

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG - EPPENDORF

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik

Prof. Dr. med. Sarah Hohmann

Psychosomatische Beschwerden und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen in Hamburg im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie

Dissertation

Zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von

Ulrike Blanck-Stellmacher
aus Göttingen

Hamburg 2023

Angenommen von der

Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 11.10.2023

Veröffentlicht mit Genehmigung der

Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. Markus Kemper

„Meine Wünsche für das Neue Jahr“



(Hamburger Schüler, 8 Jahre; Januar 2022)

„Ein Großteil der Kinder jeglicher Altersstufe geht sehr, sehr gut und verantwortungsvoll mit der Situation um. Sie verdienen Respekt und ein großes Lob“.

(Hamburger Kinderarzt, April 2021)

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	7
Tabellenverzeichnis	8
Abkürzungsverzeichnis	9
1 Einleitung.....	10
1.1 Begründung der Arbeit (Problemstellung)	10
1.2 Die Situation von Kindern und Jugendlichen während der Covid-19- Pandemie - ein internationaler Überblick.....	11
1.3 Theoretische Annäherung.....	17
1.3.1 Psychosomatische Beschwerden als Ausdruck psychischer Belastung .	17
1.3.2 Subjektive Beschwerdelast.....	18
1.3.3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	19
1.4 Stand der empirischen Forschung vor Auftreten der Covid-19-Pandemie..	20
1.4.1 Ergebnisse zur subjektiven Beschwerdelast und psychosomatischen Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen vor der Covid-19-Pandemie.....	20
1.4.2 Ergebnisse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen vor der Covid-19-Pandemie	22
1.5 Fragestellungen und Hypothesen	23
1.6 Ziele der Arbeit.....	24
2 Methode quantitative Erhebung.....	25
2.1 COPSY-Studie Hamburg.....	25
2.2 Variablen und Instrumente	26
2.2.1 Subjektive Beschwerdelast.....	26
2.2.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	27
2.2.3 Alter des Kindes/der/des Jugendlichen.....	28
2.2.4 Geschlecht des Kindes/ der/des Jugendlichen.....	28
2.2.5 Bildungsstand der Eltern	28
2.3 Stichprobe und Datenerhebung	29
2.4. Ethik.....	32
2.5. Auswertung der quantitativen Erhebung.....	32
3 Ergebnisse des quantitativen Teils	34
3.1 Psychosomatische Beschwerden: Selbstbefragung und Eltern-befragung	34

3.2	Psychosomatische Beschwerden: Symptomatik und Auftreten vor und während der Covid-19-Pandemie	35
3.3	Psychosomatische Beschwerden und Alter	36
3.4	Psychosomatische Beschwerden und Geschlecht	37
3.5	Psychosomatische Beschwerden und mütterlicher Bildungsstand	38
3.6	Gesundheitsbezogene Lebensqualität- vor und während der Covid-19-Pandemie.....	38
3.7	Gesundheitsbezogenen Lebensqualität und psychosomatische Beschwerden	39
4	Diskussion und methodische Kritik der quantitativen Erhebung.....	42
4.1	Diskussion der Ergebnisse der quantitativen Erhebung.....	42
4.2	Methodische Kritik der quantitativen Erhebung.....	49
5	Methode qualitative Erhebung.....	51
5.1	Qualitative Experteninterviews.....	51
5.2	Interviewleitfaden zur qualitativen Studie	51
5.3	Stichprobe und Datenerhebung qualitativer Teil	52
5.4	Auswertung der Experteninterviews.....	53
6	Ergebnisse der qualitativen Erhebung	56
7	Diskussion und methodische Kritik der qualitativen Erhebung.....	73
7.1	Diskussion der Ergebnisse der qualitativen Erhebung.....	73
7.2	Methodische Kritik der qualitativen Erhebung.....	77
8	Zusammenfassende Diskussion und Ausblick.....	79
8.1	Zusammenfassende Diskussion	79
8.2	Ausblick.....	81
9	Zusammenfassung	82
10	Abstract.....	84
11	Literatur.....	86
12	Anhang.....	97
12.1	Anschreiben Copsy-Studie Hamburg.....	97
12.2	Einwilligungserklärungen Copsy-Studie Hamburg	101
12.3	Kinderfragebogen Copsy-Studie Hamburg	104
12.4	Elternfragebogen Copsy-Studie Hamburg.....	118

12.5	Interviewleitfaden.....	142
12.6	Interview K1.....	144
12.7	Interview K2.....	149
12.8	Interview K3.....	154
12.9	Interview K4.....	159
12.10	Interview K5.....	165
12.11	Interview K6.....	170
12.12	Interview K7.....	176
13	Danksagung.....	183
14	Lebenslauf.....	184
15	Eidesstattliche Versicherung.....	185

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Psychosomatische Beschwerden von Hamburger Kindern und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie im Vergleich zwischen Selbst-u. Elternbefragung. ...	35
Abb. 2 Somatische Beschwerden von Kindern vor und während der Covid-19-Pandemie.....	36
Abb. 3 Psychische Beschwerden von Kindern vor und während der Covid-19-Pandemie.....	36
Abb. 4 Psychosomatische Beschwerden von Hamburger Kindern und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie gruppiert nach dem Alter.	37
Abb. 5 Psychosomatische Beschwerden von Hamburger Kindern und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie unterschieden nach Geschlecht. (Angegeben sind die Prozentanteile der Kinder und Jugendlichen mit entsprechenden Beschwerden weniger als dreimal pro Woche und mindestens dreimal pro Woche.) ..	38
Abb. 6 Lebensqualität von Hamburger Kindern und Jugendlichen vor und während der Covid-19-Pandemie. (geminderte Lebensqualität mindestens eine Standardabweichung unter dem Populationsmittelwert, hohe Lebensqualität mindestens eine Standardabweichung über dem Populationsmittelwert)	39
Abb. 7 Lebensqualität von Hamburger Kindern und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie mit mindestens dreimal psychosomatischen Beschwerden pro Woche und von Kindern und Jugendlichen mit weniger als dreimal entsprechenden Beschwerden pro Woche.	40
Abb. 8 Korrelation zwischen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und dem Vorliegen psychosomatischer Beschwerden bei Hamburger Kindern und Jugendlichen während der Covid-19 Pandemie. Angeben werden Summenwerte. HBSC-Checklist 10 bis 40 (10= hohe Beschwerdelast; 40= keine Beschwerdelast); KIDSCREEN-10 10 bis 50 (10 niedrige Lebensqualität; 50 hohe Lebensqualität).....	41

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Altersverteilung der befragten Kinder im Überblick	30
Tab. 2 Geschlechtsverteilung der befragten Kinder im Überblick (Angaben Melderegister)	30
Tab. 3 Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund im Überblick.....	30
Tab. 4 Verwandtschaftsverhältnis des befragten Elternteils zum Kind im Überblick.....	30
Tab. 5 Alter des befragten Elternteils im Überblick.....	31
Tab. 6 Geschlecht des befragten Elternteils im Überblick	31
Tab. 7 beruflicher Bildungsabschluss der Mutter im Überblick (gewichtete Daten).....	31
Tab. 8 Familienstand des befragten Elternteils im Überblick	31
Tab. 9 Anteil der alleinerziehenden Mütter und Väter im Überblick	31
Tab. 10 Angaben zur Berufstätigkeit des befragten Elternteils im Überblick.....	31
Tab. 11 Interviewteilnehmer/-innen und Stadtteile im Überblick.....	53
Tab. 12 Das Kategoriensystem im Überblick.....	54

Abkürzungsverzeichnis

AWMF: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

BELLA: BEhaviour and WeLLbeing of Children and Adolescents in Germany Study

CASMIN: Comperativ Analysis of Social Mobility in Industrial Nations

COPSY-Studie: COrona und PSYche-Studie

COSMO-Studie: Covid-19-Snapshot-Monitoring-Studie

COVID-19: Corona Virus Disease 2019

DAK: Deutsche Angestellten Krankenkasse

HBSC: Health Behaviour in School-aged Children Study

HBSC-SCL: HBSC Symptom Checklist

HRQoL: Health-Related Quality of Life

IFBQ: Institut für Bildungsmonitoring und Qualitätsentwicklung

KIDSCREEN: Questionnaire developed by the project "Screening for and Promotion of Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents – a European Public Health perspective"

KIDSCREEN-10 Index: Kurzversion des KIDSCREEN

LPEK: Lokale Psychologische Ethikkommission

M: Mittelwert

SD: Standardabweichung

SES: Sozialökonomischer Status

UKE: Universitätsklinikum Eppendorf

VGL: Vergleiche

WHO: World Health Organisation

1 Einleitung

1.1 Begründung der Arbeit (Problemstellung)

Anfang des Jahres 2020 erreichte die Covid-19-Pandemie Deutschland. Seither sind das familiäre und das soziale Leben stark von den gesellschaftlichen Einschränkungen, die im Rahmen der Pandemie-Bekämpfung getroffen worden sind, geprägt. Kinder und Jugendliche werden als vulnerable Bevölkerungsgruppe angesehen (Holmes et al. 2020, Ellis et al. 2020, Magson et al. 2020, Joseph et al. 2020) und ihr Alltag wird durch die Schließungen oder den reduzierten Betrieb öffentlicher und privater Einrichtungen sowie Kontakteinschränkungen unmittelbar und wesentlich verändert. Einige Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind bereits festgestellt worden (DAK Kinder- und Jugendreport 2021; Loades et al. 2020; Schlack et al. 2020; unicef data 2021). Auch soziale Unterschiede im Bildungssystem verstärken sich (Dohmen et al. 2021). Wie es Kindern, Jugendlichen und ihren Familien gelingt, während der Covid-19-Pandemie zurecht zu kommen, ist von einer Vielzahl von Umgebungsbedingungen und den individuellen Ressourcen und Belastungsfaktoren abhängig (Fegert et al. 2021).

Die vorliegende Dissertation konzentriert sich auf Kinder und Jugendliche in der Stadt Hamburg während der Covid-19-Pandemie. In Hamburg gab es (Stand 6/23) zweimal für mehrere Monate Schulschließungen und eingeschränkten Regelbetrieb mit Aussetzung der Präsenzpflicht für Schülerinnen und Schüler. Die Sport-, Freizeit- und Vereinsangebote waren gleichermaßen eingeschränkt. Im Rahmen der ersten Welle der Covid-19-Pandemie im Frühjahr 2020 waren auch die Spielplätze für mehrere Wochen geschlossen. Eine Maskenpflicht im Schulbetrieb wurde im Sommer 2020 eingeführt und die serielle Testung auf das Covid-19-Antigen in den Schulen begann im Frühjahr 2021. Einzelheiten zu den erlassenen Maßnahmen an den Schulen und Bildungseinrichtungen finden sich in den von der Behörde für Schule und Berufsbildung der Stadt Hamburg herausgegebenen Informationen. Alle Maßnahmen wurden mehrfach der Pandemiesituation entsprechend angepasst und nach Schulform und Alter der Schülerinnen und Schüler modifiziert.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht in der Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der subjektiven Beschwerdelast von Kindern und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie. Es wurden hierzu während der ersten Welle der Covid-19-Pandemie im Mai und Juni 2020 Kinder und Jugendlichen sowie ihre Eltern in einer auf die Hamburger Bevölkerung bezogenen Substudie der bundesweiten COPSYP- (Corona und Psyche-) Studie online befragt. Die Perspektiven der Kinder und ihrer Eltern wurden durch eine Interviewstudie mit in Hamburg tätigen Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin ergänzt. Dies ermöglicht eine medizinisch vertiefende Betrachtung der Ergebnisse und Ansätze für Hilfsangebote aus pädiatrischer Sicht können abgeleitet werden.

Nach einem allgemeinen Überblick über den aktuellen internationalen Forschungsstand folgen eine theoretische Einführung in das Thema und die Definitionen der Begrifflichkeiten. Es wird der Forschungsstand vor Beginn der Covid-19-Pandemie dargestellt und im Anschluss werden das Ziel der Arbeit und die zu beantwortenden Fragestellungen konkretisiert. Nachfolgend wird das methodische Vorgehen beschrieben und begründet. Die Arbeit gliedert sich methodisch in zwei Teile. Zunächst werden Daten aus den Kinder- und Elternbefragungen mithilfe quantitativer Methoden ausgewertet. Im qualitativen Teil werden mit Kinderärztinnen und Kinderärzten durchgeführte Interviews ausgewertet. Die sich anschließende Ergebnisdarstellung behält die Gliederung in den quantitativen und qualitativen Teil ebenfalls bei. Die Ergebnisse beider Erhebungen werden zunächst getrennt vorgestellt, vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes diskutiert und Limitationen werden aufgezeigt. Daran anschließend findet sich eine zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse beider Teile. Abschließend wird ein Ausblick gegeben und Ansatzpunkte zur Verbesserung der Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen unter Pandemie-Bedingungen werden abgeleitet.

1.2 Die Situation von Kindern und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie - ein internationaler Überblick

In den vergangenen zwei Jahren wurden zahlreiche nationale und internationale Studien zur psychischen und physischen Gesundheit von Kindern und

Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie sowie über die familiären und sozialen Belastungen durch die zur Pandemiebekämpfung getroffenen Maßnahmen veröffentlicht. Auch wenn es methodisch kaum möglich ist, Kausalitäten zwischen den Ergebnissen und dem Ausbruch der Covid-19-Pandemie abzuleiten, zeigen die Studien doch übereinstimmende Tendenzen, die nicht nur Vermutungen sind, sondern einen Zusammenhang zu den veränderten Lebensbedingungen seit Beginn der Covid-19-Pandemie nahelegen.

Welche Veränderungen hat es seit Beginn der Covid-19-Pandemie gegeben?

Auswirkungen im Alltag. Mit Ausbruch der Covid-19-Pandemie hat sich der Alltag für Kinder und Jugendliche entscheidend verändert. Die Maßnahmen zur Pandemieeinschränkung betreffen sie unmittelbar in der Schule, in der Freizeit, im Kontakt mit Freunden und verändern den Familienalltag (Langmeyer et al. 2020). Zwei Drittel aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland fühlen sich durch die Covid-19-Pandemie belastet (Ravens-Sieberer et al. 2021). Der Jugendalltag hat sich durch den Wegfall sozialer Räume mit den Gleichaltrigen grundlegend verändert, wodurch den Jugendlichen alltägliche Bewältigungsmöglichkeiten für den psychosozialen Ausgleich genommen wurden (Andresen et al. 2020). Auch Magson et al. (2021) nehmen Bezug auf die Entwicklungscharakteristika des Jugendalters und der altersentsprechend erhöhten Prädisposition für emotionale und psychische Störungen. Sie sehen durch die pandemiebedingten Einschränkungen des Schulbesuchs und der Kontakte mit den Gleichaltrigen sowie verminderter körperlicher Aktivität ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen in dieser Altersgruppe.

Auswirkungen auf das Familienleben. Das familiäre Zusammenleben wird zum Mittelpunkt des Alltags. 2020 berichtet Fegert, dass die soziale Isolation und die Veränderungen der gewohnten Alltagsstruktur für viele Familien eine große Belastung darstellen. Langmeyer et al. (2020) zeigen in ihrer deutschlandweiten Befragung von Kindern zwischen drei und 15 Jahren und deren Eltern während des ersten Lockdowns, dass in der Mehrzahl der Familien seit Beginn der Covid-19-Pandemie zumindest „manchmal“ ein konfliktreiches oder chaotisches Klima herrscht und bei jeder fünften Familie es sogar „häufig“ oder „sehr häufig“ zu

Konflikten kommt. In Familien, in denen häufiger ein konfliktreiches Familienklima besteht, ist der Anteil derjenigen Kinder, die Schwierigkeiten bei der Bewältigung der Pandemie haben, höher. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der bundesweiten, bevölkerungsbasierten und longitudinalen COPSY-Studie, die in fünf Befragungswellen zu unterschiedlichen Zeitpunkten während und nach der Pandemie durchgeführt wurde. Häufige familiäre Konflikte korrelieren am stärksten mit einer niedrigen gesundheitsbezogenen Lebensqualität, dahingegen ist ein positives Familienklima mit einer höheren gesundheitsbezogenen Lebensqualität assoziiert (Ravens-Sieberer et al. 2021).

Belastungen seitens der Eltern. Auch der Zusammenhang zwischen elterlicher Beschwerdelast während der Covid-19-Pandemie und dem kindlichen Belastungserleben sowie der Lebenszufriedenheit der Kinder wird in mehreren Studien dargestellt und diskutiert. Cusinato et al. (2020) weisen nach, dass die Veränderungen der täglichen Routine negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Eltern haben können und dadurch die Lebensqualität der Kinder beeinträchtigen. Auch Adibelli et al. (2020) stellen dar, dass das emotionale Wohlbefinden von Kindern, deren Eltern ein hohes Maß an Angst im Rahmen der Covid-19-Pandemie entwickeln, signifikant gemindert ist im Vergleich zu der Gruppe derjenigen Eltern, die weniger Ängste angeben. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern ist niedriger, wenn ihre Eltern psychisch vorerkrankt oder durch die Lebensumstände während der Covid-19-Pandemie stark belastet sind (Ravens-Sieberer et al. 2021). Die Covid-19-Snapshot-Monitoring-(COSMO-) Studie zeigt, dass zum Beispiel Eltern von Schulkindern in der ersten Welle der Covid-19-Pandemie signifikant stärker belastet sind als die allgemeine Studienpopulation. Weitere Risikofaktoren, die zu einer erhöhten elterlichen Belastung führen können und Überforderungssituationen begünstigen, sind chronische Erkrankungen von Familienmitgliedern, ein niedriges Haushaltseinkommen, Alleinerziehendenstatus oder ein Migrationshintergrund (Rabe et al. 2021). Eine Zunahme von negativen Kindheitserlebnissen ist unter diesen familiären Bedingungen nachweisbar (Calvano et al. 2020).

Bewältigung der Pandemiemaßnahmen. Calvano et al. (2020) stellen zudem dar, dass einige Eltern gut mit den Herausforderungen durch die Covid-19-Pandemie

zurechtkommen und sich weniger gestresst fühlen als vor dem Beginn der Pandemie. Besonders die Möglichkeit mehr Zeit gemeinsam in der Familie zu verbringen, wird als positiv hervorgehoben. Auch Bruining et al. (2020) vermuten, dass die Pandemiemaßnahmen das Familienleben gleichermaßen positiv wie negativ beeinflussen können. So könnten auch eine Stressreduktion, geringerer sozialer Druck, die Verbesserung der Schlafgewohnheiten und mehr Zeit zum Nachdenken oder Entspannen das Familienklima verbessern.

Womit korrelieren diese Veränderungen (veränderter Alltag, mehr familiäre Konflikte, elterliche Belastung) bei den Kindern und Jugendlichen?

Mit wem die Kinder und Jugendlichen in einem Haushalt leben, wie gut es den Eltern gelingt, den Familienalltag zu organisieren, und in welchem Ausmaß sich die Eltern belastet fühlen, entscheidet wesentlich über positive und negative Erfahrungen, die Kinder und Jugendliche während der Pandemie machen (Fegert et al. 2021; Langmeyer et al. 2020). Die Verlagerung des Lebensmittelpunkts in das häusliche Umfeld führt zu Veränderungen der Tagesstruktur und des Beschäftigungsangebots für Kinder und Jugendliche. Wie Kinder, Jugendliche und ihre Eltern den Alltag unter Pandemie- Bedingungen verbringen und gestalten, ist ebenfalls vielfach untersucht worden. Die Ergebnisse zeigen vergleichbare Tendenzen.

Medienkonsum und Bewegung. Der tägliche Medienkonsum steigt in allen Altersgruppen, doch besonders ab dem Schulalter, deutlich an (Bantel et al. 2021; Bruni et al. 2021; Duan et al. 2020; Francisco et al. 2020; Langmeyer et al. 2020; Lopez- Bueno et al. 2020; Xiang et al. 2020). Es wird weniger Zeit mit körperlichen Aktivitäten verbracht (Androutsos et al. 2021; Bantel et al. 2021; Francisco et al. 2020; Lopez-Bueno et al. 2020; Xiang et al. 2020). Davon abweichende Ergebnisse zeigt die longitudinale Motorik-Modul-(MoMo-) Studie, die im Rahmen der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) in regelmäßigen Intervallen durchgeführt wird. Während der Covid-19-Pandemie erfolgten im ersten und im zweiten Lockdown Befragungen der Studienkohorte. Es zeigen sich dabei im ersten Lockdown im Frühjahr 2020 sowohl ein Anstieg der Zeit, die täglich mit körperlicher Aktivität verbracht wird, als auch eine Zunahme der Bildschirmzeit. Die Ergebnisse der Folgebefragung während der zweiten Welle der Covid-19-Pandemie im Winter

2020 decken sich jedoch wieder mit denen internationaler Studien und zeigen eine Abnahme körperlicher Aktivität im Vergleich zu Ergebnissen vor Beginn der Covid-19-Pandemie und einen weiteren Anstieg der Bildschirmzeit auch im Vergleich zu den Ergebnissen während der ersten Welle der Covid-19-Pandemie (Schmidt et al. 2021 und 2020).

Schlafgewohnheiten. Die Veränderungen der Tagesstruktur führen zu Veränderungen des Schlaf-Wach-Rhythmus. Kinder aller Altersgruppen gehen später schlafen und stehen morgens später auf (Bruni et al. 2021). Insgesamt kommt es zu einer Zunahme der Schlafstunden bei Kindern und Jugendlichen (Androutsos et al. 2021; Bruni et al. 2021; Francisco et al. 2020; Lopez-Bueno et al. 2020; Ranjbar et al. 2021) und auch Schlafstörungen treten vermehrt auf (Bruni et al. 2021; Ravens-Sieberer et al. 2021). Schlafstörungen werden durch lange Bildschirmzeiten an Tablet und Smartphone begünstigt (Kim et al. 2021).

Körperlichen Veränderungen und Entwicklung. Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen zeigen, dass der Anteil an übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen seit Beginn der Covid-19-Pandemie gestiegen ist (Androutsos et al. 2021; Bantel et al. 2021; Kim et al. 2021). Bei einer regionalen Studie im Rahmen von Schuleingangsuntersuchungen fällt im Vergleich zu den Vorjahren bei den Vorschulkindern die Zunahme von Auffälligkeiten der Sprachkompetenz und der feinmotorischen Fähigkeiten auf (Bantel et al. 2021).

Das emotionale Wohlbefinden und psychische Veränderungen. Psychische Auffälligkeiten oder Veränderungen bei Kindern und Jugendlichen sind seit Beginn der Covid-19-Pandemie weltweit Gegenstand der Forschung und es zeigen sich weitgehend übereinstimmende Ergebnisse, wie Jones et al. (2021) in einer vergleichenden Untersuchung von 16 Studien zum Thema psychische Gesundheit bei Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie darstellen. Es ist vielfach belegt, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Lebenszufriedenheit während der Covid-19-Pandemie im Vergleich zu den Vorjahren vor Pandemieausbruch abgenommen haben (Ravens-Sieberer et al. 2021). Kinder und Jugendliche entwickeln häufiger psychische Störungen, insbesondere eine Zunahme von Depressionen und Ängsten ist erwiesen (Duan et al. 2020; Ellis et al. 2020; Magson et al. 2020; Naumann et al. 2021; Tang et al. 2021).

Welche Faktoren erhöhen das Risiko für das Auftreten psychischer Auffälligkeiten im Rahmen der Covid-19-Pandemie und welche Faktoren können davor schützen?

Ältere Jugendliche (Schmidt et al. 2021; Tang et al. 2021) und Mädchen (Naumann et al. 2021) sind häufiger von depressiven Symptomen und Ängsten betroffen. Die geringsten psychischen Belastungen durch die Covid-19-Pandemie werden bei Kindern zwischen sieben und zehn Jahren beobachtet (Schmidt et al. 2021). Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund (Naumann et al. 2021, Ratgheb et al. 2022) oder aus sozial benachteiligten Familien sowie Familien, die auf beengtem Wohnraum leben, sind von psychischen Auffälligkeiten häufiger betroffen (Ravens-Sieberer et al. 2021). Auch Stress, Ängste und depressive Symptome treten bei Kindern unter diesen familiären Bedingungen vermehrt auf (Russell et al. 2020; Ravens-Sieberer et al. 2021). Wenig körperliche Aktivität erhöht das Risiko für psychische Auffälligkeiten (Wang et al. 2021), wohingegen körperlich aktiv verbrachte Zeit das Risiko für depressive Symptome unter Pandemie-Bedingungen reduziert (Ellis et al. 2020). Hohe Bildschirmzeiten und eine verstärkte Nutzung sozialer Medien gehen mit einer erhöhten Prädisposition für psychische Auffälligkeiten einher (Ellis et al. 2020; Wang et al. 2021). Häufige Konflikte zwischen Eltern und Kindern sind mit einem höheren Risiko für die Entwicklung depressiver und ängstlicher Symptome sowie somatischer Beschwerden assoziiert (Magson et al. 2020; Wang et al. 2021). Ravens-Sieberer et al. (2021) identifizieren familiäre Konflikte als den Hauptrisikofaktor für das Auftreten psychosomatischer Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie.

Schulische Schwierigkeiten mit dem Distanzlernen erhöhen das Risiko für depressive Störungen (Magson et al. 2020). Von einigen Kindern und Jugendlichen wird die Aussetzung des Präsenzunterrichts allerdings als positiv empfunden und führt zu einer Steigerung des Wohlbefindens. Dies zeigen Tang et al. (2021), in deren Befragung, sich die Lebenszufriedenheit bei 21 % der Kinder und Jugendlichen während der Zeit der pandemiebedingten Schulschließungen verbessert hat.

Ein gutes Familienklima ist mit einer höheren gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen assoziiert (Ravens-Sieberer et al.

2021) und ein Anstieg der positiven Interaktionszeit mit den Eltern führt zu einer Verbesserung der kindlichen Lebenszufriedenheit (Choi et al. 2021). Offene, altersgerechte Gespräche über die Covid-19-Pandemie helfen den Kindern und Jugendlichen mit den Alltagsveränderungen besser zurecht zu kommen (Tang et al. 2021). Das Gefühl auch unter den Maßnahmen zur Kontaktreduzierung gut sozial eingebunden zu sein, ist ein protektiver Faktor im Hinblick auf die Entwicklung depressiver Störungen (Magson et al. 2020). Stark reduzierte soziale Kontakte hingegen führen zu einer Abnahme der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Zunahme von Angstsymptomen, depressiven Symptomen und psychosomatischen Beschwerden (Ravens-Sieberer et al. 2021).

Zusammenfassend besteht Ratgheb et al. (2022) zufolge für ein Drittel der Kinder und Jugendlichen in Deutschland seit Beginn der Covid-19-Pandemie ein erhöhtes Risiko eine emotionale Störung zu entwickeln. Dies unterstreicht die Dringlichkeit, die das Thema aufweist, sich mit den Folgen der Covid-19-Pandemie für Kinder und Jugendliche auseinanderzusetzen.

1.3 Theoretische Annäherung

1.3.1 Psychosomatische Beschwerden als Ausdruck psychischer Belastung

Psychosomatische Beschwerden werden auch somatoforme oder funktionelle Störungen genannt und sind Beschwerden, bei denen keine körperliche Ursache der Symptomatik zu finden ist (Bode et al. 2016). Diese werden von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) in der aktuellen Leitlinie als „funktionelle Körperbeschwerden“ bezeichnet und wie folgt definiert:

„Funktionelle (Körper-) Beschwerden oder auch Belastungs- bzw. Stressbeschwerden drücken aus, dass die Beschwerden aus einem Ungleichgewicht zwischen Körper, Psyche und Lebenswelt entstehen“ (AWMF Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden 2018).

Dabei kann es sich um isolierte Schmerzsymptome wie Bauchschmerzen, Kopfschmerzen oder Rückenschmerzen handeln oder auch schwerwiegende mit größerer funktioneller Beeinträchtigung einhergehende Symptomcluster, z.B. Fibromyalgie- oder Reizdarmsyndrom (AWMF Leitlinie Funktionelle

Körperbeschwerden 2018). Nichtorganische Schlafstörungen können der Gruppe der Störungen mit psychischer und körperlicher Symptomatik zugeordnet werden (Resch et al. 2012, S. 681).

Brill et al. (2001) beschreiben im Kindes- und Jugendalter Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Brustschmerzen, Rückenschmerzen, Gliederschmerzen, Müdigkeit und Atemproblem als häufige somatoforme Beschwerden. Sie weisen darauf hin, dass diese allgemeinen und in der Pädiatrie üblichen Symptome von den selteneren, somatoformen oder neurotischen Störungen des Erwachsenenalters zu unterscheiden sind. Psychosomatische Beschwerden treten bei Kindern häufig auf und können als ein körperlicher Ausdruck von Belastung oder Bedrängnis angesehen werden (Garralda 2010).

Vanaelst et al. (2012) wiesen nach, dass das Auftreten psychosomatischer Beschwerden bei Kindern signifikant mit negativen Lebensereignissen und widrigen familiären und sozialen Lebensumständen assoziiert ist. So korrelieren häufige familiäre Konflikte am stärksten mit dem Auftreten psychosomatischer Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen (Hart et al. (2013).

Der aktuellen Literatur folgend sind Kinder und Jugendliche als vulnerable Gruppe anzusehen, da sie eine Vielzahl an Entwicklungsaufgaben bewältigen müssen (Hurrelmann et al. 2016). Ob und wie ihnen das gelingt, ist nicht nur von der familiären Umgebung, sondern noch von vielen weiteren Umgebungsfaktoren und Bezugspersonen, z.B. in Schule und Peer-Group abhängig (Lösel et al. 2015, Quenzel 2015). *„Besonders in der frühen Adoleszenz kommt es zu einem Anstieg in der Stressbelastung, was zu einer erhöhten Vulnerabilität führt“* (Stelzig et al. 2019). Entsteht nun ein Ungleichgewicht zwischen Herausforderungen und den individuellen Möglichkeiten diese bewältigen zu können, können sich Überforderungs- und Belastungssituationen ergeben und *„zum Auftreten von physischen und psychischen Beschwerdebildern bzw. Symptomen führen“* (Stelzig et al. 2019).

1.3.2 Subjektive Beschwerdelast

Der Begriff „subjektive Beschwerdelast“ inkludiert je vier somatische und psychische Symptome und wurde als Beurteilungsmaß für das gemeinsame Vorliegen psychischer und somatischer Beschwerden entwickelt (vgl. Kapitel 2.2.1). Zusätzlich zu den isolierten Schmerzsymptomen (Bauchschmerzen,

Rückenschmerzen und Kopfschmerzen) werden hierbei psychische Symptome (Nervosität, Gereiztheit, Niedergeschlagenheit und Schlafstörungen) sowie als weiteres somatisches Symptom „Schwindel“ erfasst. Die subjektive Beschwerdelast ist somit ein wichtiger Indikator für das Wohlbefinden (Kaman et al 2020). Sie beschreibt das Vorliegen genannter Symptome, ist aber nicht gleichbedeutend mit der in Kapitel 1.3.1 dargestellten medizinischen Definition psychosomatischer Beschwerden zu verwenden, da keine kausalen Zusammenhänge abgeleitet werden können. Zur Diagnosestellung psychosomatischer/funktioneller Körperbeschwerden (vgl. Kapitel 1.3.1) ist die Betrachtung im medizinischen und diagnostischen Gesamtkontext erforderlich.

1.3.3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Health- Related Quality of Life, HRQoL) ist ein Beurteilungsmaß des allgemeinen subjektiven Wohlbefindens und hat in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich an Bedeutung gewonnen (Ottová-Jordan et al. 2015). Sie ist ein wichtiges Thema in der epidemiologischen und klinischen Forschung sowie der pädiatrischen Gesundheitsversorgung und generiert im Hinblick auf Prävention und Intervention wichtige Aspekte für moderne Gesundheitskonzepte (Otto et al. 2021). *„Der Vorteil einer auf Lebensqualität abzielenden Diagnostik liegt in der Fokussierung auf die im Kontext einer medizinischen Behandlung bisweilen verloren gehende subjektive Perspektive des Individuums“* (Resch et al. 2012, S. 685). Ravens-Sieberer et al. (2020) definieren die HRQoL als ein multidimensionales Konstrukt, welches das subjektive Wohlbefinden und die Funktionalität für verschiedene wichtige Lebensbereiche umfasst. Diese Lebensbereiche, auch Dimensionen genannt, werden in der Literatur vielfach definiert und können leicht variieren. In der Regel werden körperliche, emotionale, soziale, familiäre und oftmals auch schul- oder arbeitsbezogene Aspekte berücksichtigt (Ravens-Sieberer et al. 2020). Etwas allgemeiner formulieren es Ellert et al. (2014) und unterteilen in körperliche, emotionale, mentale, soziale und verhaltensbezogene Aspekte. Sie ergänzen, dass *„[f]ür Kinder und Jugendliche [...] zusätzlich z. B. die Dimensionen Selbstwahrnehmung/Selbstwert, die wahrgenommene Qualität der Beziehung zu Eltern oder Freunden, sowie das schulische Wohlbefinden relevant [sind]“* (Ellert et al. 2014, S. 798). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität im Kindes- und

Jugendalter ist von besonderer Bedeutung, da sie die Basis für die gesundheitsbezogene Lebensqualität und Gesundheit im Erwachsenenalter bildet (Bisegger et al. 2004). Ein wesentliches Merkmal der Messung der HRQoL liegt in der Subjektivität der Aussagen, das heißt, dass individuelle Einschätzungen der Befragten zur Beurteilung herangezogen werden. Um die HRQoL bei Kindern und Jugendlichen differenzierter einschätzen zu können, wird die Selbstbefragung um eine Elternbefragung ergänzt. Validierte Instrumente, um die HRQoL bei Kindern und Jugendlichen zu messen, sind die KIDSCREEN- Fragebögen (Ravens-Sieberer & The KIDSCREEN Group Europe 2006) und der KINDL-R (Ravens-Sieberer, Bullinger 1998). In der vorliegenden Arbeit wird zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der KIDSCREEN-10 Index eingesetzt (vgl. Kapitel 2.2.1 und 2.3.1).

1.4 Stand der empirischen Forschung vor Auftreten der Covid-19-Pandemie

1.4.1 Ergebnisse zur subjektiven Beschwerdelast und psychosomatischen Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen vor der Covid-19-Pandemie

Eine repräsentative Studie, in der seit 25 Jahren auf vergleichbare Weise Daten zur subjektiven Beschwerdelast von Kindern und Jugendlichen erhoben werden, ist die Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)- Studie. Die HBSC-Studie ist eine internationale Querschnittsstudie unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Ihr Ziel ist es Daten zur Gesundheit, dem Gesundheitsverhalten und den Rahmenbedingungen für gesundes Aufwachsen bei Kindern- und Jugendlichen zu erheben. Im vierjährigen Turnus werden in den Schulen Schülerinnen und Schüler der Jahrgangsstufen fünf, sieben und neun schriftlich dazu befragt. Deutschland nimmt seit 1993/94 an der HBSC-Studie teil. Bei jeder Befragungswelle schlossen sich auf internationaler Ebene mehr Länder und auf nationaler Ebene mehr Bundesländer an. Die letzte Befragungswelle fand 2017/18 statt. Es nahmen 50 Länder in Europa und Nordamerika und alle deutschen Bundesländer teil (Moor et al 2020). In der aktuellen Literatur findet sich durch die HBSC-Studie eine breite Datengrundlage, um die subjektive Beschwerdelast der Kinder und Jugendlichen national und international vor Ausbruch der Covid-19-Pandemie darstellen zu können. Aus der

aktuell letzten Befragungswelle der HBSC-Studie von 2017/18 in Deutschland geht hervor, dass deutschlandweit 34,2% der Mädchen und 19,7% der Jungen unter mindestens zwei psychosomatischen Beschwerden pro Woche litten (Kaman et al. 2020). Ältere Mädchen waren deutlich häufiger von psychosomatischen Beschwerden betroffen als jüngere Mädchen. Während nur 25,7% der 11-Jährigen Mädchen regelmäßige psychosomatische Beschwerden beschrieben, waren es von den 15-Jährigen Mädchen schon 42,1%, die regelmäßig unter psychosomatischen Beschwerden litten (Kaman et al. 2020). Dahingegen stiegen die Prävalenzen bei den Jungen über das Alter hinweg nur leicht an, so Kaman. Mädchen sind demnach häufiger von psychosomatischen Beschwerden betroffen als Jungen und der geschlechtsspezifische Unterschied wird mit zunehmendem Alter größer (Kaman et al 2020). Unabhängig von Geschlecht und Alter treten am häufigsten Einschlafprobleme (22,9 %) auf. Somatische Beschwerden wie Kopfschmerzen (13,8 %), Rückenschmerzen (13,0 %) und Bauchschmerzen (9,7 %) treten seltener auf (Kaman et al 2020). Hohe schulische Belastung und niedriger familiärer Wohlstand begünstigen das Auftreten psychosomatischer Beschwerden, wohingegen eine gute familiäre Unterstützung mit einem besseren subjektiven Wohlbefinden einhergeht (Kaman et al 2020). Kaman et al stellen im Abgleich mit den berichteten Prävalenzen früherer Befragungswellen der HBSC-Studie dar, dass der Anteil an Schülerinnen und Schülern mit multiplen psychosomatischen Beschwerden in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen ist. Die Studienergebnisse aus Deutschland decken sich in weiten Teilen mit den Ergebnissen internationaler Erhebungen. In einer international vergleichenden Studie über 27 Länder stellen Swain et al (2014) dar, dass Mädchen ein höheres Risiko für psychosomatische Beschwerden aufweisen als Jungen und das Auftreten psychosomatischer Beschwerden mit steigendem Alter zunimmt. Walsh et al (2020) stellen in einer weiteren internationalen Cluster-Studie, die Ergebnisse der HBSC-Studien aus 37 Ländern vergleicht, dar, dass geringe soziale Unterstützung und häufige Nutzung Sozialer Medien die stärksten Prädiktoren für die Entwicklung psychosomatischer Beschwerden und einer geringen Lebenszufriedenheit sind. Männliches Geschlecht geht mit einem niedrigeren Risiko für psychosomatische Beschwerden einher. Ein weiterer starker Prädiktor dafür psychosomatische Beschwerden zu entwickeln, ist die Exposition gegenüber Mobbing. Auch in

diesem Zusammenhang wird das Risiko für Mädchen höher angegeben als für Jungen. Vergleichbare Ergebnisse finden sich auch bei Vaiciunas et al (2019), die zeigen, dass sich hohe schulische Belastung und Mobbing negativ auf psychosomatische Beschwerden auswirken und multiple psychosomatische Beschwerden häufiger Mädchen als Jungen betreffen und das Risiko mit steigendem Alter zunimmt.

1.4.2 Ergebnisse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen vor der Covid-19-Pandemie

In zahlreichen nationalen und internationalen Studien finden sich Daten zur subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen. Die HRQoL von Kindern und Jugendlichen hierzulande wird seit 2003 in regelmäßigen Intervallen mit der Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten (BELLA-Studie) untersucht. Die BELLA-Studie ist das Modul zur psychischen Gesundheit im Rahmen der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS). BELLA und KiGGS sind repräsentative Studien und generieren sowohl querschnittliche Daten zur körperlichen und seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen als auch Längsschnittdaten bis ins Erwachsenenalter. Für die BELLA-Studie wird eine zufällige Teilstichprobe aus der KiGGS-Stichprobe gebildet (Otto et al 2020). Die BELLA-Studie erhebt Daten zur psychischen Gesundheit, zur HRQoL und den damit verbundenen Risiken und Ressourcen (Otto et al 2021). Es werden Daten aus Selbstbefragungen von Kindern und Jugendlichen ab 11 Jahren gesammelt und bei den unter 14-jährigen durch Daten aus Elternbefragungen ergänzt. Die BELLA-Studie verwendet überwiegend standardisierte, validierte Instrumente (Otto et al. 2020). Um die subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität möglichst differenziert erfassen zu können, kommen mehrere Instrumente zur Anwendung. So wurden unter anderem der KIDSCREEN-27, der KIDSCREEN-10-Index (vgl. Kapitel 2.2.1 und 2.3.1) sowie das Kids-CAT-Tool eingesetzt (Otto et al. 2020).

In der letzten BELLA-Erhebung (BELLA-Welle 4, 2014-2017) schätzten 68% der Kinder und Jugendlichen ihre HRQoL als normal ein. 17% der Kinder und Jugendlichen gaben eine hohe HRQoL an und 15% empfanden ihre HRQoL als gemindert (Kaman et al. 2021). In nationalen und internationalen Studien wird

übereinstimmend beschrieben, dass die HRQoL bei jüngeren Kindern höher ist als bei Jugendlichen (Otto et al. 2020; Otto et al. 2017; Freire et al. 2016; Meade et al 2016). Der Rückgang der HRQoL ist bei Mädchen mit steigendem Alter ausgeprägter als bei Jungen (Otto et al. 2020). Insgesamt geben Jungen eine höhere HRQoL an als Mädchen (Otto et al. 2020; Otto et al 2017; Meade et al 2016; Ravens-Sieberer et al. 2007). Eltern schätzen die HRQoL ihrer Kinder höher ein als die Kinder und Jugendlichen selbst (Maede et al. 2016; Freire et al. 2016). Darüber hinaus korrelieren ein gutes Selbstwertgefühl und soziale Unterstützung positiv mit allen Bereichen der HRQoL (Otto et al. 2017). Ein höherer sozialer Status korrelierte ebenfalls positiv mit der subjektiven Lebensqualitätseinschätzung (Otto et al 2017; Ellert et al 2014). Psychische Auffälligkeiten und ein spezieller Versorgungsbedarf waren mit niedrigeren HRQoL-Werten assoziiert (Otto et al 2017; Ellert et al. 2014). Otto et al (2020) konnten im Laufe der Zeit tendenziell einen leichten Anstieg der selbstberichteten HRQoL bei Kindern und Jugendlichen nachweisen.

1.5 Fragestellungen und Hypothesen

In Anbetracht der dargestellten Veränderungen der Lebensumstände durch die Covid-19-Pandemie und bezugnehmend auf die Forschungsergebnisse vor Pandemiebeginn, wurden folgenden Fragestellungen und Hypothesen bezogen auf die Lebenssituation und das Befinden Hamburger Kinder und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie entwickelt.

1. Berichten Eltern und Jugendliche selbst von einer Zunahme psychosomatischer Beschwerden unter Pandemie-Maßnahmen?
Hypothese: Eltern und Jugendliche berichten über eine Zunahme psychosomatischer Beschwerden während der Covid-19-Pandemie.
2. Wie beeinflussen Alter und Geschlecht das Auftreten von psychosomatischen Beschwerden während der Covid-19-Pandemie?
Hypothese: Psychosomatische Beschwerden treten bei Mädchen und mit zunehmendem Jugendalter häufiger auf.
3. Wie beeinflusst der elterliche Bildungsstand das Auftreten psychosomatischer Beschwerden während der Covid-19-Pandemie?
Hypothese: Psychosomatische Beschwerden unter Pandemie-Maßnahmen treten bei Kindern und Jugendlichen aus sozial

schwächeren Familien häufiger auf als bei Kindern und Jugendlichen aus bildungsnahen Familien.

4. Wie wirken sich psychosomatische Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität aus? Hypothese: Bei Kindern und Jugendlichen, die während der Covid-19-Pandemie unter psychosomatischen Beschwerden leiden, ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität vermindert.
5. Berichten Kinderärztinnen und Kinderärzte von einer Zunahme psychosomatischer Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen unter Pandemie-Maßnahmen? Hypothese: Kinderärztinnen und Kinderärzte berichten über einer Zunahme psychosomatischer Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen.

1.6 Ziele der Arbeit

Zur Beantwortung der Forschungsfragen werden in der vorliegenden Dissertation methodisch zwei Ansätze verfolgt. Eine quantitative Analyse untersucht die Situation aus der Perspektive der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Eltern. Diese Ergebnisse werden durch eine qualitative Untersuchung aus der Perspektive von Kinderärztinnen und Kinderärzten ergänzt. Es werden das Auftreten von psychosomatischen Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen sowie ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität untersucht. Des Weiteren soll ausgehend von der pädiatrischen Praxis ein Ausblick auf mögliche Hilfsangebote für betroffene Kinder und Jugendliche gegeben werden.

2 Methode quantitative Erhebung

2.1 COPSY-Studie Hamburg

Der Begriff „COPSY“ entstand aus der Verbindung der zwei Begriffe **Co**-rona und **Psy**-che. Die COPSYP-Studie-Hamburg ist eine nur auf das Bundesland Hamburg bezogene Substudie der bundesweiten COPSYP-Studie. Die erste Erhebung der bundesweiten Befragung wurde vom 26. Mai bis zum 10. Juni 2020 durchgeführt. Die Hamburger Datenerhebung erfolgte im Anschluss vom 12. Juni bis zum 31. Juli 2020. Ziel war es zu erfahren, wie es den Kindern und Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren in Hamburg nach Beginn der Covid-19-Pandemie erging und welche Auswirkungen diese erste Pandemiewelle auf die Lebensqualität und psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen gezeigt hat. Die Befragung erfolgte online und die Angaben der Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern wurden in getrennten Fragebögen erhoben. Im Folgenden wird die Befragung der Kinder und Jugendlichen als Selbstbefragung bezeichnet. Zur Datenerhebung fanden überwiegend international etablierte und validierte Instrumente Anwendung. Diese ermöglichten die vergleichende Betrachtung zu Studienergebnisse vor Ausbruch der Covid-19-Pandemie. Es wurden soziodemografische Daten zu Alter, Geschlecht, Bildungsabschluss/Schulform, Familienstand, Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder, Betreuungssituation, Arbeitssituation, Wohnverhältnisse, Staatsangehörigkeit und Familiensprache erhoben. Die Datenerhebung zu folgenden Lebensbereichen erfolgte mithilfe etablierter und validierter Fragebögen. Die Lebenszufriedenheit wurde mit der Cantril Ladder gemessen (Cantril Ladder; Cantril 1965) und zur Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde der KIDSCREEN-10 Index angewendet (KIDSCREEN-10 Index; Ravens-Sieberer/The European KIDSCREEN Group 2006). Allgemeine psychische Auffälligkeiten wurden mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman 1997) erfasst. Angaben zu depressiven Symptomen wurden über die Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC; Barkmann et al 2008) und den Patient Health Questionnaire (PHQ) erhoben. Es kamen zwei unterschiedliche Skalen zur Anwendung. In der Selbstbefragung wurde eine kürzere Version, der PHQ-2 (Löwe et al. 2005), und in der Elternbefragung der PHQ-8 (Kroenke et al. 2008) angewendet. Das Auftreten psychosomatischer Beschwerden wurde mithilfe der HBSC Symptom Checklist (Haugland et al.

2001) erfragt. Angstsymptome wurden anhand der Subskala für Generalisierte Angststörungen des Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders erfasst (SCARED, Birmaher et al. 1999) und der familiäre Zusammenhalt konnte mittels der Familienklimaskala von Schneewind eingeschätzt werden (Schneewind et al. 1985). Das Belastungserleben durch die Covid-19-Pandemie wurde anhand neu entwickelter Fragen erhoben. Als Aspekte des Gesundheitsverhaltens wurden Fragen zum Medienkonsum, Schulbelastung, Ernährung und Bewegung gestellt.

In der vorliegenden Arbeit werden zur Beantwortung der Forschungsfragen die über den KIDSCREEN-10 Index erhobenen Daten zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und die über die HBSC Symptom Checklist erfassten Angaben zur subjektiven Beschwerdelast ausgewertet und im Zusammenhang mit den soziodemografischen Angaben zu Alter, Geschlecht und Bildungsstand untersucht.

