

Abschlussbericht

„Kindergesundheit in Deutschland aktuell“ (KIDA) – Monitoring der Kindergesundheit in und nach der COVID-19-Pandemie

Titel und Verantwortliche

Zuwendungsempfänger:	Robert Koch-Institut
Projekttitle:	„Kindergesundheit in Deutschland aktuell“ (KIDA) – Monitoring der Kindergesundheit in und nach der COVID- 19-Pandemie
Förderkennzeichen:	ZMI1-2521KIG911
Leitung:	Prof. Dr. Julika Loss, Dr. Mira Tschorn, Jennifer Allen
Projektmitarbeitende:	Miriam Blume, Nadine Flerlage, Laura Neuperdt, Tim Weihrauch
Kontaktdaten:	Robert Koch-Institut FG 21 – Epidemiologisches Daten- und Befragungszentrum General-Pape-Str. 64-66 12101 Berlin E-Mail: AllenJ@rki.de Telefon: +49 30 18754 3697
Laufzeit des Projekts:	01.12.2021 – 31.08.2023
Datum des Schlussberichts:	30.11.2023

Inhaltsverzeichnis

Titel und Verantwortliche	1
Inhaltsverzeichnis	2
1 Zusammenfassung	3
2 Einleitung.....	5
3 Erhebungs- und Auswertungsmethodik.....	6
4 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	10
5 Ergebnisse.....	13
5.1 Erster Quartalsbericht	13
5.2 Zweiter Quartalsbericht	14
5.3 Dritter Quartalsbericht	15
5.4 Vierter Quartalsbericht – Teil 1	16
5.5 Vierter Quartalsbericht – Teil 2	17
5.6 Analysen zum Impfstatus	18
6 Gender Mainstreaming Aspekte	19
7 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung	19
8 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse.....	20
9 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/ Transferpotential)	23
10 Publikationsverzeichnis	24
11 Literaturverzeichnis	24

1 Zusammenfassung

Im Kindes- und Jugendalter werden durch die körperliche, kognitive, emotionale und soziale Entwicklung wichtige Voraussetzungen für die Gesundheit im weiteren Lebensverlauf geschaffen. 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. Um sowohl den aktuellen Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten als auch den Zusammenhang mit körperlichen, psychischen und sozialen Determinanten der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen während und nach der COVID-19-Pandemie untersuchen zu können, wurde das Projekt „*Kindergesundheit in Deutschland aktuell*“ (KIDA) – *Monitoring der Kindergesundheit in und nach der COVID-19-Pandemie* vom 1.12.2021 bis zum 31.08.2023 durchgeführt.

Die KIDA-Studie sollte dazu beitragen die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen kontinuierlich durch eine Telefon- und Online-Befragung zu erfassen. So sollte eingeschätzt werden können, wie sich die aktuelle gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland in dieser Zeit darstellt. 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. Innerhalb der Datenerhebung konnte eine Gesamtstichprobe von n= 6.992 (Telefon) bzw. n= 2.894 (Online) erreicht werden.

In der Pandemie hat sich die Gesundheit von einigen Kindern und Jugendlichen verändert. Für 15 % der Kinder wurde beispielsweise angegeben, dass sich die allgemeine Gesundheit verschlechtert habe - im Vergleich zur Zeit vor der COVID 19-Pandemie. Auch hier sind Kinder aus Haushalten mit niedriger Bildung bzw. niedrigem Einkommen im Vergleich zu Haushalten mit hoher Bildung bzw. hohem Einkommen stärker betroffen. 33% der Kinder und Jugendlichen fühlten sich durch COVID 19-bedingten Kontakteinschränkung zu Freunden und Freundinnen belastet. Aber auch pandemieunabhängige Belastungen wurden berichtet: fast 60% gaben an, Berichte über den Ukraine-Krieg würden sie (stark) belasten. Viele Kinder waren durch die pandemiebedingte Reduzierung von Sportangeboten im schulischen und privaten Kontext betroffen, die sich auch zum Ende des KIDA-Erhebungszeitraums noch nicht ganz normalisiert hatte.

In der Pandemie wurden verschiedene unterstützende Maßnahmen z.B. durch Schulen bereitgestellt. Für die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen wurde berichtet, dass sie Hilfe und Unterstützung im privaten Umfeld und in Schulen erhalten hatte. Aber auch hier zeigen die Daten, dass Kinder aus Haushalten mit niedrigem Einkommen seltener z.B. von schulischer Unterstützung erreicht wurden.

Die Ergebnisse aus der KIDA-Befragung zeigen insgesamt, dass die Gesundheit von 3- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen von ihren Eltern nach circa drei Jahren Pandemie überwiegend positiv eingeschätzt wird. Sie weisen aber auch darauf hin, dass Kinder aus Haushalten mit niedrigem Einkommen bzw. niedriger Bildung überdurchschnittlich häufiger von gesundheitlichen Einschränkungen bzw. gesundheitsbezogenen Verschlechterungen betroffen sind und schlechter durch Unterstützung erreicht wurden. Durch die kontinuierliche Datenerhebung konnten neben relevanten querschnittlichen Ergebnissen auch eine Entwicklung von bestimmten Indikatoren über

die Zeit (2022 bis 2023) beobachtet werden. Diese Ergebnisse können die bisherigen Erkenntnislücken zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland für diesen Zeitraum schließen sowie relevante Handlungsfelder aufzeigen, um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen fördern zu können. Hierfür wurden die bereits erarbeiteten Erkenntnisse zeitnah in Quartalsberichten veröffentlicht sowie in Fachgesprächen und auf wissenschaftlichen Tagungen vorgestellt und diskutiert.

2 Einleitung

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 werden von individuellen Entwicklungsrisiken und -chancen beeinflusst (1-3). Die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen steht dabei in Wechselwirkung mit ihren Umweltbedingungen, wie Kita, Schule oder Familie (4). Dabei muss berücksichtigt werden, dass Gesundheitschancen in der Gesellschaft sozial ungleich verteilt sind. Dies zeigt sich bereits in der Kindheit und Jugend deutlich und kann sich über die Lebensspanne fortsetzen (2-4).

Die Corona-Pandemie und die Eindämmungsmaßnahmen führten seit dem Frühjahr 2020 zu vielfältigen Veränderungen in den Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen. Sie beeinflussten damit die Rahmenbedingungen der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie des Gesundheitsverhaltens von Kindern und Jugendlichen (5-12). Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, sowohl den aktuellen Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten als auch den Zusammenhang mit deren sozialer Determinanten (13, 14) während der COVID-19-Pandemie zu untersuchen, auf der Basis eines umfassenden Verständnisses von Gesundheit im Sinne der Salutogenese (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 (6). Die Identifikation von möglichen Unterstützungs- und Versorgungsbedarfen ist eine wichtige Voraussetzung dafür, Angebote frühzeitig, zielgruppensensibel und lebensphasenspezifisch bereitzustellen.

Reviews zum aktuellen Forschungsstand haben gezeigt, dass sich die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie und der nicht-pharmazeutischen Eindämmungsmaßnahmen verschlechtert haben (16, 17). Die Pandemie hatte auch Auswirkungen auf körperlich-sportliche Aktivitäten, insbesondere im zweiten sog. „Lockdown“ im Winter 2020/2021 (12). Kinder und Jugendliche mit vorbestehenden gesundheitlichen Belastungen und Risiken waren besonders vulnerabel für veränderte Rahmenbedingungen während der Pandemie (18). Hierzu zählen u. a. Kinder und Jugendliche mit besonderem Versorgungs- und Unterstützungsbedarf aufgrund vorbestehender eigener Erkrankungen oder gesundheitlicher Einschränkungen oder solche, die bereits vor der Pandemie unter benachteiligten sozialen Bedingungen aufgewachsen sind (19). Soziale Determinanten, wie beispielsweise die soziale Lage oder die Wohnverhältnisse, waren wichtig bei der Bewältigung der neuen Herausforderungen durch die Pandemie (20). Zudem berichteten Familien, die von pandemiebedingten Veränderungen betroffen sind, von erhöhtem Stress und Schwierigkeiten in der Bewältigung der neuen Situation (14) sowie von Sorgen um die Gesundheit ihrer Kinder, deren Bildungserfolg, ihre eigene wirtschaftliche Zukunft und die ihrer Kinder, vor allem in Familien mit sozioökonomischen Risiken (21). Im Verlauf der Pandemie zeigte sich, dass ab der zweiten „Welle“ sozial benachteiligte Gruppen in Deutschland besonders häufig von Infektionen mit SARS-CoV-2 betroffen waren (13).

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.

3 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Das Studiendesign basierte auf dem bewährten Ansatz der GEDA-Studie (Gesundheit in Deutschland aktuell), die seit langem ein zentrales Element des bundesweiten Gesundheitsmonitorings für Erwachsene darstellt. Die KIDA-Studie wurde als kontinuierliche bundesweite Querschnittsbefragung bei Eltern von Kindern im Alter von 3-15 Jahren sowie Jugendlichen im Alter von 16-17 Jahren implementiert. Die Erhebung bestand aus zwei Teilerhebungen: Im ersten Schritt wurde eine telefonische Befragung mittels eines programmierten, vollstrukturierten Fragebogens durchgeführt (Computer Assisted Telephone Interview – CATI). Diese basierte auf einer Zufallsstichprobe von Festnetz- und Mobilfunknummern. Mit der telefonischen Datenerhebung wurde am 9. Februar 2022 begonnen. Ergänzend bekam jede befragte Person einen Zugangscode für eine nachgeschaltete Online-Befragung per E-Mail. Sowohl Eltern als auch Jugendliche beantworteten dort vertiefende Fragen, die gemeinsam mit den Ergebnissen der Telefonbefragung analysiert wurden. Zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft an der online-basierten Vertiefungsbefragung wurden Incentives in Form von Internet-Gutscheinen in Höhe von zunächst 10,-€ pro Kind/Jugendlichen eingesetzt. Zur Steigerung der Teilnahmebereitschaft wurde die Gutscheinhöhe im Juli 2022 auf 25,-€ angehoben. Des Weiteren wurde ein E-Mail-Erinnerungsverfahren (maximal 2 Reminder) etabliert, um die Teilnahmequote zu erhöhen. Die monatlichen Datenerhebungen konnten abhängig von der Stichprobengröße und -zusammensetzung sowie der zu untersuchenden Variablen als Teilstichproben ausgewertet werden.

Um die Interviewbelastung der befragten Person möglichst niedrig zu halten und somit eine möglichst hohe Teilnahmebereitschaft zu erreichen, wurde die Festlegung getroffen, dass die Befragungsdauer des telefonischen Interviews nicht mehr als 20 Minuten betragen sollte. Dies bedeutete, dass eine Auswahl relevanter Indikatoren für den Fragebogen getroffen und dafür ein Kernindikatoren-Set für die telefonische Erhebung definiert wurde. Die Inhalte der Telefonbefragung wurden in fünf Themenblöcke aufgeteilt. Für den Bereich „COVID-19“ 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 auf Fragen zum Bewegungsverhalten und der Nutzung von Sportangeboten. „Soziale Determinanten“ wurden über Fragen zur Bildung der Eltern und das Familienklima behandelt. Der Fragebogen für die telefonische Befragung wurde im Januar 2022 getestet und im Februar 2022 finalisiert. Parallel wurde mit der Entwicklung themenspezifischer Indikatoren-Sets für die vertiefende Online-Erhebung begonnen. Neben weiterführenden allgemeinen Fragen wurde die Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Versorgungsangeboten behandelt. 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. Die Inhalte des Online-Fragebogens wurden im März 2022 finalisiert und konnte nach der Programmierung zunächst getestet und dann ab April 2022 eingesetzt werden.

Abbildung 1 zeigt einen schematischen Überblick über das Studiendesign.

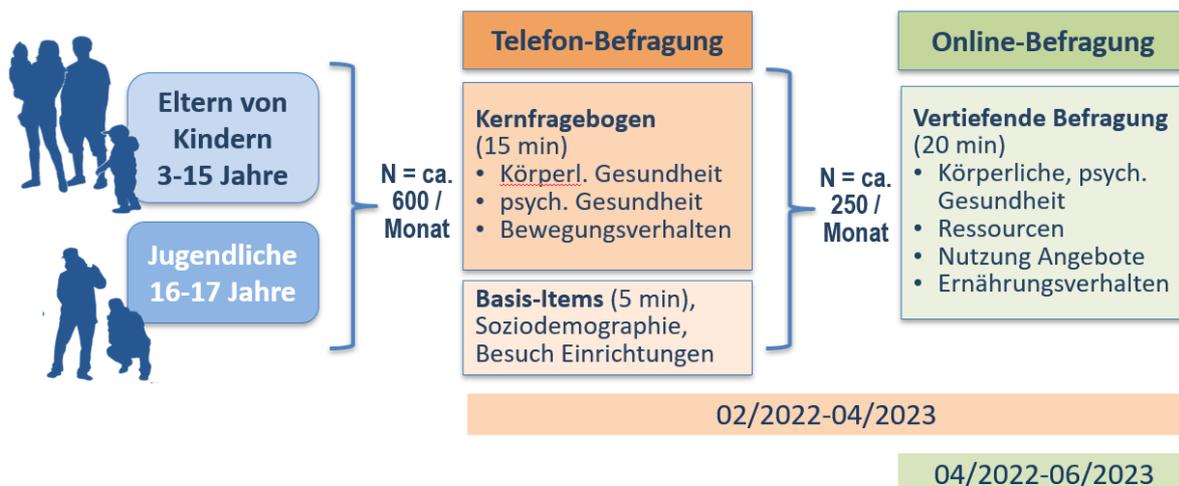


Abbildung 1: Studiendesign von KIDA

Im Austausch mit dem BMG wurde ein regelmäßiges Berichtssystem in Form von Quartalsberichten entwickelt. Die im Berichtszeitraum gewonnenen Daten wurden im Kontext zu den jeweils vorherrschenden Pandemiebedingungen (z. B. Eindämmungsmaßnahmen, altersspezifische Inzidenzen, Testkonzepte) interpretiert und die Ergebnisse vierteljährlich auf der Website des Robert Koch-Instituts veröffentlicht. Ebenso konnten erfolgreich Workshops mit Expertinnen und Experten sowie Beiträge auf verschiedenen Kongressen in 2022 und 2023 realisiert werden.

Die KIDA-Studie unterlag der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat die Studie unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und der Durchführung des Studienvorhabens zugestimmt (Antragsnummer EA2/201/21). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben vor Beginn des Telefoninterviews eine informierte Einwilligung.

In der folgenden Tabelle sind die im Projekt definierten messbaren Ziele und Teilziele detailliert aufgeführt, zusammen mit den entsprechenden Indikatoren zur Operationalisierung dieser Ziele.

1 Übergeordnete(s) Ziel(e):	Wie wird die Zielerreichung gemessen? Bitte nennen Sie konkrete Planzahlen!
Übergeordnetes Ziel 1	
Entwicklung und Umsetzung eines Kernindikatoren-Sets zur Erfassung von Gesundheit und Wohlbefinden sowie begleitenden Pandemiebedingungen und Inanspruchnahme von psychosozialen und medizinischen Unterstützungsangeboten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland in	Kernindikatoren-Set und Fragebogen zur kontinuierlichen Befragung über 12 Monate liegen vor; Monatlich angestrebte Fallzahl von Befragungen zu n= 900-1000 Kindern und Jugendlichen ist erreicht

GEDA (Befragung der Eltern von 3-15-jährigen Kindern, Jugendlichen 16-17 Jahre)	
Teilziele:	
1.1 Unter Berücksichtigung nationaler und internationaler Studien zur Kindergesundheit während der COVID-Pandemie werden relevante Kernkonzepte und Indikatoren zu ihrer Messung festgelegt	Entscheidung für Kernindikatoren-Set liegt vor
1.2 Instrumente zur Erfassung der Konzepte/Ableitung der Indikatoren sind zusammengestellt	Fragebogenentwurf zu Kernindikatoren-Set fertig gestellt
1.3 Start der Telefoninterviews mit kontinuierlicher Erhebung (spätestens Februar 2022)	Monatliche Erhebung bei ca. 900-1.000 Haushalten mit einem oder mehreren Kindern oder Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren wird erreicht
Übergeordnetes Ziel 2	
Entwicklung und Umsetzung themenspezifischer Indikatoren-Sets für flexible Ergänzungen des telefonischen Interviews und vertiefende Online-Erhebungen	Themenspezifisch vertiefende Indikatoren-Sets sind im Einsatz
Teilziele:	
2.1 Erarbeitung und Konsentierung themenspezifischer Indikatoren- zu pandemie-assoziierten Veränderungen von Gesundheitszustand und Gesundheitsdeterminanten bei Kindern und Jugendlichen für die punktuelle Ergänzung telefonischer Befragungen und akzessorische. ca. 20-minütige vertiefende Online-Zusatzbefragungen	Themenspezifische akzessorische Indikatoren-Sets sind unter Berücksichtigung nationaler und internationaler Studien zur Kindergesundheit während der COVID-Pandemie erarbeitet und mit den wiss. Fachgesellschaften und Vertretern von Interessensverbänden im Bereich Kindergesundheit sukzessive abgestimmt.

2.2 Implementierung der Online-Befragung Die Inhalte der Befragung wechseln nach ein oder mehreren Befragungswellen und ermöglichen eine Anpassung an das aktuelle Pandemiegeschehen und eine tiefergehende Befragung einzelner wechselnder Themen in kleineren Fallzahlen.	Umsetzung der zusätzlichen Online Befragung ist erfolgt.
2.3 Start der vertiefenden Online-Befragungen mit kontinuierlicher Erhebung	Allen am Telefoninterview teilnehmenden Eltern und Jugendlichen wird die vertiefende Online Befragung angeboten.
Übergeordnetes Ziel 3	
Auswertung und Kommunikation	Zeitnahe und fortlaufende Ergebnisaufbereitung und -kommunikation sowie Auswertungskonzepte für übergreifende Fragestellungen sind implementiert
Teilziele:	
3.1 Planung und Umsetzung einer zeitnahen Ergebnisdissertation zu Kernindikatoren und themenspezifischen Indikatoren unter Berücksichtigung der verfügbaren Stichprobenumfänge	Machbarkeitsprüfungen, zeitliche Planung und Formate zur Berichterstattung sind abgeschlossen; Online-Freischaltung zur Ergebnisvisualisierung für Kernindikatoren und themenspezifische vertiefende Indikatoren ist erfolgt
3.2 Kontinuierliche und zeitnahe Auswertung der Teilstichproben	Deskriptive Darstellung der Daten aus Teilstichproben; Statistische Auswertungen abhängig von Fallzahlberechnungen zu einzelnen Fragestellungen auf Basis von zusammengefassten Teilstichproben
3.3 Übergreifende Datenauswertungen, Synthesen	Zusammenfassende Darstellung und Publikation der Ergebnisse (z.B. Policy Briefs)

4 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Die nachfolgende Tabelle zeigt den zeitlichen Ablauf der Durchführung der KIDA-Studie im Überblick.

	2021	2022	2023				
	Quartal IV	Quartal I	Quartal II	Quartal III	Quartal IV	Quartal I	Quartal II
Vorbereitung, Anpassung Erhebungsinstrument	x	x	x	x	x		
Telefonische Befragung, N = 1000, repräsentativ		x	x	x	x	x	
Datenaufbereitung		x	x	x	x	x	
Datenauswertung		x	x	x	x	x	x
Ergebnisdissemination			x	x	x	x	x
Meilenstein 1 (M1)	M1						
Meilenstein 2 (M2)		M2					
Meilenstein 3 (M3)		M3					
Meilenstein 4 (M4)			M4				
Meilenstein 5 (M5)				M5			
Meilenstein 6 (M6)					M6		
Meilenstein 7 (M7)						M7	
Meilenstein 11 (M11)							M8

Die Erfüllung der Meilensteine wurde mindestens halbjährlich überprüft.

M 1: Datenschutz- und Ethikvotum sind eingeholt, Erhebungsinstrument liegt abgestimmt vor

M 2: Pretestung Erhebungsinstrument ist abgeschlossen.

M 3 bis M 7: 12 monatliche Erhebungswellen sind abgeschlossen, Daten sind aufbereitet und qualitätsgesichert, Ergebnisse sind im Reporting-Tool abrufbar, Monatliche Berechnung von Kennwerten (Predictive Margins)

M 8: Mindestens 3 Publikationen unterschiedlichen Umfangs sind zur Veröffentlichung eingereicht

Nach Projektbeginn am 01.12.2021 konnte die telefonische Befragung am 09.02.2022 starten, welche durch den Start der Online-Erhebung am 19.04.2022 ergänzt wurde. Die kontinuierlichen Befragungen wurden im April 2023 (Telefonbefragung) und im Juni 2023 (Online-Befragung) erfolgreich abgeschlossen.

Innerhalb des Projekts wurde zunächst ein Kernindikatoren-Set zur Erfassung von Gesundheit und Wohlbefinden sowie begleitenden Pandemiebedingungen und Inanspruchnahme von psychosozialen und medizinischen Unterstützungsangeboten bei Kindern und Jugendlichen entwickelt. Diese wurden um themenspezifische Indikatoren-Sets für die vertiefende Online-Erhebung ergänzt. Die Fragebogenentwicklung (Telefon und Online) wurde im Januar für die telefonische Befragung und im März für die Online-Befragung abgeschlossen. Parallel zur Datenerhebung erfolgte die Bereinigung und Qualitätssicherung der Daten. Weitere Meilensteine innerhalb des Projekts waren die Auswertung, Präsentation und Diskussion der Ergebnisse. Die Datenauswertung kann beispielsweise innerhalb der insgesamt fünf Quartalsberichten eingesehen werden, welche dem BMG in einzelnen Präsentationen zu den jeweiligen Berichten vorgestellt wurden. Zusätzlich wurde eine Publikation veröffentlicht und die Ergebnisse auf wissenschaftlichen Kongressen präsentiert und diskutiert.

Abweichungen gegenüber der ursprünglichen Projektplanung:

Im Jahr 2022 konnte die erwartete Stichprobengröße für KIDA aus verschiedenen Gründen nicht erreicht werden. Ursächlich für die geringere Stichprobenzahl waren folgende Aspekte:

- 1) Der Start der telefonischen Datenerhebung war für Januar 2022 geplant. Jedoch konnte mit dem Feldstart erst in der zweiten Februarwoche begonnen werden, da die Konzeption der Erhebungsinstrumente (Telefon-Fragebogen) und die Abstimmung mit dem BMG mehr Zeit in Anspruch nahm, als ursprünglich im Zeitplan vorgesehen war. Auch die Online-Befragung konnte aufgrund der Abstimmungsprozesse, die notwendig waren, um den Fragebogen optimal an die verschiedenen Bedürfnisse und Anforderungen anzupassen, erst mit Verzögerung im April 2022 beginnen.
- 2) Die geplante Stichprobenerhöhung im Rahmen der GEDA-Studie von N=1000 auf N=4.000 pro Monat und somit auch die Erreichung der für KIDA berechneten Fallzahlen hat wesentlich mehr Zeit als ursprünglich angenommen benötigt. Grund war, dass hierfür das beauftragte externe Markt- und Sozialforschungsinstitut seine Interviewer-Kapazitäten ausbauen musste, was sich als deutlich schwieriger gestaltete als erwartet.
- 3) Die auf früheren Befragungen basierende Annahme, dass in 20 % der über GEDA kontaktierten Haushalte Kinder und Jugendliche leben, traf in diesem Maße nicht auf die aktuell Befragten zu. Im Durchschnitt hatten durchschnittlich 15% der 2022 erreichten Haushalte Kinder, die über das Elterninterview (bei Kindern im Alter von 3 bis 15 Jahren) oder über das Interview der Jugendlichen (16 bis 17 Jahre) selbst in KIDA eingeschlossen werden konnten.
- 4) Zudem ist bei der Fallzahlschätzen davon ausgegangen worden, dass die Teilnahmebereitschaft bei dem in KIDA behandelten Thema (Kindergesundheit, Pandemie) relativ hoch sei. Tatsächlich konnten in den ersten vier Erhebungswellen auch eine hohe Response beobachtet werden. Allerdings fiel die Teilnahmebereitschaft ab Sommer 2022 ab und blieb dann gleichbleibend niedriger als erwartet.

Der Umfang der jeweils erreichten Stichprobe wurde wöchentlich mit dem Markt- und Sozialforschungsinstitut sowie innerhalb des KIDA-Teams besprochen, und Lösungen zur

Verbesserung der Rekrutierung wurden umgesetzt. Dazu gehörten u.a. Erhöhung des eingesetzten Personals, Vereinfachung des Aufklärungstextes für die potenziellen Teilnehmenden und Erhöhung des eingesetzten Incentives für die Teilnahme von 10 € auf 25 €.

Durch diese und andere Maßnahmen konnte eine zuverlässige, konstante monatliche Rekrutierung von ca. 570 Kindern pro Monat erreicht werden.

Auf Basis der eingesetzten Maßnahmen zur Vergrößerung des Stichprobenumfangs und der Ausweitung der Datenerhebung in das Jahr 2023, die durch eine Laufzeitverlängerung des Projekts ermöglicht wurde, konnten die angestrebten Projektziele erreicht werden. Ein Aufstockungsantrag für das Projekt Kindergesundheit in Deutschland aktuell (Monitoring der Kindergesundheit in und nach der COVID-19-Pandemie) in Höhe von 216.585,00 € wurde durch das BMG bewilligt. Auch die nachgeschaltete vertiefende Online-Befragung wurde bis Juni 2023 verlängert, um auch hier die Stichprobengröße zu verbessern. Durch die Verlängerung der Datenerhebung konnte ein Stichprobenumfang von $n = 6.992$ (Telefon) und $n = 2.894$ (Online) erreicht werden. Diese Erhöhung ermöglicht es, bei der Auswertung auch kleine Untergruppen genauer analysieren und identifizieren zu können.

