

**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

**– Sachbericht –**

Vorhabendurchführung	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
Vorhabenleitung	Alexander Katalinic
Autoren/-innen	Nina Hartmann, Susanne Elsner, Hannah Baltus, Elke Peters, Alexander Katalinic
Kontaktdaten	Universität zu Lübeck Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie (ISE) Tel.: 0451 500 51200 E-Mail: <a href="mailto:alexander.katalinic@uksh.de">alexander.katalinic@uksh.de</a>
Vorhabenbeginn	01.01.2022
Vorhabenende	31.12.2022

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. EINLEITUNG .....</b>	<b>1</b>
1.1 HINTERGRUND .....	1
1.2 PROJEKTZIELE UND FRAGESTELLUNG .....	3
<b>2. METHODE .....</b>	<b>4</b>
<b>3. ERGEBNISSE .....</b>	<b>8</b>
3.1 RÜCKLAUF .....	8
3.2 SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN .....	9
3.3 WOHLBEFINDEN UND GESUNDHEITZUSTAND DER KINDER UND JUGENDLICHEN .....	10
3.4 VERSORGENSBEDARF DER KINDER UND JUGENDLICHEN .....	10
3.4.1 ANTEIL DER KINDER UND JUGENDLICHEN MIT ERHÖHTEM VERSORGENSBEDARF .....	10
3.4.2 HAUSÄRZTLICHE/KINDERÄRZTLICHE, FACHÄRZTLICHE, NOTFALLMEDIZINISCHE VERSORGUNG UND KONSULTATIONSGRÜNDE .....	11
3.4.3 NICHT-ÄRZTLICHE ODER ÄRZTLICHE LEISTUNGSBEDARFE .....	12
3.4.4 ZUFRIEDENHEIT UND SCHWIERIGKEITEN MEDIZINISCHE VERSORGUNG ZU ERHALTEN .....	13
3.5 ZUFRIEDENHEIT MIT DEM LETZTEN ARZTBESUCH .....	15
3.5.1 GLOBALE PATIENTENZUFRIEDENHEIT .....	15
3.5.2 EINZELNE ASPEKTE DER ZUFRIEDENHEIT MIT DER LETZTEN ÄRZTLICHEN KONSULTATION .....	16
3.5.3 ZUSAMMENHANG VON ELTERLICHEN FAKTOREN UND ZUFRIEDENHEIT MIT DER LETZTEN ÄRZTLICHEN KONSULTATION .....	17
3.6 PSYCHISCHE BELASTUNG, LEBENSQUALITÄT UND ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTAND DES TEILNEHMENDEN ELTERNTEILS .....	18
3.7 QUALITATIVE ZUSAMMENFASSUNG DES FREITEXTFELDES ZU DEN POSITIVEN ASPEKTEN DER VERSORGUNG .....	20
3.8 QUALITATIVE ZUSAMMENFASSUNG DES FREITEXTFELDES ZU DEN NEGATIVEN ASPEKTEN DER VERSORGUNG .....	20
<b>4. DISKUSSION .....</b>	<b>22</b>
4.1. EINORDNUNG DER ERGEBNISSE .....	22
4.2 ZUSAMMENFASSUNG .....	27
<b>5. LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>29</b>
<b>6. ANHANG .....</b>	<b>33</b>
<b>TABELLEN .....</b>	<b>33</b>

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anteil chronisch kranker Kinder .....	10
Tabelle 2: Prädiktoren für von Eltern bewertete Patientenzufriedenheit mit der letzten ärztlichen Konsultation, gemessen mit dem ZUF-8 (multiple lineare Regression) .....	17
Tabelle 3: Lebensqualität und allgemeiner Gesundheitszustand der Eltern, gemessen mit PHQ-4.....	19
Tabelle 4: Soziodemografische Angaben der teilnehmenden Eltern, Teil 1 .....	33
Tabelle 5: Soziodemografische Angaben der teilnehmenden Eltern, Teil 2.....	34
Tabelle 6: Soziodemografische Daten des Kindes, über das berichtet wurde.....	35
Tabelle 7: Krankheitsliste.....	36
Tabelle 8: Versorgungsbedarf der Kinder, Teil 1 .....	37
Tabelle 9: Versorgungsbedarf der Kinder, Teil 2 .....	38
Tabelle 10: Konsultationsgründe, Teil 1 .....	39
Tabelle 11: Konsultationsgründe, Teil 2 .....	40
Tabelle 12: Nicht-ärztliche oder ärztliche Leistungsbedarfe; alle Teilnehmenden.....	41

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Rücklauf.....	8
Abbildung 2: Zufriedenheit mit ärztlicher Hilfe und Schwierigkeit diese zu erhalten .....	14
Abbildung 3: Mit ZUF-8 gemessene Patientenzufriedenheit mit der letzten ärztlichen Konsultation in Abhängigkeit von dem Ort der letzten ärztlichen Konsultation.....	15
Abbildung 4: Darstellung einzelner Aspekte der Zufriedenheit mit der letzten ärztlichen Konsultation .....	16

# 1. EINLEITUNG

## 1.1 HINTERGRUND

Die Covid-19-Pandemie hat die Bevölkerung weltweit vor große Herausforderungen gestellt. Mit dem Einsetzen der Pandemie im März 2020 mussten umfassende Maßnahmen ergriffen werden, um die Bevölkerung zu schützen. Distanzierungsmaßnahmen wurden eingeführt und es kam zur Schließung zahlreicher Einrichtungen, dabei auch Schulen und Kindergärten. Insbesondere Familien standen mit Homeschooling und gleichbleibendem Arbeitspensum vor neuen Herausforderungen. Viele Studien berichteten über die daraus resultierenden Belastungen für Familien und Kinder [1–3]. Auch die medizinische Versorgung war in vielen Bereichen nicht mehr in gewohntem Maße verfügbar, wobei auch die sozialpädiatrische Versorgung betroffen war. Maßnahmen der sozialpädiatrischen Versorgung richten sich vor allem an chronisch kranke Kinder, die dauerhaft multidisziplinäre Versorgung benötigen.

Impfungen und andere medizinische Versorgung konnten oft nur noch eingeschränkt zur Verfügung gestellt werden. Die umfassenden Einschränkungen zeigten außerdem negative Auswirkungen auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen [4,5] sowie den Gesundheitszustand und das psychische Wohlbefinden [6]. Die Prävalenz für psychische Belastungen von Kindern [7] und Eltern stieg [8]. Dabei wurde berichtet, dass besonders Kinder mit chronischen Erkrankungen betroffen waren [9]. Eine weitere Studie zeigte unter anderem vermehrt Fälle von Ketoazidosen bei Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes [10]. Bereits vor dem Einsetzen der Covid-19-Pandemie wurden über das Robert-Koch-Institut im Rahmen der KiGGS-Umfragen umfassende Daten zur Gesundheit der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen erhoben. Die letzte Befragung wurde über den Zeitraum 2014-2017 (KiGGS-Welle 2) durchgeführt [11]. Daten aus dieser Umfrage werden auch in die Diskussion dieses Berichtes einbezogen.

In Zusammenhang mit der neuen Situation, nach Einsetzen der Pandemie, wurden im Rahmen der ABCDEF-COOP-Studie (später auch: „ABCDEF-COOP-Studie (alt)“) über die Universität zu Lübeck im letzten Jahr Daten zur Gesundheit und medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen erhoben. Es wurden Personen aus zwei bestehenden Kohorten (CoPa und ELISA) [8,12] rekrutiert, die überwiegend aus Norddeutschland kamen. Teil der Untersuchung waren dabei die Inanspruchnahme und die Nachfrage nach sozialpädiatrischen Leistungen aus Elternsicht sowie die elterliche Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung ihrer Kinder während der Covid-19-Pandemie von Herbst 2020 bis Herbst 2021. Die Ergebnisse deuten aus Sicht der Eltern auf eine eingeschränkte medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Untersuchungszeitraum hin. Es zeigten sich außerdem Mängel in der pädiatrischen, psychosozialen und spezialärztlichen Versorgung im Krankenhaus sowie der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen. Der

Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder und Jugendlicher wurde dabei deutlich häufiger als nicht ausreichend erfüllt bewertet im Vergleich zu gesunden Kindern. Ein komplett ungedeckter Versorgungsbedarf war bei 49 von 460 (10,7%) Eltern mit gesunden Kindern und bei 95 von 271 (35,1%) Eltern mit chronisch kranken Kindern vorhanden. Besonders hoch war in der ABCDEF-COOP-Befragung (alt) der Anteil ungedeckter Bedarfe für den Besuch von Selbsthilfegruppen, Rehabilitationsmaßnahmen, Gesundheitsdienstleistungen in der Schule sowie für Schulungen für chronische Erkrankungen. 0 von 31 Eltern konnten den Bedarf ihres Kindes bezüglich Selbsthilfegruppen vollständig decken. Bei Rehabilitationsmaßnahmen war es 6 von 29 (20,7 %), bei Gesundheitsdienstleistungen in der Schule 4 von 15 (26,7 %) und bei Schulungen für chronische Erkrankungen 11 von 50 (22,0 %) Eltern möglich, den Bedarf ihres Kindes vollständig zu erfüllen. Bei 123 von 731 (16,8 %) Kindern und Jugendlichen bestand nach Angaben der Eltern ein Bedarf für psychologische Unterstützung, der aber nur bei 51 von 123 (41,5 %) Fällen vollständig gedeckt werden konnte. Auch eine Mitgliederbefragung der Deutschen Psychotherapeutischen Vereinigung (DPtV) zeigte, dass die Patientenanfragen im Jahr 2021 und 2022 im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie um 40,0 % angestiegen sei [13,14]. Die COPSYS-Studie berichtete, dass besonders Kinder aus Elternhäusern mit geringem Bildungsgrad, Migrationshintergrund oder beengten Wohnverhältnissen sich durch die Covid-19-Pandemie belastet fühlen [3]. Außerdem zeigte sich im Rahmen der ABCDEF-COOP-Befragung (alt), dass Eltern von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen statistisch signifikant häufiger psychische Probleme berichteten als Eltern von gesunden Kindern und Jugendlichen. Mäßige und schwere psychische Belastungen berichteten 48 von 477 (10,1 %) Eltern von gesunden Kindern und Jugendlichen und 44 von 279 (15,8 %) Eltern von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen. Auch die Werte für Lebensqualität und den allgemeinen Gesundheitszustand von Eltern chronisch kranker Kinder fielen signifikant geringer aus als bei Eltern von gesunden Kindern und Jugendlichen.

Um ein besseres Bild über die Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein über einen längeren Zeitraum zu erhalten und dabei ggf. auch Änderungen über den Zeitraum der Pandemie zu erkennen, wurde mit diesem Projekt eine weitere Umfrage durchgeführt. Das Ziel dieser Umfrage war dabei, die Versorgungsbedarfe und den Anteil versorgungsbedürftiger Kinder und Jugendlicher in Schleswig-Holstein genauer zu identifizieren. Nachdem die ABCDEF-COOP-Studie (alt) im letzten Jahr bereits größere Defizite und Herausforderungen bei Familien mit chronisch kranken Kindern dargestellt hatte, wurde im Rahmen dieser Umfrage auch ein Fokus auf Unterschiede zwischen chronisch kranken und gesunden Kindern und Jugendlichen gelegt.

Im Rahmen dieses Projektes wurden zum einen Personen, die an der er ABCDEF-COOP-Studie (alt) teilgenommen hatten, erneut kontaktiert und ebenfalls eine Stichprobe über die Einwohnermeldeämter in Kiel und Ostholstein gezogen, um eine für Schleswig-Holstein repräsentativere Stichprobe zu erhalten. Über die Einwohnermeldeämter wurden sowohl Personen aus einem städtischen Gebiet (Kiel), als auch aus ländlichen Gegenden (Ostholstein) kontaktiert.

## 1.2 PROJEKTZIELE UND FRAGESTELLUNG

Das Ziel dieser Umfrage war es, ein besseres Bild über den Gesundheitszustand und die Versorgungssituation von Familien mit Kindern im Alter zwischen 0 und 17 Jahren in Schleswig-Holstein über einen längeren Zeitraum zu erhalten und den Versorgungsbedarf und Anteil versorgungsbedürftiger Kinder und Jugendlicher in Schleswig-Holstein genauer zu identifizieren. Im Rahmen dieser Umfrage sollte zudem ein Fokus auf möglichen Unterschieden zwischen chronisch kranken und gesunden Kindern und Jugendlichen liegen.

Das Erreichen des übergeordneten Projektzieles erfolgt entlang folgender Fragen:

- 1) Wie hoch ist der Anteil der Kinder mit einem erhöhten Versorgungsbedarf?
- 2) Wie bewerten Eltern das subjektive Wohlbefinden und den Gesundheitszustand ihres Kindes?
- 3) Wie bewerten Eltern den Versorgungsbedarf ihres Kindes in den letzten 12 Monaten?
- 4) Wie schwierig war es nach Ansicht der Eltern, Versorgungsbedarfe für Ihre Kinder in den letzten 12 Monaten zu erfüllen?
- 5) Wie zufrieden sind Eltern mit der medizinischen Versorgung ihres Kindes in den letzten 12 Monaten insgesamt?
- 6) Wie bewerten Eltern den letzten Arztbesuch ihres Kindes? Wie zufrieden waren Sie mit diesem? Gibt es Zusammenhänge zwischen verschiedenen elterlichen Faktoren und der Zufriedenheit mit dem letzten Arztbesuch?
- 7) Wie bewerten Eltern ihre eigene Lebensqualität in den letzten Wochen im Hinblick auf ihre Gesundheit?
- 8) Was ist aus Sicht der Eltern bei der Gesundheitsversorgung ihres Kindes in den letzten 12 Monaten gut gelaufen?
- 9) Was hätte aus der Sicht der Eltern bei der Gesundheitsversorgung ihres Kindes in den letzten 12 Monaten besser gemacht werden können?

## 2. METHODE

Bei dem beschriebenen Projekt handelt es sich um eine Online-Umfrage, die über das Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck durchgeführt wurde. Befragt wurden Eltern mit Kindern zwischen 0 und 17 Jahren. Es wurden Eltern aus zwei verschiedenen Gruppen kontaktiert:

Die erste Zielgruppe (ABC-Kohorte (neu)) bestand aus 794 Eltern, die bereits im Rahmen der ABCDEF-COOP-Studie (alt) kontaktiert wurden. Diese Kohorte hatte einer erneuten Kontaktierung im Rahmen von weiteren Studien bereits zugestimmt. Die E-Mail-Adressen lagen in Zusammenhang mit der genannten Studie vor.

Die zweite Zielpopulation (EMA-Kohorte) bestand aus einer bevölkerungsbezogenen Stichprobe mit 2504 Eltern, die im Kreis Ostholstein und der Stadt Kiel gemeldet waren. Hierfür wurden die Adressen der Eltern über die Einwohnermeldeämter in Ostholstein und der Stadt Kiel zufällig ausgewählt und für das Forschungsvorhaben zur Verfügung gestellt.

Die ABC-Kohorte (neu) wurde per E-Mail zur Teilnahme an der Umfrage eingeladen. Die EMA-Kohorte wurde postalisch kontaktiert. Alle Eltern erhielten mit dem Anschreiben Informationen über die Ziele, die Inhalte, die Freiwilligkeit und den Datenschutz der Befragung. Die Einwilligung zur Teilnahme wurde vor Beginn der eigentlichen Umfrage über eine Zustimmungsfrage eingeholt. An die Teilnahme wurde einmal erinnert.

Beide Gruppen erhielten den gleichen Fragebogen, bei dem nur das Begrüßungsschreiben an die jeweilige Kohorte angepasst wurde. Der Fragebogen wurde online über das Portal [www.limesurvey.org](http://www.limesurvey.org) zur Verfügung gestellt. Als Befragungsinstrument wurde der Fragebogen des Teilprojekts A3 der ABCDEF-COOP-Studie (alt) als Grundlage verwendet und leicht angepasst. Die Beantwortung des Fragebogens war anonym.

Im Rahmen der Befragung sollten Eltern Angaben zu ihrem Kind machen. Eltern mit mehreren Kindern sollten über das Kind mit dem subjektiv eingeschätzten höchsten Versorgungsbedarf, beziehungsweise den häufigsten Arztbesuchen in den letzten 12 Monaten berichten.

Der verwendete Fragebogen befindet sich in einer zusätzlichen PDF-Datei.

Mit dem Online-Fragebogen wurden folgende Daten erhoben:

### **1. Soziodemografische Daten**

Eltern: Alter, Geschlecht, Familienstand, Alleinerziehend (ja/nein), höchster Schulabschluss, höchster Berufsabschluss, Arbeitszeit pro Woche, Geburtsland, Einkommen (optional), Anzahl der im Haushalt lebenden Personen

Kinder: Alter, Geschlecht, Geburtsland

### **2. Wohlbefinden und Gesundheitszustand des Kindes**

Auch der Gesundheitszustand und das Wohlbefinden des Kindes wurden durch die Eltern erfragt. Hierfür wurden die Fragen aus dem Kidscreen-10 Index [15] verwendet.

### **3. Anteil derjenigen Kinder mit chronischen Erkrankungen**

Der Anteil der Kinder mit chronischen Erkrankungen wurde durch den CSHCN-Screener (Children with Special Health Care Needs-Screener) [16] sowie eine Krankheitsliste mit 17 chronischen Krankheiten [17] ermittelt. Die Eltern erhielten zusätzlich die Möglichkeit, weitere chronische Krankheiten in ein Freitextfeld einzugeben. Wenn der CSHCN-Screener und/oder die Krankheitsliste positiv ausfielen und/oder eine entsprechende Freitextangabe vorlag, wurden diese Kinder als chronisch kranke Kinder und Jugendliche definiert. Wurde beim CSHCN-Screener mindestens eine der 5 Fragen zur psychischen und körperlichen Gesundheit des Kindes zusammen mit den beiden zusätzlichen Unterfragen bejaht, war das Ergebnis des CSHCN-Screeners positiv. Diese Kinder werden im Folgenden als chronisch kranke Kinder und Jugendliche bezeichnet. Alle anderen Kinder und Jugendliche werden als gesund, im Sinne von nicht chronisch krank, bezeichnet.

### **4. Versorgungsbedarf der Kinder in den letzten 12 Monaten**

Anhand des CHC-SUN (Child Health Care - Satisfaction, Utilization and Needs) [18] wurde der Versorgungsbedarf von Kindern im Hinblick auf die hausärztliche/kinderärztliche, fachärztliche und notfallmedizinische Versorgung ermittelt. Es wurde ebenfalls nach nicht-ärztlichen oder ärztlichen Leistungen gefragt. Hierbei sollten unter anderem Angaben zum Erhalt von Krankengymnastik, Ergotherapie oder der Teilnahme an Selbsthilfegruppen gemacht werden. Auch dieser Teil ist an die Fragen aus dem CHC-SUN (Health Care - Satisfaction, Utilization and Needs) [18] angelehnt. Dabei wurde ergänzend nach Videosprechstunden, Diagnoseverfahren wie Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen, medizinischer Behandlungen (z. B. Krebstherapie), geplanten Operationen/Eingriffen und Spezialsprechstunden im Krankenhaus gefragt.



## **5. Zufriedenheit mit der Versorgung der Kinder in den letzten 12 Monaten**

Die Zufriedenheit der Eltern mit der Versorgung ihres Kindes in den letzten 12 Monaten wurde anhand des CHC-SUN ermittelt. Eltern wurden gebeten anzugeben, wie schwierig es in den letzten 12 Monaten war, kinderärztliche, fachärztliche oder notfallmedizinische Hilfe zu erhalten. Darüber hinaus sollte angegeben werden, wie zufrieden sie mit den jeweiligen Behandlungen waren.

## **6. Zufriedenheit mit dem letzten Arztbesuch des Kindes**

Die Zufriedenheit der Eltern mit dem letzten Arztbesuch ihres Kindes in den vergangenen 12 Monaten wurde anhand des ZUF-8 [19] ermittelt. Wenn Eltern angaben, dass in den letzten 12 Monaten kein Arztbesuch für ihr Kind stattgefunden hatte, wurden sie zum nächsten Abschnitt des Fragebogens weitergeleitet (Allgemeine Fragen zur Gesundheit und Lebensqualität des Elternteils). Falls ihr Kind jedoch in den letzten 12 Monaten einen Arzttermin hatte, wurden sie gebeten, den letzten Arztbesuch im Hinblick auf verschiedene Aspekte wie z. B. Qualität der Behandlung, Eingehen der Ärztin oder des Arztes auf die Bedürfnisse des Kindes oder das Ausmaß an Hilfe beim letzten Arztbesuch zu bewerten. Diese Fragen wurden dem CHC-SUN entnommen.

## **7. Psychische Belastung, Lebensqualität und allgemeiner Gesundheitszustand des teilnehmenden Elternteils**

Um die psychische Belastung des teilnehmenden Elternteils zu ermitteln, wurde der PHQ-4 [20] verwendet. Eltern sollten außerdem ihren eigenen Gesundheitszustand sowie ihre eigene Lebensqualität in den letzten Wochen einschätzen.

## **8. Einschätzungen der Eltern zur Gesundheitsversorgung in den letzten 12 Monaten**

Eltern erhielten die folgenden zwei Fragen:

- 1) Was ist bei der Gesundheitsversorgung Ihres Kindes in den letzten 12 Monaten gut gelaufen?
- 2) Was hätte bei der Gesundheitsversorgung Ihres Kindes in den letzten 12 Monaten besser gemacht werden können? Was hat Ihnen gefehlt?

Beide Fragen sollten in jeweils einem Freitextfeld beantwortet werden.

Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte mit deskriptiven statistischen Methoden. Quantitative Daten wurden anhand von Mittel- und Medianwerten und Standardabweichungen sowie Interquartilsabständen, beziehungsweise mit absoluten und relativen Häufigkeiten dargestellt. Unterschiede zwischen chronisch kranken und gesunden Kindern und Jugendlichen wurden mittels Chi<sup>2</sup>-Tests (oder dem exakten Test nach Fisher bei erwarteten Häufigkeiten <5) bei nominal oder ordinal skalierten Variablen und mittels T-Test für unabhängige Stichproben bei metrischen Skalen explorativ auf statistische Signifikanz geprüft. Ein statistisch signifikanter Unterschied wurde bei einem p-Wert <0,05 angenommen.

Um Zusammenhänge von elterlichen Faktoren und der Zufriedenheit mit dem letzten Arztbesuch zu prüfen, wurde eine multiple lineare Regression durchgeführt. Als abhängige Variable diente das Ergebnis des ZUF-8 (Zufriedenheit mit dem letztem Arztbesuch). Die Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm IBM SPSS Statistics 22.

Die beiden Freitextfelder mit Angaben zur Gesundheitsversorgung der Kinder in den letzten 12 Monaten wurden von 2 Wissenschaftlerinnen kategorisiert, abgeglichen und quantifiziert.

### 3. ERGEBNISSE

#### 3.1 RÜCKLAUF

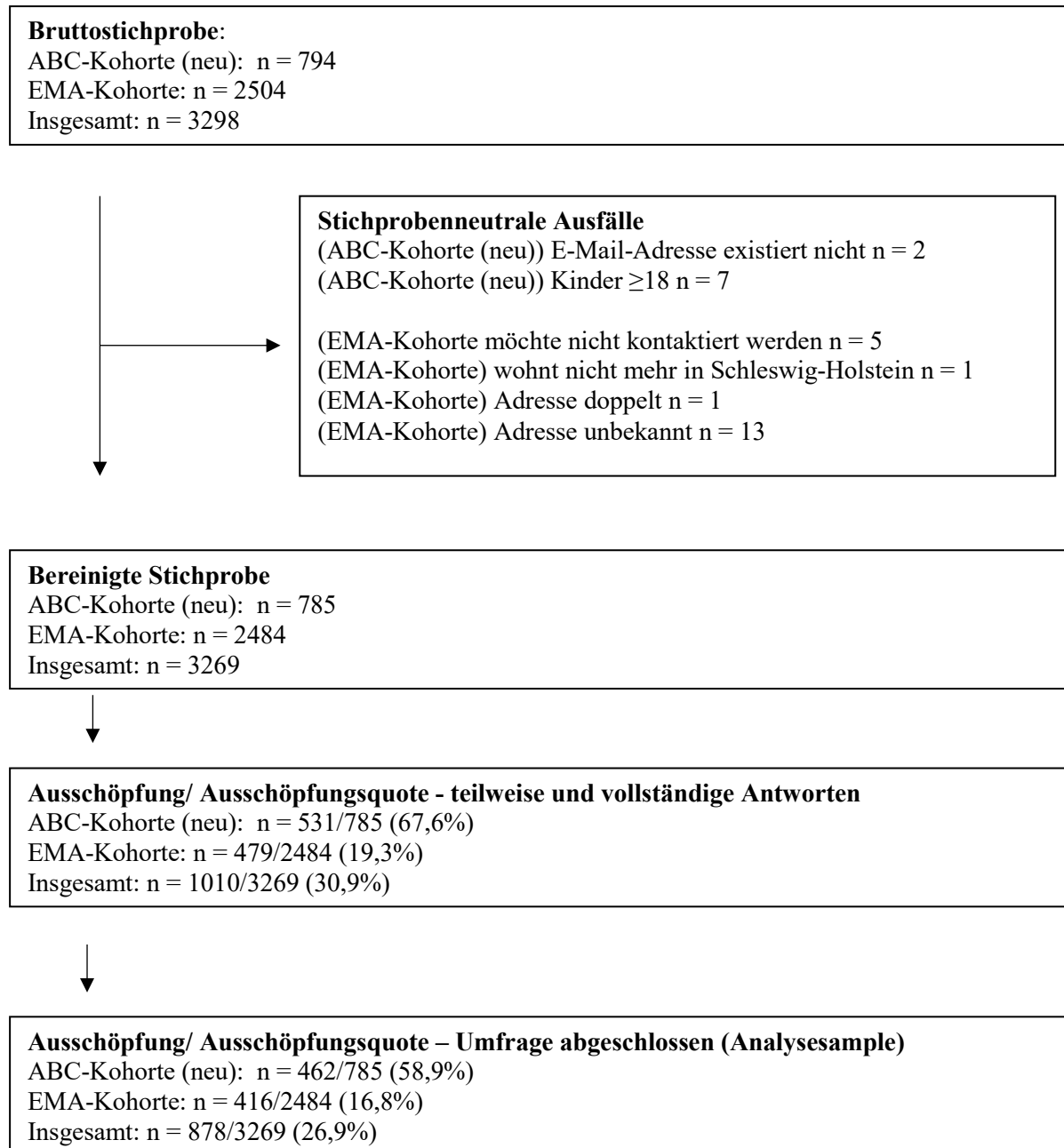


Abbildung 1: Rücklauf

Von 3269 Personen, die entweder per E-Mail (ABC-Kohorte (neu)) oder mit einem postalischen Anschreiben (EMA-Kohorte) kontaktiert wurden, begannen 1010 (30,9 %) Personen den Online-Fragebogen auszufüllen. 878 von 3269 (26,9 %) kontaktierten Personen beantworteten die Umfrage vollständig. In der ABC-Kohorte (neu) nahmen 462 von 785 (58,9 %) Personen vollständig an der

Umfrage teil. Bei der EMA-Kohorte waren es 416 von 2484 (16,8 %) (Vgl. Abbildung 1). In die Ergebnisanalyse wurden nur die Antworten derjenigen einbezogen, die den Fragebogen komplett ausgefüllt hatten (878 Personen).

### **3.2 SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN**

Im Mittel waren die teilnehmenden Personen 43,0 (SD: 7,5) Jahre alt und zu 76,5 % weiblich. Hier zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der ABC (neu) - und EMA-Kohorte. Teilnehmende der EMA-Kohorte waren statistisch signifikant jünger als Teilnehmende der ABC-Kohorte (neu) (42,1 (SD: 7,8) vs. 43,9 (SD: 7,1) Jahre;  $p = 0,001$ ). 85,0 % aller Teilnehmenden waren verheiratet oder in einer Partnerschaft lebend. Im Hinblick auf den aktuellen Familienstand zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen den beiden Kohorten. In der ABC-Kohorte (neu) waren mehr Personen verheiratet und weniger Personen ledig oder geschieden als in der EMA-Kohorte (88,5 % vs. 81,0 %, 4,5 % vs. 10,1 %, 6,5 % vs. 8,4 %;  $p = 0,005$ ). 59,7 % aller Teilnehmenden verfügten über einen hohen und 39,2 % über einen mittleren oder niedrigen Bildungsabschluss. In der ABC-Kohorte (neu) berichteten 66,7 % einen hohen Bildungsabschluss zu haben. In der EMA-Kohorte waren es hingegen 53,2 %. Hinsichtlich des Bildungsabschlusses zeigte sich damit ein statistisch signifikanter Unterschied ( $p < 0,001$ ) zwischen diesen beiden Gruppen. 9,9 % von allen Teilnehmenden berichteten, dass sie selbst und/oder ihre Partnerin oder ihr Partner in einem anderen Land als in Deutschland geboren wurden. In der EMA-Kohorte gaben 14,1 % einen Migrationshintergrund an und 6,0 % in der ABC-Kohorte (neu). 13,1 % waren alleinerziehend. In der EMA-Kohorte gaben statistisch signifikant mehr Personen an, alleinerziehend zu sein im Vergleich zur ABC-Kohorte (neu) (16,1 % vs. 10,4 %;  $p = 0,012$ ).

Wenn Eltern mehr als ein Kind hatten, wurden die Eltern gebeten, Aussagen über dasjenige Kind mit dem subjektiv eingeschätzten höchsten Versorgungsbedarf, beziehungsweise den häufigsten Arztbesuchen zu machen. Insgesamt wurden Angaben über 878 Kinder in diese Analyse einbezogen. Teilnehmende Personen lebten im Durchschnitt mit 1,8 (SD: 0,8) Kindern im Haushalt. Die Kinder waren im Mittel 9,1 (SD: 5,1) Jahre alt. Dabei waren die chronisch kranken Kinder statistisch signifikant älter als die gesunden Kinder (10,0 (SD: 4,7) vs. 8,4 (SD: 5,2) Jahre;  $p < 0,001$ ). 47,3 % der Kinder waren weiblich, 52,3 % männlich und 0,5 % divers (Vgl. Tabelle 4, Tabelle 5 und Tabelle 6, Anhang).

### 3.3 WOHLBEFINDEN UND GESUNDHEITZUSTAND DER KINDER UND JUGENDLICHEN

Das subjektive Wohlbefinden wurde mit dem KIDSCREEN-10 Index gemessen. Das Wohlbefinden war bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen statistisch signifikant niedriger als bei gesunden Kindern und Jugendlichen (46,2 (SD: 10,1) vs. 53,0 (SD: 8,9);  $p < 0,001$ ). Insgesamt lag der Wert für das subjektive Wohlbefinden bei allen Kindern und Jugendlichen im Mittel bei 50,0 (SD: 10,0). Ein guter bis sehr guter Gesundheitszustand wurde für 88,9 % der Kinder und Jugendlichen angegeben, wobei für chronisch kranke Kinder und Jugendliche ein statistisch signifikant schlechterer allgemeiner Gesundheitszustand berichtet wurde im Vergleich zur Gruppe der gesunden Kinder und Jugendlichen ( $p < 0,001$ ). Einen guten bis sehr guten Gesundheitszustand gaben 78,4 % der Eltern mit chronisch kranken Kindern und 95,6 % der Eltern mit gesunden Kindern an (Vgl. Tabelle 6, Anhang).

### 3.4 VERSORGUNGSBEDARF DER KINDER UND JUGENDLICHEN

#### 3.4.1 ANTEIL DER KINDER UND JUGENDLICHEN MIT ERHÖHTEM VERSORGUNGSBEDARF

Tabelle 1: Anteil chronisch kranker Kinder

Variable	Alle N = 878	ABC (neu) N = 462	EMA N = 416	p-Wert (Vergleich ABC- und EMA- Kohorte)
CSHCN-Screener positiv	254 (28,9%)	149 (32,3%)	105 (25,2%)	0,025
KH-Liste positiv	175 (19,9%)	103 (22,3%)	72 (17,3%)	0,075
CSHCN, KH-Liste, Freitext positiv (chronisch krank)	342 (39,0%)	202 (43,7%)	140 (33,7%)	0,002

Es werden absolute und relative Häufigkeiten berichtet; ABC = Teilnehmende der ABC-Kohorte (neu), die aus der ABCDEF-COOP-Studie (alt) aus dem letzten Jahr rekrutiert wurden; EMA = EMA-Kohorte, die über die Einwohnermeldeämter gezogen wurde; chronisch krank = CSHCN-Screener und/oder Krankheitsliste positiv und/oder entsprechende Freitextangabe; N = Anzahl der Teilnehmenden, die die Frage beantwortet haben; p-Wert wurde anhand des Chi2-Tests (bzw. exaktem Test nach Fisher bei erwarteten Häufigkeiten  $< 5$ ) berechnet.

Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit erhöhtem Versorgungsbedarf lag bei 39,0 %. Als chronisch krank wurden Kinder und Jugendliche definiert, wenn der CSHCN-Screener und/oder die Krankheitsliste positiv waren oder in der Freitextangabe eine chronische Erkrankung genannt wurde. Hier zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der ABC (neu)- und der EMA-Kohorte. Es waren statistisch signifikant mehr chronisch kranke Kinder in der ABC-Kohorte (neu) vertreten im Vergleich zur EMA-Kohorte (43,7 % vs. 33,7 %;  $p = 0,002$ ) (Vgl. Tabelle 1)

Die Krankheitsliste beinhaltete 17 Krankheiten. Hier sollte angegeben werden, welche Krankheiten beim Kind vorliegen und in den letzten 12 Monaten behandelt wurden (Vgl. Tabelle 7, Anhang). Mit 5,6 % wurde der Heuschnupfen am häufigsten angegeben. Am seltensten wurden Krampfanfälle mit 0,1 % genannt.

#### 3.4.2 *HAUSÄRZTLICHE/KINDERÄRZTLICHE, FACHÄRZTLICHE, NOTFALLMEDIZINISCHE VERSORGUNG UND KONSULTATIONSGRÜNDE*

Anhand des CHC-SUN wurde der Versorgungsbedarf von Kindern im Hinblick auf die hausärztliche/kinderärztliche, fachärztliche und notfallmedizinische Versorgung ermittelt. Die durchschnittliche Häufigkeit für ambulante pädiatrische Konsultationen im letzten Jahr lag bei 3,7 (SD: 3,8). Dabei waren chronisch kranke Kinder und Jugendliche statistisch signifikant häufiger bei Kinderärztinnen und Kinderärzten oder Hausärztinnen und Hausärzten als gesunde Kinder und Jugendliche (4,5 (SD: 4,9) vs. 3,2 (SD: 2,7);  $p < 0,001$ ). In der Gruppe der chronisch kranken Kinder und Jugendlichen betrug die Anzahl der fachärztlichen Konsultationen im Durchschnitt 5,6 (SD: 6,8). Für die Gruppe der gesunden Kinder und Jugendlichen wurden diese Daten nicht erhoben. Bei der Inanspruchnahme der Notfallbehandlungen zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen chronisch kranken und gesunden Kindern und Jugendlichen (Vgl. Tabelle 8 und Tabelle 9, Anhang).

29,2 % der Eltern konsultierten Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowohl für Vorsorgeuntersuchungen, als auch zur Diagnostik, Behandlung oder Kontrolle. 25,1 % nahmen kinder-/jugendärztliche Hilfe nur zur Diagnostik, Behandlung oder Kontrolle in Anspruch und 16,7 % gaben an, Kinder- oder Jugendärztinnen und Jugendärzte nur zur Vorsorge zu konsultieren. Es zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen chronisch kranken und gesunden Kindern hinsichtlich der Konsultationsgründe von Kinder- oder Jugendärztinnen und Jugendärzten. Während Eltern chronisch kranker Kinder statistisch signifikant häufiger angaben, Kinder- oder Jugendärztinnen und Jugendärzte zur Diagnosestellung, Behandlung oder Kontrolle zu konsultierten (30,1 % vs. 21,8 %;  $p = 0,007$ ), berichteten Eltern gesunder Kinder statistisch signifikant häufiger, die kinder- oder

jugendärztliche Hilfe im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch zu nehmen (20,3 % vs. 11,1 %;  $p < 0,001$ ).

42,5 % gaben keine zahnärztlichen Konsultationen in den letzten 12 Monaten an. 40,1 % äußerten, lediglich die zahnärztliche Vorsorge genutzt zu haben. Ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen chronisch kranken und gesunden Kindern und Jugendlichen wurde nicht beobachtet.

Statistisch signifikante Unterschiede zwischen chronisch kranken und gesunden Kindern und Jugendlichen zeigten sich jedoch bei der Konsultation von Augenärztinnen und Augenärzten sowie anderen Facharzttrichtungen. Eltern von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen berichteten statistisch signifikant häufiger Augenärztinnen und Augenärzte (27,8 % vs. 19,0 %;  $p = 0,003$ ) oder Ärztinnen und Ärzte anderer Facharzttrichtungen zur Diagnostik, Behandlung oder Kontrolle (49,1 % vs. 23,1 %;  $p < 0,001$ ) zu konsultieren (Vgl. Tabelle 10 und Tabelle 11, Anhang).

### 3.4.3 *NICHT-ÄRZTLICHE ODER ÄRZTLICHE LEISTUNGSBEDARFE*

Um den Versorgungsbedarf für nicht-ärztliche oder ärztliche Leistungen zu ermitteln, gaben die Teilnehmenden aus einer an den CHC-SUN angelehnten Liste mit 18 Leistungen an, für welche der Leistungen ein Bedarf vorhanden war und ob dieser vollständig, teilweise oder nicht gedeckt wurde (Vgl. Tabelle 12, Anhang). Der Anteil der versorgungsbedürftigen Kinder für nicht-ärztliche oder ärztliche Leistungsbedarfe lag bei 56,8 %. Diese Versorgungsbedarfe waren bei chronisch kranken Kindern statistisch signifikant häufiger als bei gesunden Kindern (82,5 % vs. 40,5 %;  $p < 0,001$ ). Eltern chronisch kranker Kinder gaben außerdem statistisch signifikant öfter an, dass Versorgungsbedarfe teilweise ungedeckt (51,8 % vs. 20,9 %;  $p < 0,001$ ) oder komplett ungedeckt (18,1 % vs. 5,6 %;  $p < 0,001$ ) blieben (Vgl. Tabelle 8 und Tabelle 9, Anhang).

Am häufigsten wurde der Bedarf nach Diagnoseverfahren wie Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen etc. mit 24,9 % genannt. Dieser Bedarf wurde in 69,9 % der Fälle gedeckt. 16,7 % der Eltern gaben Bedarfe hinsichtlich psychologischer Beratung/Psychotherapie an. Dieser wurde zu 57,9 % nicht oder nur teilweise gedeckt. Für circa jedes zehnte Kind wurde ein Bedarf an Krankengymnastik, Ergotherapie oder Logopädie angegeben. Diese Bedarfe wurden etwa zur Hälfte vollständig gedeckt (Vgl. Tabelle 12, Anhang).

### 3.4.4 ZUFRIEDENHEIT UND SCHWIERIGKEITEN MEDIZINISCHE VERSORGUNG ZU ERHALTEN

Die Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung und die Schwierigkeit diese zu erhalten, wurde mittels Fragen des CHC-SUN ermittelt.

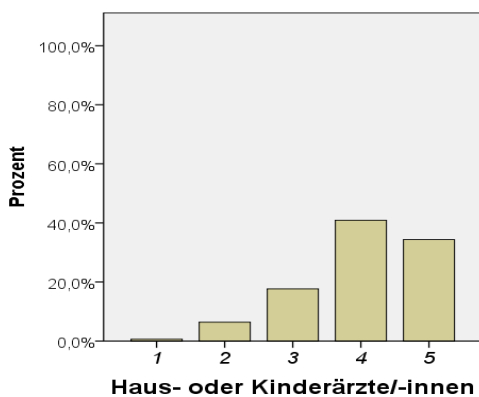
Bei Eltern, die angaben, die entsprechende Leistung genutzt zu haben, lag der Anteil derer, für die es schwierig bis extrem schwierig war, medizinische Versorgung zu erhalten, bei 8,8 % (69 von 780 Eltern) für kinderärztliche Hilfe, bei 36,0 % (62 von 172 Eltern) für fachärztliche Hilfe und bei 14,6 % (29 von 199 Eltern) für notfallmedizinische Hilfe. Eltern von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen gaben statistisch signifikant häufiger an, dass es für sie schwierig bis extrem schwierig war, kinderärztliche Hilfe zu erhalten, als Eltern von gesunden Kindern und Jugendlichen (12,3 % vs. 6,4 %). Es zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen bezüglich der Schwierigkeit, eine Notfallbehandlung zu erhalten ( $p = 0,037$ ). Angaben zur fachärztlichen Hilfe wurden nur von Eltern chronisch kranker Kinder und Jugendlicher erbeten. Hier war kein Vergleich zwischen chronisch kranken und gesunden Kindern und Jugendlichen möglich.

587 von 780 Eltern (75,3 %) gaben an, sehr oder äußerst zufrieden mit der kinderärztlichen Behandlung zu sein. Mit der Notfallbehandlung waren 108 von 199 (54,3 %) Eltern sehr oder äußerst zufrieden und 91 von 172 (52,9 %) mit der fachärztlichen Hilfe. Eltern von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen waren statistisch signifikant seltener sehr oder äußerst zufrieden mit der kinderärztlichen Hilfe als Eltern von gesunden Kindern und Jugendlichen (67,7 % vs. 80,4 %,  $p < 0,001$ ). Es zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen bezüglich der Zufriedenheit mit Notfallbehandlungen. Angaben zur fachärztlichen Hilfe wurden nur von Eltern chronisch kranker Kinder erbeten. Hier war kein Vergleich zwischen chronisch kranken und gesunden Kindern und Jugendlichen möglich.

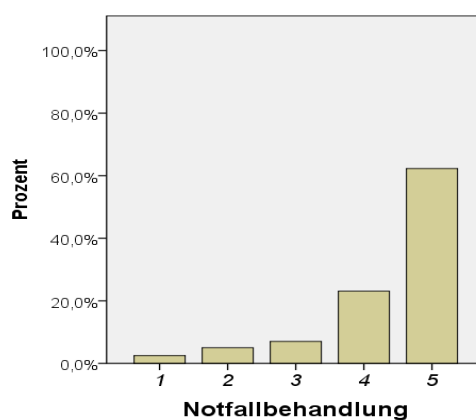
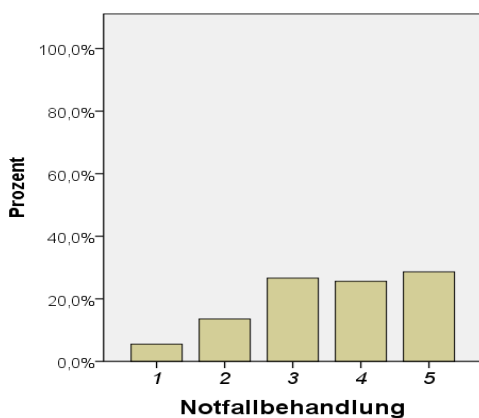
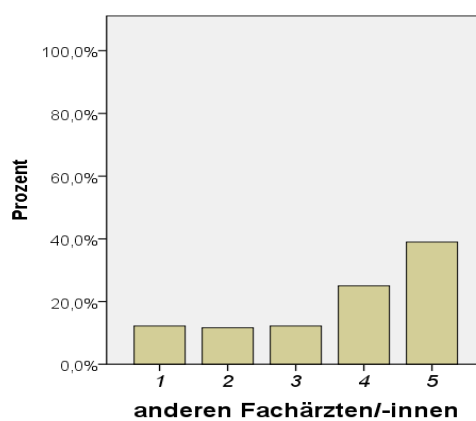
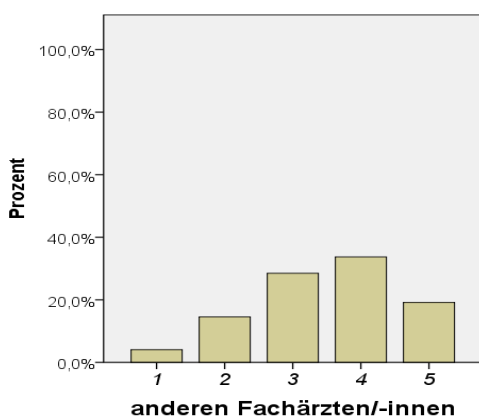
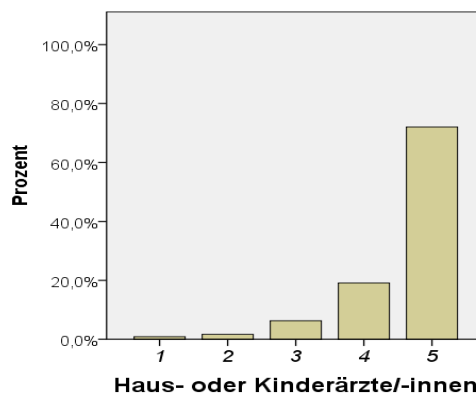
Abbildung 2 zeigt die allgemeinen Zufriedenheitswerte für die haus- oder kinderärztliche, fachärztliche und notfallmedizinische Hilfe sowie den Schwierigkeitsgrad für den Erhalt der jeweiligen ärztlichen Hilfe.



### Zufriedenheit mit...



### Schwierigkeitsgrad Hilfe zu bekommen bei...



- 1 – nicht zufrieden
- 2 – teilweise zufrieden
- 3 – zufrieden
- 4 – sehr zufrieden
- 5 – äußerst zufrieden

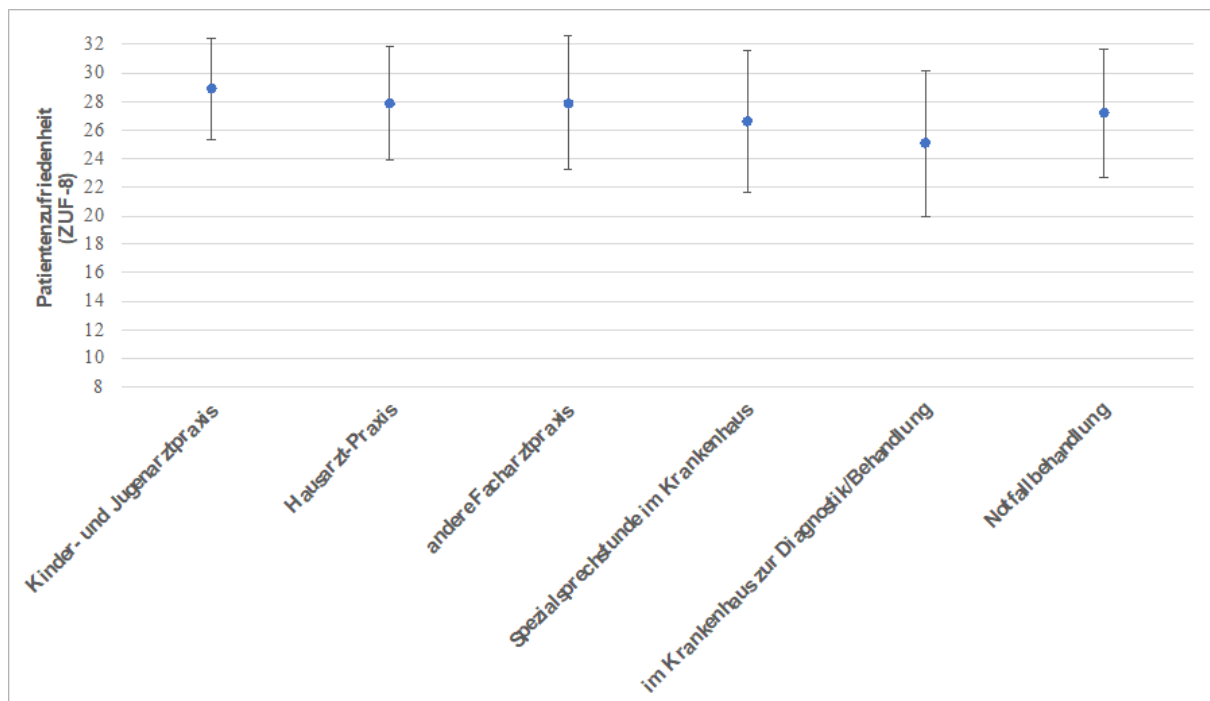
- 1 – extrem schwierig
- 2 – sehr schwierig
- 3 – schwierig
- 4 – etwas schwierig
- 5 – gar nicht schwierig

Abbildung 2: Zufriedenheit mit ärztlicher Hilfe und Schwierigkeit diese zu erhalten

### 3.5 ZUFRIEDENHEIT MIT DEM LETZTEN ARZTBESUCH

#### 3.5.1 GLOBALE PATIENTENZUFRIEDENHEIT

Die Zufriedenheit der Eltern mit dem letzten Arztbesuch ihres Kindes wurde mit dem ZUF-8 ermittelt. 820 Personen berichteten in den letzten 12 Monaten mit ihrem Kind bei einer Ärztin oder einem Arzt gewesen zu sein. Von diesen 820 Personen waren 52,4 % zuletzt in Kinder- und Jugendarztpraxen, 24,5 % in anderen Facharztpraxen, 14,3 % in Hausarztpraxen, 4,1 % bei Notfallbehandlungen, 3,3 % im Krankenhaus zur Diagnostik/Behandlung und 1,3 % bei Spezialsprechstunden im Krankenhaus. Im Mittel betrug die globale Patientenzufriedenheit 28,3 (SD: 4,1) von maximal 32 Punkten, wobei höhere Werte eine größere Zufriedenheit darstellten. Dabei zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Eltern chronisch kranker und gesunder Kinder. Eltern von gesunden Kindern und Jugendlichen erzielten statistisch signifikant höhere Werte beim ZUF-8 als Eltern chronisch kranker Kinder (28,9 (SD: 3,6) vs. 27,3 (SD: 4,7);  $p < 0,001$ ) (Vgl. Tabelle 8, Anhang). Bei insgesamt hohen Zufriedenheitswerten waren die Werte für Diagnostik/Behandlung im Krankenhaus (25,1 (SD: 5,1)) und Spezialsprechstunden im Krankenhaus (26,6 (SD: 5,0)) deutlich niedriger als z.B. für Kinder- und Jugendarztpraxen. Ein Vergleich der Zufriedenheit in Abhängigkeit von dem Ort der letzten ärztlichen Konsultation ist in Abbildung 3 dargestellt.



ZUF-8 = Patientenzufriedenheit (8 = nicht zufrieden, 32 = sehr zufrieden); Es werden Mittelwerte und Standardabweichungen dargestellt

Abbildung 3: Mit ZUF-8 gemessene Patientenzufriedenheit mit der letzten ärztlichen Konsultation in Abhängigkeit von dem Ort der letzten ärztlichen Konsultation

### 3.5.2 EINZELNE ASPEKTE DER ZUFRIEDENHEIT MIT DER LETZTEN ÄRZTLICHEN KONSULTATION

Neben Antworten zur allgemeinen Zufriedenheit mit dem letzten Arztbesuch, machten Eltern Angaben zur Zufriedenheit mit speziellen Aspekten, die an Fragen aus dem CHC-SUN angelehnt waren (verständliches Erklären der Ärztinnen und Ärzte, Zeit der Ärztinnen und Ärzte, Informationen über Erkrankung/en, etc.). Demnach waren Eltern am zufriedensten mit der Fähigkeit der Ärztinnen und Ärzte, verständlich zu erklären. 73,4 % gaben an, äußerst oder sehr zufrieden mit dem Erklären der Ärztinnen und Ärzte zu sein. Am wenigsten zufrieden waren Eltern nach eigenen Angaben mit der Wartezeit auf einen Termin und der Wartezeit in Praxen oder Krankenhäusern allgemein. Rund die Hälfte der Befragten (48,0 %) waren äußerst oder sehr zufrieden mit der Wartezeit in Praxen oder Krankenhäusern und 52,6 % mit der Wartezeit auf einen Termin. (Vgl. Abbildung 4).

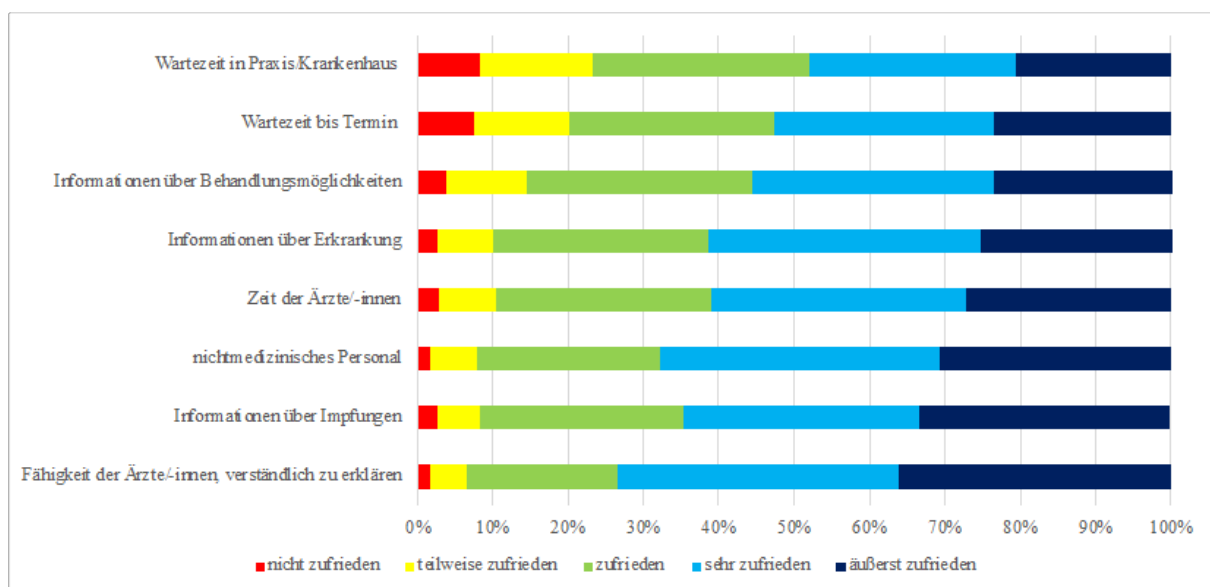


Abbildung 4: Darstellung einzelner Aspekte der Zufriedenheit mit der letzten ärztlichen Konsultation

### 3.5.3 ZUSAMMENHANG VON ELTERLICHEN FAKTOREN UND ZUFRIEDENHEIT MIT DER LETZTEN ÄRZTLICHEN KONSULTATION

Tabelle 2: Prädiktoren für von Eltern bewertete Patientenzufriedenheit mit der letzten ärztlichen Konsultation, gemessen mit dem ZUF-8 (multiple lineare Regression)

Prädiktor	Einfluss auf ZUF-8		
	Schätzer (b)	95%-KI	p-Wert
Konstante	22,319	18,863 – 25,803	<0,001
Wohlbefinden gemessen mit dem Kidscreen-10 Index*	0,118	0,087 – 0,150	<0,001
ungedeckter Bedarf vorhanden; **ja vs. nein	-1,843	-2,440 – -1,246	<0,001
Kind war in den letzten 12 Monaten beim/bei der Kinder- Jugendarzt/-ärztin; ja vs. nein	0,432	-0,213 – 1,077	0,189
Kinderarzt/-ärztin, der/die sich regelmäßig um die gesundheitlichen Probleme des Kindes kümmert; ja vs. nein	1,069	-0,727 – 2,865	0,243
Gesundheitszustand des Kindes; ***negativ vs. positiv	-0,996	-1,891 – -0,100	0,029
Alter des Elternteils	0,056	0,004 – 0,107	0,033
Alter des Kindes	-0,063	-0,141 – 0,015	0,115
chronisch krank; ja vs. nein	-0,083	-0,652 – 0,487	0,776
Geschlecht des Elternteils; männlich vs. weiblich	0,234	-0,395 – 0,864	0,465
R <sup>2</sup> /R <sup>2</sup> adjustiert	0,209/0,201		

*b = nicht standardisierter Regressionskoeffizient B; KI = Konfidenzintervall; \*Kidscreen-10 Index für alle Kinder, auch unter 8 Jahren; \*\*ungedeckter Bedarf ja = Bedarf nur teilweise gedeckt oder nicht erhalten, ungedeckter Bedarf nein: Bedarf vollständig erhalten oder kein Bedarf vorhanden \*\*\*negativ vs. positiv: negativ = Antwort sehr schlecht, schlecht, mittelmäßig, positiv = Antwort sehr gut, gut*

Mittels einer multiplen linearen Regression wurde untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen verschiedenen elterlichen Faktoren und der Patientenzufriedenheit mit dem letzten Arztbesuch (gemessen mit dem ZUF-8) besteht.

Im Regressionsmodell beeinflusste das Wohlbefinden des Kindes, gemessen mit dem Kidscreen-10 Index, die von den Eltern bewertete Patientenzufriedenheit statistisch signifikant positiv. Je höher das mit dem Kidscreen-10 Index gemessene Wohlbefinden des Kindes war, desto höher war auch die Zufriedenheit der Eltern mit dem letzten Arztbesuch. Auch das Vorhandensein eines ungedeckten Bedarfs beeinflusste die Patientenzufriedenheit statistisch signifikant. War ein ungedeckter Bedarf vorhanden, war die Zufriedenheit mit dem letzten Arztbesuch geringer. Der Gesundheitszustand beeinflusste die Zufriedenheit mit dem letzten Arztbesuch ebenfalls statistisch signifikant. Eltern, die für ihr Kind einen sehr schlechten, schlechten oder mittelmäßigen Gesundheitszustand angaben, waren statistisch signifikant unzufriedener mit dem letzten Arztbesuch als Eltern die einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand für ihr Kind berichteten. Auch das Alter der Eltern hatte einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit der Eltern mit dem letzten Arztbesuch. Je älter die Personen waren, desto größer war die Zufriedenheit.

Diese und weitere Ergebnisse sind in Tabelle 2 dargestellt.

### **3.6 PSYCHISCHE BELASTUNG, LEBENSQUALITÄT UND ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTAND DES TEILNEHMENDEN ELTERNTEILS**

58,0 % der teilnehmenden Eltern zeigten nach eigenen Angaben keine psychische Belastung, während 11,0 % mäßige oder schwere psychische Belastungen berichteten. 15,8 % der Eltern chronisch kranker Kinder und Jugendlicher gaben mäßige oder schwere psychische Belastungen an. Bei Eltern gesunder Kinder und Jugendlicher waren es 8,1 %, was einen statistisch signifikanten Unterschied darstellt ( $p < 0,001$ ). Auf der Subskala Depression sowie der Subskala Angst zeigten sich ebenfalls statistisch signifikante Unterschiede in den beiden Gruppen. 21,3 % der Eltern chronisch kranker Kinder zeigten Hinweise auf eine Depression. Bei den Eltern von gesunden Kindern waren es hingegen nur 11,6 % ( $p < 0,001$ ). 18,1 % der Eltern chronisch kranker Kinder zeigten außerdem Hinweise auf Angststörungen. Bei Eltern gesunder Kinder waren es 8,0 % ( $p < 0,001$ ). Auch die Skalen für Lebensqualität und den Gesundheitszustand waren bei Eltern chronisch kranker Kinder statistisch signifikant niedriger (Vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Lebensqualität und allgemeiner Gesundheitszustand der Eltern, gemessen mit PHQ-4

<b>Variable</b>	<b>Ausprägung</b>	<b>alle Eltern N=878</b>	<b>Eltern von gesunden Kindern N=536</b>	<b>Eltern von chronisch kranken Kindern N=342</b>	<b>p-Wert (Vergleich chronisch kranke und gesunde Kinder)</b>
<i>PHQ-4 psychische Belastung (0-12)</i>	keine (0-2)	509 (58,0%)	331 (61,8%)	178 (52,0%)	0,001
	leichte (3-5)	272 (31,0%)	162 (30,2%)	110 (32,2%)	
	mäßige (6-8)	68 (7,7%)	32 (6,0%)	36 (10,5%)	
	schwere (9-12)	29 (3,3%)	11 (2,1%)	18 (5,3%)	
PHQ-2 Subskala Depression	kein Hinweis (<3)	743 (84,6%)	474 (88,4%)	269 (78,7%)	<0,001
	Hinweis (≥3)	135 (15,4%)	62 (11,6%)	73 (21,3%)	
GDA-2 Subskala Angst	kein Hinweis (<3)	773 (88,0%)	493 (92,0%)	280 (81,9%)	<0,001
	Hinweis (≥3)	105 (12,0%)	43 (8,0%)	62 (18,1%)	
Lebensqualität (0-100)	MW (SD)	69,2 (23,3)	71,6 (22,6)	65,6 (24,0)	<0,001
Allgemeiner Gesundheitszustand (0-100)	MW (SD)	67,4 (23,7)	70,7 (22,6)	62,2 (24,6)	<0,001

*PHQ-4 = Fragebogen zur psychischen Belastung; PHQ-2 = Subskala Depression des PHQ-4; GDA-2 = Subskala Angst des PHQ-4; Es werden absolute und relative Häufigkeiten berichtet; p-Wert wurde anhand des Chi2-Tests (bzw. exaktem Test nach Fisher bei erwarteten Häufigkeiten <5) oder mit dem T-Test für unabhängige Stichproben berechnet.*

### **3.7 QUALITATIVE ZUSAMMENFASSUNG DES FREITEXTFELDES ZU DEN POSITIVEN ASPEKTEN DER VERSORGUNG**

Diese Frage beantworteten 541 von 878 Personen (61,7 %) in einem Freitextfeld. Am häufigsten wurde das Terminmanagement gelobt. 130 Teilnehmende sprachen diesen Punkt an. Hier wurden vor allem die Kinderärztinnen und Kinderärzte von 26 Personen hervorgehoben. 11 Personen waren zufrieden mit dem Terminmanagement bei Fachärztinnen und Fachärzten. 121 machten kurze positive Aussagen wie zum Beispiel „alles in Ordnung“ oder „alles gut gelaufen“. 119 Personen äußerten sich positiv über eine bedarfsgerechte Versorgung und Behandlung. 83 waren zufrieden mit dem medizinischen Personal, beziehungsweise den Ärztinnen und Ärzten. Hierbei wurden unter anderem die Kompetenz des Personals und der Ärztinnen und Ärzte, aber auch die einfühlsame Behandlung/Zuwendung hervorgehoben. Für 60 Teilnehmende wurde die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung, beziehungsweise die Erreichbarkeit der medizinischen Einrichtungen gut umgesetzt. 46 Personen äußerten sich positiv über Impfungen. 11 Teilnehmende bezogen sich dabei auf die Covid-19-Impfung. Gelobt wurde unter anderem die gute Aufklärung zur Impfung oder die schnelle Verfügbarkeit von Impfterminen. Neben einer guten Aufklärung und Beratung, die von 27 Personen berichtet wurde, lobten 23 Eltern ebenfalls die zahnärztliche Behandlung und Prophylaxe und 16 die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen. 14 Personen äußerten sich positiv über das Praxismanagement allgemein, aber auch in Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie („Geringere Wartezeiten als vor Corona“, „Pro Patient ein Warteraum...“, „Die Organisation in vielen Praxen ist besser geworden...“, „Die Organisation in der Kinderarztpraxis läuft super“). Eine angemessene Versorgung mit Medikamenten lobten 6 Teilnehmende. 23 Personen gaben an, dass es keine Behandlungsnotwendigkeit bei ihrem Kind gab.

### **3.8 QUALITATIVE ZUSAMMENFASSUNG DES FREITEXTFELDES ZU DEN NEGATIVEN ASPEKTEN DER VERSORGUNG**

Angaben zu Defiziten und Verbesserungsvorschläge machten 481 von 878 Personen (54,8 %). 183 Teilnehmende machten keine Vorschläge, sondern antworteten beispielsweise kurz „nichts“ oder „es war alles in Ordnung“. Häufigste Kritikpunkte waren die langen Wartezeiten in der Praxis oder bis zum nächsten Termin, beziehungsweise die Erreichbarkeit der Praxen. 120 Personen zeigten sich unzufrieden bei diesen Punkten. 32 Teilnehmende bezogen sich dabei auf fachärztliche und 17 Teilnehmende auf die kinderärztliche Praxis. 63 Personen waren unzufrieden mit der Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte oder des medizinischen Personals. Dabei gaben die Teilnehmenden unter anderem an, gerne mehr ernst genommen zu werden und mehr Informationen von Ärztinnen und Ärzten zu erhalten. Einige bemängelten fehlende Freundlichkeit seitens des medizinischen Personals. 54 Personen zeigten sich

nicht zufrieden mit der Therapie, die ihr Kind erhalten hatte, beziehungsweise mit der Organisation in der Praxis („Logopädischer Therapie fehlte aufgrund mangelnder Flexibilität der Praxis die Kontinuität.“, „Facharzt hat den Ort gewechselt, keine Nachfolge geregelt, Behandlung wurde nicht fortgesetzt...“, „Wir haben leider keine Lösung für das Problem unserer Tochter bekommen...“). 41 Eltern berichteten von Problemen durch zu wenig oder gestresstes Personal und wünschten sich unter anderem mehr Zeit von Seiten der Ärztinnen und Ärzte. 29 Teilnehmende hätten sich mehr psychotherapeutische Angebote gewünscht. Ebenfalls 29 Personen bemängelten den Umgang mit den Covid-19-Maßnahmen. Hierbei wurden unter anderem die eingeschränkten Besuchs- oder Begleitungsregeln in Krankenhäusern oder Praxen und lange Wartezeiten auch bei Kälte und Regen vor der Praxis genannt. 18 Teilnehmende äußerten sich negativ zu Impfungen. Diese bezogen sich größtenteils auf die Covid-19 Impfung. Viele hätten sich ein früheres Covid-19-Impfangebot für Kinder gewünscht und wären für eine bessere Aufklärung mit Pro- und Contra-Argumenten bezüglich der Impfung dankbar gewesen. 8 Personen hätten sich mehr Bewegung in Form von Sportangeboten oder Physiotherapieangeboten gewünscht. 3 Personen äußerten den Wunsch nach einer konstanten Gesundheitsvorsorge in der Schule.



## 4. DISKUSSION

### 4.1. EINORDNUNG DER ERGEBNISSE

Das Ziel dieser Untersuchung war, ein besseres Bild von der Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein zu erlangen. Hierbei wurden Angaben zur Versorgung im Zeitraum von Sommer 2021 bis Sommer 2022 gemacht. Ermittelt wurde der Anteil der Kinder mit einem erhöhten Versorgungsbedarf sowie das subjektive Wohlbefinden und der Gesundheitszustand des Kindes über die Proxi-Angaben der Eltern. Eltern bewerteten ebenfalls den Versorgungsbedarf ihres Kindes in dem angegebenen Zeitraum. Sie machten Angaben, wie schwierig es war, die Versorgungsbedarfe ihres Kindes zu erfüllen und wie zufrieden sie mit der medizinischen Versorgung und dem letzten Arztbesuch waren. Es folgte eine Beurteilung der eigenen Lebensqualität durch die Eltern. Außerdem hatten Eltern die Möglichkeit anzugeben, was aus ihrer Sicht im letzten Jahr bei der Gesundheitsversorgung gut oder eher weniger gut funktionierte.

Insgesamt nahmen 878 von 3269 (26,9 %) kontaktierten Personen aus der EMA- und ABC-Kohorte (neu) vollständig an der Umfrage teil. Diese Personen füllten die Umfrage von Anfang bis Ende vollständig aus und sendeten ihre Antworten ab. In die Analyse wurden nur die vollständig beantworteten Fragebögen einbezogen. Insgesamt lag die Teilnahmequote sogar über dem erwarteten Rücklauf von 15,0 % [21,22]. Es zeigte sich jedoch eine deutlich höhere Teilnahmequote in der ABC-Kohorte (neu) mit 58,9 % als in der bevölkerungsrepräsentativen EMA-Kohorte mit 16,8 % vollständigen Teilnahmen. Dies könnte darauf zurückgeführt werden, dass Eltern der ABC-Kohorte (neu) bereits vorher an Umfragen teilnahmen und der Kontaktierung für weitere Umfragen zustimmten. Teilnehmende der ABC-Kohorte (neu) waren Eltern mit Kindern oder Jugendlichen, die bereits im Rahmen der ABCDEF-COOP-Studie (alt) kontaktiert wurden. Die Stichprobe der ABCDEF-COOP-Studie (alt) bestand aus Personen, die bereits im Rahmen der COPA- oder ELISA-Studie der Universität zu Lübeck teilgenommen hatten. Somit kann vermutet werden, dass in dieser Kohorte insgesamt ein größeres Interesse an dem Thema vorlag als in der bevölkerungsrepräsentativen EMA-Kohorte, die über die Einwohnermeldeämter gezogen wurde und bisher noch keine Verbindung zur Thematik hatte.

Im Rahmen der Umfrage wurde nach dem Schul- sowie Berufsabschluss der Teilnehmenden gefragt. Aus diesen beiden Angaben wurde der Bildungsabschluss nach dem Mikrozensus berechnet [23]. Es zeigten sich weitere Unterschiede in der Zusammensetzung der beiden Kohorten. Insgesamt gaben knapp 60% aller Teilnehmenden einen hohen Bildungsabschluss an, was darauf hindeutet, dass Personen mit mittlerem oder niedrigem Bildungsabschluss weniger erreicht wurden. Beachtet man, dass nach Ergebnissen des Mikrozensus im Jahr 2019 20,3 % der Bevölkerung in Schleswig-Holstein einen tertiären Bildungsabschluss (Meister-, Fachhochschul-, Universitätsabschluss oder Forschungsqualifikation (z.B. Promotion)) berichteten [24], ist der Anteil derjenigen mit einem

mittleren und niedrigem Bildungsabschluss in unserer Kohorte deutlich unterrepräsentiert. Eine geringere Teilnahme von Personen mit niedrigem Bildungsabschluss ist bereits aus anderen Umfragen bekannt [25,26]. Dabei gaben in der EMA-Kohorte mit 53,2 % statistisch signifikant weniger Personen einen hohen Bildungsabschluss an im Vergleich zur ABC-Kohorte (neu) mit 66,7 %. Die Ziehung einer bevölkerungsbezogenen Stichprobe scheint diesem Trend entgegenzuwirken, diesen aber nicht vollständig auszugleichen.

Die Eltern waren im Durchschnitt 43,0 (SD: 7,5) Jahre alt. 85,0 % aller Teilnehmenden waren nach eigenen Angaben verheiratet oder in einer Partnerschaft lebend, 13,1 % waren alleinerziehend und 9,9 % der Eltern berichteten, in einem anderen Land als in Deutschland geboren worden zu sein. Es waren mehr Teilnehmende unserer Umfrage verheiratet oder in einer Partnerschaft lebend im Vergleich zu den Familien in Schleswig-Holstein nach dem Mikrozensus 2019, bei dem 77,1 % als verheiratet oder in einer Partnerschaft lebend angegeben wurden. Im Vergleich zum Mikrozensus 2019 waren außerdem weniger Personen alleinerziehend [27]. Ein Vergleich der Frage „Sind Sie und/oder Ihr/e Partner/in in Deutschland geboren?“ ist schwierig, da die Frage den Begriff „Migrationshintergrund“ nicht vollständig abbildet und nicht direkt Rückschlüsse auf einen Ausländeranteil zulässt. Betrachtet man jedoch unter Vorbehalt die Angaben der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, entspricht der Anteil der Personen, die nicht in Deutschland geboren wurden, dem Anteil der ausländischen Bevölkerung in Schleswig-Holstein für das Jahr 2021 von 9,8 % [28].

Auch bei diesen Punkten zeigten sich Unterschiede zwischen der ABC (neu)- und EMA-Kohorte. Teilnehmende der EMA-Kohorte waren statistisch signifikant jünger als Teilnehmende der ABC-Kohorte (neu). In der ABC -Kohorte (neu) waren statistisch signifikant mehr Personen verheiratet und weniger Personen ledig oder geschieden als in der EMA-Kohorte. In der EMA-Kohorte gaben 14,1 % der Eltern an, außerhalb von Deutschland geboren worden zu sein und 6,0 % in der ABC-Kohorte (neu). In der EMA-Kohorte gaben statistisch signifikant mehr Personen an, alleinerziehend zu sein im Vergleich zur ABC-Kohorte (neu). Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die EMA-Kohorte in vielen Punkten repräsentativer für die Bevölkerung in Schleswig-Holstein ist.

Auf der Einschätzung der Eltern beruhend, bestand bei Kindern ein erhöhter Versorgungsbedarf, wenn der CSHCN-Screener und/oder die Krankheitsliste positiv waren bzw. zusätzlich die Freitextangabe berücksichtigt wurde. Diese Gruppe wurde auch als Gruppe der chronisch kranken Kinder und Jugendlichen definiert und betraf 39,0 % der Stichprobe Dies entspricht in etwa dem Anteil chronisch kranker Kinder und Jugendlicher der ABCDEF-COOP-Befragung (alt) im letzten Jahr mit 37,0 %. Im DAK-Kinder- und Jugendreport 2019 (Schleswig-Holstein) wurde eine geringere Prävalenz von 25,6 % für chronisch somatische Erkrankungen und eine Prävalenz von 7,7 % für chronisch psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen angegeben [29]. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die Definition für chronische Erkrankungen variieren und damit zu unterschiedlichen Ergebnissen führen können. Darüber hinaus ist es denkbar, dass Eltern mit chronisch kranken Kindern durch die eigene

Betroffenheit ein größeres Interesse an der Befragung hatten und darum zu einem größeren Anteil teilnahmen. Es ist außerdem möglich, dass die Anzahl chronisch kranker Kinder und Jugendlicher zum einen auf Grundlage unserer Definition und zum anderen dadurch überschätzt wurde, dass Eltern mit mehreren Kindern Angaben zu dem Kind mit dem meisten Versorgungsbedarf machen sollten. Andererseits kann die Teilnahme von Eltern mit überwiegend hohem Bildungsabschluss zu einer Unterschätzung führen. Ergebnisse früherer Studien deuten darauf hin, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit geringerem sozioökonomischen Status tendenziell häufiger psychische und gesundheitliche Probleme aufweisen [30–32].

Das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen wurde mit dem Kidscreen-10 Index bestimmt. Der erzielte Wert war bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen statistisch signifikant niedriger als bei gesunden Kindern und Jugendlichen (46,2 (SD: 10,1) vs. 53,0 (SD: 8,9);  $p < 0,001$ ). Diese Ergebnisse entsprechen in etwa den Ergebnissen der ABCDEF-COOP-Befragung (alt) aus dem letzten Jahr 2021 (46,4 (SD: 10,3) vs. 52,8 (SD: 8,8);  $p < 0,001$ ). 88,9 % der Eltern berichteten einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand für ihr Kind. Dies entspricht in etwa dem Wert der letzten ABCDEF-COOP Befragung (alt) mit 87,6 %. Diese Resultate deuten darauf hin, dass es keine deutlichen Veränderungen im letzten Jahr der Covid-19 Pandemie bezüglich des Wohlbefindens und des Gesundheitszustandes bei Kindern und Jugendlichen gab. Bei der KiGGS Welle 2 Befragung (2014-2017) vor Beginn der Pandemie gaben 95,7 % und damit ein größerer Anteil der Eltern einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand für ihr Kind an [33]. Dies könnte auf einen besseren Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen vor der Pandemie hindeuten. Hierbei muss jedoch bezüglich der Repräsentativität beachtet werden, dass es sich bei den Daten der KiGGS-Befragung Welle 2 um Daten von Kindern aus ganz Deutschland handelt.

93,1 % der Eltern gaben an, ihr Kind habe eine Kinderärztin oder einen Kinderarzt (Hausärztin oder Hausarzt), die/der sich regelmäßig um die gesundheitlichen Probleme ihres Kindes kümmere. Von diesen gaben 95,5 % an, mindestens einmal in den letzten 12 Monaten eine kinderärztliche (hausärztliche) Behandlung in Anspruch genommen zu haben. Diese Angaben sind vergleichbar mit den Ergebnissen der ABCDEF-COOP-Befragung (alt), bei der der Anteil der Kinder mit regelmäßigem Kontakt zu einer Kinderärztin oder einem Kinderarzt (Hausärztin oder Hausarzt) 94,0 % betrug. Die Anzahl kinderärztlicher (hausärztlicher) Konsultationen wurde mit durchschnittlich 3,7 (SD: 3,8) angegeben. Diese war damit zum einen etwas höher als bei der ABCDEF-COOP-Befragung (alt) aus dem letzten Jahr mit 3,3 Konsultationen und zum anderen vergleichbar mit den Daten aus der KiGGS-Befragung Welle 2 (2014-2017) vor der Pandemie, bei der die Fachärztinnen und Fachärzte für Pädiatrie durchschnittlich 3,7 mal in den letzten 12 Monaten kontaktiert wurden [34]. Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass die Anzahl der Konsultationen der kinderärztlichen (hausärztlichen) Praxis zu Beginn der Pandemie tendenziell abgenommen haben. Auch Kostev et al. berichteten von abnehmenden Patientenzahlen in pädiatrischen Praxen zwischen 2019 und 2020 [35]. Über die Zeit der Pandemie und

mit weniger Restriktionen im Alltag scheint sich die Häufigkeit kinderärztlicher (hausärztlicher) Konsultationen jedoch wieder zu normalisieren. Dabei waren chronisch kranke Kinder und Jugendliche statistisch signifikant häufiger bei Kinderärztinnen und Kinderärzten oder Hausärztinnen und Hausärzten als gesunde Kinder und Jugendliche (4,5 (SD: 4,9) vs. 3,2 (SD: 2,7);  $p < 0,001$ ). Wie zu erwarten ist, besteht hier bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen ein gesteigerter Versorgungsbedarf. Außerdem berichteten Eltern chronisch kranker Kinder und Jugendlicher statistisch signifikant häufiger Kinder- oder Jugendärztinnen und Jugendärzte zur Diagnosestellung, Behandlung oder Kontrolle zu konsultierten (30,1 % vs. 21,8 %;  $p = 0,007$ ), während Eltern gesunder Kinder deutlich häufiger Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nahmen (20,3 % vs. 11,1 %;  $p < 0,001$ ). Dies deutet darauf hin, dass ein gesteigerter Versorgungsbedarf bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen auch in Zusammenhang mit den vorliegenden gesundheitlichen Beschwerden in dieser Gruppe steht, die einer Behandlung bedürfen.

Über die Hälfte der teilnehmenden Eltern berichtete einen Bedarf an nicht-ärztlichen oder ärztlichen Leistungen, wie z. B. psychologischer Behandlung, Ergotherapie, Logopädie, etc. Dabei waren die Bedarfe bei chronisch kranken Kindern doppelt so hoch wie bei gesunden Kindern und Jugendlichen (82,5 % vs. 40,5 %;  $p < 0,001$ ) und statistisch signifikant häufiger teilweise ungedeckt (51,8 % vs. 20,9 %;  $p < 0,001$ ) oder komplett ungedeckt (18,1 % vs. 5,6 %;  $p < 0,001$ ). Diese Ergebnisse sind vergleichbar mit den Resultaten der ABCDEF-COOP-Befragung (alt) aus dem letzten Jahr. Dies deutet darauf hin, dass chronisch kranke Kinder und Jugendliche bei einem erhöhten Versorgungsbedarf, unabhängig vom Verlauf der Pandemie, mehr Schwierigkeiten haben, diesen zu decken als gesunde Kinder und Jugendliche. Am häufigsten wurde der Bedarf nach Diagnoseverfahren wie Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen etc. von einem Viertel der Teilnehmenden genannt, der in den meisten Fällen auch vollständig gedeckt wurde. Besonders häufig wurde der Bedarf an Selbsthilfegruppen und Rehamaßnahmen nicht gedeckt. Von 31 Personen, mit einem Bedarf an Rehamaßnahmen, wurde dieser bei nur 9 (29,0 %) Personen vollständig erfüllt. Bezüglich der Selbsthilfegruppen konnte nur bei 5 von 39 (12,8 %) Personen der Bedarf vollständig gedeckt werden. Ebenfalls hoch war der Bedarf an psychologischer Beratung oder Psychotherapie. Dieser wurde jedoch nur bei 62 von 147 Personen (42,2 %) vollständig gedeckt. Diese Daten entsprechen in etwa den Daten aus der ABCDEF-COOP Umfrage (alt). Laut einer Mitgliederbefragung der Deutschen Psychotherapeutischen Vereinigung (DPtV) sind die Patientenfragen im Jahr 2021 und 2022 im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie um 40,0% angestiegen [13,14]. Die Daten deuten drauf hin, dass die Nachfrage nach psychologischen Behandlungen im Rahmen der Pandemie zugenommen hat, aber über den Zeitraum der Pandemie von 2021 bis 2022 nicht gestiegen, sondern gleichgeblieben ist.

Für jedes zehnte Kind dieser Umfrage wurde ein Bedarf an Physiotherapie (100 von 878 (11,4 %) Personen), Ergotherapie (84 von 878 (9,6 %) Personen) oder Logopädie (82 von 878 (9,3 %) Personen) angegeben, der aber nur bei der Hälfte der Kinder und Jugendlichen vollständig gedeckt werden konnte.

56 von 100 (56,0 %) Personen konnten ihren Bedarf an Physiotherapie vollständig decken. Bei der Ergotherapie waren es 42 von 84 (50,0 %) und bei der Logopädie 45 von 82 (54,9 %) Personen. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit den Ergebnissen der ABCDEF-COOP-Befragung (alt) im letzten Jahr. Diesbezüglich waren keine deutlichen Änderungen über die Zeit erkennbar. Im Rahmen der KiGGS-Datenerhebung wurde jedoch gezeigt, dass die Inanspruchnahme aller drei Therapieformen seit Beginn der KiGGS-Basiserhebung über die Zeit deutlich zugenommen hat [36]. Im Vergleich zur KiGGS Welle 2 wurden Bedarfe für Krankengymnastik, Logopädie und Ergotherapie in dieser Umfrage häufiger angegeben (Physiotherapie: 11,4 % vs. 9,6 %; Ergotherapie: 9,6 % vs. 4,0 %; Logopädie: 9,3 % vs. 6,1 %).

Die meisten Eltern berichteten, dass es nicht schwierig war, im Untersuchungszeitraum von Sommer 2021 bis Sommer 2022 kinderärztliche oder notfallmedizinische Hilfe zu erhalten. Etwas schwieriger war jedoch der Erhalt fachärztlicher Hilfe nach Angaben der Eltern. Es zeigt sich, dass Eltern chronisch kranker Kinder und Jugendlicher statistisch signifikant häufiger Schwierigkeiten beim Erhalt kinderärztlicher Hilfe, bei gleichzeitig häufigeren Konsultationen, berichteten. Die Eltern zeigten sich größtenteils zufrieden mit der kinderärztlichen Hilfe. Etwas weniger zufrieden waren sie nach eigenen Angaben jedoch mit der Notfallbehandlung und der fachärztlichen Hilfe. Dabei zeigten Eltern von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen sich statistisch signifikant seltener zufrieden mit der kinderärztlichen Hilfe. Ähnliche Ergebnisse wurden auch bei der ABCDEF-COOP-Befragung (alt) im letzten Jahr berichtet. Matziou et al. berichteten, dass die elterliche Zufriedenheit mit der pädiatrischen Behandlung unter anderem von einer angemessenen Behandlung und einer vertrauensvollen Beziehung zum medizinischen Personal abhängt [37]. Dadurch, dass viele Eltern deutlich häufiger kinderärztliche Hilfe als fachärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, sind Kinderärztinnen und Kinderärzte meist vertrauter mit den Problemen des Kindes und können vermutlich eine bessere Beziehung zu Kind und Eltern aufbauen, was zu einer gesteigerten Zufriedenheit von Eltern und Kindern beiträgt.

Ein Großteil der Eltern gab dementsprechend auch an, mit ihrem Kind zuletzt bei Kinder- oder Jugendärztinnen und Jugendärzten gewesen zu sein. Bei insgesamt hohen Zufriedenheitswerten mit dem letzten Arztbesuch zeigte sich jedoch, dass Eltern mit der Diagnostik oder der Behandlung im Krankenhaus oder Spezialsprechstunden im Krankenhaus tendenziell weniger zufrieden waren als beispielsweise mit Besuchen bei Kinderärztinnen und Kinderärzten (Hausärztinnen und Hausärzten). Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch bei der Umfrage im letzten Jahr, was vermuten lässt, dass diesbezüglich unabhängig vom Pandemiegeschehen eine geringere Zufriedenheit besteht. Bezüglich des letzten Arztbesuchs gaben Eltern an, am wenigsten zufrieden mit der Wartezeit in Praxen oder im Krankenhaus und mit der Wartezeit auf einen Termin gewesen zu sein. Dieser Punkt wurde ebenfalls häufig im Freitextfeld für Verbesserungsvorschläge angegeben. Lange Wartezeiten in der Praxis oder bis zum nächsten Termin, beziehungsweise die schlechte Erreichbarkeit vor allem von fachärztlichen Praxen wurden dabei bemängelt. Diesbezüglich scheinen nicht ausreichend Kapazitäten vorhanden zu

sein. Es zeigte sich, dass das Wohlbefinden, der Gesundheitszustand des Kindes und das Vorhandensein von ungedecktem Versorgungsbedarf einen Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem letzten Arztbesuch hatte. Je höher das Wohlbefinden des Kindes ausfiel, desto zufriedener waren die Eltern. Auch ein besserer Gesundheitszustand wirkte sich positiv auf die Zufriedenheit aus. War ein ungedeckter Bedarf vorhanden, war die Zufriedenheit mit dem letzten Arztbesuch geringer. Insgesamt waren Eltern chronisch kranker Kinder statistisch signifikant unzufriedener mit dem letzten Arztbesuch als Eltern gesunder Kinder und Jugendlicher. Dieses Ergebnis könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Zufriedenheit auch mit dem Wohlbefinden und dem Gesundheitszustand des Kindes assoziiert ist. Im Rahmen unserer Untersuchung waren die Werte für das Wohlbefinden chronisch kranker Kinder und Jugendlicher statistisch signifikant niedriger als bei gesunden Kindern und Jugendlichen.

Hinzu kommt, dass Eltern chronisch kranker Kinder und Jugendlicher statistisch signifikant häufiger Anzeichen psychischer Belastung, sowohl im Hinblick auf Depressionen als auch auf Angststörungen zeigten. Ein ähnliches Ergebnis zeigte sich bereits im letzten Jahr bei der ABCDEF-COOP-Befragung (alt). Auch die Werte für die elterliche Lebensqualität und den allgemeinen Gesundheitszustand fielen statistisch signifikant geringer aus. Entsprechend den Empfehlungen aus dem letzten Jahr sollten hier präventive und therapeutische Maßnahmen ergriffen werden, um Familien, insbesondere mit Kindern, die einen erhöhten gesundheitlichen Versorgungsbedarf zeigen, zu unterstützen.

## **4.2 ZUSAMMENFASSUNG**

Während es viele Änderungen in der medizinischen Versorgungssituation zwischen dem Zeitraum vor der Pandemie und dem Einsetzen der Pandemie gegeben hat, wurden nur wenig Änderungen zwischen der ABCDEF-COOP Befragung (alt) aus dem letzten Jahr und der vorliegenden Befragung festgestellt. Gab es mit Einsetzen der Pandemie starke Änderungen bei der medizinischen Versorgung, scheint sich über die Zeit der Pandemie im Zeitraum von 2021 bis 2022 bezüglich des Versorgungsbedarfs nur wenig verändert zu haben. Anstelle einer Verschlechterung der Situation zeigt sich mit Abnahme der Restriktionen eine Tendenz zur Normalisierung wie vor Eintritt der Pandemie. Nahmen Arztbesuche zu Anfang der Pandemie ab, berichteten Eltern nun wieder häufiger Kinder- oder Hausärztinnen und Hausärzte zu konsultieren. Trotzdem scheinen ungedeckte Versorgungsbedarfe, ähnlich wie im Vorjahr, weiterhin zu bestehen. Insbesondere im Bereich der psychologischen Behandlung werden Versorgungsbedarfe nur selten vollständig gedeckt. Darüber hinaus wurde von langen Wartezeiten auf Termine und in der Praxis oder im Krankenhaus berichtet.

Insgesamt muss jedoch zwischen Eltern gesunder Kinder und chronisch kranker Kinder und Jugendlicher unterschieden werden. Insgesamt berichteten die Eltern von gesunden Kindern und Jugendlichen von einer hohen Zufriedenheit insbesondere bei der kinderärztlichen Versorgung und

hatten nach eigenen Angaben weniger ungedeckte Versorgungsbedarfe als Eltern chronisch kranker Kinder. Eltern chronisch kranker Kinder waren tendenziell weniger zufrieden mit der kinderärztlichen Hilfe. Sie berichteten ebenfalls von Schwierigkeiten beim Erhalt kinderärztlicher Hilfe, bei gleichzeitig häufigeren Konsultationen im Vergleich zu Eltern gesunder Kinder und Jugendlicher. Die Ergebnisse deuten außerdem darauf hin, dass chronisch kranke Kinder und Jugendliche bei einem deutlich höherem Versorgungsbedarf, unabhängig vom Verlauf der Pandemie, mehr Schwierigkeiten haben, diesen zu decken als gesunde Kinder und Jugendliche. Außerdem fiel eine größere Belastung bei Eltern chronisch kranker Kinder und Jugendlicher auf. Sie zeigten mehr psychische Auffälligkeiten, eine geringere Lebensqualität und einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand.

Insgesamt scheint es sinnvoll, präventive und therapeutische Maßnahmen zu entwickeln, um die medizinische Versorgung von Familien zukünftig auch im Rahmen von Pandemien sicherzustellen. Dabei sollte ein besonderer Fokus auf Familien mit Kindern und Jugendlichen mit erhöhtem Versorgungsbedarf liegen. Sie sind mit größeren Herausforderungen konfrontiert und benötigen eine stärkere Unterstützung, um den gesteigerten Bedarf dieser Kinder und Jugendlichen ausreichend zu erfüllen.

## 5. LITERATURVERZEICHNIS

1. Gassman-Pines A, Ananat EO, Fitz-Henley J. COVID-19 and Parent-Child Psychological Well-being. *Pediatrics*. 2020; 146: e2020007294.
2. Langmeyer A, Guglhör-Rudan A, Naab T, Urlen M, Winklhofer U. Kind sein in Zeiten von Corona. 2020. ONLINE: <https://www.dji.de/themen/familie/kindsein-in-zeiten-von-corona-studienergebnisse.html> (Letzter Zugriff am: 17.01.23).
3. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C, Adedeji A, Devine J, Erhart M, u. a. Mental Health and Quality of Life in Children and Adolescents During the COVID-19 Pandemic—Results of the Copsy Study. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2020; 117: 828–829.
4. The Lancet Child & Adolescent Health. Prioritising children’s rights in the COVID-19 response. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2020; 4: 479.
5. Rajmil L, Hjern A, Boran P, Gunnlaugsson G, Kraus de Camargo O, Raman S. Impact of lockdown and school closure on children’s health and well-being during the first wave of COVID-19: a narrative review. *BMJ Paediatrics Open*. 2021; 5: e001043.
6. Patrick SW, Henkhaus LE, Zickafoose JS, Lovell K, Halvorson A, Loch S, et al. Well-being of Parents and Children During the COVID-19 Pandemic: A National Survey. *Pediatrics*. 2020; 146: e2020016824.
7. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M, Devine J, Schlack R, Otto C. Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2021; 1-11.
8. Peters E, Hübner J, Katalinic A. Stress, coping strategies and health-related quality of life during the corona pandemic in April 2020 in Germany. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 2021; 146: e11–20.
9. Geweniger A, Barth M, Haddad AD, Högl H, Insan S, Mund A, et al. 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. *Frontiers in Pediatrics*. 2022; 10: 759066.
10. Sonnet M. Typ-1-Diabetes bei Kids Die Corona-Pandemie erhöht Risiko für diabetische Ketoazidosen. *Info Diabetologie*. 2021; 15: 45.
11. KiGGS im Überblick. ONLINE: <https://www.kiggs-studie.de/deutsch/studie/kiggs-im-ueberblick.html> (Letzter Zugriff am: 30.01.23).



12. Klein C, Borsche M, Balck A, Föh B, Rahmüller J, Peters E, et al. Cohort-based surveillance of SARS-CoV2 transmission mirrors infection rates at the population level: a one-year longitudinal study. medRxiv. 2021: 2021.05.10.21256966.
13. 40 Prozent mehr Patientenanfragen: Corona kommt in Praxen an - DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung. 2021. ONLINE: <https://www.dptv.de/aktuelles/meldung/40-prozent-mehr-patientenanfragen-corona-kommt-in-praxen-an/> (Letzter Zugriff am: 17.01.2023).
14. Patientenanfragen weiterhin 40 Prozent über Vor-Corona-Zeit - DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung. 2022. ONLINE: <https://www.dptv.de/aktuelles/meldung/patientenanfragen-weiterhin-40-prozent-ueber-vor-corona-zeit/> (Letzter Zugriff am: 17.01.2023).
15. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Rajmil L, Herdman M, Auquier P, Bruil J, et al. Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: a short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Quality of Life Research*. 2010; 19: 1487–1500.
16. Schmidt S, Thyen U, Petersen C, Bullinger M, the European DISABKIDS group. The performance of the screener to identify children with special health care needs in a European sample of children with chronic conditions. *European Journal of Pediatrics*. 2004; 163: 517-523.
17. Scheidt-Nave C, Ellert U, Thyen U, Schlaud M. Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2008; 51: 592–601.
18. Schmidt S, Thyen U, Herrmann-Garitz C, Bomba F, Muehlan H. 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 Service Research*. 2016; 16: 189.
19. Schmidt J, Wittmann WW. ZUF-8: Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit. In *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe. 2002: 392-396.
20. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*. 2009; 50: 613–621.
21. Deutskens E, de Ruyter K, Wetzels M, Oosterveld P. Response Rate and Response Quality of Internet-Based Surveys: An Experimental Study. *Marketing Letters*. 2004; 15: 21–36.
22. Kongsved SM, Basnov M, Holm-Christensen K, Hjollund NH. Response Rate and Completeness of Questionnaires: A Randomized Study of Internet Versus Paper-and-Pencil Versions. *Journal of Medical Internet Research*. 2007; 9: e25.

23. Glossar zum Mikrozensus 2020. Statistisches Bundesamt. ONLINE: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Methoden/Downloads/mikrozensus-glossar.html> (Letzter Zugriff am: 30.01.23).
24. Bildungsstand in Schleswig-Holstein 2019 - Statistikamt Nord. 2022. ONLINE: <https://www.statistik-nord.de/zahlen-fakten/bildung-rechtspflege/schulen-berufsbildung/dokumentenansicht/bildungsstand-in-schleswig-holstein-2019-64335> (Letzter Zugriff am: 17.01.2023).
25. Reiss F, Meyrose A-K, Otto C, Lampert T, Klasen F, Ravens-Sieberer U. Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. PLoS ONE. 2019; 14: e0213700.
26. Lange M, Butschalowsky HG, Jentsch F, Kuhnert R, Schaffrath Rosario A, Schlaud M, et al. Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl. 2014; 57: 747–761.
27. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit in Schleswig-Holstein - Statistikamt Nord. 2021. ONLINE: <https://www.statistik-nord.de/zahlen-fakten/private-haushalte-familien-erwerbstaetige-mikrozensus/private-haushalte-familien-erwerbstaetige-mikrozensus/dokumentenansicht/product/4575/bevoelkerung-und-erwerbstaetigkeit-in-schleswig-holstein-283?cHash=2d8892fe79c09f43cb8dcfec9e464fa9> (Letzter Zugriff am: 17.01.2023).
28. Ausländische Bevölkerung - Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Gemeinsames Statistikportal. 2022. ONLINE: <https://www.statistikportal.de/de/bevoelkerung/auslaendische-bevoelkerung> (Letzter Zugriff am: 17.01.2023).
29. Kinder- und Jugendreport 2019, Schleswig-Holstein. 2020. ONLINE: <https://www.dak.de/dak/landesthemen/kinder--und-jugendreport-2218762.html> (Letzter Zugriff am: 17.01.2023).
30. Lampert T, Hoebel J, Kuntz B, Finger JD, Hölling H, Lange M, et al. Gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Zeitliche Entwicklung und Trends der KiGGS-Studie. Journal of Health Monitoring. 2019; 4: 16-40.
31. Rathmann K, Schrickler J. Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen- Bedeutung und Implikationen für die Prävention und Gesundheitsförderung. In Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer. 2021: 23-34.
32. Schleswig-Holstein: Kinder- und Jugendreport 2022. 2022. ONLINE: <https://www.dak.de/dak/gesundheit/kinder--und-jugendreport-2022-2571000.html> (Letzter Zugriff am: 17.01.2023).

33. Poethko-Lüller c, Kuntz b, Lampert T, Neuhauser H. Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*. 2018; 3: 8-15.
34. Seeling S, Prütz F, Gutsche J. Inanspruchnahme pädiatrischer und allgemeinmedizinischer Leistungen durch Kinder und Jugendliche in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*. 2018; 3: 57-67.
35. Kostev K, Weber K, Riedel-Heller S, von Vultée C, Bohlken J. Increase in depression and anxiety disorder diagnoses during the COVID-19 pandemic in children and adolescents followed in pediatric practices in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2021. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01924-1>.
36. Rommel, A., Hintzpeter, B. & Urbanski, D. Inanspruchnahme von Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*. 2018; 3: 22–36.
37. Matziou V, Boutopoulou B, Chrysostomou A, Vlachioti E, Mantziou T, Petsios K. Parents' satisfaction concerning their child's hospital care: Parental satisfaction with hospital care. *Japan Journal of Nursing Science*. 2011; 8: 163–73.

## 6. ANHANG

### TABELLEN

Tabelle 4: Soziodemografische Angaben der teilnehmenden Eltern, Teil 1

Variable	Ausprägung	MW (SD) bzw. N (%)			p-Wert (Vergleich ABC- und EMA- Kohorte)
		Alle N = 878	ABC (neu) N = 462	EMA N = 416	
Gruppe - vollständig und teilweise (n=1010)	EMA	479 (47,4%)			-
	ABC (neu)	531 (52,6%)			
Gruppe - vollständig (n=878)	EMA	416 (47,4%)			-
	ABC (neu)	462 (52,6%)			
Anzahl an Kindern, MW (SD)		1,81 (0,8)	1,82 (0,8)	1,81 (0,9)	0,914
Median (IQR)		2,0 (1,0-2,0)	2,0 (1,0-2,0)	2,0 (1,0-2,0)	
Alter des Elternteils, MW (SD)		43,0 (7,5)	43,9 (7,1)	42,1 (7,8)	0,001
Median (IQR)		43,0 (38,0-43,0)	44,0 (39,0-49,0)	41,5 (37,0-47,8)	
Geschlecht des Elternteils, n (%)	Weiblich	672 (76,5%)	352 (76,2%)	320 (76,9%)	0,811
	Männlich	206 (23,5%)	110 (23,8%)	96 (23,1%)	
	Divers	/	/	/	
Bildungs- abschluss, n (%) *	Niedrig	12 (1,4%)	2 (0,4%)	10 (2,5%)	<0,001
	Mittel	332 (37,8%)	152 (32,9%)	180 (44,3%)	
	Hoch	524 (59,7%)	308 (66,7%)	216 (53,2%)	

Tabelle 5: Soziodemografische Angaben der teilnehmenden Eltern, Teil 2

Variable	Ausprägung	MW (SD) bzw. N (%)			p-Wert (Vergleich ABC- und EMA- Kohorte)
		Alle N = 878	ABC (neu) N = 462	EMA N = 416	
Aktueller Familienstand, n (%)	Verheiratet	746 (85,0%)	409 (88,5%)	337 (81,0%)	0,005
	Ledig	63 (7,2%)	21 (4,5%)	42 (10,1%)	
	Geschieden/ Getrennt lebend	65 (7,4%)	30 (6,5%)	35 (8,4%)	
	Verwitwet	4 (0,5%)	2 (0,4%)	2 (0,5%)	
Alleinerziehend	Ja	115 (13,1%)	48 (10,4%)	67 (16,1%)	0,012
Eltern/-teil außerhalb Deutschlands geboren, n (%)	Nein	791 (90,1%)	434 (94,0%)	357 (85,8%)	-
	Befragte/r, alleinerziehend	7 (0,8%)	1 (0,2%)	6 (1,4%)	
	Nur Befragte/r, nicht alleinerziehend	15 (1,7%)	8 (1,7%)	7 (1,7%)	
	Nur Partner/in, nicht alleinerziehend	41 (4,7%)	18 (3,9%)	23 (5,5%)	
	Befragte/r und Partner/in	24 (2,7%)	1 (0,2%)	23 (5,5%)	
Kind außerhalb Deutschlands geboren (n = 878)	Ja	15 (1,7%)	4 (0,9%)	11 (2,6%)	0,065

Legende Tabelle 4, Teil 1 + Teil 2: Es werden absolute und relative Häufigkeiten berichtet; ABC (neu) = Teilnehmende der ABC-Kohorte (neu), die aus der ABCDEF-COOP-Studie (alt) aus dem letzten Jahr rekrutiert wurden; EMA = EMA-Kohorte, die über die Einwohnermeldeämter gezogen wurde; N = Anzahl der Teilnehmenden, die die Frage beantwortet haben; MW = Mittelwert; IQR = Interquartilsabstand; SD = Standardabweichung; \* Anzahl der Studienteilnehmenden bei Bildungsabschluss N = 868, weil 10 Personen aus der EMA-Gruppe keine Antwort gaben, dementsprechend N = 406 bei EMA-Gruppe für Bildungsabschluss; p-Wert wurde anhand des Chi2-Tests (bzw. exaktem Test nach Fisher bei erwarteten Häufigkeiten <5) oder mit dem T-Test für unabhängige Stichproben berechnet. Berechnung des p-Werts für den Punkt „Eltern/-teil außerhalb Deutschlands geboren“ war nicht möglich, weil sich dieser aus verschiedenen Variablen zusammensetzte

Tabelle 6: Soziodemografische Daten des Kindes, über das berichtet wurde

<b>Variable</b>	<b>Ausprägung</b>	<b>alle Kinder N=878</b>	<b>gesunde Kinder N=536</b>	<b>chronisch kranke Kinder N=342</b>	<b>p-Wert (Vergleich chronisch kranke und gesunde Kinder)</b>
Geschlecht	weiblich	415 (47,3%)	264 (49,3%)	151 (44,2%)	0,112
	männlich	459 (52,3%)	271 (50,6%)	188 (55,0%)	
	divers	4 (0,5%)	1 (0,2%)	3 (0,9%)	
Alter*	MW (SD)	9,1 (5,1)	8,4 (5,2)	10,0 (4,7)	<0,001
	Median (IQR)	9,0 (5,0-13,0)	8,0 (4,0-13,0)	10,0 (6,0-14,0)	
Altersgruppen	0-2 Jahre	110 (12,5%)	88 (16,4%)	22 (6,4%)	<0,001
	3-6 Jahre	199 (22,7%)	126 (23,5%)	73 (21,3%)	
	7-10 Jahre	196 (22,3%)	117 (21,8%)	79 (23,1%)	
	11-14 Jahre	209 (23,8%)	115 (21,5%)	94 (27,5%)	
	15-17 Jahre	164 (18,7%)	90 (16,8%)	74 (21,6%)	
Gesundheitszustand	sehr gut	401 (45,7%)	308 (57,5%)	93 (27,2%)	<0,001
	gut	379 (43,2%)	204 (38,1%)	175 (51,2%)	
	mittelmäßig	85 (9,7%)	22 (4,1%)	63 (18,4%)	
	schlecht	10 (1,1%)	0 (0,0%)	10 (2,9%)	
	sehr schlecht	3 (0,3%)	2 (0,4%)	1 (0,3%)	
KIDSCREEN-10, (standardisiert) (n = 515) **	MW (SD)	50,0 (10,0)	N = 286 53,0 (8,9)	N = 229 46,2 (10,1)	<0,001
	Median (IQR)	51,3 (43,6-57,1)	53,2 (47,4-59,0)	45,5 (39,7-53,2)	

*Es werden absolute und relative Häufigkeiten berichtet; chronisch kranke Kinder = CSHCN-Screener und/oder Krankheitsliste positiv und/oder Freitext; N = Anzahl der Teilnehmenden, die die Frage beantwortet haben; MW = Mittelwert; IQR = Interquartilsabstand; SD = Standardabweichung; \*Alter berechnet aus Differenz von Datenjahr und Geburtstag; \*\*Kidscreen-10 entsprechend Manual für 8-17 jährige Kinder und Jugendliche berechnet.; p-Wert wurde anhand des Chi2-Tests (bzw. exaktem Test nach Fisher bei erwarteten Häufigkeiten <5) oder mit dem T-Test für unabhängige Stichproben berechnet.*

Tabelle 7: Krankheitsliste

<b>Krankheit</b>	<b>vorhanden und behandelt N (% von 878)</b>
Heuschnupfen	49 (5,6%)
Neurodermitis	37 (4,2%)
Asthma (Asthma bronchiale)	34 (3,9%)
durch Arzt oder Psychologen diagnostizierte Aufmerksamkeitsstörung (ADHS)	26 (3,0%)
Migräne	20 (2,3%)
chronische Bronchitis (spastische Bronchitis)	10 (1,1%)
allergisches Kontaktekzem	10 (1,1%)
Fehlsichtigkeit (Brille)	7 (0,8%)
Schwerhörigkeit	6 (0,7%)
Skoliose	6 (0,7%)
Diabetes	4 (0,5%)
angeborene Fehlbildung	3 (0,3%)
Schuppenflechte (Psoriasis)	2 (0,2%)
Schilddrüsenerkrankung	2 (0,2%)
Herzkrankheit	2 (0,2%)
Blutarmut (Anämie)	2 (0,2%)
Krampfanfälle	1 (0,1%)

*Es werden absolute und relative Häufigkeiten berichtet; Angezeigt ist das Ergebnis aller Teilnehmenden, die angaben, dass bei ihrem Kind eine Krankheit diagnostiziert wurde und diese auch in den letzten 12 Monaten behandelt wurde.*

Tabelle 8: Versorgungsbedarf der Kinder, Teil 1

<b>Variable</b>	<b>Ausprägung</b>	<b>gesunde Kinder</b>	<b>chronisch kranke Kinder</b>	<b>p-Wert (Vergleich chronisch kranke und gesunde Kinder)</b>
Anzahl Konsultation/en bei Kinderärzten/-innen (Hausärzten/-innen)		<i>n</i> = 491	<i>n</i> = 326	<0,001
	MW (SD)	3,2 (2,7)	4,5 (4,9)	
Anzahl Konsultation/en bei spezialisierten Fachärzten/-innen			<i>n</i> = 163	-
	MW (SD)		5,6 (6,8)	
Notfallbehandlung		<i>n</i> = 536	<i>n</i> = 342	0,409
	nein	420 (78,4%)	259 (75,7%)	
	ja	116 (21,6%)	83 (24,3%)	
Versorgungsbedarf vorhanden (versorgungsbedürftig)**		<i>n</i> = 536	<i>n</i> = 342	<0,001
	nein	319 (59,5%)	60 (17,5%)	
	ja	217 (40,5%)	282 (82,5%)	
(teils) ungedeckter Versorgungsbedarf ***		<i>n</i> = 536	<i>n</i> = 342	<0,001
	nein	424 (79,1%)	165 (48,2%)	
	ja	112 (20,9%)	177 (51,8%)	
komplett ungedeckter Versorgungsbedarf vorhanden****		<i>n</i> = 536	<i>n</i> = 342	<0,001
	nein	506 (94,4%)	280 (81,9%)	
	ja	30 (5,6%)	62 (18,1%)	



Tabelle 9: Versorgungsbedarf der Kinder, Teil 2

Variable	Ausprägung			p-Wert (Vergleich chronisch kranke und gesunde Kinder)
		gesunde Kinder	chronisch kranke Kinder	
Wo fand der letzte Arztbesuch Ihres Kindes statt?		<i>n</i> = 494	<i>n</i> = 326	0,039
	Kinder- und Jugendarztpraxis	275 (55,7%)	155 (47,5%)	
	Allgemeinarzt-Praxis	75 (15,2%)	42 (12,9%)	
	andere Fachpraxis	110 (22,3%)	91 (27,9%)	
	Spezialsprechstunde im Krankenhaus	4 (0,8%)	7 (2,1%)	
	im Krankenhaus zur Diagnostik/Behandlung	14 (2,8%)	13 (4,0%)	
	Notfallbehandlung	16 (3,2%)	18 (5,5%)	
ZUF-8 für letzten Arztbesuch (8-32)		<i>n</i> = 494	<i>n</i> = 326	<0,001
	MW (SD)	28,9 (3,6)	27,3 (4,7)	

Legende Tabelle 7, Teil 1 + Teil 2: Es werden absolute und relative Häufigkeiten berichtet; chronisch kranke Kinder = CSHCN-Screener und/oder Krankheitsliste positiv und/oder Freitext; N = Anzahl der Teilnehmenden, die die Frage beantwortet haben; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Versorgungsbedarf ermittelt auf Grundlage einer Leistungsliste (Krankengymnastik, Ergotherapie etc.)\*\* Versorgungsbedarf vorhanden (versorgungsbedürftig): nicht-ärztliche oder ärztliche Leistung vollständig erhalten, teilweise erhalten oder nicht erhalten, trotz Bedarf. \*\*\* (teils) ungedeckter Bedarf: nicht-ärztliche oder ärztliche Leistung teilweise erhalten oder nicht erhalten, trotz Bedarf. \*\*\*\*komplett ungedeckter Bedarf: nicht-ärztliche oder ärztliche Leistung nicht erhalten, trotz Bedarf.; ZUF-8 = Instrument zur Messung der Zufriedenheit mit dem letzten Arztbesuch (8 = nicht zufrieden, 32 = sehr zufrieden); p-Wert wurde anhand des Chi2-Tests (bzw. exaktem Test nach Fisher bei erwarteten Häufigkeiten <5) oder mit dem T-Test für unabhängige Stichproben berechnet.

Tabelle 10: Konsultationsgründe, Teil 1

<b>Konsultationsgründe</b>	<b>alle Kinder N = 878</b>	<b>gesunde Kinder N = 536</b>	<b>chronisch kranke Kinder N = 342</b>	<b>p-Wert (Vergleich chronisch kranke und gesunde Kinder)</b>
<i>Konsultation Kinder- und Jugendärzte/-innen</i>				
keine Konsultation	248 (28,2%)	160 (29,9%)	88 (25,7%)	
Konsultation ohne Angabe von Gründen	7 (0,8%)	5 (0,9%)	2 (0,6%)	
Konsultation zur Diagnosestellung, Behandlung oder Kontrolle	220 (25,1%)	117 (21,8%)	103 (30,1%)	0,007
Konsultation zur Vorsorge	147 (16,7%)	109 (20,3%)	38 (11,1%)	<0,001
Konsultation zur Diagnosestellung, Behandlung oder Kontrolle UND Vorsorge	256 (29,2%)	145 (27,1%)	111 (32,5%)	
<i>Konsultation Allgemeinärzte/-innen</i>				
keine Konsultation	706 (80,4%)	434 (81,0%)	272 (70,5%)	
Konsultation ohne Angabe von Gründen	12 (1,4%)	6 (1,1%)	6 (1,8%)	
Konsultation zur Diagnosestellung, Behandlung oder Kontrolle	128 (14,6%)	79 (14,7%)	49 (14,3%)	0,922
Konsultation zur Vorsorge	18 (2,1%)	11 (2,1%)	7 (2,0%)	1
Konsultation zur Diagnosestellung, Behandlung oder Kontrolle UND Vorsorge	14 (1,6%)	6 (1,1%)	8 (2,4%)	
<i>Konsultation Zahnärzte/-innen</i>				
keine Konsultation	373 (42,5%)	234 (43,7%)	139 (40,6%)	
Konsultation ohne Angabe von Gründen	3 (0,3%)	1 (0,2%)	2 (0,6%)	
Konsultation zur Diagnosestellung, Behandlung oder Kontrolle	73 (8,3%)	40 (7,5%)	33 (9,6%)	0,261
Konsultation zur Vorsorge	352 (40,1%)	211 (41,2%)	131 (38,3%)	0,398
Konsultation zur Diagnosestellung, Behandlung oder Kontrolle UND Vorsorge	77 (8,8%)	40 (7,5%)	37 (10,8%)	

Tabelle 11: Konsultationsgründe, Teil 2

<b>Konsultationsgründe</b>	<b>alle Kinder N = 878</b>	<b>gesunde Kinder N = 536</b>	<b>chronisch kranke Kinder N = 342</b>	<b>p-Wert (Vergleich chronisch kranke und gesunde Kinder)</b>
<i>Konsultation Augenärzte/-innen</i>				
keine Konsultation	677 (77,1%)	432 (80,6%)	245 (71,6%)	
Konsultation ohne Angabe von Gründen	4 (0,5%)	2 (0,4%)	2 (0,6%)	
Konsultation zur Diagnosestellung, Behandlung oder Kontrolle	197 (22,4%)	102 (19,0%)	95 (27,8%)	0,003
<i>Konsultation Krankenhaus</i>				
keine Konsultation	706 (80,4%)	445 (83,0%)	261 (76,3%)	
Konsultation ohne Angabe von Gründen	9 (1,0%)	5 (0,9%)	4 (1,2%)	
Konsultation zur Diagnosestellung, Behandlung oder Kontrolle	163 (18,6%)	86 (16,0%)	77 (22,5%)	0,17
<i>Konsultation anderer Facharzttrichtung</i>				
keine Konsultation	586 (66,7%)	412 (76,9%)	174 (50,9%)	
Konsultation ohne Angabe von Gründen	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Konsultation zur Diagnosestellung, Behandlung oder Kontrolle	292 (33,3%)	124 (23,1%)	168 (49,1%)	<0,001

*Legende Tabelle 8, Teil 1 + Teil 2: Es werden absolute und relative Häufigkeiten berichtet; chronisch kranke Kinder = CSHCN-Screener und/oder Krankheitsliste positiv und/oder Freitext; N = Anzahl der Teilnehmenden, die die Frage beantwortet haben; p-Wert wurde anhand des Chi2-Tests (bzw. exaktem Test nach Fisher bei erwarteten Häufigkeiten <5) berechnet.*

Tabelle 12: Nicht-ärztliche oder ärztliche Leistungsbedarfe; alle Teilnehmenden

Leistungsbedarfe	Bedarf vorhanden*  N = 878	Alle		
		Bei vorhandenem Bedarf vollständig erhalten	teilweise erhalten	nicht erhalten
Diagnoseverfahren wie Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen etc.	219 (24,9%)	153 (69,9%)	55 (25,1%)	11 (5,0%)
Psychologische Beratung/Psychotherapie	147 (16,7%)	62 (42,2%)	42 (28,6%)	43 (29,3%)
Krankengymnastik	100 (11,4%)	56 (56,0%)	20 (20,0%)	24 (24,0%)
Ergotherapie	84 (9,6%)	42 (50,0%)	13 (25,5%)	29 (34,5%)
Logopädie/Sprachtherapie	82 (9,3%)	45 (54,9%)	16 (19,5%)	21 (25,6%)
Spezialsprechstunde im Krankenhaus	67 (7,6%)	45 (67,2%)	13 (19,4%)	9 (13,4%)
Ausführliche Telefonberatung durch medizinisches Fachpersonal	64 (7,3%)	24 (37,5%)	30 (46,9%)	10 (15,6%)
Ausstattung mit Hilfsmitteln	56 (6,4%)	41 (73,2%)	12 (21,4%)	3 (5,4%)
geplante/r Operation/Eingriff	52 (5,9%)	42 (80,8%)	7 (13,5%)	3 (5,8%)
Beratung durch Sozialdienst	51 (5,8%)	17 (33,3%)	23 (45,1%)	11 (21,6%)
Andere Bedarfe	45 (5,1%)	29 (64,4%)	9 (20,0%)	7 (15,6%)
Ausstattung mit medizinischen Geräten	44 (5,0%)	29 (65,9%)	12 (27,3%)	3 (6,8%)
Schulung (über die chronischen Erkrankungen des Kindes)	39 (4,4%)	17 (43,6%)	9 (23,1%)	13 (33,3%)
Selbsthilfegruppen	39 (4,4%)	5 (12,8%)	6 (15,4%)	28 (71,8%)
Videosprechstunden	32 (3,6%)	11 (34,4%)	10 (31,3%)	11 (34,4%)
Rehabilitationsmaßnahmen	31 (3,5%)	9 (29,0%)	1 (3,2%)	21 (67,7%)
Gesundheitsdienstleistungen in der Schule	24 (2,7%)	4 (16,7%)	13 (54,2%)	7 (29,2%)
Medizinische Behandlungen z.B. Krebstherapie	19 (2,2%)	16 (84,2%)	3 (15,8%)	0 (0,0%)

*Es werden absolute und relative Häufigkeiten berichtet; N = Anzahl der Teilnehmenden, die die Frage beantwortet haben; \*Bedarf vorhanden: nicht-ärztliche oder ärztliche Leistung vollständig erhalten, nur teilweise erhalten oder nicht erhalten, trotz Bedarf.*