2.2 Variablen und Instrumente

2.2.1 Subjektive Beschwerdelast

Zur Untersuchung der subjektiven Beschwerdelast (vgl. Kapitel 1.3.2 und 1.4.1) wurde die HBSC Symptom Checklist verwendet. Sie wurde als nichtklinisches Messinstrument für somatische und psychische Beschwerden im Rahmen der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-Studie entwickelt und findet darin seit 1993 Anwendung. Ihre Validität wurde in nationalen und internationalen Studien belegt (Haugland et al. 2001, Ravens-Sieberer et al. 2008). Die HBSC-Symptom Checklist ist somit ein international etabliertes Messinstrument für die subjektive Beschwerdelast von Kindern und Jugendlichen und findet auch außerhalb der HBSC-Studie in Untersuchungen zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen regelmäßig Anwendung. Die HBSC-Symptom Checklist umfasst insgesamt acht Fragen zu zwei Dimensionen (somatisch und psychisch) subjektiver Beschwerdelast. Vier Fragen beziehen sich auf somatische Beschwerden. Es wird das Auftreten von Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen sowie Benommenheit/Schwindel erfragt. Alle Fragen folgen dem gleichen Aufbau. „*Wie oft hattest Du in den letzten 6 Monaten [in der letzten Woche] Bauchschmerzen?*“. Vier Fragen nehmen Bezug auf psychische und emotionale Symptome. Es werden Angaben zu

Niedergeschlagenheit (*fühle mich niedergeschlagen*), Nervosität (*fühle mich nervös*), Gereiztheit (*bin gereizt oder schlecht gelaunt*) und Einschlafstörungen (*kann schlecht einschlafen*) erhoben. Beantwortet werden alle Fragen auf einer fünfstufigen Antwortskala. Die Antwortmöglichkeiten in der COPSY-Studie unterschieden sich von denen der HBSC-Studie dadurch, dass sie sich zeitlich auf die vergangene Woche und nicht auf die vergangenen sechs Monate bezogen. Diese Anpassung musste vorgenommen werden, um den aktuellen Bezug zur Covid-19-Pandemie erfassen zu können, deren Beginn zum Befragungszeitpunkt weniger als sechs Monate zurücklag. Die Befragten gaben in der COPSY-Studie an, ob sie *täglich, 5 bis 6 Mal, 3 bis 4 Mal, 1 bis 2 Mal* oder *gar nicht* in der letzten Woche unter den aufgeführten Beschwerden litten. In der vorliegenden Arbeit werden die acht Symptome gesundheitlicher Beschwerden der HBSC-Checklist beziehend auf die beiden Dimensionen „somatisch“ und „psychisch“ unter dem Begriff „psychosomatische Beschwerden“ zusammengefasst (vgl. Kapitel 1.3.2).

2.2.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Als Messinstrument für die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL) wurde der KIDSCREEN-10 Index verwendet. Der KIDSCREEN-10 Index wurde aus dem KIDSCREEN-27 Fragebogen entwickelt und misst als kürzeste Version der KIDSCREEN-Fragebögen in nur einer Skala die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität (Ravens-Sieberer et al. 2006). Er eignet sich besonders als kurzes, psychometrisch robustes Screeningverfahren für epidemiologische Studien und Gesundheitsberichte (Ravens-Sieberer 2008). In zahlreichen nationalen und internationalen statistischen Analysen konnte die Validität bestätigt werden, so dass mit dem KIDSCREEN-10 Index ein international etabliertes und validiertes Globalmaß für die HRQoL zur Verfügung steht (Kraus et al. 2021; Erhart et al. 2009). Der Fragebogen umfasst 10 Fragen zu fünf Dimensionen der HRQoL (vgl. Kapitel 1.3.2). Die erste Dimension bezieht sich auf das körperliche Wohlbefinden. Die zweite Dimension beschreibt das psychische Wohlbefinden. Die dritte Dimension erfasst die Qualität der Beziehung zu den Eltern und die Selbstbestimmung des Kindes. Mit der vierten Dimension werden die soziale Unterstützung und die Qualität der Beziehungen zu Gleichaltrigen beschrieben. Das schulische Umfeld wird in der fünften Dimension mit einbezogen. Als Bezugszeitraum wird die vergangene Woche

angewendet („Wenn Du an letzte Woche denkst...“). Die ersten beiden Fragen beziehen sich auf das körperliche Wohlbefinden („Hast du dich fit und wohl gefühlt?“/ „Bist du voller Energie gewesen?“), es folgen zwei Fragen zum emotionalen Befinden („Hast du dich traurig/einsam gefühlt?“), daran schließen sich zwei Fragen zur Selbstbestimmung an („Hast du genug Zeit für dich selbst gehabt?“/ „Konntest du in deiner Freizeit die Dinge machen, die du tun wolltest?“). Fragen sieben und acht beziehen sich auf das soziale Miteinander mit Eltern und Freunden („Haben deine Mutter/dein Vater dich gerecht behandelt?“/ „Hast du Spaß mit deinen Freunden gehabt?“). In den Fragen neun und zehn geht es um die Schule („Bist du in der Schule gut zurechtgekommen?“/ „Konntest du gut aufpassen?“) Zu jeder Frage gibt es eine fünfstufige Antwortskala, die je nach gestellter Frage Häufigkeiten oder Intensitäten abbildet. Die Befragten wählen ihre Antwort zwischen „nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“ oder „immer“ sowie „überhaupt nicht“, „ein wenig“, „mittelmäßig“, „ziemlich“ oder „sehr“ aus. Der KIDSCREEN-10 Index wurde in der Selbstberichtversion für die Befragung der Kinder und Jugendlichen und in der Fremdbberichtversion für die Elternbefragung angewendet.

2.2.3 Alter des Kindes/der/des Jugendlichen

Die Angabe des Alters des befragten Kindes erfolgte über ein Pull-Down-Menü sowohl im Selbstbefragungsbogen als auch im Elternfragebogen. Zur Auswertung wurden die Altersgruppen 11 bis 13 Jahre und 14 bis 17 Jahre gebildet. Diese Einteilung orientiert sich an der Auswertung der zum Vergleich der Ergebnisse herangezogenen HBSC-Studie und BELLA-Studie.

2.2.4 Geschlecht des Kindes/ der/des Jugendlichen

Die Angabe zum Geschlecht des Kindes erfolgte sowohl im Selbstbefragungsbogen als auch im Elternfragebogen über ein Pull-Down-Menü mit den Auswahlmöglichkeiten „männlich“, „weiblich“ oder „divers“.

2.2.5 Bildungsstand der Eltern

Zur Einschätzung des familiären Bildungsstandes wurden von beiden Elternteilen der höchste Schulabschluss und der höchste Berufsabschluss erfragt. Sechs Antwortmöglichkeiten bezogen sich auf den Schulabschluss (Abitur oder anderer Abschluss mit Hochschulzugangsberechtigung, Mittlere Reife oder Mittlerer Schulabschluss, Haupt- oder Volksschule, Abschluss nach höchstens sieben

Jahren Schulbesuch, noch kein Abschluss, anderer Schulabschluss). Der Berufsabschluss wurde mit acht Antwortmöglichkeiten beschrieben (Universität oder Hochschule, Fachhochschule, Fachschule, Berufsfachschule oder Handelsschule, Lehre, keinen Berufsabschluss und nicht in Ausbildung, keinen Berufsabschluss und in Ausbildung, anderer Ausbildungsabschluss). Zur Auswertung und damit Einschätzung des Bildungsstandes der Familie wurde der aktuellen Literatur folgend der mütterliche berufliche Bildungsabschluss herangezogen. Dieses Verfahren ist sinnvoll, da belegt ist, dass der Berufsabschluss entscheidender für den sozialen Status der Familie ist als der Schulabschluss und der mütterliche Bildungsabschluss einen größeren Stellenwert für das psychosoziale Wohlergehen der Kinder hat als der väterliche Bildungsabschluss (Fertmann et al. 2021).

2.3 Stichprobe und Datenerhebung

In Zusammenarbeit mit der Hamburger Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration wurde aus dem zentralen Melderegister der Stadt Hamburg eine Zufallsstichprobe von $n = 7500$ Kindern und Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren gezogen. Die Familien wurden auf dem Postweg kontaktiert und über den Grund und den Ablauf der Studie informiert. Die Postsendung enthielt Informationsmaterial über die Studie, einen Zugangslink zur Online-Befragung und die Einverständniserklärungen. Es wurde das schriftliche Einverständnis für die Studienteilnahme sowohl von den Erziehungsberechtigten als auch den Kindern und Jugendlichen eingeholt (active consent). Die Angaben der Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern sind getrennt erhoben worden. Für die Kinder und Jugendlichen wurde ein Selbstbefragungsbogen bereitgestellt, die Eltern erhielten einen Elternfragebogen. Die Online-Befragung erfolgte im Zeitraum vom 12. Juni bis zum 31. Juli 2020. Mit dem Erreichen der angestrebten Teilnehmerzahl von $n = 1000$ ist sie beendet worden. Insgesamt nahmen $n = 1484$ Kinder und Jugendliche und $n = 1195$ Eltern an der Befragung teil. Für $n = 1037$ Teilnehmende lagen der Selbstbefragungsbogen und der Elternbefragungsbogen sowie die Einverständniserklärungen vollständig vor. Von den $n = 1037$ Kindern und Jugendlichen waren 46% zwischen 11 und 13 Jahren und 54% zwischen 14 und 17 Jahren alt, im Mittel also 13,77 Jahre. Es nahmen 52% Jungen und 48% Mädchen an der Befragung teil. Fünf Kinder und Jugendliche gaben an, sich

divers zu fühlen. Aufgrund der geringen Stichprobengröße (n=5) war für diese Gruppe keine valide weiterführende statistische Berechnung möglich, so dass die Angabe des Geschlechts im zentralen Melderegister der Stadt Hamburg für die weiteren Berechnungen verwendet wurden. Einen Migrationshintergrund hatten 33% der Kinder und Jugendlichen. Die teilnehmenden Eltern waren überwiegend die leiblichen Mütter (70%), im Mittel 47,52 Jahre alt, verheiratet (72%) und berufstätig (86%) mit mittlerem (38%) und hohem (55%) beruflichen Bildungsabschluss.

Es erfolgte die Gewichtung der Daten hinsichtlich des mütterlichen beruflichen Bildungsabschlusses bezogen auf bevölkerungsspezifische Daten der Stadt Hamburg aus dem Statistischen Jahrbuch 2019/2020 (Kaman et al. 2021).

Tab. 1-3 Beschreibung der COPSY- Hamburg- Kinderstichprobe

Alter des Kindes	n (%)	M (SD)
		13,77 (1,971)
11 bis 13 Jahre	477 (46 %)	
14 bis 17 Jahre	559 (54 %)	

Tab. 1 Altersverteilung der befragten Kinder im Überblick

Geschlecht des Kindes	n (%)
Weiblich	497 (47,9)
Männlich	540 (52,1)

Tab. 2 Geschlechtsverteilung der befragten Kinder im Überblick (Angaben Melderegister)

Migrationshintergrund des Kindes	n (%)
Nein	699 (67,4)
Ja	338 (32,6)

Tab. 3 Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund im Überblick

Tab. 4- 10 Beschreibung der COPSY- Hamburg- Elternstichprobe

Befragter Elternteil	n (%)
Leibliche Mutter	729 (70,3)
Leiblicher Vater	302 (29,1)
Stiefmutter/-vater	3 (0,3)
Keine Angabe	3 (0,3)

Tab. 4 Verwandtschaftsverhältnis des befragten Elternteils zum Kind im Überblick

Alter des Elternteils	n (%)	M (SD)
		47,52 (6,110)

25 bis 34 Jahre	26 (2,5)	
35 bis 44 Jahre	278 (26,8)	
45 bis 55 Jahre	603 (58,2)	
56 Jahre und älter	110 (10,6)	
Keine Angabe	19 (1,9)	

Tab. 5 Alter des befragten Elternteils im Überblick

Geschlecht des Elternteils	n (%)
Weiblich	711 (68,5)
Männlich	303 (29,2)
Keine Angabe	23 (2,2)

Tab. 6 Geschlecht des befragten Elternteils im Überblick

Mütterliche berufliche Bildung	n (%)
Niedrig	175 (16,9)
Mittel	475 (45,9)
Hoch	322 (31,1)
Keine Angabe	63 (6,1)

Tab. 7 beruflicher Bildungsabschluss der Mutter im Überblick (gewichtete Daten)

Familienstand der Eltern	n (%)
Ledig	79 (7,6)
Verheiratet	743 (71,7)
In fester Beziehung/eingetragener Partnerschaft	85 (8,2)
Geschieden/verwitwet	114 (11,0)
Keine Angabe	16 (1,6)

Tab. 8 Familienstand des befragten Elternteils im Überblick

Alleinerziehender Elternteil	n (%)
Ja	219 (21,2)
Nein	801 (77,3)
Keine Angabe	16 (1,6)

Tab. 9 Anteil der alleinerziehenden Mütter und Väter im Überblick

Berufstätigkeit der Eltern	n (%)
Angestellt in Vollzeit	353 (34,1)
Angestellt in Teilzeit	381 (36,7)
Selbstständig	118 (11,4)
Anderes Beschäftigungsverhältnis	34 (3,3)
Hausfrau/Hausmann	33 (3,2)
In Rente/Pension	9 (0,8)
In Elternzeit	20 (1,9)
Nicht berufstätig	72 (6,9)
Keine Angabe	17 (1,6)

Tab. 10 Angaben zur Berufstätigkeit des befragten Elternteils im Überblick

2.4. Ethik

Die ethische und fachrechtliche Beratung der COPSY-Studie erfolgte durch die Lokale Psychologische Ethikkommission (LPEK) am Zentrum für Psychosoziale

Medizin des UKE (LPEK-0151). Die Datenschutzrichtlinien wurden eingehalten und durch den Datenschutzbeauftragten des UKE geprüft. Nach Erhalt des positiven Ethikvotums im Mai 2020 wurde mit der Datenerhebung begonnen.

2.5. Auswertung der quantitativen Erhebung

Die Datenerhebung erfolgte getrennt nach Selbst- und Elternbefragung mittels der Software LimeSurvey®. Die Daten wurden anschließend mit IBM® SPSS® Statistics (Versionen 26.0.0.0 und 28.0.0.0) ausgewertet. Es wurden zunächst deskriptive statistische Analysen der Gesamtgruppe und nachfolgend der Subgruppen nach Alter, Geschlecht und Bildungsstand durchgeführt. Prozentzahlen wurden ganzzahlig gerundet und relative Häufigkeiten mit Konfidenzintervallen (95 %) berechnet. Für bivariate Analysen kamen Chi²-Tests (Pearson-Chi²-Test, Spearman-Test, Mc Nemar-Test) zur Anwendung. Das Signifikanzniveau wurde für alle Analysen auf $p < 0,05$ festgelegt. Zusammenhänge und Effektstärken wurden mit dem Kontingenzkoeffizienten Phi (ϕ) und dem Korrelationskoeffizienten (r) nach Pearson berechnet. Werte für ϕ oder $r = 0,1$ wurden als „geringe“, ϕ oder $r = 0,3$ als „moderate“ und ϕ oder $r = 0,5$ als „hohe“ Effektstärke interpretiert.

Um die subjektive Beschwerdelast abzubilden, ist aus den acht Variablen der HBSC-Checklist und deren Häufigkeiten eine dichotome Gesamtvariable gebildet worden. Diese zeigt an, ob bei einem Kind oder Jugendlichen wiederholt (mindestens dreimal wöchentlich) psychosomatische Beschwerden auftraten oder gar nicht bzw. selten (höchstens zweimal in der Woche) entsprechende Beschwerden vorlagen (1= mindestens dreimal/Woche, 0= höchstens zweimal/Woche). Für diese Gesamtvariable wurden Korrelationen zu den Variablen Alter, Geschlecht und mütterlicher beruflicher Bildungsstand berechnet. Die Vergleichsdaten zu der Zeit vor Beginn der Covid-19-Pandemie wurden aus dem aktuellsten Datensatz der HBSC-Studie unter Berücksichtigung der alters- und geschlechtsspezifischen Verteilung berechnet (Kaman et al. 2021).

Zur Auswertung des KIDSCREEN-10 Index wurde ein Summenwert berechnet, welcher durch Normierung an Referenzdaten in einen T-Wert umgerechnet worden ist. Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD) wurden berechnet. T-Werte, die mehr als eine SD unter dem Mittelwert lagen, wurden der Gruppe mit

niedriger Lebensqualität zugeordnet. T-Werte, die mehr als eine SD über dem Mittelwert lagen, wurden der Gruppe mit hoher Lebensqualität zugeordnet. Aus der Stichprobe der BELLA-Welle 4 (2017) wurde eine alters- und geschlechtsspezifische Vergleichsstichprobe gebildet, die zum Vergleich der HRQoL vor Beginn der Covid-19-Pandemie herangezogen werden konnte (Kaman et al. 2021).

Die Einteilung des mütterlichen beruflichen Bildungsstandes erfolgte in Anlehnung an die Comparative Analyses of Social Mobility in Industrial Nation (Casmin)-Klassifikation (Lechert et al. 2006, König et al. 1988) in drei Gruppen mit niedriger, mittlerer und hoher beruflicher Bildung. Mütter ohne schulischen Abschluss oder mit einem niedrigeren Schulabschluss als Realschule/Mittelschule wurden der Gruppe mit niedriger beruflicher Bildung zugeordnet. Mütter, die mindestens einen mittleren Schulabschluss (nach 10 Jahren) erreicht haben und anschließend einen beruflichen Ausbildungsweg gewählt haben, wurden in der Gruppe mit mittlerer beruflicher Bildung zusammengefasst. Die Gruppe mit hoher beruflicher Bildung umfasst Mütter, die einen Abschluss einer Fachhochschule/Ingenieursschule oder einen Universitäts- bzw. Hochschulabschluss erworben haben.

3 Ergebnisse des quantitativen Teils

3.1 Psychosomatische Beschwerden: Selbstbefragung und Elternbefragung

In der Selbstbefragung gaben 61% (58%; 64%) der Kinder und Jugendlichen an, wiederholt (mindestens dreimal wöchentlich) unter psychosomatischen Beschwerden gelitten zu haben. Bei deutlich weniger Kindern und Jugendlichen 39% (36%; 42%) zeigten sich gar keine oder selten (höchstens zweimal wöchentlich) entsprechende Beschwerden. In der Elternbefragung berichteten die Eltern signifikant seltener ($p < 0,01$; $\varphi = 0,335$) von psychosomatischen Beschwerden bei ihren Kindern als die Kinder in der Selbstbefragung. Ein größerer Anteil der Eltern von 61% (58 %; 63 %) gaben an, dass ihre Kinder gar nicht oder kaum von psychosomatischen Beschwerden betroffen waren. 39% (37%; 42%) der Eltern beobachteten bei ihren Kindern wiederholte psychosomatische Beschwerden. Dieser Unterschied in Selbst- und Elternbefragung war sowohl bei den Kindern zwischen 11 und 13 Jahren ($p < 0,01$; $\varphi = 0,422$) als auch bei den Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren ($p < 0,01$; $\varphi = 0,253$) signifikant nachweisbar. Aufgrund des signifikanten Unterschieds in der Einschätzung von Kindern und Eltern wurden als Grundlage für die weiteren statistischen Berechnungen zum Auftreten von psychosomatischen Beschwerden die Ergebnisse der Selbstbefragung herangezogen.

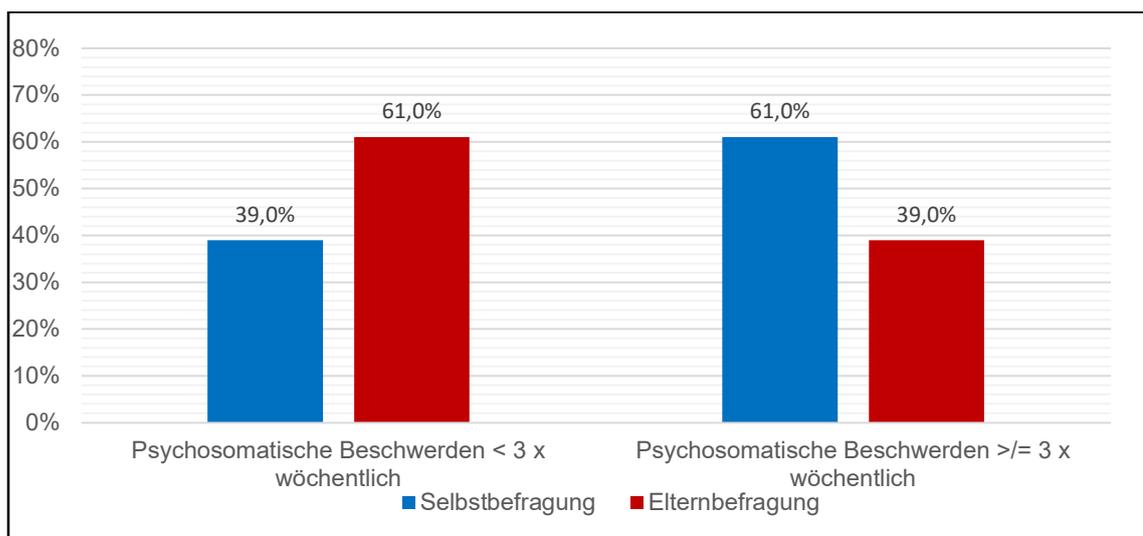


Abb. 1 Psychosomatische Beschwerden von Hamburger Kindern und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie im Vergleich zwischen Selbst- u. Elternbefragung.

(Angegeben sind die Prozentanteile der Kinder und Jugendlichen mit entsprechenden Beschwerden weniger als dreimal pro Woche und mindestens dreimal pro Woche.)

3.2 Psychosomatische Beschwerden: Symptomatik und Auftreten vor und während der Covid-19-Pandemie

Bezogen auf die somatische Dimension traten Kopfschmerzen am häufigsten auf. So waren 52 % (49%; 55%) der Kinder und Jugendlichen mindestens einmal wöchentlich davon betroffen. Es folgen Rückenschmerzen mit 43% (40 %; 46 %) und Bauchschmerzen mit 42% (39%; 45%). Benommenheit oder Schwindel gaben 32% (29 %; 35 %) der Kinder und Jugendlichen an. Bei den psychischen Beschwerden ist am häufigsten Gereiztheit genannt worden. Es beschrieben 74% (71 %; 77 %) der Kinder und Jugendlichen mindestens einmal wöchentlich gereizt gewesen zu sein. Es folgten in abnehmender Häufigkeit Einschlafprobleme mit 63% (60%; 66 %), Niedergeschlagenheit mit 47 % (44 %; 50 %) und Nervosität mit 28 % (25 %; 31 %). Im Vergleich zu bundesweiten Daten der HBSC-Studie vor Ausbruch der Pandemie ergab sich eine signifikante Zunahme für alle erfragten Symptome: Kopfschmerzen ($p < 0,001$; $\varphi = 0,20$), Bauchschmerzen ($p < 0,001$; $\varphi = 0,18$), Rückenschmerzen ($p < 0,001$; $\varphi = 0,15$), Niedergeschlagenheit ($p < 0,001$; $\varphi = 0,21$), Gereiztheit ($p < 0,001$; $\varphi = 0,27$), Nervosität ($p < 0,001$; $\varphi = 0,04$), Einschlafprobleme ($p < 0,001$; $\varphi = 0,19$). Für die Symptomatik Benommenheit/Schwindel lagen hier keine Daten aus der HBSC-Studie vor, so dass eine vergleichende Betrachtung zu der Zeit vor Pandemiebeginn nicht möglich war.

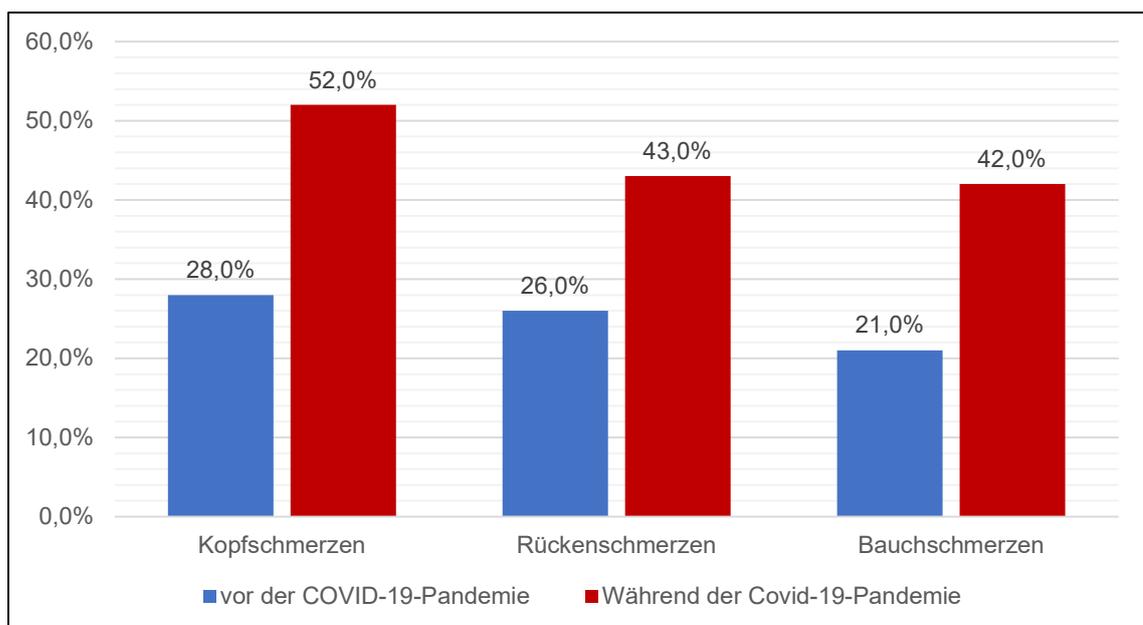


Abb. 2 Somatische Beschwerden von Kindern vor und während der Covid-19-Pandemie

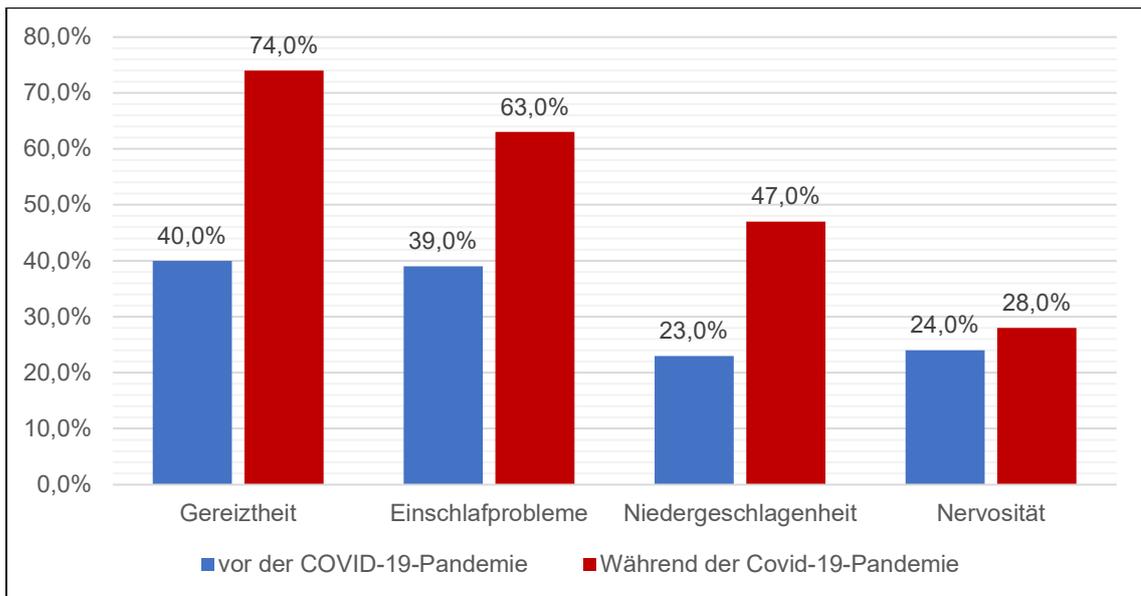


Abb. 3 Psychische Beschwerden von Kindern vor und während der Covid-19-Pandemie

3.3 Psychosomatische Beschwerden und Alter

An der Befragung nahmen $n = 477$ Kinder zwischen 11 und 13 Jahren und $n = 552$ zwischen 14 und 17 Jahren teil. Die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen beider Altersgruppen berichtete von wiederholten psychosomatischen Beschwerden. 51,5% (47 %; 56 %) der Kinder zwischen 11 und 13 Jahren gaben an, mindestens dreimal wöchentlich unter psychosomatischen Beschwerden zu leiden. 49,5% (45%; 54%) der Kinder dieser Gruppe hatten keine oder selten psychosomatische Beschwerden. In der Gruppe der 14-bis 17-Jährigen traten bei 70 % (66 %; 74 %) mindestens dreimal wöchentlich psychosomatische Beschwerden auf und ein geringerer Anteil von 30 % (26 %; 34 %) hatte keine oder nur selten psychosomatische Beschwerden. So konnte gezeigt werden, dass psychosomatische Beschwerden bei Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren signifikant häufiger auftreten als in der Altersgruppe der jüngeren Kinder und Jugendlichen zwischen 11 und 13 Jahren ($\chi^2(1) 39,683$; $p < 0,001$; $\phi = 0,196$).

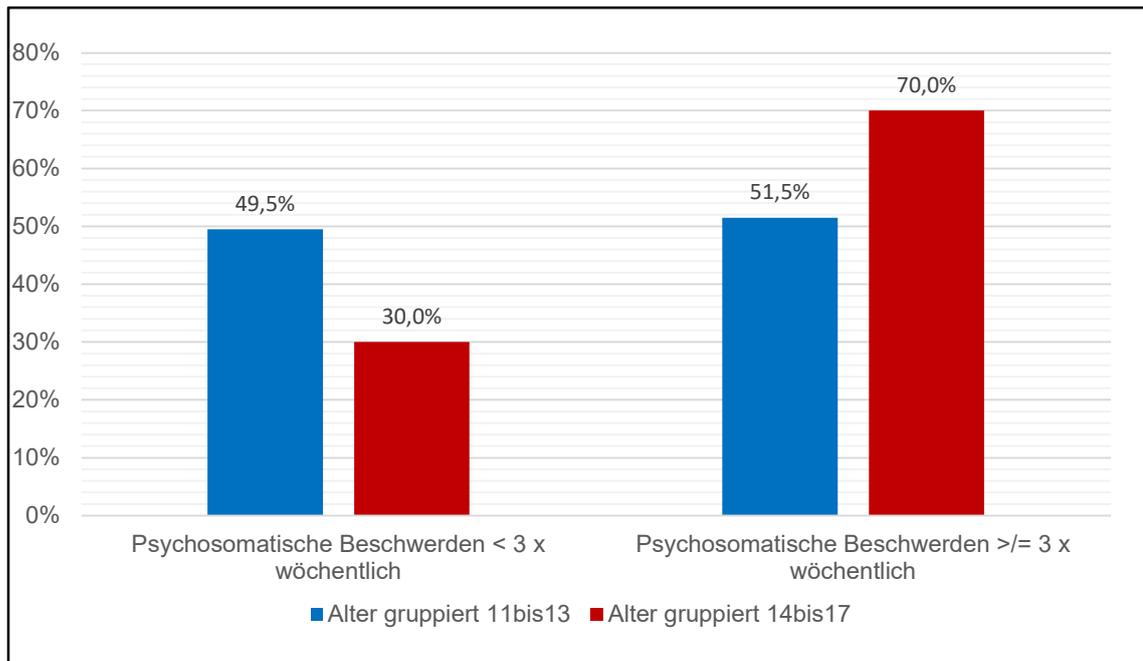


Abb. 4 Psychosomatische Beschwerden von Hamburger Kindern und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie gruppiert nach dem Alter. (Angegeben sind die Prozentanteile der Kinder und Jugendlichen mit entsprechenden Beschwerden weniger als dreimal pro Woche und mindestens dreimal pro Woche).

3.4 Psychosomatische Beschwerden und Geschlecht

69% (65%; 73%) der Mädchen (n= 497) berichteten wiederholt unter psychosomatischen Beschwerden gelitten zu haben. In der Gruppe der Jungen (n= 540) war dieser Anteil geringer. Wiederholte psychosomatische Beschwerden, wurden von 54 % (50 %; 58 %) der Jungen angegeben. 31 % (27 %; 35 %) der Mädchen und 46 % (42 %; 56 %) der Jungen hatten keine oder nur selten entsprechende Beschwerden, so dass nachgewiesen werden konnte, dass psychosomatische Beschwerden bei den Mädchen signifikant häufiger auftreten als bei den Jungen ($X^2(1) 24,239; p < 0,001; \phi = 0,15$).

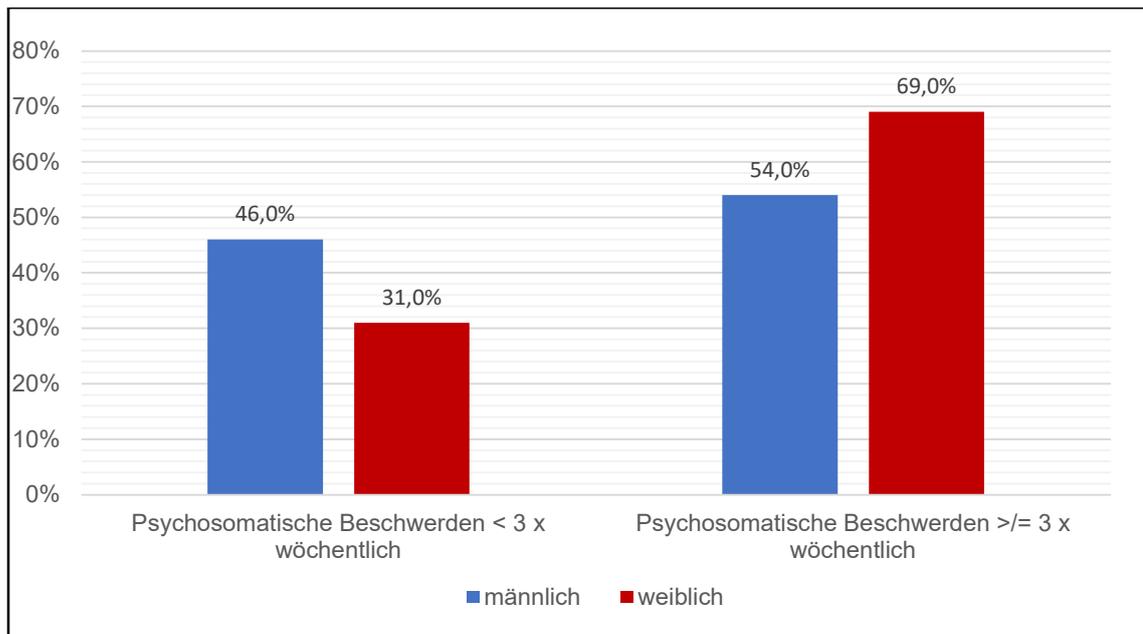


Abb. 5 Psychosomatische Beschwerden von Hamburger Kindern und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie unterschieden nach Geschlecht. (Angegeben sind die Prozentanteile der Kinder und Jugendlichen mit entsprechenden Beschwerden weniger als dreimal pro Woche und mindestens dreimal pro Woche.)

3.5 Psychosomatische Beschwerden und mütterlicher Bildungsstand

In der Gruppe der Mütter mit niedrigem beruflichem Bildungsabschluss (n= 175) gaben 60 % (53 %; 67 %) der Kinder und Jugendlichen an, unter wiederholten psychosomatischen Beschwerden zu leiden. 59 % (55 %; 63 %) der Kinder von Müttern mit mittlerem beruflichem Bildungsabschluss (n= 475) und 62 % (57 %; 67 %) der Kinder von Müttern mit hohem beruflichem Bildungsabschluss (n= 322) waren von wiederholten psychosomatischen Beschwerden betroffen. Zwischen den drei mütterlichen Bildungskategorien und dem Auftreten wiederholter psychosomatischer Beschwerden ergab sich kein signifikanter Unterschied ($r(970) = 0,019$, $p = 0,522$).

3.6 Gesundheitsbezogene Lebensqualität- vor und während der Covid-19-Pandemie

64% (61%; 67%) der Kinder und Jugendlichen empfanden ihre Lebensqualität während der Covid-19-Pandemie als normal. In einer Vergleichsstichprobe aus bundesweiten Daten der BELLA-Studie (2017) vor Ausbruch der Covid-19-Pandemie waren es mit 68% (66%; 70%) etwas mehr der Kinder und Jugendlichen. Die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die ihre Lebensqualität als

gemindert ansahen, stieg von 15 % (13 %; 17 %) vor Ausbruch der Covid-19-Pandemie auf 26 % (23 %; 29 %) während der Covid-19-Pandemie an. Zudem sank der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die ihre Lebensqualität als hoch beurteilten, während der Covid-19-Pandemie auf 10% (8%; 12%) von zuvor 17% (15%; 19%). Auch wenn mehr Kinder und Jugendliche ihre Lebensqualität während der Covid-19-Pandemie als niedrig und weniger Kinder und Jugendliche diese als hoch einschätzten, sind die Veränderungen nicht signifikant zu den Ergebnissen vor Ausbruch der Covid-19-Pandemie.

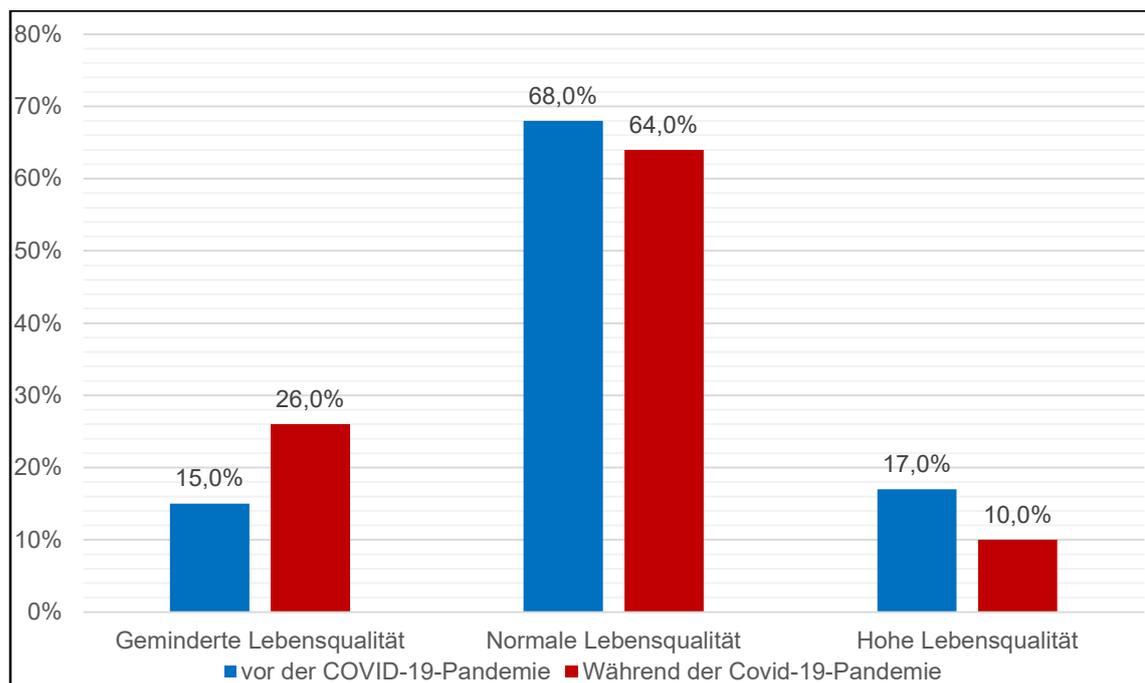


Abb. 6 Lebensqualität von Hamburger Kindern und Jugendlichen vor und während der Covid-19-Pandemie. (geminderte Lebensqualität mindestens eine Standardabweichung unter dem Populationsmittelwert, hohe Lebensqualität mindestens eine Standardabweichung über dem Populationsmittelwert)

3.7 Gesundheitsbezogenen Lebensqualität und psychosomatische Beschwerden

Bei den Kindern und Jugendlichen, die wiederholt psychosomatische Beschwerden angaben, war die subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität signifikant niedriger als bei den Kindern und Jugendlichen, die gar nicht oder selten unter psychosomatischen Beschwerden litten ($X^2(2) = 156,795$; $p < 0,001$; $\phi = 0,391$) mit einer mittleren Effektstärke nach Pearson ($|r| = 0,388$, $p < 0,001$). Von den Kindern und Jugendlichen, die ihre Lebensqualität als niedrig einschätzten ($n = 267$), gaben 91% (88%; 94%) an, mindestens dreimal

wöchentlich unter psychosomatischen Beschwerden zu leiden. Dahingehend waren es in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit hoher gesundheitsbezogener Lebensqualität (n= 100) nur 28% (19%; 37%) der Befragten, die über wiederholte psychosomatische Beschwerden berichteten. Der Summenwert psychosomatischer Beschwerden (je niedriger, umso häufiger traten Beschwerden auf) und der Summenindex für die gesundheitsbezogene Lebensqualität korrelieren linear negativ miteinander, es ergab sich eine hohe Effektstärke nach Pearson ($|r| = 0,599$, $p < 0,001$).

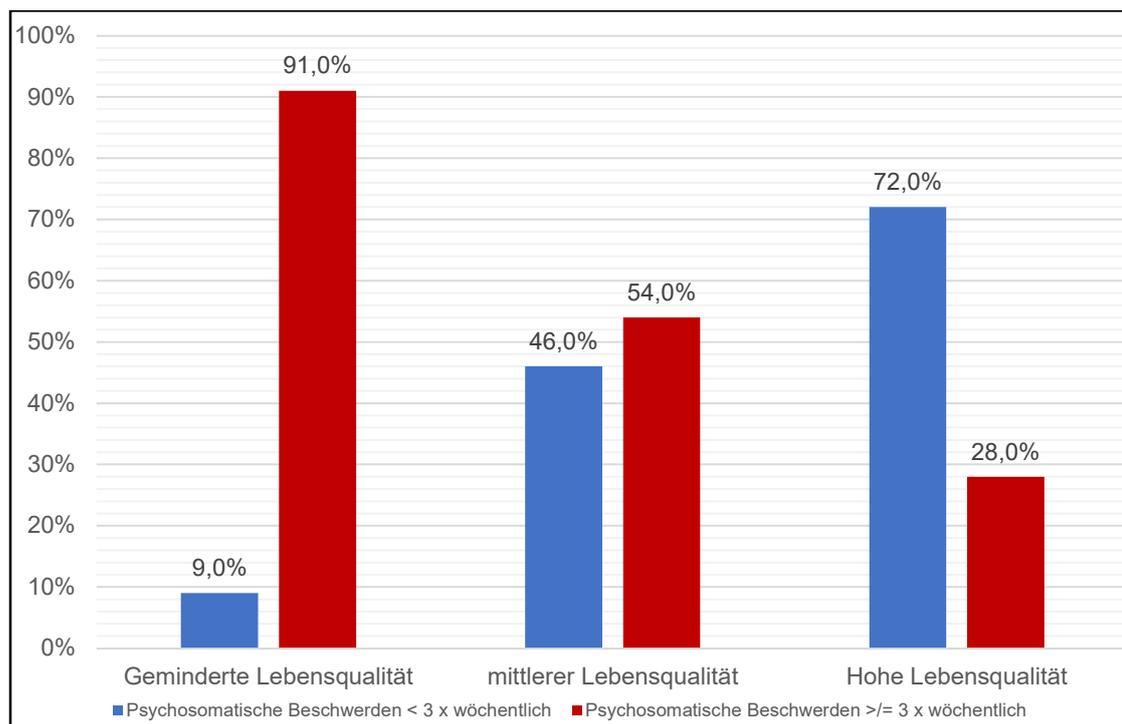


Abb. 7 Lebensqualität von Hamburger Kindern und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie mit mindestens dreimal psychosomatischen Beschwerden pro Woche und von Kindern und Jugendlichen mit weniger als dreimal entsprechenden Beschwerden pro Woche.

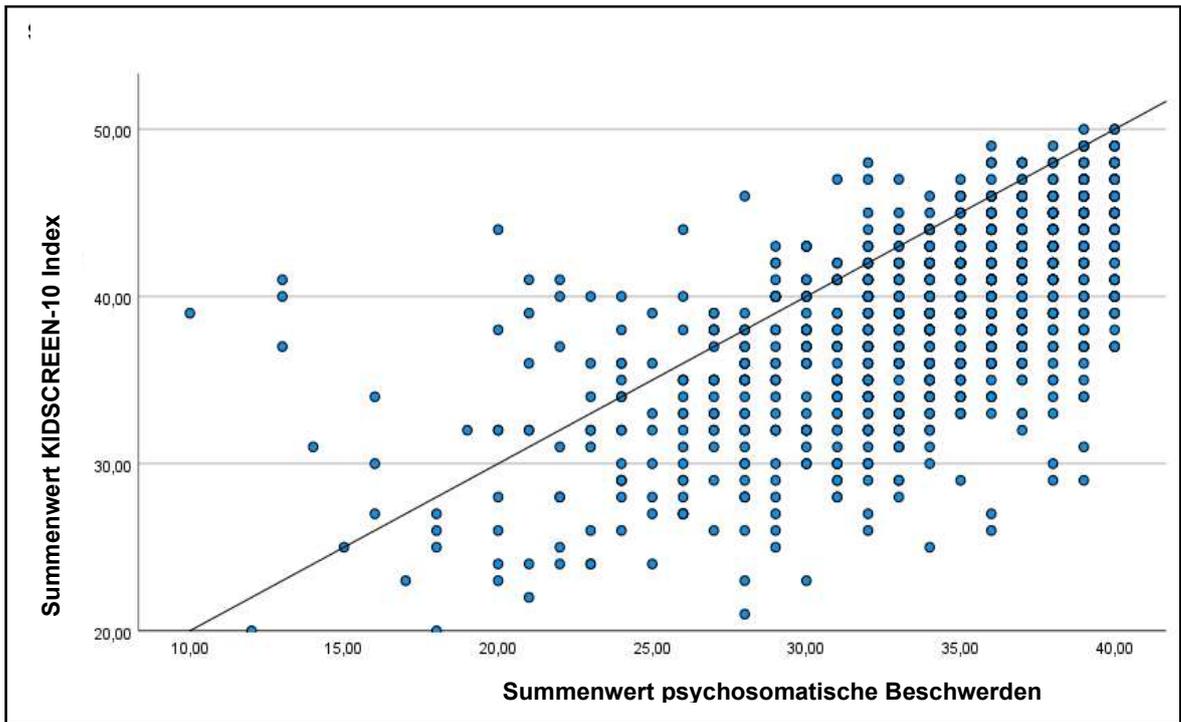


Abb. 8 Korrelation zwischen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und dem Vorliegen psychosomatischer Beschwerden bei Hamburger Kindern und Jugendlichen während der Covid-19 Pandemie. Angegeben werden Summenwerte. HBSC-Checklist 10 bis 40 (10= hohe Beschwerdelast; 40= keine Beschwerdelast); KIDSCREEN-10 10 bis 50 (10 niedrige Lebensqualität; 50 hohe Lebensqualität).

4 Diskussion und methodische Kritik der quantitativen Erhebung

4.1 Diskussion der Ergebnisse der quantitativen Erhebung

Hypothese: Eltern und Jugendliche berichten über eine Zunahme psychosomatischer Beschwerden während der Covid-19-Pandemie.

Kinder und Jugendliche in Hamburg leiden seit Beginn der Covid-19-Pandemie häufiger unter psychosomatischen Beschwerden als vor Pandemiebeginn. Im Vergleich zu bundesweiten Daten vor Ausbruch der Covid-19-Pandemie aus der HBSC-Studie 2017/18 kam es bei allen erfragten psychischen (Nervosität, Niedergeschlagenheit, Einschlafstörungen, Gereiztheit) und somatischen (Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen) Beschwerden zu einer signifikanten Zunahme während der ersten Welle der Covid-19-Pandemie. Die Inzidenzen für Bauchschmerzen und Niedergeschlagenheit haben sich annähernd verdoppelt und fast drei Viertel aller Kinder und Jugendlichen beschrieben ein Gefühl der Gereiztheit. In dieselbe Richtung weisen die Ergebnisse der bundesweiten, longitudinalen COPSY-Studie. Diese zeigt ebenfalls einen Anstieg aller genannten psychosomatischen Beschwerden im Vergleich zu Daten vor Pandemiebeginn. Für die Symptome Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Niedergeschlagenheit und Nervosität wurde eine weitere Zunahme im Verlauf des Pandemiegeschehens von der ersten Befragungswelle (Mai/Juni 2020) zu der zweiten Befragungswelle (Dezember 2020/Januar 2021) nachgewiesen (Ravens-Sieberer et al. 2021). In der dritten Befragungswelle (September/Oktober 2021) der bundesweiten COPSY-Studie stieg die Beschwerdelast für Kopfschmerzen und Bauchschmerzen nochmals an, während sie für die anderen Beschwerden auf unverändert hohem Niveau verblieb (Ravens-Sieberer et al. 2022). Im Vergleich der Hamburger Daten mit den bundesweiten Daten zur subjektiven Beschwerdelast fällt auf, dass Hamburger Kinder und Jugendliche während der Covid-19-Pandemie häufiger unter psychosomatischen Beschwerden leiden als der bundesweite Durchschnitt der Kinder und Jugendlichen. Auch in der dritten Befragungswelle bundesweit, wurden nicht die Hamburger Inzidenzen für psychosomatische Beschwerden erreicht. Um die Dynamik der Beschwerdezunahme während der Covid-19-Pandemie bei Hamburger Schülerinnen und Schülern besser beurteilen zu

können, wäre der Vergleich mit ebenfalls regionalen Daten vor Pandemiebeginn sinnvoll.

