



275 Bericht von Mara Barschkett und C. Katharina Spieß

Kindergesundheit im ersten Corona-Lockdown: Weniger Behandlungsfälle und weniger Diagnosen von Infektionen

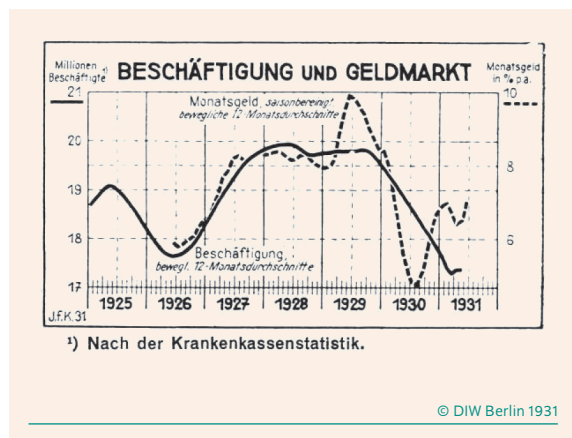
- Bis zu ein Fünftel weniger Behandlungsfälle von Kindern in ambulanten Arztpraxen im ersten Corona-Lockdown
- Vor allem deutlich weniger körperliche Erkrankungen wie Infektionen diagnostiziert
- Gesundheitsschutz in Kitas und Schulen sollte stärker beachtet werden

285 Interview mit Mara Barschkett

288 Kommentar von Kerstin Bernoth

Keine Angst vor Inflations- gespenstern aus den USA

Die Lage



Die Weltwirtschaftskrise, die im Herbst 1929 hereinbrach, war Anfang 1931 in fast allen Ländern und auch in Deutschland in eine Depression übergegangen, die zwar noch nicht ihren Tiefpunkt erreicht hatte, die sich aber schon anschickte, neue Auftriebstendenzen zu entfalten. Denn die Lagerwaren schon weitgehend geräumt und neuer Bedarf begann sich zu entwickeln. Dieses Stadium der Rekonvaleszenz der Weltwirtschaft wurde aber unterbrochen. Der Reparationsdruck, der auf der deutschen Wirtschaft lastete, entlud sich plötzlich in einer heftigen Vertrauenskrise, wie wir sie schon im Frühjahr 1929 und nach den Reichstagswahlen erlebt hatten, damals aber in wesentlich schwächerem Maße. Da die neue Vertrauenskrise einen durch die Depression geschwächten Wirtschaftskörper traf, mußte es wie eine Rettung in letzter Stunde erscheinen, als der Hoover-Plan den Reparationsdruck für ein Jahr beseitigte. Er bannte jedenfalls die Gefahr eines finanziellen Zusammenbruchs der öffentlichen Hand mit den unabsehbaren Folgen, die dieser in der Produktionswirtschaft nach sich gezogen hätte.

Aus dem Wochenbericht Nr. 16 vom 13. Juli 1931

IMPRESSUM



DIW Berlin — Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e.V.

Mohrenstraße 58, 10117 Berlin

www.diw.de

Telefon: +49 30 897 89-0 Fax: -200

88. Jahrgang 21. April 2021

Herausgeberinnen und Herausgeber

Prof. Dr. Tomaso Duso; Prof. Marcel Fratzscher, Ph.D.; Prof. Dr. Peter Haan; Prof. Dr. Claudia Kemfert; Prof. Dr. Alexander S. Kritikos; Prof. Dr. Alexander Kriwoluzky; Prof. Dr. Stefan Liebig; Prof. Dr. Lukas Menkhoff; Dr. Claus Michelsen; Prof. Karsten Neuhoff, Ph.D.; Prof. Dr. Carsten Schröder; Prof. Dr. C. Katharina Spieß; Dr. Katharina Wrohlich

Chefredaktion

Dr. Anna Hammerschmid (Stellv.)

Lektorat

Dr. Markus M. Grabka

Redaktion

Marten Brehmer; Rebecca Buhner; Claudia Cohnen-Beck; Dr. Hella Engerer; Petra Jasper; Sebastian Kollmann; Sandra Tubik; Kristina van Deuverden

Vertrieb

DIW Berlin Leserservice, Postfach 74, 77649 Offenburg

leserservice@diw.de

Telefon: +49 1806 14 00 50 25 (20 Cent pro Anruf)

Gestaltung

Roman Wilhelm, DIW Berlin

Umschlagmotiv

© imageBROKER / Steffen Diemer

Satz

Satz-Rechen-Zentrum Hartmann + Heenemann GmbH & Co. KG, Berlin

Druck

USE gGmbH, Berlin

ISSN 0012-1304; ISSN 1860-8787 (online)

Nachdruck und sonstige Verbreitung – auch auszugsweise – nur mit Quellenangabe und unter Zusendung eines Belegexemplars an den Kundenservice des DIW Berlin zulässig (kundenservice@diw.de).

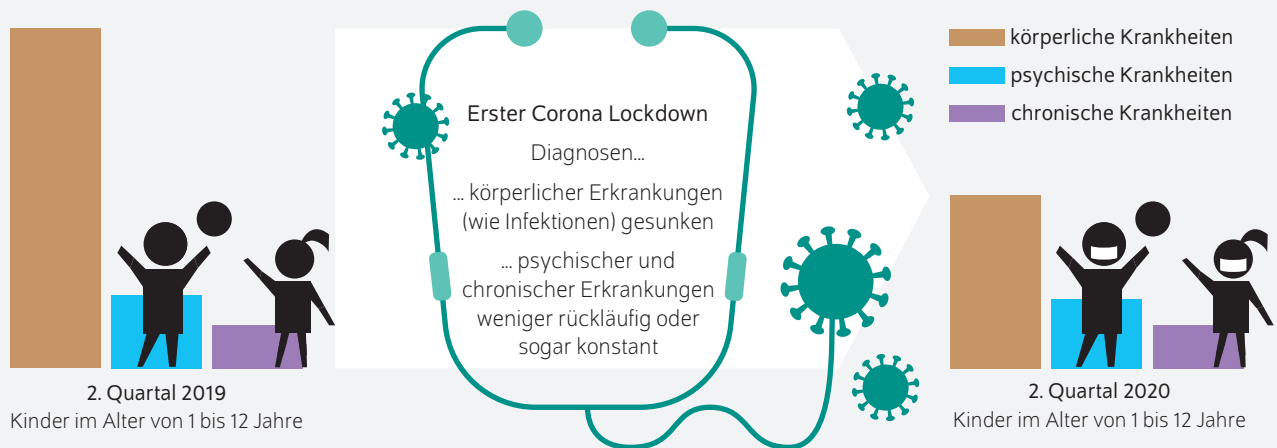
Abonnieren Sie auch unseren DIW- und/oder Wochenbericht-Newsletter unter www.diw.de/newsletter

Kindergesundheit im ersten Corona-Lockdown: Weniger Behandlungsfälle und weniger Diagnosen von Infektionen

Von Mara Barschkett und C. Katharina Spieß

- Studie basiert auf Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die Diagnosen für fast 9,2 Millionen Kinder umfassen
- Behandlungsfälle von Kindern in ambulanten Arztpraxen im ersten Corona-Lockdown im Frühjahr 2020 um bis zu 20 Prozent niedriger als ein Jahr zuvor
- Vor allem deutlich weniger körperliche Erkrankungen wie Infektionen bei Ein- bis Zwölfjährigen diagnostiziert – Rückgang bei psychischen Krankheiten deutlich geringer
- Mögliche Erklärungen: Kinder aufgrund von Lockdown und Kontaktbeschränkungen tatsächlich weniger krank und/oder weniger Arztbesuche, um Ansteckungsrisiken zu meiden
- Gesundheitsschutz in Kitas und Schulen sollte stärker beachtet werden, damit Kinder bestmöglich lernen können

Im ersten Corona-Lockdown im Frühjahr 2020 wurden bei ein- bis zwölfjährigen Kindern vor allem deutlich weniger körperliche Erkrankungen wie Infektionen diagnostiziert



Quellen: Eigene Darstellung auf Basis von Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

© DIW Berlin 2021

ZITAT

„Corona hat grundsätzlich sehr negative Auswirkungen, aber ein Nebeneffekt ist vielleicht, dass sich Kinder während des ersten Lockdowns seltener mit anderen Infektionskrankheiten angesteckt haben. Man sollte dem Gesundheitsschutz auch nach der Pandemie viel Aufmerksamkeit widmen.“

— Mara Barschkett, Studienautorin —

MEDIATHEK



Audio-Interview mit Mara Barschkett
www.diw.de/mediathek

Kindergesundheit im ersten Corona-Lockdown: Weniger Behandlungsfälle und weniger Diagnosen von Infektionen

Von Mara Barschkett und C. Katharina Spieß

ABSTRACT

Während des ersten Corona-Lockdowns im Frühjahr 2020 sind die Behandlungsfälle von Kindern in ambulanten Arztpraxen um bis zu 20 Prozent zurückgegangen. Wie diese Studie auf Basis administrativer Diagnosedaten aller gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland zeigt, wurden im zweiten Quartal 2020 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum bei ein- bis zwölfjährigen Kindern vor allem deutlich weniger körperliche Erkrankungen wie Infektionen diagnostiziert. Mit über 50 Prozent war der Rückgang bei jungen Kindern im Alter von ein bis zwei Jahren am größten. Möglich ist, dass aufgrund der Kontaktbeschränkungen beziehungsweise geschlossener Kitas und Schulen tatsächlich weniger Kinder krank waren. Es kann aber auch sein, dass Eltern Ansteckungsrisiken meiden wollten und daher mit ihren Kindern weniger oft in eine Arztpraxis gingen, wenn es nicht unbedingt nötig war. Die Diagnosen psychischer Krankheiten sanken deutlich weniger und die vergleichsweise konstanten Zahlen für Krankheiten wie Diabetes oder Zöliakie sprechen dafür, dass Eltern mit chronisch kranken Kindern auf nötige Arztbesuche nicht verzichteten. Dem Gesundheitsschutz in Kitas und Schulen sollte künftig mehr Beachtung geschenkt werden, denn Gesundheit ist eine wichtige Voraussetzung, damit Kinder bestmöglich lernen können. Außerdem sollte die aktuelle Entwicklung der Gesundheit von Kindern stärker in den Blick genommen werden, da davon auszugehen ist, dass sich diese beispielsweise im psychischen Bereich im weiteren Verlauf der Pandemie eher verschlechtern wird.

