Der folgende Artikel wird veröffentlicht in überarbeiteter Fassung im Deutschen Gesundheitsblatt:

Naumann, E., von den Driesch, E., Schumann, A. & C. Thönnissen (2021): Anstieg depressiver Symptome bei Jugendlichen während des ersten Lockdowns in Deutschland – Ergebnisse des Beziehungs- und Familienpanels pairfam, Deutsches Gesundheitsblatt, 64, 12. DOI: 10.1007/s00103-021-03451-5.

Anstieg depressiver Symptome bei Jugendlichen während des ersten Lockdowns in Deutschland – Ergebnisse des Beziehungs- und Familienpanels pairfam

Elias Naumann, *Universität Mannheim, Mannheim, Deutschland*

Ellen von den Driesch, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden, Deutschland & Wissenschaftszentrum Berlin (WZB), Berlin, Deutschland

Almut Schumann, *Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden, Deutschland*

Carolin Thönnissen, *Institut für Soziologie und Sozialpsychologie (ISS), Universität Köln, Köln, Deutschland*

Korrespondenzadresse:

Elias Naumann, Universität Mannheim, B6 30-32, 68131 Mannheim

Tel.: +49 (0) 621-181-3038

E-Mail: naumann@uni-mannheim.de

Anstieg depressiver Symptome bei Jugendlichen während des ersten Lockdowns in Deutschland – Ergebnisse des Beziehungs- und Familienpanels pairfam

Hintergrund

Die COVID-19-Pandemie hat innerhalb kürzester Zeit das gesellschaftliche Leben grundlegend verändert. Bei politischen Entscheidungen steht oft die Abwägung zwischen der Pandemiebekämpfung und den möglichen negativen wirtschaftlichen Auswirkungen im Vordergrund. Zunehmend finden jedoch auch die psychologischen und sozialen Auswirkungen des Lockdowns Beachtung.

Ziel der Arbeit

Wie hat sich die psychische Gesundheit von Jugendlichen in Deutschland während der ersten Welle der COVID-19-Pandemie und den dadurch bedingten Kontaktbeschränkungen in Deutschland verändert?

Material und Methoden

Die Analysen basieren auf Längsschnittdaten in Deutschland und einer Registerstichprobe der Geburtsjahrgänge 2001-03, die zum ersten Befragungszeitpunkt im Jahr 2018/19 15-17 Jahre alt waren. An der Wiederholungsbefragung nahmen im Mai und Juni 2020 854 Jugendliche teil. Depressivität wird mit der State-Trait Depression Scale erhoben.

Ergebnisse

Während des ersten Lockdowns zeigt sich bei den Jugendlichen ein deutlicher Anstieg depressiver Symptome. Vor dem Lockdown hatten 10,2 Prozent der jungen Menschen klinisch relevante depressive Symptome [CI: 8,0; 12,4]. Im Frühjahr 2020 steigt dieser Anteil auf 25,2 Prozent an [CI: 22,0; 28,4]. Junge Frauen haben ein deutlich höheres Risiko depressive Symptome zu entwickeln als Männer im gleichen Alter. Der Migrationshintergrund ist ein ähnlich starker Risikofaktor und die Prävalenz depressiver Symptome bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund erhöht sich von 11% auf 33%.

Diskussion

Um diese Ungleichheiten zu verringern, sind flächendeckende, zielgruppenspezifische und niedrigschwellige Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung nötig.

Schlüsselwörter: COVID-19, psychische Gesundheit, depressive Symptome, Jugendliche, Ungleichheit, Geschlechterunterschiede, Migrationshintergrund

Increase of depressive symptoms among adolescents during the first COVID-19 lockdown in Germany - results from The German Family Panel pairfam

Background

The COVID-19 pandemic has fundamentally changed social life within a very short time. Lockdown policies often consider the trade-off between containing the spread of the pandemic and the negative impact for the economy. Policy makers should pay more attention to the psychological and social impacts of the lockdown.

Objectives

How did the mental health of adolescents in Germany change during the first wave of the COVID-19 pandemic and the lockdown in Germany?

Material and Methods

Analyses are based on longitudinal data from Germany and a random sample of the birth cohorts 2001-03. Respondents were 15-17 years old at the first interview in 2018/19. 854 adolescents participated in the second wave of the survey in May and June 2020. Depressiveness is assessed with the State-Trait Depression Scale.

Results

During the first lockdown, adolescents show a significant increase in depressive symptoms. Prior to the lockdown, 10.2 percent had clinically relevant depressive symptoms [CI: 8.0; 12.4]. In spring 2020, the prevalence increased to 25.2 percent [CI: 22.0; 28.4]. Young women have a significantly higher risk of developing depressive symptoms than men of the same age. Immigrant background is an equally strong risk factor. The prevalence of depressive symptoms among adolescents with an immigrant background increased from 11% to 33%.

Discussion

To address this increased mental health risk and the inequalities, policy makers and society should ensure access and availability of target-group-specific and low-threshold prevention and counselling.

Keywords: COVID-19, mental health, depressive symptoms, adolescents, inequality, gender differences, migration

Einleitung

Die COVID-19-Pandemie hat innerhalb kürzester Zeit das gesellschaftliche Leben grundlegend verändert. Dabei steht bei politischen Entscheidungen oft die Abwägung zwischen der Pandemiebekämpfung und den möglichen negativen wirtschaftlichen Auswirkungen im Vordergrund. Zunehmend finden jedoch auch die psychologischen und sozialen Auswirkungen des Lockdowns Aufmerksamkeit. In diesem Artikel untersuchen wir, wie sich die psychische Gesundheit von Jugendlichen in Deutschland während der ersten Welle der COVID-19-Pandemie und den dadurch bedingten Kontaktbeschränkungen in Deutschland verändert hat.

Das tägliche Leben von Kindern und Jugendlichen hat sich seit März 2020 massiv verändert. Schulschließungen führen zum Wegfall vieler sozialer Kontakte und soziale Distanzierungsregeln schränken den Kontakt auch außerhalb der Schule ein. Vereinsaktivitäten, Freizeitangebote und Sport fallen größtenteils weg, Bildschirmzeit nimmt zu. Dabei gelten sowohl (sportliche) Aktivität als auch soziale Kontakte als wichtiger Schutz vor psychischen Erkrankungen, insbesondere Depressionen. Bisherige Forschung zeigt, dass diese Veränderungen Kinder und Jugendliche erheblich belasten können [1, 2]. Gleichzeitig waren in vielen Fällen aber auch die Möglichkeiten der Eltern begrenzt, ihre Kinder in dieser Zeit zu begleiten und zu unterstützen. Viele Eltern sind selbst vor die Herausforderung gestellt, Arbeit und Kinderbetreuung zu vereinbaren und manche haben zudem gesundheitliche oder auch finanzielle Sorgen aufgrund der COVID-19-Pandemie [3].

Insgesamt ist also zu erwarten, dass die COVID-19-Pandemie und die damit verbundenen Lockdown-Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen zu psychosozialem Stress führt. Gleichzeitig sind aber auch Resilienzfaktoren wie Kontakte zu Freunden oder eine gute Beziehung zu den Eltern [4] nur eingeschränkt vorhanden, sodass letztlich eine Zunahme psychischer Probleme zu erwarten ist. Eine Abschätzung des Ausmaßes dieser Zunahme ist bisher jedoch unbekannt – genauso wie die Identifizierung von Risikogruppen, die besonders stark durch die COVID-19-Pandemie beeinflusst sind.

Bestehende Studien zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen zeigen Anstiege bei Depressionen und Ängsten im Vergleich zur Zeit vor der COVID-19-Pandemie (z.B. [5–9]). Skoda et al. [7] berichten von einer deutlichen Zunahme depressiver Symptome, deren Prävalenz von 8% auf 21% zunimmt (gemessen mit dem Patient Health Questionnaire-2). Peters et al. [10] hingegen finden, dass die Prävalenz moderater bis schwer ausgeprägter depressiver Symptome von 6,4% auf 8,8%, allerdings findet sich diese Zunahme depressions- und angstassoziierte Symptome im Vergleich zur letzten Untersuchung vor COVID-19 nur bei Teilnehmenden unter 60 Jahren, insbesondere bei jungen Frauen.

Verlässliche Ergebnisse zur psychischen Gesundheit von Kindern während der COVID-19-Pandemie gibt es bisher wenig. Eine Ausnahme ist die Studie von Ravens-Sieberer et al. [11],

die ein repräsentatives Sample von Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 bis 17 Jahren in Deutschland untersucht. Vergleiche mit Daten aus der Zeit vor COVID-19 zeigen eine signifikante Abnahme der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, mehr psychische Probleme (17,8% vs. 9,9%) und höhere Angstwerte (24,1% vs. 14,9%) als vor der Pandemie. Überraschenderweise zeigt sich jedoch keine Zunahme depressiver Symptome bei den Kindern (siehe auch [12]).

Der Beitrag unserer Studie liegt daher darin, dass mit den 16-19-jährigen Jugendlichen eine Gruppe in den Blick genommen wird, zu der bisher noch keine Ergebnisse vorliegen. Das liegt womöglich unter anderem daran, dass sie sowohl in den Erwachsenenstudien als auch in den Kinderstudien keine Berücksichtigung finden. Zudem ist der Fokus auf depressive Symptome bei Jugendlichen deshalb sehr relevant, weil das Auftreten depressiver Symptome im Jugendalter von Komorbiditäten – wie Gewichts- und Appetitstörungen, Schlafstörungen, motorische Störungen, Denkschwierigkeiten und im Extremfall Suizid - begleitet ist und das Risiko psychischer Erkrankungen im Lebensverlauf erhöht [13]. Es wird zunächst die zugrundeliegende Datenbasis dargelegt und erläutert, welche Messungen wir zur Diagnostik der Depressivität aus den Daten des Beziehungs- und Familienpanels pairfam in unseren Analysen verwenden. Anschließend werden die Befunde im Ergebnisteil präsentiert, gefolgt von einer Einordnung der Robustheit und möglicher Limitationen der Daten und Methodik. Auf Basis der Ergebnisse werden abschließend einige Handlungsempfehlungen für politische Maßnahmen diskutiert.

Daten

Die Analysen basieren auf längsschnittlichen Daten des Beziehungs- und Familienpanels pairfam [14] und der online durchgeführten pairfam COVID-19-Zusatzstudie [15]. Bei den pairfam Daten handelt es sich um eine zufallsbasierte Registerstichprobe. In diesem Artikel konzentrieren wir uns auf Befragte der Jugendlichen-Kohorte der Geburtsjahrgänge 2001-03, die also zum ersten Befragungszeitpunkt im Jahr 2018/19 15-17 Jahre alt waren. An der Befragung im Jahr 2018/19 haben 2465 Befragte teilgenommen, mit einer Ausschöpfung von 28,9% der gezogenen Registerdaten. An der COVID-19-Studie nahmen zwischen dem 19. Mai und dem 13. Juli 2020 854 Jugendliche teil, so dass 34,6% der ursprünglich befragten Jugendlichen aus der Rekrutierungswelle wiederbefragt werden konnten. Für alle Analysen werden in der vorliegenden Studie durchgehend ein kalibriertes Designgewicht verwendet, welches zum einen die Verteilung der Panelstichprobe an die Zielpopulation, vor allem in Hinblick auf Geschlecht und Wohnort, angleicht und zum anderen die unterschiedlichen Teilnahmebereitschaften in der Covid-Zusatzbefragung kontrolliert. Somit kann eine mögliche Verzerrung aufgrund von Panel Attrition ausgeglichen werden [15]. Für die verwendete Stichprobe zeigen sich nur leichte Abweichungen: Während Frauen eher an der

Wiederbefragung teilgenommen haben als Männer, hat der Wohnort jedoch kaum einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit an der Wiederbefragung teilzunehmen (siehe Tabelle A2 im Anhang). Die Randverteilungen der gewichteten Stichprobe entsprechen denen der Zielpopulation, so dass die wiederbefragten Jugendlichen repräsentativ für die Zielpopulation sein sollten (Tabelle A2).

Depressivität wird entsprechend der deutschen Adaption der State-Trait Depression Scale (STDS, [16]) gemessen. Mit insgesamt zehn Items konnten die Befragten angeben, wie häufig sie verschiedene Gefühle wie zum Beispiel Glück, Verzweiflung oder Schwermut während der Zeit des ersten Lockdowns in Deutschland erlebt haben. Aus diesen Items wird ein Summenindex gebildet. Skalenwerte von mehr als 25 Punkten gelten als Hinweis auf klinisch relevante depressive Symptome [17]. Die STDS wurde auch in der pairfam-Welle im Jahr 2018/2019 erhoben und weist zu beiden Zeitpunkten eine hohe Reliabilität auf (Cronbach's alpha: 0,86 (2018/2019) bzw. 0,90 (2020)). Da die Zuverlässigkeit der Messungen der Depressivitätsskala, gemessen an Cronbach's alpha, zu beiden untersuchten Zeitpunkten ähnlich hoch ist, ist ein Vergleich dieser Werte vor und während der Corona-Krise bei den Befragten möglich.

Standardisierte diagnostische Interviews, wie z. B. das Composite International Diagnostic Interview (CIDI) gelten als Gold-Standard-Instrumente zur Bestimmung der Prävalenz von Depressionen. Das M-CIDI weist relativ zu einer klinischen Diagnose für einfache bzw. wiederkehrende depressive Episoden eine Sensitivität von 92% und eine Spezifität von 100% auf [18]. Um das Vorhandensein depressiver Symptome und ihren Schweregrad in Umfragen zu erfassen, werden verschiedene sogenannte Depressionsskalen eingesetzt. Hierzu gehören auf der Ebene der Selbstbeurteilungsverfahren (Patientenbeurteilung) u. a. die Center of Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), das Beck Depression Inventory (BDI) oder der Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D) [19]. Mit dem PHQ-D wird eine Sensitivität für eine depressive Episode von 77-88% und eine Spezifität von 88-94% erreicht [20]. Der CES-D hat eine Sensitivität von 89% und eine Spezifität bei 86%. Die von uns verwendete STDS weist eine Sensitivität von 76% und eine Spezifität von 93,3% auf und stellt damit ein Screeningverfahren zur Verfügung, das hoch reliabel und ökonomisch ein überdurchschnittliches bis klinisch hoch bedeutsames Ausmaß an Depressivität erfasst. „Ihre Anwendung in epidemiologischen Studien zur Identifikation depressiver Störungen kann empfohlen werden.“ [17].

Die stärksten Risikofaktoren für Depressionen bei Jugendlichen sind eine Depressionsanamnese in der Familie, Entwicklungsfaktoren, Sexualhormone und die Belastung durch psychosozialen Stress [13]. Demnach haben Mädchen ein höheres Risiko an Depressionen zu leiden. Zudem zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Depressionen und Umweltfaktoren wie akuten Stressereignissen (z. B. Verletzungen, Trauerfälle) und anderen

Widrigkeiten (z. B. familiäre Unstimmigkeiten, Mobbing durch Gleichaltrige, Armut, körperliche Krankheit). Schließlich gelten gute zwischenmenschliche Beziehungen als Schutz gegen Depressionen [13].

Ausgehend von diesen Befunden untersuchen wir, welche individuellen Eigenschaften und Lebensumstände mit dem Auftreten von Depressionen zusammenhängen. Als unabhängige Variablen verwenden wir daher das Geschlecht, den Migrationshintergrund der Jugendlichen und ihren Erwerbsstatus. Ein Indikator für die soziale Einbettung ist, ob die Jugendlichen bei den Eltern mit oder ohne Geschwister oder alleine leben. Zusätzlich wird der Bildungshintergrund über den Bildungsstand der Mutter erhoben. Wir verwenden den höchsten Schulabschluss (ISCED97) und unterscheiden niedrige Bildung (vorschulische Bildung, Grundbildung und Sekundarbildung der Unterstufe (level 0-2)), mittlere Bildung (Sekundarbildung Oberstufe (Hochschulzugangsberechtigung) und post-sekundäre, nicht-tertiäre Bildung (Berufsausbildung o.ä.) (level 3 und 4)) und hohe Bildung (erste und zweite Stufe der tertiären Bildung (d.h. mind. Hochschulabschluss) (level 5 und 6)). Zur Erfassung der ökonomischen Deprivation verwenden wir die subjektive Einschätzung der finanziellen Situation des Haushalts ("Wir müssen häufig auf etwas verzichten, weil wir uns finanziell einschränken müssen". Die Häufigkeitsverteilungen der unabhängigen Variablen finden sich in Tabelle A1 im Anhang.

Ergebnisse

Während des ersten Lockdowns zeigt sich bei den Jugendlichen ein deutlicher Anstieg depressiver Symptome. Vor dem Lockdown, im Jahr 2018/19, hatten 10,2 Prozent der jungen Menschen klinisch relevante depressive Symptome [CI: 8,0; 12,4]. Das entspricht Schätzungen zur Prävalenz von depressiven Symptomen aus anderen Studien [21]. Im Frühjahr 2020 steigt dieser Anteil auf 25,2 Prozent an [CI: 22,0; 28,4] (Abbildung 1). Jeder vierte junge Mensch zwischen 16 und 19 Jahre weist dementsprechend klinisch relevante Symptome einer Depression auf. Das ist eine statistisch signifikante Zunahme um 14,8 Prozentpunkte [CI: 11,8; 18,0].

[ABBILDUNG 1 hier]

Nicht alle jungen Menschen sind jedoch in gleicher Weise von den negativen Auswirkungen der Kontaktbeschränkungen betroffen. Zudem unterscheiden sich die Jugendlichen auch in den Möglichkeiten, wie sie mit den Einschränkungen des Lockdowns umgehen. Um diese Gruppen besser identifizieren zu können, beschränken wir uns im Folgenden auf diejenigen Jugendlichen, die bei der Befragung im Jahr 2018/19 keine klinisch relevanten depressiven Symptome aufweisen (n=765). Zwischen den beiden Befragungen entwickeln 21,3% (n=163)

dieser Jugendlichen klinisch relevante depressive Symptome. 10,4% der Jugendlichen weisen schon in 2018/19 klinisch relevante Symptome auf (n=89). Fast 60% dieser Jugendlichen zeigen auch im Frühjahr 2020 noch erhöhte Werte auf der Depressivitätsskala, während bei 40% (n=36) der Jugendlichen der Wert wieder unter den Grenzwert fällt.

Mit einer logistischen Regression schätzen wir im Folgenden, welche Jugendlichen ein erhöhtes Risiko haben depressive Symptome zu entwickeln. Eine Übersicht der verwendeten unabhängigen Variablen und ihren Kodierungen findet sich im Anhang.