Unter wiederholten psychosomatischen Beschwerden (mindestens dreimal wöchentlich) litten in Hamburg über zwei Drittel der Mädchen und etwas mehr als die Hälfte der Jungen. Eine kontinuierliche Zunahme multipler (mindestens zweimal wöchentlich) auftretender psychosomatischer Beschwerden ist bereits in den Jahren vor Ausbruch der Covid-19-Pandemie in den Befragungswellen der longitudinalen HBSC-Studie beschrieben worden (Kaman et al. 2020). Es ist belegt, dass Kinder und Jugendliche, die wiederholt unter Schmerzsymptomen leiden, im Erwachsenenalter ein erhöhtes Risiko für chronische Schmerzen und Schmerzsyndrome aufweisen (Tutelman et al. 2021; Swain et al. 2014). Diese Beziehung verdeutlicht die Relevanz der Ergebnisse und zeigt eine negative Entwicklung, die sich während der Covid-19-Pandemie noch verstärkt hat und zukünftig weitreichende Folgen für die Gesundheit der betroffenen Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Versorgung durch das Gesundheitswesen haben könnte. Ziel sollte es daher sein, die psychische und körperliche Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wieder zu verbessern. Neben der Entwicklung von Präventionsangeboten, frühzeitigem Erkennen und gegebenenfalls dem Einleiten von Therapien, sollten die Ergebnisse auch bei der Entscheidungsfindung für gesellschaftspolitischen Maßnahmen im Infektionsschutz Beachtung finden.

Im Vergleich der Selbsteinschätzung mit der Einschätzung durch die Eltern fiel auf, dass die Kinder und Jugendlichen selbst signifikant häufiger gesundheitliche Beschwerden angaben als die Eltern für ihre Kinder. Dieser Unterschied in Selbsteinschätzung und elterlicher Einschätzung hinsichtlich der Beschwerdelast ist unabhängig vom Alter der hier befragten Kinder nachweisbar. In der Literatur finden sich vergleichbare Ergebnisse. So wiesen Hart et al. 2013 ebenfalls einen signifikanten Unterschied in der Einschätzung körperlicher Beschwerden zwischen der Selbsteinschätzung der Kinder und den entsprechenden elterlichen Angaben der Beschwerden nach. Sie warnten in diesem Zusammenhang davor, dass die unterschiedliche Wahrnehmung zwischen Kindern und Eltern sowohl den Stress für die Kinder verstärken würde als auch die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten verhindern oder verzögern könnte (Hart et al. 2013). Auch Otto

et al. 2020 stellten in der longitudinalen Auswertung der BELLA-Studie bereits dar, dass Jugendliche ihre Gesundheit weniger positiv einschätzten als ihre Eltern (Otto et al. 2021). Mögliche Erklärungsansätze können sein, dass Kinder bereits im Alter von 11 Jahren gesundheitliche Beschwerden zunächst für sich bewerten und bewusst entscheiden, ob und welche Beschwerden und Sorgen sie ihren Eltern offenbaren. Zudem verbringen Schulkinder einen Teil des Alltags selbständig und nicht mehr im Familienumfeld. Daher kann es vorkommen, dass Beschwerden, die nicht zum Abbruch dieser außerhäuslichen Tätigkeiten führen, von den Eltern nicht wahrgenommen werden oder auch bei den Kindern wieder in Vergessenheit geraten. Durch das pandemiebedingt veränderte Zusammenleben während der ersten Welle der Covid-19-Pandemie könnte dieser Unterschied zwischen elterlicher und kindlicher Wahrnehmung zusätzlich begünstigt worden sein. Durch familiäre Überforderungssituationen und die Zunahme an Konflikten, könnte es einerseits für die Eltern schwieriger geworden sein, das Befinden des Kindes ausreichend wahrzunehmen und andererseits ist es möglich, dass vertrauensvolle Gespräche durch innerfamiliäre Konflikte erschwert wurden. In jedem Fall zeigen diese Ergebnisse deutlich, dass zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Beschwerdelast im ärztlichen Kontakt, das Gespräch mit dem Kind oder Jugendlichen und dessen anamnestische Angaben im Fokus stehen sollten. Dies ist besonders in der Altersgruppe der 11-bis 13-Jährigen zu beachten. In diesem Alter erfolgen Arztvorstellungen häufig noch in enger elterlicher Begleitung und es obliegt der ärztlichen Gesprächsführung, das Kind in den Mittelpunkt des Anamnesegesprächs zu rücken.

Hypothese: Psychosomatische Beschwerden treten mit zunehmendem Jugendalter und bei Mädchen häufiger auf.

Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen, dass Mädchen auch während der Covid-19-Pandemie signifikant häufiger unter wiederholten psychosomatischen Beschwerden leiden als Jungen. Ebenso treten psychosomatische Beschwerden mit zunehmendem Jugendalter signifikant häufiger auf. Die altersabhängige Zunahme der psychosomatischen Beschwerdelast ist bei den Mädchen höher zu beobachten als bei den Jungen. Diese Ergebnisse bestätigen die in der Literatur bereits vielfach beschriebenen alters- und geschlechtsspezifischen Unterschiede

im Hinblick auf die Gesundheit und die Lebenszufriedenheit Heranwachsender. Sie finden sich sowohl in den nationalen und internationalen longitudinalen HBSC-Studien und der KIGGS-Studie vor Beginn der Covid-19-Pandemie (Kaman et al. 2020, Swain et al. 2014) als auch in aktuellen Studien, die während der Covid-19-Pandemie die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden untersuchten, wieder (Ravens-Sieberer et al. 2022; Schmidt et al. 2021; Tang et al. 2021; Naumann et al. 2021). Die Zunahme psychosomatischer Beschwerden im Jugendalter kann auf entwicklungsbedingte Faktoren zurückgeführt werden, die in dieser Altersgruppe mit einer erhöhten Vulnerabilität für psychische und physische Symptome und Störungen einhergehen (Stelzig et al. 2019). Der geschlechtsspezifische Unterschied wird im Zusammenhang mit unterschiedlichen Bewältigungs- und Problemlösungskonzepten und physiologischen Unterschieden in der Pubertätsentwicklung gesehen. Mädchen suchen häufiger soziale Unterstützung zur Stressbewältigung und Problemlösung als Jungen, die als Coping-Strategie ablenkendes Verhalten vorziehen (Stelzig et al. 2019). Die Einschränkungen der sozialen Kontakte im Rahmen der Pandemieeindämmung könnten daher für Mädchen mit größeren Belastungen und stärkeren Auswirkungen hinsichtlich der Stressbewältigung verbunden sein als für Jungen. In diese Richtung weisen auch die Ergebnisse von Magson et al. (2021), die innerhalb des ersten Jahres der Pandemie zwei Untersuchungen zur psychischen Gesundheit und Lebenszufriedenheit bei Kindern und Jugendlichen durchführten. Im Pandemieverlauf verminderte sich die Lebenszufriedenheit bei Mädchen stärker als bei Jungen, auch die Zunahme von Depressionen und Ängsten war ausgeprägter. Dahingegen war keine Verstärkung des altersspezifischen Effekts bezogen auf Lebenszufriedenheit, Depressionen und Ängste nachweisbar (Magson et al. 2021). Die bundesweite longitudinale COPSY-Studie gelangt nach der dritten Befragungswelle zu anderen Ergebnissen. Hier kommt es im Pandemieverlauf zu keiner Veränderung der geschlechtsspezifischen Unterschiede. Allerdings zeigt sich sowohl in der bundesweiten COPSY-Studie als auch in einer longitudinalen Studie in Großbritannien die Tendenz, dass für jüngeren Kindern während der Covid-19-Pandemie das Risiko für psychische Störungen stärker zugenommen hat als für Jugendliche (Ravens-Sieberer et al. 2022; Waite et al. 2021). Um zu klären, wie und ob sich alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede im Verlauf der

Covid-19-Pandemie verändert haben, sind weitere Längsschnittstudien notwendig. Zusammenfassend führen die beschriebenen Tendenzen nicht dazu, dass sich das Risikoprofil hinsichtlich Alter und Geschlecht geändert hat. So belegen auch die Studien während der Covid-19-Pandemie übereinstimmend eine erhöhte Vulnerabilität für psychische Störungen für Mädchen und Jugendliche besteht. Um zielgruppenspezifische Präventions- und Hilfsangebote zu entwickeln, ist das Wissen über die besonders gefährdeten Gruppen sowie pandemiebedingt verstärkende Effekte von großer Bedeutung.

Hypothese: Psychosomatische Beschwerden unter Pandemie-Maßnahmen treten bei Kindern und Jugendlichen aus sozial schwächeren Familien häufiger auf als bei Kindern und Jugendlichen aus bildungsnahen Familien.

Um diese Forschungsfrage zu beantworten, wurde das wiederholte Auftreten psychosomatischer Beschwerden im Zusammenhang mit dem mütterlichen beruflichen Bildungsabschluss untersucht. Trotz Gewichtung der hier untersuchten Stichprobe hinsichtlich der Bildungsstruktur der Hamburger Bevölkerung ist kein signifikanter Unterschied zwischen den Familien der drei Bildungskategorien und dem Auftreten psychosomatischer Beschwerden bei ihren Kindern darstellbar. In jeder der Bildungskategorien waren annähernd zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen von wiederholten psychosomatischen Beschwerden betroffen. Die Ergebnisse anderer nationaler und internationaler Studien belegen, dass Familien mit geringem SES und niedrigem Bildungsstand während der Covid-19-Pandemie größeren Belastungen ausgesetzt sind und das Risiko für psychosomatische Beschwerden (Ravens-Sieberer et al. 2022) und psychische Störungen (Russell et al. 2020; Ravens-Sieberer et al. 2021) für Kinder und Jugendlichen aus diesen Familien erhöht ist. Es ist zu vermuten, dass die Stichprobe trotz der Gewichtung hinsichtlich des mütterlichen Bildungsstandes nicht ausreichend repräsentativ ist, um Unterschiede zwischen den Bildungskategorien abzubilden. Zudem könnten Unterschiede zwischen ressourcenstarken Familien und Familien mit weniger Ressourcen im Pandemieverlauf mit Andauern der Belastungen deutlicher werden, was longitudinale Studien aufweisen können. Das gilt ebenso für den Befragungszeitpunkt. So könnten das Abklingen der ersten Infektionswelle und

die unmittelbar bevorstehenden Sommerferien in allen Familien zu Entspannung beigetragen haben.

Hypothese: Bei Kindern und Jugendlichen, die während der Covid-19-Pandemie unter psychosomatischen Beschwerden leiden, ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität vermindert.

Die Ergebnisse bestätigen, dass Kinder, die von einer geringeren Lebensqualität berichten, häufiger unter wiederholten psychosomatischen Beschwerden leiden als Kinder, die ihre Lebensqualität als normal oder als hoch einschätzen. Es zeigt sich, dass die subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität und das Auftreten psychosomatischer Beschwerden linear negativ miteinander korrelieren. Das heißt, je höher die psychosomatische Beschwerdelast ist, umso niedriger ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität der befragten Kinder und Jugendlichen. In diese Richtung weisen auch die Ergebnisse der HBSC-Studie, die eine entsprechende Beziehung zwischen Lebenszufriedenheit und psychosomatischer Beschwerdelast darstellen (Kaman et al. 2020). Es wird deutlich, dass die psychosomatische Beschwerdelast nicht nur ein relevanter Indikator für das kindliche Wohlbefinden ist, sie kann auch negative Folgen für die Gesundheitseinschätzung haben sowie Ursache körperlicher sowie psychischer Erkrankungen im Erwachsenenalter sein (Kaman et al. 2020; Bisegger et al. 2004). Folglich sollte im ärztlichen Kontakt der Stellenwert psychosomatischer Beschwerden nicht unterschätzt, sondern auf eine sorgfältige, fachärztliche Einschätzung bestanden werden. So lassen sich bei Bedarf frühzeitig Behandlungsansätze finden und therapeutische Schritte einleiten. Das verbessert die gesundheitsbezogene Lebensqualität und Lebenszufriedenheit der betroffenen Patienten, und zwar nicht nur zum Vorstellungszeitpunkt, sondern auch im Erwachsenenalter (z.B. bei der Reduktion von Co-Morbiditäten).

In der Hamburger Stichprobe geben die Kinder und Jugendlichen insgesamt eine bessere Lebensqualität an als die Kinder und Jugendlichen im bundesweiten Durchschnitt. So schätzen 64% der befragten Hamburger Kinder im Frühsommer 2020 ihre Lebensqualität als normal ein, womit sich zwar eine abnehmende Tendenz zeigt, sich jedoch kein signifikanter Unterschied zu den bundesweiten Daten aus der Zeit vor Pandemiebeginn ergibt. Dagegen fällt auf, dass in der

bundesweiten COPSY-Studie die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen im Vergleich zu den Vorjahren deutlicher abgenommen hat (Ravens-Sieberer et al. 2021). Während in Hamburg 26% der Schülerinnen und Schüler ihre Lebensqualität als niedrig beurteilten, waren es bundesweit 40% der befragten Kinder (Ravens-Sieberer et al. 2021). Diese Entwicklung nahm im Pandemieverlauf zur Befragung in der zweiten Infektionswelle noch weiter zu, sank jedoch in der dritten Befragungswelle wieder leicht unter den Wert der ersten Befragung (Ravens-Sieberer et al. 2022). Der Unterschied in der Lebensqualitätseinschätzung zwischen den bundesweiten Ergebnissen und den Hamburger Ergebnissen ist besonders dahingehend interessant, weil Hamburger Kinder im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt häufiger unter psychosomatischen Beschwerden leiden. Das ist auch ein Beispiel dafür, dass die Lebensqualität als multimodales Konzept (vgl. Kapitel 1.3.3) vielen weiteren Einflüssen unterliegt und so die Möglichkeit besteht, dass sich positive und negative Faktoren untereinander ausgleichen (Freire et al. 2018). Um Veränderungen der Lebensqualität während der Covid-19-Pandemie für Hamburger Kinder umfassender beurteilen zu können, wären der Vergleich der Daten mit einer Hamburger Stichprobe vor Pandemiebeginn und Folgebefragungen hilfreich.

In der Zusammenfassung machen die Ergebnisse der Hamburger Befragung sichtbar, dass die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen in Hamburg zu Beginn der Covid-19-Pandemie insgesamt positiver einzuschätzen ist als die bundesweite COPSY-Studie und einige internationale Studien vermuten lassen. Deutlich wird aber auch, dass sich die erhöhte psychosomatische Beschwerdelast auf das Wohlbefinden, die körperliche und seelische Gesundheit und die Lebensqualität der Befragten in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter auswirken wird. Diese Beziehung unterstreicht die Relevanz der Ergebnisse, ihre in die Zukunft reichenden Folgen für die betroffenen Kinder und Jugendlichen sowie auch für ihre ärztliche Versorgung. Es muss darum gehen die negativen Entwicklungen aufzuhalten.

4.2 Methodische Kritik der quantitativen Erhebung

Mit der Hamburger Befragung als Substudie der deutschlandweiten COPSYS-Studie steht eine umfassende und breite Datengrundlage über die Lebenssituation und das Wohlbefinden von Hamburger Kindern und ihrer Familien zu Beginn der Covid-19-Pandemie zur Verfügung. Ihre große Stärke liegt darin, dass die Daten mit international validierten Instrumenten erhoben worden sind, wodurch eine hohe Zuverlässigkeit der Ergebnisse erzielt wird und vergleichende Betrachtungen zu Studien vor und im Verlauf der Covid-19-Pandemie ermöglicht werden. Es kann als Einschränkung der Hamburger COPSYS-Studie angesehen werden, dass der Befragungszeitpunkt am Ende der ersten Infektionswelle in einer verhältnismäßig entspannten Phase des Pandemieverlaufs stattfand. Der weitere Verlauf und die zwei kommenden Jahre anhaltender und teilweise noch verschärfter Einschränkungen des sozialen Lebens waren im Mai/Juni 2020 noch nicht absehbar. Im Verlauf der Folgemonate könnten manche Belastungen und Beschwerden zugenommen oder neu aufgetreten sein. Ebenso ist es denkbar, dass einige Familien Coping-Strategien entwickelt haben, die zu Entlastung führten.

Durch die bundesweite longitudinale COPSYS-Studie gibt es inzwischen eine gute Datengrundlage, die das Befinden der Kinder und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie erfasst. Da jedoch der Verlauf der Infektionswellen und die gesellschaftspolitischen Maßnahmen ihrer Eindämmung regional unterschiedlich sind, kann es bei den Lebensumständen und dem Befinden Hamburger Kinder und ihrer Familien während der Covid-19-Pandemie im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt zu Abweichungen kommen.

Einschränkend muss erwähnt werden, dass an der Hamburger Befragung nur wenige Familien mit niedrigem Bildungsstand teilnahmen. Durch die Anwendung eines Gewichtungsfaktors für den mütterlichen beruflichen Bildungsabschluss konnten die Daten für die Auswertung der Bevölkerungsstruktur Hamburgs angeglichen werden. Es ist jedoch nicht ausgeschlossen, dass die Ergebnisse in Bezug auf den familiären Bildungsstand dadurch beeinflusst wurden.

Wenn die Ergebnisse der COPSYS-Hamburg-Studie in Beziehung zu Daten vor Beginn der Covid-19-Pandemie gesetzt werden, ist kritisch anzumerken, dass es sich bei den Vergleichsdaten ebenfalls um Ergebnisse aus bundesweiten

Erhebungen handelt. Durch eine auf die Hamburger Bevölkerung bezogene Datengrundlage könnten sich bei vergleichenden Betrachtungen weitere Informationen ergeben.

5 Methode qualitative Erhebung

5.1 Qualitative Experteninterviews

In der vorliegenden Arbeit wurden ergänzend zu den Ergebnissen der COPSY-Studie Hamburg im Nachgang Experteninterviews mit Hamburger Kinderärztinnen und Kinderärzten geführt. Experteninterviews sind komplementär zu anderen Verfahren gut geeignet, um unterschiedliche Perspektiven auf den untersuchten Gegenstand darzustellen (Flick 2019, S. 218). Kinderärztinnen und Kinderärzte sind in der Regel erste, niederschwellige Ansprechpartner für Kinder, Jugendliche und ihre Familien, wenn körperliche Beschwerden oder auch psychische Belastungssituationen auftreten. Bezogen auf die Forschungsfragen ist ihr Wissen daher gut geeignet, um die quantitativen Ergebnisse der Online-Befragungen von Kindern und Eltern zu ergänzen. Das Wissen und die Einschätzungen von Experten können die Handlungsbedingungen anderer Akteure entscheidend beeinflussen (Bogner et al 2014, S.13). Expertenwissen wird als in besonderem Ausmaß praxiswirksam und handlungsorientierend angesehen. Die Praxiswirksamkeit ist von Bedeutung, wenn es darum geht Handlungsempfehlungen und Hilfsangebote für Kinder und Jugendliche, die unter den Pandemiebedingungen leiden, zu beurteilen und gegebenenfalls anzupassen und zu verbessern.

5.2 Interviewleitfaden zur qualitativen Studie

Für die Experteninterviews wurde im Vorfeld ein Interviewleitfaden entwickelt. Dieser wurde in Anlehnung an die Forschungsfragen in drei Themenblöcke gegliedert. Der erste Abschnitt bezog sich auf die Situation der pädiatrischen Patientinnen und Patienten während der Covid-19-Pandemie und umfasste Fragen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen. In diesen Fragen wurden die unterschiedlichen Dimensionen des multimodalen Konstrukts der HRQoL aufgegriffen (vgl. Kapitel 1.3.2). Der zweite Themenblock bezog sich auf psychosomatische Beschwerden bei pädiatrischen Patientinnen und Patienten, wobei sowohl die Zeit vor als auch während der Covid-19-Pandemie betrachtet wurde. Der dritte Abschnitt nahm Bezug auf bestehende Hilfsangebote und gab die Möglichkeit für Anregungen und Ideen zur Verbesserung von Hilfskonzepten. Abschließend wurden die Befragten motiviert Ergänzungen und Anmerkungen zum Thema zu machen.

Der Vorteil der leitfadenbasierten Interviewmethode liegt darin, dass der konsequente Einsatz des Leitfadens die Vergleichbarkeit der Daten erhöht und dass durch die Fragen Struktur gewonnen wird (Flick 2019, S.224). Die hier angewendete Form des systematisierenden Experteninterviews ist gut geeignet, um Kontextinformationen zu Erkenntnissen aus anderen Methoden zu gewinnen (zitiert nach Bogner und Menz 2002, S. 36-38, Flick 2019, S. 216). Die Interviewerin nimmt als Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin in der vorliegenden Arbeit die Rolle der „Co-Expertin“ ein, wodurch sich überwiegend eine horizontale Kommunikationssituation, vergleichbar mit einem Fachgespräch, ergibt. „Die Vorteile dieser Interaktionsform liegen im hohen fachlichen Niveau des Gesprächs, das viel relevantes Fachwissen und interessante Informationen enthält. Insofern ist es für explorative oder systematisierende Experteninterviews besonders geeignet“ (Bogner et al. 2014, S.52). Die Auswertung von Experteninterviews richtet sich vor allem auf Analyse und Vergleich der Inhalte des Expertenwissens, wobei häufig spezifische Formen der Kodierung angewendet werden (Flick 2019, S.219).

5.3 Stichprobe und Datenerhebung qualitativer Teil

Im qualitativen Teil erfolgten sieben Interviews mit niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzten in Hamburg. Es wurden gezielt Kinderärztinnen und Kinderärzte aus verschiedenen Stadtteilen Hamburgs mit unterschiedlicher Bevölkerungsstruktur ausgewählt. Zur Einschätzung der Sozialstruktur der Stadtteile wurde der Gesamtindex des Hamburger Sozialmonitorings herangezogen (Sozialmonitoring Bericht: Gesamtindex 2021, Statistikamt Nord, IfBQ Hamburg). Um Aussagen zu Veränderungen im Vergleich zu der Zeit vor dem Auftreten der Covid-19-Pandemie treffen zu können, wurden nur Kinderärztinnen und Kinderärzte ausgewählt, die zum Zeitpunkt des Interviews bereits mindestens fünf Jahre kinderärztlich im niedergelassenen Bereich in Hamburg tätig waren. Die Interviews fanden in dem Zeitraum vom 7.April bis 19.Mai 2021 statt. Es nahmen drei Kinderärztinnen und vier Kinderärzte teil. Alle Befragten wurden einleitend über Anlass und Hintergrund der Studie und deren Betrachtung im Zusammenhang mit der Hamburger COPSY-Studie informiert. Es wurden vornehmlich offene Fragen gestellt. Die Interviews erfolgten telefonisch und wurden als Audiodateien aufgezeichnet. Die

Gespräche hatten eine Dauer zwischen 14 und 29 Minuten, durchschnittlich 21 Minuten.

Synonym	Berufsbezeichnung	Praxistätigkeit seit	Stadtteil Hamburg	Sozialmonitoring Gesamtindex 2021
K1	Kinderarzt	5 Jahre	Harburg	mittel/niedrig
K2	Kinderarzt	16 Jahre	Barmbek	mittel
K3	Kinderärztin	6 Jahre	Barmbek	mittel
K4	Kinderärztin	10 Jahre	Lurup	niedrig/sehr niedrig
K5	Kinderarzt	8 Jahre	Barmbek	mittel
K6	Kinderärztin	6 Jahre	Wellingsbüttel	hoch
K7	Kinderarzt	8 Jahre	Jenfeld	sehr niedrig

Tab. 11 Interviewteilnehmer/-innen und Stadtteile im Überblick

5.4 Auswertung der Experteninterviews

Die Auswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse in Anlehnung an Flick (2019) und Mayring (2015). Nach Transkription der aufgezeichneten Gespräche wurden die Texte zunächst paraphrasiert und reduziert. Sich inhaltlich entsprechende Aussagen wurden zusammengefasst. Es wurde folgende übergeordnete Fragestellung zur Auswertung formuliert.

Welche Erfahrungen haben Kinderärztinnen und Kinderärzte in Hamburg während der Covid-19 Pandemie in Bezug auf die Lebensqualität und das Auftreten psychosomatischer Beschwerden bei ihren Patientinnen und Patienten gemacht und wie bewerten sie die zur Verfügung stehenden Hilfsangebote?

Um diese Frage zu beantworten, wurden fünf Unterfragen entwickelt.

1. *Welche Veränderungen beobachten Kinderärztinnen und Kinderärzte bei ihren Patientinnen und Patienten unter Pandemiemaßnahmen?*
2. *Wie werden der Familienalltag und die sozialen Kontakte beeinflusst?*
3. *Welche Kinder und Jugendlichen sind besonders betroffen? Wo finden sich Ressourcen?*
4. *Fallen psychosomatische Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen unter Pandemiemaßnahmen im kinderärztlichen Praxisalltag vermehrt auf? Wenn ja, um welche Beschwerden handelt es sich?*

5. Wie bewerten Kinderärztinnen und Kinderärzte die zur Verfügung stehenden Hilfsangebote für von der Pandemiesituation belastete Kinder und Jugendliche?

Lebensqualität	Familienalltag	Ressourcen
		Belastungen
	Soziale Kontakte	Ressourcen
		Belastungen
	Körperliche Aspekte	
Emotionale Aspekte		
Subjektive Beschwerdelast	Funktionelle Beschwerden (Kopf-, Bauch-, Rückenschmerzen)	
	Schlafstörungen	
	Dysphorische Beschwerden (Gereiztheit, Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Nervosität, Benommenheit)	
Betroffene	Alter	
	Geschlecht	
	Sozialer Status	
Hilfsangebote	Praxisebene	
	Externe Angebote	Qualität
		Quantität

Tab. 12 Das Kategoriensystem im Überblick

Die sich daran anschließenden Analyseschritte wurden computergestützt mittels MAXQDA 2022 durchgeführt. Es wurde ein Kodierleitfaden entwickelt und die Interviews wurden nach einem Kategoriensystem analysiert. Die Kategorien wurden überwiegend deduktiv definiert und orientieren sich an den Auswertungsfragen und den in der quantitativen Studie erhobenen Variablen. Dieses Vorgehen verbessert die Vergleichbarkeit des quantitativen und qualitativen Teils für eine zusammenfassende Diskussion (vgl. Kapitel 7). Das Kategoriensystem gliedert sich in vier Hauptkategorien. Die erste Kategorie bezieht sich auf die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen. In Anlehnung an die Definition für gesundheitsbezogene Lebensqualität (vgl. Kapitel 1.3.3) wurde diese Kategorie unterteilt in die Dimensionen Familie, soziale Kontakte sowie körperliche und psychische Aspekte unterteilt. Die zweite Kategorie erfasst die Aussagen zur subjektiven Beschwerdelast. In Anlehnung an die HBSC-CL (Kapitel 2.2.1) wurden die Unterkategorien Funktionelle Beschwerden, Schlafstörungen und Stimmungsschwankungen gebildet. Die dritte Kategorie

enthält die Angaben zu den Betroffenen. Sie gliedert sich in die Unterkategorien Alter, Geschlecht und sozialer Status. Die vierte Kategorie erfasst die Aussagen zu Hilfsangeboten. Es werden Hilfsangebote auf Praxisebene und externe Hilfsangebote, sowie deren Qualität und Verfügbarkeit unterschieden.

6 Ergebnisse der qualitativen Erhebung

Die Darstellung der Ergebnisse orientiert sich an den Auswertungsfragen und an dem Kategoriensystem. Es wird die Sicht der einzelnen Kinderärztinnen und Kinderärzte dargestellt und ein zusammenfassender Überblick aus der kinderärztlichen Perspektive gegeben. Sich entsprechende Aussagen werden zusammengefasst und zur Verdeutlichung mit Zitaten aus den Interviews ergänzt.

Welche Veränderungen beobachten Kinderärztinnen und Kinderärzte bei ihren Patientinnen und Patienten unter Pandemiemaßnahmen?

Zur Beantwortung dieser Frage werden die Kategorien emotionale und körperliche Beschwerden der übergeordneten Kategorie Lebensqualität und die Kategorie Stimmungsschwankungen der übergeordneten Kategorie Subjektive Beschwerdelast herangezogen.

Die Veränderungen bei Kindern und Jugendlichen, die sich im Laufe der Covid-19 Pandemie zeigen, sind vielfältig und fallen auch im kinderärztlichen Alltag auf. Es kann sich um körperliche Beschwerden, emotionale und psychische Auffälligkeiten oder auch funktionelle Beschwerden handeln. Die Beschwerdelast kann sehr unterschiedlich sein, so dass die Veränderungen nicht unbedingt der Grund für den Besuch in der Kinderarztpraxis sind, sondern auch nebenbefundlich im Rahmen von regulären Vorsorgeuntersuchungen, Impfterminen oder anderen Akutterminen auffallen oder dabei von Eltern und Kindern zur Sprache gebracht werden. In den Interviews kommen daher nicht nur klinische Diagnosen zur Darstellung, sondern sie geben auch allgemeine Eindrücke aus dem kinderärztlichen Alltag wieder.

Psychische und emotionale Veränderungen

„Als es im Oktober wieder losging, merkte man relativ zügig, dass schnell eine Erschöpfung aufgetreten ist bei vielen Kindern“, beschrieb es ein Kinderarzt (K5, 21-22). Antriebslosigkeit, Schwäche und eine geringere Belastbarkeit wurden von Eltern und Kindern beschrieben. „Manche zeigten auch Müdigkeit oder Eltern sagten, das Kind sei auffällig blass“ (K5, 26-27). Patientinnen und Patienten wirkten häufiger bedrückt als vor Ausbruch der Pandemie. „Die Eltern

beschreiben, das Kind leidet unter der Situation. Das hat deutlich zugenommen“ (K3, 82-83).

Vier Kinderärzte berichteten von Niedergeschlagenheit oder trauriger Stimmung bei Kindern und Eltern. *„[...] ist mir aufgefallen, dass ich durchaus junge Kinder gesehen habe, das heißt im Kindergartenalter ab vier, wo es Probleme mit psychischen Auffälligkeiten gab. Kinder, die beispielsweise antriebslos waren oder traurig waren“ (K5, 16-19).* Niedergeschlagenheit und beginnende Resignation beobachtete auch eine Kinderärztin aus Wellingsbüttel im Kontakt mit Kindern und Eltern. *„Ja, so eine Niedergeschlagenheit, eine Bedrücktheit. Ich habe immer das Gefühl, Corona überschattet auch so viele andere Themen. Aber Coronamüdigkeit, Resignation, bei allen so“ (K6, 62-63).*

Vier Kinderärztinnen und Kinderärzte beobachteten eine Zunahme von Angstsymptomen bei ihren Patientinnen und Patienten. *„Die Kinder sind ängstlicher. Auch Kinder im Schulkinderbereich. Sie weinen zu Hause und wissen gar nicht richtig, was mit ihnen los ist“ (K4, 22-23).* Dazu traten auch konkrete Ängste in Bezug auf eine Covid-19-Erkrankung auf. *„Diese Corona-Angst, sozusagen, die spüre ich schon. [...] Da haben sich sicher Ängste festgesetzt. Da habe ich aber schon auch seit Anbeginn den Impuls, gegenzusteuern (K6, 50-53).“*

Ein Kinderarzt konnte diese Eindrücke zum Interviewzeitpunkt nicht bestätigen. *„Im Moment beobachten wir da noch nicht viel an psychischen Auffälligkeiten“ (K1, 56).* Er vermutete jedoch, dass sich für einige Kinder Belastungssituationen erst nach Rückkehr in die gewohnten Alltagsstrukturen vor Pandemiebeginn ergeben könnten. *„Ich glaube, das wird kommen, das wird vielleicht auch dann kommen, wenn die in ihren normalen Alltag zurückkommen. Wenn die merken, man ist doch einfach dicker geworden oder man kann plötzlich die Sprache nicht mehr sprechen, die man vorher vielleicht schon konnte“ (K1, 56-59).*

Fallen somatische Beschwerden und körperliche Veränderungen bei Kindern und Jugendlichen seit Beginn der Covid-19-Pandemie auf?

In den Interviews wurde ebenfalls von somatischen Beschwerden berichtet, die seit Ausbruch der Covid-19-Pandemie im kinderärztlichen Alltag vermehrt aufgefallen sind. *„Was wir häufiger haben, mehr so bei den etwas älteren*

Kindern, sind diese Tic-Konversionen, also Blinzeln oder Räuspern oder solche Geschichten. Das sehen wir relativ häufig“, berichtete ein Kinderarzt (K2, 54-56). Diese Beobachtung machte auch sein Kollege aus Jenfeld: *„Ticstörungen sehe ich jetzt vielleicht ein bisschen öfter mal“* (K7,87-88). Allen Kinderärztinnen und Kinderärzten unabhängig von dem Stadtteil und dessen Bevölkerungsstruktur bereiteten nicht altersgemäße Gewichtszunahmen bei Kindern und Jugendlichen Sorgen. *„Wir sprechen schon immer von Coronapfunden“*, beschrieb es eine Kinderärztin (K6, 29-30). Als Gründe dafür wurden von allen Kinderärztinnen und Kinderärzten weniger körperliche Aktivitäten und veränderte Ernährungsgewohnheiten vermutet. *„Was man fast bei allen Kindern beobachten kann, ist, dass das Gewicht zunimmt, weil sie sich anders ernähren, weniger bewegen“* (K3, 67-68). Diesen Zusammenhang stellte auch ein Kinderarzt aus Jenfeld dar: *„Einige Kinder haben ganz schön zugelegt, besonders im letzten Jahr. Die Bewegung fehlt, beziehungsweise das Rausgehen fehlt, die sind einfach viel zu Hause. Die haben den Medienkonsum deutlich hochgefahren“* (K7, 8-10). Die Lockdown- und Isolationsmaßnahmen begünstigen Bewegungsmangel und durch die Veränderungen der Tagesstruktur kann es zu Veränderungen der Ernährungsgewohnheiten und des Medienkonsums kommen. *„Medien und dazu ungesundes Essen in der Regel, Süßes oder Sonstiges. Man sieht, dass es sich im Gewicht widerspiegelt“* (K1, 18-20). Der Bewegungsmangel kann nicht nur Gewichtszunahmen begünstigen, sondern die Kinder- und Jugendlichen auch in ihrem Körpergefühl beeinträchtigen. *„Ich habe schon das Gefühl, dass auch noch Haltungsschwierigkeiten eine Rolle spielen. Die sind nicht fixiert, aber die sind schon etwas behäbiger. [...] Lege Dich gerade hin und dann liegt das Kind schief. Fehlender Sport, Gewichtszunahme und manchmal auch wirklich funktionell. Funktionelle Haltungsstörungen.“*, berichtete eine Kinderärztin (K6, 32-33; 37-39).

Fünf Kinderärztinnen und Kinderärzte beobachteten in diesem Zusammenhang eine Zunahme von motorischen Entwicklungsverzögerungen. *„Sicherlich auch motorische Defizite, weil viele Förderangebote oder Betätigungsangebote für die Kinder fehlen“* (K4, 45-46). Entwicklungsverzögerungen oder Entwicklungsstillstand auf unterschiedlichen Ebenen fallen mit Anhalten der Pandemie in der kinderärztlichen Praxis immer deutlicher auf. Eine Kinderärztin beschrieb es folgendermaßen: *„Da erlebe ich ganz viel Regressives [...] Die*

Kinder verharren in so einer Lauerposition im besten Fall“ (K6, 13-14). Vier Kinderärztinnen und Kinderärzte stellten häufiger Sprachentwicklungsverzögerungen bei ihren Patientinnen und Patienten fest. „Die andere Sache, die ich mit zunehmender Dauer der Pandemie beobachte, sind motorische Entwicklungsverzögerungen und Sprachentwicklungsverzögerungen“ (K2, 16-18). Als Risikofaktoren für eine Beeinträchtigung der Sprachentwicklung wurden die fehlende öffentliche Erziehung in Kindertageseinrichtungen und der Schule sowie ein familiärer Migrationshintergrund genannt. „Aber dadurch, dass wir die [Kinder] nicht in die Betreuung schicken können, sprechen die halt nicht mehr deutsch. Und das macht sich auch bei den Vorsorgeuntersuchungen bemerkbar. Man kann tatsächlich deutlich schlechter mit den Kindern kommunizieren“ (K4, 37-40).

Wie werden der Familienalltag und die sozialen Kontakte beeinflusst?

Bei dieser Frage werden zur Auswertung die Kategorien Familienalltag und soziale Kontakte mit den jeweiligen Unterkategorien Belastungen und Ressourcen untersucht. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die Ergebnisse in zwei Abschnitten dargestellt. Im ersten Auswertungsteil erfolgt die Darstellung der Ergebnisse bezogen auf den Familienalltag, der zweite Teil bezieht sich auf Beeinflussung der sozialen Kontakte.

Familienalltag

Die Familien verbringen aufgrund der Lockdown- und Isolationsmaßnahmen während der Covid-19-Pandemie mehr Zeit zu Hause. *„Als positiv könnte man durchaus natürlich sehen, dass die Familien mehr Zeit zusammen verbringen. Aber schwierig ist die Qualität“*, beschrieb es eine Kinderärztin (K4, 58-59). Wie die gemeinsame Zeit miteinander verbracht und gestaltet werden kann, ist von vielen familiären Gegebenheiten und äußeren Umständen abhängig. Zeit für Kinder, ihre adäquate Betreuung und Beschulung und dafür ihnen altersgerechte Angebote zu machen, sind wichtige Aspekte. Viele Familien sind *„[s]omit in dem Spannungsfeld [...], wie betreue ich meine Kindergartenkinder gut und komme meinen beruflichen Verpflichtungen nach. In diesem Spannungsfeld bewegen sich sehr, sehr viele Familien“* (K5, 39-41). Daraus ergibt sich oft zeitlich eine

Herausforderung. Eine „[t]ypische Belastungssituation in der Familie ist zu wenig Zeit für Kinder. Deswegen steigt sicherlich die Benutzung unterschiedlicher Medien.“ (K5, 55-56). Fehlt es den Eltern an Zeit ihre Kinder altersgerecht zu betreuen, kann sich daraus eine Mangelsituation für die Kinder ergeben. „Und wenn [die Eltern] dann noch nebenbei arbeiten müssen, fällt die Betreuung sozusagen weg. Dann sind die Kinder auf sich gestellt und Überraschung, was die dann machen, die machen natürlich den Fernseher an und essen Schokolade“ (K7, 31-33).

Sechs Kinderärztinnen und Kinderärzte wiesen in ihren Interviews darauf hin, dass die Wohnverhältnisse einen großen Unterschied machen, welche Möglichkeiten die Familie hat die gemeinsame Zeit zu gestalten. „Günstig ist, wenn man Platz zu Hause hat. Wir haben teilweise Familien, die haben eine Zwei- bis Dreizimmerwohnung mit fünf Kindern, das ist sicher ungünstig“, berichtete ein Kinderarzt aus Harburg (K1, 76-77). Eine Kinderärztin aus Wellingsbüttel benennt und beschreibt die Vorteile, die viele ihrer Patientinnen und Patienten haben, wenn ein hoher sozioökonomischer Status, viel Raum und ausreichend Zeit für die Kinder zusammenkommen. „Wellingsbüttel ist ja nun eher so ein relativ wohlverdienender Stadtteil und es hat ganz viele Eltern, die gute Ressourcen haben und die eben auch zu nutzen wissen, wenn dieser stressige Alltag mit Vereinswesen und so weiter wegfällt. Da kann sich auch vieles positiv darstellen. [...] Dann haben wir aber in Wellingsbüttel auch tatsächlich ganz viele Eltern, die finden das eigentlich ganz schön. Eltern, die es auch genießen, ihren Garten zu haben und mal Zeit mit den Kindern zu Hause zu haben“ (K6, 21-24; 17-19). Dahingegen machte eine Kinderärztin aus Lurup die Beobachtung, dass es vielen Familien schwerer fiel, sich in die neue Situation einzufinden. „Wir haben doch auch viele kinderreiche Familien, die auf kleinem Raum mehrere Kinder beschulen müssen und sich da auf der Pelle hocken. Also, ich glaube da ist schon die Alltagsbewältigung schwieriger. [...] Inzwischen finden bei den meisten Familien alle Mahlzeiten zu Hause statt und auch das ist sicherlich ein Punkt, wo es große Unterschiede gibt. Wie wird sich ernährt oder gibt es überhaupt Mahlzeiten zu Hause“ (K4, 73-75). Das Leben auf engem Raum erschwert es den Bedürfnissen der einzelnen Familienmitglieder zu entsprechen. Die Unterschiede zwischen Familien mit guten Ressourcen und Familien, die über weniger Ressourcen verfügen kamen in allen Interviews zur

Darstellung. *„Und was man als Schwierigkeit, sehen kann ist, dass manche Eltern, je nach Bildungsstand oder vielleicht auch guten Gewissens dann keinen anderen Ausweg sehen, als dass die Kinder dann doch stundenlang vor dem Fernseher sitzen, weil sie nicht vorlesen oder auch gar nicht die Zeit haben und arbeiten müssen. Und die Kinder viel Zeit eben unbeobachtet oder unbetreut verbringen und da auch wenig lernen und vielleicht auch wenig an der Schule teilnehmen können“* (K3, 58-63).

Auf das Problembewusstsein und die Bildung der Eltern wurde in allen Interviews hingewiesen. Ein Kinderarzt bezeichnete es als *„[den] alles entscheidenden Unterschied“* (K7, 69-70). Unter den pandemiebedingten Einschränkungen ist der Alltag *„[...] öde und langweilig geworden und [wird] deshalb aufgefüllt mit weniger anspruchsvollem und weniger sinnvollem Zeitvertreib“* (K7, 60-61). Im Vorteil sind deshalb *„[...] Kinder, die schlaue Eltern haben, die einen guten Blick für das Kind haben, die Angebote machen können, wo die alten Angebote weggebrochen sind, die werden sicherlich besser durch diese ganze Geschichte durchkommen“* fasste es ein Kinderarzt zusammen (K2, 39-41).

Alle Kinderärztinnen und Kinderärzte wiesen in ihren Interviews darauf hin, dass der Medienkonsum im Familienalltag deutlich zugenommen hat, aber das Wissen der Eltern um dessen Risiken große Unterschiede aufweist. *„Einige [Eltern] sind total unbedarft und lassen die Kinder einfach gewähren in ihrem Wunsch, das Handy in die Hand zu nehmen und noch den zehnten Cartoon zu gucken auf dem Tablet“* (K7, 21-23). Wohingegen *„[d]ie Eltern, die mehr Bildungshintergrund haben, [...] sich dieser Gefahr durchaus bewusst [sind]. Da sind dann auch wirklich einige dabei, die sich verausgaben und mit allen Kräften dagegenstellen und zunehmend selber an den Rand der Belastbarkeit gekommen sind“* (K7, 26-28).

In allen Interviews wurde auf die Bedeutung eines strukturierten Tagesablaufs hingewiesen. *„Ich glaube, was den Kindern letztendlich hilft ist, wenn sie Strukturen haben“* (K1, 69). Tagesstruktur zur Orientierung und Anleitung der Kinder und Jugendlichen sind von großer Bedeutung, denn *„[...] je mehr die Eltern in der Lage sind, die Kinder anzuleiten, umso besser bewältigen es die Kinder“* (K2, 37-38). Das kann eine Herausforderung sein, denn der Familienalltag muss unter Pandemiebedingungen neu organisiert werden *„und*

die Strategien, die sonst dazu beigetragen haben, dass alles funktioniert, die müssen jetzt verändert werden. [...] Es ist glaube ich schwierig jetzt in dieser Situation den Alltag zu meistern und man muss andere Strategien finden. Manchmal ist das auch, dass man keine Strategie hat und dass es auch viel Ärger oder Streit in der Familie gibt“ (K3, 40-41; 45-46). Eine Zunahme von intrafamiliären Konflikten sehen auch andere Kinderärztinnen und Kinderärzte. „Dann natürlich kommen viele Konflikte dazu zwischen Kindern und Eltern“ (K4, 23). Auch die Paarbeziehung kann beeinträchtigt werden. „Ich habe viel mehr Familien, mit denen ich über Trennung, wie man sich da zwischen den Eltern bewegt, [spreche]. Viel mehr Kinder, die das auch ansprechen vielleicht sogar. Also, das beobachte ich schon“ (K6, 167-169).

Die familiären Herausforderungen während der Covid-19-Pandemie werden mit der Dauer der Pandemie größer und belasten in unterschiedlichem Ausmaß die Mehrzahl der Kinder und Eltern, unabhängig von sozialem Status und verfügbaren Ressourcen. *„Ich muss sagen, dass insbesondere jetzt seit dem aktuellen Lockdown viel mehr als vor einem Jahr mir auffällt, dass die Belastung in den Familien generell sehr zunimmt.“* berichtete eine Kinderärztin im April 2021 (K4, 10-11). Gelingt jedoch das Zusammenspiel günstiger Faktoren und die Eltern haben Zeit für ihre Kinder, es steht ausreichend Wohnraum zur Verfügung, sie entwickeln ein Bewusstsein für die Bedürfnisse ihrer Kinder und machen adäquate Angebote, dann kann die Familie aus der Pandemiesituation auch gestärkt hervorgehen. *„Positiv ist bestimmt, dass man in einigen Familien beobachten kann, dass die Eltern es genießen, dass sie mehr Zeit mit ihren Kindern haben, weil sie zu Hause arbeiten und die Beziehung wieder enger wird“ (K3, 50-52).*

Soziale Kontakte

Als positiv beschrieben alle Befragten auch unter Pandemie-Bedingungen weiterbestehende kontrollierte soziale Kontakte. Den Kindern hilft es, *„wenn die Eltern sagen: Okay, du hast halt deine zwei Freunde, mit denen kannst du dich treffen. Dass man nicht komplett rausgenommen wird aus dem eigenen sozialen Netz“ (K1,70-72).* Auch wenn das soziale Leben durch die Pandemiemaßnahmen eingeschränkt wurde - *„Fußballverein ist nicht, Schulverein ist nicht, Schwimmbad ist nicht“ (K7,57-58)* – sollte es den Kindern und Jugendlichen

ermöglicht werden sich mit Gleichaltrigen zu treffen. Jüngere Kinder im Alter von vier oder fünf Jahren „[profitieren] davon [...] mit anderen Kindern zu spielen und zu lernen, [sie sind] in einer ganz vulnerablen Phase“ (K3, 85-87) beschreibt es eine Kinderärztin und beobachtet bereits Entwicklungsbeeinträchtigungen durch fehlende soziale Kontakte. Positiver formulierte es ihre Kollegin: „Kinder, die noch spielen und die einen Spielpartner haben, sei es das Geschwisterkind. Wenn die spielen und einen Spielpartner haben, dann ist eigentlich immer alles gut“ (K6, 103-105).

Die Mehrheit der befragten Kinderärztinnen und Kinderärzte beobachteten bei den Kindern und Jugendlichen unter pandemiebedingter sozialer Isolation eine vermehrte Tendenz zu regressivem Verhalten. „[I]m Kleinkindalter, dass die sich mehr zurückziehen. Vielleicht auch weniger Kontakt aufnehmen. [...] Und auch scheuer sind, was jetzt andere oder Fremde (angeht), wenn sie doch mal in der Familie sind“ (K3, 28-31). Diese Beobachtungen sind nicht altersabhängig, sondern betreffen Kinder und Jugendliche in unterschiedlicher Ausprägung in allen Entwicklungsphasen. „Bei den älteren Mädels erlebe ich auch so eine Art Zurückgezogenheit. Ich glaube, nochmal anders als früher“ (K6,57-58). Ein weiterer Aspekt ist, dass die soziale Isolation auch soziale Ängste fördern kann. Ein Kinderarzt beschreibt dies folgendermaßen: „Und dann gibt es natürlich auch ab einem gewissen Alter diese Angst vor Corona, dass es gefährlich ist. Wenn dann [da] so viele Menschen sind, dann will ich da nicht hingehen“ (K7,38-40).

Alle Kinderärztinnen und Kinderärzte schilderten die Beobachtung, dass die überwiegende Zahl der Kinder und Jugendlichen den Besuch der Schule oder Kindertageseinrichtung vermissen. „Dass die Kinder tatsächlich schon ihre Freunde und sozialen Kontakte vermissen. Dass die eigentlich lieber in den Kindergarten oder in die Schule gehen würden, aber es ja zum Teil nicht dürfen. Die Kleineren, die formulieren das jetzt nicht so sehr, aber die Grundschüler, bei denen merkt man das schon. Die auch sagen: doof ist das“ (K7, 48-51).

Welche Kinder und Jugendliche sind besonders betroffen? Wo finden sich Ressourcen?

Diese Frage umfasst im Kategoriensystem die Kategorie Betroffene mit den Unterkategorien Alter, Geschlecht und sozialer Status und bezieht Aspekte aus den Kategorien Familienalltag und soziale Kontakte mit ein.