Dem Robert-Koch-Institut (RKI) zufolge ist im Jahr 2020 im Zuge der Corona-Pandemie die Häufigkeit vieler anderer meldepflichtiger Infektionskrankheiten deutlich zurückgegangen.¹ Entsprechende Aussagen bezogen sich dabei meistens auf die Bevölkerung im Allgemeinen. Doch wie hat sich die Gesundheit speziell von Kindern in der Pandemie verändert? Dies ist eine Frage, die nicht nur aus einer gesundheitspolitischen und medizinischen Perspektive relevant ist, sondern auch aus einer bildungspolitischen. Denn es ist vielfach belegt, dass die Gesundheit von Kindern für deren Entwicklung und damit im bildungsökonomischen Sinne auch für das Humanvermögen der gesamten Volkswirtschaft von zentraler Bedeutung ist.² Gesundheitlich eingeschränkte Kinder können in der Regel nicht in gleichem Ausmaß wie gesunde Kinder lernen und werden damit in ihrer Entwicklung eingeschränkt – eine Benachteiligung, die sich womöglich durch das gesamte Leben zieht und im Verlauf sogar noch verstärkt.³

Einschlägige Veröffentlichungen weisen darauf hin, dass klinische Behandlungen von Kindern und Jugendlichen im ersten coronabedingten Lockdown im Frühjahr 2020 zurückgegangen sind. Vielfach wurden Arztbesuche oder Krankenhausaufenthalte verschoben, unter anderem weil Eltern eine Ansteckung auf dem Weg in die Klinik beziehungsweise in der Klinik befürchteten.⁴ Die Zahl der Krankenhausfälle

¹ Analysen des RKI zur Entwicklung meldepflichtiger Infektionskrankheiten wie Windpocken zeigen, dass die tatsächlichen Infektionen die modellbasierten erwarteten Fallzahlen um 35 Prozent unterschritten, vgl. Madlen Schranz et al. Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und assoziierter Public-Health-Maßnahmen auf andere meldepflichtige Infektionskrankheiten in Deutschland (MW 1/2016-32/2020). *Epidemiologisches Bulletin des Robert-Koch-Instituts*, 7, 3–7.

² Vgl. zum Beispiel Janet Currie (2020): Child health as human capital. *Health Economics*, zuerst am 21. Januar 2020 online veröffentlicht (online verfügbar; abgerufen am 14. April 2021). Dies gilt auch für alle anderen Online-Quellen dieses Berichts, sofern nicht anders vermerkt.

³ Vgl. zum Beispiel Gabriella Conti, James Heckman und Sergio Urzua (2010): The Education-Health Gradient. *American Economic Review*, 100 (2), 234–238.

⁴ Dies zeigen auch internationale Studien. Im September 2020 gaben beispielsweise knapp 30 Prozent der Eltern in einer Umfrage in den USA an, dass sie mindestens einmal einen Arzttermin (für eine Vorsorgeuntersuchung oder akute Beschwerden) für ihr Kind aus Angst vor einer Ansteckung abgesagt haben, vgl. Dulce Gonzalez et al. (2021): Delayed and Forgone Health Care for Children during the COVID-19 Pandemic, Urban Institute, Washington, D.C.

bei Kindern und Jugendlichen sank im ersten Lockdown um 41 Prozent.⁵

Deutlich weniger Arztbesuche im ersten Lockdown

Bedingt durch den Rückgang von Klinikbesuchen kam es in Deutschland nach dem ersten Lockdown in Krankenhäusern vermehrt zu komplizierten Verläufen bei chronischen Erkrankungen von Kindern, wie beispielweise die Krankenkasse DAK in einer Sonderanalyse berichtet.⁶ Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass Eltern mit ihren Kindern im ersten Lockdown seltener niedergelassene ÄrztInnen aufsuchten. Eine Auswertung von Abrechnungsdaten ambulanter VertragsärztInnen bestätigt dies: Sie zeigt, dass die Zahl der Behandlungsfälle bei Kinder- und JugendärztInnen beziehungsweise PsychologInnen in der zweiten Märzhälfte 2020 um 45 bis 53 Prozent gesunken ist.⁷

Ein Rückgang der Arztbesuche im ersten Lockdown kann unterschiedliche Ursachen haben. Geschlossene Spielplätze, der Wegfall des Vereinssports, Home-Kita, Home-Schooling und die Empfehlung, soziale Kontakte weitgehend einzuschränken könnten zu niedrigeren Inzidenzen geführt haben.

Einschlägige Untersuchungen zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, wie sie beispielsweise in der COPSY-Studie erfasst werden, weisen jedoch darauf hin, dass psychische Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen zugenommen haben.⁸ Die Auswertung der COPSY-Daten zeigt deutlich, dass Kinder und Jugendliche die seelischen Belastungen der Corona-Pandemie bereits im Jahr 2020 spürten: 71 Prozent der befragten Kinder und Jugendlichen fühlten sich dadurch belastet. Zwei Drittel von ihnen gaben eine verminderte Lebensqualität und ein geringeres psychisches Wohlbefinden an. Vor der Corona-Pandemie war dies nur bei einem Drittel der Kinder und Jugendlichen der Fall.⁹ Diese Befunde beziehen sich auf Kinder im Alter von sieben bis 17 Jahren.¹⁰ Repräsentative Befunde über die psychi-

sche Gesundheit jüngerer Kinder liegen nach Kenntnis der Autorinnen dieses Wochenberichts bisher nicht vor. Darüber hinaus ist weniger über physische Beschwerden der Kinder bekannt, die von ÄrztInnen diagnostiziert wurden. Hier setzt dieser Bericht auf Basis repräsentativer Daten der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) an (Kasten).¹¹ Er bezieht sich auf Daten, die im Jahr 2019 sowie im Jahr 2020 im und kurz nach dem ersten Lockdown erhoben wurden.

Objektive Daten zur Gesundheit von über neun Millionen Kindern

Die in diesem Bericht analysierten Daten der KBV beinhalten Angaben zu fast 9,2 Millionen Kindern und erfassen alle von ambulant tätigen ÄrztInnen gestellten Diagnosen, die diese im Rahmen ihrer Abrechnungen an die gesetzlichen Krankenkassen weitergegeben haben. Damit basieren die Daten nicht auf subjektiven Angaben der Eltern. Die in den Daten erfassten Kinder beziehungsweise die bei ihnen festgestellten Diagnosen bilden die Grundgesamtheit aller Kinder ab, die von Januar 2019 bis Juni 2020 mindestens einmal einen niedergelassenen Arzt beziehungsweise eine niedergelassene Ärztin aufgesucht haben.¹² Es werden Daten des jeweils zweiten Quartals der Jahre 2019 und 2020 untersucht.

Die analysierten Daten umfassen Diagnosen und Behandlungsfälle für Kinder vom zweiten bis zum 13. Lebensjahr.¹³ Die Kinder werden in vier Altersgruppen eingeteilt:

- Kinder im sogenannten „Krippenalter“, also Ein- bis Zweijährige, von denen in Vorpandemiezeiten 38,5 Prozent eine Kita besuchten.¹⁴
- Kinder im sogenannten Kindergartenalter, also Drei- bis Fünfjährige. Von ihnen besuchten vor der Pandemie 94 Prozent und damit nahezu alle eine Kindertagesbetreuung.¹⁵
- Grundschulkind im Alter von sechs bis zehn Jahren.
- Schulkinder im Alter von elf bis zwölf Jahren, die in der Regel noch betreut werden müssen. Von ihnen besuchten vor der Pandemie 26 Prozent am Nachmittag einen Hort, 23 Prozent nutzten ganztägige Schulangebote.¹⁶

⁵ Vgl. Kinder- und Jugendarzt (2021): Zahlen, Daten, Fakten: Corona-Delle auch bei Krankenhausfällen. Ausgabe 2/2021, 114–115. Auch internationale Studien belegen entsprechende Trends: Eine US-Studie berichtet von einem Rückgang von Krankenhausaufnahmen im pädiatrischen Bereich um 45,4 Prozent im Vergleich zu Vorjahreswerten, vgl. Jonathan H. Pelletier et al. (2021): Trends in US Pediatric Hospital Admissions in 2020 Copared With the Decade Before the COVID-19-Pandemic. JAMA Network Open, 4 (2), 12.

⁶ Vgl. Kinder- und Jugendarzt (2021), a. a. O.

⁷ Vgl. Sandra Mangiapane et al. (2020): Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland.

⁸ Vgl. UKE Hamburg: COPSY-Studie (online verfügbar). Für die COPSY-Studie wurden bundesweit 1040 Kinder und Jugendliche zwischen elf und 17 Jahren sowie 1586 Eltern von Sieben- bis 17-Jährigen online befragt. Für eine Zusammenfassung anderer Studien vgl. auch Robert Schlack et al. (2021): Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der Eindämmungsmaßnahmen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Journal of Health Monitoring, 5 (4), 23–33.

⁹ Die Kinder und Jugendlichen erleben während der Krise vermehrt psychische und psychosomatische Probleme: Das Risiko für psychische Auffälligkeiten steigt von rund 18 Prozent vor der Corona-Pandemie auf 31 Prozent während der Krise. Psychosomatische Symptome wie Reizbarkeit, Schlafprobleme, Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen traten wesentlich häufiger auf. Vgl. Ulrike Ravens-Sieberer et al. (2020): Mental Health and Quality of Life in Children and Adolescents During the Covid-19 Pandemic – Results of the Copsy Study. Deutsches Ärzteblatt, 117, 828–829.

¹⁰ Auch Studien aus China und dem Vereinigten Königreich zeigen, dass Kinder und Jugendliche, die bereits vor der Pandemie unter psychischen Problemen litten (zum Beispiel ADHS), besonders

stark unter den Folgen der Pandemie leiden. Der Wegfall von Schulroutinen ist hierfür ein möglicher Grund, vgl. Joyce Lee (2020): Mental health effects of school closures during COVID-19. The Lancet, Vol. 4; Jinsong Zhang et al. (2020): Acute stress, behavioural symptoms and mood states among school-age children with attention-deficit/hyperactive disorder during the COVID-19 outbreak. Asian Journal of Psychiatry, 51.

¹¹ Die Autorinnen danken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Bereitstellung der anonymisierten Daten. Die hier dargestellten Analysen erfolgen im Rahmen eines Forschungsschwerpunkts der Abteilung Bildung und Familie des DIW Berlin zur Kindergesundheit und werden alleine von den Autorinnen verantwortet.

¹² Damit umfassen die Daten nahezu alle gesetzlich krankenversicherten Kinder, da in einem Zeitraum dieser Länge die meisten Kinder mindestens einen Arztbesuch aufweisen.

¹³ Arztbesuche im ersten Lebensjahr von Kindern werden nicht erfasst, da in diesem Alter die Abrechnung von Arztkosten vielfach über die Mutter erfolgt und Kinder noch keine eigene Krankenkassenkarte haben.

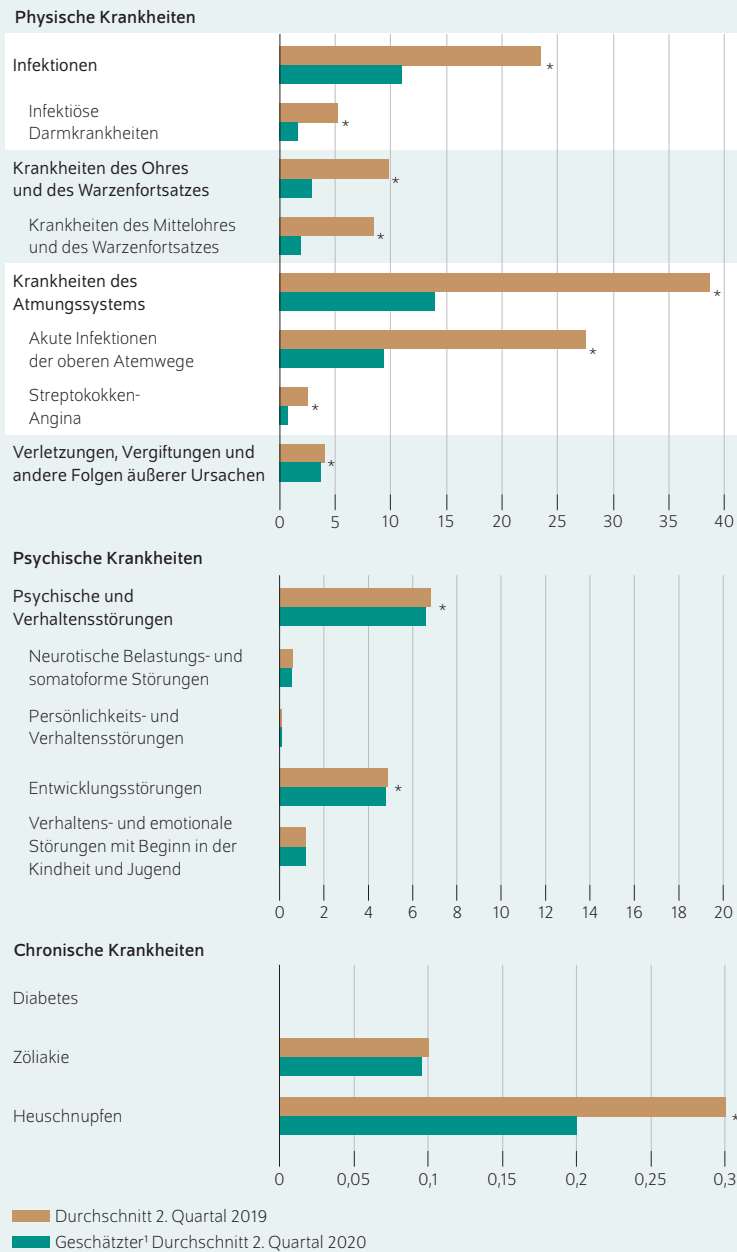
¹⁴ Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2020): Bildung in Deutschland 2020. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung in einer digitalisierten Welt.

¹⁵ Vgl. Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2020), a. a. O.

¹⁶ Vgl. zum Beispiel Christian Alt et al. (2018): DJI-Kinderbetreuungsreport 2018.

Abbildung 1

Erkrankte ein und zwei Jahre alte Kinder nach ausgewählten Diagnosegruppen
Anteile in Prozent



1 Der geschätzte Durchschnitt ist um Alter, Geschlecht und Geburtsmonat der Kinder sowie um regionale Einflüsse bereinigt.

Lesebeispiel: Bei nahezu 24 Prozent der ein und zwei Jahre alten Kinder, die gesetzlich krankenversichert sind und zwischen Januar 2019 und Juni 2020 mindestens einmal beim Arzt waren, wurde im zweiten Quartal 2019 eine Infektion diagnostiziert. Ein Jahr später, im zweiten Quartal 2020, war der Anteil etwa halb so hoch.

Anmerkung: Es ist möglich, dass sich ein Kind in mehr als einer Diagnosegruppe wiederfindet. * gibt die statistische Signifikanz der Differenz zwischen dem zweiten Quartal 2019 und dem zweiten Quartal 2020 auf dem Ein-Prozent-Niveau an.

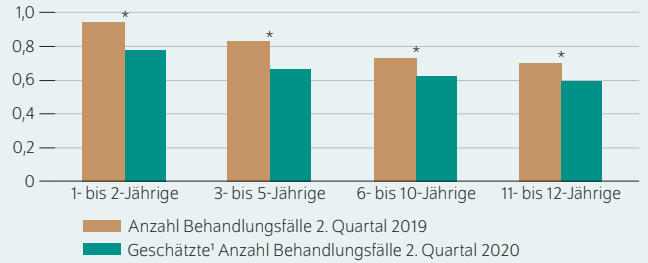
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

© DIW Berlin 2021

Bei Kindern im Krippenalter gab es im zweiten Quartal 2020 im Vorjahresvergleich deutlich weniger Infektionen.

Abbildung 2

Behandlungsfälle nach Altersgruppen
Anzahl pro Kind



1 Die geschätzte Anzahl ist um Alter, Geschlecht und Geburtsmonat der Kinder sowie um regionale Einflüsse bereinigt.

Anmerkung: Ein Behandlungsfall ist die Behandlung desselben Versicherten beziehungsweise derselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis im selben Kalendervierteljahr zulasten der derselben Krankenkasse (§21 Abs. 1 BMV-Ä). Es ist möglich, dass ein Behandlungsfall mehrere Arztbesuche umfasst.

* gibt die statistische Signifikanz der Differenz zwischen dem zweiten Quartal 2019 und dem zweiten Quartal 2020 auf dem Ein-Prozent-Niveau an.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

© DIW Berlin 2021

Während des ersten Corona-Lockdowns sind die Behandlungsfälle um bis zu 20 Prozent zurückgegangen.

Verglichen werden die Diagnosen und Behandlungsfälle des jeweils zweiten Quartals der Jahre 2019 und 2020, also die Monate April bis Juni. Mitte März 2020 wurden Kitas und Schulen geschlossen, am 23. März 2020 begann der erste bundesweite Corona-Lockdown. Am 20. April wurde mit der schrittweisen Öffnung unter anderem des Einzelhandels begonnen und ab dem 4. Mai konnten Schulen und Kitas unter strengen Vorgaben wieder öffnen. Damit decken die Daten des zweiten Quartals 2020 die Phase des ersten Lockdowns und einige Wochen danach ab. Die Daten ermöglichen es, Merkmale der Kinder wie das Geschlecht oder das Alter, die mit der Gesundheit der Kinder zusammenhängen, zu berücksichtigen (Kasten). Es können außerdem die Unterschiede zwischen Landkreisen und kreisfreien Städten im Umgang mit dem Lockdown einbezogen werden.¹⁷

Betrachtet werden ausgewählte Diagnosegruppen und die Behandlungsfälle pro Kind

Der analysierte Datensatz enthält grundsätzlich alle gestellten Diagnosen, die von ambulanten ÄrztInnen abgerechnet wurden. Für die Analysen dieses Berichts wurden zentrale physische Beschwerden ausgewählt, die zum einen sehr häufig vorkommen und die durch die mit dem ersten Lockdown verbundenen Maßnahmen vermutlich beeinflusst wurden – dies sind zum Beispiel Infektionen der Atemwege. Darüber hinaus wurden andere häufige Kinderkrankheiten untersucht: Infektionen, Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes und Krankheiten des Atmungssystems. Innerhalb

¹⁷ Die Berücksichtigung des Kreises, in dem ein Kind wohnt, ist auch wichtig, um andere gesundheitsrelevante regionale Unterschiede zu berücksichtigen, etwa die regionale Umweltbelastung.

dieser Diagnosegruppen wurden Diagnosen, die von besonderem Interesse sind, einzeln ausgewertet (Kasten). Da zu erwarten war, dass etwa aufgrund seltenerer Spielplatzbesuche und weniger Freizeitsport die Zahl der Verletzungen zurückgegangen ist, wurde zusätzlich die Diagnosegruppe Verletzungen analysiert.¹⁸

Neben diesen physischen Beschwerden werden *psychische* Erkrankungen und Verhaltensstörungen untersucht, die insbesondere auch langfristig gravierende Folgen für die kindliche Entwicklung haben können. Eine weitere Diagnosegruppe, die betrachtet wird, sind *chronische Krankheiten*. Sie sollten von den mit dem Lockdown verbundenen Maßnahmen unbeeinflusst sein. Dabei wird zwischen Diabetes, Zöliakie und Heuschnupfen unterschieden.¹⁹ Darüber hinaus wird die Anzahl aller Behandlungsfälle in den jeweiligen Quartalen erfasst, als Indikator für die Anzahl der durchschnittlichen Arztbesuche pro Kind.²⁰ Damit kann ausgeschlossen werden, dass die ausgewählten Diagnosegruppen ein verzerrtes Bild wiedergeben und andere Krankheiten, die eventuell zu vermehrten Behandlungsfällen geführt haben, versehentlich außen vor bleiben – dies würde sich dann zumindest in der Anzahl aller Behandlungsfälle wieder spiegeln.

Veränderungen insbesondere bei körperlichen Erkrankungen

Die Veränderungen bei den ausgewählten Diagnosen und allen Behandlungsfällen im zweiten Quartal 2020 im Vergleich zum zweiten Vierteljahr 2019 werden für die unterschiedlichen Altersgruppen getrennt betrachtet.

Kinder im Krippenalter: Deutlich weniger Infektionen

Unter den ein bis zwei Jahre alten Kindern, die gesetzlich krankenversichert sind und zwischen Januar 2019 und Juni 2020 mindestens einmal beim Arzt waren, wurde im zweiten Quartal 2019 bei nahezu 24 Prozent eine Infektion diagnostiziert (Abbildung 1, oberer Teil). Krankheiten des Ohres waren im zweiten Quartal 2019 mit fast zehn Prozent weniger häufig, dafür kommen aber Atemwegserkrankungen mit einer Inzidenz von knapp 39 Prozent relativ oft vor. Verletzungen wurden mit vier Prozent deutlich seltener diagnostiziert. Im zweiten Quartal des Jahres 2020, also im und kurz nach dem ersten coronabedingten Lockdown, lag der Anteil der Kinder mit diagnostizierten ansteckenden physischen Krankheiten um mindestens die Hälfte niedriger als ein Jahr zuvor. Am größten war der Rückgang mit 78 Prozent bei diagnostizierten Krankheiten des Mittelohrs und

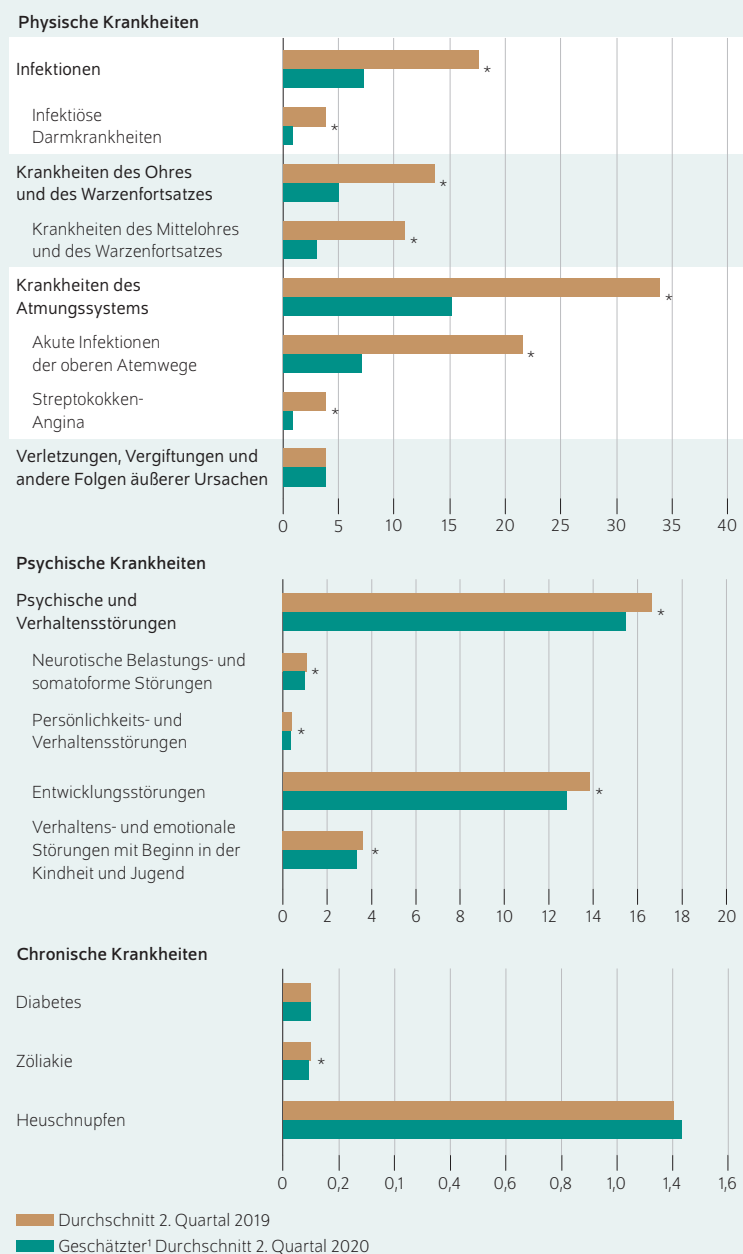
18 Dabei handelt es sich nur um Verletzungen im privaten Bereich, da Verletzungen, die in Kitas und Schulen vorkommen, nicht über die KBV abgerechnet werden, sondern über die Unfallkassen.

19 Die Auswahl der Diagnosen erfolgte vor dem Hintergrund von Diskussionen mit KollegInnen aus der Medizin. Die finale Auswahl verantworten jedoch allein die Autorinnen des Beitrags.

20 Ein Behandlungsfall ist die Behandlung desselben Versicherten beziehungsweise derselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis im selben Kalendervierteljahr zulasten der derselben Krankenkasse (§ 21 Abs. 1 BMV-A). Es ist möglich, dass ein Behandlungsfall mehrere Arztbesuche umfasst.

Abbildung 3

Erkrankte drei bis fünf Jahre alte Kinder nach ausgewählten Diagnosegruppen Anteile in Prozent



1 Der geschätzte Durchschnitt ist um Alter, Geschlecht und Geburtsmonat der Kinder sowie um regionale Einflüsse bereinigt.

Lesebeispiel: Bei fast 18 Prozent der drei bis fünf Jahre alten Kinder, die gesetzlich krankenversichert sind und zwischen Januar 2019¹ und Juni 2020 mindestens einmal beim Arzt waren, wurde im zweiten Quartal 2019 eine Infektion diagnostiziert. Ein Jahr später, im zweiten Quartal 2020, lag der Anteil weniger als halb so hoch.

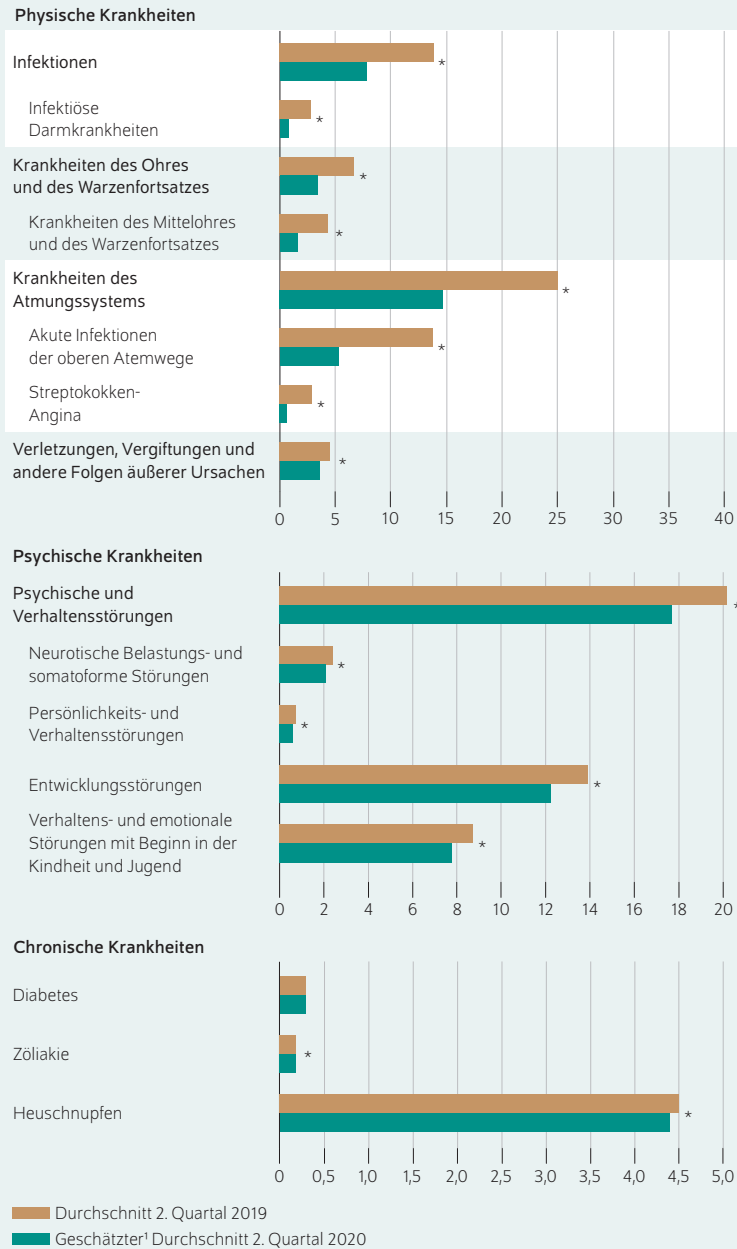
Anmerkung: Es ist möglich, dass sich ein Kind in mehr als einer Diagnosegruppe wiederfindet. * gibt die statistische Signifikanz der Differenz zwischen dem zweiten Quartal 2019 und dem zweiten Quartal 2020 auf dem Ein-Prozent-Niveau an.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Bei Kindern im Kindergartenalter waren die körperlichen Erkrankungen ebenfalls deutlich rückläufig.

Abbildung 4

Erkrankte sechs bis zehn Jahre alte Kinder nach ausgewählten Diagnosegruppen
Anteile in Prozent



1 Der geschätzte Durchschnitt ist um Alter, Geschlecht und Geburtsmonat der Kinder sowie um regionale Einflüsse bereinigt.

Lesebeispiel: Bei knapp 14 Prozent der sechs bis zehn Jahre alten Kinder, die gesetzlich krankenversichert sind und zwischen Januar 2019 und Juni 2020 mindestens einmal beim Arzt waren, wurde im zweiten Quartal 2019 eine Infektion diagnostiziert. Ein Jahr später, im zweiten Quartal 2020, lag der Anteil in etwa halb so hoch.

Anmerkung: Es ist möglich, dass sich ein Kind in mehr als einer Diagnosegruppe wiederfindet. * gibt die statistische Signifikanz der Differenz zwischen dem zweiten Quartal 2019 und dem zweiten Quartal 2020 auf dem Ein-Prozent-Niveau an.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

© DIW Berlin 2021

Etwa ein Fünftel weniger Verletzungen wurden bei Kindern im Grundschulalter im Frühjahr 2020 diagnostiziert.

des Warzenfortsatzes. Der Rückgang bei den Verletzungen ist mit sieben Prozent hingegen eher gering.

Diagnosen bei psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen (Abbildung 1, mittlerer Teil) sind im Krippenalter sehr selten, sie kamen nur bei knapp sieben Prozent der ein- bis zweijährigen Kinder in den analysierten Daten vor. Auch hier sind die Diagnosen von 2019 auf 2020 tendenziell rückläufig, allerdings sind die Rückgänge sehr gering (insgesamt liegen sie bei drei Prozent).

Chronische Erkrankungen haben keine größere Bedeutung, bei weniger als zwei Prozent der Kinder in dieser Altersgruppe wurden die dargestellten Krankheiten diagnostiziert (Abbildung 1, unterer Teil). Zudem zeigt sich wie erwartet bei den einzelnen Diagnosen keine signifikante Veränderung vom zweiten Quartal 2019 zum zweiten Quartal 2020. Die Zahl der Behandlungsfälle hat sich bei sehr jungen Kindern von 0,9 auf 0,8 Fälle pro Kind reduziert (Abbildung 2).

Kinder im Kindergartenalter: Ähnlich große Rückgänge der körperlichen Erkrankungen

Bei Kindern der Altersgruppe von drei bis fünf Jahren, die im zweiten Quartal 2020 Kitas in der Regel höchstens eingeschränkt besuchen konnten, sind die Häufigkeiten der unterschiedlichen Diagnosen – was physische Beschwerden und Verletzungen angeht – nicht sehr viel anders als in der jüngeren Altersgruppe. Auch hier zeigt sich, dass im zweiten Quartal 2020 die Diagnosen in fast allen Bereichen um weit über 50 Prozent zurückgegangen sind (Abbildung 3, oberer Teil). Der größte Rückgang ist hier mit 77 Prozent bei infektiösen Darmerkrankungen und Streptokokken-Angina festzumachen – absolut betrachtet entspricht dies allerdings in beiden Fällen einem kleinen Rückgang von knapp vier auf ein Prozent der Kinder. Der Rückgang bei den Verletzungen ist statistisch nicht signifikant.

Bei den Diagnosen psychischer Erkrankungen, die in dieser Altersgruppe 2019 mehr als doppelt so häufig auftraten wie bei Kindern im Krippenalter, ist der Rückgang sehr moderat (Abbildung 3, mittlerer Teil). Insgesamt gingen die psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen um sieben Prozent zurück. Chronische Krankheiten veränderten sich vom zweiten Quartal 2019 zum zweiten Quartal 2020 kaum (Abbildung 3, unterer Teil). Die Anzahl der Behandlungsfälle sank um 20 Prozent (Abbildung 2).

Grundschul Kinder: Ein Fünftel weniger Verletzungen

Diagnosen bei Grundschulkindern unterscheiden sich insofern von denen anderer Kinder, als bei ihnen grundsätzlich weniger Infektionskrankheiten diagnostiziert werden (Abbildung 4, oberer Teil). Auch in dieser Altersgruppe nahmen die Diagnosen im Quartal des ersten Lockdowns ab, allerdings relativ betrachtet nicht so stark wie in den jüngeren beiden Altersgruppen. Lediglich bei der Diagnose Streptokokken-Angina ist ein ähnlich großer Rückgang zu

Kasten

Daten und methodischen Vorgehen

Daten

Die Analysen beruhen auf administrativen Krankenkassendaten aller gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erfasst werden. Die Daten decken rund 90 Prozent der Bevölkerung ab (alle gesetzlich krankenversicherten Personen in Deutschland). Der Datensatz besteht seit 2009 und umfasst auf Patientenebene alle gesicherten Diagnosen (als ICD-10-Codes¹), die von ambulant tätigen ÄrztInnen gestellt wurden, abgerechnete Kosten, die Anzahl der Behandlungsfälle, Geburtsjahr, -monat und Geschlecht der PatientInnen sowie den Kreis, in dem sie wohnhaft sind.

In dieser Studie werden Daten des zweiten Quartals 2019 und des zweiten Quartals 2020 verglichen. Hierfür werden die Geburtsjahrgänge 2007 bis 2019 betrachtet. In der Analyse werden physische, psychische sowie chronische Krankheiten betrachtet. Zusätzlich wird die Anzahl der Behandlungsfälle hinzugezogen. Aus den über 13 000 verschiedenen Diagnose-Codes², die grundsätzlich existieren, wurden ausgewählte Gruppen und Untergruppen untersucht³. Die Analyse *physischer Beschwerden* beruht auf folgenden sogenannten „Kapiteln“: Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99), Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95) und Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99). Innerhalb dieser Kapitel werden einzelne, besonders häufige oder schwerwiegende Untergruppen betrachtet: Infektiöse Darmkrankheiten (A00-A09), Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes (H65-H75), akute Infektionen der oberen Atemwege (J00-J06) und Streptokokken-Angina (J03, B95). Als weiteres

Kapitel physischer Beschwerden wird das Kapitel „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“ (S00-T98) analysiert.

Um die Veränderungen bei *psychischen Erkrankungen* zu erfassen, wird das Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ (F00-F99) betrachtet. Innerhalb dieses Kapitels werden die folgenden Untergruppen angeschaut: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19), Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69), Entwicklungsstörungen (F80-F89) und Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98). Im Rahmen der Analyse *chronischer Krankheiten* werden folgende Krankheiten untersucht: Diabetes mellitus (E10-E14), Zöliakie (K90) und Heuschnupfen (J30). Alle Ergebnisvariablen sind binär kodiert, das heißt sie sind 1, wenn ein Kind eine relevante Diagnose mindestens einmal pro Quartal hatte, und sie sind 0, wenn keine relevante Diagnose in diesem Quartal vorlag.

Methode

In den Analysen wird untersucht, wie sich das Vorkommen der verschiedenen Diagnosen im zweiten Quartal 2020 gegenüber dem zweiten Quartal 2019 verändert hat. Dazu wird ein lineares Regressionsmodell geschätzt. In diesem Modell werden wichtige Einflussfaktoren wie Geschlecht und Geburtsmonat der Kinder berücksichtigt. Zusätzlich werden wohnortspezifische Merkmale (auf Kreisebene) berücksichtigt. Die Standardfehler sind auf Kreisebene geclustert. Mit der Regressionsanalyse wird die prozentuale Veränderung der Prävalenz der Krankheiten im Vergleich zum zweiten Quartal im Vorjahr berechnet. Somit ist auszuschließen, dass die Veränderungen in den Diagnosen auf Veränderungen in der Patientenpopulation im Hinblick auf Geschlecht und Alterskomposition zurückzuführen sind.

¹ Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) ist die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte: ICD-10-GM (online verfügbar).

² Vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte: Klassifikationen – FAQ (online verfügbar).

³ Vgl. ICD-Code (online verfügbar).

beobachten, während der Rückgang bei Infektionen von 14 auf acht Prozent betroffener Kinder „nur“ 44 Prozent betrug. Bemerkenswert ist, dass die Häufigkeit von Verletzungen um 20 Prozent abnahm.

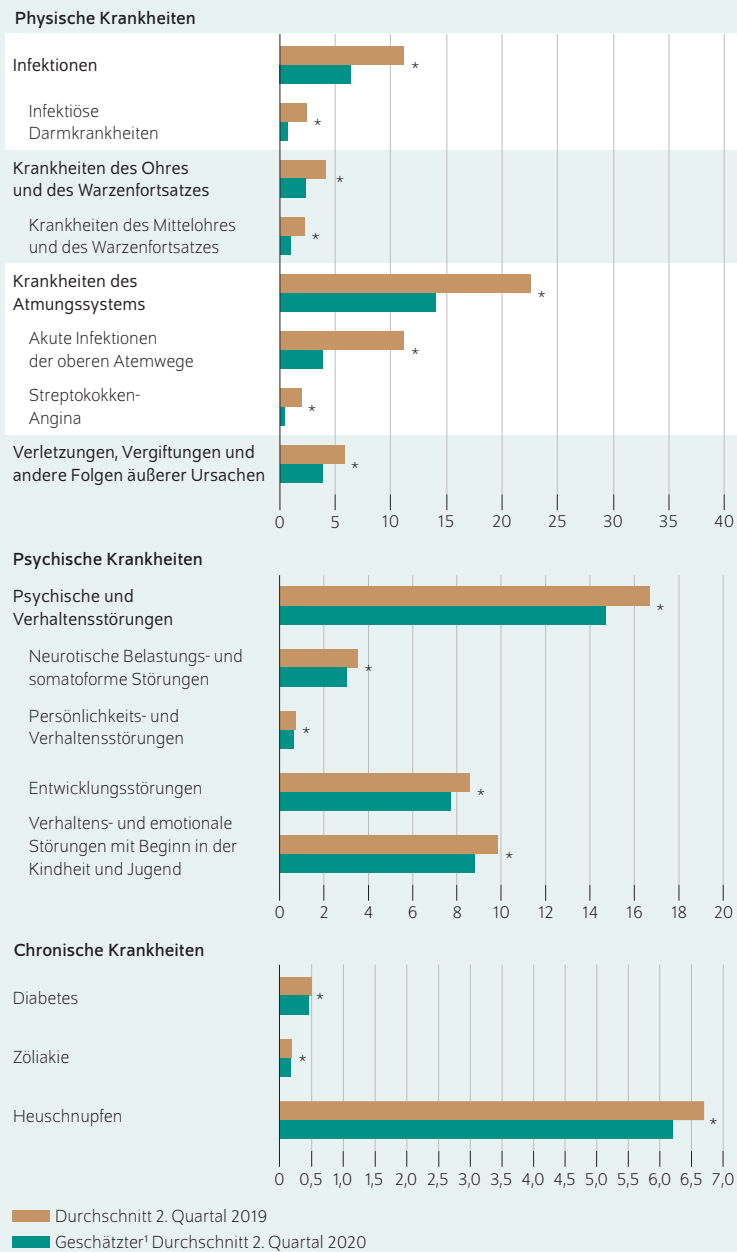
Diagnosen im Bereich psychischer Erkrankungen sind bei Kindern im Grundschulalter grundsätzlich häufiger als bei jüngeren Kindern. Auch hier ist ein Rückgang im Vergleich der beiden Quartale zu verzeichnen (Abbildung 4, mittlerer Teil). Verglichen mit den beiden anderen Altersgruppen fallen die Rückgänge mit etwa zwölf Prozent etwas größer aus. Der Anteil von Kindern mit Diabetesdiagnosen als eine der chronischen Krankheiten veränderte sich auch in dieser Altersgruppe nicht bedeutend (Abbildung 4, unterer Teil).

Ältere Schulkinder: Behandlungsfälle etwas weniger gesunken als bei jüngeren Kindern

Die Ergebnisse für die Elf- bis Zwölfjährigen ähneln denen der Grundschul Kinder: Bei den Verletzungen ist hier ein Rückgang von 33 Prozent zu verzeichnen, der absolut betrachtet aber klein ist und zwei Prozentpunkte ausmacht (Abbildung 5, oberer Teil). Auch bei psychischen Krankheiten und Verhaltensstörungen ergeben sich relativ zu den jüngeren Schulkindern größere Rückgänge (Abbildung 5, mittlerer Teil) – allerdings sind diese verglichen mit den Rückgängen bei physischen Erkrankungen deutlich geringer. Bei Diabetes- und Zöliakie-Diagnosen sind keine größeren Veränderungen zwischen dem zweiten Quartal 2019 und dem

Abbildung 5

Erkrankte elf und zwölf Jahre alte Kinder nach ausgewählten Diagnosegruppen
Anteile in Prozent



1 Der geschätzte Durchschnitt ist um Alter, Geschlecht und Geburtsmonat der Kinder sowie um regionale Einflüsse bereinigt.

Lesebeispiel: Bei etwas mehr als elf Prozent der elf und zwölf Jahre alten Kinder, die gesetzlich krankenversichert sind und zwischen Januar 2019 und Juni 2020 mindestens einmal beim Arzt waren, wurde im zweiten Quartal 2019 eine Infektion diagnostiziert. Ein Jahr später, im zweiten Quartal 2020, lag der Anteil deutlich niedriger.

Anmerkung: Es ist möglich, dass sich ein Kind in mehr als einer Diagnosegruppe wiederfindet. * gibt die statistische Signifikanz der Differenz zwischen dem zweiten Quartal 2019 und dem zweiten Quartal 2020 auf dem Ein-Prozent-Niveau an.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

© DIW Berlin 2021

Bei den chronischen Krankheiten waren die Rückgänge deutlich geringer als in anderen Diagnosegruppen.

zweiten Quartal 2020 zu beobachten (Abbildung 5, unterer Teil). Die Zahl der Behandlungsfälle nahm um 16 Prozent ab (von 0,7 auf 0,6 pro Kind) und damit etwas weniger als bei den jüngeren Schulkindern (Abbildung 2).

Gründe für Rückgang der Diagnosen sind wohl vielfältig

Quer über alle Altersgruppen sind zwischen den zweiten Quartalen der Jahre 2019 und 2020 Rückgänge bei diagnostizierten Krankheiten von Kindern bis zum 13. Lebensjahr festzumachen. Besonders hoch sind in allen Altersgruppen, noch verstärkt bei den jüngeren, die Rückgänge bei den diagnostizierten körperlichen ansteckenden Erkrankungen. Die Ursachen dafür können auf Basis der verfügbaren Daten nicht identifiziert werden. Es können jedoch unterschiedliche Gründe vermutet werden: Zum einen ist davon auszugehen, dass einige Eltern mit ihren Kindern nicht zum Arzt beziehungsweise zur Ärztin gingen, um Ansteckungen zu vermeiden – gerade am Anfang der Pandemie, als noch wenig über das Ansteckungsrisiko mit dem Corona-Virus bei Kindern bekannt war, könnte dies ein Grund gewesen sein. Allerdings, so legen die Befunde nahe, war dies nur dann der Fall, wenn keine schweren Krankheitsverläufe, zum Beispiel chronische Erkrankungen, vorlagen.

Zum anderen könnten die mit dem Lockdown verbundenen Kontakteinschränkungen beziehungsweise geschlossene Kitas, Schulen und Spielplätze dazu geführt haben, dass sich Kinder weniger mit infektiösen Erkältungs- oder Darmviren angesteckt haben als vor der Pandemie und damit tatsächlich weniger krank waren.²¹ Allerdings können geschlossene Kitas und Schulen mittel- bis langfristig mit anderen negativen Folgen verbunden sein, die sich im sozioemotionalen Bereich und im Sozialverhalten von Kindern widerspiegeln – insbesondere wenn die weiteren Kita-Schließungen im zweiten Lockdown mitbedacht werden. Inwiefern und in welchem Ausmaß dies der Fall ist, müssen künftige Forschungsarbeiten zeigen.

Kurzfristig hat der Lockdown bei Kindern unter sechs Jahren zu keinen größeren signifikanten Änderungen in der Diagnose psychischer Erkrankungen oder Verhaltensstörungen geführt – die Diagnosen in diesem Bereich haben nicht zugenommen, bei jüngeren Kindern jedoch auch nicht abgenommen. Wenn auch hier mit einbezogen wird, dass einige Eltern aufgrund der Ansteckungsrisiken von einem Arztbesuch Abstand genommen haben, ist dies bemerkenswert. Wie die COPSY-Studie²² und auch andere Studien vermuten lassen, könnten mittel- bis langfristig auch klinisch messbare psychische Erkrankungen zunehmen.

Aus anderen Befragungen ist bekannt, dass Familien in der Pandemie sehr belastet sind: Die Zufriedenheit mit dem Familienleben insbesondere bei Müttern mit sehr jungen

²¹ Das RKI hat den Rückgang meldepflichtiger Infektionen für Erwachsene bereits vermeldet, siehe dazu auch die erste Fußnote dieses Wochenberichts.

²² Vgl. UKE Hamburg, a. a. O.

Kindern hat kurz nach Beginn des ersten Lockdowns abgenommen und auch die Zufriedenheit mit der Kinderbetreuung ist stark zurückgegangen. Auch dieser Rückgang in der mütterlichen Zufriedenheit könnte sich mittelfristig auf die Gesundheit der Kinder auswirken.²³

Für Grundschul Kinder und auch die etwas älteren Schulkinder lässt sich festhalten, dass der Rückgang der Diagnosen physischer Krankheiten im ersten Corona-Lockdown nicht ganz so groß ausfällt wie bei jüngeren Kindern. Inwiefern dies damit zusammenhängt, dass sich Kinder in dieser Altersgruppe grundsätzlich nicht mehr so schnell und häufig anstecken oder Eltern hier weniger besorgt waren, dass sich ihre Kinder in den Arztpraxen mit dem Corona-Virus anstecken²⁴, kann auf Basis der verwendeten Daten nicht beurteilt werden. Bemerkenswert ist der Rückgang der Verletzungen – hier könnte ein Grund darin liegen, dass der Freizeitsport weggefallen ist und Kinder sich damit im Mittel weniger bewegten.

Bei Kindern aller Altersgruppen sind keine größeren Rückgänge bei chronischen Krankheiten, also insbesondere im Bereich Diabetes und Zöliakie, zu beobachten – dies sind Krankheiten, die durch Kontaktbeschränkungen nicht beeinflusst werden. Das verdeutlicht, dass Eltern mit chronisch kranken Kindern trotz Corona-Pandemie nicht auf Arztbesuche verzichtet haben – womit auch nicht von schwereren Verläufen chronischer Krankheiten oder Nachholeffekten auszugehen ist. Die ärztliche Versorgung hat in diesem Bereich – so die Ergebnisse dieser Untersuchung – nicht gelitten.

Fazit: Kindergesundheit im weiteren Verlauf und auch nach der Pandemie im Blick haben

Eine gute Gesundheit ist ein zentraler Aspekt für die Entwicklung von Kindern. Wie der *FamilienMonitor_Corona* des DIW Berlin²⁵ zeigt, machen sich im zweiten Lockdown viele Eltern große Sorgen um die Gesundheit ihrer Kinder, ebenso wie um die Bildung ihrer Kinder: Im Januar dieses Jahres sorgten sich etwa 90 Prozent der Eltern um die Bildung ihrer Kinder. Um die Gesundheit des Kindes machten sich etwa 80 Prozent große oder einige Sorgen.²⁶ Mit dem zweiten Lockdown, anhaltend hohen Infektionszahlen und den Ergebnissen von Studien wie der COPSY-Studie ist demnach nicht ausgeschlossen, dass mittelfristig klinisch messbare psychische Erkrankungen gerade bei Kindern und Jugendlichen eher zunehmen. Hier bedarf es einer besonderen Aufmerksamkeit, wenn auch längerfristige Folgen

so früher psychischer Probleme verringert werden sollen.²⁷ Darüber hinaus ist zu befürchten, dass aufgrund von Bewegungsmangel und teilweise schlechter Ernährung auch physische Probleme zunehmen, die beispielsweise mit Übergewicht oder anderen Folgen verbunden sind.²⁸

Der Befund, wonach im ersten Lockdown im Frühjahr 2020 der Anteil der Kinder mit diagnostizierten Infektionen, Atemwegserkrankungen und Erkrankungen des Ohres deutlich gesunken ist, ist sehr wahrscheinlich zumindest teilweise auf Kita- und Schulschließungen zurückzuführen und könnte sich entsprechend auch für den weiteren Pandemieverlauf ergeben. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass bei wieder geöffneten Kitas und Schulen der Kindergesundheit und damit verbundener Ansteckungsrisiken mehr Aufmerksamkeit zukommen sollte. Gleichwohl das sogenannte „Gute-Kita-Gesetz“²⁹ die Kindergesundheit als ein eigenständiges Handlungsfeld guter Kita-Qualität benannt hat, hat keines der Bundesländer diese als ein Feld ausgewählt, das mit den zusätzlichen Mitteln des Bundes angegangen wird. Kleinere Kita-Gruppen und größere Außengelände sind zwei beispielhafte Ansatzpunkte, die dazu beitragen können, Ansteckungsrisiken grundsätzlich zu senken. Darüber hinaus könnte in Anlehnung an Beispiele aus dem Ausland auch medizinisches Fachpersonal in Kitas tätig sein, um frühzeitig Krankheiten zu diagnostizieren und Kinder bei nicht schweren Krankheitsverläufen zu begleiten – dies würde gleichzeitig die Eltern entlasten.³⁰

Auch im Grundschulbereich sollte nach der Pandemie der Aspekt der Kindergesundheit einen wichtigen Stellenwert haben – hier wurde in der Diskussion um adäquate Hygienekonzepte, Luftfilter, Masken, Schnelltests und Impfungen bereits viel über Ansteckungsrisiken im Klassenraum diskutiert. Nur gesunde Kinder lernen sowohl im kognitiven als auch im nichtkognitiven Bereich effektiv und effizient.³¹ Eine alternde Gesellschaft wie die deutsche sollte das Humanvermögen mit höchster Priorität fördern und somit auch viel in die Gesundheitsprävention von Kindern investieren.

²³ Vgl. Mathias Huebener et al. (2020): Wohlbefinden von Familien in Zeiten von Corona: Eltern mit jungen Kindern am stärksten beeinträchtigt. DIW Wochenbericht Nr. 30/31, 527–537 (online verfügbar).

²⁴ Dies kann damit verbunden sein, dass das Immunsystem mit zunehmendem Alter von Kindern stärker ist.

²⁵ Vgl. FamilienMonitor_Corona des DIW Berlin (online verfügbar).

²⁶ Vgl. Mathias Huebener et al. (2021): Kein „Entweder-oder“: Eltern sorgen sich im Lockdown um Bildung und Gesundheit ihrer Kinder. DIW aktuell Nr. 59 (online verfügbar).

²⁷ Vgl. dazu zum Beispiel die Vorschläge des Wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen in seiner jüngsten Stellungnahme: C. Katharina Spieß, Margarete Schuler-Harms, Jörg M. Fegert und der Wissenschaftliche Beirat für Familienfragen (2020): Erholung und gezielte Unterstützung für Familien: Ein nachhaltiges Investitionsprogramm muss differenzieren (erscheint in Kürze online).

²⁸ Eine Studie aus Japan belegt zum Beispiel, dass eine Corona-Folge eine signifikante Zunahme adipöser Kinder ist, vgl. Reo Takaku und Izumi Yokoyama (2021): What the COVID-19 school closure left in its wake: Evidence from a regression discontinuity analysis in Japan. *Journal of Public Economics* 195, 104364.

²⁹ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Das Gute-KiTa-Gesetz (online verfügbar).

³⁰ Ein solches Konzept setzt allerdings eine Erweiterung des Auftrags von Kitas voraus, die sich dann zu Zentren für Familien entwickeln würden und Familien in vielerlei Hinsicht unterstützen, vgl. beispielsweise Sophia Schmitz und C. Katharina Spieß (2019): Familien im Zentrum – Unterschiedliche Perspektiven auf neue Ansatzpunkte der Kinder-, Eltern- und Familienförderung (online verfügbar).

³¹ Auch hier wäre zu überlegen, ob wie in Norwegen und Schweden medizinisch ausgebildetes Fachpersonal die Gesundheit der Kinder kontrolliert. Studien zeigen, dass dies die Gesundheit der Kinder und auch andere Ergebnismaße tatsächlich langfristig positiv beeinflusst, vgl. zum Beispiel Rita Ginja (mit Signe A. Abrahamsen and Julie Riise): School Health Programs: Education, Health, and Welfare Dependency of Young Adults. Vortrag beim Berlin Applied Micro Seminar am 22. März 2021; Gerard J. van den Berg und Bettina M. Siflinger (2020): The effects of day care on health during childhood: evidence by age. IZA Discussion Paper 11447.

GESUNDHEIT VON KINDERN

Mara Barschkett ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Bildung und Familie am DIW Berlin | mbarschkett@diw.de

C. Katharina Spieß ist Leiterin der Abteilung Bildung und Familie am DIW Berlin | kspiess@diw.de

JEL: I10, I14, I20, J13

Keywords: child health, physical health, mental health, gender, Covid-19

This report is also available in an English version as DIW Weekly Report 13–16/2021:

www.diw.de/diw_weekly



INTERVIEW



Mara Barschkett, wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Bildung und Familie am DIW Berlin

„Gesundheitsprävention in Kitas und Schulen sollte höheren Stellenwert erhalten“

1. Frau Barschkett, was genau haben Sie sich in der Studie zur Kindergesundheit angesehen und auf welchen Daten basiert sie?

Wir haben in unserer Studie untersucht, wie sich die Gesundheit von Kindern im zweiten Quartal 2020, also während des ersten Corona-Lockdowns und in den ersten Wochen danach, gegenüber dem zweiten Quartal 2019 verändert hat. Dafür haben wir Daten der Kassennärztlichen Bundesvereinigung genutzt und uns auf Kinder im Alter zwischen ein und zwölf Jahren fokussiert. Grundsätzlich können wir einen Rückgang an Behandlungsfällen von bis zu 20 Prozent beobachten.

2. Bei welchen Diagnosen ist ein besonders starker Rückgang zu beobachten?

Wir beobachten einen besonders starken Rückgang an Diagnosen bei ansteckenden Krankheiten wie zum Beispiel Atemwegsinfekten. Bei chronischen Krankheiten konnten wir keine merkliche Veränderung feststellen, das heißt, dass Kinder, die an einer Krankheit wie zum Beispiel Diabetes leiden, genauso häufig medizinisch versorgt wurden wie im Jahr zuvor. Bei psychischen Krankheiten können wir zwar kleine Rückgänge feststellen, diese sind allerdings wesentlich geringer als bei den physischen Beschwerden und nicht immer im statistischen Sinne signifikant.

3. Wie unterscheiden sich die Effekte in den verschiedenen Altersgruppen?

Bei den ansteckenden Krankheiten sind diese Rückgänge besonders stark bei sehr jungen Kindern im Krippen- oder Kita-Alter. Allerdings sind sie auch in den älteren Altersgruppen bedeutend. Bei den Grundschulkindern beträgt der Rückgang immer noch 40 Prozent, während es bei den jüngeren Kindern über 50 Prozent sind. Bei Verletzungen ist es umgekehrt. Da sind die Rückgänge wesentlich größer bei älteren Kindern, die vor der Pandemie wahrscheinlich sportlich aktiver und häufiger draußen unterwegs waren.

4. Wo liegen die Gründe für den Rückgang der Diagnosen?

Die Gründe können sehr vielfältig sein, mit den Daten in unserer Studie können wir das nicht klären. Aber ein Grund könnte sein, dass Eltern mit ihren Kindern aus Angst vor

einer Corona-Infektion seltener eine Arztpraxis besuchten. Ein anderer möglicher Grund ist, dass es tatsächlich weniger Infektionen gab, denn die Maßnahmen zur Eindämmung des Corona-Virus, beispielsweise Kita- und Schulschließungen sowie die allgemeinen Kontaktbeschränkungen, könnten dazu geführt haben, dass sich auch andere Infektionskrankheiten nicht so stark verbreiteten. Es ist also gut möglich, dass es wirklich weniger Infektionen gab. Für die Verletzungen haben wir noch eine andere Erklärung: Weil Freizeitsportmöglichkeiten und anderes weggefallen sind, haben sich die Kinder vielleicht auch weniger bewegt und somit weniger häufig verletzt.

5. Welche gesundheitspolitischen Konsequenzen lassen sich aus Ihren Ergebnissen ableiten?

Corona hat grundsätzlich sehr negative Auswirkungen, aber ein Nebeneffekt ist vielleicht, dass sich Kinder während des ersten Lockdowns seltener mit anderen Infektionskrankheiten angesteckt haben. Es wurde viel diskutiert, wie wir Schulen und Kitas zu einem sichereren Ort in Sachen Infektionsschutz machen können. Da wurde über Luftfilter, Hygienemaßnahmen und kleinere Gruppengrößen gesprochen, dass man Außengelände mehr nutzt und vieles andere mehr. Das sind Dinge, die man in der Zukunft nicht alle wieder vergessen sollte – die Gesundheit der Kinder sollte auch künftig eine große Bedeutung in Kitas und Schulen haben. Aber wir wissen aus anderen Studien, dass es auch viele negative Effekte auf die Gesundheit von Kindern gibt, die sich im weiteren Verlauf der Pandemie zeigen und die vermutlich mittel- bis langfristig an Bedeutung gewinnen werden. Internationale Analysen zeigen zum Beispiel, dass Kinder aufgrund des Lockdowns eher übergewichtig sind. Allgemein sollte man auch in Zeiten nach der Pandemie mehr in die Gesundheitsprävention von Kindern investieren.

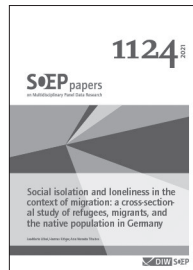
Das Gespräch führte Erich Wittenberg.



Das vollständige Interview zum Anhören finden Sie auf www.diw.de/interview

SOEP Papers Nr. 1124

2021 | Lea-Maria Löbel, Hannes Kröger, Ana Nanette Tibubos



Social Isolation and Loneliness in the Context of Migration: A Cross-Sectional Study of Refugees, Migrants, and the Native Population in Germany

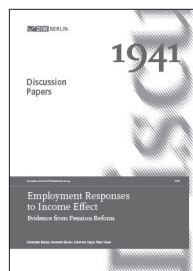
The study of loneliness and social isolation has provided a lot of evidence for differences in the prevalence of the two, depending on the context of individuals. Given different social, legal, and economic differences for migrants and refugees, it has been documented that these groups show elevated levels of both social isolation and loneliness compared to the respective host population. Differences in association between social isolation and loneliness have received less emphasis. We test five competing hypotheses about the different sizes of association between social isolation and loneliness in the groups of migrants, refugees, and the host population in Germany. The hypotheses are informed by the differences in social, legal, and economic circumstances between the groups and their socioeconomic and psychological consequences. Using survey data from a large stratified random sample of the population, including migrants and refugees, we test our five hypotheses using a Bayesian Evaluation of Informative Hypotheses. We find highest relative support for the hypothesis about increased need for social networks and support among refugees, which would be indicated by a higher association of social isolation and loneliness for refugees than for the host and migrant population. However, further investigation of the results show all theory derived hypotheses perform poorly in explaining the major pattern in the data: The association of social isolation and loneliness is lowest for migrants (about 0.25 SD), with similar larger associations for refugees and the host population (about 0.5 SD). We discuss this contradiction of theory and evidence, proposing avenues for future research.

www.diw.de/publikationen/soeppapers



Discussion Papers Nr. 1941

2021 | Sebastian Becker, Hermann Buslei, Johannes Geyer, Peter Haan



Pension Reform

For the design of the pension system, it is crucial to disentangle the employment responses related to the substitution effect and the income effect. In this paper, we provide causal evidence regarding the importance of the income effect, which is generally assumed to be small or non-existent. We exploit a pension reform in Germany that raised pension benefits related to children. For the identification, we exploit the discontinuity induced by the reform: only mothers with children born before 1.1.1992 were affected by the pension reform. Children born after this cut-off date did not change pension income. We use a difference-in-differences estimator based on administrative data from the German pension insurance that includes complete individual employment histories. We find that income effects are significant and economically important. We show that the policy led to a reduction in the employment of affected females. Further, we are able to show effect heterogeneity on different dimensions: by treatment intensity, age of the mother, and pre-reform pension wealth.

www.diw.de/publikationen/diskussionspapiere



SOEP Papers Nr. 1125

2021 | Nadiya Kelle, Luise Burkhardt, Corinna Kausmann, Julia Simonson, Jürgen Schupp, Clemens Tesch-Römer



Auswirkungen von Referenzzeiträumen auf die Selbstangaben zum freiwilligen Engagement: Ergebnisse einer experimentellen Studie

In der vorliegenden Studie wird untersucht, inwiefern sich der Einsatz eines spezifischen Zeitfensters bei Survey-Abfragen zum ehrenamtlichen und freiwilligen Engagement – im Vergleich zu Survey-Abfragen mit unspezifischen Zeitfenstern – auf die Selbstangaben von Befragten auswirkt. Die Grundlage der Untersuchung bildet ein Experiment, welches zu diesem Zweck im Rahmen des SOEP-Innovationssamples (SOEP-IS) 2018 durchgeführt wurde. Unter Anwendung eines Split-Ballot Designs wurde die Stichprobe des SOEP-IS in zwei randomisierte Teilstichproben unterteilt. Eine Gruppe von Befragten erhielt Fragen zum Engagement mit einem spezifischen Zeitfenster von zwölf Monaten, eine andere Gruppe erhielt diese Fragen zum Engagement ohne ein solches spezifisches Zeitfenster. Die Fragen zum Engagement stammen aus zwei etablierten Umfragestudien in Deutschland, dem Deutschen Freiwilligensurvey (FWS) 2014 und Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) 2017. Es wird erwartet, dass die Einführung eines Zwölf-Monats-Zeitfensters die Wahrscheinlichkeit dafür erhöht, dass Befragte ein Engagement angeben. Da in der SOEP-Abfrage Häufigkeiten des Engagements erfasst werden (jede Woche, jeden Monat, seltener oder nie), die einen zeitlichen Bezug vorgeben, wird erwartet, dass der Effekt der Einführung eines Zwölf-Monats-Zeitfensters in der FWS-Abfrage stärker als in der SOEP-Abfrage ausfällt. Diese Annahmen werden bestätigt. Im FWS führte die Einführung eines Zwölf-Monats-Zeitfensters für die Engagementabfrage zu einem statistisch signifikanten durchschnittlichen Marginaleffekt (AME) von etwas über drei Prozentpunkten. Für die Engagementabfrage aus dem SOEP zeigt sich dieser Effekt nicht. Insgesamt lässt sich festhalten, dass es sich lohnt, Frageformulierungen zu reflektieren und zu optimieren. Dabei sollten mögliche Auswirkungen bedacht werden, die diese Änderungen auf das Antwortverhalten der Befragten haben könnten.

www.diw.de/publikationen/soeppapers





KERSTIN BERNOTH

Keine Angst vor Inflationsgespenstern aus den USA

Kerstin Bernoth ist stellvertretende Leiterin der Abteilung Makroökonomie und Vize-Dekanin des Graduate Center am DIW Berlin. Der Kommentar gibt die Meinung der Autorin wieder.

Die USA haben zur Bekämpfung der wirtschaftlichen Folgen der Corona-Pandemie ein gigantisches fiskalisches Stützungsprogramm auf den Weg gebracht: Im Dezember wurde ein rund 900 Milliarden Dollar schweres Hilfspaket verabschiedet, im März legte die neue Biden-Regierung noch einmal fast 1,9 Billionen Dollar in einem zweiten Hilfspaket nach. Der Umfang von rund 2,8 Billionen Dollar entspricht etwa 13 Prozent des US-Bruttoinlandsprodukts. Die Welt war angesichts der schier großen Größe dieser Konjunkturpakete beeindruckt, doch gleichzeitig meldeten sich die ersten Sceptiker zu Wort: Was, wenn diese Pakete die US-Wirtschaft überhitzen? Was passiert, wenn die Inflation dadurch stark ansteigt?

Bereits seit letztem Sommer zeigt die US-Wirtschaft Anzeichen einer Belebung. Nach offiziellen Schätzungen verringerte sich die Produktionslücke von rund minus zehn Prozent im zweiten Quartal auf rund minus drei Prozent im Schlussquartal 2020. Diese Lücke entspricht in etwa 650 Milliarden Dollar, die die US-Wirtschaft noch unterausgelastet ist.

Inwieweit sich die fiskalischen Hilfspakete auf die Inflation auswirken, hängt weitgehend davon ab, inwieweit sie die Gesamtnachfrage erhöhen und damit die Produktion über ihr langfristiges Potenzial heben. Auskunft darüber gibt der sogenannte Fiskalmultiplikator, der schätzt, um wieviel jeder Dollar aus den Hilfspaketen die Gesamtwirtschaft anschiebt. Die Höhe des Multiplikators hängt davon ab, wie die Gelder der Hilfspakete investiert werden: Unterschieden wird zwischen Staatsausgaben, Steuersenkungen, Subventionen und Transfers. Ausschlaggebend ist zudem die Konsumentenzuversicht. Fiskalmultiplikatoren schwanken im Laufe der Zeit sehr stark. Offizielle Schätzungen gehen davon aus, dass in den USA der Multiplikator zwischen 0,5 und 2,5 liegt, mit einem Mittelwert von 1,5 (kumuliert über vier Quartale). Das heißt, dass im Mittel jeder Dollar an finanzpolitischer Stimulation die Gesamtnachfrage um geschätzt 1,50 Dollar anschiebt.

Nimmt man angesichts der aktuellen pandemischen Eindämmungsmaßnahmen, wie soziale Kontaktbeschränkungen,

lediglich einen Multiplikator von 0,5 an, würde die Gesamtnachfrage kumuliert über die nächsten vier Quartale um 1,4 Billionen US-Dollar (6,5 Prozent des US-BIPs) höher liegen als ohne diese Maßnahmen. Dies würde etwas mehr als dem Doppelten der derzeitigen Produktionslücke entsprechen, die damit positiv werden dürfte. Darüber hinaus haben die privaten Haushalte in den USA seit Beginn der Corona-Krise 1,8 Billionen Dollar mehr gespart als ohnehin. Und auch das reale verfügbare Pro-Kopf-Einkommen wuchs 2020 um 5,3 Prozent gegenüber dem Vorjahr und legte im Januar 2021 noch einmal um beachtliche 13 Prozent zu. Sobald die US-Wirtschaft nach erfolgreicher Impfkampagne wieder vollständig geöffnet werden kann, steht also reichlich Kaufkraft zur Verfügung.

Als Folge der steigenden öffentlichen Ausgaben und der zu erwartenden zunehmenden privaten Konsumausgaben dürfte die Teuerung in den USA vorübergehend zulegen. Insofern haben die Inflationswarner Recht. Auch die Märkte erwarten einen Inflationsanstieg in den kommenden Jahren auf ungefähr 2,5 Prozent.

Doch sollten wir uns von dieser Aussicht nicht abschrecken lassen. Die aktuellen Hilfspakete beinhalten viele Elemente, die nur temporär wirken: Einmalzahlungen an US-Bürgerinnen und -Bürger, Verlängerungen der Arbeitslosenhilfe, gezielte Steuererleichterungen und finanzielle Hilfen für Unternehmen. Solange der Ausgabenboom als vorübergehende Anpassung angesehen wird, sollte auch der Inflationsanstieg nur vorübergehend und zudem nicht allzu heftig sein. Selbst eine Inflation über zwei Prozent ist erst mal kein Grund zur Beunruhigung.

Sollte sich aber abzeichnen, dass die Inflation länger über den angestrebten zwei Prozent liegt, könnte die US-Notenbank mit einer Anhebung der Zinssätze reagieren. Dazu hat sie derzeit ausreichend Spielraum. Kein Grund zur Sorge also. Zumal eine steigende Konsumnachfrage in den USA auch die europäischen Exporte beleben dürfte.

Der Beitrag ist in einer etwas längeren Fassung am 20. April 2021 in der Frankfurter Rundschau erschienen.