5 Ergebnisse

Mit der telefonischen Datenerhebung wurde am 9. Februar 2022 begonnen. Die Online-Befragung startete am 19. April 2022. Diese behandelte vertiefend die Themen der telefonischen Befragung und darüber hinaus gehende Inhalte.

5.1 Erster Quartalsbericht

Der erste Quartalsbericht fasste die Ergebnisse des ersten Erhebungszeitraumes vom 9. Februar bis 15. Mai 2022 zusammen. Aus methodischen Gründen beinhaltete er ausschließlich die Ergebnisse der telefonischen Elternbefragungen und nur die Angaben zu Heranwachsenden von 3 bis 15 Jahren. Die Stichprobe, auf der die Analysen basieren, umfasste 1.189 Kinder und Jugendliche (weiblich: $n = 575$, männlich: $n = 614$). Die Ergebnisse wurden dem BMG in Form eines Workshops am 02.08.2022 präsentiert; am 12.08.2022 wurde der Bericht auf der RKI-Webseite publiziert (www.rki.de/kida). Die Veröffentlichung wurde durch Presse- und -Öffentlichkeitsarbeit begleitet.

Zentrale Ergebnisse des Berichts:

- Der Erhebungszeitraum war zunächst durch vergleichsweise sehr hohe COVID 19-Neuinfektionsraten unter Kindern und Jugendlichen gekennzeichnet (v.a. im Februar 2022), die im Verlauf zurückgingen. Dabei gab es zunächst mäßige, später nur noch sehr wenige Einschränkungen des öffentlichen Lebens.
- Laut Elternangaben wurden knapp 41 % der 3- bis 15-Jährigen jemals positiv auf SARS-CoV-2 getestet (mittels PCR-Test).
- Die schulische Pflicht zum Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung betraf im Frühjahr 2022 58 % der Schülerinnen und Schüler. 78 % der Kinder in Schulen und Kindertageseinrichtungen mussten sich regelmäßig auf SARS-CoV-2 testen.
- 91 % der Kinder und Jugendlichen von 3 bis 15 Jahren hat nach Angabe ihrer Eltern einen sehr guten oder guten allgemeinen Gesundheitszustand. Bei 18 % der Kinder hat sich der allgemeine Gesundheitszustand im Vergleich zu der Zeit vor der COVID-19-Pandemie verschlechtert.

- Für jedes zehnte Kind geben Eltern einen aktuell erhöhten medizinischen, psychosozialen oder pädagogischen Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf an, bei etwa einem Viertel dieser Kinder ist der Bedarf während der Pandemie neu aufgetreten.
- 92 % der Kinder und Jugendlichen hat nach Angabe ihrer Eltern eine ausgezeichnete, sehr gute oder gute psychische Gesundheit. Bei 27 % hat sich die psychische Gesundheit im Vergleich während vs. vor der COVID-19-Pandemie verschlechtert.
- Das elternberichtete psychische, soziale und schulische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen von 8 bis 15 Jahren lagen im Durchschnitt oder leicht über der europäischen Norm im Normalbereich. Eltern berichteten im Durchschnitt für Jungen im Vergleich zu Mädchen ein niedrigeres schulisches Wohlbefinden.
- Für die Hälfte der Kinder und Jugendlichen gaben die Eltern an, dass sie sich durchschnittlich mindestens eine Stunde pro Tag lebhaft bewegen. Bewegungskurse in Vereinen, Tanz- oder Fitnessstudios wurden von der Hälfte der Kinder und Jugendlichen genutzt, ebenfalls etwa die Hälfte besuchte freiwillige Sportangebote in der Schule (z.B. Sport-AGs).
- Pandemiebedingt fielen im Frühjahr 2022 Angebote aus oder wurden pandemiebedingt seltener oder gar nicht genutzt: Bei der Nutzung von Vereinssport und Sportkursen betraf dies 33 % der Kinder und Jugendlichen, bei der Teilnahme an Sport-AGs in der Schule 38 %.

5.2 Zweiter Quartalsbericht

Der zweite Quartalsbericht fasste die Ergebnisse des Erhebungszeitraumes vom 9. Februar bis 14. September 2022 zusammen. Aus methodischen Gründen beinhaltete er ausschließlich die Ergebnisse der telefonischen Elternbefragungen und nur die Angaben zu Heranwachsenden von 3 bis 15 Jahren. Die Stichprobe, auf der die Analysen basieren, umfasste 3.033 Kinder und Jugendliche (weiblich: n = 1.430, männlich: n = 1.602). Am 28.11.2022 wurde der Bericht auf der RKI-Webseite publiziert (www.rki.de/kida). Die Veröffentlichung wurde durch Presse- und -Öffentlichkeitsarbeit begleitet.

Zentrale Ergebnisse des Berichts:

- Im Erhebungszeitraum gingen die zunächst vergleichsweise sehr hohen Infektionsraten an SARS-CoV-2 unter Kindern und Jugendlichen v.a. im Februar 2022 im Verlauf zurück. Nach einer „Sommerwelle“ befanden sie sich zum Ende des Erhebungszeitraums auf niedrigem Niveau. Dabei gab es zunächst mäßige, dann kaum noch Einschränkungen des öffentlichen Lebens.
- Laut Elternangaben wurden knapp 46 % der 3- bis 15-Jährigen jemals mittels PCR-Test positiv auf SARS-CoV-2 getestet.
- Die Pflicht zum Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung in Schulen sowie eine Testpflicht in KiTas und Schulen bestand zu Beginn der KIDA-Befragungen in fast allen Einrichtungen der Kinder der Befragten. Die Häufigkeit dieser beiden Eindämmungsmaßnahmen reduzierte sich über den Befragungszeitraum hinweg deutlich.
- Auch in der Auswertung der größeren Stichprobe bis einschließlich September 2022 zeigt sich: Die Mehrheit der Kinder (ca. 92 %) hat nach Angabe ihrer Eltern eine sehr gute oder gute allgemeine Gesundheit.
- Bei ca. 15 % der Kinder hat sich nach Angabe ihrer Eltern die allgemeine Gesundheit im Vergleich zu der Zeit vor der COVID-19-Pandemie verschlechtert. Insbesondere Kinder zwischen

7 und 15 Jahren, aus Familien mit niedriger Bildung sowie mit Eltern ohne feste Partnerschaft sind von einer Verschlechterung der allgemeinen Gesundheit seit Beginn der COVID-19-Pandemie betroffen.

- Für jedes zehnte Kind geben Eltern einen aktuell erhöhten medizinischen, psychosozialen oder pädagogischen Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf an. Erhöhte Versorgungs- oder Unterstützungsbedarfe betreffen vor allem Kinder im Alter von 7 bis 15 Jahren, Kinder aus Familien mit niedriger Bildung sowie Kinder von Eltern ohne feste Partnerschaft.
- 57 % der Kinder und Jugendlichen bewegten sich in der Woche vor der Befragung laut Elternangaben durchschnittliche mindestens eine Stunde pro Tag lebhaft. Sie erreichten damit die Mindestempfehlung für körperliche Aktivität der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Mädchen erreichten die WHO-Bewegungsempfehlung tendenziell seltener als Jungen. Je höher das Alter der Kinder und Jugendlichen, desto seltener waren sie wie empfohlen körperlich aktiv. Besonders deutlich ist der Altersgruppenunterschied zwischen den 7- bis 10-Jährigen (65% erreichen die Bewegungsempfehlungen) und den 11- bis 15-Jährigen (41 %).
- Die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen (ca. 93 %) hat nach Angabe ihrer Eltern eine ausgezeichnete, sehr gute oder gute psychische Gesundheit. Bei ca. 21 % der Kinder und Jugendlichen hat sich nach Angabe ihrer Eltern die psychische Gesundheit während vs. vor der COVID-19-Pandemie verschlechtert. Die Verschlechterung der psychischen Gesundheit ist vor allem bei Kindern und Jugendlichen mit niedriger und mittlerer elterlicher Bildung, geringem familiären Zusammenhalt sowie mit Eltern ohne festen Partner/ feste Partnerin assoziiert.
- Der familiäre Zusammenhalt wird von den befragten Eltern eher gut eingeschätzt. Zwischen Geschlechtern und Bildungsgruppen bestehen keine Unterschiede beim familiären Zusammenhalt. Eltern mit jüngeren Kindern und Eltern, die in einer Partnerschaft leben, schätzen den familiären Zusammenhalt besser ein. Zudem berichten Eltern mit psychischen Belastungssymptomen einen schlechteren familiären Zusammenhalt.