Auch bei dieser Frage spielen der Bildungshintergrund und der sozioökonomische Status (SES) der Familien eine wesentliche Rolle. So sehen alle befragten Kinderärztinnen und Kinderärzte größere Belastungen bei Kindern und Jugendlichen aus bildungsfernen Familien mit niedrigem SES. *„Dass es vom Gefühl her schon die Familien trifft, leider, die sowieso wenig Ressourcen haben und es schon schwer haben. Die um ihren Job fürchten müssen, oder viel arbeiten müssen, mehrere Jobs haben und denen die Zeit fehlt zu improvisieren in der Krise. Dass die leider auch viel mehr davon betroffen sind“* (K3, 139-143). Das können zum Beispiel alleinerziehende Mütter oder Väter oder Familien mit vorerkrankten oder chronisch kranken Kindern sein, die während der Covid-19-Pandemie erschwerten Bedingungen ausgesetzt sind. *„Ich glaube, dass es Familien gibt, die sowieso schon mit bestimmten Erkrankungen ihrer Kinder zu tun hatten, die jetzt durch die aktuelle Situation noch belasteter sind“* (K4, 136-138). Drei Kinderärztinnen und Kinderärzte wiesen insbesondere auf Kinder mit Förderbedarf hin. *„Grundsätzlich fällt auf, dass die Kinder, die sowieso schon auffallen und deshalb Therapien erhalten, zum Beispiel Physiotherapie oder Logopädie, bei ihnen gab es große Defizite. Die Therapien sind in der Corona-Situation teils weggebrochen, so dass die gesamte Förderung eingebrochen ist“* (K1, 26-29). *Weniger Ressourcen haben „[o]ft auch vorwiegend alleinerziehende Mütter [...] da wirkt die Pandemie wie ein Katalysator, dass Probleme auftreten“* (K5, 52-54).

Die Einschränkungen sozialer Kontakte sind besonders für Einzelkinder eine Herausforderung, betonte eine Kinderärztin. *„Was ich wirklich oft erlebe, sind Einzelkinder, die belastet wirken“* (K6, 89-90). Fünf Kinderärztinnen und Kinderärzte sahen Familien mit Migrationshintergrund als stärker durch die Covid-19-Pandemie belastet an. *„Schon deutlich, dass gerade [Kinder] mit einem Migrationshintergrund eine Sprachentwicklungsverzögerung dann zeigen oder auch motorisch zurück sind“* (K3, 88-90). Dieser Aspekt spielt auch eine große Rolle in der Kinderarztpraxis in Lurup, in der viele Familien mit Migrationshintergrund betreut werden. *„Eine Sache, die auch zusätzlich*

aufgefallen ist, dass es immer mehr Eltern, insbesondere Migranteneltern gibt, die jetzt bedauern, dass ihre Kinder immer weniger, schlechter oder auch gar nicht mehr deutsch sprechen“ (K4, 32-34). Diese Entwicklung könnte auch gesellschaftliche Folgen haben vermutete sie. „Was macht man gesellschaftlich, wenn jetzt die Migrantenkinder das Gefühl haben, sie kommen nicht mit, weil sie sprachlich abgehängt sind. Das will man ja eigentlich für unsere Gesellschaft nicht. Man möchte, dass alle integriert werden. Und eigentlich sorgen wir gerade dafür, dass da wieder eine größere Spaltung stattfindet, weil halt nicht jedes Kind Chance auf gleiche Bildung oder Zugang zum Bildungssystem hat“ (K4, 151-156).

Eine Kinderärztin wies altersunabhängig besonders auf Kinder und Jugendliche hin, die unter Pandemiebedingungen neue Lebenssituationen und Veränderungen bewältigen müssen. *„Mir zeigt sich tatsächlich ein Bild, wo ich vor allem bei Kindern an den Übergängen Belastungen sehe. Bei Kindern, die gerade in die Kita eingewöhnt wurden, Erstklässlern, Fünftklässlern oder eben auch Abiturienten. [...] Gerade, wenn solche Übergänge stattgefunden haben, berichten die Kinder schon, dass sie sich wirklich schwertun, sich in die neue Gemeinschaft einzufinden“ (K6, 8-12).*

Betrachtet man das Alter der Patientinnen und Patienten in den Kinderarztpraxen, die im Zusammenhang mit Belastungen während der Covid-19-Pandemie vorgestellt werden oder auffallen, betrifft dies überwiegend Kinder ab ca. 3 Jahren. Familien mit Säuglingen und Krippenkindern wirken von den Pandemie-Maßnahmen weniger betroffen, berichtete eine Kinderärztin. *„Die Mütter, die sowieso jetzt gerade mit den Kleinkindern oder Säuglingen zu Hause sind, die wirken nicht so belastet, die wirken durch andere Sachen belastet. Zum Beispiel, dieses Maskentragen. Aber ich finde, das sind so Familien, wo sowieso gerade das Programm Kleinkind, ich bin auf dem Spielplatz und ich sitze da so [läuft]. Also, da ist man so programmiert auf dieses Zurückgezogen sein vielleicht auch ein Stück weit. Da nehme ich Corona nicht so als Riesenbelastung wahr“ (K6, 72-77). Dies unterscheidet sich zum Familienleben mit Kleinkindern und Schulkindern, die ihren eigenen Alltag im Kindergarten und in der Schule haben. „Was man auf jeden Fall erkennen kann ist, dass bei den Kindern doch deutliche*

Belastungen auftreten, weil sie eben längere Zeit zu Hause sind und nicht die Schule und den Kindergarten besuchen“ (K3, 8-10).

Gerade für Kinder aus bildungsfernen Familien mit wenig Ressourcen kann der Besuch einer öffentlichen Bildungs- und Betreuungseinrichtung von großer Bedeutung für die altersgerechte Entwicklung sein. *„[E]in Kind, das aus einer solchen Familie kommt und gewohnt ist, mit allen anderen Kindern acht Stunden am Tag in die Kita zu gehen, das bekommt andere Ressourcen und Ideen, das bekommt Problemlösungsstrategien an die Hand, die kindgerecht sind und die dem Kind helfen können, wenn es in einer besonderen Situation ist“ (K2,127-130).*

Bei Schulkindern kommt als weitere Herausforderung die Unterstützung beim Lernen im häuslichen Umfeld dazu, wobei sich wieder bildungsferne Haushalte und Familien mit Migrationshintergrund im Nachteil befinden. *„Ich finde tatsächlich so die Grundschüler, also, gerade so die Erstklässler. Oder auch die Vorschulkinder, die sich gar nicht gefunden haben, wo die Eltern wirklich massiv auch gefragt sind, auch diesen Schulstoff mit den Kindern irgendwie anzugehen und selber ja noch vielleicht keine Erfahrung haben jetzt mit Schulkindern. Da merke ich schon, dass es ruckelig ist. Also, die Sozialschichten, ja, also, das ist schon ein Unterschied“ (K6, 80-85).* Viele Vorstellungen in kinderärztlichen Praxen aufgrund von psychosomatischen Beschwerden betreffen ebenfalls vorrangig Klein- und Grundschulkindern. *„Wenn wir uns die Altersgruppen angucken, finden diese Symptome generell im späteren Kindergartenalter und auch im Grundschulalter statt. Weniger aber auch noch vorhanden, dann im jugendlichen Alter der ersten Klassen der weiterführenden Schulen“,* beschreibt es ein Kinderarzt (K5, 72-75). Sein Kollege sieht einen Erklärungsansatz dafür entwicklungsbedingt im Umgang mit Symptomen und begründet die Altersverteilung folgendermaßen: *„[D]ie Jugendlichen, jeder einzelne Jugendliche, wird seine Probleme mit der Pandemie haben. Die gehen aber dann oft deshalb nicht zum Arzt, weil sie sich viel besser verbal äußern können ihren Eltern gegenüber und ihre kleinen Tics und Sorgen auch selber erklären und klären können. [...] Aber die Kinder, die typischerweise mit Somatisierungen zum Arzt kommen, das sind die Kleinen, ja. Ich würde sagen so bis zur ersten Klasse in etwa“ (K2, 73-81).* Fünf Kinderärztinnen und Kinderärzte beschrieben in ihren

Interviews überwiegend Kleinkinder und Schulkinder mit psychosomatischen Beschwerden gesehen zu haben. Zwei Kinderärzte merkten dahingehend noch einschränkend an, *„[dass] wir [in der Kindermedizin] natürlich mehr Kleinkinder [sehen]. Immer. Und wir sehen weniger Jugendliche“* (K2, 69-70). Manche Auswirkungen könnten allerdings erst im Entwicklungsverlauf in Erscheinung treten und dann vermehrt auch ältere Kinder und Jugendliche betreffen. *„Bei den Älteren glaube ich, dass man viele Folgeerscheinungen erst noch sehen wird. Was die Einschränkung von sozialen Kontakten und auch Prägung betreffen, gerade bei den Kindern, die in der Pubertät sind und andere Personen brauchen, um selbst ihre Persönlichkeit zu formen“* (K4, 100-103). Eine Geschlechtswendigkeit hinsichtlich der Belastungen und Beschwerden konnte aus den Interviews nicht abgeleitet werden, die Mehrheit der Befragten konnten keinen Unterschied hinsichtlich der Prävalenz zwischen Mädchen und Jungen feststellen.

Fallen psychosomatische Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen unter Pandemiemaßnahmen im kinderärztlichen Praxisalltag vermehrt auf? Wenn ja, um welche Beschwerden handelt es sich?

Zur Beantwortung dieser Frage wird die Kategorie Subjektive Beschwerdelast mit den Unterkategorien Funktionelle Beschwerden, Stimmungsschwankungen und Schlafstörungen zur Auswertung herangezogen.

Psychosomatische Beschwerden, auch funktionelle Beschwerden genannt, sind ein bekanntes Krankheitsbild in der Pädiatrie und gehören zum kinderärztlichen Alltag (vgl. Kapitel 1.3.1). *„[P]sychosomatische Beschwerden, würde ich sagen, ziehen ja dann auf, wenn das Kind potenziell unterfordert ist. [...] Wenn das Kind unter Mangelsituationen leidet“* (K7, 78-80). Sie treten in der pädiatrischen Praxis häufig in Form von Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen in Erscheinung. *„Das meiste was so an psychosomatischen Beschwerden kommt sind einfach Bauchschmerzen. Der Bauch ist führend, Kopfschmerzen gehören auch noch dazu“* (K1, 88-89). Drei Befragte sahen eine Zunahme von psychosomatischen Beschwerden unter Pandemiebedingungen. *„Es sind diese Somatisierungen und Konversionsstörungen, die Kinder auffällig machen für die Eltern, ohne dass wir Krankheitszeichen finden. Das können Bauchschmerzen sein, das können*

Kopfschmerzen sein, das können auch Verhaltensauffälligkeiten sein. Mein Eindruck ist, dass sich das häuft, seitdem wir in Pandemiebedingungen leben“ (K2, 14-16). In den Interviews fiel auf, dass die Beantwortung der Frage nach der Prävalenz von psychosomatischen Beschwerden unter Pandemiebedingungen einigen Befragten Schwierigkeiten bereitete. „Das ist schwer zu sagen, ob sie häufiger auftreten. Ich denke wir werden schon mehr frequentiert auch mit diesen Beschwerden, auch für Familien, wo diese Beschwerden sicherlich neu aufgetreten sind. [...] Das würde ich schon sagen, auf jeden Fall“ (K5, 64-68). Eine Kinderärztin und ein Kinderarzt sahen psychosomatischer Beschwerden bei ihren Patientinnen und Patienten gleich häufig wie vor Ausbruch der Covid-19-Pandemie. „Bauchschmerzen und Kopfschmerzen habe ich besonders häufig. Aber da muss ich gestehen, da gibt es mit Sicherheit eine Verzerrung. Ich würde nicht behaupten, dass ich viel mehr sehe als früher“ (K6, 110-112). Eine Kinderärztin beobachtete während der Covid-19-Pandemie eine Abnahme der kinderärztlichen Vorstellungen aufgrund psychosomatischer Beschwerden. „Ich muss sagen, die klassischen psychosomatischen Beschwerden, die wir ständig in der Praxis auch vorhergesehen haben, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, ohne jetzt organische Ursache, dafür werden wir aktuell weniger kontaktiert“ (K4, 27-29). Diesen Eindruck bestätigte auch ein Kinderarzt aus einer Praxis in Harburg und sah einen möglichen Zusammenhang mit geringerer schulischer Belastung. „Ich würde sagen, dass es weniger geworden ist. Ich glaube, weil der Schuldruck im Moment flöten ist. Die haben nicht den Druck, dass sie in die Schule müssen. Den Stress mit der Schule oder auch dem schulischen Umfeld. Das macht es für Kinder, die da Probleme haben, einfach auch leichter“ (K1, 92-95). Seine Kollegin aus Lurup ergänzte in diesem Zusammenhang, dass es auch soziokulturelle Unterschiede gibt, ob und bei welcher Beschwerdelast aufgrund von psychischen Beschwerden eine ärztliche Konsultation erfolgt. „Ich würde auch sagen, dass wir vielleicht auch eher in einem Stadtteil sind, wo man wegen körperlicher Beschwerden zum Arzt geht und auch viele Familien von ihrem kulturellen Hintergrund, was jetzt Psyche angeht nicht unbedingt aufgeschlossen sind“ (K4, 91-93).

Im Folgenden wird orientierend am Kategoriensystem auf die einzelnen Beschwerdebilder eingegangen. Kopfschmerzen führten nach Einschätzung von drei Kinderärzten häufiger zur Vorstellung als vor Beginn der Covid-19-

Pandemie. Ebenfalls drei Kinderärzte beobachteten dahingehend keine Veränderungen und eine Kinderärztin wurde seltener als vor Beginn der Covid-19-Pandemie aufgrund von Kopfschmerzen konsultiert. Rückenschmerzen fielen keiner Kinderärztin und keinem Kinderarzt vermehrt auf. Vier Kinderärztinnen und Kinderärzte berichteten von einer Zunahme von Schlafstörungen seit Beginn der Covid-19-Pandemie bei ihren Patientinnen und Patienten. *„Ja, das ist tatsächlich ein Thema. Das habe ich gerade bei älteren Kindern und auch bei den kleinen ängstlichen [Kindern]. Also, da würde ich so auf zwei Altersklassen gucken und wenn Ängstlichkeit ein Thema ist, dann ist Schlafen oft auch dann assoziiert“*, erzählte eine Kinderärztin (K6, 124-126). Eine andere Kinderärztin sah unter Pandemiebedingungen Schlafstörungen häufig im Zusammenhang mit hoher schulischer Belastung. *„[Schlafstörungen] [h]atte ich jetzt auch bei größeren Kindern, die durch die Schule sehr in Beschlag genommen sind. Einschlafprobleme haben zugenommen. Manche Familien, die kriegen das gut auf die Reihe. Die Kinder sind in der Lage sich selbst zu organisieren, was die Schule angeht. Aber [sie] sind dann auf der anderen Seite wieder so pflichtbewusst, dass sie halt nicht mehr einschlafen können, weil sie das so sehr beschäftigt“* (K4, 82-86). Ein Kinderarzt hielt die Zunahme von Schlafstörungen unter Pandemie-Bedingungen zwar für wahrscheinlich, beobachtete aber aufgrund dessen keine vermehrten Vorstellungen. Er vermutete, dass die Beschwerdelast durch Schlafstörungen durch Aussetzen des Präsenzunterrichts geringer sein könnte. *„Weil ich glaube, die müssen tagsüber auch nicht fit sein oder nicht so fit, wie wenn sie früh aufstehen und in die Schule müssen, sodass die Schlafstörungen im Moment eher weniger sind oder keine Probleme machen, wenn die nachts wach sind“* (K1, 100-103). Vier Kinderärztinnen und Kinderärzte beobachteten bei ihren Patientinnen und Patienten vermehrt dysphorische Beschwerden seit Beginn der Covid-19-Pandemie. Im Vordergrund standen Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit. *„[O]der auch einfach, dass sie [die Kinder] bedrückter wirken, dass die Eltern das Gefühl haben sie sind schwächer“* (K3, 12-13). Gereiztheit, Nervosität und Benommenheit wurden im kinderärztlichen Kontakt nicht vermehrt wahrgenommen. Ein Kinderarzt berichtete über eine Zunahme von Stimmungsschwankungen und Niedergeschlagenheit aus der Elternperspektive. *„Als Erlebnis bei den Eltern tatsächlich, aber beschrieben als Symptome bei den Kindern würde ich im*

Moment nicht sagen, dass es einen großen Unterschied zu vorher macht“ (K1, 106-107).

Wie bewerten Kinderärztinnen und Kinderärzte die zur Verfügung stehenden Hilfsangebote für von der Pandemiesituation belastete Kinder- und Jugendliche?

Diese Auswertungsfrage bezieht sich auf die Kategorie Hilfsangebote im Kategoriensystem. Die Ergebnisdarstellung orientiert sich an den Unterkategorien und unterteilt entsprechend in Hilfsangebote auf Praxisebene und externe Hilfsangebote sowie deren Verfügbarkeit und Qualität.

Alle Kinderärztinnen und Kinderärzte bieten bereits auf Praxisebene für betroffene Patientinnen und Patienten und deren Familien niederschwellig Hilfe im Rahmen von Diagnose- und Beratungsgesprächen an. Diagnostisch erfolgt zunächst eine ausführliche körperliche Untersuchung der Patientin oder des Patienten. *„Ich versuche erstmal die Beschwerden ernst zu nehmen und auch die Kinder erst ausführlich zu untersuchen, sodass die Eltern das Gefühl haben ich nehme diese Beschwerden ernst und vor allem auch die Kinder das Gefühl haben“ (K3, 101-103).* Bei Bedarf wird die körperliche Untersuchung um weiterführende klinische Diagnostik ergänzt, um die Diagnose „Funktionelle Körperbeschwerden“ zu sichern. Ist dies erfolgt steht das ärztliche Gespräch mit den Patienten und ihren Eltern im Mittelpunkt der Behandlung. *„Generell ist es mir wichtig, auch bereits bei der Anamnese, dass zunächst die Kinder Zeit und Raum haben, ihre Beschwerden in Ruhe zu äußern. Anschließend möchte ich, dass die Eltern ihre Sichtweise der Dinge zusätzlich schildern. [...] [A]nschließend, in Abhängigkeit der Ressourcen der Familie, [wird] über mögliche Therapieansätze gesprochen“ (K5, 81-86).* Ist der Bedarf für weitere Beratungsgespräche gegeben führen alle Kinderärztinnen und Kinderärzte in Folgeterminen ausführlichere familien- und lösungsorientierte Gespräche mit Kindern und Eltern. *„Ich versuche dann schon, immer noch mal in ein, zwei Gesprächen, Elterngesprächen zu gucken, was eigentlich dahintersteckt und was auch vor Corona schon da war“ (K6, 151-152).* Es wird versucht konkrete, leicht umsetzbare und praxisnahe Empfehlungen zu geben und das Bewusstsein der Eltern für die Situation ihres Kindes zu verbessern. *„Es ist wichtig, dass auch in der Familie kindgerecht darüber gesprochen wird“ (K2, 95-96).* Alle

Kinderärztinnen und Kinderärzte betonten in den Interviews die Notwendigkeit eines strukturierten Tagesablaufs. *„Ich verweise immer wieder auf die Tagesstruktur. Struktur, Struktur, Struktur. Dann versuche ich ressourcenorientiert zu gucken“* (K6, 134-135). Es sollten altersgerechte Beschäftigungsangebote gemacht werden. *„Die Eltern berate ich nochmal um die Risiken von Medienkonsum, das heißt sie motivieren vorzulesen. Sie motivieren mit den Kindern zu spielen. Sie motivieren mit den Kindern rauszugehen“* (K7, 117-119). Verständnis und Zeit für die Kinder, ihre Sichtweise und ihre aktuellen Probleme sind entscheidend dafür, ob es gelingt die Beschwerdelast des Kindes zu vermindern. *„Was bei diesen ganzen Somatisierungsgeschichten eigentlich immer richtig und wichtig ist, ist Nähe, Nähe, Nähe. Und sich mit den Kindern beschäftigen und den Kindern Angebote zu machen“* (K2, 97-99).

Alle Kinderärztinnen und Kinderärzte nehmen bei Bedarf Kontakt zu Kindertageseinrichtungen und Schulen auf und versuchen interdisziplinär, die Situation des betroffenen Kindes zu verbessern. *„Ich spreche mit Kitas, wenn ich den Eindruck habe, da ist irgendwie eine Notsituation“* (K4,131). Konkret versuchen alle Kinderärztinnen und Kinderärzte bei ausgeprägten Entwicklungsstörungen oder familiären Belastungssituationen den Besuch der Kindertageseinrichtung oder Schule trotz pandemiebedingter Einschränkungen zu ermöglichen, indem sie in einem solchen Fall die medizinische Notwendigkeit attestieren. *„Von uns aus, das mache ich durchaus ab und zu, weise ich die Eltern darauf hin, dass dieses Kind trotz Corona-Pandemie und trotz Lockdown jetzt in die Kita-Notbetreuung muss. Ganz im Vordergrund stehen für diese Maßnahmen die Sprachentwicklungsverzögerungen“* (K2, 107-109). Diese Hilfen sind schnell verfügbar und können unmittelbar zu einer Entlastung der Situation beitragen. Den Kinder- und Jugendmedizinerinnen und -medizinerinnen kommt hierbei eine entscheidende Rolle zu, da *„[...] das Problem für viele Eltern ist, dass die sowieso in dieser belasteten Situation nicht die Energie haben, ihre Rechte mit Nachdruck einzufordern“* (K4, 120-121).

Sind die Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen im Rahmen der kinderärztlichen Praxis nicht ausreichend, werden von allen Kinderärztinnen und Kinderärzten zunächst die im Stadtteil befindlichen Erziehungsberatungsstellen, Therapiezentren für Logopädie und Ergotherapie, sozialpädiatrischen Zentren

und die Frühförderstellen kontaktiert. Bei weitergehendem Therapiebedarf wird von allen Kinderärztinnen und Kinderärzten die psychotherapeutische oder kinder- und jugendpsychiatrische Anbindung eingeleitet. *„Sollte die Familie über diese Ressourcen nicht verfügen oder diese nicht ausreichen, versuche ich andere Institutionen mit ins Boot zu holen, meinerseits Erziehungsberatungsstellen oder auch zunehmend niedrigschwelliger Kinder- und Jugendpsychologen sowie auch Psychiater“* (K5, 92-95). Hier wurden die Kapazitäten allgemein und unter Pandemie-Bedingungen insbesondere als nicht ausreichend eingeschätzt. Insgesamt wurde von der Mehrheit der Befragten der aktuelle Bedarf als höher im Vergleich zu der Zeit vor Ausbruch der Covid-19-Pandemie eingeschätzt. *„Aber ich kann mir vorstellen, dass die im Moment auch deutlich mehr Bedarf spüren, als sie an Angeboten machen können, unter anderem auch pandemiebedingt“* (K2,139-141). Eine Kinderärztin und ein Kinderarzt wünschten sich mehr bedarfsorientierte Hilfsangebote direkt in den Kindertageseinrichtungen und Schulen. *„Vielleicht durch Psychologen in den Kitas oder auch Schulen als Angebot“* (K4,172-174). Dort sind die Kinder und Familien bereits bekannt und die Belastungssituation kann individuell eingeschätzt werden. *„Da wäre es nicht schlecht, wenn die Erzieherin oder der Lehrer da handeln könnten, wenn dann der Kindergarten schließt, wenn der Schulbesuch eingeschränkt ist, dass die Kinder dann automatisch in die Notbetreuung kommen“* (K7, 168-171). Einen Bedarf für spezifische, neue Hilfsangebote unter Pandemiebedingungen sahen alle Befragten nicht, sie waren sich einig, dass die bestehenden Strukturen ausreichende Therapieansätze bieten. Allerdings sollte die Erreichbarkeit verbessert werden und *„es müsste niederschwelligere Angebote geben für Eltern“* (K4, 159). Zudem betonten alle Kinderärztinnen und Kinderärzte, dass die Kapazitäten angepasst werden müssten, da diese bereits vor Beginn der Covid-19-Pandemie dem Bedarf nicht entsprachen.

7 Diskussion und methodische Kritik der qualitativen Erhebung

7.1 Diskussion der Ergebnisse der qualitativen Erhebung

In der vorliegenden Arbeit wird versucht die Perspektive von Hamburger Kinderärztinnen und Kinderärzten in Bezug auf die Lebensqualität und das Auftreten psychosomatischer Beschwerden von Kindern und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie systematisch zu erheben und qualitativ zu analysieren. Kinderärztinnen und Kinderärzte kommen zwar regelmäßig in den aktuellen Medien zu diesem Thema zu Wort, aber eine systematische Analyse lässt sich nach derzeitigem, der Autorin zugänglichen Informationsstand, in der aktuellen Literatur noch nicht finden. Die Ergebnisse werden vor dem Hintergrund der theoretischen Grundlagen dieser Arbeit und des aktuellen Forschungsstandes bewertet.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen unter Pandemiebedingungen wurde von den befragten Kinderärzten und Kinderärztinnen insgesamt als vermindert angesehen. Besonders nachdrücklich wurde in allen Interviews auf die pandemiebedingt veränderten Tagesstrukturen und die erhöhten familiären Belastungen hingewiesen, die mit negativen Auswirkungen auf die körperliche und kognitive Entwicklung der Kinder und Jugendlichen einhergehen können. Übereinstimmend berichteten alle Befragten, dass bei Hamburger Kindern und Jugendlichen seit Pandemiebeginn der Medienkonsum gestiegen ist, die körperlich aktiv verbrachte Zeit abgenommen und ungesundes Essverhalten zugenommen hat. Übergewicht sowie motorische und sprachliche Entwicklungsverzögerungen fielen in den Kinderarztpraxen vermehrt auf. Weltweit zeigen aktuelle Studien seit Beginn der Covid-19-Pandemie entsprechende Ergebnisse. Die Bildschirmzeiten steigen (Bantel et al. 2021; Bruni et al. 2021; Duan et al. 2020; Francisco et al. 2020; Langmeyer et al. 2020; Lopez- Bueno et al. 2020; Xiang et al. 2020), die körperlich aktiv verbrachte Zeit sinkt (Androutsos et al. 2021; Bantel et al. 2021; Francisco et al. 2020; Lopez-Bueno et al. 2020; Xiang et al. 2020) und die Zahl der übergewichtigen oder adipösen Kinder und Jugendlichen nimmt zu (Androutsos et al. 2021; Bantel et al. 2021; Kim et al. 2021). Den Zusammenhang zwischen Tagesstruktur, Essverhalten, körperlicher Aktivität und Bildschirmzeit haben vor Ausbruch der

Covid-19 Pandemie Brazendale und Rüben 2017 mit ihrer „Hypothese der strukturierten Tage“ dargestellt. Dies ist kongruent zu den Beobachtungen der Kinderärztinnen und Kinderärzte in der hier durchgeführten Befragung und zeigt die Dringlichkeit ärztlicherseits mit Eltern und Kindern unabhängig von der Pandemielage im Kontakt zu bleiben, um über diese Zusammenhänge und gesundheitliche Risiken aufzuklären und rechtzeitig Hilfsbedarf zu erkennen und Behandlungsangebote zu unterbreiten.

Als besonders durch die Pandemiesituation belastet und von Einschränkungen der Lebensqualität betroffen, sehen die Kinderärztinnen und Kinderärzte Familien mit niedrigem SES und beengten Wohnverhältnissen an. Auch Migrationshintergrund und geringe soziale Ressourcen wurden als Risikofaktoren mehrheitlich genannt. Diese Ergebnisse entsprechen dem aktuellen Forschungsstand. So wurde belegt, dass Familien mit niedrigem Haushaltseinkommen, alleinerziehende Sorgeberechtigte (Rabe et al.2021; Ravens-Sieberer 2021) und Familien mit Migrationshintergrund (Naumann et al. 2021; Ratgheb et al. 2022; Ravens-Sieberer et al. 2021) unter Pandemiemaßnahmen einer höheren Belastung ausgesetzt sind. Ebenso stellen beengte Wohnverhältnisse und fehlende Ausweichmöglichkeiten einen Risikofaktor für familiären Stress dar (Schlack et al. 2020). Unter diesen Lebensbedingungen ist das Risiko für Kinder und Jugendliche psychische Störungen zu entwickeln, erhöht (Ravens-Sieberer et al. 2021).

Emotionale Veränderungen bemerkten zum Befragungszeitpunkt weniger Kinderärztinnen und Kinderärzte bei ihren Patientinnen und Patienten, wobei Traurigkeit und Niedergeschlagenheit mehrheitlich Erwähnung fanden. Im Zusammenhang mit sozialen Kontakten und deren pandemiebedingter Einschränkung fielen einigen Befragten vermehrt ängstliches Verhalten und Zurückgezogenheit ihrer Patientinnen und Patienten auf. Der aktuelle Forschungsstand weist auf eine Zunahme emotionaler Auffälligkeiten hin. Mehrere internationale und nationale Studien belegen eine Zunahme von Angststörungen und Depressionen bei Kindern und Jugendlichen seit Ausbruch der Covid-19-Pandemie (Jones et al. 2021). In Verbindung mit Angstsymptomen und depressiven Symptomen waren eine Abnahme der Lebenszufriedenheit

sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nachweisbar (Magson et al. 2020; Schlack et al. 2020).

Ob es seit Beginn der Covid-19-Pandemie vermehrt zu Vorstellungen aufgrund psychosomatischer Beschwerden in den pädiatrischen Praxen gekommen ist, kann anhand der Auswertung der Interviews nicht eindeutig beantwortet werden. So fiel zwar mehrheitlich eine Zunahme von Schlafstörungen und Niedergeschlagenheit auf, aber es ließ sich keine Tendenz hinsichtlich des Auftretens der führenden psychosomatischen Beschwerden wie Kopfschmerzen und Bauchschmerzen ableiten. In der aktuellen Literatur finden sich zahlreiche Studien, die das Auftreten psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen seit Beginn der Covid-19-Pandemie untersuchen, aber Studien zum Auftreten funktioneller Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie sind selten. Die bundesweite, longitudinale COPSY-Studie, konnte jedoch in allen drei Befragungswellen, eine Zunahme der psychosomatischen Beschwerdelast bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur Zeit vor Ausbruch der Covid-19-Pandemie nachweisen (Ravens-Sieberer et al. 2021 und 2022). Ein möglicher Erklärungsansatz für die teils kontroversen Einschätzungen der hier befragten Kinderärztinnen und Kinderärzte ist, dass der Patientenrückgang unter Pandemiebedingungen zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt hat. Hamburger Kinderarztpraxen hatten in den Quartalen 2/20 bis 2/21 einen Patientenrückgang von durchschnittlich 14 % im Vergleich zu den entsprechenden Quartalen des Vorjahres 2019 zu verzeichnen (Poertje et al., Statistik KV Hamburg 2021). Auf den Höhepunkten der Infektionswellen fand ein Besuch in der Arztpraxis oftmals nur statt, wenn bei den Patientinnen und Patienten eine hohe akute Beschwerdelast bestand. Wiederkehrende psychosomatische Beschwerden sind dagegen selten hochakute Krankheitsbilder. In vielen Fällen entwickelt sich und wächst die Beschwerdelast stetig durch das rezidivierende Auftreten. Es ist denkbar, dass Arztkonsultationen in diesen Fällen entfielen oder stark verzögert stattfanden. Ebenso ist es möglich, dass ein Teil der pädiatrischen Patientinnen und Patienten, die vor Pandemiebeginn unter wiederholten psychosomatischen Beschwerden litten, sich durch die Schulschließungen zunächst entlastet fühlten. In diese Richtung weisen auch die Ergebnisse von Tang et al. (2021), die zeigen, dass sich bei einem Teil der Schülerinnen und Schüler die Lebenszufriedenheit durch die

Schulschließungen verbessert hat. Betrachtet man die Aussagen zu vorhandenen Hilfsangeboten für betroffene Kinder und Jugendliche wird von allen Kinderärztinnen und Kinderärzten von einem bereits vor Pandemiebeginn bestehenden Mangel an Kapazitäten der etablierten Hilfssysteme berichtet. Im Hamburger Psychiatriebericht 2019 wird dargestellt, dass Hamburg über ein dichtes Netzwerk ambulanter Behandlungs- und Beratungsangebote für Kinder- und Jugendliche verfügt, aber diese nicht gleichmäßig über die Stadtteile verteilt sind. So finden sich in Stadtteilen mit niedrigem SES weniger Angebote als in Stadtteilen mit hohem SES (Hamburger Psychiatriebericht 2019). Daraus kann sich eine relative Mangelsituation ergeben, welche durch die Covid-19-Pandemie zugenommen haben könnte, da für Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem SES ein höheres Risiko für psychische Erkrankungen und emotionale Störungen besteht (Ravens-Sieberer et al. 2021; Russell et al. 2020).

Um die Versorgungssituation der betroffenen Kinder und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie zu verbessern, finden sich in der aktuellen Literatur mehrere Studien zum Einsatz neuer Medien in der pädiatrischen Psychosomatik, da diese auch unter Pandemiebedingungen uneingeschränkt Anwendung finden können (Felnhofer et al. 2021; Tutus et al. 2021). Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit könnten parallel dazu einen weiteren Ansatz darstellen, um die Situation betroffener Kinder und Jugendliche zu verbessern. Es ist hervorzuheben, dass alle befragten Kinderärztinnen und Kinderärzte problembezogene Gespräche und auch interdisziplinäre Hilfen in ihren Praxen anbieten. Diese Angebote stehen den Patientinnen und Patienten sowie deren Familien unabhängig von pandemiebedingten Einschränkungen zur Verfügung. Inwieweit das den betroffenen Familien bekannt ist und als niederschwellig verfügbare Hilfsmöglichkeit wahrgenommen wird, ist in der vorliegenden Arbeit nicht untersucht worden. Hier wären weitere Studien wünschenswert, um zu prüfen, ob die Angebote den Patienten und Patientinnen bekannt sind und von welchen Bedingungen es abhängt, ob diese Hilfsangebote geeignet sind und angenommen werden können. Die kinderärztlichen Hilfsangebote in der Praxis könnten eine Möglichkeit darstellen, die Situation Betroffener unmittelbar und mit geringem organisatorischem Aufwand zu verbessern. Diese Hilfsangebote

gewinnen insbesondere dann an Relevanz, wenn pandemiebedingt externe Hilfen in Verfügbarkeit und Erreichbarkeit zusätzlich eingeschränkt sind.

Ein weiterer Ansatzpunkt könnte die Einrichtung von Hilfsangeboten und Ansprechpartnern in Schulen und Kindertageseinrichtungen sein, da dort die Kinder und Jugendlichen bereits bekannt sind und der individuelle Unterstützungsbedarf gut eingeschätzt werden kann.

7.2 Methodische Kritik der qualitativen Erhebung

Die Methode des leitfadengestützten, systematisierenden Experten-Interviews erwies sich als gut geeignet, um die Perspektive zur Fragestellung der vorliegenden Arbeit aus kinderärztlicher Sicht strukturiert und auf hohem fachlichen Informationsniveau zu erheben. Allerdings ist die Stichprobengröße mit sieben Expertinnen und Experten verhältnismäßig klein, was die Repräsentativität einschränkt. Die hier beschriebenen Ergebnisse müssten an einer größeren Stichprobe aus kinderärztlichen Praxen aus weiteren Stadtteilen Hamburgs auf ihre Gültigkeit hin untersucht werden. Als problematisch fiel in den Interviews auf, dass der pandemiebedingte Patientenrückgang in den Quartalen 2/2020 bis 2/2021 die Aussagen insbesondere dann begrenzen könnte, wenn sich die Fragen auf vergleichende Betrachtungen zu dem Zeitraum vor Pandemiebeginn beziehen. Ein weiterer Umstand, der die Repräsentativität der Ergebnisse limitieren könnte, ist, dass das Patientenkollektiv in Kinderarztpraxen mehr Kleinkinder als Jugendliche umfasst. Werden im Alter von bis zu zwei Jahren noch 95% der Kinder wenigstens einmal jährlich in einer kinderärztlichen Praxis vorgestellt, so sind es im Alter von 14 Jahren nur noch 67,9 % der Jugendlichen (Rattay et al 2014). Aus Studien vor Ausbruch der Covid-19-Pandemie ist jedoch bekannt, dass das Risiko für psychosomatische Beschwerden im Jugendalter ab der 9. Klasse, das heißt ab 15 Jahren, für beide Geschlechter signifikant ansteigt (Ottová-Jordan, Bletsch et al 2015). Diese Patientengruppe könnte in der vorliegenden Erhebung unterrepräsentiert sein. Da einige Jugendliche bereits nach der Jugendvorsorgeuntersuchung zwischen 12 und 14 Jahren von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern in den Hausarztpraxen weiter betreut werden, wäre es möglicherweise ein Lösungsansatz, auch hausärztliche Praxen in nachfolgende Studien zur Gesundheit von Jugendlichen einzubeziehen.

Werden die Ergebnisse der qualitativen Erhebung der vorliegenden Arbeit mit den Ergebnissen der quantitativen Erhebung in Korrelation betrachten, ist kritisch anzumerken, dass die Interviews im Nachgang stattfanden. Der unterschiedliche Befragungszeitpunkt könnte die Vergleichbarkeit der Ergebnisse reduzieren.

8 Zusammenfassende Diskussion und Ausblick

8.1 Zusammenfassende Diskussion

Die Ergänzung der Ergebnisse der Hamburger COPSY-Studie durch die Experteninterviews mit Hamburger Kinder- und Jugendmedizinerinnen und -medizinern ermöglichte es, die Situation der Kinder und Jugendlichen aus kindlicher, elterlicher und kinderärztlicher Perspektive in Bezug auf mehrere Lebensbereiche zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Pandemieverlauf zu erfassen.

Während die Online-Befragung am Ende der ersten Infektionswelle stattfand und somit in einer Situation der relativen Entspannung, wurden die Interviews gegen Ende der zweiten Infektionswelle durchgeführt, als sich in der Bevölkerung zunehmend Erschöpfung ausbreitete. Ein weiterer Unterschied ergibt sich durch das Alter der befragten Kinder und Jugendlichen. Die COPSY-Studie bezieht Kinder und Jugendliche von 11 bis 17 Jahren ein, wohingegen in den Interviews Einschätzungen zu pädiatrischen Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen erfasst werden. Durch diesen Synergismus entsteht ein zuverlässiger und umfassender Eindruck der Situation Hamburger Kinder und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie.

Die Befragung von Kindern und Eltern im Frühsommer 2020 zeigt bereits eine abnehmende Tendenz hinsichtlich der subjektiven, gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die Interviews 10 Monate später bestätigen diese Entwicklung und weisen nicht nur daraufhin, dass die Covid-19-Pandemie zu einer wesentlichen Veränderung der Lebensumstände, sondern auch zu einer Abnahme der Lebensqualität geführt hat. Beeinträchtigungen der altersgerechten Entwicklung, körperliche Beschwerden und psychische Störungen sind im kinderärztlichen Kontakt vermehrt zu beobachten.

Ebenso haben psychosomatische Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie zugenommen. Diese Entwicklung belegt die COPSY-Studie Hamburg und Beobachtungen in einigen Hamburger Kinderarztpraxen weisen in dieselbe Richtung. Familiäre Konflikte sind als Hauptrisikofaktor für das Auftreten psychosomatischer Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen bekannt. Dies zeigen sowohl Studien vor Ausbruch der Covid-19-Pandemie (Hart et al. 2013) als auch Studien während der Covid-19-

Pandemie (Ravens-Sieberer et al. 2021). In den Gesprächen mit Kinderärztinnen und Kinderärzten kommen die familiären Belastungen verbunden mit einer Zunahme innerfamiliärer Konflikte ebenfalls zum Ausdruck. Der Alltag unter Pandemiebedingungen führt bei vielen Eltern zu einer erhöhten Belastung und erschwert es ihnen, ihre Kinder adäquat zu betreuen, zu fördern und sich ihnen mit der dafür notwendigen Aufmerksamkeit zu widmen. Die Hamburger COPSY-Studie macht hier eine beachtenswerte Diskrepanz deutlich, nämlich dass Eltern ihre Kinder für psychisch und körperlich weniger belastet einschätzen als die Kinder und Jugendlichen es selbst empfinden. Die Abweichung zwischen elterlicher und kindlicher Einschätzung erhöht das Risiko, dass betroffene Kinder von ihren Eltern keine ausreichende, emotionale Unterstützung erhalten (Hart et al 2013). Die Befürchtung, dass elterliche Fürsorge hingegen psychosomatische Beschwerden verstärken könnte, widerlegen bereits Jellesma et al. (2008) und unterstützen damit die kinderärztliche Empfehlung, dass die Nähe zwischen Kindern und Eltern entscheidend für das kindliche Wohlbefinden ist und gemeinsame Gespräche im Mittelpunkt des Familienalltags stehen sollten. Kinder und Jugendliche müssen die Möglichkeit bekommen, ihre Ansichten und Bedürfnisse mitzuteilen und sollen sicher sein dürfen, dass ihre Sorgen gehört werden. Ein gut funktionierendes Netzwerk zwischen Familie, Schule und kinderärztlicher Betreuung erleichtert es, besonders belastete Kinder mit einem erhöhten Risiko für psychosomatische Beschwerden zu identifizieren und Hilfen einzuleiten. Alle befragten Kinderärztinnen und Kinderärzte räumen der Kommunikation mit der Schule oder Betreuungseinrichtung einen hohen Stellenwert ein, um die Lebensbedingungen der Kinder zu verbessern. Der Ausbau der schulischen Hilfssysteme mit psychologischen und sozialpädagogischen Anlaufstellen ist in diesem Zusammenhang von großer Bedeutung und sollte gefördert werden.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass kleine und große Kinder sowie Familien jeder Bildungskategorie oder Herkunft von Überforderung und belastungsinduzierten Beschwerden betroffen sein können. Es ist deshalb von hoher Relevanz, dass vorhandene Netzwerk an sozialen und psychologischen Hilfen auszubauen und besonders in den unterversorgten, sozialschwachen Stadtteilen adressatengerechte Hilfsangebote zu etablieren, um Kinder, Jugendliche und ihre Familien in dieser gesellschaftlichen Krise, die die Covid-

19-Pandemie ausgelöst hat, zu unterstützen. Denn „[...] *man merkt halt schon, dass es um das Seelenheil oder das Kindswohl [...] nicht besser steht als [...] 2018, 2019*“ (Kinderarzt aus Jenfeld; K7, 116-118).

8.2 Ausblick

Kurz vor Fertigstellung dieser Arbeit veröffentlichte der Deutsche Ethikrat im November 2022 eine Ad-hoc-Empfehlung zu dem Thema „Pandemie und psychische Gesundheit. Aufmerksamkeit, Beistand und Unterstützung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in und nach gesellschaftlichen Krisen“. Das Manuskript umfasst elf Empfehlungen zum Ausbau und der Ausstattung von Hilfs- und Betreuungsangeboten, zur Verbesserung der medizinischen Versorgung, zur Förderung von in diesem Zusammenhang stehenden Forschungsvorhaben sowie eine Aufforderung zur altersgerechten Partizipation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bei politischen Entscheidungen in gesellschaftlichen Krisen. Es wird hervorgehoben, dass sich die Empfehlungen nicht nur auf die Covid-19-Pandemie und ihre Auswirkungen beziehen, sondern für gesellschaftliche Krisen jeder Art Gültigkeit haben.

Der Stellungnahme war eine Tagung unter dem Motto „Triff den Ethikrat! Unser Leben in der Pandemie“ vorausgegangen, zu der 350 Schülerinnen und Schüler eingeladen waren und durch ihre Präsentationen zur Gestaltung des Symposiums beitrugen. In einem persönlichen Gespräch mit der Autorin berichtet Prof. Dr. jur. Steffen Augsberg, Mitglied des Deutschen Ethikrats, dass zum ersten Mal, Jugendliche bei einem Treffen des Ethikrats zu Wort kamen. Dass Jugendlichen in diesem Rahmen und Umfang eine Stimme gegeben wird, lässt hoffen, dass sie auch in weiteren Kreisen unserer Gesellschaft gehört werden und künftig der Lebenssituation Heranwachsender in gesellschaftspolitischen Entscheidungen mehr Bedeutung beigemessen wird.

„Die Gesellschaft schuldet Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen für diese Solidaritätsleistung großen Dank und Respekt. Dies verpflichtet zu konkretem Handeln“ (Deutscher Ethikrat, 2022).

So erlaubt sich abschließend der zuversichtliche Blick in eine Zukunft, in der dem Wohl der Kinder und Jugendlichen in gesellschaftlichen Krisen mehr Beachtung zukommt und für ihre Unterstützung verstärkt Sorge getragen wird.

9 Zusammenfassung

Hintergrund. Anfang des Jahres 2020 erreichte die Covid-19-Pandemie Deutschland und das gesellschaftliche Leben veränderte sich erheblich durch die Schließungen oder den reduzierten Betrieb öffentlicher und privater Einrichtungen sowie Kontakteinschränkungen. Diese Ereignisse treffen die gesamte Bevölkerung unvorbereitet. Kinder und Jugendliche sind eine vulnerable Bevölkerungsgruppe und viele Aspekte der Auswirkungen dieser Veränderungen auf ihre körperliche und seelische Gesundheit sind noch nicht bekannt. Ziel der vorliegenden Arbeit besteht darin, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die subjektiven Beschwerdelast von Kindern und Jugendlichen in Hamburg zu Beginn der Covid-19-Pandemie im Vergleich zu der Zeit vor Pandemiebeginn zu untersuchen.

Methode. Es wurden hierzu während der ersten Welle der Covid-19-Pandemie im Mai und Juni 2020 Kinder und Jugendliche zwischen 11 und 17 Jahren sowie ihre Eltern (n= 1037) in einer auf die Hamburger Bevölkerung bezogenen Substudie der bundesweiten Copsy- (Corona und Psyche-) Studie online befragt. Zur Erfassung der subjektiven Beschwerdelast wurde die HBSC-SCL verwendet, die Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erfolgte über den KIDSCREEN-10 Fragebogen. Die Auswertung erfolgte mittels deskriptiver Statistik, der Berechnung relativer Häufigkeiten und bivariater Analysen. Die Perspektiven der Kinder und ihrer Eltern wurden im April 2021 durch eine Interviewstudie mit sieben in Hamburg tätigen Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin ergänzt. Die Auswertung folgte den Kriterien der systematischen Inhaltsanalyse.

Ergebnisse. Im Vergleich zu bundesweiten Daten vor Ausbruch der Covid-19-Pandemie kam es bei allen erfragten psychosomatischen Beschwerden zu einer signifikanten Zunahme während der ersten Welle der Covid-19-Pandemie in Hamburg. So haben sich die Prävalenzen für Kopfschmerzen und Niedergeschlagenheit nahezu verdoppelt. Beobachtungen in einigen Hamburger Kinderarztpraxen weisen in dieselbe Richtung. Mädchen und ältere Jugendliche, zwischen 14 bis 17 Jahren, sind signifikant häufiger davon betroffen als Jungen und Kinder zwischen 11 und 13 Jahren. Zudem schätzen die Eltern die subjektive Beschwerdelast ihrer Kinder signifikant geringer ein als die Kinder es in der

Selbstbefragung berichten. Die Befragung von Kindern und Eltern im Frühsommer 2020 zeigt bereits eine abnehmende Tendenz hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die Experteninterviews bestätigen diese Entwicklung. Eine Abnahme der Lebensqualität der Heranwachsenden wird auch im kinderärztlichen Kontakt deutlich und Beeinträchtigungen der altersgerechten Entwicklung, körperliche Beschwerden und psychische Störungen werden vermehrt beobachtet.

Schlussfolgerung. Die Ergebnisse zeigen, dass sich mit Ausbruch der Covid-19-Pandemie die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen in Hamburg verschlechtert hat und psychosomatische Beschwerden zugenommen haben. Es ist deshalb von hoher Relevanz, das vorhandene Netzwerk an sozialen und psychologischen Hilfen auszubauen und besonders in den unterversorgten, sozialschwachen Stadtteilen adressatengerechte Hilfsangebote zu etablieren. Diese Aufgabe endet nicht mit der Covid-19-Pandemie, denn es kann für die Betroffenen selbst und auch das Gesundheitssystem weitreichende Folgen haben, wenn es nicht gelingt die Versorgungssituation dem tatsächlichen Bedarf anzupassen. Die Folgen dieser Entwicklung und die Perspektiven für Betroffene sind in zukünftigen Studien zu untersuchen.

10 Abstract

Background. When the COVID-19 pandemic reached Germany at the beginning of the year 2020, social life changed significantly with the closure or reduced operation of public as well as private institutions and contact restrictions. These events caught the entire population unprepared. In regard of our population, children and adolescents are amongst the most vulnerable and many aspects of the restriction's impact on their physical and mental health are still unknown. The aim of this study is to examine the health-related quality of life and the burden of psychosomatic complaints of children and adolescents in Hamburg at the beginning of the COVID-19 pandemic in comparison to the time before the pandemic.

Methods. During the first wave of the COVID-19 pandemic in May and June 2020, children and adolescents aged 11 to 17 years as well as their parents (n= 1037) were investigated online in a sub-study of the nationwide COPSY- (COVID-19 and PSYchological Health-) study based on the Hamburg population. The measure to assess psychosomatic complaints was the HBSC-SCL, while the health-related quality of life was assessed by using the KIDSCREEN-10-questionnaire. The findings were analysed using descriptive statistics, the calculation of relative frequencies and bivariate analyses. As an addition to the perspectives of the children and their parents, paediatricians located in Hamburg were interviewed in April 2021. The interview study's evaluation followed the criteria of the qualitative content analysis.

Results. Compared to nationwide data from before the outbreak of the COVID-19 pandemic, there was a significant increase in all investigated psychosomatic complaints during the first wave of the pandemic in Hamburg. The prevalences for headaches and feeling low have almost doubled. This was also noticeable in some paediatric practices. Girls were affected significantly more often than boys, and adolescents aged 14 to 17 were significantly more often affected than children between 11 and 13 years of age. In addition, parents rated the burden of their children's psychosomatic complaints significantly lower than the children themselves. In regard to the health-related quality of life, the investigation of children and parents in early summer 2020 already revealed a decreasing trend. This trend was affirmed with the results of the interview study in Spring 2021.

Paediatric patients showed impairments of age-appropriate development, physical complaints and psychological symptoms more frequently.

Conclusions. The results show that with the outbreak of the COVID-19 pandemic, the quality of life of children and adolescents in Hamburg has decreased and psychosomatic complaints have increased. It is therefore highly relevant to expand and improve the network of social and psychological help. Especially in the socially deprived areas, support services should be established to meet the actual needs. This mission does not end with the COVID-19 pandemic, because there may be extensive consequences for those affected themselves and also for the health system in general. The further consequences of this development and the perspectives for those affected are to be examined in future studies.

11 Literatur

Adibelli, D., Sümen, A. (2020). The effect of the coronavirus (COVID-19) pandemic on health-related quality of life in children. *Child Youth Serv Rev.*, 119:105595. doi: 10.1016/j.chilyouth.2020.105595

Andresen, S., Lips, A., Möller, R., Rusack, T., Schröer, W., Thomas, S., Wilmes, J. (2020). Kinder, Eltern und ihre Erfahrungen während der Corona-Pandemie. Erste Ergebnisse der bundesweiten Studie KiCo. doi.org/10.18442/121

Androutsos, Odysseas et al. (2021). Lifestyle Changes and Determinants of Children's and Adolescents' Body Weight Increase during the First COVID-19 Lockdown in Greece: The COV-EAT Study. *Nutrients* vol. 13,3 930. doi:10.3390/nu13030930

Bantel, S., Bultkamp, M, Wunsch, A. (2021). Kindergesundheit in der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen und einer Elternbefragung in der Region Hannover. *Bundesgesundheitsblatt* 2021, 64:1541-1550. doi: 10.1007/s00103-021-03446-2.

Barkmann, C., Erhart, M., Schulte-Markwort, M.; BELLA Study Group (2008). The German version of the Centre for Epidemiological Studies Depression Scale for Children: psychometric evaluation in a population-based survey of 7 to 17 years old children and adolescents--results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. Suppl 1:116-24. doi: 10.1007/s00787-008-1013-0. PMID: 19132311.

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz; Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration der Freien Hansestadt Hamburg (2019). *Hamburger Psychiatriebericht 2019*.

Birmaher, B., Brent, DA., Chiapetta, L. et al. (1999). Psychometric properties of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): a replication study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38: 1230- 1236. doi: 10.1097/00004583-199910000-00011

Bisegger, C., Cloetta, B., von Rueden, U., Abel, T., Ravens-Sieberer, U.; European Kidscreen Group (2005). Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Soz Präventivmed*. 50(5):281-91. doi: 10.1007/s00038-005-4094-2.

Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (2014): „*Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung.*“ Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Brazendale, K., Beets, MW., Weaver, RG., Pate, RR., Turner-McGrievy, GM., Kaczynski, AT., Chandler, JL., Bohnert, A., von Hippel, PT. (2017) Unterschiede zwischen sommerlichem vs. schulbezogenem Verhalten von Kindern verstehen: die Hypothese der strukturierten Tage. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 26. (1): 100. doi: 10.1186/s12966-017-0555-2. PMID: 28747186; PMCID: PMC5530518.

Brill, SR., Patel, DR., MacDonald, E. (2001). Psychosomatic disorders in pediatrics. *Indian J Pediatr.* 68(7):597-603. doi: 10.1007/BF02752270.

Bruining, Hilgo et al. (2020). COVID-19 and child and adolescent psychiatry: an unexpected blessing for part of our population? *European child & adolescent psychiatry.* doi:10.1007/s00787-020-01578-5

Cantril, H. (1965), *The Pattern of Human Concerns.* New Brunswick, NJ: *Rutgers University Press.*

Calvano, Claudia et al. (2021). Families in the COVID-19 pandemic: parental stress, parent mental health and the occurrence of adverse childhood experiences-results of a representative survey in Germany. *European child & adolescent psychiatry.* doi:10.1007/s00787-021-01739-0

Choi, J., Park, Y., Kim, H. E., Song, J., Lee, D., Lee, E., Kang, H., Lee, J., Park, J., Lee, J. W., Ye, S., Lee, S., Ryu, S., Kim, Y., Kim, Y. R., Kim, Y. J., & Lee, Y. (2021). Daily Life Changes and Life Satisfaction among Korean School-Aged Children in the COVID-19 Pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 18(6), 3324. doi: 10.3390/ijerph18063324

Cusinato, M., Iannattone, S., Spoto, A., Poli, M., Moretti, C., Gatta, M., Miscioscia, M. (2020). Stress, Resilience, and Well-Being in Italian Children and Their Parents during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*, 17(22):8297. doi: 10.3390/ijerph17228297

Duan, Li et al. (2020). An investigation of mental health status of children and adolescents in china during the outbreak of COVID-19. *Journal of affective disorders.* 275: 112-118. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.029

Ellert, U., Brettschneider, AK., Ravens-Sieberer, U.; KiGGS Study Group (2014). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1) [Health-related quality of life in children and adolescents in Germany: results of the KiGGS study: first follow-up (KiGGS Wave 1)]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 57(7):798-806. German. doi: 10.1007/s00103-014-1978-4.

Ellis, W. E., Dumas, T. M., & Forbes, L. M. (2020). Physically isolated but socially connected: Psychological adjustment and stress among adolescents during the initial COVID-19 crisis. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 52(3), 177-187. doi:10.1037/cbs0000215

Erhart, M., Ottova, V., Gaspar, T., Jericek, H., Schnohr, C., Alikasifoglu, M., Morgan, A., Ravens-Sieberer, U.; HBSC Positive Health Focus Group. (2009). Measuring mental health and well-being of school-children in 15 European countries using the KIDSCREEN-10 Index. *Int J Public Health*. 2:160-6. doi: 10.1007/s00038-009-5407-7.

Fegert, JM., Vitiello, B., Plener, PL., Clemens, V. (2020). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. doi:10.1186/s13034-020-00329-3

Fegert, JM., Zepp, F., Kerbel, M. (2021). Pädiatrische Psychosomatik. *Monatsschr Kinderheilkd*. 169:603-605. doi:10.1007/s00112-021-01185-x.

Fertmann, R., Saier, U., Ravens-Sieberer, U., Otto, C., Kaman, A. (2021). *Psychosoziale Gesundheit von Hamburger Kindern und Jugendlichen im Corona-Frühsummer 2020*. Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde).

Flick, U. (2019): „*Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*.“ Rowohlt Verlag GmbH.

Francisco, R., Pedro, M., Delvecchio, E., Espada, JP., Morales, A., Mazzeschi, C., Orgilés, M. (2020). Psychological Symptoms and Behavioral Changes in

Children and Adolescents During the Early Phase of COVID-19 Quarantine in Three European Countries. *Front Psychiatry*. 3;11:570164. doi: 10.3389/fpsy.2020.570164. PMID: 33343415; PMCID: PMC7744455.

Freire, T., Ferreira, G. (2018). Health-related quality of life of adolescents: Relations with positive and negative psychological dimensions. *International Journal of Adolescence and Youth* 23(1). Doi: 10.1080/02673843.1016.1262268.

Garralda, ME. (2010). Unexplained physical complaints. *Child Adolesc Psychiatr Clin N* 19(2):199-209, vii. doi: 10.1016/j.chc.2010.01.002.

Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 38: 581-586. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545

Hart, SL., Hodgkinson, SC., Belcher, HM., Hyman, C., Cooley-Strickland, M. (2013). Somatic symptoms, peer and school stress, and family and community violence exposure among urban elementary school children. *J Behav Med*. 36(5):454-65. doi: 10.1007/s10865-012-9440-2.

Haugland, S., Wold, B. (2001). Subjective health complaints in adolescence--reliability and validity of survey methods. *J Adolesc*. 2001;24(5):611-624. doi:10.1006/jado.2000.0393

HBSC-Studienverbund Deutschland (2020). Studie Health Behaviour in School-aged Children – *Faktenblatt „Psychosomatische Beschwerdelast von Kindern und Jugendlichen“* (Autorinnen Wüstner, Ravens-Sieberer)

HBSC-Studienverbund Deutschland* (2020). Studie Health Behaviour in School-aged Children – *Faktenblatt „Methodik der HBSC-Studie“* (AutorInnen Moor, Hinrichs, Heilmann, Richter).

Holmes, EA., O'Connor, RC., Perry, VH., Tracey, I. et al. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry* 7(6): 547-560. doi:10.1016/S2215-0366(20)30168-1

Jellesma, FC., Rieffe, C., Terwogt, MM., Westenberg, PM. (2008). Do parents reinforce somatic complaints in their children? *Health Psychol*. 27(2):280-5. doi: 10.1037/0278-6133.27.2.280.

Jones, E., Mitra, AK., Bhuiyan, AR. (2021). "Impact of COVID-19 on Mental Health in Adolescents: A Systematic Review." *International journal of environmental research and public health* vol. 18,5 2470. doi:10.3390/ijerph18052470.

Joseph, Shijo John et al. (2020). School Closures and Mental Health Concerns for Children and Adolescents during the COVID-19 Pandemic. *Psychiatria Danubina* vol. 32,2 (2020): 309-310.

Kaman, A. et al. (2021). Belastungserleben und psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Hamburg während der Covid-19-Pandemie. *Nervenheilkunde* 2021; 40: 319–326. doi: 10.1055/a-1397-5400

Kaman, A., Ottová-Jordan, V., Bilz, L., Sudeck, G., Moor, I., Ravens-Sieberer, U. (2020). Subjektive Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in Deutschland- Querschnittsergebnisse der HBSC-Studie 2017/18. *Journal of Health Monitoring* S(3). doi:10.25646/6891

Kim, S. J., Lee, S., Han, H., Jung, J., Yang, S. J., & Shin, Y. (2021). Parental Mental Health and Children's Behaviors and Media Usage during COVID-19-Related School Closures. *Journal of Korean medical science* vol. 36,25 e184. doi: 10.3346/jkms.2021.36.e184

Klasen, F., Reiß, F., Otto, C. (2017). Die BELLA-Studie – das Modul zur psychischen Gesundheit in KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring* 2(S3): 55–65. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-103

König, W., Lüttinger, P., Müller, W. (1988.) „A comparative analysis of the development and structure of educational systems. Methodological foundations and the construction of a comparative educational scale.“ *CASMIN-Working Paper No. 12*. Institut für Sozialwissenschaften, Mannheim

Krause, KR., Chung, S., Adewuya, AO., Albano, AM., Babins-Wagner, R., Birkinshaw, L., Brann, P., Creswell, C., Delaney, K., Falissard, B., Forrest, CB., Hudson, JL., Ishikawa, SI., Khatwani, M., Kieling, C., Krause, J., Malik, K., Martínez, V., Mughal, F., Ollendick, TH., Ong, SH., Patton, GC., Ravens-Sieberer, U., Szatmari, P., Thomas, E., Walters, L., Young, B., Zhao, Y., Wolpert, M. (2021) International consensus on a standard set of outcome measures for child and youth anxiety, depression, obsessive-compulsive disorder, and post-

traumatic stress disorder. *Lancet Psychiatry*. 8(1):76-86. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30356-4. PMID: 33341172.

Kroenke, K., Strine, TW., Spitzer, RL., Williams, JB., Berry, JT., Mokdad, AH. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population (2009). *J Affect Disord.*, 114(1-3):163-73. doi: 10.1016/j.jad.2008.06.026. Epub 2008 Aug 27. PMID: 18752852.

Langmeyer, A., Guglhör-Rudan, A., Naab, T., Urlen, M., Winklhofer, U. (2020). Kind sein in Zeiten von Corona. Ergebnisbericht zur Situation von Kindern während des Lockdowns im Frühjahr 2020. München.

Loades, ME., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., McManus, MN., Borwick, C., Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 59(11):1218-1239.e3. doi: 10.1016/j.jaac.2020.05.009

Tang, S., Xiang, M., Cheung, T., Xiang, Y. (2021). "Mental health and its correlates among children and adolescents during COVID-19 school closure: The importance of parent-child discussion." *Journal of affective disorders* vol. 279 (2021): 353-360. doi:10.1016/j.jad.2020.10.016

Lechert, Y., Schroedter, J., Lüttinger, P. (2006). „Die Umsetzung der Bildungsklassifikation CASMIN für die Volkszählung 1970, die Mikrozensus-Zusatzerhebung 1971 und die Mikrozensus 1976–2004.“ *ZUMA-Methodenbericht 2006/2012*. ZUMA, Mannheim

Lösel, F., Weiss, M. (2015): "Sozialisation und Problemverhalten." *Handbuch Sozialisationsforschung*. Hrsg. K. Hurrelmann, U. Bauer, M. Grundmann & S. Walper, Weinheim: Beltz. S. 713-732.

Löwe, B., Kroenke, K., Gräfe, K. (2005). Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *J Psychosom Res* 58: 163-171.doi: 10.1061/jpsychores.2004.09.006.

- López-Bueno, Rubén et al. (2020). Health-Related Behaviors Among School-Aged Children and Adolescents During the Spanish Covid-19 Confinement. *Frontiers in pediatrics*. doi:10.3389/fped.2020.00573
- Magson, N. R., Freeman, J., Rapee, R. M., Richardson, C. E., Oar, E. L., & Fardouly, J. (2021). Risk and Protective Factors for Prospective Changes in Adolescent Mental Health during the COVID-19 Pandemic. *Journal of youth and adolescence*. doi:10.1007/s10964-020-01332-9
- Meade, T., Dowswell, E. (2015). Gesundheitsbezogene Lebensqualität in einer Stichprobe australischer Jugendlicher: Geschlechter- und Altersvergleich. *Qual Life Res*. 24(12):2933-8. doi: 10.1007/s11136-015-1033-4.
- Naumann, E., von den Driesch, E., Schumann, A., Thönnissen, C. (2021). Anstieg depressiver Symptome bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen während des ersten Lockdowns in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt* 64:1533-1540. doi: 10.1007/s00103-021-03451-5.
- Otto, C., Reiss, F., Voss, C., Wüstner, A., Meyrose, AK., Hölling, H., Ravens-Sieberer, U. (2021). Mental health and well-being from childhood to adulthood: design, methods and results of the 11-year follow-up of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 30(10):1559-1577. doi: 10.1007/s00787-020-01630-4.
- Otto, C., Haller, AC., Klasen, F., Hölling, H., Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U.; BELLA study group (2017). Risk and protective factors of health-related quality of life in children and adolescents: Results of the longitudinal BELLA study. *PLoS One*. 12(12):e0190363. doi: 10.1371/journal.pone.0190363.
- Ottová, V. (2012) Trends in der subjektiven Gesundheit und des gesundheitlichen Wohlbefindens von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der HBSC-Studie 2002-2010. *Gesundheitswesen* 2012; 74 (Suppl 1): S15-S24
- Ottová-Jordan, V., Bletsch, A., Ravens-Sieberer, U. (2015): „*Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in Hamburg.*“, Pabst Science Publishers, Lengerich. S.109.
- Poethko-Müller, C., Kuntz, B., Lampert, T., Neuhauser, H. (2018): Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland –

Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(1): 8–15. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-004

Prime, H., Wade, M., Browne, DT. (2020): Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *Am Psychol.* 75(5):631-643. doi:10.1037/amp0000660

Quenzel, G. (2015): „Das Konzept der Entwicklungsaufgaben“, *Handbuch Sozialisationsforschung*, Hrsg. Hurrelmann, K., Bauer, U., Grundmann, M., Walper, S., Beltz Verlag, Weinheim und Basel. S.242.

Rabe, JE., Schillok, H., Merkel, C., Voss, Coenen, M., De Bock, F., von Räden, U., Bramesfeld, A., Jung-Sievers, C., COSMO-Gruppe (2021). *Bundesgesundheitsbl* 2021 · 64:1500–1511. doi.org/10.1007/s00103-021-03453-3.

Ranjbar, Keivan et al. (2021). Students' attitude and sleep pattern during school closure following COVID-19 pandemic quarantine: a web-based survey in south of Iran. *Environmental health and preventive medicine* vol. 26. doi:10.1186/s12199-021-00950-4

Rathgeb, C., Schillok, H., Voss, S., Coenen, M., Schulte-Körne, G., Merkel, C., Eitze, S., Jung-Sievers, C. (2022). Emotional Situation of Children and Adolescents during the COVID-19 Pandemic in Germany: Results from the COVID-19 Snapshot Monitoring Study (COSMO). *Int. J. Environ. Res. Public Health*. doi.org/10.3390/ijerph19052698

Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Devine, J., Gilbert, M., Reiss, F., Barkmann, C., Siegel, N. A., Simon, A. M., Hurrelmann, K., Schlack, R., Hölling, H., Wieler, L. H., & Kaman, A. (2022). Child and Adolescent Mental Health During the COVID-19 Pandemic: Results of the Three-Wave Longitudinal COPSY Study. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 71(5), 570–578. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.06.022>

Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Otto, C., Devine, J., Löffler, C., Hurrelmann, K., Bullinger, M., Barkmann, C., Siegel, N. A., Simon, A. M., Wieler, L. H., Schlack, R., & Hölling, H. (2021). Quality of life and mental health in children

and adolescents during the first year of the COVID-19 pandemic: results of a two-wave nationwide population-based study. *European child & adolescent psychiatry*, 1–14. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01889-1>

Ravens-Sieberer, U., Herdman, M., Devine, J., Otto, C., Bullinger, M., Rose, M., Klasen, F. (2014). The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: development, current application, and future advances. *Qual Life Res.* 2014 Apr;23(3):791-803. doi: 10.1007/s11136-013-0428-3

Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Rajmil, L., Herdman, M., Auquier, P., Bruil, J., Power, M., Duer, W., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. European KIDSCREEN Group (2010). Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: a short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Qual Life Res.* 2010 Dec;19(10):1487-500. doi: 10.1007/s11136-010-9706-5

Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Torsheim, T., Hetland, J., Freeman, J., Danielson, M., Thomas, C., HBSC Positive Health Group (2008). An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *Eur J Public Health.* 18(3):294-9. doi: 10.1093/eurpub/ckn001.

Ravens-Sieberer, U. (2008). Die Kidscreen Studie „Screening for an promotion of Children an Adolescents Health: A European Public Health Perspektive (KIDSCREEN)“

Ravens-Sieberer, U., The European KIDSCREEN Group (2006) *The KIDSCREEN Questionnaires- Quality of life questionnaires for children and adolescents – Handbook.* Lengerich: Pabst Science Publisher.

Russell, BS., Hutchison, M., Tambling, R., Tomkunas, AJ., Horton, AL. (2020). Initial Challenges of Caregiving During COVID-19: Caregiver Burden, Mental Health, and the Parent-Child Relationship. *Child psychiatry and human development* vol. 51(5): 671-682. doi:10.1007/s10578-020-01037-x

Schlack, E., Neuperdt, L., Hölling, H., De Bock, F., Ravens-Sieberer, U. et al. (2020). Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der

Eindämmungsmaßnahmen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *Journal of Health Monitoring* 5(4): 23–34. DOI 10.25646/7173.

Schmidt, S.J., Barblan, L.P., Lory, I., Landolt, M.A. (2021). Age-related effects of the COVID-19 pandemic on mental health of children and adolescents. *European journal of psychotraumatology* 12(1): 1901407. doi:10.1080/20008198.2021.1901407.

Schneewind, K., Beckmann, M., Hecht-Jackl, A. (1985). Familienklima-Skalen. *Bericht 8.1 und 8.2. München: Ludwig Maximilian Universität, Institut für Psychologie-Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnostik*

Stelzig, O., Sevecke, K. (2019). Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 68/2019, 592-605. DOI:

Swain, M.S., Henschke, N., Kamper, S.J., Gobina, I., Ottová-Jordan, V., Maher, C.G. (2014). An international survey of pain in adolescents. *BMC Public Health*. 14:447. doi: 10.1186/1471-2458-14-447. PMID: 24885027; PMCID: PMC4046513.

Tang, S., Xiang, M., Cheung, T., Xiang, Y. (2021). "Mental health and its correlates among children and adolescents during COVID-19 school closure: The importance of parent-child discussion." *Journal of affective disorders* vol. 279 (2021): 353-360. doi:10.1016/j.jad.2020.10.016

Tutelman, P. R., Langley, C. L., Chambers, C. T., Parker, J. A., Finley, G. A., Chapman, D., Jones, G. T., Macfarlane, G. J., & Marianayagam, J. (2021). Epidemiology of chronic pain in children and adolescents: a protocol for a systematic review update. *BMJ open*, 11(2). doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043675.

Unicef data (2020) Child and adolescent health and covid-19

Vaičiūnas, T., Šmigelskas, K. (2019). The Role of School-Related Well-Being for Adolescent Subjective Health Complaints. *Int J Environ Res Public Health*. 16(9):1577. doi: 10.3390/ijerph16091577.

Vanaelst, B., De Vriendt, T., Ahrens, W. et al. (2012). Prevalence of psychosomatic and emotional symptoms in European school-aged children and

its relationship with childhood adversities: results from the IDEFICS study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 21(5):253-265. doi:10.1007/s00787-012-0258-9.

Walsh, SD., Sela, T., De Looze, M., Craig, W., Cosma, A., Harel-Fisch, Y., Boniel-Nissim, M., Malinowska-Cieślik, M., Vieno, A., Molcho, M., Ng, K., Pickett, W. (2020). Clusters of Contemporary Risk and Their Relationship to Mental Well-Being Among 15-Year-Old Adolescents Across 37 Countries. *J Adolesc Health*. 66(6S): S40-S49. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.02.012.

Wang, Lin et al. (2021). Risk factors and prediction nomogram model for psychosocial and behavioural problems among children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A national multicentre study: Risk Factors of Childhood Psychosocial Problems. *Journal of affective disorders* vol. 294: 128-136. doi: 10.1016/j.jad.2021.06.077

Xiang, Mi et al. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on children and adolescents' lifestyle behavior larger than expected. *Progress in cardiovascular diseases* vol. 63,4: 531-532. doi: 10.1016/j.pcad.2020.04.013

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2018 „Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden“

Sozialmonitoring Integrierte Stadtteilentwicklung- Gesamtindex 2021, Statistikamt Nord, IfBQ Hamburg Stand: 31.12.2020

12 Anhang

12.1 Anschreiben Copsy-Studie Hamburg



Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf · Forschungssektion 'Child Public Health'
Haus W29 · Martinistraße 52, 20246 Hamburg

Telefon: 040 7410-58863
E-Mail: copsy-studie@uke.de
Homepage: www.uke.de/cph/copsy

An

«TitelGV1»«VornameGV1» «NachnameGV1»
«StreetKids»
«PostleitzahlKids» «StadtKids»

11. April 2024

Einladung zur Teilnahme an der COPSY Hamburg-Studie

Liebe Eltern von «VornameKids» «NachnameKids»,

wir möchten sowohl Sie, als auch «VornameKids», hiermit herzlich einladen, an unserer **COPSY Hamburg-Studie** zur Erforschung der psychosozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen während der Corona-Krise teilzunehmen. Die Studie führt das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) durch. Die Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) unterstützt das Vorhaben.

Worum geht es? Die Corona-Krise hat das Umfeld und den Alltag Ihrer Kinder verändert. Schulen und Freizeiteinrichtungen sind teilweise geschlossen. Der Kontakt zu Freunden und Verwandten ist eingeschränkt. Mit der **COPSY Hamburg-Studie** möchten wir herausfinden, wie es Kindern und Jugendlichen in dieser Situation geht und wie sie sich fühlen. Nähere Informationen zur Studie finden Sie auf unserer Homepage www.uke.de/cph/copsy.

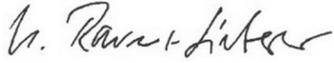
Warum wurden gerade Sie ausgewählt? Nach gewissenhafter Prüfung unserer Studie und unter Berücksichtigung der geltenden Gesetze hat uns das Einwohnermeldeamt Hamburg die Namen und Adressen von zufällig ausgewählten Familien mit Kindern im Alter von 11 bis 17 Jahren zur Verfügung gestellt. Dabei wurde auch Ihre Familie gezogen. **Uns liegen keine vertraulichen Informationen über Sie oder Ihr Kind vor.** Es ist Ihre freie Entscheidung, ob Sie an der Studie teilnehmen möchten.

Welchen Nutzen bringt Ihre Teilnahme? Die Studie soll uns helfen, die psychosoziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Krisensituationen besser zu verstehen. Daraus können wir wichtige Empfehlungen und Ansätze für die Gesundheitsförderung und Prävention ableiten. Die Studie liefert allerdings nur bei einer hohen Teilnehmerzahl aussagekräftige Ergebnisse. **Ihre Teilnahme ist daher für das Gelingen der Studie sehr wichtig.**

Wie läuft die Befragung ab? Fragen rund um den Datenschutz beantwortet Ihnen die beiliegende Datenschutzerklärung. Zur Teilnahme an der Online-Befragung gehen Sie auf unser Studienportal www.ichbingefragt.de. Ihr individuelles Passwort für die Anmeldung lautet **«TokenEltern»**. Zu Beginn der Befragung werden Sie gebeten anzugeben, ob Sie mit Ihrer Teilnahme sowie der Teilnahme Ihres Kindes einverstanden sind. Ihr Kind nimmt auf dem gleichen Studienportal und mit

einem eigenen Passwort teil. Nähere Informationen haben wir in dem beiliegenden Brief für Ihr Kind zusammengefasst. Falls es Ihnen lieber ist, die Fragen **telefonisch oder per Papierfragebogen** zu beantworten, geben Sie uns bitte Bescheid. Der Zeitaufwand für die Teilnahme an der Befragung beträgt 15 Minuten.

Rufen Sie uns gerne auf unserem Studientelefon (**040 7410-58863**) an, falls Sie noch Fragen haben oder schreiben Sie uns eine E-Mail an **copsy-studie@uke.de**. Wir bedanken uns im Voraus schon einmal ganz herzlich für Ihre Teilnahme!



Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer für das COPSY Hamburg-Studenteam

Datenschutzerklärung

Die COPSY Hamburg-Studie führt das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) unter der Leitung von Frau Prof. Ulrike Ravens-Sieberer durch. Wir untersuchen in der Studie die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Corona-Krise sowie zugehörige wichtige Einflussfaktoren. Die Studie wurde vorab von der Lokalen Psychologischen Ethikkommission am Zentrum für Psychosoziale Medizin (LPEK) des UKE ethisch und fachrechtlich beraten sowie vom Datenschutzbeauftragten des UKE begleitet. Die Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) ist über das Vorgehen informiert und befürwortet die Studie. Alle an der COPSY Hamburg-Studie beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind an die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und das Hamburgische Datenschutzgesetz gebunden. Alle personenbezogenen Kontaktdaten und die Befragungsdaten der Studie werden hoch vertraulich behandelt.

Ihre Kontaktdaten haben wir aus dem Melderegister der Stadt Hamburg (Zentrale Stelle für Meldeangelegenheiten) auf der Grundlage des § 46 des Bundesmeldegesetzes unter Einhaltung der Datenschutzgrundverordnung (Art. 6 und 14) als sogenannte Gruppenauskunft erhalten. Dafür wurde eine Zufallsstichprobe von 7.500 Familien mit Kindern im Alter von 11 bis 17 Jahren gezogen. Ihre Kontaktdaten werden ausschließlich zur Durchführung dieser Studie genutzt. Wenn Sie zur Teilnahme bereit sind, beantworten Sie und Ihr Kind online Fragen zum Alter und Geschlecht, zur Bildung, zu psychischen Auffälligkeiten und zum Wohlbefinden der Kinder sowie zu Ihrem Befinden während der Krise.

Grundsätzlich halten wir die Kontaktdaten und Befragungsdaten getrennt. Nur die Leiterin der Studie sowie von ihr explizit autorisierte Mitarbeiter am UKE haben Zugang zu einem Schlüssel, der es erlaubt, Kontaktdaten und Befragungsdaten miteinander zu verbinden (Pseudonymisierung). Spätestens zwei Jahre nach Beginn dieser Studie werden die Kontaktdaten und der zugehörige Schlüssel gelöscht sowie die Befragungsdaten anonymisiert. Eine Zuordnung der Befragungsdaten zu den Kontaktdaten ist dann selbst für autorisierte Mitarbeiter nicht mehr möglich.

Wir werten Ihre Befragungsdaten ausschließlich zu Forschungszwecken aus. Die Auswertungen finden anhand der anonymisierten Daten statt. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Bei Nichtteilnahme, Verweigerung oder Widerruf entstehen Ihnen keinerlei Nachteile. Sie haben auch das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten sowie auf Löschung Ihrer personenbezogenen Daten.

Haben Sie Fragen oder möchten Sie eines dieser Rechte in Anspruch nehmen, wenden Sie sich bitte an die Projektleiterin bzw. an das Studenteam der COPSY Hamburg-Studie:

Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Zentrum für Psychosoziale Medizin, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
-psychotherapie und -psychosomatik, Forschungssektion "Child Public Health"
Martinistraße 52, Gebäude W 29, 20246 Hamburg
Telefon: 040 7410-52992, Fax: 040 7410-55105
E-Mail: ravens-sieberer@uke.de

Das Team der COPSY Hamburg-Studie:

Telefon: 040 7410-58863

E-Mail: copsy-studie@uke.de

Sollten Sie Fragen zur Datenverarbeitung haben, können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten des UKE wenden:

Matthias Jaster, Martinistraße 52, 20246 Hamburg

Telefon: 040 7410-56890

E-Mail: dsb@uke.de

Eine ausführliche Version dieser Datenschutzerklärung finden Sie auf unserem Studienportal unter folgendem Link: www.ichbingefragt.de.

Deine Teilnahme an der COPS Y Hamburg-Studie



Hallo «VornameKids»,

wir möchten dich herzlich einladen, an unserer **COPS Y Hamburg-Studie** teilzunehmen. Die Studie führen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) durch.

Seit dem Ausbruch der Corona-Krise in Deutschland hat sich einiges verändert. Du kannst nicht mehr wie gewohnt in die Schule gehen oder dich mit deinen Freundinnen und Freunden treffen. Du gehst nicht mehr in den Sportverein, Kurse am Nachmittag fallen aus. In unserer **COPS Y Hamburg-Studie** möchten wir erfahren, wie es dir und anderen Kindern und Jugendlichen in dieser besonderen Zeit geht und wie ihr euch fühlt. Mit der Beantwortung unserer Fragen hilfst du uns zu erfahren, wie wir Kindern und Jugendlichen in solchen Zeiten zukünftig besser helfen können, mit der Situation zurechtzukommen.

Mittlerweile haben schon viele Kinder und Jugendliche an der **COPS Y Hamburg-Studie** teilgenommen. **Jetzt fehlt noch deine Stimme.** Du bist gefragt, weil...

- * wir für aussagekräftige Ergebnisse jede Stimme benötigen.
- * deine Antwort von niemand anderem außer dir gegeben werden kann.
- * du stellvertretend für viele andere Kinder und Jugendliche in Hamburg antwortest.

Bevor du bei unserer Studie mitmachen kannst, müssen deine Eltern mit deiner Teilnahme einverstanden sein. Dann kannst du unser Studienportal www.ichbingefragt.de besuchen und dein persönliches Passwort «**TokenKind**» eingeben. Dann kann es losgehen. Die Online-Befragung dauert etwa 10 Minuten und ist absolut vertraulich. Das bedeutet, dass niemand deine Antworten mit deinem Namen in Verbindung bringen kann.

Bei Fragen ruf uns gerne auf dem Studientelefon an unter **040 7410-58863** oder schreib uns eine E-Mail an copsy-studie@uke.de.

Vielen Dank für deine Teilnahme im Voraus!

Dein COPS Y Hamburg-Studenteam

12.2 Einwilligungserklärungen Copsy-Studie Hamburg

Einwilligungserklärung Eltern

Ich bin über die Ziele und den Inhalt der **COPSY Hamburg-Studie** und die Einhaltung des Datenschutzes (siehe Datenschutzerklärung) informiert worden. Die Erhebung, Verarbeitung und wissenschaftliche Nutzung meiner Daten, wie in dem Informationsschreiben beschrieben, umfasst folgende Punkte:

1. die Verarbeitung und Nutzung meiner Teilnehmerdaten für die Forschung ausschließlich wie in dem Informationsschreiben beschrieben und mit getrennter Verwaltung des Namens und anderer direkt identifizierender Daten (Codierung).

2. die wissenschaftliche Analyse und Nutzung meiner codierten Teilnehmerdaten durch das Studienteam der COPSY Hamburg-Studie; eine Weitergabe der Daten außerhalb des Studienteams der COPSY Hamburg-Studie an Dritte erfolgt nicht.

Meine Einwilligung ist **freiwillig!** Ich kann meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen beim Studienteam der COPSY Hamburg-Studie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf vollständig oder in Teilen widerrufen, ohne dass mir irgendwelche Nachteile entstehen. Beim Widerruf werden die auf Grundlage dieser Einwilligung gespeicherten Daten gelöscht. Daten aus bereits durchgeführten Analysen können nicht mehr entfernt werden.

Ich wurde über die Nutzung meiner Daten informiert und erteile im vorgenannten Rahmen meine Einwilligung. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und alle meine eventuellen Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet. Ich wurde darüber informiert, dass ich ein Exemplar der Teilnehmerinformation und eine Kopie der unterschriebenen Einwilligungserklärung erhalten kann.

Ich willige ein in die Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und wissenschaftliche Nutzung **meiner Teilnehmerdaten** wie oben beschrieben.

JA / NEIN

Möglichkeit einer erneuten Kontaktaufnahme

Ich willige ein, dass ich vom Studienteam der COPSY Hamburg-Studie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf erneut kontaktiert werden darf, um gegebenenfalls zu Folgebefragungen im Rahmen dieser Studie eingeladen zu werden.

JA / NEIN

Einwilligungserklärung für Eltern zur Teilnahme ihrer Kinder

Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Teilnahme meines Kindes an der Online-Befragung und mit der Erhebung, Verarbeitung und wissenschaftlichen Nutzung der Daten meines Kindes einverstanden bin. Die Fragen, die meinem Kind gestellt werden, betreffen das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit meines Kindes. Die Fragen sind demnach den Fragen sehr ähnlich, die ich als Elternteil aus meiner Perspektive beantworte. Es wird keine psychiatrische Diagnostik durchgeführt, sondern es werden subjektive Einschätzungen zu ausgewählten Symptomen erfragt, die auf einzelne psychische Auffälligkeiten hinweisen können. Die Verarbeitung und wissenschaftliche Nutzung der Daten meines Kindes umfasst folgende Punkte:

1. die Verarbeitung und Nutzung der Teilnehmerdaten meines Kindes für die Forschung

ausschließlich wie in dem Informationsschreiben beschrieben und mit getrennter Verwaltung des Namens und anderer direkt identifizierender Daten (Codierung).

2. die wissenschaftliche Analyse und Nutzung der codierten Teilnehmerdaten meines Kindes

durch das Studienteam der COPSY Hamburg-Studie; eine Weitergabe der Daten außerhalb des Studienteams der COPSY Hamburg-Studie an Dritte erfolgt nicht.

Meine Einwilligung ist **freiwillig!** Ich kann meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen beim Studienteam der COPSY Hamburg-Studie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf vollständig oder in Teilen widerrufen, ohne dass mir irgendwelche Nachteile entstehen. Beim Widerruf werden die auf Grundlage dieser Einwilligung gespeicherten Daten gelöscht. Daten aus bereits durchgeführten Analysen können nicht mehr entfernt werden.

Ich wurde über die Nutzung der Daten meines Kindes informiert und erteile im vorgenannten Rahmen meine Einwilligung. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und alle meine eventuellen Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet. Ich wurde darüber informiert, dass ich ein Exemplar der Teilnehmerinformation und eine Kopie der unterschriebenen Einwilligungserklärung erhalten kann.

Ich willige ein in die Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und wissenschaftliche Nutzung der **Teilnehmerdaten meines Kindes** wie oben beschrieben.

JA / NEIN

Einwilligungserklärung Kinder

Ich bin über die Ziele und den Inhalt der **COPSY Hamburg-Studie** und die Einhaltung des Datenschutzes (siehe Datenschutzerklärung) informiert worden. Die Erhebung, Verarbeitung und wissenschaftliche Nutzung meiner Daten, wie in dem Informationsschreiben beschrieben, umfasst folgende Punkte:

1. die Verarbeitung und Nutzung meiner Teilnehmerdaten für die Forschung ausschließlich wie in dem Informationsschreiben beschrieben und mit getrennter Verwaltung des Namens und anderer direkt identifizierender Daten (Codierung).

2. die wissenschaftliche Analyse und Nutzung meiner codierten Teilnehmerdaten durch das Studienteam der COPSY Hamburg-Studie; eine Weitergabe der Daten außerhalb des Studienteams der COPSY Hamburg-Studie an Dritte erfolgt nicht.

Meine Einwilligung ist **freiwillig!** Ich kann meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen beim Studienteam der COPSY Hamburg-Studie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf vollständig oder in Teilen widerrufen, ohne dass mir irgendwelche Nachteile entstehen. Beim Widerruf werden die auf Grundlage dieser Einwilligung gespeicherten Daten gelöscht. Daten aus bereits durchgeführten Analysen können nicht mehr entfernt werden.

Ich wurde über die Nutzung meiner Daten informiert und erteile im vorgenannten Rahmen meine Einwilligung. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und alle meine eventuellen Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet. Ich wurde darüber informiert, dass ich ein Exemplar der Teilnehmerinformation und eine Kopie der unterschriebenen Einwilligungserklärung erhalten kann.

Ich willige ein in die Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und wissenschaftliche Nutzung **meiner Teilnehmerdaten** wie oben beschrieben.

JA / NEIN

Möglichkeit einer erneuten Kontaktaufnahme

Ich willige ein, dass ich vom Studienteam der COPSY Hamburg-Studie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf erneut kontaktiert werden darf, um gegebenenfalls zu Folgebefragungen im Rahmen dieser Studie eingeladen zu werden.

JA / NEIN

12.3 Kinderfragebogen Copsy-Studie Hamburg



Hallo!

Wir freuen uns, dass du an unserer Befragung teilnimmst!

In dieser Online-Befragung möchten wir gerne von dir wissen, wie es dir in dieser besonderen Zeit der Corona-Krise geht und wie du dich fühlst. Ganz herzlichen Dank für deine Unterstützung!

Und so geht es:

Bitte lies dir jede Frage genau durch. Welche Antwort kommt dir als erstes in den Sinn? Wähle jeweils den Kreis aus, der am besten zu deiner Antwort passt. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, nur deine persönliche Meinung und Erfahrung zählt! Es wäre wirklich großartig, wenn du alle Fragen vollständig beantworten würdest. Wenn du einmal gar keine Antwort weißt, kannst du die Frage überspringen und einfach bei der nächsten Frage weitermachen.

Die Befragung dauert etwa 10 Minuten und deine Antworten werden streng vertraulich behandelt. Das bedeutet, dass niemand deine Antworten mit deinem Namen in Verbindung bringen kann.

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!



Abschnitt A: Einwilligung

Einwilligungserklärung

Ich bin über die Ziele und den Inhalt der COPSY Hamburg-Studie und die Einhaltung des Datenschutzes (siehe Datenschutzerklärung) informiert worden. Die Erhebung, Verarbeitung und wissenschaftliche Nutzung meiner Daten, wie in dem Informationsschreiben beschrieben, umfasst folgende Punkte:

1. die Verarbeitung und Nutzung meiner Teilnehmerdaten für die Forschung ausschließlich wie in dem Informationsschreiben beschrieben und mit getrennter Verwaltung des Namens und anderer direkt identifizierender Daten (Codierung).
2. die wissenschaftliche Analyse und Nutzung meiner codierten Teilnehmerdaten durch die Mitarbeiter der COPSY Hamburg-Studie am UKE; eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht.

Meine Einwilligung ist freiwillig! Ich kann meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen beim Studienteam der COPSY Hamburg-Studie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf vollständig oder in Teilen widerrufen, ohne dass mir irgendwelche Nachteile entstehen. Beim Widerruf werden die auf Grundlage dieser Einwilligung gespeicherten Daten gelöscht. Daten aus bereits durchgeführten Analysen können nicht mehr entfernt werden.

Ich wurde über die Nutzung meiner Daten informiert und erteile im vorgenannten Rahmen meine Einwilligung. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und alle meine eventuellen Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet. Ich wurde darüber informiert, dass ich ein Exemplar der Teilnehmerinformation und eine Kopie der unterschriebenen Einwilligungserklärung erhalten kann.

- A1. Ich willige ein in die Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und wissenschaftliche Nutzung meiner Teilnehmerdaten wie oben beschrieben.**

ja

nein

Abschnitt B: COVID-19 Items - Schule

Im ersten Teil möchten wir dir einige Fragen zur Corona-Krise stellen.

- B1. Bist du noch Schüler(in) oder hast du eine andere Beschäftigung?**

Schule

Ausbildung/Lehre/Berufsschule

Studium

angestellt/in Arbeit

sonstiges



B2.	Welche Aussage beschreibt deine Schulsituation in den vergangenen Wochen am besten?	
	der Unterricht findet überwiegend oder ausschließlich in der Schule statt	<input type="checkbox"/>
	ich gehe manchmal oder unregelmäßig in die Schule und habe zusätzlich Unterricht zu Hause / muss schulische Aufgaben zu Hause erledigen	<input type="checkbox"/>
	mein Unterricht findet überwiegend oder ausschließlich zu Hause statt / muss schulische Aufgaben zu Hause erledigen	<input type="checkbox"/>
	Antworten passen nicht	<input type="checkbox"/>
B3.	Wie empfindest du die Schule und das Lernen bzw. die Arbeit jetzt im Vergleich zum normalen Schul- oder Arbeitsalltag?	
	viel anstrengender	<input type="checkbox"/>
	etwas anstrengender	<input type="checkbox"/>
	beides gleich	<input type="checkbox"/>
	etwas weniger anstrengend	<input type="checkbox"/>
	viel weniger anstrengend	<input type="checkbox"/>
B4.	Wie war es für dich, als die Schulen wegen der Corona-Krise komplett geschlossen waren?	
	sehr anstrengend	<input type="checkbox"/>
	ziemlich anstrengend	<input type="checkbox"/>
	mittelmäßig	<input type="checkbox"/>
	ein wenig anstrengend	<input type="checkbox"/>
	überhaupt nicht anstrengend	<input type="checkbox"/>
B5.	Wie häufig haben dir deine Eltern geholfen, wenn du ein Problem mit Schulangelegenheiten hattest?	
	nie	<input type="checkbox"/>
	selten	<input type="checkbox"/>
	manchmal	<input type="checkbox"/>
	oft	<input type="checkbox"/>
	immer	<input type="checkbox"/>
	trifft nicht zu	<input type="checkbox"/>



Abschnitt C: COVID-19 Items-Freunde

C1. Wie viel Kontakt hast du im Vergleich zu vor der Corona-Krise mit Freunden oder anderen Personen außerhalb der Familie?

- viel weniger
- etwas weniger
- genauso viel
- etwas mehr
- viel mehr

C2. Wie bleibst du in Kontakt mit deinen Freunden? Hier kannst du mehr als eine Antwort auswählen.

- gar nicht
- telefonisch
- per Chat (z.B. WhatsApp, Threema, SMS)
- per Videochat (z.B. Skype, FaceTime, Zoom)
- durch persönliche Treffen
- durch Briefe

C3. Wie haben sich die Beziehungen zu deinen Freunden im Zusammenhang mit der Corona-Krise verändert? Sind sie...

- viel schlechter
- ein wenig schlechter
- gleich geblieben
- etwas besser
- viel besser

C4. Wie schwierig / belastend waren diese Veränderungen der Beziehungen zu deinen Freunden für dich?

- gar nicht schwierig / belastend
- kaum schwierig / belastend
- etwas schwierig / belastend
- ziemlich schwierig / belastend
- äußerst schwierig / belastend



Abschnitt D: COVID-19 Items - Familie

D1. Wie hat sich im Vergleich zu vor der Corona-Krise die Stimmung in deiner Familie verändert?

- viel schlechter
- etwas schlechter
- genauso wie vorher
- etwas besser
- viel besser

D2. Wie hat sich im Vergleich zu vor der Corona-Krise die Häufigkeit von Streit bei euch zu Hause verändert?

- viel mehr
- etwas mehr
- genauso viel
- etwas weniger
- viel weniger

D3. Wie oft hast du mit deiner Familie in der letzten Woche zusammen gegessen, also gemeinsame Mahlzeiten eingenommen?

- nie
- weniger als 1-mal
- 1 bis 2 Tage
- 3 bis 4 Tage
- 5 bis 6 Tage
- jeden Tag

D4. Haben deine Mutter / dein Vater in der letzten Woche genug Zeit für dich gehabt?

- nie
- selten
- manchmal
- oft
- immer



Abschnitt E: COVID-19 Items - Zeit außerhalb der Wohnung

E1. Wie viele Stunden verbringst du zurzeit insgesamt pro Tag mit Computer, Smartphone, Tablets, Spielekonsole (d.h. digitalen Medien)?

	keine	unter 1 Stunde	1 Stunde	2 Stunden	3 Stunden	4 Stunden	5 und mehr Stunden
für schulische Aufgaben	<input type="checkbox"/>						
für deine privaten Angelegenheiten, zum Spaß	<input type="checkbox"/>						

E2. Und ist das im Vergleich zur Zeit vor der Corona-Krise...?

viel weniger	<input type="checkbox"/>
etwas weniger	<input type="checkbox"/>
genauso viel	<input type="checkbox"/>
etwas mehr	<input type="checkbox"/>
viel mehr	<input type="checkbox"/>

E3. Wie häufig hast du dich in der letzten Woche außerhalb deines Zuhauses, in dem du lebst, aufgehalten (z.B. Schule, Spazieren, Einkaufen, Sport etc.)?

gar nicht	<input type="checkbox"/>
1-2 Mal	<input type="checkbox"/>
3-4 Mal	<input type="checkbox"/>
5-6 Mal	<input type="checkbox"/>
täglich	<input type="checkbox"/>

E4. An wie vielen Tagen hast du dich in der letzten Woche für mindestens 60 Minuten körperlich angestrengt (z.B. Laufen, schnelles Gehen, Radfahren, Schwimmen, Fußball)?

0 Tage	<input type="checkbox"/>
1 Tag	<input type="checkbox"/>
2 Tage	<input type="checkbox"/>
3 Tage	<input type="checkbox"/>
4 Tage	<input type="checkbox"/>
5 Tage	<input type="checkbox"/>
6 Tage	<input type="checkbox"/>
7 Tage	<input type="checkbox"/>



E5. Wenn du nochmals an die Zeit vor der Corona-Krise denkst: Hast du in der letzten Woche weniger, gleich viel oder mehr Süßigkeiten als vor der Corona-Krise gegessen?

viel weniger

etwas weniger

ungefähr gleich viel

etwas mehr

viel mehr

E6. Hast du dir Sorgen gemacht, dass du, deine Freunde oder deine Familie sich am Coronavirus anstecken könnten?

überhaupt nicht

ein wenig

mittelmäßig

ziemlich

sehr

E7. Wie schwierig / belastend waren die Veränderungen im Zusammenhang mit der Corona-Krise für dich insgesamt?

gar nicht schwierig / belastend

kaum schwierig / belastend

etwas schwierig / belastend

ziemlich schwierig / belastend

äußerst schwierig / belastend

Abschnitt F: Allgemeine Befindlichkeit
Nun geht es um deine Gesundheit.

F1. Wie würdest du deine Gesundheit im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet

sehr gut

gut

weniger gut

schlecht



Abschnitt G: Wohlbefinden/Lebensqualität - Globale Lebensqualität

Die folgenden Fragen beziehen sich wieder auf die letzte Woche. Wenn du an die letzte Woche denkst...

G1. Hast du dich fit und wohl gefühlt?

- überhaupt nicht
- ↓
- ein wenig
- ↓
- mittelmäßig
- ↓
- ziemlich
- ↓
- sehr

G2.

	nie	selten	manchmal	oft	immer
Bist du voller Energie gewesen?	<input type="checkbox"/>				
Hast du dich traurig gefühlt?	<input type="checkbox"/>				
Hast du dich einsam gefühlt?	<input type="checkbox"/>				
Hast du genug Zeit für dich selbst gehabt?	<input type="checkbox"/>				
Konntest du in deiner Freizeit die Dinge machen, die du tun wolltest?	<input type="checkbox"/>				
Haben deine Mutter/dein Vater dich gerecht behandelt?	<input type="checkbox"/>				
Hast du mit deinen Freunden Spaß gehabt?	<input type="checkbox"/>				

G3. Bist du in der Schule (bei den Schularbeiten) gut zurechtgekommen?

- überhaupt nicht
- ↓
- ein wenig
- ↓
- mittelmäßig
- ↓
- ziemlich
- ↓
- sehr

G4. Konntest du gut aufpassen (dich gut konzentrieren?)

- nie
- ↓
- selten
- ↓
- manchmal
- ↓
- oft
- ↓
- immer



Abschnitt H: Psychische Auffälligkeiten - Depressive Symptome

H1. Die Corona-Krise kann bei manchen Menschen die Stimmung verändern. Wir würden gerne wissen, wie das bei dir ist und wie du dich fühlst. Denke bei den folgenden Fragen bitte an die letzte Woche.

Während der letzten Woche...

	selten oder überhaupt nicht (weniger als einen Tag lang)	manchmal (ein bis zwei Tage lang)	ofters (drei bis vier Tage lang)	meistens, die ganze Zeit (fünf oder mehr Tage lang)
war ich fröhlich gestimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
war ich deprimiert / niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
konnte ich mich zu nichts aufraffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
war ich traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
war ich stiller als sonst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H2. Wie oft haben dich im Verlauf der letzten Woche die folgenden Beschwerden beeinträchtigt oder gestört?

	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenig Interesse oder Freude an deinen Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Abschnitt I: Psychische Auffälligkeiten - Angstlichkeit

Lies dir bitte die folgenden Aussagen durch und kreuze dann jeweils an, inwieweit sie für dich zutreffen.

II.

	trifft nicht oder fast nie zu	trifft manchmal oder etwas zu	trifft genau oder häufig zu
Ich mache mir Sorgen darüber, ob andere Menschen mich mögen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin nervös.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir Sorgen, ob ich genau so gut bin wie andere Kinder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir Sorgen, ob alles gut läuft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin jemand, der sich viele Sorgen macht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere sagen mir, dass ich mir zu viele Sorgen mache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir Sorgen darüber, was in der Zukunft geschehen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin unsicher, ob ich meine Sache gut mache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir Sorgen über Dinge, die bereits geschehen sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschnitt J: Psychische Auffälligkeiten - Psychosomatische Beschwerden

J1. Als nächstes würden wir gerne erfahren, wie oft du in der letzten Woche die folgenden Beschwerden hattest:

	täglich	5-6 Mal	3-4 Mal	1-2 Mal	gar nicht
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>				
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>				
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>				
fühle mich niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>				
bin gereizt oder schlecht gelaunt	<input type="checkbox"/>				
fühle mich nervös	<input type="checkbox"/>				
kann schlecht einschlafen	<input type="checkbox"/>				
fühle mich benommen, schwindelig	<input type="checkbox"/>				



Abschnitt K: Schutzfaktoren - Personale Ressourcen

K1. Lies dir bitte jeden Satz durch und kreuze dann an, inwieweit der Satz in der letzten Woche für dich zutraf.

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schaue optimistisch / mit Zuversicht in die Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Dinge, die ich jeden Tag mache, bereiten mir Freude und sind lustig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K2. Lies dir bitte jeden Satz durch und kreuze dann an, inwieweit der Satz in der letzten Woche für dich zutraf.

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
In unserer Familie geht jeder auf die Sorgen und Nöte des anderen ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir kommen wirklich alle gut miteinander aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei allem, was wir zu Hause tun, sind wir mit Begeisterung dabei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unserer Familie hat jeder das Gefühl, dass man ihm zuhört und auf ihn eingeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K3. Die folgenden Fragen beziehen sich wieder auf die letzte Woche. Wie häufig gab es jemanden, ...

	nie	selten	manchmal	oft	immer
...der dir zuhört, wenn du das Bedürfnis nach einem Gespräch hast?	<input type="checkbox"/>				
...der dir Informationen gibt, um dir beim Verstehen einer Situation zu helfen?	<input type="checkbox"/>				
...mit dem du etwas unternehmen kannst, um dich abzulenken?	<input type="checkbox"/>				
...der dich liebt und der dir das Gefühl gibt, geliebt und gebraucht zu werden?	<input type="checkbox"/>				



Abschnitt L: Soziodemographie

Du hast es gleich geschafft! Super! Wir möchten nun noch etwas mehr über dich selbst erfahren.

L1. Wie alt bist du?

11 Jahre alt

12 Jahre alt

13 Jahre alt

14 Jahre alt

15 Jahre alt

16 Jahre alt

17 Jahre alt

18 Jahre alt

L2. Bist du...?

ein Junge

ein Mädchen

divers

L3. Bist du in Deutschland geboren?

ja

nein



Abschnitt M: Closing

M1. Nun möchten wir gerne wissen, wie du dein derzeitiges Leben insgesamt findest. Bei dieser Frage kannst du eine Zahl zwischen 0 und 10 markieren. Die "10" bedeutet das beste Leben, das du dir vorstellen kannst. Die "0" steht für das schlechteste Leben, das du dir vorstellen kannst. Wie ist es bei dir? Bitte markiere die Zahl, die dein derzeitiges Leben am besten beschreibt.

0 = Das schlechteste denkbare Leben.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10 = Das beste denkbare Leben.

M2. Was hat dir in der Corona-Zeit geholfen/dich gestärkt?

Abschnitt N: Kontaktaufnahme

N1. Möglichkeit einer erneuten Kontaktaufnahme

Ich willige ein, dass ich vom Studienteam der COPSy Hamburg-Studie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf erneut kontaktiert werden darf, um gegebenenfalls zu Folgebefragungen im Rahmen dieser Studie eingeladen zu werden.

ja

nein



Abschnitt O: End

Geschafft! Vielen Dank, dass du mitgemacht hast!

Wenn Du Sorgen hast oder Hilfe brauchst, findest du hier eine Liste mit Kontakten, die für dich da sind. Alles Gute und vielen Dank!

Unterstützungsangebote für dich

Werkzeugkasten der Initiative #WIRSINDZUSAMMENALLEIN - eine Kampagne zur Stressbewältigung und Stärkung von Resilienz in der Corona-Krise:

<https://www.coreszon.com/de/werkzeugkasten/werkzeug-fur-zuhause/>

Nummer gegen Kummer: Wenn du dich gerade mit deinen Problemen alleine fühlst, ist das Kinder- und Jugendtelefon für dich da. Montags bis samstags von 14 bis 20 Uhr unter der Rufnummer 116 111 oder per Mail oder Chat (anonym und kostenlos vom Handy und Festnetz):

<https://www.nummergegenkummer.de/>

Vielen Dank für deine Zeit.

Du kannst deinen Browser nun schließen.

Bleib gesund!

12.4 Elternfragebogen Copsy-Studie Hamburg



Liebe Eltern,

wir freuen uns, dass Sie an unserer Befragung teilnehmen!

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen und einige Fragen zur Corona-Krise beantworten. Das Ziel unserer Befragung ist es zu erfahren, wie es Kindern und Eltern in dieser besonderen Zeit geht. Ganz herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Und so geht es:

Bitte lesen Sie sich jede Frage genau durch. Welche Antwort kommt Ihnen als erstes in den Sinn? Wählen Sie jeweils den Kreis aus, der am besten zu Ihrer Antwort passt. Bitte beantworten Sie möglichst alle Fragen vollständig. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, nur Ihre persönliche Meinung und Erfahrung zählt!

Die Befragung dauert etwa 15 Minuten und Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und anonym ausgewertet.

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!



Teil A: Einwilligung

Einwilligungserklärung zu Ihrer Teilnahme

Ich bin über die Ziele und den Inhalt der COPSY Hamburg-Studie und die Einhaltung des Datenschutzes (siehe Datenschutzerklärung) informiert worden. Die Erhebung, Verarbeitung und wissenschaftliche Nutzung meiner Daten, wie in dem Informationsschreiben beschrieben, umfasst folgende Punkte:

1. die Verarbeitung und Nutzung meiner Teilnehmerdaten für die Forschung ausschließlich wie in dem Informationsschreiben beschrieben und mit getrennter Verwaltung des Namens und anderer direkt identifizierender Daten (Codierung).
2. die wissenschaftliche Analyse und Nutzung meiner codierten Teilnehmerdaten durch die Mitarbeiter der COPSY Hamburg-Studie am UKE; eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht.

Meine Einwilligung ist freiwillig! Ich kann meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen beim Studienteam der COPSY Hamburg-Studie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf vollständig oder in Teilen widerrufen, ohne dass mir irgendwelche Nachteile entstehen. Beim Widerruf werden die auf Grundlage dieser Einwilligung gespeicherten Daten gelöscht. Daten aus bereits durchgeführten Analysen können nicht mehr entfernt werden.

Ich wurde über die Nutzung meiner Daten informiert und erteile im vorgenannten Rahmen meine Einwilligung. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und alle meine eventuellen Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet. Ich wurde darüber informiert, dass ich ein Exemplar der Teilnehmerinformation und eine Kopie der unterschriebenen Einwilligungserklärung erhalten kann.

A1. Ich willige ein in die Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und wissenschaftliche Nutzung meiner Teilnehmerdaten wie oben beschrieben.

ja

nein



Teil B: Einwilligung für Eltern von Kindern

Einwilligungserklärung zur Teilnahme Ihres Kindes

Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Teilnahme meines Kindes an der Online-Befragung und mit der Erhebung, Verarbeitung und wissenschaftlichen Nutzung der Daten meines Kindes einverstanden bin. Die Fragen, die meinem Kind gestellt werden, betreffen das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit meines Kindes. Die Fragen sind demnach den Fragen sehr ähnlich, die ich als Elternteil aus meiner Perspektive beantworte. Es wird keine psychiatrische Diagnostik durchgeführt, sondern es werden subjektive Einschätzungen zu ausgewählten Symptomen erfragt, die auf einzelne psychische Auffälligkeiten hinweisen können. Die Verarbeitung und wissenschaftliche Nutzung der Daten meines Kindes umfasst folgende Punkte:

1. die Verarbeitung und Nutzung der Teilnehmerdaten meines Kindes für die Forschung ausschließlich wie in dem Informationsschreiben beschrieben und mit getrennter Verwaltung des Namens und anderer direkt identifizierender Daten (Codierung).
2. die wissenschaftliche Analyse und Nutzung der codierten Teilnehmerdaten meines Kindes durch die Mitarbeiter der COPSY Hamburg-Studie am UKE; eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht.

Meine Einwilligung ist freiwillig! Ich kann meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen beim Studienteam der COPSY Hamburg-Studie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf vollständig oder in Teilen widerrufen, ohne dass mir irgendwelche Nachteile entstehen. Beim Widerruf werden die auf Grundlage dieser Einwilligung gespeicherten Daten gelöscht. Daten aus bereits durchgeführten Analysen können nicht mehr entfernt werden.

Ich wurde über die Nutzung der Daten meines Kindes informiert und erteile im vorgenannten Rahmen meine Einwilligung. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und alle meine eventuellen Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet. Ich wurde darüber informiert, dass ich ein Exemplar der Teilnehmerinformation und eine Kopie der unterschriebenen Einwilligungserklärung erhalten kann.

B1. Ich willige ein in die Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und wissenschaftliche Nutzung der Teilnehmerdaten meines Kindes wie oben beschrieben.

ja

nein

Teil C: Soziodemographie Eltern - Teil 1

C1. Wer beantwortet diesen Fragebogen?

leibliche Mutter

leiblicher Vater

Stiefmutter / Partnerin des leiblichen Vaters bzw. der leiblichen Mutter

Stiefvater / Partner der leiblichen Mutter bzw. des leiblichen Vaters

Pflegeeltern/Adoptiveltern

Großeltern / andere Verwandte

sonstiges



C2. Wie alt sind Sie?

C3. Welches Geschlecht haben Sie?

männlich

weiblich

divers

C4. Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand?

ledig, alleine lebend

verheiratet

in einer festen Beziehung

in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft

geschieden

verwitwet

C5. Sind Sie alleinerziehend?

ja

nein

Teil D: COVID-19 Items Kind - Schule
Im Folgenden geht es darum, wie es Ihrem Kind in der aktuellen Situation geht.

D1. Ist Ihr Kind noch Schüler(in) oder hat es eine andere Beschäftigung?

Schule

Ausbildung/Lehre/Berufsschule

Studium

angestellt/in Arbeit

sonstiges

D2. Welche Aussage beschreibt die Schulsituation Ihres Kindes in den vergangenen Wochen am besten?

der Unterricht findet überwiegend oder ausschließlich in der Schule statt

mein Kind geht manchmal oder unregelmäßig in die Schule und hat zusätzlich Unterricht zu Hause / muss schulische Aufgaben zu Hause erledigen

der Unterricht meines Kindes findet überwiegend oder ausschließlich zu Hause statt / muss schulische Aufgaben zu Hause erledigen

Antworten passen nicht



D3.	Wie empfindet Ihr Kind die Schule und das Lernen bzw. die Arbeit jetzt im Vergleich zum normalen Schul- oder Arbeitsalltag?	
	viel anstrengender	<input type="checkbox"/>
	etwas anstrengender	<input type="checkbox"/>
	beides gleich	<input type="checkbox"/>
	etwas weniger anstrengend	<input type="checkbox"/>
	viel weniger anstrengend	<input type="checkbox"/>
D4.	Wie war es für Ihr Kind, als die Schulen wegen der Corona-Krise komplett geschlossen waren?	
	sehr anstrengend	<input type="checkbox"/>
	ziemlich anstrengend	<input type="checkbox"/>
	mittelmäßig	<input type="checkbox"/>
	ein wenig anstrengend	<input type="checkbox"/>
	überhaupt nicht anstrengend	<input type="checkbox"/>
D5.	Wie häufig haben Sie Ihrem Kind geholfen, wenn es ein Problem mit Schulangelegenheiten hatte?	
	nie	<input type="checkbox"/>
	selten	<input type="checkbox"/>
	manchmal	<input type="checkbox"/>
	oft	<input type="checkbox"/>
	immer	<input type="checkbox"/>
	trifft nicht zu	<input type="checkbox"/>
D6.	Wie hat sich die Lernsituation für Ihr Kind im Zusammenhang mit der Corona-Krise verändert?	
	viel schlechter	<input type="checkbox"/>
	ein wenig schlechter	<input type="checkbox"/>
	gleich geblieben	<input type="checkbox"/>
	etwas besser	<input type="checkbox"/>
	viel besser	<input type="checkbox"/>



D7. Wie schwierig / belastend waren die Veränderungen der Lernsituation für Ihr Kind?

- gar nicht schwierig / belastend
- kaum schwierig / belastend
- etwas schwierig / belastend
- ziemlich schwierig / belastend
- äußerst schwierig / belastend

Teil E: COVID-19 Items Kind - Freunde

E1. Wie viel Kontakt hat Ihr Kind im Vergleich zu vor der Corona-Krise mit Freunden oder anderen Personen außerhalb der Familie?

- viel weniger
- etwas weniger
- genauso viel
- etwas mehr
- viel mehr

E2. Wie bleibt Ihr Kind in Kontakt mit seinen/ihren Freunden? Hier können Sie mehr als eine Antwort auswählen.

- gar nicht
- telefonisch
- per Chat (z.B. WhatsApp, Threema, SMS)
- per Videochat (z.B. Skype, FaceTime, zoom)
- durch persönliche Treffen
- durch Briefe

E3. Wie haben sich die Beziehungen Ihres Kindes zu seinen/ihren Freunden im Zusammenhang mit der Corona-Krise verändert? Sind sie nach Ihrem Eindruck...

- viel schlechter
- ein wenig schlechter
- gleich geblieben
- etwas besser
- viel besser



E4. Wie schwierig / belastend waren diese Veränderungen der Beziehungen zu seinen/ihren Freunden für Ihr Kind?

- gar nicht schwierig / belastend
- kaum schwierig / belastend
- etwas schwierig / belastend
- ziemlich schwierig / belastend
- äußerst schwierig / belastend

Teil F: COVID-19 Items Kind - Familie

F1. Wie hat sich im Vergleich zu vor der Corona-Krise die Stimmung in Ihrer Familie verändert?

- viel schlechter
- etwas schlechter
- genauso wie vorher
- etwas besser
- viel besser

F2. Wie hat sich im Vergleich zu vor der Corona-Krise die Häufigkeit von Streit bei Ihnen zu Hause verändert?

- viel weniger
- etwas weniger
- genauso viel
- etwas mehr
- viel mehr

F3. Wie oft haben Sie als Familie in der letzten Woche zusammen gegessen, also gemeinsame Mahlzeiten eingenommen?

- nie
- weniger als 1-mal
- 1 bis 2 Tage
- 3 bis 4 Tage
- 5 bis 6 Tage
- jeden Tag



F4. Hatte Ihr Kind das Gefühl, dass seine/ihre Eltern genug Zeit für es hatten?

nie

selten

manchmal

oft

immer

F5. Wie haben sich im Vergleich zu vor der Corona-Krise die Beziehungen zwischen Ihrem Kind und den anderen Familienmitgliedern im Zusammenhang mit der Corona-Krise verändert?

viel schlechter

ein wenig schlechter

gleich geblieben

etwas besser

viel besser

F6. Wie schwierig / belastend waren diese Veränderungen der Familienbeziehungen für Ihr Kind?

gar nicht schwierig / belastend

kaum schwierig / belastend

etwas schwierig / belastend

ziemlich schwierig / belastend

äußerst schwierig / belastend

Teil G: COVID-19 Items Kind - Medienkonsum

G1. Wie viele Stunden verbringt Ihr Kind zurzeit insgesamt pro Tag mit Computer, Smartphone, Tablets, Spielekonsole (d.h. digitalen Medien)?

	keine	unter 1 Stunde	1 Stunde	2 Stunden	3 Stunden	4 Stunden	5 und mehr Stunden
für schulische Aufgaben	<input type="checkbox"/>						
für private Angelegenheiten, zum Spaß	<input type="checkbox"/>						



G2. Und ist das im Vergleich zur Zeit vor der Corona-Krise...?

- viel weniger
- etwas weniger
- genauso viel
- etwas mehr
- viel mehr

Teil H: COVID-19 Items Kind - Beschäftigungs-möglichkeiten

H1. Wie haben sich die Beschäftigungsmöglichkeiten für Ihr Kind im Zusammenhang mit der Corona-Krise verändert?

- viel schlechter
- ein wenig schlechter
- gleich geblieben
- etwas besser
- viel besser

H2. Wie schwierig / belastend waren diese Veränderungen der Beschäftigungsmöglichkeiten für Ihr Kind?

- gar nicht schwierig / belastend
- kaum schwierig / belastend
- etwas schwierig / belastend
- ziemlich schwierig / belastend
- äußerst schwierig / belastend

Teil I: COVID-19 Items Kind - Zeit außerhalb der Wohnung, Bewegung, Ernährung

II. Wie häufig hat sich Ihr Kind in der letzten Woche außerhalb seines/ihrer Zuhauses aufgehalten (z.B. Schule, Spazieren, Einkaufen, Sport etc.)?

- gar nicht
- 1-2 Mal
- 3-4 Mal
- 5-6 Mal
- täglich



I2. An wie vielen Tagen hat sich Ihr Kind in der letzten Woche für mindestens 60 Minuten körperlich angestrengt (z.B. Laufen, schnelles Gehen, Radfahren, Schwimmen, Fußball)?

0 Tage

1 Tag

2 Tage

3 Tage

4 Tage

5 Tage

6 Tage

7 Tage

I3. Wenn Sie nochmals an die Zeit vor der Corona-Krise denken: Hat Ihr Kind in der letzten Woche weniger, gleich viel oder mehr Süßigkeiten als vor der Corona-Krise gegessen?

viel weniger

etwas weniger

ungefähr gleich viel

etwas mehr

viel mehr

Teil J: COVID-19 Items Kind - Sorgen, Belastung der Veränderungen

J1. Hat sich Ihr Kind Sorgen gemacht, dass es, seine / ihre Freunde oder seine/ihre Familie sich am Coronavirus anstecken könnten?

überhaupt nicht

ein wenig

mittelmäßig

ziemlich

schr



J2. Wie schwierig / belastend waren Veränderungen im Zusammenhang mit der Corona-Krise für Ihr Kind insgesamt?

- gar nicht schwierig / belastend
- kaum schwierig / belastend
- etwas schwierig / belastend
- ziemlich schwierig / belastend
- äußerst schwierig / belastend

Teil K: COVID-19 Items Eltern - Erlebte Belastungen Eltern

K1. Im Folgenden werden einige Situationen genannt, die viele Menschen aufgrund der aktuellen Corona-Krise erleben. Bitte geben Sie an, wie belastend die folgenden Situationen für Sie sind/waren, falls Sie diese im Zusammenhang mit der Corona-Krise im Moment erleben oder während der letzten zwei Wochen erlebt haben.

	trifft nicht zu	gar nicht belastend	kaum belastend	etwas belastend	ziemlich belastend	äußerst belastend
Verlust sozialer Kontakte	<input type="checkbox"/>					
Verlust der Möglichkeit zu Freizeitaktivitäten	<input type="checkbox"/>					
weniger körperliche Bewegung als sonst	<input type="checkbox"/>					
Probleme, die Kinderbetreuung/das Homeschooling zu organisieren	<input type="checkbox"/>					
Probleme, Arbeit und Kinderbetreuung zu vereinbaren	<input type="checkbox"/>					
Spannungen zu Hause oder Familienstreit	<input type="checkbox"/>					

K2. Manchmal kommt es leider vor, dass Streitigkeiten zwischen Eltern und ihren Kindern in besonderen Situationen eskalieren können. Im Vergleich zu der Zeit vor der Corona-Krise passiert das bei uns...

- viel seltener
- etwas seltener
- gleich oft
- etwas öfter
- viel öfter
- passiert überhaupt nicht

K3. Hat sich Ihre berufliche Situation seit der Ausbreitung des Coronavirus geändert? (Mehrfachnennungen möglich)

- Meine Stundenzahl hat sich reduziert.



- Meine Stundenzahl hat sich erhöht.
- Ich arbeite vermehrt von zu Hause.
- Ich bin freigestellt mit Lohnfortzahlung.
- Ich bin freigestellt ohne Lohnfortzahlung.
- Ich befinde mich in Kurzarbeit.
- Ich wurde entlassen.
- Nein, es hat sich nichts geändert.

K4. Wie belastend waren diese Veränderungen der beruflichen Situation für Sie?

- gar nicht belastend
- kaum belastend
- etwas belastend
- ziemlich belastend
- äußerst belastend

K5. Wie belastend waren Veränderungen im Zusammenhang mit der Corona-Krise für Sie insgesamt?

- gar nicht belastend
- kaum belastend
- etwas belastend
- ziemlich belastend
- äußerst belastend

Teil L: COVID - 19 - Unterstützungsbedarf

L1. Inwieweit stimmen Sie der folgenden Aussage zu? Ich erwarte, dass ich persönlich aufgrund der Corona-Krise etwas Positives für mein Leben lernen werde.

- stimme nicht zu
- stimme eher nicht zu
- weder noch
- stimme eher zu
- stimme vollkommen zu



L2. Würden Sie sich im Umgang mit Ihrem Kind während der Corona-Krise Unterstützung wünschen?

nein, nie

ja, manchmal

ja, oft

ja, immer

L3. In welchen Bereichen hätten Sie gern Unterstützung? Bitte wählen Sie alle Bereiche aus, die für Sie zutreffen.

Umgang mit den Gefühlen und Stimmungen meines Kindes

Umgang mit dem Verhalten meines Kindes

Umgang mit den schulischen Anforderungen meines Kindes

Sicherstellen, dass mein Kind den Richtlinien der Regierung folgt

Umgang mit den Beziehungen innerhalb der Familie

Rückkehr des Kindes aus der Isolation

Sonstiges, und zwar:

Sonstiges, und zwar:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

L4. Wie möchten Sie diese Unterstützung bekommen? Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

schriftliches Online-Material (z.B. Ratgeber)

Online-Videos

Fernsehsendungen

Podcasts

telefonische Hotline

Online-Hotline

persönliche Unterstützung von anderen Eltern, online

Unterstützung von Freunden, Bekannten oder der Familie

persönliche Unterstützung von Experten, online oder telefonisch

persönliches Gespräch mit einem Experten

Online-Selbsthilfegruppe für Eltern

Schule/Lehrer



Sonstiges, und zwar:

Sonstiges, und zwar:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Teil M: COVID-19 Items - COVID-19 Status

M1. Gibt es jemanden in Ihrer Familie, der am Coronavirus erkrankt ist oder erkrankt war?

nein

ja

M2. Wurde bei Ihrem Kind eine Ansteckung mit dem Coronavirus nachgewiesen?

nein

ja, mein Kind ist aktuell krank

ja, aber es fühlt sich (wieder) gesund

M3. Ist jemand in Ihrer Familie oder jemand, den Ihr Kind kennt, am Coronavirus verstorben?

nein

ja

Teil N: Allgemeine Befindlichkeit

Nun geht es um die Gesundheit Ihres Kindes

N1. Wie würden Sie die Gesundheit Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet

sehr gut

gut

weniger gut

schlecht



N2. Hat Ihr Kind aktuell eine psychische Erkrankung oder Auffälligkeit, die von einem Arzt, Psychologen oder einer anderen fachkundigen Person diagnostiziert wurde?

nein

ja und zwar folgende:

ja und zwar folgende:

--	--	--	--	--

N3. Ist Ihr Kind deswegen in psychologischer, psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?

Nein

Ja

Teil O: Wohlbefinden/Lebensqualität - Globale Lebensqualität
Nun geht es um das Wohlbefinden Ihres Kindes bezogen auf die letzte Woche. Wenn Sie an die letzte Woche denken, würden Sie sagen Ihr Kind...

O1. ...hat sich fit und wohl gefühlt

überhaupt nicht

ein wenig

mittelmäßig

ziemlich

sehr

O2.

	nie	selten	manchmal	oft	immer
...ist voller Energie gewesen	<input type="checkbox"/>				
...hat sich traurig gefühlt	<input type="checkbox"/>				
...hat sich einsam gefühlt	<input type="checkbox"/>				
...hat genug Zeit für sich selbst gehabt	<input type="checkbox"/>				
...konnte in seiner Freizeit Dinge machen, die es tun wollte	<input type="checkbox"/>				
...hat sich durch seine Mutter / seinen Vater gerecht behandelt gefühlt	<input type="checkbox"/>				
...hat mit seinen Freunden Spaß gehabt	<input type="checkbox"/>				



O3. ...ist mit seinen schulischen Aufgaben gut zurechtgekommen

überhaupt nicht

ein wenig

mittelmäßig

ziemlich

sehr

O4. ...konnte gut aufpassen / sich gut konzentrieren

nie

selten

manchmal

oft

immer



Teil P: Psychische Auffälligkeiten des Kindes - Psychische Probleme des Kindes

P1. Im Folgenden geht es um das Verhalten Ihres Kindes in der letzten Woche. Bitte geben Sie für jede Aussage an, inwieweit diese für Ihr Kind zutrifft.

	nicht zutreffend	teilweise zutreffend	eindeutig zutreffend
unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzelgänger, spielt meist alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lügt oder mogelt häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
denkt nach, bevor er/sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Teil Q: Psychische Auffälligkeiten des Kindes - Psychische Probleme des Kindes 2

Q1. Als nächstes würden wir gerne erfahren, wie oft Ihr Kind in der letzten Woche die folgenden Beschwerden hatte:

	täglich	5-6 Mal	3-4 Mal	1-2 Mal	gar nicht
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>				
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>				
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>				
fühlt sich niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>				
ist gereizt oder schlecht gelaunt	<input type="checkbox"/>				
fühlt sich nervös	<input type="checkbox"/>				
kann schlecht einschlafen	<input type="checkbox"/>				
fühlt sich benommen, schwindelig	<input type="checkbox"/>				

Teil R: Schutzfaktoren - Personale Ressourcen

R1. Lesen Sie sich bitte jede Aussage durch und kreuzen Sie dann an, inwieweit diese in der letzten Woche für Ihr Kind bzw. Ihre Familie zutraf.

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
Was auch immer passiert, mein Kind wird schon klarkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für jedes Problem kann mein Kind eine Lösung finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ein Problem auftaucht, kann mein Kind es aus eigener Kraft meistern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind schaut optimistisch in die Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Dinge, die mein Kind jeden Tag macht, bereiten ihm Freude und sind lustig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



R2. Lesen Sie sich bitte jede Aussage durch und kreuzen Sie dann an, inwieweit diese in der letzten Woche für Ihr Kind bzw. Ihre Familie zutraf.

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
In unserer Familie geht jeder auf die Sorgen und Nöte des anderen ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir kommen wirklich alle gut miteinander aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei allem, was wir zu Hause tun, sind wir mit Begeisterung dabei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unserer Familie hat jeder das Gefühl, dass man ihm zuhört und auf ihn eingeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

R3. Die folgenden Fragen beziehen sich wieder auf die letzte Woche. Wie häufig gab es jemanden, ...

	nie	selten	manchmal	oft	immer
...der Ihrem Kind zuhört, wenn es das Bedürfnis nach einem Gespräch hat?	<input type="checkbox"/>				
...der Ihrem Kind Informationen gibt, um ihm beim Verstehen einer Situation zu helfen?	<input type="checkbox"/>				
...mit dem Ihr Kind etwas unternehmen kann, um es abzulenken?	<input type="checkbox"/>				
...der Ihr Kind liebt und der ihm das Gefühl gibt, geliebt und gebraucht zu werden?	<input type="checkbox"/>				

Teil S: Psychische Auffälligkeiten der Eltern - Depressive Symptome der Eltern

S1. Wenn Sie nun an Ihre eigene Gesundheit denken: Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten Woche durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Teil U: Soziodemographie Eltern

U1. Sind Sie berufstätig?

ja, angestellt in Vollzeit

ja, angestellt in Teilzeit

ja, selbstständig

ja, anderes Beschäftigungsverhältnis

Hausfrau/Hausmann

Rentner/Pensionär

in Elternzeit

nein, nicht berufstätig

U2. Wie groß ist die Wohnfläche Ihrer Wohnung / Ihres Hauses insgesamt?

U3. Sind Sie nach Deutschland eingewandert ODER hatten Sie bei Ihrer Geburt eine ausländische Staatsangehörigkeit?

ja

nein

U4. Ist Ihr Partner / Ihre Partnerin nach Deutschland eingewandert ODER hatte bei ihrer/seiner Geburt eine ausländische Staatsangehörigkeit?

ja

nein

U5. Welche Angaben treffen auf Ihr Zuhause zu? (Mehrfachantworten möglich)

Wohnung

Haus

mit Balkon

mit Terrasse

mit Garten

U6. Welche Sprache wird bei Ihnen zu Hause überwiegend gesprochen?

Deutsch

andere Sprache



Teil V: Soziodemografie - SES

V1. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?
(Nennen Sie bitte nur den höchsten Schulabschluss. Bitte für beide Elternteile angeben!)

	<small>Allein, allgemein oder Langzeitstudien Erstabschluss erweiterte Schulbildung BWL, Ingenieurwissenschaften/ Naturwissenschaften</small>	<small>Erstabschluss / Matura Sonder- / Schulabschluss (MBA) / Fachhochschule Diplomstudium (PDS)</small>	<small>Haupt- / Vollschul- abschluss</small>	<small>Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch</small>	<small>noch keinen Abschluss (noch Schüler/in)</small>	<small>anderer Schulabschluss (z.B. im Ausland erworben)</small>
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V2. Welchen höchsten beruflichen Abschluss haben Sie? (Nennen Sie
bitte nur den höchsten Berufsabschluss. Bitte für beide Elternteile
angeben!)

	<small>Universität oder Hochschule</small>	<small>Fachhochsch ule, Ingenieurhoch schule</small>	<small>Fachhochsch., z.B. Medizin, Technische Hochsch., Berufshochsch. oder Fachhochschule</small>	<small>Ausbildung in beruflichen Berufsausbildung Berufsausbildung oder beruflich schulische Ausbildung</small>	<small>Lehre, also b eruflich- betriebliche Ausbildung</small>	<small>Keinen Berufsabschl uss und nicht in Ausbildung</small>	<small>Keinen Abschluss nach in beruflicher Ausbildung, z.B. Lehrer/in, AD/BI, Berufsausbildung ohne Fachhochschule</small>	<small>Anderer Berufsabschluss (z.B. im Ausland erworben)</small>
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil W: Kontaktaufnahme

W1. Möglichkeit einer erneuten Kontaktaufnahme

Ich willige ein, dass ich vom Studienteam der COPSY Hamburg-Studie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf erneut kontaktiert werden darf, um gegebenenfalls zu Folgebefragungen im Rahmen dieser Studie eingeladen zu werden.

ja

nein



Teil X: Ende für Teilnehmer

Geschafft! Vielen Dank, dass Sie mitgemacht haben!

Wenn Sie Sorgen haben oder Hilfe brauchen, finden Sie hier eine Liste mit Kontakten, an die Sie sich wenden können.

Unterstützungsangebote für Sie

Werkzeugkasten der Initiative #WIRSINDZUSAMMENALLEIN - eine Kampagne zur Stressbewältigung & Stärkung von Resilienz in der Corona-Krise: <https://www.coreszon.com/de/werkzeugkasten/werkzeug-fur-familien/>

Nummer gegen Kummer Wenn Sie sich Sorgen um Ihr Kind machen, sich überfordert oder manchmal sogar hilflos fühlen, ist das Elterntelefon für Sie da. Montags bis freitags von 9 bis 17 Uhr unter der Rufnummer 0800 111 0550 (anonym und kostenlos vom Handy und Festnetz): <https://www.nummergegenkummer.de>

TelefonSeelsorge Sorgen kann man teilen! In akuten Krisen stehen Ihnen die kostenfreien Rufnummern 0800/111 0 111, 0800/111 0 222 oder 116 123 der TelefonSeelsorge zur Verfügung: <https://www.telefonseelsorge.de>

Vielen Dank für Ihre Zeit. Sie können diesen Browser nun schließen.

Bleiben Sie gesund!

12.5 Interviewleitfaden

Interviewleitfaden Experteninterview

Einleitung

Im vergangenen Jahr hat sich durch die Covid-19-Pandemie auch für Sie als Kinderärztinnen und Kinderärzte viel verändert. Da ich selbst als Kinderärztin in Hamburg tätig bin, ist mir bekannt, dass die kinderärztlichen Praxen als erste Anlaufstellen und vertraute Ansprechpartner für Familien, einen zeitnahen und zuverlässigen Eindruck vom Befinden und der Lebenssituation Ihrer Patientinnen und Patienten erhalten. Deshalb ist gerade Ihre Perspektive als behandelnde Kinderärztinnen und Kinderärzte wichtig, um einschätzen zu können, wie es den Kindern und Jugendlichen hier in Hamburg während der Covid-19-Pandemie geht und möglicherweise auch einen veränderten Bedarf zu erkennen. Die Ergebnisse der Interviews werden anschließend mit Ergebnissen einer quantitativen Studie (COPSY-Studie Hamburg) zusammen betrachtet und ausgewertet.

Sie sind seit (Anzahl) Jahren in (Stadtteil Hamburg) als Kinderärztin/-arzt tätig.

1. Themenblock- kinderärztlicher Alltag in Bezug auf die Covid-19-Pandemie

Erzählen Sie mir von Belastungen bei Kindern und Jugendlichen, die aktuell erkennbar sind und zur Vorstellung führen.

Was berichten Eltern und Kinder bei Ihnen in der Praxis darüber?

Ich möchte auf die Lebensqualität der Kinder- und Jugendlichen unter den aktuellen

Pandemie-Bedingungen zu sprechen kommen. Definieren wir Lebensqualität als multidimensionales Konstrukt, welches körperliche und psychische sowie soziale und

funktionale Aspekte einbezieht.

Welche Beobachtungen machen Sie unter der aktuellen Situation hinsichtlich der psychischen und körperlichen Verfassung Ihrer Patienten?

Können Sie mir etwas über die Alltagsbewältigung der Kinder und Jugendlichen im

Rahmen der Covid-19 Pandemie erzählen?

Wie sehen Sie die Situation der Kinder- und Jugendlichen innerhalb Ihrer Familien?

Bitte beschreiben Sie mir mögliche Unterschiede. Wo sehen Sie Ressourcen? Wo fallen Erschwernisse auf?

2. Themenblock- Psychosomatische Beschwerden

Erzählen Sie mir etwas über psychosomatischen Beschwerden bei Ihren Patienten.

Welche Symptome treten besonders häufig auf?

Welche Beobachtungen haben Sie bezüglich psychosomatischer Beschwerden seit Beginn der Covid-19-Pandemie gemacht?

Gibt es eine Altersgruppe/ein Geschlecht, die/das davon verstärkt betroffen ist?

Wie gehen Sie vor, wenn Sie vermuten, dass den Beschwerden eine erhöhte psychische Belastung durch die pandemiebedingt veränderten Lebensumstände zugrunde liegt?

3. Themenblock- Lösungsansätze

Welche Hilfestellungen sind möglich?

Wie schätzen Sie den Bedarf ein?

Haben Sie Ideen für Hilfskonzepte?

Abschluss

Gibt es etwas, was Sie mir zu diesem Thema noch erzählen möchten?

1 **12.6 Interview K1**

2 **Interview K1**

3 **I:** Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben für das Interview. Sie sind jetzt ja
4 schon seit fünf Jahren im niedergelassenen Bereich in Harburg als Kinderarzt tätig und
5 können mir sicherlich sehr gut von Ihren Erfahrungen berichten. Zuerst möchte zum
6 Thema Praxissituation in Bezug auf die Covid-19-Pandemie kommen und ganz offen
7 beginnen. Erzählen Sie mir von Belastungen bei Kindern und Jugendlichen, die aktuell
8 erkennbar sind und zur Vorstellung führen. Also Belastungen, die aktuell vermehrt oder
9 häufig zur Vorstellung führen oder Belastungen, die Sie erkennen.

10 **B:** In Bezug auf die Corona-Situation?

11 **I:** Bei Kindern und Jugendlichen. Womit kommen die, was berichten Eltern und Kinder
12 bei Ihnen in der Praxis? Was sind Vorstellungsgründe?

13 **B:** Allgemein oder psychosomatisch?

14 **I:** Erstmal allgemein bezugnehmend auf die veränderte Situation, die vielleicht auch zu
15 veränderten Belastungen führen kann.

16 **B:** Einerseits gibt es die Kinder, die letztendlich viel zu Hause sind, so dass das soziale
17 Setting wegfällt. Die ihren normalen Alltag mit vormittags Schule, nachmittags
18 Veranstaltungen, zum Sport zum Beispiel oder sonst Hobbies, was einfach fehlt, die zu
19 Hause sitzen, nichts zu tun haben, die Zeit irgendwie vor dem Bildschirm verbringen. (I:
20 Medien.) Genau, Medien und dazu ungesundes Essen in der Regel, Süßes oder
21 Sonstiges. Man sieht, dass es sich im Gewicht widerspiegelt.

22 **I:** Fallen Gewichtszunahmen auf?

23 **B:** Genau, Gewichtszunahmen fallen auf, was die Eltern besorgt. Und Eltern, die nicht
24 so besorgt sind, wo es die Kinderärzte dann merken, weil die Kinder zu Vorsorgen
25 kommen.

26 **I:** Fallen noch andere körperliche Symptome oder Beschwerden in der aktuellen
27 Situation vermehrt auf?

28 **B:** Grundsätzlich fällt auf, dass die Kinder, die sowieso schon auffallen und deshalb
29 Therapien erhalten, zum Beispiel Physiotherapie oder Logopädie, bei ihnen gab es
30 große Defizite. Die Therapien sind in der Corona-Situation teils weggebrochen, so dass

31 die gesamte Förderung eingebrochen ist. Genau wie Kinder, die auf Termine im
32 sozialpädiatrischen Zentrum warten. Dort ist es jetzt noch schwieriger reinzukommen
33 oder man kommt gar nicht mehr rein. Die Eltern nehmen es letztendlich aber so hin, weil
34 es ja Corona ist. Wobei dadurch sehr viel mehr Nachfrage gewesen wäre. Und wir
35 kriegen es nicht mit, weil wir denken, es in die Wege geleitet zu haben. Und ein Jahr
36 später sagen sie: Nein, wir haben keinen Termin bekommen.

37 **I:** Kann man sagen, dass sich dann schon vorbestehende Defizite verstärkt haben, da
38 eben keine Therapie oder Förderung stattgefunden hat?

39 **B:** Genau. Beziehungsweise der Stand ist einfach geblieben und sozusagen verschollen
40 und die Einschulung rückt ein Jahr näher und man fragt sich, wie das dann werden soll
41 oder werden kann überhaupt. Genau.

42 **I:** Was fällt da konkret besonders auf? Die Sprache oder die Motorik? Kann man dazu
43 etwas sagen?

44 **B:** Das passiert tatsächlich in allen Ebenen. Die Sprache, die gefördert werden müsste,
45 wo es vorangehen müsste. Genauso die Motorik. Da fehlt einerseits die Förderung, die
46 Therapie fällt weg, aber auch die Kita oder die Schule, wo die Kinder im normalen Alltag
47 gefordert und dadurch gefördert werden. Das fällt ja auch alles weg. Oder auch die
48 Situation, dass jemand sagt, da ist ein Problem. Die Kitakräfte oder auch die Lehrer, die
49 von sich aus Druck gemacht haben bei den Eltern oder sie zumindest darauf
50 angesprochen haben. Dieser Punkt, dass nochmal jemand von draußen draufguckt und
51 merkt, dass da Defizite sind und sagt: Geh doch mal zu einem Arzt. Das fällt auch weg.

52 **I:** Also das normale Netzwerk.

53 **B:** Genau, genau.

54 **I:** Dass dann auch sowas erkannt wird, für Hilfe gesorgt wird und das Gespräch gesucht
55 wird. Gut, wenn wir das jetzt in Bezug setzen zur Lebensqualität, die wir definieren
56 können mit verschiedenen Aspekten, den körperlichen Aspekt, über den wir gerade
57 gesprochen haben, dann gehören dazu die psychischen Aspekte, dass man sagt, wie
58 geht es dem Kind? Sind da psychische Auffälligkeiten oder psychische Belastungen
59 erkennbar, beobachten Sie da was?

60 **B:** Im Moment beobachten wir da noch nicht viel an psychischen Auffälligkeiten. Ich
61 glaube, das wird kommen, das wird vielleicht auch dann kommen, wenn die in ihren
62 normalen Alltag zurückkommen. Wenn die merken, man ist doch einfach dicker

63 geworden oder man kann plötzlich die Sprache nicht mehr sprechen, die man vorher
64 vielleicht schon konnte. Also wir haben ja viele Kinder gerade mit Migrationshintergrund,
65 die zu Hause nicht deutsch sprechen. Die Kinder, die dann quasi gerade damit
66 angefangen hatten und jetzt wieder raus sind. Ich glaube, diese Belastung zu erfahren,
67 dass die anderen dann besser sind, diese Belastung wird erst kommen, wenn der Alltag
68 wieder läuft wie vorher.

69 **I:** Wie bewältigen die Kinder die sozialen und funktionalen Lebensaspekte im Alltag im
70 Moment? Können Sie mir darüber was erzählen, über die Alltagsbewältigung der Kinder
71 unter Pandemie-Bedingungen?

72 **B:** Was die sozusagen ihren Tag über machen?

73 **I:** Oder wie sie den Alltag bewältigen. Was hilft ihnen dabei? Was ist schwierig?

74 **B:** Ich glaube was den Kindern letztendlich hilft ist, wenn sie Strukturen haben. Freunde
75 haben oder soziale Kontakte, die weiter bestehen. Wenn die Eltern sagen: Okay, du hast
76 halt deine zwei Freunde, mit denen kannst du dich treffen. Dass man nicht komplett
77 rausgenommen wird aus dem eigenen sozialen Netz.

78 **I:** Wie sehen Sie die Situation der Kinder und Jugendliche innerhalb ihrer Familien?
79 Können Sie mir familiäre Unterschiede beschreiben, die Ihnen in der aktuellen Situation
80 aufgefallen sind? Was ist günstig, was ist vielleicht ungünstig?

81 **B:** Günstig ist, wenn man Platz zu Hause hat. Wir haben teilweise Familien, die haben
82 eine Zwei- bis Dreizimmerwohnung mit fünf Kindern, das ist sicher ungünstig. Günstig
83 wäre auch, wenn die Eltern ein Bewusstsein dafür hätten. Günstig ist natürlich, wenn die
84 ein Häuschen mit Garten haben, wo die Kinder raus können und sich bewegen können.
85 Das ist ein Vorteil im Gegensatz zu denen, die nicht raus können, weil sie eine
86 Stadtwohnung haben und in der Wohnung gefangen sind. Günstig ist, wenn man einfach
87 Kontakte hat, zu denen man noch hingehen kann. (I: Außerfamiliäre.) Außerfamiliäre,
88 aber auch innerfamiliäre, also wenn es vielleicht doch noch die Großeltern gibt, die jung
89 gesund sind, dass sie sich um die Enkel kümmern können.

90 **I:** Kommen wir zum Thema psychosomatische Beschwerden. Erzählen Sie mir etwas
91 über die normalen psychosomatischen Beschwerden bei Ihren Patienten. Mit was
92 kommen die, was wird an Sie herangetragen?

93 **B:** Das meiste was so an psychosomatischen Beschwerden kommt sind einfach
94 Bauchschmerzen. Der Bauch ist führend, Kopfschmerzen gehört auch noch dazu.

95 **I:** Welche Beobachtungen der Beschwerden haben Sie jetzt im Zusammenhang mit der
96 Pandemie-Situation gemacht?

97 **B:** Ich würde jetzt vom Bauch heraus sagen, dass es weniger geworden ist. Ich glaube,
98 weil der Schuldruck im Moment flöten ist. Die haben nicht den Druck, dass sie in die
99 Schule müssen. Den Stress mit der Schule oder auch dem schulischen Umfeld. Das
100 macht es für Kinder, die da Probleme haben, einfach auch leichter.

101 **I:** Ja. Gerade die Bauchschmerzen. (B: Genau.) Wie ist es denn mit Kopfschmerzen?

102 **B:** Kopfschmerzen, die gibt es hin und wieder mal. Ich würde sagen, dass die
103 gleichgeblieben sind.

104 **I:** Spielen Schlafstörungen oder Schlafprobleme eine Rolle?

105 **B:** Kann ich mir gut vorstellen, aber werden gerade nicht so an uns herangetragen. Weil
106 ich glaube, die müssen tagsüber auch nicht fit sein oder nicht so fit, wie wenn sie früh
107 aufstehen und in die Schule müssen, sodass die Schlafstörungen im Moment eher
108 weniger sind oder keine Probleme machen, wenn die nachts wach sind.

109 **I:** Kommen wir auf die Stimmungen, also Niedergeschlagenheit oder auch Gereiztheit,
110 Nervosität, wird sowas besprochen?

111 **B:** Als Erlebnis bei den Eltern tatsächlich, aber beschrieben als Symptome bei den
112 Kindern würde ich im Moment nicht sagen, dass es einen großen Unterschied zu vorher
113 macht.

114 **I:** Und fällt Ihnen bei den Kindern was auf, was vielleicht nicht beschrieben wird? Bei den
115 Vorsorgeuntersuchungen oder bei Vorstellungen aufgrund anderer Symptome?

116 **B:** Wir haben Kinder, wo wir das sehen, aber ich würde das jetzt nicht als Corona-
117 spezifisch oder Corona-assoziiert sehen, weil das die Jugendlichen sind, die hätten es
118 auch ohne Corona gehabt.

119 **I:** Altersentsprechend also. (B: Genau.) Wenn Sie jetzt doch mal vermuten, dass die
120 vorgestellten Beschwerden, seien es Kopf-, Bauch-, Rückenschmerzen eher aufgrund
121 einer erhöhten psychischen Belastung durch die aktuell veränderten Lebensumstände
122 und nicht durch eine körperliche Ursache verursacht sind, was empfehlen Sie, was raten
123 Sie? Wie gehen Sie vor?

124 **B:** Das kommt auf das Ausgangssetting an. Die sollen natürlich nicht den ganzen Tag
125 zu Hause auf der Couch hängen und vor den Bildschirm schauen, sondern an die Luft
126 gehen und sich bewegen. Dass die gucken, dass man trotz der Vorsichtsmaßnahmen
127 mal einen Freund trifft und mit dem rausgeht. Dass man guckt, dass der Tagesablauf
128 Struktur hat.

