

# Die **gesundheitliche** Lage und Versorgungssituation von **Kindern** und **Jugendlichen** in Schleswig-Holstein in Krisenzeiten (**geKuJu**)

---



Wie geht dat uns Kinner?

Abschlussbericht

03.06.2024

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck

E. Peters, H. Baltus, A. Katalinic



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK  
INSTITUT FÜR SOZIALMEDIZIN  
UND EPIDEMIOLOGIE

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Kernbotschaften / Zusammenfassung</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Verantwortlichkeiten</b>	<b>6</b>
2.1	Studienleiter	6
2.2	Beteiligte Wissenschaftler*innen/Informatiker	6
2.3	Beteiligte Einrichtungen	6
2.4	Finanzierung	7
2.5	Laufzeit	7
2.6	Registrierung in einem öffentlich zugänglichen Studienregister	7
<b>3</b>	<b>Hintergrund</b>	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>Projektziele</b>	<b>11</b>
4.1	Primäre Ziele	11
4.2	Sekundäre Ziele	11
4.3	Zielgrößen	12
<b>5</b>	<b>Methoden</b>	<b>12</b>
5.1	Studiendesign und Rekrutierung	12
5.2	Studien-Einwilligung	16
5.3	Befragungsinhalte und Befragungsinstrumente	17
5.3.1	Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen	17
5.3.2	Bedarf an pädiatrischer Versorgung	18
5.3.3	Zufriedenheit mit pädiatrischer Versorgung	18
5.3.4	Gesundheitskompetenz der Eltern	19
5.3.5	Bildschirmzeiten und Computerspielverhalten der Kinder und Jugendlichen	19
5.3.6	Gesundheitsverhalten	20
5.3.6.1	Ernährung	20
5.3.6.2	Stillen	21
5.3.6.3	Rauchen	21
5.3.6.4	Alkoholkonsum	21
5.3.6.5	BMI und Geburtsgewicht	21
5.3.6.6	Bewegung, Bewegungsumgebung und Schwimmbefähigung	22
5.3.7	Gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychische Gesundheit der Eltern	22
5.3.8	Soziale Unterstützung	23
5.3.9	Soziodemografischen Angaben	23
5.3.10	Methodische Zielgrößen	24
5.3.11	Non-Responder-Befragung	24
5.4	Statistische Methoden	24
<b>6</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>25</b>
6.1	Rücklauf	25
6.2	Stichprobenbeschreibung	27

6.3	<i>Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen im Allgemeinen</i> .....	29
6.4	<i>Psychische Gesundheit</i> .....	31
6.5	<i>Generelle gesundheitsbezogenen Lebensqualität</i> .....	33
6.6	<i>Kinder mit erhöhtem Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf</i> .....	34
6.7	<i>Inanspruchnahme von Versorgungs- und Unterstützungsleistungen</i> .....	35
6.8	<i>Inanspruchnahme pädiatrischer Leistungen</i> .....	36
6.9	<i>Zufriedenheit mit der pädiatrischen Versorgung</i> .....	40
6.10	<i>Gesundheitskompetenz der Eltern</i> .....	42
6.11	<i>Bildschirmzeiten und Computerspielverhalten der Kinder und Jugendlichen</i> .....	44
6.12	<i>Gesundheitsverhalten</i> .....	47
6.12.1	Ernährung .....	47
6.12.2	Stillen .....	49
6.12.3	Rauchen .....	51
6.12.4	Alkoholkonsum.....	53
6.12.5	BMI und Geburtsgewicht.....	54
6.12.6	Bewegung, Bewegungsumgebung und Schwimmbefähigung.....	56
6.13	<i>Gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychische Gesundheit der Eltern</i> .....	63
6.14	<i>Soziale Unterstützung</i> .....	66
6.15	<i>Non-Responder-Analyse</i> .....	68
<b>7</b>	<b>Einordnung der Ergebnisse</b> .....	<b>69</b>
7.1	<i>Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen</i> .....	69
7.2	<i>Bedarfe, Inanspruchnahme und Versorgungssituation</i> .....	70
7.3	<i>Gesundheitskompetenz der Eltern</i> .....	72
7.4	<i>Bildschirmzeiten und Computerspielverhalten des Kindes</i> .....	73
7.5	<i>Gesundheitsverhalten</i> .....	74
7.5.1	Ernährung.....	74
7.5.2	Stillen.....	75
7.5.3	Rauchen und Alkoholkonsum.....	75
7.5.4	BMI und Geburtsgewicht .....	76
7.5.5	Bewegung des Kindes und Zufriedenheit der Eltern mit Bewegungsumgebung .....	76
7.6	<i>Gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychische Gesundheit der Eltern</i> .....	78
7.7	<i>Soziale Unterstützung</i> .....	78
7.8	<i>Limitationen</i> .....	79
<b>8</b>	<b>Fazit</b> .....	<b>80</b>
	<b>Literatur</b> .....	<b>82</b>
	<b>Anhang</b> .....	<b>88</b>

## 1 Kernbotschaften / Zusammenfassung

- Die Analyse der geKuJu-Studie berücksichtigt Daten von 2.516 Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern einer Einwohnermeldeamt-Stichprobe aus dem Jahr 2023 in Schleswig-Holstein.
- Jeweils neun von zehn Kindern und Jugendlichen weisen einen guten bis sehr guten allgemeinen Gesundheitszustand auf, ebenso viele weisen eine gute bis ausgezeichnete psychische Gesundheit auf.
- Der Mittelwert für die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder liegt höher als in den Vorstudien 2021 und 2022.
- Weniger gut geht es Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf, von Eltern mit einer inadäquaten Gesundheitskompetenz, deren Eltern ohne Partnerin oder Partner leben sowie Kindern und Jugendlichen, die Hinweise auf eine pathologische Nutzung digitaler Spiele zeigen.
- Für mehr als ein Fünftel der Kinder der geKuJu-Studie besteht mindestens ein erhöhter medizinischer, psychosozialer oder pädagogischer Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf (CSHCN-Screener positiv).
- Bei 19,7 % der Kinder besteht mindestens ein ungedeckter Versorgungsbedarf. Folgende Bedarfe sind besonders oft ungedeckt: Selbsthilfegruppen, Rehabilitationsmaßnahmen, Videosprechstunden, Schulungen bei chronischen Erkrankungen, Logopädie, Ergotherapie, psychologische Beratung oder Psychotherapie.
- Die meisten Kinder haben einen Kinderarzt oder eine Kinderärztin, der / die sich regelmäßig um die gesundheitlichen Belange des Kindes kümmert. Allerdings finden es 17,0 % der Eltern sehr schwierig bis extrem schwierig, kinderärztliche Versorgung zu bekommen. Über die fachärztliche Hilfe sagen dies 36,8 % und über die notärztliche Hilfe für ihr Kind 23,5 %.
- Für den Weg zum Kinder- und Jugendarzt oder -ärztin benötigten 80 % der Familien 5 bis 30 min (Ø 17 min), zum Hausarzt oder -ärztin 5 bis 20 min (Ø 11 min), zu Fachärzten oder -ärztinnen 10 bis 45 min (Ø 25 min) und zum nächsten Krankenhaus 10 bis 40 min (Ø 22 min).
- Mit der medizinischen Versorgung ihres Kindes sind Eltern vorwiegend zufrieden bis sehr zufrieden. Weniger zufrieden sind sie mit den Wartezeiten in Praxen oder im Krankenhaus, der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und den Termin-Wartezeiten.

- Jeder neunte teilnehmende Elternteil hat Mängel in der Gesundheitskompetenz und damit Schwierigkeiten gesundheitsrelevante Informationen für das Kind zu finden, zu verstehen, einzuordnen und zu nutzen. Das betrifft insbesondere die Suche nach Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, die Entscheidung, eine Zweitmeinung einzuholen und die Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit von Medieninformationen zu Gesundheitsrisiken.
- 62,8 % der Kinder und Jugendlichen überschreiten die altersabhängige empfohlene Bildschirmzeit. Für ein Drittel der Kinder unter drei Jahre geben Eltern Bildschirmzeiten an.
- Knapp ein Viertel der 10- bis 17-Jährigen zeigt Hinweise auf eine riskante und ein Achtel auf eine pathologische Nutzung digitaler Spiele.
- Insgesamt geben 28,4 % der Befragten an, dass mindestens ein Haushaltsmitglied raucht, von den 14- bis 17-Jährigen rauchen nach Angaben der Eltern 7,6 %.
- Zwei Drittel der 14- bis 17-Jährigen trinken gelegentlich und 0,2 % täglich Alkohol.
- Mehr als die Hälfte der 5- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen bewegt sich zu wenig. Coronapandemiebedingte Nichtteilnahme an Bewegungsangeboten spielten keine nennenswerte Rolle.
- Die ausschließliche Stilldauer liegt im Mittel bei 5,1 Monaten (empfohlen werden zumeist sechs Monate) und die durchschnittliche Stilldauer insgesamt liegt bei 10,4 Monaten.
- Die altersgruppenspezifischen Mittelwerte für die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Eltern liegen oberhalb der Mittelwerte entsprechender Altersgruppen in der Allgemeinbevölkerung aus dem Erhebungsjahr 2017.
- Im Vergleich zur ersten Voruntersuchung aus dem Jahr 2021 zeigten vergleichbar viele Eltern Hinweise für eine Depression und weniger Eltern als in der ersten Voruntersuchung äußern Hinweise für eine Angststörung.
- Unterschiede auf Kreisebene finden sich vereinzelt z. B. beim Zugang zur kinder- und fachärztlichen Versorgung.
- Einen entscheidenden Einfluss auf die Höhe der Rücklaufquoten der geKuJu-Befragung hatten die Erinnerungsschreiben. Die Onlinebefragung mit Erinnerungsschreiben scheint für die Altersgruppe von Eltern mit minderjährigen Kindern eine erfolgversprechende Alternative darzustellen.

## 2 Verantwortlichkeiten

### 2.1 Studienleiter

Prof. Dr. Alexander Katalinic

Universität zu Lübeck

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

Ratzeburger Allee 160

23562 Lübeck

Tel.: 0451-500 51200; Fax: 0451-500 51201

E-Mail: alexander.katalinic@uksh.de

### 2.2 Beteiligte Wissenschaftler\*innen/Informatiker

Elke Peters

Universität zu Lübeck

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

Ratzeburger Allee 160

23562 Lübeck

Tel.: 0451-500 51215

E-Mail: elke.peters@uksh.de

Hannah Baltus

Universität zu Lübeck

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

Ratzeburger Allee 160

23562 Lübeck

Tel.: 0451-500 51272

E-Mail: hannah.baltus@uksh.de

Jannick Scherf

Universität zu Lübeck

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

Ratzeburger Alle 160, Haus V50

23562 Lübeck

Telefon: 0451-500 51237

E-Mail: Jannick.Scherf@uksh.de

Aiham Alabid

Universität zu Lübeck

Institut für Krebsepidemiologie e.V.

Ratzeburger Alle 160, Haus V50

23562 Lübeck

Telefon: 0451-500 52127

E-Mail: Aiham.Alabid@uksh.de

### 2.3 Beteiligte Einrichtungen

Universität zu Lübeck

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

Ratzeburger Allee 160

23562 Lübeck

## 2.4 Finanzierung

Die Finanzierung erfolgt durch das Land Schleswig-Holstein, vertreten durch das Ministerium für Justiz und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein (MJG), Lorentzendamm 35, 24103 Kiel.

## 2.5 Laufzeit

01.01.2023 bis 31.12.2023 (12 Monate)

## 2.6 Registrierung in einem öffentlich zugänglichen Studienregister

Die Studie wurde von der Ethikkommission der Universität zu Lübeck geprüft und am 8. Februar 2023 genehmigt (Aktenzeichen: 2023-142). Zudem erfolgte am 24. April 2023 die Studienregistrierung beim Deutschen Register für Klinische Studien unter der Studienregistrierungsnummer DRKS00031716.

## 3 Hintergrund

Die COVID-19-Pandemie traf die Bevölkerung und das Gesundheitswesen im Jahr 2020 weitgehend unvorbereitet. Es musste in rascher Zeit auf eine zunächst nicht abzusehende kritische Entwicklung der Gesundheit der Bevölkerung reagiert werden. Maßnahmen umfassten die soziale Distanzierung und Hygieneregeln, die für Kinder und Jugendliche zu einschneidenden Veränderungen in ihren Lebenswelten führten. Daraus resultierende psychosozialen Belastungen wurden in mehreren internationalen [1] und nationalen Studien und Befragungen eindrücklich vorgestellt, z. B. in der Studie „Kind sein in Zeiten von Corona“ [2], in der JuCo- und KiCo-Studie [3, 4] sowie in der COPSY-Längsschnittstudie [5].

Eltern mussten sich den veränderten Herausforderungen stellen. Sie mussten Beruf und Kinderbetreuung vereinbaren und mit ggf. begrenzten Möglichkeiten, ohne praktische Unterstützung oder mit finanziellen Sorgen, funktionieren. Erschwerend kam hinzu, dass viele medizinische Versorgungseinrichtungen im Frühjahr 2020 nicht mehr im gewohnten Maß für Kinder und Jugendliche zur Verfügung standen. Auch die Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin und die sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) in Schleswig-Holstein waren davon betroffen. Die SPZ versorgen insbesondere Kinder mit komplexen Versorgungsbedarfen mit einem globalen, ganzheitlichen und multidisziplinären Ansatz. Multiprofessionelle Teams in den SPZ versuchen bestehende Ungleichheiten in den Entwicklungschancen und der sozialen Teilhabe für diese Kinder zu verbessern. Durch zeitweise Schließung von medizinischen Einrichtungen, Leistungseinschränkungen und die verzögerte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wurden z. B.

Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen verspätet durchgeführt [6] und damit potentielle Auffälligkeiten später diagnostiziert. Es wurde vermehrt von Fällen mit Ketoazidosen bei Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes berichtet [7]. Auch das Risiko von Kindesmissbrauch und Gewalt gegen Kinder nahm zu [8] und es zeigten sich negative Auswirkungen auf die Entwicklung [9, 10] sowie den Gesundheitszustand und das psychische Wohlbefinden von Kindern [11]. Die Prävalenz für psychische Belastungen von Kindern [12] und Eltern [13] stieg. Davon waren Kinder mit niedrigem sozialem Status, mit komplexen chronischen Erkrankungen und solche, deren Eltern Hinweise für Depressionen und / oder Angststörungen aufwiesen, mehr betroffen [12, 14].

Auch an der Universität zu Lübeck wurden Studien in diesem Themenfeld durchgeführt. So wurden z. B. Daten im Rahmen der vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten ABCDEF-COOP-Studie [15] und der vom Land Schleswig-Holstein geförderten CorJu\_1-Studie [16] zur gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, ihren Bedarfen und die Inanspruchnahme von sozialpädiatrischen Leistungen aus Sicht der Eltern sowie die elterliche Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung ihrer Kinder während der COVID-19-Pandemie von Herbst 2020 bis Herbst 2021 und im Folgejahr erhoben. Während in der ABCDEF-COOP-Studie überwiegend Personen aus Norddeutschland befragt wurden, die aus zwei bestehenden Kohorten (CoPa und ELISA) [13, 17] rekrutiert wurden, wurden für die CorJu\_1-Studie, neben der ABCDEF-COOP-Kohorte, Einwohnermeldeamt-Stichproben in Kiel und Ostholstein gezogen. Die Ergebnisse sind vergleichbar und deuten aus Sicht der Eltern auf eine gute, aber eingeschränkte medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen von Herbst 2020 bis Herbst 2021 und auch im Folgejahr hin. Für Eltern von jedem sechsten Kind der ABCDEF-Studie war es von Herbst 2020 bis Herbst 2021 schwierig bis extrem schwierig, kinderärztliche Hilfe zu erhalten. Für 27 % traf dies auf den Erhalt von fachärztlicher Hilfe und für 17 % auf den Erhalt einer Notfallbehandlung zu. Mehr als die Hälfte aller Befragungsteilnehmenden in der ABCDEF-Studie und in der CorJu\_1-Studie äußerten mindestens einen nicht-ärztlichen, diagnostischen, ärztlichen oder therapeutischen Leistungsbedarf für ihr Kind, der Anteil an Leistungsbedarfen für chronisch kranke Kinder und Jugendliche war dabei in beiden Studien doppelt so hoch wie für nicht chronisch kranke Kinder und Jugendliche. Allerdings waren die ungedeckten Bedarfe in der CorJu-1-Studie aus dem Jahr 2022 (für chronisch kranke Kinder: 18,1 %; für nicht chronisch kranke Kinder: 5,6%) deutlich niedriger als in der ABCDEF-Studie aus dem Jahr 2021 (für chronisch kranke Kinder: 35,1 %; für nicht chronisch kranke Kinder: 10,7 %). Für jeweils jedes

zehnte Kind gaben Eltern beider Untersuchungen einen Bedarf für Krankengymnastik, Logopädie und / oder Ergotherapie an, von diesen Bedarfen waren jeweils in etwa die Hälfte ungedeckt. Besonders hoch war in beiden Befragungen der Anteil an ungedeckten Bedarfen für Selbsthilfegruppen, Rehabilitationsmaßnahmen, Gesundheitsdienstleistungen in der Schule und Schulungen für Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen, wenngleich diese Bedarfe nur von 3-5 % der Eltern angegeben wurden. Während der abgefragte Bedarf an Diagnoseverfahren wie Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen etc., der bei jedem vierten Kind bestand, zu 77 % gedeckt wurde, wurde der Bedarf an psychologischer Beratung / Psychotherapie, der nach Ansicht der Eltern bei jedem sechsten Kind bestand, nur zu 41 % gedeckt. Auch in der in Deutschland durchgeführte COPSY-Studie [5] zeigte sich, dass der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten von 18 % auf 30 % gestiegen war. Besonders Kinder aus Elternhäusern mit niedrigerer Bildung, Migrationshintergrund oder in beengten Wohnverhältnissen fühlten sich durch die COVID-19-Pandemie belastet. Aus früheren Untersuchungen ist bekannt, dass Kinder aus Haushalten mit höherer Bildung weniger von einer belastenden Lebenssituation betroffen sind, seltener psychische Gesundheitsprobleme entwickeln und Eltern mit höherer Bildung besser gerüstet sind mit stressigen Lebenssituationen umzugehen und Belastungen abzufedern [18–21].

Auch die aus dem Jahr 2022 stammende qualitative Expertinnen- und Experten-Interview-Studie zu sozialpädiatrischen Versorgungsbedarfen in Schleswig-Holstein kommt zu dem Ergebnis, dass insbesondere Risikogruppen, z. B. mit geringer Handlungskompetenz, oder Familien, die keinen Zugang bzw. Einbindung ins Versorgungssystem fanden, Leistungen nicht oder nur verzögert in Anspruch nahmen. Im Gegensatz dazu konnten Familien, die bereits vor der COVID-19-Pandemie gut in das Versorgungssystem eingebunden waren, mithilfe von Telefon- / Videokontakten weiter betreut werden. Allerdings eignen sich digitale Angebote laut Expertinnen und Experten nicht für Erstgespräche, Diagnostik und die Mitteilung von jedem Befund. Die Expertinnen und Experten beschreiben Versorgungsbedarfe für neu entwickelte psychische Auffälligkeiten und Therapierückschritte aufgrund eingeschränkter Fördermöglichkeiten sowie einen Nachholbedarf von Frühförderung bei Entwicklungsstörungen [22].

Seit Februar 2022 haben der Ukraine-Krieg, die Inflation und der immer offensichtlicher werdende Mangel an Kapazitäten in der Pädiatrie, an Pflegekräften und Lieferschwierigkeiten von

Arzneimitteln und Hilfsmitteln zu weiteren Belastungen geführt. Es ist unklar wie diese zusätzlichen Belastungen sich auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen einerseits und die medizinische Versorgung andererseits auswirken.

Die WHO hat zur Abmilderung von psychischen Belastungen während der COVID-19-Pandemie körperliche Aktivität empfohlen [23], da regelmäßige körperliche Aktivität mit einem gesteigerten Wohlbefinden, einer höheren Lebenszufriedenheit sowie weniger depressiven Symptomen und höherer Lebensqualität einhergeht [24, 25]. Eine Vielzahl von Studien belegt darüber hinaus, dass körperliche Inaktivität mit einem erhöhten Risiko für Diabetes mellitus, Schlaganfälle, kardiovaskuläre Erkrankungen sowie verschiedene Krebserkrankungen und somit mit einer geringeren Lebenserwartung einhergeht [26]. Bereits lange vor der COVID-19-Pandemie hat die WHO aufgrund des starken Zusammenhangs zwischen Krankheitsentstehung und körperlicher Inaktivität den „Global Action Plan for the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases 2013–2020“ ins Leben gerufen, um die Prävalenz unzureichender körperlicher Aktivität bis zum Jahr 2025 zu reduzieren. Die Zeit für sportliche Aktivitäten von 4- bis 17-Jährige hat während der COVID-19-Pandemie abgenommen [27]. Der Kreis Ostholstein hat sich z. B. als ein prioritäres Themenfeld die Bewegungsförderung für Kinder in Ostholstein vorgenommen, da bereits in den Jahren 2019/20 ein Fünftel der Vorschulkinder Störung in der Motorik bzw. Koordination aufwies und nur rund 50 % der Kinder nach der 4. Klasse schwimmen konnten, obwohl Schwimmunterricht ab der 3. Klasse Pflicht ist [28].

Im Rahmen des Forschungsvorhabens wurde nun, im Auftrag des Landes Schleswig-Holstein, mehr als 15.000 Eltern(teile) aus allen Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins kontaktiert und insbesondere zu Gesundheitsfragen, der pädiatrischen Versorgungssituation in den Jahren 2022/23 und der Gesundheitskompetenz befragt. Dazu wurden repräsentative Stichproben über Register der Einwohnermeldeämter in Schleswig-Holstein gezogen, sodass auch Aussagen über ggf. bestehende regionale Unterschiede der Versorgungssituation und Bedarfe von Kindern und Jugendliche möglich werden sollten.

Mithilfe der Studienergebnisse werden die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen einerseits und die medizinische Versorgung andererseits beschrieben. Es werden Versorgungsbedarfe und der Anteil versorgungsbedürftiger Kinder und Jugendlicher in Schleswig-Holstein identifiziert und quantifiziert, um die Planung einer bedarfsgerechten Versorgung zu unterstützen. Wenn möglich werden Vergleiche zu Vorbefragungen dargestellt, um einen vorsichtigen Blick auf Veränderungen der Versorgungssituation und die Entwicklung von nicht-ärztlichen,

diagnostischen und ärztlichen Leistungsbedarfen für Kinder und Jugendliche im Verlauf der COVID-19-Pandemie aus Sicht der Eltern darzustellen.

Die Studie zielt damit auf die möglichst aktuelle Beschreibung des Gesundheitszustandes und der medizinischen Versorgungssituation von Kindern und Jugendliche in Schleswig-Holstein.

## 4 Projektziele

### 4.1 Primäre Ziele

Das Ziel dieses Projektes war es, die aktuelle gesundheitliche Lage, die medizinische Versorgungssituation und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen auf der Basis von Elternangaben in Schleswig-Holstein zu erheben und zu beschreiben, um perspektivisch Bedarfe genauer quantifizieren zu können.

### 4.2 Sekundäre Ziele

Sekundäres Ziel war die Beantwortung folgender Fragestellung: Welche Faktoren beeinflussen die pädiatrische Versorgung, die Zufriedenheit mit der Versorgung, das Schwierigkeitsempfinden, pädiatrische Versorgung zu bekommen und das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen?

Welche Assoziationen von elterlichen Faktoren wie der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung, dem Vorhandensein von Hinweisen auf psychische Erkrankungen, der sozialen Unterstützung und der Gesundheitskompetenz lassen sich ermitteln?

Damit sollen insbesondere mögliche Faktoren zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen und ihren Eltern gefunden werden.

Als Nebenaspekt wurde der Frage nach der höchsten Rücklaufquote in Abhängigkeit von der Befragungsmethodik (Onlinebefragung vs. postalische Papier-Befragung) und der Art der Erinnerung (Erinnerungsschreiben mit erneuter Zusendung eines Fragebogens vs. Erinnerungsschreiben nur mit Link zur Onlinebefragung vs. ohne Erinnerung) im Jahr 2023 nachgegangen. Damit könnten künftige Befragung effektiver und ggf. ökonomischer in ihrer Planung und Durchführung werden.

Im Rahmen einer Non-Responder-Analyse wurden Gründe für die Nichtteilnahme mittels Kurzfragekarte ermittelt.

### 4.3 Zielgrößen

Folgende Zielgrößen wurden definiert:

- Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein
- Anteil an Kindern mit erhöhten Versorgungsbedarfen
- Bedarfe und Inanspruchnahme an nicht-ärztlichen, diagnostischen und ärztlichen Leistungen der Kinder
- Schwierigkeitsempfinden, pädiatrische Versorgungsbedarfe zu decken
- Anfahrtszeiten zu Ärztinnen und Ärzte bzw. zum nächsten Krankenhaus
- Zufriedenheit mit kinderärztlicher Versorgung
- Gesundheitskompetenz des teilnehmenden Elternteiles
- Bildschirmzeiten und Computerspielverhalten des Kindes
- Gesundheitsverhalten:
  - Ernährung des Kindes, Stillquoten
  - Rauchen und Alkoholkonsum der Haushaltsmitglieder
  - BMI und Geburtsgewicht des Kindes
  - Bewegung des Kindes, Zufriedenheit mit Bewegungsumgebung der Eltern
  - Schwimmbefähigung des Kindes
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Befragungsteilnehmenden
- Hinweise für Depressionen und Angstzustände bei Eltern(teilen)
- Methodische Zielgrößen:
  - Rücklaufquoten in Abhängigkeit der Befragungsart und Erinnerung
  - Gründe für die Nicht-Teilnahme

## 5 Methoden

### 5.1 Studiendesign und Rekrutierung

Bei der Versorgungsforschungsstudie handelt es sich um eine prospektive deskriptive quantitative Querschnittstudie auf Basis einer repräsentativen Stichprobe aus 28 Einwohnermeldeämtern in Schleswig-Holstein (Abbildung 1). Eingeschlossen wurden die Einwohnermeldeämter der kreisfreien Städte (Kiel, Lübeck, Neumünster und Flensburg) sowie 24 zufällig ausgewählte

Einwohnermeldeämter der Kreise (jeweils 2 Ämter pro Kreis<sup>1</sup>) ab einer Einwohnerzahl von mindestens 7.500.

Folgende Einwohnermeldeämter lieferten Adressdaten für ihren Kreis:

Kiel (KI)	Stadt Kiel
Lübeck (HL)	Stadt Lübeck
Flensburg (FL)	Verwaltungsgemeinschaft Flensburg/Glücksburg
Neumünster (NMS)	Verwaltungsgemeinschaft Neumünster/Wasbek/Bönebüttel
Dithmarschen (HEI)	Stadt Heide Amt Marne-Nordsee Amt Kirchspielslandgemeinden Eider
Herzogtum (Hzgt.) Lauenburg (RZ)	Gemeinde Wentorf bei Hamburg Amt Sandesneben-Nusse Stadt Schwarzenbek
Nordfriesland (NF)	Amt Südtondern Amt Nordsee-Treene
Ostholstein (OD)	Gemeinde Stockelsdorf Stadt Fehmarn
Pinneberg (PI)	Gemeinde Halstenbek Verwaltungsgemeinschaft Rellingen/Amt Pinnau
Plön (PL)	Amt Probstei Verwaltungsgemeinschaft Schwentinental/Amt Selent/Schlesien
Rendsburg-Eckernförde (RD-ECK)	Amt Mittelholstein Amt Schlei-Ostsee
Schleswig-Flensburg (SL-FL)	Amt Südangeln Amt Geltinger Bucht
Segeberg (SE)	Amt Auenland Südholstein Amt Trave-Land
Steinburg (IZ)	Stadt Glückstadt Amt Schenefeld
Stormarn (OD)	Stadt Ahrensburg Stadt Reinbek

Die Einwohnermeldeämter der kreisfreien Städte Kiel, Lübeck und Neumünster wurden im Februar 2023 jeweils um eine altersstratifizierte Stichprobe von Personen mit minderjährigen Kindern im Haushalt aus den jeweiligen Melderegistern im Umfang von jeweils 1.000 Familien und

<sup>1</sup> Zwei Einwohnermeldeämter pro Kreis, plus zwei Ämter, welche Adressen erst verspätet zur Verfügung stellten. Für diese Ämter waren bereits zufällig ausgewählte Ämter in dem jeweiligen Kreis ersatzweise kontaktiert worden und hatte Adressen geliefert, sodass aus dem Herzogtum Lauenburg und Dithmarschen Adressen aus drei Ämtern genutzt wurden.

die Einwohnermeldeämter der ausgewählten Kreise im Umfang von jeweils 500 Familien gebeten. Die Verwaltungsgemeinschaft Flensburg / Glücksburg wurde um 1.500 Adressen gebeten. Die rechtliche Grundlage dafür bildet § 46 des Bundesmeldegesetzes (BMG).



Abbildung 1: Kreise und kreisfreie Städte in Schleswig-Holstein (Quelle: Liste der Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein – Wikipedia („CC BY-SA 4.0“))

Aufgrund der von den Einwohnermeldeämtern bis Mai 2023 zur Verfügung gestellten Adresslisten und den darin aufgelisteten Geschwisterkindern standen letztendlich Adressen von 16.358 Familien für die Studienteilnahme zur Verfügung, die im Juni 2023 kontaktiert und zur Studienteilnahme eingeladen wurden. Die Beschaffung der Adressdaten aus den Einwohnermeldeämtern gestaltete sich extrem zeit- und arbeitsaufwendig.

Die Öffentlichkeit wurde über das Projekt in einer Pressemitteilung (<https://www.uni-luebeck.de/aktuelles/pressemitteilung/artikel/grosse-befragungsstudie-zur-kindergesundheit.html>) und über die Studien-Homepage (<https://research.uni-luebeck.de/de/projects/die-gesundheitliche-lage-und-die-versorgungssituation-von-kindern>) informiert. Darin wurde der lokale Bezug der Befragung mit dem Bundesland Schleswig-Holstein hervorgehoben, da aus früheren Untersuchungen bekannt ist, dass u. a. ein lokaler Bezug einer Studie potentielle Studienteilnehmende zur Teilnahme motiviert [25]. Auch wurde für die Onlinebefragung ein technischer Support zur Verfügung gestellt und für alle die Möglichkeit der Kontaktaufnahme zu einer Ansprechperson per E-Mail-Adresse und zeitweise per Telefon angeboten.

Der Versand der Studienunterlagen an die Familien erfolgte erstmalig am 12.6.2023. Darin wurden die Eltern(teile) über die Studie informiert, über datenschutzrechtliche Belange aufgeklärt und gebeten, innerhalb von zwei Wochen an der Befragung in Abhängigkeit von der Studiengruppe postalisch oder online teilzunehmen. An nicht antwortende Personen wurden am 7.9.2023 Erinnerungsschreiben versendet. Eine Teilnahme war bis 31.10.2023 möglich.

Um studienbegleitend die Rekrutierungsmethodik mit der höchsten Rücklaufquote zu ermitteln, erfolgte in Abhängigkeit von der Anzahl der von den Ämtern zur Verfügung gestellten Adressen eine zufällige Zuweisung der Adressen zu einer der folgenden vier Studiengruppen, die pro Kreis prozentual ähnlich viele Familien beinhalteten:

Gruppe A (Papierbefragung mit Erinnerung):

1.030 Eltern(teile) erhielten die Möglichkeit der Studienteilnahme nur mit einem Papier-Fragebogen. Es erfolgte ein Erinnerungsschreiben nach drei Monaten an Personen ohne Antwort mit erneuter Zusendung des Papierfragebogens und einer Postkarte zur Non-Response-Kurzbefragung.

Gruppe B (Wahl Papier- oder Onlinebefragung mit Erinnerung):

1.032 Eltern(teile) erhielten einen Papier-Fragebogen und einen personenbezogenen Link und QR-Code zur Onlinebefragung, sodass sie die Befragungsart wählen konnten. Nichtantwortende Personen wurden nach drei Monaten ebenfalls erinnert, allerdings erhielten sie nur ein Erinnerungsschreiben mit dem personenbezogenen Link und QR-Code zur Onlinebefragung und einer Postkarte zur Non-Response-Kurzbefragung.

### Gruppe C (Onlinebefragung mit Erinnerung):

1.030 Personen erhielten ein Einladungsschreiben zur Studienteilnahme nur mit einem personenbezogenen Link und QR-Code zur Onlinebefragung, nichtantwortende Personen wurden nach drei Monaten postalisch erinnert und erhielten dazu noch einmal den personenbezogenen Link und QR-Code zur Onlinebefragung sowie eine Postkarte zur Non-Response-Kurzbefragung.

### Gruppe D (Onlinebefragung ohne Erinnerung):

13.266 Personen erhielten ein Einladungsschreiben zur Studienteilnahme mit einem personenbezogenen Link und QR-Code zur Onlinebefragung und kein Erinnerungsschreiben.

Beim Vorhandensein von mehr als einem Kind unter 18 Jahre im Haushalt der Familie wurden die Eltern(teile) gebeten, nur über das Kind zu berichten, das als nächstes Geburtstag hat. Dieses Vorgehen sollte die Teilnahmebereitschaft von Familien mit mehreren Kindern erhöhen und die Repräsentativität der Stichprobe erhalten.

## 5.2 Studien-Einwilligung

Potenziell teilnehmende Personen erhielten durch das Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck (ISE) eine schriftliche Studieninformation, die ausführlich über den Zweck, die Inhalte, die Freiwilligkeit, den Ablauf der Studie, den Datenschutz, Studienverantwortliche etc. informiert. Alle potenziell Teilnehmende der Onlinebefragung erhielten einen individuellen Zugangscode per Post, der vor der Teilnahme auf dem Onlinebefragungs-Portal „LimeSurvey“ ([www.limesurvey.org](http://www.limesurvey.org)) eingegeben werden musste. Durch ein einfaches Kreuz bzw. die Rücksendung des Fragebogens willigten Teilnehmende schriftlich bzw. elektronisch in die Studienteilnahme ein.

Der Zugangscode wurde zusammen mit den Anschriften in einer separaten Teilnahme-Datentabelle gespeichert. Die Antworten aus der Befragung wurden pseudonymisiert nur mit dem Zugangscode in einer anderen Antwort-Datenbank gespeichert. Nicht antwortende Personen der Studiengruppen A, B und C wurden ermittelt und einmalig im September 2023 an die Studienteilnahme erinnert.

Studienteilnehmende hatten die Möglichkeit in eine erneute Kontaktaufnahme einzuwilligen, z. B. für Follow-up-Befragungen oder neue Studien. Personenbezogene Adressdaten dieser Personen werden weiterhin am Institut in der separaten *Teilnahme*-Datentabelle gespeichert. Für

die anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden die personenbezogenen Adressdaten nach Abschluss der Datenauswertung aus der *Teilnahme-Datentabelle* gelöscht und die Daten wurden somit anonym.

### 5.3 Befragungsinhalte und Befragungsinstrumente

Im Folgendem werden die Befragungsinhalte und -instrumente vorgestellt, bei Kenntnis der eingesetzten Instrumente, kann mit den Ergebnissen auf Seite 25 fortgefahren werden. Auswertungen auf Kreisebene sind dem Anhang zu entnehmen.

#### 5.3.1 Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen

Körperliche, psychische, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit werden durch die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL) beschrieben (Ergebnisse siehe Kapitel 6.5). Die HRQoL der Kinder und Jugendlichen wurde mit dem KIDSCREEN-10 erhoben und entsprechend der Auswertungsvorschrift für 8- bis 18-jährige Kinder wurden Summenwerte berechnet, die auf Werte von 0-100 transformiert wurden, ein höherer Wert bildet eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität ab. Einzelne fehlende Werte der Items wurden durch Mittelwerte ersetzt [29, 30].

Neben dem Zusatzitem aus dem KIDSCREEN-10 zur allgemeinen Gesundheit (Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben?) wurde, wie in der KIDA-Befragung (Kindergesundheit in Deutschland) entsprechend einer von der WHO empfohlenen Formulierung, allgemein nach der psychischen Gesundheit gefragt (Wie würden Sie die psychische (seelische) Gesundheit Ihres Kindes im Allgemeinen einschätzen?) [31, 32]. Eltern konnten ihre Einschätzung zur allgemeinen Gesundheit ihres Kindes auf einer 7-stufigen Likert-Skala von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“ angeben. Für die Analysen wurden die beiden ersten und drei folgenden Kategorien zusammengefasst. Ebenso wurden die beiden ersten Antwortkategorien der 7-stufigen Likert-Skala von „ausgezeichnet“ bis „schlecht“ für die psychische Gesundheit, für die Auswertung zusammengefasst. Dieses Vorgehen entspricht dem Vorgehen der Analysen der KIDA-Studie. Abgebildet werden Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle (95 %-KI) nach Agresti und Coull [33] (Ergebnisse siehe Kapitel 6.3 und 6.4).

### 5.3.2 Bedarf an pädiatrischer Versorgung

Mit dem Children and Youth with Special Health Care Needs (CSHCN)-Screener [34] wurden Kinder identifiziert, für die aufgrund eines anhaltenden körperlichen, geistigen, verhaltensbedingten oder sonstigen Gesundheitszustands ein erhöhter Bedarf von länger als 12 Monate besteht. Erfragt werden mit fünf Hauptfragen und jeweils zwei bzw. einer Unterfrage (1) die Einnahme verschreibungspflichtiger Medikamente, (2) die Notwendigkeit psychosozialer oder pädagogischer Unterstützung, (3) funktionelle Einschränkungen, (4) spezieller Therapiebedarf und (5) emotionale, Entwicklungs- oder Verhaltensprobleme. Wenn mindestens eine der fünf Fragen mit Unterfrage(n) bejaht wird, ist der CSHCN-Screener positiv. In diesem Fall definiert der CSHCN-Screener das Kind als chronisch krank aufgrund eines erhöhten Versorgungs- und / oder Unterstützungsbedarfs (Ergebnisse siehe Kapitel 6.6).

Die Häufigkeit der Inanspruchnahme und Bedürfnisse sowie ergänzend das Schwierigkeitsempfinden der Inanspruchnahme pädiatrischer, hausärztlicher und notfallmedizinischer Leistungen wurden mit der Elternversion des Fragebogens Child Health Care - Satisfaction, Utilization and Needs (CHC-SUN Teil 1) erfasst [35]. Die darin enthaltene Auswahlliste zur vollständigen, teilweisen und nicht erfüllten Inanspruchnahme ausgewählter nichtärztlicher, diagnostischer und ärztlicher Leistungen wurden aufgrund der aktuellen Situation ergänzt durch „Videokonsultationen“ und „spezielle Konsultationen im Krankenhaus“ (Ergebnisse siehe Kapitel 6.7).

Zusätzlich wurde der Zeitbedarf für die Entfernung zu ärztlichen Leistungsanbietern (wie Kinder-, Haus- und Fachärzten\*innen und Krankenhaus) erfragt.

### 5.3.3 Zufriedenheit mit pädiatrischer Versorgung

In Adaptation des CHC-SUN Teil 2 wurde die Zufriedenheit mit dem jeweiligen letzten Arztbesuch mit Hilfe von acht Aspekten der Versorgung, die auf nahezu alle Kinder und Jugendliche zutreffen, mit einer 5-stufigen Likert Skala von „nicht zufrieden“ bis „äußerst zufrieden“ erfragt. Die abgefragten Aspekte waren Wartezeiten bis zum Termin und Wartezeiten in der Praxis / Krankenhaus, Informationen über die Erkrankung / en, Behandlungsmöglichkeiten und Impfungen, kommunikative ärztliche Fähigkeiten, die zur Verfügung gestellte ärztliche Zeit sowie die intersektorale Zusammenarbeit (Ergebnisse siehe Kapitel 6.9).

#### 5.3.4 Gesundheitskompetenz der Eltern

Die Gesundheitskompetenz wurde mit der Kurzform des European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q16) gemessen [36]. Danach wird die Gesundheitskompetenz wie folgt verstanden: *„Gesundheitskompetenz ist mit der Lese- und Schreibfähigkeit verbunden und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen für den Zugang zu, das Verstehen, die Bewertung und Anwendung von Gesundheitsinformationen, um sich im Alltag über das Gesundheitswesen, die Krankheitsprävention und die Gesundheitsförderung eine Meinung zu bilden und Entscheidungen zu treffen, die die Lebensqualität im Lebensverlauf erhalten oder verbessern.“* [36]. Die Fragen des HLS-EU-Q16 wurden adaptiert auf die Gesundheitskompetenz der Eltern in Bezug auf die Versorgung der Kinder. Die Fragen erfassen die vier Dimensionen (allgemeine) Gesundheitskompetenz (Zugang, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen) in den Bereichen Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Krankenversorgung. Die Items beziehen sich auf verschiedene Aufgaben und Tätigkeiten, die im Zusammenhang mit gesundheitlicher Versorgung, Krankheitsprävention oder Gesundheitsförderung stehen.

Die Eltern wurden gebeten jeweils einzuschätzen, wie einfach die jeweilige Aufgabe oder Tätigkeit ihrer Ansicht nach ist („sehr einfach“, „ziemlich einfach“, „ziemlich schwierig“, „sehr schwierig“). Für die Berechnung der Summenscores wurden die Angaben dichotomisiert und anschließend die Werte dem Gesundheitskompetenz-Level entsprechend der Auswertungsempfehlung zugewiesen. Werte von 1-8 wurden als „inadäquat“, Werte von 9-12 als „problematisch“ und Werte von 13-16 als „ausreichend“ kategorisiert [36]. Befragten mit mehr als zwei fehlenden Werten wurde kein Summenscore zugewiesen (Ergebnisse siehe Kapitel 6.10).

#### 5.3.5 Bildschirmzeiten und Computerspielverhalten der Kinder und Jugendlichen

Erhoben wurden aus Elternsicht die durchschnittlichen Bildschirmzeiten der Kinder und die drei hauptsächlichsten Verwendungszwecke für Bildschirmzeiten (Auswahl: „TV, Video, Streaming“, „Gaming/digitale Spiele“, „Social media“, „Hören (Musik, Podcasts, Radio, Hörspiele/-Bücher)“ und „Lesen (E-Books, Online-Zeitschriften/-Zeitungen)“).

Aus der Variable Bildschirmzeiten wurden entsprechend den Empfehlungen der *S2k Leitlinie zur Prävention dysregulierten Bildschirmmediengebrauchs* die dichotome Variable „empfohlene Bildschirmzeit überschritten“ mit den Ausprägungen „ja“ und „nein“ gebildet. Folgende altersabhängige Bildschirmzeiten wurden dabei zugrunde gelegt: bis 3 Jahre keine Bildschirmzeit, 3

bis 6 Jahre bis 30 Minuten, 6 bis 9 Jahre bis 45 Minuten, 9 bis 12 Jahren eine Stunde und 12 bis 17 Jahre maximal zwei Stunden pro Tag.

Zusätzlich wurde der Elternfragebogen zur Gamingsucht (GADIS-P) ohne Zeitkriterium ausgefüllt [37], wenn das Kind Bildschirmzeiten für Computerspiele nutzte, um so eine grobe Einschätzung eines problematischen Umgangs mit Computerspielen der Kinder zu erhalten. Bei dem GADIS-P handelt es sich um ein Screening-Instrument, das auf den ICD-11 Kriterien der Computerspielstörung basiert. Es umfasst neun Symptomaussagen zur Priorisierung des Gamings vor anderen Aktivitäten, Fortsetzen des Gamings trotz negativer Konsequenzen, Kontrollverlust über das Spielverhalten in den letzten zwölf Monaten die auf einer 5-stufigen Likert-Skala von „stimme überhaupt nicht zu“ (0 Punkte) bis „stimme völlig zu“ (4 Punkte) beantwortet werden können. Berechnet wurde ein Summenscore für „kognitiv behaviorale Symptome“ (Frage 1, 2, 4, 5) und ein Summenscore für „negative Konsequenzen“ (Fragen 3, 6, 7, 8, 9). Ist lediglich der Summenscore für „kognitiv behaviorale Symptome“ größer neun deutet dies, laut Auswertungsvorschrift, auf eine riskante Nutzung digitaler Spiele hin, die ein erhöhtes Risiko für negative Konsequenzen aufgrund des Computerspielverhaltens indiziert. Summenscores für „negative Konsequenzen“ von größer fünf liefern Hinweise auf das Bestehen unspezifischer psychischer Probleme, die weiter untersucht werden sollten. Sind beide Summenscores oberhalb der Cut-off-Werte, kann dies hinweisgebend für eine pathologische Nutzung digitaler Spiele sein, die weiter beobachtet bzw. weiter eruiert werden sollte. Die Auswertung erfolgt für 10-17-jährige Kinder (Ergebnisse siehe Kapitel 6.11).

### 5.3.6 Gesundheitsverhalten

#### 5.3.6.1 Ernährung

In Analogie zur KIDA-Befragung wurde die Häufigkeit des Verzehrs von zuckerhaltigen Getränken, Obst und Gemüse mit 5-stufigen Likert Skalen von „täglich oder mehrmals täglich“, bis „nie“ erfragt (Ergebnisse siehe Kapitel 6.12.1).

Darüber hinaus wurde, wie in der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS-Studie) des Robert Koch-Instituts (RKI), Eltern aufgefordert anzugeben, ob sie der Ansicht sind, dass ihr Kind „viel zu dünn ist“, „ein bisschen zu dünn ist“, „genau das richtige Gewicht hat“, „ein bisschen zu dick ist“ oder „viel zu dick ist“. Als Antwortmöglichkeit konnten Eltern zwischen „ja“, „nein“ und „weiß nicht“ wählen. Einschätzungen des Körperbildes werden im Zusammenhang mit Adipositas-Prävention diskutiert.

#### 5.3.6.2 Stillen

Da auch das Stillen Einfluss auf den Gesundheitsstatus von Mutter und Kind haben kann, während der COVID-19-Pandemie Gesundheitsdienstleistungen, also möglicherweise auch Hebammenhilfen und Stillberatung, nicht im gewohnten Umfang zur Verfügung standen und keine aktuellen Daten zu Stillquoten vorliegen, wurden Eltern gefragt, ob das Kind jemals gestillt wurde, wie lange es ausschließlich und insgesamt gestillt wurde. Daraus abgeleitete Stillquoten werden nach Geburtsjahr und Region dargestellt (Ergebnisse siehe Kapitel 6.12.2). Die Fragestellung erfolgt in Anlehnung an die Studie für Kinder und Jugendliche in Deutschland (KiGGS).

#### 5.3.6.3 Rauchen

Erfragt wurde die Häufigkeit des Rauchens von Kind, Eltern und anderen möglichen Haushaltsmitgliedern. Als Antwortkategorien standen folgende Möglichkeiten zur Auswahl: „gar nicht“, „gelegentlich“, „täglich“, „weiß nicht“. Der Rauchstatus wurde in verkürzter Form zur GEDA-Befragungen erhoben [38] (Ergebnisse siehe Kapitel 6.12.3 und 6.12.4).

#### 5.3.6.4 Alkoholkonsum

In Analogie zum Rauchstatus wurde der Konsum von Alkohol des Kindes, der Eltern und anderer Haushaltsmitglieder erfragt.

#### 5.3.6.5 BMI und Geburtsgewicht

Zur Berechnung des BMI wurden die Größe und das Gewicht der Kinder erhoben. Der BMI berechnet sich aus dem Quotienten aus Körpergewicht und Körpergröße zum Quadrat ( $\text{kg} / \text{m}^2$ ). Die berechneten BMI-Werte wurden alters- und geschlechtsabhängig den BMI-Perzentil-Kategorien „<10. BMI-Perzentile“, „10. -90. BMI-Perzentile“ und „>90. BMI-Perzentile“ nach Kromeyer-Hauschild zugeordnet [39]. Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindesalter (AGA) empfiehlt die Anwendung dieser Referenzkurven zur Bewertung des BMI bei Kindern in Deutschland. Kinder, deren BMI über der 90. Perzentile liegt, werden als übergewichtig und Kinder mit BMI-Werten unter der 10. Perzentile als untergewichtig betrachtet (Ergebnisse siehe Kapitel 6.12.5).

Zusätzlich wurde das Geburtsgewicht der Kinder erhoben, da ein hohes Geburtsgewicht als Risikofaktor für die Entwicklung von Adipositas im späteren Lebensverlauf gilt [40–43]. In Deutschland hat rund jedes zehnte neugeborene Kind ein Geburtsgewicht von 4.000g oder

mehr [44] und jedes fünfzehnte von unter 2.500 g [45]. Kinder mit einem niedrigen Geburtsgewicht haben ein höheres Risiko für Entwicklungsbeeinträchtigungen und Krankheiten im späteren Leben – darunter chronische Erkrankungen wie Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen [44].

#### 5.3.6.6 *Bewegung, Bewegungsumgebung und Schwimmbefähigung*

Die sportliche Aktivitäten des Kindes und die elterliche Zufriedenheit mit Bewegungs- und Sportmöglichkeiten im Wohnumfeld wurden in Anlehnung an den MoMo-Aktivitätsfragebogens erfragt [46, 47].

Das Erreichen der WHO-Bewegungsempfehlung wurde, wie in KIDA retrospektiv über die Eltern erhoben. In der Auswertung werden die ersten vier Antwortoptionen (lebhaftes Bewegen [...] „weniger als 1 Stunde“, „1-2 Stunden“, „3-4 Stunden“, „5-6 Stunden“ in weniger als 7 Stunden in der letzten Woche) zur Kategorie „nicht ausreichend“ zusammengeführt. Die WHO-Bewegungsempfehlung gilt als erreicht, wenn die Kategorie „mindestens 7 Stunden pro Woche“ angegeben wurde, da dies einer Aktivitätsdauer von durchschnittlich einer Stunde am Tag entspricht.

Darüber hinaus wurden der Einfluss der COVID-19-Pandemie und Gründe für die Teilnahme an Bewegungs- oder Sport-AGs in der Schule und an Sportvereinsangeboten oder Sportkursen in Fitnessstudios, Ballett- oder Schwimmschulen sowie die Schwimmbefähigkeit (Welches höchste Schwimmanzeichen hat Ihr Kind?) und die Zufriedenheit mit Bewegungs- und Sportmöglichkeiten für das Kind in Ihrem Wohnumfeld (5-stufige Likert-Skala von „nicht zufrieden“ bis „äußerst zufrieden“ erfragt (Ergebnisse siehe Kapitel 6.12.6).

#### 5.3.7 *Gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychische Gesundheit der Eltern*

Die globale gesundheitsbezogene Lebensqualität (Health-Related Quality of Life, HRQoL) der Eltern wurde mit den beiden 7-stufigen Likert-Skalen (von „sehr schlecht“ bis „ausgezeichnet“) zur allgemeinen Gesundheitswahrnehmung (Frage 29) und zur Lebensqualität (Frage 30) aus dem EORTC QLQ-C30 (Version 3, Zeitfenster 1 Woche) erfasst [48].

Zur Berechnung des Scores für die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde zunächst der Raw Score bestimmt, der sich aus dem Durchschnittswert der beiden Items der Gesundheitswahrnehmung und Lebensqualität ergibt. Anschließend erfolgte eine lineare Transformation des Raw Scores auf Werte von 0 bis 100. Höhere Werte repräsentieren eine bessere globale

gesundheitsbezogene Lebensqualität. Die Werte wurden am Schwellenwert von 33,3 dichotomisiert. Werte unter dem Schwellenwert sprechen für eine geringere globale gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Die psychische Gesundheit des teilnehmenden Elternteils wurde mit dem Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) erfasst [49]. Der PHQ-4 ist ein validierter Kurzfragebogen zur Selbstberichterstattung, der sich aus zwei Items für Depression (PHQ-2) und zwei Items für Angstzustände (GAD-2) zusammensetzt. Zu den Kernkriterien (nach Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV) für Depressivität zählen das Gefühl von Interessens- und Freudeverlust (Item 1), Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit (Item 2) und für Angststörungen sind es Nervosität, Ängstlichkeit oder Besorgnis (Item 3) und Unruhegefühle (Item 4). Gefragt wurde nach der Häufigkeit der genannten Symptome in den letzten zwei Wochen jeweils auf einer 4-Stufigen Likert-Skala. Für die Antwortmöglichkeiten von „überhaupt nicht“ bis „fast jeden Tag“ werden 0-3 Punkte vergeben, aus denen jeweils Skalen-Summenwerte berechnet werden (0–6 Punkte). Skalenwerte ab 3 weisen auf eine möglicherweise vorliegende Depression bzw. Angststörung hin (Ergebnisse siehe Kapitel 6.13).

#### 5.3.8 Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung wurde mit der Oslo 3-Item Social Support Scale (OSS-3) erhoben, ein in Europa gebräuchliches Inventar zur Messung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung [50]. Die drei Items der Skala erfassen die Anzahl nahestehender Menschen bei ernsthaften Problemen, die Menge des Interesses und der Anteilnahme anderer Personen sowie der Einfachheit, in der Nachbarschaft praktische Hilfe bei Bedarf zu erlangen. Die Items wurden nach entsprechender Polung zu einem Summenwert zusammengefasst (3 bis 14 Punkte) und die Punktwerte anschließend als niedrige (3 bis 8), moderate (9 bis 11) oder hohe soziale Unterstützung (12 bis 14) kategorisiert (Ergebnisse siehe Kapitel 6.14).

#### 5.3.9 Soziodemografischen Angaben

Als soziodemografische Angaben wurden das Geschlecht, das Alter, der Migrationshintergrund der Eltern und des Kindes sowie der Bildungsstand und die wöchentliche Arbeitszeit der Eltern, aber auch die Alltagssprache in der Familie erhoben. Das Bildungsniveau wurde nach ISCED 2011 und dem deutschen Mikrozensus 2020 berechnet [51]. Altersgruppenangaben variieren in Abhängigkeit von Referenzwerten für die jeweiligen Instrumente (Ergebnisse siehe Kapitel 6.2).

### 5.3.10 Methodische Zielgrößen

Die Rücklaufquote in Abhängigkeit von der Befragungsmethodik (Onlinebefragung vs. postalische Papier-Befragung) und der Art der Erinnerung (Erinnerungsschreiben mit erneuter Zusendung eines Fragebogens vs. Erinnerungsschreiben nur mit Link zur Onlinebefragung vs. keine Erinnerung) werden dargestellt (Ergebnisse siehe Kapitel 6.1).

### 5.3.11 Non-Responder-Befragung

Personen der Studiengruppe A, B und C, die auf das erste Einladungsschreiben nicht antworteten, erhielten mit den Erinnerungsschreiben eine Karte zur Non-Responder-Befragung mit deren Hilfe Gründe für die Nichtteilnahme an der Studie erfragt wurden. Folgende Antwortmöglichkeiten konnten angekreuzt werden: „In der Teilnahme sehe ich keinen Nutzen.“, „Die Teilnahme ist zu zeitaufwändig.“, „Ich hatte technische Schwierigkeiten.“, „Ich nehme grundsätzlich an keinen Studien/Datenerhebungen teil.“, „Anderer Grund. Welcher?“. Zusätzlich wurden diese Personen gebeten, die folgenden zwei Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand des Kindes und zum Schwierigkeitsempfinden für kinderärztlicher Hilfe zu beantworten. Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben? Antwortmöglichkeit: „sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“, „sehr schlecht“. War es in den letzten 12 Monaten schwierig kinderärztliche Hilfe für Ihr Kind zu bekommen? Antwortmöglichkeit: „extrem schwierig“, „sehr schwierig“, „schwierig“, „etwas schwierig“, „gar nicht schwierig“ (Ergebnisse siehe Kapitel 6.15).

## 5.4 Statistische Methoden

Zunächst erfolgt eine ausführliche deskriptive Analyse der erhobenen Versorgungsvariablen und anschließend explorative Analysen. Quantitative Daten werden durch Mittelwerte und Standardabweichungen bzw. 95 %-Konfidenzintervalle der Mittelwerte oder durch absolute und relative Häufigkeiten in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle nach Agresti und Coull [33] berichtet bzw. dargestellt. Konservativ wird bei einem nicht überlappenden 95 %-Konfidenzintervall von einem statistisch signifikanten Gruppen-Unterschied ausgegangen.

Bei ausreichend großer Zellenbesetzung werden Gruppen-Unterschiede z. B. zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne chronische Erkrankungen und andere Subgruppen explorativ auf statistische Unterschiede getestet, wobei der Chi-Quadrat-Test für ordinal und nominal skalierte Variablen und der t-Test für metrische Variablen verwendet wird. Ein signifikanter Unterschied wird bei einem p-Wert von weniger als 0,05 angenommen.

Die Stichprobengröße ermöglicht erste grundlegende Analysen sowie erste Subgruppenanalysen, z. B. nach Altersgruppen oder Geschlecht. In Teilen wurden für die Auswertungen Kategorien zusammengefasst, wenn Kategorien gering besetzt waren. Bei differenzierteren Betrachtungen können bei gering besetzten Kategorien die Ergebnisse mit statistischen Unsicherheiten behaftet sein. Zur Einordnung der Datenvollständigkeit wird die Anzahl fehlender Werte berichtet. Die Analysen wurden mit dem Statistikprogramm SPSS 22.0 durchgeführt.

## 6 Ergebnisse

### 6.1 Rücklauf

Von den 16.358 versendeten Einladungsschreiben konnten 511 (3,1 %) nicht zugestellt werden, 24 (0,1 %) kontaktierte Personen teilten aktiv ihre Nicht-Teilnahmebereitschaft mit und fünf (0,03 %) Fragebögen wurden ausgeschlossen, da die Kinder bereits 18 Jahre alt waren. Bei einer Nettostichprobe von 15.818 und 2.609 zurück gesendeten bzw. online ausgefüllten Fragebögen ergibt sich eine Antwortquote von 16,5 %. Im Folgenden wurden weitere 93 leere Fragebögen (vorwiegend aus der Onlinebefragung) ausgeschlossen, was zu einer Rücklaufquote von 15,9 % führt (Abbildung 2). Die Angaben aus allen anderen vorliegenden Fragebögen wurden in den

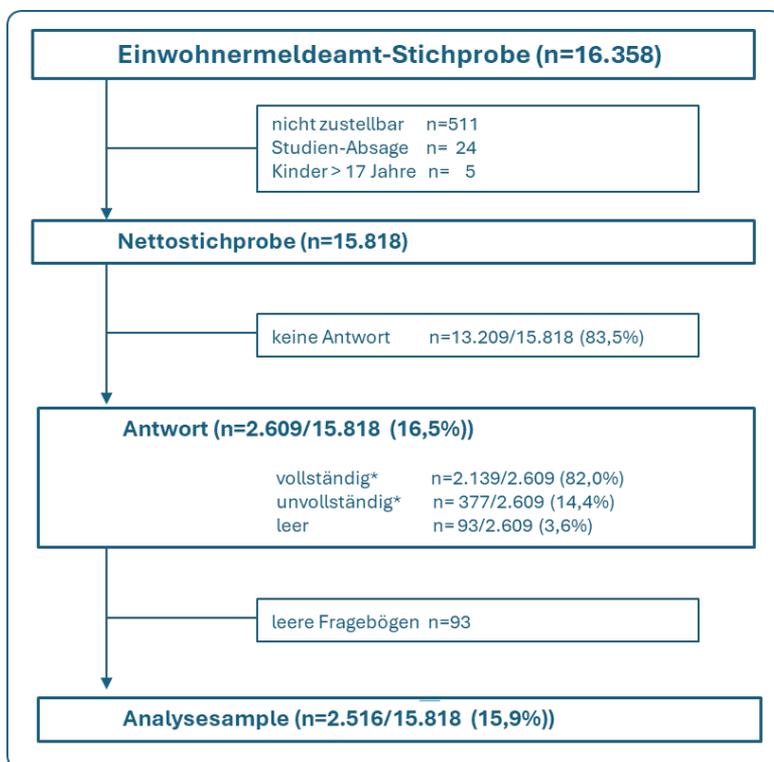
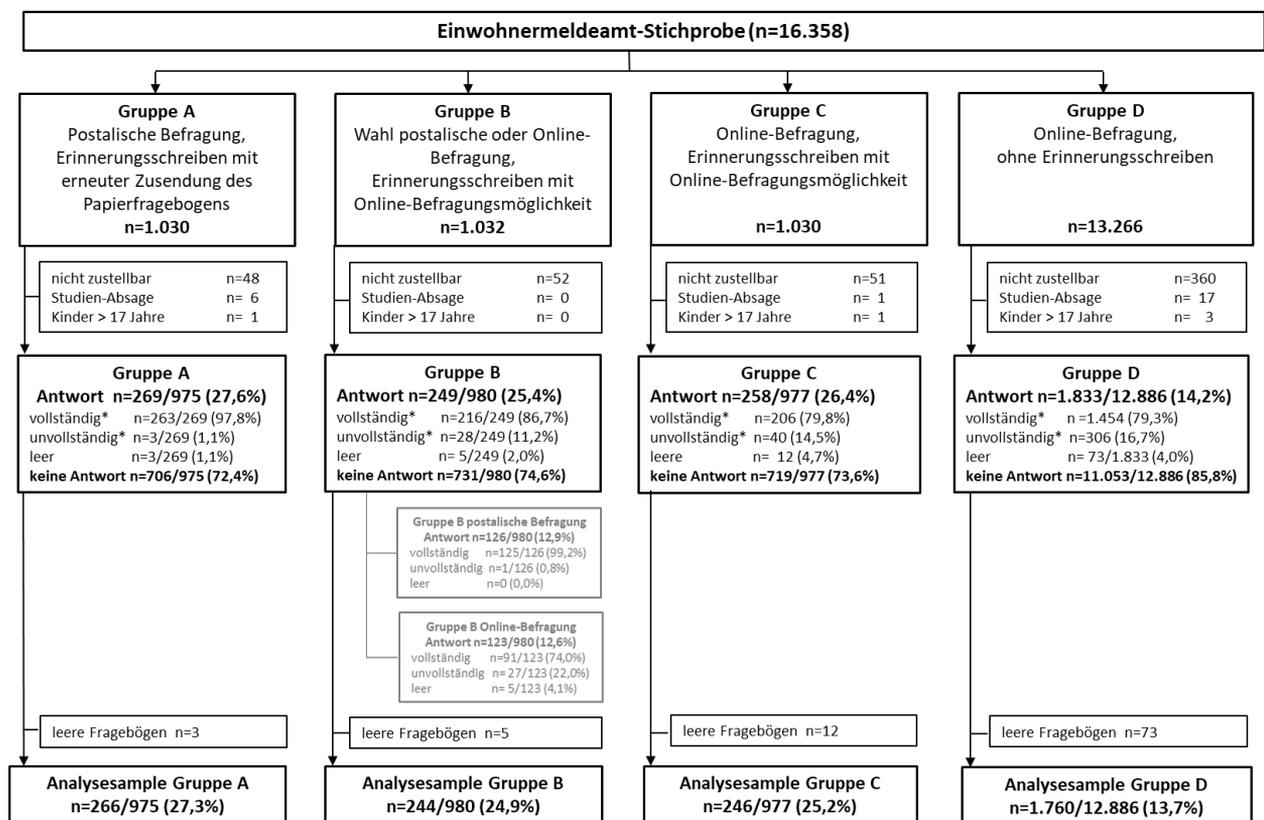


Abbildung 2: Flowchart (\*Vollständigkeitsangaben beziehen sich auf Pflichtangaben)

Analysen berücksichtigt. 2.139 (85,0 %) Personen füllten den Fragebogen in Bezug auf die Pflichtfragen vollständig aus. Onlinefragebögen wurden signifikant häufiger unvollständig ausgefüllt als Papierfragebögen ( $p < 0,001$ ). Die Onlinefragebögen wurden im Mittel in 26 Minuten ausgefüllt.

Die höchste Rücklaufquote mit 27,3 % konnte in der Gruppe A mit der postalischen Befragung mit Erinnerung und erneuter Zusendung des Papierfragebogens erzielt werden. Die zweitbeste Rücklaufquote konnte mit der Onlinebefragung mit Erinnerung mit 25,2 % in der Gruppen C erreicht werden. Vergleichbarer Rücklaufquote fanden sich in Gruppe B mit 24,9 %, deren Teilnehmende zwischen Papier- und Onlinebefragung wählen konnten und eine Erinnerung ohne erneute Zusendung des Papierfragebogens erhielten. Dabei wählten vergleichbar viele Teilnehmende den Papierfragebogen (12,9 %) und die Onlineversion (12,0 %; ohne leere Fragebögen). Die Rücklaufquoten dieser drei Gruppen unterschieden sich nicht signifikant voneinander. Die geringste Rücklaufquote wurde in der Gruppe D mit 13,7 % erzielt, deren Teilnehmende nur die Möglichkeit der Online-Teilnahme hatten und kein Erinnerungsschreiben erhielten (Abbildung 3). Die Rücklaufquote in Gruppe D war signifikant niedriger als in anderen Gruppen ( $p < 0,001$ ).



\*Vollständigkeitsangaben beziehen sich auf Pflichtangaben

Abbildung 3: Rücklauf nach Art der Befragung

Teilnehmende, mit und ohne Erinnerungsschreiben unterschieden sich nicht hinsichtlich Alter, Geschlecht und Bildungsstand. Teilnehmende, die erst nach der Erinnerung antworteten waren signifikant jünger (41,1 (SD=7,658) vs. 42,2 (SD=7,308);  $p=0,020$ ), hinsichtlich Geschlecht und Bildungsstand zeigte sich kein Unterschied.

Die Rücklaufquoten nach Kreisen und kreisfreien Städten unterschieden sich signifikant voneinander. Die höchste Rücklaufquote hatte der Kreis Pinneberg mit 24,3 % und die niedrigste der Kreis Schleswig-Flensburg mit 9,0 % (Abbildung 4).

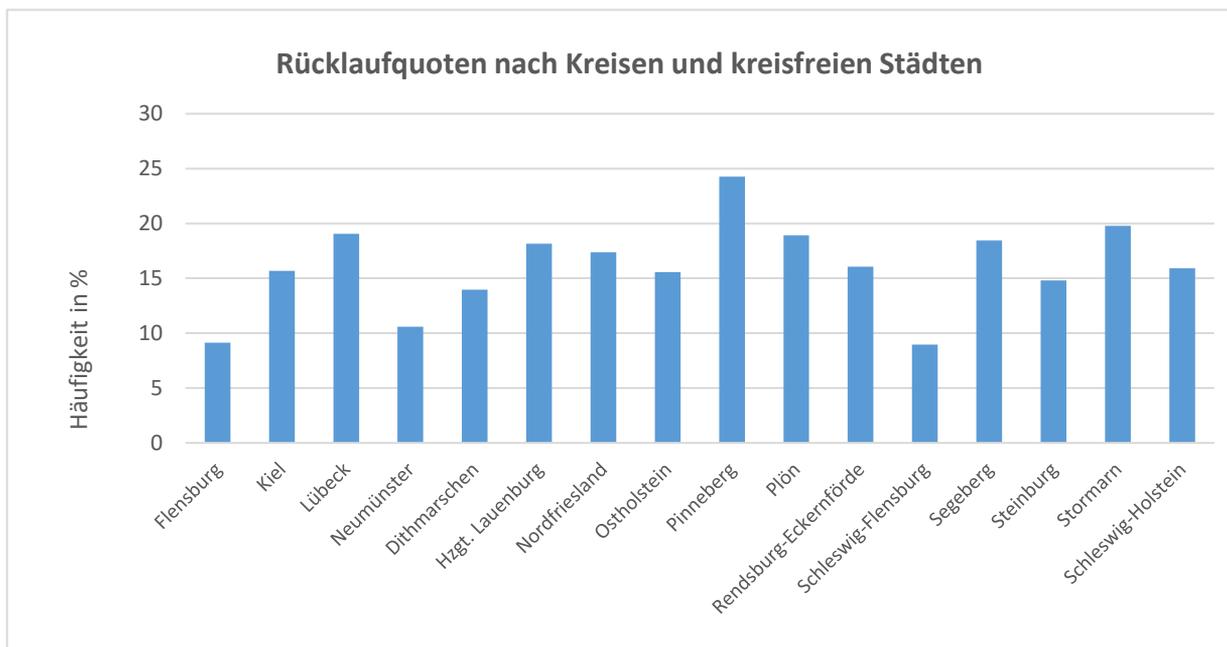


Abbildung 4: Rücklaufquoten nach Kreisen und kreisfreien Städten

## 6.2 Stichprobenbeschreibung

Die 2.516 eingeschlossenen Kinder und Jugendliche waren im Mittel 9,35 (SD=5,18) Jahre alt, zur Hälfte Mädchen und Jungen, 63,7 % der Kinder lebten mit mindestens einem Geschwister im Haushalt, 59 (2,8 %) Kinder waren außerhalb von Deutschland geboren und vier Fünftel waren gesetzlich krankenversichert. Nähere Angaben sind in Tabelle 1 dargestellt. Da die soziodemografischen Daten mit Ausnahme der Anzahl der Kinder im Haushalt, des Alters und des Geschlechts, am Ende der Befragung erhoben wurden, fehlen hierzu, insbesondere in der Onlinebefragung, die meisten Angaben.

Tabelle 1: Soziodemografische Angaben der Kinder

Merkmal	Ausprägung	n (gültige %) <sup>1</sup>	M (SD)
Altersgruppen	0-2 Jahre	378 (15,0 %)	9,35 (5,18)
	3-6 Jahre	558 (22,2 %)	
	7-10 Jahre	553 (22,0 %)	
	11-13 Jahre	395 (15,7 %)	
	14-17 Jahre	631 (25,1 %)	
	<i>fehlend</i>	1	
Alter in Jahren			9,35 (5,18)
Geschlecht	weiblich	1237 (49,2 %)	
	männlich	1270 (50,5 %)	
	divers	8 (0,3 %)	
	<i>fehlend</i>	1	
Anzahl Kinder im Haushalt <18 Jahre	1 Kind	910 (36,3 %)	
	2 Kinder	1182 (47,1 %)	
	3 Kinder	322 (12,8 %)	
	≥4 Kinder	96 (3,8 %)	
	<i>fehlend</i> <sup>2</sup>	6	
Anzahl Kinder im Haushalt <18 Jahre			1,86 (0,84)
in Deutschland geboren	nein	59 (2,8 %)	
	ja	2074 (97,2 %)	
	<i>fehlend</i> <sup>3</sup>	386	
Krankenversicherung	GKV	1708 80,4 %	
	GKV plus Beihilfe	42 2,0 %	
	PKV/Beihilfe	370 (17,4 %)	
	andere	5 (0,2 %)	
	keine	0 (0,0 %)	
	<i>fehlend</i> <sup>4</sup>	391	

<sup>1</sup> Anmerkung: Gültige Prozentangaben sind Prozentwerte ohne fehlende Angaben

<sup>2</sup> entspricht 0,2 % der Gesamtstichprobe (n=2.516)

<sup>3</sup> entspricht 15,2 % der Gesamtstichprobe (n=2.516)

<sup>4</sup> entspricht 15,5 % der Gesamtstichprobe (n=2.516)

Diejenigen Elternteile, die den Fragebogen ausfüllten, waren zu 81,1 % (n=1.731) weiblich und im Mittel 42,0 Jahre alt. Zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes, über das sie berichteten, waren die Person im Mittel 32,6 Jahre alt. Die meisten Teilnehmenden waren verheiratet oder lebten in einer Partnerschaft (87,7 %) und verfügten über einen hohen Bildungsstand (58,2 %). Die Mütter waren zum überwiegenden Anteil in Teilzeit (57,3 %) und die Väter in Vollzeit (89,3 %) berufstätig. Etwas mehr als die Hälfte (55,2 %) der teilnehmenden Personen gaben an, in einer Stadt mit mehr als 5.000 Einwohnerinnen und Einwohner zu wohnen und damit eher städtisch zu leben, die anderen Familien (44,8 %) lebten eher ländlich bzw. in Städten bis 5.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Nähere Angaben zur soziodemografischen Beschreibung der Stichprobe sind der Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 2: Soziodemografische Angaben der Eltern

Merkmal	Ausprägung	n (gültige %) <sup>1</sup>	M (SD)
Alter in Jahren			42,0 (7,36)
Alter bei Geburt in Jahren			32,6 (5,43)
Altersgruppen bei Geburt des Kindes	< 26 Jahre	195 (9,2 %)	
	26-35 Jahre	1.376 (64,6 %)	
	36-45 Jahre	524 (24,6 %)	
	>45 Jahre	36 (1,7 %)	
	<i>fehlend</i> <sup>2</sup>	385	
Geschlecht	weiblich	1.731 (81,1 %)	
	männlich	399 (18,7 %)	
	divers	4 (0,2 %)	
	<i>fehlen</i>	382	
Familienstand	verheiratet/in Partnerschaft	1.872 (87,7 %)	
	ledig	104 (4,9 %)	
	geschieden/getrennt lebend	147 (6,9 %)	
	verwitwet	12 (0,6 %)	
	<i>fehlend</i>	381	
ohne Partnerin oder Partner lebend	ja	226 (10,6 %)	
	<i>fehlend</i>	384	
Bildungsstand <sup>3</sup>	niedrig	49 (2,3 %)	
	mittel	842 (39,5 %)	
	hoch	1.239 (58,2 %)	
	<i>fehlen</i>	386	
Migrationshintergrund <sup>4</sup>	ja	302 (14,2 %)	
	<i>fehlen</i>	382	
dänischen Minderheit	ja	67 (3,2 %)	
	<i>fehlend</i>	394	
Umfang der mütterlichen Berufstätigkeit	Vollzeit (≥35 h)	409 (19,3 %)	
	Teilzeit (15-34 h)	1.212 (57,3 %)	
	Teilzeit/stundenweise (<15 h)	193 (9,1 %)	
	nicht erwerbstätig	301 (14,2 %)	
	<i>fehlen</i>	381	
Umfang der väterlichen Berufstätigkeit	Vollzeit (≥35 h)	1.732 (89,3 %)	
	Teilzeit (15-34 h)	140 (7,2 %)	
	Teilzeit/stundenweise (<15 h)	16 (0,8 %)	
	nicht erwerbstätig	52 (2,7 %)	
	<i>fehlend</i>	381	
Wohnort	ländlich (<5.000 Einwoh- städtisch (>5.000 Einwoh- <i>fehlend</i>	954 44,8 % 1.174 55,2 % 381	

<sup>1</sup> Abweichungen von 100 % sind rundungsbedingt

<sup>2</sup> fehlende Werte liegen zwischen 15,1 % und 15,7 % der Gesamtstichprobe (n=2.516)

<sup>3</sup> nach ISCED 2011 (ISCED-A)

<sup>4</sup> mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren

### 6.3 Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen im Allgemeinen

Laut Elternangaben verfügten 90,3 % der Kinder über einen sehr guten oder guten allgemeinen Gesundheitszustand, 9,7 % der Eltern berichteten über einen mittelmäßigen bis sehr schlechten Gesundheitszustand für ihr Kind (Abbildung 5). Für die subjektive Gesundheit bestand kein signifikanter Geschlechterunterschied der Kinder und auch nicht zwischen dem Wohnort auf Kreisebene und zwischen Stadt und Land. Ein Vergleich der Altersklassen ergibt jedoch, dass

Eltern für ihre 0- bis 2-jährigen, 3- bis 6-jährigen und 7- bis 10-jährigen Kinder signifikant häufiger eine gute oder sehr gute subjektive Gesundheit berichteten als für 11-bis 13-jährige und 14- bis 17-jährige Kinder (Abbildung 6).

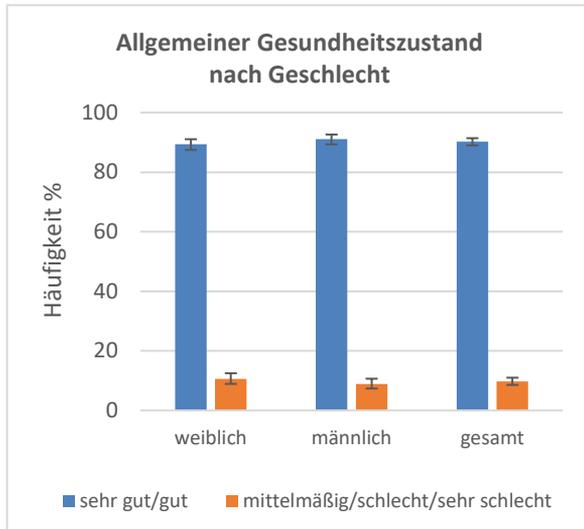


Abbildung 5: Allgemeiner Gesundheitszustand nach Geschlecht

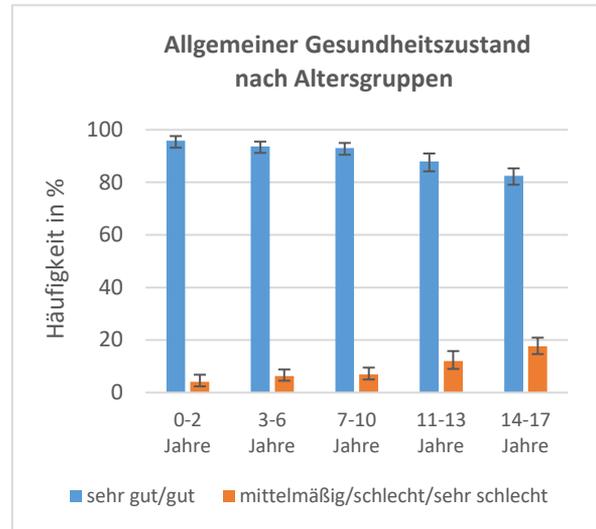


Abbildung 6: Allgemeiner Gesundheitszustand nach Altersgruppen

Des Weiteren zeigte sich ein signifikant höherer Anteil an Kindern mit mittelmäßiger bis schlechter allgemeiner Gesundheit bei Kindern, deren teilnehmender Elternteil ohne Partnerin oder Partner lebt (15,3 % (95 %-KI: 11,39 %-20,15 %) vs. 8,9 % (95 %-KI: 7,66 %-10,25 %)) (Abbildung 7) und bei Eltern mit einer inadäquaten Gesundheitskompetenz (19,1 % (95 %-KI: 14,54 %-24,58%) vs. 13,6 % (95 %-KI: 11,08 %-16,58 %) 6,35 % (95 %-KI: 5,14 %-7,82 %)) (Abbildung 8).

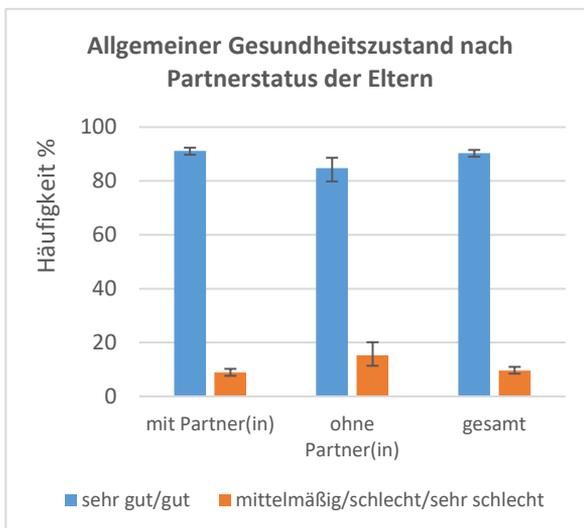


Abbildung 7: Allgemeiner Gesundheitszustand der Kinder nach Partnerstatus der Eltern

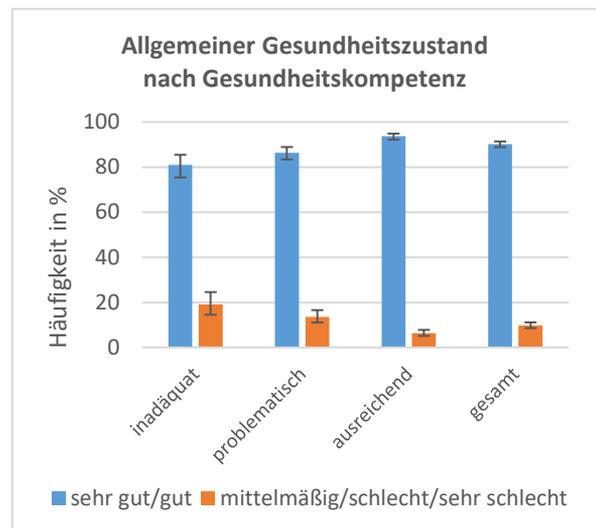


Abbildung 8: Allgemeiner Gesundheitszustand der Kinder nach Gesundheitskompetenz der Eltern

## 6.4 Psychische Gesundheit

Mehr als zwei Drittel (67,9 %) der teilnehmenden Elternteile berichteten von einer sehr guten bis ausgezeichneten allgemeinen psychischen Gesundheit ihres Kindes, ein gutes Fünftel (22,9 %) beurteilte sie als gut und knapp ein Zehntel (9,2 %) als weniger gut bis schlecht. Für die psychische Gesundheit bestand kein signifikanter Unterschied in Bezug auf das Geschlecht der Kinder (Abbildung 9), dem Wohnort (Kreis) sowie städtischer und ländlicher Wohnregion (Abbildung 10).

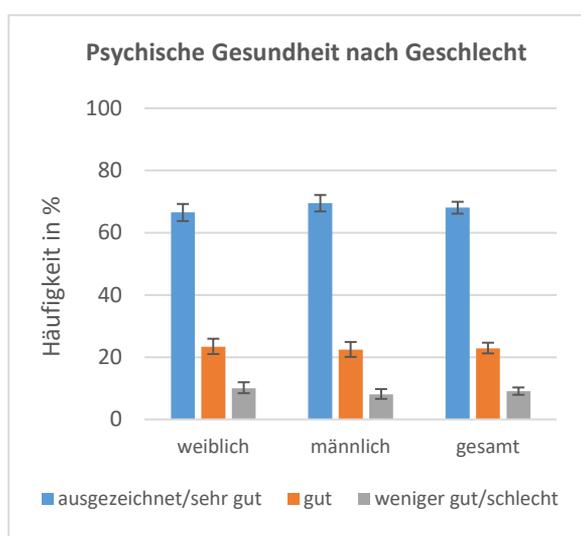


Abbildung 9: Psychische Gesundheit nach Geschlecht

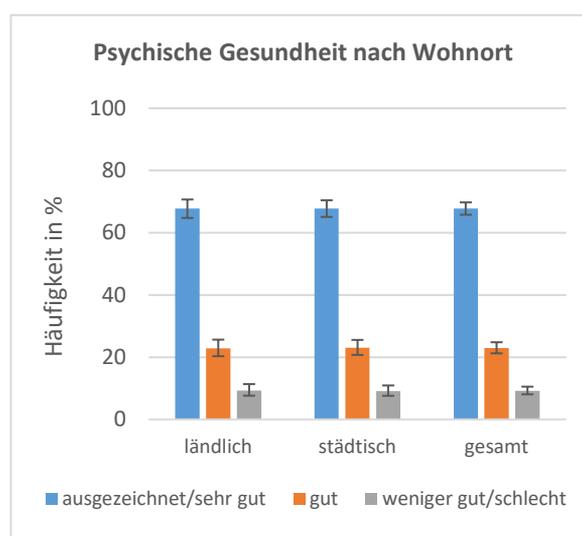


Abbildung 10: Psychische Gesundheit nach Wohnort

Der Anteil der Kinder mit einer sehr guten bis ausgezeichneten allgemeinen psychischen Gesundheit nahm von Altersgruppe zu Altersgruppe ab, bis zur Altersgruppe der 11- bis 13-jährigen Kindern war der Unterschied jeweils signifikant (Abbildung 11). In der Altersgruppe der 14- bis 17-jährigen Kinder wurde mit 17,8 % (95 %-KI: 14,85 %-21,12 %) der größte Anteil an Kindern mit weniger guter bis schlechter psychischer Gesundheit berichtet. Bereits in der Altersgruppe der 11- bis 13-jährigen Kindern betrug dieser Anteil 13,4 % (95 %-KI: 10,24 %-17,35 %). Zwar war der Anteil der Kinder mit einer sehr guten bis ausgezeichneten allgemeinen psychischen Gesundheit bei Eltern mit mittlerem Bildungsstand kleiner als bei Eltern mit hohem Bildungsstand, dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant (65,3 % (95 %-KI: 61,99 %-68,42 %) vs. 69,5 % (95 %-KI: 66,87 %-71,99 %)) (Abbildung 12). Die Häufigkeit der weniger guten bis schlechten psychischen Gesundheit ist aufgrund geringer Fallzahlen in der niedrigen Bildungsgruppe nur mit eingeschränkter statistischer Sicherheit zu interpretieren.

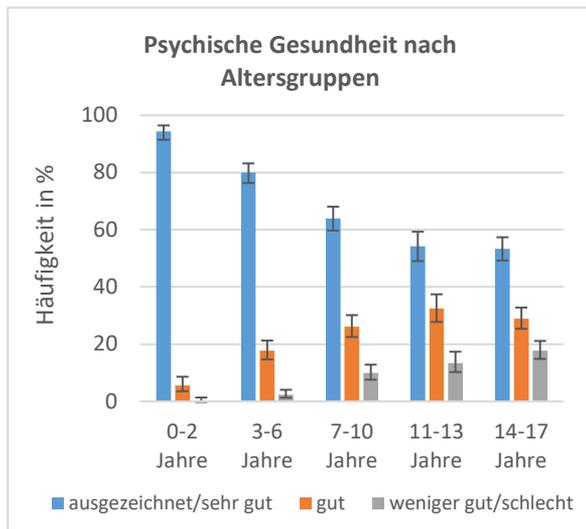


Abbildung 11: Psychische Gesundheit nach Altersgruppen

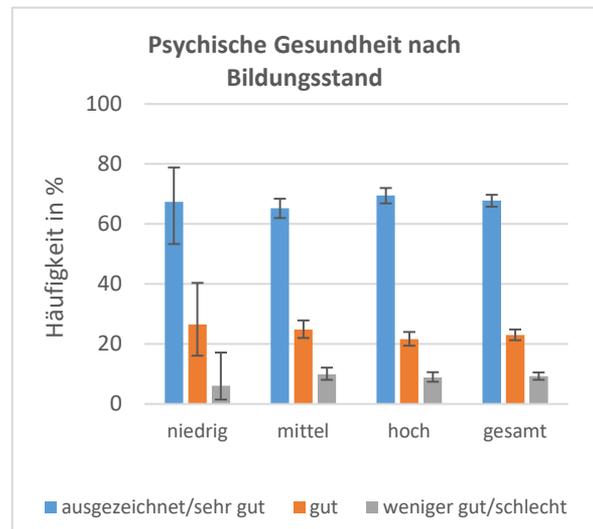


Abbildung 12: Psychische Gesundheit nach Bildungsstand der Eltern

Elternteile mit Partnerin oder Partner gaben signifikant häufiger eine sehr gute bis ausgezeichnete psychische Gesundheit ihres Kindes an als Elternteile ohne Partnerin oder Partner (70,6 % (95 %-KI: 68,54 %-72,66 %) vs. 47,9 % (95 %-KI: 41,91 %-53,94 %)) (Abbildung 13).

Anders als bei der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes war der Anteil der Kinder mit einer besseren psychischen Gesundheit bei einer besseren Gesundheitskompetenz der Eltern signifikant größer (Abbildung 14). So schätzten 73,6 % (95 %-KI: 71,13 %-75,94 %) der Eltern mit einer ausreichenden Gesundheitskompetenz die psychische Gesundheit ihres Kindes mit sehr gut bis ausgezeichnet ein. Bei denen mit einer problematischen Gesundheitskompetenz waren es 61,2 % (95 %-KI: 57,28 %-65,04 %) und bei Personen mit einer inadäquaten Gesundheitskompetenz waren es weniger als die Hälfte (48,3 % (95 %-KI: 42,01 %-54,66 %)).

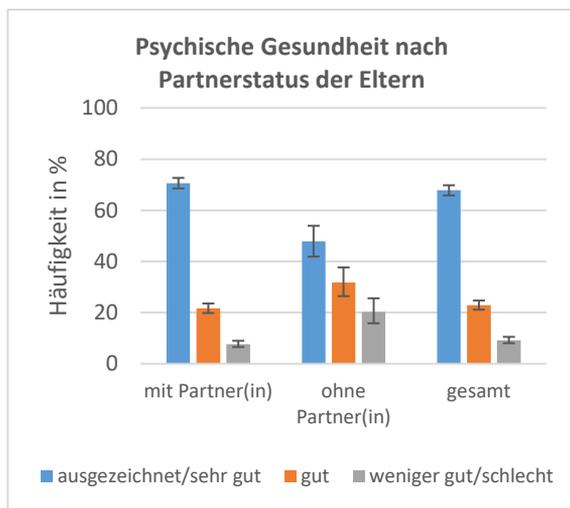


Abbildung 13: Psychische Gesundheit nach Partnerstatus der Eltern

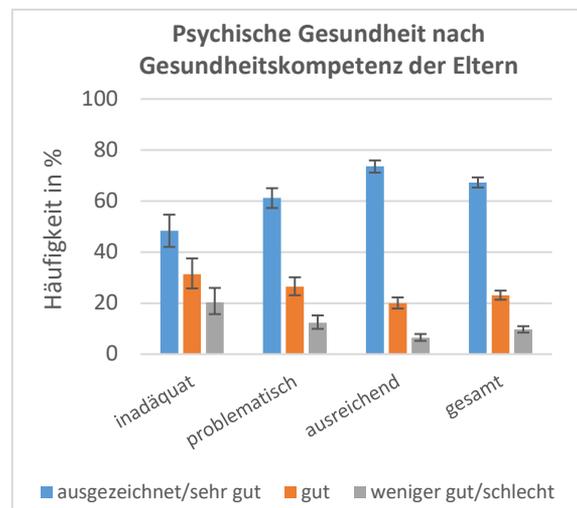


Abbildung 14: Psychische Gesundheit nach Gesundheitskompetenz der Eltern

## 6.5 Generelle gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Der auf Werte von 0-100 transformierte KIDSCREEN-10-Summenwert für die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität der 8- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen lag im Mittel bei 75,88 (SD=12,31). Mädchen wiesen signifikant niedrigere Werte für die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualitätswerte auf als Jungen. Ebenso war der Mittelwert der generellen gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei den 12- bis 17-jährigen Kindern niedriger als bei den 8- bis 11-jährigen Kindern und von Kindern mit einem positiven CSHCN-Screener niedriger als von Kindern mit negativem CSHCN-Screener. Für Kinder mit Hinweis auf ein pathologisches Nutzungsverhalten für digitale Spiele wurden die niedrigsten Mittelwerte, der untersuchten Subgruppen, für die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität angegeben (Tabelle 3).

Kinder mit Elternteilen ohne Partnerin oder Partner zeigten eine signifikant niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität im Vergleich zu Kindern von Eltern mit Partnerin oder Partner. Auch für Kinder von Eltern mit inadäquater Gesundheitskompetenz wurden im Vergleich zu Kindern von Eltern mit einer ausreichenden Gesundheitskompetenz signifikant niedrigere Werte für die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder berichtet.

Die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder unterschied sich nicht statistisch signifikant nach Wohnregion und auch nicht zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten ( $p=0,201$ ; Mittelwerte siehe Anhang).

Tabelle 3: KIDSCREEN-Summenwerte (transformiert auf Werte von 0-100; Elternangaben) für Stichprobe und Subgruppen

Merkmal	Ausprägung	M (SD)	p-Wert	[95 %-KI]
	gesamt	75,88 (12,31)		
<b>Geschlecht Kindes</b>	weiblich	75,01 (12,50)	0,012	
	männlich	76,74 (12,08)		
<b>Altersgruppe</b>	8-11 Jahre	77,42 (11,15)	<0,001	
	12-17 Jahre	74,76 (13,23)		
<b>CSHCN-Screener</b>	negativ	78,71 10,72	<0,001	
	positiv	68,38 13,44		
<b>Partnerstatus Eltern</b>	mit Partnerin oder Partner	76,65 (11,99)	<0,001	
	ohne Partnerin oder Partner	70,78 (13,97)		
<b>Gesundheitskompetenz Eltern</b>	inadäquat	69,67 (13,44)	<0,001	[67,46; 71,88]
	problematisch	73,07 (12,96)		[71,70; 74,45]
	ausreichend	78,19 (11,30)		[77,36; 79,01]
<b>Hinweis auf pathologisches Computerspielverhalten</b>	nein	77,07 (11,49)	<0,001	
	ja	66,87 (14,37)		
<b>Wohnort</b>	<5000 Einwohnerinnen und Einwohner	75,76 (12,68)	0,853	
	>5000 Einwohnerinnen und Einwohner	75,89 (12,28)		

## 6.6 Kinder mit erhöhtem Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf

Laut Angaben der Eltern bestand für 22,5 % (n=512) der 0- bis 17-jährigen Kinder mindestens ein erhöhter medizinischer, psychosozialer oder pädagogischer Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf. Kinder mit positivem CSHCN-Screener werden als chronisch krank definiert. Für die meisten (39,9 %) dieser 512 Kinder wurde ein Bedarf, für 20,9 % wurden zwei, für 18,4 % drei, für 14,5 % vier und für 6,3 % alle fünf Bedarfsbereiche des CSHCN-Screeners angekreuzt.

Wenngleich der Anteil an chronisch kranken Kindern bei Jungen etwas höher ausfiel als bei Mädchen, ergab sich kein statistisch signifikanter Geschlechterunterschied (23,17 % (95 %-KI: 20,82 %-25,7 %) vs. 21,51 % (95 %-KI: 19,21 %-24,01 %)).

Ein größerer Anteil an chronisch kranken Kindern fand sich in den höheren beiden Altersgruppen (27,1 % (95 %-KI: 22,75 %-31,98 %) vs. 29,3 % (95 %-KI: 25,75 %-33,22 %)). Von der jüngsten bis zu der Altersgruppe der 7- bis 10-jährigen Kindern waren die Unterschiede signifikant (8,0 % (95 %-KI: 5,53 %-11,44 %) vs. 17,8 % (95 %-KI: 14,73 %-21,33 %) vs. 25,9 % (95 %-KI: 22,25 %-29,91 %)) (Abbildung 15).

Während bei chronisch kranken Kindern ein Anteil von 45,2 % (95 %-KI: 40,87 %-49,64 %) auf vollständig ungedeckte Versorgungsbedarfe entfiel, war der Anteil bei den als nicht chronisch krank identifizierten Kindern mit 12,2 % (95 %-KI: 10,67 %-13,81 %) signifikant geringer (Abbildung 16).

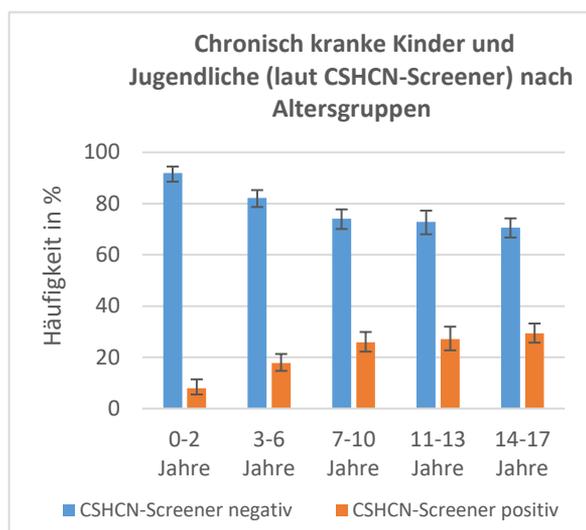


Abbildung 15: Anteil chronisch kranken und nicht chronisch kranken Kindern laut CSHCN-Screener nach Altersgruppen

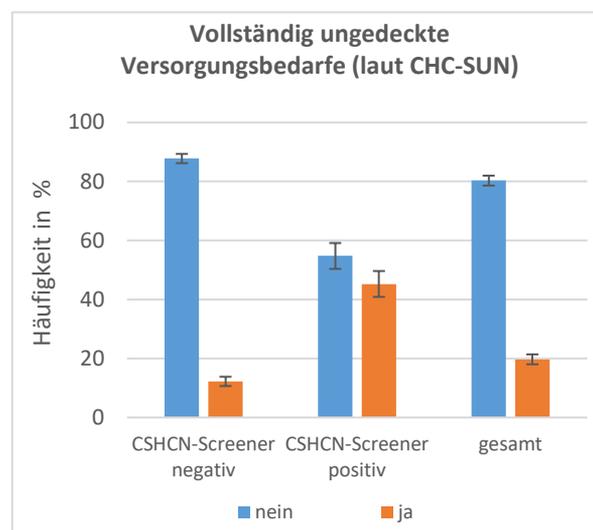


Abbildung 16: Anteil an ungedeckten Versorgungsbedarfe (laut CHC-SUN) von chronisch kranken und nicht chronisch kranken Kindern laut CSHCN-Screener

Für Kinder von Elternteilen ohne Partnerin oder Partner wurde im Vergleich zu Kindern von Elternteilen mit Partnerin oder Partner ein signifikant höherer Anteil an chronisch kranken Kindern berichtet (30,0 % (95 %-KI: 24,81 %-35,84 %) vs. 21,6 % (95 %-KI: 19,8 %-23,53 %)) (Abbildung 17).

Darüber hinaus fanden sich signifikante Unterschiede des Anteils an chronisch kranken Kindern in Bezug auf die Gesundheitskompetenz der Eltern. So wiesen 36,4 % (95 %-KI: 30,56 %-42,76 %) der Kinder von Eltern mit inadäquater Gesundheitskompetenz einen positiven CSHCN-Screener auf und mit 18,0 % (95 %-KI: 16,02 %-20,21 %) der Kinder von Eltern mit ausreichender Gesundheitskompetenz nur halb so viele (Abbildung 18). Hinsichtlich Bildungsstand und Wohnregion der studienteilnehmenden Person unterschied sich der Anteil an chronisch kranken Kindern nicht.

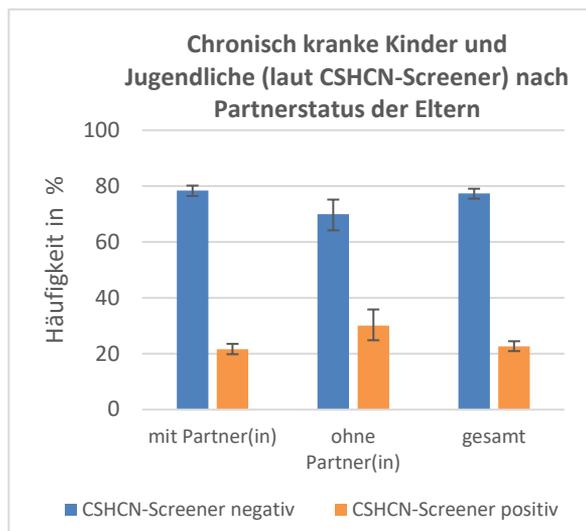


Abbildung 17: Anteil an chronisch kranken und nicht chronisch kranken Kindern laut CSHCN-Screener nach Partnerstatus der Eltern

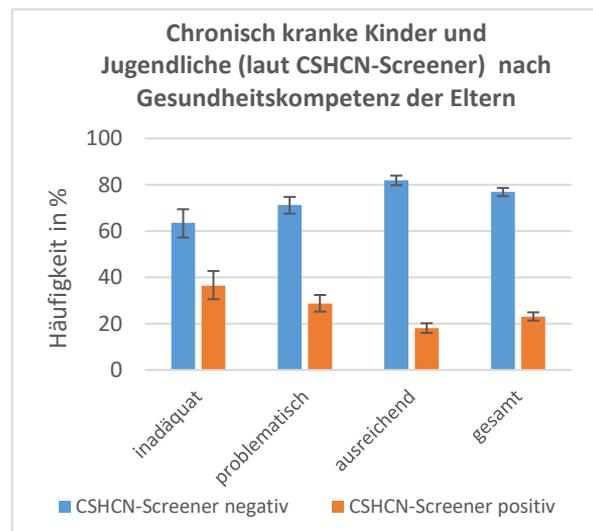


Abbildung 18: Anteil an Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf laut CSHCN-Screener nach Gesundheitskompetenz der Eltern

## 6.7 Inanspruchnahme von Versorgungs- und Unterstützungsleistungen

Für 58,5 % der Kinder wurde ein nicht-ärztlicher, diagnostischer und / oder ärztlicher Versorgungsbedarf angegeben. Bei 19,7 % der Kinder war mindestens ein Bedarf vollständig ungedeckt. Am häufigsten (27,1 %) wurde ein Bedarf an Diagnoseverfahren bei den Kindern geäußert. Ein Bedarf an psychologischer Beratung oder Psychotherapie wurde von 16,6 % der Eltern angegeben, dieser war zu 34,5 % vollständig ungedeckt. Für jeweils jedes achte Kind gaben Eltern einen Bedarf für Krankengymnastik an, der zu 23,2 % vollständig ungedeckt war. Für Logopädie und Ergotherapie wurden Bedarfe für jedes zehnte Kind geäußert, diese waren jeweils zu

rund 40 % vollständig ungedeckt. Besonders hoch war der Anteil an vollständig ungedeckten Bedarfen für Selbsthilfegruppen (72,5 %), Rehabilitationsmaßnahmen (54,9 %), Videosprechstunden (54,4 %) und Schulungen chronisch kranker Kinder (43,4 %) (Tabelle 4).

Tabelle 4: Nicht-ärztliche, diagnostische und ärztliche Versorgungsbedarfe zwischen Sommer 2022 und Sommer 2023

Angaben insgesamt	Bedarf vorhanden		Bei vorhandenem Bedarf						
			vollständig erhalten		teilweise erhalten		nicht erhalten		
n	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Diagnoseverfahren wie Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchung etc.</b>	2158	584	27,1 %	394	67,5 %	147	25,2 %	43	7,4 %
Psychologische Beratung/Psychotherapie	2159	354	16,4 %	137	38,7 %	95	26,8 %	122	34,5 %
Krankengymnastik	2160	271	12,5 %	169	62,4 %	39	14,4 %	63	23,2 %
Spezialsprechstunde im Krankenhaus	2155	253	11,7 %	159	62,8 %	64	25,3 %	30	11,9 %
Ausführliche Telefonberatung durch medizinisches Fachpersonal	2161	234	10,8 %	69	29,5 %	106	45,3 %	59	25,2 %
Logopädie/Sprachtherapie	2161	222	10,3 %	98	44,1 %	35	15,8 %	89	40,1 %
Ergotherapie	2158	213	9,9 %	102	47,9 %	23	10,8 %	88	41,3 %
Ausstattung mit Hilfsmitteln	2160	185	8,6 %	133	71,9 %	41	22,2 %	11	5,9 %
geplante/r Operation/Eingriff	2160	184	8,5 %	136	73,9 %	17	9,2 %	31	16,8 %
Beratung durch Sozialdienst	2157	150	7,0 %	64	42,7 %	45	30,0 %	41	27,3 %
Medizinische Behandlungen (z. B. Krebstherapie)	2159	150	6,9 %	113	75,3 %	18	12,0 %	19	12,7 %
Ausstattung mit medizinischen Geräten	2160	147	6,8 %	83	56,5 %	34	23,1 %	30	20,4 %
Schulung (über die chronischen Erkrankung Ihres Kindes)	2159	136	6,3 %	36	26,5 %	41	30,1 %	59	43,4 %
Gesundheitsdienstleistungen durch Schulkrankenschwestern	2159	129	6,0 %	34	26,4 %	48	37,2 %	47	36,4 %
Selbsthilfegruppen	2161	109	5,0 %	13	11,9 %	17	15,6 %	79	72,5 %
Rehabilitationsmaßnahmen	2159	91	4,2 %	23	25,3 %	18	19,8 %	50	54,9 %
Videosprechstunden	2160	90	4,2 %	27	30,0 %	14	15,6 %	49	54,4 %
andere	2052	28	1,4 %	15	53,6 %	5	17,9 %	8	28,6 %

## 6.8 Inanspruchnahme pädiatrischer Leistungen

86,3 % der Kinder haben einen Kinderarzt oder eine Kinderärztin, der / die sich regelmäßig um die gesundheitlichen Belange des Kindes kümmert. Insgesamt waren 79,7 % aller Kinder mindestens einmal in den letzten 12 Monaten (Jahre 2022/23) bei einem Kinderarzt oder einer Kinderärztin. Für 43,3 % der Kinder wurde eine regelmäßige hausärztliche Betreuung angegeben. Für 38,5 % der Kinder wurde sowohl eine regelmäßige kinderärztliche als auch hausärztliche Betreuung angekreuzt. 25,4 % aller Kinder waren bei einem Facharzt oder einer Fachärztin

und 25,1 % der Kinder waren in notärztlicher Behandlung. Im Durchschnitt waren die Kinder dreimal ( $M=3,0$ ;  $SD=3,46$ ) bei einem Kinderarzt oder einer Kinderärztin, einmal ( $M=1,1$ ;  $SD=2,48$ ) bei einem Hausarzt oder einer Hausärztin. Kinder mit einem „festen“ Kinderarzt oder Kinderärztin waren im Mittel 3,4-mal ( $SD=3,52$ ) dort. 2,6 % der Kinder waren in den letzten 12 Monaten in keinerlei ärztlicher Versorgung.

Während der Anteil der Kinder, die von einem Kinderarzt oder einer Kinderärztin betreut wurden, mit höherer Altersgruppe signifikant kleiner wurde, war der Anteil der Kinder mit ausschließlich hausärztlicher Versorgung in den höheren Altersgruppen signifikant größer. Ebenso war der Anteil an Kindern ohne pädiatrische oder hausärztliche Konsultation bis zu der Altersgruppe der 11- bis 13-jährigen Kindern signifikant größer als in den jüngeren Altersgruppen und blieb dann bei 18,4 % konstant (Abbildung 19). Von den Eltern, deren Kinder in hausärztlicher Versorgung waren, wünschten sich 31,7 % eine Versorgung durch einen Kinderarzt oder eine Kinderärztin.

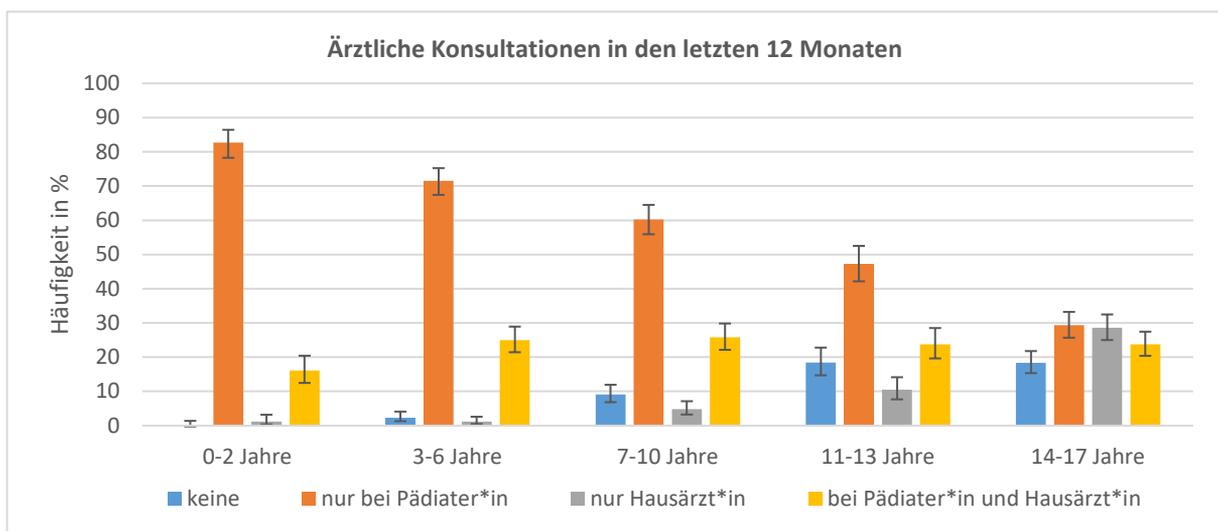


Abbildung 19: Anteil der Kinder mit kinder- und/oder hausärztlicher Versorgung nach Altersgruppen ( $n=2.247$ )

Hinsichtlich der empfundenen Schwierigkeit, kinderärztliche Versorgung zu erhalten, zeigten sich in den Kreisen und kreisfreien Städten signifikante Unterschiede. Während in den Kreisen und kreisfreien Städten Lübeck, Plön und Rendsburg-Eckernförde weniger als 10 % der Eltern den Zugang zu kinderärztlicher Versorgung als schwierig bis extrem schwierig empfanden, betrug der Anteil in den Kreisen Segeberg, Pinneberg und Hztg. Lauenburg deutlich mehr als 25 % (Abbildung 20). Insgesamt äußerten Eltern von etwa jedem sechsten Kind (17,1 %), dass der Zugang zu kinderärztlicher Versorgung schwierig bis extrem schwierig war.

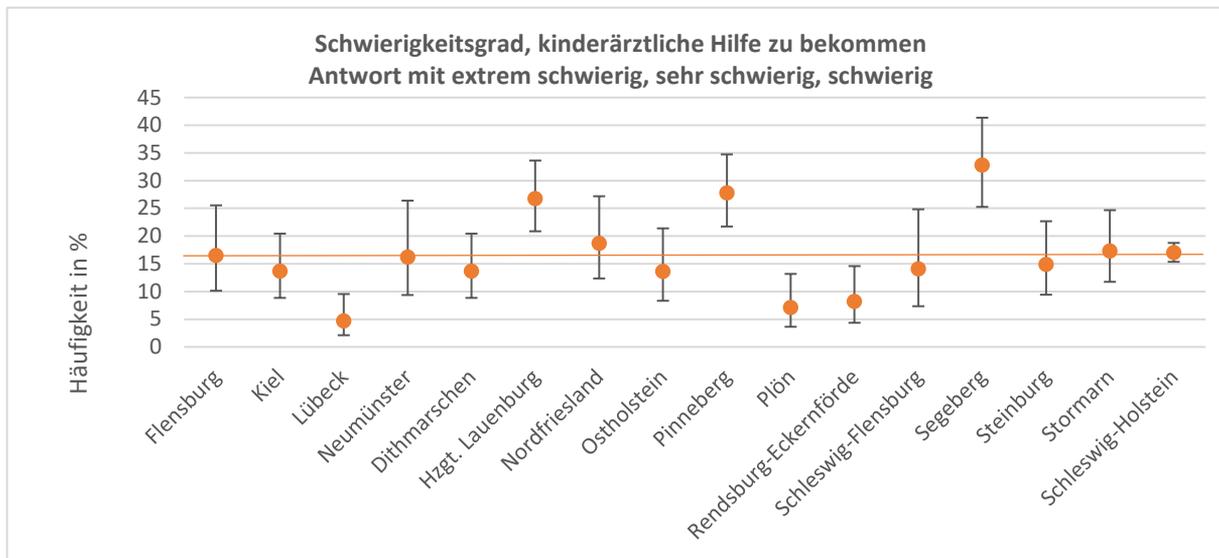


Abbildung 20: Schwierigkeitsempfinden kinderärztliche Hilfe zu bekommen nach Kreisen und kreisfreien Städten

Bei Eltern mit inadäquater Gesundheitskompetenz betrug der Anteil mit empfundenen Zugangsschwierigkeiten zur pädiatrischer Versorgung 35,7 % (95 %-KI: 29,35 %-42,55 %) und bei problematischer Gesundheitskompetenz 25,5 % (95 %-KI: 21,82 %-29,45 %), damit lag ihr Schwierigkeitsempfinden signifikant höher als bei Eltern mit ausreichender Gesundheitskompetenz (9,4 % (95 %-KI: 7,81 %-11,37 %) (Abbildung 21).

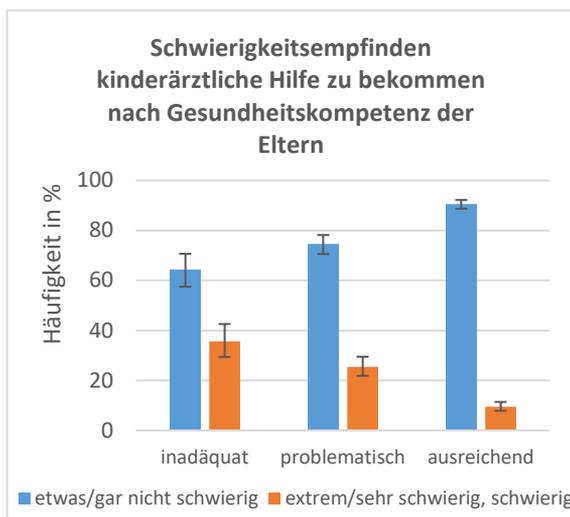


Abbildung 21: Schwierigkeitsempfinden kinderärztliche Hilfe zu bekommen nach Gesundheitskompetenz der Eltern

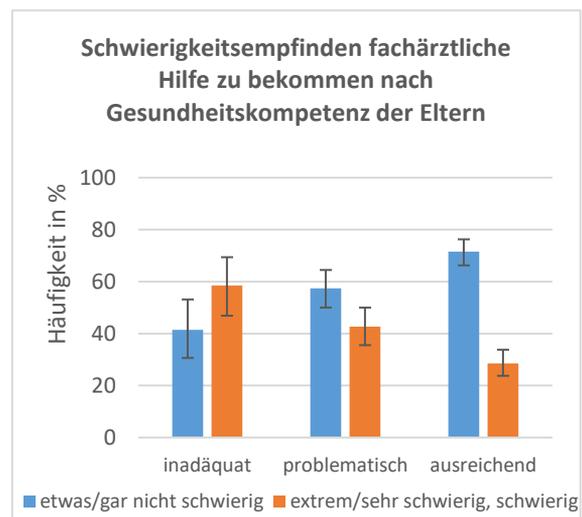


Abbildung 22: Schwierigkeitsempfinden fachärztliche Hilfe zu bekommen nach Gesundheitskompetenz der Eltern

Den Zugang zur fachärztlichen Hilfe empfanden 36,8 % (95 %-KI: 32,85 %-40,85 %) der Eltern, die mit ihrem Kind einen Facharzt oder eine Fachärztin konsultierten, als schwierig bis extrem

schwierig. Bei Eltern mit inadäquater Gesundheitskompetenz war dieser Anteil signifikant größer als bei Eltern mit ausreichender Gesundheitskompetenz (58,6 % (95 %-KI: 46,87 %-69,38 %) vs. 28,5 % (95 %-KI: 23,73 %-33,76 %)) (Abbildung 22).

Auch empfanden 23,5 % (95 %-KI: 20,2 %-27,27 %) der Eltern, die notärztliche Hilfe für ihr Kind benötigten, es als schwierig bis extrem schwierig an notärztliche Hilfe zu kommen. Wiederum war der Anteil der Eltern mit inadäquater Gesundheitskompetenz signifikant größer als bei Eltern mit ausreichender Gesundheitskompetenz (34,6 % (95 %-KI: 24,98 %-45,69 %) vs. 17,3 % (95 %-KI: 13,45 %-22,04 %)) (Abbildung 23).

Unterschiede bezüglich Geschlecht und Altersgruppe der Kinder sowie Partnerstatus der Eltern fanden sich beim Schwierigkeitsempfinden pädiatrische, fach- und notärztliche Hilfe zu bekommen nicht.

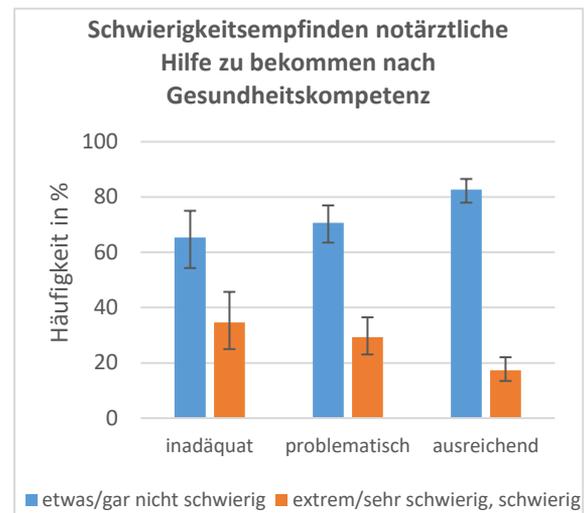


Abbildung 23: Schwierigkeitsempfinden notärztliche Hilfe zu bekommen nach Gesundheitskompetenz (n=552)

Für den Weg zum Kinder- und Jugendarzt oder -ärztin benötigten 80 % der Familien 5 bis 30 min (M=17 min), zum Hausarzt oder -ärztin 5 bis 20 min (M=11 min), zum Facharzt oder -ärztin 10 bis 45 min (M=25 min) und zum nächsten Krankenhaus 10 bis 40 min (M=22 min).

Für die Kreise Dithmarschen, Nordfriesland, Schleswig-Flensburg und Segeberg wurden von den Eltern für Schleswig-Holstein überdurchschnittlich lange Wegezeiten zum Kinder- und Jugendarzt oder -ärztin angegeben (Abbildung 24).

Überdurchschnittlich lange Wegezeiten zum nächsten Krankenhaus äußerten Eltern aus den Kreisen Ostholstein, Hztg. Lauenburg, Plön, Rendsburg-Eckernförde, Segeberg und Steinburg (Abbildung 25). Eltern aus dem Kreis Dithmarschen gaben überdurchschnittlich lange Wegezeiten zur fachärztlichen Versorgung an (Abbildung 26).

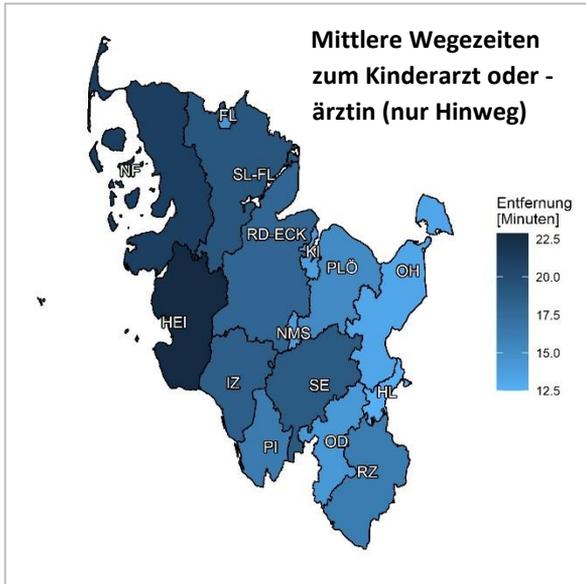


Abbildung 24: Mittlere Wegezeiten zum Kinderarzt oder -ärztin (nur Hinweg)

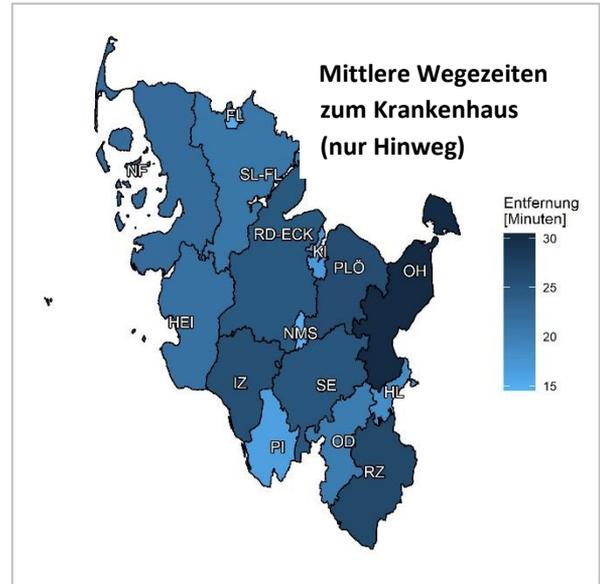


Abbildung 25: Mittlere Wegezeiten zum nächsten Krankenhaus (nur Hinweg)

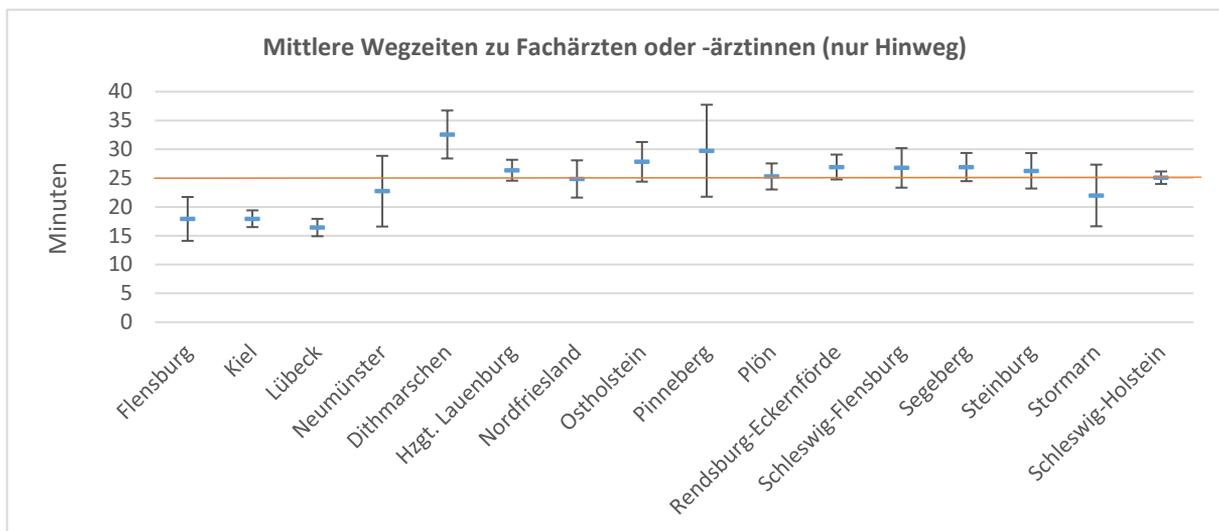


Abbildung 26: Mittlere Wegezeiten zu Fachärzten oder -ärztinnen (nur Hinweg) (95 %-Konfidenzintervalle der Mittelwerte)

## 6.9 Zufriedenheit mit der pädiatrischen Versorgung

Es wurden acht einzelne Aspekte der Zufriedenheit bei der letzten ärztlichen Konsultation in den letzten 12 Monaten erhoben. Bei insgesamt mittleren und guten Zufriedenheitswerten waren Eltern mit der Verständlichkeit der ärztlichen Erklärungen und den Informationen über Impfungen am zufriedensten. Deutlich weniger zufrieden waren Eltern mit den Wartezeiten in Praxen oder im Krankenhaus beim Termin selbst, der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und den Wartezeiten bis zum Termin (Abbildung 27).

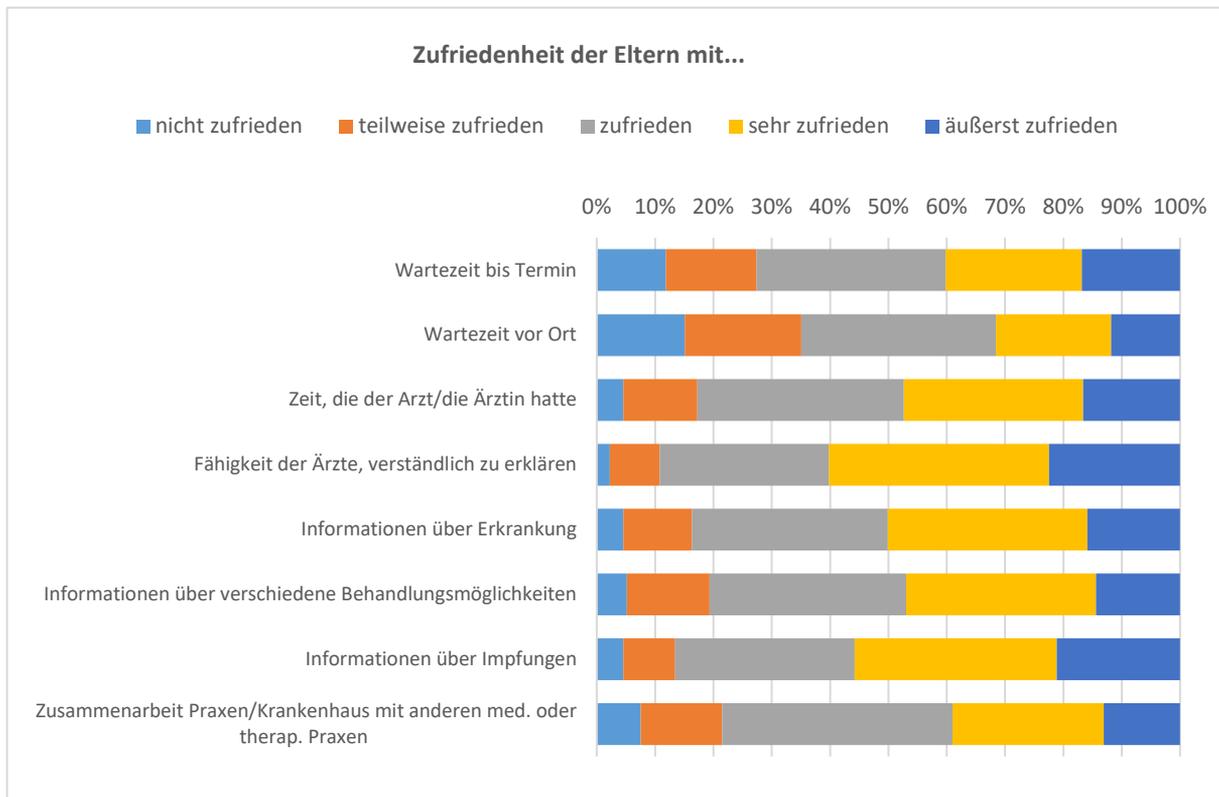


Abbildung 27: Acht Aspekte der elterlichen Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung des Kindes

Während gut drei Viertel der Eltern angaben, zufrieden bis äußerst zufrieden mit den Wartezeiten bis zum Termin beim Kinder- und Jugendarzt (76,7 % (95 %-KI: 74,16 %-79,03 %) oder Hausarzt (78,8 % (95 %-KI: 73,6 %-83,27 %)) zu sein, war der Anteil der Eltern, die mit der Wartezeit bis zu einem Facharzttermin für ihr Kind (63,8 % (95 %-KI: 59,05 %-68,32 %) zufrieden bis äußerst zufrieden waren signifikant geringer (Abbildung 28).

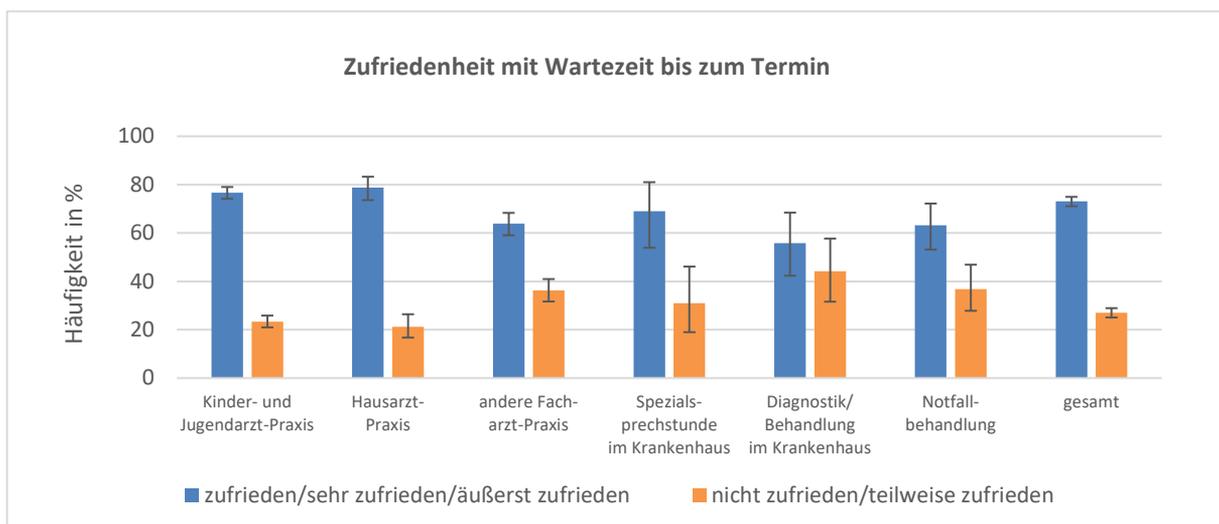


Abbildung 28: Zufriedenheit mit Wartezeit bis zum Termin

Der Anteil der Eltern, die mit den Wartezeiten beim Termin zufrieden bis äußerst zufrieden waren, lag etwa bei zwei Drittel. Damit waren die Eltern deutlich unzufriedener mit den Wartezeiten beim Termin (Anteil mit zufrieden bis äußerst zufrieden in pädiatrischen Praxen: 64,6 % (95 %-KI: 61,82 %-67,35 %); in hausärztliche Praxis: 67,9 % (95 %-KI: 62,12 %-73,18 %)) als mit den Wartezeiten auf den Termin (Abbildung 29).

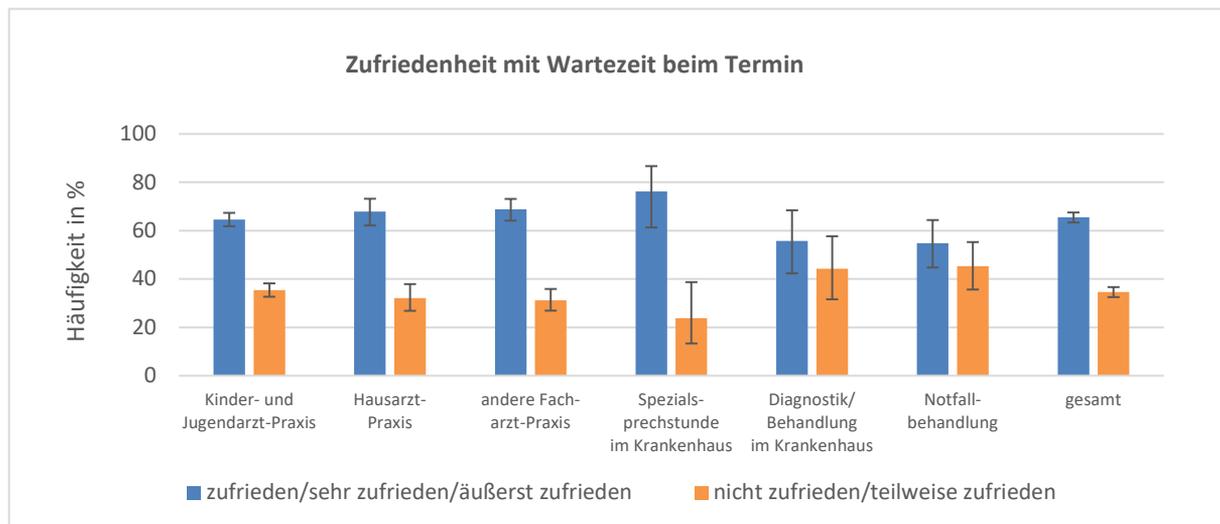


Abbildung 29: Zufriedenheit mit Wartezeit beim Termin

## 6.10 Gesundheitskompetenz der Eltern

Von den 2.133 Personen, von denen Angaben zur Berechnung der Gesundheitskompetenz vorlagen, verfügten insgesamt 60,6 % (n=1.233) über eine ausreichende, 28,3 % (n=604) über eine eingeschränkte und 11,1 % (n=236) über eine inadäquate Gesundheitskompetenz. D. h., dass jede neunte Person der teilnehmenden Eltern(teile) große Schwierigkeiten damit hat, gesundheitsrelevante Informationen für das Kind zu finden, zu verstehen, einzuordnen sowie nutzen zu können und die Anforderungen des Gesundheitssystems als zu komplex einschätzt.

Es bestanden keine signifikanten Unterschiede der Gesundheitskompetenz hinsichtlich Bildungsstand (Abbildung 30), Geschlecht und Alter der Eltern (Abbildung 31), Migrationsstatus, Wohnort (Stadt/Land), Partnerstatus, Arbeitszeiten.

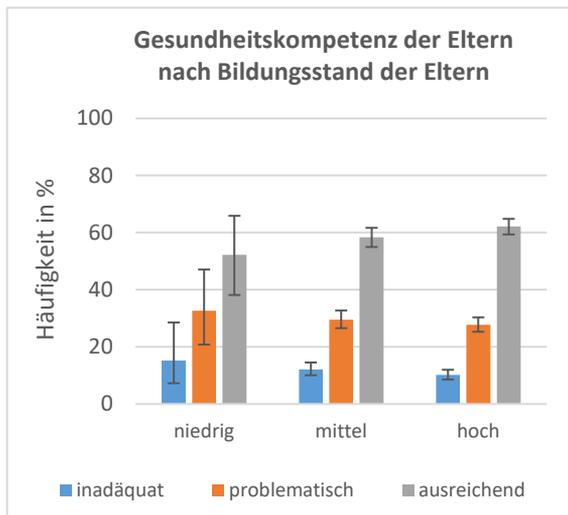


Abbildung 30: Elterliche Gesundheitskompetenz nach Bildung der Eltern

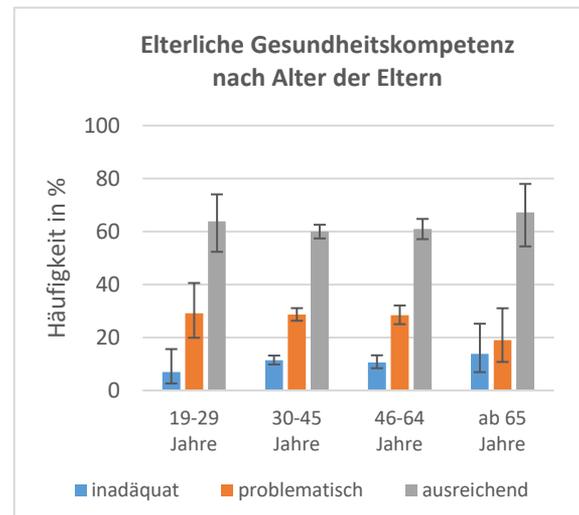


Abbildung 31: Elterliche Gesundheitskompetenz nach Alter der Eltern

Die Betrachtung einzelner Fragebogenitems zur Gesundheitskompetenz zeigt, dass die Anforderungen in den erfragten Bereichen unterschiedlich schwer eingeschätzt wurden. Etwa die Hälfte (50,8 %) der Befragten gaben an, dass Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen wie Stress oder Depression zu finden, ziemlich oder sehr schwierig sei. 40,6 % der Befragten fanden es ziemlich oder sehr schwierig zu beurteilen, wann eine zweite Meinung von einem Arzt oder einer Ärztin einzuholen ist. Für jeweils ca. ein Drittel war es ziemlich oder sehr schwierig, die Vertrauenswürdigkeit von Medieninformationen zu Gesundheitsrisiken zu beurteilen, Informationen über Therapien für Krankheiten, die Ihr Kind betreffen, zu finden oder aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie sie ihr Kind vor Krankheiten schützen können (Abbildung 32).

Gleichzeitig wiesen Kinder von Eltern mit inadäquater Gesundheitskompetenz mit 40,7 % (95 %-KI: 34,61 %-47,05 %) den größten Anteil an ungedeckten Versorgungsbedarfen in den letzten 12 Monaten auf, während die Anteile an ungedeckten Versorgungsbedarfen für Kindern von Eltern mit problematischer und ausreichender Gesundheitskompetenz signifikant kleiner waren (28,0 % (95 %-KI: 24,55 %-31,69 %) und 12,0 % (95 %-KI: 10,33 %-13,88 %)) (ohne Abbildung).

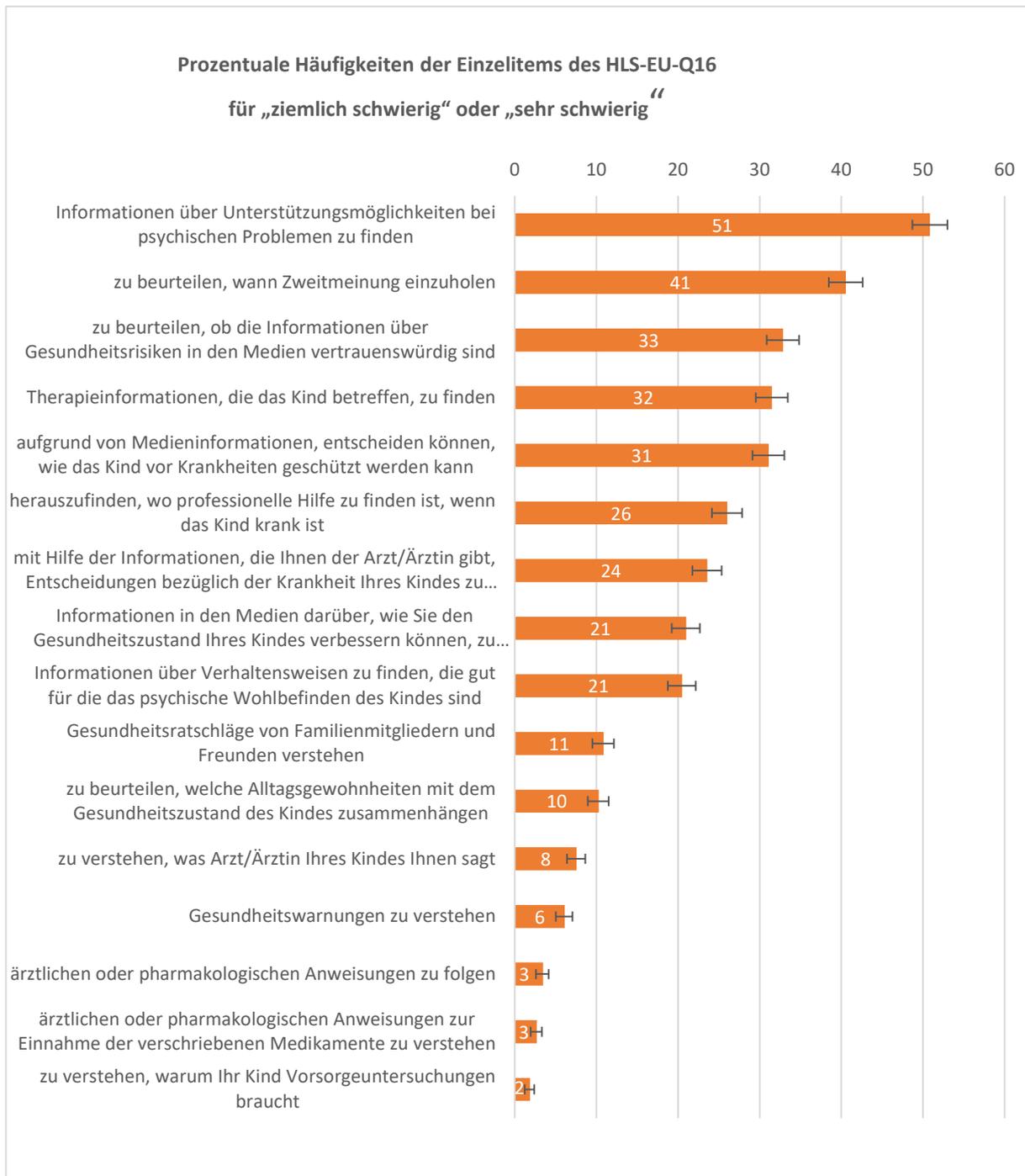


Abbildung 32: Prozentuale Häufigkeiten der Einzelitems des HLS-EU-Q16 für „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“ (verkürzte Darstellung der Einzelitems)

### 6.11 Bildschirmzeiten und Computerspielverhalten der Kinder und Jugendlichen

Die durchschnittliche Bildschirmzeit der unter 6-Jährigen lag bei 45 Minuten pro 24 Stunden, die der 6- bis 10-Jährigen bei 92 Minuten und die der 10-bis 17-Jährigen bei 210 Minuten.

Von 62,8 % der Kinder und Jugendlichen wurde die empfohlene Bildschirmzeit entsprechend der S2k-Leitlinie zur Prävention dysreguliertem Bildschirmmediengebrauchs überschritten. Für 33,5 % Kinder unter drei Jahre gaben Eltern Bildschirmzeiten an. Für diese Altersgruppe werden

keine Bildschirmzeiten empfohlen. Im Kindergartenalter überschritten 57,2 % der Kinder die empfohlene Bildschirmzeit, bei den 6-8-jährigen Kindern waren es drei Viertel der Kinder (75,6 %), bei den 9-11-jährigen Kindern waren es 60,1 % und bei den Kindern ab 12 Jahre 72,6 % (Abbildung 33).

Der Anteil an Kindern von Elternteilen mit Partnerin oder Partner, die die empfohlenen altersabhängigen Bildschirmzeit überschritten, war signifikant kleiner als bei den Kindern von Elternteilen ohne Partnerin oder Partner (61,3 % (95 %-KI: 59,06 %-63,47 %) vs. 72,6 % (95 %-KI: 66,93 %-77,67 %)) (Abbildung 34).

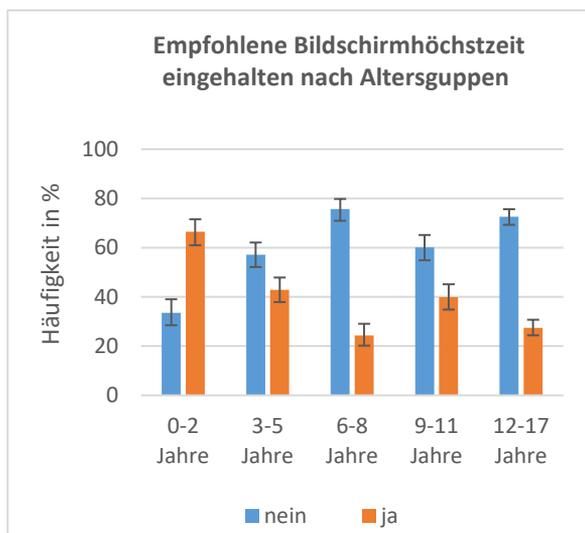


Abbildung 33: Empfohlene Bildschirmhöchstzeit eingehalten nach Altersgruppen

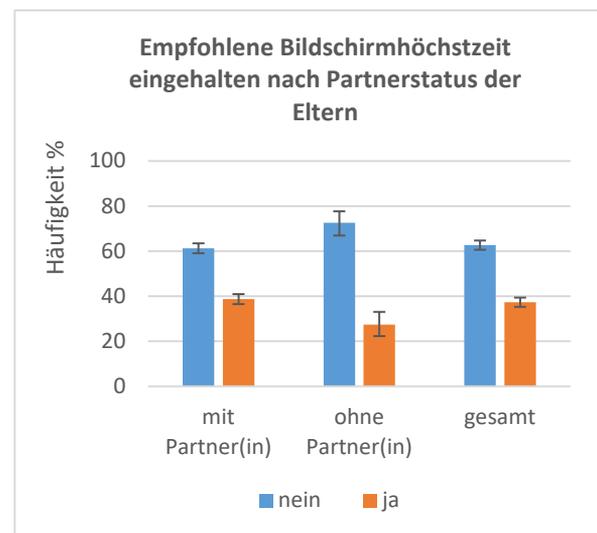


Abbildung 34: Empfohlene Bildschirmhöchstzeit eingehalten nach Partnerstatus der Eltern

Der Anteil an Kindern mit Überschreitung der empfohlenen Bildschirmzeit von Eltern mit hohem Bildungsstand war signifikant kleiner als bei Kindern von Eltern mit mittlerem Bildungsstand (57,8 % (95 %-KI: 55,07 %-60,57 %) vs. 69,5 % (95 %-KI: 66,29 %-72,51 %)). Bei niedrigem Bildungsstand der Eltern ist der Anteilswert aufgrund einer kleinen Fallzahl mit einer hohen Unsicherheit behaftet (70,8 % (95 %-KI: 56,73 %-81,85 %)) (Abbildung 35).

Mehr Kinder aus ländlichen als städtischen Wohnorten überschritten die empfohlene Bildschirmzeit, dieser Unterschied war nicht signifikant (65,3 % (95 %-KI: 62,26 %-68,29 %) vs. 60,6 % (95 %-KI: 57,73 %-63,33 %)) (Abbildung 36). Auf Kreisebene unterschieden sich nur die Anteile an Kindern mit überschrittenen Bildschirmzeiten zwischen dem Kreis Nordfriesland und Kreis Pinneberg signifikant voneinander. Im Kreis Nordfriesland lag der Anteil der Kinder mit überschrittenen Bildschirmzeiten bei 72,3 % (95%-KI: 64,42 %-79,08 %) und damit 17,9 Prozentpunkte höher als im Kreis Pinneberg mit 54,4 % (95 %-KI: 47,56 %-61,1 %) (Abbildung 37).

Bei der Interpretation des Ergebnisses ist aufgrund der geringen Fallzahlen auf Ebene der Kreise die statistische Unsicherheit berücksichtigt werden. Zwischen den Geschlechtern zeigten sich keine signifikanten Unterschiede.

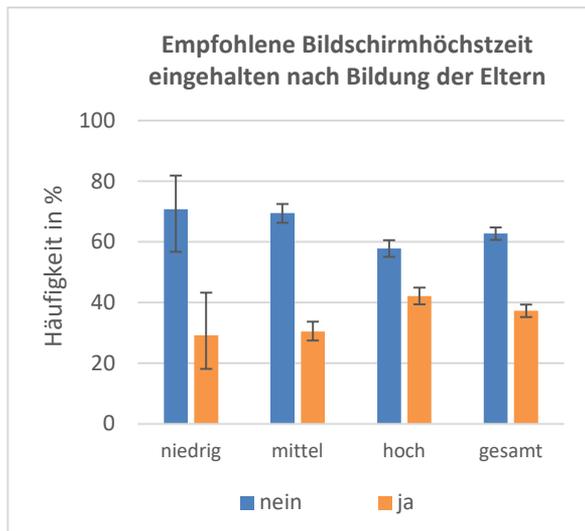


Abbildung 35: Empfohlene Bildschirmhöchstzeit eingehalten nach Bildungsstand der Eltern

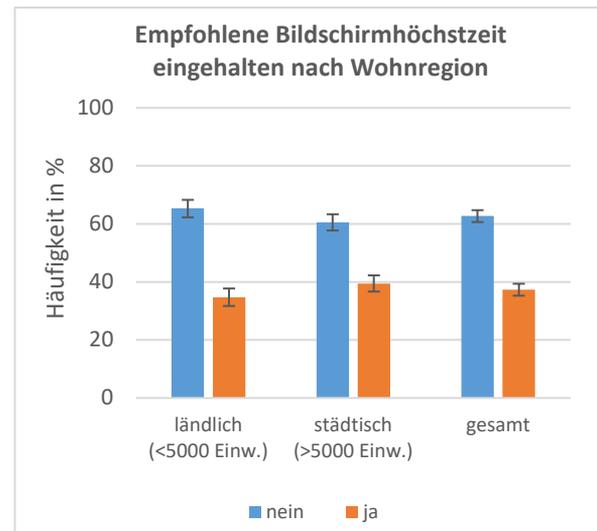


Abbildung 36: Empfohlene Bildschirmhöchstzeit eingehalten nach Wohnregion

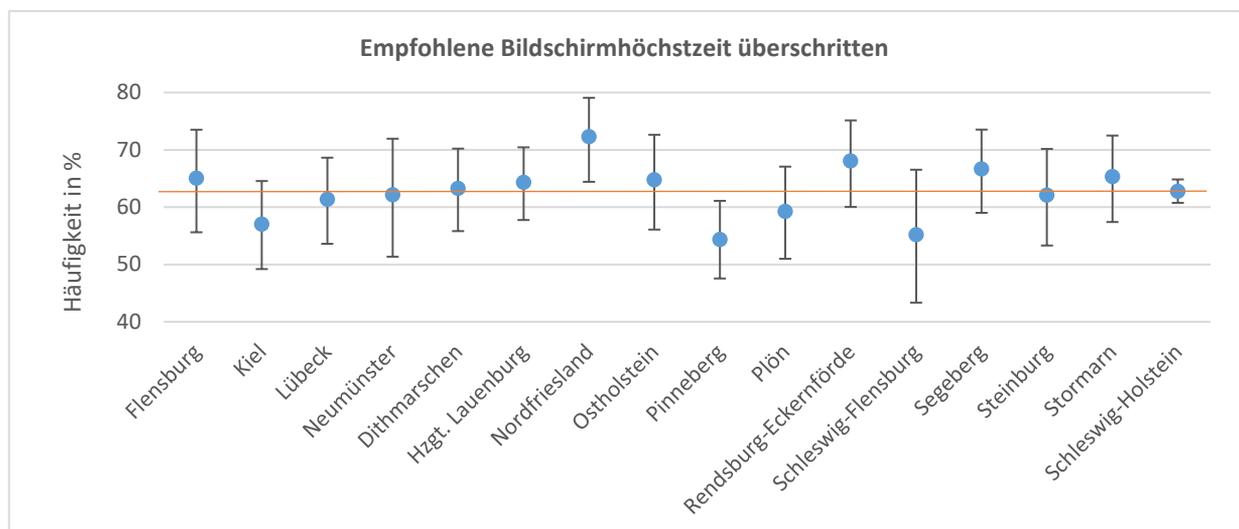


Abbildung 37: Empfohlene Bildschirmhöchstzeit überschritten in den Kreisen und kreisfreien Städten

Die drei Medien, die von Kindern und Jugendlichen hauptsächlich genutzt wurden, wurden von den Eltern stark altersabhängig eingeschätzt. So wurden für Kinder der jüngeren Altersgruppen größere Anteile an Nutzungszeiten für TV, Video und Streaming sowie für das Hören von Musik, Podcasts, Hörspiele / -bücher angegeben als für höhere Altersgruppen. Für höhere Altersgruppen wurden größere Anteile an Kindern mit Gaming / digitale Spiele-Nutzung und für die Nutzung von Social Media angegeben. Nach dem Grundschulalter nahm der Anteil an Kindern mit

Social Media-Nutzung zu und wurde für die 14-17-jährigen Jugendlichen von 25,0 % in ähnlicher Häufigkeit wie TV, Video, Streaming (26,5 %), Musik, Podcast, Hörspiele/-bücher (23,7 %) angegeben. Die Nutzung von Medienzeiten für das Lesen von E-Books oder Online-Zeitschriften / -Zeitung wurde insgesamt nur selten (7,2 %) unter den drei bildschirmbezogenen Medien genannt, die hauptsächlich verwendet wurden (Abbildung 38).

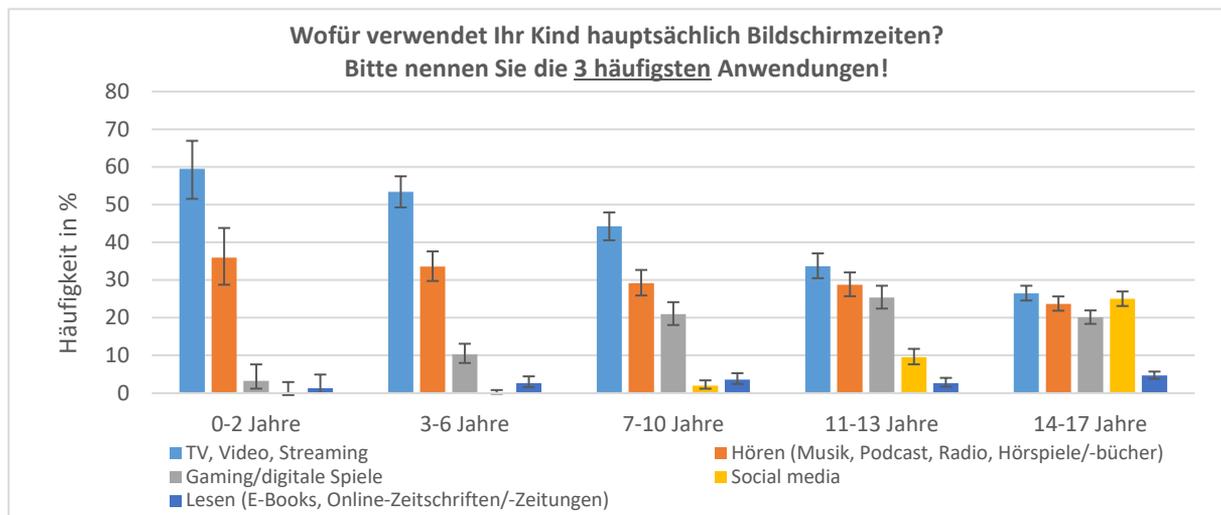


Abbildung 38: Die drei häufigsten Anwendungen in der Bildschirmzeiten nach Ansicht der Eltern nach Altersgruppen

Bei den 10-bis 17-jährigen Kindern mit Gaming / digitale Spiele-Nutzung (n=521) ergaben sich für 25,3 % Hinweise für eine riskante Nutzung digitaler Spiele und für 13,8 % ein Hinweis auf eine Computerspielstörung bzw. pathologische Nutzung digitaler Spiele. Für Jungen wurde von den Eltern signifikant häufiger ein Hinweis für eine riskante Nutzung ( $p=0,047$ ) und für eine pathologische Nutzung digitaler Spiele angegeben ( $p=0,007$ ).

## 6.12 Gesundheitsverhalten

### 6.12.1 Ernährung

61,1 % der Kinder und Jugendlichen konsumierten täglich mindestens einmal Obst und 46,7% aßen täglich mindestens einmal Gemüse. 39,4 % der Kinder und Jugendlichen aßen täglich sowohl Obst als auch Gemüse, 31,5 % aßen täglich weder Obst noch Gemüse. 8,6 % der Kinder tranken täglich mindestens einmal zuckerhaltige Getränke.

Die Abbildung 39 bis Abbildung 41 visualisieren den wöchentlichen Konsum von Obst, Gemüse und zuckerhaltigen Getränken.

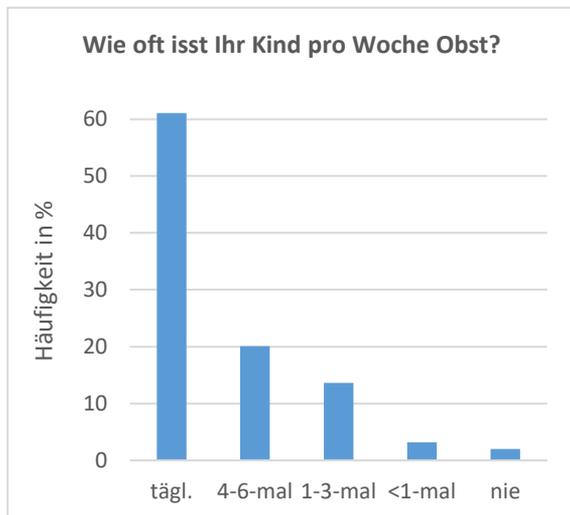


Abbildung 39: Häufigkeit des wöchentlichen Obstkonsums

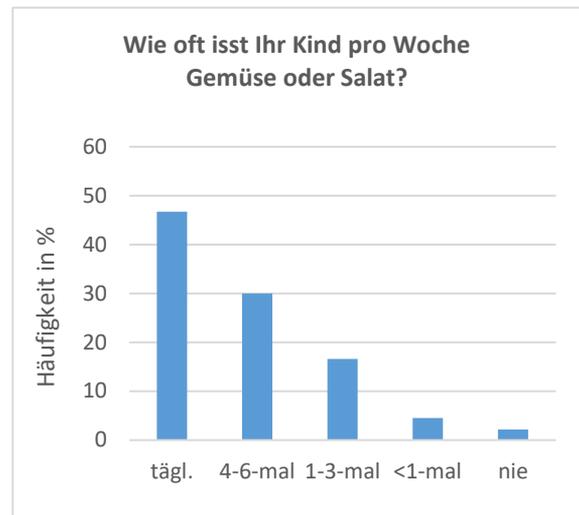


Abbildung 40: Häufigkeit des wöchentlichen Gemüsekonsums

Während sich der tägliche Konsum von Obst (Abbildung 42) und Gemüse mit ansteigender Altersgruppe verringerte (Abbildung 43), nahm der tägliche Konsum von zuckerhaltigen Getränken mit jeder Altersgruppe zu (Abbildung 44). Auch wenn die Werte aufgrund geringer Fallzahlen in Bezug auf eine inadäquate Gesundheitskompetenz und niedrigem Bildungsstand der Eltern in Teilen mit einer hohen statistischen Unsicherheit behaftet sind und deshalb vorsichtig zu interpretieren sind, so war der Anteil an Kindern mit täglichem

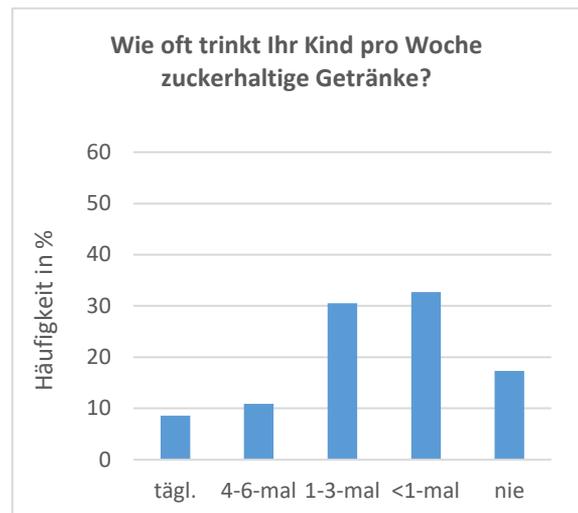


Abbildung 41: Häufigkeit des wöchentlichen Konsums an zuckerhaltigen Getränken

Konsum von zuckerhaltigen Getränken bei einer inadäquaten und problematischen elterlichen Gesundheitskompetenz (Abbildung 45) bzw. einem niedrigen und mittleren Bildungsstand der Eltern größer. Der tägliche Verzehr von Obst und Gemüse war bei Kindern von Eltern mit ausreichender Gesundheitskompetenz bzw. hohem Bildungsstand höher (ohne Abbildung).

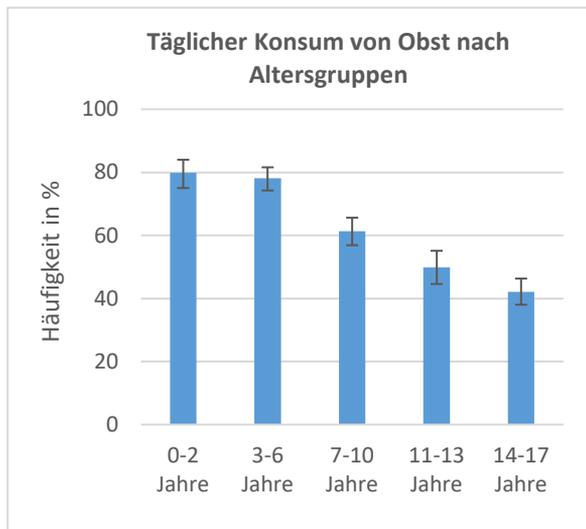


Abbildung 42: Täglicher Konsum von Obst nach Altersgruppen

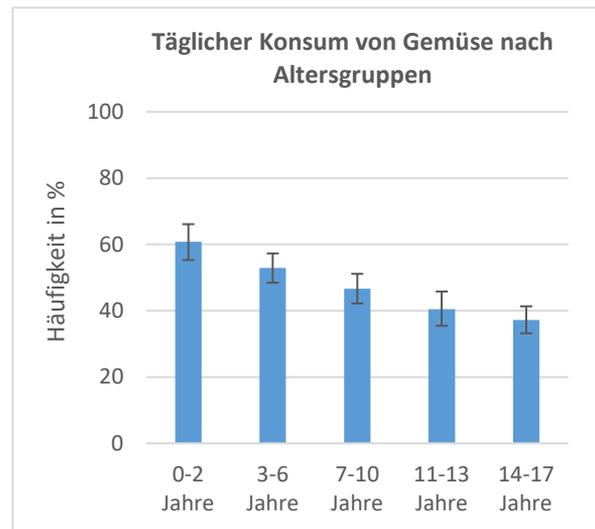


Abbildung 43: Täglicher Konsum von Gemüse nach Altersgruppen

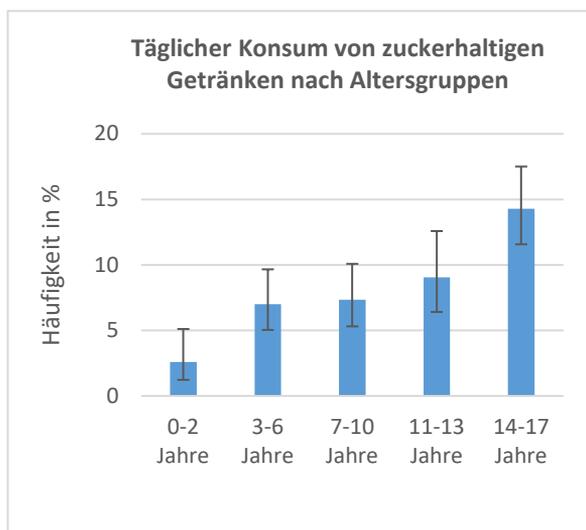


Abbildung 44: Täglicher Konsum von zuckerhaltigen Getränken nach Altersgruppen

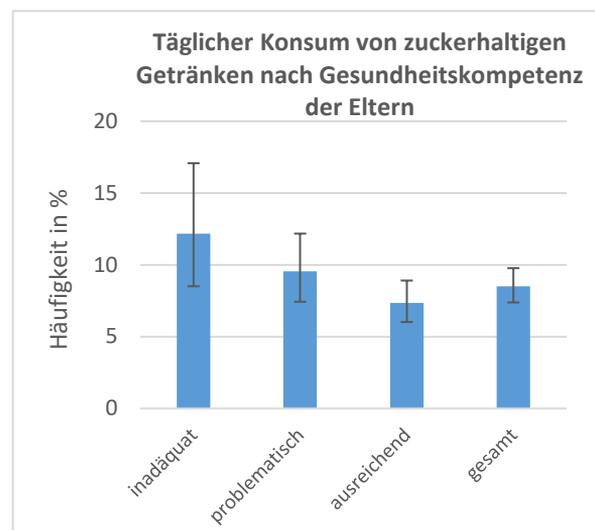


Abbildung 45: Täglicher Konsum von zuckerhaltigen Getränken nach Gesundheitskompetenz der Eltern

### 6.12.2 Stillen

Etwa neun von zehn Kinder (88,1 %) der 2.130 Kinder, deren Eltern die Fragen zum Stillen beantworteten, wurden jemals gestillt. Der Anteil der jemals gestillten Kinder reichte von 80,2 % in der Geburtskohorte 2012 bis 94,9 % bei den Kindern der Geburtskohorte 2020.

Der Anteil an Kindern, die niemals gestillt wurden, war im Kreis Dithmarschen mit 21,3 % (95 %-KI: 15,77 %-28,11 %) landesüberdurchschnittlich hoch (11,9 % (95 %-KI: 10,61%-13,37%) und im Kreis Stormarn am niedrigsten (6,0 % (95 %-KI:3,04 %-11,16 %)) (Abbildung 46).

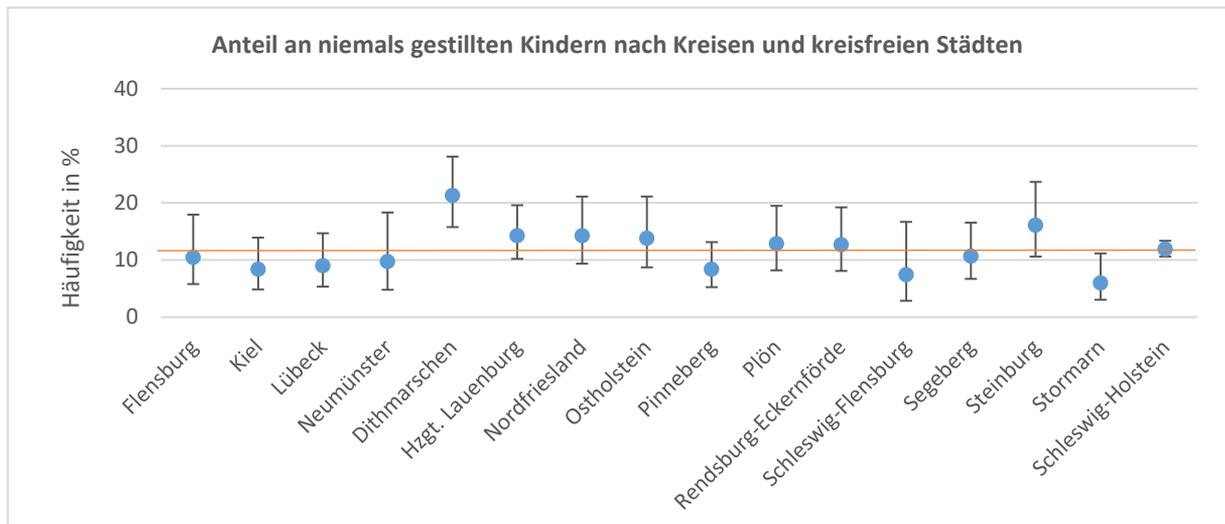


Abbildung 46: Anteil an niemals gestillten Kindern nach Kreisen und kreisfreien Städten

Kinder, die jemals gestillt wurden, wurden im Mittel 5,1 Monate ausschließlich und 10,4 Monate insgesamt gestillt, d. h. 5,3 Monate wurde im Durchschnitt sowohl gestillt als auch zugefüttert. Kinder, die im Jahr 2019 auf die Welt kamen, wurden statistisch signifikant länger insgesamt gestillt als Kinder, die vor 2014 geboren worden waren. Bereits ab dem Geburtsjahr 2017 stieg die insgesamt gestillte Stilldauer, bevor sie 2020 dann wieder leicht rückläufig war. Die ausschließliche Stilldauer nach Geburtsjahren unterschied sich nicht statistisch signifikant, nur Kinder der Geburtskohorte 2009 wurden durchschnittlich länger als sechs Monate ausschließlich gestillt, ansonsten lag die ausschließliche Stilldauer zwischen 4,4 und 5,5 Monaten (Abbildung 47).

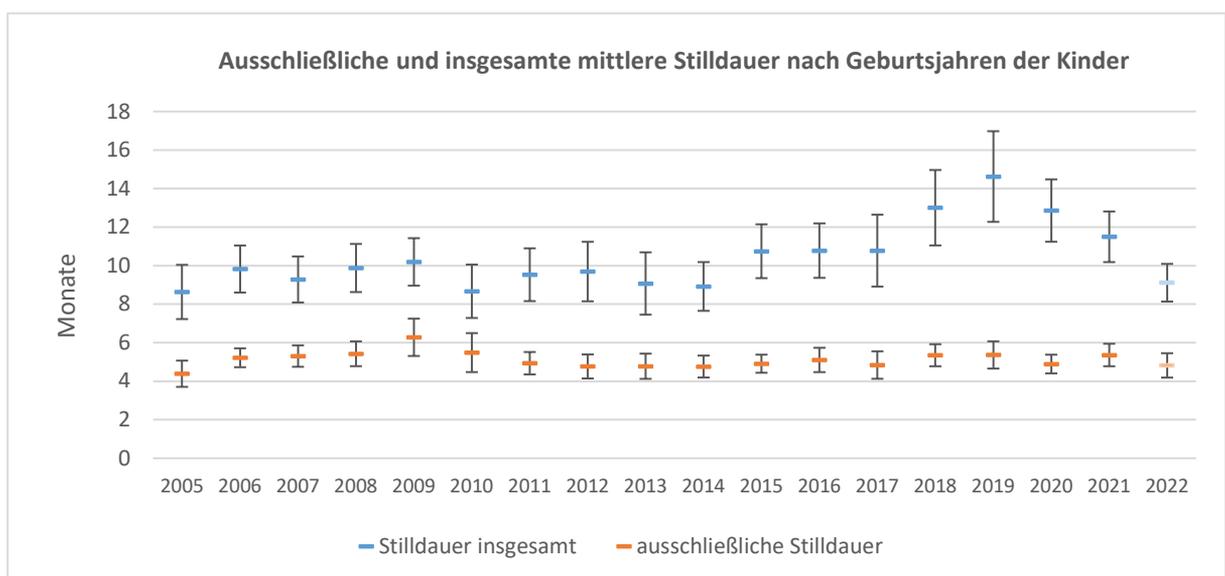


Abbildung 47: Ausschließliche und insgesamt mittlere Stilldauer nach Geburtsjahren (95 %-Konfidenzintervalle des Mittelwerts; für das Jahr 2022 könnten die Werte höher liegen, da zum Befragungszeitpunkt ggf. noch gestillt wurde)

Jedes sechste Kind mit einem BMI über der 90. alters- und geschlechtsspezifischen BMI-Perzentile war niemals gestillt worden. Bei den normgewichtigen Kindern war jedes neunte Kind niemals gestillt worden. Dieser Unterschied war jedoch noch nicht statistisch signifikant (16,9 % (95 %-KI: 11,74 %-23,35 %) vs. 11,3 % (95 %-KI: 9,75 %-12,97 %)).

### 6.12.3 Rauchen

Insgesamt wurde von 28,4 % der Befragten angegeben, dass mindestens ein Haushaltsmitglied raucht. Von den im Haushalt lebenden Vätern rauchten 21,9 %, von den Müttern 14,1 %, von anderen Haushaltsmitgliedern 4,9 % und 2,1 % der Kinder, über die berichtet wurde, rauchten. 0,3 % der Befragten gaben an, nicht zu wissen, ob das Kind raucht. In der Altersgruppe der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen rauchten nach Angaben der Eltern 3,5 % gelegentlich und 4,1 % täglich, also insgesamt 7,6 %, dabei zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen Jungen und Mädchen. In dieser Altersgruppe wussten 0,9 % der Befragten nicht, ob das Kind raucht. Der Anteil an Mütter mit täglichem Nikotinkonsum lag mit 3,3 % (95 %-KI: 1,72 %-6,03 %) bei den 0- bis 2-jährigen Kindern rund viermal niedriger als bei den 14- bis 17-jährigen Kindern (11,8 % (95 %-KI: 9,32 %-14,82 %)), rund dreimal niedriger als bei den 7- bis 10-jährigen Kindern (8,9 % (95 %-KI: 6,66 %-11,88 %)) und den 11- bis 13-jährigen Kindern (10,1 % (95 %-KI: 7,26 %-13,76 %)) (Abbildung 48). Bei den Vätern rauchten 12,2 % der 0- bis 2-jährigen Kinder und 15,6 % der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen (Abbildung 49). Damit unterschied sich der Anteil mit täglichem Nikotinkonsum bei den Vätern deutlich weniger über die Altersgruppen der Kinder hinweg als bei den Müttern.

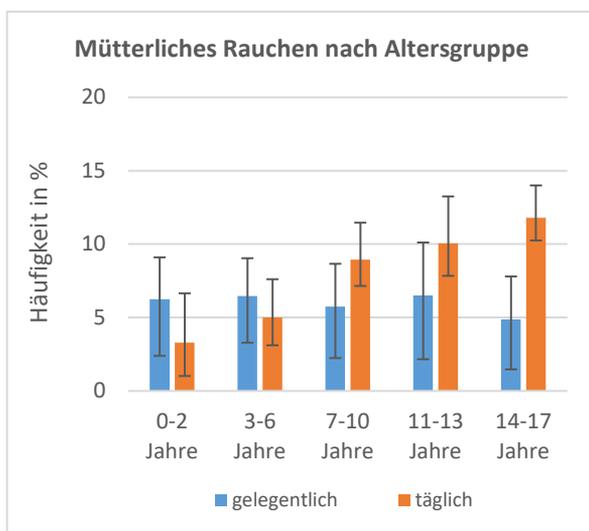


Abbildung 48: Mütterliches Rauchen nach Altersgruppe

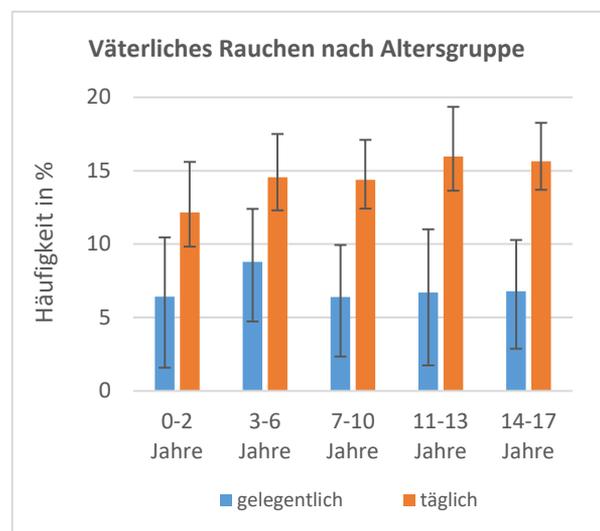


Abbildung 49: Väterliches Rauchen nach Altersgruppe

Auf Kreisebene unterschieden sich hinsichtlich des Rauchens nur der Kreis Dithmarschen und die kreisfreie Stadt Kiel signifikant voneinander. Im Kreis Dithmarschen lag der Anteil an Raucherhaushalten mit Kind bei 36,5 % (95 %-KI: 29,6 %-43,94 %) und damit doppelt so hoch wie in der kreisfreien Stadt Kiel mit 18,6 % (95 %-KI: 13,22 %-25,47 %). Zwischen den anderen Kreisen (Abbildung 50) waren die Unterschiede nicht signifikant. Der Anteil der Raucherhaushalte war bei Kindern aus eher ländlichen Wohnregionen mit 31,2 % (95 %-KI: 28,29 %-34,17 %) signifikant größer als bei Kindern aus städtischen Wohnregionen mit 26,3 % (95 %-KI: 23,88 %-28,92 %) (ohne Abbildung).

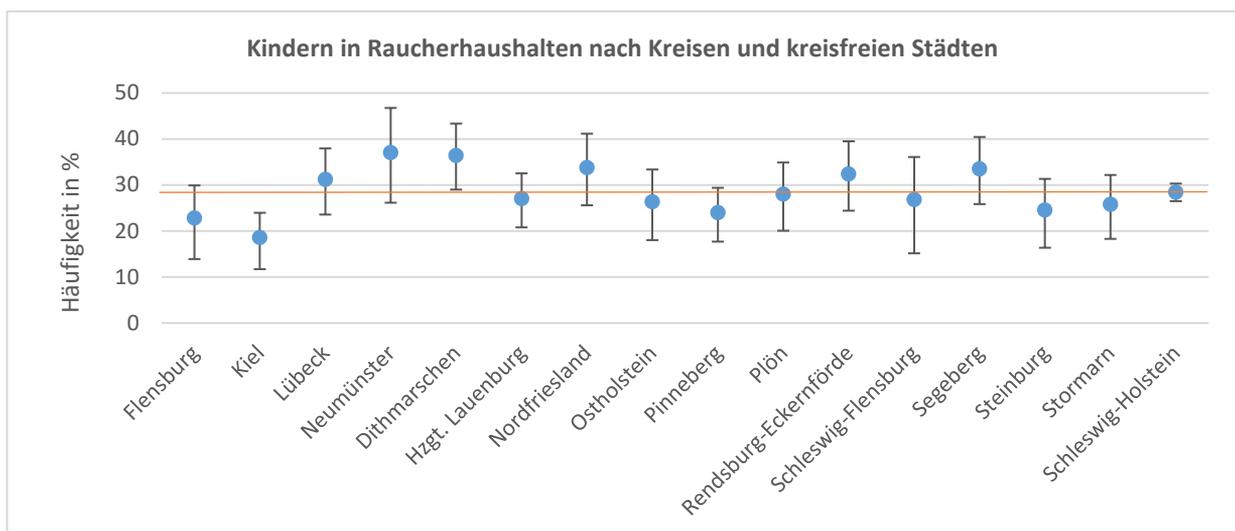


Abbildung 50: Anteil an Raucherhaushalten nach Kreisen und kreisfreien Städten

Der Anteil an Kindern und Jugendlichen, die in einem Raucherhaushalt lebten, war signifikant höher bei studienteilnehmenden Personen ohne Partnerin oder Partner als bei Kindern und Jugendlichen von Eltern mit Partnerin oder Partner (37,7 % (95 %-KI: 32,02 %-43,72 %) vs. 27,2 % (95 %-KI: 25,19 %-29,22 %)) (Abbildung 51).

Auch war der Anteil an Kindern, die in einem Raucherhaushalt lebten, signifikant größer je niedriger der Bildungsstand der Eltern war. Mehr als die Hälfte der Kinder, deren Eltern eine niedrigen Bildungsstand hatten, lebte in einem Raucherhaushalt, bei mittlerem Bildungsstand waren es ca. ein Drittel und bei hohem Bildungsstand weniger als ein Viertel (52,1 % (95 %-KI: 38,3 %-65,53 %) vs. 34,8 % (95 %-KI: 31,7 %-38,13 %) vs. 23,3 % (95 %-KI: 21,0 %-25,74 %)) (Abbildung 52).

Die Gesundheitskompetenz hatte keinen signifikanten Einfluss darauf, ob in dem Haushalt geraucht wurde (inadäquat: 34,1 % (95 %-KI: 28,23 %-40,42 %); problematisch: 28,3 % (95 %-KI: 24,85 %-32,09 %); ausreichend: 27,7 % (95 %-KI: 25,31 %-30,25 %)) (ohne Abbildung).

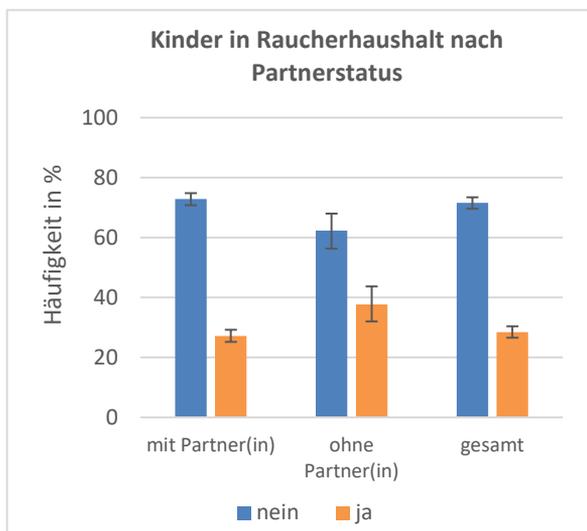


Abbildung 51: Kinder in Raucherhaushalt nach Partnerstatus

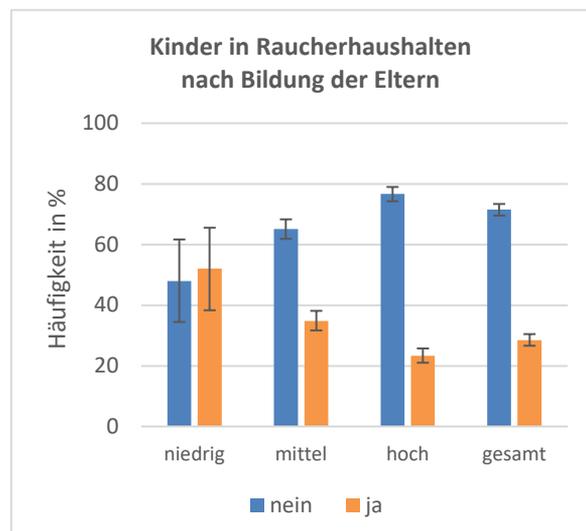


Abbildung 52: Kinder in Raucherhaushalten nach Bildungsstand der Eltern

#### 6.12.4 Alkoholkonsum

Insgesamt wurde in 28,4 % der Haushalte nie Alkohol getrunken. In 77,7 % der Haushalte trank der Vater gelegentlich und in 3,9 % der befragten Haushalte täglich Alkohol. Von den Müttern tranken 65,8 % gelegentlich und 0,9 % täglich Alkohol, 19,6 % der anderen Haushaltsmitglieder tranken gelegentlich und 0,5 % täglich Alkohol. Über die Kinder wurde ein gelegentlicher Alkoholkonsum von 8,5 % und ein täglicher Alkoholkonsum von 0,1 % von der befragten Person berichtet (Abbildung 53). 0,1 % der Befragten gaben an, nicht zu wissen, ob das Kind Alkohol

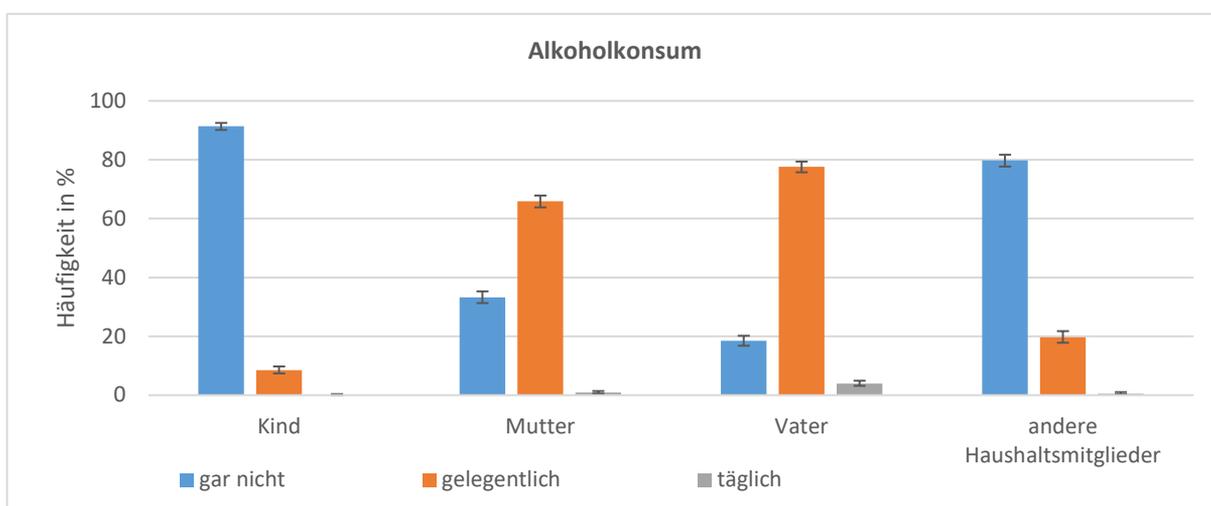


Abbildung 53: Alkoholkonsum in den Familien

konsumierte. In der Altersgruppe der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen tranken 66,3 % gelegentlich und 0,2 % täglich Alkohol, dabei zeigte sich kein signifikanter Geschlechterunterschied. In dieser Altersgruppe wussten 0,6 % der Befragten nicht, ob das Kind Alkohol konsumierte.

Während der Anteil der Mütter, die gelegentlich Alkohol konsumierten mit zunehmendem Alter der Kinder stieg, zeigten sich bei den Vätern keine signifikanten Veränderungen im Konsumverhalten in den Altersgruppen der Kinder (Abbildung 54). Der Anteil an täglich Alkohol konsumierenden Vätern war mit 7,4 % in der Altersgruppe der 14- bis 17-jährigen Kindern am größten (Abbildung 55).

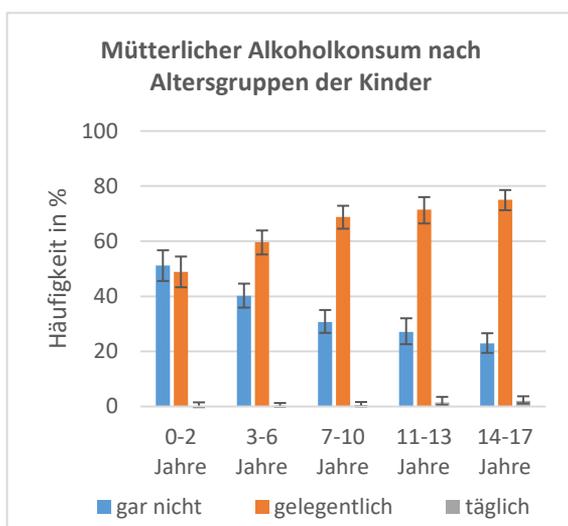


Abbildung 54: Mütterlicher Alkoholkonsum nach Altersgruppen der Kinder

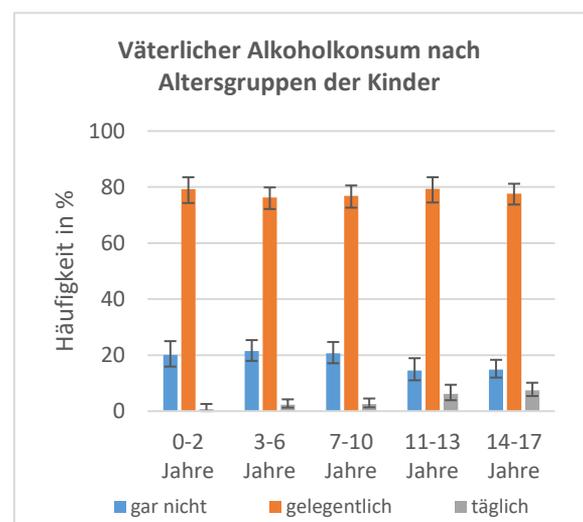


Abbildung 55: Väterlicher Alkoholkonsum nach Altersgruppen der Kinder

### 6.12.5 BMI und Geburtsgewicht

72,9 % der Kinder wiesen einen BMI im Normbereich auf, 19,0 % oberhalb und 8,1 % unterhalb der BMI-Perzentile auf. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede der BMI-Anteile hinsichtlich Geschlecht des Kindes, Partnerschaftsstatus oder Gesundheitskompetenz der Befragungsteilnehmenden und Wohnort.

Laut Angaben der Eltern war der Anteil an übergewichtigen Kindern in den älteren Altersgruppen kleiner als in den jüngeren Altersgruppen. An dieser Stelle sei darauf verwiesen, dass es sich nicht um gemessene Werte für die Größe und das Gewicht handelt, sondern um Selbstanangaben des teilnehmenden Elternteils (Abbildung 56).

Der Anteil an übergewichtigen Kindern war bei Kindern mit einem hohen Geburtsgewicht signifikant größer als bei Kindern mit einem normalen Geburtsgewicht (12,9 % (95 %-KI: 9,63 %-17,17 %) vs. 7,4 % (95 %-KI: 6,26 %-8,76 %)) (Abbildung 57).

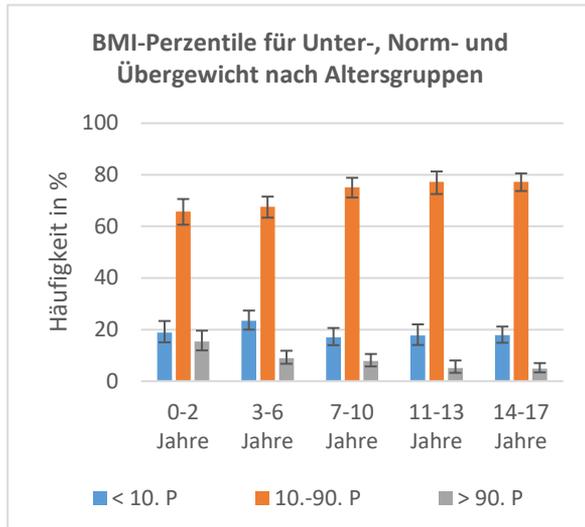


Abbildung 56: BMI-Perzentile für Unter-, Norm- und Übergewicht nach Altersgruppen

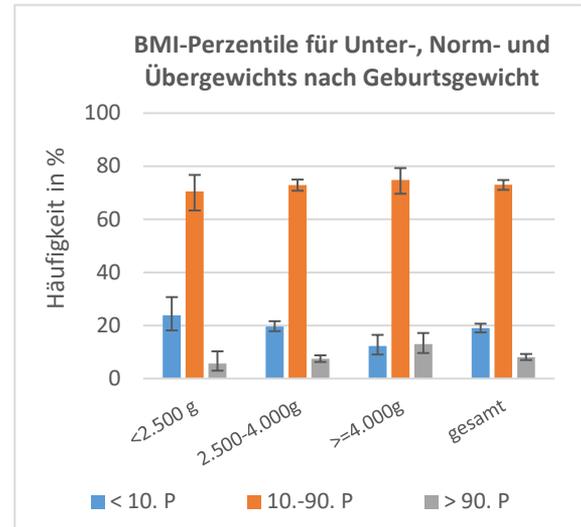


Abbildung 57: BMI-Perzentile für Unter-, Norm- und Übergewicht nach Geburtsgewicht

Bei der Geburt wogen 8,1 % (n=187) der Kinder unter 2.500 g, 78,0 % (n=1.781) zwischen 2.500 und 4.000 g und 14,0 % mindestens 4.000 g. Die Abbildung 58 und Abbildung 59 visualisieren die unterschiedlichen Anteile an Kindern mit hohen und niedrigeren Geburtsgewichten nach Kreisen und kreisfreien Städten in Schleswig-Holstein, die von 8,2 % in Flensburg bis 18,1 % im Kreis Dithmarschen bzw. von 4,8 % im Kreis Segeberg bis 10,5 % in Rendsburg-Eckernförde reichen. Die Unterschiede sind nicht signifikant.

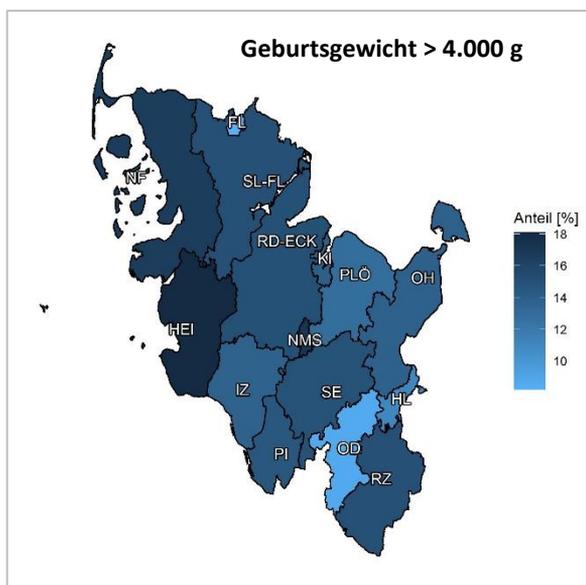


Abbildung 58: Geburtsgewicht über 4.000 g nach Kreisen und kreisfreien Städten

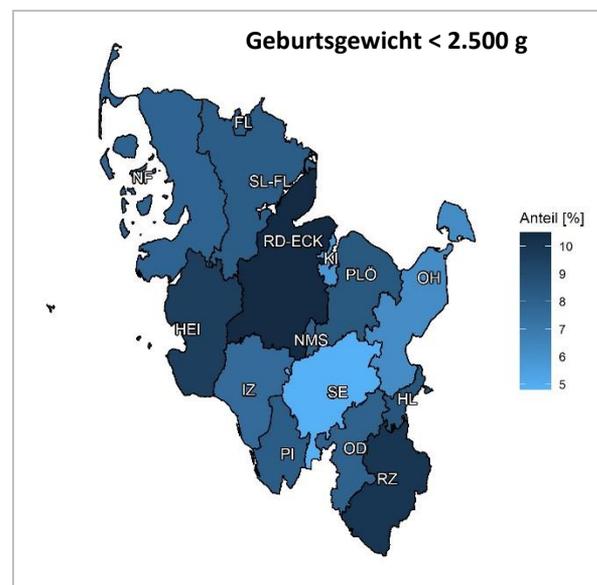


Abbildung 59: Geburtsgewicht unter 2.500 g nach Kreisen und kreisfreien Städten

## 6.12.6 Bewegung, Bewegungsumgebung und Schwimmbefähigung

### *Bewegungsumfang*

Für 59,6 % der 0-17-jährigen Kinder und Jugendlichen berichteten die Eltern, dass sich diese mindestens sieben Stunden in der Woche vor der Befragung lebhaft bewegten. Für 5-17-jährige Kinder lag der Anteil bei 54,6 %. Ein Fünftel (20,5 %) der Kinder bewegte sich in der Woche vor der Befragung fünf bis sechs Stunden und das verbleibende Fünftel weniger als vier Stunden.

Der Anteil der Jungen, die sich mindestens sieben Stunden pro Woche lebhaft bewegten war signifikanter höher als der der Mädchen (63,4 % (95 %-KI: 60,49 %-66,22 %) vs. 56,0 % (95 %-KI: 53 %-58,94 %)) (Abbildung 60).

Für 3-6-jährige Kinder wurde der höchste Anteil an Kindern berichtet, der sich mindestens sieben Stunden pro Woche lebhaft bewegt, in den ältere Altersgruppen nahm der Anteil an Kindern, die das empfohlene Aktivitätsniveau erreichen jeweils statistisch signifikant ab (77,1 % (95 %-KI: 73,16 %-80,64 %) vs. 65,9 % (95 %-KI: 61,54 %-70,01 %) vs. 49,0 % (95 %-KI: 43,73 %-54,25 %) vs. 39,5 % (95 %-KI: 35,48 %-43,71 %)) (Abbildung 61).

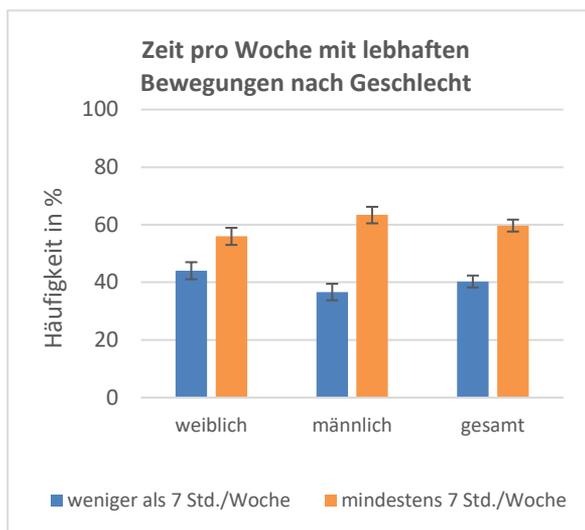


Abbildung 60: Körperlicher Aktivität pro Woche nach Geschlecht

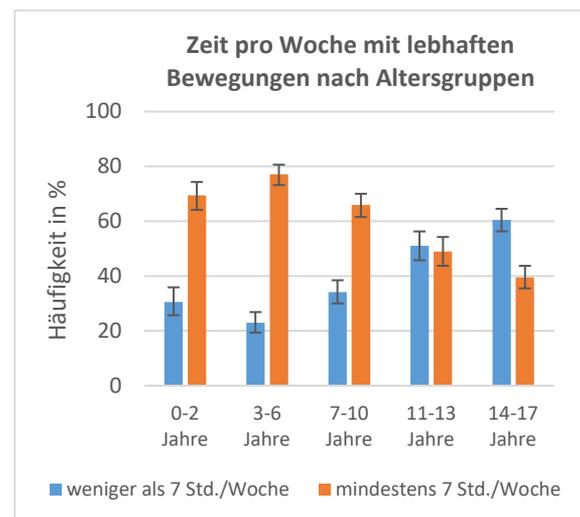


Abbildung 61: Körperlicher Aktivität pro Woche nach Altersgruppen

Der Anteil der Kinder mit ausreichendem Aktivitätsniveau war bei Kindern, deren Eltern nicht allein lebten signifikant größer als bei Kindern von Elternteilen ohne Partnerin oder Partner (60,9 % (95 %-KI: 58,62 %-63,04 %) vs. 51,5 % (95 %-KI: 45,5 %-57,51 %)) (Abbildung 62). Auch

wiesen Kinder von besser gebildeten Eltern einen signifikant größeren Anteil mit ausreichendem Aktivitätsniveau im Vergleich zu Kindern von Eltern mit niedrigem Bildungsstand auf (61,5 % (95 %-KI: 58,78 %-64,19 %) vs. 40,8 % (95 %-KI: 28,2 %-54,77%)) (Abbildung 63).

Keinen Einfluss auf ein, laut WHO, ausreichendes Aktivitätsniveau hatten die Gesundheitskompetenz der Eltern, die Wohnregion nach Kreisen und kreisfreien Städten und, ob die Familien eher ländlich oder städtisch lebten.

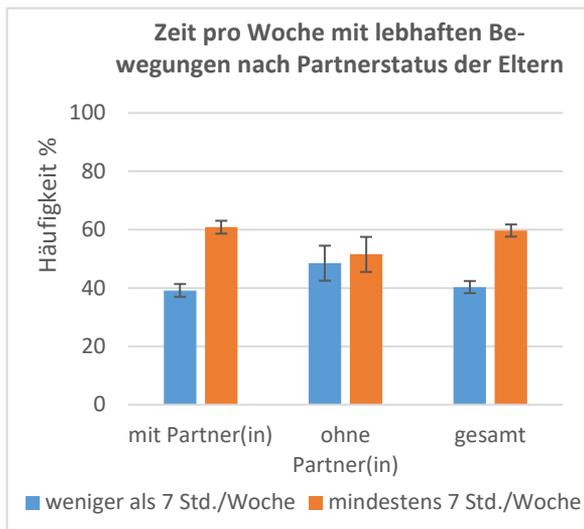


Abbildung 62: Körperlicher Aktivität pro Woche nach Partnerstatus der Eltern

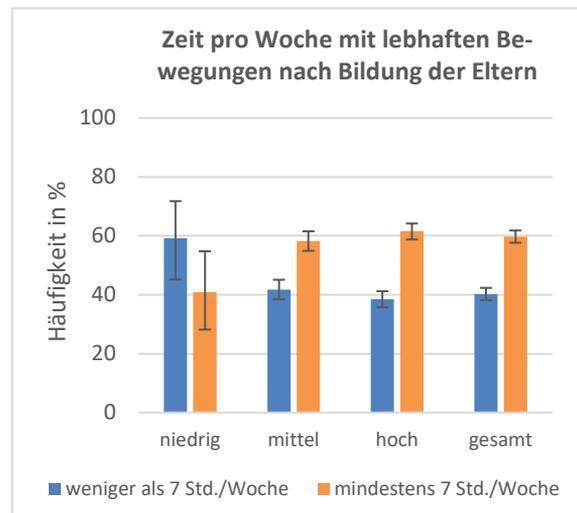


Abbildung 63: Körperlicher Aktivität pro Woche nach Bildungsstand der Eltern

### Bewegungs- oder Sport-AGs in der Schule

Während fast drei Viertel der 6-10-jährigen Kinder an Bewegungs- und Sport-AGs in der Schule teilnahmen, waren es in den beiden älteren Altersgruppen signifikant weniger (73,6 % (95 %-KI: 69,65 %-77,27 %) vs. 59,9 % (95 %-KI: 54,58 %-64,96 %) und 56,8 % (95 %-KI: 52,54 %-61,04 %)) (Abbildung 64). Bei Kindern aus eher ländlichen Wohnorten war der Anteil an Kindern, die an Bewegungs- und Sport-AGs in der Schule teilnahmen, signifikant größer als bei Kindern, die in der Stadt wohnten (69,5 % (95 %-KI: 65,66 %-73,1 %) vs. 59,6 % (95 %-KI: 56,13 %-63,05 %)) (Abbildung 65).

Auf Kreisebene zeigte sich im Kreis Ostholstein eine unterdurchschnittliche und im Kreis Nordfriesland eine überdurchschnittliche Teilnahmeghäufigkeit der Kinder an Bewegungs- und Sport-AGs in der Schule (Abbildung 66).

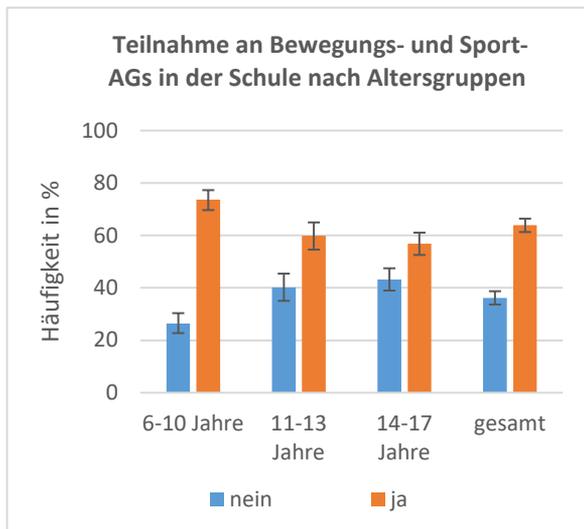


Abbildung 64: Teilnahme schulpflichtiger Kinder an Bewegungs- und Sport-AGs in der Schule nach Altersgruppen (Achtung: hier 6-jährige Kinder in die Altersgruppe 7-10 Jahre aufgenommen)

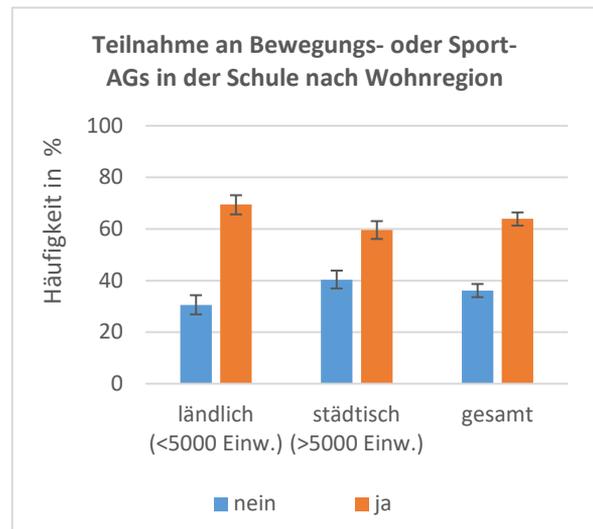


Abbildung 65: Teilnahme schulpflichtiger Kinder an Bewegungs- und Sport-AGs in der Schule nach Wohnregion

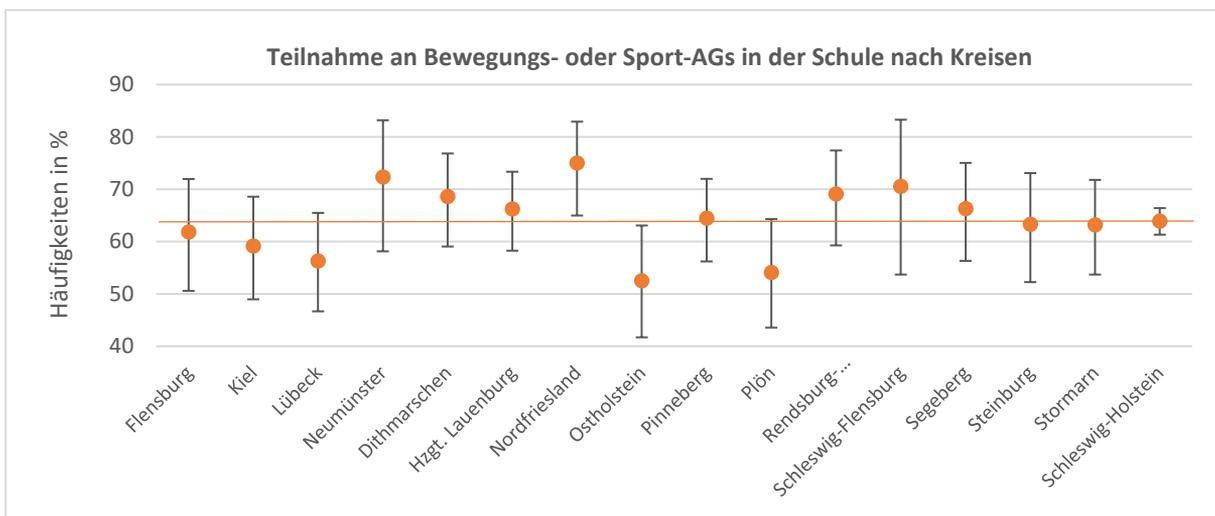


Abbildung 66: Teilnahme an Bewegungs- und Sport-AGs in der Schule nach Kreisen

Keinen Einfluss auf die Teilnahmehäufigkeit der Bewegungs- und Sport-AGs in der Schule hatten das Geschlecht des Kindes, die Gesundheitskompetenz und der Bildungsstand der Eltern.

Für die meisten (68,0 %) der teilnehmenden Eltern hatte die COVID-19-Pandemie im Befragungszeitraum von Juni bis Oktober 2023 keinen Einfluss auf die Teilnahme ihres Kindes an Bewegungs- oder Sport-AGs in der Schule, ein Fünftel (20,8 %) der Eltern gab eine seltenere und etwa ein Zehntel (11,1 %) eine häufigere Teilnahme an. Von den Eltern, deren Kinder nicht an den Bewegungs- oder Sport-AGs in der Schule teilnahmen, gaben 88,3 % nicht pandemiebedingte Gründe für die Nichtteilnahme an, 10,1 % gaben an, dass die Angebote pandemiebedingt nicht stattfanden und 1,6 % gaben an, dass das Kind aufgrund der COVID-19-Pandemie nicht teilnahm oder nicht angemeldet war.

### Teilnahme an außerschulischen Sportangeboten

Mehr als zwei Drittel (67,9 %) der Kinder nahm in den letzten vier Wochen an Angeboten im Sportverein, an Sportkursen oder in Fitnessstudios, Ballett- oder Schwimmschulen usw. teil. Bereits 45,0 % (95 %-KI: 39,48 %-50,54 %) der Kinder in der jüngsten Altersgruppe nahmen an solchen Bewegungsangeboten teil. In der Altersgruppe der 7- bis 10-jährigen Kinder nahmen signifikant mehr Kinder (83,2 % (95 %-KI: 79,6 %-86,32 %)) an außerschulischen Bewegungsangeboten teil als in allen anderen Altersgruppen (Abbildung 67).

Auch der Anteil an Kindern mit Elternteil ohne Partnerin oder Partner, der außerschulische Sportvereinsangeboten oder Sportkursen in Fitnessstudios, Ballett- oder Schwimmschulen usw. nutzte, war statistisch signifikant kleiner als bei Kindern mit Eltern mit Partnerin oder Partner (55,0 % (95 %-KI: 48,91%-60,87 %) vs. 69,8 % (95 %-KI: 67,69 %-71,85 %)) (Abbildung 68).

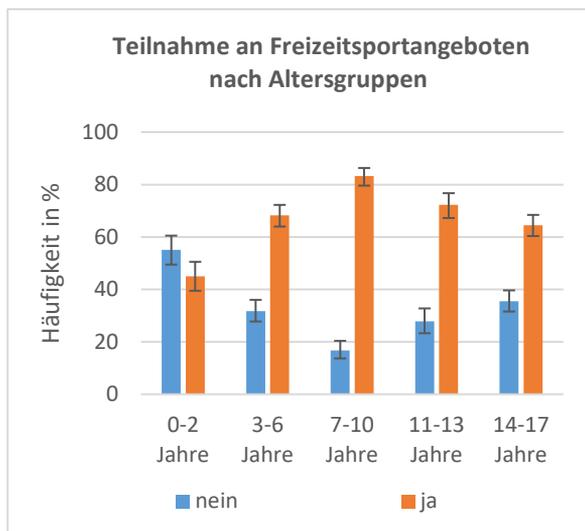


Abbildung 67: Teilnahme an Freizeitsportangeboten nach Altersgruppen

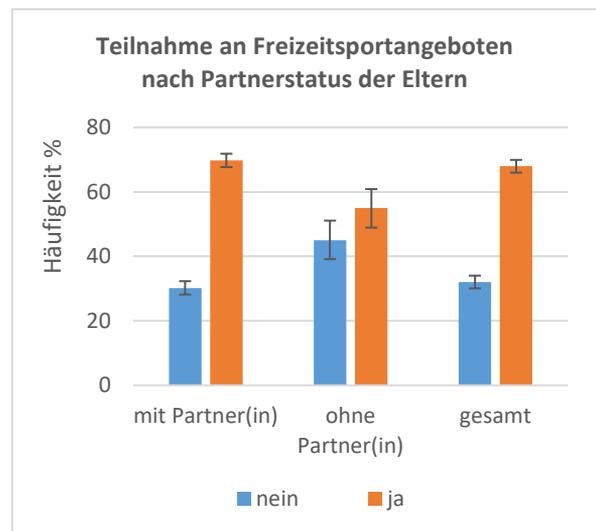


Abbildung 68: Teilnahme an Freizeitsportangeboten nach Partnerstatus der Eltern

Während ca. die Hälfte der Kinder von Eltern mit niedrigem Bildungsstand an außerschulischen Bewegungsangeboten teilnahm, waren es bei den Kindern von Eltern mit hohem Bildungsstand nahezu sieben von zehn Kindern und damit signifikant mehr (51,0 % (95 %-KI: 37,47 %-64,43 %) vs. 69,6 % (95 %-KI: 67,01 %-72,14%)) (Abbildung 69).

Unterschiede in Bezug auf die Teilnahme an außerschulischen Bewegungsangeboten hinsichtlich Geschlecht und städtischen und ländlichem Wohnort zeigten sich nicht.

Für die meisten (72,2,0 %) der teilnehmenden Eltern hatte die COVID-19-Pandemie keinen Einfluss auf die Teilnahme ihres Kindes an Sportvereinsangeboten oder Sportkursen in Fitnessstudios, Ballett- oder Schwimmschulen usw., 17,2 % der Eltern gaben eine seltenere und etwa ein Zehntel (10,6 %) eine häufigere Teilnahme an. Von den Eltern, deren Kinder nicht an solchen Bewegungsangeboten teilnahmen, gaben 84,5 % nicht pandemiebedingte Gründe für die Nichtteilnahme an, 10,0 % gaben an, dass die Angebote pandemiebedingt nicht stattfanden und 5,5 % gaben an, dass das Kind aufgrund der Pandemie nicht teilnahm oder nicht angemeldet war.

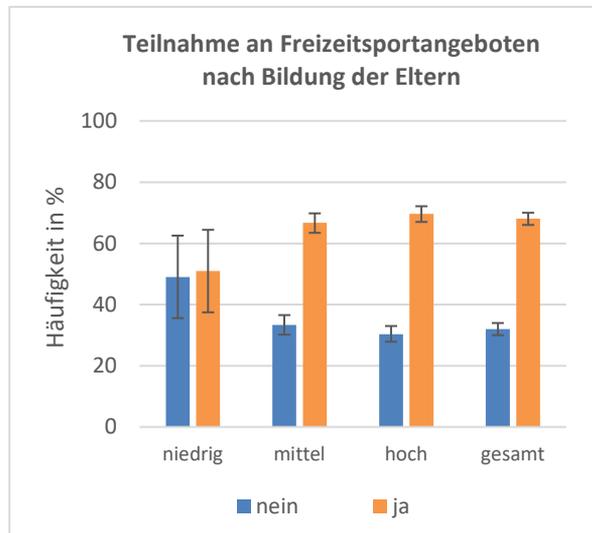


Abbildung 69: Teilnahme an Freizeitsportangeboten nach Bildung der Eltern

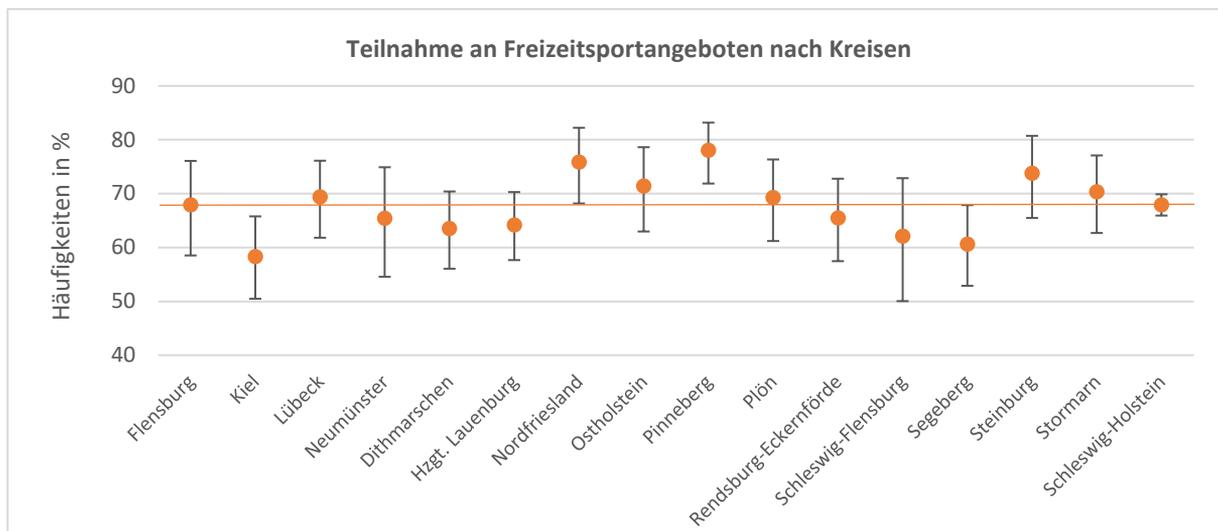


Abbildung 70: Teilnahme an Freizeitsportangeboten nach Kreisen und kreisfreien Städten

### Schwimmfähigkeit

11,9 % der 15-17-Jährigen hatte in Schleswig-Holstein kein Deutsches Schwimmabzeichen in Bronze, Silber oder Gold und auch kein Frühschwimmerabzeichen (Seepferdchen, Pinguin, Frosch etc.) abgelegt und hat damit keinen Nachweis des sicheren Schwimmens, sodass weiterhin eine intensive Beobachtung der Schwimmerin bzw. des Schwimmers notwendig bleibt. In der Gruppe der 6- bis 10-Jährigen hatten 39,0 % ein Deutsches Schwimmabzeichen und 37,1 % das Frühschwimmerabzeichen Seepferdchen abgelegt. Bei den 11-14-Jährigen waren es

83,6 % mit einem Deutsche Schwimmabzeichen und 11,4 % mit Frühschwimmerabzeichen Seepferdchen. Bei den 15- bis 17-Jährigen hatten 88,1 % ein Deutsches Schwimmabzeichen und 8,9 % das Frühschwimmerabzeichen Seepferdchen (Abbildung 71).

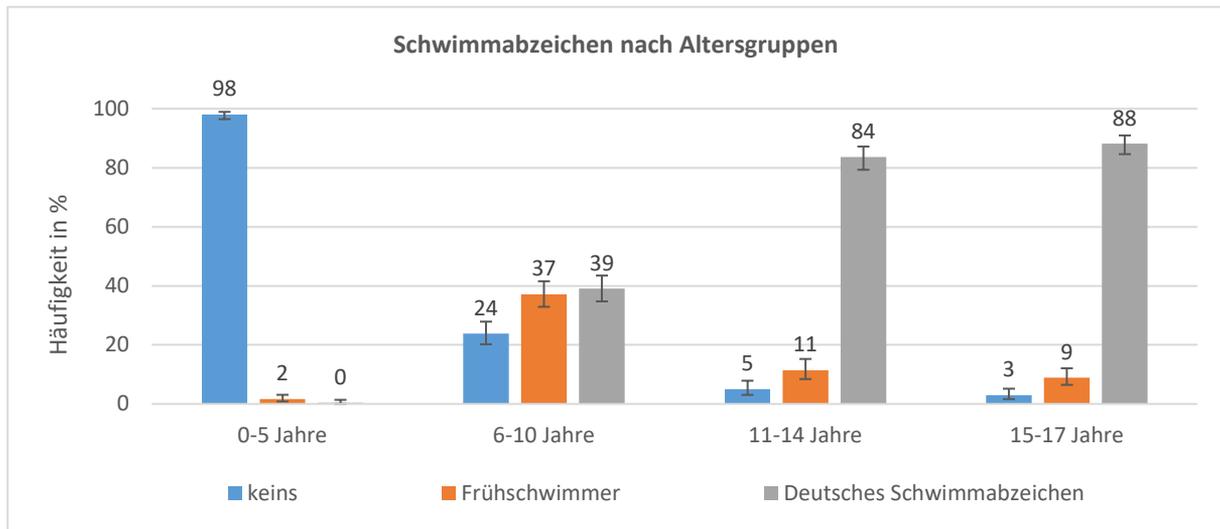


Abbildung 71: Schwimmabzeichen nach Altersgruppen

Abbildung 72 zeigt den Anteil an 6-17-jährigen Kindern in Schleswig-Holstein nach Kreisen und kreisfreien Städten, die das Deutsche Schwimmabzeichen in Bronze, Silber oder Gold abgelegt hatten. Mit Ausnahme vom Kreis Stormarn, in dem der Anteil überdurchschnittlich hoch war, zeigten sich keine signifikanten regionalen Unterschiede hinsichtlich eines Erwerbs eines Deutschen Schwimmabzeichens.

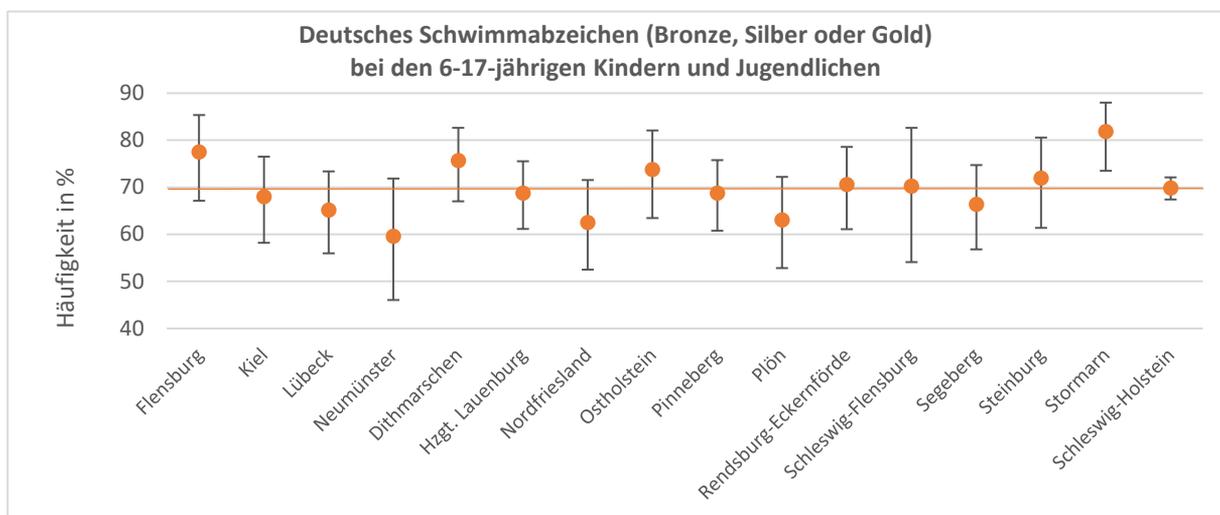


Abbildung 72: Deutsches Schwimmabzeichen (Bronze, Silber oder Gold) bei den 6-17-jährigen Kindern und Jugendlichen

### Zufriedenheit mit Bewegungs- und Sportmöglichkeiten im Wohnumfeld

Insgesamt zeigte sich ein dreigeteiltes Bild der Zufriedenheit mit den Bewegungs- und Sportmöglichkeiten für Kinder im Wohnumfeld. Während 31,5 % der Eltern nicht oder teilweise mit den Bewegungs- und Sportmöglichkeiten im Wohnumfeld zufrieden waren, zeigten sich 29,7 % zufrieden und 38,8 % sehr oder äußerst zufrieden. Regionale Unterschiede auf Kreisebene sind in Abbildung 73 dargestellt. Während für schleswig-holsteinische Verhältnisse im Hzgt. Lauenburg unterdurchschnittlich viele Eltern zufrieden bis äußerst zufrieden waren mit den Bewegungs- und Sportmöglichkeiten im Wohnumfeld ihres Kindes, waren es im Kreis Steinburg überdurchschnittlich viele (60,8 % (95 %-KI: 54,2 %-67,08 %) vs. 79,53 % (95 %-KI: 71,64 %-85,68 %)).

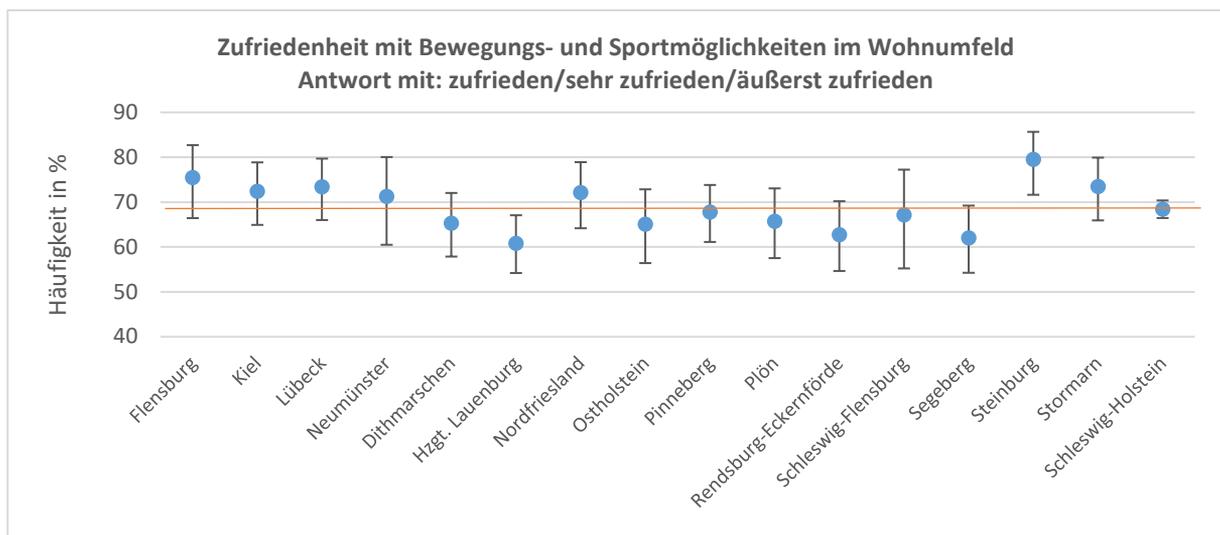


Abbildung 73: Zufriedenheit mit Bewegungs- und Sportmöglichkeiten im Wohnumfeld Antwort mit: zufrieden/sehr zufrieden/äußerst zufrieden

Ein jeweils signifikant größerer Anteil an unzufriedenen Eltern bezüglich der Sport- und Bewegungsmöglichkeiten im Wohnumfeld war unter den Eltern der unter 7-jährigen Kindern, bei Eltern mit mittlerem Bildungsstand im Vergleich zu Personen mit hohem Bildungsstand, bei ländlich wohnenden Familien und bei Personen mit einer geringeren Gesundheitskompetenz zu finden (Abbildung 74 bis Abbildung 77).

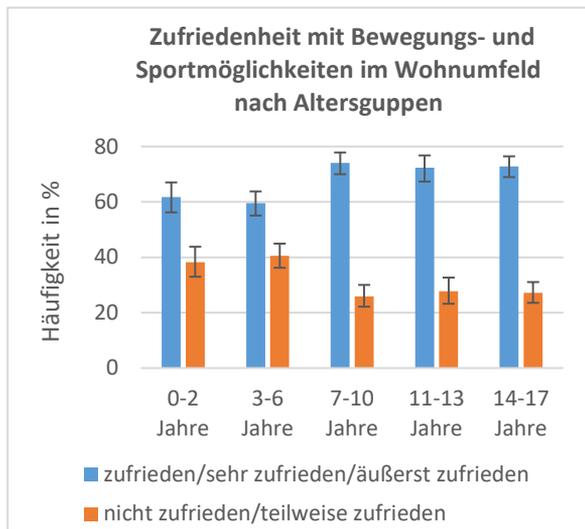


Abbildung 74: Zufriedenheit mit Bewegungs- und Sportmöglichkeiten für Kinder im Wohnumfeld nach Altersgruppen

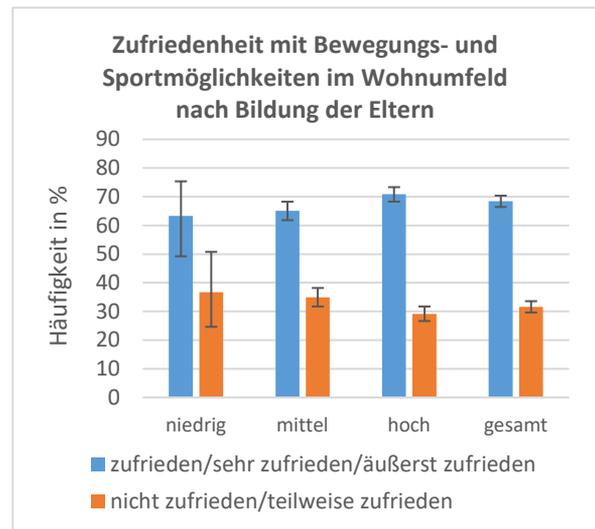


Abbildung 75: Zufriedenheit mit Bewegungs- und Sportmöglichkeiten für Kinder im Wohnumfeld nach Bildungsstand der Eltern

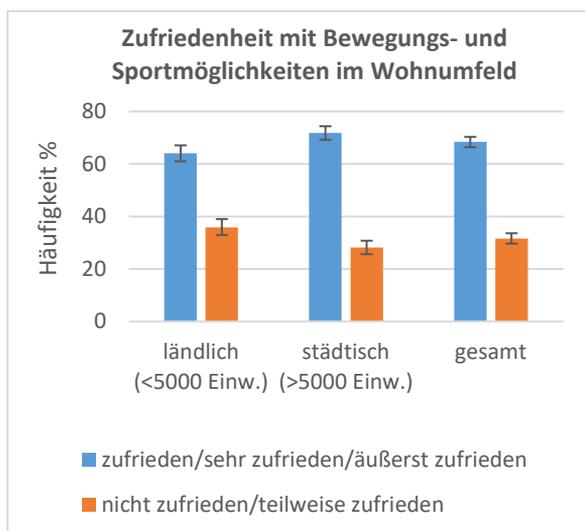


Abbildung 76: Zufriedenheit mit Bewegungs- und Sportmöglichkeiten für Kinder im Wohnumfeld nach Wohnregion

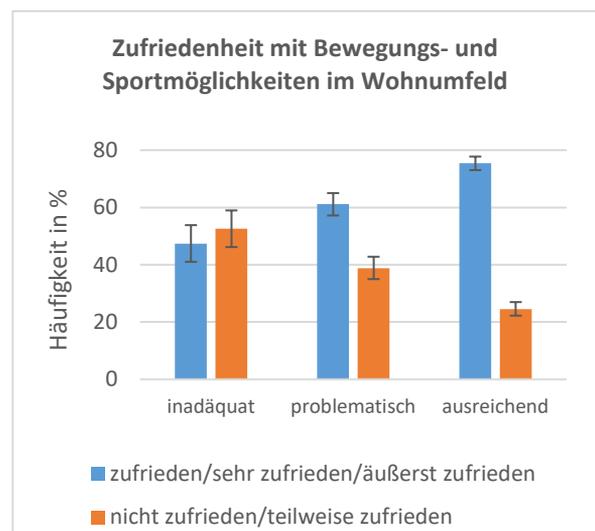


Abbildung 77: Zufriedenheit mit Bewegungs- und Sportmöglichkeiten für Kinder im Wohnumfeld nach Gesundheitskompetenz der Eltern

### 6.13 Gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychische Gesundheit der Eltern

Im Mittel lag die gesundheitsbezogene Lebensqualität des teilnehmenden Elternteils bei 71,8 (SD=20,2). Die meisten Eltern gaben eine gesundheitsbezogene Lebensqualität über dem Schwellenwert von 33,3 an. 8 % der Befragten äußerten eine gesundheitsbezogene Lebensqualität unter dem Schwellenwert und damit eine geringe gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Eltern von Kindern mit erhöhten Versorgungsbedarfen (CSHCN-Screener positiv) war dabei signifikant geringer als die von den Eltern mit Kindern ohne erhöhtem Versorgungsbedarf (CSHCN-Screener negativ) (65,5 (SD=22,2) vs. 73,6 (SD=19,2);  $p < 0,005$ ). Der Anteil der Eltern mit einer geringen gesundheitsbezogenen Lebensqualität war bei den Eltern mit einem Kind mit erhöhten Versorgungsbedarfen doppelt so hoch wie bei Eltern mit Kindern ohne erhöhten Versorgungsbedarfen (13,6 % (95%-KI: 10,83 % - 16,96 %) vs. 6,3% (95 %-KI: 5,27 %-7,64 %)) (Abbildung 78).

Daneben war der Anteil an Eltern mit einer niedrigen gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Eltern mit 11- bis 13-jährigen Kindern größer als in jeder anderen Altersgruppe. Am kleinsten war der Anteil an Eltern mit einer niedrigen gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Eltern von unter 3-jährigen Kindern (Abbildung 79).

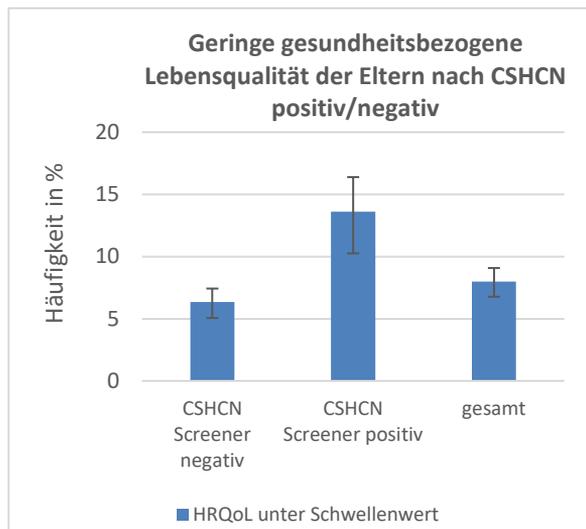


Abbildung 78: Anteil an Eltern mit niedriger gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Kindern mit und ohne erhöhten Versorgungsbedarfen

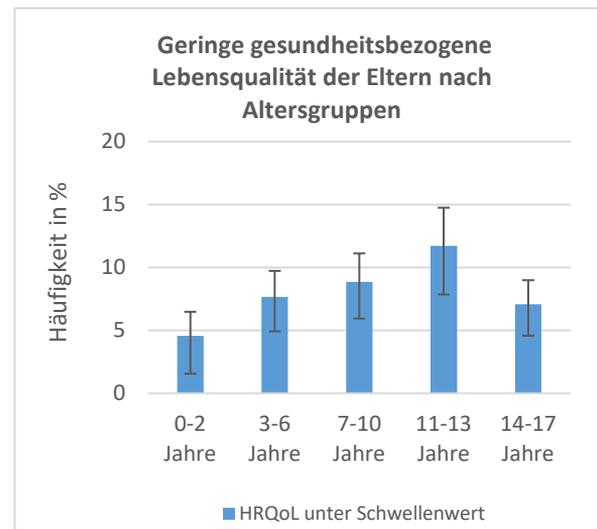


Abbildung 79: Anteil an Eltern mit niedriger gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Altersgruppen der Kinder

11,0 % der teilnehmenden Elternteile äußerten Hinweise auf eine Depression und 9,7 % auf eine Angststörung. 5,6 % ( $n=120$ ) wiesen sowohl Hinweise auf eine Depression als auch auf eine Angststörung auf. Weibliche und männliche Studienteilnehmende gaben vergleichbar oft Hinweise auf eine Depression (11,2 % (95 %-KI: 9,48 % - 13,3 %) vs. 10,4% (95 %-KI: 8,75 % - 12,43 %)) und eine Angststörung an (9,4 % (95 %-KI: 7,83 % - 11,37 %) vs. 9,8 % (95 %-KI: 8,16 % - 11,74 %)).

Eltern von Kindern mit erhöhten Versorgungsbedarfen (CSHCN-Screener positiv) zeigten signifikant häufiger Hinweise auf eine Depression (17,6 % (95 %-KI: 14,42 % - 21,21 %) vs. 9,0 % (95 %-KI: 7,68 % - 10,45 %)) und eine Angststörung (16,3 % (95 %-KI: 13,26 % - 19,85 %) vs. 7,8 %

(95 %-KI: 6,56 %-9,16 %) als Eltern der anderen Kinder (CSHCN-Screener negativ) (Abbildung 80 und Abbildung 81).

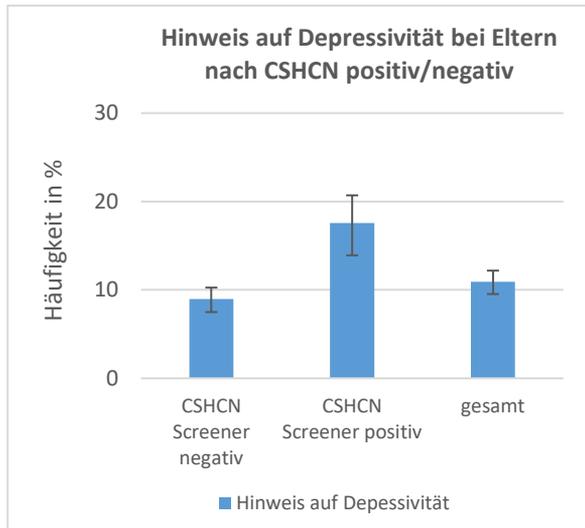


Abbildung 80: Hinweis auf Depressivität bei Eltern von Kindern mit und ohne erhöhten Versorgungsbedarfen

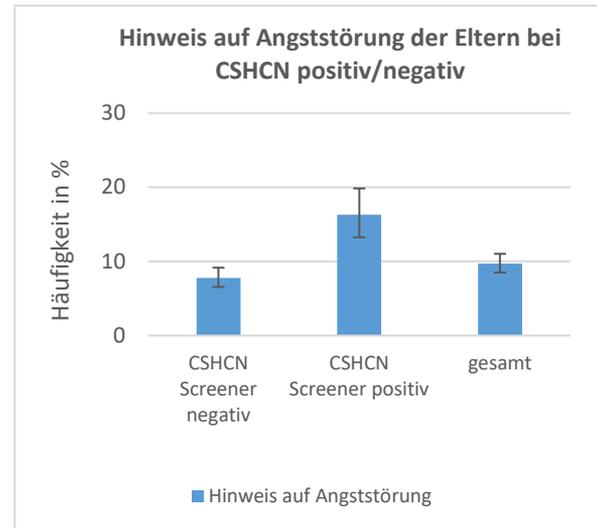


Abbildung 81: Hinweis auf Angststörung bei Eltern von Kindern mit und ohne erhöhten Versorgungsbedarfen

In den verschiedenen Kreisen und kreisfreien Städten gab es eine große Spanne, wie viele Eltern Hinweise auf eine Depression (7,0 % in Kiel, 18,3 % im Kreis Dithmarschen) oder eine Angststörung (5,5 % im Kreis Rendsburg-Eckernförde, 15,1 % im Kreis Schleswig-Flensburg) zeigten. Ein signifikanter Unterschied fand sich nur im Anteil an Personen mit Hinweis auf eine Depression zwischen Kiel und den Kreis Dithmarschen (7,0 % (95 %-KI: 3,86 %-12,31 %) vs. 18,3 % (95 %-KI: 13,19 %-24,9 %)). Im Kreis Schleswig-Flensburg lag der Anteil an Eltern mit Hinweis auf eine Angststörung am höchsten (15,1 % (95%-KI: 8,24 %-25,89 %)), der Unterschied waren nicht statistisch signifikant zu anderen Kreisen (Abbildung 82 und Abbildung 83).

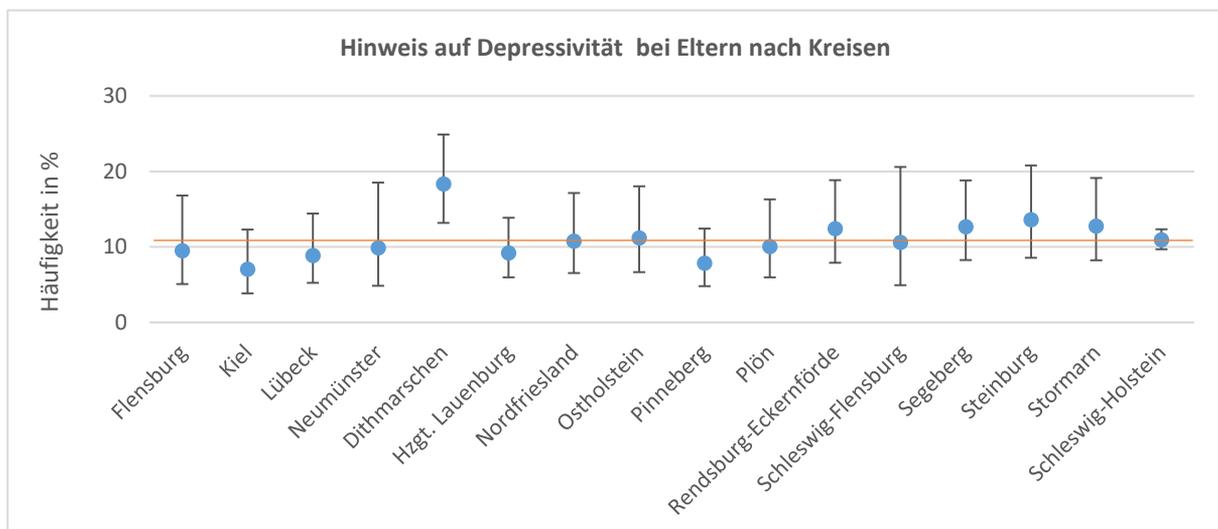


Abbildung 82: Hinweis auf Depressivität bei Eltern nach Kreisen

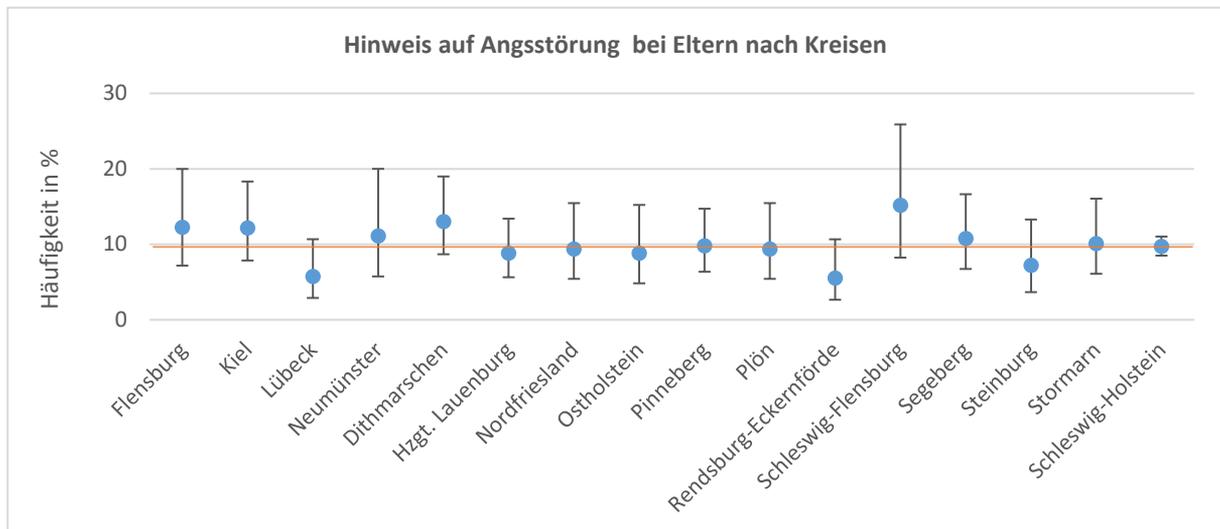


Abbildung 83: Hinweis auf Angststörung bei Eltern nach Kreisen

### 6.14 Soziale Unterstützung

1.084 (50,7 %) Teilnehmende nahmen eine starke soziale Unterstützung wahr, 799 (37,4 %) eine mittlere und 253 (11,8 %) eine schwache.

Die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität der 8- bis 17-jährigen Kinder war bei schwacher sozialer Unterstützung der Eltern signifikant niedriger als bei moderater und starker sozialer Unterstützung der Eltern (M=69,19 (95 %-KI: 66,99-71,40) vs. M=74,79 (95 %-KI: 73,67-75,91) vs. 78,08 (95 %-KI: 77,13-79,03)).

Während jedes fünfte Elternteil mit einem chronisch kranken Kind (CSHCN-Screener positiv) eine schwache soziale Unterstützung angab, war es bei allen anderen Kindern (CSHCN-Screener negativ) nur jedes zehnte Elternteil (9,6 % (95 %-KI: 8,3 %-11,15 %) vs. 19,5 % (95 %-KI: 16,17 %-23,24 %)). Dieser Unterschied ist signifikant. Auch fühlten sich Eltern ohne ein chronisch krankes Kind signifikant häufiger als Eltern mit einem chronisch kranken Kind stark sozial unterstützt (53,4 % (95 %-

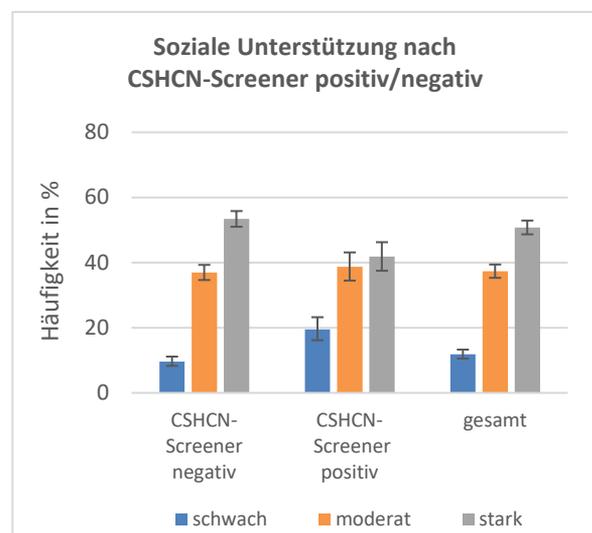


Abbildung 84: Wahrgenommene soziale Unterstützung von chronisch kranken und nicht chronisch kranken Kindern (laut CSHCN-Screener)

KI: 51,01 %-55,82 %) vs. 41,8 % (95 %-KI: 37,5 %-46,27 %)) (Abbildung 84). Daneben äußerten Eltern, die den allgemeinen Gesundheitszustand ihres Kindes mit gut bis sehr gut einschätzten

bzw. Eltern, die ihrem Kind eine sehr gute bis ausgezeichnete psychische Gesundheit bescheinigten, signifikant häufiger als Eltern von Kindern mit einer schlechteren allgemeinen oder psychischen Gesundheit, eine starke soziale Unterstützung wahrzunehmen (Abbildung 85 und Abbildung 86).

Die wahrgenommene soziale Unterstützung unterschied sich nicht in Bezug auf Altersgruppen und Geschlecht des Kindes. Auch unterschied sich die wahrgenommene soziale Unterstützung nicht hinsichtlich der einer städtischen oder ländlichen Wohnregion. Allerdings zeigte sich auf Kreisebene, dass der Anteil an Teilnehmenden mit starker sozialer Unterstützung aus Neumünster (33,7 % (95 %-KI: 24,32 %-44,67 %)) und dem Kreis Dithmarschen (38,2 % (95 %-KI: 31,26 %-45,73 %)) signifikant unter dem Landesdurchschnitt von Schleswig-Holstein lag (50,7 % (95 %-KI: 48,63 %-52,87 %)) (Abbildung 87).

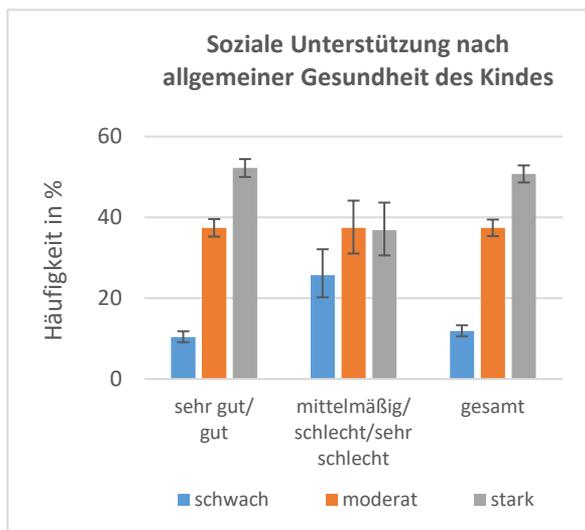


Abbildung 85: Wahrgenommene soziale Unterstützung nach allgemeinem Gesundheitszustand des Kindes

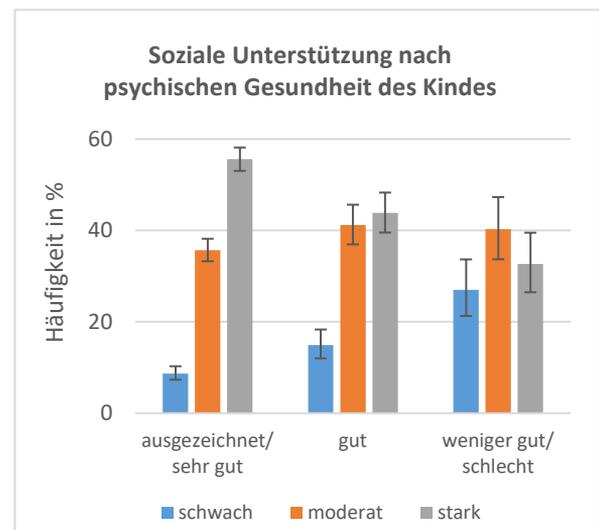


Abbildung 86: Wahrgenommene soziale Unterstützung nach psychischem Gesundheitszustand des Kindes

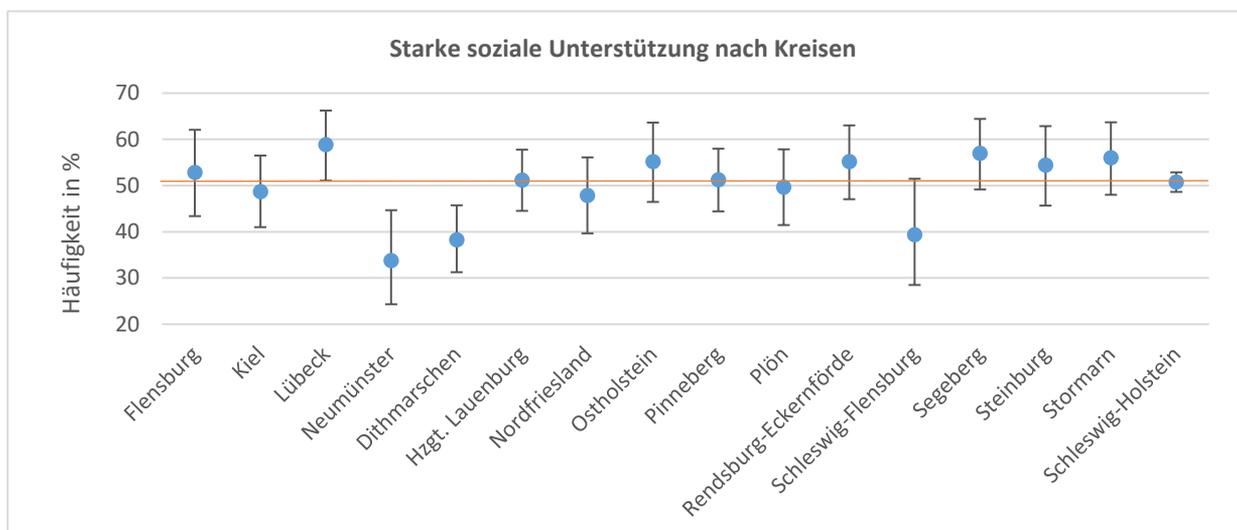


Abbildung 87: Wahrgenommene starke soziale Unterstützung nach Kreisen

## 6.15 Non-Responder-Analyse

In der Zeit vom 8.9.2023 bis zum 31.10.2023 nahmen 149 (5,8 %) Personen an der Non-Responder-Befragung teil. Insgesamt hatten 2.569 Teilnehmende der Gruppen A (n=838), B (n=845) und C (n=886) im Zusammenhang mit den Erinnerungsschreiben eine Karte zur Non-Responder-Befragung erhalten. Doppelnennungen waren möglich. Als die beiden häufigsten Gründe für die Nichtteilnahme wurden von jeweils 37 % der Personen, der Zeitaufwand und eine prinzipielle Nichtteilnahme an Studien oder Datenerhebungen genannt. 12 % sahen keinen Nutzen in der Teilnahme und 1 % gab technische Schwierigkeiten an (Abbildung 88). 30 % nannten andere Gründe, wie nicht zur Zielpopulation zu gehören (n=5), keinen medizinischen Bedarf zu haben (n=5), Sprachschwierigkeiten zu haben (n=4), nicht repräsentativ zu sein (n=6), weil man z. B. „privat krankenversichert“ sei, der „Mann Allgemeinmediziner mit eigener Praxis ist, daher keine Terminprobleme“ bestehen oder, „weil bei einem körperlich und geistig-behindertem Kind die Fragen zu einem verzerrten Ergebnis führen“. Vier Personen teilten mit, dass das Kind erst 9 Monate alt sei und man daher nicht über 12 Monate berichten könne bzw. das Pflegekind erst kürzer in der Familie lebt, weitere drei Personen äußerten Vertrauens- oder Datenschutzbedenken. Technische Schwierigkeiten wurden nur selten genannt (Abbildung 88).

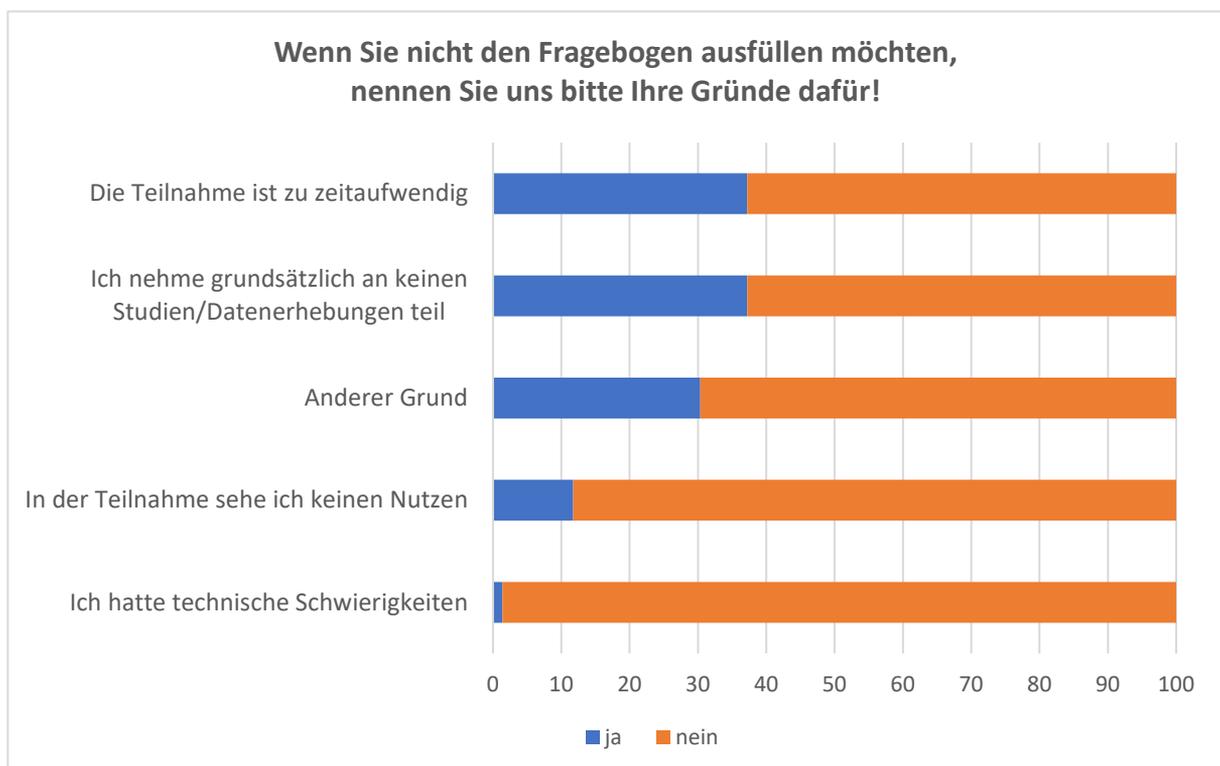


Abbildung 88: Gründe für Nichtteilnahme an Befragung

## 7 Einordnung der Ergebnisse

Insgesamt nahmen 2.516 (15,9 %) der kontaktierten Eltern aus allen Kreisen und kreisfreien Städten in Schleswig-Holstein an der Befragung teil. Damit war die Rücklaufquote vergleichbar (niedrig) wie bei der CorJu\_1-Befragung (16,8 %).

Die postalische Befragungsmethodik mit Erinnerungsschreiben generierte die höchste Rücklaufquote. Allerdings stellt die Onlinebefragung mit Erinnerungsschreiben eine brauchbare Alternative dar. Höhere Rücklaufquoten könnten zukünftig durch Einladungs- und Erinnerungsschreiben bei Onlinebefragungen mit kürzeren Befragungen möglich sein, auch wenn das die Kosten für eine Umfrage erhöht. Aus der Non-Responder-Befragung wird aber auch eine grundsätzliche Ablehnung der Studienteilnahme und Datenerhebung bei 37 % der hier antwortenden Personen ersichtlich. Hier bedarf es noch mehr Aufklärung über die Relevanz solcher Befragungen und möglichst spürbare Veränderungen aufgrund von Befragungsergebnissen.

Technische Schwierigkeiten spielten scheinbar eine untergeordnete Rolle bei der Onlinebefragung.

### 7.1 Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen

Die auf Werte von 0-100 transformierten Summenwerte für die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität der 8- bis 18-jährigen Kinder und Jugendlichen (KIDSCREEN-10) liegt bei der aktuellen geKuJu-Befragung (aus dem Jahr 2022/23) signifikant höher als in der ABCDEF-Onlinestudie (2020/21) [15] ( $M=75,88$  ( $SD=12,31$ ) vs.  $M=71,75$  ( $SD=14,04$ );  $p<0,001$ ), im Vergleich zur Einwohnermeldeamt-Stichprobe (EMA) der CorJu\_1-Studie (2021/22) [16] ist der Unterschied nicht signifikant ( $M=75,88$  ( $SD=12,31$ ) vs.  $M=73,81$  ( $SD=13,37$ ;  $p=0,068$ )) (eigene Berechnungen). Auch unterscheidet sich die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität signifikant zwischen der ABCDEF- und EMA-CorJu\_1-Studie ( $p=0,020$ ). Während bei den ersten beiden Befragungen, bei mehr als einem Kind im Haushalt, die Eltern gebeten wurden, über das Kind zu berichten, welches in den letzten 12 Monaten am häufigsten beim Arzt oder bei einer Ärztin oder im Krankenhaus war, wurden bei der letzten Befragung im Interesse der Repräsentativität, Angaben zu dem Kind erbeten, das als nächstes Geburtstag hat, sodass die Vergleichbarkeit nur eingeschränkt gegeben ist, auch wenn in 36,4 % der Haushalte, der hier befragten Personen, nur ein Kind lebt.

Im Vergleich zu von der KIDSCREEN-Gruppe veröffentlichte Normdaten für Fremd-Angaben scheint sich die generelle Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen der geKuJu-Studie noch nicht ganz auf dem Niveau der Normdaten zu befinden ( $M=77,14$  ( $SD=10,56$ )) [30].

Für neun von zehn Kindern geben Eltern, wie in der KIDA-Befragung [52], einen sehr guten oder guten allgemeinen Gesundheitszustand an und damit signifikant mehr Eltern als in der ABCDF-Studie ( $p=0,041$ ) [15] aber nicht signifikant mehr als in der CorJu\_1-Studie ( $p=0,665$ ) [16]. Im KiGGS Welle 2 werden für 96,1 % der Kinder ein guter oder sehr guter allgemeiner Gesundheitszustand angegeben [53].

Zwei Drittel der teilnehmenden Eltern berichteten von einer ausgezeichneten bzw. sehr guten allgemeinen psychischen Gesundheit ihres Kindes. Das gilt in der geKuJu-Befragung sowohl für 0- bis 17-jährige als auch für 3- bis 15-jährige Kinder, für die letztgenannte Altersgruppe wird im KIDA-Quartalsbericht 2 ein ähnlicher Anteil für Kinder mit einer ausgezeichneten bzw. sehr guten allgemeinen psychischen Gesundheit genannt [52]. Auch finden sich in der KIDA-Studie wie in der geKuJu-Studie keine Geschlechterunterschiede in Bezug auf die psychische Gesundheit der Kinder. Für die Altersgruppe der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen wird in der geKuJu-Befragung der größte Anteil an Kindern mit einer weniger guten bzw. schlechten psychischen Gesundheit angegeben, für diese Altersgruppe wurden auch niedrigere Werte für die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität angegeben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es nach Angaben der Eltern den meisten Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein gut bis sehr gut geht. Die Einschätzungen für die allgemeine und psychische Gesundheit sowie für das Wohlbefinden liegen leicht unter dem vorpandemischen Niveau. Weniger gut geht es Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf, von Eltern mit einer inadäquaten Gesundheitskompetenz, deren Eltern ohne Partnerin oder Partner leben sowie Kindern und Jugendlichen, die Hinweise auf eine pathologische Nutzung digitaler Spiele zeigen. Diese Gruppen benötigen gezielt mehr aktive Unterstützung.

## 7.2 Bedarfe, Inanspruchnahme und Versorgungssituation

22,5 % der 0- bis 17-jährigen Kinder haben spezielle Versorgungsbedarfe. Bei ihnen ist der Anteil an nichtärztlichen, diagnostischen und ärztlichen Versorgungsleistungen fast viermal so oft vollständig ungedeckt wie bei Kindern ohne spezielle Versorgungsbedarfe. Im KIDA-Quar-

talsbericht 4 wird für 22,3 % der 3- bis 15-jährigen Kinder ein positives CSHCN-Screener-Ergebnis angegeben. In der geKuJu-Studie haben 22,8 % der 3- bis 15-Jährigen ein positives CSHCN-Screener-Ergebnis. In beiden Studien sind Jungen signifikant häufiger betroffen als Mädchen.

Einen Bedarf an psychologischer Beratung oder Psychotherapie für das Kind wird in der geKuJu-Studie von 16,6 % der Eltern angegeben (ähnlich wie in der ABCDEF-Studie mit 16,8 %), dieser ist zu 34,5 % (in ABCDEF-Studie: 31,1 %) vollständig ungedeckt. Besonders hoch ist der Anteil an vollständig ungedeckten Bedarfen für Selbsthilfegruppen (72,5 %; in der ABCDEF-Studie: 87,1 %), Rehabilitationsmaßnahmen (54,9 %; in der ABCDEF-Studie: 65,5 %), Videosprechstunden (54,4 %; in der ABCDEF-Studie: 22,6 %) und für Schulungen bei chronischen Erkrankungen des Kindes (43,4 %; in der ABCDEF-Studie: 36,0 %). Für Logopädie und Ergotherapie werden Bedarfe für etwa jedes zehnte Kind geäußert, diese sind jeweils zu rund 40 % (in der ABCDEF-Studie zu etwa 35 %) vollständig ungedeckt. Für Krankengymnastik wird ein Bedarf für 12,5 % der Kinder geäußert (ähnlich wie in der ABCDEF-Studie mit 11,2 %), der zu 23,2 % vollständig ungedeckt ist (in der ABCDEF-Studie zu 29,3 %). Die Bedarfe für Krankengymnastik, Logopädie und Ergotherapie liegen über denen in der KiGGS Welle 2 publizierten Werten von 9,6 % für Krankengymnastik, 6,1 % für Logopädie und 4,0 % für Ergotherapie [54].

86,3 % der Kinder in Schleswig-Holstein haben einen Kinderarzt oder eine Kinderärztin, der / die sich regelmäßig um die gesundheitlichen Belange des Kindes kümmert. Vier von fünf Kinder sind mindestens einmal in den letzten 12 Monaten bei einem Kinderarzt oder einer Kinderärztin gewesen und jeweils jedes vierte Kind bei einem Facharzt oder einer Fachärztin bzw. in notärztlicher Behandlung. Im Durchschnitt sind die Kinder dreimal im Jahr bei einem Kinderarzt oder einer Kinderärztin. In der ABCDEF-Studie sind Kinder durchschnittlich 3,3-mal bei einem Kinderarzt oder einer Kinderärztin gewesen, der Anteil mit fachärztlicher Behandlung lag bei 27,8 % und mit notärztlicher Behandlung bei nur 20,4 %.

Von den Eltern, deren Kinder aktuell in hausärztlicher Versorgung sind, wünscht sich nur ein Drittel eine Versorgung durch einen Kinderarzt oder eine Kinderärztin.

Hinsichtlich der empfundenen Schwierigkeit, kinderärztliche Hilfe zu erhalten, zeigen sich in den Kreisen und kreisfreien Städten signifikante Unterschiede. Insgesamt äußern Eltern von etwa jedem sechsten Kind, dass der Zugang zu kinderärztlicher Versorgung schwierig bis extrem schwierig ist. Das sind signifikant weniger Eltern als in der ABCDEF-Studie ( $p < 0,003$ ). Überdurchschnittlich häufig sind Eltern aus den Kreisen Segeberg, Pinneberg und Hzgt. Lauenburg betroffen.

Für die Kreise Dithmarschen, Nordfriesland, Schleswig-Flensburg und Segeberg werden überdurchschnittlich lange einfache Wegezeiten zum Kinder- und Jugendarzt oder -ärztin angegeben. 36,8 % der Eltern empfinden den Zugang zur fachärztlichen Hilfe als schwierig bis extrem schwierig und nahezu ein Viertel der Eltern äußerten dies in Bezug auf notärztliche Hilfe. Im Vergleich zur ABCDEF-Studie finden signifikant mehr Eltern es schwierig bis extrem schwierig fachärztliche für ihr Kind zu bekommen ( $p=0,011$ ).

Eltern aus dem Kreis Dithmarschen geben überdurchschnittlich lange einfache Wegzeiten zur kinderfachärztlichen Versorgung an. Zum nächsten Krankenhaus benötigen Eltern aus den Kreisen Ostholstein, Hztg. Lauenburg, Plön, Rendsburg-Eckernförde, Segeberg und Steinburg überdurchschnittlich lange.

In den genannten Kreisen sollte geprüft werden, ob kinderärztliche, fachärztliche und notärztliche Angebote möglicherweise ausgebaut werden könnten bzw. Eltern mit Zugangsschwierigkeiten, mit chronisch kranken Kindern und mit einer inadäquaten Gesundheitskompetenz identifiziert und zielgruppenspezifisch unterstützt werden könnten. Möglicherweise reichen vorhandene Kapazitäten auch gerade in Sozialpädiatrischen Zentren nicht aus, da insbesondere der Versorgungsbedarf von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen häufiger ungedeckt ist, bei insgesamt guten Zufriedenheitswerten für die pädiatrische Versorgung, Eltern mit den Wartezeiten in Praxen und im Krankenhaus sowie den Wartezeiten auf einen Termin, insbesondere auf Facharzttermine, deutlich weniger zufrieden sind.

### 7.3 Gesundheitskompetenz der Eltern

60,6 % der Befragten verfügen über eine ausreichende Gesundheitskompetenz in Bezug auf die Gesundheitsfürsorge für ihr Kind. Jede neunte studienteilnehmende Person weist eine inadäquate Gesundheitskompetenz auf und hat damit große Schwierigkeiten, gesundheitsrelevante Informationen für das Kind zu finden, zu verstehen, einzuordnen sowie nutzen zu können und schätzt die Anforderungen des Gesundheitssystems als zu komplex ein. In Deutschland verfügen laut GEDA-Befragung 55,8 % der Bevölkerung über eine ausreichende Gesundheitskompetenz [55].

Besonders viele Befragte der geKuJu-Studie finden es schwierig Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen des Kindes zu finden, zu entscheiden, wann eine Zweitmeinung einzuholen ist und die Vertrauenswürdigkeit von Medieninformationen zu

Gesundheitsrisiken zu beurteilen. Im Vergleich zu Eltern mit einer ausreichenden Gesundheitskompetenz schätzten Eltern mit einer inadäquaten Gesundheitskompetenz die psychische Gesundheit und die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität ihres Kindes häufiger weniger gut ein, der Anteil an chronisch kranken Kindern ist bei ihnen doppelt so hoch, ihre Kinder weisen mehr ungedeckten Bedarf an Versorgungsleistungen auf und sie äußern häufiger Zugangsschwierigkeiten zur pädiatrischen, fachärztlichen und notfallmedizinischen Versorgung. Darüber hinaus äußern die Personen mit einer inadäquaten Gesundheitskompetenz häufiger einen täglichen Konsum zuckerhaltiger Getränke und seltener den täglichen Verzehr von Obst und Gemüse ihres Kindes.

Ggf. könnten Eltern im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung, bei der Schuleingangsuntersuchung oder Mütter bei der Schwangerenvorsorgeuntersuchung den HLS-EU-Q-16 oder einen anderen Kurzfragebogen digital oder analog ausfüllen, der geeignet erscheint, Personen zu identifizieren, die eine gezielte Beratung und mehr Orientierungshilfe für die medizinische Versorgung ihres Kindes und bei der Vermittlung von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen bedürfen. Daten der digitalen Erhebung der Gesundheitskompetenz könnten im elektronischen Kinderuntersuchungsheft aufgenommen werden, sodass diese Eltern aktiv und auf Augenhöhe angesprochen werden könnten. Ggf. sollte bei Bedarf der Zugang zu medizinischen und therapeutischen Leistungen für die Kinder konkret vermittelt werden. Oft könnten einfachere laienverständliche Erklärungen von Akteurinnen und Akteuren schon helfen.

#### 7.4 Bildschirmzeiten und Computerspielverhalten des Kindes

Unbestritten haben während der letzten Jahre die Zeiten, die Kinder, Jugendliche und Eltern vor einem Bildschirm verbringen, zugenommen. Die Messung des tatsächlichen Medienkonsums gestaltet sich vielschichtig und aufwendig, wie der DAK-Forschungsbericht „Medien sucht 2020 – Gaming und Social Media in Zeiten von Corona“ zeigt [56].

Die Erhebung der Bildschirmzeiten und des Nutzungsverhaltens in der geKuJu-Studie basiert ausschließlich auf elterlichen Angaben und wurde nur sehr zusammenfassend erhoben, sie kann deshalb nur als grober Anhaltspunkt dienen.

Nahezu zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen überschreiten die altersabhängige empfohlene Bildschirmzeit. Für ein Drittel der Kinder unter 3 Jahre geben Eltern Bildschirmzeiten an.

Für diese Altersgruppe werden keine Bildschirmzeiten empfohlen. Im Kindergartenalter überschreiten sechs von zehn Kinder die empfohlene Bildschirmzeit und bei den Kindern ab 12 Jahren sind es knapp drei Viertel.

Ein Viertel der 10-bis 17-jährigen Kinder mit Gaming / digitale Spiele-Nutzung zeigen Hinweise für eine riskante Nutzung digitaler Spiele und 13,8 % zeigen Hinweise für eine Computerspielerkrankung. Jungen sind davon signifikant häufiger betroffen. Bezogen auf alle 10-bis 17-Jährige in der geKuJu-Studie sind das 25,3 % mit Hinweis auf riskante und 13,8 % mit Hinweis auf eine pathologische Nutzung digitaler Spiele. In der geKuJu-Studie wurde für Kinder mit Hinweis auf eine pathologische Nutzung digitaler Spiele eine signifikant niedrigere generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität gefunden.

Das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE) nennt Prävalenzen bei 10- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen im Jahr 2022 von 11,8 % für riskante Nutzung und 6,2 % für eine pathologische Nutzung digitaler Spiele und im Jahr 2023 von 11,1 % für riskante Nutzung und 4,3 % für pathologische Nutzung. Die Autoren der Langzeitstudie beschreiben rückläufige Nutzungszeiten sowie sinkendes pathologisches Nutzungsverhalten im Hinblick auf digitale Spiele und Video-Streaming-Dienste, jedoch nicht für die problematische Nutzung sozialer Medien, die in der post-pandemischen Phase insgesamt mehr als 30 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland betrifft [56].

Nichtsdestotrotz bedarf es neben der Schulung der Medienkompetenz von Kindern in Schulen, scheinbar auch Schulungsangebote für Eltern von Kindergarten- und Schulkindern, die zum einen den altersentsprechenden Umgang mit Medien vermitteln und zum anderen die gesundheitlichen Folgen eines unreflektierten Mediengebrauchs thematisieren.

## 7.5 Gesundheitsverhalten

### 7.5.1 Ernährung

Sechs von zehn Kinder der geKuJu-Studie konsumieren täglich mindestens einmal Obst und etwas weniger täglich Gemüse. Ein Drittel der Kinder isst täglich weder Obst noch Gemüse. Während der tägliche Konsum von Obst und Gemüse mit dem Alter abnimmt, nimmt der tägliche Konsum von zuckerhaltigen Getränken mit dem Alter zu. Vergleichbare Befunde werden für die KIDA-Studie [57] beschrieben, die für 60 % der 3-17-Jährigen einen täglichen Obstverzehr und einen ähnlich hohen Gemüseverzehr nennt, auch dort ist der Anteil an Kindern mit täglichem Obst- und Gemüseverzehr bei älteren Kindern deutlich geringer als bei jüngeren

Kindern und der Konsum von zuckerhaltigen Getränken bei älteren Kindern häufiger als bei jüngeren Kindern.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Empfehlungen für eine gesunde Ernährung von Kindern bei einem großen Teil der Heranwachsenden nicht erreicht werden. Vor diesem Hintergrund erscheint die Ernährungsstrategie der Bundesregierung dringend notwendig, inwiefern die darin formulierten Ziele erreicht und Umsetzungsvorschläge umgesetzt werden können, bleibt abzuwarten.

#### 7.5.2 Stillen

Etwa neun von zehn Kinder der geKuJu-Studie wurden jemals gestillt. Die ausschließliche Stilldauer lag im Mittel bei 5,1 Monaten. Die Nationale Stillkommission und die WHO empfehlen ausschließliches Stillen in den ersten sechs Monaten für die Mehrheit der gesunden reif geborenen Säuglinge in Europa als ausreichende Ernährung. Insgesamt wurden die Kinder der geKuJu-Studie durchschnittlich 10,4 Monate gestillt. Zur Stilldauer insgesamt gibt die Nationale Stillkommission keine ausdrückliche Empfehlung in Ermangelung von ausreichender Evidenz [58].

Interessant erscheint in der geKuJu-Studie, dass Kinder, die im Jahr 2019 auf die Welt kamen, insgesamt am längsten gestillt wurden. Kinder mit einem BMI über der 90. alters- und geschlechtsspezifischen BMI-Perzentile sind häufiger als normalgewichtige nicht gestillt worden. Im Vergleich zur KiGGS-Studie wurden in der geKuJu-Studie mehr Kinder der Geburtsjahrgänge 2002 bis 2012 jemals gestillt, dort waren es 82 %, die im Durchschnitt 7,5 Monate gestillt wurden [59].

#### 7.5.3 Rauchen und Alkoholkonsum

Insgesamt geben 28,4 % der Befragten an, dass mindestens ein Haushaltsmitglied raucht. In eher ländlichen Wohnregionen ist der Anteil an Raucherhaushalten signifikant größer als in städtischen Wohnregionen. Laut Daten der KiGGS Welle 2 [60] rauchen 7,4 % der 11- bis 17-jährigen Mädchen und 7,0 % der gleichaltrigen Jungen zumindest gelegentlich. In der geKuJu-Studie rauchen in dieser Altersgruppe 4,6 % der Mädchen und 5,4 % der Jungen.

Mütter mit jüngeren Kindern scheinen ihren täglichen Nikotinkonsum deutlich mehr zu reduzieren als Väter und greifen mit zunehmendem Alter des Kindes wieder häufiger täglich zur Zigarette. In der KIDA-Befragung wird ein Anteil von 30,4 % rauchender Eltern beschrieben [61].

In 3,9 % der befragten Haushalte wird von einem väterlichen und in 0,9 % von einem mütterlichen täglichen Alkoholkonsum berichtet. In der Altersgruppe der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen trinken zwei Drittel gelegentlich und 0,2 % täglich Alkohol. Laut KiGGS Welle 2 haben drei Viertel der 14- bis 17-Jährigen schon mal Alkohol getrunken [62]. Aufgrund der abweichenden Fragestellungen lassen sich keine direkten Vergleichswerte finden.

Der Anteil an täglich Alkohol konsumierenden Vätern ist in der Altersgruppe der 14- bis 17-jährigen Kinder allerdings mit 7,4 % am höchsten.

#### 7.5.4 BMI und Geburtsgewicht

Anders als erwartet wies nur ein relativ geringer Anteil an Kindern ein BMI über der 90. BMI-Perzentile und ein relativ großer Anteil an Kindern ein BMI unter der 10. BMI-Perzentile auf. Bei acht von zehn Eltern stimmten die Einschätzung, dass das Kind genau das richtige Gewicht hat, mit einem BMI im Normbereich überein. Aber nur knapp die Hälfte (46,6 %) der Eltern deren Kind ein BMI oberhalb der 90. BMI-Perzentile aufwies, waren der Ansicht, dass ihr Kind ein bisschen oder viel zu dick ist. Möglicherweise ist den Eltern gerade bei älteren Kindern das genaue Körpergewicht und die Körpergröße nicht bekannt oder der Effekt resultiert aus der Teilnahme überdurchschnittlich vieler Personen mit höherem Bildungsstand, bei ihnen ist der Anteil mit übergewichtigen Kindern bekanntermaßen eher kleiner.

Interessanterweise ist der Anteil an übergewichtigen Kindern, bei Kindern mit einem hohen Geburtsgewicht signifikant größer als bei Kindern mit einem normalen Geburtsgewicht. 14,0 % der Kinder in der geKuJu-Studie haben durch ihr hohes Geburtsgewicht ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Adipositas im späteren Lebensverlauf. In Deutschland ist davon nur jedes zehnte neugeborene Kind betroffen [45, 63]. Auch der Anteil an Kindern mit einem niedrigen Geburtsgewicht ist in der Befragungskohorte mit 8,1 % höher als der von The Lancet, UNICEF und WHO für Deutschland veröffentlichte Anteil von 6,6 % [45, 63]. Diese Kinder haben ein höheres Risiko für Entwicklungsbeeinträchtigungen und Krankheiten im späteren Leben [63].

#### 7.5.5 Bewegung des Kindes und Zufriedenheit der Eltern mit Bewegungsumgebung

Mehr als die Hälfte (54,6 %) der 5- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen erreicht nicht die von der WHO empfohlene Aktivitätsdauer von durchschnittlich einer Stunde am Tag. In der KIDA-Studie sind es 57,4 %. Wie in der KIDA-Studie nimmt mit zunehmendem Alter der Anteil

an Kindern ab, der das empfohlene Aktivitätsniveau erreicht. Der Anteil der Kinder mit ausreichendem Aktivitätsniveau ist bei Jungen, Personen mit Partnerin oder Partner und besser gebildeten Eltern größer.

Während fast drei Viertel der 6-10-jährigen Kinder an Bewegungs- und Sport-AGs in der Schule teilnehmen, sind es in den beiden älteren Altersgruppen weniger als 60 %. Bei Kindern aus eher ländlichen Wohnorten ist der Anteil an Teilnehmenden dieser Angebote signifikant größer als bei Kindern, die in der Stadt wohnen. Keinen Einfluss auf die Teilnahme an Bewegungs- und Sport-AGs in der Schule hatten das Geschlecht des Kindes, die Gesundheitskompetenz und der Bildungsstand der Eltern.

Mehr als zwei Drittel der Kinder nehmen an außerschulischen Sportangeboten teil, signifikant häufiger handelt es sich dabei um Kinder mit höher gebildeten Eltern, Unterschiede hinsichtlich Geschlecht und Wohnort zeigen sich nicht.

Für mehr als zwei Drittel der Eltern hat die COVID-19-Pandemie keinen Einfluss auf die Teilnahme ihres Kindes an Bewegungs- oder Sport-AGs in der Schule und an Sportvereinsangeboten oder Sportkursen in Fitnessstudios, Ballett- oder Schwimmschulen usw., ein Fünftel der Eltern gibt eine seltenere Teilnahme an. Von den Eltern, deren Kinder nicht an den schulischen oder außerschulischen Bewegungsangeboten teilnehmen, geben mehr als acht von zehn Eltern nicht pandemiebedingte Gründe für die Nichtteilnahme an. Der Anteil der pandemiebedingten Nicht-Teilnahme liegt wie in der KIDA-Befragung 2023 bei etwa 10 % [52].

Laut einer repräsentativen Umfrage von forsa aus dem Jahr 2022 [64], die von der Deutschen Lebens-Rettungs-Gesellschaft in Auftrag gegeben worden war, besitzen 54 % der Grundschüler\*innen das Frühschwimmerabzeichen Seepferdchen und 40 % ein Deutsches Schwimmbzeichen in Bronze, Silber oder Gold. In der geKuJu-Studie hatten von den 6- bis 10-Jährigen mit 37,1 % weniger Kinder das Frühschwimmerabzeichen Seepferdchen und vergleichbar viele ein Deutsches Schwimmbzeichen (39,0 %).

Etwa zwei Drittel der Eltern sind mit den Bewegungs- und Sportmöglichkeiten für Kinder im Wohnumfeld zufrieden bis äußerst zufrieden. Während für schleswig-holsteinische Verhältnisse der Anteil der zufriedenen Eltern in Steinburg überdurchschnittlich hoch ist, sind es im Hzgt. Lauenburg unterdurchschnittlich viele Eltern. Der Anteil an Unzufriedenen bezüglich der Sport- und Bewegungsmöglichkeiten im Wohnumfeld ist höher unter den Eltern mit unter 7-

jährigen Kindern, mit mittlerem Bildungsstand im Vergleich zu Personen mit hohem Bildungsstand, bei eher ländlich wohnenden Eltern und bei Eltern mit einer geringeren Gesundheitskompetenz.

In Bezug auf das Gesundheitsverhalten bedarf es weiterer Aufklärungsarbeit auch hinsichtlich der Vorbildwirkung des gesundheitsförderlichen Verhaltens beider Elternteile in Bezug auf den Konsum von Alkohol, Nikotin und demnächst wohl auch von Cannabis.

## 7.6 Gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychische Gesundheit der Eltern

Im Vergleich zur ABCDEF-Studie (aus dem Jahr 2020/21) [15] und der EMA-Stichprobe der CorJu\_1-Studie (2021/22) [16] ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Eltern der geKuJu-Studie (2022/23) signifikant höher ( $M=63,0$  ( $SD=18,8$ ) vs. ( $M=69,3$ ;  $SD=22,2$ ) vs. ( $M=71,8$  ( $SD=20,2$ )) (eigene Berechnungen). Bereits die Werte für die gesundheitsbezogene Lebensqualität der ABCDEF- und EMA-Stichprobe der CorJu\_1-Studie ( $p<0,001$ ) unterscheiden sich signifikant, ebenso wie die Werte der ABCDEF-Studie und geKuJu-Studie ( $p<0,001$ ) und der EMA-Stichprobe der CorJu\_1-Studie und ABCDEF-Studie ( $p=0,024$ ) (eigene Berechnungen). Die Mittelwerte für die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Eltern in der geKuJu-Studie liegen oberhalb der Mittelwerte relevanter Altersgruppen der Allgemeinbevölkerung aus dem Erhebungsjahr 2017 [65]. In der geKuJu-Studie äußern vergleichbar viele Eltern depressive Symptome wie in der ABCDEF-Studie (11,0 % vs. 12,7 %;  $p<0,191$ ), in der EMA-Stichprobe sind es signifikant mehr Eltern als in der CorJu\_1-Studie (11,0 % vs. 16,3 %;  $p<0,002$ ). Hinweise auf eine Angststörung liefern Daten von 17,4 % der Eltern der ABCDEF- und mit 9,7 % signifikant weniger Eltern der geKuJu-Studie ( $p<0,001$ ). Der Anteil an Personen mit Hinweis auf eine Angststörung in der geKuJu-Studie und in der EMA-Stichprobe der CorJu\_1-Studie unterscheidet sich nicht statistisch signifikant voneinander (9,7 % vs. 10,8 %;  $p<0,482$ ).

Die Prävalenzen für depressive Symptome und für Angststörungen liegen unter Berücksichtigung des Bildungsstandes in der geKuJu-Stichprobe vergleichbar zu Personen im bundesdeutschen Durchschnitt in den Altersgruppen [66].

## 7.7 Soziale Unterstützung

Die Hälfte der an der geKuJu-Studie Teilnehmenden nimmt eine starke soziale Unterstützung wahr, das äußerten zu Beginn der COVID-19-Pandemie 43,4 % der Eltern der CoPa-Studie [13].

Eltern von Kindern mit einer schlechteren allgemeinen und psychischen Gesundheit, einer niedrigeren generellen gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie von chronisch kranken Kindern äußern häufiger nur eine schwache soziale Unterstützung. Auch wenn es sich dabei um subjektive Angaben handelt, so dürften gerade diese Eltern und Personen mit einer inadäquaten Gesundheitskompetenz sowie Personen ohne Partnerin oder Partner mehr Unterstützung benötigen, um gesundheitsförderliche Verhaltensweisen und eine bessere Inanspruchnahme zu realisieren. Es sollten daher gezielt Eltern mit Unterstützungsbedarf identifiziert werden und durchaus vorhandene Möglichkeiten der Unterstützung, wie beispielsweise der Anschluss an Selbsthilfegruppe, häuslichen Kinderkrankenpflege nach § 37 SGB V, Haushaltshilfen nach § 38 SGB V oder Frühe Hilfen, eruiert und vermittelt werden. Möglicherweise gelingt es bestimmten Eltern nicht, ausreichend Unterstützung selbständig zu finden und im Bedarfsfall zu aktivieren.

## 7.8 Limitationen

Die Studie unterliegt mehreren Limitationen, die bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen sind.

Auch wenn die Stichprobe über die Einwohnermeldeämter in ganz Schleswig-Holstein gezogen wurde, sind Selektionseffekte nicht auszuschließen. So wurde der Fragebogen nur in deutscher Sprache und nicht für Personen mit geringer Lesefähigkeit dargeboten. Möglicherweise wurden damit, wie in vielen Befragungen, besonders vulnerable Personengruppen nicht ausreichend erreicht, sodass gefundene Effekte eher unterschätzt werden.

Da soziodemografische Angaben erst am Ende der Befragung erhoben wurden und die Teilnahmebereitschaft gering war, wurden auch unvollständige Datensätze in den Analysen berücksichtigt und auf eine Gewichtung verzichtet. Der Anteil der teilnehmenden Personen mit niedriger Schulbildung war unter- und mit hoher Schulbildung überrepräsentiert. Laut Statistischen Bundesamt 2024 haben unter den 35- bis 45-jährigen Personen in Deutschland 49 % eine Fachhochschul- oder Hochschulreife, 29 % einen Realschul- oder gleichwertiger Abschluss und 22 % keinen oder einen Hauptschulabschluss [67]. In unserer Stichprobe verfügten 68 % über Fachhochschul- oder Hochschulreife, 27 % über einen Realschul- oder gleichwertiger Abschluss und 5 % über keinen oder einen Hauptschulabschluss. Der Anteil an Personen mit Migrationshintergrund beträgt in der Gesamtbevölkerung in Schleswig-Holstein 17,2 % [68] und in der geKuJu-Befragung 14,2 %.

Im Interesse der Teilnahmeakzeptanz in Bezug auf die Befragungsdauer wurden in der Onlinebefragung Filterfragen verwendet und vorwiegend standardisierte Kurzfragebögen genutzt. Bei den Angaben handelt es sich um subjektive Angaben der Eltern. Kritisch anzumerken ist auch, dass der PHQ-2 und der GAD-2 als geeignete Screening-Instrumente für Anzeichen von Depression und Angststörung gelten und der GADIS-P zur Identifikation eines auffälligen Computerspielverhalten geeignet erscheint, jedoch sind diese Instrumente nicht ausreichend, um diese Diagnosen zu bestätigen [37, 49].

Der direkte Vergleich der geKuJu-Ergebnisse zur ABCDEF-Studie, bei der eine Kohorte aus bereits bestehenden Studien-Kohorten generiert wurde, und zur CorJu\_1-Studie, bei der eine Einwohnermeldeamt-Stichprobe für die hier zitierten Vergleichswerte zur Verfügung stand, ist lediglich eingeschränkt möglich. Auch wurden in diesen beiden Befragungen bei mehr als einem Kind im Haushalt, die Eltern gebeten über das Kind zu berichten, das in den letzten 12 Monaten am häufigsten beim Arzt oder bei einer Ärztin oder im Krankenhaus war. Bei der geKuJu-Befragung wurden, im Interesse der Repräsentativität und möglichen weiteren Befragungen und späterer Vergleichbarkeit, Angaben zu dem Kind erbeten, das als nächstes Geburtstag hat, sodass die Vergleichbarkeit nur eingeschränkt gegeben ist.

Die vorgestellten geKuJu-Ergebnisse beziehen sich ausschließlich auf Querschnittsdaten, d. h. Aussagen über Kausalitäten, intraindividuelle Veränderungen und Entwicklungsverläufe sind nicht möglich.

Darüber hinaus ist eine Auswertung nach Kreisen nicht bei jeder Fragestellung, auch nach Zusammenlegung von Kategorien, aufgrund von kleinen Fallzahlen sinnvoll durchführbar.

Eine Stichprobenverzerrung ist vor diesem Hintergrund wahrscheinlich, gefundene Effekte dürften in der Realität eher größer sein. Einige Werte sind bei großen Konfidenzintervallen aufgrund geringer Fallzahlen teilweise mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

## **8 Fazit**

Nach Angaben der Eltern geht es den meisten Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein gut bis sehr gut. Die Einschätzungen für die allgemeine und psychische Gesundheit sowie für das Wohlbefinden liegen leicht unter dem vorpandemischen Niveau. Weniger gut geht es Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf, Kindern und Jugendlichen von Eltern mit einer inadäquaten Gesundheitskompetenz, Kindern und Jugendlichen deren Eltern

ohne Partnerin oder Partner leben sowie Kindern und Jugendlichen, die Hinweise auf eine pathologische Nutzung digitaler Spiele zeigen. Diese Gruppen benötigen gezielt mehr aktive Unterstützung. Insgesamt bedarf es eines leichteren Zugangs zu fachärztlicher und kinderärztlicher Versorgung. Mit Blick auf die Bemühungen für gesundheitsförderliche Verhaltensweisen, insbesondere in Bezug auf mehr Bewegung, gesunde Ernährung und die sparsame Nutzung digitaler Medien, braucht es einerseits weiterhin die Motivation und Aktivierung der Eltern und der Akteurinnen und Akteure und andererseits auch die Fürsorge des Staats, um Kinder und Jugendliche vor Krankheiten zu schützen und ein gesundes Aufwachsen für alle zu ermöglichen.

## Literatur

1. Gassman-Pines A, Ananat EO, Fitz-Henley II J (2020) COVID-19 and parent-child psychological well-being. *Pediatrics* 146. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-007294>
2. Langmeyer A, Guglhör-Rudan A, Naab T, Urlen M, Winklhofer U (2020) Kindsein in Zeiten von Corona. Erste Ergebnisse zum veränderten Alltag und zum Wohlbefinden von Kindern. DJI, München
3. Andresen S, Lips A, Möller R et al. (2020) Kinder, Eltern und ihre Erfahrungen während der Corona-Pandemie
4. Lips A (2021) The Situation of Young People at Home During COVID-19 Pandemic. *Childhood Vulnerability Journal* 3:61–78. <https://doi.org/10.1007/s41255-021-00014-3>
5. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C et al. (2020) Mental Health and Quality of Life in Children and Adolescents During the COVID-19 Pandemic-Results of the Copsy Study. *Dtsch Arztebl Int* 117:828–829. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0828>
6. Theiß K, Simon A, Graf N, Rohrer T (2021) Auswirkungen des Lockdowns während der ersten COVID-19-Welle auf 34 kinder- und jugendärztliche Praxen im Saarland (Consequences of the lockdown during the first COVID-19 wave in 34 pediatric practices in Saarland). *Monatsschr Kinderheilkd* 169:335–345. <https://doi.org/10.1007/s00112-021-01125-9>
7. Sonnet M (2021) Die Corona-Pandemie erhöht Risiko für diabetische Ketoazidosen. *Info Diabetol* 15:45. <https://doi.org/10.1007/s15034-021-3711-3>
8. Thomas EY, Anurudran A, Robb K, Burke TF (2020) Spotlight on child abuse and neglect response in the time of COVID-19. *Lancet Public Health* 5:e371. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30143-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30143-2)
9. The LCAH (2020) Prioritising children's rights in the COVID-19 response. *Lancet Child Adolesc Health* 4:479. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30172-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30172-3)
10. Rajmil L, Hjern A, Boran P, Gunnlaugsson G, Kraus de Camargo O, Raman S (2021) Impact of lockdown and school closure on children's health and well-being during the first wave of COVID-19: a narrative review. *BMJ Paediatr Open* 5:e001043. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2021-001043>
11. Patrick SW, Henkhaus LE, Zickafoose JS et al. (2020) Well-being of Parents and Children During the COVID-19 Pandemic: A National Survey. *Pediatrics* 146. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-016824>
12. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M, Devine J, Schlack R, Otto C (2022) Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 31:879–889. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5>
13. Peters E, Hübner J, Katalinic A (2021) Stress, Copingstrategien und gesundheitsbezogene Lebensqualität während der Corona-Pandemie im April 2020 in Deutschland (Stress, coping strategies and health-related quality of life during the corona pandemic in April 2020 in Germany). *Dtsch Med Wochenschr* 146:e11-e20. <https://doi.org/10.1055/a-1275-3792>

14. Geweniger A, Barth M, Haddad AD et al. (2022) Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health Outcomes of Healthy Children, Children With Special Health Care Needs and Their Caregivers-Results of a Cross-Sectional Study. *Front Pediatr* 10:759066. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.759066>
15. Bundesministerium für Gesundheit: (2022) Abschlussbericht Verbundprojekt "Sozialpädiatrische Versorgung und bio-psychoziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen während der Corona-Pandemie"
16. Hartmann N, Elsner S, Baltus H, Peters E, Katalinic A (2023) Abschlussbericht CorJu1-Studie "Sozialpädiatrische Versorgungslage von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein in Zeiten der Covid-19-Pandemie von Sommer 2021 bis Sommer 2022 - Die Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen aus Elternsicht"
17. Klein C, Borsche M, Balck A et al. (2021) Cohort-based surveillance of SARS-CoV2 transmission mirrors infection rates at the population level: a one-year longitudinal study. <https://doi.org/10.1101/2021.05.10.21256966>
18. Reiss F, Meyrose A-K, Otto C, Lampert T, Klasen F, Ravens-Sieberer U (2019) Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *PLoS One* 14:e0213700. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213700>
19. Gallo LC, Shivpuri S, Gonzalez P et al. (2013) Socioeconomic status and stress in Mexican-American women: a multi-method perspective. *J Behav Med* 36:379–388. <https://doi.org/10.1007/s10865-012-9432-2>
20. Holahan CJ, Moos RH (1987) Personal and contextual determinants of coping strategies. *J Pers Soc Psychol* 52:946–955. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.52.5.946>
21. Mandemakers JJ, Monden CWS (2010) Does education buffer the impact of disability on psychological distress? *Soc Sci Med* 71:288–297. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.004>
22. Peters E, Schmidt H, Baltus H, Schnoor M, Hartmann N, Katalinic A (2024) Sozialpädiatrische Versorgungssituation und -bedarfe in Zeiten der COVID-19-Pandemie 2020 bis 2022. Was wird jetzt gebraucht? (Social pediatric care situation and needs during the COVID-19 pandemic from 2020 to 2022. What is needed now?). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 67:351–361. <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03847-z>
23. Coakley KE, Lardier DT, Holladay KR, Amorim FT, Zuhl MN (2021) Physical Activity Behavior and Mental Health Among University Students During COVID-19 Lockdown. *Front Sports Act Living* 3:682175. <https://doi.org/10.3389/fspor.2021.682175>
24. Penedo FJ, Dahn JR (2005) Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Curr Opin Psychiatry* 18:189–193. <https://doi.org/10.1097/00001504-200503000-00013>
25. Dyrbye LN, West CP, Sinsky CA, Goeders LE, Satele DV, Shanafelt TD (2017) Medical Licensure Questions and Physician Reluctance to Seek Care for Mental Health Conditions. *Mayo Clin Proc* 92:1486–1493. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.06.020>

26. Finger JD, Varnaccia G, Borrmann A, Lange C, Mensink GBM (2018) Physical activity among children and adolescents in Germany. Results of the cross-sectional KiGGS Wave 2 study and trends. *J Health Monit* 3:23–30. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-023.2>
27. Schmidt SCE, Anedda B, Burchartz A et al. (2020) Physical activity and screen time of children and adolescents before and during the COVID-19 lockdown in Germany: a natural experiment. *Sci Rep* 10:21780. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-78438-4>
28. Hübner L (2022) Einblicke in die aktuelle gesundheitliche Lage der Kinder in Ostholstein, Eutin
29. Ravens-Sieberer U, Gosch A, Abel T et al. (2001) Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Soz Praventivmed* 46:294–302. <https://doi.org/10.1007/BF01321080>
30. Ravens-Sieberer U, Herdman M, Devine J et al. (2014) The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: development, current application, and future advances. *Qual Life Res* 23:791–803. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0428-3>
31. Bruin A de, Picavet H S J, Nossikov A (Hrsg) (1996) Health interview surveys. Towards international harmonization of methods and instruments. WHO regional publications. European series, Band 58. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen
32. Ahmad F, Jhaji AK, Stewart DE, Burghardt M, Bierman AS (2014) Single item measures of self-rated mental health: a scoping review. *BMC Health Serv Res* 14:398. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-398>
33. Agresti A, Coull BA (1998) Approximate Is Better than "Exact" for Interval Estimation of Binomial Proportions. *The American Statistician* 52:119. <https://doi.org/10.2307/2685469>
34. Schmidt S, Thyen U, Petersen C, Bullinger M (2004) The performance of the screener to identify children with special health care needs in a European sample of children with chronic conditions. *Eur J Pediatr* 163:517–523. <https://doi.org/10.1007/s00431-004-1458-1>
35. Schmidt S, Thyen U, Herrmann-Garitz C, Bomba F, Muehlan H (2016) The Youth Health Care measure-satisfaction, utilization, and needs (YHC-SUN)-development of a self-report version of the Child Health Care (CHC-SUN) proxy-measure. *BMC Health Serv Res* 16:189. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1419-1>
36. Jordan S, Hoebel J (2015) Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland : Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA) (Health literacy of adults in Germany: Findings from the German Health Update (GEDA) study). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 58:942–950. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2200-z>
37. Paschke K, Austermann MI, Thomasius R (2021) Assessing ICD-11 gaming disorder in adolescent gamers by parental ratings: Development and validation of the Gaming Disorder Scale for Parents (GADIS-P). *J Behav Addict* 10:159–168. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00105>

38. Starker A, Kuhnert R, Hoebel J, Richter A (2022) Smoking behaviour and passive smoke exposure of adults - Results from GEDA 2019/2020-EHIS. *J Health Monit* 7:6–20.  
<https://doi.org/10.25646/10291>
39. Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D et al. (2001) Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschr Kinderheilkd* 149:807–818.  
<https://doi.org/10.1007/s001120170107>
40. Matthews EK, Wei J, Cunningham SA (2017) Relationship between prenatal growth, postnatal growth and childhood obesity: a review. *Eur J Clin Nutr* 71:919–930.  
<https://doi.org/10.1038/ejcn.2016.258>
41. Oddy WH, Mori TA, Huang R-C et al. (2014) Early infant feeding and adiposity risk: from infancy to adulthood. *Ann Nutr Metab* 64:262–270.  
<https://doi.org/10.1159/000365031>
42. Schellong K, Schulz S, Harder T, Plagemann A (2012) Birth weight and long-term overweight risk: systematic review and a meta-analysis including 643,902 persons from 66 studies and 26 countries globally. *PLoS One* 7:e47776.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0047776>
43. Yu ZB, Han SP, Zhu GZ et al. (2011) Birth weight and subsequent risk of obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 12:525–542.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00867.x>
44. Robert Koch Institut (2020) Themenblatt Geburtsgewicht
45. The Lancet, UNICEF, WHO (2019) Jedes siebte Baby weltweit zu leicht bei der Geburt, New York/London/Genf/Köln
46. Jekauc D, Wagner MO, Kahlert D, Woll A (2013) Reliabilität und Validität des MoMo-Aktivitätsfragebogens für Jugendliche (MoMo-AFB). *Diagnostica* 59:100–111.  
<https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000083>
47. Schmidt SCE, Burchartz A, Kolb S et al. (2021) Zur Situation der körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen während der COVID-19 Pandemie in Deutschland : Die Motorik-Modul Studie (MoMo)
48. Fayers P, Bottomley A (2002) Quality of life research within the EORTC-the EORTC QLQ-C30. European Organisation for Research and Treatment of Cancer. *Eur J Cancer* 38 Suppl 4:S125-33. [https://doi.org/10.1016/s0959-8049\(01\)00448-8](https://doi.org/10.1016/s0959-8049(01)00448-8)
49. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B (2009) An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics* 50:613–621.  
<https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.6.613>
50. Dalgard OS, Dowrick C, Lehtinen V et al. (2006) Negative life events, social support and gender difference in depression: a multinational community survey with data from the ODIN study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41:444–451.  
<https://doi.org/10.1007/s00127-006-0051-5>
51. UNESCO Institute for Statistics (2013) International Standard Classification of Education: fields of education and training 2013 (ISCED-F 2013);detailed field descriptions.

- <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000235049?posInSet=1&queryId=2d322387-a62b-4818-adfd-da826440609f>. Zugegriffen: 2. Mai 2024
52. 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.
  53. Poethko-Müller C, Kuntz B, Lampert T, Neuhauser H (2018) The general health of children and adolescents in Germany. Results of the cross-sectional KiGGS Wave 2 study and trends. *J Health Monit* 3:8–14. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-021>
  54. Rommel A, Hintzpeter B, Urbanski D (2018) Utilization of physical therapy, speech therapy and occupational therapy by children and adolescents in Germany. Results of the cross-sectional KiGGS Wave 2 study and trends. *J Health Monit* 3:20–34. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-097>
  55. Jordan S, Hoebel J (2015) Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 58:942–950. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2200-z>
  56. Paschke K, Austermann MI, Thomasius R (2024) Problematische Mediennutzung bei Kindern und Jugendlichen in der post-pandemischen Phase
  57. Robert Koch-Institut (2023) 3. Quartalsbericht – Kindergesundheit in Deutschland aktuell (KIDA): Monitoring der Kindergesundheit in (und nach) der COVID-19-Pandemie. Schwerpunkt Ernährungsverhalten. Ergebnisse des KIDA-Erhebungszeitraum 04/2022 – 11/2022
  58. Bundesinstitut für Risikobewertung Empfehlungen zur Stlldauer - Einführung von Beikost
  59. Robert Koch-Institut (2015) Stillverhalten. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Erste Folgebefragung 2009 - 2012
  60. Zeiher J, Starker A, Kuntz B (2018) Smoking behaviour among children and adolescents in Germany. Results of the cross-sectional KiGGS Wave 2 study and trends. *J Health Monit* 3:38–44. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-025>
  61. Robert Koch-Institut (2023) 4. Quartalsbericht – Kindergesundheit in Deutschland aktuell (KIDA): Monitoring der Kindergesundheit in (und nach) der COVID-19-Pandemie. Teil 1 – Auswertung der Onlineerhebung. Ergebnisse des KIDA-Erhebungszeitraum 04/2022–03/2023
  62. Zeiher J, Lange C, Starker A, Lampert T, Kuntz B (2018) Tobacco and alcohol use among 11- to 17-year-olds in Germany. Results of the cross-sectional KiGGS Wave 2 study and trends. *J Health Monit* 3:23–43. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-071>
  63. Blencowe H, Krasevec J, Onis M de et al. (2019) National, regional, and worldwide estimates of low birthweight in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet Glob Health* 7:e849–e860. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30565-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30565-5)
  64. forsa (2022) Schwimmfähigkeit der Bevölkerung 2022
  65. Nolte S, Waldmann A, Liegl G, Petersen MA, Groenvold M, Rose M (2020) Updated EORTC QLQ-C30 general population norm data for Germany. *Eur J Cancer* 137:161–170. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2020.06.002>

66. Walther L, Mauz E, Hölling H, Thom J (2023) Mental Health Surveillance in Deutschland. *Public Health Forum* 31:149–151. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2023-0072>
67. Statistisches Bundesamt (2024) Bevölkerung ab 15 Jahre in Hauptwohnsitzhaushalten: Deutschland, Jahre, Geschlecht, Altersgruppen, Allgemeine Schulbildung (Datenabruf Code: 12211-0100), Wiesbaden
68. Landesportal Schleswig-Holstein (2024) Zahlen zur Bevölkerung. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/beta/statistic/12211/table/12211-0100>. Zugegriffen 02.05.2024

## Anhang

### BMI-Perzentile nach Alter und Geschlecht

Kreise und kreisfreie Städte	< 10. BMI-Perzentile	10. - 90. BMI-Perzentile	> 90. BMI-Perzentile
	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	14 (12,5%)	93 (83,0%)	5 (4,5%)
Kiel	25 (14,6%)	131 (76,6%)	15 (8,8%)
Lübeck	36 (22,2%)	114 (70,4%)	12 (7,4%)
Neumünster	18 (21,4%)	55 (65,5%)	11 (13,1%)
Dithmarschen	31 (16,8%)	136 (73,5%)	18 (9,7%)
Hzgt. Lauenburg	54 (24,0%)	151 (67,1%)	20 (8,9%)
Nordfriesland	18 (11,8%)	115 (75,7%)	19 (12,5%)
Ostholstein	24 (18,9%)	95 (74,8%)	8 (6,3%)
Pinneberg	39 (18,0%)	169 (77,9%)	9 (4,1%)
Plön	29 (19,2%)	114 (75,5%)	8 (5,3%)
Rendsburg-Eckernförde	28 (18,9%)	107 (72,3%)	13 (8,8%)
Schleswig-Flensburg	16 (22,2%)	47 (65,3%)	9 (12,5%)
Segeberg	34 (20,5%)	117 (70,5%)	15 (9,0%)
Steinburg	23 (18,1%)	95 (74,8%)	9 (7,1%)
Stormarn	41 (25,5%)	109 (67,7%)	11 (6,8%)
Schleswig-Holstein*	430 (19,0%)	1.648 (72,9%)	182 (8,1%)

\*fehlender Angaben 212 (8,4 %); ausgeschlossen aufgrund fehlender Referenzwerte bei Geschlecht divers 8 (0,3 %) und BMI < 12

### KIDSCREEN-10 für 8- bis 17-jährige Kinder

Kreise und kreisfreie Städte	KIDSCREEN-Summscore transformiert 1-100		KIDSCREEN-10 transformiert an MW u. SD	
	M	SD	M	SD
Flensburg	74,4	(11,8)	48,9	(9,4)
Kiel	78,0	(12,2)	51,8	(9,7)
Lübeck	76,6	(14,1)	50,7	(11,2)
Neumünster	76,2	(12,3)	50,3	(9,9)
Dithmarschen	75,3	(12,9)	49,6	(10,2)
Hzgt. Lauenburg	74,2	(12,3)	48,8	(9,9)
Nordfriesland	76,9	(11,6)	50,9	(9,3)
Ostholstein	76,7	(12,6)	50,7	(10,1)
Pinneberg	74,9	(12,5)	49,3	(9,9)
Plön	75,6	(11,5)	49,9	(9,2)
Rendsburg-Eckernförde	76,1	(14,5)	50,3	(11,4)
Schleswig-Flensburg	70,9	(11,5)	46,0	(9,3)
Segeberg	77,3	(13,3)	51,2	(10,6)
Steinburg	76,3	(12,3)	50,5	(9,7)
Stormarn	75,4	(11,4)	49,8	(9,1)
Schleswig-Holstein*	75,8	(12,6)	50,0	(10,0)

\*fehlender Angaben 137 (9,6 %)

Kreise und kreisfreie Städte	Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben?		Wie würden Sie die psychische (seelische) Gesundheit Ihres Kindes im Allgemeinen einschätzen?		
	sehr gut/ gut	mittelmäßig/ schlecht/ sehr schlecht	ausgezeichnet/ sehr gut	gut	weniger gut/ schlecht
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	101 (91,0)	10 (9,0)	72 (64,3)	28 (25,0)	12 (10,7)
Kiel	154 (90,1)	17 (9,9)	129 (75,4)	28 (16,4)	14 (8,2)
Lübeck	154 (91,7)	14 (8,3)	116 (69,0)	37 (22,0)	15 (8,9)
Neumünster	80 (88,9)	10 (11,1)	60 (69,0)	22 (25,3)	5 (5,7)
Dithmarschen	162 (86,6)	25 (13,4)	118 (63,4)	48 (25,8)	20 (10,8)
Hzgt. Lauenburg	203 (88,6)	26 (11,4)	151 (65,9)	59 (25,8)	19 (8,3)
Nordfriesland	140 (90,3)	15 (9,7)	108 (69,7)	30 (19,4)	17 (11,0)
Ostholstein	115 (89,1)	14 (10,9)	90 (69,8)	29 (22,5)	10 (7,8)
Pinneberg	199 (90,9)	20 (9,1)	137 (62,8)	56 (25,7)	25 (11,5)
Plön	144 (92,9)	11 (7,1)	106 (68,4)	37 (23,9)	12 (7,7)
Rendsburg-Eckernförde	138 (91,4)	13 (8,6)	107 (70,9)	33 (21,9)	11 (7,3)
Schleswig-Flensburg	65 (90,3)	7 (9,7)	44 (61,1)	18 (25,0)	10 (13,9)
Segeberg	148 (87,6)	21 (12,4)	118 (69,8)	36 (21,3)	15 (8,9)
Steinburg	123 (92,5)	10 (7,5)	98 (73,7)	23 (17,3)	12 (9,0)
Stormarn	150 (92,0)	13 (8,0)	106 (65,4)	41 (25,3)	15 (9,3)
Schleswig-Holstein*	2.076 (90,2)	226 (9,8)	1.560 (67,9)	525 (22,9)	212 (9,2)

\*fehlender Angaben 214 (8,5 %) bzw. 219 (8,7 %)

### Anteil an Kindern mit erhöhten Versorgungsbedarfen (CSHCN Screener positiv=chronisch krank)

Kreise und kreisfreie Städte	nein	ja
	n (%)	n (%)
Flensburg	82 (75,2%)	27 (24,8%)
Kiel	132 (78,1%)	37 (21,9%)
Lübeck	121 (72,5%)	46 (27,5%)
Neumünster	72 (80,9%)	17 (19,1%)
Dithmarschen	136 (73,1%)	50 (26,9%)
Hzgt. Lauenburg	178 (79,1%)	47 (20,9%)
Nordfriesland	122 (79,7%)	31 (20,3%)
Ostholstein	97 (75,2%)	32 (24,8%)
Pinneberg	157 (72,0%)	61 (28,0%)
Plön	122 (80,3%)	30 (19,7%)
Rendsburg-Eckernförde	119 (78,8%)	32 (21,2%)
Schleswig-Flensburg	53 (74,6%)	18 (25,4%)
Segeberg	140 (83,3%)	28 (16,7%)
Steinburg	107 (81,1%)	25 (18,9%)
Stormarn	130 (80,7%)	31 (19,3%)
Schleswig-Holstein*	1768 (77,5%)	512 (22,5%)

\*fehlender Angaben 236 (9,4 %)

Kreise und kreisfreie Städte	Kinderarzt/-ärztin, der/die sich regelmäßig kümmert				Pädiatrische Konsultation in den letzten 12 Monaten			
	nein		ja		nein		ja	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Flensburg	15	(13,8%)	94	(86,2%)	20	(18,5%)	88	(81,5%)
Kiel	16	(9,5%)	152	(90,5%)	32	(19,2%)	135	(80,8%)
Lübeck	16	(9,6%)	151	(90,4%)	22	(13,2%)	145	(86,8%)
Neumünster	7	(8,2%)	78	(91,8%)	12	(14,3%)	72	(85,7%)
Dithmarschen	37	(20,1%)	147	(79,9%)	48	(26,5%)	133	(73,5%)
Hzgt. Lauenburg	33	(14,7%)	192	(85,3%)	46	(20,6%)	177	(79,4%)
Nordfriesland	41	(27,0%)	111	(73,0%)	53	(34,9%)	99	(65,1%)
Ostholstein	22	(17,2%)	106	(82,8%)	21	(16,5%)	106	(83,5%)
Pinneberg	29	(13,4%)	187	(86,6%)	40	(18,6%)	175	(81,4%)
Plön	16	(10,5%)	136	(89,5%)	26	(17,1%)	126	(82,9%)
Rendsburg-Eckernförde	15	(9,9%)	136	(90,1%)	29	(19,3%)	121	(80,7%)
Schleswig-Flensburg	6	(8,7%)	63	(91,3%)	8	(11,6%)	61	(88,4%)
Segeberg	28	(16,8%)	139	(83,2%)	44	(26,5%)	122	(73,5%)
Steinburg	9	(6,9%)	122	(93,1%)	22	(16,9%)	108	(83,1%)
Stormarn	19	(11,9%)	140	(88,1%)	33	(20,9%)	125	(79,1%)
Schleswig-Holstein*	309	(13,7%)	1954	(86,3%)	456	(20,3%)	1.793	(79,7%)

\*fehlender Angaben 253 (10,1 %)

**Würden Sie sich die Versorgung durch eine/n Kinderarzt/-ärztin wünschen?  
(nur wenn kein Kinderarzt/-ärztin, der/die sich regelmäßig kümmert)**

Kreise und kreisfreie Städte	nein		ja	
	n	(%)	n	(%)
Flensburg				
Kiel	10	(66,7%)	5	(33,3%)
Lübeck	8	(50,0%)	8	(50,0%)
Neumünster	13	(81,3%)	3	(18,8%)
Dithmarschen	3	(42,9%)	4	(57,1%)
Hzgt. Lauenburg	26	(70,3%)	11	(29,7%)
Nordfriesland	22	(66,7%)	11	(33,3%)
Ostholstein	26	(65,0%)	14	(35,0%)
Pinneberg	13	(59,1%)	9	(40,9%)
Plön	22	(75,9%)	7	(24,1%)
Rendsburg-Eckernförde	13	(81,3%)	3	(18,8%)
Schleswig-Flensburg	11	(73,3%)	4	(26,7%)
Segeberg	3	(50,0%)	3	(50,0%)
Steinburg	21	(75,0%)	7	(25,0%)
Stormarn	6	(66,7%)	3	(33,3%)
Schleswig-Holstein*	13	(68,4%)	6	(31,6%)

\*fehlender Angaben 1 von 309 (0,03%)

## War es in den letzten 12 Monaten schwierig, kinderärztliche Hilfe zu bekommen?

Kreise und kreisfreie Städte	extrem schwierig	sehr schwierig	schwierig	etwas schwierig	gar nicht schwierig
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	6 (6,6%)	1 (1,1%)	8 (8,8%)	24 (26,4%)	52 (57,1%)
Kiel	2 (1,4%)	7 (5,0%)	10 (7,2%)	39 (28,1%)	81 (58,3%)
Lübeck	0 (0,0%)	1 (0,7%)	6 (4,0%)	33 (22,1%)	109 (73,2%)
Neumünster	4 (5,4%)	1 (1,4%)	7 (9,5%)	13 (17,6%)	49 (66,2%)
Dithmarschen	3 (2,2%)	5 (3,6%)	11 (7,9%)	31 (22,3%)	89 (64,0%)
Hzgt. Lauenburg	14 (7,7%)	15 (8,2%)	20 (10,9%)	52 (28,4%)	82 (44,8%)
Nordfriesland	3 (2,8%)	5 (4,7%)	12 (11,2%)	27 (25,2%)	60 (56,1%)
Ostholstein	0 (0,0%)	4 (3,6%)	11 (10,0%)	22 (20,0%)	73 (66,4%)
Pinneberg	7 (3,9%)	11 (6,1%)	32 (17,8%)	40 (22,2%)	90 (50,0%)
Plön	2 (1,6%)	2 (1,6%)	5 (4,0%)	28 (22,2%)	89 (70,6%)
Rendsburg-Eckernförde	0 (0,0%)	3 (2,5%)	7 (5,7%)	27 (22,1%)	85 (69,7%)
Schleswig-Flensburg	0 (0,0%)	3 (4,7%)	6 (9,4%)	18 (28,1%)	37 (57,8%)
Segeberg	13 (10,2%)	10 (7,8%)	19 (14,8%)	36 (28,1%)	50 (39,1%)
Steinburg	4 (3,5%)	7 (6,1%)	6 (5,3%)	30 (26,3%)	67 (58,8%)
Stormarn	4 (3,0%)	10 (7,5%)	9 (6,8%)	43 (32,3%)	67 (50,4%)
Schleswig-Holstein*	62 (3,3%)	85 (4,6%)	169 (9,1%)	463 (24,9%)	1.080 (58,1%)

\*fehlender Angaben 405 (16,1 %)

Kreise und kreisfreie Städte	Hausarzt/-ärztin, der/die sich regelmäßig kümmert		Behandlung bei spezialisiertem Arzt oder Ärztin	
	nein	ja	nein	ja
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	74 (68,5%)	34 (31,5%)	78 (71,6%)	31 (28,4%)
Kiel	116 (69,0%)	52 (31,0%)	122 (72,6%)	46 (27,4%)
Lübeck	111 (66,9%)	55 (33,1%)	126 (76,4%)	39 (23,6%)
Neumünster	52 (61,9%)	32 (38,1%)	65 (77,4%)	19 (22,6%)
Dithmarschen	80 (43,7%)	103 (56,3%)	143 (79,0%)	38 (21,0%)
Hzgt. Lauenburg	123 (55,2%)	100 (44,8%)	168 (74,7%)	57 (25,3%)
Nordfriesland	56 (37,1%)	95 (62,9%)	123 (81,5%)	28 (18,5%)
Ostholstein	74 (57,8%)	54 (42,2%)	89 (69,0%)	40 (31,0%)
Pinneberg	138 (64,2%)	77 (35,8%)	149 (68,7%)	68 (31,3%)
Plön	81 (53,3%)	71 (46,7%)	110 (72,4%)	42 (27,6%)
Rendsburg-Eckernförde	65 (43,3%)	85 (56,7%)	117 (78,5%)	32 (21,5%)
Schleswig-Flensburg	33 (48,5%)	35 (51,5%)	50 (72,5%)	19 (27,5%)
Segeberg	88 (53,0%)	78 (47,0%)	126 (75,4%)	41 (24,6%)
Steinburg	81 (61,8%)	50 (38,2%)	105 (80,2%)	26 (19,8%)
Stormarn	103 (65,6%)	54 (34,4%)	112 (70,4%)	47 (29,6%)
Schleswig-Holstein*	127 (56,7%)	97 (43,3%)	1.683 (74,6%)	573 (25,4%)

\*fehlender Angaben 253 (10,1%) bzw. 266 (10,6 %)

**War es in den letzten 12 Monaten schwierig, eine Behandlung bei einem spezialisierten Arzt oder Ärztin zu bekommen? (nur bei Inanspruchnahme dieser)**

Kreise und kreisfreie Städte	extrem schwierig	sehr schwierig	schwierig	etwas schwierig	gar nicht schwierig
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	4 (13,3)	3 (10,0)	2 (6,7)	10 (33,3)	11 (36,7)
Kiel	4 (8,7)	4 (8,7)	4 (8,7)	10 (21,7)	24 (52,2)
Lübeck	5 (12,8)	3 (7,7)	4 (10,3)	12 (30,8)	15 (38,5)
Neumünster	3 (15,8)	2 (10,5)	2 (10,5)	6 (31,6)	6 (31,6)
Dithmarschen	7 (18,9)	3 (8,1)	2 (5,4)	10 (27,0)	15 (40,5)
Hzgt. Lauenburg	10 (17,5)	6 (10,5)	7 (12,3)	18 (31,6)	16 (28,1)
Nordfriesland	1 (3,6)	1 (3,6)	7 (25,0)	9 (32,1)	10 (35,7)
Ostholstein	3 (7,5)	5 (12,5)	10 (25,0)	7 (17,5)	15 (37,5)
Pinneberg	7 (10,3)	7 (10,3)	15 (22,1)	18 (26,5)	21 (30,9)
Plön	3 (7,1)	3 (7,1)	4 (9,5)	11 (26,2)	21 (50,0)
Rendsburg-Eckernförde	1 (3,1)	5 (15,6)	3 (9,4)	9 (28,1)	14 (43,8)
Schleswig-Flensburg	4 (21,1)	1 (5,3)	5 (26,3)	3 (15,8)	6 (31,6)
Segeberg	5 (12,2)	5 (12,2)	5 (12,2)	12 (29,3)	14 (34,1)
Steinburg	2 (7,7)	8 (30,8)	3 (11,5)	4 (15,4)	9 (34,6)
Stormarn	6 (12,8)	10 (21,3)	6 (12,8)	9 (19,1)	16 (34,0)
Schleswig-Holstein*	65 (11,4)	66 (11,6)	79 (13,8)	148 (25,9)	213 (37,3)

\*fehlender Angaben 2 von 573 (0,2 %)

Kreise und kreisfreie Städte	Anzahl kinderärztlicher Konsultationen im letzten Jahr		Anzahl hausärztlicher Konsultationen im letzten Jahr		Anzahl spezialärztlicher Konsultationen im letzten Jahr	
	M	SD	M	SD	M	SD
Flensburg	3,0	(3,4)	0,9	(1,9)	1,2	(3,4)
Kiel	3,0	(2,7)	0,9	(3,5)	1,0	(3,5)
Lübeck	3,5	(3,6)	1,0	(2,6)	1,4	(4,4)
Neumünster	4,1	(4,3)	1,0	(2,5)	1,5	(4,2)
Dithmarschen	3,0	(3,9)	1,3	(2,5)	1,3	(4,4)
Hzgt. Lauenburg	3,0	(3,5)	1,2	(2,8)	1,1	(3,2)
Nordfriesland	2,2	(2,7)	1,6	(3,3)	0,5	(1,3)
Ostholstein	2,8	(3,3)	0,7	(1,5)	1,2	(3,2)
Pinneberg	2,9	(3,0)	0,8	(2,1)	1,7	(4,5)
Plön	3,5	(4,1)	1,1	(2,2)	1,8	(5,4)
Rendsburg-Eckernförde	2,9	(3,3)	1,2	(1,8)	0,9	(4,2)
Schleswig-Flensburg	3,8	(4,4)	1,6	(3,6)	1,9	(5,1)
Segeberg	3,2	(3,8)	1,2	(2,1)	1,0	(2,3)
Steinburg	3,3	(3,4)	0,8	(2,1)	0,8	(2,2)
Stormarn	2,6	(2,7)	0,8	(1,9)	1,4	(4,8)
Schleswig-Holstein*	3,0	(3,5)	1,1	(2,5)	1,2	(3,9)

\*fehlender Angaben 267 (10,6%), 278 (11,0%), 260 (10,6%)

Kreise und kreisfreie Städte	Notfallbehandlung in den letzten 12 Monaten		Schwierigkeitsgrad notärztliche Hilfe zu bekommen bei Inanspruchnahme	
	nein	ja	etwas schwierig/ gar nicht schwierig	extrem schwierig/ sehr schwierig/ schwierig
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	85 (78,0)	24 (22,0)	21 (87,5)	3 (12,5)
Kiel	126 (75,0)	42 (25,0)	31 (73,8)	11 (26,2)
Lübeck	113 (68,5)	52 (31,5)	41 (78,8)	11 (21,2)
Neumünster	63 (75,0)	21 (25,0)	15 (71,4)	6 (28,6)
Dithmarschen	142 (78,9)	38 (21,1)	32 (84,2)	6 (15,8)
Hzgt. Lauenburg	162 (71,7)	64 (28,3)	44 (68,8)	20 (31,3)
Nordfriesland	115 (76,2)	36 (23,8)	29 (80,6)	7 (19,4)
Ostholstein	101 (78,3)	28 (21,7)	21 (75,0)	7 (25,0)
Pinneberg	158 (73,1)	58 (26,9)	42 (72,4)	16 (27,6)
Plön	120 (78,9)	32 (21,1)	27 (84,4)	5 (15,6)
Rendsburg-Eckernförde	110 (74,3)	38 (25,7)	31 (81,6)	7 (18,4)
Schleswig-Flensburg	51 (73,9)	18 (26,1)	14 (77,8)	4 (22,2)
Segeberg	120 (71,9)	47 (28,1)	34 (72,3)	13 (27,7)
Steinburg	96 (73,3)	35 (26,7)	30 (85,7)	5 (14,3)
Stormarn	126 (79,2)	33 (20,8)	20 (60,6)	13 (39,4)
Schleswig-Holstein*	168 (74,9)	566 (25,1)	432 (76,3)	134 (23,7)

\*fehlender Angaben 262 (10,4%)

### Wie viele Minuten benötigen Sie, um mit Ihrem Kind zu folgenden Ärzten zu kommen?

Kreise und kreisfreie Städte	Kinderarzt/-ärztin (nur Hinweg)		Hausarzt/-ärztin (nur Hinweg)		Facharzt/-ärztin (nur Hinweg)		nächstes Krankenhaus (nur Hinweg)	
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)
Flensburg	14,4	(10,1)	10,3	(7,3)	17,9	(19,0)	14,9	(7,2)
Kiel	13,7	(11,2)	10,7	(7,3)	18,0	(8,9)	16,8	(11,7)
Lübeck	12,5	(6,9)	10,8	(7,3)	16,4	(9,3)	18,3	(10,4)
Neumünster	13,9	(6,7)	24,3	(95,0)	22,7	(25,7)	14,5	(9,5)
Dithmarschen	22,9	(11,8)	10,5	(7,6)	32,6	(27,5)	21,6	(11,8)
Hzgt. Lauenburg	16,3	(9,9)	10,5	(6,9)	26,4	(13,1)	26,6	(13,2)
Nordfriesland	21,1	(10,5)	10,6	(7,3)	24,9	(19,4)	22,2	(14,9)
Ostholstein	13,2	(8,7)	11,0	(8,2)	27,8	(18,9)	30,5	(15,5)
Pinneberg	16,4	(9,7)	10,1	(10,2)	29,8	(55,2)	16,3	(11,8)
Plön	15,2	(9,1)	9,7	(6,9)	25,3	(13,4)	26,0	(12,4)
Rendsburg-Eckernförde	18,0	(8,8)	10,7	(9,4)	26,9	(12,9)	24,6	(10,1)
Schleswig-Flensburg	19,2	(8,0)	13,4	(6,8)	26,8	(13,8)	21,0	(9,8)
Segeberg	18,9	(8,0)	12,8	(8,4)	26,9	(15,4)	24,9	(11,0)
Steinburg	18,5	(10,0)	8,9	(6,5)	26,3	(17,3)	25,7	(10,1)
Stormarn	14,2	(10,1)	11,4	(7,8)	22,0	(31,8)	20,3	(14,3)
Schleswig-Holstein*	16,6	(10,0)	11,2	(18,8)	25,0	(24,7)	21,9	(12,8)

\*fehlender Angaben 352 (14,0%)

## Mittlere Zufriedenheitswerte für letzte Konsultation in den letzten 12 Monaten bei...

Kreise und kreisfreie Städte	Kinderarzt/-ärztin (n=1.158)	Hausarzt/-ärztin (n=274)	Facharzt/-ärztin (n=409)	Spezialsprechstunde im Krankenhaus (n=42)	Diagnostik/Behandlung im Krankenhaus (n=52)	Notfallbehandlung (n=95)
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Flensburg	3,5 (0,9)	3,4 (0,9)	3,0 (0,8)	2,7 (0,6)	3,1 (1,4)	3,5 (,9)
Kiel	3,5 (0,7)	3,3 (0,6)	3,4 (0,8)	2,9 (0,9)	3,3 (0,8)	2,4 (1,0)
Lübeck	3,6 (0,8)	3,8 (1,0)	3,4 (0,8)	2,9 (0,8)	2,7 (0,8)	3,0 (0,6)
Neumünster	3,3 (1,0)	3,1 (0,9)	3,1 (0,7)	3,7 (0,9)	3,0 (0,0)	3,5 (1,0)
Dithmarschen	3,4 (0,9)	3,2 (0,8)	3,4 (0,8)	4,0 (0,5)	2,8 (0,7)	3,2 (0,8)
Hzgt. Lauenburg	3,2 (0,9)	3,0 (0,9)	3,3 (0,8)	3,7 (0,1)	2,9 (0,9)	3,0 (0,7)
Nordfriesland	3,4 (0,8)	3,3 (0,8)	3,2 (0,7)	4,1 (0,4)	3,3 (0,6)	3,3 (0,8)
Ostholstein	3,7 (0,8)	3,7 (0,8)	3,3 (0,9)	3,4 (1,3)	2,9 (0,0)	4,0 (0,8)
Pinneberg	3,2 (0,9)	3,2 (0,7)	3,3 (0,7)	2,8 (0,4)	2,3 (0,5)	3,5 (0,9)
Plön	3,6 (0,8)	3,6 (0,6)	3,6 (0,7)	3,6 (1,1)	3,4 (0,6)	3,6 (0,6)
Rendsburg-Eckern-	3,5 (0,7)	3,6 (0,8)	3,4 (0,9)	3,2 (0,9)	3,0 (0,0)	3,1 (1,1)
Schleswig-Flensburg	3,3 (0,7)	3,3 (0,9)	2,8 (0,4)		2,9 (0,5)	2,8 (1,1)
Segeberg	3,3 (0,8)	3,6 (1,0)	3,2 (0,6)	2,6 (0,0)	3,6 (0,8)	3,0 (1,2)
Steinburg	3,4 (0,8)	3,3 (1,1)	3,1 (0,9)	3,3 (0,0)	2,6 (0,6)	3,0 (1,1)
Stormarn	3,5 (0,9)	3,5 (1,1)	3,3 (0,8)	4,3 (0,0)	2,8 (0,0)	2,6 (0,6)
Schleswig-Holstein*	3,4 (0,9)	3,4 (0,9)	3,3 (0,8)	3,3 (0,9)	3,0 (0,7)	3,1 (0,9)

Mittelwerte wurden nur berechnet, wenn mindestens 7 der 8 Items zur Zufriedenheit vorlagen. Höhere Werte repräsentieren eine höhere Zufriedenheit. Angaben beziehen sich auf den Wohnort der Familie, dieser muss nicht mit dem Behandlungsort übereinstimmen.

## Ausgewählte Versorgungsbedarfe (erhoben mit CHC-SUN) 1

Kreise und kreisfreie Städte	Krankengymnastik		Ergotherapie	
	vorhandener Bedarf	bei vorhandenem Bedarf vollständig ungedeckt	vorhandener Bedarf	bei vorhandenem Bedarf vollständig ungedeckt
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	12 (11,2%)	4 (33,3%)	8 (7,5%)	1 (12,5%)
Kiel	17 (10,8%)	4 (23,5%)	14 (8,9%)	8 (57,1%)
Lübeck	19 (12,0%)	7 (36,8%)	19 (12,0%)	6 (31,6%)
Neumünster	12 (14,5%)	3 (25,0%)	12 (14,5%)	4 (33,3%)
Dithmarschen	19 (11,1%)	4 (21,1%)	23 (13,5%)	11 (47,8%)
Hzgt. Lauenburg	29 (13,4%)	5 (17,2%)	14 (6,5%)	8 (57,1%)
Nordfriesland	16 (11,3%)	5 (31,3%)	11 (7,7%)	6 (54,5%)
Ostholstein	20 (15,9%)	1 (5,0%)	11 (8,7%)	5 (45,5%)
Pinneberg	29 (14,1%)	8 (27,6%)	26 (12,6%)	9 (34,6%)
Plön	12 (8,5%)	3 (25,0%)	18 (12,9%)	5 (27,8%)
Rendsburg-Eckernförde	18 (12,5%)	1 (5,6%)	7 (4,9%)	3 (42,9%)
Schleswig-Flensburg	12 (17,9%)	3 (25,0%)	7 (10,4%)	4 (57,1%)
Segeberg	24 (15,0%)	8 (33,3%)	15 (9,4%)	5 (33,3%)
Steinburg	15 (11,6%)	3 (20,0%)	13 (10,1%)	6 (46,2%)
Stormarn	17 (11,1%)	4 (23,5%)	15 (9,9%)	7 (46,7%)
Schleswig-Holstein*	271 (12,5%)	63 (23,2%)	213 (9,9%)	88 (41,3%)

\*fehlender Angaben bezogen auf Gesamtstichprobe 356 (14,1%) bzw. 358 (14,2%)

## Ausgewählte Versorgungsbedarfe (erhoben mit CHC-SUN) 2

Kreise und kreisfreie Städte	Logopädie		Psychologische Beratung/ Psychotherapie	
	vorhandener Bedarf	bei vorhandenem Bedarf <u>vollständig ungedeckt</u>	vorhandener Bedarf	bei vorhandenem Bedarf <u>vollständig ungedeckt</u>
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	10 (9,3%)	2 (20,0%)	21 (19,6%)	8 (38,1%)
Kiel	16 (10,2%)	7 (43,8%)	20 (12,7%)	10 (50,0%)
Lübeck	18 (11,4%)	4 (22,2%)	31 (19,6%)	10 (32,3%)
Neumünster	12 (14,5%)	10 (83,3%)	7 (8,4%)	4 (57,1%)
Dithmarschen	22 (12,9%)	9 (40,9%)	36 (21,1%)	10 (27,8%)
Hzgt. Lauenburg	20 (9,2%)	10 (50,0%)	37 (17,1%)	12 (32,4%)
Nordfriesland	12 (8,5%)	4 (33,3%)	14 (9,9%)	6 (42,9%)
Ostholstein	14 (11,1%)	2 (14,3%)	21 (16,7%)	4 (19,0%)
Pinneberg	29 (14,1%)	15 (51,7%)	48 (23,3%)	14 (29,2%)
Plön	15 (10,6%)	5 (33,3%)	23 (16,3%)	8 (34,8%)
Rendsburg-Eckernförde	7 (4,8%)	1 (14,3%)	19 (13,3%)	8 (42,1%)
Schleswig-Flensburg	7 (10,4%)	4 (57,1%)	17 (25,4%)	5 (29,4%)
Segeberg	12 (7,5%)	3 (25,0%)	18 (11,3%)	9 (50,0%)
Steinburg	12 (9,3%)	6 (50,0%)	15 (11,6%)	5 (33,3%)
Stormarn	16 (10,5%)	7 (43,8%)	27 (17,6%)	9 (33,3%)
Schleswig-Holstein*	222 (10,3%)	89 (40,1%)	354 (16,4%)	122 (34,5%)

\*fehlender Angaben bezogen auf Gesamtstichprobe 358 (14,2%) bzw. 355 (14,1%)

## Ausgewählte Versorgungsbedarfe (erhoben mit CHC-SUN) 3

Kreise und kreisfreie Städte	Schulungen für chronisch kranke Kinder		Selbsthilfegruppen	
	vorhandener Bedarf	bei vorhandenem Bedarf <u>vollständig ungedeckt</u>	vorhandener Bedarf	bei vorhandenem Bedarf <u>vollständig ungedeckt</u>
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	7 (6,5%)	4 (57,1%)	5 (4,7%)	5 (100,0%)
Kiel	9 (5,7%)	4 (44,4%)	8 (5,1%)	7 (87,5%)
Lübeck	11 (7,0%)	3 (27,3%)	10 (6,3%)	7 (70,0%)
Neumünster	3 (3,6%)	1 (33,3%)	7 (8,4%)	4 (57,1%)
Dithmarschen	13 (7,6%)	7 (53,8%)	9 (5,3%)	6 (66,7%)
Hzgt. Lauenburg	12 (5,5%)	6 (50,0%)	9 (4,1%)	7 (77,8%)
Nordfriesland	5 (3,5%)	2 (40,0%)	7 (4,9%)	5 (71,4%)
Ostholstein	8 (6,3%)	2 (25,0%)	5 (4,0%)	4 (80,0%)
Pinneberg	14 (6,8%)	7 (50,0%)	13 (6,3%)	11 (84,6%)
Plön	9 (6,4%)	1 (11,1%)	5 (3,5%)	2 (40,0%)
Rendsburg-Eckernförde	10 (6,9%)	5 (50,0%)	6 (4,1%)	4 (66,7%)
Schleswig-Flensburg	6 (9,0%)	2 (33,3%)	7 (10,4%)	3 (42,9%)
Segeberg	13 (8,2%)	7 (53,8%)	7 (4,4%)	6 (85,7%)
Steinburg	6 (4,7%)	3 (50,0%)	6 (4,7%)	6 (100,0%)
Stormarn	10 (6,6%)	5 (50,0%)	5 (3,3%)	2 (40,0%)
Schleswig-Holstein*	136 (6,3%)	59 (43,4%)	109 (5,0%)	79 (72,5%)

\*fehlender Angaben bezogen auf Gesamtstichprobe 357 (14,2%) bzw. 355 (14,1%)

## Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q16-Level)

Kreise und kreisfreie Städte	inadäquat	problematisch	ausreichend
	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	10,0 (9,4%)	27,0 (25,5%)	69,0 (65,1%)
Kiel	7,0 (4,5%)	48,0 (30,6%)	102,0 (65,0%)
Lübeck	12,0 (7,5%)	31,0 (19,5%)	116,0 (73,0%)
Neumünster	7,0 (8,5%)	23,0 (28,0%)	52,0 (63,4%)
Dithmarschen	19,0 (11,4%)	54,0 (32,3%)	94,0 (56,3%)
Hzgt. Lauenburg	31,0 (14,6%)	69,0 (32,5%)	112,0 (52,8%)
Nordfriesland	15,0 (10,5%)	42,0 (29,4%)	86,0 (60,1%)
Ostholstein	13,0 (10,8%)	34,0 (28,3%)	73,0 (60,8%)
Pinneberg	27,0 (13,4%)	57,0 (28,2%)	118,0 (58,4%)
Plön	19,0 (13,6%)	29,0 (20,7%)	92,0 (65,7%)
Rendsburg-Eckernförde	13,0 (9,0%)	39,0 (26,9%)	93,0 (64,1%)
Schleswig-Flensburg	9,0 (13,4%)	24,0 (35,8%)	34,0 (50,7%)
Segeberg	27,0 (17,2%)	47,0 (29,9%)	83,0 (52,9%)
Steinburg	14,0 (11,4%)	35,0 (28,5%)	74,0 (60,2%)
Stormarn	13,0 (8,5%)	45,0 (29,4%)	95,0 (62,1%)
Schleswig-Holstein*	236,0 (11,1%)	604,0 (28,3%)	1293,0 (60,6%)

\*fehlender Angaben 267 (10,6%), 278 (11,0%)260 (10,6%)

## lebhafteste Bewegungen in der letzten Woche (alle)

Kreise und kreisfreie Städte	< 1 Stunde	1-2 Stunden	3-4 Stunden	5-6 Stunden	≥ 7 Stunden
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	3 (2,8%)	3 (2,8%)	11 (10,3%)	23 (21,5%)	67 (62,6%)
Kiel	1 (0,6%)	10 (6,3%)	22 (13,9%)	39 (24,7%)	86 (54,4%)
Lübeck	2 (1,3%)	4 (2,5%)	13 (8,2%)	33 (20,9%)	106 (67,1%)
Neumünster	5 (6,1%)	6 (7,3%)	11 (13,4%)	12 (14,6%)	48 (58,5%)
Dithmarschen	5 (2,9%)	12 (7,1%)	26 (15,3%)	31 (18,2%)	96 (56,5%)
Hzgt. Lauenburg	5 (2,3%)	11 (5,0%)	36 (16,5%)	46 (21,1%)	120 (55,0%)
Nordfriesland	2 (1,4%)	6 (4,3%)	16 (11,3%)	35 (24,8%)	82 (58,2%)
Ostholstein	1 (0,8%)	3 (2,4%)	13 (10,3%)	18 (14,3%)	91 (72,2%)
Pinneberg	2 (1,0%)	7 (3,4%)	31 (15,1%)	46 (22,4%)	119 (58,0%)
Plön	1 (0,7%)	6 (4,3%)	21 (15,0%)	28 (20,0%)	84 (60,0%)
Rendsburg-Eckernförde	3 (2,1%)	6 (4,1%)	19 (13,1%)	29 (20,0%)	88 (60,7%)
Schleswig-Flensburg	0 (0,0%)	2 (3,0%)	15 (22,4%)	11 (16,4%)	39 (58,2%)
Segeberg	2 (1,3%)	14 (8,8%)	11 (6,9%)	40 (25,0%)	93 (58,1%)
Steinburg	2 (1,6%)	6 (4,7%)	18 (14,2%)	18 (14,2%)	83 (65,4%)
Stormarn	1 (0,7%)	9 (5,9%)	25 (16,4%)	33 (21,7%)	84 (55,3%)
Schleswig-Holstein*	35 (1,6%)	105 (4,9%)	288 (13,4%)	442 (20,5%)	1.286 (59,6%)

\*fehlender Angaben 360 (14,3 %)

## Welches höchste Schwimmbadzeichen hat Ihr Kind? (nur Kinder ab 6 Jahre)

Kreise und kreisfreie Städte	keins	Frühschwimmerabzeichen (Seepferdchen, Pinguin, Frosch etc.)	Deutsches Schwimmbadzeichen (Bronze, Silber oder Gold)
	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	6 (7,5%)	12 (15,0%)	62 (77,5%)
Kiel	11 (11,3%)	20 (20,6%)	66 (68,0%)
Lübeck	14 (12,5%)	25 (22,3%)	73 (65,2%)
Neumünster	9 (17,3%)	12 (23,1%)	31 (59,6%)
Dithmarschen	13 (11,3%)	15 (13,0%)	87 (75,7%)
Hzgt. Lauenburg	19 (12,1%)	30 (19,1%)	108 (68,8%)
Nordfriesland	11 (11,5%)	25 (26,0%)	60 (62,5%)
Ostholstein	3 (3,6%)	19 (22,6%)	62 (73,8%)
Pinneberg	14 (9,7%)	31 (21,5%)	99 (68,8%)
Plön	12 (13,0%)	22 (23,9%)	58 (63,0%)
Rendsburg-Eckernförde	10 (9,8%)	20 (19,6%)	72 (70,6%)
Schleswig-Flensburg	5 (13,5%)	6 (16,2%)	26 (70,3%)
Segeberg	14 (13,5%)	21 (20,2%)	69 (66,3%)
Steinburg	5 (6,1%)	18 (22,0%)	59 (72,0%)
Stormarn	7 (6,4%)	13 (11,8%)	90 (81,8%)
Schleswig-Holstein*	153 (10,5%)	289 (19,7%)	1.022 (69,8%)

\*fehlender Angaben 240 (11,1%)

Kreise und kreisfreie Städte	Teilnahme an Bewegungs- oder Sport-AGs in der Schule in den letzten 4 Wochen		Hat sich durch die Pandemie verändert, wie oft Ihr Kind an Bewegungs- oder Sport-AGs teilnimmt?		
	nein	ja	seltener	keinen Einfluss	häufiger
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	29 (38,2%)	47 (61,8%)	11 (23,4%)	33 (70,2%)	3 (6,4%)
Kiel	38 (40,9%)	55 (59,1%)	13 (23,6%)	39 (70,9%)	3 (5,5%)
Lübeck	45 (43,7%)	58 (56,3%)	11 (19,0%)	39 (67,2%)	8 (13,8%)
Neumünster	13 (27,7%)	34 (72,3%)	10 (29,4%)	18 (52,9%)	6 (17,6%)
Dithmarschen	32 (31,4%)	70 (68,6%)	13 (18,6%)	45 (64,3%)	12 (17,1%)
Hzgt. Lauenburg	50 (33,8%)	98 (66,2%)	24 (24,5%)	62 (63,3%)	12 (12,2%)
Nordfriesland	22 (25,0%)	66 (75,0%)	13 (19,7%)	48 (72,7%)	5 (7,6%)
Ostholstein	38 (47,5%)	42 (52,5%)	9 (21,4%)	25 (59,5%)	8 (19,0%)
Pinneberg	49 (35,5%)	89 (64,5%)	13 (14,6%)	70 (78,7%)	6 (6,7%)
Plön	39 (45,9%)	46 (54,1%)	10 (21,7%)	33 (71,7%)	3 (6,5%)
Rendsburg-Eckernförde	30 (30,9%)	67 (69,1%)	14 (20,9%)	40 (59,7%)	13 (19,4%)
Schleswig-Flensburg	10 (29,4%)	24 (70,6%)	7 (29,2%)	14 (58,3%)	3 (12,5%)
Segeberg	32 (34,0%)	62 (66,0%)	9 (14,5%)	45 (72,6%)	8 (12,9%)
Steinburg	29 (36,7%)	50 (63,3%)	13 (26,0%)	32 (64,0%)	5 (10,0%)
Stormarn	39 (36,8%)	67 (63,2%)	10 (15,2%)	45 (68,2%)	11 (16,7%)
Schleswig-Holstein*	495 (36,1%)	875 (63,9%)	180 (20,6%)	588 (67,3%)	106 (12,1%)

\*fehlender Angaben 260 (10,3%)

Kreise und kreisfreie Städte	Teilnahme an Sportvereinsangeboten oder Sportkursen in Fitnessstudios, Ballett- oder Schwimmschulen usw.		Hat sich durch die Pandemie verändert, wie häufig Ihr Kind an Sportvereinsangeboten oder Sportkursen teilnimmt?		
	nein	ja	seltener	keinen Einfluss	häufiger
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	34 (32,1%)	72 (67,9%)	10 (13,9%)	54 (75,0%)	8 (11,1%)
Kiel	65 (41,7%)	91 (58,3%)	17 (18,9%)	67 (74,4%)	6 (6,7%)
Lübeck	48 (30,6%)	109 (69,4%)	21 (19,1%)	81 (73,6%)	8 (7,3%)
Neumünster	28 (34,6%)	53 (65,4%)	9 (17,0%)	35 (66,0%)	9 (17,0%)
Dithmarschen	62 (36,5%)	108 (63,5%)	22 (20,4%)	71 (65,7%)	15 (13,9%)
Hzgt. Lauenburg	78 (35,8%)	140 (64,2%)	20 (14,4%)	93 (66,9%)	26 (18,7%)
Nordfriesland	34 (24,1%)	107 (75,9%)	21 (19,6%)	77 (72,0%)	9 (8,4%)
Ostholstein	36 (28,6%)	90 (71,4%)	11 (12,2%)	74 (82,2%)	5 (5,6%)
Pinneberg	45 (22,0%)	160 (78,0%)	24 (15,0%)	121 (75,6%)	15 (9,4%)
Plön	43 (30,7%)	97 (69,3%)	16 (16,5%)	70 (72,2%)	11 (11,3%)
Rendsburg-Eckernförde	50 (34,5%)	95 (65,5%)	16 (16,8%)	68 (71,6%)	11 (11,6%)
Schleswig-Flensburg	25 (37,9%)	41 (62,1%)	11 (27,5%)	24 (60,0%)	5 (12,5%)
Segeberg	63 (39,4%)	97 (60,6%)	11 (11,3%)	77 (79,4%)	9 (9,3%)
Steinburg	33 (26,2%)	93 (73,8%)	15 (16,3%)	68 (73,9%)	9 (9,8%)
Stormarn	45 (29,6%)	107 (70,4%)	14 (13,2%)	81 (76,4%)	11 (10,4%)
Schleswig-Holstein*	689 (32,1%)	146 (67,9%)	238 (16,3%)	106 (72,9%)	157 (10,8%)

\*fehlender Angaben 260 (10,3%)

### Zufriedenheit mit Bewegungs- und Sportmöglichkeiten für Kind im Wohnumfeld

Kreise und kreisfreie Städte	nicht zufrieden	teilweise zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden	äußerst zufrieden
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	6 (5,7%)	20 (18,9%)	29 (27,4%)	38 (35,8%)	13 (12,3%)
Kiel	16 (10,3%)	27 (17,3%)	47 (30,1%)	56 (35,9%)	10 (6,4%)
Lübeck	9 (5,7%)	33 (20,9%)	45 (28,5%)	49 (31,0%)	22 (13,9%)
Neumünster	8 (10,0%)	15 (18,8%)	21 (26,3%)	26 (32,5%)	10 (12,5%)
Dithmarschen	20 (11,8%)	39 (22,9%)	62 (36,5%)	36 (21,2%)	13 (7,6%)
Hzgt. Lauenburg	29 (13,4%)	56 (25,8%)	62 (28,6%)	48 (22,1%)	22 (10,1%)
Nordfriesland	11 (7,9%)	28 (20,0%)	39 (27,9%)	44 (31,4%)	18 (12,9%)
Ostholstein	15 (11,9%)	29 (23,0%)	27 (21,4%)	40 (31,7%)	15 (11,9%)
Pinneberg	17 (8,3%)	49 (23,9%)	63 (30,7%)	53 (25,9%)	23 (11,2%)
Plön	11 (7,9%)	37 (26,4%)	41 (29,3%)	34 (24,3%)	17 (12,1%)
Rendsburg-Eckern-	18 (12,4%)	36 (24,8%)	37 (25,5%)	42 (29,0%)	12 (8,3%)
Schleswig-Flensburg	8 (11,9%)	14 (20,9%)	25 (37,3%)	15 (22,4%)	5 (7,5%)
Segeberg	15 (9,5%)	45 (28,5%)	54 (34,2%)	30 (19,0%)	14 (8,9%)
Steinburg	6 (4,7%)	20 (15,7%)	49 (38,6%)	36 (28,3%)	16 (12,6%)
Stormarn	12 (7,9%)	28 (18,5%)	36 (23,8%)	51 (33,8%)	24 (15,9%)
Schleswig-Holstein*	201 (9,4%)	476 (22,2%)	637 (29,7%)	598 (27,9%)	234 (10,9%)

\*fehlender Angaben 370 (14,7 %)

## Sind Sie der Ansicht, dass Ihr Kind...

Kreise und kreisfreie Städte	viel zu dünn ist?	ein bisschen zu dünn ist?	genau das richtige Gewicht hat?	ein bisschen zu dick ist?	viel zu dick ist?	weiß nicht
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	2 (1,9%)	13 (12,3%)	80 (75,5%)	9 (8,5%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)
Kiel	4 (2,5%)	18 (11,5%)	117 (74,5%)	14 (8,9%)	3 (1,9%)	1 (0,6%)
Lübeck	5 (3,2%)	27 (17,1%)	111 (70,3%)	11 (7,0%)	4 (2,5%)	0 (0,0%)
Neumünster	2 (2,4%)	13 (15,7%)	57 (68,7%)	9 (10,8%)	0 (0,0%)	2 (2,4%)
Dithmarschen	6 (3,5%)	28 (16,5%)	112 (65,9%)	20 (11,8%)	3 (1,8%)	1 (0,6%)
Hzgt. Lauenburg	7 (3,2%)	45 (20,8%)	132 (61,1%)	29 (13,4%)	3 (1,4%)	0 (0,0%)
Nordfriesland	5 (3,6%)	15 (10,7%)	100 (71,4%)	17 (12,1%)	1 (0,7%)	2 (1,4%)
Ostholstein	3 (2,4%)	20 (15,9%)	95 (75,4%)	6 (4,8%)	0 (0,0%)	2 (1,6%)
Pinneberg	5 (2,4%)	42 (20,5%)	132 (64,4%)	24 (11,7%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)
Plön	3 (2,1%)	15 (10,7%)	101 (72,1%)	18 (12,9%)	3 (2,1%)	0 (0,0%)
Rendsburg-Eckern-	3 (2,1%)	18 (12,4%)	104 (71,7%)	18 (12,4%)	1 (0,7%)	1 (0,7%)
Schleswig-Flensburg	1 (1,5%)	15 (22,4%)	44 (65,7%)	3 (4,5%)	2 (3,0%)	2 (3,0%)
Segeberg	6 (3,8%)	22 (13,8%)	105 (66,0%)	25 (15,7%)	1 (0,6%)	0 (0,0%)
Steinburg	4 (3,1%)	17 (13,4%)	80 (63,0%)	23 (18,1%)	2 (1,6%)	1 (0,8%)
Stormarn	4 (2,6%)	30 (19,9%)	102 (67,5%)	13 (8,6%)	1 (0,7%)	1 (0,7%)
Schleswig-Holstein*	60 (2,8%)	338 (15,7%)	1.472 (68,5%)	239 (11,1%)	26 (1,2%)	15 (0,7%)

\*fehlender Angaben 366 (14,5 %)

## Wie oft trinkt Ihr Kind zuckerhaltige Getränke wie gesüßte Fruchtsaftgetränke, Limonade, Cola oder andere zuckerhaltige Erfrischungsgetränke? Bitte zählen Sie Light- und Diätgetränke oder Getränke mit Süßstoff nicht mit.

Kreise und kreisfreie Städte	mindestens täglich	4-6-mal/ Woche	1-3-mal/ Woche	< 1-mal/ Woche	nie
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	8 (7,5%)	10 (9,4%)	30 (28,3%)	39 (36,8%)	19 (17,9%)
Kiel	7 (4,5%)	16 (10,2%)	44 (28,0%)	58 (36,9%)	32 (20,4%)
Lübeck	12 (7,6%)	17 (10,8%)	50 (31,6%)	57 (36,1%)	22 (13,9%)
Neumünster	13 (15,7%)	7 (8,4%)	18 (21,7%)	29 (34,9%)	16 (19,3%)
Dithmarschen	29 (17,1%)	17 (10,0%)	62 (36,5%)	41 (24,1%)	21 (12,4%)
Hzgt. Lauenburg	22 (10,1%)	31 (14,2%)	58 (26,6%)	75 (34,4%)	32 (14,7%)
Nordfriesland	10 (7,1%)	20 (14,3%)	44 (31,4%)	47 (33,6%)	19 (13,6%)
Ostholstein	14 (11,1%)	8 (6,3%)	45 (35,7%)	44 (34,9%)	15 (11,9%)
Pinneberg	9 (4,4%)	17 (8,3%)	65 (31,7%)	77 (37,6%)	37 (18,0%)
Plön	10 (7,1%)	16 (11,4%)	33 (23,6%)	58 (41,4%)	23 (16,4%)
Rendsburg-Eckern-	14 (9,7%)	14 (9,7%)	53 (36,6%)	36 (24,8%)	28 (19,3%)
Schleswig-Flensburg	5 (7,5%)	9 (13,4%)	19 (28,4%)	16 (23,9%)	18 (26,9%)
Segeberg	13 (8,2%)	23 (14,5%)	46 (28,9%)	39 (24,5%)	38 (23,9%)
Steinburg	14 (11,0%)	14 (11,0%)	38 (29,9%)	38 (29,9%)	23 (18,1%)
Stormarn	5 (3,3%)	16 (10,6%)	51 (33,8%)	49 (32,5%)	30 (19,9%)
Schleswig-Holstein*	185 (8,6%)	235 (10,9%)	656 (30,5%)	703 (32,7%)	373 (17,3%)

\*fehlender Angaben 364 (14,5 %)

**Wie oft isst Ihr Kind Obst? Mit einzubeziehen ist ebenfalls getrocknetes, Tief-kühl- und Dosenobst. Nicht gemeint sind hier Obstsäfte.**

Kreise und kreisfreie Städte	mindestens täglich	4-6-mal/ Woche	1-3-mal/ Woche	< 1-mal/ Woche	nie
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	67 (63,2%)	18 (17,0%)	12 (11,3%)	6 (5,7%)	3 (2,8%)
Kiel	101 (64,3%)	30 (19,1%)	18 (11,5%)	4 (2,5%)	4 (2,5%)
Lübeck	107 (67,7%)	24 (15,2%)	22 (13,9%)	2 (1,3%)	3 (1,9%)
Neumünster	52 (62,7%)	16 (19,3%)	11 (13,3%)	1 (1,2%)	3 (3,6%)
Dithmarschen	97 (57,1%)	41 (24,1%)	23 (13,5%)	7 (4,1%)	2 (1,2%)
Hzgt. Lauenburg	121 (55,5%)	50 (22,9%)	34 (15,6%)	8 (3,7%)	5 (2,3%)
Nordfriesland	90 (64,3%)	26 (18,6%)	16 (11,4%)	6 (4,3%)	2 (1,4%)
Ostholstein	84 (66,7%)	22 (17,5%)	15 (11,9%)	4 (3,2%)	1 (0,8%)
Pinneberg	120 (58,5%)	44 (21,5%)	34 (16,6%)	5 (2,4%)	2 (1,0%)
Plön	92 (65,7%)	23 (16,4%)	18 (12,9%)	4 (2,9%)	3 (2,1%)
Rendsburg-Eckernförde	83 (57,6%)	32 (22,2%)	24 (16,7%)	3 (2,1%)	2 (1,4%)
Schleswig-Flensburg	42 (62,7%)	15 (22,4%)	4 (6,0%)	4 (6,0%)	2 (3,0%)
Segeberg	97 (61,0%)	30 (18,9%)	22 (13,8%)	4 (2,5%)	6 (3,8%)
Steinburg	67 (52,8%)	30 (23,6%)	21 (16,5%)	7 (5,5%)	2 (1,6%)
Stormarn	95 (62,9%)	31 (20,5%)	18 (11,9%)	3 (2,0%)	4 (2,6%)
Schleswig-Holstein*	1315 (61,1%)	432 (20,1%)	292 (13,6%)	68 (3,2%)	44 (2,0%)

\*fehlender Angaben 365 (14,5 %)

**Wie oft isst Ihr Kind Gemüse oder Salat? Mit einzubeziehen ist getrocknetes, Tiefkühl- und Dosengemüse. Zählen Sie Kartoffeln und Gemüsesäfte bitte nicht mit.**

Kreise und kreisfreie Städte	mindestens täglich	4-6-mal/ Woche	1-3-mal/ Woche	< 1-mal/ Woche	nie
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	58 (54,7%)	25 (23,6%)	16 (15,1%)	5 (4,7%)	2 (1,9%)
Kiel	78 (49,7%)	44 (28,0%)	27 (17,2%)	5 (3,2%)	3 (1,9%)
Lübeck	77 (48,7%)	48 (30,4%)	30 (19,0%)	1 (0,6%)	2 (1,3%)
Neumünster	34 (41,0%)	31 (37,3%)	11 (13,3%)	3 (3,6%)	4 (4,8%)
Dithmarschen	68 (40,0%)	61 (35,9%)	28 (16,5%)	10 (5,9%)	3 (1,8%)
Hzgt. Lauenburg	100 (45,9%)	61 (28,0%)	40 (18,3%)	9 (4,1%)	8 (3,7%)
Nordfriesland	57 (40,7%)	40 (28,6%)	33 (23,6%)	9 (6,4%)	1 (0,7%)
Ostholstein	62 (49,2%)	34 (27,0%)	19 (15,1%)	10 (7,9%)	1 (0,8%)
Pinneberg	81 (39,7%)	72 (35,3%)	36 (17,6%)	12 (5,9%)	3 (1,5%)
Plön	74 (52,9%)	37 (26,4%)	19 (13,6%)	8 (5,7%)	2 (1,4%)
Rendsburg-Eckernförde	67 (46,2%)	43 (29,7%)	29 (20,0%)	4 (2,8%)	2 (1,4%)
Schleswig-Flensburg	42 (62,7%)	16 (23,9%)	6 (9,0%)	3 (4,5%)	0 (0,0%)
Segeberg	82 (51,9%)	42 (26,6%)	20 (12,7%)	5 (3,2%)	9 (5,7%)
Steinburg	55 (43,3%)	35 (27,6%)	27 (21,3%)	6 (4,7%)	4 (3,1%)
Stormarn	70 (46,4%)	55 (36,4%)	16 (10,6%)	7 (4,6%)	3 (2,0%)
Schleswig-Holstein*	1.005 (46,7%)	644 (30,0%)	357 (16,6%)	97 (4,5%)	47 (2,2%)

\*fehlender Angaben 366 (14,5 %)

## Stillen (alle Kinder berücksichtigt)

Kreise und kreisfreie Städte	Kind wurde jemals gestillt?		Wie viele Monate wurde Ihr Kind <u>ausschließlich</u> gestillt?	Wie viele Monate wurde Ihr Kind <u>insgesamt</u> gestillt?
	ja	nein	M (SD)	M (SD)
	n (%)	n (%)		
Flensburg	11 (10,5%)	94 (89,5%)	5,0 (2,8)	9,6 (8,1)
Kiel	13 (8,4%)	142 (91,6%)	5,6 (3,9)	11,3 (9,9)
Lübeck	14 (9,0%)	141 (91,0%)	5,0 (4,3)	9,1 (7,1)
Neumünster	8 (9,8%)	74 (90,2%)	5,8 (4,0)	9,1 (6,3)
Dithmarschen	36 (21,3%)	133 (78,7%)	4,5 (3,3)	7,7 (8,1)
Hzgt. Lauenburg	31 (14,3%)	186 (85,7%)	5,0 (2,9)	8,3 (7,0)
Nordfriesland	20 (14,3%)	120 (85,7%)	4,9 (3,2)	8,8 (9,3)
Ostholstein	17 (13,8%)	106 (86,2%)	4,2 (2,7)	7,2 (6,2)
Pinneberg	17 (8,4%)	185 (91,6%)	5,7 (3,1)	10,9 (9,8)
Plön	18 (12,9%)	122 (87,1%)	4,8 (3,2)	8,5 (7,0)
Rendsburg-Eckernförde	18 (12,7%)	124 (87,3%)	5,0 (2,8)	8,5 (6,8)
Schleswig-Flensburg	5 (7,5%)	62 (92,5%)	5,2 (4,7)	10,0 (8,7)
Segeberg	17 (10,7%)	142 (89,3%)	5,3 (2,6)	8,7 (6,6)
Steinburg	20 (16,1%)	104 (83,9%)	4,8 (3,5)	8,6 (9,5)
Stormarn	9 (6,0%)	141 (94,0%)	5,9 (2,9)	11,3 (8,8)
Schleswig-Holstein	254 (11,9%)	1.876 (88,1%)	5,1 (3,3)	9,2 (8,2)

\*fehlender Angaben 386 (15,3 %)

## Stillen (Werte beziehen sich nur auf Kinder (n=1.876), die jemals gestillt wurden.)

Kreise und kreisfreie Städte	Wie viele Monate wurde Ihr Kind <u>ausschließlich</u> gestillt?		Wie viele Monate wurde Ihr Kind <u>insgesamt</u> gestillt?	
	M	SD	M	SD
Flensburg	5,0	(2,8)	10,7	(7,9)
Kiel	5,6	(3,9)	12,3	(9,7)
Lübeck	5,0	(4,3)	10,0	(6,8)
Neumünster	5,8	(4,0)	10,1	(5,9)
Dithmarschen	4,5	(3,3)	9,8	(7,9)
Hzgt. Lauenburg	5,0	(2,9)	9,7	(6,6)
Nordfriesland	4,9	(3,2)	10,3	(9,3)
Ostholstein	4,2	(2,7)	8,4	(5,8)
Pinneberg	5,7	(3,1)	11,9	(9,6)
Plön	4,8	(3,2)	9,8	(6,6)
Rendsburg-Eckernförde	5,0	(2,8)	9,8	(6,4)
Schleswig-Flensburg	5,2	(4,7)	10,8	(8,5)
Segeberg	5,3	(2,6)	9,8	(6,3)
Steinburg	4,8	(3,5)	10,3	(9,5)
Stormarn	5,9	(2,9)	12,0	(8,5)
Schleswig-Holstein*	5,1	(3,3)	10,4	(7,9)

\*fehlender Angaben bei Stilldauer insgesamt (1,6 %)

## Kind, Mutter, Vater und/oder andere Haushaltsmitglieder rauchen nach Altersgruppen der Kinder

Kreise und kreisfreie Städte	0-2 Jahre	3-6 Jahre	7-10 Jahre	11-13 Jahre	14-17 Jahre
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	2 (18,2%)	6 (30,0%)	3 (13,0%)	5 (21,7%)	8 (28,6%)
Kiel	5 (17,9%)	7 (20,0%)	7 (20,6%)	4 (18,2%)	6 (16,2%)
Lübeck	3 (15,8%)	9 (23,1%)	14 (37,8%)	8 (32,0%)	15 (40,5%)
Neumünster	5 (41,7%)	8 (33,3%)	3 (27,3%)	7 (46,7%)	7 (36,8%)
Dithmarschen	4 (21,1%)	18 (39,1%)	10 (31,3%)	11 (44,0%)	19 (39,6%)
Hzgt. Lauenburg	6 (17,1%)	10 (25,6%)	15 (34,9%)	10 (25,6%)	18 (29,0%)
Nordfriesland	2 (14,3%)	12 (30,0%)	10 (30,3%)	8 (36,4%)	15 (50,0%)
Ostholstein	3 (20,0%)	8 (25,8%)	8 (24,2%)	4 (19,0%)	10 (40,0%)
Pinneberg	1 (3,6%)	9 (22,5%)	12 (23,5%)	11 (32,4%)	16 (31,4%)
Plön	1 (6,7%)	7 (17,9%)	8 (22,2%)	7 (41,2%)	16 (50,0%)
Rendsburg-Eckernförde	7 (25,0%)	9 (45,0%)	10 (27,8%)	9 (36,0%)	12 (33,3%)
Schleswig-Flensburg	6 (40,0%)	3 (17,6%)	4 (25,0%)	1 (16,7%)	4 (30,8%)
Segeberg	11 (39,3%)	10 (26,3%)	12 (40,0%)	5 (26,3%)	15 (34,9%)
Steinburg	6 (25,0%)	5 (21,7%)	7 (24,1%)	6 (30,0%)	7 (23,3%)
Stormarn	3 (20,0%)	6 (19,4%)	6 (20,7%)	11 (37,9%)	13 (27,7%)
Schleswig-Holstein*	65 (21,2%)	127 (26,3%)	129 (27,3%)	107 (31,3%)	181 (33,6%)

\*fehlender Angaben 364 (14,5 %)

## Kind, Mutter, Vater und/oder andere Haushaltsmitglieder mit Alkoholkonsum

Kreise und kreisfreie Städte	gelegentlich	täglich
	n (%)	n (%)
Flensburg	81 (81,8%)	3 (3,0%)
Kiel	112 (76,7%)	5 (3,4%)
Lübeck	127 (83,6%)	10 (6,6%)
Neumünster	56 (72,7%)	3 (3,9%)
Dithmarschen	139 (82,7%)	6 (3,6%)
Hzgt. Lauenburg	179 (83,6%)	9 (4,2%)
Nordfriesland	118 (86,8%)	6 (4,4%)
Ostholstein	109 (89,3%)	7 (5,7%)
Pinneberg	171 (87,7%)	8 (4,1%)
Plön	113 (81,9%)	2 (1,4%)
Rendsburg-Eckernförde	109 (80,7%)	4 (3,0%)
Schleswig-Flensburg	54 (83,1%)	3 (4,6%)
Segeberg	130 (85,5%)	7 (4,6%)
Steinburg	106 (88,3%)	5 (4,2%)
Stormarn	119 (82,6%)	8 (5,6%)
Schleswig-Holstein*	1.723 (83,5%)	86 (4,2%)

\*fehlender Angaben 453 (18,0 %)

## Anteil an Kindern mit Bildschirmzeiten nach Altersgruppen und Region

Kreise und kreisfreie Städte	0-2 Jahre	3-5 Jahre	6-8 Jahre	9-11 Jahre	12-17 Jahre
	n (%)				
Flensburg	4 (36,4%)	12 (85,7%)	16 (94,1%)	18 (94,7%)	43 (97,7%)
Kiel	5 (17,9%)	24 (77,4%)	22 (95,7%)	22 (100%)	51 (98,1%)
Lübeck	4 (21,1%)	18 (66,7%)	30 (93,8%)	23 (100%)	55 (100%)
Neumünster	4 (30,8%)	13 (72,2%)	16 (100%)	8 (100%)	27 (100%)
Dithmarschen	8 (42,1%)	30 (85,7%)	27 (96,4%)	19 (100%)	66 (98,5%)
Hzgt. Lauenburg	10 (29,4%)	20 (76,9%)	30 (93,8%)	40 (100%)	81 (97,6%)
Nordfriesland	8 (57,1%)	29 (96,7%)	24 (96,0%)	28 (100%)	42 (95,5%)
Ostholstein	7 (46,7%)	22 (88,0%)	24 (96,0%)	23 (100%)	37 (100%)
Pinneberg	7 (25,0%)	30 (90,9%)	30 (90,9%)	35 (92,1%)	72 (100%)
Plön	6 (40,0%)	29 (87,9%)	24 (88,9%)	22 (95,7%)	41 (100%)
Rendsburg-Eckernförde	12 (44,4%)	11 (73,3%)	21 (100%)	32 (100%)	48 (98,0%)
Schleswig-Flensburg	3 (20,0%)	12 (85,7%)	14 (93,3%)	5 (100%)	18 (100%)
Segeberg	9 (32,1%)	25 (89,3%)	29 (93,5%)	15 (100%)	57 (100%)
Steinburg	9 (37,5%)	16 (84,2%)	14 (100%)	22 (95,7%)	44 (100%)
Stormarn	6 (42,9%)	21 (80,8%)	15 (83,3%)	26 (96,3%)	65 (100%)
Schleswig-Holstein*	102 (33,6%)	312 (83,4%)	336 (94,1%)	338 (98,0%)	747 (98,9%)

\*fehlender Angaben 380 (15,1 %)

## Durchschnittliche Bildschirmzeit in Stunden nach Altersgruppen Region (nur Kinder mit Bildschirmzeit)

Kreise und kreisfreie Städte	0-2 Jahre	3-5 Jahre	6-8 Jahre	9-11 Jahre	12-17 Jahre
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Flensburg	1,0 (0,4)	1,2 (0,6)	2,2 (3,6)	1,6 (0,7)	4,3 (2,4)
Kiel	1,1 (0,8)	1,2 (0,7)	2,3 (3,7)	1,8 (1,1)	3,6 (1,8)
Lübeck	0,7 (0,9)	2,1 (2,6)	1,2 (0,8)	2,0 (1,0)	3,7 (2,0)
Neumünster	1,5 (1,0)	2,2 (3,9)	2,7 (3,4)	2,2 (1,4)	3,9 (2,4)
Dithmarschen	1,0 (0,5)	1,3 (0,7)	1,8 (1,3)	1,7 (1,0)	4,0 (2,3)
Hzgt. Lauenburg	0,8 (0,3)	1,2 (0,6)	1,5 (1,1)	1,8 (1,0)	4,1 (1,8)
Nordfriesland	0,8 (0,3)	1,2 (0,8)	1,9 (2,7)	2,0 (0,9)	4,7 (2,7)
Ostholstein	0,9 (0,5)	1,1 (,6)	1,4 (0,6)	1,8 (1,1)	3,9 (2,2)
Pinneberg	2,4 (3,8)	0,9 (0,5)	1,9 (3,3)	1,7 (1,0)	3,6 (1,6)
Plön	0,5 (0,3)	0,8 (0,5)	1,0 (0,5)	1,8 (,8)	4,1 (1,9)
Rendsburg-Eckernförde	0,9 (0,5)	1,2 (0,7)	1,5 (1,0)	2,2 (1,4)	4,1 (2,3)
Schleswig-Flensburg	1,5 (1,3)	1,1 (0,6)	1,5 (0,6)	1,0 (0,6)	4,4 (2,6)
Segeberg	2,2 (3,6)	1,6 (2,5)	1,3 (0,7)	2,1 (1,3)	4,3 (2,2)
Steinburg	0,8 (0,6)	1,8 (3,6)	1,9 (1,9)	2,1 (1,2)	3,6 (1,8)
Stormarn	0,8 (0,3)	1,1 (0,6)	1,7 (1,3)	1,5 (0,7)	4,1 (2,3)
Schleswig-Holstein*	1,1 (1,6)	1,3 (1,6)	1,7 (2,1)	1,9 (1,0)	4,0 (2,1)

\*fehlender Angaben 380 (15,1 %)

## Wofür nutzen Kinder hauptsächlich Bildschirmzeiten?

### (3 häufigsten Anwendungen nach Einschätzung der Eltern)

Kreise und kreisfreie Städte	TV, Video, Streaming	Hören (Musik, Podcast, Radio, Hörspiele/ Bücher)	Gaming/digitale Spiele	Social media	Lesen (E-Books, Online-Zeitschriften)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	76 (61,3%)	59 (47,6%)	35 (28,2%)	30 (24,2%)	9 (7,3%)
Kiel	102 (53,7%)	79 (41,6%)	50 (26,3%)	32 (16,8%)	14 (7,4%)
Lübeck	104 (57,8%)	82 (45,6%)	48 (26,7%)	34 (18,9%)	16 (8,9%)
Neumünster	52 (53,1%)	37 (37,8%)	27 (27,6%)	22 (22,4%)	12 (12,2%)
Dithmarschen	129 (64,5%)	78 (39,0%)	76 (38,0%)	47 (23,5%)	13 (6,5%)
Hzgt. Lauenburg	145 (57,3%)	106 (41,9%)	92 (36,4%)	65 (25,7%)	15 (5,9%)
Nordfriesland	104 (62,7%)	90 (54,2%)	57 (34,3%)	37 (22,3%)	7 (4,2%)
Ostholstein	91 (63,6%)	72 (50,3%)	45 (31,5%)	36 (25,2%)	9 (6,3%)
Pinneberg	138 (57,3%)	106 (44,0%)	75 (31,1%)	54 (22,4%)	16 (6,6%)
Plön	103 (59,9%)	71 (41,3%)	49 (28,5%)	35 (20,3%)	7 (4,1%)
Rendsburg-Eckernförde	100 (58,8%)	74 (43,5%)	61 (35,9%)	39 (22,9%)	6 (3,5%)
Schleswig-Flensburg	43 (53,8%)	30 (37,5%)	21 (26,3%)	11 (13,8%)	4 (5,0%)
Segeberg	102 (56,4%)	92 (50,8%)	57 (31,5%)	47 (26,0%)	9 (5,0%)
Steinburg	86 (61,4%)	61 (43,6%)	47 (33,6%)	38 (27,1%)	4 (2,9%)
Stormarn	99 (55,6%)	93 (52,2%)	57 (32,0%)	47 (26,4%)	13 (7,3%)
Schleswig-Holstein*	1.474 (58,6%)	1.130 (44,9%)	797 (31,7%)	574 (22,8%)	154 (6,1%)

\*fehlende Angaben 380 (15,1 %)

## Screening auf Computerspielstörung mit GAming Disorder Scale for Parents (GADIS-P)

### (nur von Kindern mit Hauptnutzung Gaming/digitale Spiele)

Kreise und kreisfreie Städte	Hinweis für riskante Nutzung digitaler Spiele		Hinweis für unspezifische psychische Probleme		Hinweis für riskante Gaming-Verhaltensweisen	
	nein	ja	nein	ja	nein	ja
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	26 (83,9%)	5 (16,1%)	27 (87,1%)	4 (12,9%)	29 (93,5%)	2 (6,5%)
Kiel	30 (68,2%)	14 (31,8%)	35 (79,5%)	9 (20,5%)	39 (88,6%)	5 (11,4%)
Lübeck	32 (71,1%)	13 (28,9%)	39 (86,7%)	6 (13,3%)	39 (86,7%)	6 (13,3%)
Neumünster	20 (83,3%)	4 (16,7%)	21 (87,5%)	3 (12,5%)	22 (91,7%)	2 (8,3%)
Dithmarschen	49 (77,8%)	14 (22,2%)	44 (69,8%)	19 (30,2%)	53 (84,1%)	10 (15,9%)
Hzgt. Lauenburg	69 (79,3%)	18 (20,7%)	73 (83,9%)	14 (16,1%)	77 (88,5%)	10 (11,5%)
Nordfriesland	40 (83,3%)	8 (16,7%)	44 (91,7%)	4 (8,3%)	45 (93,8%)	3 (6,3%)
Ostholstein	29 (72,5%)	11 (27,5%)	32 (80,0%)	8 (20,0%)	32 (80,0%)	8 (20,0%)
Pinneberg	50 (68,5%)	23 (31,5%)	65 (89,0%)	8 (11,0%)	67 (91,8%)	6 (8,2%)
Plön	34 (81,0%)	8 (19,0%)	32 (76,2%)	10 (23,8%)	36 (85,7%)	6 (14,3%)
Rendsburg-Eckernförde	48 (81,4%)	11 (18,6%)	49 (83,1%)	10 (16,9%)	55 (93,2%)	4 (6,8%)
Schleswig-Flensburg	16 (76,2%)	5 (23,8%)	16 (76,2%)	5 (23,8%)	16 (76,2%)	5 (23,8%)
Segeberg	44 (84,6%)	8 (15,4%)	44 (84,6%)	8 (15,4%)	47 (90,4%)	5 (9,6%)
Steinburg	30 (68,2%)	14 (31,8%)	37 (84,1%)	7 (15,9%)	37 (84,1%)	7 (15,9%)
Stormarn	39 (76,5%)	12 (23,5%)	39 (76,5%)	12 (23,5%)	43 (84,3%)	8 (15,7%)
Schleswig-Holstein*	556 (76,8%)	168 (23,2%)	597 (82,5%)	127 (17,5%)	637 (88,0%)	87 (12,0%)

\*fehlender Angaben von Kindern mit Hauptnutzung Gaming/digitale Spiele 2 (0,3 %)

**Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Eltern  
(transformiert auf Werte von 0-100, je höher umso besser)**

Kreise und kreisfreie Städte	M	SD
Flensburg	73,1	(19,4)
Kiel	69,5	(20,6)
Lübeck	73,8	(16,4)
Neumünster	69,0	(23,0)
Dithmarschen	70,2	(23,0)
Hzgt. Lauenburg	72,5	(18,7)
Nordfriesland	70,9	(22,3)
Ostholstein	74,8	(18,4)
Pinneberg	73,0	(19,4)
Plön	71,9	(20,5)
Rendsburg-Eckernförde	73,3	(18,3)
Schleswig-Flensburg	69,4	(20,7)
Segeberg	69,4	(22,1)
Steinburg	71,3	(19,4)
Stormarn	72,1	(20,9)
Schleswig-Holstein*	71,8	(20,2)

\*fehlende Angaben 376 (15,9 %)

Kreise und kreisfreie Städte	PHQ-2 ≥ 3: Hinweis auf Depressivität bei Eltern(teil)				GAD ≥ 3: Hinweis auf Angststörung bei Eltern(teil)			
	nein		ja		nein		ja	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Flensburg	95	(90,5%)	10	(9,5%)	93	(87,7%)	13	(12,3%)
Kiel	145	(92,9%)	11	(7,1%)	137	(87,8%)	19	(12,2%)
Lübeck	144	(91,1%)	14	(8,9%)	148	(94,3%)	9	(5,7%)
Neumünster	73	(90,1%)	8	(9,9%)	72	(88,9%)	9	(11,1%)
Dithmarschen	138	(81,7%)	31	(18,3%)	147	(87,0%)	22	(13,0%)
Hzgt. Lauenburg	197	(90,8%)	20	(9,2%)	197	(91,2%)	19	(8,8%)
Nordfriesland	124	(89,2%)	15	(10,8%)	126	(90,6%)	13	(9,4%)
Ostholstein	111	(88,8%)	14	(11,2%)	114	(91,2%)	11	(8,8%)
Pinneberg	188	(92,2%)	16	(7,8%)	184	(90,2%)	20	(9,8%)
Plön	125	(89,9%)	14	(10,1%)	126	(90,6%)	13	(9,4%)
Rendsburg-Eckernförde	127	(87,6%)	18	(12,4%)	137	(94,5%)	8	(5,5%)
Schleswig-Flensburg	59	(89,4%)	7	(10,6%)	56	(84,8%)	10	(15,2%)
Segeberg	138	(87,3%)	20	(12,7%)	141	(89,2%)	17	(10,8%)
Steinburg	108	(86,4%)	17	(13,6%)	116	(92,8%)	9	(7,2%)
Stormarn	130	(87,2%)	19	(12,8%)	134	(89,9%)	15	(10,1%)
Schleswig-Holstein	190	(89,0%)	234	(11,0%)	1928	(90,3%)	207	(9,7%)

\*fehlender Angaben 388 (15,4 %)

### OSLO-3: Wahrgenommene soziale Unterstützung

Kreise und kreisfreie Städte	schwach		moderat		stark	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Flensburg	11	(10,4%)	39	(36,8%)	56	(52,8%)
Kiel	16	(10,3%)	64	(41,0%)	76	(48,7%)
Lübeck	14	(8,9%)	51	(32,3%)	93	(58,9%)
Neumünster	13	(16,3%)	40	(50,0%)	27	(33,8%)
Dithmarschen	33	(19,4%)	72	(42,4%)	65	(38,2%)
Hzgt. Lauenburg	20	(9,3%)	85	(39,5%)	110	(51,2%)
Nordfriesland	20	(14,5%)	52	(37,7%)	66	(47,8%)
Ostholstein	18	(14,4%)	38	(30,4%)	69	(55,2%)
Pinneberg	26	(12,7%)	74	(36,1%)	105	(51,2%)
Plön	16	(11,5%)	54	(38,8%)	69	(49,6%)
Rendsburg-Eckernförde	14	(9,7%)	51	(35,2%)	80	(55,2%)
Schleswig-Flensburg	10	(15,2%)	30	(45,5%)	26	(39,4%)
Segeberg	19	(12,0%)	49	(31,0%)	90	(57,0%)
Steinburg	11	(8,8%)	46	(36,8%)	68	(54,4%)
Stormarn	12	(8,0%)	54	(36,0%)	84	(56,0%)
Schleswig-Holstein*	253	(11,8%)	799	(37,4%)	1.084	(50,7%)
*fehlender Angaben 380 (15,1 %)						