[TABELLE 1 hier]

Junge Frauen haben eine höhere Wahrscheinlichkeit depressive Symptome zu entwickeln als Männer im gleichen Alter. Während sich bei jungen Männern die Prävalenz depressiver Symptome von 7% auf 15% erhöht, ist der Anstieg bei jungen Frauen deutlich stärker (von 13% auf 35%). Der Geschlechterunterschied in der Prävalenz von Depressionen vor der Pandemie lag also bei 2:1 (Frauen:Männer), was den Ergebnissen bisheriger Forschung entspricht [21]. Dieses Verhältnis ist während der Pandemie auf 3:1 angestiegen. Dies bestätigt sich auch in der multivariaten Auswertung (Tabelle 1). Das Chancenverhältnis, dass Frauen im Vergleich zu Männern, depressive Symptome entwickeln erhöht sich hier um den Faktor 2,8 [CI: 1,7; 4,3]. Der Unterschied zwischen den Prävalenzen der Mädchen und Jungen ist nicht überraschend. Diese Diskrepanz nimmt mit steigendem Alter zu und die beiden Geschlechter unterscheiden sich immer mehr in ihren Depressivitätswerten [22, 23]. Während Mädchen vermehrt Symptome von Depressivität und Angst zeigen, also internalisierendes Verhalten, kommt es bei Jungen verstärkt zu externalisierendem Verhalten, wie Probleme im Sozialverhalten oder ADHS [24].

Der Migrationshintergrund scheint ein ähnlich starker Risikofaktor zu sein und Jugendliche mit Migrationshintergrund zeigen im Vergleich zu Jugendlichen ohne Migrationshintergrund eine höhere Wahrscheinlichkeit depressive Symptome zu entwickeln. Während bei Jugendlichen ohne Migrationshintergrund der Anteil mit depressiven Symptomen von 9% auf 21% ansteigt, verdreifacht sich der Anteil bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund von 11% auf 33%. Das Bildungsniveau der Eltern (unabhängig davon ob man das Bildungsniveau der Mutter oder des Vaters nimmt) und ob die Befragten Schüler, Studierende oder Auszubildende sind, haben hingegen keinen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit depressive Symptome während des Lockdowns zu entwickeln. Auch zwischen der finanziellen Situation des Haushaltes und dem Auftreten von depressiven Symptomen zeigt sich kein Zusammenhang. Einen starken Einfluss hat jedoch, ob die Befragten bei den Eltern wohnen: die Wahrscheinlichkeit depressive Symptome zu entwickeln ist deutlich geringer, wenn die Befragten noch bei den Eltern wohnen im Vergleich zu denen, welche das Elternhaus verlassen haben. Vergleicht man Jugendliche,

die noch bei den Eltern wohnen mit und ohne Geschwister, so zeigt sich überraschenderweise, dass das Vorhandensein von Geschwistern eher mit einem höheren Risiko depressiver Symptome zusammenhängt.

Robustheitsprüfung

Die Ergebnisse unserer Analysen basieren auf zwei Befragungswellen des Familienpanels pairfam und können aufgrund von Panelmortalität verzerrt sein. Daher sind alle unsere Ergebnisse gewichtet. Zudem können wir zeigen, dass die Teilnahmebereitschaft in der Folgewelle nicht mit den depressiven Symptomen in der ersten Welle zusammenhängt. Dennoch ist denkbar, dass die Teilnahmebereitschaft in der zweiten Welle der Befragung mit dem Entstehen von depressiven Symptomen zusammenhängt. Forschung zu solchen Selektionseffekte zeigt jedoch, dass Befragte mit einer guten Gesundheit und einem guten psychischen Wohlbefinden eher an Folgewellen teilnehmen [25]. Das würde heißen, dass wir den Effekt des Lockdowns auf die psychische Gesundheit eher unter- als überschätzen.

Mode-Effekte sind eine zweite mögliche Ursache, weshalb die Ergebnisse verzerrt sein könnten. Die Befragungen der Erhebung 2018/ 2019 erfolgten anhand persönlicher Interviews (CAPI). Bestimmte sensitive Fragen, wie die von uns verwendeten SDTS-Fragen, wurden jedoch im selbst administrierten CASI-Modus abgefragt, bei dem der Befragte die Antworten selbstständig am Computer ausfüllt. Da während des COVID-19-Lockdowns persönliche Interviews im Haushalt der Befragten nicht möglich waren, wurde die Wiederholungsbefragung im Jahr 2020 mithilfe von selbst-administrierten Web-Interviews (CAWI) durchgeführt. Die Befragungssituation ist hierbei durch eine höhere Anonymität gekennzeichnet und beugt allgemein hin sozial erwünschtem Antwortverhalten vor. Mögliche Effekte aufgrund des Wechsels des Befragungsmodus zwischen beiden Wellen sollten jedoch aufgrund des CASI-Einsatzes eine untergeordnete Rolle spielen, da der Befragte in beiden Interviewsituationen die Fragen selbst administriert beantworten konnte, ohne dass ein Interviewer Einblick in das Antwortverhalten hatte. Dennoch ist nicht ganz auszuschließen, dass die Anwesenheit eines Interviewers in der ersten Welle womöglich zu einer Verzerrung des Antwortverhaltens in Richtung sozialer Erwünschtheit geführt hat.

Saisonale Schwankungen von depressiven Symptomen sind eine dritte Möglichkeit, weshalb unsere Ergebnisse verzerrt sein könnten. Forschungsergebnisse dazu sind bisher nicht eindeutig, deuten jedoch an, dass depressive Symptome im Winter häufiger sind [26]. Die Befragungen der ersten Welle zogen sich von November bis Ende Juli fanden aber schwerpunktmäßig in den Wintermonaten statt, d.h. dass etwa 50% der Interviews in unseren Analysen zwischen Dezember 2018 und März 2019 stattgefunden haben, während die Interviews der zweiten Befragungswelle alle im Mai und Juni 2020 stattgefunden haben. Wir können somit nicht ausschließen, dass depressive Symptome auch bei unseren Befragten im

Frühjahr seltener sind als im Winter. Das hieße aber auch, dass wir den Anstieg der depressiven Symptome eher unter- als überschätzen.

Diskussion

Bei Jugendlichen hat sich die psychische Gesundheit unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie und den Eindämmungsmaßnahmen deutlich verschlechtert und depressive Symptome haben im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie deutlich zugenommen (siehe auch [11, 12]). Dies gilt insbesondere für junge Frauen und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Sie gehören zu den Gruppen in der Bevölkerung, bei denen sich ein besonders starker Zusammenhang zwischen den Kontaktbeschränkungen und depressiven Symptomen zeigt und diese somit einem besonderen Risiko ausgesetzt sind. Weitere Forschung sollte demnach gezielt schauen, ob diesen strukturellen Ungleichheiten, beruhend vor allem auf dem Geschlecht und dem Migrationshintergrund, weitere erklärende Mechanismen zugrunde liegen. Eine adäquate Ursachenforschung in diesen Gruppen kann schließlich helfen, diese Ungleichheiten zu verringern und flächendeckende, zielgruppenspezifische und niedrigschwellige Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung zu fördern.

Erst langsam wächst ein Bewusstsein hierfür. Angesichts dieser Erkenntnis sollten politische Maßnahmen gezielt auch diese Personengruppen unterstützen. Ein Ausbau der psychologischen Beratungsstellen, Familienbildungsstätten und ambulante sowie stationäre Therapieplätze wäre eine Möglichkeit um die oben genannten Risikogruppen begleiten zu können. Ebenso ist der Ausbau niederschwelliger, digitaler Hilfeangebote sicherlich eine Maßnahme, mit der man insbesondere die Jugendlichen gut direkt erreichen könnte. Und schließlich können sicherlich auch Eltern noch besser dabei unterstützt werden, wie sie ihre Kinder im Umgang mit den Einschränkungen begleiten [27].

Auf Basis unserer Daten kann jedoch nicht eindeutig geklärt werden, dass der Anstieg der Depressionssymptomatik bei Jugendlichen ausschließlich durch den Lockdown und die daraus resultierenden Eindämmungsmaßnahmen alleine erklärt werden kann. Vielmehr können auch weitere indirekte Folgen der Pandemie, beispielsweise im gesundheitlichen oder ökonomischen Familienumfeld, einen Einfluss auf die mentale Verfassung dieser jungen Generation haben. Zudem ist denkbar, dass das Auftreten von Depressionen übliche Alterseffekte sind.

Nichtsdestotrotz machen unsere Befunde deutlich, dass nach über einem Jahr der COVID-Pandemie mit mehreren Lockdowns und wiederholten Phasen der Schulschließungen die psychische Gesundheit von Jugendlichen bei zukünftigen politischen Entscheidungen unbedingt stärker beachtet werden sollten. Dazu gehört, dass Politik und Gesellschaft Wege findet, wie Jugendliche ihre psychische Gesundheit schützen und aufrechterhalten kann und wie besonders belastete Jugendliche und deren Eltern unterstützt werden können.

Interessenkonflikt und ethische Grundsätze

E. Naumann, E. von den Driesch, A. Schumann und C. Thönnissen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle beschriebenen Befragungen wurden im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen beteiligten Befragten liegt eine Einverständniserklärung vor.

Literatur

1. Fore HH (2020) A wake-up call: COVID-19 and its impact on children's health and wellbeing. The Lancet Global Health 8:e861-e862. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30238-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30238-2)
2. Orben A, Tomova L, Blakemore S-J (2020) The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. The Lancet Child & Adolescent Health 4:634–640. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30186-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30186-3)
3. Möhring K, Naumann E, Reifenscheid M et al. (2021) The COVID-19 pandemic and subjective well-being: longitudinal evidence on satisfaction with work and family. European Societies 23:S601-S617. <https://doi.org/10.1080/14616696.2020.1833066>
4. Yap MBH, Pilkington PD, Ryan SM, Jorm AF (2014) Parental factors associated with depression and anxiety in young people: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 156:8–23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.007>
5. Abbott A (2021) COVID's mental-health toll: how scientists are tracking a surge in depression. Nature 590:194–195. <https://doi.org/10.1038/d41586-021-00175-z>
6. Armbruster S, Klotzbücher V (2020) Lost in lockdown? COVID-19, social distancing, and mental health in Germany. Diskussionsbeiträge No. 2020-04 - <https://www.econstor.eu/handle/10419/218885>, (Zugriffsdatum: 13.08.2021).
7. Skoda E-M, Spura A, Bock F de et al. (2021) Veränderung der psychischen Belastung in der COVID-19-Pandemie in Deutschland: Ängste, individuelles Verhalten und die Relevanz von Information sowie Vertrauen in Behörden (Change in psychological burden during the COVID-19 pandemic in Germany: fears, individual behavior, and the relevance of information and trust in governmental institutions). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 64:322–333. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03278-0>
8. Mata J, Wenz A, Rettig T et al. (2020) Health behaviors and mental health before and during the COVID-19 pandemic: A longitudinal population-based survey
9. Banks J, Xu X (2020) The Mental Health Effects of the First Two Months of Lockdown during the COVID-19 Pandemic in the UK *. Fiscal Studies 41:685–708. <https://doi.org/10.1111/1475-5890.12239>
10. Peters A, Rospleszcz S, Greiser KH, Dallavalle M, Berger K (2020) The Impact of the COVID-19 Pandemic on Self-Reported Health. Dtsch Arztebl Int 117:861–867. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0861>
11. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M, Devine J, Schlack R, Otto C Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. Eur Child Adolesc Psychiatry:1–11. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5>
12. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C et al. (2021) Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie –

Ergebnisse der COPSYS-Studie (Mental health and psychological burden of children and adolescents during the first wave of the COVID-19 pandemic-results of the COPSYS study). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.
<https://doi.org/10.1007/s00103-021-03291-3>

13. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK (2012) Depression in adolescence. The Lancet 379:1056–1067. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60871-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60871-4)
14. Huinink J, Brüderl J, Nauck B, Walper S, Castiglioni L, Feldhaus M (2011) Panel Analysis of Intimate Relationships and Family Dynamics (pairfam): Conceptual framework and design. Journal of Family Research 23:77–101. <https://doi.org/10.20377/jfr-235>
15. Walper S, Sawatzki B, Alt P et al. (2020) The pairfam COVID-19 survey
16. Spaderna H, Schmukle SC, Krohne HW (2002) Bericht über die deutsche Adaptation der State-Trait Depression Scales (STDS). Diagnostica 48:80–89. <https://doi.org/10.1026//0012-1924.48.2.80>
17. Lehr D, Hillert A, Schmitz E, Sosnowsky N (2008) Screening depressiver Störungen mittels Allgemeiner Depressions-Skala (ADS-K) und State-Trait Depressions Scales (STDS-T). Diagnostica 54:61–70. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.54.2.61>
18. Reed V, Gander F, Pfister H et al. (1998) To what degree does the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) correctly identify DSM-IV disorders? Testing validity issues in a clinical sample. Int. J. Method. Psychiat. Res. 7:142–155. <https://doi.org/10.1002/mpr.44>
19. Wittchen H-U, Jacobi F, Klose M, Ryl L (2010) Themenheft 51 "Depressive Erkrankungen", Robert Koch-Institut, Berlin
20. Löwe B, Kroenke K, Herzog W, Gräfe K (2004) Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Journal of Affective Disorders 81:61–66. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(03\)00198-8](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(03)00198-8)
21. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA (2015) Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry 56:345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
22. Maughan B, Collishaw S, Stringaris A (2013) Depression in Childhood and Adolescence. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry 22(1):35–40
23. Alsaker FD, Bütikofer A (2005) Geschlechtsunterschiede im Auftreten von psychischen und Verhaltensstörungen im Jugendalter. Kindheit und Entwicklung 14:169–180. <https://doi.org/10.1026/0942-5403.14.3.169>
24. Klasen F, Petermann F, Meyrose A-K et al. (2016) Verlauf psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen. Kindheit und Entwicklung 25:10–20. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000184>
25. Adams MJ, Hill WD, Howard DM et al. (2020) Factors associated with sharing e-mail information and mental health survey participation in large population cohorts. Int J Epidemiol 49:410–421. <https://doi.org/10.1093/ije/dyz134>
26. Øverland S, Woicik W, Sikora L et al. (2019) Seasonality and symptoms of depression: A systematic review of the literature. Epidemiol Psychiatr Sci 29:e31. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000209>
27. Dalton L, Rapa E, Stein A (2020) Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. The Lancet Child & Adolescent Health 4:346–347. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30097-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30097-3)

Abbildung 1: Auftreten von klinisch relevanten depressiven Symptomen bei jungen Menschen vor und während des COVID-19-Lockdowns in Deutschland (gewichtet)

Anteile in Prozent, 95%- Konfidenzintervalle, Balancierte Stichprobe (n=855 zu beiden Zeitpunkten)

Quelle: Eigene Abbildung

Tabelle 1: Wahrscheinlichkeit depressive Symptome zu entwickeln (im Vergleich zur Zeit vor dem COVID-19-Lockdown) – logistische Regression (gewichtet)

	Auftreten depressiver Symptome
Geschlecht: weiblich	2.767** [1.772,4.321]
Migrationshintergrund	1.793* [1.064,3.022]
Erwerbsstatus (Ref.-Kat.: Schüler/in)	
In Ausbildung	0.852 [0.458,1.586]
Studierende	1.182 [0.422,3.313]
Bildungsstand der Mutter ISCED97 (Ref.-Kat.: mittel)	
niedrig	0.941 [0.381,2.326]
hoch	0.761 [0.485,1.194]
Finanzielle Situation des HH	0.992 [0.791,1.245]
Wohnform (Ref.-Kat.: bei den Eltern ohne Geschwister)	
Bei Eltern (mit Geschwistern)	1.995** [1.204,3.308]
nicht bei den Eltern	4.622** [1.676,12.75]
Wohnort: Land	0.964 [0.616,1.510]
Pseudo R ²	0,07
n	677

Odds ratios; 95% Konfidenzintervalle in Klammern

*p < 0,05, ** p < 0,01 , Balancierte Stichprobe (n=677 zu beiden Zeitpunkten)

Anhang

Tabelle A1: Häufigkeitsverteilung der unabhängigen Variablen

	n	Anteile (ungewichtet)
Geschlecht		
Weiblich	388	57,3%
Männlich	289	42,7%
Migrationshintergrund		
Nein	540	79,8%
Ja (erste oder zweite Generation)	137	20,2%
Aktuelle Erwerbssituation (in 2020)		
Schüler/in	556	82,1%
Ausbildung Lehre	85	12,6%
Studium	36	5,3%
Bildung der Mutter (ISCED 97)		
Niedrig (vorschulische Bildung, Grundbildung und Sekundarbildung der Unterstufe (levels 0-2))	33	4,9%
Mittel (Sekundarbildung Oberstufe (Hochschulzugangsberechtigung) und post- sekundäre, nicht-tertiäre Bildung (Berufausbildung o.ä.) (level 3 und 4))	376	55,5%
Hoch (erste und zweite Stufe der tertiären Bildung (d.h. mind. Hochschulabschluss) (level 5 und 6))	268	39,6%
Finanzielle Situation („Wir müssen häufig verzichten, wegen finanzieller Einschränkungen“)		
1 Stimme überhaupt nicht zu	376	55,5%
2	207	30,6%
3	65	9,6%
4	21	3,1%
5 Stimme voll und ganz zu	8	1,2%
Wohnform		
Bei Eltern (ohne Geschwister)	208	30,7%
Bei Eltern (mit Geschwistern)	448	66,2%
Nicht mehr bei den Eltern	21	3,1%
Wohnort		
Stadt	437	64,6%
Land	240	35,4%

Tabelle A2: Zusammensetzung der Stichproben – gewichtet / ungewichtet

	Welle 11 (ungewichtet) n =2465	Welle 11 (gewichtet)	COVID- Befragung (ungewichtet) n=854	COVID- Befragung (gewichtet)
Geschlecht				
Männer	50,9%	51,2%	42,3%	51,2%
Frauen	49,1%	48,8%	57,7%	48,8%
Wohnort				
Berlin (West)	2,0%	1,6%	1,9%	1,5%
Schleswig-Holstein	3,8%	3,9%	3,9%	3,9%
Hamburg	2,0%	1,9%	1,6%	2,1%
Niedersachsen	10,5%	9,8%	9,5%	10,2%
Bremen	0,9%	0,7%	0,5%	0,9%
Nordrhein-Westfalen	18,4%	23,0%	16,0%	22,5%
Hessen	9,9%	8,0%	10,7%	8,2%
Rheinland-Pfalz	4,7%	4,9%	4,8%	4,8%
Baden-Württemberg	12,7%	14,8%	14,1%	14,3%
Bayern	19,2%	15,6%	22,0%	15,9%
Berlin (Ost)	2,2%	1,9%	2,2%	1,7%
Brandenburg	2,4%	2,8%	2,3%	2,7%
Mecklenburg- Vorpommern	1,7%	1,5%	2,0%	1,5%
Sachsen	3,5%	3,9%	3,4%	4,0%
Sachsen-Anhalt	2,0%	2,2%	1,9%	2,2%
Thüringen	2,6%	2,4%	2,1%	2,4%
Saarland	1,5%	1,2%	1,3%	1,1%