5.3 Dritter Quartalsbericht

Der 3. Quartalsbericht fasste Ergebnisse zum Ernährungsverhalten der Kinder und Jugendlichen zusammen, die zwischen dem 20. April und dem 14. November 2022 in der Online-Befragung ermittelt werden konnten. Die Stichprobe, auf der die Analysen basierten, umfasste 1.235 Kinder und Jugendliche (weiblich: n = 652, männlich: n = 583). Am 16.02.2023 wurde der Bericht auf der RKI-Webseite publiziert (www.rki.de/kida). Die Veröffentlichung wurde durch Presse- und Öffentlichkeitsarbeit begleitet.

Zentrale Ergebnisse des Berichts:

- Zwei Drittel der 3- bis 17-Jährigen wurde laut Eltern- oder Selbstangabe in der KIDA-Onlinebefragung niemals positiv auf SARS-CoV-2 getestet.
- Über den gesamten berichteten Zeitraum der KIDA-Onlinebefragung gaben Eltern und Jugendliche für rund 5 % der Schülerinnen und Schüler eine Pflicht zum Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung in der Schule an. Nahezu alle Schulen und Kindertagesstätten waren in diesem Zeitraum laut Angaben der Eltern im regulären Betrieb.
- Nur wenige Kinder und Jugendliche verzehrten aufgrund der Pandemie mehr Fast Food, Fertiggerichte oder zuckerhaltige Erfrischungsgetränke (jeweils unter 7 %), während 14 – 20 %

angaben, der Konsum dieser Lebensmittelgruppen habe sich pandemiebedingt sogar verringert. Außerdem gaben ungefähr jeweils 10 % einen aktuell häufigeren Verzehr von Obst und Gemüse an.

- Insgesamt 73 % der Schülerinnen und Schüler hatten die Möglichkeit, in der Schule eine warme Mittagsmahlzeit zu bekommen. Von ihnen nutzten 55 % dieses Angebot mindestens einmal die Woche, vor allem jüngere Schülerinnen und Schüler sowie Kinder aus Haushalten mit mittlerem und hohem Einkommen. Es gaben 27 % an, das Angebot der Schulverpflegung momentan auf Grund der Pandemie seltener zu nutzen.
- In den Familien wurden regelmäßig Mahlzeiten gemeinsam eingenommen, vor allem das Abendessen, welches vier von fünf Heranwachsenden (fast) täglich mit anderen Familienmitgliedern einnahmen. 14 % gaben an, dass Familienmahlzeiten auf Grund der Pandemie momentan häufiger stattfanden.
- Für mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen wurde täglich zu Hause gekocht, besonders häufig für die Altersgruppe der 12-17-Jährigen. Außerdem berichteten 13 %, dass auf Grund der Pandemie momentan häufiger gekocht wurde.
- Nur die Hälfte der Heranwachsenden aßen täglich sowohl Obst als auch Gemüse. Von den 12-17-Jährigen trank jeder Dritte mindestens drei- bis viermal pro Woche zuckerhaltige Erfrischungsgetränke.
- In Haushalten mit geringem Einkommen nutzten die Kinder und Jugendlichen deutlich seltener die Schulverpflegung und aßen häufiger mit der Familie zu Mittag. Darüber hinaus wurde in dieser Gruppe seltener Obst konsumiert, während zuckerhaltige Erfrischungsgetränke häufiger getrunken wurden.

5.4 Vierter Quartalsbericht – Teil 1

Der 1. Teil des 4. Quartalsberichts fasste die Ergebnisse der zwischen dem 20. April 2022 und dem 12. März 2023 durchgeführten Online-Befragungen zusammen. Die Stichprobe, auf der die Analysen basierten, umfasste 2.380 Kinder und Jugendliche (weiblich: n = 1.158, männlich: n = 1.222). Am 10.05.2023 wurde der Bericht auf der RKI-Webseite publiziert (www.rki.de/kida). Die Veröffentlichung wurde durch Presse- und Öffentlichkeitsarbeit begleitet.

Zentrale Ergebnisse des Berichts:

- 68,4 % der 3- bis 17-Jährigen wurden jemals positiv auf SARS-CoV-2 getestet.
- Über den gesamten berichteten Zeitraum der KIDA-Onlinebefragung gaben Eltern und Jugendliche nur noch sehr selten an, dass in Schulen oder Kindertageseinrichtungen (KiTas) Infektionsschutzmaßnahmen vorgenommen wurden.
- Für mehr als jedes fünfte Kind im Alter von 3 bis 15 Jahren gaben Eltern einen speziellen Versorgungsbedarf an. Ein spezieller Versorgungsbedarf ist dabei als chronisches Problem in mindestens einem der folgenden Teilbereiche definiert: „Einnahme verschreibungspflichtiger Medikamente“, „Notwendigkeit psychosozialer oder pädagogischer Unterstützung“, „funktionelle Einschränkungen“, „spezieller Therapiebedarf“, „emotionale, Entwicklungs- oder Verhaltensprobleme“. Spezielle Versorgungsbedarfe betrafen vor allem Kinder im Alter von 7 bis 15 Jahren und Jungen. Im Vergleich mit anderen Kindern zeigten Kinder mit speziellem

Versorgungsbedarf häufiger eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes im Vergleich zu vor der Pandemie.

- Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 17 Jahren waren nach aktueller Datenlage in verschiedenen Bereichen psychosozial belastet, wobei pandemieassoziierte Belastungen eine untergeordnete Rolle spielen. Vor allem die Berichterstattung über den Krieg in der Ukraine wurde als Belastung berichtet, unabhängig von der finanziellen Situation der Familie oder der Familienform.
- Ein überwiegender Anteil der 6- bis 15-jährigen Schulkinder hatte Zugang zu sozialen und schulbezogenen materiellen Ressourcen, häufiger in Haushalten mit hoher Bildung.
- Die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren hatte in den letzten vier Wochen vor der Befragung keine psychosozialen Unterstützungs- und Versorgungsangebote in Anspruch genommen. Als Grund für die Nicht-Inanspruchnahme wurde mehrheitlich „kein Bedarf“ angegeben. Psychosoziale Unterstützungs- und Beratungsangebote vor Ort wurden im Vergleich zu telefonischen oder onlinebasierten Angeboten häufiger in Anspruch genommen. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wurde häufiger als das sozialpädiatrische Zentrum in Anspruch genommen. Kinder und Jugendliche aus Familien mit geringem Einkommen sowie Ein-Eltern-Familien gaben häufiger als Grund für die Nicht-Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten an, dass ihnen das Angebot nicht bekannt war.
- Die Mehrzahl (70 %) der Eltern der 3- bis 15-Jährigen rauchte nicht oder nicht mehr. Unabhängig vom eigenen Rauchstatus gaben insgesamt rund 20 % der Eltern der 3- bis 15-Jährigen an, dass in ihrer Wohnung oder wohnungsnah, d.h. auf Balkon oder Terrasse, geraucht wird. Dabei ist von einer Passivrauchbelastung der Kinder und Jugendlichen auszugehen. Nur ein sehr geringer Anteil berichtete vom Rauchen in der Wohnung.
- Fast alle Eltern von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren hielten Zähneputzen in ihrer Erziehung für wichtig bis sehr wichtig (ca. 97 %). Für eine große Mehrheit traf das auch auf lebhafte Bewegung/Sport (ca. 88 %) und gesunde Ernährung (ca. 84 %) zu. Jedoch spiegelte sich dieser hohe Stellenwert nicht immer im tatsächlichen Gesundheitsverhalten wider, wie Studien zeigen.

5.5 Vierter Quartalsbericht – Teil 2

Der zweite Teil des 4. Quartalsbericht stellte dar, wie sich verschiedene Merkmale der Kinder- und Jugendgesundheit im zeitlichen Verlauf der telefonischen KIDA-Erhebung von Februar 2022 bis April 2023 entwickelten. Die Analysen basierten auf einer Stichprobe von 6.514 Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren (Angaben im Elternbericht, Telefonbefragung). Am 12.07.2023 wurde der Bericht auf der RKI-Webseite publiziert (www.rki.de/kida). Die Veröffentlichung wurde durch Presse- und Öffentlichkeitsarbeit begleitet.

Zentrale Ergebnisse des Berichts:

- 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.

5.6 Analysen zum Impfstatus

Der Impfstatus für Impfungen gegen COVID-19 wurde in KIDA telefonisch mit der Frage „Haben Sie Ihr Kind gegen die Coronavirus-Erkrankung, Covid-19 impfen lassen?“ Antwortmöglichkeiten ja/nein erhoben. Bis zu einem Alter der Kinder von 15 Jahren erfolgte die Befragung der Eltern, 16- und 17-Jährige wurden mit entsprechend angepasstem Fragetext selbst befragt.

Für die Auswertung wurden die in KIDA verwendeten Altersgruppen entsprechend der den Impfeempfehlungen der Ständige Impfkommission (STIKO) zugrundeliegenden Altersgrenzen angepasst und es werden im Folgenden die Impfquoten für 5- bis 11-Jährige, 12- bis 15-Jährige sowie die Selbstangaben der 16- und 17-Jährigen berichtet. Die Ständige Impfkommission (STIKO) hatte am 24.05.2022 ihre Empfehlung für die COVID-19-Impfung bei 5- bis 11-Jährigen aktualisiert und eine Impfung auch für gesunde Kinder im Alter ab 5 Jahren empfohlen. Seit August 2021 war bereits die COVID-19-Impfung für alle Kinder und Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren empfohlen.

Eine Stratifizierung erfolgte nach Geschlecht der Kinder und elterliche Bildung. Explorativ wurden der zeitliche Verlauf der Impfquoten im über die dreizehn KIDA-Wellen hinsichtlich möglicher Veränderungen analysiert.

Zentrale Ergebnisse:

Die Impfquoten unterschieden sich zwischen den Altersgruppen, die höchste Prävalenz für mindestens eine Impfung gegen COVID-19 wurde mit 87,1% (95%-Konfidenzintervall 82,4-90,7) von 16- und 17-jährigen Jugendlichen berichtet, für 12- bis 15-Jährige wurde eine Impfprävalenz von 71,3% (95%-KI 67,9-74,5) berichtet und Kinder im Alter von 5 bis 11 Jahren waren 31,1% (95%-KI 28,5-33,9) geimpft (Tabelle 1). Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen bestanden nicht. Nach Bildung der Eltern unterschieden sich die Impfprävalenzen nur in der Gruppe der 5- bis 11-Jährigen. In dieser Altersgruppe war die Impfprävalenz bei Kindern von Eltern mit hoher Bildung signifikant höher ($p=0,0008$) als bei Kindern von Eltern mit mittlerer oder einfacher Bildung. Veränderungen der Impfprävalenzen im Zeitverlauf der KIDA-Datenerhebung zeigten sich in keiner Altersgruppe (Daten nicht gezeigt).

<p>Tabelle 1: Prävalenz in % (95%-Konfidenzintervall) von mindestens einer Impfung gegen COVID-19 in KIDA T1-T13; gesamt n=6.143</p>
--

Altersgruppe	Prävalenz mindestens eine SARS-CoV-2 Impfung in % (95%-KI)	Anzahl geimpft
5 bis 11 Jahre	31,1 (28,5-33,9)	1.329
Mädchen	30,4 (27,0-34,1)	627
Jungen	31,8 (28,2-35,7)	702
einfache Bildung	26,3 (17,1-38,1)*	22
mittlere Bildung	26,1 (22,6-29,9)	283
hohe Bildung	41,3 (38,5-44,2)	1.021
12 bis 15 Jahre	71,3 (67,9-74,5)	1.764
Mädchen	71,1 (66,3-75,5)	840
Jungen	71,5 (66,8-75,8)	924
einfache Bildung	65,2 (52,8-75,9)	48
mittlere Bildung	70,6 (66,2-74,6)	548
hohe Bildung	76,9 (73,2-80,1)	1.167
16 bis 17 Jahre	87,1 (82,4-90,7)	422
Mädchen	84,4 (76,4-90,1)	190
Jungen	89,6 (83,9-93,5)	232
einfache Bildung	86,1 (70,2-94,2)	36
mittlere Bildung	85,3 (78,0-90,5)	153
hohe Bildung	91,7 (85,8-95,2)	212
* Die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden		

6 Gender Mainstreaming Aspekte

In der inhaltlichen Konzeption der Fragestellungen, der Datenerhebung und -analyse sowie der Berichterstattung wird ein gendersensibles Vorgehen sichergestellt. Daraus folgt, dass in allen Forschungsphasen geschlechterbezogene Besonderheiten berücksichtigt werden. Mit Blick auf die Datenauswertung und Publikation werden geschlechtervergleichende Betrachtungen vorgenommen.

Konkret wurde innerhalb der Publikation [„Wie steht es um die Gesundheit von Mädchen und Jungen in der COVID-19-Pandemie? Ausgewählte Ergebnisse der KIDA-Studie“](#) die aktuelle Gesundheit von Mädchen und Jungen miteinander verglichen sowie Unterschiede herausgearbeitet und diskutiert.

7 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Die Ergebnisse aus der KIDA-Befragung zeigen, dass die Gesundheit von 3- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen von ihren Eltern nach circa drei Jahren Pandemie überwiegend positiv eingeschätzt wird. Allerdings wurde auch deutlich, dass Kinder aus Haushalten mit niedriger Bildung überdurchschnittlich häufig von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind und auch weniger Zugang zu unterstützenden Ressourcen z.B. aus dem schulischen Umfang haben; auch psychotherapeutische Unterstützungsangebote wurden in dieser Gruppe häufiger aufgrund von Unkenntnis nicht in Anspruch genommen. Hinsichtlich des Bewegungsverhaltens zeigt sich die

Bedeutung der organisierten Sportangebote v.a. auch in der Schule. Bezüglich des Ernährungsverhaltens wurden in der Pandemie auch positive Entwicklungen berichtet, beispielsweise häufigere Familienmahlzeiten. Im Beobachtungszeitraum haben die Eindämmungsmaßnahmen und SARS-CoV-2-Meldezahlen nach dem Februar 2022 rasch abgenommen und waren dann auf niedrigem Niveau konstant. Parallel dazu zeigt sich, dass Kernindikatoren der psychischen und körperlichen Gesundheit sich in diesem Zeitraum nicht wesentlich über die Zeit verändert haben, sondern weitestgehend stabil geblieben sind. Pandemiebedingte Einschränkungen der Bewegungsangebote hingegen normalisierten sich über die Zeit. Die Frage nach den Belastungen der Kinder zeigt, dass neben der COVID 19-Pandemie auch andere gesellschaftliche Entwicklungen Auswirkungen auf das Belastungsempfinden der Kinder und Jugendlichen haben, so die Berichterstattung über den Krieg in der Ukraine oder finanzielle Sorgen der Eltern.

Diese Erkenntnisse verdeutlichen, dass die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Heranwachsenden einem dynamischen Prozess unterworfen sind, der nicht nur von den individuellen Entwicklungen und biographischen Transitionen im Kindesalter geprägt ist, sondern auch von gesellschaftlichen Veränderungen. Daher erscheint es angezeigt, bei Kindern und Jugendlichen eine kontinuierliche Datenerhebung zur gesundheitlichen Lage durchzuführen.

Auf Basis der eingesetzten Maßnahmen zur Vergrößerung des Stichprobenumfangs und der Ausweitung der Datenerhebung in das Jahr 2023 hinein konnten die Projektziele weitestgehend erreicht werden. Durch die Verlängerung der Datenerhebung konnte eine substantielle Stichprobengröße erreicht werden. Diese Erhöhung ermöglichte es, bei der Auswertung auch kleine Untergruppen genauer analysieren und identifizieren zu können. Es konnten erfolgreich übergreifende und detailliertere Analysen mit gleichzeitiger Betrachtung verschiedener Determinanten der Gesundheit sowie zeitliche Trends durchgeführt werden.

8 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Auf Basis von Ergebnissen der KIDA-Studie wurden die Informationen über diverse Kanäle mit dem Fach- und Laienpublikum geteilt.

Berichtsveröffentlichungen

Im Berichtszeitraum wurden fünf Quartalsberichte veröffentlicht:

KIDA-Studie: [1. Quartalsbericht \(12.08.2022, aktualisiert am 13.12.2022\)](#)

KIDA-Studie: [2. Quartalsbericht \(28.11.2022\)](#)

KIDA Studie: [3. Quartalsbericht \(16.02.2023\)](#)

KIDA Studie: [4. Quartalsbericht Teil 1 \(10.05.2023\)](#)

KIDA Studie: [4. Quartalsbericht Teil 2 \(12.07.2023\)](#)

Social Media

Alle Quartalberichtsveröffentlichungen wurden engmaschig vom Social-Media Team des RKI zusammen mit dem KIDA-Team begleitet. Die Berichte wurden jeweils auf Instagram und Twitter/ X geteilt und einige inhaltliche Informationen zusammenfassend dargestellt.

Der zweite Quartalsbericht wurde am 28.11.2022 auf Twitter/ X verlinkt. Dieser Post erreichte 26 Likes, 18 Retweets, 21.821 Impressions, 111 Link-Klicks. Mit dem Post auf Instagram zum 2. Quartalsbericht konnten 34 Likes und 2.896 Konten erreicht werden.



Abbildung 2: Post auf Twitter/ X zum 2. Quartalsbericht



Abbildung 3: Post auf Instagram zum 2. Quartalsbericht

Unterstützung der Interministeriellen Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“

Die Interministerielle Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“ (IMA) hat sich im Sommer 2021 konstituiert und im September 2021 dem Bundeskabinett einen Bericht mit Empfehlungen vorgelegt. Das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend haben im Juni 2022 die Arbeit an der IMA wieder aufgenommen. Ausgangspunkt hierfür war die 7. Stellungnahme des Corona-ExpertInnenrates der Bundesregierung, in der die Wiedereinsetzung der IMA empfohlen wurde. Besonders schwerwiegend war nach Einschätzung des ExpertInnenrates die sekundäre Krankheitslast durch psychische und physische Erkrankungen, wobei Kinder aus sozial benachteiligten Familien besonders betroffen sind. Die IMA befasste sich in ihrer weiteren Arbeit schwerpunktmäßig mit diesen Themen. Grundlage dafür bildete u.a. eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung der bisherigen Empfehlungen der IMA 2021. Diese wurden im Rahmen der 1. IMA-Sitzung am 3. November 2022 vorgestellt. Darauf aufsetzend wurde im Rahmen der 2. IMA-Sitzung beraten, wie Kinder und Jugendliche und ihre Familien bei der Bewältigung der Belastungen durch die COVID-19-Pandemie bestmöglich unterstützt und ihre Gesundheit gefördert werden kann. An den Sitzungen der Interministeriellen Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“ am 3. Und 24. November 2022 nahmen die KIDA-Projektleitung sowie weitere Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter teil. Neben den Vorstellungen weiterer zentraler Studien (u.a. COPSY-Studie, Corona KiTa-Studie) konnte mit der Präsentation der Ergebnisse der KIDA-Studie ein wesentlicher Beitrag zum Diskussionspunkt „Aktuellen Datenlage zur Kinder- und Jugendgesundheit in der Corona-Pandemie“ geleistet werden.

Vorträge und Workshops auf Fachtagungen und Kongressen

Bei der Auftaktveranstaltung des Instituts für **Qualitätsentwicklung und Gesundheitsförderung in Institutionen der frühen Bildung e.V.** (QuIB) hielt Prof. Dr. Julika Loss am 10. Oktober 2022 einen Vortrag mit dem Titel „Welche Rolle spielen Institutionen der frühen Bildung für die Bevölkerungsgesundheit?“, in denen Ergebnisse der KIDA-Studie thematisiert wurden.

Ebenfalls wurden KIDA-Ergebnisse bei der Ersten Sitzung des **Runden Tisches „Bewegung und Gesundheit“** am 10. Oktober 2022 durch Prof. Dr. Julika Loss vorgestellt.

Bei der 57. **Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)** vom 7. Bis 9. September 2022 in Magdeburg wurde unter dem Titel „Wie steht es um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der SARS-CoV-2-Pandemie im Jahr 2022? – Ergebnisse der KIDA-Studie des Robert Koch-Instituts“ ein Expertenworkshop organisiert. Hier wurden das Studiendesign und erste Ergebnisse der KIDA-Studie vorgestellt und gemeinsam diskutiert. Grundlage für den Austausch waren folgende fünf Vorträge:

1. Von welchen Eindämmungsmaßnahmen sind Kinder und Jugendlichen betroffen?
2. Veränderung der subjektiven psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland nach zwei Jahren COVID-19 Pandemie
3. Symptombelastung von Kindern und Jugendlichen in der Pandemie
4. Inanspruchnahme von Bewegungsangeboten in Schule und Sportverein
5. Zusammenhang von sozioökonomischen Determinanten und der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Für den Kongress „**Armut & Gesundheit**“ 2023 wurde eine gemeinsame Veranstaltung mit Praxispartnerinnen und Praxispartnern entwickelt. Der Titel lautete „Wie steht es um die Gesundheit und die Inanspruchnahme von Versorgungs- und Unterstützungsangeboten für Kinder und Jugendliche während der COVID-19-Pandemie? – Ergebnisse der KIDA-Studie des Robert Koch-Instituts sowie Erfahrungen aus der Praxis“. Diese Veranstaltung wurde in 2022 angenommen und fand im März 2023 statt. Dort wurden neben den vom RKI erhobenen Daten zur Inanspruchnahme der psychosozialen Unterstützungsangebote Erfahrungen aus der Praxis diskutiert. Neben einem Einführungsvortrag mit Vorstellung von Ergebnissen aus der Studie zur „Kindergesundheit in Deutschland aktuell“ (KIDA) von M. Blume (RKI, FG 28 – soziale Determinanten der Gesundheit), wurden Erfahrungen aus den Projekten „Nummer gegen Kummer“ von Frau A. Zacharias sowie „Corona und Du“ und „ich bin alles“ von P.-M. Keim von der LMU München vorgestellt.

Auf dem **18. Kassengipfel 2023** in Berlin stellte Prof. Dr. Julika Loss im Rahmen des Vortrags „Prävention durch Förderung gesunder Lebensstile bei Kindern und Jugendlichen“ Ergebnisse der KIDA-Studie vor.

Auf der **Gesundheitskonferenz (Fokus Kindergesundheit)** in Osnabrück wurden die Ergebnisse von KIDA am 08. November 2023 innerhalb des Vortrags „Was wissen wir aktuell zu Ernährung, Bewegung und gesundheitlichen Ungleichheiten im Kindes- und Jugendalter? Ergebnisse der KIDA-Studie aus 2022-23“ von Prof. Dr. Julika Loss vorgestellt worden.

Weitere Ergebnisse wurden von Frau Petra Rattay im Vortrag "Wie steht es aktuell um die gesundheitliche Ungleichheit in Kindheit und Jugend?" auf Einladung der Ärztekammer Nordrhein im Rahmen des "**10. Kammerkolloquium Kindergesundheit – Aktuelle Risiken für die Kinder- und Jugendgesundheit**" am 11.11.2023 in Düsseldorf als Einführungsvortrag präsentiert. Es wurden Ergebnisse zu Unterschieden in der Gesundheit, dem Gesundheitsverhalten, Ressourcen, Belastungen und der Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten nach Einkommensgruppen und Familienform (Ein- versus zwei-Eltern-Familien) präsentiert.

Publikationen

In 2022 wurde durch die Projektmitarbeitenden ein erster wissenschaftlicher Artikel mit dem Titel [„Wie steht es um die Gesundheit von Mädchen und Jungen in der COVID-19-Pandemie? Ausgewählte](#)

[Ergebnisse der KIDA-Studie](#)“ verfasst. Der Artikel wurde im Journal of Health Monitoring (JoHM) im Sommer 2023 veröffentlicht:

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Focus/JHealthMonit_2023_02_KIDA.pdf?blob=publicationFile

Weitere wissenschaftliche Veröffentlichungen werden derzeit konzipiert und erarbeitet. Folgende Publikationen sind aktuell in der Bearbeitung:

- S. Damerow, J. Allen, S. Born, L. Walther, M. Wetzstein (eingereicht): Data Resource Profile: German Health Update (GEDA) & German Children’s Health Update (KIDA) – the health interview survey in Germany
- M. Blume, P. Rattay, L. Wollgast, M. Tschorn, E. Mauz, J. Allen, C. Hövener (2024): Armut und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen
- P. Rattay, Y. Öztürk, M. Blume, NN. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Ein-Eltern-Familien. Ergebnisse der KIDA-Studie. Publikation im BGB für 06/2024 geplant, aktuell in Vorbereitung.
- A. Richter, N. Flerlage, G. Mensink, J. Loss (2023) Warme Mahlzeiten bei Schulkindern: Häufigkeit der Nutzung der Schulverpflegung und Kochen zu Hause – Ergebnisse aus KIDA (Kindergesundheit in Deutschland aktuell) Das Gesundheitswesen; 85(09/09): 816-17. DOI 10.1055/s-0043-1770624 (Poster)
- A. Richter, N. Flerlage, G. Mensink, J. Loss (2024, eingereicht für DGE Kongress): Nutzung der Mittagsverpflegung in der Schule oder Kochen zu Hause – Ergebnisse aus KIDA (Kindergesundheit in Deutschland aktuell)
- K. Manz, S. Krug, J. Loss et al.: Bewegung und Inanspruchnahme von Bewegungsangeboten während der COVID19-Pandemie im zeitlichen Verlauf – Ergebnisse der bundeweiten KIDA Studie
- Kongressbeitrag Armut und Gesundheit (2024): Bewegungs- und Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen und Einfluss der COVID19-Pandemie

Auswertungen werden in Form von Fokusartikeln und Fact Sheets publiziert. Die Daten werden ebenfalls als Scientific Use File der wissenschaftlichen Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

9 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/ Transferpotential)

Die Studie „Kindergesundheit in Deutschland aktuell“ konnte erfolgreich durchgeführt werden.

Die Ergebnisse aus KIDA werden auf weiteren Kongressen und Fachtagungen präsentiert und in weiteren Publikationen ausgewertet. Darüber hinaus können Anträge von externen Institutionen zur Datenauswertung nutzen, um einen maximalen Wissensgewinn mit den erhobenen Daten zu ermöglichen. Zudem sollen die Auswertungen der Daten von KIDA, insbesondere tieferegehende Auswertungen und Zusammenhangsanalysen, dazu beitragen, Schwerpunkte und wichtige Handlungsfelder der Kinder- und Jugendgesundheit zu identifizieren. Die Ergebnisse werden wichtige Hinweise geben, auf welche Themen, Zusammenhänge und Subgruppen ein besonderes Augenmerk bei der zukünftigen Surveillance der Kinder- und Jugendgesundheit gelegt werden soll. Die gewonnenen

Erfahrungen in der methodischen Durchführung der KIDA-Studie sind überaus hilfreich für die Planung weiterer Studien zur Kinder- und Jugendgesundheit.

Um die Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen weiter zu verbessern, ist es entscheidend zu wissen, wie es Kindern und Jugendlichen in Deutschland gesundheitlich geht. Dazu ist eine solide Datenbasis notwendig, um Risiken rechtzeitig zu erkennen, zielgerichtete Maßnahmen zu entwickeln und einzusetzen und die Wirksamkeit dieser Maßnahmen messbar zu machen. **Ein kontinuierliches Monitoring der Kinder- und Jugendgesundheit**, das zeitnah verlässliche Auskünfte zur psychischen und körperlichen Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten, zum Impfstatus sowie weitergehenden sozialen und ökologischen Determinanten und die Identifizierung besonders betroffener Gruppen ermöglicht, **ist unabdinglicher Bestandteil einer Public Health-Surveillance**.

10 Publikationsverzeichnis

[Loss J, Blume M, Neuperdt L, Flerlage N, Weihrauch T et al. \(2023\) Wie steht es um die Gesundheit von Mädchen und Jungen in der COVID-19-Pandemie? Ausgewählte Ergebnisse der KIDA-Studie. J Health Monit 8\(2\): 40–58. DOI 10.25646/11299](#)

11 Literaturverzeichnis

1. Quenzel G. Entwicklungsaufgaben und Gesundheit im Jugendalter. Weinheim: Beltz Juventa; 2015.
2. Lampert T. Frühe Weichenstellung. Zur Bedeutung der Kindheit und Jugend für die Gesundheit im späteren Leben. Bundesgesundheitsbl (2010) 53:5. doi:10.1007/s00103-010-1055-6
3. Dragano N, Lampert T, Siegrist J. "Wie baut sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf auf?". In: Deutsches Jugendinstitut, editor. ^editors. Materialien zum Dreizehnten Kindes- und Jugendbericht - Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. ed. München Sachverständigenkommission Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht; (2010). p. 11-50.
4. Richter M, Dragano N. Micro, macro, but what about meso? The institutional context of health inequalities. Int J Public Health (2018) 63:2. doi:10.1007/s00038-017-1064-4
5. Smith G. "Die Bedeutung einer Lebenslaufperspektive für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit.". In: Bauer U, Bittlingmayer U, Richter M, editor. ^editors. Health Inequalities Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. ed. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; (2008). p. 291-331.
6. Dahl R, Allen N, Wilbrecht L, Suleiman A. Importance of investing in adolescence from a developmental science perspective. Nature (2018) 554:7693. doi:10.1038/nature25770
7. 7. Stellungnahme des ExpertInnenrates der Bundesregierung zu COVID-19 - Zur Notwendigkeit einer prioritären Berücksichtigung des Kindeswohls in der Pandemie (2022). <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/2006266/47d5893828bc9d1ab4d07ed41b7cb078/2022-02-17-siebte-stellungnahme-expertenrat-data.pdf?download=1> (Stand 04.08.2022)
8. Stephenson T, Pinto Pereira S, Shafran R, de Stavola B, Rojas N, McOwat K, et al. Physical and mental health 3 months after SARS-CoV-2 infection (long COVID) among adolescents in England (CLOcK): a national matched cohort study. Lancet Child Adolesc Health (2022) 6:4. doi:10.1016/s2352-4642(22)00022-0
9. Roessler M, Tesch F, Batram M, Jacob J, Loser F, Weidinger O, et al. Post COVID-19 in children, adolescents, and adults: results of a matched cohort study including more than 150,000 individuals with COVID-19. MedRxiv (2021) doi:10.1101/2021.10.21.21265133
10. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Ayuzo Del Valle N, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo P, et al. Long-COVID in children and adolescents: a systematic review and meta-analyses. Sci Rep (2022) 12:1. doi:10.1038/s41598-022-13495-5

11. Coronavirus-Pandemie: Was geschah wann? Chronik aller Entwicklungen im Kampf gegen COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2) und der dazugehörigen Maßnahmen des Bundesgesundheitsministeriums (2022).
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/chronik-coronavirus.html> (Stand: 14.07.2022)
12. Schmidt SCE, Burchartz A, Kolb S, Niessner C, Oriwol D, Hanssen-Doose A, et al. 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 (2021) 165doi:10.5445/IR/1000133697/v2
13. Hoebel J, Michalski N, Wachtler B, Diercke M, Neuhauser H, Wieler L, Hövener C. Socioeconomic Differences in the Risk of Infection During the Second Sars-Cov-2 Wave in Germany. Dtsch Arztebl Int (2021) 118:15. doi:10.3238/arztebl.m2021.0188
14. Spinelli M, Lionetti F, Setti A, Fasolo M. Parenting Stress During the COVID-19 Outbreak: Socioeconomic and Environmental Risk Factors and Implications for Children Emotion Regulation. Fam Process (2021) 60:2. doi:10.1111/famp.12601
15. Blättner B. Das Modell der Salutogenese: Eine Leitorientierung für die berufliche Praxis. Präventiv Gesundheitsf (2007) 2:2. doi:10.1007/s11553-007-0063-3
16. Schlack R, Neuperdt L, Hölling H, De Bock F, Ravens-Sieberer U, Mauz E, et al. Auswirkungen des COVID-19-Pandemiegeschehens und behördlicher Infektionsschutzmaßnahmen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. J Health Monit (2020) 5:4. doi:<https://edoc.rki.de/handle/176904/7549> (Stand: 05.08.2022)
17. Schlack R, Neuperdt L, Junker S, Eicher S, Hölling H, Thom J, et al. Veränderungen der psychischen Gesundheit in der Kinder- und Jugendbevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse eines Rapid Reviews. J Health Monit (2022) 8:S1. doi:10.25646/10760
18. Zijlmans J, Teela L, van Ewijk H, Klip H, van der Mheen M, Ruisch H, et al. Mental and Social Health of Children and Adolescents With Pre-existing Mental or Somatic Problems During the COVID-19 Pandemic Lockdown. Front Psychiatry (2021) 12doi:10.3389/fpsy.2021.692853
19. Patrick S, Henkhaus L, Zickafoose J, Lovell K, Halvorson A, Loch S, et al. Well-being of Parents and Children During the COVID-19 Pandemic: A National Survey. Pediatrics (2020) 146:4. doi:10.1542/peds.2020-016824
20. Barboza M, Marttila A, Burstrom B, Kulane A. Covid-19 and pathways to health inequities for families in a socioeconomically disadvantaged area of Sweden - qualitative analysis of home visitors' observations. Int J Equity Health (2021) 20:1. doi:10.1186/s12939-021-01556-6
21. FamilienMonitor_Corona (8): Eltern sorgen sich zunehmend um die Bildung und die wirtschaftliche Zukunft ihrer Kinder (2021).
https://www.diw.de/de/diw_01.c.818076.de/nachrichten/familienmonitor_corona_8_eltern_sorgen_sich_zunehmend_um_die_bildung_und_die_wirtschaftliche_zukunft_ihrer_kinder.html%20Accessed%20July%202020,%202022

Impressum

Abschlussbericht: „*Kindergesundheit in Deutschland aktuell*“ (KIDA) – *Monitoring der Kindergesundheit in und nach der COVID-19-Pandemie*

Robert Koch-Institut
FG 21 – Epidemiologisches Daten- und Befragungszentrum
General-Pape-Str. 64-66
12101 Berlin

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages