



Deutsches
Jugendinstitut

Materialien zum 17. Kinder- und Jugendbericht

Burkhard Rodeck/ Volker Mall/ Ulrike Ravens-Sieberer

Das Kind in unserer Gesellschaft

Eine gesundheitspolitische Perspektive

Forschung zu Kindern, Jugendlichen und Familien an der Schnittstelle von Wissenschaft, Politik und Fachpraxis

Das Deutsche Jugendinstitut e.V. (DJI) ist eines der größten sozialwissenschaftlichen Forschungsinstitute Europas. Seit 60 Jahren erforscht es die Lebenslagen von Kindern, Jugendlichen und Familien, berät Bund, Länder und Gemeinden und liefert wichtige Impulse für die Fachpraxis.

Aktuell sind an den beiden Standorten München und Halle (Saale) etwa 470 Beschäftigte tätig, darunter rund 280 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler.

Finanziert wird das DJI überwiegend aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und den Bundesländern. Weitere Zuwendungen erhält es im Rahmen von Projektförderungen u. a. vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), der Europäischen Kommission, Stiftungen und anderen Institutionen der Wissenschaftsförderung.

Impressum

© 2025 Deutsches Jugendinstitut e.V.

Deutsches Jugendinstitut
Nockherstraße 2
81541 München

Datum der Veröffentlichung Juni 2025
ISBN: 978-3-86379-574-0
DOI: 10.36189/DJI202520

Ansprechpartner:
Claudia Fritsch
Telefon +49 89 62306-182
E-Mail fritsch@dji.de

Inhalt

Präambel	5
1 Aktuelle Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen	6
1.1 Kinder und Jugendliche in der Pandemie	6
1.2 Sozialpädiatrische Aspekte – Familien mit Kleinkindern und Säuglingen in der Pandemie	7
1.3 Medizinisch-somatische Aspekte	8
1.3.1 Infektionserkrankungen in der PostCovid-Ära	9
1.3.2 Versorgung von Kindern und Jugendlichen – Somatische Aspekte	10
1.4 Kinder und Jugendliche in der Pandemie – Psychische Aspekte	10
1.5 Versorgung von Kindern und Jugendlichen – Psychische Aspekte	14
2 Sicherung des Zugangs zu ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung	16
2.1 Sicherung und Weiterentwicklung stationärer Versorgungsstrukturen	16
2.2 Sicherung und Weiterentwicklung der Versorgung durch Sozialpädiatrische Zentren	18
2.3 Sicherung und Weiterentwicklung ambulanter Versorgungsstrukturen	19
2.3.1 Kinderärztliche Praxis	19
2.3.2 Institutsambulanzen	20
3 Einfluss der sozialen Disparität auf Gesundheitsvorsorge	22
4 Sicherung der Arzneimittelversorgung	23
5 Schuleingangsuntersuchungen	24
6 Teilhabe in der Gesellschaft, Inklusion	25
7 Frühe Hilfen	27
8 Gesunde Ernährung	28
9 Koalitionsvertrag 2021 „Mehr Fortschritt wagen“: Chancen für Kinder, Starke Familien und beste Bildung ein Leben lang	30
9.1 Kindergrundsicherung	30
9.2 Kinderrechte in das Grundgesetz	31

Präambel

Aktuelle Krisen (Pandemie, Krieg, Klimawandel, Ökonomie, Fachkräftemangel im Gesundheits-, Sozial- und Bildungssektor) machen den Stellenwert von Kindern und Jugendlichen als vulnerable Gruppe in der Gesellschaft besonders deutlich. Die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen mit ihren Implikationen auf Gesundheit müssen laufend analysiert, beachtet und in politischen Entscheidungen auf kommunaler, Landes- und Bundesebene zwingend und nachhaltig berücksichtigt werden. Es darf nicht von einer immanenten Resilienz in dieser Gruppe ausgegangen werden. Dazu braucht es Transparenz und ein Ineinandergreifen der verschiedenen politischen Verantwortungsebenen mit dem Ziel eines unabhängig vom sozialen Status niederschwellig erreichbaren Zugangs zu Präventions- und Gesundheitsdienstleistungen. Dies trifft ebenso für Sozialeleistungen zu. Die Sicherung einer kinderfreundlichen Umgebung trägt maßgeblich auch zum gesunden Aufwachsen bei. Im Koalitionsvertrag „Mehr Fortschritt wagen“ sind entsprechende Ziele formuliert, wobei die Umsetzung dieser Ziele bislang nur unzureichend bzw. nicht erfolgt ist. Das Schlagwort „sektorenübergreifende Versorgung“ muss mit Leben gefüllt werden.

1 Aktuelle Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Eine Analyse des Zugangs zu ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung ist ohne die Berücksichtigung der Herausforderungen für Kinder und Jugendliche durch die COVID-19-Pandemie nicht möglich.

1.1 Kinder und Jugendliche in der Pandemie

Die Pandemie ist mittlerweile schon wieder Historie, ihr Einfluss auf unser gesellschaftliches Zusammenleben durch die Erkrankung selbst, aber auch durch die staatlichen Abwehrmaßnahmen ist nach wie vor allerdings unverkennbar. Viele im Vorfeld oder zu Beginn fast als gesichert angesehene Annahmen haben sich nicht bestätigt, z. B. Kinder und Jugendliche seien analog zu Influenza-Infektionen oder auch RSV-Infektionen besonders relevant als „Treiber“ der Pandemie. Im Fokus aller Maßnahmen zur Eindämmung galt der Schutz der Bevölkerung vor Infektion bzw. Infektionstransmission, wobei aus der heutigen Retrospektive viele Aktionen als unverhältnismäßig eingeschätzt werden müssen. Das galt besonders für die 14,25 Millionen Kinder und Jugendlichen in unserer Bevölkerung (16,9 %), legt man die Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011 zugrunde. Als Beispiel seien die bundesweite Schließung von Kindertageseinrichtungen und Schulen genannt. In keiner anderen Lebenswelt der Erwachsenen wurde so konsequent vorgegangen. Homeoffice wurde empfohlen, Homeschooling angeordnet.

Homeschooling konnte Präsenzunterricht nicht ersetzen. Besonders beunruhigend aber war und ist, dass insbesondere Kinder und Jugendliche aus benachteiligten sozioökonomischen Verhältnissen auf deutlich weniger Tageslernzeit kamen mit all den Nachteilen für eine weitere Bildungs- und Erwerbsperspektive. Digitale Lehre bedeutet in der Regel nur Bereitstellung von Aufgaben, Videos etc. Das besonders lernwirksame konstruktive bzw. kooperative Lernen steht dabei im Hintergrund bzw. konnte kaum realisiert werden. Beim Distanzlernen gibt es kaum Interaktion der Lernenden untereinander, so dass der auch für die psychosoziale Entwicklung wichtige Einfluss der gleichaltrigen Peers wegfällt. Diese Probleme wurden seitens der Leopoldina benannt und Handlungsempfehlungen abgeleitet (Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina 2021).

Der Deutsche Ethikrat (2022a) hat in seiner Ad-hoc-Empfehlung „Pandemie und psychische Gesundheit. Aufmerksamkeit, Beistand und Unterstützung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in und nach gesellschaftlichen Krisen“ die besonderen Belastungen der jungen Generation hervorgehoben und klar formuliert: „Während der COVID-19-Pandemie wurde nicht hinreichend gewürdigt, welchen psychischen Belastungen sie durch die Pandemie selbst sowie durch die zu ihrer Bekämpfung ergriffenen Maßnahmen ausgesetzt waren. Der jungen Generation

wurde große Solidarität abverlangt“ (Deutscher Ethikrat 2022b). „Aber diejenigen, die selbst in Notlagen gerieten, erhielten nicht zuverlässig die erforderliche Beachtung und Unterstützung. Wir schulden als Gesellschaft Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen nicht nur Dank und Respekt, sondern konkretes Handeln. Deshalb müssen unterstützende Angebote ausgebaut, Versorgungslücken müssen geschlossen und es muss unbedingt vermieden werden, dass junge Menschen in aktuellen und zukünftigen gesellschaftlichen Krisen als erste bzw. besonders viele Lasten tragen müssen“ (Deutscher Ethikrat 2022b). Die Ad-hoc-Empfehlungen wurden nach einer Veranstaltung mit 350 Schüler:innen verfasst, die ihre Erfahrungen schildern konnten. Mit anderen Worten: Die direkt Betroffenen wurden gehört, es wurde nicht nur über sie gesprochen (Deutscher Ethikrat 2022).

1.2 Sozialpädiatrische Aspekte – Familien mit Kleinkindern und Säuglingen in der Pandemie

Die Diskussion um die psychosozialen Folgen der Pandemie für Familien mit Kleinkindern und Säuglingen stand während der Pandemie zunächst im Hintergrund. Das psychosoziale Umfeld wurde weniger durch die von Schließungen betroffenen Betreuungseinrichtungen bestimmt, der Fokus lag mehr auf den Eltern. Hier wurde suggeriert, dass die vermehrte häusliche Präsenz der Eltern sich sogar positiv auswirken könnte, ein Irrtum, wie eine Reihe von Studien nahelegen. Zunächst konnte eine vergleichbar starke Belastung durch die Pandemie wie bei Kindern älterer Familien nachgewiesen werden, welche zu einer Belastung der Eltern-Kind-Beziehung führte. Diese wiederum hatte Folgen für die Kinder: Säuglinge wiesen eine erhöhte Rate von Regulationsstörungen während der Pandemie im Vergleich zu Studien aus dem Zeitraum vor der Pandemie auf. Regulationsstörungen sind ein Prädiktor für das spätere Auftreten von psychischen Erkrankungen. Diese Belastungen und ihre Folgen zeigten auch keinen Rückgang in Phasen, in denen die Einschränkungen der Pandemie reduziert wurden. Korreliert man den wellenartigen Verlauf der Pandemie inkl. der Implementierung und Aufhebung der „Lockdown-Maßnahmen“ mit dem Verlauf der Belastungen und Symptome bei den Eltern und deren Kindern, so kommt man hier zu einem eher treppenförmigen, aufsteigenden Verlauf.

Die zugrundeliegenden Daten basieren auf einer Online-Befragung von insgesamt über 3.800 Familien, die sich mit ihren Kleinkindern und Säuglingen zu den Früh-erkennungsforschungen („U-Untersuchungen“) in Kinderarztpraxen in Bayern angemeldet haben und erfolgte mit standardisierten, international eingesetzten Erhebungsinstrumenten. Zusammenfassend zeigen diese Untersuchungen, dass auch Familien mit Kleinkindern und Säuglingen von den psychosozialen Auswirkungen der Pandemie in hohem Maße betroffen waren. Während sich bei älteren Kindern die Aufhebung von Kontaktbeschränkungen als wirksamste Maßnahme gegen die Belastungen herausstellte, zeigt sich dadurch bei jungen Familien – Familien mit Kleinkindern und Säuglingen - nahezu keine Entlastung. In dieser Gruppe scheinen sich allgemeine Belastungen der Pandemie negativ auf die Familien auszuwirken und über die erhöhte Elternbelastung zu Auffälligkeiten bei den Kindern zu führen. Die Untersuchungen identifizieren junge Familien damit als besonders vulnerable gesellschaftliche Gruppe (Friedmann u. a. 2023; Buechel u. a. 2022). Die Problematik

ist im Kontext eines Mangels an Kindertageseinrichtungsplätzen, einem langen Terminvorlauf bei Kinderärzt:innen bzw. Schwierigkeiten, eine:n zu finden, Wartezeiten in Sozialpädiatrischen Zentren von zwölf Monaten und mehr, Wartezeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinderpsychologie/-Psychotherapie, überlasteten Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin in Infektionszeiten, überlasteten Jugendämtern und öffentlichem Gesundheitsdienst zu sehen.