129 **I:** Wenn Sie aber den Eindruck haben, das ist nicht ausreichend, hier ist weitergehende
130 Hilfe erforderlich, worauf greifen Sie zurück, was haben Sie für Konzepte in der Praxis
131 oder wohin schicken Sie-, weisen Sie weiter?

132 **B:** Das kommt natürlich auf den Grad der Problematik an. Wir haben die
133 Psychotherapeuten, an die man niedrigschwellig schicken kann. Sei es für ein
134 Erstgespräch, dass die das noch mal aus psychologischer Sicht mitbetrachten. Wenn
135 die sagen, da ist mehr im Busch und dann auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie in
136 Harburg hinweisen. Sonst gibt es ja auch über das Jugendamt Beratungsangebote.
137 Erziehungsberatungsstellen, wo man einfach mal sagen kann, setzt euch mit denen
138 auseinander.

139 **I:** Wie schätzen Sie den Bedarf ein?

140 **B:** Ich glaube, Bedarf ist immer mehr da. Und es könnte immer schneller gehen und es
141 könnten immer mehr Leute da sein, die was anbieten. Auf der anderen Seite ist einfach
142 die Hürde da bei den Eltern, dass auch in Angriff zu nehmen.

143 **I:** Bezogen auf die aktuelle Lockdown-Situation und wie das letzte Jahr mit der Pandemie
144 gelaufen ist, halten Sie es für notwendig, dass da spezifische Angebote gemacht
145 werden, neue Hilfskonzepte? Oder ist das Bestehende da Ihrer Meinung nach
146 ausreichend?

147 **B:** Die Strukturen sind ja da. Und wenn die dann nicht klarkommen und was anderes
148 brauchen, muss das von der Seite der Hilfeleistungsbietenden kommen. Ich glaube
149 ansonsten braucht es eher den Weg zurück in den Alltag als großen Schritt.

150 **I:** Gibt es etwas, was Sie mir zu dem Thema noch erzählen möchten? Was nicht zur
151 Sprache gekommen ist, aber wichtig ist?

152 **B:** Spontan nicht, nein.

153 **I:** Dann bedanke ich mich recht herzlich für das Gespräch und beende die Aufnah

1 **12.7 Interview K2**

2 **Interview C.H.1.mp3**

3 **I:** Ich bedanke mich herzlich, dass Sie sich Zeit für dieses Interview genommen haben.
4 Sie sind jetzt seit 16 Jahren als niedergelassener Kinderarzt in Hamburg Barmbek tätig
5 und können mir bestimmt weiterhelfen.

6 **B:** Das hoffe ich.

7 **I:** Ich möchte zunächst auf die Praxissituation in Bezug auf die Corona-Pandemie zu
8 sprechen kommen. Erzählen Sie mir von Belastungen bei Kindern und Jugendlichen, die
9 aktuell erkennbar sind und zur Vorstellung führen.

10 **B:** Gemeint sind Belastungen, die mit der COVID-19-Pandemie zusammenhängen?

11 **I:** Genau. Praxissituationen (B: Ja.) in Bezug auf die COVID-19-Pandemie.

12 **B:** Was wir sehen ist das, was wir eigentlich vor der COVID-19-Pandemie auch gesehen
13 haben. Aber wir bringen es heute häufiger in Verbindung mit der Pandemie. Es sind
14 diese Somatisierungen und Konversionsstörungen, die Kinder auffällig machen für die
15 Eltern, ohne dass wir Krankheitszeichen finden. Das können Bauchschmerzen sein, das
16 können Kopfschmerzen sein, das können auch Verhaltensauffälligkeiten sein. Mein
17 Eindruck ist, dass sich das häuft, seitdem wir in Pandemiebedingungen leben. Die
18 andere Sache, die ich mit zunehmender Dauer der Pandemie beobachte, sind
19 motorische Entwicklungsverzögerungen und Sprachentwicklungsverzögerungen. Die
20 spielen vermehrt eine Rolle. Weil die Kinder den Kita-Besuch nicht mehr regelmäßig
21 machen.

22 **I:** Sind das auch die Belastungen, die Eltern und Kinder bei Ihnen berichten? Welche
23 Belastungen werden noch berichtet?

24 **B:** Die Eltern kommen eigentlich selten zu uns, um zu sagen: „Wir leiden unter der
25 Pandemie, weil unser Kind das und das macht.“ Die Symptomatik kennen wir eigentlich
26 ganz gut aus allen Zeiten, auch wenn keine Pandemie herrscht. Aber was auffällt, ist
27 eben die Häufung von Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Verhaltensauffälligkeiten.

28 **I:** Kommen wir auf die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen zu sprechen.
29 Lebensqualität definieren wir als ein Konstrukt aus mehreren Aspekten, welches
30 körperliche, psychische, soziale und funktionale Aspekte berücksichtigt. Fällt Ihnen
31 körperlich bei Ihren Patienten Ihnen da noch etwas besonders auf?

32 **B:** Ja. Körperlich fällt mir die Gewichtszunahme auf, das hatte bisher auch noch nicht
33 erwähnt. Mein Eindruck ist schon, dass das ungewohnte, unregelmäßige Leben oft zu
34 Essverhalten führt, was die Gewichtszunahme begünstigt. Also die Kinder scheinen mir
35 tatsächlich dicker zu werden.

36 **I:** Können Sie mir etwas über die Alltagsbewältigung der Kinder und Jugendlichen jetzt
37 im Rahmen der Pandemie erzählen?

38 **B:** Diese Somatisierungen und Konversationsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten sind
39 eine Art Bewältigungsversuch. Mit dem Aufzeigen von anderen Möglichkeiten und je
40 mehr die Eltern in der Lage sind, die Kinder anzuleiten, umso besser bewältigen es die
41 Kinder. Also Kinder, die schlaue Eltern haben, die einen guten Blick für das Kind haben,
42 die Angebote machen können, wo die alten Angebote weggebrochen sind, die werden
43 sicherlich besser durch diese ganze Geschichte durchkommen, als Kinder von Eltern,
44 die hier fremd sind, die die Sprache nicht sprechen, die wenig soziale Kontakte haben
45 oder keine sozialen Kontakte haben oder in engen Wohnungen leben.

46 **I:** Damit sind wir auch schon in den Familien, was der nächste Aspekt ist. Fallen Ihnen
47 noch weitere Unterschiede oder Dinge ein, die Sie zu diesem Punkt sagen wollen?
48 Unterschiede zwischen den Familien in dieser Situation?

49 **B:** Ich glaube, das ist zunächst einmal der wesentliche Unterschied. Die Kinder
50 bewältigen diese Krise, wenn man die Pandemie so bezeichnen will, umso besser, je
51 besser die Eltern sie dazu anleiten.

52 **I:** Wir kommen jetzt noch einmal detaillierter auf die bereits angesprochenen
53 Somatisierungen zu sprechen, auf die klassischen psychosomatischen Beschwerden.
54 Welche Beschwerden, können Sie das schildern, stehen im Moment im Vordergrund?
55 Welche Symptome sind besonders häufig?

56 **B:** Im Vordergrund stehen die altbekannten Bauchweh und Kopfweh. Was wir häufiger
57 haben, mehr so bei den etwas älteren Kindern, sind diese Tic-Konversionen, also
58 Blinzeln oder Räuspern oder solche Geschichten. Das sehen wir relativ häufig. Wenn
59 man so will, ist die Gewichtszunahme auch eine psychosomatische Störung, weil sie ja
60 eine mit der Seele verkoppelte Ursache hat.

61 **I:** Gibt es eine Altersgruppe oder Geschlecht, in der häufiger diese psychosomatischen
62 Beschwerden auftauchen im Moment, oder kann man das gar nicht sagen?

63 **B:** Ich glaube, dass wir die Jungs ein bisschen öfter sehen, weil die Jungs anders
64 somatisieren als die Mädchen. Jungs werden eher etwas wilder oder machen auch eher
65 auf sich aufmerksam. Mädchen neigen eher dazu, Dinge mit sich selber abzumachen.
66 Mein Eindruck ist, dass ich, das kann aber auch daran liegen, dass ich in einer
67 Gemeinschaftspraxis arbeite, wir sind zwei Männer und zwei Frauen, dass ich mehr
68 Jungs sehe, die auffällig werden. Mein Eindruck ist, dass das eine etwas jungswendige
69 Sache ist.

70 **I:** Und von Alter her? Die Kleinkinder gleich wie Jugendliche, oder besteht da in der
71 Tendenz eine Dynamik?

72 **B:** Wir sehen ja, das liegt einfach in der Natur der Kindermedizin, wir sehen natürlich
73 mehr Kleinkinder. Immer. Und wir sehen weniger Jugendliche. Und Jugendliche haben
74 eben auch ganz andere Ressourcen und Möglichkeiten, mit Situationen umzugehen.
75 Also deshalb sehen wir natürlich auch mehr Kleinkinder, die diese Somatisierungen
76 bieten. Probleme haben wir ja alle damit. Selbst Sie und ich haben Probleme mit der
77 Pandemie. Und die Jugendlichen, jeder einzelne Jugendliche, wird seine Probleme mit
78 der Pandemie haben. Die gehen aber dann oft deshalb nicht zum Arzt, weil sie sich viel
79 besser verbal äußern können ihren Eltern gegenüber und ihre kleinen Tics und Sorgen
80 auch selber erklären und klären können. Häufig gibt es ein Kommunikationsproblem
81 zwischen Eltern und Kindern, weil die Eltern nicht verstehen, was da nun genau passiert.
82 Da können sich Jugendliche natürlich besser artikulieren. Ich denke, dass alle ihre
83 Probleme haben, ihre Resilienzen sind unterschiedlich, die Reaktionen sind auch
84 unterschiedlich. Aber die Kinder, die typischerweise mit Somatisierungen zum Arzt
85 kommen, das sind die Kleinen, ja. Ich würde sagen so bis zur ersten Klasse in etwa.

86 **I:** Wenn Sie nun nach Anamnese und Untersuchung und Diagnostik vermuten, dass die
87 Beschwerden, die zur Vorstellung geführt haben, aufgrund der psychischen Belastung
88 der aktuellen COVID-19-Situation sein könnten, was raten Sie? Wie gehen Sie vor?

89 **B:** Zunächst einmal muss man wissen, woran man ist. Also man muss das Kind
90 untersucht haben und eine sorgfältige Anamnese gemacht haben. In der Regel ist es
91 nicht so schwer, diese Konversionsstörungen und Psychosomatisierungen zu erkennen.
92 Wichtig ist vor allem, dass wir die Eltern gut aufklären über diese Geschichte. Wichtig
93 ist, dass wir uns unserer eigenen Diagnose sicher sind. Je länger man in der Praxis ist,
94 desto leichter fällt einem das. Aber auch erfahrene Ärzte liegen schon einmal daneben.
95 Wichtig ist vor allem, dass wir den Eltern sehr früh sagen, dass das nichts ist, weswegen
96 sie sich ernsthaft Sorgen machen müssen. Wichtig ist auch, dass die Eltern wissen, dass
97 sie nicht Schuld daran haben, sondern dass genauso wie die Eltern unter der Pandemie

98 leiden, die Kinder dies auch tun, aber dass die Ausprägung, der Phänotyp anders ist.
99 Dass Kinder ihre Probleme anders äußern, als Erwachsene das tun. Und was ich vor
100 allem in den Vordergrund stelle, dass es wichtig ist, dass auch in der Familie kindgerecht
101 darüber gesprochen wird. Dass man sagt, wir haben alle unseren Kummer. Und was bei
102 diesen ganzen Somatisierungsgeschichten eigentlich immer richtig und wichtig ist, ist
103 Nähe, Nähe, Nähe. Und sich mit den Kindern beschäftigen und den Kindern Angebote
104 machen. Das gelingt manchen Eltern besser und manchen Eltern weniger gut. Meine
105 Erfahrung ist aber auch, dass die Eltern, die wenig Ressourcen haben, immer sehr
106 erleichtert sind, wenn ich diesen Zusammenhang so erkläre. Wir nennen das in der
107 Praxis manchmal Corona-Blues. Das ist eine Diagnose oder ein Diagnosen-Name, mit
108 dem die Eltern auch etwas anfangen können. Und die sind dann eigentlich auch ganz
109 erleichtert. Ganz oft kommt dann auch, das hätten sie sich so schon gedacht.

110 **I:** Wenn Sie den Eindruck haben, dass darüber hinaus Hilfe notwendig ist, welche
111 Hilfestellungen sind möglich oder worauf greifen Sie zurück?

112 **B:** Von uns aus, das mache ich durchaus ab und zu, weise ich die Eltern darauf hin,
113 dass dieses Kind trotz Corona-Pandemie und trotz Lockdown jetzt in die Kita-
114 Notbetreuung muss. Ganz im Vordergrund stehen für diese Maßnahmen die
115 Sprachentwicklungsverzögerungen. Wenn ein Kind nur eine andere Sprache spricht und
116 schon vier oder fünf Jahre alt ist, also zur U8 oder U9 kommt, und erkennbar gar kein
117 oder fast gar kein Deutsch sprechen kann, und seit einem halben Jahr nicht in der Kita
118 war wegen der Pandemie, dann schreibe ich ein Attest und begründe die Aufnahme in
119 die Notfallbetreuung mit der Sprachentwicklungsverzögerung. Das ist eine externe Hilfe,
120 die ich mir da gerne herannehme. Was wir häufig vermitteln bei Kindern, die soziale
121 Probleme innerhalb der Familie machen, sind Beratungseinrichtungen wie
122 BARMBEK®BASCH oder Elternschulen. Das ist aber nur eingeschränkt möglich
123 heutzutage. Wenn wir eben klargemacht haben, dass das Problem des Kindes nicht ein
124 medizinisches ist, die Eltern aber trotzdem einen Rat brauchen, der nicht medizinischer
125 Art ist, dann vermitteln wir zu den entsprechenden Stellen.

126 **I:** Und schätzen Sie im Moment den Bedarf erhöht ein und sähen Grund für neue
127 Hilfskonzepte oder sind die Möglichkeiten ausreichend?

128 **B:** Nach meiner Einschätzung waren die Möglichkeiten auch schon vor der Pandemie
129 nicht ausreichend. Ich fand auch schon vor der Pandemie, dass in die kindliche Bildung
130 zu wenig investiert wird. Dass eine ganz wichtige Ressource, die man für diese
131 Pandemie gebraucht hätte, zum Beispiel ein acht Stunden Kindergarten-Gutschein für
132 jedes Kind gewesen wäre. Betroffen und leidend sind ja vor allem Kinder aus Familien,

133 die wenig Ressourcen haben. Und ein Kind, das aus einer solchen Familie kommt und
134 gewohnt ist, mit allen anderen Kindern acht Stunden am Tag in die Kita zu gehen, das
135 bekommt andere Ressourcen und Ideen, das bekommt Problemlösungsstrategien an
136 die Hand, die kindgerecht sind und die dem Kind helfen können, wenn es in einer
137 besonderen Situation ist. Ich sehe da ein strukturelles Problem, was wir schon vor der
138 Pandemie hatten. Ich denke, dass die Kinder, die viel öffentliche Erziehung genießen,
139 sicherlich mit so einer besonderen Situation besser werden umgehen können als andere,
140 die gar nicht oder nur wenige Stunden am Tag in der Kita sind. Das ist für mich ein
141 Hauptproblem. Das ist diese Unterfinanzierung des kindlichen Bildungssektors. Das
142 finde ich ganz schwierig. Ansonsten gibt es viele Hilfskonzepte. Es gibt die
143 Elternschulen, es gibt die ganzen Beratungsstellen, es gibt BARMBEK®BASCH, es gibt
144 auch behördliche Stellen, an die man sich wenden kann. Die sind alle da und können im
145 Prinzip genutzt werden. Unter den Pandemie-Bedingungen natürlich weniger als sonst.
146 Rein quantitativ ist da sicherlich viel möglich. Aber ich kann mir vorstellen, dass die im
147 Moment auch deutlich mehr Bedarf spüren, als sie an Angeboten machen können, unter
148 anderem auch pandemiebedingt.

149 **I:** Gibt es denn etwas, was Sie mir gern noch erzählen möchten zu diesem Thema? Was
150 noch zur Sprache kommen soll?

151 **B:** Eigentlich nicht. Eine ganz persönliche Bemerkung für mich ist, dass ich froh bin, dass
152 ich in einer großen Praxis mit vielen Ärzten und viel Personal arbeite, und nicht in einer
153 Einzelpraxis, was mir schon ohne Pandemie wahrscheinlich erhebliche Probleme
154 bereitet hätte. Gemeinsam Probleme angehen können und auch sich gemeinsam mit
155 Ideen zu versorgen, wie man diesem oder jenem Kind besser helfen kann, das bewährt
156 sich unter anderem auch und gerade in diesen Pandemiezeiten ganz besonders. Aber
157 das ist nur eine persönliche Bemerkung.

158 **I:** Ich bedanke mich und beende die Aufnahme.

1 12.8 Interview K3

2 Interview K3

3 **I:** Ich freue mich, dass Sie sich Zeit genommen haben für das Interview. Sie sind jetzt
4 seit sechs Jahren als niedergelassene Kinderärztin in Hamburg tätig. Deshalb denke ich,
5 dass Sie mir da gut weiterhelfen können und würde gerne mit dem ersten Themenblock,
6 der Praxissituation in Bezug auf die COVID-19-Pandemie starten. Vielleicht erst einmal
7 zur Einleitung, erzählen Sie mir von Belastung bei Kindern und Jugendlichen, die aktuell
8 erkennbar sind und zur Vorstellung führen.

9 **B:** Was man auf jeden Fall erkennen kann ist, dass bei den Kindern doch deutliche
10 Belastungen auftreten, weil sie eben längere Zeit zu Hause sind und nicht die Schule
11 und den Kindergarten besuchen. Es treten schon vermehrt Beschwerden auf, die wir
12 sonst in einem anderen Zusammenhang sehen. Wie zum Beispiel Bauchschmerzen
13 oder Kopfschmerzen. Oder auch einfach, dass sie bedrückter wirken, dass die Eltern
14 das Gefühl haben sie sind schwächer und sie hätten vielleicht Eisenmangel. Solche
15 Sachen treten jetzt doch mehr auf als vorher zum Beispiel.

16 **I:** Was berichten denn Eltern und Kinder darüber in ihrer Praxis über die häusliche
17 Belastung oder Situation?

18 **B:** Dass das schwierig ist. Dass man gerade, wenn man vielleicht nicht viel Wohnraum
19 hat, nicht einander aus dem Weg gehen kann, dass man seine Freunde nicht trifft und
20 vielleicht Sorgen loswerden kann, dass man sich weniger bewegt, weil man nicht so viel
21 draußen unterwegs ist. Und mehr zu Hause ist, vielleicht auch mehr fernsieht. Würde ich
22 sagen.

23 **I:** Ich möchte jetzt ganz gerne auf die Lebensqualität zu sprechen kommen. Da gibt es
24 diverse Definitionen und wenn wir das so in diesem Interview uns vorstellen, als ein
25 Konstrukt aus mehreren Dimensionen, möchte ich die körperliche Dimension, die
26 psychische, die soziale und funktionale mit einbeziehe. Und darauf nehme ich in den
27 nächsten Fragen Bezug. Welche Beobachtungen machen Sie, unter der aktuellen
28 Situation hinsichtlich der psychischen und der körperlichen Verfassung ihrer Patienten?

29 **B:** Dass die Kinder schon, je nachdem, welches Alter, in verschiedener Form psychisch
30 auf jeden Fall belastet sind. Also im Kleinkindalter, dass die sich mehr zurückziehen.
31 Vielleicht auch weniger Kontakt aufnehmen. Eine Mutter erzählte viel Hörspielhören,
32 einfach so in ihrer eigenen Welt sind. Und auch scheuer sind, was jetzt andere oder
33 Fremde, wenn sie doch mal in der Familie sind, reinkommen.

34 **I:** Das ist gut nachvollziehbar. Körperliche Symptome?

35 **B:** Körperlich würde ich sagen solche Symptome, die wir sonst, manchmal auch bei
36 psychischen Belastungen anderer Art sehen. Bauchschmerzen werden angegeben,
37 dass man sich nicht wohl fühlt. Kopfschmerzen vielleicht auch mehr. Gepaart, weil es
38 auch mehr Medienzeit gibt in der Familie. Einfach eine Schwäche, oder
39 Nichtbelastbarkeit, weil man sich weniger bewegt.

40 **I:** So entsprechend, wie auch schon viele Vorstellungsgründe vorher aufgeführt waren.
41 Können Sie mir etwas über die Alltagsbewältigung der Kinder und Jugendlichen
42 erzählen?

43 **B:** Der Alltag ist jetzt wesentlich eintöniger und die Strategien, die sonst dazu
44 beigetragen haben, dass alles funktioniert, die müssen jetzt verändert werden. Früher
45 war es so, dass man sagt, dreimal in der Woche war Fußballtraining und dann war man
46 gut ausgeglichen. Das ist eben jetzt zum Teil nicht mehr so. Und das wird eben anders
47 verarbeitet. Es ist glaube ich schwierig jetzt in dieser Situation den Alltag zu meistern
48 und man muss andere Strategien finden. Manchmal ist das auch, dass man keine
49 Strategie hat und dass es auch viel Ärger oder Streit in der Familie gibt.

50 **I:** Wo wir schon auf die Familie kommen. Können Sie Unterschiede beschreiben auch
51 zwischen Familien? Eventuelle Schwierigkeiten oder auch positive Aspekte, die Ihnen
52 aufgefallen sind, die Familien auch unterscheiden können im Moment.

53 **B:** Positiv ist bestimmt, dass man in einigen Familien beobachten kann, dass die Eltern
54 es genießen, dass sie mehr Zeit mit ihren Kindern haben, weil sie zu Hause arbeiten und
55 die Beziehung wieder enger wird. Wo man sonst jeder so seiner Wege geht und nach
56 einem langen Schultag sich kaum über den Weg läuft, dass das eben schon positiv ist.
57 Das einige Kinder auch selbstständig in der Schule ihren Plan erarbeiten und die Eltern
58 das auch als positiv empfinden, dass sie plötzlich doch mit den neuen Medien gut
59 zurechtkommen. Das sie plötzlich den Drucker bedienen können und eigene Dokumente
60 erstellen können, was vorher ein Riesenthema war, wo die Eltern helfen mussten. Und
61 dass man das jetzt innerhalb dieser Pandemie gelernt hat. Und was man als
62 Schwierigkeit, sehen kann ist, dass manche Eltern, je nach Bildungsstand oder vielleicht
63 auch guten Gewissens dann keinen anderen Ausweg sehen, als dass die Kinder dann
64 doch stundenlang vor dem Fernseher sitzen, weil sie nicht vorlesen oder auch gar nicht
65 die Zeit haben und arbeiten müssen. Und die Kinder viel Zeit eben unbeobachtet oder
66 unbetreut verbringen und da auch wenig lernen und vielleicht auch wenig an der Schule
67 teilnehmen können.

68 **I:** Kommen wir nochmal zu den psychosomatischen Beschwerden. Ich habe verstanden,
69 dass Kopf und Bauchschmerzen und die Schwäche, Bedrücktheit im Vordergrund
70 stehen. Fällt Ihnen noch ergänzend etwas ein, was häufig im Moment auftritt?

71 **B:** Was man fast bei allen Kindern beobachten kann, ist, dass das Gewicht zunimmt,
72 weil sie sich anders ernähren, weniger bewegen, in der Familie vielleicht auch mehr
73 gegessen wird, als Lückenfüller. Weiß ich jetzt nicht, das ist gemutmaßt, aber das kann
74 man auf jeden Fall auch sehen, dass das auftritt. Von der Entwicklung, da sind wir noch
75 nicht. Da gibt es natürlich auch große Einschränkungen, aber das viel mir jetzt noch ein,
76 mit dem Gewicht, dass das zunimmt.

77 **I:** Welche Beobachtungen haben Sie bezüglich dieser psychosomatischen Beschwerden
78 im Zusammenhang mit den Pandemiemaßnahmen gemacht? Ist so etwas eher häufiger,
79 oder kann man das gar nicht sagen, unverändert, ist da ein Gefühl, für eine
80 Veränderung?

81 **B:** Jetzt im Rahmen der Pandemie sind natürlich in der Kinderarztpraxis viel weniger
82 Patienten. Aber die Patienten, die kommen mit Beschwerden, die erzählen das
83 regelmäßig, vom Gefühl her, ist es deutlich mehr geworden in dem Zusammenhang.
84 Gerade bei den Kleinkindern, wo man merkt, da fehlt die Kita und auch bei den
85 Jugendlichen würde ich sagen, dass das häufiger wird. Und auch im Rahmen, wo keine
86 anderen Stressfaktoren angegeben werden wie die Familie hat sich getrennt, oder sind
87 umgezogen oder es gab Ärger oder ähnliches, sondern einfach nur, wo die Eltern
88 beschreiben, das Kind leidet unter der Situation. Das hat deutlich zugenommen.

89 **I:** Gibt es Altersgruppen, die vermehrt betroffen zu sein scheinen?

90 **B:** Ich finde schon, dass die Vorschüler, oder die Kleinkinder betroffen sind. Also
91 diejenigen, die eigentlich mit vier, fünf davon profitieren mit anderen Kindern zu spielen
92 und zu lernen, in einer ganz vulnerablen Phase. Wenn man da im Hintergrund
93 niemanden hat, der dann doch auf den Spielplatz geht oder Kontakte einzelne fördert.
94 Schon deutlich, dass gerade mit einem Migrationshintergrund eine
95 Sprachentwicklungsverzögerung dann zeigen oder auch motorisch zurück sind.

96 **I:** Und hinsichtlich des Geschlechtes, scheinen da mehr Mädchen oder mehr Jungen
97 betroffen zu sein, oder ist da auch eher nichts zu erkennen?

98 **B:** Das würde ich gar nicht so sagen. Manchmal ist das unterschiedlich, wie sich das
99 äußert. Das man sagt-, nein, das wäre nur rein spekulativ. Dass man eher das Mädchen

100 mit der Essstörung hat und den Jungen, der dann mehr Computer spielt. Ich glaube das
101 gibt es auch andersrum.

102 **I:** Wie gehen Sie vor, wenn Sie vermuten, dass die geschilderten Beschwerden, oder die
103 vorgetragenen Beschwerden nach Untersuchung, in Zusammenhang mit den
104 Pandemiemaßnahmen stehen könnten-, psychischer Belastung in dem Zusammenhang
105 stehen könnten? Wie gehen Sie vor, was schlagen Sie vor, was machen Sie?

106 **B:** Ich versuche erstmal die Beschwerden ernst zu nehmen und auch die Kinder erst
107 ausführlich zu untersuchen, sodass die Eltern das Gefühl haben ich nehme diese
108 Beschwerden ernst und vor allem auch die Kinder das Gefühl haben. Denn diese
109 Beschwerden sind ja da. Aber wenn ich denke, nach einer gründlichen Untersuchung,
110 das klingt alles so, als sei das etwas, was eher einen anderen Grund hat, als eine
111 organische Krankheit, dann versuche ich die Eltern auch darüber aufzuklären. Meistens
112 ist es den Eltern selber und den Kindern auch schon ein bisschen bewusst. Und ich
113 versuche Strategien zu vermitteln, was man alternativ machen kann als nur zu Hause
114 zu sitzen oder nur Hörspiele zu hören. Das man doch noch mal empfiehlt, im Rahmen
115 der Pandemie, was kann man machen. Man kann raus gehen, man kann sich bewegen,
116 man kann Rad fahren, man kann auf den Spielplatz gehen und auch Fußball spielen.
117 Und man kann auch einen einzelnen Freund treffen, man kann sich draußen treffen.
118 Dass man ein bisschen versucht Strategien zu finden, wie man nicht nur in engen
119 Räumen zusammen hockt, sondern raus geht und sich seine Kräfte einteilt. Das gelingt
120 natürlich nur-, also, das kann man natürlich nur den Eltern an die Hand geben. Einige
121 sind dann dankbar, setzen das vielleicht auch um und die anderen finden vielleicht auch
122 nicht die Zeit oder den Ausweg und machen es nicht. Das weiß man nicht so genau.

123 **I:** Aber durchaus mit praktischen Ratschlägen für den Alltag auch.

124 **B:** Genau. Das finde ich ganz wichtig. Manche sind vielleicht auch noch gar nicht darauf
125 gekommen, dass man auch trotzdem raus gehen kann. Weil auch große Angst ist, dass
126 man sich da infizieren kann oder auch großen Willen, sich an die Regeln zu halten und
127 zu denken, es ist verboten rauszugehen. Das hatte ich auch schon mal. Und dass man
128 da die Angst nimmt und sagt nein, man kann sich sehr wohl draußen bewegen und auf
129 den Spielplatz gehen und auch in gewissen Maßen Kontakte nachverfolgen.

130 **I:** Wenn Sie das Gefühl haben, dass darüber hinaus Hilfen, Hilfestellungen notwendig
131 sind, was-, im Sinne von Lösungsansätzen, was ist da vorstellbar, welche Hilfestellung,
132 beziehungsweise wie schätzen Sie den Bedarf ein? Haben Sie Ideen?

133 **B:** Aktuell, was man in der Praxis ausrichten kann ist sonst, dass die Kinder, wenn sie
134 große Entwicklungsstörungen haben, wieder in die Kita bringt. Da ist es schon so, dass
135 wir zum Teil Atteste ausfüllen, dass die Kinder in die Kita kommen. Oder auch ganz
136 wichtig nochmal das Gespräch zu den Erziehern suchen und fragen, wie sieht es
137 eigentlich aus und wie ist das aus ihrer Sicht, ist da nur eine Momentaufnahme. Das
138 kann man natürlich machen. Manchmal auch weiterleiten an eine psychologische
139 Kollegin oder Kollegen. Um zu sagen es kommt nochmal jemand Drittes von außen, der
140 unterstützt und Ratschläge hat. Das sind die Sachen-, so ein bisschen fehlt es an
141 Angeboten darüber hinaus, muss man sagen.

142 **I:** Kommen wir auch schon zum Abschluss. Ich bedanke mich und würde gerne wissen,
143 ob noch etwas fehlt. Gibt es noch etwas, was Sie mir zu dem Thema noch gerne erzählen
144 möchten, was nicht zur Sprache gekommen ist?

145 **B:** Vielleicht noch ein bisschen-, vielleicht kommt es in den Fragen vorher schon raus.
146 Dass es vom Gefühl her schon die Familien trifft, leider, die sowieso wenig Ressourcen
147 haben und es schon schwer haben. Die um ihren Job fürchten müssen, oder viel arbeiten
148 müssen, mehrere Jobs haben und denen die Zeit fehlt zu improvisieren in der Krise.
149 Dass die leider auch viel mehr davon betroffen sind. Das wäre das, was ich noch dazu
150 sagen möchte.

151 **I:** Vielen herzlichen Dank dafür und für die Zeit und für die Bereitschaft.

152 **B:** Sehr gerne.

1 **12.9 Interview K4**

2 **Interview K4**

3 **I:** Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben für das Interview heute. Sie sind
4 jetzt seit zehn Jahren schon im niedergelassenen Bereich tätig, aktuell in der Praxis in
5 Hamburg Lurup. Ich möchte mit Ihnen über psychosomatische Beschwerden bei Kindern
6 und Jugendlichen, deren Lebensqualität und alles im Zusammenhang mit der aktuellen
7 COVID-19-Pandemie sprechen. Wir beginnen mit Praxissituationen in Bezug auf die
8 Covid-19-Pandemie.

9 Erzählen Sie mir von Belastungen bei Kindern und Jugendlichen, die Ihnen aktuell
10 aufgefallen sind und zur Vorstellung führen.

11 **B:** Ich muss sagen, dass insbesondere jetzt seit dem aktuellen Lockdown viel mehr als
12 vor einem Jahr mir auffällt, dass die Belastung in den Familien generell sehr zunimmt,
13 und das hat verschiedene Gründe. Die Eltern, die natürlich viel mehr Arbeit und
14 Kinderbetreuung unter einen Hut kriegen müssen, was ja ziemlich schwierig ist. Die sich
15 dann aber auch natürlich nicht adäquat um ihre Kinder kümmern können. Ich frage jedes
16 Kind, ob es zur Schule, zur Kita geht und in welchem Umfang Schule insbesondere dann
17 stattfindet, wenn es im Distanzunterricht ist. Was ich ganz besonders feststelle ist, dass
18 der Medienkonsum extrem zugenommen hat. Wirklich sich vervielfacht hat und Kinder
19 von morgens bis abends sich mit Medien beschäftigen. Die Kinder gehen viel weniger
20 raus. In dem Zusammenhang haben auch viel mehr Kinder Vitamin D Mangel. Und das,
21 was dann zusätzlich auffällt, sind Verhaltensauffälligkeiten in verschiedener Hinsicht. Die
22 Kinder essen deutlich mehr, haben weniger Bewegung und nehmen entsprechend dann
23 zu. Die Kinder sind ängstlicher. Auch Kinder im Schulkinderbereich. Sie weinen zu
24 Hause und wissen gar nicht richtig, was mit ihnen los ist. Dann natürlich kommen viele
25 Konflikte dazu zwischen Kindern und Eltern, ob das nun darum geht, wie sie ihren Tag
26 gestalten die Kinder, oder wie sie sich für die Schule engagieren und motivieren. Und
27 überhaupt in der Lage sind selbstständig ihre Sachen für die Schule zu erledigen. Das
28 sind ganz wesentliche Dinge. Das sind wirklich so die Dinge, wo ich mir große Sorgen
29 mache. Ich muss sagen, die klassischen psychosomatischen Beschwerden, die wir
30 ständig in der Praxis auch sonst und auch vorher gesehen haben, Kopfschmerzen,
31 Bauchschmerzen, ohne jetzt organische Ursache, dafür werden wir aktuell weniger
32 kontaktiert. Dafür kann ich auch gar nicht richtig einen Grund sagen, aber das sind doch
33 weniger Vorstellungen, die wir damit sehen. Aber ich merke, dass viele Familien und
34 damit auch Kinder einfach darunter leiden. Ach ja, und eine Sache, die auch zusätzlich

35 aufgefallen ist, dass es immer mehr Eltern, insbesondere Migranteneltern gibt, die jetzt
36 bedauern, dass ihre Kinder immer weniger, schlechter oder auch gar nicht mehr deutsch
37 sprechen.

38 **I:** Die Sprache ja.

39 **B:** Ja. Die vier- und fünfjährigen, wo man denkt, die sollten eigentlich jetzt so ein
40 bisschen gesettelt sein im Deutschen, die in den Kindergarten gehen. Aber dadurch,
41 dass wir die nicht in die Betreuung schicken können, sprechen die halt nicht mehr
42 deutsch. Und das macht sich auch bei den Vorsorgeuntersuchungen bemerkbar. Man
43 kann tatsächlich deutlich schlechter mit den Kindern kommunizieren.

44 **I:** Kommen wir jetzt zum Thema Lebensqualität. Ich möchte Lebensqualität so definieren,
45 dass es körperliche Aspekte gibt, psychische, soziale und funktionale Aspekte. Da wurde
46 schon Vieles angesprochen. Körperlich habe ich hier den Vitamin D Mangel, das Essen,
47 fällt da noch mehr auf?

48 **B:** Sicherlich auch motorische Defizite, weil viele Förderangebote oder
49 Betätigungsangebote für die Kinder fehlen. Angebote wie Turnvereine oder auch Tanz
50 und Sport, die sicherlich auch sonst in den Kitas und Schulen stattfinden. Der
51 Sportunterricht ist auch sicherlich anders gestaltet ist in den Grundschulen aktuell.

52 **I:** Psychisch waren ja schon Angst und Verhaltensauffälligkeiten zur Sprache
53 gekommen. Da noch, also noch irgendetwas, was spontan noch einfällt?

54 **B:** Ich glaube letztlich sind es die normalen, entwicklungsbedingten Phasen von den
55 Kindern. Wenn man jetzt an die Zweijährigen denkt, die sicherlich ihre Trotzphasen
56 haben, merkt man, dass die Eltern weniger Ressourcen als sonst haben. Wo ich
57 durchaus auch regelmäßig Anfragen kriege, ob wir nicht ein Attest ausstellen können,
58 dass das Kind doch oder auch mehr in die Kita oder Notbetreuung gehen darf.

59 **I:** Bezüglich der Alltagsbewältigung der Kinder und Jugendlichen, nicht nur im familiären
60 Umfeld, was fällt Ihnen da noch auf?

61 **B:** Als positiv könnte man durchaus natürlich sehen, dass die Familien mehr Zeit
62 zusammen verbringen. Aber schwierig ist die Qualität. Ich habe durchaus Familien, die
63 das auch als positiv sehen, dass viel Freizeit Stress wegfällt, weil die ganzen Hobbys
64 nicht stattfinden können. Wir haben doch auch viele kinderreiche Familien, die auf
65 kleinem Raum mehrere Kinder beschulen müssen und sich da auf der Pelle hocken.
66 Also, ich glaube da ist schon die Alltagsbewältigung schwieriger. Ich bin auch immer

67 wieder erstaunt, aus welchen sozialen Kontexten Kinder sich selbst unglaublich viele
68 Gedanken machen. Zum Beispiel wie schlimm das wäre, wenn sie jemanden anstecken,
69 wie gefährlich Corona ist, dass man daran sterben kann und solche Sachen.

70 **I:** Denken Sie, dass das Ihr Verhalten in der Gruppe beeinflusst?

71 **B:** Ja.

72 **I:** Beschreiben Sie mir Unterschiede zwischen den Familien. Was ist vorteilhaft, was
73 nachteilig zur Bewältigung der aktuellen Situation?

74 **B:** Also jetzt in Bezug auf die Kinder, was dafür die Kinder anders ist?

75 **I:** Ja, die Situation der Kinder innerhalb ihrer Familien.

76 **B:** Inzwischen finden bei den meisten Familien alle Mahlzeiten zu Hause statt und auch
77 das ist sicherlich ein Punkt, wo es große Unterschiede gibt. Wie wird sich ernährt oder
78 gibt es überhaupt Mahlzeiten zu Hause.

79 **I:** Wir kommen jetzt mehr auf die psychosomatischen Beschwerden zu sprechen. Sie
80 hatten schon angemerkt, Kopfschmerzen und Bauchschmerzen stehen gerade nicht im
81 Vordergrund. Welche anderen psychosomatischen Beschwerden sind sonst im
82 Praxisalltag vorherrschend? Gibt es dahingehend Veränderungen?

83 **B:** Ja, ich glaube, dass Kopf- und Bauchschmerzen Vieles abdecken bei unseren
84 Patienten.

85 **I:** Wie ist es mit Einschlafproblemen oder Schlafstörungen?

86 **B:** Das stimmt. Hatte ich jetzt auch bei größeren Kindern, die durch die Schule sehr in
87 Beschlag genommen sind. Einschlafprobleme haben zugenommen. Manche Familien,
88 die kriegen das gut auf die Reihe. Die Kinder sind in der Lage sich selbst zu organisieren,
89 was die Schule angeht. Aber sind dann auf der anderen Seite wieder so pflichtbewusst,
90 dass sie halt nicht mehr einschlafen können, weil sie das so sehr beschäftigt. Das
91 stimmt, das ist eher mehr geworden.

92 **I:** Kommen wir nochmal auf die Stimmung der Kinder und Jugendlichen zu sprechen.
93 Wir haben schon über Angst gesprochen. Wie ist das mit Gereiztheit, Nervosität oder
94 Benommenheit? Wird von sowas gesprochen?

95 **B:** Nein, selten. Ich würde auch sagen, dass wir vielleicht auch eher in einem Stadtteil
96 sind, wo man wegen körperlicher Beschwerden zum Arzt geht und auch viele Familien

97 von ihrem kulturellen Hintergrund, was jetzt Psyche angeht nicht unbedingt
98 aufgeschlossen sind. Wo man durchaus ein bisschen länger reden muss, um Kinder
99 irgendwo gut untergebracht zu kriegen, damit die auch dahingehend betreut werden.
100 Aber eine Patientin hat ganz konkret jetzt versucht sich das Leben zu nehmen.

101 **I:** Gibt es, bezogen auf psychosomatischen Beschwerden, eine Altersgruppe oder ein
102 Geschlecht, das Sie als vermehrt betroffen ansehen?

103 **B:** Nein, ich würde nicht ein Geschlecht sagen. Altersgruppe würde ich sagen, dass eher
104 die Kleinkinder bis Grundschul Kinder betroffen sind. Bei den Älteren glaube ich, dass
105 man viele Folgeerscheinungen erst noch sehen wird. Was die Einschränkung von
106 sozialen Kontakten und auch Prägung betreffen, gerade bei den Kindern, die in der
107 Pubertät sind und andere Personen brauchen, um selbst ihre Persönlichkeit zu formen.

108 **I:** Wenn Sie jetzt in der Praxis ein Kind haben und Sie vermuten, dass die geschilderten
109 Beschwerden, oder was zur Vorstellung führte, sich aufgrund einer psychischen
110 Belastung im Rahmen der Pandemiesituation entwickelt haben. Was machen Sie, was
111 raten Sie, wie gehen Sie vor?

112 **B:** Erstmal gucke ich, was ist der Auslöser dafür. Zum Beispiel kam neulich eine Mutter
113 zu mir kam, die sagte, dass ihre sechsjährige Tochter jetzt nur noch heult. In der
114 Schule/Kita wurde das Kind nur unregelmäßig betreut und die Mutter hatte alle ihre
115 Kinderkrankentage aufgebraucht. Ich habe ihr geraten, dass sie nochmal das Gespräch
116 mit der Schule beziehungsweise Kita angeht, um auch die Betreuungssituation für ihre
117 Kinder zu verbessern. Die Eltern haben nicht die Ressourcen, sich um die Kinder zu
118 kümmern und auf sie einzugehen. Die Mutter hat mit der Kita gesprochen und die Kita
119 hat das Kind jetzt in die Notbetreuung genommen. Sie wollten natürlich ein Attest vom
120 Arzt haben, dass dies notwendig ist. Das habe ich dann natürlich erstellt.

121 **I:** Kita Atteste, die die Notbetreuung möglich machen als Hilfe.

122 **B:** Ich finde es immer sehr schwierig, weil ich erwarte, dass die Erzieher oder Lehrer
123 schon in der Lage sein müssten, solche Notsituationen zu erkennen und einzuschätzen.

124 **B:** Ich glaube, das Problem für viele Eltern ist, dass die sowieso in dieser belasteten
125 Situation nicht die Energie haben, Ihre Rechte mit Nachdruck einzufordern. Dann sage,
126 wissen Sie was, sagen Sie, sie haben auch mit Ihrer Kinderärztin gesprochen, die
127 befürwortet das auch sehr. Um dem Ganzen Nachdruck zu verleihen.

128 **I:** Also, die Betreuungssituation zu unterstützen und zu verbessern im Gespräch und mit
129 Attesten.

130 **B:** Ich empfehle, den Familien, sich zu organisieren und bestimmte Strukturen im Alltag
131 aufrechterhalten. Auch Medien sind notgedrungen im Moment eine Beschäftigung für
132 Kinder, aber trotzdem sollten die Eltern im Gespräch bleiben mit den Kindern.

133 **I:** Wenn diese Ratschläge und Tipps und auch konkreten Maßnahmen mit Kita und
134 Schule, nicht auszureichen scheinen, auf welche Hilfen, Hilfskonzepte greifen Sie
135 zurück?

136 **B:** Ich spreche mit Kitas, wenn ich den Eindruck habe, da ist irgendwie eine Notsituation.
137 Das andere ist, dass ich auch Kinder zum Kinder- und Jugendpsychiater schicke., Ich
138 sehe dann natürlich zu, dass das Praxen sind, wo man durchaus auch mal kurzfristiger
139 einen Termin bekommt.

140 **I:** Wie schätzen Sie den Bedarf von weiteren Hilfestellungen aktuell ein?

141 **B:** Durchaus vermehrt. Ich glaube, dass es Familien gibt, die sowieso schon mit
142 bestimmten Erkrankungen ihrer Kinder zu tun hatten, die jetzt durch die aktuelle Situation
143 noch belasteter sind. Was ich schwierig finde zusätzlich ist auch, dass die Kinder, bei
144 denen zum Beispiel einen besonderen Förderbedarf besteht, im Momentan eigentlich
145 nicht begutachtet werden.

146 **B:** Was ich da nicht verstehe ist, warum wir in den Praxen die Kinder sehen können und
147 ja auch die Kinder, die Infekte haben und so. Aber in diesen ganzen Institutionen, wo
148 eigentlich Begutachtungen der Kinder stattfinden, wo ich jetzt denke, da kann man noch
149 viel besser sortieren, ob ein Kind potenziell infektiös ist, oder zur Not vielleicht dann doch
150 einen Schnelltest machen vorher, wenn das längere Begutachtungen sind, warum da
151 die Kinder im Moment nicht gesehen werden. Da wird sich eine gewisse Dunkelziffer
152 aufbauen an Kindern, die halt dann doch nicht vorgestellt werden.

153 **I:** Das denke ich auch. Und dann kommt die Welle.

154 **B:** Genau.

155 **I:** Und überfordert dann die Einrichtungen.

156 **B:** Wenn ich jetzt an die Kinder denke, die mit der deutschen Sprache abgehängt
157 werden, denke ich, die kommen in die Schule, die haben nachher Defizite in ihrer
158 Schulbildung. Was macht man gesellschaftlich, wenn jetzt die Migrantenkinder das

159 Gefühl haben, sie kommen nicht mit, weil sie sprachlich abgehängt sind. Das will man ja
160 eigentlich für unsere Gesellschaft nicht. Man möchte, dass alle integriert werden. Und
161 eigentlich sorgen wir gerade dafür, dass da wieder eine größere Spaltung stattfindet,
162 weil halt nicht jedes Kind Chance auf gleiche Bildung oder Zugang zum Bildungssystem
163 hat.

164 **I:** Haben Sie Ideen für neue Hilfskonzepte oder angepasste Hilfskonzepte? Ist das, was
165 wir haben ausreichend?

166 **B:** Also, ich glaube es müsste niederschwelligere Angebote geben für Eltern. Es gibt
167 natürlich Erziehungsberatungsstellen, wo man die auch hinschicken kann auch. Aber ich
168 glaube, es müsste im Moment mehr Angebote geben, um Eltern bei schwierigen
169 Situationen zu helfen. Vielleicht auch einfach im Rahmen von Anlaufstellen, wie
170 Erziehungsberatungsstellen, wo die Eltern sich Rat holen können. Also, ich finde, dass
171 wir im Moment für viele Eltern die Anlaufstelle sind und dann mit dem, was da an
172 Angeboten ist, irgendwie gucken müssen, wie kann man alle damit versorgen und
173 zufriedenstellen.

174 **I:** Niederschwellige Beratungsstellen.

175 **B:** Ja. Ich glaube, dass die Familie des Mädchens, was immer weint, eigentlich das
176 Leben gut im Griff hat und es keine grundsätzlichen Probleme da in der Familie gibt. Da
177 müsste eigentlich jemand sein, der einfach auch mehr als wir das in der Kinderarztpraxis
178 können, sich einfach mal mit dem Mädchen und den Eltern zu unterhält, was man da
179 machen kann. In der normalen Sprechstundensituation ist häufig gar nicht die Zeit da
180 mit so einem Kind alleine über einen längeren Zeitraum mit entsprechend Vertrauen sich
181 zu unterhalten. Vielleicht durch Psychologen in den Kitas oder auch Schulen als
182 Angebot, die viel näher dran sind und die Kinder dann auch viel besser kennen. Ob
183 dadurch mehr Möglichkeiten bestehen könnten.

184 **I:** Gut, ja. Gibt es denn etwas, was Sie mir zu dem Thema noch erzählen wollen? Was
185 nicht zur Sprache gekommen ist, aber in dem Zusammenhang wichtig sein könnte.

186 **B:** Nein, ich glaube wir haben über alles gesprochen.

187 **I:** Vielen Dank dafür. Dann beende ich die Aufnahme.

1 **12.10 Interview K5**

2 **Interview K5**

3 **I:** Sie sind jetzt seit acht Jahren niedergelassener Kinderarzt in Hamburg Barmbek. Ich
4 freue mich, dass Sie sich Zeit für dieses Interview genommen haben. Es geht um die
5 Situation der Kinder und Jugendlichen hier in Hamburg im Rahmen der Covid-19-
6 Pandemie. Besonders bezogen auf das Auftreten psychosomatischer Beschwerden und
7 die Lebensqualität der Kinder. Erzählen Sie mir von Belastungen bei Kindern und
8 Jugendlichen, die Sie aktuell erkennen und die zur Vorstellung führen.

9 **B:** Ich bedanke mich für die Einladung für das Interview bei Ihnen und stehe gerne zur
10 Verfügung. Man muss erkennen, dass durch die Corona-Zeit, die Pandemie geht
11 mittlerweile länger als ein Jahr, sich durchaus Dinge verändert haben. Mein Eindruck ist,
12 dass in den ersten Wochen, auch im ersten Lockdown 2020, größtenteils das erstmal
13 sehr geräuschlos für uns Kinderärzte ging. Es war zu erkennen, dass wir deutlich
14 weniger zu tun hatten, weil die Familien sich sehr stark auch an den sogenannten
15 Lockdown gehalten haben und dadurch die Frequenz bei uns deutlich zurückgegangen
16 ist. Deswegen haben wir zunächst auch von vielen Symptomen gar nicht so viel
17 mitbekommen. Im Laufe der Zeit änderte sich das dann aber. Erste Dinge sind uns
18 aufgefallen. Ich würde sagen so im April, Mai ist mir aufgefallen, dass ich durchaus junge
19 Kinder gesehen habe, das heißt im Kindergartenalter ab vier, wo es Probleme mit
20 psychischen Auffälligkeiten gab. Kinder, die beispielsweise antriebslos waren oder
21 traurig waren.

22 **B:** Durch die Kürze des Lockdowns war das dann aber schnell vorbei und im Sommer
23 2020 haben wir wenig mitbekommen. Als im Oktober wieder losging, merkte man relativ
24 zügig, dass schnell eine Erschöpfung aufgetreten ist bei vielen Kindern. Kinder hatten
25 unterschiedliche Symptome, weswegen sie sich vorstellten. Symptome, die uns als
26 Kinderarzt natürlich bekannt sind. Wir sehen natürlich viele Kinder auch mit
27 psychosomatischen Beschwerden. Wir haben natürlich auch die normalen Infekte
28 gesehen. Aber dann sahen wir auch Kinder, die zunehmend kamen, meinetwegen mit
29 Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen. Manche zeigten auch Müdigkeit oder Eltern
30 sagten, das Kind sei auffällig blass. Schlafstörungen spielten eine Rolle. Und auch
31 andere Dinge, Schwindelsymptomatik meinetwegen.

32 **I:** Ja.

33 **B:** Das waren Dinge, die dann doch mehr aufgetreten sind.

34 **I:** Im Rahmen des zweiten Lockdowns, der zweiten Welle dann, mit der zunehmenden
35 Erschöpfung?

36 **B:** Genau, das ging relativ zügig im Herbst los. Mittlerweile ist es eigentlich Alltag bei
37 uns in der Praxis. Jetzt im Frühjahr 2021, haben wir doch sehr viel mit diesen
38 Beschwerden zu tun.

39 **I:** Was berichten Eltern und Kinder bei Ihnen in der Praxis darüber? Berichten auch die
40 von zunehmender Belastung?

41 **B:** Vorwiegend berichten natürlich die Eltern über Belastungssituationen. Dies wird
42 deutlich dadurch, dass die beruflich eingespannt sind und aufgrund der Pandemielage
43 häufig natürlich Probleme bei der Betreuung ihrer Kinder haben. Somit in dem
44 Spannungsfeld sind, wie betreue ich meine Kindergartenkinder gut und komme meinen
45 beruflichen Verpflichtungen nach. In diesem Spannungsfeld bewegen sich sehr, sehr
46 viele Familien.

47 **I:** Das führt auch schon zum nächsten Punkt. Ich möchte gerne auf die Lebensqualität
48 der Kinder und Jugendlichen zu sprechen kommen. Sehen wir Lebensqualität hier als
49 ein Konstrukt aus vier Aspekten, körperlichen Aspekten, psychischen, sozialen und
50 funktionalen Aspekten. Welche Beobachtungen machen Sie hinsichtlich der
51 Lebensqualität auf die psychische und körperliche Verfassung Ihrer Patienten?

52 **B:** Pauschal ist dieses schwer zu beantworten. Man muss generell sagen, dass viele
53 Familien die wir betreuen, ein gutes, intaktes soziales Netzwerk haben und damit mit
54 ihren Familien gut klarkommen. Wir sehen die natürlich dann wenig, meinetwegen im
55 Rahmen der regulären Vorsorgeuntersuchung. Sie sagen, dass natürlich die Situation
56 angespannt ist, aber sie sehr gut mit ihr klarkommen. Generell Sorge machen uns
57 Kinderärzten natürlich die Familien vorwiegend sozialschwächeren Milieus. Oft auch
58 vorwiegend alleinerziehende Mütter, die leider häufig wenig Erziehungskompetenz
59 haben und da wirkt die Pandemie wie ein Katalysator, dass Probleme auftreten. Die
60 wären vielleicht auch so gekommen, aber meinetwegen ein bisschen später. Typische
61 Belastungssituation in der Familie ist zu wenig Zeit für Kinder. Deswegen steigt sicherlich
62 die Benutzung unterschiedlicher Medien.

63 **I:** Ja.

64 **B:** Gerne Fernsehen. Und hiermit dann natürlich Rückzug und weniger soziale Kontakte.

65 **I:** Ja, damit haben Sie auch schon den Alltag und auch die Unterschiede der Familien
66 dargestellt.

67 **I:** Auch über psychosomatische Beschwerden haben Sie schon berichtet. Was würden
68 Sie sagen, hat sich deren Auftreten verändert? Kopfschmerzen, Bauchschmerzen,
69 Rückenschmerzen, die Sie auch vorher erwähnt hatten.

70 **B:** Das ist schwer zu sagen, ob sie häufiger auftreten. Ich denke wir werden schon mehr
71 frequentiert auch mit diesen Beschwerden, auch für Familien, wo diese Beschwerden
72 sicherlich neu aufgetreten sind. Wir kennen natürlich Familien, wo psychosomatische
73 Beschwerden generell eine Rolle spielen. Wir sehen zunehmend auch Familien, die wir
74 bereits kennen, wo diese Symptome neu sind. Das würde ich schon sagen. Auf jeden
75 Fall.

76 **I:** Gibt es eine Altersgruppe, ein Geschlecht, der oder das davon verstärkt betroffen sind?
77 Können Sie da einen Eindruck schildern?

78 **B:** Ich würde sagen, in der Tendenz etwas mehr Mädchen als Jungen. Allerdings eher
79 dann auch bei den noch etwas Älteren. Wenn wir uns die Altersgruppen angucken,
80 finden diese Symptome generell im späteren Kindergartenalter und auch im
81 Grundschulalter statt. Weniger aber auch noch vorhanden, dann im jugendlichen Alter
82 der ersten Klassen der weiterführenden Schulen. Je älter die Kinder werden, desto eher
83 sind es Mädchen. Aber auch Jungen, die womöglich weniger darüber sprechen, sind
84 davon betroffen.

85 **I:** Wie gehen Sie praktisch vor, wenn Sie den Eindruck haben, diese Belastungen oder
86 Beschwerden sind im Rahmen der aktuellen Lockdown-Situation der psychischen
87 Belastung durch die Covid-19-Pandemie verursacht oder mitverursacht. Was raten Sie?
88 Wie gehen Sie vor? Was geben Sie Ihren Patienten mit?

89 **B:** Generell ist es mir wichtig, auch bereits bei der Anamnese, dass zunächst die Kinder
90 Zeit und Raum haben, ihre Beschwerden in Ruhe zu äußern. Anschließend möchte ich,
91 dass die Eltern ihre Sichtweise der Dinge zusätzlich schildern. Nach einer ausführlichen
92 körperlichen Untersuchung, wird zunächst eine Verdachts- oder eine Diagnose erhoben.
93 Und anschließend, in Abhängigkeit der Ressourcen der Familie, über mögliche
94 Therapieansätze gesprochen. Wichtig ist generell, dass zunächst auf jeden Fall das Kind
95 oder der, die Jugendliche sowie die Eltern die Diagnose verstehen und auch erkennen.
96 Wenn es sich um psychosomatische Beschwerden handelt erkennen, dass kein
97 körperlicher Befund vorliegt. Dies ist sehr, sehr wichtig, um dann einen Therapieansatz

98 zu verfolgen. Je nachdem, welche Ressourcen die Familien haben, kann man gucken,
99 wie weit das familiäre Setting, vorwiegend die Eltern, aber auch Geschwister, oder
100 andere Familienmitglieder, meinetwegen auch aus der Entfernung helfen können. Zum
101 Beispiel mit regelmäßigen Kontakten. Sollte die Familie über diese Ressourcen nicht
102 verfügen oder dies nicht ausreichen, versuche ich andere Institutionen mit ins Boot zu
103 holen, meinetwegen Erziehungsberatungsstellen oder auch zunehmend
104 niedrigschwelliger Kinder- und Jugendpsychologen sowie auch Psychiater.

105 **I:** Die Erziehungsberatungsstellen und die Kinder- und Jugendpsychiater, sind jetzt
106 schon bekannte Institutionen. Schätzen Sie den Bedarf aktuell erhöht ein? Und sehen
107 Sie da die Notwendigkeit für weitere Hilfskonzepte oder Angebote für Kinder und
108 Jugendliche?

109 **B:** Wir sind in einer guten Lage zunehmend mehr Betreuungsangebote auch bei uns im
110 Viertel zu haben und diesbezüglich auf diese verweisen zu können. Unsere Schwestern
111 in der Praxis sind diesbezüglich sehr gut geschult. Und generell für jede Familie zunächst
112 die Möglichkeit mehr als auf ein Angebot zu verweisen.

113 **I:** Haben Sie also ein Angebot verschiedener Adressen, geschultes Personal und einen
114 festen Standard in der Praxis zur Anbindung und Vermittlung der Patienten?

115 **B:** Genauso ist es. Richtig. So verfahren wir.

116 **I:** Sehr schön. Ja. Vielen Dank dafür. Gibt es etwas, was Sie mir zu diesem Thema noch
117 erzählen möchten? Was zu kurz gekommen ist, wenn wir die Situation der Kinder und
118 Jugendlichen und der psychosomatischen Beschwerden in der aktuellen Situation
119 betrachten möchten?

120 **B:** Wir als Kinderärzte sind natürlich die Anwälte der Kinder. Und wir befinden uns in
121 einem Spannungsfeld, dass die Kinder und Jugendlichen große Leidtragende der
122 Pandemie-Situation sind, wohlwissend, dass Kinder erfreulicherweise sehr selten an
123 schwerwiegenden Corona Symptomen erkranken, so sie sich denn infizieren. Mir ist es
124 ein Anliegen zu sagen, dass ich finde, dass vorwiegende ein Großteil der Kinder jeglicher
125 Altersstufe sehr, sehr gut und verantwortungsvoll mit der Situation umgeht. Und sie
126 verdienen hierdurch meinen Respekt und ein großes Lob. Ich finde es gut, dass die
127 Familien erkennen, dass wir Kinderärzte die Situation ernst nehmen und ein offenes Ohr
128 für die Situation haben. Viele Familien haben uns sicherlich auch in dieser Pandemie
129 Situation neu kennen und auch schätzen gelernt, so dass wir ein gutes Miteinander mit
130 den Familien führen können.

131 **I:** Ich bedanke mich ganz herzlich. Und wünsche Ihnen dann auch für das weitere
132 Schaffen in dieser Zeit alles Gute.

133 **B:** Herzlichen Dank.

1 **12.11 Interview K6**

2 **Interview K6**

3 **I:** Danke, dass Sie sich Zeit genommen haben für das Interview. Sie sind jetzt schon seit
4 sechs Jahren im niedergelassenen Bereich tätig und seit einiger Zeit jetzt als
5 Kinderärztin in Wellingsbüttel niedergelassen. Beginnen wir mit dem ersten
6 Themenblock. Praxissituation in Bezug auf die Covid-19-Pandemie, und beginnen
7 einfach mal ganz offen. Erzählen Sie mir von Belastungen bei Kindern und Jugendlichen,
8 die Sie aktuell erkennen und die zur Vorstellung führen.

9 **B:** So ganz grob zeigt sich mir tatsächlich ein Bild, wo ich vor allem bei Kindern an den
10 Übergängen Belastungen sehe. Bei Kindern, die gerade in die Kita eingewöhnt wurden,
11 Erstklässlern, Fünftklässlern oder eben auch Abiturienten. Wobei ich von denen nicht
12 mehr allzu viele sehe. Gerade, wenn solche Übergänge stattgefunden haben, berichten
13 die Kinder schon, dass sie sich wirklich schwertun, sich in die neue Gemeinschaft
14 einzufinden. Da erlebe ich ganz viel Regressives, was die Eltern berichten. Die Kinder
15 verharren in so einer Lauerposition im besten Fall. Und das war im ersten Lockdown
16 tatsächlich noch so. Jetzt so mitten oder fast nach dem zweiten schon habe ich
17 manchmal das Gefühl, das kippt stimmungsmäßig auch bei den Eltern in eine Egal-
18 Haltung. So etwas Resignatives hört man in den Gesprächen, auch mit den Eltern. Dann
19 haben wir aber in Wellingsbüttel auch tatsächlich ganz viele Eltern, die finden das
20 eigentlich ganz schön. Eltern, die es auch genießen, ihren Garten zu haben und mal Zeit
21 mit den Kindern zuhause zu haben. Ich würde behaupten, je nach sozialem Status,
22 Garten oder nicht, wird das sehr unterschiedlich von den Eltern aufgenommen. Und
23 Wellingsbüttel ist ja nun eher so ein relativ wohlverdienter Stadtteil und es hat ganz
24 viele Eltern, die gute Ressourcen haben und die eben auch zu nutzen wissen, wenn
25 dieser stressige Alltag mit Vereinswesen und so weiter wegfällt. Da kann sich auch vieles
26 positiv darstellen. Aber gerade Familien, die in Wohnungen wohnen, wo Väter plötzlich
27 in das Homeoffice treten, da ruckelt es ordentlich. Ich habe sehr viele Väter meiner
28 Patienten jetzt zu Corona-Zeiten kennengelernt. Früher war das doch eher mütterbetont
29 und jetzt aus, weiß ich nicht, aus Mangel an anderen Beschäftigungen, sehe ich doch
30 öfter auch mal Väter in der Praxis. Und was ich auch beobachtet bei den älteren Kindern
31 ist tatsächlich dieser Bewegungsmangel und die haben auch alle zugelegt so. Also, wir
32 sprechen schon immer von Coronapfunden, sozusagen. Das ist denen auch bewusst.

33 **I:** Fallen noch andere körperliche Dinge auf?

34 **B:** Ich habe schon das Gefühl, dass auch noch Haltungsschwierigkeiten eine Rolle
35 spielen. Die sind nicht fixiert, aber die sind schon etwas behäbiger. Und das sehe ich
36 aber vor allem auch bei den älteren. Ich sage mal die zehn, elf, zwölf, dreizehn,
37 vierzehnjährigen, da würde ich schon sagen, der ganze Muskeltonus, da ist die Wirkung
38 sehr runtergefahren insgesamt. Da schickt man jetzt auch des Öfteren mal zum
39 Osteopathen, wenn man sieht, die sind halt so schief. Lege dich gerade hin und dann
40 liegt das Kind schief. Also, das fällt schon auf. Fehlender Sport, Gewichtszunahme und
41 manchmal auch wirklich funktionell. Funktionelle Haltungsstörungen. Die kann man
42 sicher wieder ausgleichen, wenn das jetzt wieder losginge so. Das Fixierte, das sehe ich
43 nicht mehr als früher, also, fixierte Skoliosen oder so. Aber funktionelle
44 Haltungsstörungen schon.

45 **I:** Wenn wir insgesamt die Lebensqualität betrachten, die körperliche und psychische
46 Aspekte, die Alltagsbewältigung und die Situation in der Familie miteinbezieht. Wir haben
47 über einiges davon schon gesprochen und kommen jetzt zu psychischen Auffälligkeiten.
48 Welche Beobachtungen machen Sie da?

49 **B:** Also, ich habe immer so Einzelfälle im Kopf. Das ist statistisch noch nicht relevant.
50 Aber ich habe auch einige Kinder, die tatsächlich schon so eine Angst, so eine
51 Ängstlichkeit hatten, die mir jetzt noch sehr viel ängstlicher vorkommen. Gerade in Bezug
52 auf Gesundheitsfragen. Ich hatte dann so ein Kind, die wollte ihre Maske nicht
53 abnehmen. Die Eltern sind verzweifelt, weil die Kinder das so überbewerten jetzt, sage
54 ich mal. Diese Corona-Angst, sozusagen, die spüre ich schon. (I: - und das auch ganz
55 genau nehmen und sehr rigide umsetzen dann.) Genau. Da haben sich sicher Ängste
56 festgesetzt. Da habe ich aber schon auch seit Anbeginn den Impuls, gegenzusteuern.
57 Das merke ich an mir so, dass ich immer wieder sage, du weißt, dass das keine
58 schlimme Erkrankung für Kinder ist, so. Also, da höre ich mich andauernd reden. (I:
59 Aufklärung?) Genau. Weil man wahrscheinlich schon intuitiv sowas dann aufnimmt, dass
60 da Ängste herrschen. Also, ich würde sagen, ohne, dass ich da immer Diagnostik
61 machen muss, merke ich an mir, dass ich immer das Gefühl habe, gegensteuern zu
62 müssen. Bei den älteren Mädels erlebe ich auch so eine Art Zurückgezogenheit. Ich
63 glaube, nochmal anders als früher. Da haben sie aber noch berichtet, wenn man sie
64 gefragt hat, ob sie im Chat unterwegs sind und so weiter. Und jetzt ist da sowas
65 Zurückgezogenes. Depressiv sind die deshalb jetzt nicht alle so, aber einfach so wie ein
66 Stoffwechsel, den man runterfährt. (I: Niedergeschlagenheit?) Ja, so eine
67 Niedergeschlagenheit, eine Bedrücktheit. Ich habe immer das Gefühl, Corona
68 überschattet auch so viele andere Themen. Aber Coronamüdigkeit, Resignation, bei
69 allen so. Ich finde es manchmal viel schwieriger auch, an so andere Themen überhaupt

70 noch ranzukommen. Das steht so vor allem. Wie so eine Wolke, die man erstmal zur
71 Seite schieben muss, und dann kann man über entweder die Sonne oder das viel
72 Traurigere, die dunklen Wolken dahinter, sprechen.

73 **I:** Kommen wir noch mal kurz zu den Unterschieden zwischen den Familien. Wir hatten
74 jetzt schon die, dass der Wohnraum oder die Beengtheit, in der man lebt, wenn alle
75 zuhause sind, einen großen Unterschied macht, wie diese Pandemiesituation erlebt
76 wird. Und auch das mehr Zeit miteinander positiv erlebt werden kann. Gibt es noch mehr
77 Unterschiede?

78 **B:** Da würde ich vom Alter her sagen gibt es Unterschiede. Die Mütter, die sowieso jetzt
79 gerade mit den Kleinkindern oder Säuglingen zuhause sind, die wirken nicht so belastet,
80 die wirken durch andere Sachen belastet. Zum Beispiel, dieses Maskentragen. Aber ich
81 finde, das sind so Familien, wo sowieso gerade das Programm Kleinkind, ich bin auf
82 dem Spielplatz und ich sitze da so-. Also, da hat man, ist man so programmiert auf dieses
83 Zurückgezogen sein vielleicht auch ein Stück weit. Da nehme ich Corona nicht so als
84 Riesenbelastung wahr. Das sind tatsächlich dann doch eher ältere Kinder, die
85 Elementarkitas. Aber das hat sich auch wieder so ein bisschen entzerrt, weil doch viele
86 wieder in die Kita gehen. Also, das sehe ich jetzt gar nicht so als die Hauptgruppe. Ich
87 finde tatsächlich so die Grundschüler, also, gerade so die Erstklässler. Oder auch die
88 Vorschulkinder, die sich gar nicht gefunden haben, wo die Eltern wirklich massiv auch
89 gefragt sind, auch diesen Schulstoff mit den Kindern irgendwie anzugehen und selber ja
90 noch vielleicht keine Erfahrung haben jetzt mit Schulkindern. Da merke ich schon, dass
91 es ruckelig ist. Also, die Sozialschichten, ja, also, das ist schon ein Unterschied, ob da
92 Räume zur Verfügung stehen, aber das hatte ich ja schon gesagt. (I: Aber auch noch
93 deutliche Altersunterschiede der Kinder, wo sich dann höhere Belastungssituationen
94 ergeben.) Und dann für mich ist auch noch Unterschied, Einzelkind oder mehrere Kinder.
95 Das kann in beide Richtungen ausschlagen. Also, das kann-, also, sicher sind
96 Geschwister momentan eher, gefühlt jetzt, das ist reines Gefühl, ein Schutzfaktor. Was
97 ich wirklich oft erlebe, sind Einzelkinder, die belastet wirken. Aber ich habe das in
98 Wellingsbüttel tatsächlich so gerade, wenn die jetzt einen großen Garten haben und ein
99 Häuschen, dann verabreden die sich relativ fix mit anderen Kindern. Und die Eltern
100 erzählen und berichten dann auch, das sind ganz intensive, innige Freundschaften, die
101 da so entstehen. Und wenn das gerade zwei Geschwister sind und dann gibt es parallel
102 Geschwister im gleichen Alter und man wechselt sich ab, da können auch ganz tolle
103 Sachen entstehen. Und die wirken auch überhaupt nicht belastet, diese Kinder. Das
104 braucht vielleicht gar nicht so viele Kinder, sondern es braucht eben einen verlässlichen

105 Spielpartner, sozusagen. Es ist wahrscheinlich auch hier in den Wohlstandsregionen viel
106 einfacher umsetzbar als jetzt in einer kleinen Wohnung.

107 **I:** Kommt wahrscheinlich auch auf das Alter der Kinder an, ob die schon rauskönnen auf
108 die Straße, ins Viertel oder nicht.

109 **B:** Ja, die Frage, ob die halt noch spielen. Ich finde, daran zeigt sich das dann auch. Es
110 gibt ja einfach ein gewisses Alter, da wird nicht mehr gespielt oder halt Online-Gaming,
111 aber das würde ich jetzt nicht als Spiel in dem Sinne bezeichnen. Also, Kinder, die noch
112 spielen und die einen Spielpartner haben, sei es das Geschwisterkind. Wenn die spielen
113 und einen Spielpartner haben, dann ist eigentlich immer alles gut. Der Mensch ist so ein
114 soziales Wesen, aber es reicht einer, ein fixer Spielpartner.

115 **I:** Wir kommen jetzt nochmal mehr auf das Thema psychosomatische Beschwerden.
116 Erzählen Sie mir etwas über psychosomatische Beschwerden bei Ihren Patienten.
117 Welche Symptome treten häufig auf?

118 **B:** Bauchschmerzen und Kopfschmerzen habe ich besonders häufig. Aber da muss ich
119 gestehen, da gibt es mit Sicherheit eine Verzerrung. Ich würde nicht behaupten, dass
120 ich viel mehr sehe als früher. (I: Das kann doch gut sein.) Weil die einfach auch nicht
121 mehr zum Arzt gehen, wir haben ja insgesamt weniger Patienten. Ich könnte mir
122 vorstellen, dass die einfach nicht mehr kommen. Ich nehme das nicht als vermehrt war.

123 **I:** Weil wir ja schon über Haltung gesprochen hatten, wie ist es mit Rückenschmerzen in
124 dem Verbund? Oder wird das eigentlich nicht so geschildert?

125 **B:** Nein, das ist ja das Verrückte. Die beschweren sich auch nicht über ihre Haltung.
126 Also, das ist so eine Lethargie damit verbunden. Ich könnte jetzt nicht behaupten, ich
127 habe einen Haufen Kinder mit Rückenschmerzen oder so, überhaupt nicht. Und
128 Bauchschmerzen eigentlich fast weniger als früher. Also, ein paar, die dann auch immer
129 wieder kommen. Da ist eine ganz andere Situation. Aber dieses Dauer-, wegen
130 Bauchschmerzen zum Arzt und dann kommt nichts raus und dann fahndet man nach
131 einem Fokus und einer Erklärung, das habe ich nicht häufiger als vorher. (I: Wie ist das
132 mit dem Schlafen? Ist das ein Thema, Schlafschwierigkeiten?) Ja, das ist tatsächlich ein
133 Thema. Das habe gerade bei älteren Kindern und auch bei den kleinen ängstlichen-
134 Also, da würde ich so auf zwei Altersklassen gucken und wenn Ängstlichkeit ein Thema
135 ist, dann ist Schlafen oft auch dann assoziiert. Das habe ich öfter tatsächlich,
136 Schlafprobleme.

137 **I:** Und diese Niedergeschlagenheit, Resignation, das haben wir ja auch schon erwähnt,
138 was ja eher mehr geworden ist. Sowas wie Gereiztheit, dass die launischer geworden
139 sind, nervöser, sowas aufgefallen? (B: Nein, kann ich nicht sagen.) Wie gehen Sie vor,
140 wenn Sie jetzt vermuten, die geschilderten Beschwerden sind doch bedingt durch eine
141 erhöhte psychische Belastung, weil wir gerade pandemiebedingt andere
142 Lebensumstände haben? Was raten Sie, was für Tipps geben Sie?

143 **B:** Ich verweise immer wieder auf die Tagesstruktur. Struktur, Struktur, Struktur. Dann
144 versuche ich, ressourcenorientiert zu gucken. Ich habe tatsächlich so eine Sammlung
145 gehabt innerlich, was auch gut sein kann. Und ich habe immer noch so die Hoffnung,
146 dass die Kinder, die jetzt so in die Regression gezwungen sind, in dieses Kleinsein, dass
147 sie danach aber hundert Schritte vorwärtsgehen. Man kannte das von Infekten. Also,
148 wenn die Kleinen infektiös waren, dann sind die zuhause geblieben und waren wieder
149 ganz klein und mussten wieder an die Brust und so weiter. Und sobald der Infekt vorbei
150 war, sind die ja fünf Schritte vorwärts. Und dann dachte man, wow, jetzt läuft das Kind
151 plötzlich und so weiter. Das war meine These für den ersten und den Beginn des zweiten
152 Lockdowns. So langsam geht mir da die Luft aus. Und trotzdem vertraue ich darauf, dass
153 viele Kinder, wenn die jetzt nicht in so ein ganz tiefes Loch fallen, wenn es mal wieder
154 weitergeht, richtig Gas geben. Aber wenn das jetzt weiter geht mit Belastungen-, und
155 das wäre der dritte Lockdown ohne Schule für mich, dann kann ich mir vorstellen, dass
156 das noch das eine oder andere Familiensystem gibt, das so kippt. (I: Also Sie raten, doch
157 die positiven Dinge in den Vordergrund zu stellen?) Tagesstruktur, Bewegung,
158 körperliche Bewegung, weil sonst kein Schlaf.

159 **I:** Wenn es aber nicht ausreichend ist, Ratschläge zu geben, welche Hilfestellungen sind
160 dann möglich? Worauf greifen Sie zurück?

161 **B:** Ich versuche dann schon, immer noch mal in ein, zwei Gesprächen, Elterngesprächen
162 zu gucken, was eigentlich so dahintersteckt und was auch vor Corona schon da war.
163 Also, da bin ich ja Psychotherapeutin. Und wenn ich dann sehe, das reicht jetzt nicht
164 oder das kommt es mit den schulischen Leistungen nicht hin, dann macht man im
165 Grunde das, was man früher auch gemacht hat. Dann guckt man, braucht es jetzt mal
166 eine Leistungsdiagnostik, gibt es da noch andere Gründe für eine Überforderung? Und
167 selten auch der Gang in die KJP. Das ist, wenn ich das Gefühl habe, da werden die
168 Ängste jetzt so massiv lebens einschränkend, dann schicke ich auch weiter an die
169 Kollegen. (I: Die Leistungsdiagnostik ist dann ja auch schon beim Kinder- und
170 Jugendpsychiater, insofern ist da ja auch schon Kontakt?) Ganz genau. Also, Kinder-

171 und Jugendpsychiater oder SPZ. Aber da würde ich sagen, dieses Prozedere ist nicht
172 viel anders als vor Corona.

173 **I:** Und sehen Sie in diesem Bereich einen erhöhten Bedarf oder bedarf es da mehr
174 Möglichkeiten?

175 **B:** Das kann aber auch Zufall sein, ich hatte vorhin nochmal so das Gefühl, dass mehr
176 Ehen geschieden werden oder Eltern sich trennen. Oder das wird nur mehr Thema, weil
177 die Leute sich dann mal länger aufhalten oder öfter aufhalten in der Kinderarztpraxis.
178 Also, das ist sowas, wo ich sage, das habe ich mehr. Ich habe viel mehr Familien, mit
179 den ich über Trennung-, wie man sich da zwischen den Eltern bewegt. Viel mehr Kinder,
180 die das auch ansprechen vielleicht sogar. Also, das beobachte ich schon. Wie war die
181 Ursprungsfrage nochmal?

182 **I:** Es geht um Hilfskonzepte, Hilfestellungen und wie der Bedarf ist, ob er erhöht ist.

183 **B:** Ja, ich würde sagen, prozentual schon. Das kann aber auch sein, dass einfach diese
184 ganzen Vorstellungen wegen Infekten wegfallen. Wir sehen ja normalerweise viel mehr
185 Kinder, die infektiös sind. Und dafür sehen wir eben mehr anders belastete Kinder. Also,
186 vielleicht ist es auch nur eine gefühlte Übergewichtigkeit. Also ich würde schon sagen,
187 ja, es ist mehr Thema. Ich habe mehr Situationen, die ich auch mal mit meiner Kollegin
188 besprechen muss, wo es schwierig wird, zu vermitteln. Aber ich kann jetzt eben
189 überhaupt nicht sagen, ob das früher vielleicht einfach so eher mal untergegangen ist (I:
190 Im Infektgeschäft, klar.) Ja. Und die Eltern wissen, dass ich auch diese
191 Psychotherapieausbildung habe und ich habe von jeher schon häufig Kinder mit
192 Ängsten. Und wenig Essstörungen, die sehe ich eigentlich gar nicht mehr, also, außer
193 eben diese Übergewichtigkeit, Adipositas.

194 **I:** Jetzt sind wir eigentlich schon am Ende. Für mich wäre es nochmal wichtig, ob es noch
195 etwas gibt, was Sie mir zu diesem Thema erzählen möchten, was nicht zur Sprache
196 gekommen ist. (B: Ich glaube, nicht.) Dann bedanke ich mich ganz herzlich und ich
197 beende die Aufnahme.

1 **12.12 Interview K7**

2 **Interview K7**

3 **I:** Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben heute für dieses Interview. Sie sind
4 jetzt seit acht Jahren als niedergelassener Kinderarzt in Hamburg-Jenfeld tätig. Ich
5 möchte beginnen mit der Praxissituation in Bezug auf die COVID-19-Pandemie und die
6 Situation der Kinder beginnen. Erzählen Sie mir von Belastung bei Kindern und
7 Jugendlichen, die aktuell erkennbar sind und eventuell auch zur Vorstellung führen.

8 **B:** Was auf jeden Fall eindeutig als Zunahme zu verzeichnen ist, ist der Bodymaßindex.
9 Einige Kinder haben ganz schön zugelegt, besonders im letzten Jahr. Die Bewegung
10 fehlt, beziehungsweise das Rausgehen fehlt, die sind einfach viel zuhause. Die haben
11 den Medienkonsum deutlich hochgefahren. Den meisten Eltern ist durchaus bewusst,
12 dass das nicht gut ist. Aber die Eltern haben einfach zu wenig Kraft, um sich diesem
13 Unheil entgegenzustellen.

14 **I:** Berichten das die Eltern auch in der Praxis?

15 **B:** Genau. Eltern, die Homeschooling und Kita-Schließung gepaart mit zum Teil
16 Homeoffice bewältigen müssen, die haben überhaupt gar keine andere Möglichkeit. Was
17 sollen die machen, die jetzt keinen familiären Backup haben, keine Großeltern haben,
18 die ja zum Teil auch aus Pandemiegründen nicht mehr involviert werden durften. Dann
19 sind die Eltern total am Limit. Zum Teil ist eigentlich diese Ruhigstellung mit der Glotze,
20 die letzte Möglichkeit für die. Das hängt ein bisschen auch vom gesellschaftlichen Status
21 beziehungsweise von dem Wissen und der Schlauheit ab, dass man weiß, dass das ja
22 ein Unheil für das Kind bringt und bedeutet. Einige sind total unbedarft und lassen die
23 Kinder einfach gewähren in ihrem Wunsch, das Handy in die Hand zu nehmen und noch
24 den zehnten Cartoon zu gucken auf dem Tablet. Das nimmt dann halt so seinen Lauf.

25 **I:** Also sie beobachten Unterschiede in den Familien, die sich in ihrem sozialen
26 Hintergrund oder dem Bildungsstand unterscheiden.

27 **B:** Absolut. Die Eltern, die mehr Bildungshintergrund haben, sind sich dieser Gefahr
28 durchaus bewusst. Da sind dann auch wirklich einige dabei, die sich verausgaben und
29 mit allen Kräften dagegenstellen und zunehmend selber an den Rand der Belastbarkeit
30 gekommen sind. Dann gibt es Eltern, die sagen, ja, ich weiß zwar, dass das schlecht ist,
31 aber ich packe es nicht anders. Ich kann für mein Kind nicht den ganzen Tag Erzieher
32 spielen, das schaffe ich nicht. Und wenn sie dann noch nebenbei arbeiten müssen, fällt

33 die Betreuung sozusagen weg. Dann sind die Kinder auf sich gestellt und Überraschung,
34 was die dann machen, die machen natürlich den Fernseher an und essen Schokolade.

35 **I:** Wie zeigt sich das? Bodymaßindex hatten wir erwähnt. Treten auch andere körperliche
36 Auffälligkeiten oder Beschwerden auf?

37 **B:** Es gibt auch, was ich sogar bei meinen eigenen Kindern gemerkt habe, dass die
38 manchmal diese Angst haben. Also es gibt ja die Sorge oder Furcht vor Obdachlosen
39 und ungepflegten Leuten, vor gefährlich aussehenden Menschen. Und dann gibt es
40 natürlich auch ab einem gewissen Alter diese Angst vor Corona, das es gefährlich ist.
41 Wenn dann so viele Menschen sind, dann will ich da nicht hingehen, sowas. Das wird
42 zum Teil von den Eltern transportiert.

43 **I:** Also weniger rausgehen und sich bewegt wurde aus verschiedenen Gründen, auch
44 aus den psychischen Gründen wie Ängsten.

45 **B:** Wobei man natürlich schon irgendwo auch auf eine grüne Wiese gehen kann, um
46 Fußball zu spielen, aber da fehlt ja auch vielen dann die Zeit und die Kraft.

47 **I:** Ja, das ist nachvollziehbar. Ich möchte gerne noch auf einen weiteren Aspekt der
48 Lebensqualität zu sprechen kommen: die Alltagsbewältigung der Kinder und
49 Jugendlichen. Was können Sie mir darüber erzählen, wie die mit dem veränderten Alltag
50 umgehen?

51 **B:** Dass die Kinder tatsächlich schon ihre Freunde und sozialen Kontakte vermissen.
52 Dass die eigentlich lieber in den Kindergarten oder in die Schule gehen würden, aber es
53 ja zum Teil nicht dürfen. Die Kleineren, die formulieren das jetzt nicht so sehr, aber die
54 Grundschüler, bei denen merkt man das schon. Die auch sagen: doof ist das. Hängt
55 aber auch davon ab, was die Eltern den Kindern bieten, ob sie sich voll um sie kümmern
56 können. Ein Elternteil zu zuhause, ein Elternteil ist arbeiten, dann geht das. Aber wenn
57 beide Eltern voll berufstätig sind, dann geht es schwer.

58 **I:** Na, klar. Die Kontakte fehlen. Sind andere Dinge, die Kinder bei Ihnen erwähnen, im
59 Rahmen der veränderten Alltagssituation oder die auffallen sind?

60 **B:** Fußballverein ist nicht, Schulverein ist nicht, Schwimmbad ist nicht. (I: Also Freizeit.)
61 Das sind schon einige Sache, die einfach ins Wasser gefallen sind.

62 **I:** Und das bemerken die Kinder auch.

63 **B:** Ja, das bemerken die. Der Alltag ist in Anführungsstrichen, öde und langweilig
64 geworden und deshalb aufgefüllt mit weniger anspruchsvollem und weniger sinnvollem
65 Zeitvertreib.

66 **I:** Und wir sind ja schon ein bisschen darauf zu sprechen. Wir haben einmal die Kinder
67 jetzt im Alltag. Dann haben wir ja Kinder und Jugendliche innerhalb ihrer Familien.
68 Homeschooling und der elterlichen Überforderungssituation sind schon zur Sprache
69 gekommen. Welche Unterschiede fallen zwischen den Familien auf, was sind vielleicht
70 auch positive Ressourcen? Wo ergeben sich Schwierigkeiten?

71 **B:** Auf jeden Fall der gesellschaftliche oder soziale Familienstand, macht einen großen
72 Unterschied. Die einen sind sich der Gefahr bewusst und die anderen sind es nicht. Es
73 ist immer hauptsächlich doch die Bildung. Das Problembewusstsein ist eigentlich der
74 alles entscheidende Unterschied.

75 **I:** Ich möchte jetzt, nachdem wir den Rahmen umrissen haben, auf psychosomatischen
76 Beschwerden zu sprechen kommen. Erstmal allgemein, erzählen Sie mir was über
77 psychosomatischen Beschwerden bei Ihren Patienten. Welche Symptome treten häufig
78 auf? Womit kommen die Kinder?

79 **B:** Da würde ich jetzt gar nicht sagen, dass ich das so gehäuft berichtet bekomme.

80 **I:** Aber jetzt erstmal allgemein, was tritt denn oft auf.

81 **B:** Bei psychosomatischen Beschwerden sind natürlich häufig Bauchschmerzen. Also
82 das ist was Häufiges. Kopfschmerzen und psychosomatischen Beschwerden, würde ich
83 sagen, ziehen ja dann auf, wenn das Kind potenziell unterfordert ist. Wenn das Kind
84 keine Zeit hat, sich zu beschäftigen. Wenn das Kind unter Mangelsituationen leidet, unter
85 sozialen Kontakten und so weiter und so fort. Zu wenig Aufmerksamkeit und so weiter.
86 Das ist ja aber auch tatsächlich, wenn man nur zuhause ist und die Eltern müssen nicht
87 nur Job und Haushalt und Einkauf erledigen, sondern auch noch zum Bruchteil Erzieher
88 und Lehrer sein zuhause. Dann kommen natürlich die Bedürfnisse des Kindes ein
89 bisschen zu kurz. Die Bedürfnisse der Eltern kommen zu kurz. Der Frieden im Haushalt
90 lässt nach, um es schön zu formulieren. Und jetzt kann ich aber nicht sagen, dass ich
91 festgestellt hätte, dass ich häufiger konfrontiert worden wäre, mit Beschwerden dieser
92 Art -unverändert eher. Ticstörungen sehe ich jetzt vielleicht ein bisschen öfter mal.

93 **I:** Wie ist es so mit Einschlafproblem oder Schlafstörung?

94 **B:** Ja, wird berichtet. Wurde auch vorher schon berichtet. Vielleicht leicht gesteigertes
95 Aufkommen.

96 **I:** Wenn wir auf die Stimmung Ihrer Patienten kommen, sowas wie Traurigkeit,
97 Niedergeschlagenheit, ist das zu beobachten oder eine Veränderung dabei zu
98 beobachten? Führt das überhaupt zur Vorstellung?

99 **B:** Doch ist dann schon zu beobachten, aber da ist natürlich auch die Konsultation
100 generell ein bisschen seltener.

101 **I:** Fällt dann im Kontakt auf, aber ist meistens kein Vorstellungsgrund.

102 **B:** Häufig. Genau.

103 **I:** Was ist mit Rückschmerzen, haben die eine Relevanz im Moment? Kommen oder
104 kamen oft Kinder mit Rückenschmerzen?

105 **B:** Sowohl als auch. Also wurden vorher angegeben. Werden immer noch angegeben.
106 Vielleicht ein bisschen mehr, aber kann ich nicht sagen.

107 **I:** Wie ist mit Stimmungsschwankungen, Gereiztheit, Nervosität?

108 **B:** Doch, das würde ich schon sagen, dass das ein bisschen mehr geworden ist.

109 **I:** Fällt das eher nebenbei auf oder die kommen die Patienten auch damit?

110 **B:** Deswegen treten die nicht unbedingt den Weg an. Aber man merkt halt schon, dass
111 es um das Seelenheil oder das Kindswohl irgendwie nicht besser steht als vor 2018,
112 2019.

113 **I:** Gibt es eine Altersgruppe oder ein Geschlecht, die oder das davon verstärkt betroffen
114 zu sein scheint?

115 **B:** Kann ich nicht sagen.

116 **I:** Wenn Sie jetzt vermuten, dass Beschwerden, mit denen das Kind oder der Jugendliche
117 zu Ihnen kommt, aufgrund einer erhöhten psychischen Belastung, durch die
118 pandemiebedingt veränderten Lebensumstände verursacht sind, was raten Sie? Wie
119 gehen Sie vor?

120 **B:** Ich rate den Kindern den kontrollierten sozialen Kontakt aufzunehmen oder zu halten.
121 Stichwort: Beste Freundin, besten Freund regelmäßig treffen. Das Kind, das man sowohl

122 in der Schule oder im Kindergarten sowieso sieht, das kann man ja auch am Nachmittag
123 in der Freizeit treffen. Die Eltern berate ich nochmal um die Risiken von Medienkonsum,
124 das heißt sie motivieren vorzulesen. Sie motivieren mit den Kindern zu spielen. Sie
125 motivieren mit den Kindern rauszugehen. Zum Spielplatz oder in die Parkanlage. Da ist
126 trotz der Pandemie genug Freiraum.

127 **I:** Ja.

128 **B:** Also das ist wirklich das Häufigste oder das Wichtigste. Schule ist ja nicht alles und
129 durchgehend nur am Computer, aber es ist natürlich schon irgendwie deutlich mehr als
130 eine Stunde oder es sind mehrere Stunden. Und auch der Unterricht am Computer ist ja
131 trotzdem nicht nur gut. Und wenn sie danach auch noch Freizeitmedienkonsum
132 betreiben, dann kommt das halt noch obendrauf. Und das würde ich als durchaus
133 weiterbelastend bezeichnen.

134 **I:** Also da raten Sie, die Freizeit anders zu verbringen, bewusst anders zu verbringen.

135 **B:** Genau. Tuschkasten, basteln, malen, schreiben, lesen, alles Mögliche. Und vor allem
136 einen organisierten Alltag, auch wenn die Unterricht online haben, dass sie trotzdem
137 zwischendurch Pause machen und zwar Pause im Freien. Dass man sozusagen
138 versucht, dass was man in der Schule sonst auch gewohnt war, nämlich auf den
139 Pausenhof zu gehen, dass man das versucht nachzubilden, indem man sagt, so, jetzt
140 gehst du auf den Spielplatz, jetzt fährst du ein bisschen Rollschuh und dann machen wir
141 weiter. Aber das geht natürlich nur dann, wenn die Eltern die Zeit haben und die
142 Aufmerksamkeit ihren Kindern schenken können.

143 **I:** Und sich dessen bewusst sind. Wenn solche allgemeinen Tipps oder Ratschläge doch
144 nicht ausreichend zu sein scheinen, weil die Probleme tiefer liegen oder die
145 Beschwerden auch ausgeprägter sind, welche Hilfestellungen sind möglich oder worauf
146 greifen Sie zurück?

147 **B:** Stichwort: Arche. Also manche zur Arche (Kinder- und Jugendwerk,
148 Kinderbereuungseinrichtung). Das sind dann schon so Adressen, die ich dann weiter
149 reiche. In meinem Stadtteil gibt es noch die Familienhelden (Erziehungsberatungsstelle),
150 um halt Familien zu fördern, damit die dann auch die Förderung bekommen oder eine
151 Entlastung der Eltern erfolgt. Aber ich gehe jetzt nicht so weit, dass da irgendwie
152 Haushaltshilfe oder sonstige Dinge von mir aus anleiere.

153 **I:** Kommt es auch vor, dass dann doch der kinder- und jugendpsychiatrische Kontakt
154 empfohlen oder hergestellt wird?

155 **B:** Das kam in der letzten Zeit häufiger vor, dass ich tatsächlich dann den Kontakt zur
156 KJP habe weiterreichen müssen, auch Ergotherapeut, et cetera. Aber die haben nicht
157 immer gleich Kapazitäten.

158 **I:** Nein, zumindest nicht so zeitnah.

159 **B:** Also wenn ich gerade jetzt so daran denke, sind KJP-Kapazitäten durchaus begrenzt.

160 **I:** Wie schätzen Sie den Bedarf ein? Also ist der höher als das Angebot?

161 **B:** Ich glaube aktuell schon, ja.

162 **I:** Und auch die Sachen wie Ergotherapie dann entsprechend? Weil Sie das eben
163 angesprochen hatten.

164 **B:** Ja. Also ich empfehle ja gerne die Familienergotherapie, aber in den
165 problembeladenen Haushalt fruchtet das ja häufig nicht. Frühförderung, da ist ja
166 Ergotherapie sicheraus gefragt.

167 **I:** Haben Sie selbst Ideen für Hilfskonzepte? Gibt es etwas, was Ihrer Meinung nach
168 fehlt, was Sie sich wünschen würden?

169 **B:** Also ich finde den regelmäßigen Kindergarten- und Schulbesuch wichtig.

170 **I:** Gibt es sonst noch etwas-?

171 **B:** Auf jeden Fall, dass gerade so die größeren, die älteren Grundschüler, die Teenager,
172 denen fällt ja die Decke auf den Kopf. Da ist ja sowas wie Vereinssport ja tatsächlich
173 total weggebrochen und das ist doof für diejenigen.

174 **I:** Gibt es sonst noch etwas abschließend, was Sie mir zu dem Thema noch erzählen
175 möchten?

176 **B:** Dass es vielleicht nicht schlecht wäre, den Bedarf abzugreifen, auch an den
177 Grundschulen oder an den Kitas, um dann dort gezielt eine Unterstützung zu vermitteln.
178 Jede Grundschule, jede Grundschulklasse, jeder Kindergarten weiß ja eigentlich, jede
179 Kindergartengruppe, welches Kind mehr Förderung vertragen könnte. Da wäre es nicht
180 schlecht, wenn die Erzieherin oder der Lehrer da handeln könnten, wenn dann der
181 Kindergarten schließt, wenn der Schulbesuch eingeschränkt ist, dass die Kinder dann
182 automatisch in die Notbetreuung kommen. Und nicht nur, wenn die Eltern von sich aus
183 auf die Schule zukommen oder auf den Kindergarten. Die Kitas schließen halt zum Teil
184 und sagen, geht nicht, kann nicht und dann sitzen die Kinder halt zuhause hinter dem

185 Fernseher. Und nur dort, wo vielleicht Jugendamt oder Hilfsinstitutionen involviert sind,
186 wird dann was Neues gestrickt, was dann passieren könnte oder dass dann mit Druck
187 die Kinder in diese Notbetreuung reinkommen. Aber ansonsten passiert das eher nicht.

188 **I:** Also den Einrichtungsbesuch von den Betreuern individuell zu regeln und dann auch
189 von der Einrichtungsseite aus anzusprechen. Die Eltern machen das in den Fällen ja
190 gerade eben selten. Gut, ja, noch etwas?

191 **B:** Nein.

192 **I:** Dann bedanke ich mich ganz herzlich.

193 **B:** Gern

13 Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Frau Prof. Ulrike Ravens-Sieberer, die mir die Möglichkeit für diese Arbeit gegeben hat und deren konzeptionelle Ideen sehr wertvoll waren. Mein aufrichtiger Dank gilt ebenso Frau Dr. Anne Kaman für ihre stets engagierte, kompetente Beratung und Hilfe bei allen Fachfragen sowie Herrn Prof. Markus Kemper für seine Unterstützung und Ratschläge zur rechten Zeit.

Ich danke allen Kinderärztinnen und Kinderärzten, die sich trotz der hohen beruflichen Belastung die Zeit für die Interviews genommen haben und so maßgeblich zu der Entstehung dieser Arbeit beigetragen haben.

Zudem möchte ich mich herzlich bei meinen Kollegen bedanken, die mir in der gesamten Zeit mit Rat und Tat zur Seite standen.

Allen voran aber möchte ich mich bei meiner Familie bedanken. Bei meinem Vater für seine fachliche Unterstützung und liebevolle Motivation und bei meiner Mutter für ihr aufmerksames Zuhören und ermutigende Worte zum richtigen Zeitpunkt. Ich danke meinen Nichten und meiner Schwester für die Beratung und Korrekturen und meinem lieben Mann, der mir nicht nur Raum für diese Arbeit gegeben hat, sondern mir bei allen technischen Fragen eine große Hilfe war. Zu guter Letzt dürfen Fritz und Edda nicht unerwähnt bleiben, die Freude in jeden Tag bringen und mir damit stets Kraft und Zuversicht schenken – danke euch beiden!

14 Lebenslauf

Lebenslauf aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht enthalten.

15 Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: