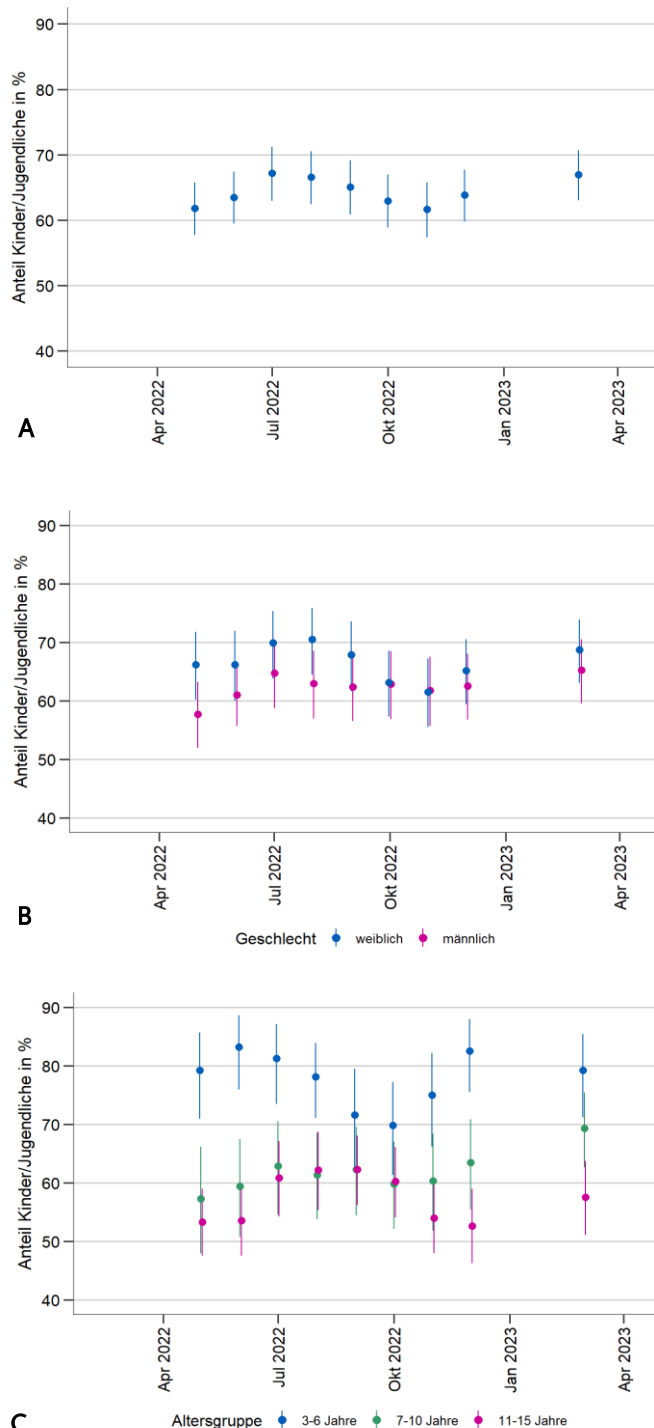
Abbildung 6: Subjektive psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren, Prävalenzen in Prozent, mit 95% Konfidenzintervallen.



**Anmerkungen:** Datenbasis: KIDA-Telefonbefragung 02/2022–04/2023; n = 6.507

Im Nachfolgenden wird die Entwicklung des Anteils an Kindern und Jugendlichen, deren Eltern ihre psychische Gesundheit im Allgemeinen als „sehr gut“ oder „ausgezeichnet“ einschätzen, über den KIDA-Erhebungszeitraum mittels gleitender Drei-Monats-Schätzungen dargestellt (siehe Abbildung 7 A-C).

Abbildung 7: Gleitende Drei-Monats-Schätzungen A des Anteils an Kindern und Jugendlichen, deren Eltern ihre psychische Gesundheit im Allgemeinen als „sehr gut“ oder „ausgezeichnet“ einschätzen, B, C dieses Anteils stratifiziert nach Geschlecht und Alter mit 95%-Konfidenzintervallen, jeweils standardisiert nach dem anderen Stratifizierungsfaktor sowie Bildung der Eltern.



**Anmerkungen:** Datenbasis: KIDA-Telefonbefragung 02/2022–04/2023; n = 6.461

Die subjektive psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren aus Sicht der Eltern wurde von Mitte Februar 2022 bis Mitte April 2023 beobachtet (letzter Drei-Monats-Schätzer zentriert auf Februar/März 2023). Der Anteil der 3- bis 15-Jährigen, deren Eltern ihre allgemeine psychische Gesundheit als sehr gut oder ausgezeichnet einschätzen, bewegte sich im Beobachtungszeitraum zwischen 62 % und 67 %. Nach einem Anstieg dieses Anteils in den Sommermonaten 2022, dem Rückgang auf das Ausgangsniveau im Herbst 2022 zeigt sich zum Ende der Zeitreihe ein erneuter Anstieg auf das Sommerniveau. Diese Schwankungen lassen jedoch im Gesamtverlauf weder auf eine allgemeine Verbesserung noch auf eine Verschlechterung, sondern eher auf Stabilität schließen. Dies trifft auch auf alle Subgruppen nach Geschlecht und Alter zu. Die meisten Schätzer zeigen die Tendenz einer niedrigeren Eltern-eingeschätzten subjektiven psychischen Gesundheit bei Mädchen als bei Jungen, wobei sich die Konfidenzintervalle stark überschneiden und daher nicht von statistisch signifikanten Unterschieden auszugehen ist. Die Eltern-eingeschätzte subjektive psychische Gesundheit der jüngsten Altersgruppe (3 – 6 Jahre) ist fast durchgängig besser als die der älteren beiden Gruppen (7 – 10 und 11 – 15 Jahre).

#### 4.3.2.4 Einordnung

Der Indikator „subjektive psychische Gesundheit“ wurde im Rahmen der KIDA-Studie erstmalig für Kinder und Jugendliche in Deutschland erhoben. Im vorliegenden Bericht wird, neben der Darstellung der Gesamtprävalenz, anhand von Zeitreihen bestehend aus gleitenden Drei-Monats-Schätzern die Entwicklung des Indikators im Laufe des gesamten KIDA-Erhebungszeitraums (Telefonbefragung) von 02/2022 – 04/2023 bei 3- bis 15-jährigen (Elternbericht) untersucht. Dieser Zeitraum umfasst die letzte Pandemiephase sowie das allmähliche Ende der Pandemie und somit eine Rückkehr zum Alltag ohne pandemiebedingte Einschränkungen.

Insgesamt schätzten im gesamten KIDA-Erhebungszeitraum (02/2022 – 04/2023) die Mehrheit der Eltern die subjektive psychische Gesundheit ihrer Kinder als ausgezeichnet, sehr gut oder gut ein.

Für die engmaschigen Zeitreihen zeigen sich im Beobachtungszeitraum Schwankungen im Anteil der 3- bis 15-jährigen, deren Eltern ihre allgemeine psychische Gesundheit als ausgezeichnet oder sehr gut einschätzen, die in der Gesamtbetrachtung des Beobachtungszeitraums weder auf eine fortlaufende Verbesserung noch auf eine fortlaufende Verschlechterung schließen lassen. Dies trifft auf Mädchen sowie Jungen und alle untersuchten Altersgruppen (3 – 6, 7 – 10, 11 – 15 Jahre) zu. Übereinstimmend mit einer Befragung aus Kanada zur subjektiven psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vor der Pandemie wurde die allgemeine psychische Gesundheit der jüngsten Kinder (3 – 6 Jahre) von Eltern im gesamten Beobachtungszeitraum wesentlich besser eingeschätzt als die der älteren Kinder (7 – 15 Jahre) [24]. Zwischen den Geschlechtern überschneiden sich die Konfidenzintervalle der Drei-Monats-Schätzer teilweise stark, weshalb nicht von statistisch signifikanten Unterschieden auszugehen ist.

Ob sich zwischen Februar 2022 und April 2023 die elternberichtete subjektive psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in einem besseren oder schlechteren Bereich bewegt hat als in vorpandemischen Zeiten oder früheren Pandemiephasen, kann aufgrund fehlender Vergleichswerte nicht beurteilt werden. Dem Befund einer allgemeinen Stabilität des Indikators mit Fluktuationen innerhalb des Erhebungszeitraums stehen Ergebnisse der COPSY-Studie gegenüber. Darin zeigten sich Verbesserungen in mehreren Indikatoren der psychischen Gesundheit von 11- bis 17-jährigen zwischen der Erhebung im Februar 2022 und der Erhebung im September/Oktober 2022, allerdings in den meisten Fällen nicht zurück auf das Niveau der vorpandemischen Baseline [54]. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse ist jedoch dadurch eingeschränkt, dass in der COPSY-Studie Kinder und Jugendliche selbst und in der KIDA-Studie deren Eltern befragt wurden. Gegenüber dem Vergleich zweier weiter auseinanderliegender Messzeitpunkte in der COPSY-Studie ist die kontinuierliche Erhebung ein Vorteil der KIDA-Studie. Dadurch kann ein allgemeiner Verlauf abgebildet und zur Einordnung von Veränderungen herangezogen werden. Wenngleich sich diese Diskrepanz in Befunden nicht aufklären lässt, ist zusammenfassend festzuhalten: Sowohl die COPSY-Ergebnisse als auch die vorliegenden Ergebnisse zur subjektiven psychischen Gesundheit basierend auf KIDA-Daten deuten darauf hin, dass sich in der Gesamtgruppe der Kinder und Jugendlichen nach einer deutlichen Verschlechterung der psychischen Gesundheit in den ersten Pandemiephasen [55, 56] im Zeitraum 2022/2023 keine weitere Verschlechterung als Langzeitfolge der Pandemie zeigt.

#### 4.3.2.5 Limitationen

Eine ausführliche Beschreibung der Limitationen der KIDA-Studie ist in Kapitel 3.3 enthalten. Bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse sollte berücksichtigt werden, dass ausschließlich elternberichtete Angaben ausgewertet werden konnten. 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 [24]. Für den Indikator subjektive psychische Gesundheit liegen keine Vergleichszahlen für Deutschland von früheren Zeitpunkten vor. Der relativ kurze Beobachtungszeitraum in der vorliegenden Studie erschwert eine Abgrenzung von jahreszeitlichen Schwankungen und damit die Interpretation und Einordnung der Ergebnisse. Wegen geringer Fallzahlen je Drei-Monats-Fenster werden weder Zeitreihen für 16-17-Jährige präsentiert, noch Zeitreihen, die nach Bildung der Eltern stratifiziert sind.

### 4.3.3 Wie haben Eltern die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder eingeschätzt?

#### 4.3.3.1 Hintergrund

Über den Indikator gesundheitsbezogenen Lebensqualität kann krankheitsunabhängig und unspezifisch das bevölkerungsbezogene subjektive Wohlbefinden in verschiedenen gesundheitlich relevanten Lebensbereichen erfasst werden [57]. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein multidimensionales Konstrukt, das körperliche, psychische, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit umfasst und kann von befragten Personen selbst (Selbstbericht) oder von anderen Personen (Fremdbericht) eingeschätzt werden [58, 59]. Die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität kann dabei helfen, Kinder und Jugendliche zu identifizieren, die ein höheres Risiko für Gesundheitsprobleme aufweisen [60] 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 [8, 10, 11]. Diese Ergebnisse entsprechen ebenfalls dem internationalen Forschungsstand [61]. Eine weitere Studie aus Deutschland fand Rückgänge in der Lebensqualität bei Kindern im Alter von 6 bis 7 Jahren nur bei den Mädchen [62]. 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 [63]. Während der COVID-19-Pandemie scheint sich jedoch die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem, mittlerem und hohem sozioökonomischem Status gleichermaßen verschlechtert zu haben [10, 64]. Des Weiteren war das Aufwachsen in Einelternfamilien und ein kleiner Wohnraum negativ mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen assoziiert [10].

Die bisherigen Ergebnisse der KIDA-Studie haben für den ersten KIDA-Erhebungszeitraum (vom 09.02.2022 bis 15.05.2022) [65] im Vergleich mit einer europäischen Normierungsstichprobe aus 2006 [66] gezeigt, dass das elternberichtete psychische, soziale und schulische Wohlbefinden von 8- bis 15-Jährigen in etwa gleich oder etwas höher im Vergleich zur europäischen Norm und innerhalb des sog. Normalbereichs lag. Für Jungen wurde zu diesem Zeitpunkt ein niedrigeres schulisches Wohlbefinden gegenüber gleichaltrigen Mädchen berichtet [65].

Im Nachfolgenden wird die Entwicklung dieser drei Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen innerhalb des KIDA-Erhebungszeitraum (Telefonbefragung) von 02/2022 – 04/2023 basierend auf engmaschigen Zeitreihen untersucht.

#### 4.3.3.2 Erhebung

In KIDA wurden mit Subskalen des etablierten, speziell für Kinder und Jugendliche entwickelten und standardisierten Fragebogens „KIDSCREEN-27“ [66, 67] drei Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gemessen: das psychische, soziale und schulische Wohlbefinden. 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. In KIDA wurden die drei genannten Dimensionen bei 3- bis 15-Jährigen im Elternbericht erhoben. Da der KIDSCREEN-27 für die 3- bis 7-Jährigen bislang noch nicht normiert wurde, wurde diese Altersgruppe nicht in die Auswertungen einbezogen. Die Items erfragen die Häufigkeit bzw. Intensität von Wohlbefinden in der letzten Woche auf einer 5-stufigen Skala (z.B. „überhaupt nicht“, „ein wenig“, „mittelmäßig“, „ziemlich“, „sehr“). Die drei erhobenen Dimensionen umfassen folgende Inhalte:

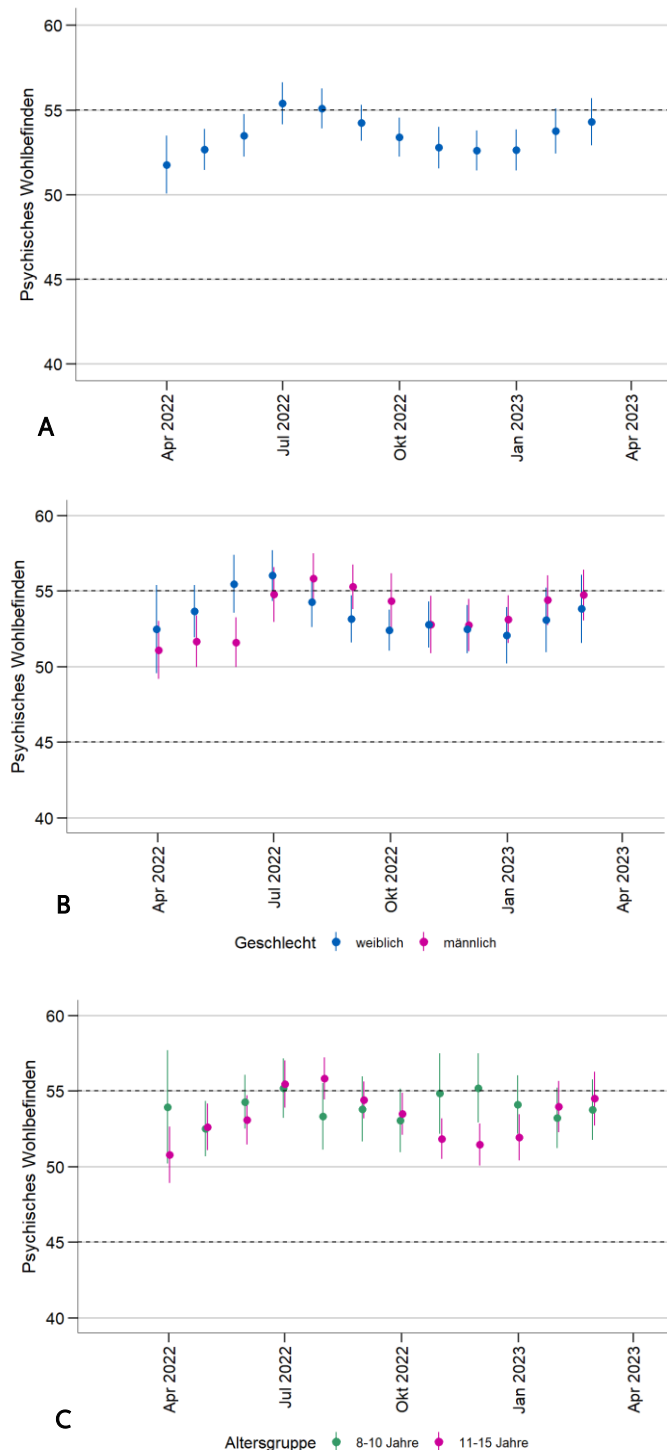
1. **Psychisches Wohlbefinden:** sieben Items zu positiven Gefühlen, Lebenszufriedenheit und emotionaler Balance (z.B. „Hat ihr Kind gute Laune gehabt?“),
2. **Soziales Wohlbefinden:** vier Items zu Beziehungen der Kinder bzw. Jugendlichen mit anderen Gleichaltrigen (z.B. „Hat Ihr Kind mit seinen Freunden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



Die Antworten wurden 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 [66]. Der Wertebereich von 45 bis 55, d.h. eine Abweichung von  $\pm 1/2$  SD um den definierten Mittelwert von 50 wird als Normalbereich interpretiert [66]. Diese Form der Transformation in T-Werte verbessert die (internationale) Vergleichbarkeit der Ergebnisse und die Vergleichbarkeit mit Normwerten. Fehlende Werte in einem einzigen Subskalen-Item wurden mittels standardisierter Schätzverfahren (multiple Imputation) auf Basis der anderen in die Skalenbildung einbezogenen Items sowie weiterer Informationen über die antwortenden Personen ersetzt. Fälle mit mehr als einem fehlenden Wert wurden aus den Analysen ausgeschlossen. Darunter fallen beispielsweise fehlende Werte im schulischen Wohlbefinden aufgrund von Schulferien. Es wurden gleitende Drei-Monats-Schätzer der Skalenmittelwerte 8- bis 15-Jähriger berechnet.

## 4.3.3.3 Ergebnisse: Gesundheitsbezogene Lebensqualität - Dimension Psychisches Wohlbefinden

Abbildung 8: Gleitende Drei-Monats-Schätzungen A des Mittelwerts der Subskala „Psychisches Wohlbefinden“ (Elternbericht; Gesamtpunktzahl 0-100; standardisierter Mittelwert = 50) bei 8- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen in Deutschland B, C des Mittelwerts der Subskala „Psychisches Wohlbefinden“ stratifiziert nach Geschlecht und Alter mit 95%-Konfidenzintervallen, jeweils standardisiert nach dem anderen Stratifizierungsfaktor sowie Bildung der Eltern. Die gestrichelten horizontalen Linien markieren die untere und obere Grenze des unauffälligen Wertebereichs [66].

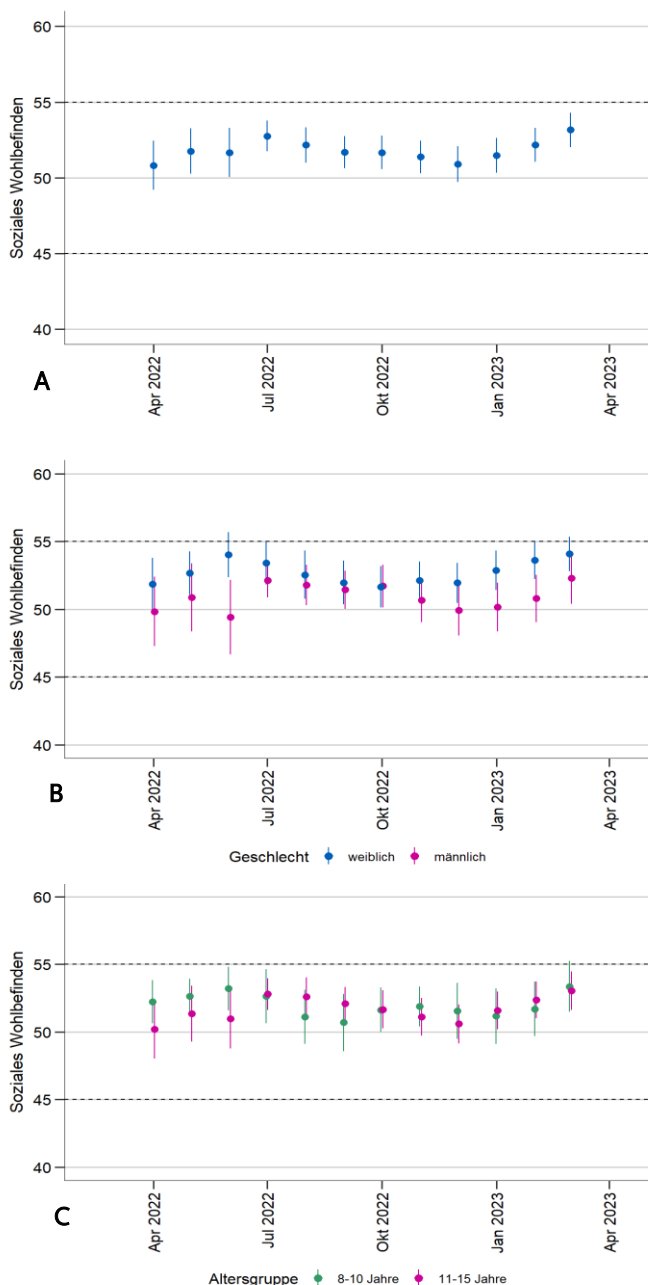


Das psychische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen im Alter von 8 bis 15 Jahren aus der Sicht der Eltern wurde von 02/2022 – 04/2023 beobachtet (letzter Drei-Monats-Schätzer zentriert auf Februar/März 2023). Es zeigt sich insgesamt weder eine Verbesserung noch eine Verschlechterung des Eltern eingeschätzten psychischen Wohlbefindens der Kinder und Jugendlichen. Es sind zwar deutliche Schwankungen zu sehen – eine vorübergehende Verbesserung in den Sommermonaten 2022 und ein weiterer Anstieg zum Ende der Zeitreihe - doch mit Blick auf den gesamten Beobachtungszeitraum scheinen sich diese Fluktuationen in etwa um ein stabiles Niveau herum zu bewegen. In den Verläufen über die Zeit zeigen sich keine auffälligen Unterschiede zwischen den Geschlechtern oder Altersgruppen. Verglichen mit den europäischen Normwerten aus 2006 [66] liegen alle Schätzer dieser Zeitreihen oberhalb des europäischen Durchschnitts von MW=50 und innerhalb des unauffälligen Wertebereichs (MW-Bereich 45-55).

**Anmerkungen:** Datenbasis: KIDA-Telefonbefragung 02/2022–04/2023; n = 4.258

## 4.3.3.4 Ergebnisse: Gesundheitsbezogene Lebensqualität - Dimension Soziales Wohlbefinden

Abbildung 9: Gleitende Drei-Monats-Schätzungen A des Mittelwerts der Subskala „Soziales Wohlbefinden“ (Elternbericht; Gesamtpunktzahl 0-100; standardisierter Mittelwert = 50) bei 8- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen in Deutschland B, C des Mittelwerts der Subskala „Psychisches Wohlbefinden“ stratifiziert nach Geschlecht und Alter mit 95%-Konfidenzintervallen, jeweils standardisiert nach dem anderen Stratifizierungsfaktor sowie Bildung der Eltern. Die gestrichelten horizontalen Linien markieren die untere und obere Grenze des unauffälligen Wertebereichs [66].

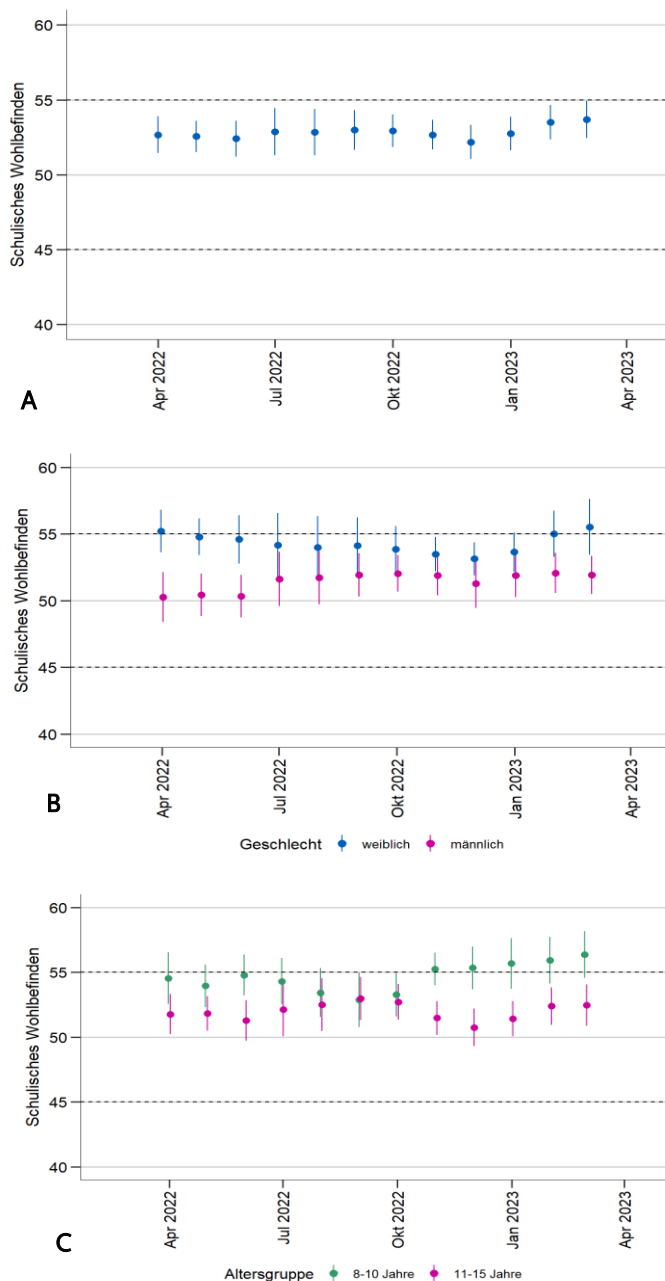


Das soziale Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen im Alter von 8 bis 15 Jahren aus der Sicht der Eltern wurde von 02/2022 – 04/2023 beobachtet (letzter Drei-Monats-Schätzer zentriert auf Februar/März 2023). Tendenziell zeigt sich eine vorübergehend leichte Verbesserung des sozialen Wohlbefindens in den Sommermonaten 2022 und ein erneuter Anstieg zum Ende der Zeitreihe. Der Indikator zeigt sich jedoch mit Blick auf den gesamten Beobachtungszeitraum allgemein sowie in allen Subgruppen nach Geschlecht und Alter recht stabil. Es sind kaum Unterschiede im Niveau des sozialen Wohlbefindens zwischen den Subgruppen zu beobachten, wobei das soziale Wohlbefinden von Jungen laut Elternbericht teilweise niedriger gewesen zu sein scheint als das von Mädchen. Verglichen mit den europäischen Normwerten aus 2006 [66] liegen alle Schätzer dieser Zeitreihen oberhalb des damaligen europäischen Durchschnitts von MW=50 und innerhalb des unauffälligen Wertebereichs (MW-Bereich 45-55).

**Anmerkungen:** Datenbasis: KIDA-Telefonbefragung 02/2022–04/2023; n=4.135

## 4.3.3.5 Ergebnisse: Gesundheitsbezogene Lebensqualität - Dimension Schulisches Wohlbefinden

Abbildung 10: Gleitende Drei-Monats-Schätzungen A des Mittelwerts der Subskala „Schulisches Wohlbefinden“ (Elternbericht; Gesamtpunktzahl 0-100; standardisierter Mittelwert = 50) bei 8- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen in Deutschland, B, C des Mittelwerts der Subskala „Schulisches Wohlbefinden“ stratifiziert nach Geschlecht und Alter mit 95%-Konfidenzintervallen, jeweils standardisiert nach dem anderen Stratifizierungsfaktor sowie Bildung der Eltern. Die gestrichelten horizontalen Linien markieren die untere und obere Grenze des unauffälligen Wertebereichs [66].



Das schulische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen im Alter von 8 bis 15 Jahren aus der Sicht der Eltern wurde von 02/2022 – 04/2023 beobachtet (letzter Drei-Monats-Schätzer zentriert auf Februar/März 2023). Der Indikator zeigt sich mit Blick auf diesen gesamten Zeitraum allgemein sowie in allen Subgruppen nach Geschlecht und Alter recht stabil. Tendenziell scheint das schulische Wohlbefinden von Jungen laut Elternbericht beinahe im gesamten Beobachtungszeitraum etwas niedriger gewesen zu sein als das von Mädchen und das der 11- bis 15-Jährigen niedriger als das der 8- bis 10-Jährigen. Verglichen mit den europäischen Normwerten aus 2006 [66] liegen alle Schätzer dieser Zeitreihen oberhalb des damaligen europäischen Durchschnitts von MW=50 und innerhalb des unauffälligen Wertebereichs (MW-Bereich 45-55). Gegen Ende der Zeitreihe deutet sich ein möglicher Anstieg hin zu einem auffallend guten schulischen Wohlbefinden bei den 8- bis 10-Jährigen an.

**Anmerkungen:** Datenbasis: KIDA-Telefonbefragung 02/2022–04/2023; n=3.697

#### 4.3.3.6 Einordnung

In KIDA wurden drei Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland erfasst: das psychische, soziale und schulische Wohlbefinden. Im vorliegenden Bericht wird anhand von Zeitreihen bestehend aus gleitenden Drei-Monats-Schätzern die Entwicklung dieser Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Laufe des gesamten KIDA-Beobachtungszeitraums (Telefonbefragung: Februar 2022 bis April 2023) bei 8- bis 15-Jährigen (Elternbericht) untersucht. Dieser Zeitraum umfasst die letzte Pandemiephase sowie das allmähliche Ende der Pandemie und somit eine Rückkehr zum Alltag ohne pandemiebedingte Einschränkungen.

In den drei beobachteten Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigt sich in der Gesamtbetrachtung des Beobachtungszeitraums weder eine Verbesserung noch eine Verschlechterung, sondern eher Stabilität. Das psychische Wohlbefinden schwankt stärker als die anderen beiden Dimensionen. Analog des Verlaufs der subjektiven psychischen Gesundheit zeigt sich im psychischen und etwas weniger deutlich auch im sozialen Wohlbefinden eine vorübergehende Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in den Sommermonaten 2022 sowie ein erneuter Anstieg zum Ende der Zeitreihe im Frühjahr 2023. Um an dieser Stelle mögliche jahreszeitliche Effekte valide einschätzen zu können, wäre eine kontinuierliche Beobachtung der Indikatoren erforderlich. Das schulische Wohlbefinden weist weitgehend keine Schwankungen auf. Es zeigen sich grundsätzlich keine auffälligen Entwicklungen in einzelnen Subgruppen nach Geschlecht und Alter. Teilweise jedoch scheinen Eltern die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Jungen niedriger einzuschätzen als die von Mädchen. Dies betrifft in manchen Zeiträumen das soziale Wohlbefinden und über die gesamte Zeitreihe das schulische Wohlbefinden, welches auch für 11- bis 15-Jährige niedriger eingeschätzt wird als das der 8- bis 10-Jährigen. Bis auf wenige Ausnahmen liegen alle Schätzer der Zeitreihen der drei fokussierten Dimensionen der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen oberhalb des Durchschnitts der europäischen Normstichprobe aus 2006 und durchgängig innerhalb des Normalbereichs [66]. Wegen fehlender Vergleichswerte kann jedoch keine Aussage darüber getroffen werden, ob sich das elternberichtete psychische, soziale oder schulische Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen zwischen 02/2022 – 04/2023 in einem besseren oder schlechteren Bereich bewegt hat als in früheren Pandemiephasen oder auch unmittelbar vor Ausbruch der Pandemie.

In der COPSY-Studie wurde ebenfalls die Entwicklung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in den vergangenen Jahren untersucht, auch für zwei Zeiträume innerhalb des KIDA-Beobachtungszeitraums (Februar 2022 und September bis Oktober 2022). Allerdings ist die Vergleichbarkeit zwischen den COPSY- und den hier berichteten KIDA-Ergebnissen zu diesem Indikator unter anderem dadurch eingeschränkt, dass in COPSY der KIDSCREEN-10 zur Messung der allgemeinen gesundheitsbezogenen Lebensqualität eingesetzt wurde und nicht wie in KIDA vertiefende Subskalen des KIDSCREEN-27 zu einzelnen Dimensionen der Lebensqualität. Außerdem wurden in den COPSY-Publikationen Ergebnisse basierend auf Selbstberichten von 11-17-Jährigen präsentiert, während im vorliegenden Bericht Elternangaben für 8-15-Jährige ausgewertet wurden. Dennoch bieten die COPSY-Befunde wichtige Anhaltspunkte zur Einordnung.

In den COPSY-Daten zeigte sich gegenüber dem vorpandemischen Zeitraum 2014-2017 (BELLA-Studie) ein Anstieg des Anteils der 11-17-Jährigen mit einer niedrigen allgemeinen gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Zeitraum Mai bis Juni 2020 und ein weiterer Anstieg im Zeitraum Dezember 2020 bis Januar 2021 [10, 68] gefolgt von einer leichten Verbesserung im September bis Oktober 2021, die jedoch nicht bis Februar 2022 anhielt [69]. Zwischen den beiden COPSY-Messzeiträumen innerhalb des KIDA-Beobachtungszeitraums (Februar 2022 und September/Okttober 2022) verringerte sich der Anteil der 11-17-Jährigen mit einer niedrigen allgemeinen gesundheitsbezogenen Lebensqualität, blieb jedoch über dem vorpandemischen Niveau [54]. Auch in den meisten anderen Indikatoren der psychischen Gesundheit zeigten sich in den Selbstberichten dieser Altersgruppe Verbesserungen zwischen diesen beiden Zeiträumen, die jedoch größtenteils nicht das vorpandemische Niveau erreichten (ibid.).

Der Befund der KIDA-Telefonerhebung von einer allgemeinen Stabilität des Indikators mit Fluktuationen während des Erhebungszeitraums steht dem COPSY-Befund von einer Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie weiteren Indikatoren der psychischen Gesundheit zwischen Februar 2022 und dem Zeitraum September/Okttober 2022 gegenüber. Allerdings ist die Vergleichbarkeit der beiden Studien aufgrund

der oben genannten Unterschiede in der Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit Blick auf gemessene Konstrukte und vor allem unterschiedliche Befragungsmodi (Selbst- versus Elternbericht) eingeschränkt. Gegenüber dem Vergleich zweier weiter auseinanderliegender Messzeitpunkte in der COPSY-Studie ist die kontinuierliche Erhebung ein Vorteil der KIDA-Studie. Dadurch kann ein allgemeiner Verlauf abgebildet und zur Einordnung von Veränderungen herangezogen werden. Wenngleich sich diese Diskrepanz in Befunden nicht aufklären lässt, ist zusammenführend festzuhalten: Sowohl die COPSY-Ergebnisse zur allgemeinen gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen als auch die vorliegenden Ergebnisse zu drei ihrer Dimensionen basierend auf KIDA-Daten deuten darauf hin, dass sich in der Gesamtgruppe der Kinder und Jugendlichen nach einer Verschlechterung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in den ersten Pandemiephasen [54, 56] im Zeitraum 2022/2023 keine Verschlechterung als Langzeitfolge der Pandemie zeigt.

#### 4.3.3.7 Limitationen

Eine ausführliche Beschreibung der Limitationen der KIDA-Studie ist in Kapitel 3.3 enthalten. Bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse sollte berücksichtigt werden, dass ausschließlich elternberichtete Angaben ausgewertet werden konnten. Die Einschätzungen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Eltern und die ihrer Kinder weisen zwar durchschnittlich eine relativ gute Übereinstimmung auf [66], können sich aber dahingehend unterscheiden, dass Kinder im Vergleich zu den Eltern ein etwas höheres Wohlbefinden angeben [23]. 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 [25]. Deshalb wurden 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 [66] liegt eine deutsche Validierung der Normwerte basierend auf den Daten der BELLA-Studie Welle 3 aus dem Jahre 2009-2012 vor [70]. Jedoch liegen diese Werte nicht aggregiert über die hier betrachtete Altersspanne vor, sondern können erst bei altersdifferenzierter Betrachtung zum Vergleich herangezogen werden. Der relativ kurze Beobachtungszeitraum in der vorliegenden Studie erschwert eine Abgrenzung von jahreszeitlichen Schwankungen und damit die Interpretation und Einordnung der Ergebnisse. Wegen geringer Fallzahlen je Drei-Monats-Fenster werden weder Zeitreihen für 16-17-Jährige noch stratifiziert nach Bildung der Eltern präsentiert.

### 4.3.4 Wie haben Eltern den familiären Zusammenhalt eingeschätzt?

#### 4.3.4.1 Hintergrund

Die Familie ist die wichtigste Sozialisationsinstanz für Kinder und Jugendliche [71]. Ein gutes Familienklima sowie ein guter familiärer Zusammenhalt stellen daher zentrale Ressourcen für deren psychische Gesundheit dar. Umgekehrt können Defizite bezüglich des familiären Zusammenhalts einen ungünstigen Einfluss auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen haben [71-73]. Ein aktueller Schwerpunktbericht des Robert Koch-Instituts zur psychischen Gesundheit der Kinder- und Jugendbevölkerung für den Zeitraum vor der Pandemie zeigt die überragende Bedeutung der Familie für die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen auf [72].

Die nichtpharmazeutischen Eindämmungsmaßnahmen wie Quarantäne, soziale Distanzierung und die plötzlichen Schließungen von Bildungs- und Betreuungseinrichtungen zu Beginn und während der COVID-19 Pandemie stellten erhebliche Herausforderungen für die betroffenen Kinder und Jugendlichen sowie das gesamte Familienleben dar [27, 74]. Erhöhte Belastungen durch die erzwungene räumliche Enge, der fehlende Kontakt zu Gleichaltrigen sowie der Wegfall von Freizeitaktivitäten und Bewegungsmöglichkeiten führten in den Familien zu vermehrtem Stress und zu erhöhten familiären Spannungen während der Pandemie [27, 75, 76]. Allerdings berichteten einzelne, meist nichtrepräsentative Studien, insbesondere zu Beginn der Pandemie, über positive Veränderungen wie Stärkung des familiären Zusammenhalts und Verbesserungen des Familienklimas [77]. Bereits vor der Pandemie konnte gezeigt werden, dass der familiäre Zusammenhalt mit dem sozioökonomischen Status und der Familienstruktur in Zusammenhang steht [78].

Die Ergebnisse der bisherigen Berichte der KIDA-Studie zeigten, dass der familiäre Zusammenhalt von den befragten Eltern eher gut eingeschätzt wurde und zwischen den Geschlechtern und Bildungsgruppen keine Unterschiede bestanden. Eltern mit jüngeren Kindern und Eltern, die in einer Partnerschaft leben, schätzten den familiären Zusammenhalt besser ein als Eltern mit älteren Kindern und Eltern ohne feste Partnerschaft. Eltern mit psychischen Belastungssymptomen berichteten einen schlechteren familiären Zusammenhalt als Eltern ohne Belastungssymptome [39].

Im Nachfolgenden wird die Entwicklung des familiären Zusammenhalts innerhalb des KIDA-Erhebungszeitraums (02/2022 – 04/2023) basierend auf engmaschigen Zeitreihen untersucht.

#### 4.3.4.2 Erhebung

Der familiäre Zusammenhalt wurde in der KIDA-Studie mit der Subskala „Familiärer Zusammenhalt“ aus den Familienklimaskalen von Schneewind et al. [79] für 3- bis 15-Jährige im Elternbericht erhoben. Die Befragungspersonen werden gebeten, folgende vier Aussagen auf einer vierstufigen Likert-Skala mit den Antwortoptionen 1 = „stimmt nicht“, 2 = „stimmt kaum“, 3 = „stimmt eher“, 4 = „stimmt genau.“ zu bewerten:

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

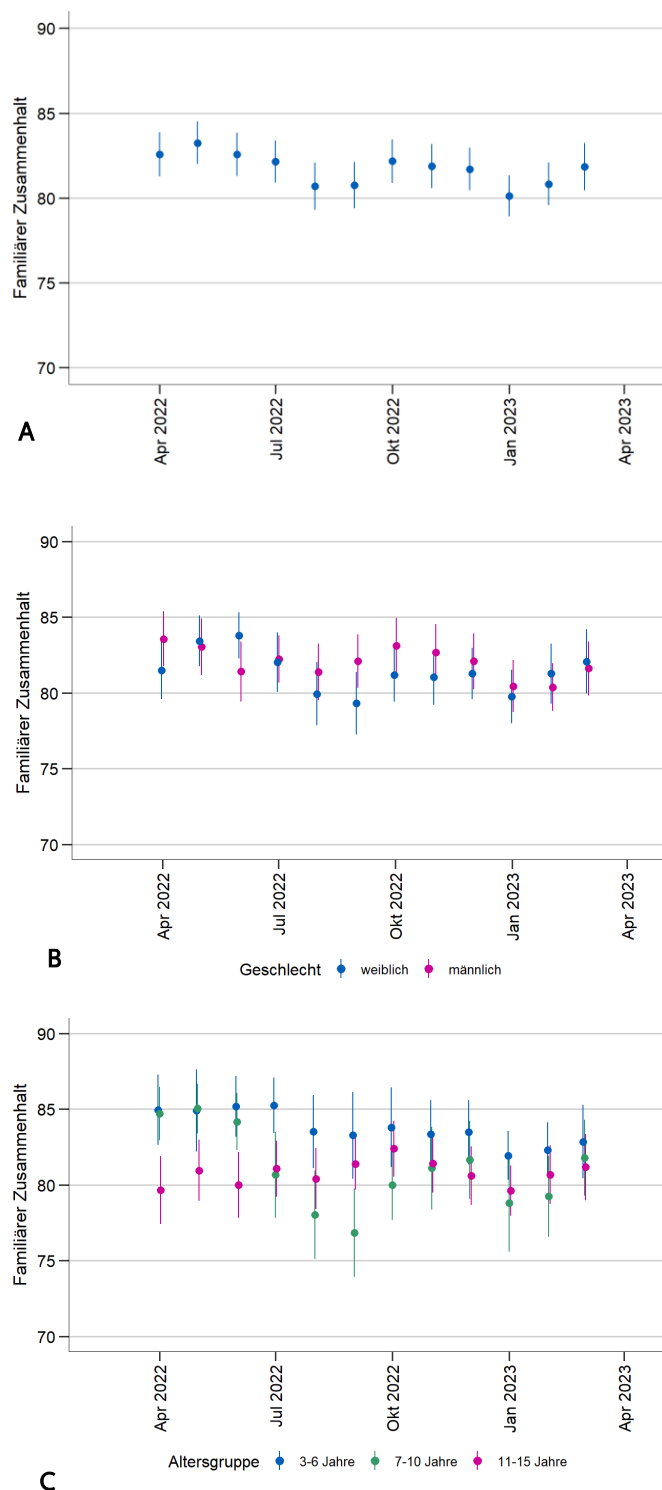
1. In unserer Familie geht jeder auf die Sorgen und Nöte des anderen ein.
2. Wir kommen wirklich alle gut miteinander aus.
3. Bei allem, was wir zuhause tun, sind wir mit Begeisterung dabei.
4. In unserer Familie hat jeder das Gefühl, dass man ihm zuhört und auf ihn eingeht.

Die Itemwerte wurden aufsummiert und in Werte zwischen 0 und 100 transformiert, mit 0 für die geringste und 100 für die höchste Ausprägung, also den besten familiären Zusammenhalt. Es wurden gleitende Drei-Monats-Schätzer des Skalenmittelwerts 3- bis 15-Jähriger berechnet.

Für die Familienklimaskalen liegen keine Normwerte vor. Die Familienklimaskalen kamen bereits in den KiGGS-Studien zum Einsatz. Veröffentlichte Werte aus der KiGGS-Studie [78] können jedoch nicht zum direkten Vergleich herangezogen werden, da in der KiGGS-Studie eine erweiterte Skala „Familiärer Zusammenhalt“ mit 9 Items eingesetzt wurde, während in der vorliegenden Studie lediglich die 4-Item-Subskala „Familiärer Zusammenhalt“ zum Einsatz kam. In der Publikation von Erhart et al. [78] wurde auf das Selbsturteil 11- bis 17-jähriger Kinder und Jugendlicher zurückgegriffen.

## 4.3.4.3 Ergebnisse

Abbildung 11: Gleitende Drei-Monats-Schätzungen A des Mittelwerts der Skala „Familiärer Zusammenhalt“ (Elternbericht; Wertebereich 0-100) bei 3- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen in Deutschland, B, C des Mittelwerts der Subskala „Familiärer Zusammenhalt“ stratifiziert nach Geschlecht und Alter mit 95%-Konfidenzintervallen, jeweils standardisiert nach dem anderen Stratifizierungsfaktor sowie Bildung der Eltern.



Der familiäre Zusammenhalt aus Sicht der Eltern von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren wurde von 02/2022 – 04/2023 beobachtet (letzter Drei-Monats-Schätzer zentriert auf Februar/März 2023). Insgesamt weisen die gleitenden Drei-Monats-Schätzer auf eine relative Stabilität des Indikators in diesem Zeitraum hin. Tendenziell verringerte sich der familiäre Zusammenhalt zu Beginn des Beobachtungszeitraums geringfügig, allerdings ist diese Entwicklung im letzten Quartal von 2022 unterbrochen. In den letzten Schätzern der Zeitreihe deutet sich eher ein Anstieg an. Die Entwicklungen über die Zeit unterscheiden sich nicht zwischen den Geschlechtern oder den Altersgruppen. Der familiäre Zusammenhalt wird tendenziell von Eltern der jüngsten Kinder (Altersgruppe 3 bis 6 Jahre) am höchsten eingeschätzt.

**Anmerkungen:** Datenbasis: KIDA-Telefonbefragung 02/2022–04/2023; n=6.404



#### 4.3.4.4 Einordnung

Im vorliegenden Bericht wird anhand von Zeitreihen bestehend aus gleitenden Drei-Monats-Schätzern die Entwicklung des Indikators „Familiärer Zusammenhalt“ basierend auf Angaben von Eltern 3- bis 15-Jähriger im Verlauf des gesamten KIDA-Beobachtungszeitraums (Telefonbefragung: 02/2022 – 04/2023) untersucht. Dieser Zeitraum umfasst die letzte Pandemiephase sowie das allmähliche Ende der Pandemie und somit eine Rückkehr zum Alltag ohne pandemiebedingte Einschränkungen.

Der Indikator zeigt sich insgesamt stabil über den Erhebungszeitraum ohne eine klare Entwicklung in Richtung einer Verbesserung oder einer Verschlechterung. Dies trifft auch auf alle Subgruppen nach Geschlecht und Alter zu. Der Befund aus einem früheren KIDA-Quartalsbericht, dass der familiäre Zusammenhalt von Eltern mit jüngeren Kindern tendenziell besser bewertet wird, bestätigt sich auch in der Betrachtung über den gesamten Beobachtungszeitraum. Nahezu alle Schätzer dieser Zeitreihe liegen über 85 von 100 Punkten, womit die Eltern den familiären Zusammenhalt durchgehend eher positiv beurteilen.

Für den in der KIDA-Studie verwendeten Indikator „Familiärer Zusammenhalt“ liegen keine direkten Vergleichswerte aus früheren Pandemiephasen vor. Allerdings wurde laut den Ergebnissen der COSMO-Studie das familiäre Zusammenleben jedoch auch in der Frühphase der Pandemie (März bis September 2020) positiv bewertet [80]. In der Studie „Kind sein in Zeiten von Corona“ im April/Mai 2020, also zu Beginn der Pandemie, schätzten die Eltern einer Stichprobe im gleichen Altersbereich das Familienklima wiederum durchschnittlich als mittelmäßig konfliktartig ein [74]. Hinweise auf ungünstige Entwicklungen des Familienlebens im Jahr 2022 im Vergleich zu einem vorpandemischen Jahr lassen sich der AOK-Familienstudie 2022 entnehmen, in der Eltern mit Kindern im Alter von 4 bis 14 Jahren befragt wurden. In dieser Studie vorgenommene Vergleiche unterschiedlicher Facetten des familiären Zusammenlebens zwischen 2018 und 2022 deuteten unter anderem auf einen Rückgang in der Häufigkeit gemeinsamer Zeit zwischen Eltern und Kindern sowie gemeinsamer Mahlzeiten und ein geringeres Gefühl der Sicherheit von Eltern in ihrer Elternrolle hin [81].

Für den familiären Zusammenhalt zeigen die vorliegenden Zeitreihen, dass Eltern von Kindern im Alter von 3 bis 15 Jahren diesen im Zeitraum von 02/2022 – 04/2023 relativ stabil als positiv bewerten - trotz der erheblichen Belastungen für Familien in den vergangenen Jahren durch die COVID-19-Pandemie und neuer Belastungen in 2022/2023 durch den Krieg in der Ukraine sowie negativer wirtschaftlicher Entwicklungen.

#### 4.3.4.5 Limitationen

Eine ausführliche Beschreibung der Limitationen der KIDA-Studie ist in Kapitel 3.3 enthalten. Eine wesentliche Einschränkung besteht darin, dass die Aussagen zum Familienklima im Altersbereich 3 bis 15 Jahre ausschließlich über die Eltern erhoben wurden. Der relativ kurze Beobachtungszeitraum in der vorliegenden Studie erschwert zudem eine Abgrenzung von jahreszeitlichen Schwankungen und damit die Interpretation und Einordnung der Ergebnisse. Wegen zu geringer Fallzahlen je Drei-Monats-Fenster können weder Zeitreihen für 16-17-Jährige noch eine Stratifizierung nach Bildung der Eltern präsentiert werden.

## 4.4 Pandemiebedingte Reduktion der Teilnahme an freiwilligen Schulsport-, Vereins- und kommerziellen Sportangeboten

### 4.4.1 Kernaussagen

- Der Anteil der Schülerinnen und Schüler, der seine Teilnahme an freiwilligen Sport-AGs in der Schule aufgrund der Pandemie reduziert hat, sank zwischen Frühjahr 2022 und Herbst 2022 deutlich.
- Zudem hat sich im Beobachtungszeitraum der Anteil der Kinder und Jugendlichen, der die Teilnahme an Vereins- und kommerziellen Sportangeboten in den letzten vier Wochen pandemiebedingt reduziert hat, deutlich verringert.
- Diese Entwicklungen sind sowohl für Mädchen als auch für Jungen zu beobachten sowie in allen einbezogenen Altersgruppen (Schulsportangebote: 6-15 Jahre; weitere Sportangebote in der Freizeit: 3-15 Jahre).

### 4.4.2 Hintergrund

In den ersten zwei Jahren der COVID-19 Pandemie waren aufgrund der nicht-pharmazeutischen Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie phasenweise organisierte Sport- und Bewegungsangebote stark eingeschränkt. Dies betraf aufgrund der Schließung von Sportstätten, der Kontaktbeschränkungen und der Schulschließungen unter anderem Vereinssportangebote sowie Sportangebote kommerzieller Anbieter und (freiwillige) Sportangebote an Schulen. Die Ergebnisse der Studie „Motorik Modul“ (MoMo) zeigten für diesen Zeitraum, dass das organisierte Sporttreiben von Kindern und Jugendlichen massiv zurück ging (von durchschnittlich 26 Minuten pro Tag vor der Pandemie auf 0 Minuten pro Tag während der ersten COVID-19 Welle und 4 Minuten pro Tag während der zweiten Welle) [7].

Im Laufe des Jahres 2021 konnten, unter anderem aufgrund des flächendeckend bestehenden Impfangebots, eine Vielzahl der den organisierten Sport betreffenden Eindämmungsmaßnahmen gelockert werden. Jedoch wurden im Herbst und Winter 2021/2022 Zugangsbeschränkungen zu Sportstätten auferlegt (3G- bzw. 2G-Regeln) und Gruppengrößen limitiert, da die Infektionszahlen wieder deutlich anstiegen [82]. Es ist davon auszugehen, dass diese Regeln für manche Sportangebote vorübergehend zu einem vollständigen Aussetzen geführt haben, da die Räumlichkeiten teilweise nicht den Anforderungen des Infektionsschutzes entsprachen oder es pandemiebedingt an Personal mangelte. Zudem ist es möglich, dass ein Teil der Kinder und Jugendlichen freiwillig auf die Teilnahme an Sportangeboten verzichtete, um sich oder nahestehende Personen vor einer SARS-CoV-2 Infektion zu schützen.

Zwischenergebnisse der KIDA-Studie aus dem ersten Quartalsbericht [65] zeigten, dass von Januar bis Mai 2022 (Frühjahr 2022) für 19,4 % der Schülerinnen und Schüler angegeben wurde, dass sie aufgrund der Pandemie seltener an freiwilligen Sport-AGs in der Schule teilnahmen, und 18,3 % aufgrund der Pandemie gar nicht teilnahmen. Für den Bereich der Vereins- und kommerziellen Sportangebote zeigte sich, dass im Frühjahr 2022 17,7 % der Kinder und Jugendlichen aufgrund der Pandemie diese Sportangebote seltener wahrnahmen und weitere 15,5 % aufgrund der Pandemie komplett auf eine Teilnahme verzichteten.

In diesem Bericht der KIDA-Studie soll dargestellt werden, wie sich der Anteil der Kinder und Jugendlichen im zeitlichen Verlauf entwickelt hat, der aufgrund der Pandemie die Teilnahme an organisierten Sportangeboten reduzierte oder aussetzte. Hierfür wurden die Daten des Zeitraums von Februar (Sport-AGs in der Schule) beziehungsweise März (weitere Sportangebote) 2022 bis April 2023 beobachtet (letzter Drei-Monats-Schätzer zentriert auf Februar/März 2023).

### 4.4.3 Wie entwickelte sich die pandemiebedingte Reduktion der Teilnahme an freiwilligen Sportangeboten in der Schule (Sport-AGs)?

#### 4.4.3.1 Erhebung

Der Indikator zur pandemiebedingten Reduktion der Teilnahme an freiwilligen Sportangeboten in der Schule umfasst sowohl den Anteil der Schülerinnen und Schüler, der aufgrund der Pandemie seltener an diesen Angeboten teilnahm, als auch den Anteil der Schülerinnen und Schüler, der aufgrund der Pandemie gar nicht teilnahm. Die Eingangsfrage lautete „Denken Sie nun bitte an die letzten 4 Wochen: Hat ihr Kind an Bewegungs- oder Sport-AGs in der Schule teilgenommen?“. Wurde diese Frage mit „ja“ beantwortet, folgte eine weitere zur

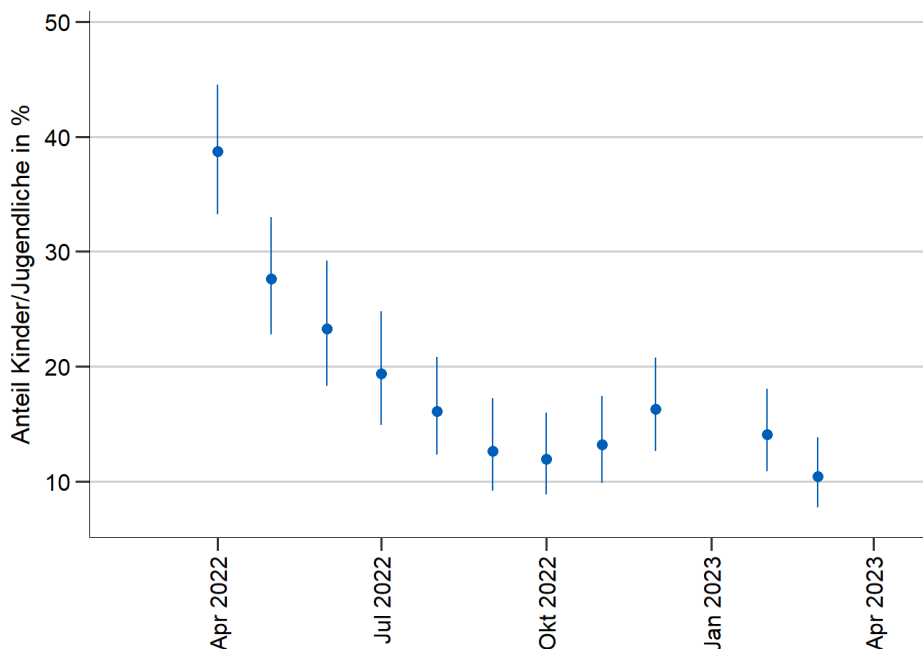
Veränderung der Teilnahme: „Hat sich durch die Pandemie verändert, wie oft Ihr Kind an Bewegungs- oder Sport-AGs teilnimmt?“. Wenn hierbei die Antwortkategorie „Ja, es nimmt weniger teil“ ausgewählt wurde, bestand eine pandemiebedingte Reduktion der Teilnahme an Sport-AGs. Eltern der Schülerinnen und Schüler, die nicht an Sport-AGs teilnahmen, wurden nach den Gründen gefragt („Warum nimmt Ihr Kind nicht an Bewegungs- oder Sport-AGs teil?“). Wenn einer der folgenden Gründe ausgewählt wurde „Weil die AGs aufgrund der Pandemie nicht stattfinden“ oder „Weil es aufgrund der Pandemie nicht teilnimmt/nicht angemeldet ist“, bestand ebenfalls eine pandemiebedingte Reduktion der Teilnahme an Sport-AGs.

Die Fragen zu Sport-AGs wurden nur Eltern gestellt, deren Kind zum Zeitpunkt der Erhebung eine Schule besuchte, die im Regelbetrieb war, und deren Kind nicht in Quarantäne war. Für den Zeitpunkt Januar/Februar 2023 konnte aufgrund zu geringer Fallzahlen in bestimmten Alters- und Bildungsgruppen kein Schätzer berechnet werden.

#### 4.4.3.2 Ergebnisse

Die pandemiebedingte Reduktion der Teilnahme an freiwilligen Sport-AGs in der Schule wurde von Februar 2022 bis April 2023 beobachtet (letzter Drei-Monats-Schätzer zentriert auf Februar/März 2023). Die Daten zeigen, dass der Anteil der Schülerinnen und Schüler, der seine Teilnahme an Sport-AGs in den vergangenen vier Wochen aufgrund der Pandemie reduziert hat, über die Zeit abgenommen hat. Während zu Beginn der Beobachtung im März/April 2022 für nahezu zwei Fünftel der Kinder und Jugendlichen von einer Reduktion der Teilnahme berichtet wurde, waren es im Februar/März 2023 noch ein Zehntel. Zum Ende des Jahres 2022 kam es zwischenzeitlich zu einem kurzfristigen leichten Anstieg des Anteils der Schülerinnen und Schüler, der seine Teilnahme an Sport-AGs pandemiebedingt reduzierte.

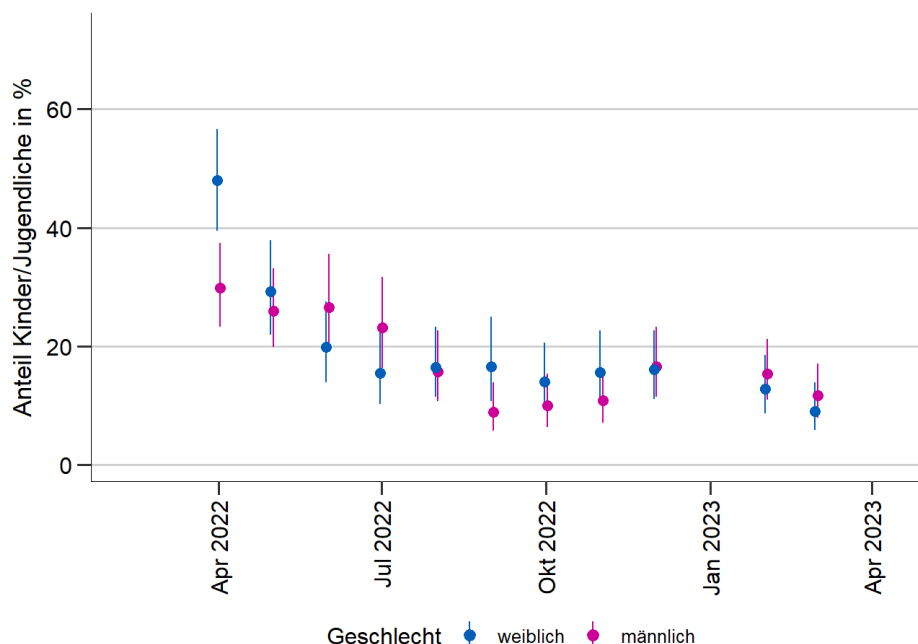
Abbildung 12: Gleitende Drei-Monats-Schätzung des Anteils der Schülerinnen und Schüler, der in den vergangenen vier Wochen die Teilnahme an freiwilligen Sport-AGs in der Schule pandemiebedingt reduziert hat mit 95%-Konfidenzintervallen, jeweils standardisiert nach Geschlecht, Alter und Bildung der Eltern. Modellschätzung gewichtet nach Alter, Geschlecht, Bildung der Eltern und Region. Jeder Punkt in der Grafik ergibt sich aus einem Modell für Daten aus drei konsekutiven Monaten; die Schätzungen rücken jeweils einen Monat weiter (z.B. Punkt 1: Jan, Feb, Mrz, Punkt 2: Feb, Mrz, Apr etc.) und sind jeweils zentriert auf Mitte eines Monats bis Mitte des nächsten Monats, zum Beispiel Mitte März bis Mitte April (Mrz/Apr).



**Anmerkungen:** Datenbasis: KIDA-Telefonbefragung 02/2022–04/2023; n=4.282

Bei Mädchen sank der Anteil, der Sport-AGs reduzierte, stärker als bei Jungen, was auf den höheren Ausgangswert bei Mädchen zurückzuführen ist. Im Zeitverlauf näherten sich die Anteile zwischen Mädchen und Jungen an, die pandemiebedingt ihre Teilnahme an Sport-AGs reduzierten.

Abbildung 13: Gleitende Drei-Monats-Schätzung des Anteils der Schülerinnen und Schüler, der in den vergangenen vier Wochen die Teilnahme an freiwilligen Sport-AGs in der Schule pandemiebedingt reduziert hat, stratifiziert nach Geschlecht mit 95%-Konfidenzintervallen, jeweils standardisiert nach Alter und Bildung der Eltern. Modellschätzung gewichtet nach Alter, Geschlecht, Bildung der Eltern und Region. Jeder Punkt in der Grafik ergibt sich aus einem Modell für Daten aus drei konsekutiven Monaten; die Schätzungen rücken jeweils einen Monat weiter (z.B. Punkt 1: Jan, Feb, Mrz, Punkt 2: Feb, Mrz, Apr etc.) und sind jeweils zentriert auf Mitte eines Monats bis Mitte des nächsten Monats, zum Beispiel Mitte März bis Mitte April (Mrz/Apr).



**Anmerkungen:** Datenbasis: KIDA-Telefonbefragung 02/2022–04/2023; n=4.282

In den Altersgruppen der 7- bis 10-Jährigen und 11- bis 15-Jährigen bestanden ähnliche Verläufe über die Zeit.

#### 4.4.4 Wie entwickelte sich die pandemiebedingte Reduktion der Teilnahme an Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten?

##### 4.4.4.1 Erhebung

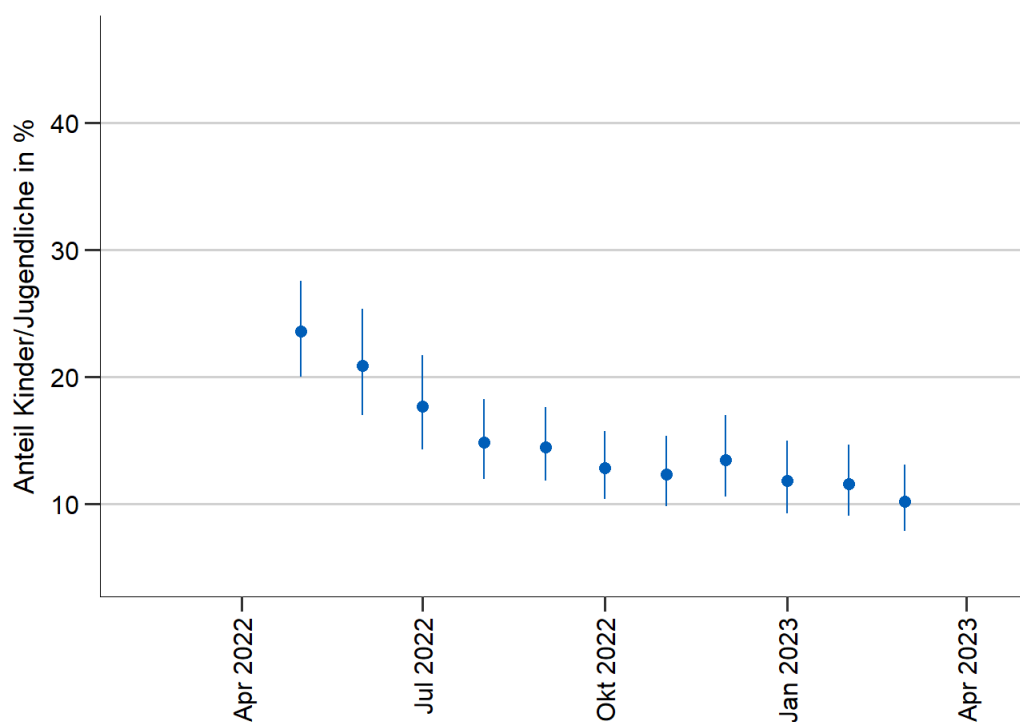
Die Berechnung des Indikators zur pandemiebedingten Reduktion der Teilnahme an Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten in der Freizeit (d.h. Kurse in Sportvereinen oder Tanz- und Fitness-Studios) erfolgte analog zum Indikator „Reduktion der Teilnahme an Sport-AGs“ in der Schule. Eine pandemiebedingte Reduktion der Teilnahme an Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten lag vor, wenn die Teilnahme entweder aufgrund der Pandemie reduziert war oder die Kinder bzw. Jugendlichen aufgrund der Pandemie gar nicht teilnahmen. Die Eingangsfrage lautete „Denken Sie bitte nun an die letzten 4 Wochen: Hat Ihr Kind an Sportvereinsangeboten oder Sportkursen in Fitnessstudios, Ballett- oder Schwimmschulen usw. teilgenommen?“. Wurde diese Frage mit „Ja“ beantwortet, folgte eine weitere Frage zur Veränderung der Teilnahme: „Hat sich durch die Pandemie verändert, wie häufig Ihr Kind an Sportvereinsangeboten oder Sportkursen teilnimmt?“. Wenn hierbei die Antwortkategorie „Ja, es nimmt seltener teil“ ausgewählt wurde, bestand eine pandemiebedingte Reduktion der Teilnahme an Sport-AGs. Eltern der Kinder und Jugendlichen, die nicht an Sportangeboten teilnahmen, wurden nach den Gründen gefragt. Wenn einer der folgenden Gründe ausgewählt wurde „Weil die Angebote aufgrund der Pandemie nicht stattfinden“ oder „Weil es aufgrund der Pandemie nicht teilnimmt/nicht angemeldet ist“, bestand ebenfalls eine pandemiebedingte Reduktion der Teilnahme an Sportvereinsangeboten oder Sportkursen.

Die Fragen zur Teilnahme an organisierten Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten werden nur gestellt, wenn das Kind zum Zeitpunkt der Befragung nicht in Quarantäne war. Für den Zeitpunkt Februar/März 2023 konnte aufgrund zu geringer Fallzahlen in bestimmten Alters- und Bildungsgruppen kein Schätzer berechnet werden.

#### 4.4.4.2 Ergebnisse

Die pandemiebedingte Reduktion der Teilnahme an Vereins- und kommerziellen Sportangeboten wurde von März 2022 bis April 2023 beobachtet (letzter Drei-Monats-Schätzer zentriert auf Februar/März 2023). Von Beginn der Erhebung im Frühjahr 2022 bis zum Ende im Winter 2023 hat sich der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die die Teilnahme an Sportangeboten in den letzten vier Wochen pandemiebedingt reduziert hat, verringert. Während zu Beginn der Beobachtung im Frühjahr 2022 noch für nahezu jedes vierte Kind von einer Reduktion der Teilnahme an Sportangeboten berichtet wurde, waren es am Ende des Beobachtungszeitraums noch jedes zehnte Kind.

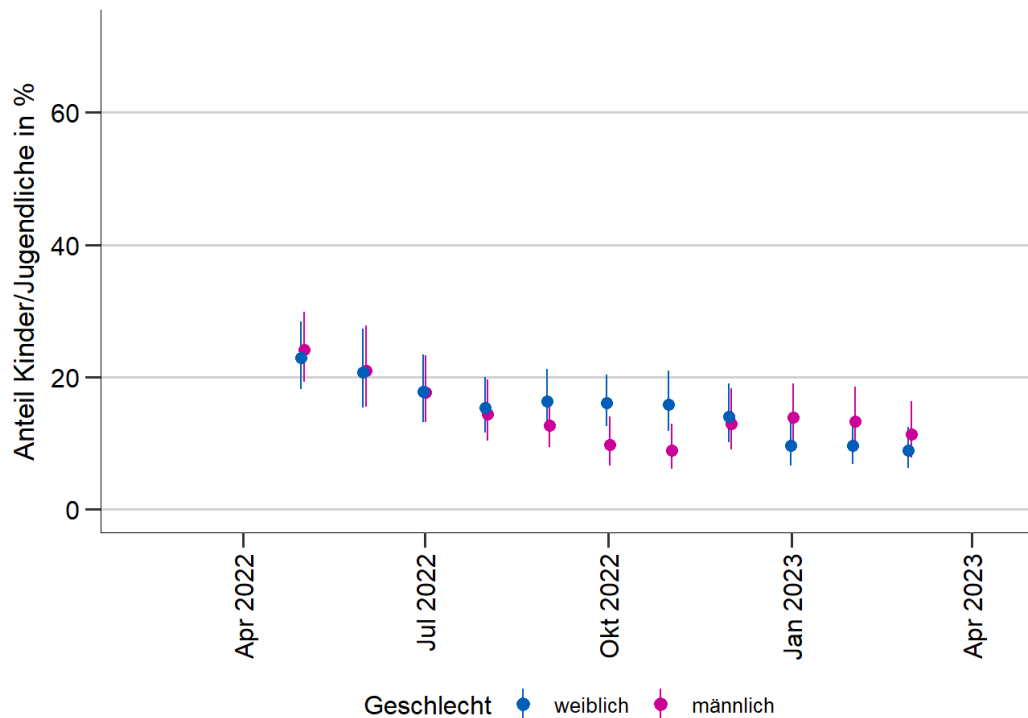
Abbildung 14: Gleitende Drei-Monats-Schätzung des Anteils der Kinder und Jugendlichen, der in den vergangenen vier Wochen die Teilnahme an Vereinssport- oder kommerziellen Sportangeboten pandemiebedingt reduziert hat, standardisiert nach Geschlecht, Alter und Bildung der Eltern. Modellschätzung gewichtet nach Alter, Geschlecht, Bildung der Eltern und Region. Jeder Punkt in der Grafik ergibt sich aus einem Modell für Daten aus drei konsekutiven Monaten; die Schätzungen rücken jeweils einen Monat weiter (z.B. Punkt 1: Jan, Feb, Mrz, Punkt 2: Feb, Mrz, Apr etc.) und sind jeweils zentriert auf Mitte eines Monats bis Mitte des nächsten Monats, zum Beispiel Mitte März bis Mitte April (Mrz/Apr).



**Anmerkungen:** Datenbasis: KIDA-Telefonbefragung 02/2022–04/2023; n=5.998

Jungen erreichten den niedrigsten Anteil im Jahresverlauf früher (Oktober/November 2022) als Mädchen (Februar/März 2023).

Abbildung 15: Gleitende Drei-Monats-Schätzung des Anteils der Kinder und Jugendlichen, der in den vergangenen vier Wochen die Teilnahme an Vereinssport- oder kommerziellen Sportangeboten pandemiebedingt reduziert hat, stratifiziert nach Geschlecht mit 95%-Konfidenzintervallen, standardisiert nach Alter und Bildung der Eltern. Modellschätzung gewichtet nach Alter, Geschlecht, Bildung der Eltern und Region. Jeder Punkt in der Grafik ergibt sich aus einem Modell für Daten aus drei konsekutiven Monaten; die Schätzungen rücken jeweils einen Monat weiter (z.B. Punkt 1: Jan, Feb, Mrz, Punkt 2: Feb, Mrz, Apr etc.) und sind jeweils zentriert auf Mitte eines Monats bis Mitte des nächsten Monats, zum Beispiel Mitte März bis Mitte April (Mrz/Apr).



**Anmerkungen:** Datenbasis: KIDA-Telefonbefragung 02/2022–04/2023; n=5.998

Die zeitlichen Verläufe ähneln sich zwischen den drei Altersgruppen der 3- bis 6-Jährigen, 7- bis 10-Jährigen und 11- bis 15-Jährigen.

#### 4.4.5 Einordnung

Die Pandemie hat im zeitlichen Verlauf seit dem Frühjahr 2022 immer weniger die Inanspruchnahme organisierter Sportangebote beeinträchtigt. Sowohl in Bezug auf Sport-AGs in Schulen als auch auf Vereins- und kommerzielle Sportangebote, ist von März beziehungsweise April 2022 bis März 2023 der Anteil der Kinder und Jugendlichen, der seine Teilnahme pandemiebedingt reduziert hat, deutlich gesunken. Diese Entwicklung lässt sich wahrscheinlich insbesondere durch die ab März 2022 deutlich sinkenden SARS-CoV-2 Infektionszahlen sowie die nahezu vollständige Aufhebung der nicht-pharmazeutischen Eindämmungsmaßnahmen erklären. Nach den Meldedaten des RKI sank die 7-Tages-Inzidenz ab dem Frühjahr 2022 deutlich [83]. Die auf Meldedaten beruhende 7-Tages-Inzidenz blieb anschließend auf relativ niedrigem Niveau, mit der Ausnahme eines Anstiegs im Juni/Jul und Oktober/November 2022. Während zum ersten Beobachtungszeitpunkt im März/April 2022 noch Eindämmungsmaßnahmen, wie regionale Schulschließungen in Abhängigkeit des örtlichen Infektionsgeschehens, bestanden, zeigten Daten der KIDA-Studie von April bis November 2022, dass Schulen oder Kindertageseinrichtungen nahezu aller Teilnehmenden im Regelbetrieb waren [84]. Zudem lag der „Stringency Index“ des Oxford Coronavirus Government Response Tracker (OxCGRT) Projektes, der den Umfang von Eindämmungsmaßnahmen beschreibt, im April 2022 noch bei einem Wert von 50 und sank anschließend deutlich und bis auf einen Wert von etwa 13 im November 2022.

Dennoch wurde zum Ende des Beobachtungszeitraums im Februar/März 2023 noch für etwa jedes zehnte Kind berichtet, dass die Teilnahme an Sportangeboten pandemiebedingt reduziert sei. Der beschriebene Anstieg der COVID-19 Infektionen im Herbst 2022 sowie die hohe Anzahl an weiteren akuten Atemwegserkrankungen im Herbst und Winter 2022/2023 [85] könnten zu vermehrten Ausfällen von Sportangeboten geführt haben, beziehungsweise zu einer verminderten Teilnahme an diesen Angeboten. Gegebenenfalls haben die befragten Eltern die vermehrten Atemwegserkrankungen, die nicht durch SARS-CoV-2 bedingt waren, als Folge der COVID-19-Pandemie interpretiert. Zudem ist es möglich, dass auch im Winter 2022/2023 Kinder und Jugendliche Sportangebote mieden, um sich vor einer COVID-19-Infektion zu schützen, oder dass sie aufgrund eines längeren Aussetzens der Angebote noch nicht wieder zurück in ihre Sportroutine von vor der Pandemie gefunden haben.

Es ist somit festzuhalten, dass das Pandemiegeschehen den organisierten Sport beeinträchtigen kann, selbst wenn Schulen und Sportvereine wieder in den Regelbetrieb übergehen. Gründe können unterschiedlich sein, z.B. Krankheits- oder quarantänebedingte Nichtteilnahme und Personalausfälle, Sorgen von Eltern und Kindern vor Ansteckung oder auch eine verzögerte Wiederaufnahme eingestellter Kooperationen und Angebote.

Vor dem Hintergrund des bereits vor dem Ausbruch der COVID-19-Pandemie verbreiteten Bewegungsmangels im Kindes- und Jugendalter, sollte zukünftig sichergestellt werden, dass sowohl Sportangebote in der Freizeit als auch in Schulen stattfinden können. Zudem sollten Kinder und Jugendliche motiviert werden, diese wahrzunehmen und gegebenenfalls beim Wiedereinstieg unterstützt werden. Für den Fall möglicher zukünftiger Infektionsgeschehen oder Epidemien sollte zudem Sorge getragen werden, dass Sportangebote auch unter erschwerten Rahmenbedingungen soweit wie möglich zugänglich und nutzbar bleiben.



## 5 KIDA Studienbeschreibung

### 5.1 Studiendesign und Stichprobe

Die Studie „Kindergesundheit in Deutschland aktuell“ (KIDA) war in die kontinuierlich durchgeführte Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA Basis) eingebettet und sollte ein Monitoring der Kindergesundheit während verschiedener Phasen der COVID-19-Pandemie ermöglichen. KIDA fand im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit statt. Es wurden Eltern (mit Kindern im Alter von 3 bis 15 Jahren) und Jugendliche (16 bis 17 Jahre) befragt. Die Erhebung bestand aus einer telefonischen Befragung und einer nachgeschalteten vertiefenden Online-Befragung. Die telefonische Befragung startete am 09.02.2022 und endete im April 2023. Die Online-Befragung startete am 20.04.2022 und endete im Juni 2023.

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 [86, 87]. Mit GEDA Basis ist dieses Surveysystem weiter verfeinert und im Hinblick auf eine zeitnahe Analyse und zentrale Kennzahlen gestützte Ergebnisdarstellung weiterentwickelt worden. Für das Gesundheitsmonitoring bei Erwachsenen in Deutschland hat sich dieses Instrumentarium außerordentlich bewährt, insbesondere während der Pandemie [88]. Die Grundgesamtheit umfasst die in Privathaushalten lebende Bevölkerung ab 16 Jahren, deren üblicher Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Datenerhebung in Deutschland liegt. Hierbei sind sowohl Einpersonen- als auch Mehrpersonenhaushalte inbegriffen, die eigenständig wirtschaften. Diese Definition umfasst keine kollektiven Haushalte wie Krankenhäuser, Pflege- oder Wohnheime, Gefängnisse, Kasernen, religiöse Einrichtungen oder Pensionen. Der „übliche Aufenthaltsort“ wird in GEDA folgendermaßen definiert: Es ist der Ort, an dem eine Person normalerweise lebt oder ihren Lebensmittelpunkt sieht – ungeachtet vorübergehender Abwesenheit zu Zwecken der Erholung, der beruflichen Tätigkeit, der medizinischen Behandlung oder ähnlichem.

Für die Stichprobenziehung wird das Telefonstichprobensystem des Arbeitskreises Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V. (ADM) genutzt [89]. 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“) [90]. Durch dieses Verfahren wird sichergestellt, dass unabhängig vom Interviewenden und der Kontaktperson im Haushalt zufällig ausgewählt wird, mit welcher Person das Interview geführt werden soll.

Basierend auf diesem Zugang wurden alle Personen mit im Haushalt lebenden Kindern, sowie Jugendliche ab 16 Jahren für die Teilnahme an der Telefonbefragung der KIDA-Studie einbezogen. Eltern beantworteten die Fragen für maximal zwei im Haushalt lebenden Kinder. Für Haushalte mit mehr als zwei Kinder erfolgte die Auswahl zufällig. Zu Beginn des Telefoninterviews wurden die Befragten über die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Ziele der Befragung sowie über den Datenschutz informiert und um ihre mündliche Zustimmung zur Durchführung der Befragung gebeten. Die mündliche Zustimmung war Voraussetzung für die Durchführung des Interviews.

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

Die Feldlaufzeit der Telefonbefragung betrug 14 Monate, wobei Daten bis zu einem Gesamtumfang von insgesamt 6.992 Personen erhoben wurden. Die monatlichen Datenerhebungen konnten abhängig von Stichprobengröße und -zusammensetzung als Teilstichproben ausgewertet werden.

### 5.1.1 Erhebungsinstrument

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

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

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

### 5.1.2 Erhebungsmethoden

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

## 5.2 Durchführung der telefonischen Erhebung

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

### 5.2.1 Pretestung

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

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

### 5.2.2 Feldverlauf und Feldmonitoring

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

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

## 5.3 Datenaufbereitung und Gewichtung

Die Datenprüfung erfolgte nach festgelegten Validierungsregeln, welche Regeln zur Filter- und Wertebereichsprüfung sowie Plausibilitätsprüfung enthalten. Sie umfasste neben formalen auch inhaltliche Aspekte. Bei inhaltlichen Fragen wurde der oder die für den jeweiligen Fragebogenteil Verantwortliche an der Entscheidung, wie mit Implausibilitäten umzugehen ist oder wie codiert werden soll, beteiligt. Konnten widersprüchliche Angaben durch das Fehlen ergänzender Informationen nicht korrigiert werden, wurden diese Angaben in der Dateninfo dokumentiert. Zur Gewährleistung eines einheitlichen Vorgehens bei Datenänderungen wurden allgemeine Regeln zur Datenprüfung und -korrektur abgesprochen. Zudem wurden alle Editieranweisungen in einer Datenbank dokumentiert. Im Zuge der Datenaufbereitung erfolgte die Generierung zusätzlicher Variablen. Diese sind Indikatorvariablen sowie notwendige Variablen für die Gewichtung. Die Stichprobengewichte geben an, wie viele Personen aus der Grundgesamtheit durch eine Person in der Stichprobe repräsentiert werden. Die Gewichtung 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. Aufbauend auf der Designgewichtung des GEDA teilnehmenden Elternteils wurde bei den 3- bis 15-Jährigen die Anzahl der Kinder der interviewten (GEDA-)Person sowie der Anzahl der Elternteile über die das Kind in die Stichprobe gezogen hätte werden können berücksichtigt. Die Anpassungsgewichtung gleicht die individuelle Teilnahmebereitschaft aus. Sind Personen aus bestimmten Bevölkerungsgruppen weniger bereit an der Studie teilzunehmen so führt dies dazu, dass deren Anteil in der Stichprobe nicht mit dem in der Grundgesamtheit übereinstimmt. Für jeden Erhebungszeitpunkt der KIDA-Studie wurde ein eigenständiger Datensatz erzeugt. Damit die einzelnen Stichproben der Erhebungszeitpunkte

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

## 6 Literatur

1. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2022) COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Meldewoche. [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Daten/Altersverteilung.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Altersverteilung.html) (Stand: 01.06.2023)
2. 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
3. Quenzel G (2015) Entwicklungsaufgaben und Gesundheit im Jugendalter. Beltz Juventa, Weinheim
4. 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
5. Dragano N, Lampert T, Siegrist J (2010) Wie baut sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf auf? In: Deutsches Jugendinstitut (Hrsg) Materialien zum Dreizehnten Kindes- und Jugendbericht - Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Sachverständigenkommission Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht, München S. 11-50
6. 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
7. Schmidt SCE, 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
8. Kaman A, Otto C, Adedeji A et al. (2021) Belastungserleben und psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Hamburg während der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse der COPSY-Studie-Hamburg. Nervenheilkunde 40(05):319-326. 10.1055/a-1397-5400
9. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M et al. (2022) Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. Eur Child Adolesc Psychiatry, 31(6):879-889. 10.1007/s00787-021-01726-5
10. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M et al. (2023) Quality of life and mental health in children and adolescents during the first year of the COVID-19 pandemic: results of a two-wave nationwide population-based study. Eur Child Adolesc Psychiatry 32:575-588. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01889-1>
11. 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. Bundesgesundheitsblatt 64(12):1512-1521. 10.1007/s00103-021-03291-3
12. Ravens-Sieberer U, Otto C, Kaman A et al. (2020) Mental Health and Quality of Life in Children and Adolescents During the COVID-19 Pandemic. Results of the COPSY study. Dtsch Arztebl Int, 117(48):828-829. 10.3238/arztebl.2020.0828
13. Hoebel J, Michalski N, Wachtler B et al. (2021) Socioeconomic Differences in the Risk of Infection During the Second Sars-Cov-2 Wave in Germany. Dtsch Arztebl Int 118(15):269-270. 10.3238/arztebl.m2021.0188
14. Spinelli M, Lionetti F, Setti A et al. (2021) Parenting Stress During the COVID-19 Outbreak: Socioeconomic and Environmental Risk Factors and Implications for Children Emotion Regulation. Fam Process 60(2):639-653. 10.1111/famp.12601
15. Blättner B (2007) Das Modell der Salutogenese: Eine Leitorientierung für die berufliche Praxis. Präventiv Gesundheitsf 2(2):67-73. 10.1007/s11553-007-0063-3
16. 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
17. Mauz E, Walther L, Junker S et al. (2023) Time trends in mental health indicators in Germany's adult population before and during the COVID-19 pandemic. Front Public Health 11 10.3389/fpubh.2023.1065938
18. 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](https://www.gessgroup.de/wp-content/uploads/2016/09/Beschreibung-ADM-Telefonstichproben_DE-2013.pdf) (Stand: 03.05.2023)
19. Thom J, Walther L, Eicher S et al. (2023) Mental Health Surveillance am Robert Koch-Institut – Strategien zur Beobachtung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung. Bundesgesundheitsbl, :12. 10.1007/s00103-023-03678-4

20. Junker S, Damerow S, Walther L et al. (2023) Infrastructure and statistical methods for a high frequency mental health surveillance in Germany. *Front Public Health* 11 doi: 10.3389/fpubh.2023.1208515
21. Brauns H, Scherer S, Steinmann S (2003) The CASMIN Educational Classification in International Comparative Research. In: Hoffmeyer-Zlotnik J, Wolf C (Hrsg) *Advances in Cross-National Comparison: A European Working Book for Demographic and Socio-Economic Variables*. Kluwer Academic / Plenum Publisher, New York, S. 221–244
22. 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)
23. 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
24. Statistics Canada (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)
25. 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
26. 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
27. 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* 5(4):23-34. <https://edoc.rki.de/handle/176904/7549> (Stand: 05.08.2022)
28. Ritchie H, Mathieu E, Rodés-Guirao L et al. (2020) Coronavirus Pandemic (COVID-19). <https://ourworldindata.org/coronavirus> (Stand: 14.03.2022)
29. Bombak AE (2013) Self-rated health and public health: a critical perspective. *Front Public Health* 1:15. 10.3389/fpubh.2013.00015
30. Lampert T, Schmidtke C, Borgmann L-S et al. (2018) Subjektive Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. *J Health Monit* 3(2):64-71. 10.17886/RKI-GBE-2018-068
31. Singh-Manoux A, Martikainen P, Ferrie J et al. (2006) What does self rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies. *J Epidemiol Community Health* 60(4):364-372. 10.1136/jech.2005.039883
32. Breidablik H, Meland E, Lydersen S (2008) Self-rated health in adolescence: a multifactorial composite. *Scand J Public Health*, 36(1):12-20. 10.1177/1403494807085306
33. Vingilis E, Wade T, Seeley J (2002) Predictors of adolescent self-rated health. *Analysis of the National Population Health Survey*. *Can J Public Health*, 93(3):193-197. 10.1007/bfo3404999
34. van der Linde RM, Mavaddat N, Luben R et al. (2013) Self-rated health and cardiovascular disease incidence: results from a longitudinal population-based cohort in Norfolk, UK. *PLoS One* 8(6):e65290. 10.1371/journal.pone.0065290
35. Berger N, van der Heyden J, van Oyen H (2015) The global activity limitation indicator and self-rated health: two complementary predictors of mortality. *Arch Public Health* 73(1):25. 10.1186/s13690-015-0073-0
36. Idler EL, Benyamini Y (1997) Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 38(1):21-37. 10.2307/2955359
37. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K et al. (2006) Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *J Gen Intern Med* 21(3):267-275. 10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x
38. Neuhauser H, Poethko-Müller C, Kurth B-M (2016) Prognostic value of a single item child health indicator (self-rated health) for health outcomes. *Eur J Public Health* 26(1) 10.1093/eurpub/ckw172.069
39. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2022) 2. Quartalsbericht – Kindergesundheit in Deutschland aktuell (KIDA): Monitoring der Kindergesundheit in (und nach) der COVID-19-Pandemie. Ergebnisse des KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022 – 09/2022.
40. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2023) 4. Quartalsbericht – Kindergesundheit in Deutschland aktuell (KIDA): Monitoring der Kindergesundheit in (und nach) der COVID-19-Pandemie. 1. Teil - Ergebnisse der Online-Befragung.
41. 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)

42. Slaunwhite AK, Ronis ST, Peters PA et al. (2019) Seasonal variations in psychiatric admissions to hospital. *Can Psychol* 60(3):155. 10.1037/cap0000156
43. Saps M, Blank C, Khan S et al. (2008) Seasonal Variation in the Presentation of Abdominal Pain. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 46(3):279-284. 10.1097/MPG.0b013e3181559bd3
44. Moriyama M, Hugentobler WJ, Iwasaki A (2020) Seasonality of Respiratory Viral Infections. *Annu Rev Virol* 7(1):83-101. 10.1146/annurev-virology-012420-022445
45. Buda S, Dürrwald R, Biere B et al. (2022) ARE-Wochenbericht KW 48. Robert Koch-Institut, S. 9
46. Lampert T, Kurth B-M (2007) Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). *Dtsch Arztebl* 104(43) 10.25646/491
47. 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
48. Thom J, Mauz E, Peitz D et al. (2021) Aufbau einer Mental Health Surveillance in Deutschland: Entwicklung von Rahmenkonzept und Indikatorenset. *J Health Monit* (4):36-68. <http://dx.doi.org/10.25646/8860>
49. Keyes C (2007) Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *Am Psychol*, 62(2):95-108. 10.1037/0003-066x.62.2.95
50. Keyes C (2002) The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *J Health Soc Behav* 43(2):207-222. 10.2307/3090197
51. 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)
52. 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)
53. 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.
54. Ravens-Sieberer U, Devine J, Napp A-K et al. (2022) Three Years into the Pandemic: Results of the Longitudinal German COPSYP Study on Youth Mental Health and Health-Related Quality of Life. *Front Public Health* 11 10.3389/fpubh.2023.1129073
55. Ludwig-Walz H, Dannheim I, Pfadenhauer LM et al. (2022) Increase of depression among children and adolescents after the onset of the COVID-19 pandemic in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 16(1):109. 10.1186/s13034-022-00546-y
56. Schlack R, Neuperdt L, Junker S et al. (2022) Veränderungen der psychischen Gesundheit in der Kinder- und Jugendbevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse eines Rapid Reviews. *J Health Monit* 8(S1):2-74. 10.25646/10760
57. Otto C, Ravens-Sieberer U (2020) Gesundheitsbezogene Lebensqualität. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsbezogene-lebensqualitaet/> (Stand: 04.08.2022)
58. 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
59. Stewart A, Ware J (1992) *Measuring function and well-being* Duke University Press, Durham, NC
60. Ravens-Sieberer U, Gosch A, Abel T et al. (2001) Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Soz Präventivmed*, 46(5):294-302. 10.1007/bf01321080
61. 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
62. 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)
63. 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. 10.25646/6891
64. 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

65. 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.
66. The KIDSCREEN Group Europe (2006) The KIDSCREEN questionnaires: Quality of life questionnaires for children and adolescents. Handbook. Pabst Science Publishers, Lengerich
67. 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. *Qual Life Res*, 16(8):1347-1356. 10.1007/s11136-007-9240-2
68. Reiss F, Meyrose A, Otto C et al. (2019) Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *PLoS One* 14(3):e0213700. 10.1371/journal.pone.0213700
69. Kaman A, Erhart M, Devine J et al. (2023) Zwei Jahre Pandemie: Die psychische Gesundheit und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der COPSY-Längsschnittstudie. *Deutsches Ärzteblatt International* 120(15):269-270. 10.3238/arztebl.m2023.0001
70. 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
71. Rattay P, Lampert T, Neuhauser H et al. (2012) Bedeutung der familialen Lebenswelt für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *Z Erziehungswiss* 15(1):145-170. <https://doi.org/10.1007/s11618-012-0261-4>
72. Robert Koch-Institut (2022) Erkennen - Bewerten - Handeln. Schwerpunktbericht zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung. Teil II: Kinder und Jugendliche Berlin
73. Schlack R, Ravens-Sieberer U, Petermann F (2013) Psychological problems, protective factors and health-related quality of life in youth affected by violence: The burden of the multiply victimised. *J Adolesc Health* 36(3):587-601. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.03.006>
74. Langmeyer A, Guglhor-Rudan A, Naabm T et al. (2020) Kindsein in Zeiten von Corona. Erste Ergebnisse zum veränderten Alltag und zum Wohlbefinden von Kindern. Forsa, Berlin
75. Universität Erfurt (2021) COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO). Ressourcen und Belastungen. 3.10. Konflikte in der Partnerschaft. (Stand: 26.01.2021). <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/topic/vertrauen-zufriedenheit-ressourcen/20-belastungen/#konflikte-in-der-partnerschaft-stand-26.01.21> (Stand: 21.11.2022)
76. Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2020) Ergebnisse der COSMO-Umfrage: Wellen 5, 7 und 9 2020 [02.06.2020]. . <https://www.fruehehilfen.de/forschung-im-nzfh/forschung-zu-corona/cosmo-umfrage-familien-in-der-covid-19-krisensituation/ergebnisse-der-cosmo-umfrage-wellen-5-7-und-9/>. (Stand: 21.11.2022)
77. Walper S, Reim J (2020) Young People in the COVID-19 Pandemic. Findings from Germany. . *ISSBD Bulletin* 2:18-20.
78. Erhart M, Hölling H, Bettge S et al. (2007) Der Kinder-und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsbl* 50(5/6):800-809.
79. Schneewind K, Beckmann M, Hecht-Jackl A (1985) Familienklima-Skalen. Bericht 8.1 und 8.2. München
80. Universität Erfurt (2020) COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO). Ressourcen und Belastungen. 3.13 Zusammenleben in der Familie und Partnerschaft (Stand: 17.11.20). <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/topic/vertrauen-zufriedenheit-ressourcen/20-belastungen/#zusammenleben-in-der-familie-und-partnerschaft-stand-17.11.20> (Stand: 21.11.2022)
81. an der Heiden I, Ochmann R, Bernhard J (2023) AOK-Familienstudie 2022. Eine Befragung von Eltern mit Kindern im Alter von 4 bis 14 Jahren. GmbH II AOK-Bundesverband, S. 1-191
82. Schilling J, Buda S, Tolksdorf K (2022) Zweite Aktualisierung der „Retrospektiven Phaseneinteilung der COVID-19- Pandemie in Deutschland“. *Epidemiologisches Bulletin* (10):3-5.
83. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2023) Pandemieradar, [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/COVID-19-Trends/COVID-19-Trends.html?\\_\\_blob=publicationFile#/home](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/COVID-19-Trends/COVID-19-Trends.html?__blob=publicationFile#/home)
84. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2023) 3. Quartalsbericht – Kindergesundheit in Deutschland aktuell (KIDA): Monitoring der Kindergesundheit in (und nach) der COVID-19-Pandemie. Schwerpunkt Ernährungsverhalten. Ergebnisse des KIDA-Erhebungszeitraum 04/2022 – 11/2022.
85. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2023) GrippeWeb-Wochenbericht, Kalenderwoche 16/2023. [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Sentinel/Grippeweb/grippeweb\\_ergebnisse\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Sentinel/Grippeweb/grippeweb_ergebnisse_node.html) (Stand: 03.05.2023)



86. 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
87. Lange C, Jentsch F, Allen J et al. (2015) Data Resource Profile: German Health Update (GEDA)-the health interview survey for adults in Germany. Int J Epidemiol, 44(2):442-450. 10.1093/ije/dyvo67
88. 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)
89. 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](https://www.gessgroup.de/wp-content/uploads/2016/09/Beschreibung-ADM-Telefonstichproben_DE-2013.pdf) (Stand: 13.07.2022)
90. 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 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Studiendesign von KIDA.....	8
Abbildung 2: Inzidenzen von SARS-CoV-2-Infektionen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 19 Jahren sowie der Allgemeinbevölkerung nach Jahr/KW .....	14
Abbildung 3: Stringency Index im Zeitraum 2021/KW31 und 2022/KW52 .....	15
Abbildung 4: Allgemeiner Gesundheitszustand bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren, Prävalenzen in Prozent .....	17
Abbildung 5: Gleitende Drei-Monats-Schätzungen A des Anteils an Kindern und Jugendlichen, deren Eltern ihre Gesundheit im Allgemeinen als „sehr gut“ einschätzen, B, C dieses Anteils stratifiziert nach Alter und Geschlecht mit 95%-Konfidenzintervallen, jeweils standardisiert nach dem anderen Stratifizierungsfaktor sowie Bildung der Eltern. ....	18
Abbildung 6: Subjektive psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren, Prävalenzen in Prozent .....	21
Abbildung 7: Gleitende Drei-Monats-Schätzungen A des Anteils an Kindern und Jugendlichen, deren Eltern ihre psychische Gesundheit im Allgemeinen als „sehr gut“ oder „ausgezeichnet“ einschätzen, B, C dieses Anteils stratifiziert nach Geschlecht und Alter mit 95%-Konfidenzintervallen, jeweils standardisiert nach dem anderen Stratifizierungsfaktor sowie Bildung der Eltern. ....	22
Abbildung 8: Gleitende Drei-Monats-Schätzungen A des Mittelwerts der Subskala „Psychisches Wohlbefinden“ (Elternbericht; Gesamtpunktzahl 0-100; standardisierter Mittelwert = 50) bei 8- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen in Deutschland B, C des Mittelwerts der Subskala „Psychisches Wohlbefinden“ stratifiziert nach Geschlecht und Alter mit 95%-Konfidenzintervallen, jeweils standardisiert nach dem anderen Stratifizierungsfaktor sowie Bildung der Eltern. Die gestrichelten horizontalen Linien markieren die untere und obere Grenze des unauffälligen Wertebereichs [66]. ....	26
Abbildung 9: Gleitende Drei-Monats-Schätzungen A des Mittelwerts der Subskala „Soziales Wohlbefinden“ (Elternbericht; Gesamtpunktzahl 0-100; standardisierter Mittelwert = 50) bei 8- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen in Deutschland B, C des Mittelwerts der Subskala „Psychisches Wohlbefinden“ stratifiziert nach Geschlecht und Alter mit 95%-Konfidenzintervallen, jeweils standardisiert nach dem anderen Stratifizierungsfaktor sowie Bildung der Eltern. Die gestrichelten horizontalen Linien markieren die untere und obere Grenze des unauffälligen Wertebereichs [66]. ....	27
Abbildung 10: Gleitende Drei-Monats-Schätzungen A des Mittelwerts der Subskala „Schulisches Wohlbefinden“ (Elternbericht; Gesamtpunktzahl 0-100; standardisierter Mittelwert = 50) bei 8- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen in Deutschland, B, C des Mittelwerts der Subskala „Schulisches Wohlbefinden“ stratifiziert nach Geschlecht und Alter mit 95%-Konfidenzintervallen, jeweils standardisiert nach dem anderen Stratifizierungsfaktor sowie Bildung der Eltern. Die gestrichelten horizontalen Linien markieren die untere und obere Grenze des unauffälligen Wertebereichs [66]. ....	28
Abbildung 11: Gleitende Drei-Monats-Schätzungen A des Mittelwerts der Skala „Familiärer Zusammenhalt“ (Elternbericht; Wertebereich 0-100) bei 3- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen in Deutschland, B, C des Mittelwerts der Subskala „Familiärer Zusammenhalt“ stratifiziert nach Geschlecht und Alter mit 95%-Konfidenzintervallen, jeweils standardisiert nach dem anderen Stratifizierungsfaktor sowie Bildung der Eltern. ....	32
Abbildung 12: Gleitende Drei-Monats-Schätzung des Anteils der Schülerinnen und Schüler, der in den vergangenen vier Wochen die Teilnahme an freiwilligen Sport-AGs in der Schule pandemiebedingt reduziert hat mit 95%-Konfidenzintervallen, jeweils standardisiert nach Geschlecht, Alter und Bildung der Eltern. Modellschätzung gewichtet nach Alter, Geschlecht, Bildung der Eltern und Region. Jeder Punkt in der Grafik ergibt sich aus einem Modell für Daten aus drei konsekutiven Monaten; die Schätzungen rücken jeweils einen Monat weiter (z.B. Punkt 1: Jan, Feb, Mrz, Punkt 2: Feb, Mrz, Apr etc.) und sind jeweils zentriert auf Mitte eines Monats bis Mitte des nächsten Monats, zum Beispiel Mitte März bis Mitte April (Mrz/Apr).....	36

- Abbildung 13: Gleitende Drei-Monats-Schätzung des Anteils der Schülerinnen und Schüler, der in den vergangenen vier Wochen die Teilnahme an freiwilligen Sport-AGs in der Schule pandemiebedingt reduziert hat, stratifiziert nach Geschlecht mit 95%-Konfidenzintervallen, jeweils standardisiert nach Alter und Bildung der Eltern. Modellschätzung gewichtet nach Alter, Geschlecht, Bildung der Eltern und Region. Jeder Punkt in der Grafik ergibt sich aus einem Modell für Daten aus drei konsekutiven Monaten; die Schätzungen rücken jeweils einen Monat weiter (z.B. Punkt 1: Jan, Feb, Mrz, Punkt 2: Feb, Mrz, Apr etc.) und sind jeweils zentriert auf Mitte eines Monats bis Mitte des nächsten Monats, zum Beispiel Mitte März bis Mitte April (Mrz/Apr). .....37
- Abbildung 14: Gleitende Drei-Monats-Schätzung des Anteils der Kinder und Jugendlichen, der in den vergangenen vier Wochen die Teilnahme an Vereinssport- oder kommerziellen Sportangeboten pandemiebedingt reduziert hat, standardisiert nach Geschlecht, Alter und Bildung der Eltern. Modellschätzung gewichtet nach Alter, Geschlecht, Bildung der Eltern und Region. Jeder Punkt in der Grafik ergibt sich aus einem Modell für Daten aus drei konsekutiven Monaten; die Schätzungen rücken jeweils einen Monat weiter (z.B. Punkt 1: Jan, Feb, Mrz, Punkt 2: Feb, Mrz, Apr etc.) und sind jeweils zentriert auf Mitte eines Monats bis Mitte des nächsten Monats, zum Beispiel Mitte März bis Mitte April (Mrz/Apr). .....38
- Abbildung 15: Gleitende Drei-Monats-Schätzung des Anteils der Kinder und Jugendlichen, der in den vergangenen vier Wochen die Teilnahme an Vereinssport- oder kommerziellen Sportangeboten pandemiebedingt reduziert hat, stratifiziert nach Geschlecht mit 95%-Konfidenzintervallen, standardisiert nach Alter und Bildung der Eltern. Modellschätzung gewichtet nach Alter, Geschlecht, Bildung der Eltern und Region. Jeder Punkt in der Grafik ergibt sich aus einem Modell für Daten aus drei konsekutiven Monaten; die Schätzungen rücken jeweils einen Monat weiter (z.B. Punkt 1: Jan, Feb, Mrz, Punkt 2: Feb, Mrz, Apr etc.) und sind jeweils zentriert auf Mitte eines Monats bis Mitte des nächsten Monats, zum Beispiel Mitte März bis Mitte April (Mrz/Apr). ..... 39

## 8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung der KIDA-Telefon-Befragung von Eltern 3- bis 15-jähriger Kinder und Jugendlicher .....	9
---	---

## 9 Impressum

### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

### Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2023) 4. Quartalsbericht – Kindergesundheit in Deutschland aktuell (KIDA): Monitoring der Kindergesundheit in (und nach) der COVID-19-Pandemie. Teil 2 – Aktuelle Ergebnisse zur Entwicklung von Indikatoren der Kindergesundheit bei hochfrequenter Beobachtung im KIDA-Erhebungszeitraum

### Veröffentlicht am:

12.07.2023

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

Nadine Flerlage, Cănă Kußmaul, Laura Neuperdt

### sowie:

Dr. Kristin Manz

### unter der Leitung von (Nennung in alphabetischer Reihenfolge):

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

### sowie vom Team der Mental Health Surveillance (Nennung in alphabetischer Reihenfolge):

Stephan Junker, Dr. Lena Walther

### unter der Leitung von (Nennung in alphabetischer Reihenfolge):

Elvira Mauz & Dr. Julia Thom

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

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

