



FEBRUAR 2023
SPECIAL ISSUE **S1**

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Journal of Health Monitoring

Veränderungen der psychischen Gesundheit
in der Kinder- und Jugendbevölkerung in
Deutschland während der COVID-19-
Pandemie – Ergebnisse eines Rapid Reviews

Journal of Health Monitoring · 2023 8(S1)
DOI 10.25646/10760
Robert Koch-Institut, Berlin

Robert Schlack¹, Laura Neuperdt¹,
Stephan Junker¹, Sophie Eicher¹,
Heike Hölling¹, Julia Thom¹,
Ulrike Ravens-Sieberer², Ann-Kristin Beyer¹

¹ Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

² Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
-psychotherapie und -psychosomatik, Sektion
„Child Public Health“

Eingereicht: 04.07.2022
Akzeptiert: 15.08.2022
Veröffentlicht: 01.02.2023

Veränderungen der psychischen Gesundheit in der Kinder- und Jugendbevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse eines Rapid Reviews

Abstract

Hintergrund: Dieser Rapid Review untersucht Veränderungen der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie.

Methode: Grundlage sind 39 Publikationen, die mittels systematischer Literaturrecherche (Stand 19.11.2021) und Handrecherche identifiziert wurden. Die Datengrundlagen der eingeschlossenen Publikationen wurden bezüglich ihrer Repräsentativität für die Allgemeinbevölkerung systematisiert, die verwendeten Indikatoren hinsichtlich der abgebildeten Konstrukte und ihrer Verlässlichkeit kategorisiert.

Ergebnisse: Die große Mehrzahl der Studien bezog sich auf den Pandemiebeginn bis zum Sommerplateau 2020. Aus repräsentativen Studien wurde überwiegend ein hohes Ausmaß an pandemiebezogenen Belastungen, Zunahmen psychischer Auffälligkeiten und Beeinträchtigungen der Lebensqualität berichtet. Nichtrepräsentative Studien zeigten gemischte Ergebnisse. Vulnerable Gruppen ließen sich nur eingeschränkt identifizieren. Routine- und versorgungsbezogene Daten wiesen Rückgänge der ambulanten und stationären Inanspruchnahme während der Pandemiewellen mit Nachholeffekten aus. Kinder und Jugendliche erweisen sich in der Pandemie als vulnerabler im Vergleich zu Erwachsenen. Ihre Belastung variierte jedoch mit den Pandemiewellen und den assoziierten Eindämmungsmaßnahmen. **Schlussfolgerungen:** Ein zukünftiges vorausschauendes Krisen- und Pandemiemanagement erfordert eine engmaschige und kontinuierliche Surveillance der psychischen Kindergesundheit sowie eine bessere Identifikation von Risikogruppen.

COVID-19-PANDEMIE · PSYCHISCHE GESUNDHEIT · KINDER UND JUGENDLICHE · DEUTSCHLAND · RAPID REVIEW

1. Einleitung

Der Beginn der COVID-19-Pandemie stellte die Gesellschaften weltweit vor nie dagewesene Herausforderungen. Nachdem die Weltgesundheitsorganisation am 11. März 2020 die SARS-CoV-2-Epidemie zur Pandemie erklärt hatte [1],

wurden in Deutschland ab Mitte März 2020 binnen kürzester Zeit weitreichende nichtpharmazeutische Eindämmungsmaßnahmen eingeführt. Dazu zählten umfassende Kontaktbeschränkungen („Social Distancing“), Absagen von Großveranstaltungen, Reisewarnungen, Quarantäne, Empfehlungen oder Verpflichtungen zum Arbeiten im

Der vorliegende Rapid Review ist die erste systematische Evidenzsynthese von pandemiebezogenen Ergebnissen zur bevölkerungsbezogenen psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.

Homeoffice sowie die zeitweise Schließung von Spielplätzen, Kindertagesstätten und Schulen. Auf Grund ihrer entwicklungsbedingten Vulnerabilität waren Kinder und Jugendliche von vielen dieser Maßnahmen, die zunächst vor allem dem Schutz älterer oder chronisch kranker Risikopersonen dienten, besonders betroffen [2, 3]. So führten die Kita- und Schulschließungen zu Einschränkungen beim Bildungserwerb, dem Verlust von Tagesstruktur, fehlenden oder eingeschränkten Bewegungsmöglichkeiten. Ebenso waren Freizeitaktivitäten sowie die familiären und sozialen Kontakte zu Großeltern, Verwandten, Freundinnen und Freunden eingeschränkt. Räumliche Enge während der Eindämmungsmaßnahmen und/oder pandemiebedingte wirtschaftliche Schwierigkeiten in den Familien erhöhten die Risiken für innerfamiliäre Spannungen und Streitigkeiten und mutmaßlich auch für häusliche Gewalt und Kindesmisshandlung [4]. Berichtet wurden auch Ängste von Kindern und Jugendlichen in Bezug auf eine eigene COVID-19-Infektion oder der Ansteckung naher Familienangehöriger (Eltern, Großeltern) beziehungsweise deren Erkrankung oder Tod [5, 6].

Schon zu Beginn waren mögliche Auswirkungen der Pandemie sowie Auswirkungen von nichtpharmakologischen Eindämmungsmaßnahmen auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung international thematisiert worden, für Erwachsene jedoch mehr als für Kinder und Jugendliche [7–10]. Im Dezember 2020 legten Schlack et al. [4] einen nichtsystematischen, narrativen Literaturreview zur Entwicklung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vor. Dieser fasste Daten und empirische Ergebnisse aus der ersten Pandemiewelle für Deutschland bis Juli 2020 zusammen, die zu diesem Zeitpunkt jedoch

oft nur in Form von Vorabmeldungen oder als Presseberichte oder -mitteilungen vorlagen. Diese ersten Befunde legten ein hohes Ausmaß an pandemiebedingten psychischen Belastungen, Ängsten und Sorgen sowie Einbußen an Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen und ihren Familien nahe. Dabei erschienen Kinder und Jugendliche aus sozioökonomisch benachteiligten Familien, aus Familien mit Migrationshintergrund sowie Kinder mit vorbestehenden psychischen Störungen besonders belastet [4]. Mit einem zeitlichen Abstand von mehr als eineinviertel Jahren und nach drei weiteren Pandemiewellen erschien eine erneute Bestandsaufnahme der Literatur- und Datenlage zur bevölkerungsbezogenen psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland in der Pandemie angezeigt. Ziel der vorliegenden Arbeit ist eine systematische Evidenzsynthese nach der Methodik eines Rapid Reviews. Wie bei einem systematischen Review handelt es sich bei einem Rapid Review um eine systematische Evidenzsynthese, die jedoch durch die Anwendung methodischer „Abkürzungen“ ([11], S. 174) rascher erstellt werden kann [11, 12].

In abrupt auftretenden gesundheitlichen Großkrisenlagen wie der gegenwärtigen Pandemie benötigen Verantwortliche in Politik und Versorgung schnelle und verlässliche Informationen, sowohl über vulnerable Gruppen in der Bevölkerung als auch über den Umfang von Versorgungsbedarfen [13], um zielgerichtet und zügig Maßnahmen einleiten zu können. Von Bedeutung für die Verlässlichkeit empirischer Daten ist dabei unter anderem, ob sie sich auf die Allgemeinbevölkerung übertragen lassen [13, 14]. Eine Möglichkeit, Informationen vergleichsweise preiswert und schnell zu generieren, sind ad-hoc durchgeführte

Online-Studien mit selbstrekrutierenden Stichproben, bei denen die Teilnehmenden beispielsweise über Bekanntmachungen im Internet, über Social Media oder Mund-zu-Mund-Propaganda zur Studienteilnahme gewonnen werden (sog. Convenience Samples). Solche Studien sind jedoch nicht bevölkerungsrepräsentativ und unterliegen hinsichtlich der Abschätzung von Prävalenzen und/oder zeitlichen Trends von Häufigkeiten der Gefahr der Verzerrung. Gerade bei Erhebungen mit Fokus auf psychosoziale Belastungen können Personen, die selbst akut belastet sind, besonders teilnahmemotiviert und damit in der Stichprobe überrepräsentiert sein [15]. Umgekehrt ist bekannt, dass Personen mit manifesten psychischen Störungen, Ältere sowie Personen mit geringerer Bildung seltener an reinen Onlineerhebungen teilnehmen [13]. Eine systematische Nichtteilnahme bestimmter Bevölkerungsgruppen kann bei diesem Studientyp nicht mittels Gewichtung ausgeglichen werden.

Der vorliegende Rapid Review verfolgt insgesamt vier Ziele: Erstens soll eine Evidenzsynthese der quantitativen Forschung zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowie der Datenlage zur Versorgung psychischer Auffälligkeiten und Störungen während der Pandemie in Deutschland vorgelegt werden. Der regionale Geltungsbereich der Datenerhebungen wurde daher auf Deutschland begrenzt, Studien aus anderen Ländern sowie Studien mit gemischten Stichproben mit Teilnehmenden aus mehreren Ländern wurden ausgeschlossen. Waren jedoch bei multinationalen Studien Ergebnisse für deutsche (Teil-)Stichproben separat ausgewiesen, wurden diese berücksichtigt. Um relevante Publikationen mit Teilnehmenden, die in Einzelfällen die Volljährigkeitsgrenze

überschritten hatten, nicht auszuschließen, wurden Studien mit Teilnehmenden bis zu einer Höchstaltersgrenze von einschließlich 20 Jahren in den Review eingeschlossen. Waren in Studien mit einem breiten Altersspektrum bis in das Erwachsenenalter hinein Ergebnisse für Kinder und Jugendliche bis einschließlich 17 Jahren separat ausgewiesen, wurden diese ebenfalls eingeschlossen. Zweitens soll festgestellt werden, wie umfangreich und wie verlässlich die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in den eingeschlossenen Publikationen abgebildet ist. Hierzu wurden die in den Studien verwendeten Indikatoren, Instrumente und Inventare jeweils übergeordneten Konstrukten zugewiesen und in eine tabellarische Übersicht gebracht. Drittens wird untersucht, wie belastbar die Datengrundlagen in Bezug auf ihre Aussagefähigkeit für die Allgemeinbevölkerung sind. Zur Beantwortung dieser Frage wurden die den jeweiligen Publikationen zugrundeliegenden Datenkörper hinsichtlich ihres Charakters sowie ihrer Repräsentativität für die jeweilige Bezugsbevölkerung systematisiert und tabellarisch dargestellt. Und viertens wird untersucht, wie (gut) die Entwicklung der bevölkerungsbezogenen psychischen Kindergesundheit während der Pandemie in der deutschen Forschungs- und Datenlandschaft abgebildet ist. Hierzu wurden die Anzahl und die Erhebungszeiträume der den eingeschlossenen Veröffentlichungen zugrundeliegenden Datenkörper (Primär- und Routinedaten) in Beziehung zum Pandemieverlauf gesetzt.

Im vergangenen Jahr wurde aus dem Fachgebiet Psychische Gesundheit am Robert Koch-Institut im Rahmen der im Aufbau befindlichen Mental Health Surveillance von Mauz et al. bereits ein Rapid Review zur psychischen Gesundheit der Erwachsenenbevölkerung während der COVID-19-

Pandemie [16] vorgelegt. Im Interesse einer möglichst einheitlichen und vergleichbaren Berichterstattung über das gesamte Altersspektrum orientiert sich der vorliegende Rapid Review hinsichtlich des methodischen Vorgehens sowie Ergebnisdarstellung in Abbildungen und Tabellen weitestmöglich an der Arbeit zur Erwachsenenbevölkerung [16].

2. Methode

Die Methodik dieses Reviews ist an dem vom Kompetenznetz Public Health zu COVID-19 (<https://www.public-health-covid19.de/>) mit Bezug auf Tricco et al. [12] vorgeschlagenen standardisierten Vorgehen für den Rapid-Review-Prozess im Kontext der gegenwärtigen Pandemie ausgerichtet [11]. Dies wird nachfolgend im Detail beschrieben.

2.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche wurde anhand der PECO-Kriterien mit folgenden Spezifikationen durchgeführt: Population: Kinder und Jugendliche in Deutschland; Exposition: COVID-19-Pandemie; Comparison: vor/nach beziehungsweise nach COVID-Ausbruch in Deutschland; Outcome: psychische Gesundheit. Die Ein- und Ausschlusskriterien waren:

Einschlusskriterien

- (1) Zielpopulation: Allgemeinbevölkerung in Deutschland (sowie Subgruppen nach Region und Alter)
- (2) Altersgruppe: Kinder und Jugendliche bis einschließlich 20 Jahre
- (3) Beobachtungszeitraum: Während der COVID-19-Pandemie

- (4) Abgebildete Konstrukte: Psychische Gesundheit als Haupt-Outcome
- (5) Publikation eines zeitlichen Vergleichs (gegenüber Messzeitpunkten vor Pandemiebeginn oder während der Pandemie)
- (6) Publikationssprache: Deutsch/Englisch

Ausschlusskriterien

- (1) Publikationstyp: Reviews, Übersichtsarbeiten, Stellungnahmen, Comments, Letters to the Editor
- (2) Methodologie: Rein qualitative Daten
- (3) Darstellung der Studienmethodik: Nicht ausreichend transparent dargestellte Methodik
- (4) Auswertungsdesign: Ausschließlich Zusammenhangsanalysen ohne Bericht von Häufigkeiten beziehungsweise deren Veränderungen in der Allgemeinbevölkerung
- (5) Zielpopulation: Subgruppen jenseits der o. g. genannten soziodemografischen Merkmale, z. B. Personen mit vorbestehenden spezifischen psychischen Störungen, außer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) und Essstörungen

Systematische Recherche

Suchgrundlage bildete die von der Bibliothek des Robert Koch-Instituts im Zuge der COVID-19-Pandemie erstellte Literaturdatenbank (Zugriff 19.11.2021). In diese werden seit Beginn der Pandemie wöchentlich alle Publikationen eingepflegt, die mittels verschiedener Suchstrings ([Annex Tabelle 1](#)) in den Datenbanken PubMed und Embase sowie den zusätzlich durchsuchten Preprintservern ArRxiv, BioRxiv, ChemRxiv, MedRxiv, Preprints.org, Research-Square und SSRN identifiziert werden.

Die Literaturdatenbank wurde mittels mehrerer durch Filterbegriffe festgelegter Suchstrings ([Annex Tabelle 1](#)) nach Texten zur psychischen Gesundheit, Schule und Schulschließungen sowie zu häuslicher Gewalt durchsucht. Alle hierdurch extrahierten Texte wurden über einen vierten Suchstring zunächst nach „Kinder und Jugendliche“ und mittels eines fünften Suchstring nach ihrem Bezug auf „Deutschland“ gefiltert.

Handrecherche

Über die systematische Suche in den genannten internationalen Datenbanken hinaus wurden Publikationen in weiteren Disseminationsformaten wie Berichte, Websites von Studien, Pressemitteilungen oder Krankenkassenreporten gesucht, da angesichts des hohen Informationsbedarfs und der daraus resultierenden schnellen Abfolge wissenschaftlicher Publikationen zu COVID-19 davon auszugehen war, dass nicht alle Ergebnisse dort bereits gelistet waren. Insbesondere Krankenkassendaten werden auch nicht notwendigerweise in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift veröffentlicht. Die Literaturrecherche wurde daher auf folgende Bereiche erweitert:

- (1) Systematische Recherche in der Datenbank der Weltgesundheitsorganisation (WHO) „COVID-19. Global literature on coronavirus disease“ (Letzte Aktualisierung 06.12.2021; Suchstring siehe [Annex Tabelle 1](#)).
- (2) Webseiten COVID-19-bezogener Studien in der Allgemeinbevölkerung, gelistet auf der Webseite des Rats für sozialwissenschaftliche Daten (RatSWD) (Zugriff 24.11.2021).
- (3) Pressemeldungen und aktuelle Reporte beziehungsweise Studien von u. a. Leistungsträgern und

-erbringern des Gesundheitssystems (z. B. Krankenkassen, ambulante Versorgungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Krankenhausstatistik) sowie versorgungsbezogene Primärdaten (letzte Aktualisierung 06.04.2022).

- (4) Screening von Publikationen und Literaturlisten aus dem Kompetenznetz Public Health zu COVID-19 (letzte Aktualisierung 22.11.2021).
- (5) Suche nach relevanten COVID-19-bezogenen Studien und Publikationen via Suchmaschine Google (Zugriff 16.11.2021; Suchstring siehe [Annex Tabelle 1](#)).
- (6) Screening nach relevanten COVID-19-bezogenen Studien und Publikationen, gelistet auf der Webseite der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Nervenheilkunde und Psychosomatik (DGPPN) (Zugriff 19.11.2021).
- (7) Screening von Literaturverzeichnissen von COVID-19-bezogenen Reviews, Stellungnahmen und Policy Briefs auf relevante Studien und Publikationen (letzte Aktualisierung 10.02.2022).

2.2 Titel- und Abstract-Screening, Volltextanalyse

Nach der systematischen Recherche wurden die dabei extrahierten Publikationen einem Titel- und Abstractscreening unterzogen. Zwanzig Prozent der extrahierten Publikationen wurden von zwei erfahrenen Personen (RS und AKB) gegengeprüft. Dabei ergaben sich keine divergierenden Einschätzungen. In einem nächsten Schritt wurden die verbliebenen Publikationen einer Volltextanalyse unterzogen und gemäß ihrer Eignung für den Einschluss in den Review klassifiziert. Mit den über die Handrecherche

aufgefundenen Publikationen wurde analog verfahren. Alle Publikationen wurden von mindestens zwei Personen begutachtet. Publikationen, für die zunächst keine eindeutige Entscheidung getroffen werden konnte, wurden im Team mit mindestens drei Personen diskutiert und in einem iterativen Prozess nach den oben genannten Kriterien ein- oder ausgeschlossen.

2.3 Systematische Extraktion der relevanten Daten

Die relevanten Daten der eingeschlossenen Publikationen wurden gemäß den oben dargestellten Kriterien systematisch extrahiert und tabellarisch aufbereitet ([Annex Tabelle 3](#)), die verwendeten Indikatoren identifiziert, kategorisiert und ebenfalls tabellarisch aufbereitet ([Annex Tabelle 4](#)). Das Vorgehen erfolgte hierbei in Anlehnung an Mauz et al. [16]. Die Datenextraktion wurde durch jeweils mindestens zwei weitere Personen qualitätsgesichert.

2.4 Kategorisierung der eingeschlossenen Publikationen nach inhaltlichem Bezug

Primärdatenerhebungen mit direkten Informationen zu möglichen Veränderungen der psychischen Gesundheit in der Kinder- und Jugendbevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie wurden unter der Kategorie I „Primärdaten zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Kontext des Pandemiegeschehens“ zusammengefasst ([Annex Tabelle 3](#) und [Annex Tabelle 4](#)). Unter die Kategorie II „Routinedaten und versorgungsbezogene Primärdaten“ wurden Aspekte der Versorgung von Kindern und

Jugendlichen im Kontext psychischer Auffälligkeiten und Störungen aus veröffentlichten Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, gesetzlicher Krankenkassen und des statistischen Bundesamtes sowie aus Primärdatenerhebungen mit Versorgungsbezug gefasst.

2.5 Kategorisierung der Indikatoren psychischer Gesundheit

Die in den eingeschlossenen Publikationen berichteten Indikatoren, Instrumente und Inventare zur Erhebung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wurden analog des Vorgehens bei Mauz et al. [16], aber adaptiert für das Kindes- und Jugendalter, zunächst nach ihren übergeordneten inhaltlichen Outcome-Bereichen wie folgt kategorisiert (siehe auch [Annex Tabelle 4](#)):

- Outcome-Typ (a): Indikatoren positiver psychischer Gesundheit,
- Outcome-Typ (b): Indikatoren psychischer Belastung,
- Outcome-Typ (c): Indikatoren von akuter Symptomatik einer psychischen Störung,
- Outcome-Typ (d): Indikatoren zu Gewalterfahrungen sowie
- Outcome-Typ (e): Indikatoren aus Routinedaten und
- Outcome-Typ (f): Indikatoren aus versorgungsbezogenen Primärdatenerhebungen.

Innerhalb der Kategorisierung der Outcome-Typen erfolgte noch einmal eine inhaltliche Gliederung nach den jeweils identifizierten Konstrukten sowie den eingesetzten Inventaren und Erhebungsinstrumenten (Outcome-Typ a–d) beziehungsweise den jeweils identifizierten Versorgungsbereichen (Outcome-Typ e und f). Diese

Zuordnungen sollen es einerseits ermöglichen einzuschätzen, wie umfangreich die psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland während der COVID-19-Pandemie erfasst wurde, andererseits (mit Blick auf die Verwendung standardisierter und validierter Instrumente), mit welcher Verlässlichkeit die inhaltlichen Outcome-Bereiche erhoben wurde.

2.6 Systematisierung nach Art der Datengrundlage (Studientypen)

Sofern es sich bei den Datengrundlagen der eingeschlossenen Publikationen um Primärdatenerhebungen handelte, erfolgte eine Systematisierung nach dem Erhebungsdesign der Datengrundlagen in die Studientypen A – G in Orientierung an Mauz et al. [16], jedoch mit gegenstandsbezogenen Adaptationen und Erweiterungen ([Annex Tabelle 2](#)).

Publikationen wurden dem Studientyp A zugeordnet, wenn deren Datengrundlage Vergleiche mit Prävalenzen oder Merkmalsausprägungen entweder aus dem vorpandemischem Zeitraum oder zu verschiedenen Zeitpunkten während der Pandemie auf Basis einer repetitiven Vollerhebung oder einer repetitiven, mit einem Zufallsverfahren gezogenen Querschnittstichprobe oder einer populationsrepräsentativen Quota-Stichprobe ermöglichte.

Dem Studientyp B wurden Publikationen zugeordnet, deren Datengrundlage eine repräsentativ angelegte Trendstudie, basierend auf einer repetitiven, mit einem Zufallsverfahren oder mit einem populationsrepräsentativen Quota-Verfahren gezogenen Stichprobe aus einem Accesspanel darstellte.

Dem Studientyp C wiederum wurden Publikationen zugeordnet, deren Datengrundlage auf einer einmalig durchgeführten Vollerhebung oder Querschnittsstudie, basierend auf einer mit einem Zufallsverfahren gezogenen Stichprobe aus einer Bezugsbevölkerung, einem Accesspanel oder einer populationsrepräsentativen Quota-Stichprobe beruhte.

Dem Studientyp D schließlich wurden Publikationen zugeordnet, deren Datengrundlage eine Längsschnittstudie mit einer repräsentativen Ausgangstichprobe zum Ersterhebungszeitpunkt war, die Rückschlüsse auf individuelle Veränderungen auf Bevölkerungsbasis zulässt. Wie bei Mauz et al. [16] werden die Studientypen A – D hinsichtlich ihrer Aussagefähigkeit für die Allgemeinbevölkerung als methodisch belastbarer eingestuft. Als hinsichtlich populationsrepräsentativer Aussagen methodisch nur eingeschränkt belastbar werden hingegen Querschnittstudien mit nichtrepräsentativen, selbstselektierenden Stichproben (Convenience Samples; Studientyp E) betrachtet, ebenso wiederholte Querschnitterhebungen (Studientyp F) oder Längsschnittstudien (Studientyp G) auf Basis nichtrepräsentativer Ausgangstichproben.

Routinedaten wurden im Hinblick auf ihre Aussagen über die Allgemeinbevölkerung den methodisch belastbareren Datenquellen zugeordnet, in der Aussagekraft vergleichbar mit Studientyp A – D. Sie fallen im Rahmen von Dokumentations- und Abrechnungsvorgängen gesetzlicher Krankenkassen oder in amtlichen Statistiken an, stellen Vollerhebungen der jeweiligen Grundgesamtheit dar und sind damit für diese repräsentativ, im Fall gesetzlicher Krankenkassen etwa für die jeweilige Versichertenklientel. Bei Veröffentlichungen aus den Daten einzelner

Krankenkassen wird häufig noch eine Gewichtung (z. B. nach Alter und Geschlecht) mit Mikrozensus-Daten vorgenommen, um eine Anpassung an die Allgemeinbevölkerung zu erreichen [vgl. z. B. 17]. Publikationen mit Ergebnissen aus versorgungsbezogenen Primärdatenerhebungen wurden in gleicher Weise systematisiert wie die Primärdatenerhebungen der Kategorie I. Auch wenn sie im strengen Sinne keine Primärdaten liefern, wurden in diesem Review auch Daten aus Praxisnetzwerken [18, 19] zu den versorgungsbezogenen Primärdatenerhebungen gezählt, da diese – anders als zum Beispiel die Routinedaten gesetzlicher Krankenkassen – eine Auswahl und keine Vollerhebung der jeweiligen Grundgesamtheit darstellen.

2.7 Pandemieverlauf und zeitliche Korrespondenz der Datenerhebungen

Um zu untersuchen, inwiefern die Datenkörper, auf denen die eingeschlossenen Publikationen beruhen, den Pandemieverlauf seit März 2020 widerspiegeln und für welche Phasen der Pandemie sie Aussagen ermöglichen, wurden die Beobachtungszeiträume der jeweiligen Datenerhebungen für alle eingeschlossenen Publikationen ermittelt und der Entwicklung der Inzidenzen und Todesfallzahlen während der COVID-19-Pandemie gegenübergestellt (**Abbildung 2**). Angelehnt an die kontinuierlich fortgeschriebene Einteilung der Pandemiephasen von Schilling et al. [20, 21] und Tolksdorf et al. [22], wurde der Pandemieverlauf bis zum Ende des Einschlusszeitraums des Reviews am 19.11.2021 retrospektiv in sechs Phasen eingeteilt:

1. Welle 1 von Mitte März bis Mitte Mai,
2. Sommerplateau 2020 von Mitte Mai bis Ende September 2020,
3. Welle 2 von Anfang Oktober 2020 bis Ende Februar 2021,
4. Welle 3 von Anfang März bis Mitte Juni 2021,
5. Sommerplateau 2021 von Mitte Juni bis Mitte Juli 2021 sowie
6. Welle 4 ab Anfang August 2021.

Wie bei Mauz et al. [16] sind die Beobachtungszeiträume der den eingeschlossenen Publikationen zugrundeliegenden Datenerhebungen in Abständen von halben Monaten über den Gesamtzeitraum der Pandemie angegeben. Dargestellt sind Zeiträume, für die in der jeweiligen Monatshälfte Daten für mindestens sieben Tage vorlagen. Traf dies auf keine Monatshälfte zu, wurde die Studie dem Zeitraum zugeordnet, in dem die meisten Studientage lagen.

3. Ergebnisse

3.1 Literaturrecherche

Am Ende des mehrstufigen Ein- und Ausschlussprozesses gemäß den oben genannten Kriterien wurden aus der systematischen Recherche (Stand: 19.11.2021) 983 Publikationen mit Bezug zu Deutschland extrahiert, von denen nach manuellem Ausschluss 24 für den Einschluss in den Review geeignet waren. Über die Handrecherche wurden insgesamt 478 Publikationen (Stand 10.02.2022) gefunden. Von diesen waren 15 für einen Einschluss in den Review geeignet. Somit konnten insgesamt 39 Publikationen in den Review eingeschlossen werden (**Abbildung 1**).