1.3 Medizinisch-somatische Aspekte

Die primäre Krankheitslast für Kinder und Jugendliche durch eine SARS-CoV-2-Infektion war im Vergleich zu Erwachsenen gering, viele zeigten keinerlei Symptome und fielen nur durch Routinetestungen auf; das wurde schon in den ersten Monaten der Pandemie offensichtlich. Das relative Risiko von Hospitalisation, intensivmedizinischer Betreuungsnotwendigkeit und Mortalität durch COVID-19 nahm im Verlauf der Pandemie unter verschiedenen Varianten noch ab (Jank u. a. 2023).

Als seltene Komplikation nach einer Infektion wurde eine überschießende Immunreaktion beobachtet, das **Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrom (PIMS)**. Die Zahl der in das Melderegister der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie gemeldeten Fälle während der gesamten Pandemiezeit bis April 2023 lag bei 926, fast alle Kinder haben die Erkrankung geheilt überstanden, Todesfälle in Deutschland wurden nicht beobachtet.

Eine Folgeerkrankung nach durchgemachter Infektion ist das **Post-COVID-Syndrom (PCS)**. Es kann unabhängig von der Erkrankungsschwere einer akuten Infektion auftreten und ist durch eine Reihe von Symptomen gekennzeichnet, die auf die Beteiligung verschiedener Organsysteme zurückzuführen sind. Insbesondere die Beteiligung des zentralen Nervensystems ist für die Betroffenen eine hohe Belastung. Dazu gehören Schläfrigkeit, Müdigkeit, sogenannter brain fog, Kopfschmerzen, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, diverse psychiatrische Störungen u. a. Die Symptomatik dauert länger als zwölf Wochen nach Infektion an und läuft mindestens über zwei Monate. Die Diagnose ist schwierig bei Vorherrschenden psychosomatischer Probleme, die naturgemäß auch andere Ursachen haben kann. PCS tritt bei bis zu 15 Prozent der ungeimpften Erwachsenen auf, bei Kindern ist es deutlich seltener. Die Erkrankungshäufigkeit wird im unteren einstelligen Prozentbereich geschätzt. Die Ursache der PCS ist noch nicht vollständig geklärt. Bislang gibt es kaum evidenzbasierte Empfehlungen für die definitive Diagnose der PCS oder ihre Behandlung. Spezifische ambulante Strukturen auch im pädiatrischen Bereich sind nicht flächendeckend vorhanden bzw. werden erst entwickelt und aufgebaut. Das sollte gefördert werden. Der Zugang betroffener Patient:innen zu diesen Versorgungsangeboten muss unbürokratisch möglich sein (Hallek u. a. 2023).

Die befürchtete Belastung oder gar Überlastung des Gesundheitssystems durch Infektionen bei Kindern und Jugendlichen im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung ist während der aktiv laufenden Pandemie nicht eingetreten. Die SARS-CoV-2-Infektiosität von Kindern und Jugendlichen ist nicht höher einzuschätzen als die der Erwachsenen.

Wir sollten uns eingestehen, dass die Maßnahmen zur Pandemieabwehr in erster Linie aus Gründen des Selbstschutzes (der Erwachsenen) getroffen wurden, aus Perspektive der Kindergeneration jedoch vorwiegend einem Fremdnutzen (Schutz der Eltern-, Großelterngeneration) diene.

1.3.1 Infektionserkrankungen in der PostCovid-Ära

Eine Folge der Isolations- und Hygienemaßnahmen war allerdings das Fernhalten der Kinder auch von anderen akuten infektiösen Atemwegserkrankungen.

RSV (respiratory syncytial virus) Infektionen kommen in jedem Alter vor, können aber im Säuglings- und jungen Kleinkindalter zu schweren Erkrankungen führen. Typischerweise tritt die Infektion in den Monaten um den Jahreswechsel auf. Jedes Kind macht in jungem Alter mindestens eine RSV-Infektion durch. Meist ist das eine relativ harmlos verlaufende Infektion der oberen Atemwege mit Husten, Schnupfen oder auch Fieber. Bei jüngeren Kindern können auch die unteren Atemwege (kleine Bronchien, Lunge) mit betroffen sein. Das kann zur Sauerstoffpflichtigkeit führen und damit zur Notwendigkeit einer stationären Behandlung. Die typischen RSV-Wellen blieben während der Pandemie aus. Nach Öffnung der Kindertageseinrichtungen, der Schulen und insgesamt der Gesellschaft kam es zu einer Verschiebung des typischen saisonalen Infektionsgeschehens und zu deutlich stärkeren ungewöhnlichen Infektionswellen in den Jahren 2021 und 2022 als zu Vorpandemie-Zeiten.

Man geht davon aus, dass die Zahl der Kinder, die bis zur Infektion bedingt durch Isolations-/Hygienemaßnahmen keinerlei Kontakt zu dem Erreger hatten, im Vergleich zur Vor-Pandemiezeit erhöht war. Diese Kinder hatten daher bis dahin keine Gelegenheit, eine Immunität zu erwerben. Die fehlende RSV-Zirkulation in der Bevölkerung während der SARS-CoV-2-Pandemie könnte auch zu einer geringeren Übertragung der passiven Immunität von Müttern auf ihre Säuglinge geführt haben (Mosscrop u. a. 2022).

Insgesamt mussten sich somit zwei Jahrgänge mehr oder weniger gleichzeitig mit der Infektion auseinandersetzen. Das führte dann zu einer deutlichen Belastung der ambulanten und auch stationären Versorgungsmöglichkeiten mit der Notwendigkeit von Verlegung schwer kranker Kinder in heimatferne Kliniken und entsprechender medialer Aufmerksamkeit. Es hat sich gezeigt, dass die aktuell vorhandene stationäre Versorgungskapazität in der Kinder- und Jugendmedizin zur Bewältigung des „business as usual“ gerade ausreicht, einer zusätzlichen Inanspruchnahme allerdings definitiv nicht gewachsen ist.

Eine ähnliche Entwicklung wie bei RSV war auch bei **Influenza** zu beobachten. Im Rahmen der Pandemie kam es zu einem Rückgang der Infektionsraten bei Kindern, im Herbst 2022 zu einem deutlichen Anstieg (Buchholz u. a. 2023).

Das Phänomen betraf nicht nur virale Infektionen, auch bakterielle Infektionserkrankungen (z. B. durch Pneumokokken) zeigten ein vergleichbares Muster. In England z. B. gingen die Erkrankungsfälle schwerer **Pneumokokkeninfektionen** nach

dem ersten Lockdown im März 2020 um 30 Prozent zurück und blieben im darauffolgenden Winter bis Februar 2021 auf niedrigem Niveau. In der zweiten Jahreshälfte 2021 nach Aufhebung der Pandemieeindämmungsmaßnahmen stieg die Häufigkeit bei Kindern auf 1,96/100.000 im Vergleich zur selben Zeitperiode 2020 (0,7/100.000) oder zur präpandemischen Zeit 2017-2019 (1,43/100.000) (Bertran u. a. 2022, S. 1669). Auch schwere Infektionen durch **Gruppe-A-Streptokokken** in Europa haben zugenommen (DGPI 2022).

1.3.2 Versorgung von Kindern und Jugendlichen – Somatische Aspekte

Die **Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen** durch Kinder und Jugendliche hat in den Jahren der Pandemie gegenüber den Vorpandemiezeiten deutlich abgenommen. Erwachsenenkliniken hatten dagegen die kaum lösbare Aufgabe, die Vielzahl der COVID-19-Erkrankten zu behandeln. In der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin war ein Rückgang von Vorstellungen wegen akuter Erkrankungen zu beobachten, zusätzlich auch ein Rückgang der Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungsterminen in sozioökonomisch benachteiligten Regionen (Wuppermann u. a. 2022).

Nach Daten des DAK-Kinder- und Jugendreports 2022 zur Gesundheit und Gesundheitsversorgung in Zeiten der Pandemie sind die ambulanten Arztbesuche im Vergleich zu 2019 im Jahr 2021 um 4 Prozent gesunken, die der Krankenhausaufenthalte um 18 Prozent und die der Arzneimittelverschreibung um 12 Prozent. Das kann sowohl auf eine geringere Krankheitslast als auch ein verändertes Nachfrageverhalten zurückzuführen sein. Insbesondere bei Jungen war eine Zunahme erstmalig ärztlich behandelter Adipositasfälle zu beobachten (Witte u. a. 2022, S. 11).

1.4 Kinder und Jugendliche in der Pandemie – Psychische Aspekte

Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bildet die Basis für ihre gesunde Entwicklung, soziale Teilhabe und für produktives Lernen. Sie ist nicht nur für die Zukunft der Kinder selbst von entscheidender Bedeutung, sondern auch eine wesentliche Grundlage für eine prosperierende und widerstandsfähige Gesellschaft.

Schon vor dem Ausbruch der COVID-19-Pandemie zeigte eine beträchtliche Anzahl von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (etwa 18 %) Hinweise auf psychische Auffälligkeiten (Hölling u. a. 2014, S. 811; Klasen u. a. 2017, S. 402). Diese Auffälligkeiten reichen von Angststörungen über depressive Symptome bis hin zu Verhaltensauffälligkeiten. Daten aus epidemiologischen Studien zeigen auch, ein großer Teil der betroffenen Kinder ist nicht in psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik und Versorgung angekommen (Hintzpeter u. a. 2015; Hintzpeter u. a. 2014). Dabei sind frühe Interventionen besonders wichtig. Denn mentale Gesundheitsprobleme, die sich vor dem 14. Lebensjahr manifestieren, erhöhen die Wahrscheinlichkeit für psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter (Kessler u. a. 2005; Solmi u. a. 2022).

Mit der COVID-19-Pandemie erlebten Kinder und Jugendliche ab dem Frühjahr 2020 noch nie dagewesene Einschränkungen ihres Alltags. Die ersten beiden Pandemiejahre waren geprägt von bedrohlichen Mediennachrichten und plötzlichen, mehrfach wechselnden Kontakt-, Bildungs-, Freizeit- und Betreuungsbeschränkungen. Diese Maßnahmen erforderten eine extrem hohe Anpassungsleistung von Kindern und Familien (Bujard u. a. 2021). Die psychischen Belastungen, die Kinder in der Folge durchlebten, wurden zu wenig und zu spät von Entscheidungsträgern wahrgenommen und zu wenig in den Maßnahmen berücksichtigt - mit weitreichenden und langfristigen Folgen für Bildungserfolg und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Die psychischen Folgen der Pandemie sind vielfältig. Eine der offensichtlichsten ist die Zunahme von Angst und Unsicherheit. Die ständigen Veränderungen im Zusammenhang mit der Pandemie und die Bedrohung durch das Virus selbst haben bei vielen Kindern Ängste ausgelöst bzw. verstärkt. Die Schließung von Schulen und die Beschränkung sozialer Aktivitäten haben bei zahlreichen Kindern zu Gefühlen der Einsamkeit und des sozialen Rückzugs geführt. Die Umstellung auf Fernunterricht und die Schulschließungen haben erhebliche Bildungsverluste erzeugt. Außerdem haben die Maßnahmen den familiären Stress deutlich erhöht, da Eltern mit neuen Herausforderungen wie der Vereinbarkeit von Homeoffice und Kinderbetreuung konfrontiert waren. Aus epidemiologischen Studien ist bekannt, dass psychische Belastungen von Eltern zu den größten Risikofaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern gehören (Plass-Christl u. a. 2017).

Dabei ist wichtig zu betonen, dass nicht alle Kinder gleich auf Herausforderungen reagieren. Die Unterschiede in der Widerstandsfähigkeit können auf eine Vielzahl von Faktoren zurückzuführen sein. Diese umfassen genetische Veranlagungen, familiäre Unterstützung, die soziale Umgebung, individuelle Bewältigungsstrategien und frühere Lebenserfahrungen. Es ist entscheidend, frühzeitig Anzeichen von psychischer Belastung zu erkennen und angemessene Unterstützung anzubieten, sei es in Familie, Schule oder in Versorgungsstrukturen. Dies ist ein wesentlicher Schlüssel, um die psychische Gesundheit der Kinder während und nach der Pandemie zu schützen und langfristige Auswirkungen zu minimieren.

Um die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zu untersuchen, wurde die COPSY-Studie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführt. Von Mai 2020 bis Oktober 2022 wurden zu fünf verschiedenen Zeitpunkten um die 1.600 Eltern von 7- bis 17-jährigen Kindern sowie ab 11 Jahren zusätzlich auch die Jugendlichen selbst online zu ihrer psychischen Gesundheit befragt. Die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen (70 bis 80 %) gab zu allen fünf Erhebungszeitpunkten an, dass sie die Veränderungen im Zusammenhang mit der Pandemie als belastend empfinden (Ravens-Sieberer u. a. 2023, S. 609). Während der Pandemie stiegen die Häufigkeiten psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen deutlich von präpandemisch 18 Prozent auf 31 Prozent in 2020 an und lagen im Herbst 2022 immer noch bei 23 Prozent. So berichteten beispielsweise doppelt so viele Kinder als vor der Pandemie von Angstsymptomen (30 % vs. 15 %), die auch im Herbst 2022 noch signifikant erhöht waren (Reiß u. a. 2023, S. 732). Auch ein Rapid-Review über 39 Publikationen zeigte in der Gesamtbetrachtung eine deutliche Zunahme psychischer Belastungen und Symptome bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland während der Pandemie (Schlack u. a. 2023). Oft äußern sich psychische Belastungen auch in

körperlichen Beschwerden (sogenannten psychosomatischen Symptomen). Im Februar 2022 berichteten befragte Kinder und Jugendliche einen deutlichen Anstieg von Kopfschmerzen (54 % vs. 28 %) und Bauchschmerzen (41 % vs. 21 %) im Vergleich zu präpandemischen Zeiten (Kaman u. a. 2023, S. 270). Die soziale Isolation aufgrund von Schulschließungen und fehlender sozialer Kontakte beeinträchtigte Kinder stark (Reiß u. a. 2023). Laut dem DAK-Präventionsradar fühlt sich jedes dritte Schulkind der Klassen 5 bis 10 oft allein und ausgeschlossen und hat das Gefühl, keine Freunde zu haben. Diese soziale Isolation betrifft Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus noch stärker, von denen 50 Prozent angeben, oft einsam zu sein (Hanewinkel u. a. 2023, S. 13).

Auch eine gesunde Ernährung, ausreichend Bewegung und Schlaf sind wichtige Grundlagen für Wohlbefinden und psychische Gesundheit. In all diesen Bereichen zeigten sich deutliche Einbußen bei Kindern während der Pandemie. Die Zahlen der übergewichtigen Kinder und Jugendlichen stieg. Im Jahr 2021 waren unter den 15- bis- 17-jährigen Jungen 15 Prozent mehr adipös als 2019, bei den Mädchen waren es 6 Prozent mehr (Witte u. a. 2022, S. 23). Jungen aus Familien mit niedrigem sozialem Status waren dabei von Adipositas-Neuerkrankungen zu 62 Prozent mehr betroffen als Jungen aus gut situierten Familien (Witte u. a. 2022, S. 19). Mädchen zeigten während der Pandemie einen besorgniserregenden signifikanten Anstieg von Essstörungen. Im Jahr 2021 waren 54 Prozent mehr Mädchen betroffen im Vergleich zu 2019 (Witte u. a. 2022, S. 22).

Während der Pandemie bewegten sich viele Kinder durch die Schulschließungen, Schließung von Vereinen und Sportplätzen, Quarantänemaßnahmen und erhöhten Medienzeiten zu wenig. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die an weniger als zwei Tagen pro Woche für mindestens 60 Minuten am Tag körperlich aktiv sind (Indikator der WHO für zu geringe körperliche Aktivität (World Health Organization 2010)) stieg vom Sommer 2020 bis zum Winter 2020/2021 von 35 Prozent auf 55 Prozent an. Auch andere wichtige deutsche Studien, wie etwa die KIDA-Studie, weisen in eine ähnliche Richtung: Diese ergab, dass sich im Jahr 2022 43 Prozent der 3- bis 15-Jährigen nicht ausreichend bewegen (Robert Koch-Institut 2022, S. 40f).

Viele Kinder litten und leiden unter Schlafproblemen. Die Ergebnisse des DAK-Präventionsradars weisen darauf hin, dass über ein Drittel (36 %) der Schulkinder mindestens einmal pro Woche mit Schlafproblemen zu kämpfen haben (Hanewinkel u. a. 2023, S. 18). In epidemiologischen Studien berichteten bereits vor der Pandemie 39 Prozent der Kinder von Einschlafproblemen. Während der Pandemie stiegen Einschlafprobleme nochmals deutlich auf 47 Prozent an (Kaman u. a. 2023, S. 270).

Neben Ernährung, Bewegung und Schlaf ist es wichtig, weitere Risikofaktoren für das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen. Die HBSC-Studien, die von nationalen Forschungsnetzwerken in Kooperation mit der Weltgesundheitsorganisation in inzwischen 51 Ländern durchgeführt werden, weisen nach: Beeinträchtigungen im subjektiven Wohlbefinden liegen vor allem bei Mädchen, älteren Jugendlichen, niedrigerem familiären Wohlstand sowie bei hoher schulischer Belastung vor (Kaman u. a. 2020). Je mehr Risikofaktoren Kinder ausgesetzt sind,

desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie psychische Auffälligkeiten entwickeln.

Während der COVID-19-Pandemie zeigte sich: Besonders vulnerabel sind Kinder, die auf beengtem Wohnraum leben, deren Eltern eine geringe Bildung, einen Migrationshintergrund, psychische Probleme oder hohe Belastungen durch die Pandemie aufweisen (Langmeyer u. a. 2020; Ravens-Sieberer u. a. 2022). Kinder, die in eine solche Risikogruppe gehörten, hatten in der COPSY-Studie ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko für eine geminderte Lebensqualität sowie ein drei-bis fünffach erhöhtes Risiko für psychische Probleme (Ravens-Sieberer u. a. 2023).

„Je ungünstiger die soziale Situation, desto schlechter der Gesundheitszustand. Dies zeigt sich drastisch in Krisenzeiten“ betont auch Reiner Hanewinkel, Studienleiter des DAK-Präventionsradars (Pressestelle DAK-Gesundheit 2023). Es wurde deutlich, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozialem Status deutlich größere Schwierigkeiten hatten, die Herausforderungen der Pandemie erfolgreich zu bewältigen. Die Pandemie hat damit die bereits vorher existierende soziale und gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen noch deutlich verstärkt. So zeigen sozial benachteiligte Kinder signifikant häufiger körperliche und psychische Symptome. 38 Prozent von ihnen erleben mindestens einmal pro Woche körperliche Schmerzen, während es bei gut situierten Kindern nur 21 Prozent sind. In Bezug auf depressive Symptome zeigt sich ein ähnliches Muster: 44 Prozent der Befragten mit niedrigem sozialen Status kämpfen mit emotionalen Problemen wie Traurigkeit, Freudlosigkeit oder einem verminderten Selbstwertgefühl. Bei denjenigen mit hohem sozialen Status sind es deutlich weniger (26 %) (Hanewinkel u. a. 2023, S. 10).

Zusammenfassend weisen verschiedene Studien und Indikatoren nach, dass Kinder und Jugendliche während der Pandemie eine relevante Verschlechterung ihres Wohlbefindens und ihrer psychischen Gesundheit erlebten, insbesondere Kinder aus vulnerablen Gruppen.

Inzwischen belasten aber nicht mehr nur die COVID-19-Pandemie und ihre Folgen Kinder und Familien. Im Herbst 2022 berichteten Kinder und Jugendliche, dass sie sich mittlerweile in deutlich höherem Ausmaß um andere Krisen, wie die Klimakrise, den Ukraine-Krieg und die Finanz- und Energiekrise Sorgen machten (Ravens-Sieberer u. a. 2023). Kinder wachsen in herausfordernden Zeiten auf und es ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, sie so zu unterstützen, dass sie zu produktiven und zufriedenen Mitgliedern der Gesellschaft heranwachsen können.

Deswegen ist Wissen über Ressourcen essentiell, die die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen fördern und schützen. In der COPSY-Studie wurden daher nicht nur Risikofaktoren analysiert, sondern auch schützende Ressourcen berücksichtigt. Etwa 45 Prozent der befragten Kinder und Jugendlichen verfügten über positive Ressourcen, die sie den Risikofaktoren entgegensetzen können. Wichtige Ressourcen sind die Fähigkeit zur Problemlösung und Optimismus, das Gefühl der Unterstützung durch das soziale Umfeld und eine positive Familienatmosphäre. Kinder mit diesen schützenden Faktoren hatten ein signifikant geringeres Risiko für eine beeinträchtigte Lebensqualität, psychische Probleme oder Depressionen. Das

Risiko für Ängste war zum Beispiel im Vergleich zu denen, die diese Ressourcen nicht aufwiesen, um das Drei- bis Fünffache reduziert (Ravens-Sieberer u. a. 2023, S. 610).

Die COPSYS-Studie liefert somit wichtige Erkenntnisse über die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland während der COVID-19-Pandemie und bildet eine Grundlage für gezielte Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit sowie zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Zum Beispiel könnten Schulprogramme entwickelt werden, die darauf abzielen, die psychische Resilienz, Stressbewältigung und soziale Kompetenz der Schüler zu stärken. Diese Programme könnten von Lehrern oder Schulpsychologen in den Schulen umgesetzt werden, unterstützt durch entsprechende Elternschulungen.

Darüber hinaus wäre es von großer Bedeutung, flächendeckende Screening-Programme für psychische Auffälligkeiten in Kindergärten, Schulen und Kinderarztpraxen einzuführen. Bei festgestellten Auffälligkeiten sollten zeitnah therapeutische Interventionen erfolgen. Dies ermöglicht eine frühzeitige Erkennung und Behandlung von psychischen Problemen bei Kindern und Jugendlichen.

Der erfolgreiche Schutz der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erfordert eine umfassende Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren in Wissenschaft, Bildung, Gesundheitswesen und Politik.

1.5 Versorgung von Kindern und Jugendlichen – Psychische Aspekte

Wie berichtet, zeigen epidemiologische Studien über alle Outcome-Bereiche und Indikatoren hinweg eine deutliche Zunahme psychischer Belastungen und Symptome bei Kindern und Jugendlichen während der Pandemie (Schlack u. a. 2023). Wie ebenfalls bereits betont wurde, ist die frühzeitige Behandlung von mentalen Problemen entscheidend. Daraus ergibt sich die Frage, ob die betroffenen Kinder und Jugendlichen während und nach der Pandemie adäquat psychologisch, psychiatrisch und psychotherapeutisch versorgt wurden und werden.

Bisher liegen nur wenig Analysen zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen während und nach der COVID-19-Pandemie vor. In Übereinstimmung mit den epidemiologischen Daten, berichteten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen in der ambulanten Versorgung während der Pandemie eine deutliche Erhöhung von Wartezeiten und einen Anstieg der durchgeführten Erstgespräche im Vergleich zum Vorpandemiezeitraum (Plötner u. a. 2022). Analysen der Krankenhaus-Routinedatenfiles weisen dagegen keine Steigerung im Notfallaufkommen im Bundesdurchschnitt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie während der Pandemie nach (Kölch u. a. 2023). Laut DAK-Kinder- und Jugendreport kam es im ersten und im zweiten Lockdown insgesamt seltener zu stationären Aufnahmen wegen psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Witte u. a. 2023; Witte u. a. 2022). Es wurde aber ein besorgniserregender Anstieg von Krankenhausaufenthalten bei jugendlichen Mädchen wegen Angststörungen (+35 %), Essstörungen (+52 %) und

Depressionen (+24 %) beobachtet (Witte u. a. 2023, S. 19ff.). Die stationären Behandlungen wegen Alkoholintoxikation halbierten sich während der Pandemie bei Jugendlichen (Kölch u. a. 2023).

Eine Beurteilung der Versorgung von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern in und nach der Pandemie bleibt schwierig. Da aber epidemiologische Studien einen deutlichen Anstieg psychischer Auffälligkeiten verzeichnen, deutet dies darauf hin, dass viele der betroffenen jungen Menschen noch nicht angemessen behandelt wurden. Angesichts dieser besorgniserregenden Entwicklungen gewinnen ein sorgfältiges Monitoring und eine präzise Diagnostik an enormer Bedeutung. Es ist entscheidend, die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen genau im Blick zu behalten und Probleme frühzeitig zu erkennen. Nur durch eine angemessene Diagnostik und Versorgung kann sichergestellt werden, dass jungen Menschen die Unterstützung erhalten, die sie benötigen, um ihre psychischen Herausforderungen zu bewältigen und ihr langfristiges Wohlbefinden zu sichern.

Die Stärkung und Weiterentwicklung sowohl der ambulanten als auch der stationären Versorgungsstrukturen im Bereich der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist von enormer Bedeutung, insbesondere im Nachgang zur COVID-19-Pandemie. Ambulante Versorgungsstrukturen, wie Therapieeinrichtungen und Beratungsstellen, spielen eine wichtige Rolle bei der Früherkennung und Behandlung von psychischen Problemen. Gleichzeitig sind stationäre Einrichtungen für schwerwiegendere Fälle und Krisensituationen von entscheidender Bedeutung. Die Verfügbarkeit und der Zugang zu diesen Diensten sollten verbessert werden, um sicherzustellen, dass Kinder und Jugendliche die dringend benötigte Unterstützung erhalten.

Die Auswirkungen der Pandemie auf die psychische Gesundheit junger Menschen werden langfristig spürbar sein. Daher ist es unerlässlich, dass die Ressourcen und Mittel für die psychische Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen bereitgestellt werden. Dies dient nicht nur der Bewältigung der aktuellen Krise, sondern sichert auch die zukünftige Stabilität und Gesundheit der gesamten Gesellschaft.

2 Sicherung des Zugangs zu ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung

Eine Voraussetzung der Sicherung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung ist eine bedarfsorientierte auskömmliche Finanzierung der Angebotsleistungen im stationären wie ambulanten Bereich auf verschiedenen Ebenen.

2.1 Sicherung und Weiterentwicklung stationärer Versorgungsstrukturen

Kliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin sind chronisch unterfinanziert. Der ökonomische Druck durch das 2004 eingeführte Fallpauschalensystem (DRG-System) hat besonders die Kinder- und Jugendmedizin in den letzten 20 Jahren in eine Schieflage gebracht. Die DRG machen ca. 80 Prozent der Krankenhauserlöse aus. Seit Einführung des Systems zeigten sich trotz Adaptationen immer deutlicher systemimmanente Probleme. Belohnt werden eine Mengenausweitung, d. h. Fallzahlsteigerung, und gut abbildbare technische Leistungen. Damit werden Anreize zu Überversorgung (Fallzahlsteigerung um jeden Preis), Fehlversorgung (im Zweifel Entscheidung für eine erlösträchtigeren Maßnahme an Patient:innen) oder Unterversorgung (Vernachlässigung ökonomisch unattraktiver Patient:innengruppen, z. B. Kinder und Jugendliche) gesetzt. DRG-Erlöse werden nicht allein zur Deckung der Betriebskosten genutzt, obwohl sie eigentlich nur dazu entwickelt und auch kalkuliert wurden. Im Rahmen der dualen Finanzierung von Krankenhäusern sind die Bundesländer gesetzlich zur Erstattung der Investitionskosten verpflichtet. Dieser Verpflichtung kommen sie allerdings nicht ausreichend nach. Allein der bestandserhaltende Investitionsbedarf beläuft sich jährlich auf etwa sieben Milliarden Euro, wovon nur ca. die Hälfte seitens der Bundesländer erstattet werden. Das zeigt der aktuelle Katalog der Investitionsbewertungsrelationen zur Bemessung des Investitionsbedarfs der Krankenhäuser, auf den sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) geeinigt haben (Deutsche Krankenhausgesellschaft u. a. 2023, S. 32).

Ein Teil der DRG-Erlöse fließen und müssen auch daher in Investitionen fließen, um baulich und technisch eine hohe Qualität halten zu können. Im Gesamtbudget entfällt der größte Anteil auf die Personalkosten, die in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin mit ca. 80 Prozent des Gesamtbudgets deutlich höher liegen als in Erwachsenenkliniken (60 %) (Rodeck 2024, S. 32). Dort werden dann ökonomisch notwendige Einsparmaßnahmen (z. B. Stellenbesetzungssperren) am ehesten genutzt.

Die Behandlung von Kindern ist zeit- und damit personalintensiv. Ein zusätzlicher Nachteil im System ist die Vielfalt und Komplexität der Medizin im Kindes- und Jugendalter. Von insgesamt 1.275 DRG fallen für Kinder und Jugendliche ca. 500

regelmäßig an, in einer Klinik für Erwachsenenmedizin sind es nur um die 200. Für eine solche z. T. hochkomplexe Versorgung braucht es Spezialist:innen und die entsprechende Infrastruktur, die aber nicht immer angefordert wird. Die einzelne Fallpauschale fällt in absoluten Zahlen vergleichsweise geringer an, sodass die „Ausschöpfung“ von Fix- und Vorhaltekosten ebenfalls geringer ausfällt. Da aber nur der behandelte Fall finanziert wird, ist die Bereithaltung dieser Leistungen nicht gedeckt.

Die hohe Notfallquote in der Kinder- und Jugendmedizin (ca. 80 % der stationären Aufnahmen) erfordert ebenfalls eine aufwendige Bereitschaft von Infrastruktur und qualifiziertem Personal. Das muss über das ganze Jahr vorgehalten werden unabhängig von saisonalen Schwankungen in der Belegung, die z. B. durch Infektionswellen bedingt sind. Diese Vorhalte- und Fixkosten sind per Definition nicht ausreichend abgebildet (Rodeck u. a. 2021, S. 524).

Durch die geplante Krankenhausreform soll dies korrigiert und verhindert werden. Eine zeitnahe Lösung ist hier besonders wichtig. Die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen kann nur durch entsprechende Anpassungen durch Bund und Länder langfristig gesichert werden. Die Kinder- und Jugendmedizin mit ihren unterschiedlichen Spezialisierungen umfasst die gleiche breite Fächerung wie die gesamte Erwachsenenmedizin. Daher ist es für eine gelingende Krankenhausreform grundlegend, eine ähnlich detaillierte Differenzierung der Leistungsgruppen wie in der Erwachsenen-Medizin vorzunehmen. Dies muss in der weiteren Ausformung der Krankenhausreform berücksichtigt werden. Die geplante Krankenhausreform ist wichtig und gut; die Spezialisierungen und Besonderheiten bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen müssen aber von der Reform adäquat aufgegriffen werden. Die aktuell im Eckpunktepapier des Bundesgesundheitsministeriums vorgesehene Leistungsgruppe „spezielle Kinder- und Jugendmedizin“ fasst die Subspezialitäten nur pauschal zusammen, diese Leistungsgruppe muss in den entsprechenden Rechtsverordnungen unbedingt weiter ausdifferenziert werden. Gleiches gilt für das zur Verabschiedung stehende Krankenhausstransparenzgesetz.

Anders als in der Erwachsenenmedizin ist die stationäre Versorgungssituation schon sehr viel weiter an dem tatsächlichen Bedarf orientiert. So hat sich die Verweildauer in Kinder- und Jugendkliniken analog zur Gesamtentwicklung bezüglich der Krankenhäuser reduziert und liegt für die Pädiatrie 2021 bei 3,9 Tagen (DESTATIS 2022b). Zurückgegangen ist auch die Zahl der Betten in den Kinderkliniken bzw. der entsprechenden Fachabteilungen in den Krankenhäusern bei einer gleichzeitig steigenden Arbeitsbelastung, wie Auswertungen des Statistischen Bundesamtes bis 2021 bzw. 2022 zeigen (DESTATIS 2022b; DESTATIS 2023). Der aktuell im Rahmen der Krankenhausstrukturreform angedachte Konzentrationsprozess mit Abbau von Überkapazitäten in der Erwachsenenmedizin ist im Bereich der Pädiatrie in weiten Teilen schon umgesetzt.

2.2 Sicherung und Weiterentwicklung der Versorgung durch Sozialpädiatrische Zentren

Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) spielen eine zentrale Rolle bei der ambulanten pädiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen und komplexen chronischen Erkrankungen. Das Behandlungsspektrum reicht hierbei typischerweise von Entwicklungsverzögerungen und -störungen, Aufmerksamkeits- und Autismus-Spektrum-Störungen, genetischen Syndromen, spastischen Bewegungsstörungen bis zu Epilepsien, kinderneurologischen und anderen somatisch-chronischen Erkrankungen.

Der aktuell steigende Bedarf der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in diesem Bereich kann durch die aktuell bestehenden 162 SPZ, die c.a. 350.000 Kinder im Jahr betreuen, nicht abgedeckt werden, was u. a. an den steigenden Wartezeiten (regelmäßig über drei Monate, in vielen Regionen zwölf Monate und mehr) fest zu machen ist. Auch ist eine ausreichende Erreichbarkeit von SPZ nicht in allen Regionen in Deutschland gesichert (z. B. Mecklenburg-Vorpommern drei SPZ, Brandenburg vier SPZ).

Vor dem Hintergrund dieser Problemlage ist auf bundespolitischer Ebene im Koalitionsvertrag 2021 – 2025 explizit das Ziel des Ausbaus der Sozialpädiatrischen Zentren formuliert worden (SPD/Bündnis 90/Die Grünen/Freie Demokratische Partei 2021, S. 67). Diese Forderung wird darüber hinaus dem Anspruch gerecht, die in der Pädiatrie politisch gewollte Ambulantisierung in der Medizin voranzutreiben.

Aktuell bestehen folgende Probleme, welche sich negativ auf den Ausbau der Sozialpädiatrischen Zentren und damit auf die Versorgung der Kinder und Jugendlichen auswirken:

- **Einschränkung des Zulassungszeitraumes**
Aktuell betragen die Ermächtigungszeiträume 5,3 Jahre, die Beantragung von längeren Zeiträumen wird in über 70 Prozent der Fälle abgelehnt. Diese Zeiträume sind zu kurz, um die notwendigen langfristigen Investitionen abzusichern. Die Verlängerung der Zulassungszeiträume auf einheitlich zehn Jahre ist anzustreben.
- **Einschränkung durch Altersgrenze von 18 Jahren als Verhinderung der Transition**
Durch die Einschränkung entsteht häufig ein Versorgungsabbruch, da Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB) häufig nicht ausreichend zur Verfügung stehen. Wie bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, soll auch für SPZ die Behandlungsmöglichkeit bis zum 21. Lebensjahr bestehen, wenn kein regionales Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB) zur Verfügung steht auch darüber hinaus.
- **Eingeschränkte Vergütung nichtärztlicher Leistungen nach § 43a SGB V**

„Nichtärztliche Leistungen“ sind integraler Bestandteil der Arbeit Sozialpädiatrischer Zentren. Ihre Finanzierung ist nicht klar geregelt und Kinder mit somatischen chronischen Erkrankungen sind hier gegenüber Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen schlechter gestellt. Die Finanzierung sog. „nichtärztlicher sozialpädiatrischer Leistungen“ muss analog zur ambulanten psychiatrischen Behandlung (§ 43 a Abs. 2 SGB V) auch für SPZ eindeutig geregelt werden.

Nicht ausreichende Vergütung ambulanter Leistungen im SPZ

Finanzierungslücken bei der Vergütung Sozialpädiatrischer Zentren sind wesentlich für die skizzierten Versorgungslücken verantwortlich. Um den im Koalitionspapier angestrebten Ausbau der SPZ umzusetzen, muss, wie für die stationären und die ambulanten-vertragsärztlichen Leistungen, eine Soforthilfe für die SPZ für die Jahre 2023 und 2024 zur Verfügung gestellt werden.

2.3 Sicherung und Weiterentwicklung ambulanter Versorgungsstrukturen

2.3.1 Kinderärztliche Praxis

Kinder- und Jugendliche werden im vertragsärztlichen Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung haus- und fachärztlich zum großen Teil von Kinder- und Jugendärzt:innen behandelt. Eine flächendeckende kinderärztliche Versorgung allerdings ist nicht realisiert und auch nicht möglich, so dass viele Kinder und Jugendliche hausärztlich auch von Allgemeinärzt:innen behandelt werden. Diese haben allerdings keine verpflichtenden pädiatrischen Inhalte in ihrer Weiterbildung.

Kinderärztliche Praxen sind insbesondere zu Zeiten von Infektionswellen überlaufen, bei Annahme jedes Patienten bzw. jeder Patientin liefen sie bislang Gefahr, über das ihnen zugestandene Budget zu kommen und mussten Abschlüsse in der Finanzierung hinnehmen. Mit der Entscheidung des Bundesministers für Gesundheit, Kinderarztpraxen aus der Budgetierung herauszunehmen, ist zumindest eine Finanzierung der erbrachten Leistungen zu erwarten.

Familien mit Neugeborenen haben regional Schwierigkeiten, eine der niedergelassenen Kinderärzt:innen zu finden, die sie aufnehmen.

Laut Bundesarztregister (Stand 31.12.2023) nehmen 8.395 Kinder- und Jugendärzt:innen an der vertragsärztlichen Versorgung teil, 5.211 haben eine vertragsärztliche Zulassung, 1.494 sind in freier Praxis angestellt, 860 sind Klinikärzt:innen, die im Rahmen einer persönlichen Ermächtigung auch ambulant tätig sind. In der Regel sind das Ambulanzen für Spezialgebiete der Kinder- und Jugendmedizin, die in ihrer Gesamtheit ähnlich differenziert ist wie die Erwachsenenmedizin (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2024, S. 3). 20 Prozent der Ärzt:innen sind älter als 60 Jahre und werden in absehbarer Zeit aus dem Beruf aussteigen und ihre Praxen abgeben (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2024, S. 16).

Es wird allerdings schwieriger, Praxen an die jüngere Ärzt:innengeneration weiter zu geben. Das Arbeitsmodell des niedergelassenen Kinderhausarztes, der weit über seine Kernarbeitszeit für seine Patient:innen ansprechbar ist und zusätzlich Kleinunternehmer mit alleiniger wirtschaftlicher Verantwortung für seine Praxis ist, ist überholt und unattraktiv geworden. Etwa 80 Prozent der Ärzt:innen bis zum Alter von 45 sind weiblich. Die Lebensumstände auch junger Akademiker:innenfamilien haben sich geändert, sehr häufig sind beide berufstätig und sie sind Eltern von in dieser Lebensphase unmündigen Kindern mit hohem Betreuungsbedarf. Obwohl ein Rechtsanspruch auf eine Kinderganztagsbetreuung ab dem Alter von einem Jahr besteht, ist das bisher kaum flächendeckend realisiert.

Eine logische Konsequenz ist, dass mehr Ärzt:innen notwendig sind. Dabei reicht es nicht, allein die Zahl der Ärzt:innen mit der Gebietsbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ zu berücksichtigen, viel wichtiger ist die Lebensarbeitszeit, die im Beruf verbracht wird. Und die nimmt u. a. aus den o. g. Gründen ab. Eine weitere Konsequenz daraus ist, dass die **Zahl an Medizinstudienplätzen** erhöht werden muss.

Schon im Studium sollten Medizinstudierende wie bisher an das Fach herangeführt werden, zum einen, da sie somit zumindest eine Grundkompetenz entwickeln, zum anderen, weil sie dadurch den Umgang mit Kindern und ihren Familien kennenlernen und sich ggf. dahingezogen fühlen. Im aktuellen Planungsstand der Überarbeitung der **Approbationsordnung** sind keinerlei verpflichtende Bestandteile aus der Kinder- und Jugendmedizin mehr enthalten. Die Stärkung der hausärztlichen Versorgung ist ein wichtiges Anliegen bei der Überarbeitung der Approbationsordnung. Angesichts dessen ist nicht nachvollziehbar, warum die Kinder- und Jugendmedizin mit der Streichung jeglichen verpflichtenden pädiatrischen Teils im Medizinstudium in dem Verordnungsentwurf zur Neuregelung der ärztlichen Approbationsordnung aus der hausärztlichen Versorgung herausfällt. Dies widerspricht eindeutig der vielfach bekundeten Absicht, bereits im Studium die Kompetenzen im Bereich der hausärztlichen Versorgung zu stärken, zu der gem. § 73 Absatz 1a SGB V die Kinder- und Jugendmedizin gehört. De facto bedeute dies, dass nur ein Bruchteil der Studierenden Erfahrungen in der kinder- und jugendmedizinischen Versorgung erwerben wird. Es wird also möglich sein, Ärzt:in zu werden, ohne während der Ausbildung je ein Kind gesehen und untersucht zu haben. Dies wird unvermeidbar negative Auswirkungen auf die Qualität der Ausbildung und zeitversetzt der medizinischen Versorgung von Kindern haben. In diesem Zusammenhang verweisen wir auch auf die o. g. Tatsache, dass in der Weiterbildung zur Allgemeinmediziner:in ebenfalls keine verpflichtenden pädiatrischen Inhalte verankert sind.

2.3.2 Institutsambulanzen

Die Versorgungsrealität in der Pädiatrie unterscheidet sich grundlegend von der Erwachsenenmedizin. Kinder- und Jugendärzt:innen in der Niederlassung sind ganz überwiegend in der hausärztlichen Versorgung tätig. Nur in wenigen Spezialgebieten der Pädiatrie gibt es eine nennenswerte Versorgung im niedergelassenen Bereich (z. B. Allergologie, Pneumologie, Kardiologie). Die absoluten Zahlen potenzieller

Patient:innen in einer Region sind wirtschaftlich für eine Praxis nicht attraktiv. Daher werden chronisch kranke Patient:innen mit Organerkrankungen überwiegend in Kliniken behandelt (Hochschulambulanz, persönliche Ermächtigung). Einen Rechtsanspruch auf das Anbieten dieser Leistungen gibt es nicht, sollte es aber geben, um Kindern und Jugendlichen ein Facharztangebot analog der Erwachsenenmedizin zu garantieren. Eine Lösung wäre die Etablierung einer Institutsermächtigung analog den psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nach § 118 SBG V mit Überweisungsvorbehalt.

3 Einfluss der sozialen Disparität auf Gesundheitsvorsorge

Die Ergebnisse der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS-Studie) haben einen klaren Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und -verhalten und sozialem Status gezeigt. Das betraf verschiedene Bereiche wie allgemeine Gesundheit, psychische Gesundheit, Übergewicht und Adipositas, körperliche Aktivität, Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke, Zigarettenrauchen oder auch mütterliches Rauchen während der Schwangerschaft. Kinder und Jugendliche, die in Armut aufwachsen, sollten im zentralen Fokus von Prävention und Gesundheitsförderung stehen (Lampert u. a. 2019).

Die Problematik der sozioökonomischen Disparität auch in der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zeigte sich u. a. im Gesundheitsreport der AOK Rheinland/Hamburg 2023. Mehr als jedes vierte Kind unter sechs Jahren (22 %) aus einem Haushalt mit Arbeitslosengeld-II-Bezug verpasste eine in dem Jahr empfohlene Vorsorgeuntersuchung (U-Untersuchung). Die Wahrscheinlichkeit ist 64 Prozent höher als bei Kindern aus besser gestellten Familien. Daraus folgt, dass auch der Zugang zu präventiven Gesundheitsdienstleistungen in den betroffenen Familien nicht in dem Umfang wie notwendig erfolgt (AOK 2023, S. 41).

Die Tatsache, dass im Gesundheitskontext der Prävention eine wichtige Aufgabe zukommt, wurde staatlicherseits mit dem Erlass des Präventionsgesetzes 2015 Rechnung getragen. Prävention betrifft nicht nur Gesundheit, sondern in weiten Teilen auch den Sozialraum. Die Umsetzung des Präventionsgesetzes ist allerdings durch den föderalen Aufbau der Verantwortlichkeit im System (Bund, Länder, Kommunen) in Deutschland erschwert. Zudem sind die Zuständigkeiten der einzelnen Kostenträger (Krankenkassen, Sozialversicherungsträger, Gebietskörperschaften u. a.) nicht klar voneinander abgegrenzt. Die Krankenkassen tragen die finanzielle Hauptlast. Weder Bund noch Länder noch andere Sozialversicherungsträger werden stärker zur Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung herangezogen. Die gesamtgesellschaftliche Aufgabe im Sinne von „Health in all Policies“ wird in dieser Struktur verfehlt.

Prävention darf nicht nur in Form einer Verhaltensprävention gedacht werden, bei der die Bevölkerung bzw. der oder die Betroffene aufgeklärt wird. Das ist allerdings der zentrale Ansatzpunkt aus Sicht der Krankenkassen. Individuelle Verhaltensprävention erreicht allerdings nur diejenigen, die offen für diesen Ansatz sind. Die Verhältnisprävention muss stärker in den Fokus genommen werden, d. h. die Lebensverhältnisse müssen teils auch regulativ verändert werden. Das hat sich als wesentlich effektiver herausgestellt als der individuelle Ansatz. Verhaltensprävention muss früh beginnen, aus Perspektive der Kinder sogar möglichst schon vorgeburtlich, da die Lebensumstände der werdenden Mutter die des Kindes präjudiziert. Verhaltensprävention sollte sich auch danach durch alle Lebensphasen ziehen. Verhältnisprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und damit auch nicht primäre Aufgabe der Krankenkassen (BVPG 2023).

4 Sicherung der Arzneimittelversorgung

Die Lage bei der Verfügbarkeit von kindgerechten Antibiotika und anderer Arzneimittel in Form von Säften (Trockensäfte, Suspensionen) und teils auch in Tablettenform ist sehr angespannt. Aufgrund des hohen Verbrauchs in der letzten Infektionswelle ist die Situation aus produktionsbedingten und liefertechnischen Gründen national und international sogar noch eingeschränkter als bisher – und verschärft sich zunehmend. Das im Juni beschlossene Arzneimittel-Lieferengpass-Bekämpfungs- und Versorgungs-Verbesserungs-Gesetz (ALBVVG) greift diese Problematik auf. Grundsätzlich ist das ALBVVG als guter und wichtiger Schritt zu begrüßen, um den Arzneimittelengpässen zu begegnen. Eine kurzfristige Verbesserung wird es jedoch nicht bringen können. Notwendig sind tragfähige Maßnahmen zur Verbesserung der Lage in naher und mittlerer Zukunft, um die Engpässe in der bevorstehenden Infekt-Saison abmildern zu können.

Ein dringendes, damit verbundenes Problem stellt der „off-label-use“ dar: Arzneimittelengpässe im Kindes- und Jugendalter können oft nur durch den Einsatz von im entsprechenden Alter oder der Darreichungsform nicht zugelassenen Medikamenten kompensiert werden (off-label-use). Seitens der gesetzlichen Krankenversicherungen besteht aber keine Verpflichtung zur Kostenübernahme, es sei denn, dass u. a. ein schwerwiegender lebensbedrohlicher Verlauf anders nicht abzuwenden ist. Die Definition der einzelnen scharfen Bedingungen aus einem Bundessozialgerichtsurteil wird jedoch meist sehr streng ausgelegt. Es sind Fälle bekannt, bei denen der Medizinische Dienst den Einsatz eines off-label-Medikamentes medizinisch inhaltlich für begründet hält, die Kostenerstattung allerdings aus formalrechtlichen Gründen nicht empfehlen kann und in die Verantwortung der Krankenkasse stellt. Dieses Problem muss unbedingt berücksichtigt und bei der Gesetzgebung integriert werden. Mit Blick auf die bevorstehende Infektionswelle braucht es dringend schneller greifende und effektive Maßnahmen für eine rasche und nachhaltige Lösung der Engpassproblematik.

5 Schuleingangsuntersuchungen

Schuleingangsuntersuchungen (SEU) durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst der Gesundheitsämter haben sich in Deutschland fest etabliert und sind in allen Bundesländern vorgeschrieben. Untersuchungsumfang und -methoden divergieren allerdings und sind in Landesverordnungen festgelegt. Mit dem Argument, einen Förderbedarf frühzeitig zu erkennen und entsprechende Maßnahmen noch einleiten zu können, wurde in Modellversuchen in Hamburg und Baden-Württemberg die Vorverlegung der SEU ins fünfte Lebensjahr (d. h. mit vier Jahren, im vorletzten Kindergartenjahr) vorgenommen. Auch wenn die gute Umsetzbarkeit gezeigt werden konnte und der Anteil der auffälligen Befunde nicht höher war als bei der späteren Untersuchung, konnte sich dieser Ansatz zumindest nicht bundesweit durchsetzen. Unter anderem wurde argumentiert, dass der Stand des Kindes zum eigentlichen Termin der Einschulung dann nicht bekannt sei bzw. die Einschätzung durch die Schuleingangsuntersuchung schon zu lange zurückliegt. Doppeluntersuchungen mit vier und fünf bis sechs Jahren sind auf Grund des Personalmangels in keinem Bundesland etabliert worden. Insgesamt gibt es wenig wissenschaftliche Publikationen zur SEU durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Die einzelnen Evaluationsstudien der Bundesländer zeigen, dass insbesondere im Sprachbereich ein hoher Anteil schulrelevanter Auffälligkeiten festgestellt wurde mit vergleichbaren Ergebnissen (z. B. in Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen zwischen 21 und 24 %). Aufgrund der föderalen Organisation liegt eine ausgeprägte Heterogenität der verschiedenen Verfahren vor. Dies sollte als Chance gesehen werden, durch vergleichende Studien die SEU kontinuierlich weiter zu entwickeln (Schleswig-Holstein 2020; Preuschhof u. a. 2023, S. 17).

6 Teilhabe in der Gesellschaft, Inklusion

Inklusion, das gleichberechtigte Miteinander von Menschen mit und ohne Behinderung, im engeren Sinn deren gemeinsame Beschulung, gehört neben Autonomie und Selbstbestimmung zu den Kernprinzipien der UN-Behindertenrechtskonvention, die in Deutschland seit 2009 bindende Gültigkeit hat. Der Anteil in unserer Gesellschaft von Menschen mit einer anerkannten schweren Behinderung beträgt ca. 9,4 Prozent (DESTATIS 2022a), der von Menschen mit einer Beeinträchtigung ca. 15,6 Prozent (Prütz 2022, S. 28), für die sich die Frage nach der Umsetzung und nach Inklusionschancen insgesamt stellt. Im Schuljahr 2021/2022 lag die Inklusionsquote (Anteil der Schüler:innen mit Förderbedarf, die eine Regelschule besuchen, an allen Schüler:innen der Primar- und Sekundarstufe I) bei 3,5 Prozent (Klemm 2022, S. 7) der Inklusionsanteil (Anteil der Schüler:innen mit Förderbedarf, die eine Regelschule besuchen, an allen Schüler:innen mit Förderbedarf) bei 44,7 Prozent (2017: 2,98 %/41,7 %) (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2021, S. 142).

Auch wenn sowohl der Inklusionsanteil als auch die Inklusionsquote eine ansteigende Tendenz aufweist, ist dieser Anstieg langsam. Die Zahlen lassen die Frage aufkommen, inwiefern die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) bereits eine ausreichende Umsetzung erfahren hat. Für Kinder mit schweren Beeinträchtigungen zeichnet sich eher eine Verfestigung der Beschulung in Fördereinrichtungen ab. Darüber hinaus nimmt mit jeder Bildungsstufe die Inklusionswahrscheinlichkeit ab, was wiederum die Chancen für den Zugang zum Erwerbssystem reduziert. Eine erfolgreiche Inklusion müsste früh beginnen. Dem steht entgegen, dass der Förderbedarf erst spät entdeckt wird. Während mit drei Jahren der Förderbedarf bei 1,7 Prozent lag beträgt er im Alter von sechs Jahren 5,4 Prozent (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2021, S. 205), was für das Modell der vorgezogenen Schuleingangsuntersuchung spricht und, noch deutlich früher ansetzend auf einen Ausbau der Frühen Hilfen. Diese müssten mit der interdisziplinären Frühförderung verzahnt werden und hin zu einem System ganzheitlicher und systemischer Förderung, das (heil-)pädagogische, soziale, medizinisch-therapeutische und psychologische Leistungen vereint.

Eine gelungene Inklusion setzt eine adäquate Gesundheitsversorgung voraus. Gemäß UN-BRK muss Menschen mit Beeinträchtigung dasselbe Angebot und dieselbe Qualität an Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen, wie dies für Menschen ohne Beeinträchtigungen der Fall ist. Darüber hinaus müssen Gesundheitsleistungen angeboten werden, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden mit dem Ziel weitere Behinderungen möglichst geringzuhalten oder zu vermeiden. Dies bedeutet die ausreichende Bereitstellung von Spezialambulanzen, Sozialpädiatrischen Zentren und für die Transition medizinische Zentren für Menschen mit Behinderungen. Diese Einrichtungen können auf Grund von Kapazitätsengpässen den aktuellen Behandlungsbedarf nicht decken. Folgerichtig hat der Koalitionsvertrag neben einer Verbesserung der Situation der Pädiatrie auch den Ausbau der sozialpädiatrischen Zentren angekündigt, Maßnahmen zur Umsetzung stehen hier noch aus.

Auch müssten die sogenannten Frühen Hilfen, die auf eine Kooperation von Jugendhilfe und Gesundheitsversorgung zum Schutz von Säuglingen und Kleinkindern aus hochbelasteten Familien zielen, bedarfsdeckend ausgebaut und mit der interdisziplinären Frühförderung verzahnt werden, hin zu einem System ganzheitlicher und systemischer Förderung, das heilpädagogische, soziale, medizinisch-therapeutische und psychologische Leistungen vereint (Kap. 7).

7 Frühe Hilfen

Es gibt eine Reihe von Studien, die einen Zusammenhang zwischen den Bedingungen des Aufwachsens und der Gesundheit und Lebensqualität im Lebensverlauf zeigen konnten. Negative Kindheitserfahrungen tragen zu späterem gesundheitlichem Risikoverhalten bei, Erkrankungen sind häufiger, es gibt einen negativen Einfluss auf das spätere Sozialverhalten. Auf der anderen Seite konnte gezeigt werden, dass positive Kindheitserfahrungen und ein stabiles Umfeld wie Erziehungsqualität, Bindungserfahrung und gesundheitsbewusste Umgebung einen positiven Einfluss haben. Die frühzeitige Unterstützung in früher Kindheit ist daher von besonderer Bedeutung gerade für Familien in benachteiligten sozioökonomischen Verhältnissen.

In den letzten Jahren sind bundesweit eine Reihe von Unterstützungsangeboten für junge Familien entwickelt worden. Frühe Hilfen sind Angebote für Eltern ab der Schwangerschaft und Familien mit Kindern bis drei Jahre. Sie sind niedrigschwellig und richten sich besonders an Familien in belasteten Lebenslagen. Frühe Hilfen dienen der Stärkung der elterlichen Beziehungs- und Erziehungscompetenz. Die Bundesstiftung Frühe Hilfen unterstützt die Frühen Hilfen dabei finanziell. Das bereits 2007 eingerichtete **Nationale Zentrum für Frühe Hilfen (NZFH)** unterstützt Institutionen und Fachkräfte dabei, bedarfsgerechte Angebote insbesondere für Familien in belastenden Lebenslagen zu etablieren. Die Aufgabe des NZFH ist dabei neben der Bereitstellung von Arbeitsmaterialien und Hintergrundinformationen auch die aktive Vernetzung verschiedener regionaler Anbieter von Frühen Hilfen aus unterschiedlichen Sozialsystemen (Haas u. a. 2022).

Das konsequente Umsetzen der Rechte von Kindern auf Schutz, Förderung und gesellschaftliche Teilhabe ist ein wesentliches Ziel des NZFH. Ähnlich wie „Health in all Policies“ sollte man in diesem Zusammenhang auch zu „Child in all Policies“ aufrufen. Eine verlässliche und verbindliche Finanzierung ist die Voraussetzung zur Verstetigung und Weiterentwicklung der Frühen Hilfen auch im Sinne der Generierung einer „Marke“ Frühe Hilfen mit entsprechender standardisierter Qualifizierung.

Dazu gehören Lotsendienste, welche eine systematische Form der Kooperation mit Geburtskliniken in den Frühen Hilfen umsetzen. Auch wenn diese in den letzten Jahren vermehrt an vielen Geburts-Kinderkliniken realisiert worden sind, fehlen verlässliche gesetzliche Rahmenbedingungen und auch hier eine damit einhergehende bedarfsgerechte Finanzierung. Es wäre sinnvoll, die Angebote der Babylotsen in die Regelversorgung und damit Regelfinanzierung zu überführen, damit alle Kinder einen guten Start ins Leben haben. Wenn Ärzt:innen individuelle Belastungen und gesundheitliche Risiken festgestellt haben, sollte es nicht bei einer Präventionsempfehlung und einem Hinweis auf regionale Eltern-Kind-Angebote bleiben. Hier sollte ein Lotsendienst regelhaft die Sorgeberechtigten beraten und nachfolgend begleiten (Wollny u. a. 2023).

8 Gesunde Ernährung

Das Ernährungsverhalten wird bereits im frühen Kindesalter geprägt. Risiken für ernährungsabhängige Krankheiten entstehen schon früh. Gerade angesichts der Tatsache, dass laut der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Familien eher ungesunde Lebensmittel erhalten, sollte die „gesündere“ Alternative im Alltag die „leichtere“ sein. Die Förderung gesunder Ernährung muss durch politische Maßnahmen gesteuert werden. Die 2018 beschlossene nationale Reduktions- und Innovationsstrategie für Zucker, Fette und Salz in Fertigprodukten hat bisher kaum positive Wirkung entfalten können. Die freiwillige Selbstverpflichtung durch die Lebensmittelindustrie hat nicht den gewünschten Effekt gezeigt. Im Bereich der Ernährung haben die Bundesregierungen der letzten Legislaturperioden durchweg den Ansatz der individuellen Verhaltensprävention verfolgt und darauf gesetzt, die Gesundheitsförderung auf breiter Ebene, sowohl bei den Eltern wie auch bei den Kindern, zu stärken. Dies ist richtig und wichtig. Gerade bedürftige Kinder profitieren allerdings am meisten von einem verhältnispräventiven Ansatz. Die gesetzlichen Weichen für einen verpflichtenden Einsatz der DGE-Ernährungsempfehlungen sollten, wenn möglich, noch in dieser Legislaturperiode gestellt werden.

In Betreuungseinrichtungen von Kindern (Kindertageseinrichtungen, Schulen) sollte ein gesundes Ernährungsverhalten nicht nur propagiert, also gelehrt werden, sondern auch gelebt, d. h. praktiziert werden. Die Förderung der Ernährungs- und damit auch der Gesundheitskompetenz muss so früh wie möglich beginnen. Kindertageseinrichtungen und Schulen müssen Orte sein, an denen Gesundheitskompetenz vermittelt wird. Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz fordert, das Bildungssystem in die Lage zu versetzen, Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Lebenslauf zu fördern. Die persönlichen Beeinträchtigungen und Belastungen der Menschen durch mangelnde Gesundheitskompetenz und daraus resultierende chronische Erkrankungen sind erheblich. Je mehr Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen generiert werden kann, umso weniger kommt es in der Zukunft auch zu unnötiger Inanspruchnahme des Gesundheitssystems bei Bagatellbeschwerden. Zusätzlich ist das die Voraussetzung dafür, dass durch gesunde Lebensführung die Inzidenz der Wohlstandserkrankungen gesenkt werden kann und sich das langfristig auch in geringerem Anspruch an die (auch finanziellen) Ressourcen des Gesundheitssystems niederschlägt.

Kostenlose Schulmahlzeiten sollten für alle Schüler:innen angeboten werden. Zuckerhaltige Getränke sollten in Schulmensen, -automaten und -kiosken nicht angeboten werden können. Stattdessen sollten in allen Schulen Wasserbrunnen angeboten werden.

Die europaweite verpflichtende Einführung des Nutri-Scores wäre ein weiterer wichtiger Schritt.

Bewegungsmangel ist neben der Fehlernährung die Hauptursache für Zivilisationskrankheiten. Bewegungserziehung ist daher ebenso wichtig. In der Kindergartenzeit

ist der Bewegungsdrang der Kinder positiv zu begleiten, in der Schulzeit dann dringend in die schulische Bildung zu implementieren (Melcher 2022).

9 Koalitionsvertrag 2021 „Mehr Fortschritt wagen“: Chancen für Kinder, Starke Familien und beste Bildung ein Leben lang

Die kindorientierten Absichten, die im Koalitionsvertrag vereinbar sind, sind uneingeschränkt zu begrüßen. Allerdings erleben wir im politischen Alltag ein Umsetzungsproblem und auch ein Priorisierungsproblem. Andere Dinge erscheinen aus der Augenblicksperspektive wichtiger. Grundsatz politischen Handelns sollte aus der Perspektive der Kinder- und Jugendpolitik allerdings die Langzeitperspektive sein.

9.1 Kindergrundsicherung

Mehr als jedes fünfte Kind wächst in Deutschland in Armut auf. Die Kinder- und Jugendarmut verharrt seit Jahren auf diesem hohen Niveau. Trotz langer guter wirtschaftlicher Entwicklung sind die Zahlen kaum zurückgegangen. Kinderarmut ist seit Jahren ein ungelöstes strukturelles Problem in Deutschland. Aufwachsen in Armut begrenzt, beschämt und bestimmt das Leben von Kindern und Jugendlichen – heute und mit Blick auf ihre Zukunft. Das hat auch für die Gesellschaft erhebliche negative Folgen. Die Vermeidung von Kinderarmut muss eine hohe politische Priorität haben. Sie erfordert neue sozial- und familienpolitische Konzepte. Dazu gehört eine Absicherung ihrer finanziellen Bedarfe z. B. durch eine Grundsicherung (Funcke/Menne 2020).

Es gibt schon heute eine Reihe von Fördermöglichkeiten auch für Familien in prekären Lebenslagen, wobei allerdings bei weitem nicht alle diese in Anspruch nehmen. Insoweit ist der Ansatz der Kindergrundsicherung mit der Intention, alle Fördermöglichkeiten niederschwellig zu erreichen, sehr sinnvoll. Das ist ein erster Schritt zur Modernisierung des Rechtsrahmens für Förderleistungen.

In Deutschland erhalten Kinder aus Haushalten mit Transferbezug (Arbeitslosengeld II, Wohngeld, Kinderzuschlag, Leistungen nach AsylbLG) seit 2011 Leistungen aus dem Bildungs- und Teilhabepaket (BuT). Die Förderung erfolgt allerdings über Sach- und Dienstleistungen. Diese Art der Leistungsgewährung verursacht einen hohen administrativen Aufwand: Die Personal- und Sachkosten der Verwaltung liegen vermutlich bei knapp 30 Prozent. Das ist Geld, was bei direkter Auszahlung an die Familien diesen auch zugutekäme. In einer Bertelsmann-Studie zum Thema der zweckentfremdeten Verwendung von direkt ausgezahlten Geldbeträgen konnte gezeigt werden, dass das weit verbreitete Vorurteil, dass Eltern eigene Konsumbedürfnisse voranstellen, nicht zutrifft. Sie geben es in intendiertem Sinn für ihre Kinder aus (Stichnoth 2018).

Die UN-Kinderrechtskonvention, die die Bundesrepublik Deutschland 1992 ratifiziert hat, gesteht Kindern ausdrücklich das Recht auf einen ihrer körperlichen, geistigen, seelischen, sittlichen und sozialen Entwicklung angemessenen Lebensstandard zu. Eine Abhängigkeit dieser Grundsicherung des angemessenen Lebensstandards von den im politischen Tagesgeschäft zur Verfügung gestellten finanziellen Mitteln kann man daraus nicht ableiten. Es fehlt in unserer Gesellschaft an einem konsequenten Monitoring zur Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention.

9.2 Kinderrechte in das Grundgesetz

Kinderrechte im Grundgesetz wären gut und richtig. Es hätte allerdings eher Appellationscharakter als direkten Einfluss auf die Gesetzgebung. Noch wichtiger wäre eine gesetzliche Regelung, dass auch jedes einfache Gesetz, das erlassen wird, auf seine Implikationen und Konsequenzen auf die besonderen Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen zu prüfen ist und diese dann auch entsprechend berücksichtigt werden müssen.

10 Literaturverzeichnis

- AOK (2023): Gesundheits-Report, Fakten zur regionalen Gesundheits- und Versorgungssituation der Bürgerinnen und Bürger im Rheinland und in Hamburg 2023. Verfügbar über: https://www.vigo.de/fileadmin/mediathek/dateien/gesundheitsreport/Gesundheitsreport_2023.pdf; [15.08.2023]
- Bertran, M./Amin-Chowdhury, Z./Sheppard, CL./Eletu, S./Zamarreño, D. V./Ramsay, ME./Litt, D./Fry, N. K./Ladhani, S. N. (2022): Increased Incidence of Invasive Pneumococcal Disease among Children after COVID-19 Pandemic, England. *Emerg Infect Dis.* 28:1669–1672. Verfügbar über: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/28/8/22-0304_article; [01.07.2024]
- Buchholz, U./Lehfeld, AS./Tolksdorf, K./Cai, W./Reiche, J./Biere, B./Dürwald, R./Buda, S. (2023): Respiratory infections in children and adolescents in Germany during the COVID-19 pandemic. *J Health Monit.* 8:20-38. Verfügbar über: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10318561/>; [01.07.2024]
- Buechel, C./Nehring, I./Seifert, C./Eber, S./Behrends, U./Mall, V./Friedmann, A. (2022): A cross-sectional investigation of psychosocial stress factors in German families with children aged 0-3 years during the COVID-19 pandemic: initial results of the CoronabaBY study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 1, 37. Verfügbar über: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9113073/>; [01.07.2024]
- Bujard, M./Driesch, E. v. d./Ruckdeschel, K./Laß, I./Thönnissen, C./Schumann, A./Schneider, N. F. (2021): Belastungen von Kindern, Jugendlichen und Eltern in der Corona-Pandemie. Verfügbar über: https://www.bib.bund.de/Publikation/2021/pdf/Belastungen-von-Kindern-Jugendlichen-und-Eltern-in-der-Corona-Pandemie.pdf?__blob=publicationFile&v=3; [20.06.2024]
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2021): Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen, Verfügbar über: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-21-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=7; [12.09.2023]
- BVPG (2023): Potenzial Gesundheit. Strategien zur Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention in der 18. Legislaturperiode aus Sicht der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG). Verfügbar über: https://www.bvpraevention.de/newbv/images/Publikationen/BVPG_Potenzial%20Gesundheit_2013_Langfassung.pdf; [15.08.2023]
- DESTATIS (2022a): 7,8 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland. Verfügbar über: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Behinderte-Menschen/_inhalt.html; [12.09.2023]
- DESTATIS (2022b): Grunddaten der Krankenhäuser 2021. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Verfügbar über: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611217004.pdf?__blob=publicationFile; [15.08.2023]
- DESTATIS (2023): Von 2012 bis 2022 gut 1100 Krankenhausbetten für Kinder abgebaut. Verfügbar über: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/10/PD23_N056_231.html; [19.10.2023]
- Deutsche Krankenhausgesellschaft, Verband der Privaten Krankenversicherung, GKV-Spitzenverband (2023): Bundesländer müssen endlich ihrer Pflicht zur Krankenhaus-Finanzierung nachkommen. Gemeinsame Pressemitteilung. Verfügbar über: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Media-pool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2023/2023-07-17_GemPM_Katalog_fuer_Krankenhaus_Investitionsbewertungsrelationen.pdf; [15.08.2023]
- Deutscher Ethikrat (2022a): Pandemie und psychische Gesundheit. Aufmerksamkeit, Beistand und Unterstützung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in und nach gesellschaftlichen Krisen. AD-HOC-EMPFEHLUNG. Verfügbar über: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-pandemie-und-psychische-gesundheit.pdf>; [15.08.2023]
- Deutscher Ethikrat (2022b): Ethikrat: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in gesellschaftlichen Krisen nicht alleinlassen. Pressemitteilung 06/2022. Verfügbar über: <https://www.ethikrat.org/presse/mitteilungen/ethikrat-kinder-jugendliche-und-junge-erwachsene-in-gesellschaftlichen-krisen-nicht-alleinlassen/>; [08.11.2024]
- DGPI (2022): Aktuelle DGPI-Stellungnahme zu vermehrten Invasiven Infektionen durch Gruppe A-Streptokokken (Stand 19.12.2022). Verfügbar über: <https://dghi.de/vermehrten-invasiven-infektionen-a-streptokokken-2022-12-19/>; [03.07.2024]
- Friedmann, A./Buechel, C./Seifert, C./Eber, S./Mall, V./Nehring, I. (2023): Easing pandemic-related restrictions, easing psychosocial stress factors in families with infants and toddlers? Cross-sectional results of the three wave CoronabaBY study from Germany. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 17:76. Verfügbar über: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10290413/>; [01.07.2024]
- Funcke, A./Menne, S. (2020): Factsheet Kinderarmut in Deutschland. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). Gütersloh. Verfügbar über: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BST/Publikationen/GrauePublikationen/291_2020_BST_Facsheet_Kinderarmut_SGB-II_Daten_ID967.pdf; [15.08.2023]

- Haas, S./Metzger, U./Paul, M. (2022): Frühe Hilfen: Was müssen Kinderärzte wissen? *Monatsschr Kinderheilkd* 170: 359–366. Verfügbar über: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00112-022-01440-9>; [01.07.2024]
- Hallek, M./Adorjan, K./Behrends, U./Ertl, G./Suttorp, N./Lehmann, C. (2023): Post-COVID Syndrome. *Dtsch Arztebl Int.* 120: 48–55. Verfügbar über: 10.3238/arztebl.m2022.0409; [26.09.2024]
- Hanewinkel, R./Hansen, J./Neumann, C. (2023): Wohlbefinden und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ausgewählte Ergebnisse des Präventionsradar 2022/2023. Verfügbar über: [Ergebnisbericht_2022_2023](#); [03.07.2024]
- Hintzpeter, B./Klasen, F./Schön, G./Voss, C./Hölling, H./Ravens-Sieberer, U. (2015): Mental health care use among children and adolescents in Germany: Results of the longitudinal BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 705–713. Verfügbar über: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-015-0676-6>; [01.07.2024]
- Hintzpeter, B./Metzner, F./Pawils, S./Bichmann, H./Kamtsiuris, P./Ravens-Sieberer, U./Klasen, F. (2014): Inanspruchnahme von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten: Ergebnisse der BELLA-Studie. *Kindheit und Entwicklung*, 23, 229–238. <https://econtent.hogrefe.com/doi/full/10.1026/0942-5403/a000148>; [03.07.2024]
- Hölling, H./Schlack, R./Petermann, F./Ravens-Sieberer, U./Mauz, E./KiGGS Study Group. (2014): Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von drei bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu zwei Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012): Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 57, S. 807–819. Verfügbar über: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-014-1979-3>; [03.07.2024]
- Jank, M./Oechsle, AL./Armann, J. u. a. (2023): Comparing SARS-CoV-2 variants among children and adolescents in Germany: relative risk of COVID-19-related hospitalization, ICU admission and mortality. *Infection*. Verfügbar über: <https://link.springer.com/article/10.1007/s15010-023-01996-y>; [03.07.2024]
- Kaman, A./Erhart, M./Devine, J./Reiß, F./Napp, A.-K./Simon, A. M./Ravens-Sieberer, U. (2023): Zwei Jahre Pandemie: Die psychische Gesundheit und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der COPSYS-Längsschnittstudie. *J Dtsch Arztebl International*. Verfügbar über: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/229355/Zwei-Jahre-Pandemie-Die-psychische-Gesundheit-und-Lebensqualitaet-von-Kindern-und-Jugendlichen-Ergebnisse-der-COPSYS-Laengsschnittstudie>; [03.07.2024]
- Kaman, A./Ottová-Jordan, V./Bilz, L./Sudeck, G./Moor, I./Ravens-Sieberer, U. (2020): Subjektive Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Aktuelle Ergebnisse der HBSC-Studie 2017/18. *Journal of Health Monitoring* (3), 7–21. Verfügbar über: [Journal of Health Monitoring | 3/2020 | HBSC Subjektive Gesundheit](#); [03.07.2024]
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Verfügbar über: https://www.kbv.de/media/sp/2023-12-31_BAR_Statistik.pdf; [01.07.2024]
- Kessler, R. C./Berglund, P./Demler, O./Jin, R./Merikangas, K. R./Walters, E. E. (2005): Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593. Verfügbar über: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15939837/>; [03.07.2024]
- Klasen, F./Meyrose, A./Otto, C./Reiß, F./Ravens-Sieberer, U. (2017): Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der BELLA-Studie. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 165, 402–407. Verfügbar über: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00112-017-0270-8>; [03.07.2024]
- Klemm, K. (2022): Inklusion in Deutschlands Schulen: Eine bildungsstatistische Momentaufnahme 2020/21. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). Verfügbar über: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/inklusion-in-deutschlands-schulen-eine-bildungsstatistische-momentaufnahme-202021-all>; [01.07.2024]
- Kölch, M. G. Reis, O./Ulbrich, L./Scheper, R. (2023): COVID-19 und psychische Störungen bei Minderjährigen: Veränderungen der Behandlungen nach der Krankenhausstatistik. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 51(4), 295–309. Verfügbar über: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/1422-4917/a000935>; [03.07.2024]
- Lampert, T./Kuntz, B. (2019): Auswirkungen von Armut auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Bundesgesundheitsbl* 62:1263–1274. Verfügbar über: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-019-03009-6>; [03.07.2024]
- Langmeyer, A./Guglhör-Rudan, A./Naab, T./Urlen, M./Winklhofer, U. (2020): Kind sein in Zeiten von Corona: Ergebnisbericht zur Situation von Kindern während des Lockdowns im Frühjahr 2020. Verfügbar über: https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2020/Ergebnisbericht_Kindsein_Corona_2020.pdf; [03.07.2024]
- Melcher, K. (2022). NQZ Digitaler Leitfaden Beschaffung von Schulverpflegung 11/2020. Verfügbar über: [Leitfaden – Beschaffung von Schulverpflegung](#); [01.07.2024]
- Mosscrop, L.G./Williams, T.C./Tregoning, J.S. (2022): Respiratory syncytial virus after the SARS-CoV-2 pandemic — what next? *Nat Rev Immunol* 22, 589–590. Verfügbar über: <https://www.nature.com/articles/s41577-022-00764-7>; [03.07.2024]

- Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina. (2021): Kinder und Jugendliche in der Coronavirus-Pandemie: psychosoziale und edukative Herausforderungen und Chancen. Verfügbar über: https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2021_Corona_Kinder_und_Jugendliche.pdf; [01.07.2024]
- Plass-Christl, A./Haller, A. C./Otto, C./Barkmann, C./Wiegand-Grefe, S./Hölling, H./Klasen, F. (2017): Parents with mental health problems and their children in a German population based sample: Results of the BELLA study. *PloS One*, 12(7). Verfügbar über: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0180410>; [03.07.2024]
- Plötner, M./Moldt, K./In-Albon, T./Schmitz, J. (2022): Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen. *Die Psychotherapie*, 67, 469-477. Verfügbar über: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00278-022-00604-y>; [03.07.2024]
- Pressestelle DAK-Gesundheit. (2023): Pressemeldung: Benachteiligte Schulkinder häufiger einsam und krank. DAK-Präventionsradar. Verfügbar über: https://www.dak.de/dak/bundesthemen/dak-praeventionsradar-benachteiligte-schulkinder-haeufiger-einsam-und-krank-2626182.html#; [03.07.2024]
- Preuschhof, C./Küster, T./Rademacher, J./Baumgarten, M. (2023): Alle Kinder fit für die Schule? Die Gestaltung des Entwicklungsscreenings im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung in Deutschland. *Gesundheitswesen* 85(10), 937-944.
- Prütz, F./Krause, L. (2022): Gesundheit von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland – Ausgewählte Indikatoren aus der Studie GEDA 2014/2015-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 7: 28–51.
- Ravens-Sieberer, U./Erhart, M./Devine, J./Gilbert, M./Reiss, F./Barkmann, C./Kaman, A. (2022): Child and Adolescent Mental Health During the COVID-19 Pandemic: Results of the Three-Wave Longitudinal COPSY Study. *Journal of Adolescent Health*, 71(5), 570–578. Verfügbar über: Child and Adolescent Mental Health During the COVID-19 Pandemic: Results of the Three-Wave Longitudinal COPSY Study - PMC; [03.07.2024]
- Ravens-Sieberer, U./Kaman, A./Devine, J./Reiß, F. (2023): Die Covid-19-Pandemie – wie hat sie die Kinderpsychie beeinflusst? *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 171, 608–614.
- Reiß, F./Kaman, A./Napp, A.-K./Devine, J./Li, L. Y./Strelow, L./Ravens-Sieberer, U. (2023): Epidemiologie seelischen Wohlbefindens von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus 3 Studien vor und während der COVID-19-Pandemie. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 66, 727–735. Verfügbar über: <https://europepmc.org/article/pmc/pmc10227816>; [03.07.2024]
- Robert Koch-Institut. (2022): 2. Quartalsbericht – Kindergesundheit in Deutschland aktuell (KIDA): Monitoring der Kindergesundheit in (und nach) der COVID-19-Pandemie. Ergebnisse des KIDA-Erhebungszeitraum 02/2022–09/2022. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Rodeck, B./Lutterbüse, N./Krägeloh-Mann I. (2021): Diagnosis Related Groups in der Pädiatrie – Segen oder Unsinn? *Monatsschr Kinderheilkd.* 169, 520–526. Verfügbar über: Diagnosis Related Groups in der Pädiatrie – Segen oder Unsinn? | *Monatsschrift Kinderheilkunde*; [03.07.2024]
- Rodeck, Burkhard (2024): Das Recht von Kindern auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit vor dem Hintergrund gesundheitsökonomischer Krisen. Herausforderungen für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. *Frühe Kindheit*. 26(6), 30-39.
- Schlack, R./Neuperd, L./Junker, S./Eicher, S./Hölling, H./Thom, J./Beyer, A.-K. (2023). Veränderungen der psychischen Gesundheit in der Kinder- und Jugendbevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse eines Rapid Reviews. *Journal of Health Monitoring (Special Issue S1)*, 1–74. Verfügbar über: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/JHealthMonit_2023_S1_Rapid_Review_Psy_Ges_Ki_Ju.pdf?__blob=publicationFile; [26.09.2024]
- Schleswig-Holstein (2020): Schuleingangsuntersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein im Untersuchungsjahr 2018/2019. Verfügbar über: https://www.schleswig-holstein.de/DE/landesregierung/ministerien-behoerden/II/Service/Broschueren/Gesundheit/schuleinguntber2019.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [15.08.2023]
- Solmi, M./Radua, J./Olivola, M./Croce, E./Soardo, L./Salazar De Pablo, G./Fusar-Poli, P. (2022): Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27, 281-295. Verfügbar über: Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies - PMC (nih.gov); [03.07.2024]
- Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD)/Bündnis 90/Die Grünen/Freie Demokratische Partei (FDP)(Hrsg.) (2021): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021-2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP). Verfügbar über: https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf; [01.07.2024]
- Stichnoth, H./Camarero Garcia, S./Dörrenberg, P./Neisser, C./Riedel, L./Ungerer, M./Wehrhöfer, N. (2018): Kommt das Geld bei den Kindern an? Verfügbar über: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Familie_und_Bildung/Studie_WB_Kommt_das_Geld_bei_den_Kindern_an_2018.pdf; [15.08.2023]

- Witte, J./Zeitler, A./Diekmannshemke, J. (2023): DAK-Kinder- und Jugendreport 2023. Sonderanalyse für die Jahre 2018 - 2022. Stationäre Behandlung psychischer Erkrankungen. Verfügbar über: <https://www.dak.de/dak/download/kinder--und-jugendreport-2622592.pdf>; [11.06.2024]
- Witte, J./Zeitler, A./Hasemann, L. (2022): Krankenhausversorgung von Kindern und Jugendlichen während der Pandemie. Fokus: Psychische Erkrankungen. Ergebnisse des DAK-Kinder- und Jugendreports 2022. Verfügbar über: <https://www.dak.de/dak/download/report-2558040.pdf>; [15.08.2023]
- Witte, J./Zeitler, A./Batram, M./Diekmannshemke, J./Hasemann, L. (2022): Kinder- und Jugendreport 2022. Kinder- und Jugendgesundheit in Zeiten der Pandemie. Verfügbar über: <https://www.dak.de/dak/download/folien--kinder--und-jugendreport-2572050.pdf>; [15.08.2023]
- Wollny, S./Hellwig, N. (2023): Bericht Kennzahlen 2021 und 2022. Auszug. Qualitätsverbund Babyotse. Verfügbar über: <https://qualitaetsverbund-babyotse.de/wp-content/uploads/2023/04/QV-EXT-Auszug-Kennzahlenbericht-Qualitaetsverbund-Babyot-se-2021-und-2022-01-0.pdf>, [15.08.2023]
- World Health Organization. (2010): Global recommendations on physical activity for health. Global Strategy on Diet, Physical Activity & Health. Geneva: WHO Press.
- Wuppermann, A./Stahn, G./Weinhold, I./Müller, M. (2022): Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Schutzimpfungen während der Corona-Pandemie: Evidenz basierend auf Routinedaten. Verfügbar über: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Anl._4a_Sachbericht_ABCDEF-COOP-Teilprojekt_F.pdf; [15.08.2023]