Abbildung 1
Flussdiagramm zu den Ein- und Ausschlüssen
der Literaturrecherche
 Quelle: Eigene Darstellung

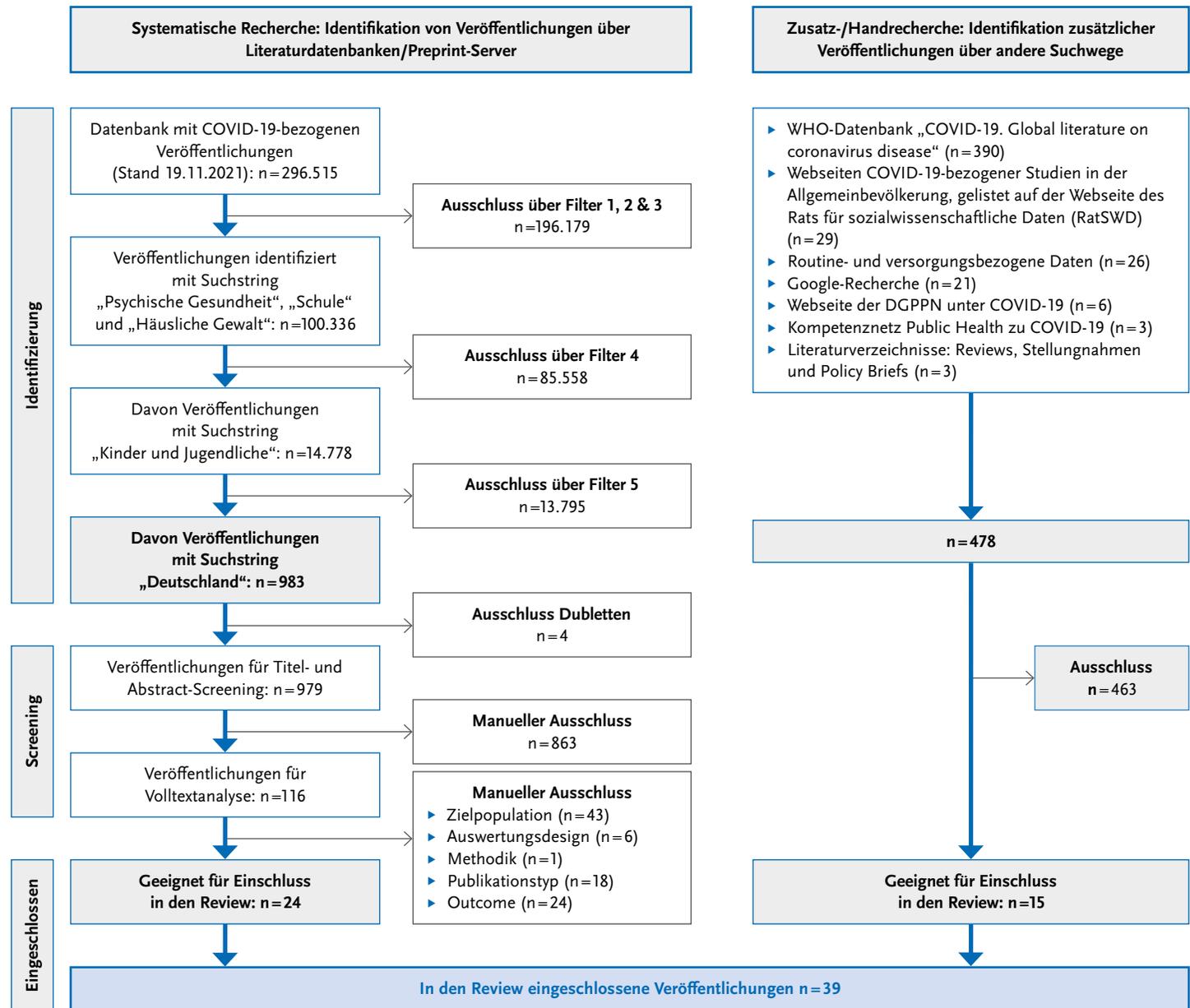
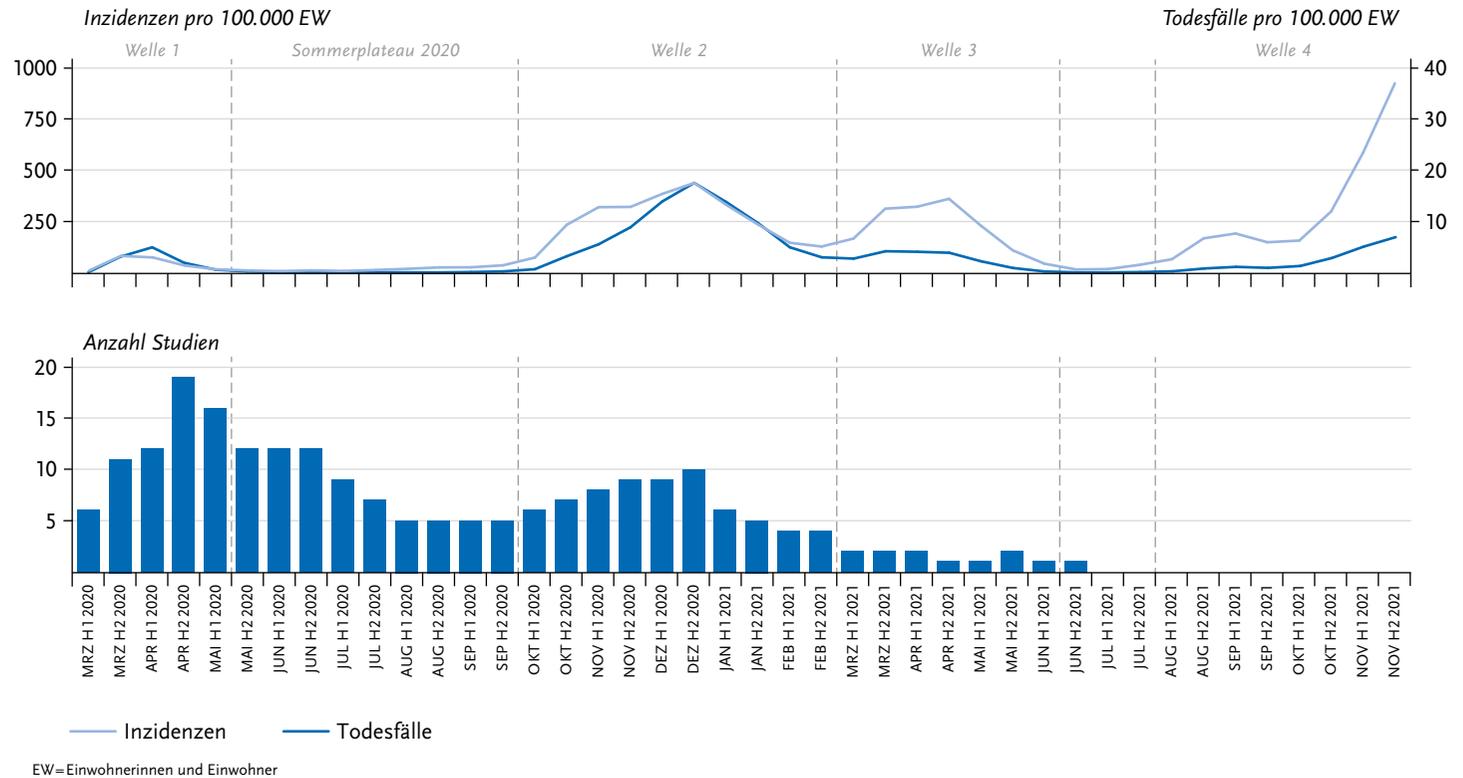


Abbildung 2
Anzahl laufender Datenerhebungen pro halbem Monat der in den Review eingeschlossenen Publikationen und Entwicklung der COVID-19-Pandemie in Deutschland nach Inzidenz und Todesfällen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner
Quelle: Meldungen von SARS-CoV-2-Fällen an das RKI/Eigene Darstellung



3.2 Kategorisierung der eingeschlossenen Publikationen nach inhaltlichem Bezug und Systematisierung nach Studientypen

Insgesamt konnten 28 Publikationen aus 22 Primärdatenerhebungen (Kategorie I „Primärdaten zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Kontext des Pandemiegeschehens“), fünf Publikationen aus vier Routinedatenquellen und sieben Publikationen aus sechs versorgungsbezogenen Primärdatenerhebungen (Kategorie II „Routinedaten und

versorgungsbezogene Primärdaten“) in den Review einbezogen werden.

Bezüglich der Kategorie I „Primärdaten zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Kontext des Pandemiegeschehens“ wurden insgesamt zwei Publikationen aus zwei Trendstudien mit zufällig gezogenen Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung (Studientyp A), neun Publikationen aus drei Trendstudien mit zufällig gezogener Stichprobe aus einem Access-Panel (Studientyp B) und jeweils eine Publikation aus fünf repräsentativ angelegten Querschnittstudien (Studientyp C) mit

sechs Datenkörpern (eine Studie berichtete aus zwei verschiedenen Datenkörpern, Klinik- und Schulstichprobe [23]) in den Review eingeschlossen. Drei Studien mit jeweils einer Publikation stammten aus bevölkerungsbezogenen Längsschnittstudien (Studientyp D). Auf nichtrepräsentativen Non-Probability-Stichproben basierten fünf querschnittliche Studien mit jeweils einer Publikation (Studientyp E), eine repetitive querschnittliche Studie mit einer Publikation (Studientyp F) und drei Längsschnittstudien mit jeweils einer Publikation (Studientyp G). Somit lagen bezüglich der Kategorie I als hinsichtlich ihrer Aussagefähigkeit über die Allgemeinbevölkerung als vergleichsweise verlässlich eingeschätzte Datenkörper (Studientypen A, B, C und D) insgesamt 19 Publikationen aus 13 Datenkörpern vor. Zu den mit Blick auf ihre Repräsentativität für die Allgemeinbevölkerung eher verzerrungsanfälligen Studientypen E, F und G gehörten neun Publikationen aus neun Datenkörpern.

In der Kategorie II „Routinedaten und versorgungsbezogene Primärdaten“ lagen aus den Routinedaten fünf Publikationen aus vier Datenquellen vor. Bei den versorgungsbezogenen Primärdaten wurden insgesamt vier Publikationen aus drei repräsentativ angelegten Querschnittstudien (Studientyp C) und drei repetitive querschnittliche Studien mit Non-Probability-Stichproben mit jeweils einer Publikation (Studientyp F) eingeschlossen. Hinsichtlich der versorgungsbezogenen Primärdaten lagen als in Bezug auf ihre Aussagefähigkeit über die Allgemeinbevölkerung verlässlich eingeschätzte Studientypen vier Publikationen aus drei Studien vor. Zu den diesbezüglich eher verzerrungsanfälligen Studientypen zählten hier drei Publikationen aus drei Datenkörpern.

Unter Berücksichtigung aller eingeschlossenen Publikationen konnten somit über zwei Drittel (28 von 39) der Publikationen beziehungsweise zwei Drittel der zugrundeliegenden Datenquellen (20 von 32) den hinsichtlich ihrer Aussagefähigkeit über die Allgemeinbevölkerung als eher verlässlich eingeschätzten Studientypen A, B, C und D beziehungsweise den Routinedaten zugeordnet werden.

3.3 Ergebnissynthese nach Indikatorentyp und Datengrundlage

(a) Indikatoren positiver psychischer Gesundheit

In insgesamt 16 der in den Review eingeschlossenen 39 Publikationen fanden sich Indikatoren der positiven psychischen Gesundheit aus insgesamt zwölf Datenkörpern. Diese ließen sich drei übergeordneten Konstrukten zuordnen: Lebensqualität/Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und Allgemeine Gesundheit ([Annex Tabelle 3](#) und [Annex Tabelle 4](#)). Zu Indikatoren positiver psychischer Gesundheit liegen Ergebnisse aus Publikationen der Studientypen A–D sowie E und G vor. Die Erhebung erfolgte überwiegend mit standardisierten und validierten Erhebungsinstrumenten, aber auch mit Einzelitems.

Aus Untersuchungen der Studientypen A und B wurde aus der COPSY-Studie für den Zeitraum der ersten Pandemiewelle ein deutlicher Anstieg des Anteils von Kindern und Jugendlichen mit geminderter Lebensqualität im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum berichtet, sowohl auf Bundesebene [24–26] als auch für die Stadt Hamburg [27]. Kinder, die einer Risikogruppe angehörten, gebildet aus der Zugehörigkeit zu Familien mit niedriger Bildung, Migrationshintergrund oder beengten Wohnverhältnissen,

In der Gesamtbetrachtung über alle Outcome-Bereiche und Indikatoren hinweg zeigt sich eine deutliche Zunahme psychischer Belastungen und Symptome während der Pandemie.

waren deutlich stärker betroffen [24–27]. Der allgemeine Gesundheitszustand hatte sich im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum nicht verändert [27]. Aus der pairfam-Studie (Studientyp B) wurden allerdings Rückgänge der subjektiv eingeschätzten allgemeinen Aktivität bei 14- bis 17-Jährigen berichtet [28]. Ergebnisse aus der zweiten Erhebungswelle der COPSY-Studie von Dezember 2020 bis Januar 2021 parallel zur zweiten Pandemiewelle zeigten einen weiteren Rückgang der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Vergleich zur ersten COPSY-Welle, bei jedoch vernachlässigbaren Effektstärken [29]. Ergebnisse aus dem Präventionsradar des Instituts für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord; Studientyp C), einer Langzeitstudie in 13 Bundesländern mit über 14.000 Kindern und Jugendlichen aus 897 Klassen, zeigten in der Anfangsphase der Pandemie einen Rückgang der Lebenszufriedenheit bei Schülerinnen und Schülern der fünften bis zehnten Klasse, im Mittel um circa 21% [30]. Rückgänge der Lebenszufriedenheit im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum wurden aus der BerO-Studie im Frühjahr 2020 (Studientyp B) auch für Abiturientinnen und Abiturienten berichtet [31] sowie neuerliche Rückgänge im Verlauf der Pandemie von Frühjahr bis Herbst 2020 [32]. Die SPATZ-Studie, eine für die Stadt Ulm repräsentative Geburtskohortenstudie des Studientyps C, fand Rückgänge in der Lebensqualität von Kindern im Alter von 6 und 7 Jahren nur bei Mädchen [33]. Unterschiede in der Selbst- und Fremdwahrnehmung zum Wohlbefinden bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 10 bis 17 Jahren während der ersten Pandemiewelle wurden aus einer bundesweiten Erhebung im Auftrag der gesetzlichen Krankenkasse DAK-Gesundheit (Studientyp C) berichtet. So nahm

das Wohlbefinden in der Elternwahrnehmung bei 38% der Kinder und Jugendlichen ab und bei 21% zu [34]. Bei der Selbstbefragung berichteten nur 29% über einen Rückgang des Wohlbefindens, über eine Zunahme dagegen 31% [34]. Aus einer COVID-19-Sonderstudie vom April 2020 des Motorik-Moduls (MoMo; Studientyp D) [35] werden für die gesundheitsbezogene Lebensqualität deskriptiv ebenfalls Rückgänge berichtet, sowohl für Mädchen als auch für Jungen, für jüngere (4 bis 10 Jahre) ebenso wie auch für ältere (11 bis 17 Jahre) Kinder beziehungsweise Jugendliche.

Eine Arbeit des Studientyps E fand für die erste Pandemiewelle bezüglich der Lebensqualität keine Veränderungen zwischen einer Prä- und Post-Lockdown-Gruppe mit Kindern und Jugendlichen unter 12 Jahren [36]. Eine Studie des Studientyps G mit Datenerhebung von April bis Anfang Mai 2020 fand hingegen einen intraindividuellen Rückgang der Lebensqualität und eine Verschlechterung bezüglich der Emotionen, Stimmung und der allgemeinen Zufriedenheit bei Kindern im Alter von 3 bis 10 Jahren während des ersten Lockdowns mit kleinen bis mittleren Effektstärken, allerdings auch Verbesserungen des Freizeit- und Familienlebens [37].

(b) Indikatoren psychischer Belastung

Indikatoren psychischer Belastungen konnten in insgesamt 19 der in den Review eingeschlossenen Publikationen auf der Basis von 15 Datenkörpern identifiziert werden. Sie ließen sich vier Konstrukten zuordnen: 1. Belastungserleben (wie COVID-19-assoziierte psychische Belastungen, Traurigkeit oder Affekte), 2. Stresserleben, 3. Einsamkeit und 4. (COVID-19-assoziierte) Sorgen (Annex Tabelle 4).

Für die Erhebung der Indikatoren psychischer Belastungen wurden überwiegend nicht-validierte Erhebungsinstrumente in Form von Einzelitems eingesetzt, oftmals ohne spezifische Referenz. Die Verwendung standardisierter und validierter Instrumente wurde nur in fünf Publikationen berichtet.

Für die Studientypen A und B wurde aus der COPSY-Studie sowohl für die Stadt Hamburg (Studientyp A) als auch bundesweit (Studientyp B) von mehr als zwei Dritteln der in die Studie eingeschlossenen Kinder und Jugendlichen im Alter von 7 bis 17 Jahren in der Anfangsphase der Pandemie (von Mai bis Juli 2020) berichtet, dass sie sich durch die COVID-19-Pandemie belastet fühlten [24–27]. Für 7- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedriger Bildung, Migrationshintergrund und/oder mit beengten räumlichen Wohnverhältnissen (<20m² Wohnfläche/Person) wurde eine höhere Belastung von Mai bis Juni 2020 berichtet [24, 26]. Für den Zeitraum von Mai bis Juli 2020, der Zeit des Sommerplateaus 2020, wurde aus der pairfam-Studie (Studientyp B) für 14- bis 17-jährige Jugendliche jedoch ein Rückgang des Stresserlebens im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum (Oktober 2018 bis August 2019) beschrieben [28]. Bezüglich Gefühlen von Einsamkeit bei Jugendlichen im Alter von 13 bis 17 Jahren wurde aus der pairfam-Studie jedoch im Mai bis Juli 2020 ein Anstieg im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum berichtet [28, 38]. Während der zweiten Pandemiewelle von November 2020 bis Januar 2021 wurden aus Studien des Studientyps B weitere Anstiege des Belastungserlebens bis zu einem Anteil von vier Fünfteln der Kinder und Jugendlichen im Alter von 7 bis 17 Jahren berichtet (COPSY-Studie) [39]. Von befragten

Abiturientinnen und Abiturienten einer in sechs Bundesländern durchgeführten Erhebung (BerO-Studie) wurde ein Anstieg des Belastungserlebens um etwa ein Drittel auf über 50 % berichtet [32].

Auch aus Arbeiten des Studientyps C wurden ein hohes Belastungserleben berichtet. In der Zeit des ersten Lockdowns (Mai 2020) gaben 42 % der Eltern von 10- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen in einer bundesweiten Repräsentativbefragung an, dass die Coronakrise ihr Kind stark beziehungsweise sehr stark belastet [34]. In einer parallel zur zweiten Pandemiewelle durchgeführten retrospektiven Befragung des Netzwerks Universitätsmedizin (NUM) von November 2020 bis April 2021 lag der Anteil der laut Selbstauskunft psychisch belasteten Kinder und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren in einer bevölkerungsbezogenen (Vor-)Schulstichprobe bei circa zwei Dritteln, laut Elternauskunft bei circa vier Fünfteln der Teilnehmenden [23]. Aus der gleichen Stichprobe werden Rückgänge von Belastungen vor und während der Pandemie bei 11 % (Selbsturteil) und 4 % (Elternurteil) der Kinder und Jugendlichen berichtet [23]. Für eine in dieser Publikation vergleichend untersuchte Klinikstichprobe aus kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken wurden ähnliche Resultate angegeben [23]. Laut einer bundesweit repräsentativen Studie des Studientyps C im Auftrag der gesetzlichen Krankenkasse DAK-Gesundheit machten sich während der ersten Pandemiewelle ebenfalls knapp zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen im Alter von 10 bis 17 Jahren Sorgen bezüglich der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie, bezüglich einer eigenen Coronavirus-Infektion, oder der einer nahestehenden Person [34]. In dem Präventionsradar des IFT-Nord (Studientyp C)

berichtete knapp die Hälfte der befragten 14.287 Schülerinnen und Schüler der Klassen 5 bis 10 aus insgesamt 897 Klassen in 13 Bundesländern, dass sie sich in den Jahren 2020 und 2021 oft bis sehr oft gestresst fühlten [30]. Aus einer bundesweiten Längsschnittstudie mit repräsentativem Ausgangssample des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf in Kooperation mit dem Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (Studientyp D) wurde auf Basis eines validierten Inventars von einem intraindividuellen Anstieg des Stresserlebens bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 10 bis 17 Jahren während der ersten Pandemiewelle bis April 2020 im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum (September 2019) berichtet [40].

Aus Arbeiten des Studientyps E wurden Ergebnisse sowohl zum Belastungserleben als auch zu sozialer Isolation und Einsamkeit berichtet. In einer Studie der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Dresden mit ehemaligen Patientinnen und Patienten sowie deren Familien wurden für den Beginn der Pandemie (Anfang April bis Anfang Mai 2020) Anstiege psychischer Belastungen in Form von Sorgen, Ängsten und Emotionen bei Kindern und Jugendlichen mit und ohne psychische Probleme im Alter von 1 bis 17 Jahren im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum berichtet. Bei Kindern und Jugendlichen ohne psychische Probleme wurden dabei stärkere Anstiege verzeichnet [41]. Laut einer Querschnittstudie der Ludwigs-Maximilian-Universität München mit Non-Random-Convenience-Sampling (Studientyp E) mit Datenerhebung von Ende April bis Anfang Mai 2020 wurden psychische Belastungen bei der Hälfte der teilnehmenden 3- bis 10-jährigen Kinder gefunden [37]. Die Studie „Kind

sein in Zeiten von Corona“ (Studientyp E), durchgeführt im Zeitraum Mitte/Ende April bis Mitte/Ende Mai 2020, berichtet dagegen, dass die Mehrheit der Kinder im Alter von 3 bis 15 Jahren die Corona-Krise eher gut oder gut bewältigten [42]. Insbesondere in Familien mit hoher Bildung gaben mehr Eltern eine gute Bewältigung der Pandemie durch ihre Kinder an im Vergleich zu Familien mit geringer elterlicher Bildung [42]. Knapp ein Drittel der befragten Eltern von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren gab zudem an, dass sich ihr Kind während der Pandemie einsam fühlte [42]. Einsamkeit wurde für Kinder aus Familien mit schwieriger finanzieller Lage häufiger berichtet als für solche aus Familien mit guter finanzieller Lage [42]. Bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 5 bis 19 Jahren mit und ohne psychische Auffälligkeiten fühlte sich laut einer weiteren Untersuchung des Studientyps E im Zeitraum April bis Juni 2020 jeweils ein Anteil von circa zwei Dritteln aufgrund der Pandemie sozial isoliert [43]. Bei einer Zusatzbefragung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen in der Region Hannover (Studientyp F) wurde bei Einschülerinnen und Einschülern ein Anstieg von Ängsten im (retrospektiven) Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum sowie ein Anstieg der Prävalenz von Traurigkeit und Wutanfällen von September 2020 bis Februar 2021, etwa der Zeitraum der zweiten Pandemiewelle, berichtet. Der Anstieg fiel jedoch mit jeweils wenigen Prozentpunkten vergleichsweise gering aus [44]. In der LIFE Child-Studie, einer Längsschnittstudie des Studientyps G mit nichtrepräsentativem Non-Random-Sampling der Ausgangsstichprobe und drei Erhebungszeitpunkten (T₀: vor der Pandemie, T₁: letzte Märzwoche 2020, T₂: letzte Aprilwoche 2020), durchgeführt in der zu

diesem Zeitpunkt von COVID-19-Infektionen nur wenig betroffenen Region Leipzig mit Kindern und Jugendlichen im Alter von 9 bis 19 Jahren, stieg der Anteil der Kinder, die keinen Kontakt zu ihren Freunden hatten, von 3 % auf 13 % (T1) beziehungsweise 14 % (T2) [45]. Etwa 80 % der Kinder vermissten persönliche Kontakte zu ihren Freundinnen und Freunden [45]. Bezüglich COVID-19-bezogener Ängste und Sorgen sorgten sich die meisten Kinder stärker um die Gesundheit ihrer Familien als um ihre eigene. 60 % sorgten sich zumindest mäßig um die internationale Lage, 20 % hatten selbst Angst vor COVID-19 [45]. Darüber hinaus wurde berichtet, dass sich der Anteil der Kinder, die glaubten, nach Corona werde es nie mehr so sein wie vorher, innerhalb eines Monats (von T1 zu T2) von circa 7 % auf circa 16 % mehr als verdoppelt [45]. In einer mit Eltern von 6- bis 19-Jährigen vom 27. März bis 3. April 2020 durchgeführten Tagebuchstudie zu den psychischen Effekten des Homeschoolings (Studententyp G) wurde von geringerem positivem Affekt und mehr negativem Affekt ihrer Kinder an Tagen berichtet, an denen Schulaufgaben bearbeitet werden mussten oder an denen die Eltern in das Lernen unmittelbar eingebunden waren als an Tagen, an denen dies nicht der Fall war [46].

(c) Indikatoren von akuter Symptomatik einer psychischen Störung

In insgesamt 16 der eingeschlossenen Publikationen aus 11 Datenkörpern wurden Instrumente und Inventare zum Screening sowohl allgemeiner psychopathologischer Symptome als auch solcher mit Fokus auf spezifische psychische Auffälligkeiten und Störungen eingesetzt, die sich fünf inhaltlichen Konstrukten zuordnen ließen:

1. Allgemeine psychopathologische Symptomatik
2. Psychosomatische Probleme
3. Essstörungssymptome
4. Depressive Symptomatik
5. Symptomatik einer Angststörung.

Mit einer Ausnahme [44] wurden dabei standardisierte und validierte Erhebungsinstrumente beziehungsweise Inventare eingesetzt. In einer Publikation [47] wurden modifizierte Items unterschiedlicher Subskalen eines validierten Inventars (SDQ) zu einem neuen, nichtvalidierten Gesamtscore („Problemverhalten“) zusammengefasst, in einer anderen die Subskala eines validierten Inventars (STDS) umkodiert und mit einer reversen Bedeutung versehen (von „Positive Stimmung“ zu „Anhedonie“, d. h. keine Freude mehr empfinden zu können) [38].

Für die Anfangsphase der Pandemie wurden im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum aus den Studien des Typs A und B zum Teil erhebliche Anstiege der Prävalenz sowohl allgemeiner psychopathologischer Symptomatik [24–27, 44] als auch depressiver Symptomatik [24–29, 38, 48] und von Angststörungssymptomatik [24–27] berichtet. Aus der ersten Welle der COPSY-Studie wurde bundesweit eine knappe Verdopplung der Prävalenz psychischer Auffälligkeiten (SDQ) für 7- bis 17-Jährige von insgesamt 17,6 % im vorpandemischen Zeitraum auf 30,4 % im Mai/Juni 2020 berichtet [24–26]. Für die Stadt Hamburg (COPSY-Hamburg-Studie) wurden jedoch keine Prävalenzveränderungen berichtet [27]. Allerdings lag der Erhebungszeitraum hier zeitlich später, von Mitte Juni bis Mitte Juli 2020, und war bereits von einem ersten Rückgang der COVID-19-Inzidenzen (vgl. [Abbildung 2](#)) sowie – damit einhergehend

– relativen Lockerungen der strikten Eindämmungsmaßnahmen nach der ersten Pandemiewelle geprägt. Für die Risikogruppe der Kinder und Jugendlichen aus Familien mit niedriger Bildung, Migrationshintergrund und/oder mit beengten räumlichen Verhältnissen (<20m² Wohnfläche/Person) wurden mehr psychische Auffälligkeiten in COPSY Welle 1 berichtet als für Kinder und Jugendliche, die nicht dieser Gruppe angehören. Angehörige der Risikogruppe berichteten mehr emotionale und Verhaltens- und Hyperaktivitätsprobleme und mehr Probleme mit Gleichaltrigen, bei jeweils mittleren bis hohen Effektstärken [26]. In der zweiten Erhebungswelle der COPSY-Studie (Studientyp B) von Mitte Dezember 2020 bis Ende Januar 2021, parallel zur zweiten Pandemiewelle (siehe [Abbildung 2](#)), lag die bundesweite Prävalenz psychischer Auffälligkeiten unverändert hoch bei 30,6% [25]. Die routinemäßige Elternbefragung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen in der Region Hannover (Studientyp A) zeigte einen kontinuierlichen Anstieg psychischer Auffälligkeiten bei Einschülerinnen und Einschülern der Einschulungsjahrgänge 2017/2018 bis 2020/2021, allerdings auf einem sehr viel niedrigeren Niveau (von 5,5% in 2017/2018 auf 8,0% in 2020/2021) [44]. Für die Studientypen A und B liegen aus der COPSY-Studie für die bundesweite, wie für die Hamburger Stichprobe, auch Berichte über Anstiege psychosomatischer Probleme während der ersten Pandemiewelle vor, insbesondere bezüglich Reizbarkeit, schlechter Stimmung sowie Kopf- und Bauchschmerzen [24, 27]. Auch hier wiesen Kinder und Jugendliche aus einer Risikogruppe (Familien mit niedriger Bildung, Migrationshintergrund und/oder beengten räumlichen Verhältnissen (<20m² Wohnfläche/Person)) mehr psychosomatische Probleme auf [24, 26]. Im Dezember

2020/Januar 2021, während der zweiten Pandemiewelle, wurden noch weitere geringfügige Anstiege psychosomatischer Probleme berichtet, bei jedoch vernachlässigbaren Effektstärken [39]. Hinsichtlich depressiver Symptomatik liegen aus den Arbeiten der Studientypen A und B Informationen aus sieben Publikationen [24–28, 38, 48] auf der Basis von zwei Datenkörpern (COPSY-Studie und pairfam-Studie) vor. So wurden aus der pairfam-Studie mit einer COVID-19-Zusatzbefragung bei 14- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen für den Zeitraum Mitte Mai 2020 bis Mitte Juni 2020 Mittelwertveränderungen für Anhedonie und negative Stimmung berichtet, die Zunahmen depressiver Symptomatik anzeigen (im Vergleich zu Mitte Oktober 2018 bis Mitte August 2019) [38]. Bezüglich der Prävalenz klinisch relevanter depressiver Symptomatik wurden Anstiege um 150% von (ca. 10% auf ca. 25%) für den gleichen Zeitraum berichtet [28, 48], mit deutlich stärkeren Anstiegen bei Mädchen als bei Jungen [48]. Dagegen konnten in der COPSY-Studie keine Zunahmen depressiver Symptomatik vom präpandemischen Zeitraum bis zur Welle 1 festgestellt werden, von der ersten Erhebungswelle von Ende Mai bis Mitte Juni 2020 zur zweiten von Mitte Dezember 2020 bis Mitte Januar 2021 gab es aber einen geringfügigen Anstieg (von 11,3% auf 15,1%), jedoch mit zu vernachlässigenden Effektstärken. Bezüglich der Symptomatik einer generalisierten Angststörung wurden auf der Basis unterschiedlicher Messinstrumente jedoch zum Teil deutliche Anstiege berichtet, sowohl bundesweit (14,9% auf 24,1%) [26] als auch für die Stadt Hamburg (von 15% auf 26%) [27]. Bundesweit wurde in der zweiten Erhebungswelle der COPSY-Studie von Mitte Dezember 2020 bis Ende Januar 2021 ein weiterer Prävalenzanstieg auf 30,6% gemessen [39].

Dem Studientyp C zugeordnete Studien kommen bezüglich allgemeiner psychischer Auffälligkeiten mit retrospektiven Befragungen zum Teil zu ähnlichen, zum Teil zu abweichenden Ergebnissen wie die Studien des Typs A und B. Während aus einer Untersuchung des Netzwerks Universitätsmedizin (NUM) mit einer (Vor-)Schulstichprobe von 4- bis 19-jährigen Kindern und Jugendlichen kein Anstieg psychischer Auffälligkeiten und nur geringe Zusammenhänge von Corona-bedingten Belastungen und psychischen Auffälligkeiten und berichtet wurden [23], fand eine Geburtskohortenstudie aus Ulm bei 6- bis 7-jährigen starke, als Zunahme psychischer Auffälligkeiten interpretierte Mittelwertanstiege nur bei Mädchen [33]. Im Präventionsradar des IFT-Nord, in dem die Emotional skala des SDQ eingesetzt wurde, wird deskriptiv über Zunahmen von emotionalen Problemen von insgesamt 9,2% im Schuljahr 2018/2019 auf 13,9% im Schuljahr 2020/2021 berichtet [30]. Der Anstieg war bei Mädchen stärker, von 14,9% auf 22,9%, was einer Zunahme um 53% entspricht. Bei Jungen stieg die Häufigkeit von 3,8% auf 5,5%, somit um 45% [30]. Eine Untersuchung des Studientyps D zwischen Mitte Mai und Ende Juli 2020 berichtete deskriptive Mittelwertanstiege bei Kindern im Alter von 5 bis 7 Jahren für emotionale Probleme, Hyperaktivität und Verhaltensprobleme [49].

Eine Studie des Studientyps E mit Kindern und Jugendlichen unter 12 Jahren fand im Vergleich einer Prä- und Post-Lockdown-Gruppe im Rahmen einer querschnittlichen Erhebung keine Unterschiede bezüglich psychischer Auffälligkeiten, Essstörungssymptomen und depressiver Symptomatik. Allerdings wurde ein Rückgang bezüglich der Subskala Verhaltensprobleme des SDQ sowie ein

Rückgang geplanter Suizide im Erhebungszeitraum von Mitte März 2020 bis Ende August 2020 berichtet (verglichen mit einem Zeitraum von Ende November 2018 bis Mitte März 2020) [36]. Eine Längsschnittstudie des Studientyps G auf nichtrepräsentativer Stichprobenbasis fand intraindividuelle Rückgänge von „Problemverhalten“ während des ersten Lockdowns (Datenerhebung von Ende April bis Ende Mai 2020) sowie weitere Rückgänge während der Zeit der ersten Lockerungen (Mitte Juli 2020) [47].

(d) Indikatoren zu Gewalterfahrungen im Kontext der Pandemie

Indikatoren zu Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im Kontext der Pandemie fanden sich nur in einer der insgesamt 39 in den Review eingeschlossenen Publikation aus einem Datenkörper. Die zwei in dieser Studie identifizierten Indikatoren wurden beide dem Konstrukt „Gewalterfahrungen“ zugeordnet. Zur Erhebung wurde ein Einzelitem sowie ein Listenexperiment eingesetzt. Bei einem Listenexperiment werden Teilnehmende einer Untersuchung zufällig einer von zwei Listen zugeteilt. Eine Liste (Referenzgruppe) erhält vier allgemeine Fragen, die zweite Liste (Treatmentgruppe) enthält die gleichen vier Fragen zuzüglich eines sensitiven Items. Die Teilnehmenden sollen dann jeweils angeben, wie viele der Items auf sie zutreffen (z. B. drei von fünf). Aus dem Vergleich der durchschnittlichen Gesamtzahl zwischen Referenz- und Treatmentgruppe kann auf die Prävalenz des mit dem sensitiven Item erfragten Gegenstands geschlossen werden, der der direkten Befragung weniger gut zugänglich ist (z. B. sexuelle oder schwere körperliche Gewalterfahrungen).

In der von April bis Mai 2020 durchgeführten Studie des Studientyps C der Technischen Universität München und des Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung Essen wurde eine Prävalenz für körperliche Bestrafung bei Kindern und Jugendlichen während der ersten Phase der Pandemie von circa 6,6 % berichtet, für Kinder von Frauen mit einem Hochrisikoprofil von knapp einem Viertel (23,3 %). Lebten Kinder unter 10 Jahren im Haushalt, verfünffachte sich das Risiko für körperliche Bestrafung [50]. Hohe Depressions- und Angstwerte der Befragten und/oder der jeweiligen Partnerinnen und Partner erhöhten das Risiko für eine körperliche Bestrafung des Kindes. Für die schwere körperliche Gewalt gegen Kinder während der Pandemie wurde eine Prävalenz von circa 2 % berichtet [50].

(e) Indikatoren aus Routinedaten

Indikatoren aus Routinedaten wurden in fünf Publikationen aus drei Datenquellen berichtet. Diese konnten drei Versorgungsbereichen zugeordnet werden: 1. Ambulante Versorgung (zwei Publikationen aus einer Datenquelle), 2. stationäre Versorgung (eine Publikation aus einer Datenquelle) sowie 3. Kinderschutz (zwei Publikationen aus zwei Datenquellen). Ausgewertet wurden Kennzahlen wie die Anzahl der Behandlungsfälle, Inanspruchnahmen ambulanter ärztlicher Versorgung aufgrund von psychischen oder Verhaltensstörungen, die Anzahl akuter oder latenter Fälle von Kindeswohlgefährdung sowie die Anzahl der durch Schulen oder Kitas gemeldeten Kinderschutzfälle.

Die Ergebnisse aus den Routinedaten zur ambulanten Versorgung gesetzlich versicherter Personen mit Inanspruchnahme vertragsärztlicher Versorgung beruhen auf den Daten von 16 der insgesamt 17 Kassenärztlichen

Vereinigungen (ohne Mecklenburg-Vorpommern) und werden vom Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) zur Verfügung gestellt [51, 52]. Im DAK-Kinder- und Jugendreport 2021 wurden darüber hinaus ambulante und stationäre Inanspruchnahmen zusätzlich gemeinsam dargestellt [17], die hier beim ambulanten Versorgungsbereich mit aufgeführt werden, da die Anzahl der ambulanten Behandlungsfälle die der stationären übersteigt. Berichtet werden im Folgenden Inanspruchnahmedaten für Facharztgruppen, die schwerpunktmäßig mit der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten und Störungen betraut sind: Ärztinnen und Ärzte für Kinder und Jugendmedizin und für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten [vgl. 53].

Abrechnungsdaten für den ambulanten und stationären Bereich zeigen übereinstimmend im April und Mai 2020, in der Frühphase der Pandemie, gegenüber den Vergleichsmonaten des Jahres 2019 bzw. 2018/2019 deutliche Rückgänge bei den kinderärztlichen, kinder- und jugendpsychiatrischen sowie kinder- und jugendpsychotherapeutischen Behandlungsfällen um bis zu einem Drittel [17, 51]. Im Juni 2020 zeigen sich Nachholeffekte mit Anstiegen gegenüber dem Vergleichszeitraum in ähnlichen Größenordnungen. Im letzten Quartal des Jahres 2020 kam es, parallel zur zweiten Welle der Pandemie, zu einem erneuten Rückgang der Fallzahlen. Bezüglich der kinderärztlichen Inanspruchnahme gab es für das erste Halbjahr 2021 für die Monate Januar, Februar, April und Mai erneut starke Rückgänge, für März und Juni 2021 dagegen starke Anstiege der Behandlungsfälle gegenüber dem vorpandemischen Zeitraum. Dies wird ebenso für die Anzahl der kinder- und

jugendpsychiatrischen sowie kinder- und jugendpsychotherapeutischen Behandlungsfälle berichtet, während Letztere in den übrigen Monate in der Höhe um den jeweiligen vorpandemischen Vergleichszeitraum schwankten [17, 51]. Bezogen auf die kinderärztliche Inanspruchnahme war der Rückgang im Vor- und Grundschulalter (bis einschließlich 9 Jahre) geringer als bei älteren Kindern und Jugendlichen (10 bis 17 Jahre), hier im Vergleich der Zahlen für 2020 mit gepoolten Inanspruchnahmedaten der Jahre 2018/2019 [17]. Für die Inanspruchnahme von Psychiaterinnen und Psychiatern beziehungsweise Psychologinnen und Psychologen wurden jedoch ein umgekehrtes Inanspruchnahmemuster berichtet: Hier ging bei den Grundschulkindern die berichtete Inanspruchnahme im ersten Lockdown zurück, während sie bei den älteren Kindern und Jugendlichen anstieg. Nach dem ersten Lockdown und im zweiten Lockdown wurden hier in allen Altersgruppen Anstiege der Inanspruchnahmeraten verzeichnet [17].

Explizit bezogen auf Diagnosen von psychischen und Verhaltensstörungen (ICD-10: Foo–F99) wurde in einer Analyse auf Grundlage der bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für gesetzlich versicherte Kinder im Alter von 0 bis 12 Jahren zwischen dem 2. Quartal 2019 und dem 2. Quartal 2020 ein Rückgang der ambulanten Arztbesuche um insgesamt 11 % festgestellt. Der Rückgang war bei Kindern im Vorschulalter geringer als im Schulalter [52]. Im DAK-Kinder- und Jugendreport 2021 wurden – ebenfalls bezogen auf die für die ICD-10-Diagnosegruppe Foo–F99 – keine Unterschiede zwischen den Jahren 2018, 2019 und 2020 berichtet, allerdings für eine Altersgruppe von 0 bis 17 Jahren. Bezogen auf die Prävalenz und

Inzidenz der jeweils 10 häufigsten Störungsentitäten unterschied sich mit Blick auf das Gesamtjahr die Anzahl der zusammengefassten ambulanten und stationären Behandlungsfälle im Jahr 2020 nicht von derjenigen des Vorjahres [17].

Bezüglich der stationären Versorgung wurde aus den Daten der gesetzlichen Krankenkasse DAK-Gesundheit während des ersten Lockdowns des Jahres 2020 (11.–17. Kalenderwoche) ein Anstieg der Hospitalisierungsquote bei Essstörungen (Bulimie und Anorexie) der 5- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen um 16,3 % gegenüber dem Vorjahreszeitraum berichtet. Erfolgte nach dem ersten Lockdown (18.–44. Kalenderwoche) noch ein Anstieg um 3,2 %, lag dieser im zweiten Lockdown (45.–52. Kalenderwoche) bei 26,1 %. Auf das gesamte Jahr 2020 bezogen, lag die Zahl der stationär behandelten Essstörungen um 9 % über dem Vorjahr [17]. Bei Depressionen und Angststörungen (zusammengefasst berichtet) wurde für 10- bis 17-Jährige dagegen ein Rückgang der Hospitalisierungsquote im ersten Lockdown 2020 (-37 %) und ein eher geringer Anstieg nach dem ersten und im zweiten Lockdown im Vergleich zum Vorjahr festgestellt [17]. Bezogen auf das Gesamtjahr 2020 bleibt die Hospitalisierungsquote für Depressionen und Angststörungen gegenüber 2019 unverändert [17].

Im Bereich des Kinderschutzes gingen während des ersten Lockdowns im April 2020 die durch Kindergärten an die Jugendämter gemeldeten Kinderschuttfälle um ein Drittel, die durch Schulen gemeldeten Kinderschuttfälle um mehr als die Hälfte zurück [54]. Die durch die Jugendämter an das Statistische Bundesamt gemeldeten akuten und latenten Fälle von Kindeswohlgefährdungen nahmen

insgesamt vom Jahre 2019 zum Jahr 2020 deutlich zu. Im Vergleich betrug der Anstieg 9 % [55]. Allerdings gab es auch schon in den Jahren 2018 und 2019 Anstiege um jeweils 10 %, so dass diese Entwicklung einem allgemeineren Trend zu folgen scheint.

(f) Indikatoren aus versorgungsbezogenen Primärdatenerhebungen

Ergebnisse zu Indikatoren aus Primärdatenerhebungen mit Versorgungsbezug sind sieben Publikationen aus sechs Datenkörpern entnommen. Diese ließen sich drei Versorgungsbereichen zuordnen: 1. Ambulante Versorgung (zwei Publikationen aus zwei Datenkörpern), 2. Stationäre Versorgung (eine Publikation aus einer Studie) und 3. Kinderschutz (vier Publikationen aus drei Studien). Bezüglich der versorgungsbezogenen Primärdaten liegen Publikationen aus den Studientypen B, C und F vor.

Für den Bereich der ambulanten Versorgung wird aus der als repräsentativ eingeschätzten Disease Analyzer Datenbank (IQVIA; Studientyp B) [18] sowie aus dem Praxisnetzwerk CrescNET [19] (Studientyp F) übereinstimmend ein Rückgang der Inanspruchnahme kinderärztlicher Versorgung berichtet. Für den Zeitraum von April bis Dezember 2020 wird aus der IQVIA-Datenbank ein Rückgang der kinderärztlichen Inanspruchnahme von 8 % für Kinder und Jugendliche im Alter von 2 bis 17 Jahren berichtet [18], darüber hinaus eine annähernd verdoppelte Prävalenz sowohl für Depressions- als auch für Angststörungsdiagnosen, mit überproportionalen Anstiegen bei den Mädchen [18]. Nach den Daten des CrescNET gingen im April 2020 die Kinderarztbesuche um 65 % im Vergleich zum gleichen Monat des Vorjahres zurück [19].

Für den stationären Bereich berichtete das PSYCHIATRIE Barometer (Studientyp C) in einer Vollerhebung sämtlicher psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäusern sowie den Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen (Teilnahme: n=312) für das Jahr 2020 einen deutlichen Rückgang der Auslastung der voll- und teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrien um knapp 30 % im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum [56]. Die überwiegende Mehrheit (90 %) der kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen gab an, dass selten oder nie aufgrund der COVID-19-Pandemie gegen eine stationäre Behandlung entschieden wurde. Bei circa einem Drittel der befragten Einrichtungen wurden Stationen aufgrund der COVID-19-Pandemie temporär gesperrt oder zusammengelegt.

Eine Arbeit des Studientyps C zum Versorgungsbereich Kinderschutz berichtet aus einer Befragung sämtlicher kinderversorgender Kliniken in Deutschland im März und April 2020 (Teilnahme: n=159 von 365) einen Rückgang von Kinderschutzfällen um 37 % im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum. Im stationären Bereich war der Rückgang stärker als im ambulanten [57]. Bei einer Befragung sämtlicher Jugendämter Deutschlands (n=575; Rücklaufquote 65 %) des Studientyps C wurden von einem Fünftel der Jugendämter Rückgänge bezüglich Gefährdungsmeldungen und von einem Viertel Rückgänge bezüglich Inobhutnahmen für den Zeitraum während des ersten Lockdowns 2020 mitgeteilt [58, 59]. Für das Frühjahr 2021 (im Vergleich zum Frühjahr 2020) wurde bei einer Befragung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen von 82 Gesundheitsfachkräften (Studientyp F) von 60 % der Befragten

(Familienhebammen und Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden) ein Anstieg durchgeführter Hausbesuche aus der längerfristigen aufsuchenden Betreuung berichtet. Ein Viertel der Fachkräfte berichtete keine Veränderung, 17% einen Rückgang der Hausbesuche [60].

3.4 Pandemieverlauf und zeitliche Korrespondenz der Datenerhebungen

Abbildung 2 zeigt den Pandemieverlauf anhand der Inzidenz- und Todesfallzahlen aufgrund von SARS-CoV-2 seit Pandemiebeginn im März 2020 bis zum Ende des Einschlusses veröffentlichter Daten und Publikationen aus der systematischen Recherche in diesen Review am 19.11.2021. Dagegen abgetragen sind die Beobachtungszeiträume der Datenerhebungen, auf denen die in diesen Review eingeschlossenen Publikationen beruhen. Zwischen März und Mai 2020, mit einem Peak in der zweiten April- und ersten Maihälfte 2020 – und somit im Zeitraum der ersten Pandemiewelle mit ihrer vergleichsweise geringen Zahl an Infektions- und Todesfällen – liegen die Beobachtungszeiträume der meisten in den Review eingeschlossenen Datenkörper. Eine zweite, jedoch deutlich geringere Häufung von Beobachtungszeiträumen findet sich in der zweiten Pandemiewelle mit ihren deutlich höheren Infektions- und Todesfallzahlen ab Oktober 2020 bis Ende Februar 2021. Die dritte Pandemiewelle März 2021 bis Juni 2021 spiegelt sich, zumindest auf Grundlage der in diesen Review eingeschlossenen Publikationen, kaum im Datenerhebungsgeschehen zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wider, für die vierte Pandemiewelle ab Mitte August 2021 lagen bis zum Ende des Einschlusses

veröffentlichter Studienergebnisse am 19.11.2021 keine Informationen zu Datenerhebungen vor.

4. Diskussion

Ziel dieses Rapid Reviews war es, die vorliegende Evidenz zur Entwicklung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland während der COVID-19-Pandemie zusammenzuführen, die vorhandenen Datenquellen gemäß ihrer Aussagekraft für die Allgemeinbevölkerung einzuordnen, den Umfang und die Verlässlichkeit der Abbildung von Aspekten der psychischen Gesundheit in den eingeschlossenen Studien und Datenquellen einzuschätzen sowie zu überprüfen, wie die Entwicklung der psychischen Kindergesundheit im Verlauf der Pandemie in der deutschen Forschungs- und Datenlandschaft abgebildet ist. Dafür wurden für den Zeitraum vom Beginn der Pandemie Mitte März 2020 bis zum 19.11.2021 insgesamt 39 systematisch und per Hand recherchierte Publikationen aus Primärdatenerhebungen bei Kindern und Jugendlichen selbst oder ihren Eltern sowie aus Routinedaten und versorgungsbezogenen Primärdatenerhebungen mit Bezug zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen eingeschlossen. Die Datengrundlagen der eingeschlossenen Publikationen wurden in Anlehnung an die Vorgehensweise beim Rapid Review zur psychischen Gesundheit der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie [16] hinsichtlich ihrer Aussagefähigkeit für die Allgemeinbevölkerung systematisiert und in diesbezüglich belastbare (Studientypen A–D) beziehungsweise nur eingeschränkt belastbare Datenkörper (Studientypen E–G) unterschieden. Nachfolgend werden der für

diesen Review erarbeitete Forschungsstand zusammengefasst, die Ergebnisse im Hinblick auf die Belastbarkeit und Repräsentativität ihrer Datengrundlage, die Operationalisierung und Validität der Outcomes sowie die jeweiligen Beobachtungszeiträume eingeordnet, wo möglich den Ergebnissen aus dem Erwachsenen-Review gegenübergestellt und Schlussfolgerungen abgeleitet.

Anzahl der Studien und Verhältnis der Studientypen

Insgesamt wurde für das Kindes- und Jugendalter trotz einer längeren Einschlussdauer (diejenige des Erwachsenenreviews endete am 31.07.2021 [16]) und trotz erweiterter Einschlusskriterien (im Kinder-Review wurden zusätzlich schulbezogene Publikationen zur psychischen Gesundheit sowie Publikationen zum Kinderschutz berücksichtigt) eine geringere Zahl an Veröffentlichungen gefunden als für das Erwachsenenalter, obwohl der Einschluss von Publikationen vergleichsweise großzügig erfolgte (z. B. wurden Studien mit Teilnehmenden bis 20 Jahren berücksichtigt sowie Studien, deren Fokus nicht primär auf den Veränderungen der psychischen Kindergesundheit in der Pandemie lag, die aber beispielsweise bei der Stichprobenbeschreibung prä- und postpandemische Ergebnisse vorhielten). Ob dies Ausdruck eines geringeren (Forschungs-)Interesses an der psychischen Gesundheit der Kinder- und Jugendbevölkerung während der Pandemie ist oder auf forschungspraktische Aspekte wie höhere ethische und datenschutzrechtliche Anforderungen bei Studien mit Kindern und Jugendlichen zurückzuführen ist, muss an dieser Stelle offen bleiben. Das Verhältnis von Publikationen mit einer in Bezug auf Aussagen über die Allgemeinbevölkerung belastbaren Datengrundlage (Studientyp A–D) zu

Studien auf der Basis nicht-repräsentativer Stichproben (Studientyp E-G) fiel allerdings ähnlich aus wie für die Erwachsenen (ca. 2/3 zu 1/3) [vgl. 16].

Spektrum und Validität eingesetzter Indikatoren

In den Primärdatenpublikationen zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen während der Pandemie fand sich ein ähnlich breites Spektrum eingesetzter Indikatoren und Instrumente zur Erhebung der psychischen Gesundheit wie bei den Erwachsenen [16]. Diese ließen sich den Outcome-Bereichen „Positive psychische Gesundheit“, „Belastungserleben“, „Symptome einer akuten psychischen Störung“ sowie „Gewalterfahrungen“ zuordnen. In keiner der eingeschlossenen Publikationen wurden Resilienzfaktoren berichtet. Indikatoren des Belastungserlebens wurden am häufigsten berichtet, am zweithäufigsten Indikatoren einer akuten Symptomatik einer psychischen Störung, am dritthäufigsten Indikatoren positiver psychischer Gesundheit. Zur Erhebung psychischer Belastungen im Kontext der COVID-19-Pandemie wurden vorwiegend Einzelitems, häufig ohne Quellenangabe, eingesetzt. Die Validität und Reliabilität solcher Angaben sind eingeschränkt. Sie sollten daher vorsichtig interpretiert werden. Gleichwohl wurden gerade diese Ergebnisse in Presseberichten prominent diskutiert [z. B. 61, 62]. Dagegen kamen für die Erhebung akuter psychopathologischer Symptomatik sowie der positiven psychische Gesundheit überwiegend standardisierte und validierte Instrumente zum Einsatz. Mit Screening-Instrumenten für allgemeine oder spezifische Psychopathologie lassen sich jedoch lediglich Symptome psychischer Störungen erfassen, Diagnosen psychischer Störungen können mit diesen nicht gestellt werden.

In der letzten Dekade vor der Pandemie ging die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen eher zurück.

Hierfür wäre die Durchführung aufwändigerer psychodiagnostischer Interviews erforderlich, die jedoch aus vermutlich erhebungswirtschaftlichen Gründen in keiner der in den Kinder-Review einbezogenen Studien eingesetzt wurden. Somit können auf Grundlage der eingeschlossenen Publikationen keine Aussagen über eine eventuelle Zunahme psychischer Störungen getroffen werden. Am seltensten wurden Indikatoren zu Gewalterfahrungen berichtet (hierzu wurde nur eine einzige Studie gefunden, die den Einschlusskriterien entsprach).

Entwicklung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen während der Pandemie

Aus den Ergebnissen der hinsichtlich ihrer Aussagefähigkeit für die Allgemeinbevölkerung als erhebungsmethodisch belastbar eingestuft Studientypen A–D zeigte sich – im Unterschied zu den Ergebnissen des Erwachsenen-Reviews – für Kinder und Jugendliche in Deutschland in der Gesamtbetrachtung über alle Outcome-Bereiche und Indikatoren hinweg überwiegend ein deutlicher Impact des Pandemiegeschehens auf die psychische Gesundheit. So wurden aus diesen Studientypen für die Anfangsphase der Pandemie erhebliche Anstiege des Anteils von Kindern und Jugendlichen mit eingeschränkter Lebensqualität, Rückgänge der Lebenszufriedenheit und der allgemeinen subjektiven Gesundheit, Zunahmen unterschiedlicher Formen des Belastungserlebens und Zunahmen allgemeiner psychopathologischer Symptomatik sowie Zunahmen von Symptomen spezifischer psychischer Störungen im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum berichtet, sowohl für Jungen als auch für Mädchen sowie für unterschiedliche Altersgruppen. Aus verschiedenen Studien wurden

Quoten zwischen circa 50% und 80% von durch die Pandemie psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen berichtet [24–27, 31, 32, 34, 39]; zumeist erhoben mit nicht-validierten Einzelitems. Mit standardisierten und validierten Instrumenten erhobene Prävalenzen allgemeiner psychischer Auffälligkeiten rangierten mit circa 30% zwar deutlich niedriger, hatten sich jedoch gegenüber dem vorpandemischen Zeitraum in etwa verdoppelt [24–26]. Bezüglich spezifischer psychopathologischer Symptomatik divergierte die Befundlage: Während eine Studie Anstiege von depressiver Symptomatik von 150% berichtete [28, 48], fand eine andere diesbezüglich keine Veränderungen, allerdings deutliche Zunahmen von Angststörungssymptomen [26, 27]. Jedes fünfzehnte Kind war nach den Ergebnissen einer repräsentativen Studie während der Pandemie von körperlicher Bestrafung betroffen, zwei Prozent von schwerer körperlicher Gewalt [50]. Insgesamt legen die Ergebnisse nahe, dass die psychischen Belastungen für Kinder und Jugendliche mit dem Pandemieverlauf variierten. Beispielsweise wurden aus Studien, deren Erhebungszeitraum im Sommerplateau 2020 mit den eingetretenen Maßnahmenlockerungen lag, zumeist geringere Belastungs- und Auffälligkeitsquoten berichtet [27]. Umgekehrt wurden erhöhtes Belastungserleben und höhere Auffälligkeitsquoten berichtet, wenn die Erhebungszeiträume zeitlich mit den Pandemiewellen und den damit verbundenen behördlichen Eindämmungsmaßnahmen korrespondierten [39]. Hinsichtlich der Publikationen der Studientypen E–G mit nicht-repräsentativer Stichprobengrundlage waren die Ergebnisse weniger eindeutig. Einige dieser Publikationen berichteten keine Veränderungen bezüglich der Lebensqualität, allgemeiner psychopathologischer Symptomatik,

Die psychischen Belastungen variierten mit dem Pandemieverlauf.

depressiven oder Essstörungssymptomen vor und während der Lockdown-Maßnahmen [36] oder sie berichteten zum Teil sogar von Rückgängen etwa bezüglich geplanter Suizide oder von „Problemverhalten“ [36, 47]. Eine nicht-repräsentative Studie vom Beginn der Pandemie fand, dass Kinder und Jugendliche mit den pandemiebedingten Belastungen überwiegend gut oder sehr gut zurechtkamen [42]. Andere Publikationen dieser Studientypen berichteten hingegen über ein hohes Ausmaß an pandemiebezogenen Ängsten und Sorgen, über Einsamkeit und das Gefühl sozialer Isolation bei den Kindern sowie deren Wunsch, ihre Freunde wiederzusehen sowie negativem Affekt aufgrund von Homeschooling [41, 45, 46].

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse aus den Publikationen der Studientypen A–D trotz einzelner divergierender Befunde für eine nicht unerhebliche Zunahme psychischer Belastungen bei Kindern und Jugendlichen während der Pandemie, insbesondere während der durch behördliche nichtpharmazeutische Eindämmungsmaßnahmen begleiteten Pandemiewellen. Die Kinder- und Jugendbevölkerung zeigt sich damit vulnerabler als die Erwachsenenbevölkerung [16]. Die Befunde aus den Publikationen der nichtrepräsentativen Studientypen E–G divergieren stärker, sollten jedoch aufgrund nicht abschätzbarer potenzieller Verzerrungen entsprechend vorsichtig interpretiert werden. Einige Befunde lassen vermuten, dass Kinder und Jugendliche die pandemiebedingten Belastungen in der Summe selbst möglicherweise als etwas weniger gravierend einschätzten als die Eltern, da in einigen Studien die über die Selbstauskunft bei den Kindern erhobenen Belastungsquoten unterhalb derer lagen, die über die Eltern ermittelt wurden [23].

Vulnerable Gruppen

Generell gab es aus den eingeschlossenen Publikationen nur wenige Ergebnisse zu spezifischen soziodemografischen Gruppen. Für Kinder und Jugendliche aus sozioökonomisch benachteiligten Familien wurden sowohl aus Publikationen, die bezüglich populationsbezogener Aussagen verlässlicheren Studientypen A und B sowie aus dem nichtrepräsentativen Studientyp E, geringere Lebensqualität, höheres Belastungserleben, mehr Gefühle von Einsamkeit und mehr psychopathologische Symptomatik berichtet als für Kinder aus sozioökonomisch bessergestellten Familien. Allerdings ließ sich aus den berichteten Studienergebnissen der attributable Teil des Pandemiegeschehens nicht bestimmen. Es ist zu vermuten, dass derartige Unterschiede auch schon vor der Pandemie bestanden. Darüber hinaus wurden die Ergebnisse zum Teil für eine zusammengefasste Risikogruppe aus geringer elterlicher Bildung, Migrationshintergrund und beengten Wohnverhältnissen berichtet, was die Quantifizierung spezifischer Risiken verunmöglicht. Aus nichtrepräsentativen Studien gab es Hinweise, dass die Pandemielage für Kinder und Jugendliche mit vorbestehenden psychischen Störungen auch Entlastungseffekte gehabt haben könnte: Sie hatten weniger Ängste und Sorgen als Kinder und Jugendliche ohne psychische Störungen [23, 41].

Eventuelle differenzielle Entwicklungen in Subgruppen können auf Grundlage der eingeschlossenen Publikationen nicht verlässlich nachgezeichnet werden. Zwar liegen Hinweise über gesundheitliche Ungleichheiten im Kontext der psychischen Kindergesundheit in der Pandemie vor, eine systematische Identifikation von Risikogruppen – Voraussetzung für eine zielgruppengerechte Maßnahmenplanung

im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Versorgung – steht jedoch noch aus.

Versorgung

Ergebnisse aus den Routine- als auch aus den versorgungsbezogenen Primärdaten zeigten während der ersten und zweiten Welle der Pandemie Rückgänge der ambulanten fachärztlichen Inanspruchnahme mit anschließenden Nachholeffekten, wobei ein Anstieg ambulanter Depressions- und Angststörungsdiagnosen, besonders bei Mädchen, berichtet wurde [18, 51]. Während der zweiten Pandemiewelle zeigte sich für die ambulante Inanspruchnahme ein ähnliches Bild [51].

Ergebnisse zur stationären Versorgung weisen auf eine Zunahme der Behandlung von Essstörungen bei gleichzeitiger Abnahme von der Behandlung von Depressionen und Angststörungen im ersten Lockdown 2020 hin [17]. Zugleich sei die Auslastung der Kliniken um ein Drittel zurückgegangen [56]. Einen Rückgang von Kinderschutzfällen in ähnlicher Größenordnung, stärker noch im stationären als im ambulanten Bereich, wurde übereinstimmend aus einer Befragung sämtlicher kinderversorgender Kliniken in Deutschland sowie des Statistischen Bundesamtes berichtet [55, 57], während die Zahlen von im Jahr 2020 gemeldeten akuten und latenten Fällen von Kindeswohlgefährdungen um 9 % stiegen [55].

Forschungsaktivitäten und Pandemieverlauf

Die Anzahl laufender Datenerhebungen (pro halbem Monat) war während der ersten Pandemiewelle bis einschließlich dem Sommerplateau 2020 mit vergleichsweise geringen COVID-19-Inzidenzen und pandemieassoziierten

Todesfällen am höchsten. Mit jeder neuen Pandemiewelle korrespondierte die Anzahl laufender Datenerhebungen weniger mit dem Infektionsgeschehen. Für die vierte Pandemiewelle lagen bis zum Ende des Einschlusszeitraumes der systematischen Recherche für den Kinder-Review am 19.11.2021 keine Informationen bezüglich laufender Datenerhebung zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vor. Diese Befundlage entspricht weitgehend derjenigen aus dem Erwachsenen-Review [16]. Auch wenn man zugutehält, dass Studien, auch auf Basis von Routinedaten, immer erst mit einer gewissen zeitlichen Latenz veröffentlicht werden (können), hat es den Anschein, als ob die Neuartigkeit der Pandemie anfangs ein reges Forschungsinteresse auslöste, das im weiteren Pandemieverlauf deutlich zurückging. Dafür sprechen nicht zuletzt die vielen Ad-hoc-Studien zu Beginn der Pandemie und während des ersten Lockdowns [34, 37, 47], aber auch die zahlreichen spontanen COVID-19-bedingten Zusatzerhebungen im Rahmen von Langzeitstudien [23, 28, 35, 36, 38, 45], deren Datenerhebungen vornehmlich zu Beginn der Pandemie lagen. Dies ist jedoch nicht unproblematisch, da gerade bei Chronifizierung von Stressoren Effekte auf die psychische Gesundheit zu erwarten sind und insofern der Erkenntnisbedarf im Zeitverlauf der Pandemie steigt.

Limitationen und Stärken

Der Fokus dieses Rapid Reviews lag auf den Veränderungen der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Allgemeinbevölkerung. Anders als bei dem narrativen Review aus 2020 [4] wurden schulbezogene Aspekte nur noch dann berücksichtigt, wenn in den Publikationen ein unmittelbarer Zusammenhang mit der

psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Pandemie hergestellt wurde. Obwohl Gesundheit und schulische Situation bei Kindern und Jugendlichen eng miteinander verknüpft sind, ist diese Verbindung in der Forschungslandschaft nicht hinreichend repräsentiert. Gerade wegen der wiederholten Schulschließungen im Verlauf der Pandemie wäre dies mit Blick auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen jedoch wünschenswert gewesen. Mit Ausnahme von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen oder Essstörungen wurden für den Review keine Subpopulationen gezielt recherchiert. Spezifische soziodemografische Subpopulationen (z. B. Familien mit niedrigem elterlichem Bildungshintergrund oder mit Migrationshintergrund) wurden jedoch berücksichtigt, sofern sie auch in den eingeschlossenen Publikationen Berücksichtigung fanden. Andere Subpopulationen, wie Kinder und Jugendliche mit einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung (special health care needs, SHCN), wurden nicht adressiert. Dies mag zu der schwachen Risikogruppenidentifikation beigetragen haben, wobei jedoch aus der systematischen Literaturrecherche und dem Titel-/Abstractscreening keine Hinweise vorliegen, dass anteilmäßig bedeutsame soziodemografische Subgruppen der Kinder- und Jugendbevölkerung übersehen wurden.

Die Altersgrenze für den Studieneinschluss wurde bei 20 Jahren gesetzt, um relevante Studien mit in Einzelfällen bereits volljährigen Teilnehmenden nicht auszuschließen. Aussagen über die Transitionsphase oder das junge Erwachsenenalter können damit jedoch nicht getroffen werden. Körperliche und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind eng miteinander verknüpft. Auch chro-

nische körperliche Gesundheitsstörungen, wie die Adipositas haben eine bedeutsame psychische Komponente. Diese waren jedoch nicht Gegenstand dieses Reviews. Je jünger die Kinder sind, umso schwieriger ist die systematische Unterscheidung zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit. Dies gilt insbesondere für das frühe Kindesalter (<3 Jahre). Für Informationen über diese auch für die spätere psychische Entwicklung bedeutsame Altersgruppe muss auf primär familienorientierte Studien zurückgegriffen werden.

Bei der Systematisierung der Studientypen wurden nicht alle Quellen möglicher Verzerrungen berücksichtigt (z. B. Erhebungsmodus, Response oder Drop-out-Raten) [63]. Darüber hinaus wurde kein etabliertes Risk-of-Bias-Tool eingesetzt, da, wie beim Erwachsenen-Review [16], systematische Verzerrungen expliziter Gegenstand der Fragestellungen des Reviews waren. Auch wurden die Stärken von Effekten nicht berücksichtigt, was zukünftigen monothematischen Meta-Analysen vorbehalten bleibt. Ziel dieses Reviews war es allerdings auch, einen systematischen, breitgefächerten Überblick zu geben. Auch wenn die COVID-19-Pandemie mit guten Gründen als relevanter Stressor für die psychische Gesundheit angesehen werden kann, wurden in den meisten Publikationen gesundheitliche Trends, die bereits vor der Pandemie vorlagen, weder empirisch noch in der Ergebnisdiskussion von zeitlichen Veränderungen während der Pandemie abgegrenzt. Letztere können daher nicht in jedem Fall als kausal durch die Pandemie verursacht interpretiert werden. Allerdings weisen die Ergebnisse der bundesweiten KiGGS-Langzeitstudie eher auf Prävalenzrückgänge bevölkerungsbezogener psychischer Auffälligkeiten und Störungen bei Kindern und

Die Analyse der Anzahl der Datenerhebungen seit Pandemiebeginn bis zum Stichtag der systematischen Recherche, legt einen Mangel an Studien zur psychischen Kindergesundheit während der Pandemie nahe.

Jugendlichen in der letzten Dekade vor der Pandemie hin [53]. Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird darüber hinaus auch von vielfältigen weiteren Faktoren beeinflusst, die zum Teil mit der Pandemielage risikoh erhöhend oder auch risikomildernd interagieren (z. B. die familiäre Situation). Die Effekte solcher Interaktionen sind jedoch nicht Gegenstand dieses Reviews. Nach bester Kenntnis bietet der vorliegende Rapid Review die erste systematische Evidenzsynthese von pandemiebezogenen Ergebnissen zur bevölkerungsbezogenen psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, was als relevante Stärke betrachtet werden kann. Weitere Stärken dieser Arbeit sind der systematische, multiperspektivische Blick auf relevante potenzielle Verzerrungen und deren kritische Evaluation sowie die Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen des Rapid Reviews für die Erwachsenenbevölkerung [16] aufgrund des vergleichbaren methodischen Vorgehens.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Der überwiegende Teil der bis zur zweiten Pandemiewelle durchgeführten Studien zeigte eine relevante Verschlechterung des Wohlbefindens und der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Dass das psychische Befinden der Kinder und Jugendlichen mit dem Pandemieverlauf variiert, zeigt, dass die Kinder und Jugendlichen sensibel auf die zum Teil drastischen Veränderungen in ihrer Lebenswelt reagieren. Obwohl akutes Belastungserleben zunächst durchaus als adäquate Reaktion auf eine außergewöhnliche Krisenlage wie die COVID-19-Pandemie betrachtet werden kann und daraus resultierende psychische Beeinträchtigungen auf der symptomatischen Ebene

noch nicht gleichbedeutend mit manifesten psychischen Störungen sind, erhöht sich das Risiko der Entwicklung einer psychischen Störung in dem Maß, in dem Belastungs- und Überforderungssituationen andauern. Insbesondere vor dem Hintergrund langfristiger ungünstiger Auswirkungen psychischer Auffälligkeiten und Störungen in der Kindheit oder Jugend [53, 64] sind Maßnahmen zur Prävention langfristiger psychischer und körperlicher Gesundheitsstörungen und zur Förderung der psychischen Gesundheit ratsam.

Mit dem vorliegenden Rapid Review konnte gezeigt werden, dass die Studienlage für Kinder und Jugendliche – bei vergleichbarem methodischen Vorgehen – eingeschränkter ist als diejenige für Erwachsene. Die Analyse der Anzahl laufender Datenerhebungen seit Pandemiebeginn zeigte zudem einen Mangel an Studien zur Entwicklung der psychischen Kindergesundheit im Pandemieverlauf über die erste Welle bis zum 19.11.2021 hinaus auf. Tatsächlich gibt es mit der COPSY-Studie nur eine einzige, wiederholt durchgeführte, bundesweit repräsentative Primärdatenerhebung mit einem vergleichsweise breiten Spektrum an standardisierten und validierten Indikatoren und spezifischem Fokus auf der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in einem breiten Altersspektrum. Alle anderen Studien – auch die als bezüglich ihres Datenkörpers als hochwertig eingeschätzten Studien der Typen A–D – weisen in irgendeiner Form relevante Einschränkungen auf, sei es bezüglich der Stichprobenabdeckung (z. B. nur bestimmte Altersjahrgänge oder nur eine lokal oder regional begrenzte Repräsentativität) und/oder bezüglich ihrer Indikatoren (z. B. Verwendung von vorwiegend nichtstandardisierten Einzelitems bzw. nur wenige

validierte Indikatoren) oder bezüglich ihres Studienfokus (nicht primär auf psychische Gesundheit). Ein Mangel an kontinuierlicher Beobachtung der bevölkerungsbezogenen psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland bestand darüber hinaus bereits, bevor er sich in der Pandemie bemerkbar machte. Wünschenswert wären daher weitere, regelmäßig durchgeführte Trend- und Kohortenstudien, zum Beispiel im Rahmen einer Mental Health Surveillance, mithilfe derer die psychische Kindergesundheit im weiteren Pandemieverlauf und – da sich die Folgen psychischer Belastungen oftmals erst im Entwicklungsverlauf zeigen – darüber hinaus beobachtet werden könnte. Diese Studien könnten zudem der Evaluation der Effekte sowohl behördlicher Eindämmungs- als auch von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen als Elemente eines vorausschauenden zukünftigen Krisen- und Pandemiemanagements dienen.

Korrespondenzadresse

Dr. Robert Schlack
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: SchlackR@rki.de

Zitierweise

Schlack R, Neuperdt L, Junker S, Eicher S, Hölling H, 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. DOI 10.25646/10760

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:
www.rki.de/journalhealthmonitoring-en

Förderungshinweis

Keine Förderung.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Die Autorinnen und Autoren bedanken sich beim Team der Bibliothek des Robert Koch-Instituts für den Aufbau und die kontinuierliche Aktualisierung der Datenbank mit COVID-19-bezogenen Publikationen und für die Unterstützung bei der systematischen Datenbankrecherche. Darüber hinaus bedanken sie sich bei Heike Arndt, Nele Peerenboom und Christoph Schlage für die Unterstützung bei der Literaturrecherche und Manuskripterstellung.

Literatur

1. Ärzteblatt (2020) WHO bezeichnet Ausbruch des neuen Coronavirus nun als Pandemie. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111000/WHO-bezeichnet-Ausbruch-des-neuen-Coronavirus-nun-als-Pandemie> (Stand: 01.06.2022)
2. Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendheilkunde e.V. (DAKJ) (2020) Stellungnahme der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. zu weiteren Einschränkungen der Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen in der Pandemie mit dem neuen Coronavirus (SARS-CoV-2). <https://www.dakj.de/allgemein/stellungnahme-der-deutschen-akademie-fuer-kinder-und-jugendmedizin-e-v-zu-weiteren-einschraenkungen-der-lebensbedingungen-von-kindern-und-jugendlichen-in-der-pandemie-mit-dem-neuen-coronavirus-sar/> (Stand: 30.06.2022)
3. Ärzteblatt (2021) Das stille Leiden der Kinder und Jugendlichen. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/221377/Coronapandemie-Das-stille-Leiden-der-Kinder-und-Jugendlichen> (Stand: 24.05.2022)

4. Schlack R, Neuperdt L, Hölling H et al. (2020) Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der Eindämmungsmaßnahmen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *J Health Monit* 5(4):23-34.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/7549> (Stand: 20.10.2022)
5. Jiao WY, Wang LN, Liu J et al. (2020) Behavioral and emotional disorders in children during the COVID-19 epidemic. *J Pediatr* 221:264
6. Haig-Ferguson A, Cooper K, Cartwright E et al. (2021) Practitioner review: Health anxiety in children and young people in the context of the COVID-19 pandemic. *Behavioural and cognitive psychotherapy* 49(2):129-143
7. Brooks SK, Webster RK, Smith LE et al. (2020) The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 395(10227):912-920
8. Röhr S, Müller F, Jung F et al. (2020) Psychosoziale Folgen von Quarantänemaßnahmen bei schwerwiegenden Coronavirus-Ausbrüchen: ein Rapid Review. *Psychiatr Prax* 47(04):179-189
9. Li J, Yang Z, Qiu H et al. (2020) Anxiety and depression among general population in China at the peak of the COVID-19 epidemic. *World Psychiatry* 19(2):249
10. World Health Organization (Regional Office for Europe) (2021) Mental health and COVID-19.
<https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/non-communicable-diseases/mental-health-and-covid-19> (Stand: 31.05.2022)
11. Seidler A, Nußbaumer-Streit B, Apfelbacher C et al. (2021) Rapid Reviews in the Time of COVID-19-Experiences of the Competence Network Public Health COVID-19 and Proposal for a Standardized Procedure. *Gesundheitswesen* 83(3):173-179
12. Tricco AC, Garritty CM, Boulos L et al. (2020) Rapid review methods more challenging during COVID-19: commentary with a focus on 8 knowledge synthesis steps. *J Clin Epidemiol* 126:177-183
13. Pierce M, McManus S, Jessop C et al. (2020) Says who? The significance of sampling in mental health surveys during COVID-19. *Lancet Psychiatry* 7(7):567-568
14. Munn Z, Moola S, Riitano D et al. (2014) The development of a critical appraisal tool for use in systematic reviews addressing questions of prevalence. *Int J Health Policy Manag* 3(3):123-128
15. Chauvenet A, Buckley R, Hague L et al. (2020) Panel sampling in health research. *Lancet Psychiatry* 7(10):840-841
16. Mauz E, Eicher S, Peitz D et al. (2021) Psychische Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie. Ein Rapid-Review. *J Health Monit* 6(S7):1-65.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/8995.2> (Stand: 20.10.2022)
17. Witte J, Batram M, Hasemann L et al. (2021) Kinder- und Jugendreport 2021. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland Schwerpunkt: Suchterkrankungen. Storm A, Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 36). DAK-Gesundheit, Hamburg/Bielefeld
18. Kostev K, von Vultée C, Weber K et al. (2021) Zunahme von Depressions- und Angststörungsdiagnosen während der COVID-19-Pandemie bei Kindern und Jugendlichen. *Monitor Versorgungsforschung* 14(04):57-61
19. Vogel M, Beger C, Gausche R et al. (2021) COVID-19 pandemic and families' utilization of well-child clinics and pediatric practices attendance in Germany. *BMC Res Notes* 14(1):140
20. Schilling J, Tolksdorf K, Marquis A et al. (2021) The different periods of COVID-19 in Germany: a descriptive analysis from January 2020 to February 2021. *Bundesgesundheitsbl* 64(9):1093-1106
21. Schilling J, Buda S, Tolksdorf K (2022) Zweite Aktualisierung der „Retrospektiven Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland“ *Epid Bull* 10:3-5
22. Tolksdorf K BS, Schilling J, (2021) Aktualisierung zur „Retrospektiven Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland“. *Epid Bull* 37:3-4
23. Döpfner M, Adam J, Habel C et al. (2021) [The mental burden of children, adolescents, and their families during the COVID-19 pandemic and associations with emotional and behavioral problems]. *Bundesgesundheitsbl* 64(12):1522-1532
24. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C 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
25. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C et al. (2021) [Mental health and psychological burden of children and adolescents during the first wave of the COVID-19 pandemic-results of the Copsy study]. *Bundesgesundheitsbl*:1512-1521

26. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M et al. (2021) Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *Eur Child Adolesc Psychiatry*:1-11
27. Kaman A, Otto C, Adedeji A et al. (2021) Burden and mental health problems of children and adolescents in Hamburg during the COVID-19 pandemic: Results of the COPSY study Hamburg. *Nervenheilkunde* 40(5):319-326
28. Bujard M, Von den Driesch E, Ruckdeschel K et al. (2021) Belastungen von Kindern, Jugendlichen und Eltern in der Corona-Pandemie
29. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M et al. (2021) Quality of life and mental health in children and adolescents during the first year of the COVID-19 pandemic: results of a two-wave nationwide population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*:1-14
30. Hanewinkel R, Hansen J, Neumann C et al. (2021) Präventionsradar 2020/2021 Kinder- und Jugendgesundheit in Schulen. IFT Nord.
31. Anger S, Bernhard S, Dietrich H et al. (2021a) Abiturjahrgang 2020. Ohne Abiball zum Studium – allein am Bildschirm bricht die Lebenszufriedenheit ein. IAB Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.
32. Anger S, Bernhard S, Dietrich H et al. (2021b) Der Abiturjahrgang 2021 in Zeiten von Corona: Zukunftssorgen und psychische Belastungen nehmen zu. IAB-Forum.
33. Kurz D, Braig S, Genuneit J et al. (2021 in prep.) 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. ResearchSquare
34. DAK-Gesundheit (2020) Homeschooling in Corona-Zeiten. Erfahrungen von Eltern und Schülern. <https://www.dak.de/dak/download/forsa-studie-2266768.pdf> (Stand: 27.10.2022)
35. Wunsch K, Nigg C, Niessner C et al. (2021) The Impact of COVID-19 on the Interrelation of Physical Activity, Screen Time and Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents in Germany: Results of the Motorik-Modul Study. *Children* (Basel, Switzerland) 8(2):98
36. Koenig J, Kohls E, Moessner M et al. (2021) The impact of COVID-19 related lockdown measures on self-reported psychopathology and health-related quality of life in German adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*:1-10
37. Christner N, Essler S, Hazzam A et al. (2021) Children's psychological well-being and problem behavior during the COVID-19 pandemic: An online study during the lockdown period in Germany. *PLoS One* 16(6):e0253473
38. Alt P, Reim J, Walper S (2021) Fall From Grace: Increased Loneliness and Depressiveness Among Extraverted Youth During the German COVID-19 Lockdown. *J Res Adolesc* 31(3):678-691
39. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M et al. (2021) Quality of Life and Mental Health in Children and Adolescents during the First Year of the COVID-19 Pandemic in Germany: Results of a Two-Wave Nationally Representative Study. SSRN:1-14
40. Paschke K, Arnaud N, Austermann MI et al. (2021) Risk factors for prospective increase in psychological stress during COVID-19 lockdown in a representative sample of adolescents and their parents. *BJPsych Open* 7(3):e94
41. Rothe J, Buse J, Uhlmann A et al. (2021) Changes in emotions and worries during the COVID-19 pandemic: an online-survey with children and adults with and without mental health conditions. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 15(1):11
42. Langmeyer A, Guglhör-Rudan A, Naab T et al. (2020) Kind sein in Zeiten von Corona Ergebnisbericht zur Situation von Kindern während des Lockdowns im Frühjahr 2020. DJI Deutsches Jugendinstitut
43. Thorell LB, Skoglund C, de la Peña AG et al. (2021) Parental experiences of homeschooling during the COVID-19 pandemic: differences between seven European countries and between children with and without mental health conditions. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 31(4):649-661
44. Bantel S, Buitkamp M, Wunsch A (2021) Kindergesundheit in der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen und einer Elternbefragung in der Region Hannover. *Bundesgesundheitsbl* 64:1541-1550
45. Vogel M, Meigen C, Sobek C et al. (2021) Well-being and COVID-19-related worries of German children and adolescents: A longitudinal study from pre-COVID to the end of lockdown in Spring 2020. *JCPP Adv* 1(1):e12004
46. Schmidt A, Kramer AC, Brose A et al. (2021) Distance learning, parent-child interactions, and affective well-being of parents and children during the COVID-19 pandemic: A daily diary study. *Dev Psychol* 57(10):1719-1734

47. Essler S, Christner N, Paulus M (2021) Longitudinal Relations Between Parental Strain, Parent-Child Relationship Quality, and Child Well-Being During the Unfolding COVID-19 Pandemic. *Child Psychiatry Hum Dev* 52:995-1011
48. Naumann E, von den Driesch E, Schumann A et al. (2021) Anstieg depressiver Symptome bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen während des ersten Lockdowns in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl* 64(12):1533-1540
49. Köhler-Dauner F, Clemens V, Lange S et al. (2021) Mothers' daily perceived stress influences their children's mental health during SARS-CoV-2-pandemic-an online survey. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 15(31)
50. Ebert C, Steinert JI (2021) Prevalence and risk factors of violence against women and children during COVID-19, Germany. *Bull World Health Organ* 99(6):429-438
51. Mangiapane S, Zhu L, Czihal T et al. (2020) Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise: Tabellarischer Trendreport für das 1. Halbjahr 2020. https://www.zi.de/fileadmin/images/content/PMs/Zi-TrendReport_2021-Q4_2022-06-10.pdf (Stand: 30.06.2022)
52. Barschkett M, Koletzko B, Spiess CK (2021) COVID-19 Associated Contact Restrictions in Germany: Marked Decline in Children's Outpatient Visits for Infectious Diseases without Increasing Visits for Mental Health Disorders. *Children (Basel, Switzerland)* 8(9)
53. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2021) Psychische Gesundheit in Deutschland. Erkennen – Bewerten – Handeln. Schwerpunktbericht Teil 2 – Kindes- und Jugendalter. Fokus: Psychische Auffälligkeiten gemäß psychopathologischem Screening und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). <https://edoc.rki.de/handle/176904/10373> (Stand: 31.10.2022)
54. Statistisches Bundesamt (2021) Kinderschutz: Schulen und Kitas meldeten im Frühjahr 2020 deutlich weniger Fälle. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/09/PD21_439_225.html (Stand: 29.04.2022)
55. Statistisches Bundesamt (2021) 9% mehr Fälle: Jugendämter melden 2020 Höchststand an Kindeswohlgefährdungen. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/07/PD21_350_225.html (Stand: 29.04.2022)
56. Blum K, Filser M, Heber R et al. (2021) Psychiatrie Barometer. Umfrage 2020/2021. DKI Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf
57. Heimann T, Ewert J, Metzner F et al. (2021) Medical child protection during the coronavirus lockdown. *Monatsschr Kinderheilkd* 169:346-352
58. Mairhofer A, Peucker C, Pluto L et al. (2020) Kinder- und Jugendhilfe in Zeiten der Corona-Pandemie. DJI Deutsches Jugendinstitut, München
59. Mairhofer A, Peucker C, Pluto L et al. (2021) Child protection in times of COVID-19 pandemic: Empirical results of a nationwide survey of children and youth welfare authorities. *Nervenheilkunde* 40(5):312-318
60. Renner I, van Staa J, Neumann A et al. (2021) [Early childhood intervention from a distance-opportunities and challenges in supporting psychosocially stressed families in the COVID-19 pandemic]. *Bundesgesundheitsbl*:1–8
61. MDR (2022) Psychische Belastung von Kindern in der Corona-Pandemie: Was Eltern wissen müssen <https://www.mdr.de/nachrichten/sachsen-anhalt/psychische-belastung-corona-kinder-tipps100.html> (Stand: 30.06.2022)
62. Schmitt M (2022) Kinder und Jugendliche: Das Schlimmste kommt erst noch. https://www.rheinpfalz.de/politik_artikel,-kinder-und-jugendliche-das-schlimmste-kommt-erst-noch-_arid,5216950.html?reduced=true (Stand: 01.06.2022)
63. Cornesse C, Bosnjak M (2018) Is there an association between survey characteristics and representativeness? A meta-analysis. *Survey Research Methods* 12(1):1-13
64. Schlack R, Peerenboom N, Neuperdt L, Junker S, Beyer AK (2021) Effekte psychischer Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend im jungen Erwachsenenalter: Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. *J Health Monit* 6(4): 3–20. <https://edoc.rki.de/handle/176904/9113> (Stand: 20.10.2022)
65. Naumann E, von den Driesch E, Schumann A et al. (2021) Increase of depressive symptoms among adolescents during the first COVID-19 lockdown in Germany – results from a German panel study PsyArXiv

Annex Tabelle 1
Angewandte Suchstrings in Datenbanken
 Quelle: Eigene Darstellung

Datenbank	Suchstrategie
Wöchentlich aktualisierte Datenbank mit Studien im Zusammenhang der COVID-19-Pandemie (Stand 19.11.2021)	<p>Suchstring PubMed 1: ('COVID-19 Testing'[MeSH Terms] OR 'COVID-19 Vaccines'[MeSH Terms] OR 'COVID-19 Serological Testing'[MeSH Terms] OR 'COVID-19 Nucleic Acid Testing'[MeSH Terms] OR 'COVID-19'[MeSH Terms] OR 'sars cov 2'[MeSH Terms] OR 'SARS-CoV-2 variants'[Supplementary Concept] OR 'spike protein sars cov 2'[Supplementary Concept] OR 'Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2'[Supplementary Concept] OR 'COVID-19'[Supplementary Concept] OR 'covid 19 drug treatment'[Supplementary Concept] OR 'covid 19 serotherapy'[Supplementary Concept] OR 'Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2'[Title/Abstract] OR 'ncov*'[Title/Abstract] OR 'covid*'[Title/Abstract] OR 'sars cov 2'[Title/Abstract] OR 'sars cov 2'[Title/Abstract] OR 'SARS Coronavirus 2'[Title/Abstract] OR 'Severe Acute Respiratory Syndrome CoV 2'[Title/Abstract] OR 'Wuhan coronavirus'[Title/Abstract] OR 'Wuhan seafood market pneumonia virus'[Title/Abstract] OR 'SARS2'[Title/Abstract] OR '2019-nCoV'[Title/Abstract] OR 'hcov-19'[Title/Abstract] OR 'novel 2019 coronavirus'[Title/Abstract] OR '2019 novel coronavirus*'[Title/Abstract] OR 'novel coronavirus 2019*'[Title/Abstract] OR 'human coronavirus 2019'[Title/Abstract] OR 'coronavirus disease-19'[Title/Abstract] OR 'corona virus disease-19'[Title/Abstract] OR 'coronavirus disease 2019'[Title/Abstract] OR 'corona virus disease 2019'[Title/Abstract] OR '2019 coronavirus disease'[Title/Abstract] OR '2019 corona virus disease'[Title/Abstract] OR 'novel coronavirus disease 2019'[Title/Abstract] OR 'new coronavirus*'[Title/Abstract] OR 'coronavirus outbreak'[Title/Abstract] OR 'coronavirus epidemic'[Title/Abstract] OR 'coronavirus pandemic'[Title/Abstract] OR 'post acute covid 19 syndrome'[Supplementary Concept] OR 'post acute covid 19 syndrome'[All Fields] OR 'long covid'[All Fields]) AND 2019/12/01:2099/12/31[Date-Publication]</p> <p>Suchstring PubMed 2: ('wuhan'[tiab] or china[tiab] or hubei[tiab]) AND ('Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2'[Supplementary Concept] OR 'COVID-19'[Supplementary Concept] OR 'covid 19 diagnostic testing'[Supplementary Concept] OR 'covid 19 drug treatment'[Supplementary Concept] OR 'covid 19 serotherapy'[Supplementary Concept] OR 'covid 19 vaccine'[Supplementary Concept] OR 'coronavirus*'[tiab] OR 'corona virus*'[tiab] OR ncov[tiab] OR covid*[tiab] OR sars*[tiab])</p> <p>Suchstring Embase 1: ('coronavirus disease 2019'/exp OR 'severe acute respiratory syndrome coronavirus 2':ti,ab OR 'severe acute respiratory syndrome coronavirus 2'/exp OR 'covid 19'/exp OR ncov*:ti,ab OR covid*:ti,ab OR 'sars cov 2':ti,ab OR 'sars-cov-2':ti,ab OR 'sars coronavirus 2':ti,ab OR 'sars coronavirus 2'/exp OR 'severe acute respiratory syndrome cov 2':ti,ab OR 'wuhan coronavirus':ti,ab OR 'wuhan seafood market pneumonia virus':ti,ab OR sars2:ti,ab OR '2019-ncov':ti,ab OR 'hcov-19':ti,ab OR 'novel 2019 coronavirus':ti,ab OR '2019 novel coronavirus*':ti,ab OR 'novel coronavirus 2019'/exp OR '2019 novel human coronavirus*':ti,ab OR 'human coronavirus 2019':ti,ab OR 'coronavirus disease-19':ti,ab OR 'corona virus disease-19':ti,ab OR 'coronavirus disease 2019':ti,ab OR 'corona virus disease 2019':ti,ab OR '2019 coronavirus disease':ti,ab OR 'novel coronavirus 2019*':ti,ab OR 'novel coronavirus disease 2019':ti,ab OR 'novel coronavirus infection 2019':ti,ab OR '2019 corona virus disease':ti,ab OR 'new coronavirus*':ti,ab OR 'coronavirus outbreak':ti,ab OR 'coronavirus epidemic':ti,ab OR 'coronavirus pandemic':ti,ab OR 'pandemic of coronavirus':ti,ab OR 'severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 vaccine'/exp OR 'covid 19 vaccine'/exp OR 'coronavirus disease 2019'/exp OR 'sars-cov-2 vaccine'/exp OR 'anti-sars-cov-2 agent'/exp OR 'covid-19 testing'/exp OR 'sars coronavirus 2 test kit'/exp OR 'pediatric multisystem inflammatory syndrome'/exp OR 'long covid':ti,ab OR 'long-covid':ti,ab OR 'chronic covid disease':ti,ab) AND (2020:py OR 2021:py OR 2022:py)</p>

Fortsetzung nächste Seite

Annex Tabelle 1 Fortsetzung
Angewandte Suchstrings in Datenbanken
 Quelle: Eigene Darstellung

Datenbank	Suchstrategie
	<p>Suchstring Embase 2: (wuhan:ti,ab OR china:ti,ab OR hubei:ti,ab) AND ('severe acute respiratory syndrome coronavirus 2':ti,ab OR 'severe acute respiratory syndrome coronavirus 2'/exp OR 'severe acute respiratory syndrome coronavirus 2' OR 'covid*':ti,ab OR 'covid 19'/exp OR 'covid 19' OR coronavirus*:ti,ab OR 'corona virus*':ti,ab OR ncov:ti,ab OR covid*:ti,ab OR sars*:ti,ab OR 'sars coronavirus 2'/exp) + und zusätzlicher Handrecherche/Auswertung der Preprint-Server Arxiv, BioRxiv, ChemRxiv, MedRxiv, Preprints.org, ResearchSquare, SSRN und seit Nutzung von preVIEW und EuropePMC auch von weiteren Preprint-Servern.</p>
Endnote Smartgroups	<p>Filter 1: Suchstring „Psychische Gesundheit“: Smartgroup 1: Mental OR psychologic OR psychosocial OR psychisch OR depression OR depressive symptoms OR depressive symptomology OR Depressionen OR depressive Symptome OR psychiatric Smartgroup 2: psychiatrisch OR anxiety OR Angst OR anxious OR ängstlich OR Angstsymptome OR resilience OR Resilienz OR life satisfaction OR Lebenszufriedenheit Smartgroup 3: quality of life OR Lebensqualität OR wellbeing OR Wohlbefinden OR stress OR PTSD OR PTBS OR post traumatic stress disorder OR Posttraumatische Belastungsstörung Smartgroup 4: trauma OR traumatic OR suicide OR Suizid OR suicidal ideation OR suicidal OR ADHD OR ADHS OR attention deficit hyperactivity disorder OR Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung Smartgroup 5: Aufmerksamkeit OR eating disorder OR disordered eating OR binge eating OR anorexia OR Magersucht OR gestörtes Essverhalten OR anorexia nervosa OR anorectic OR bulimia</p> <p>Filter 2: Suchstring „Schule“: Smartgroup 6: School OR Schule OR school closure OR Schulschließung OR home schooling OR home school OR closed school OR geschlossene Schule OR school lockdown OR Heimunterricht Smartgroup 7: preschool OR Vorschule OR kindergarten OR bullying OR Mobbing OR containment measure OR Eindämmungsmaßnahme OR lockdown</p> <p>Filter 3: Suchstring „Häusliche Gewalt“: Smartgroup 8: domestic violence OR Häusliche Gewalt OR child abuse and neglect OR abuse OR neglect OR Kindesmissbrauch OR Kindesvernachlässigung OR Missbrauch Smartgroup 9: Kindstötung OR Misshandlung OR Vernachlässigung OR child protective services OR CPS OR Jugendamt OR Jugendämter</p>

Fortsetzung nächste Seite

Annex Tabelle 1 Fortsetzung
Angewandte Suchstrings in Datenbanken
 Quelle: Eigene Darstellung

Datenbank	Suchstrategie
	<p>Filter 4: Suchstring „Kinder und Jugendliche“: Smartgroup 10: child OR Kind OR children OR Kinder OR adolescent OR Jugendliche OR adolescence OR Jugend OR teenage OR teenager</p> <p>Filter 5: Suchstring „Deutschland“: Smartgroup 11: German OR deutsch OR deutsche OR deutscher OR Germany OR Deutschland</p>
Datenbank der Weltgesundheitsorganisation (06.12.2021) https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/	((tw:(mental*)) OR (tw:(psych*)) OR (tw:(depress*)) OR (tw:(anxi*)) OR (tw:(resilience)) OR (tw:(satisfaction)) OR (tw:(quality of life)) OR (tw:(stress)) OR (tw:(trauma*)) OR (tw:(suicid*)) OR (tw:(ADHD)) OR (tw:(attention deficit hyperactivity disorder)) OR (tw:(eating disorder)) OR (tw:(disordered eating)) OR (tw:(binge eating)) OR (tw:(anorexia)) OR (tw:(anorexia nervosa)) OR (tw:(anorectic)) OR (tw:(bulimia)) OR (tw:(school*)) OR (tw:(school closure)) OR (tw:(home school*)) OR (tw:(school lockdown)) OR (tw:(preschool)) OR (tw:(kindergarten)) OR (tw:(bullying)) OR (tw:(containment measure)) OR (tw:(lockdown)) OR (tw:(domestic violence)) OR (tw:(abuse)) OR (tw:(neglect)) OR (tw:(child protective services)) OR (tw:(CPS))) AND ((tw:(child*)) OR (tw:(adolescenc*)) OR (tw:(teenage*)) OR (tw:(minor*))) AND ((tw:(German*)))
Google Suche	ENGLISCH: (Covid OR Corona OR pandem*) AND German* AND (Mental OR disorder OR wellbeing OR distress OR substance OR missuse OR violence OR abuse) AND (child* OR adolescen* OR teenage*) DEUTSCH: Covid AND Deutsch* AND Psych* AND Kind* OR Jugend* Krankenkasse OR Krankenversicherung OR Routinedaten AND Corona OR Covid AND Psych AND Kind* OR Jugend*

Annex Tabelle 2
Klassifikation der Studientypen
 Quelle: Eigene Darstellung

		Zufallsstichprobe Allgemeinbevölkerung	Zufallsstichprobe aus ACCESS-Panel	Anpassungs- und Designgewichtung	Non-Probability Sample	Trenddesign	Kohorten- Design	Identische Erhebung des Outcomes über mehrere Messzeitpunkte
PRIMÄRDATEN								
A	Repräsentativ angelegte Trendstudie, basierend auf einer Vollerhebung oder einer repetitiven, mit einem Zufallsverfahren gezogenen populationsbezogenen, Querschnittstichprobe oder einer populationsrepräsentativen Quotastichprobe	X		ggf.		X		X
B	Repräsentativ angelegte Trendstudie, basierend auf einer repetitiven, mit einem Zufallsverfahren oder mit einem populationsrepräsentativen Quotaverfahren gezogenen Stichprobe aus einem Accesspanel		X	ggf.		X		X
C	Einmalig durchgeführte Vollerhebung oder einmalig durchgeführte Querschnittsstudie, basierend auf einer mit einem Zufallsverfahren gezogenen Stichprobe aus einer Bezugsbevölkerung oder einem Accesspanel oder einer populationsrepräsentativen Quotastichprobe	X		ggf.				
D	Repräsentativ angelegte Längsschnittstudie, die Rückschlüsse auf intra-individuelle Veränderungen auf Populationsbasis zulässt	X		ggf.				X
E	Querschnittsdaten basierend auf einer selbst selektierenden Stichprobe (Convenience Sample)				X	X		
F	Repetitive Querschnitterhebung auf nichtrepräsentativer Stichprobenbasis				X	X		X
G	Längsschnittsdaten, basierend auf einer selbstselektierenden Stichprobe (Convenience Sample)				X	X		X

Annex Tabelle 3

Publikationen

Quelle: Eigene Darstellung

Kategorie I: Primärdaten zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Kontext des Pandemiegeschehens

Studientyp A: Repräsentativ angelegte Trendstudie, basierend auf einer Vollerhebung oder einer repetitiven, mit einem Zufallsverfahren gezogenen, populationsbezogenen Querschnittstichprobe oder einer populationsrepräsentativen Quotastichprobe			
Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse		
	Outcome	Operationalisierung/ Messinstrument	Beschreibung der Ergebnisse und Interpretation durch die Autorinnen und Autoren
<p>COPSY-Hamburg-Studie</p> <p>Befragungsstudie (online): Befragung von Eltern von Kindern im Alter von 11 bis 17 Jahren (M=13,77; SD=1,97; 48% weiblich) und von Jugendlichen ab 17 Jahren; Zufallsstichprobe aus zentralem Hamburger Melderegister; n=1.195 Eltern und n=1.484 Kinder und Jugendliche; Angaben für n=1.037 sowohl aus der Eltern- als auch der Selbstbefragung.</p> <p>Beobachtungszeitraum: 12.06.2020–31.07.2020</p> <p>[27] Kaman A, Otto C, Adedeji A et al. (2021)</p>	a	Lebensqualität	KIDSCREEN-10-Index Anstieg des Anteils der Kinder und Jugendlichen mit geminderter gesundheitsbezogener Lebensqualität (26%) im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum (15%); größerer Anteil bei Mädchen als bei Jungen ($\chi^2(1)=22,683$; $\phi=0,15$) und 14- bis 17-Jährigen gegenüber 11- bis 13-Jährigen ($\chi^2(1)=25,277$; $\phi=0,16$) bei jeweils geringen Effektstärken. Risikogruppe von Kindern mit Eltern mit niedrigem Bildungsabschluss oder Migrationshintergrund oder mit psychischer Belastung oder mit beengten räumlichen Verhältnissen mit höherem Anteil an niedriger Lebensqualität (32% vs. 25% bei Nichtbetroffenen, $V=0,08$) [27].
	a	Lebenszufriedenheit	Cantril Ladder Niedrigere Lebenszufriedenheit als im Bundesdurchschnitt (11- bis 13-Jährige: $\chi^2(4)=66,331$; $V=0,07$; 14- bis 17-Jährige: $\chi^2(4)=296,157$; $V=0,19$), bei jeweils geringen Effektstärken [27].
	a	Allgemeine Gesundheit	Einzelitem 93% mit ausgezeichneter bis guter allgemeiner Gesundheit, 7% weniger gut bis schlecht. Unverändert im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum [27].
	a	Schutzfaktoren und Ressourcen	Familienklimaskalen (Schneewind) Innerhalb der Risikogruppe Kinder mit starkem familiärem Zusammenhalt gegenüber Kindern mit schwachem familiärem Zusammenhalt seltener mit niedriger Lebensqualität (30% vs. 57%, $V=0,20$) und psychischen Auffälligkeiten (12% vs. 55%, $V=0,25$). 5% der Kinder mit starkem gegenüber 58% mit schwachem familiärem Zusammenhalt mit emotionalen Problemen ($V=0,25$), 9% gegenüber 40% mit Hyperaktivitätsproblemen ($V=0,21$) [27].
	b	COVID-19-spezifisches Belastungserleben	Einzelitem (Antwortskala von 1 gar nicht belastend bis 5 äußerst belastend) Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Angabe äußerst oder etwas belastend bei 60% [27].

Fortsetzung nächste Seite

Studientyp A: Repräsentativ angelegte Trendstudie, basierend auf einer Vollerhebung oder einer repetitiven, mit einem Zufallsverfahren gezogenen, populationsbezogenen Querschnittstichprobe oder einer populationsrepräsentativen Quotastichprobe			
Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse		
	Outcome	Operationalisierung/ Messinstrument	Beschreibung der Ergebnisse und Interpretation durch die Autorinnen und Autoren
	c	Psychische Auffälligkeiten	SDQ (Elternurteil) Gesamtwert Unverändert (17 % während, 19 % vor Pandemie); Risikogruppe mit mehr psychischen Auffälligkeiten (34 % vs. 14 % bei Nichtbetroffenen, $V=0,22$), insbesondere emotionale Probleme (30 % vs. 12 %, $V=0,19$), Hyperaktivitätsprobleme (22 % vs. 7 %, $V=0,18$) und Probleme mit Gleichaltrigen (25 % vs. 17 %, $V=0,19$) [27].
	c		Subskala Emotionale Probleme (SDQ) Unverändert (15 % während, 19 % vor Pandemie); mehr Mädchen als Jungen betroffen ($\chi^2(1)=12,245$; $p=0,001$; $\phi=0,11$) [27].
	c		Subskala Hyperaktivität (SDQ) Unverändert (9 % während, 13 % vor Pandemie), Jungen im Vergleich zu Mädchen ($\chi^2(1)=18,133$; $p<0,001$; $\phi=0,13$) 11- bis 13-Jährige im Vergleich mit 14–17-Jährigen stärker betroffen [27].
	c		Subskala Verhaltensprobleme (SDQ) Unverändert (10 % während, 15 % vor Pandemie), eher Jungen betroffen [27].
	c		Subskala Probleme mit Gleichaltrigen (SDQ) Anstieg (19 % während, 13 % vor der Pandemie) [27].
	c	Depressive Symptomatik	PHQ-2 17 % der Hamburger Kinder und Jugendlichen mit depressiven Symptomen wie Niedergeschlagenheit, weniger Interesse und Hoffnungslosigkeit [27].
	c	Symptome generalisierte Angststörung	Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED, Subskala generalisierte Ängstlichkeit) Anstieg : 26 % während, 15 % vor der Pandemie, mehr Mädchen und eher 14–17-Jährige [27].
	c	Psychosomatische Probleme	HBSC Symptom Checklist Anstieg im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum bei Kopfschmerzen: 52 % (vorpandemisch 28 %; $\phi=0,20$), Bauchschmerzen: 42 % (vorpandemisch 21 %; $\phi=0,18$), Rückenschmerzen: 43 % (vorpandemisch 26 %; $\phi=0,15$), Niedergeschlagenheit: 47 % (vorpandemisch 23 %; $\phi=0,21$), Gereiztheit: 74 % (vorpandemisch: 40 %; $\phi=0,27$), Nervosität: 28 % (vorpandemisch 24 %; $\phi=0,04$) und Einschlafprobleme: 63 % (vorpandemisch 39 %; $\phi=0,19$) [27].

Fortsetzung nächste Seite

Studientyp A: Repräsentativ angelegte Trendstudie, basierend auf einer Vollerhebung oder einer repetitiven, mit einem Zufallsverfahren gezogenen, populationsbezogenen Querschnittstichprobe oder einer populationsrepräsentativen Quotastichprobe			
Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse		
	Outcome	Operationalisierung/ Messinstrument	Beschreibung der Ergebnisse und Interpretation durch die Autorinnen und Autoren
<p>Befragung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen in der Region Hannover</p> <p>Befragungsstudie (schriftlich): Befragung von Eltern von Einschülerinnen und -schülern im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen (SEU) der Einschulungsjahrgänge 2017/18 (n=8.973), 2018/19 (n=8.582), 2019/20 (n=9.704), 2020/21 (n=2.178). SEU stellen Vollerhebungen der Einschülerinnen und -schüler pro Einschulungsjahr dar, im Jahrgang 2020/21 wurden die SEU aufgrund der Pandemie jedoch unterbrochen, nach Wiederaufnahme nur noch ein Teil des Jahrgangs untersucht, aufgrund eines sozialkompensatorischen Ansatzes verstärkt sozial benachteiligte Familien.</p> <p>Beobachtungszeitraum: 2019/20, 2020/21</p> <p>[44] Bantel S, Buitkamp M, Wünsch A (2021)</p>	c	Psychische Auffälligkeiten	<p>Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)</p> <p>Anstieg von psychischen Auffälligkeiten (SDQ auffällig und grenzwertig): 5,5% (2017/18), 6,2% (2018/19), 7,4% (2019/20), 8,0% (2020/21) [44].</p>

Fortsetzung nächste Seite

Studientyp B: Repräsentativ angelegte Trendstudie, basierend auf einer repetitiven, mit einem Zufallsverfahren oder mit einem populationsrepräsentativen Quotaverfahren gezogenen Stichprobe aus einem Accesspanel

Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse		
	Outcome	Operationalisierung/ Messinstrument	Beschreibung der Ergebnisse und Interpretation durch die Autorinnen und Autoren
<p>COPSY-Studie</p> <p>Erste Erhebungswelle: Befragungsstudie (online): Befragung von Eltern von Kindern zwischen 7 und 17 Jahren (M=12,23; SD=3,30; 50% weiblich; n=1.586) sowie zusätzlich Befragung von Kindern und Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren (M=14,33; SD=1,86; 51,1% weiblich; 1.040); bundesweit repräsentative Erhebung (Quota-Sampling); Vergleich mit BELLA-Daten (aus 2017) sowie HBSC-Daten (vorpandemisch) möglich.</p> <p>Beobachtungszeitraum: 26.5.2020–10.06.2020</p> <p>[24] Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C et al. (2020) [25] Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C et al. (2021) [26] Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M et al. (2021) [29] Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M et al. (2021)</p> <p>Zweite Erhebungswelle: Befragungsstudie (online): Befragung von Eltern von Kindern zwischen 7 und 17 Jahren (M=12,67; SD=3,29; 49,7% weiblich, n=1.923); Wiederbefragungsrate: 85,1%; n=337 neu rekrutiert und zusätzlich Befragung von insgesamt n=1.306 Kindern und Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren (M=14,56; SD=2,00; 51,9% weiblich); bundesweit repräsentative Erhebung (Quota-Sampling); Vergleichsmöglichkeit mit bundesweit repräsentativen BELLA-Daten (aus 2017) sowie HBSC-Daten und erster COPSY-Erhebungswelle.</p> <p>Beobachtungszeitraum: 17.12.2020–25.01.2021</p> <p>[29] Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M et al. (2021)</p>	<p>a</p> <p>Gesundheitsbezogene Lebensqualität</p>	<p>KIDSCREEN-10-Index</p>	<p>Rückgang in der Lebensqualität: 40,2% berichten eine niedrige Lebensqualität (Selbstbericht) in COPSY Welle 1 [24, 25], in COPSY Welle 2 47,7% (d. h. weiterer Rückgang, aber nicht nennenswerter Effekt $\phi=0,08$) [29], vorpandemisch 15,3% (Elternbericht COPSY Welle 1: 41,9% geminderte, 54,9% mittlere und 3,2% hohe Lebensqualität) [25, 26].</p> <p>Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedriger Bildung, Migrationshintergrund und/oder beengtem Raum (<20m² Wohnfläche/Person) erlebten eine geringere Lebensqualität in COPSY Welle 1 im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen, die nicht dieser Gruppe angehören (d-ES=0,67) [24, 26].</p> <p>Mädchen berichten eher eine niedrige Lebensqualität als Jungen (vorpandemisch und in COPSY Welle 1) [26].</p> <p>Jüngere sind eher vom Rückgang betroffen: Der Anteil mit niedriger Lebensqualität stieg in COPSY Welle 1 bei den 11–13-Jährigen von 7,7% auf 41,3%, bei den 14–17-Jährigen von 17,1% auf 39,3% [26].</p> <p>Intra-individueller Rückgang zwischen COPSY Welle 1 und COPSY Welle 2 [29].</p>
	<p>b</p> <p>COVID-19-spezifisches Belastungs-erleben</p>	<p>Einzelitems zu Veränderungen der Beziehungen zu Freundinnen und Freunden, Veränderungen der Lernsituation, Veränderungen der Familienbeziehungen, Veränderungen im Zusammenhang mit der Corona-Krise insgesamt (selbstentwickelt), Antwortskala 1= gar nicht belastend bis 5= äußerst belastend</p>	<p>70,7% der Kinder und Jugendlichen fühlten sich in COPSY Welle 1 belastet [24–26], Weiterer Anstieg in 2. Erhebungswelle auf 82,6% (Differenz zum 1. Befragungszeitpunkt mit kleinem Effekt ($\phi=0,15$) [29].</p> <p>Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedriger Bildung, Migrationshintergrund und/oder beengtem Raum (<20m² Wohnfläche/Person) erlebten eine höhere Belastung in COPSY Welle 1 im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen, die nicht dieser Gruppe angehören (42,5% vs. 26,7%) [24, 26].</p> <p>64,4% empfanden in COPSY Welle 1 das Homeschooling als anstrengend (unverändert in COPSY Welle 2: 63,9%); 82,8% hatten in COPSY Welle 1 weniger Kontakt zu ihren Freunden (Rückgang in COPSY Welle 2: auf 76,1% mit geringfügigem Effekt $\phi=0,07$); Einschränkungen in Beziehungen zu Freunden berichten in COPSY Welle 1 37,9% (unverändert in COPSY Welle 2: 39,4%); mehr Streitigkeiten in der Familie (11–17-Jährige) in COPSY Welle 1: 26,2% (unverändert in COPSY Welle 2: 23,8%) [29].</p>

Fortsetzung nächste Seite

Studientyp B: Repräsentativ angelegte Trendstudie, basierend auf einer repetitiven, mit einem Zufallsverfahren oder mit einem populationsrepräsentativen Quotaverfahren gezogenen Stichprobe aus einem Accesspanel			
Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse		
	Outcome	Operationalisierung/ Messinstrument	Beschreibung der Ergebnisse und Interpretation durch die Autorinnen und Autoren
	c	Psychische Auffälligkeiten	<p>Strenghts and Difficulties Questionnaire (SDQ Gesamtproblemwert sowie Emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivitätsprobleme, Probleme mit Gleichaltrigen)</p> <p>Anstieg von vorpandemisch 17,6% auf 30,4% im Gesamtproblemwert in COPSY Welle 1 [24–26], Cohen's $f^2 = 0.04$; COPSY Welle 2: 30,9% [29].</p> <p>Anstieg in den Subskalen in COPSY Welle 1: Emotionale Probleme: 13,3%, vorpandemisch 10,2% (unverändert bei Mädchen: 15,3%, vorpandemisch 13,0%; Anstieg bei Jungen: 11,4%, vorpandemisch 7,4%); Verhaltensprobleme: 10,0%, vorpandemisch 6,6% (Anstieg bei Mädchen: 8,3%, vorpandemisch 5,7%; Anstieg bei Jungen: 11,6%, vorpandemisch 7,4%); Hyperaktivitätsprobleme: 14,6%, vorpandemisch 7,7% (Anstieg bei Mädchen: 10,8%, vorpandemisch 5,1%; Anstieg bei Jungen: 18,4%, vorpandemisch 10,2%); Probleme mit Gleichaltrigen: 11,5%, vorpandemisch 7,5 (unverändert bei Mädchen: 9,5%, vorpandemisch 7,4%; Anstieg bei Jungen: 13,5%, vorpandemisch 7,6%) [26].</p> <p>Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedriger Bildung, Migrationshintergrund und/oder beengtem Raum (<20m² Wohnfläche/Person) zeigten mehr psychische Auffälligkeiten in COPSY Welle 1 im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen, die nicht dieser Gruppe angehören (d-ES=0,83). Ebenso zeigten sie mehr emotionale Probleme (d-ES=0,59), mehr Verhaltensprobleme (d-ES=0,84), mehr Hyperaktivität (d-ES=0,60) und mehr Probleme mit Gleichaltrigen (d-ES=0,47) [26].</p> <p>Intra-individueller Anstieg bei emotionalen Problemen und Problemen mit Gleichaltrigen zwischen COPSY Welle 1 und COPSY Welle 2 [4]. Intra-individuell unverändert für Gesamtwert und Verhaltensprobleme, intra-individueller Rückgang bei Hyperaktivitätsproblemen [29].</p>
	c	Depressive Symptomatik	Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC)

Fortsetzung nächste Seite

Studientyp B: Repräsentativ angelegte Trendstudie, basierend auf einer repetitiven, mit einem Zufallsverfahren oder mit einem populationsrepräsentativen Quotaverfahren gezogenen Stichprobe aus einem Accesspanel			
Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse		
	Outcome	Operationalisierung/ Messinstrument	Beschreibung der Ergebnisse und Interpretation durch die Autorinnen und Autoren
	c	Depressive Symptomatik	<p>Patient Health Questionnaire (PHQ-2)</p> <p>Unverändert in COPS Y Welle 1 [24–26] im Vergleich zu vor der Pandemie Anstieg zwischen COPS Y Welle 1 und COPS Y Welle 2 von 11,3 % auf 15,1 %, aber mit vernachlässigbarem Effekt $\phi=0,01$ [29].</p>
	c	Symptomatik einer generalisierten Angststörung	<p>Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED), Subskala generalisierte Ängstlichkeit</p> <p>Anstieg von vorpandemisch 14,9 % auf 24,1 % (Selbstbericht) in COPS Y Welle 1 [24–26], jedoch nur vernachlässigbarer Effekt Cohen's $f^2=0,01$; weiterer Anstieg in COPS Y Welle 2 auf 30,1 %, aber mit vernachlässigbarem Effekt $\phi=0,07$ [29].</p> <p>Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedriger Bildung, Migrationshintergrund und/oder beengtem Raum (<20m² Wohnfläche/Person) zeigten eine größere Ängstlichkeit in COPS Y Welle 1 im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen, die nicht dieser Gruppe angehören (d-ES=0,37). [24, 26].</p> <p>Intra-individueller Anstieg zwischen COPS Y Welle 1 und COPS Y Welle 2 [29].</p>
	c	Psychosomatische Probleme	<p>HBSC Symptom Checkliste (HBSC-SCL)</p> <p>Anstieg in COPS Y Welle 1: Gereiztheit: von vorpandemisch 39,8 % auf 53,2 %; Schlafprobleme: von vorpandemisch 39,2 % auf 43,3 %; Kopfschmerzen: von vorpandemisch 28,3 % auf 40,5 %; Niedergeschlagenheit: von vorpandemisch 23,0 % auf 33,8 %; Bauchschmerzen: von vorpandemisch 21,3 % auf 30,5 %</p> <p>Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedriger Bildung, Migrationshintergrund und/oder beengtem Raum (<20m² Wohnfläche/Person) erlebten mehr psychosomatische Probleme in COPS Y Welle 1 im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen, die nicht dieser Gruppe angehören (d-ES=0,67) [24, 26].</p> <p>Weiterer Anstieg zwischen COPS Y Welle 1 und Welle 2 bei Kopfschmerzen (auf 46,4 %, $\phi=0,06$), Bauchschmerzen (auf 36,4 %, $\phi=0,06$) und schlechte Stimmung (auf 43,4 %, $\phi=0,10$) [29].</p> <p>Intra-individueller Anstieg zwischen COPS Y Welle 1 und COPS Y Welle 2 [29].</p>

Fortsetzung nächste Seite

Studientyp B: Repräsentativ angelegte Trendstudie, basierend auf einer repetitiven, mit einem Zufallsverfahren oder mit einem populationsrepräsentativen Quotaverfahren gezogenen Stichprobe aus einem Accesspanel			
Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse		
	Outcome	Operationalisierung/ Messinstrument	Beschreibung der Ergebnisse und Interpretation durch die Autorinnen und Autoren
<p>German Family Panel (pairfam) und COVID-19-Zusatzbefragung</p> <p>Befragungsstudie (online): bundesweit repräsentative Kohorte mit zufallsbasierter Registerstichprobe mit vier Geburtskohorten und insgesamt ca. n=12.000 Teilnehmenden. An der COVID-19-Zusatzbefragung nahmen ca. 850 Teilnehmende (57,3 % weiblich) der jüngsten Geburtskohorte (2001–2003) im Alter von 14 bis 17 Jahren teil. Als vorpandemischer Vergleichszeitraum (T1) dienen Daten aus der 11. Erhebungswelle.</p> <p>Beobachtungszeitraum: T1: Mitte Oktober 2018 bis Mitte August 2019 T2: Mitte Mai 2020 bis Mitte Juli 2020</p> <p>[38] Alt P, Reim J, Walper S (2021) [28] Bujard M, Von den Driesch E, Ruckdeschel K et al. (2021) [48] Naumann E, von den Driesch E, Schumann A et al. (2021)</p>	a	Aktivität	Einzelitem (Antwortskala 1–5) Rückgang der subjektiv wahrgenommenen Aktivität im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum (T1: M=3,30 vs. T2: M=2,87) [28].
	b	Einsamkeit	UCLA Loneliness Scale Anstieg von Einsamkeit im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum (T1: M=2,10 vs. T2: M=2,27 [38] bzw. T1: M=2,07 vs. T2: M=2,22) [28])
	b	Stress	Einzelitem (Antwortskala 1–5) Rückgang des Stressempfindens im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum (T1: M=2,86 vs. T2: M=2,73) [28].
	c	Depressive Symptomatik	Zu „Anhedonie“ umkodierte Subskala Positive Stimmung der Deutschen Version der State-Trait Depression Scales (STDS) Anstieg von Anhedonie im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum (T1: M=1,85 vs. T2: M=2,14) [38]. Mädchen mit stärkerem Anstieg der von Anhedonie [38].
	c		Subskala Negative Stimmung der Deutschen Version der State-Trait Depression Scales (STDS) Anstieg von negativer Stimmung im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum (T1: M=1,74 vs. T2: M=1,91) [38]. Mädchen mit stärkerem Anstieg der negativer Stimmung [38].
c		Deutsche Version der State-Trait Depression Scales (STDS) (Cut Off >25 für klinisch relevante Symptome) Anstieg der Prävalenz klinisch relevanter depressiver Symptomatik während der Pandemie um ca. 15% (T1: 10,2% vs. T2: 25,2%) [28] bzw. T1: 10,4% vs. T2: 25,3% [48]). Stärkerer Anstieg bei Mädchen (T1: 13%, T2: 35%) als bei Jungen (T1: 7% vs. T2: 15%;) [28, 48]. Anstieg der bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund (T1: 11% vs. T2: 33%) [48].	

Fortsetzung nächste Seite

Studientyp B: Repräsentativ angelegte Trendstudie, basierend auf einer repetitiven, mit einem Zufallsverfahren oder mit einem populationsrepräsentativen Quotaverfahren gezogenen Stichprobe aus einem Accesspanel			
Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse		
	Outcome	Operationalisierung/ Messinstrument	Beschreibung der Ergebnisse und Interpretation durch die Autorinnen und Autoren
<p>Überregionale Studie „Berufliche Orientierung: Berufs- und Studienwahl“ (BerO-Studie) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)</p> <p>Befragungsstudie (Modus nicht genannt): Befragung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) von Schülerinnen und Schülern der Abiturjahrgänge 2020 und 2021 aus Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Schleswig-Holstein; n=ca. 7.500 bei erster Befragung; Frühjahr 2020: n=1.079; Herbst 2020: n=2.849.</p> <p>Beobachtungszeitraum: 24.3.2020–3.7.2020 und 16.11.2020–21.12.2020</p> <p>[31] Anger S, Bernhard S, Dietrich H et al. (2021a) [32] Anger S, Bernhard S, Dietrich H et al. (2021b)</p>	a	Lebenszufriedenheit	Einzelitem (Antwortskala 0–10) Rückgang der Lebenszufriedenheit eines Abiturjahrgangs im Jahr 2020 im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum (2019: 7,3 vs. 2020: 6,8) [31]. Rückgang des Anteils der Abiturienten und Abiturientinnen mit hoher Lebenszufriedenheit während der Pandemie (Frühjahr 2020: 71% vs. Herbst 2020: 61%) [32].
	b	Psychische Belastungen	Hopkins Symptom Checklist (HSCL, Cut Off > 1,8) Anstieg des Anteils derjenigen, die sich psychisch stark belastet fühlen (32% auf 51%) im Laufe der Pandemie [32].

Studientyp C: Einmalig durchgeführte Vollerhebung oder einmalig durchgeführte Querschnittsstudie, basierend auf einer mit einem Zufallsverfahren gezogenen Stichprobe aus einer Bezugsbevölkerung oder einem Accesspanel oder einer populationsrepräsentativen Quotastichprobe			
Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse		
	Outcome	Operationalisierung/ Messinstrument	Beschreibung der Ergebnisse und Interpretation durch die Autorinnen und Autoren
<p>DAK-Studie „Homeschooling in Corona-Zeiten“</p> <p>Befragungsstudie (online): Befragung von Elternteilen und jeweils ein zugehöriges Kind im Alter von 10 bis 17 Jahren (n=1.005) Repräsentative Bevölkerungsbefragung im Auftrag der DAK-Gesundheit. Die Ermittlung der Gruppe der zu befragenden Elternteile bzw. Erziehungsberechtigten erfolgte über ein Screening im Rahmen des Online-Panels forsa.ominet.</p> <p>Beobachtungszeitraum: 07.05.2020–14.05.2020</p> <p>[34] DAK-Gesundheit (2020)</p>	a	Wohlbefinden des Kindes im Vergleich zu vor der Schulschließung	Einzelitem (Elternbericht) Antwortskala 5-stufig von 1 „deutlich besser“ bis 5 „deutlich schlechter“ als vor der Pandemie Rückgang des Wohlbefindens (schlechter oder deutlich schlechter) laut Elternurteil bei 38%, Anstieg (besser oder deutlich besser) bei 21% [34].
		Einzelitem (Selbstbericht) Antwortskala 5-stufig von 1 „deutlich besser“ bis 5 „deutlich schlechter“ als vor der Pandemie Rückgang des Wohlbefindens (schlechter oder deutlich schlechter) laut Selbsturteil bei 29%, Anstieg (besser oder deutlich besser) bei 31%. Jüngere fühlten sich im Durchschnitt geringfügig häufiger schlechter als besser, bei den Älteren war es genau anders herum [34].	

Fortsetzung nächste Seite

Studientyp C: Einmalig durchgeführte Vollerhebung oder einmalig durchgeführte Querschnittsstudie, basierend auf einer mit einem Zufallsverfahren gezogenen Stichprobe aus einer Bezugsbevölkerung oder einem Accesspanel oder einer populationsrepräsentativen Quotastichprobe

Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse			
	Outcome	Operationalisierung/ Messinstrument	Beschreibung der Ergebnisse und Interpretation durch die Autorinnen und Autoren	
	b	Belastung des Kindes durch Coronakrise	Einzelitem (Elternbericht) Antwortskala 4-stufig von 1 „sehr stark“ bis 4 „gar nicht“	42 % der Eltern haben den Eindruck, die Coronakrise belastete ihr Kind sehr stark (9 %) bzw. stark (33 %), 57 % sind der Meinung, ihr Kind sei eher wenig (53 %) bzw. gar nicht (4 %) belastet [34].
	b	Sorgen bezüglich Auswirkungen der Corona-Pandemie	Einzelitem (Selbstbericht) Antwortskala 4-stufig von 1 „häufig“ bis 4 „nie“	18 % machen sich häufig, 42 % manchmal, 25 % selten und 12 % nie Sorgen bzgl. der Auswirkungen [34].
		Sorgen bezüglich Corona-Infektion (selbst oder nahestehende Person)	Einzelitem (Selbstbericht) Antwortskala 4-stufig von 1 „häufig“ bis 4 „nie“	19 % machen sich häufig, 41 % manchmal, 27 % selten und 12 % nie Sorgen bzgl. einer Infektion [34].
SPATZ Health Study Befragungsstudie (schriftlich): Geburtskohortenstudie 2012 mit n=362 als Vollerhebung aus der damals einzigen Ulmer Geburtsklinik (Responserate 49%). Die Stichprobe umfasst alle Kinder der 6- und 7-jährigen Nachuntersuchung der SPATZ-Studie, für die ein Fragebogen während der ersten Schulklasse ausgefüllt wurde. In querschnittlicher Analyse verglichen wurden Kinder im Alter von 6 bis 7 Jahren in vier Gruppen, die vor der ersten Schulschließung in Deutschland (\leq 15. März 2020) die erste Klasse besuchten (Gruppen 1–3), sowie die Kinder, die während der Pandemie ($>$ 15. März 2020) die erste Klasse besuchten (Gruppe 4). Beobachtungszeitraum: März–Mai 2020 [33] Kurz D, Braig S, Genuneit J et al. (2021)	a	Lebensqualität	KINDL-R Total	Rückgang um 5,5 Punkte nur für Mädchen (in nach Alter und Schulbildung der Mutter adjustierter Analyse) [33].
	c	Psychische Auffälligkeiten	SDQ	Anstieg nur für Mädchen um 2,0 Punkte in der Pandemie (in nach Alter und Schulbildung der Mutter adjustierter Analyse) [33].

Fortsetzung nächste Seite

Studientyp C: Einmalig durchgeführte Vollerhebung oder einmalig durchgeführte Querschnittsstudie, basierend auf einer mit einem Zufallsverfahren gezogenen Stichprobe aus einer Bezugsbevölkerung oder einem Accesspanel oder einer populationsrepräsentativen Quotastichprobe

Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse			
	Outcome	Operationalisierung/ Messinstrument	Beschreibung der Ergebnisse und Interpretation durch die Autorinnen und Autoren	
<p>Studie des Netzwerks Universitätsmedizin (NUM) mit Teilnehmenden der TEMPO-Studie und des B-FAST-Projekts</p> <p>Studie des Netzwerks Universitätsmedizin (NUM) mit Teilnehmenden der TEMPO-Studie und des B-FAST-Projekts Befragungsstudie (online): Vergleich einer Klinikstichprobe (TEMPO-Studie) und einer bevölkerungsbezogenen (Vor-)Schulstichprobe (B-FAST-Projekt); Klinikstichprobe: insgesamt n=280 Teilnehmende zwischen 4 und 17 Jahren aus kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen von vier Universitätskliniken (Aachen, Charité Berlin, Göttingen und Köln), die im Zeitraum vom 01.12.2020 bis 30.03.2021 angemeldet, neu- oder wiedervorgelegt oder weiterbehandelt wurden; Vorschulstichprobe: n=1.958 Kinder und Jugendliche zwischen 4 und 19 Jahren aus insgesamt 18 ausgewählten Kitas und Schulen in fünf Standorten (Düsseldorf, Heidelberg, Homburg, Köln und München). Die Auswahl „zielte darauf ab, Regionen mit verschiedenen Bevölkerungsdichten und sozialen Kontexten abzubilden“ ([23], S. 2). Einschlusszeitraum 09.11.2020–18.04.2021.</p> <p>Beobachtungszeitraum: Herbst 2020 bis Frühjahr 2021</p> <p>[23] Döpfner M, Adam J, Habel C et al. (2021)</p>	b	COVID-19-bezogene psychische Belastungen	Corona-Belastungs-Bogen Eltern (CBB-E; Elternurteil über Kinder)	Klinikstichprobe: Anstieg der Gesamtbelastung bei insgesamt 72 % (stark: 23,6 %, etwas: 48,4 %) der Kinder und Jugendlichen nach Elternurteil, bei 16,1 % unverändert , bei 11,8 % Rückgänge der Belastungen (etwas: 10,6 %, stark: 1,2 %) [23]. (Vor-)Schulstichprobe: Anstieg der Gesamtbelastung bei insgesamt 78,2 % (stark: 16,9 %, etwas: 61,3 %) der Kinder und Jugendlichen nach Elternurteil, bei 17,6 % unverändert , bei 11,8 % Rückgänge der Belastungen (etwas: 3,9 %, stark: 0,2 %) [23].
	b	COVID-19-bezogene psychische Belastungen	Corona-Belastungs-Bogen Kinder und Jugendliche (CBB-K); Selbsturteil Kinder und Jugendliche)	Klinikstichprobe: Anstieg der Gesamtbelastung bei 65,9 % (stark: 19,1 %, etwas: 46,8 %) nach Selbsturteil der Kinder und Jugendlichen (22 % unverändert , bei 12 % Rückgänge der Belastungen leicht: 9,9 %, stark: 2,1 %) [23]. (Vor-)Schulstichprobe: Anstieg der Gesamtbelastung bei insgesamt 61,4 % (stark: 7,9 %, etwas: 53,5 %) der Kinder und Jugendlichen nach Selbsturteil, bei 26,4 % unverändert , bei 12,2 % Rückgänge der Belastungen (etwas: 10,2 %, stark: 2,0 %) [23].
	c	Psychische Auffälligkeiten	Child Behavior Checklist (CBCL) (Elternurteil über Kinder)	Klinikstichprobe: Geringe Zusammenhänge der COVID-19-bezogenen psychischen Belastung mit der CBCL-Gesamtauffälligkeit ($r=0,20$) [23].
	c	Psychische Auffälligkeiten	SDQ-E (Elternversion)	(Vor-)Schulstichprobe: Im SDQ-E auffällig: 11,4%. Geringe Zusammenhänge der COVID-19-bezogenen psychischen Belastung mit der SDQ-E-Gesamtauffälligkeit ($r=0,33$) [23].
	c	Psychische Auffälligkeiten	Youth Self Report (YSR) (Selbsturteil Kinder und Jugendliche)	Klinikstichprobe: Geringe Zusammenhänge der COVID-19-bezogenen psychischen Belastung mit der YSR-Gesamtauffälligkeit ($r=0,25$) [23].
	c	Psychische Auffälligkeiten	SDQ-S (Selbstbeurteilungsversion)	(Vor-)Schulstichprobe: Geringe Zusammenhänge der COVID-19-bezogenen psychischen Belastung mit der SDQ-E-Gesamtauffälligkeit ($r=0,22$) [23].
	c	Screening psychischer Störungen nach ICD-10/DSM-5	FBB-SCREEN (Fremdbeurteilungsversion)	Klinikstichprobe: Geringe Zusammenhänge der COVID-19-bezogenen psychischen Belastung mit dem FBB-SCREEN-Wert ($r=0,13$) [23].
	c	Screening psychischer Störungen nach ICD-10/DSM-5	SBB-SCREEN (Selbstbeurteilungsversion)	Klinikstichprobe: Geringe Zusammenhänge der COVID-19-bezogenen psychischen Belastung mit dem FBB-SCREEN-Wert ($r=0,36$) [23].

Fortsetzung nächste Seite

Studientyp C: Einmalig durchgeführte Vollerhebung oder einmalig durchgeführte Querschnittsstudie, basierend auf einer mit einem Zufallsverfahren gezogenen Stichprobe aus einer Bezugsbevölkerung oder einem Accesspanel oder einer populationsrepräsentativen Quotastichprobe			
Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse		
	Outcome	Operationalisierung/ Messinstrument	Beschreibung der Ergebnisse und Interpretation durch die Autorinnen und Autoren
Studie der TU München und des Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung Essen Befragungsstudie (online): Studie mit n=3.818 verpartnerten Frauen im Alter von 18–65 Jahren zu Erfahrungen familiärer Gewalt während der Pandemie, davon Frauen mit Kindern n=1.474. Quota-Stichprobe aus Pool von 100.000 befragungsbereiten Personen eines privaten Befragungsinstituts. Quotierung erfolgte hinsichtlich Bundesland, Alter, Haushaltsnettoeinkommen, Bildung, Beschäftigungsstatus und Haushaltsgröße, um die Repräsentativität der Stichprobe sicherzustellen. Beobachtungszeitraum: 22. April bis 8. Mai 2020 [50] Ebert C, Steinert JI (2021)	d	Gewalterfahrungen	Erhebung von körperlicher Bestrafung von Kindern in der Familie mit direkter Frage; Instrument nicht näher bezeichnet. Prävalenz körperliche Bestrafung von Kindern im letzten Monat bei 6,58% [50]. Hohe Depressions- und Angstwerte der Frauen verdoppeln das Risiko für körperliche Bestrafung der Kinder (OR=2,07), hohe Depressions- und Angstwerte bei den Partnern verdreifachen es (OR=2,71) [50]. Vorhandensein jüngerer Kinder im Haushalt erhöht das Risiko für körperliche Bestrafung des Kindes fünffach (OR=5,31) [50]. Adjustierte Prävalenz für körperliche Bestrafung ihrer Kinder bei Frauen mit einem hohen Risikoprofil bei knapp einem Viertel (23,32%) [50].
	d	Gewalterfahrungen	Listenexperiment zur Erhebung u. a. von schwerer körperlicher Gewalt gegen Kinder. Prävalenz für schwere körperliche Gewalt gegen Kinder im letzten Monat bei 1,97% [50].
Präventionsradar des Instituts für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) im Auftrag der DAK Befragungsstudie (online): Schülerinnen und Schüler aus 897 Klassen (n=14.287). Insgesamt wurden n=4.271 Fünft- und Sechstklässler, n=5.259 Siebt- und Achtklässler und n=4.757 Neunt- und Zehntklässler aus 13 Bundesländern befragt. Es fand eine Vollerhebung der jeweiligen Jahrgangsstufen statt. Anteil der weiblichen Befragten 49%, Durchschnittsalter 13,0 Jahre. Gewichtung nach Alter, Geschlecht und Schultyp. Beobachtungszeitraum: Welle 1: 2016/2017; Welle 2: 2017/2018; Welle 3: 2018/2019; Welle 4: 2019/2020; Welle 5: 2020/2021 [30] Hanewinkel R, Hansen J, Neumann C et al. (2021)	a	Lebenszufriedenheit	Einzelitem (Antwortskala 0–10) Rückgang der Lebenszufriedenheit bei 58% im Vergleich zu vor der Pandemie [30]. Unverändert blieb die Lebenszufriedenheit bei 24% der Befragten im Vergleich zu vor der Pandemie [30]. Anstieg der Lebenszufriedenheit bei 19% im Vergleich zu vor der Pandemie [30]. Im Mittel reduzierte sich die Lebenszufriedenheit der Schülerinnen und Schüler um 21% [30].
	b	Stresserleben	Einzelitem (Antwortskala nicht genannt) 45% der Schülerinnen und Schüler fühlten sich oft oder sehr oft gestresst [30].
	c	Psychische Auffälligkeiten	Subskala Emotionale Probleme (SDQ) Auffällig Gesamt: 2018/2019: 9,2%; 2019/2020: 10,4%; 2020/2021: 13,9%; kein Signifikanztest verfügbar [30]. Auffällig Mädchen: 2018/2019: 14,9%; 2019/2020: 17,6%; 2020/2021: 22,9%; kein Signifikanztest verfügbar [30]. Auffällig Jungen: 2018/2019: 3,8%; 2019/2020: 3,4%; 2020/2021: 5,5%; kein Signifikanztest verfügbar [30].

Fortsetzung nächste Seite

Studientyp D: Repräsentativ angelegte Längsschnittstudie, die Rückschlüsse auf intra-individuelle Veränderungen auf Populationsbasis zulässt			
Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse		
	Outcome	Operationalisierung/ Messinstrument	Beschreibung der Ergebnisse und Interpretation durch die Autorinnen und Autoren
<p>Längsschnittstudie „Gaming, Streaming und Social Networking unter der Corona-Pandemie“ des UKE in Kooperation mit dem Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)</p> <p>Befragungsstudie (online): Repräsentative bundesweite Längsschnittstudie mit Eltern und deren Kindern zwischen 10 und 17 Jahren (n=824; M=13,06; SD=2,40; 46,6% weiblich); Vergleich mit Baseline-Erhebung vor der Pandemie (13.9.2019–27.9.2019) möglich.</p> <p>Beobachtungszeitraum: 20.4.2020–30.4.2020</p> <p>[40] Paschke K, Arnaud N, Austermann MI et al. (2021)</p>	b	Stresserleben	<p>Perceived Stress Scale (PSS-4) (Antwortskala 0–16, Cut-Off für erhöhten Stress ≥ 8)</p> <p>Anstieg bei den Kindern und Jugendlichen in der ersten Pandemiewelle auf M=6,93 im Vergleich zu vor der Pandemie (M=5,53) [40].</p> <p>Risikofaktoren für erhöhtes Stresserleben waren finanzielle Sorgen, erhöhtes Stresserleben eines Elternteils, Prokrastination, limitierter Zugang zu Emotionsregulationsstrategien und das Zuhause bleiben während des Lockdowns</p>
<p>TRANS-GEN-Studie</p> <p>Befragungsstudie (online): Mütter mit Kind im Alter von 5 bis 7 Jahren (n=73) aus einer im Jahr 2013 gestarteten Geburtskohorte der Ulmer Geburtsklinik mit drei Erhebungswellen (t0 bis t3) mit 158 vollständigen Mutter-Kind-Dyaden mit vollständigen Datensätzen aus allen drei Erhebungswellen.</p> <p>Beobachtungszeitraum: 18. Mai bis 31. Juli 2020</p> <p>[49] Köhler-Dauner F, Clemens V, Lange S et al. (2021)</p>	c	Psychische Auffälligkeiten	<p>Subskala Emotionale Probleme (SDQ) M=6,17 vor der Pandemie und M=6,93 während der Pandemie; kein Signifikanztest verfügbar [49].</p> <p>Modifizierte Subskala Verhaltensprobleme (SDQ) M=1,43 vor der Pandemie und M=3,41 während der Pandemie; kein Signifikanztest verfügbar [49].</p> <p>Modifizierte Subskala Hyperaktivität (SDQ) M=2,63 vor der Pandemie und M=2,97 während der Pandemie; keine Signifikanztest verfügbar [49].</p>
<p>MoMo-Studie</p> <p>Befragungsstudie (online): Repräsentative bundesweite Längsschnittstudie mit Befragung von Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 17 Jahren (n=1.711). Sonderstudie zur Beschreibung der Auswirkung von COVID-19 auf die Beziehungen von körperlicher Aktivität, Bildschirmzeit und gesundheitsbezogener Lebensqualität.</p> <p>Beobachtungszeitraum: Präpandemisch: August 2018–März 2020 (n=2.843) Während der Pandemie: 20. April 2020–30. April 2020 (n=1.711)</p> <p>[35] Wunsch K, Nigg C, Niessner C et al. (2021)</p>	a	Lebensqualität	<p>Rückgang der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in den untersuchten Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern (nur deskriptiv, kein Signifikanztest ausgewiesen) [35].</p> <p>Alter 4 bis 10 Jahre: Jungen: (M_{präCOVID-19} = 44,89; M_{während COVID-19} = 40,77) und Mädchen: (M_{präCOVID-19} = 45,49; M_{während COVID-19} = 41,27) [35].</p> <p>Alter 11–17 Jahre: Jungen: (M_{präCOVID-19} = 43,15; M_{während COVID-19} = 40,77) und Mädchen: (M_{präCOVID-19} = 45,49; M_{während COVID-19} = 40,83) [35].</p>

Fortsetzung nächste Seite

Studientyp E: Querschnittdaten, basierend auf einer selbst selektierenden Stichprobe (Convenience Sample)				
Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse			
	Outcome	Operationalisierung/ Messinstrument	Beschreibung der Ergebnisse und Interpretation durch die Autorinnen und Autoren	
Studie der LMU München zu kindlichem Wohlbefinden und Problemverhalten in der Pandemie Befragungsstudie (online; selbst-selektierend): Befragung von Eltern von 3- bis 10-jährigen Kindern; Rekrutierung der Teilnehmenden u. a. über Social Media, E-Mail; n=2.672 (Daten für 3.389 Kinder, da teilweise für mehr als ein Kind geantwortet wurde). Beobachtungszeitraum: Ende April bis Anfang Mai 2020 [37] Christner, N., Essler, S., Hazzam, A., & Paulus, M. (2021)	a	Lebensqualität	Zwei selbstgebildete Skalen „Emotionales Wohlbefinden“ und „Familiäres Wohlbefinden“ mit je drei Items aus dem KIDSCREEN-52-Fragebogen mit modifizierter Antwortskala (von 1 „deutlich weniger“ bis 7 „deutlich mehr“ mit 4 „kein Unterschied“, um Veränderungen der Lebensqualität vor und während der COVID-19-Pandemie abzubilden).	Rückgang der Lebensqualität der Kinder seit Beginn der Pandemie: Verschlechterung der Emotionen, Stimmung und der allgemeinen Zufriedenheit seit Beginn der Pandemie (ds range 0,35–0,41) [37]. Anstieg bzw. Verbesserung der Freizeit und des Familienlebens im Jahr 2020 (ds range 0,24–0,54) [37].
	b	Belastungen	Einzelitem (Antwortskala 1–4)	Über 50% der Kinder und Jugendlichen sind eher oder deutlich gestresst, irritiert oder einsam im Jahr 2020 [37].
Studie: Kind sein in Zeiten von Corona Befragungsstudie (online): Befragung von Eltern von Kindern im Alter von 3 bis 15 Jahren die als Convenience-Stichprobe im Schneeballverfahren rekrutiert wurden; n=12.628 Beobachtungszeitraum: 22.04.–21.05.2020 [42] Langmeyer A, Guglhör-Rudan A, Naab T et al. (2020)	b	COVID-19-spezifisches Belastungserleben	Einzelitem	68% der Befragten geben an, dass ihre Kinder die Corona-Krise eher gut oder gut bewältigen [42]; 32% der Befragten geben an, dass die nicht-pharmazeutischen Eindämmungsmaßnahmen eine Belastung für die Kinder darstellte [42]. In Familien mit hoher Bildung geben mehr Eltern an, dass ihr Kind die Pandemie eher gut oder sehr gut bewältigt ((Fach)Hochschulabschluss: 72%; Abitur: 65%), als in Familien mit maximal mittlerer Bildung (55%) [42]. Mit 70% der Befragten geben Eltern von Kindern mit Geschwistern im gleichen Haushalt häufiger an, dass diese mit der Situation gut oder sehr gut zurechtzukommen als Eltern, die mit ihrem Kind alleine leben (66%) [42].

Fortsetzung nächste Seite

Studientyp E: Querschnittsdaten, basierend auf einer selbst selektierenden Stichprobe (Convenience Sample)			
Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse		
	Outcome	Operationalisierung/ Messinstrument	Beschreibung der Ergebnisse und Interpretation durch die Autorinnen und Autoren
	b	Einsamkeit	<p>Einzelitem</p> <p>Von den befragten Eltern gaben 27% an, dass sich ihr Kind während der Corona-Krise einsam fühlte [42]. 27% der Befragten gaben an, dass sich ihr Kind teilweise und 33% eher nicht einsam fühlte [42]. 14% der befragten Eltern gaben an, dass sich ihr Kind nicht einsam fühlte während der Pandemie [42]. Insbesondere bei Familien in schwieriger finanzieller Lage wird das Gefühl der Einsamkeit bei Kindern häufiger berichtet (48%) als bei Familien mit guter finanzieller Lage (22%) [42]. Eltern nehmen häufiger bei Einzelkindern (33%) Einsamkeit wahr als bei Kindern mit Geschwistern im Haushalt (24%) [42]. Eltern berichten von geringerer Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen (30%), wenn ihre Kindergartenkinder Kontakt zu ihren Erzieherinnen und Erziehern hatten, als wenn kein Kontakt zur Einrichtung bestand (24%) [42].</p>
	c	Psychische Auffälligkeiten	<p>Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Elternbericht; Subskalen Emotionale Probleme und Hyperaktivität)</p> <p>23% der Kinder weisen emotionale Schwierigkeiten auf [42]. 29% der Kinder sind Auffälligkeiten bezüglich der Hyperaktivität zu erkennen [42]. Sowohl emotionale Probleme als auch Hyperaktivität tritt bei Kindern während der Pandemie häufiger bei Familien auf, die mit ihrem Einkommen nur sehr schwer zurechtkommen, als in Familien, deren Eltern angaben, gut mit dem Einkommen zurecht-zukommen (Emotionale Probleme: 44% vs. 18%; Hyperaktivität: 39% vs. 22%) [42]. Bezüglich der Hyperaktivität zeigte sich, dass in Familien, bei denen der höchste Abschluss der (Fach)Hochschulabschluss ist, Hyperaktivität weniger häufig auftritt (24%) als bei Familien mit maximal mittlerer Bildung (40%) [42].</p>

Fortsetzung nächste Seite

Studientyp E: Querschnittsdaten, basierend auf einer selbst selektierenden Stichprobe (Convenience Sample)				
Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse		Operationalisierung/ Messinstrument	Beschreibung der Ergebnisse und Interpretation durch die Autorinnen und Autoren
	Outcome			
<p>ProHEAD Project</p> <p>Befragungsstudie (online): Befragung von insgesamt N=5.408 Personen mit abgeschlossenem Assessment aus einer multi-zentrischen Konsortialstudie zur längsschnittlichen Untersuchung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Alter von 12 bis 20 Jahren mit einer avisierten repräsentativen Schulstichprobe in 5 bundesdeutschen Regionen von n=15.000 hatten n=324 Teilnehmende ihr Assessment nach dem ersten Lockdown am 16.03.2020. Aus n=5.084 Teilnehmenden mit Assessment vor dem Lockdown wurde eine nach Alter, Geschlecht und besuchtem Schultyp gematchte Vergleichsstichprobe von identischer Größe (n=324) gezogen (Gesamt n= 648). Während die ProHEAD-Stichprobe als solche Repräsentativität beansprucht, stellt die Studienstichprobe eine Matched-Convenience-Unterstichprobe der bislang gesammelten Daten dar.</p> <p>Beobachtungszeitraum: Vor dem ersten Lockdown: 26.11.2018–13.03.2020 Nach dem ersten Lockdown 18.03.2020–29.08.2020</p> <p>[36] Koenig J, Kohls E, Moessner M et al. (2021)</p>	a	Lebensqualität	KIDSCREEN-10 (Selbstbericht)	Unverändert in Prä- und Post-Lockdown-Gruppe [36].
	c	Psychische Auffälligkeiten	SDQ-Gesamtproblemwert (Selbstbericht)	Unverändert in Prä- und Post-Lockdown-Gruppe. Vor dem Lockdown Zusammenhang höhere Gesamtbelastung (SDQ) bei Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status, Effekt in der Post-Lockdown-Gruppe geringer [36].
	c	Psychische Auffälligkeiten	SDQ-Subskala Emotionale Probleme (Selbstbericht)	Unverändert in Prä- und Post-Lockdown-Gruppe. Vor dem Lockdown Zusammenhang höhere emotionale Belastung (SDQ) bei Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status, Effekt in der Post-Lockdown-Gruppe geringer [36].
	c	Psychische Auffälligkeiten	SDQ-Subskala Verhaltensprobleme (Selbstbericht)	Rückgang nach dem Lockdown ($M_{\text{Prä-Lockdown}} = 2,00$; $M_{\text{Post-Lockdown}} = 1,76$, auch in alters- und geschlechtsadjustierter Analyse [36].
	c	Psychische Auffälligkeiten	SDQ-Subskala Hyperaktivität (Selbstbericht)	Unverändert in Prä- und Post-Lockdown-Gruppe [36].
	c	Psychische Auffälligkeiten	SDQ-Subskala Peer-Probleme (Selbstbericht)	Unverändert in Prä- und Post-Lockdown-Gruppe. Vor dem Lockdown Zusammenhang mehr Peer-Probleme (SDQ) bei Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status, Effekt in der Post-Lockdown-Gruppe geringer [36].
	c	Psychische Auffälligkeiten	SDQ-Subskala prosoziales Verhalten (Selbstbericht)	Unverändert in Prä- und Post-Lockdown-Gruppe [36].
	c	Essstörungen-symptome	WCS (Selbstbericht)	Unverändert in Prä- und Post-Lockdown-Gruppe [36].
	c	Essstörungen-symptome	EDE-Q (Selbstbericht)	Unverändert in Prä- und Post-Lockdown-Gruppe [36].
c	Depressive Symptomatik	PHQ-A (Selbstbericht)	Unverändert in Prä- und Post-Lockdown-Gruppe Vor dem Lockdown Zusammenhang mehr depressive Symptomatik (PHQ-A) bei Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status, Effekt in der Post-Lockdown-Gruppe geringer [36].	

Fortsetzung nächste Seite

Studientyp E: Querschnittsdaten, basierend auf einer selbst selektierenden Stichprobe (Convenience Sample)			
Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse		
	Outcome	Operationalisierung/ Messinstrument	Beschreibung der Ergebnisse und Interpretation durch die Autorinnen und Autoren
	c	Suizidgedanken	3 Items der Paykel Suicide Scale (PSS)
			Rückgang bezüglich geplanter Suizide in der Post-Lockdown-Gruppe (6,48%; n=21) im Vergleich zur Prä-Lockdown-Gruppe (2,16%; n=7), OR=0,32, bei allerdings sehr geringen Fallzahlen, auch in alters- und geschlechtsadjustierter Analyse (OR=0,27) [36].
<p>Studie der Universität Dresden zu Emotionen und Sorgen in der COVID-19-Pandemie</p> <p>Befragungsstudie (online): Patientenfamilien und frühere Studienteilnehmende der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Dresden; Inanspruchnahmestichprobe mit n=456, davon n=284 Eltern. Befragt wurden Eltern mit und ohne „Mental Health Conditions“ (MHC) über sich und ihre Kinder im Alter von 1 bis 17 Jahren (mit und ohne MHC). Retrospektive Vergleiche von Zuständen aus der ersten Pandemiewelle und dem vorpandemischen Zeitraum (n=284).</p> <p>Beobachtungszeitraum: 04.04.–06.05.2020</p> <p>[41] Rothe J, Buse J, Uhlmann A et al. (2021)</p>	b	Ängste, Emotionen und Sorgen	CoRonaviruSHealth Impact Survey (CRISIS)
			Anstiege der meisten Sorgen und Ängste, sowohl bei Erwachsenen als auch Kindern, je sowohl mit MHC als auch ohne MHC [41]. Stärkere Anstiege bei Gruppe ohne MHC (sowohl Erwachsene als auch Kinder). Höhere Stresslevel bei Erwachsenen mit Kindern im Vergleich zu Erwachsenen ohne Kinder und bei Erwachsenen mit MHC im Vergleich zu Erwachsenen ohne MHC [41].
<p>Multinationale Studie zum Homeschooling unter Beteiligung der TU Dortmund und der Phillips-Universität Marburg</p> <p>Befragungstudie (online): Anonyme multinationale digitale Befragung von Eltern von Kindern und Jugendlichen im Alter von 5 bis 19 Jahren; Rekrutierung über soziale Medien, Schulen, Elternnetzwerke und Elternselbsthilfegruppen; Unterscheidung von Kindern mit und ohne MHC; n_{Deutschland}=1.662.</p> <p>Beobachtungszeitraum: 28. April bis 21. Juni 2020</p> <p>[43] Thorell LB, Skoglund C, de la Peña AG et al. (2021)</p>	b	Soziale Isolation	Einzel-Item 5-Punkte-Antwort-Skala von 1=viel weniger als vorher bis 5=viel mehr als vorher
			Anstieg des Gefühls sozialer Isolation („mehr“ oder „viel mehr“) bei 66,3 % der Kinder ohne MHC und 67,3 % der Kinder mit MHC [43].

Fortsetzung nächste Seite

Studientyp F: Repetitive Querschnitterhebung auf nichtrepräsentativer Stichprobenbasis				
Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse			
	Outcome	Operationalisierung/ Messinstrument	Beschreibung der Ergebnisse und Interpretation durch die Autorinnen und Autoren	
Zusatzbefragung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen in der Region Hannover Befragungsstudie (schriftlich, selbstselektierend): Befragung von Eltern von Einschülerinnen und -schülern der Einschulungsjahrgänge 2017/2018 bis 2020/2021 (1: n= n=1.238; 2: n=2.049) zum Alltag und Wohlbefinden der Kinder während der Coronapandemie. Beobachtungszeitraum: (1) September 2020–November 2020: n=1.238; (2) November 2020–Februar 2021: n=2.049 [44] Bantel S, Buitkamp M, Wunsch A (2021)	b	Ängste	Einzelitem (keine Antwortskala genannt)	Anstieg von Ängsten (2020: 25 %) während des ersten Lockdowns gegenüber dem vorpandemischen Zeitraum [44].
	b	Traurigkeit	Einzelitem (keine Antwortskala genannt)	Anstieg von Traurigkeit während der Pandemie (2020: 27,0 % vs. 2020/21: 32,1 %) [44].
	b	Wutanfälle	Einzelitem (keine Antwortskala genannt)	Anstieg von Wutanfällen während der Pandemie (2020: 21,3 % vs. 2020/21: 24,9 %) [44].
	c	Ein- und Durchschlafprobleme	Einzelitem (keine Antwortskala genannt)	Anstieg von Ein- und Durchschlafprobleme (2020: 12,4 % vs. 2020/21: 15,3 %) während der Pandemie [44].
	c	Psychosomatische Symptome	Einzelitem (keine Antwortskala genannt)	Anstieg der Anzahl von Kindern mit Bauch- und Kopfschmerzen, Übelkeit oder Appetitlosigkeit (2020: 6,5 % vs. 2020/21: 8 %) während der Pandemie [44].

Studientyp G: Längsschnittdaten, basierend auf einer selbst selektierenden Stichprobe (Convenience Sample)				
Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse			
	Outcome	Operationalisierung/ Messinstrument	Beschreibung der Ergebnisse und Interpretation durch die Autorinnen und Autoren	
PACO-Studie (Psychological Adjustment to the COVID-19 pandemic) Befragungsstudie (online): 21-tägige Tagebuchstudie mit einmaliger Prä- und Post-Befragung mit n=562 Teilnehmenden. Rekrutierung von Eltern von Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 19 Jahren online über Social-Media-Plattformen, keine Zufallsstichprobe. Studiengegenstand waren Effekte des Home-schoolings auf die psychische Gesundheit von Kindern, keine Vergleiche von präpandemischem und pandemischem Zeitraum. Beobachtungszeitraum: 27. März bis 3. April 2020, während der Pandemie [46] Schmidt A, Kramer AC, Brose A et al. (2021)	b	Affekt	7 Items: ängstlich, wütend, traurig, besorgt, glücklich, fröhlich, ausgeglichen und entspannt, zu beurteilen auf einer Antwortskala (von 1=überhaupt nicht bis 7=sehr). Bildung von zwei Skalen: Positiver Affekt (glücklich, fröhlich, ausgeglichen) und negativer Affekt (ängstlich, wütend, traurig, besorgt)	Mehr negative Eltern-Kind-Interaktionen sowie geringerer positiver Affekt von Eltern und Kindern und höherer negativer Affekt der Kinder, aber kein höherer negativer Affekt der Eltern an Tagen, an denen die Kinder an Schulaufgaben arbeiten mussten. Außerdem Tage, an denen die Eltern stärker in das Lernen eingebunden waren (d. h. die Kinder weniger selbstständig arbeiteten) mit mehr negativen Eltern-Kind-Interaktionen, niedrigerer positiver Affekt der Eltern und Kinder und mehr negativer Affekt bei Eltern und Kindern [46].

Fortsetzung nächste Seite

Studientyp G: Längsschnittdaten, basierend auf einer selbst selektierenden Stichprobe (Convenience Sample)				
Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse			
	Outcome	Operationalisierung/ Messinstrument	Beschreibung der Ergebnisse und Interpretation durch die Autorinnen und Autoren	
<p>Studie der LMU München zu elterlichem Stress, Eltern-Kind-Beziehungen und kindlichem Wohlbefinden in der Pandemie</p> <p>Befragungsstudie (online): Befragung von Eltern von Kindern im Alter von 3 bis 10 Jahren (T1: n=2.921; T2: n=890). Die Teilnehmenden wurden über Online-Postings, E-Mail-Einladungen an Familien, die mit dem durchführenden Institut verbunden sind, und durch Mundpropaganda rekrutiert.</p> <p>Beobachtungszeitraum: T1: Ende April bis Anfang Mai 2020 (komplett in der Zeit des ersten Lockdowns) T2: Mitte Juli 2020 (komplett in der Zeit der ersten Lockerungen)</p> <p>[47] Essler S, Christner N, Paulus M (2021)</p>	a	Lebensqualität	<p>Zwei selbstgebildete Skalen „Emotionales Wohlbefinden“ und „Familiäres Wohlbefinden“ mit je drei Items aus dem KIDSCREEN-52-Fragebogen mit modifizierter Antwortskala (von 1 „deutlich weniger“ bis 7 „deutlich mehr“ mit 4 „kein Unterschied“, um Veränderungen der Lebensqualität vor und während der COVID-19-Pandemie abzubilden).</p>	<p>Rückgang des emotionalen Wohlbefindens vom vorpandemischen Zeitraum im Vergleich zum Zeitraum des Lockdowns, aber Anstieg des emotionalen Wohlbefindens im Zeitraum der ersten Lockerungen (T1: M=3,40; T2 M=4,29) [47].</p> <p>Anstieg des familiären Wohlbefindens vom vorpandemischen Zeitraum im Vergleich zum Zeitraum des Lockdowns, aber Rückgang des familiären Wohlbefindens im Zeitraum der ersten Lockerungen (T1: M=4,21; T2: M=4,04) [47].</p>
	c	Psychische Auffälligkeiten	Selbstgebildeter Gesamtscore „Problemverhalten“ aus drei Subskalen des SDQ mit modifizierten Items (Emotionale Probleme, Verhaltensprobleme und Hyperaktivitätsprobleme)	<p>Rückgang des Problemverhaltens vom vorpandemischen Zeitraum im Vergleich zum Zeitraum des Lockdowns und weiterer Rückgang des Problemverhaltens im Zeitraum der ersten Lockerungen (T1: M=3,47; T2: M=2,86) [47].</p>

Fortsetzung nächste Seite

Studientyp G: Längsschnittdaten, basierend auf einer selbst selektierenden Stichprobe (Convenience Sample)				
Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse			
	Outcome	Operationalisierung/ Messinstrument	Beschreibung der Ergebnisse und Interpretation durch die Autorinnen und Autoren	
<p>LIFE Child Studie</p> <p>Befragungsstudie (online): Ausgangsstichprobe ($n_{T_0} = 608$) non-random (Rekrutierung über verschiedene Einrichtungen wie Ambulanzen, Kindergärten und Schulen und Schulen, sowie über Medienwerbung in Radio, TV, Internet, öffentlichen Verkehrsmittel) in Leipzig und Umgebung (zum Zeitpunkt der Erhebung nur wenig von COVID-19 betroffen); $n_{T_1} = 257$, $n_{T_2} = 257$, Teilnahme an T1 und T2: $n = 187$ Kindern und Jugendlichen im Alter von 9 bis 19 Jahren.</p> <p>Beobachtungszeitraum T0: vor der Pandemie T1: letzte Woche des März 2020 T2: letzte Woche des April 2020</p> <p>[45] Vogel M, Meigen C, Sobek C et al. (2021)</p>	a	Lebensqualität	Subskala körperliches Wohlbefinden, Subskala psychisches Wohlbefinden, Subskala Peers und soziale Unterstützung des KIDSCREEN-27	Rückgang des körperlichen und psychischen Wohlbefindens und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung, stärkerer Effekt bei Kindern mit mittlerem/geringem SES zwischen T0 und T1; unverändert zwischen T1 und T2 [45].
	b	Soziale Isolation	Einzelitem	Anstieg des Anteils der Kinder, die keinen Kontakt zu Gleichaltrigen (persönlich oder online) hatten von 3 % vor der Pandemie auf 13 % und 14 % im März bzw. April 2020 [45]. Ca. 80 % der Kinder vermissten persönliche Kontakte zu Freunden [45].
	b	COVID-19-bezogene Ängste und Sorgen	Einzelitems Antwortskala von 1 überhaupt nicht bis 5 total	Zwei Drittel der Kinder nicht oder wenig über Corona besorgt [45]. Die meisten Kinder sorgten sich stärker um die Gesundheit ihrer Familien als um ihre eigene; 60 % sorgten sich zumindest mäßig um die internationale Lage, 20 % hatten Angst vor COVID-19 selbst [45]. Anstieg des Anteils der Kinder, die glaubten, dass es nie wieder so sein würde, wie vor COVID-19 von 7,4 % zu Beginn des Lockdowns Ende März auf 16,2 % Ende April [45].

Kategorie II: Routinedaten und versorgungsbezogene Primärdaten

Routinedaten				
Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse		Indikator	Ergebnis
	Outcome			
Ambulante Versorgungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Datengrundlage: Daten von gesetzlich versicherten Personen mit Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung; Daten von 16 der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (ohne Mecklenburg-Vorpommern) aus den Abrechnungsdaten des Zeitraumes 1. Quartal 2019 bis 1. Quartal 2021 sowie Frühinformationen aus den Abrechnungsdaten des 2. Quartals 2021. Vergleiche möglich zwischen dem Jahr 2019, 2020 und dem ersten Halbjahr 2021, Darstellung monatsweise. Beobachtungszeitraum: 2019, 2020 bis 1. Halbjahr 2021 [51] Mangiapane S, Zhu L, Kretzschmann J et al. (2021)	e	Inanspruchnahme ambulanter Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte für Kinder und Jugendmedizin	Anzahl an Behandlungsfällen	2020: Rückgang gegenüber den Vergleichsmonaten 2019 im April und Mai 2020 mit -34,9% bzw. -19,3% am stärksten; Anstieg im Juni mit +26,8% (Nachholeffekt). Erneuter Rückgang der Fallzahlen im Oktober (-7,6%), November (-9,5%) und Dezember (-13,8%). In den übrigen Monaten geringfügige Schwankungen zum Vergleichsniveau 2019 [51]. 1. Halbjahr 2021: Deutliche Rückgänge im Januar (-32,3%) und Februar (-25,7%), April (-13,8%) und Mai (-16,8%), starke Anstiege im März (+23,6%) und Juni (+39,6%). In den übrigen Monaten geringfügige Schwankungen zum Vergleichsniveau 2019 [51]. Veränderungen bei den Kinder- und Jugendärzten am ausgeprägtesten [51].
	e	Inanspruchnahme ambulanter Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Anzahl an Behandlungsfällen	2020: Rückgang gegenüber den Vergleichsmonaten 2019 im April und Mai 2020 mit -19,1% bzw. -10,9% am stärksten; Nachholeffekt im Juni mit 23,6%. In den übrigen Monaten geringfügige Schwankungen zum Vergleichsniveau 2019 [51]. 1. Halbjahr 2021 Anstiege im März (+14,8%) und Juni (+27,7%), Rückgang im Mai (-13,1%). In den übrigen Monaten geringfügige Schwankungen zum Vergleichsniveau 2019 [51].
	e	Inanspruchnahme ambulanter Versorgung durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten	Anzahl an Behandlungsfällen	2020: Rückgang gegenüber den Vergleichsmonaten 2019 im April und Mai 2020 mit -12,6% bzw. -11,8% am stärksten; Anstieg im Juni mit 29,8% (Nachholeffekt) [51]. 1. Halbjahr 2021 Deutliche Anstiege im März (+22,1%), April (+11,5%) und Juni (+37,0%) Rückgang im Mai (-13,1%) [51]. In den übrigen Monaten geringfügige Schwankungen zum Vergleichsniveau 2019 [51].

Fortsetzung nächste Seite

Routinedaten				
Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse			
	Outcome	Indikator	Ergebnis	
<p>Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)</p> <p>Anonymisierte Analyse der bundesweiten Daten der KBV gesetzlich krankenversicherter Kinder im Alter von 0 bis 12 Jahren in Deutschland mit mindestens einem Arztbesuch zwischen Januar 2019 und Juni 2020. 2019: n=8,29 Mio.; 2020: n=8,5 Mio. Analyse der Häufigkeit ausgewählter ICD-10-Diagnosegruppen, darunter F00-F99 (psychische und Verhaltensstörungen).</p> <p>Beobachtungszeitraum: Januar 2019–Juni 2020; Vergleichszeitraum: 2. Quartal 2019 und 2. Quartal 2020</p> <p>[52] Barschkett M, Koletzko B, Spiess CK (2021)</p>	e	Inanspruchnahme ambulanter Versorgung aufgrund psychischer Störungen	Anzahl an Arztbesuchen von Januar 2019–Juni 2020	<p>Rückgang der ambulanten Arztbesuche aufgrund von allen Verhaltens- oder psychischen Störungen (F00-F99) um 11 % im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum [52].</p> <p>Rückgang bei Kindern im Vorschulalter war geringer als bei Kindern im Schulalter [52].</p>
<p>DAK Kinder- und Jugendreport 2021</p> <p>Datengrundlage: Anonymisierte Abrechnungsdaten von n=760.023 Kindern und Jugendlichen im Alter bis 17 Jahren, die bei der DAK-Gesundheit versichert sind. Es wurden die Krankenhausbehandlungen 2019 und 2020 verglichen sowie die Krankenhausbehandlungen zwischen Frühjahrs- und Herbst- /Winter-Lockdown im Jahr 2020.</p> <p>Beobachtungszeitraum: Gesamtjahr 2020; Vergleichszeitraum 2019 sowie 2018/2019</p> <p>[17] Witte, Hasemann, Dankhoff et al. (2021)</p>	Prävalenz			
	e	Psychische und Verhaltensstörungen insgesamt (ICD-10 F00-F99)	Anzahl an ambulanten und stationären Behandlungsfällen (je 1.000)	2018: 270 (Mädchen: 237, Jungen: 302) 2019: 271 (Mädchen 236, Jungen: 304) 2020: 269 (Mädchen: 235, Jungen: 301) Keine Signifikanzaussage. [17]
	e	Sprach- und Sprechstörungen (F80)	Anzahl an ambulanten und stationären Behandlungsfällen (je 1.000)	Unverändert. 2018: 104,6; 2019: 108,2; 2020: 110,2 Keine Signifikanzaussage. [17]
	e	Motorische Entwicklungsstörungen (F82)	Anzahl an ambulanten und stationären Behandlungsfällen (je 1.000)	Unverändert. 2018: 39,4; 2019: 39,9; 2020: 40,1 Keine Signifikanzaussage. [17]
	e	Hyperkinetische Störungen (F90)	Anzahl an ambulanten und stationären Behandlungsfällen (je 1.000)	Unverändert. 2018: 40,4; 2019: 40,9; 2020: 40,1 Keine Signifikanzaussage. [17]
	e	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98)	Anzahl an ambulanten und stationären Behandlungsfällen (je 1.000)	Unverändert. 2018: 39,9; 2019: 33,2; 2020: 33,9 Keine Signifikanzaussage. [17]
	e	Emotionale Störungen des Kindesalters (F93)	Anzahl an ambulanten und stationären Behandlungsfällen (je 1.000)	Unverändert. 2018: 30,9; 2019: 31,8; 2020: 31,5 Keine Signifikanzaussage. [17]

Fortsetzung nächste Seite

Routinedaten			
Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse		
	Outcome	Indikator	Ergebnis
Prävalenz			
e	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	Anzahl an ambulanten und stationären Behandlungsfällen (je 1.000)	Unverändert. 2018: 28,5; 2019: 28,7; 2020: 27,2 Keine Signifikanzaussage. [17]
e	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen (F83)	Anzahl an ambulanten und stationären Behandlungsfällen (je 1.000)	Unverändert. 2018: 21,6; 2019: 22,6; 2020: 22,9 Keine Signifikanzaussage. [17]
e	Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung (F89)	Anzahl an ambulanten und stationären Behandlungsfällen (je 1.000)	Unverändert. 2018: 22,6; 2019: 22,1; 2020: 22,0 Keine Signifikanzaussage. [17]
e	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81)	Anzahl an ambulanten und stationären Behandlungsfällen (je 1.000)	Unverändert. 2018: 21,6; 2019: 21,9; 2020: 20,8 Keine Signifikanzaussage. [17]
e	Störungen des Sozialverhaltens (F91)	Anzahl an ambulanten und stationären Behandlungsfällen (je 1.000)	Unverändert. 2018: 20,1; 2019: 20,1; 2020: 19,1 Keine Signifikanzaussage. [17]
e	Essstörungen	Anzahl stationärer Behandlungsfälle mit Diagnose einer Essstörung (Anorexia nervosa und Bulimia nervosa)	Anstieg bei 5- bis 17-jährigen im Jahr 2020 im ersten Lockdown (11.–17. KW) um 16,3%, nach dem ersten Lockdown (18.–44. KW) um 3,2%, im zweiten Lockdown (45–52. KW) 26,1%, im Gesamtjahr 2020 um 8,9% im Vergleich zum Jahr 2019 [17].
e	Depressionen (F32/F33)/ Angststörungen (F40/F41)	Anzahl stationärer Behandlungsfälle mit Depression oder Angststörungen	Rückgang bei 10- bis 17-jährigen um 37% im 1. Lockdown 2020 [17]. Anstieg um 5,8% und 7,5% nach dem ersten bzw. im zweiten Lockdown [17]. Im Gesamtjahr 2020 unverändert im Vergleich zum Jahr 2019 [17].
Inzidenz			
e	Sprach- und Sprechstörungen (F80)	Anzahl an Neuerkrankungen (je 1.000)	Unverändert. 2019: 42,2; 2020: 42,3 Keine Signifikanzaussage. [17]
e	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen (F82)	Anzahl an Neuerkrankungen (je 1.000)	Unverändert. 2019: 17,9; 2020: 17,9 Keine Signifikanzaussage. [17]
e	Hyperkinetische Störungen (F90)	Anzahl an Neuerkrankungen (je 1.000)	Unverändert. 2019: 12,5; 2020: 11,2 Keine Signifikanzaussage. [17]

Fortsetzung nächste Seite

Routinedaten			
Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse		
	Outcome	Indikator	Ergebnis
	Inzidenz		
e	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98)	Anzahl an Neuerkrankungen (je 1.000)	Unverändert. 2019: 18,3; 2020: 18,1 Keine Signifikanzaussage. [17]
e	Emotionale Störungen des Kindesalters (F93)	Anzahl an Neuerkrankungen (je 1.000)	Unverändert. 2019: 16,4; 2020: 15,4 Keine Signifikanzaussage. [17]
e	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	Anzahl an Neuerkrankungen (je 1.000)	Unverändert. 2019: 16,8; 2020: 15,4 Keine Signifikanzaussage. [17]
e	Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung (F89)	Anzahl an Neuerkrankungen (je 1.000)	Unverändert. 2019: 9,2; 2020: 9,3 Keine Signifikanzaussage. [17]
e	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81)	Anzahl an Neuerkrankungen (je 1.000)	Unverändert. 2019: 9,4; 2020: 8,4 Keine Signifikanzaussage. [17]
e	Störungen des Sozialverhaltens (F91)	Anzahl an Neuerkrankungen (je 1.000)	Unverändert. 2019: 10,0; 2020: 8,8 Keine Signifikanzaussage. [17]
e	Somatoforme Störungen (F45)	Anzahl an Neuerkrankungen (je 1.000)	Unverändert. 2019: 14,0; 2020: 12,4 Keine Signifikanzaussage. [17]
e	Inanspruchnahme von Kinderärztin/Kinderarzt	Anzahl an ambulanten Behandlungsfällen	2020 im Jahresvergleich: -8,4% im Vergleich zu 2018/2019; -8,6% im Vergleich zu 2019 [17]. 2020 nach Lockdownphasen im Vergleich zu 2018/2019: -38,0% im 1. Lockdown, -2,0% nach dem 1. Lockdown, -10,4% im 2. Lockdown; -8,4% gesamt [17]. 2020 nach Lockdownphasen und Altersgruppen im Vergleich zu 2018/2019: 5–9 Jahre: -25,5% im 1. Lockdown; +23,4% nach 1. Lockdown; +7,8% im 2. Lockdown; -9,5% gesamt 10–14 Jahre: -17,6% im 1. Lockdown; +35,5% nach 1. Lockdown; +23,8% im 2. Lockdown; -5,5% gesamt 15–17 Jahre: -15,0% im 1. Lockdown; +37,5% nach 1. Lockdown; +28,9% im 2. Lockdown; -0,6% gesamt [17].

Fortsetzung nächste Seite

Routinedaten				
Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse			
	Outcome	Indikator	Ergebnis	
	Inzidenz			
	e	Inanspruchnahme von Psychiaterin/Psychiater und Psychologin/Psychologe	Anzahl an ambulanten Behandlungsfällen	<p>2020 im Jahresvergleich: + 1,9 % im Vergleich zu 2018/2019; - 3,1 % im Vergleich zu 2019 [17].</p> <p>2020 nach Lockdownphasen im Vergleich zu 2018/2019: - 20,6 % im 1. Lockdown, + 2,1 % nach dem 1. Lockdown, + 4,7 % im 2. Lockdown; - 1,9 % gesamt [17].</p> <p>2020 nach Lockdownphasen und Altersgruppen im Vergleich zu 2018/2019: 5–9 Jahre: - 9,1 % im 1. Lockdown; + 23,8 % nach 1. Lockdown; + 22,4 % im 2. Lockdown; 6,0 % gesamt [17]. 10–14 Jahre: + 7,5 % im 1. Lockdown; + 37,2 % nach 1. Lockdown; + 42,0 % im 2. Lockdown; + 0,3 % gesamt 15–17 Jahre: + 12,1 % im 1. Lockdown; + 39,5 % nach 1. Lockdown; + 49,3 % im 2. Lockdown; 4,9 % gesamt [17].</p>
Statistisches Bundesamt Meldungen der Jugendämter zu Kinderschutzfällen und Kindeswohlgefährdung bei Kindern und Jugendlichen im Kita- und Schulalter. Beobachtungszeitraum: Gesamtjahr 2020 [55] Statistisches Bundesamt (2021) [54] Statistisches Bundesamt (2021)	e	Entwicklung der Kindeswohlgefährdung	Akute und latente Fälle	Anstieg der akuten und latenten Fälle von Kindeswohlgefährdung (2020: n=60.551; 2019: n=55.527) [55].
	e	Entwicklung der Kinderschutzfälle	Anzahl der Kinderschutzfälle gemeldet durch Schulen und Kitas	Rückgang der Anzahl der Kinderschutzfälle gemeldet durch Schulen im April 2020 im Vergleich zum Vorjahr (2020: n=674; 2019: n=1.435) sowie gemeldete Fälle durch Kitas (2020: n=267; 2019: n=408) [54].

Fortsetzung nächste Seite

Versorgungsbezogene Primärdaten

Studientyp C: Einmalig durchgeführte Vollerhebung oder einmalig durchgeführte Querschnittsstudie, basierend auf einer mit einem Zufallsverfahren gezogenen Stichprobe aus einer Bezugsbevölkerung oder einem Accesspanel oder einer populationsrepräsentativen Quotastichprobe

Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse		
	Outcome	Indikator	Ergebnis
<p>PSYCHIATRIE Barometer</p> <p>Befragungsstudie (Modus unbekannt): Befragung sämtlicher psychiatrischer und psychosomatischer Fachkrankenhäusern sowie Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen im Auftrag der Träger des Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) (hierzu zählen: Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) und der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK)); n=312 Einrichtungen nahmen teil.</p> <p>Beobachtungszeitraum: Ende Oktober 2020 bis Anfang Januar 2021</p> <p>[56] Deutsches Krankenhausinstitut (2021)</p>	f	Auslastung Kinder- und Jugendpsychiatrie	<p>Einzelitems (Antwortskalen nicht genannt)</p> <p>Rückgang der Auslastung der vollstationären (2020: 68,5 %; 2019: 93,3 %) und teilstationären (2020: 51,9 %; 2019: 95,8 %) Kinder- und Jugendpsychiatrie [56]. In 80 % der kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen kam es mit selten oder nie zur Entscheidung gegen eine Behandlung aufgrund der COVID-19-Pandemie [56]. 63 % der befragten Einrichtungen gaben an, die Belegungszahl pro Mehrbettzimmer gar nicht oder selten reduziert zu haben [56]. In 33 % der befragten Einrichtungen wurden Stationen aufgrund der Corona-Pandemie temporär gesperrt oder zusammengelegt, bei 33 % der befragten Einrichtungen gab es sehr häufig Sperrungen von teilstationären Plätzen [56].</p>
<p>Studie des UKE</p> <p>Befragungsstudie (online): Vollerhebung von deutschlandweit 343 kinderversorgender Kliniken und medizinischer Kinderschutzambulanzen zur Entwicklung der Kinderschutzfälle während des COVID-19- Lockdowns. Insgesamt 81 Einrichtungen gaben Gesamtfallzahlen für März/April 2019 und März/April 2020 an.</p> <p>Beobachtungszeitraum: März/April 2020</p> <p>[57] Heimann T, Ewert J, Metzner F et al. (2021)</p>	f	Anzahl von Kinderschutzfällen im März und im April in den Jahren 2019 und 2020.	<p>Rückgang der Kinderschutzfälle insgesamt im März/April 2020 (n=702) im Vergleich zum April 2019 (n=1.118) (-37 %) [57], Rückgang um 15 % (von 454 auf 387 Fälle) im ambulanten Bereich, um 20 % (von 307 auf 246 Fälle) im stationären Bereich. Keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Altersgruppen und der Formen der Gefährdung [57].</p>

Fortsetzung nächste Seite

Versorgungsbezogene Primärdaten

Studientyp C: Einmalig durchgeführte Vollerhebung oder einmalig durchgeführte Querschnittsstudie, basierend auf einer mit einem Zufallsverfahren gezogenen Stichprobe aus einer Bezugsbevölkerung oder einem Accesspanel oder einer populationsrepräsentativen Quotastichprobe

Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse			
	Outcome	Indikator	Ergebnis	
Projekt „Jugendhilfe und sozialer Wandel“ am Deutschen Jugendinstitut (DJI). Befragungsstudie (online): Bundesweite Online-Vollerhebung aller 575 Jugendämter in Deutschland durch das Deutsche Jugendinstitut, n=371 Jugendämter haben teilgenommen (Teilnahmequote 65 %). Das Projekt erhebt und analysiert seit 1992 Daten zur Situation und Entwicklung der Kinder- und Jugendhilfe. Beobachtungszeitraum: 23.4.2020–12.5.2020 [58] Mairhofer A, Peucker C, Pluto L et al. (2020) [59] Mairhofer A, Peucker C, Pluto L et al. (2021)	f	Gefährdungsmeldungen	Anzahl der Gefährdungsmeldungen	Anzahl der Gefährdungsmeldungen bei der Mehrzahl der Jugendämter unverändert (55%; Rückgang bei 25 %, Anstieg bei 5%, kA 16%) [58, 59].
	f	Inobhutnahmen	Anzahl der Inobhutnahmen	Anzahl der Inobhutnahmen bei der Mehrzahl der Jugendämter unverändert (66%; Rückgang bei 19%, Anstieg bei 2%, kA 14%) [59].

Fortsetzung nächste Seite

Versorgungsbezogene Primärdaten				
Studientyp F: Repetitive Querschnitterhebung auf nichtrepräsentativer Stichprobenbasis				
Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse			
	Outcome	Indikator	Ergebnis	
Ambulante Versorgungsdaten aus der Disease Analyzer Datenbank (IQVIA) Datengrundlage: Retrospektive Querschnittsstudie mit Daten von Personen mit Inanspruchnahme von Arztpraxen, die Teil des Panels der Disease Analyzer Datenbank (IQVIA) sind. Die Studie umfasst kinderärztliche Inanspruchnahmen von Kindern und Jugendlichen im Alter von 2 bis 17 Jahren mit mindestens einem Besuch zwischen April 2019 und Dezember 2019 (n=454.741) oder zwischen April 2020 und Dezember 2020 (n=417.979) in einer von 168 am IQVIA-Panel teilnehmenden Kinderarztpraxen in Deutschland. Dies entspricht eine Abdeckung von ca. 3,5 % für pädiatrische Praxen. Die Praxen liefern vollständige Informationen über Konsultationen und Diagnosen der in ihnen behandelten Kinder und Jugendlichen. Beobachtungszeitraum: April–Dezember 2019 und April–Dezember 2020 [18] Kostev K, von Vultée C, Weber K et al. (2021)	e	Inanspruchnahme ambulanter Versorgung durch Kinderärztinnen und Kinderärzte	Anzahl der Patienten	Rückgang der Inanspruchnahmen um insgesamt 8 % [18].
	e	Prävalenz von ambulanten Depressionsdiagnosen im Zeitraum April 2020 bis Dezember 2020 gegenüber April bis Dezember 2019	Diagnoseprävalenz von Depression in teilnehmenden Kinderarztpraxen	Anstieg der Diagnoseprävalenz von Depression von 0,23 % auf 0,47 % [18]. Die stärksten Anstiege bei Mädchen von 0,28 % auf 0,72 % (+ 132 %) [18].
	e	Prävalenz von ambulanten Angststörungsdiagnosen im Zeitraum April 2020 bis Dezember 2020 gegenüber April bis Dezember 2019	Diagnoseprävalenz von Angststörungen in teilnehmenden Kinderarztpraxen	Anstieg der Diagnoseprävalenz von Angststörungen von 0,31 % auf 0,59 % [18]. Anstiege vor allem bei Mädchen von 0,35 % auf 0,72 % (+ 106 %) [18].
CrescNet Datengrundlage: bundesweit 78 von 151 kinderärztlichen und pädiatrisch-endokrinologischen am CrescNet teilnehmenden Praxen. Beobachtungszeitraum: Kalenderwochen 0 bis 26 im Jahr 2019 Kalenderwochen 0 bis 26 im Jahr 2020 [19] Vogel M, Beger C, Gausche R et al. (2021)	f	Anzahl wöchentlicher Arztbesuche in Kinderarztpraxen	Arztbesuche pro Woche	Rückgang der Arztbesuche um 65 % im April 2020 [19].

Fortsetzung nächste Seite

Versorgungsbezogene Primärdaten			
Studientyp F: Repetitive Querschnitterhebung auf nichtrepräsentativer Stichprobenbasis			
Studie bzw. Datengrundlage und Publikationen (einschließlich Beobachtungszeitraum etc.)	Ergebnisse		
	Outcome	Indikator	Ergebnis
<p>Gesundheitsfachkräftebefragung II des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen</p> <p>Befragungsstudie (online): n = 82 Familienhebammen und Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden aus der längerfristigen aufsuchenden Betreuung.</p> <p>Beobachtungszeitraum: 11.05.2021–26.05.2021</p> <p>[60] Renner I, van Staa J, Neumann A et al. (2021)</p>	f	Hausbesuche	<p>Anzahl durchgeführter Hausbesuche</p> <p>Anstieg („etwas oder deutlich“) bei 60% der Fachkräfte im Frühjahr 2021 im Vergleich zum Frühjahr 2020 [60]. Bei 25 % unverändert, 17% berichteten Rückgang [60].</p>

Annex Tabelle 4
Indikatoren

Quelle: Eigene Darstellung

Kategorie I: Primärdaten zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Kontext des Pandemiegeschehens

Outcome Typ a: Indikatoren positiver psychischer Gesundheit				
Studientyp	Outcome	Inventar/Messinstrument	Datenquelle/Studie	Publikation
Konstrukt: Lebenszufriedenheit				
A	Lebensqualität	KIDSCREEN-10-Index	COPSY-Hamburg-Studie	[27]
B	Lebensqualität	KIDSCREEN-10-Index	COPSY-Studie	[24–26, 29]
C	Wohlbefinden	Einzelitem (Selbst- und Fremdbbericht)	DAK-Studie „Homeschooling in Corona-Zeiten“	[34]
C	Lebensqualität	KINDL-R	SPATZ Health Study	[33]
D	Lebensqualität	KIDSCREEN-10-Index	MoMo-Studie	[35]
E	Lebensqualität	Selbstgebildete Skalen „Emotionales Wohlbefinden“ und „Familiäres Wohlbefinden“, aus je drei Items aus dem KIDSCREEN-52	Studie der LMU München zu kindlichem Wohlbefinden und Problemverhalten in der Pandemie	[37]
E	Lebensqualität	KIDSCREEN-10	PROHead Project	[36]
G	Lebensqualität	Selbstgebildete Skalen „Emotionales Wohlbefinden“ und „Familiäres Wohlbefinden“, aus je drei Items aus dem KIDSCREEN-52	Studie der LMU München zu elterlichem Stress, Eltern-Kind-Beziehungen und kindlichem Wohlbefinden in der Pandemie	[47]
G	Lebensqualität	Subskala körperliches Wohlbefinden, Subskala psychisches Wohlbefinden, Subskala Peers und soziale Unterstützung des KIDSCREEN-27	LIFE Child Studie	[45]
Konstrukt: Lebenszufriedenheit				
A	Lebenszufriedenheit	Cantril Ladder	COPSY-Hamburg-Studie	[27]
B	Lebenszufriedenheit	Einzelitem	BerO-Studie	[31], [32]
C	Lebenszufriedenheit	Einzelitem	Präventionsradar des Instituts für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) im Auftrag der DAK	[30]
Konstrukt: Allgemeine Gesundheit				
A	Allgemeine Gesundheit	General Health Item	COPSY-Hamburg-Studie	[27]
B	Aktivität	Einzelitem	German Family Panel pairfam	[28]
3 Konstrukte			12 Datenquellen/Studien	16 Referenzen

Fortsetzung nächste Seite

Annex Tabelle 4 Fortsetzung
Indikatoren

Quelle: Eigene Darstellung

Outcome Typ b: Indikatoren psychischer Belastung				
Studientyp	Indikator	Inventar	Datenquelle/Studie	Publikation
Konstrukt: Belastungserleben				
A	COVID-19-spezifisches Belastungserleben	Einzelitem	COPSY-Hamburg-Studie	[27]
B	COVID-19-spezifisches Belastungserleben	Einzelitem zu Veränderungen der Beziehungen zu Freundinnen und Freunden, Veränderungen der Lernsituation, Veränderungen der Familienbeziehungen, Veränderungen im Zusammenhang mit der Corona-Krise insgesamt	COPSY-Studie	[24–26, 39]
B	Psychische Belastungen	Hopkins Symptom Checklist	BerO-Studie	[32]
C	Belastung durch Coronakrise	Einzelitem	DAK-Studie „Homeschooling in Corona-Zeiten“	[34]
C	COVID-19-bezogene psychische Belastungen der Kinder	Corona-Belastungs-Bogen im Elternurteil (CBB-E)	Online-Befragung des Netzwerks Universitätsmedizin (NUM)	[23]
C	COVID-19-bezogene psychische Belastungen	Corona-Belastungs-Bogen im Selbsturteil (CBB-K)	Online-Befragung des Netzwerks Universitätsmedizin (NUM)	[23]
E	Psychische Belastung (Sorgen, Traurigkeit, Ängstlichkeit, Unruhe, Konzentration, Irritierbarkeit, Einsamkeit, negative Gefühle)	CoRonavlrus Health Impact Survey (CRISIS)	Studie der Universität Dresden zu Emotionen und Sorgen in der COVID-19-Pandemie	[41]
E	Belastungen	Einzelitem	Studie der LMU München zu kindlichem Wohlbefinden und Problemverhalten in der Pandemie	[37]
E	COVID-19-spezifisches Belastungserleben	Einzelitem	Studie „Kind sein in Zeiten von Corona“	[42]
E	Soziale Isolation	Einzelitem	Multinationale Studie unter Beteiligung der TU Dortmund und der Phillips-Universität Marburg	[43]

Fortsetzung nächste Seite

Annex Tabelle 4 Fortsetzung
Indikatoren

Quelle: Eigene Darstellung

Outcome Typ b: Indikatoren psychischer Belastung				
Studientyp	Indikator	Inventar	Datenquelle/Studie	Publikation
F	Traurigkeit	Einzelitem	Zusatzbefragung im Rahmen der Schuleingangsbefragungen in Hannover	[44]
F	Wutanfälle	Einzelitem	Zusatzbefragung im Rahmen der Schuleingangsbefragungen in Hannover	[44]
F	Ängste	Einzelitem	Zusatzbefragung im Rahmen der Schuleingangsbefragungen in Hannover	[44]
G	Soziale Isolation	Einzelitem	LIFE Child Studie	[45]
G	COVID-19-bezogene Ängste und Sorgen	Einzelitem	LIFE Child Studie	[45]
G	Affekt	Positiver und negativer Affekt-Skalen auf Grundlage von vier bzw. drei Items	PACO-Studie	[46]
Konstrukt: Stresserleben				
B	Stresserleben	Einzelitem	German Family Panel pairfam	[28]
C	Stresserleben	Einzelitem	Präventionsradar des Instituts für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) im Auftrag der DAK	[30]
D	Stresserleben	Perceived Stress Scale (PSS-4)	Längsschnittstudie „Gaming, Streaming und Social Networking unter der Corona-Pandemie“	[40]
Konstrukt: Einsamkeit				
B	Einsamkeit	UCLA Loneliness Scale	German Family Panel (pairfam) und COVID-19-Zusatzbefragung	[28, 38]
E	Einsamkeit	Einzelitem	Studie „Kind sein in Zeiten von Corona“	[42]
Konstrukt: Sorgen				
C	Coronabedingte Sorgen	Einzelitem bzgl. Auswirkungen	DAK-Studie „Homeschooling in Corona-Zeiten“	[34]
4 Konstrukte			15 Datenquellen/Studien	19 Referenzen

Fortsetzung nächste Seite

Annex Tabelle 4 Fortsetzung
Indikatoren

Quelle: Eigene Darstellung

Outcome Typ c: Indikatoren von akuter Symptomatik einer psychischen Störung				
Studientyp	Indikator	Inventar	Datenquelle/Studie	Publikation
Konstrukt: Psychopathologische Symptome allgemein				
A	Psychische Auffälligkeiten	SDQ (alle Problemskalen, Fremdbeurteilungsversion)	COPSY-Hamburg-Studie	[27]
A	Psychische Auffälligkeiten	SDQ	Zusatzbefragung im Rahmen der Schulinganguntersuchungen in Hannover	[44]
B	Psychische Auffälligkeiten	SDQ (alle Problemskalen, Fremdbeurteilungsversion)	COPSY-Studie	[24–26, 39]
C	Psychische Auffälligkeiten	SDQ (alle Problemskalen, Eltern- und Selbstbeurteilungsversion)	Studie des Netzwerks Universitätsmedizin (NUM)	[23]
C	Psychische Auffälligkeiten	CBCL	Studie des Netzwerks Universitätsmedizin (NUM)	[23]
C	Psychische Auffälligkeiten	YSR	Studie des Netzwerks Universitätsmedizin (NUM)	[23]
C	Screening psychischer Störungen nach ICD-10/DSM-5	FBB-SCREEN (Fremdbeurteilungsversion)	Studie des Netzwerks Universitätsmedizin (NUM)	[23]
C	Screening psychischer Störungen nach ICD-10/DSM-5	SBB-SCREEN (Selbstbeurteilungsversion)	Studie des Netzwerks Universitätsmedizin (NUM)	[23]
C	Psychische Auffälligkeiten	SDQ (Gesamtproblemwert, Elternversion)	SPATZ Health Study	[33]
C	Psychische Auffälligkeiten	SDQ (einzelne Subskalen)	Präventionsradar des Instituts für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) im Auftrag der DAK	[30]
D	Psychische Auffälligkeiten	SDQ (Subskalen Emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivitätsprobleme)	TRANS-GEN-Studie	[49]
E	Psychische Auffälligkeiten	SDQ (Subskalen Emotionale Probleme und Hyperaktivität, Elternbericht)	Studie „Kind sein in Zeiten von Corona“	[42]
E	Psychische Auffälligkeiten	SDQ (alle Skalen, Selbstbericht)	ProHEAD Project	[36]
G	Psychische Auffälligkeiten	Selbstgebildeter Gesamtscore „Problemverhalten“ aus drei Problemskalen des SDQ (Emotionale Probleme, Verhaltensprobleme und Hyperaktivitätsprobleme) mit modifizierten Items	Studie der LMU München zu elterlichem Stress, Eltern-Kind-Beziehungen und kindlichem Wohlbefinden in der Pandemie	[47]

Fortsetzung nächste Seite

Annex Tabelle 4 Fortsetzung
Indikatoren

Quelle: Eigene Darstellung

Outcome Typ c: Indikatoren von akuter Symptomatik einer psychischen Störung				
Studientyp	Indikator	Inventar	Datenquelle/Studie	Publikation
Konstrukt: Essstörungssymptome				
E	Essstörungssymptome	WCS (Selbstbericht)	ProHEAD Project	[36]
E	Essstörungssymptome	EDE-Q (Selbstbericht)	ProHEAD Project	[36]
Konstrukt: Psychosomatische Probleme				
A	Psychosomatische Probleme	HBSC Symptom Checklist	COPSY-Hamburg-Studie	[27]
B	Psychosomatische Probleme	HBSC Symptom Checklist	COPSY-Studie	[24, 39]
F	Psychosomatische Probleme	Einzelitem	Zusatzbefragung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen in Hannover	[44]
F	Ein- und Durchschlafprobleme	Einzelitem	Zusatzbefragung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen in Hannover	[44]
Konstrukt: Depressive Symptomatik				
A	Depressive Symptomatik	PHQ-2	COPSY-Hamburg-Studie	[27]
B	Anhedonie	Deutsche Version der State-Trait Depression Scales (STDS) (Trait-Subskala, Umkodierung der positiven Stimmung zu Anhedonie)	German Family Panel pairfam und COVID-19-Zusatzbefragung	[38]
B	Depressive Symptomatik	Deutsche Version der State-Trait Depression Scales (STDS) (Cut Off > 25 für klinisch relevante Symptome)	German Family Panel pairfam und COVID-19-Zusatzbefragung	[28, 65]
B	Depressive Symptomatik	Patient Health Questionnaire (PHQ-2)	COPSY-Studie	[24–26, 39]
B	Depressive Symptomatik	Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC)	COPSY-Studie	[24–26, 39]
E	Depressive Symptomatik	PHQ-A	ProHEAD Project	[36]
E	Suizidgedanken	3 Items der Paykel Suicide Scale (PSS)	ProHEAD Project	[36]

Fortsetzung nächste Seite

Annex Tabelle 4 Fortsetzung
Indikatoren
 Quelle: Eigene Darstellung

Outcome Typ c: Indikatoren von akuter Symptomatik einer psychischen Störung				
Studientyp	Indikator	Inventar	Datenquelle/Studie	Publikation
Konstrukt: Symptomatik einer Angststörung				
A	Symptomatik einer generalisierten Angststörung	Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED, Subskala generalisierte Ängstlichkeit)	COPSY-Hamburg-Studie	[27]
B	Symptomatik einer generalisierten Angststörung	Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED, Subskala generalisierte Ängstlichkeit)	COPSY-Studie	[24–26, 39]
5 Konstrukte			11 Datenquellen/Studien	16 Referenzen

Outcome Typ d: Indikatoren zu Gewalterfahrungen				
Studientyp	Indikator	Inventar	Datenquelle/Studie	Publikation
Konstrukt: Gewalterfahrungen				
C	Körperliche Bestrafung	Direkte Frage nach körperlicher Bestrafung von Kindern in der Familie.	Studie der TU München und des Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung Essen	[50]
C	Schwere körperliche Gewalt gegen Kinder	Listenexperiment	Studie der TU München und des Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung Essen	[50]
1 Konstrukt			1 Datenquelle/Studie	1 Referenz

Kategorie II: Routinedaten und versorgungsbezogene Primärdaten

Routinedaten (Typ e)				
Indikator	Operationalisierung	Datenkörper bzw. -halter	Publikation	
Versorgungsbereich: Ambulante Versorgung				
Inanspruchnahme ambulanter Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte für Kinder und Jugendmedizin	Anzahl Behandlungsfälle	Ambulante Versorgungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung	[51]	
Inanspruchnahme ambulanter Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte für Kinder und Jugendpsychiatrie	Anzahl Behandlungsfälle	Ambulante Versorgungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung	[51]	
Inanspruchnahme ambulanter Versorgung durch Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutinnen und -therapeuten	Anzahl Behandlungsfälle	Ambulante Versorgungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung	[51]	
Inanspruchnahme ambulanter Versorgung aufgrund von psychischen Störungen (ICD-10 F00-F99)	Anzahl Arztbesuche aufgrund psychischer oder Verhaltensstörungen	Ambulante Versorgungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung	[52]	

Fortsetzung nächste Seite

Annex Tabelle 4 Fortsetzung
Indikatoren

Quelle: Eigene Darstellung

Routinedaten (Typ e)			
Indikator	Operationalisierung	Datenkörper bzw. -halter	Publikation
Inanspruchnahme ambulanter Versorgung durch Psychiaterin/Psychiater und Psychologin/Psychologe	Anzahl Behandlungsfälle	DAK Kinder- und Jugendreport 2021	[17]
Inanspruchnahme ambulanter Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte für Kinder und Jugendmedizin	Anzahl Behandlungsfälle	DAK Kinder- und Jugendreport 2021	[17]
Versorgungsbereich: Stationäre Versorgung			
Essstörungen	Stationäre Behandlungsfälle mit Diagnose Bulimia nervosa oder Anorexia nervosa	DAK Kinder- und Jugendreport 2021	[17]
Depressionen und Angststörungen	Stationäre Behandlungsfälle mit Diagnose Depression oder Angststörungen	DAK Kinder- und Jugendreport 2021	[17]
Ambulante und stationäre Versorgung (zusammengefasst dargestellt)			
Psychische und Verhaltensstörungen insgesamt (ICD-10 F00-F99)	Anzahl an ambulanten und stationären Behandlungsfällen (je 1.000)	DAK Kinder- und Jugendreport 2021	[17]
Sprach- und Sprechstörungen (F80)	Anzahl an ambulanten und stationären Behandlungsfällen (je 1.000)	DAK Kinder- und Jugendreport 2021	[17]
	Anzahl an Neuerkrankungen (je 1.000)	DAK Kinder- und Jugendreport 2021	[17]
Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen (F82)	Anzahl an ambulanten und stationären Behandlungsfällen (je 1.000)	DAK Kinder- und Jugendreport 2021	[17]
	Anzahl an Neuerkrankungen (je 1.000)	DAK Kinder- und Jugendreport 2021	[17]
Hyperkinetische Störungen (F90)	Anzahl an ambulanten und stationären Behandlungsfällen (je 1.000)	DAK Kinder- und Jugendreport 2021	[17]
	Anzahl an Neuerkrankungen (je 1.000)	DAK Kinder- und Jugendreport 2021	[17]
Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98)	Anzahl an ambulanten und stationären Behandlungsfällen (je 1.000)	DAK Kinder- und Jugendreport 2021	[17]
	Anzahl an Neuerkrankungen (je 1.000)	DAK Kinder- und Jugendreport 2021	[17]
Emotionale Störungen des Kindesalters (F93)	Anzahl an ambulanten und stationären Behandlungsfällen (je 1.000)	DAK Kinder- und Jugendreport 2021	[17]
	Anzahl an Neuerkrankungen (je 1.000)	DAK Kinder- und Jugendreport 2021	[17]
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	Anzahl an ambulanten und stationären Behandlungsfällen (je 1.000)	DAK Kinder- und Jugendreport 2021	[17]
	Anzahl an Neuerkrankungen (je 1.000)	DAK Kinder- und Jugendreport 2021	[17]

Fortsetzung nächste Seite

Annex Tabelle 4 Fortsetzung
Indikatoren

Quelle: Eigene Darstellung

Routinedaten (Typ e)			
Indikator	Operationalisierung	Datenkörper bzw. -halter	Publikation
Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen (F83)	Anzahl an ambulanten und stationären Behandlungsfällen (je 1.000)	DAK Kinder- und Jugendreport 2021	[17]
Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung (F89)	Anzahl an ambulanten und stationären Behandlungsfällen (je 1.000)	DAK Kinder- und Jugendreport 2021	[17]
	Anzahl an Neuerkrankungen (je 1.000)	DAK Kinder- und Jugendreport 2021	[17]
Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81)	Anzahl an ambulanten und stationären Behandlungsfällen (je 1.000)	DAK Kinder- und Jugendreport 2021	[17]
	Anzahl an Neuerkrankungen (je 1.000)	DAK Kinder- und Jugendreport 2021	[17]
Störungen des Sozialverhaltens (F91)	Anzahl an ambulanten und stationären Behandlungsfällen (je 1.000)	DAK Kinder- und Jugendreport 2021	[17]
	Anzahl an Neuerkrankungen (je 1.000)	DAK Kinder- und Jugendreport 2021	[17]
Somatoforme Störungen (F45)	Anzahl an Neuerkrankungen (je 1.000)	DAK Kinder- und Jugendreport 2021	[17]
Versorgungsbereich: Kinderschutz			
Kindeswohlgefährdung	Anzahl akuter und latenter Fälle von Kindeswohlgefährdung	Statistisches Bundesamt	[55]
Kinderschutzfälle	Anzahl der Kinderschutzfälle gemeldet durch Schulen und Kitas	Statistisches Bundesamt	[54]
3 Versorgungsbereiche		3 Datenquellen	5 Referenzen

Fortsetzung nächste Seite

Annex Tabelle 4 Fortsetzung
Indikatoren

Quelle: Eigene Darstellung

Versorgungsbezogene Primärdaten (Typ f)				
Studientyp	Outcome	Indikator/Operationalisierung	Datenquelle/Studie	Publikation
Versorgungsbereich: Ambulante Versorgung				
B	Inanspruchnahme ambulanter kinderärztlicher Versorgung	Anzahl von Arztbesuchen	Ambulante Versorgungsdaten der Disease Analyzer Datenbank (IQVIA)	[18]
B	Depression	Anzahl von Depressionsdiagnosen in Kinderarztpraxen	Ambulante Versorgungsdaten der Disease Analyzer Datenbank (IQVIA)	[18]
B	Angststörungen	Anzahl von Angststörungsdiagnosen in Kinderarztpraxen	Ambulante Versorgungsdaten der Disease Analyzer Datenbank (IQVIA)	[18]
F	Inanspruchnahme ambulanter kinderärztlicher Versorgung	Anzahl von Arztbesuchen	CrescNET	[19]
Versorgungsbereich: Stationäre Versorgung				
C	Auslastung Kinder- und Jugendpsychiatrie	Einzelitem	PSYCHIATRIE Barometer	[56]
Versorgungsbereich: Kinderschutz				
C	Kinderschutzfälle	Anzahl von Kinderschutzfällen, Einzelitem	Studie des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf	[57]
C	Gefährdungsmeldungen	Anzahl von Gefährdungsmeldungen, Einzelitem	Vollerhebung der Jugendämter	[58, 59]
C	Inobhutnahmen	Anzahl der Inobhutnahmen, Einzelitem	Vollerhebung der Jugendämter	[58, 59]
F	Hausbesuche	Anzahl durchgeführter Hausbesuche, Einzelitem	Befragung von Gesundheitsfachkräften des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen	[60]
3 Versorgungsbereiche			6 Datenquellen/Studien	7 Referenzen

Impressum

Journal of Health Monitoring

www.rki.de/journalhealthmonitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de

Verantwortlicher Redakteur

Dr. Thomas Ziese
Stellvertretung: Dr. Anke-Christine Saß

Redakteurinnen und Redakteure

Dr. Martina Groth, Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter,
Dr. Franziska Prütz, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Simone Stimm

Satz

Katharina Behrendt, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Bildnachweis

Aufnahme von SARS-CoV-2 auf Titel und Marginalspalte:
© CREATIVE WONDER – stock.adobe.com

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit