

# Die **gesundheitliche** Lage und Versorgungssituation von **Kindern** und **Jugendlichen** in Schleswig-Holstein im Jahr 2025 (**geKuJu 2**)

**Över lütte Lüüd un woans ehr dat geht**  
(Über kleine Leute und wie es ihnen geht)



Abschlussbericht

April 2026

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck  
E. Peters, H. Baltus, A. Rieck, N. Hartmann, S. Elsner, A. Katalinic

Im Auftrag des  
Ministeriums für Justiz und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein



**UNIVERSITÄT ZU LÜBECK**  
INSTITUT FÜR SOZIALMEDIZIN  
UND EPIDEMIOLOGIE

## Inhalt

<b>1</b>	<b>Zusammenfassung / Kernbotschaften</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Hintergrund</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Projektziele</b>	<b>10</b>
3.1	<i>Primäre Ziele</i>	10
3.2	<i>Sekundäre Ziele</i>	10
3.3	<i>Zielgrößen</i>	11
<b>4</b>	<b>Methoden</b>	<b>11</b>
4.1	<i>Studiendesign und Rekrutierung</i>	11
4.2	<i>Studien-Einwilligung und Umgang mit Daten</i>	14
4.3	<i>Befragungsinhalte und Befragungsinstrumente</i>	14
4.3.1	Fragen zur Gesundheit der Kinder und Jugendlichen	15
4.3.2	Fragen zur Gesundheitsversorgung des Kindes	16
4.3.3	Fragen zum Gesundheitsverhalten des Kindes	16
4.3.4	Soziodemografische Angaben	20
4.3.5	Oslo-3-Items-Social- Support Scale	20
4.3.6	Health Literacy / Gesundheitskompetenz der Eltern	21
4.3.7	Methodische Zielgrößen	21
4.3.8	Non-Responder-Befragung	22
4.4	<i>Statistische Methoden</i>	22
<b>5</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>23</b>
5.1	<i>Rücklauf</i>	23
5.2	<i>Stichprobenbeschreibung</i>	25
5.2.1	Unterschiede zwischen den Teilnehmenden der Haupt- und Nebenbefragung	27
5.3	<i>Allgemeiner Gesundheitszustand</i>	28
5.4	<i>Psychische Gesundheit</i>	30
5.5	<i>Generelle gesundheitsbezogenen Lebensqualität</i>	33
5.6	<i>Kinder mit einem Grad der Behinderung (GdB)</i>	36
5.7	<i>Kinder mit chronischer Erkrankung</i>	37
5.8	<i>Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (außer zahnmedizinische)</i>	38
5.9	<i>Bedarfe und Inanspruchnahme von therapeutischen Versorgungsleistungen</i>	41
5.10	<i>Gesundheitsverhalten</i>	42
5.10.1	Bewegungsumfang	42
5.10.2	Schulsport	43
5.10.3	Teilnahme an Bewegungs- und Sportangeboten in der Freizeit	43
5.10.4	Nutzung öffentlicher Sportstätten	45
5.10.5	Schwimmbefähigung	47

5.10.6	Zufriedenheit mit Bewegungs- und Sportmöglichkeiten im Wohnumfeld .....	48
5.10.7	Sport- und Bewegungswünsche.....	51
5.10.8	Body-Mass-Index (BMI).....	52
5.10.9	Ernährungsverhalten.....	53
5.10.10	Stillen.....	59
5.10.11	Mundgesundheitsverhalten und zahnärztliche Konsultation.....	61
5.10.12	Konsum von suchtauslösenden Substanzen .....	65
5.10.13	Bildschirmzeiten und Medienkonsum .....	74
5.10.14	Wahrgenommene soziale Unterstützung der Eltern .....	80
5.10.15	Gesundheitskompetenz der Eltern bzgl. Gesundheit der Kinder .....	82
<b>6</b>	<b>Non-Responder-Analyse .....</b>	<b>85</b>
<b>7</b>	<b>Telefon-Hotline und E-Mail-Anfragen .....</b>	<b>86</b>
<b>8</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>87</b>
8.1	<i>Subjektiver Gesundheitszustand .....</i>	<i>87</i>
8.2	<i>Kinder mit einer chronischen Erkrankung und Kinder mit einem GdB .....</i>	<i>88</i>
8.3	<i>Inanspruchnahme und Gesundheitsversorgung.....</i>	<i>89</i>
8.4	<i>Gesundheitsverhalten.....</i>	<i>90</i>
8.4.1	Bewegung und Zufriedenheit mit Bewegungsangeboten im Wohnumfeld.....	90
8.4.2	Schwimmfähigkeit.....	91
8.5	<i>Ernährung.....</i>	<i>92</i>
8.5.1	Obst- und Gemüse, zuckerhaltigen Getränke und Energy-Drinks.....	92
8.5.2	Body-Mass-Index (BMI).....	95
8.5.3	Stillen.....	96
8.6	<i>Mundgesundheitsverhalten .....</i>	<i>97</i>
8.7	<i>Suchtauslösende Substanzen .....</i>	<i>98</i>
8.7.1	Rauchen.....	98
8.7.2	Alkohol .....	99
8.7.3	Cannabisprodukte, Drogen und drogenbedingte Rauscherfahrungen .....	99
8.7.4	Medikation ausgewählter Medikamente ohne ärztliche Verordnung .....	100
8.8	<i>Bildschirmzeiten und Medienkonsum .....</i>	<i>101</i>
8.9	<i>Soziale Unterstützung .....</i>	<i>104</i>
8.10	<i>Elterliche Gesundheitskompetenz .....</i>	<i>104</i>
8.11	<i>Limitationen.....</i>	<i>105</i>
<b>9</b>	<b>Fazit.....</b>	<b>107</b>
	<b>Anhang.....</b>	<b>108</b>
	<b>Literatur .....</b>	<b>124</b>

## 1 Zusammenfassung / Kernbotschaften

Die geKuJu-2-Studie analysiert die gesundheitliche Lage und medizinische Versorgungssituation sowie das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein auf Basis von Elternangaben, dadurch werden Versorgungsbedarfe besser quantifizierbar. Aus den Ergebnissen werden abschließend Handlungsempfehlungen abgeleitet.

- Die Analyse der geKuJu-2-Hauptbefragung berücksichtigt Daten über 4267 Kindern und Jugendliche einer zufällig ausgewählten Einwohnermeldeamt-Stichprobe aus allen Kreisen und kreisfreien Städten in Schleswig-Holstein aus dem Jahr 2025.
- 92,1 % (geKuJu-1 aus dem Jahr 2023: 90,3 %) der Kinder und Jugendlichen weisen einen guten bis sehr guten allgemeinen Gesundheitszustand auf, 72,1 % (geKuJu-1: 67,9 %) weisen eine sehr gute bis ausgezeichnete psychische Gesundheit auf.
- Für 14,7 % (geKuJu-1: 16,4 %) der Kinder wird ein **Bedarf für psychologische Beratung oder Psychotherapie** angegeben, der zu **38,7 %** (geKuJu-1: 34,5 %) **vollständig ungedeckt** ist.
- Der Wert für die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität der 8- bis 17-Jährigen liegt höher als bei der ersten geKuJu-Befragung aus dem Jahr 2023 aber niedriger als präpandemische Vergleichsdaten anderer Studien.
- Die gesundheitsbezogene Lebensqualität bleibt in bestimmten Risikogruppen deutlich eingeschränkt. Weniger gut geht es:
  - 12- bis 17-jährigen Jugendlichen im Vergleich zu 8- bis 11-jährigen Kindern,
  - Kindern mit chronischer Erkrankung im Vergleich zu Kindern ohne eine solche,
  - Kindern mit einem Grad der Behinderung (GdB) im Vergleich zu Kindern ohne GdB,
  - Kindern mit Hinweis auf eine riskante bzw. pathologische Nutzung von Streaming, Gaming oder Social Media,
  - übergewichtigen Kindern im Vergleich zu normalgewichtigen Kindern,
  - Kindern von Eltern mit einer inadäquaten Gesundheitskompetenz,
  - Kindern von Eltern mit schwacher sozialer Unterstützung und
  - Kindern, deren Eltern eine schlechtere finanzielle Situation äußern.
- Die 30-Tage-Prävalenz für die Schmerzmitteleinnahme **ohne** ärztliche Verordnung der 14- bis 17-jährigen Mädchen liegt bei 37,3 % und bei 14- bis 17-jährigen Jungen bei 19,6 %.
- Ein Fünftel der Kinder der geKuJu-2-Studie haben eine chronische Erkrankung.

- Für 6,2 % der Kinder wird ein Bedarf an **heilpädagogischer Förderung** angegeben, der zu **40,7 % vollständig ungedeckt** ist. Für rund ein Zehntel der Kinder wird jeweils ein Bedarf an Ergotherapie, Logopädie oder Krankengymnastik geäußert, davon sind 38,1 % (geKuJu-1: 41,3 %), 32,9 % (geKuJu-1: 40,1 %) bzw. 19,2 % (geKuJu-1: 23,2 %) vollständig ungedeckt.
- 92,9 % der Kinder sind mindestens einmal in den letzten zwölf Monaten bei einem Arzt oder einer Ärztin gewesen, 80,3 % (geKuJu-1: 79,7 %) bei einem Kinderarzt oder einer Kinderärztin.
- **37,0 %** (geKuJu-1: 36,8 %) der Eltern finden es schwierig bis extrem schwierig **fachärztliche** Versorgung für ihr Kind zu bekommen. Über die pädiatrische Versorgung sagen dies 14,5 % (geKuJu-1: 17,1 %) und über kindernotärztliche Versorgung 17,5 % (geKuJu-1: 23,5 %).
- 61,7 % (geKuJu-1: 54,6 %) der 5- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen bewegen sich mindestens sieben Stunden pro Woche lebhaft und erfüllen damit das von der WHO empfohlene Mindestpensum an Bewegung.
- Mehr als die Hälfte (**52,4 %**) der Berufsschüler und Berufsschülerinnen nehmen **nicht** am Schulsport teil. Mit 46,0 % ist bei ihnen der Anteil mit Teilnahme an Freizeitsportangeboten am kleinsten.
- Zwei Drittel (geKuJu-2: 66,7 %; geKuJu-1: 59,6 %) aller Kinder **mit Bildschirmzeiten** überschreiten die empfohlene altersabhängige Bildschirmzeit.
- Angaben von 18,7 % der 10- bis 17-Jährigen deuten auf eine riskante Nutzung von sozialen Medien, Streaming oder Gaming hin, bei 4,2 % auf eine pathologische Nutzung.
- Von den 14- bis 17-jährigen Jugendlichen in Schleswig-Holstein haben 83,4 % ein Deutsches Schwimmbzeichen in Bronze, Silber oder Gold abgelegt. In den Kreisen Rendsburg-Eckernförde und Neumünster liegt der Anteil der 6- bis 17-jährigen Kinder mit Deutschem Schwimmbzeichen unter dem Durchschnitt.
- Die Empfehlung eines mehrfachen täglichen Verzehrs von Gemüse erfüllen 27,6 % und von Obst 43,7 % der Kinder und Jugendlichen.
- 83,0 % der Kinder putzen mindestens zweimal täglich die Zähne. Für 73,5 % der Kinder verwenden Eltern für die Zubereitung von Speisen fluoridiertes Speisesalz.
- Nahezu drei Viertel der Kinder und Jugendlichen gehen mindestens zweimal jährlich zur zahnärztlichen Kontrolle, neun von zehn tun dies jährlich.
- Die erste zahnärztliche Kontrolle erfolgt im Mittel im 21. Lebensmonat.

- Die 30-Tage-Prävalenz für Alkoholkonsum liegt bei 14- bis 17-Jährigen bei 31,0 %, über ein Fünftel in dieser Altersgruppe haben bereits alkoholbedingte Rauscherfahrungen.
- 11,7 % (geKuJu-1: 11,8) der Eltern geben eine schwache soziale Unterstützung an, 37,8 % (geKuJu-1: 37,4 %) eine moderate.
- Bei einem Viertel der Eltern ist die Gesundheitskompetenz problematisch oder inadäquat.

Die Ergebnisse der geKuJu-2-Befragung zeigen, dass soziale Faktoren wie Bildung, finanzielle Situation, Familienform sowie Gesundheitskompetenz und soziale Unterstützung der Eltern mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der gesundheitlichen sowie psychischen Situation der Kinder assoziiert sind. Gesundheitsförderung, Prävention und medizinische Versorgung müssen daher stärker soziallyagenabhängig und zielgruppenspezifisch ausgerichtet werden.

Nach der UN-Kinderschutzrechtskonvention haben alle Minderjährigen u. a. ein Recht auf Entwicklung, Gesundheit, Schutz vor Gewalt und Missbrauch, Privatsphäre, (valide) Informationen und (balancierte) Teilhabe. Ausgehend von diesem Schutzgedanken leiten sich aus der geKuJu-2-Befragung unterschiedliche Maßnahmen zur Teilhabe und Befähigung ab. Hervorzuheben sind u. a. mehr Gesundheitsangebote an Berufsschulen, gezielte Förderung der Freude an Bewegung, bessere Ernährung, Stärkung der elterlichen Gesundheitskompetenz sowie eine verbesserter Zugang zu therapeutischer und fachärztlicher Versorgung und klare Regelungen zur Mediennutzung. Für eine wirksame Umsetzung ist ein langfristiges, gut koordiniertes Maßnahmenpaket mit ausreichenden Ressourcen, qualifiziertem Personal und kontinuierlicher Evaluation erforderlich.

## 2 Hintergrund

Vor nunmehr fünf Jahren traf die COVID-19-Pandemie die Bevölkerung und das Gesundheitswesen weitgehend unvorbereitet. Es musste in rascher Zeit auf eine zunächst nicht abzusehende kritische Entwicklung der Gesundheit der Bevölkerung reagiert werden. Die Pandemie-schutzmaßnahmen, insbesondere die soziale Distanzierung, führten für Kinder und Jugendliche zu einschneidenden Veränderungen in ihren Lebenswelten. Daraus resultierende psychosoziale Belastungen wurden in mehreren internationalen (1) und nationalen Studien und Befragungen eindrücklich vorgestellt, z. B. in den Studien „Kind sein in Zeiten von Corona“ (2), in den JuCo und KiCo-Studien (3, 4) sowie in der COPSY-Längsschnittstudie (5).

Durch zeitweise Leistungseinschränkungen der Gesundheitsversorgung und die verzögerte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wurden z. B. Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen teilweise verspätet durchgeführt (6) und damit potenzielle Auffälligkeiten später diagnostiziert. Die Prävalenz für psychische Belastungen von Kindern (7) und Eltern stieg (8). Davon waren Kinder mit niedrigem sozialem Status, mit komplexen chronischen Erkrankungen (9) und solche, deren Eltern Hinweise für Depressionen und / oder Angststörungen boten mehr betroffen (10).

Auch die Ergebnisse der am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck von 2021 bis 2023 durchgeführten Studien zur Gesundheit und medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein deuten aus Sicht der Eltern auf eine gute aber eingeschränkte medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in diesem Zeitraum in Schleswig-Holstein hin (ABCDEF-COOP (11); CorJu\_1-Studie (12); CorJu\_2-Studie (9); geKuJu (13)). Darüber hinaus zeigte sich in diesen Studien bei einem guten bis sehr guten allgemeinen Gesundheitszustand ein vermindertes psychisches Wohlbefinden bei den Kindern und Jugendlichen, das auch 2023 noch unter dem präpandemischen Niveau lag. Dabei sanken mit steigendem Alter der Kinder die psychische Gesundheit und die Lebensqualität. Diese waren bei Mädchen, chronisch kranken Kindern, bei Kindern aus Ein-Eltern-Haushalten, bei Kindern mit einem pathologischen Computerspieleverhalten sowie bei Kindern, deren Eltern eine inadäquate Gesundheitskompetenz aufwiesen, signifikant schlechter (13). Für mehr als die Hälfte der Kinder wurde mindestens ein nicht-ärztlicher, diagnostischer oder ärztlicher Leistungsbedarf geäußert, wovon auch 2023 noch ca. ein Fünftel vollständig ungedeckt war. Ein Bedarf an psychologischer Beratung oder Psychotherapie wurde zu diesem Zeitpunkt für etwa 17 % der Kinder angegeben, der zu einem Drittel vollständig ungedeckt war (13). Äußerten 2021 noch

54 % der Eltern Schwierigkeiten beim Zugang zur fachärztlichen Versorgung (ohne kinderärztlich Versorgung) waren es 2023 noch 37 % (11, 13). Aus den Experten-Interviews der CorJu\_2-Studie aus dem Jahr 2022 ist bekannt, dass gut ins Versorgungssystem eingebundene Familien mithilfe von Telefon- / Videokontakten, während der COVID-19-Pandemie zwar weiter betreut werden konnten, da es zu einem Schub für digitale Angebote kam, aber es dennoch zu Therapierückschritten aufgrund eingeschränkter Fördermöglichkeiten und zu einem Nachholbedarf an Frühförderung bei Kindern mit Entwicklungsstörungen kam. Deutliche Versorgungslücken sahen die Experten und Expertinnen bei bestimmten Risikogruppen wie bei sozial benachteiligten und ausländischen Kindern und bei geringen Handlungskompetenzen der Eltern (9). Aus früheren Untersuchungen ist bekannt, dass Kinder aus Haushalten mit höherem Bildungsniveau 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 (14-17).

Die WHO hat zur Abmilderung von psychischen Belastungen während der COVID-19-Pandemie körperliche Aktivität empfohlen (18), da regelmäßige körperliche Aktivität mit einem gesteigerten Wohlbefinden, einer höheren Lebenszufriedenheit sowie weniger depressiven Symptomen und höherer Lebensqualität einhergeht (19, 20). Eine Vielzahl von Studien belegt darüber hinaus, dass körperliche Inaktivität mit einem erhöhten Risiko für Diabetes mellitus, Schlaganfällen, kardiovaskulären Erkrankungen sowie verschiedene Krebserkrankungen und somit mit einer geringeren Lebenserwartung einhergeht (21). Im Kindes- und Jugendalter unterstützt regelmäßige Bewegung ein gesundes Körpergewicht (22), die körperliche und geistige Entwicklung (23) sowie die schulische Leistungsfähigkeit (24). 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 2013–2030“ ins Leben gerufen, um die Prävalenz unzureichender körperlicher Aktivität zu reduzieren. Ein zentraler Lebensabschnitt für die Förderung von Bewegung ist vielfach das Kindes- und Jugendalter (25). Das Bewegungsverhalten in jungen Jahren prägt die weitere Bewegungsbiografie, sodass die Bewegungsförderung bei Kindern und Jugendlichen eine Investition in die künftige Gesundheit ist (26, 27). Allerdings hat die Zeit für sportliche Aktivitäten von 4- bis 17-Jährigen über alle Altersgruppen hinweg abgenommen (28). Neben Initiativen der Bundesregierung, des Bundesministeriums des Innern und für Heimat (BMI) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), fördert das Land Schleswig-Holstein u. a. Maßnahmen

für die Erstellung von kommunalen Sport(stätten)entwicklungsplänen und Maßnahmen für Sport und Bewegung im öffentlichen Raum<sup>1</sup> sowie Gemeinden bei der baulichen Sanierung und die Erweiterung von Sportstätten<sup>2</sup> und bei Maßnahmen zur Förderung des Leistungs- und Schwimmsports<sup>3</sup>. Es ist unklar, inwiefern mit diesen Maßnahmen Kinder mehr in Bewegung gebracht werden können und wie die zusätzlichen Belastungen, z. B. durch andauernde kriegs- rische Auseinandersetzungen, zahlreiche klimawandelbedingte Extremwetterereignisse, politi- sche und wirtschaftliche Unsicherheiten, der Mangel an Kapazitäten in der Pädiatrie, an Pfl- egekräften und Lieferschwierigkeiten von Arzneimitteln sich auf das Sicherheitsgefühl, auf Ängste, die Gesundheit und die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus- wirken.

Das große Interesse der Landesregierung Schleswig-Holstein sowie von lokalen Akteuren und Akteurinnen an den Ergebnissen der ersten geKuJu-Studie macht die Notwendigkeit bevölke- rungsbezogener Befragungsdaten, trotz Limitationen, für Planungen im Bereich der Gesund- heitsversorgung und Prävention deutlich. So können z. B. ungedeckte Versorgungsbedarfe oder die wahrgenommene Lebensqualität ebenso wenig wie das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen und mögliche assoziierende Faktoren mit Routinedaten erhoben werden.

Im Rahmen der geKuJu-2-Befragung wurde eine repräsentative Stichprobe von 15 000 Eltern über das Serviceportal des Landes Schleswig-Holstein aus allen Kreisen und kreisfreien Städten gezogen. Zusätzlich wurde versucht, Eltern über Sozialrauminstitutionen für die Studienteil- nahme zu gewinnen, um eine mögliche Unterrepräsentanz von sozial benachteiligten Personen in der Einwohnermeldeamt-Stichprobe zu kompensieren.

Durch die geKuJu-2-Studie sollten ein aktuelles Bild und Tendaussagen zu Gesundheitsfragen, der pädiatrischen Versorgungssituation, der Inanspruchnahme von therapeutischen Leistungen und zu Versorgungsbedarfen sowie zum Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen ermöglicht werden, sodass z. B. ungedeckte Versorgungsbedarfe und Angebotslücken im Be-

---

<sup>1</sup> Sportförderrichtlinie Verkündungsportal Schleswig-Holstein - Amtsblatt für Schleswig-Holstein - Änderung der Richtlinie über die Förderung des Sports in Schleswig-Holstein (Sportförderrichtlinie)

<sup>2</sup> <https://transparenz.schleswig-holstein.de/dataset/acdbfdd1-e308-481f-a916-605a7c5984d2/re-source/60547731-4f54-4f35-bc86-af2a7877847a/download/frdrichtlinie-investitionspakt-sport.pdf>

<sup>3</sup> <https://www.schleswig-holstein.de/DE/landesregierung/themen/soziales/sport/sportfoerde-rung/documents/allgemeineSportfoerderung?nn=0089b54d-6a05-4d81-ac10-c1fcb210e994>

reich der Gesundheitsförderung leichter identifiziert, präzisiert und quantifiziert werden können. Regionale Planungen einer bedarfsgerechten Versorgung bzw. von passgenauen Präventionsangeboten könnten damit unterstützt werden.

Die Studie wurde von der Ethikkommission der Universität zu Lübeck geprüft und hat keine Bedenken gegen die Durchführung der Studie geäußert (Aktenzeichen: 2025-020). Zudem erfolgte am 21. Februar 2025 die Studienregistrierung beim Deutschen Register für Klinische Studien unter der Studienregistrierungsnummer DRKS00035949.

### **3 Projektziele**

#### **3.1 Primäre Ziele**

Das Ziel dieses Projektes war es, die aktuelle gesundheitliche Lage und die medizinische Versorgungssituation in ausgewählten Bereichen von Kindern und Jugendlichen auf der Basis von Elternangaben sowie das Gesundheitsverhalten in Bezug auf Bewegung, Ernährung, Mundgesundheit, suchtauslösenden Substanzen und der Umgang mit Medien der Kinder sowie die Gesundheitskompetenz und die wahrgenommene soziale Unterstützung der Eltern in Schleswig-Holstein auf Kreis- und Landesebene zu erheben und zu beschreiben, um perspektivisch Bedarfe in der Gesundheitsversorgung genauer quantifizieren zu können.

#### **3.2 Sekundäre Ziele**

Sekundäre Ziele waren die Beantwortung folgender Fragestellungen:

Welche Assoziationen von kindlichen und elterlichen Faktoren lassen sich in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die medizinische Versorgungssituation und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen ermitteln?

Welchen Einfluss hat die elterliche Gesundheitskompetenz auf die pädiatrische Versorgung des Kindes und das Schwierigkeitsempfinden pädiatrische Versorgung zu bekommen?

Welche Versorgungsleistungen wurden in Anspruch genommen?

Welche Unterschiede lassen sich zwischen Teilnehmenden verschiedener Gruppen finden?

Im Rahmen einer Non-Responder-Analyse sollen Gründe für die Nichtteilnahme mittels Kurzfragebogens ermittelt werden.

### 3.3 Zielgrößen

Folgende Zielgrößen wurden definiert:

- Lebensqualität / Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein
- Grad der Behinderung
- Bedarf und Inanspruchnahme an pädiatrischer Versorgung und definierten Versorgungsleistungen wie Bedarfe an Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie, heilpädagogische Förderung
- Schwierigkeitsempfinden der Eltern pädiatrische Versorgungsbedarfe für ihr Kind zu decken
- Bewegung, Schwimmfähigkeit und Zufriedenheit mit Bewegungsumgebung
- Ernährungsverhalten
- Mundgesundheitsverhalten
- Monats- und Lebenszeitprävalenz suchtauslösender Substanzen (Rauchen, Alkohol, Drogen, ausgewählte Medikamente)
- Bildschirmzeiten und kritisches / pathologisches Gaming-, Streaming- bzw. Social Media-Verhalten
- Gesundheitskompetenz und soziale Unterstützung der Eltern(teilen)
- Methodische Zielgrößen:
  - Unterschiede zwischen Teilnehmenden der Haupt- und Nebenbefragung
  - Gründe für die Nicht-Teilnahme
  - Wie viele Personen lassen sich einen Fragebogen per E-Mail oder Post zuschicken und nutzen nicht das Online-Befragungstool?

## 4 Methoden

### 4.1 Studiendesign und Rekrutierung

Bei der Befragungsstudie von Eltern handelt es sich um eine deskriptive quantitative Versorgungsstudie (Studiendesign: Querschnittstudie) auf Basis repräsentativer Einwohnermeldeamt-Stichproben (Hauptbefragung) und einer Stichprobe von Eltern, die über Akteure in den Sozialräumen (Nebenbefragung) gewonnen und zur Teilnahme motiviert wurden.

Die Stichprobenziehung von Eltern mit minderjährigen Kindern im Haushalt für die Hauptstichprobe erfolgte aus 26 Registern der Einwohnermeldeämter über das Online-Serviceportal des Landes Schleswig-Holstein auf Basis § 34 Absatz 1 Bundesmeldegesetz. Zusätzlich erfolgte die Rekrutierung einer Nebenchprobe, die insbesondere auf die Studienteilnahme von Personen mit einem niedrigeren Sozialstatus zielte, da diese Personengruppe erfahrungsgemäß in Befragungen mit Einwohnermeldeamt-Stichproben in der Regel unterrepräsentiert ist. Die Eltern aus Schleswig-Holstein konnten online und auf Wunsch per Papierfragebogen an der Befragung teilnehmen.

Für die Hauptbefragung wurden jeweils Adressaten aus den Registern der Einwohnermeldeämter der vier kreisfreien Städte (Kiel, Lübeck, Neumünster und Flensburg) sowie aus jeweils zwei zufällig ausgewählte Einwohnermelderegister pro Kreis (n=22) (Abbildung 1) in Schleswig-Holstein gezogen (siehe Tabelle 1).



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“))

Für die Hauptbefragung wurden insgesamt 15 450 Familien erstmals Anfang April 2025 kontaktiert und zur Studienteilnahme eingeladen. Da aus der ersten geKuJu-Befragung aus dem Jahr 2023 bekannt war, dass ca. 3 % der Einladungsschreiben nicht zustellbar waren, wurden 15 450 (15 000 plus 3%) Familien angeschrieben – jeweils 1030 pro Kreis bzw. kreisfreie Stadt.

Die Versandunterlagen an die Eltern enthielten Studieninformationen, Aufklärungsunterlagen hinsichtlich Datenschutzes und Studienteilnahme. An Personen, die innerhalb von vier Wochen nicht geantwortet hatten, wurden einmalig Erinnerungsschreiben versendet. Eine Teilnahme war insgesamt vom 01.04.2025 bis zum 17.06.2025 möglich.

Beim Vorhandensein von mehr als einem Kind unter 18 Jahre im Haushalt der Familie wurde ein Kind per Zufall durch das Forscherteam ausgewählt und namentlich mit Geburtsdatum im Anschreiben benannt. Dieses Vorgehen sollte die Teilnahmebereitschaft von Familien mit mehreren Kindern erhöhen und die Repräsentativität der Stichprobe erhalten.

Tabelle 1: Beteiligte Einwohnermeldeamt-Register der geKuJu 2-Befragung

<b>Kreisfreie Stadt bzw. Kreis</b>	<b>Einwohnermeldeämter</b>
Flensburg (FL)	Verwaltungsgemeinschaft Flensburg/Glücksburg
Kiel (KI)	Stadt Kiel
Lübeck (HL)	Stadt Lübeck
Neumünster (NMS)	Verwaltungsgemeinschaft Neumünster/Wasbek/Bönebüttel
Dithmarschen (HEI)	Amt Burg-St. Michaelisdonn Amt Büsum-Wesselburen
Herzogtum (Hzgt.) Lauenburg (RZ)	Amt Büchen Amt Lauenburgische Seen
Nordfriesland (NF)	Amt Föhr-Amrum Amt Viöl
Ostholstein (OD)	Verwaltungsgemeinschaft Grömitz/Dahme/Grube/Kellenhusen Stadt Heiligenhafen
Pinneberg (PI)	Verwaltungsgemeinschaft Barmstedt/Hörnerkirchen Amt Rantzau
Plön (PL)	Amt Großer Plöner See Amt Schrevenborn
Rendsburg-Eckernförde (RD-ECK)	Verwaltungsgemeinschaft Fockbek/Hohner Harde Gemeinde Kronshagen
Schleswig-Flensburg (SL-FL)	Amt Schafflund Gemeinde Handewitt
Segeberg (SE)	Amt Itzstedt Stadt Wahlstedt
Steinburg (IZ)	Amt Breitenburg Verwaltungsgemeinschaft Amt Wilstermarsch/Stadt Wilster
Stormarn (OD)	Gemeinde Ammersbek Stadt Reinbek

Das Projekt wurde über Instagram der Universität zu Lübeck promotet. Darüber hinaus konnten sich Teilnehmende und die Öffentlichkeit auf der Studien-Homepage (geKuJu 2: Die gesundheitliche Lage und die Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein - University of Luebeck) über die Befragung informieren.

Auch wurden für die Onlinebefragung zeitweise ein technischer Support zur Verfügung gestellt und die Möglichkeit der Kontaktaufnahme zu einer Ansprechperson per E-Mail-Adresse und zeitweise per Telefon angeboten.

#### 4.2 Studien-Einwilligung und Umgang mit Daten

Potenziell teilnehmende Personen erhielten mit dem Einladungsschreiben 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 Datenschutz, den Ablauf der Studie, Studienverantwortliche etc. informiert. Durch das Anklicken eines Auswahlfeldes zu Beginn der Onlinebefragung konnten Teilnehmende in die Studienteilnahme einwilligen und bestätigten die Kenntnisnahme der Datenschutzmaßnahmen.

Personenbezogene Daten wurden in einer passwort-geschützten *Teilnehmer-Datentabelle* gespeichert und nur für die Einladungs- und Erinnerungsschreiben sowie die Rücklaufverwaltung verwendet und zu keinem Zeitpunkt mit den Angaben der Studienteilnehmenden (*Studien-Datentabelle*) zusammengebracht. Die *Teilnehmer-Datentabelle* wird nach Abschluss der Datenauswertung gelöscht (spätestens am 31.05.2026). Damit werden die Studiendaten anonym.

#### 4.3 Befragungsinhalte und Befragungsinstrumente

In Vorbereitung auf die zweite geKuJu-Befragung fanden mehrere Treffen mit dem Auftraggeber, Akteuren der Gesundheitsberichterstattung und kommunalen Gesundheitsförderern in Schleswig-Holstein statt (z. B. die GBE-Werkstatt und Arbeitskreistreffen GBE des Ministeriums für Justiz und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein und kommunale Gesundheitskonferenzen). Dabei wurden die Ergebnisse der ersten geKuJu-Befragung vorgestellt und umfangreich erörtert sowie besonders für die Praxis interessierende Themen und Fragestellungen diskutiert. Letztendlich wurden Fragestellungen wie die nach Sonnen- und Hitzeschutzmaßnahmen verworfen und andere Fragenkomplexe gekürzt, um den Zeitaufwand für die Beantwortung der Fragen möglichst kurz zu halten, um die Responserate zu maximieren.

Im Folgenden werden die Befragungsinhalte und -instrumente vorgestellt, bei Kenntnis der eingesetzten Instrumente, kann mit den Ergebnissen ab Seite 23 fortgefahren werden. Auswertungen auf Kreisebene sind dem Anhang ab Seite 108 zu entnehmen.

#### 4.3.1 Fragen zur Gesundheit 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 5.5). Die HRQoL der Kinder und Jugendlichen wurde mit dem KIDSCREEN-10 erhoben und entsprechend der Auswertungsvorschrift für 8- bis 17-jährige Kinder wurden Summenwerte berechnet, die auf Werte von 0-100 transformiert wurden, ein höherer Wert bildet eine bessere gesundheitsbezogene Lebensqualität ab (29).

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?) (30, 31). Eltern konnten ihre Einschätzung zur allgemeinen Gesundheit ihres Kindes auf einer 5-stufigen Likert-Skala von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“ angeben. Für die Analysen wurden die beiden ersten und drei folgenden Kategorien zusammengefasst. Für die psychische Gesundheit wurden die beiden ersten Antwortkategorien der 5-stufigen Likert-Skala „ausgezeichnet“ und „sehr gut“ und die beiden letzten Antwortkategorien „weniger gut“ und „schlecht“ für die Auswertung zusammengefasst. Die dazwischenliegende Antwortkategorie „gut“ blieb unverändert. Dieses Vorgehen entspricht dem Vorgehen der Analysen der KIDA-Studie. Abgebildet werden Prävalenzen in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle (95 %-KI) nach Agresti und Coull (32) (Ergebnisse siehe Kapitel 5.3 und 5.4).

Aus fragebogenökonomischen Gründen kam, anders als in der ersten geKuJu-Befragung nur eine Frage zur Identifikation von chronischen Krankheiten oder lang andauernden gesundheitlichen Problemen zum Einsatz. Die Fragestellung ist adaptiert an die Frage der aktuellen Studienreihe „Gesundheit in Deutschland“ des RKIs (33). Aufgrund der Vorbefragung mit dem CSHCN Screener (34) und der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“) wurde ein Zeitraum von 12 statt 6 Monaten verwendet (Ergebnisse siehe Kapitel 5.7). Ergänzend

wurde der Grad der Behinderung des Kindes erhoben, wenn dieser vorhanden bzw. beantragt worden war (Ergebnisse siehe Kapitel 5.6).

#### 4.3.2 Fragen zur Gesundheitsversorgung des Kindes

Die Inanspruchnahme und das Schwierigkeitsempfinden pädiatrische, hausärztliche, fachärztliche, notfallmedizinische, zahnärztliche Versorgung und eine Behandlung im Krankenhaus sowie andere therapeutische Versorgungsleistungen zu bekommen wurde analog der Elternversion des Fragebogens Child Health Care - Satisfaction, Utilization and Needs (CHC SUN Teil 1) (35) erfasst. Die Auswahlliste zur vollständigen, teilweisen und nicht erfüllten Inanspruchnahme wurde ebenfalls aus Gründen der Fragebogenökonomie auf Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie / Sprachtherapie, psychologische Beratung / Psychotherapie gekürzt sowie um heilpädagogische Förderung ergänzt (Ergebnisse siehe Kapitel 5.8 und 5.9).

#### 4.3.3 Fragen zum Gesundheitsverhalten des Kindes

##### 4.3.3.1 *Bewegungsverhalten*

Neben dem Bewegungsumfang wurden die sportlichen Aktivitäten des Kindes und regionale Bewegungs- und Sportmöglichkeiten im Wohnumfeld und die Zufriedenheit damit in Anlehnung an den MoMo-Aktivitätsfragebogen (MoMo-AFB) sowie die Schwimmfähigkeit erfragt (36). Die Fragestellung zum Bewegungsumfang wurde auf Grundlage der Empfehlungen der WHO (37) und der Erfahrungen aus der KIDA-Studie verwendet. Diese Frage soll auch in zukünftigen Erhebungen zum körperlichen Aktivitätsverhalten im Kindes- und Jugendalter durch das Robert Koch Institut (RKI) eingesetzt werden. Darüber hinaus können die Daten mit den Daten der ersten geKuJu-Befragung verglichen werden. Die WHO-Bewegungsempfehlung gilt als erreicht, wenn mindestens sieben Stunden lebhaftere Bewegung pro Woche angegeben wurden (Ergebnisse siehe 5.10.1 bis 5.10.7).

##### 4.3.3.2 *Body-Mass-Index-Perzentile nach Kromeyer-Hauschild*

Zur Berechnung des BMI wurden die Größe und das Gewicht der Kinder erfragt. 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. bis 90. BMI-Perzentile“ und „> 90. BMI-Perzentile“ nach Kromeyer-Hauschild zugeordnet (38). 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 lag, wurden als übergewichtig und Kinder mit BMI-Werten unter der 10. Perzentile als untergewichtig betrachtet (Ergebnisse siehe Kapitel 5.10.8)

#### 4.3.3.3 *Ernährungsverhalten*

Die Verzehrhäufigkeit von zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken, Gemüse, Obst, Fertiggerichten und Fast-Food (Bratwurst, Currywurst, Hamburger oder Döner Kebab) in den letzten vier Wochen wurde vergleichbar mit den KIDA-Befragungen des RKIs (39) mit zusammengefassten Antwortkategorien erfragt, sodass auch eine Vergleichbarkeit mit den geKuJu-Daten aus 2023 möglich ist. Wird der Konsum von zuckerhaltigen Getränken ausgewählt, erfolgt die Folgefrage nach der Häufigkeit des Konsums von Energy-Drinks (z. B. Red Bull, Monster und Rockstar) (Ergebnisse siehe Kapitel 5.10.9).

Aufgrund der vorgefundenen längeren Stilldauer, während der COVID-19-Pandemie in der ersten geKuJu-Befragung (13) und des bekannten Einflusses der Stilldauer auf den Gesundheitsstatus, wurden Eltern mit Kindern unter drei Jahren nach der insgesamt und ausschließlichen Stilldauer gefragt. Die Fragestellung erfolgt in Anlehnung an die Studie für Kinder und Jugendliche in Deutschland (KiGGS) (Ergebnisse siehe Kapitel 5.10.10).

#### 4.3.3.4 *Mundgesundheitsverhalten und zahnärztliche Konsultation*

Die WHO schreibt: „Die Mundgesundheit umfasst physische, psychische, emotionale und soziale Dimensionen und ist ein integraler Bestandteil der allgemeinen Gesundheit und des Wohlbefindens. Mundgesundheit ist subjektiv, verändert sich dynamisch im Lebensverlauf und ermöglicht Essen, Sprechen, Lächeln und gesellschaftliche Partizipation ohne Unbehagen, Schmerzen oder Scham.“ (40) Diese Aussage trifft ohne Frage auch auf Kinder und Jugendliche zu, jedoch findet das Thema der Mundgesundheit in der Gesundheitsberichterstattung bislang wenig Beachtung (41). Daher wurde das Thema der Zahngesundheit neu in die geKuJu-2-Befragung aufgenommen. Die Fragen wurden in Analogie der Ernährungsstudien KiESEL verwendet (41). Die Antworten wurden hinsichtlich der Einhaltung der Empfehlungen der aktuellen Deutsche Gesellschaft für Präventivzahnmedizin ausgewertet (siehe Kasten) (42). Die Fragen beziehen sich auf die Häufigkeit des Zähneputzens und zahnärztlicher Kontrolluntersuchungen, das Alter bei der ersten zahnärztlichen Konsultation, die Verwendung von fluoridhaltiger Zahnpasta, die Art des verwendeten Speisesalzes und die Gabe von Fluoridtablette mit oder ohne Vitamin D im ersten Lebensjahr. In der Auswertung wurde sich an den altersabhängigen Empfehlungen orientiert,

dabei wurde in der Abfrage auf Mengenangaben und Zahndurchbruch bei jungen Kindern verzichtet (Ergebnisse siehe 5.10.11).

#### *Empfehlungen*

*Von der Geburt bis zum Zahndurchbruch sollen Säuglinge ein Supplement mit 400–500 I.E. Vitamin D und 0,25 mg Fluorid erhalten. Nach dem Zahndurchbruch soll das Kind behutsam und allmählich an das Zähneputzen herangeführt werden. Dabei soll entweder die Weiterführung der systemischen Fluoridanwendung (0,25 mg Fluorid und 400–500 I.E. Vitamin D) oder die Fluoridanwendung durch Zahnpasta mit 1000 ppm Fluorid (bis zu 2-mal täglich, jeweils bis zu 0,125 g, Reiskorngröße) gewählt werden; das Vitamin-D-Supplement wird bis zum zweiten erlebten Frühsommer weitergeführt. Ab 12 Monaten wird das 2-mal tägliche Zähneputzen mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta (1000 ppm Fluorid) für alle Kinder empfohlen, zunächst mit einer geringen Zahnpastamenge (jeweils bis zu 0,125 g, Reiskorngröße), ab 24 Monaten mit einer größeren Menge (jeweils bis zu 0,25 g, Erbsengröße).*

#### **4.3.3.5 Konsum von suchtauslösenden Substanzen**

Erfragt wurde der Gebrauch von Zigaretten, E-Zigarette, Tabakerhitzer etc., der Konsum von Alkohol, alkoholbedingte Rauscherfahrungen, der Konsum von Cannabis, Haschisch oder Marihuana und anderen Drogen, drogenbedingte Rauscherfahrungen sowie die Gabe von nicht ärztlich verordneter Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmitteln sowie von nicht ärztlich verordneten Medikamenten, die die Aufmerksamkeit steigern und / oder Hyperaktivität mildern. Als Antwortkategorien standen folgende Möglichkeiten zur Auswahl: „nein“, „ja, mindestens einmal im Leben“, „ja, mindestens einmal in den letzten 30 Tagen“, „weiß nicht“, sodass die Berechnung von Monats- und Lebenszeitprävalenzen der jeweiligen Substanz bzw. von alkohol- und drogenbedingter Rauscherfahrungen möglich sind. Der Gebrauch bzw. Konsum dieser Substanzen wurde für Kinder ab zehn Jahre erfragt (Ergebnisse siehe 5.10.12).

#### **4.3.3.6 Medienumgang**

Erhoben wurden die durchschnittlichen Bildschirmzeiten der Kinder, aus denen entsprechend den Empfehlungen der S2k Leitlinie zur Prävention dysreguliertem Bildschirmmediengebrauchs die dichotome Variable „empfohlene Bildschirmzeit überschritten“ mit den Ausprägungen „ja“ und „nein“ gebildet wurde. 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 (43).

Da reine Nutzungszeiten jedoch noch keine Aussage über ein etwaiges Suchtverhalten ermöglicht, sie können lediglich Indikator für einen exzessiven Gebrauch sein oder einen beginnenden Risikokonsum ankündigen, wurden die drei hauptsächlichen Verwendungszwecke für Bildschirmzeiten erfragt (Auswahl: „TV, Video, Streaming (z. B. Netflix)“, „Gaming/digitale Spiele“,

„Social Media (z. B. WhatsApp, TikTok)“, „keine“) und Screening-Instrumente in Abhängigkeit der gewählten Hauptnutzung eingesetzt. Mit der Streaming Disorder Scale for Parents (STREDIS-P) (44), der GAMing Disorder Scale for Parents (GADIS-P) (45) bzw. der Social Media Disorder Scale for Parents (SOMEDIS-P) (46) kann eine grobe Einschätzung eines problematischen oder pathologischen Umgangs mit Streaming, Computerspielen oder mit der Nutzung von sozialen Medien der Kinder erfolgen. Die drei Screening-Instrumente basieren auf ICD-11 Kriterien der jeweiligen Störung. Sie umfassen jeweils neun Symptomaussagen zur Priorisierung des Streamings, Gamings bzw. der Nutzung von Social Media (kurz: SGSM) vor anderen Aktivitäten, Fortsetzen des SGSM trotz negativer Konsequenzen, Kontrollverlust über das SGSM sowie eine Aussage über die zeitliche Dimension in den letzten zwölf Monaten („an einzelnen Tagen“, „längeren Phasen von Wochen oder Monaten“ oder „nahezu täglich“). Die Beantwortung erfolgt auf 5-stufigen Likert-Skalen von „stimme überhaupt nicht zu“ (0 Punkte) bis „stimme völlig zu“ (4 Punkte). Berechnet werden jeweils ein Summenscore für „kognitiv behaviorale Symptome“ (GADIS-P und SOMEDIS-P: Item 1, 2, 4, 5; STREDIS-P: Item 1,2,5) und ein Summenscore für „negative Konsequenzen“ (GADIS-P und SOMEDIS-P Item 3, 6, 7, 8, 9, STREDIS-P: Item 3, 4, 6, 7, 8, 9). Ist lediglich der Summenscore für „kognitiv behaviorale Symptome“ über dem Cut-off-Wert (GADIS-P > 9; SOMEDIS-P > 8; STREDIS-P > 6) deutet dies, laut Auswertungsvorschrift, auf eine riskante Nutzung hin, die ein erhöhtes Risiko für negative Konsequenzen aufgrund des jeweiligen Verhaltens indiziert. Summenscores für „negative Konsequenzen“ oberhalb des Cut-off-Wertes (GADIS-P > 5; SOMEDIS-P > 6; STREDIS-P > 9) liefern Hinweise auf das Bestehen unspezifischer psychischer Probleme, die weiter untersucht werden sollten. Sind beide Summenscores oberhalb der Cut-off-Werte und das Zeitkriterium zutreffend, d. h. das Verhalten erfolgt über längere Phasen oder nahezu täglich, kann dies hinweisgebend für eine pathologische Nutzung von SGSM sein, die weiter beobachtet bzw. abgeklärt werden sollte. Die Auswertung erfolgt für 10- bis 17-jährige Kinder, wenn maximal drei Angaben fehlten (Ergebnisse siehe Kapitel 5.10.13).

Die drei Screening-Instrumente (STREDIS-P, GADIS-P, SOMEDIS-P) wurden am Zentrum für Psychosoziale Medizin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) entwickelt und validiert.

Zur Motivation der befragungsteilnehmenden Personen die Online-Befragung bis zum Ende der Befragung zu beantworten, wurden Hinweise in Bezug auf einen unproblematischen, riskanten bzw. pathologischen Nutzung von Computerspielen, sozialen Medien bzw. Streaming-Diensten

bei der jeweiligen Fragestellung (STREDIS-P, GADIS-P oder SOMEDIS-P) in Aussicht gestellt und, wenn gewünscht am Ende der Befragung angezeigt. Die Rückmeldung basiert auf elterlichen Angaben und der Auswertungsanleitung der Screening-Instrumente analog zum scheinbar unproblematischen, riskanten und pathologischen Umgang mit sozialen Medien, digitalen Spielen bzw. Streaming-Diensten mit den zuvor beschriebenen Cut-off-Werten. Explizit wurde darauf hingewiesen, dass der Fragebogentests nur einen ersten Anhaltspunkt geben kann, jedoch keine fachliche Diagnose ersetzen kann.

#### 4.3.4 Soziodemografische Angaben

##### a) vom Kind:

Alter, Geschlecht (laut Eintrag in Geburtsurkunde), Art der Betreuungs- oder Bildungseinrichtung, vorwiegende Lebenssituation in den letzten vier Wochen (lebt im Haushalt „mit beiden Elternteilen“, „mit einem Elternteil ohne neue Partnerschaft“, „mit einem Elternteil mit neuer Partnerschaft“, „andere Familien- / Wohnform“). Bei der vorwiegenden Lebenssituation handelt es sich um die häufigsten Lebensformen in Deutschland (47) die auch in der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-Studie so zusammengefasst wurden (48).

##### b) von der Fragebogenausfüllenden Person:

Alltagssprache, Anzahl an Kinder unter 18 Jahre im Haushalt, der Bildungsgrad, finanzielle Situation (7-stufige Likert-Skala von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“).

Die Stichprobe ist in Kapitel 5.2 beschrieben. Wie in der ersten geKuJu-Befragung wurden die Eltern darüber hinaus um Angaben zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung und zur Gesundheitskompetenz gebeten, da sowohl die soziale Unterstützung als auch die Gesundheitskompetenz relevante Determinanten für die Gesundheit sind.

#### 4.3.5 Oslo-3-Items-Social- Support Scale

Soziale Unterstützung wurde mit der Oslo 3-Item Social Support Scale (OSS-3) (49) erhoben, ein in Europa gebräuchliches Inventar zur Messung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung. 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 werden 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 5.10.14).

#### 4.3.6 Health Literacy / Gesundheitskompetenz der Eltern

Die Gesundheitskompetenz wurde mit der Kurzform des European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q16) gemessen (50). 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.“*

Die Fragen des HLS-EU-Q16 wurden adaptiert an die Gesundheitskompetenz der Eltern in Bezug auf die Versorgung der Kinder wie bei der ersten geKuJu-Befragung. 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 des Summenscores wurden die Angaben dichotomisiert und anschließend die Werte dem Gesundheitskompetenz-Level entsprechend der Auswertungsempfehlung zugewiesen. Werte von 1 bis 8 wurden als „inadäquat“, Werte von 9 bis 12 als „problematisch“ und Werte von 13 bis 16 als „ausreichend“ kategorisiert (50). Befragten mit mehr als zwei fehlenden Werten wurde kein Summenscore zugewiesen (Ergebnisse siehe Kapitel 5.10.15).

#### 4.3.7 Methodische Zielgrößen

Neben den Rücklaufquoten der Haupt- und Nebenbefragung, wird die Anzahl an angefragten und an ausgefüllten Papierfragebögen genannt (Ergebnisse siehe Kapitel 5.1). Wurden Unterschiede zwischen Teilnehmenden der Haupt- und Nebenbefragung festgestellt, werden diese an entsprechender Stelle im Ergebnisteil dargestellt.

#### 4.3.8 Non-Responder-Befragung

Personen, 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 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? Antwortmöglichkeiten: „extrem schwierig“, „sehr schwierig“, „schwierig“, „etwas schwierig“, „gar nicht schwierig“ (Ergebnisse siehe Kapitel 6).

#### 4.4 Statistische Methoden

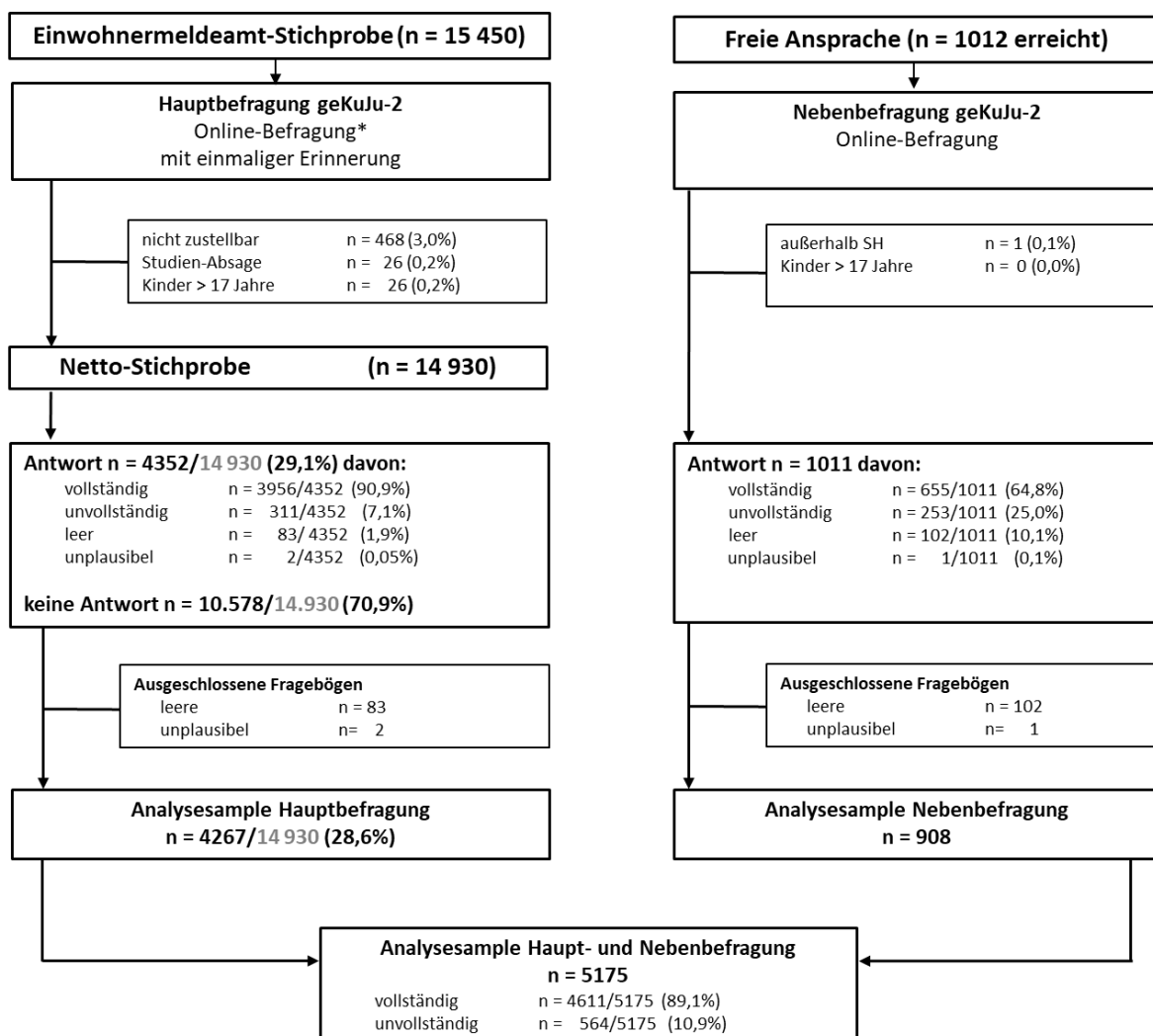
Zunächst erfolgt eine ausführliche deskriptive Analyse der erhobenen Versorgungsvariablen und anschließend explorative Assoziationsanalysen. Quantitative Daten werden durch Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) bzw. 95 %-Konfidenzintervalle (KI) der Mittelwerte oder durch absolute und relative Häufigkeiten in Prozent und 95 %-Konfidenzintervalle der Häufigkeit nach Agresti und Coull (32) berichtet. Konservativ wird bei einem nicht überlappenden 95 %-Konfidenzintervall von einem statistisch signifikanten Gruppen-Unterschied ausgegangen. Bei ausreichend großer Zellenbesetzung wurden Gruppen-Unterschiede explorativ auf statistische Unterschiede getestet, wobei der Chi-Quadrat-Test für ordinal und nominal skalierte Variablen und der t-Test für metrische Variablen verwendet wurde. Ein signifikanter Unterschied wird bei einem p-Wert von weniger als 0,05 angenommen. Aufgrund des explorativen Charakters der Studie wurde auf eine Adjustierung des Signifikanzniveaus für multiples Testen verzichtet.

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 jeweils die Anzahl der Angaben berichtet. Die Analysen wurden mit dem Statistikprogramm SPSS 22.0 durchgeführt.

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Rücklauf

Von den 15 450 versendeten Einladungsschreiben der Hauptbefragung konnten 468 (3,0 %) nicht zugestellt werden, 26 (0,2 %) kontaktierte Personen teilten aktiv ihre Nicht-Teilnahmebereitschaft mit und 26 (0,2 %) Fragebögen wurden ausgeschlossen, da die Kinder bereits 18 Jahre alt waren. Bei einer Nettostichprobe von somit 14 930 und 4352 angeklickten Fragebögen ergibt sich eine Reaktionsquote von 29,1 %. Im Folgenden wurden weitere 83 leere Fragebögen und zwei Fragebögen mit unplausiblen Angaben ausgeschlossen, was zu einer Rücklaufquote von 28,6 % führt (Abbildung 2). Die Angaben aus allen anderen vorliegenden Fragebögen der Hauptbefragung wurden in den Analysen berücksichtigt. Das waren 3956 (90,1 %) vollständig und 311 (7,1 %) unvollständig ausgefüllte Fragebögen.



\*Auf Nachfrage Zusendung eines Papierfragebogens (10 Papierfragebögen wurden angefordert, davon wurden 5 ausgefüllt zurück gesendet).

Abbildung 2: Flowchart

An der Nebenbefragung beteiligten sich 1011 Personen aus Schleswig-Holstein, 655 (64,8 %) füllten die Onlinebefragung vollständig und 253 (25 %) unvollständig aus. Der Anteil der leeren Fragebögen lag bei der Nebenbefragung mit 102 bei 10,1 % und mit unplausible Angaben mit einem bei 0,1 %.

Insgesamt standen somit Angaben von 5175 Kindern und Eltern für die Datenauswertung zur Verfügung, davon waren 4611 (89,1 %) Datensätze vollständig und 564 (10,9 %) unvollständig in Bezug auf die Pflichtfragen in der jeweiligen Altersgruppe bzw. nach Verzweigungen.

Die Onlinefragebögen wurden im Mittel in 21 Minuten ausgefüllt.

Zehn von 15 450 angeschriebenen Eltern der Hauptbefragung ließen sich einen Papierfragebogen mit frankiertem Antwortcouvert zusenden, davon schickten fünf Eltern den Papierfragebogen ausgefüllt zurück.

Die Rücklaufquoten der Hauptbefragung nach Kreisen und kreisfreien Städten unterschieden sich signifikant voneinander. Die höchste Rücklaufquote der Hauptbefragung wurde im Kreis Stormarn mit 34,4 % und die niedrigste in der kreisfreien Stadt Neumünster mit 21,6 % erzielt (Abbildung 3).

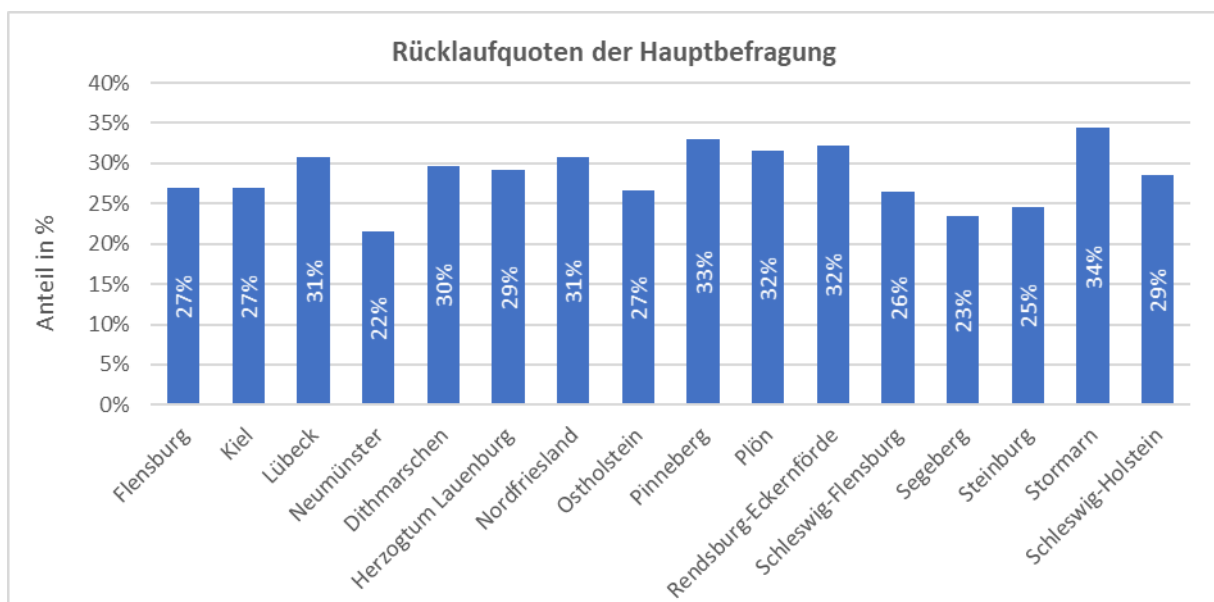


Abbildung 3: Rücklaufquoten nach Kreisen und kreisfreien Städten

Im Kreis Stormarn konnten darüber hinaus die meisten Eltern für die Nebenbefragung über Sozialrauminstitutionen gewonnen werden. In den kreisfreien Städten Neumünster und Flensburg sowie in den Kreisen Plön und Nordfriesland konnten jeweils weniger als zehn Eltern für die Nebenbefragung gewonnen werden (Abbildung 4).

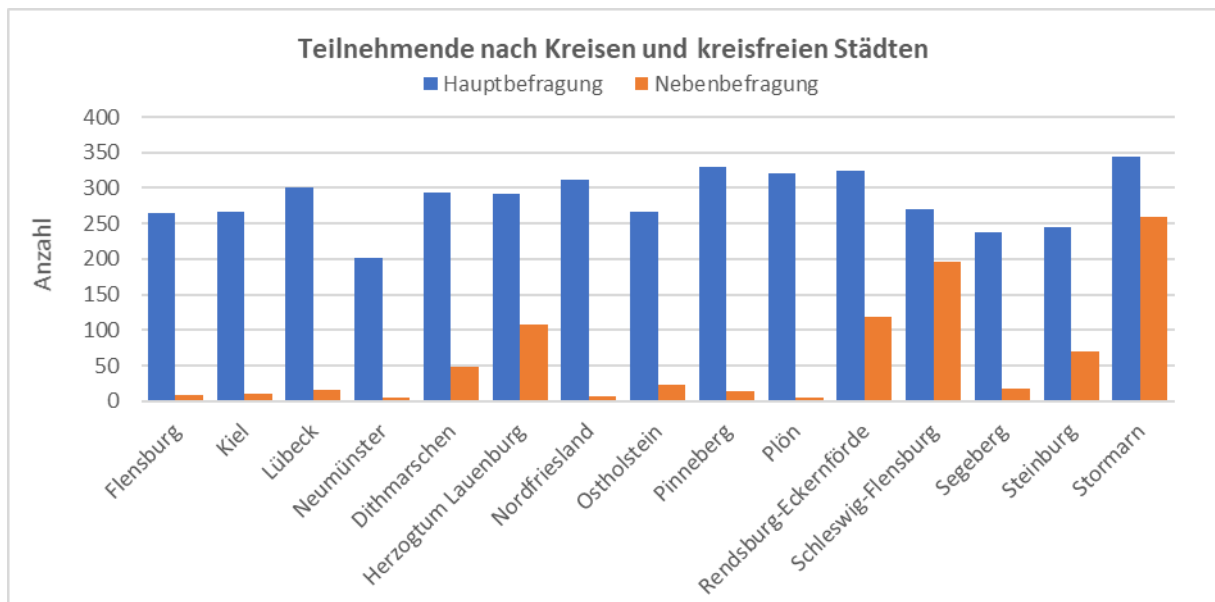


Abbildung 4: Absolute Anzahl an Befragungsteilnehmende nach Kreisen und kreisfreien Städten

## 5.2 Stichprobenbeschreibung

Die 5.175 eingeschlossenen Kinder und Jugendliche der Haupt- und Nebenbefragung waren im Mittel 8,8 (SD = 5,04) Jahre alt, davon waren 48,3 % weiblich und 51,6 % männlich. 63,9 % der Kinder lebten mit mindestens einem Geschwister im Haushalt. Mehr als vier Fünftel der Kinder lebten mit beiden Elternteilen im Haushalt. Für 8,1 % der Haushalte wurde eine nicht deutsche Alltagssprache angegeben. Als häufige andere Alltagssprachen wurden: Englisch (n = 82; 19,0 %<sup>4</sup>), Russisch (n = 58; 13,4 %<sup>4</sup>), Arabisch (n = 40; 9,3 %<sup>4</sup>), Ukrainisch (n = 36; 8,3 %<sup>4</sup>) und Dänisch (n = 31; 7,23 %<sup>4</sup>) genannt. Diese sprachspezifizierende Angabe war freiwillig und es war die Angabe von mehreren Sprachen möglich. Laut Statistischem Bundesamt sprechen 77 % der Bevölkerung zu Hause ausschließlich Deutsch, weitere 17 % nutzen neben Deutsch mindestens eine weitere Sprache.<sup>5</sup>

Eine Betreuungseinrichtung (Kinderkrippe, Kindergarten oder andere Betreuungseinrichtung) besuchen in der Altersgruppe der 1- bis 2-Jährigen 60,9 % (n = 184), von den 2- bis 3-Jährigen 86,2 % (n = 257) und von den 3- bis 6-Jährigen 98,6 % (n = 985). Von den 15- bis 17-Jährigen gingen 34,0 % (n = 276) zur Gemeinschaftsschule, 50,4 % (n = 409) zum Gymnasium, 8,9 % (n = 72) zur Berufsschule und 4,6 % (n = 37) zu einer anderen Einrichtung. 16 (2,0 %) Jugendliche der ältesten Altersgruppe gingen in keinerlei Betreuungs- oder Bildungseinrichtung.

<sup>4</sup> aller genannter Sprach-Angaben

<sup>5</sup> [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2025/PD25\\_08\\_p002.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2025/PD25_08_p002.html)

Soziodemografische Angaben der Kinder in der Haupt- und Nebenbefragung sind in Tabelle 2 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 die meisten Angaben.

Tabelle 2: Soziodemografische Angaben der Kinder

Merkmal	Ausprägung	alle		Nebenbefragung		Hauptbefragung	
		n	gültige % <sup>1</sup>	n	gültige % <sup>1</sup>	n	gültige % <sup>1</sup>
Altersgruppen	0-2 Jahre (AG 1)	798	15,4	157	17,3	641	15,0
	3-6 Jahre (AG 2)	1345	26,0	323	35,6	1022	24,0
	7-10 Jahre (AG 3)	1200	23,2	232	25,6	968	22,7
	11-13 Jahre (AG 4)	759	14,7	104	11,5	655	15,4
	14-17 Jahre (AG 5)	1073	20,7	92	10,1	981	23,0
	<i>fehlend</i>						
Alter in Jahren	MW (SD)	8,8 (5,0)		7,4 (4,4)		9,1 (5,1)	
Geschlecht	weiblich	2490	48,3	448	49,8	2042	48,0
	männlich	2660	51,6	451	50,1	2209	51,9
	divers / offen	4	0,1	1	0,1	3	0,1
	<i>fehlend</i>	21		8		13	
Anzahl Kinder im Haushalt	1 Kind	1869	36,1	325	35,8	1544	36,2
	2 Kinder	2400	46,4	444	48,9	1956	45,8
	3 Kinder	721	13,9	113	12,4	608	14,2
	≥4 Kinder	184	3,6	26	2,9	158	3,7
	<i>fehlend</i>	1				1	
Alltagssprache	deutsch	4270	91,9	649	97,0	3621	91,0
	andere	376	8,1	20	3,0	356	9,0
	<i>fehlend</i>	529		239		290	
Lebenssituation des Kindes	mit 2 Elternteilen	3838	82,6	560	83,7	3278	82,4
	mit 1 Elternteil	430	9,3	61	9,1	369	9,3
	mit 1 Elternteil + 1 Person <sup>2</sup>	271	5,8	37	5,5	234	5,9
	andere Familien- / Wohnform <sup>3</sup>	107	2,3	11	1,6	96	2,4
	<i>fehlend</i>	529		239		290	
Betreuungs- oder Bildungseinrichtung	Kinderkrippe	360	7,0	90	9,9	270	6,3
	Kindergarten	1268	24,5	309	34,1	959	22,5
	Grundschule	1210	23,4	229	25,2	981	23,0
	Gemeinschaftsschule	767	14,9	123	13,6	644	15,2
	Gymnasium	966	18,7	74	8,2	892	20,9
	Berufsschule	72	1,4	7	0,8	65	1,5
	andere Einrichtung	141	2,7	18	2,0	123	2,9
	keine	382	7,4	57	6,2	325	7,6
	<i>fehlend</i>	9		1		8	

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

<sup>2</sup> Anmerkung: lebt mit einem Elternteil, welches in einer neuen Partnerschaft ist

<sup>3</sup> auch institutionalisierte Kinder und Kinder aus Pflegefamilien ohne Sperrvermerk im Datensatz enthalten

\*Abweichungen von 100% sind methodisch rundungsbedingt möglich: MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Diejenigen Elternteile, die den Fragebogen ausfüllten, waren zu 82,7 % weiblich und im Mittel 41,0 Jahre alt. Die meisten Teilnehmenden verfügten über eine hohe Schulbildung (64,6 %). Soziodemografische Angaben der Eltern in der Haupt- und Nebenbefragung sind in Tabelle 3 beschrieben.

Tabelle 3: Soziodemografische Angaben der Eltern

Merkmal	Ausprägung	alle		Nebenbefragung		Hauptbefragung	
		n	gültige % <sup>1</sup>	n	gültige % <sup>1</sup>	n	gültige % <sup>1</sup>
Altersgruppen	15 < 35 Jahre	884	19,0	151	22,5	733	18,4
	35 < 45 Jahre	2348	50,5	383	57,2	1965	49,3
	45 < 55 Jahre	1233	26,5	119	17,8	1114	28,0
	55 < 72 Jahre	188	4,0	17	2,5	171	4,3
	<i>fehlend</i> <sup>2</sup>	522		238		284	
Alter in Jahren	MW (SD)	41,0 (7,5)		39,3 (6,6)		41,3 (7,6)	
Geschlecht	weiblich	3837	82,7	602	90,1	3.235	81,4
	männlich	803	17,3	65	9,7	738	18,6
	offen/divers	1		1			
	<i>fehlen</i>	534		240		294	
Schulbildung	niedrig	412	8,9	69	10,3	343	8,6
	mittel	1236	26,6	171	25,5	1065	26,7
	hoch	3006	64,6	430	64,2	2576	64,7
	<i>fehlen</i>	521		238		283	
Finanzielle Situation	sehr gut	1048	22,6	151	22,6	897	22,6
	gut	1926	41,5	259	38,8	1667	41,9
	relativ gut	1368	29,5	208	31,1	1160	29,2
	relativ schlecht	215	4,6	34	5,1	181	4,6
	schlecht	64	1,4	13	1,9	51	1,3
	sehr schlecht	24	0,5	3	0,4	21	0,5
	<i>fehlen</i>	530				290	

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

<sup>2</sup> Anmerkung: lebt mit einem Elternteil, welches in einer neuen Partnerschaft ist

<sup>3</sup> auch institutionalisierte Kinder und Kinder aus Pflegefamilien ohne Sperrvermerk im Datensatz enthalten

\*Abweichungen von 100 % sind methodisch rundungsbedingt möglich

### 5.2.1 Unterschiede zwischen den Teilnehmenden der Haupt- und Nebenbefragung

Die Geschlechterverteilung der Kinder der Haupt- und Nebenbefragung unterschied sich nicht signifikant voneinander. Kinder der Hauptbefragung waren gegenüber Kindern der Nebenbefragung signifikant älter (MW = 9,1; SD = 5,11 vs. MW = 7,4; SD = 4,44;  $p < 0,001$ ). Während der Anteil an Kindern bis neun Jahre in der Nebenbefragung signifikant größer war als in der Hauptbefragung (66,1 % vs. 50,9 %), war der Anteil an älteren Kindern kleiner (33,9 % vs. 49,1 %) ( $p < 0,001$ ). Dieser Unterschied dürfte sich aus der Rekrutierung der Nebenbefragung erklären, so war ein Drittel der teilnehmenden Personen in Kindertagesstätten auf die Befragung aufmerksam geworden. Entsprechend waren auch die teilnehmenden Eltern der Hauptbefragung

signifikant älter als die der Nebenbefragung (41,3 (SD = 7,58) vs. 39,3 (SD = 6,56);  $p < 0,001$ ). Der Anteil der teilnehmenden männlichen Elternteile der Hauptbefragung lag mit 18,6 % fast doppelt so hoch wie bei denen der Nebenbefragung mit 9,7 %. Auch dieser Unterschied war signifikant ( $p < 0,001$ ). Darüber hinaus gaben in der Hauptbefragung signifikant mehr Personen als in der Nebenbefragung als Alltagssprache Deutsch an (97 % vs. 91 %;  $p < 0,001$ ).

Hinsichtlich des Bildungsstands der Eltern, der familiären Lebenssituation und der Einschätzung der finanziellen Situation wurden keine signifikanten Unterschiede der Teilnehmenden beider geKuJu-2-Befragungen ermittelt.

Da sich sowohl die Anzahl der rekrutierten Personen der Nebenbefragung nach Kreisen (siehe orange Balken Abbildung 4) als auch die Soziodemografie zwischen den Teilnehmenden der Haupt- und Nebenbefragung unterscheidet, **erfolgen die beschreibenden Analysen primär für die Teilnehmenden der Hauptbefragung, also für jene, die über die Einwohnermeldeamt-Stichprobe per Zufall gewonnen wurden.** Dieses Vorgehen ermöglicht eine bessere Vergleichbarkeit mit Daten der ersten geKuJu-Befragung, da soziodemografische Angaben der geKuJu-1-Befragung und der geKuJu-2-Hauptbefragung weitestgehend ähnlich sind (siehe Anhang Tabelle 10 und Tabelle 11). Auf eine Gewichtung der Angaben wurde verzichtet, stattdessen werden stratifizierte Werte z. B. nach Geschlecht, Altersgruppen, Kreisen etc. dargestellt. Nähere Erläuterungen dazu finden sich in Kapitel 8.11 diskutiert.

### 5.3 Allgemeiner Gesundheitszustand

Laut Elternangaben verfügten 92,1 % (geKuJu-1: 90,3 %) der Kinder über einen guten bis sehr guten allgemeinen Gesundheitszustand, 7,9 % (geKuJu-1: 9,8 %) der Eltern berichteten über einen mittelmäßigen bis sehr schlechten Gesundheitszustand ihres Kindes (Abbildung 5). Damit wird der allgemeine Gesundheitszustand im Jahr 2025 etwas besser eingeschätzt als in der geKuJu-1-Befragung.

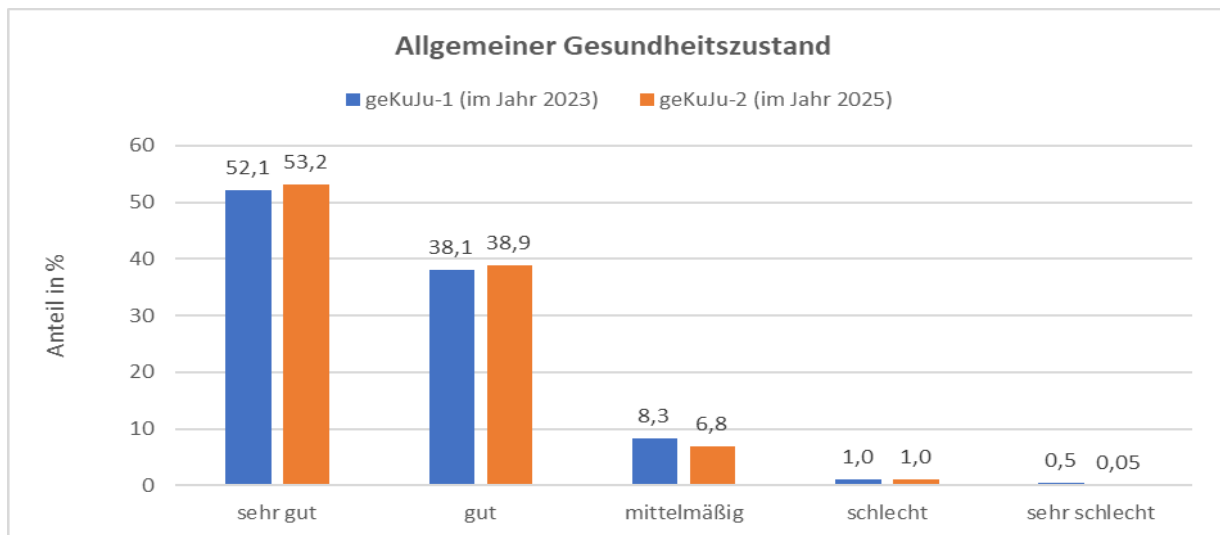


Abbildung 5: Allgemeiner Gesundheitszustand (geKuJu-1: n = 2301, 2025: n = 4097; Abweichungen von 100 % sind methodisch rundungsbedingt möglich)

Für Mädchen gaben Eltern häufiger einen sehr guten oder guten allgemeinen Gesundheitszustand an als für Jungs (93,0 % vs. 91,3 %,  $p = 0,045$ ) (Abbildung 6). Der Anteil an Kindern mit einem sehr guten oder guten allgemeinen Gesundheitszustand verringerte sich von Altersgruppe zu Altersgruppe, für die älteste Altersgruppen war dieser Anteil signifikant kleiner als in allen anderen Altersgruppen (Abbildung 7).

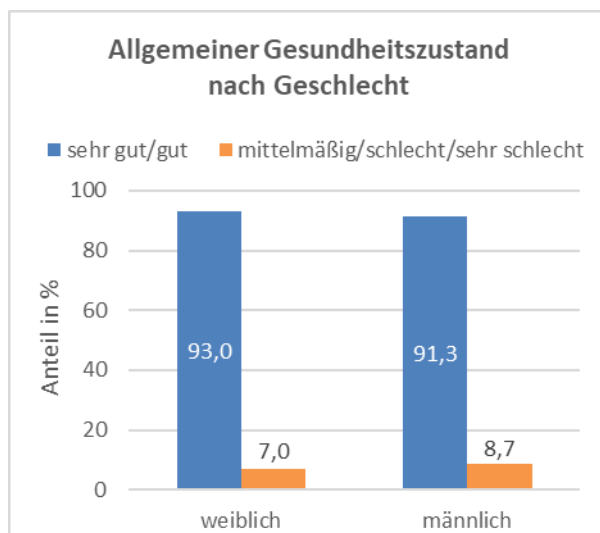


Abbildung 6: Allgemeiner Gesundheitszustand nach Geschlecht (n = 4085, ohne Geschlecht divers oder offen)

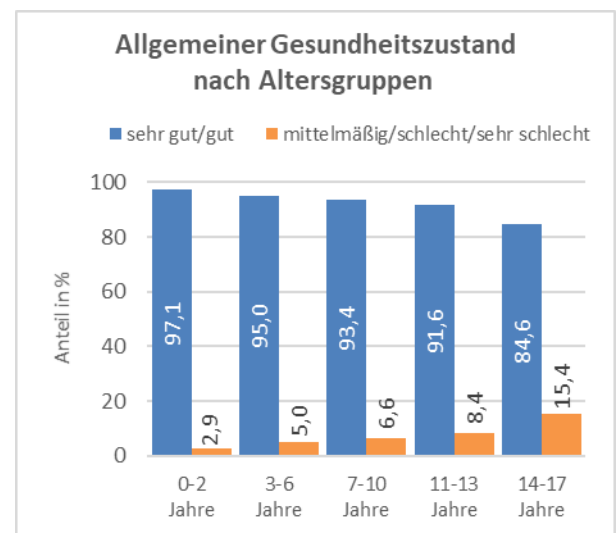


Abbildung 7: Allgemeiner Gesundheitszustand nach Altersgruppen (n = 4097)

Der Anteil an Kindern mit einem guten bis sehr guten allgemeinen Gesundheitszustand war bei Grundschulkindern mit 93,4 % (95 %-KI: 91,6 %-94,9 %) am größten. Kinder an Gymnasien wiesen mit 91,4 % (95 %-KI: 89,3 %-93,0 %) im Vergleich zu Kindern an Gemeinschaftsschulen mit 85,1 % (95 %-KI 82,0 %-87,7 %) und zu Jugendlichen an Berufsschulen mit 79,7 % (95 %-KI

68,1 %-87,9 %) den signifikant größten Anteil an Kindern mit einem guten bis sehr guten allgemeinen Gesundheitszustand auf (Abbildung 8).

Des Weiteren zeigte sich ein signifikant größerer Anteil an Kindern mit gutem bis sehr gutem allgemeinen Gesundheitszustand in Haushalten mit beiden Elternteilen als in allen anderen zur Verfügung stehenden Auswahlkategorien zur vorwiegenden Lebenssituation (93,4 % (95 %-KI: 92,5 %-94,1 %)) (Abbildung 9). Während sich der Anteil an Kindern mit gutem bis sehr gutem allgemeinen Gesundheitszustand mit einem Elternteil kaum von dem der Kinder aus Haushalten mit einem Elternteil und einer weiteren Person unterschied (87,8 % (95 %-KI: 84,0 %-90,8 %) vs. 87,2 % (95 %-KI: 82,2 %-90,9 %)), wurde für Kinder aus anderen Familien- und Wohnformen ein deutlich kleinerer Anteil an Kindern mit gutem bis sehr gutem allgemeinen Gesundheitszustand angegeben (80,2 % (95 %-KI: 71,1 %-87,0 %)).

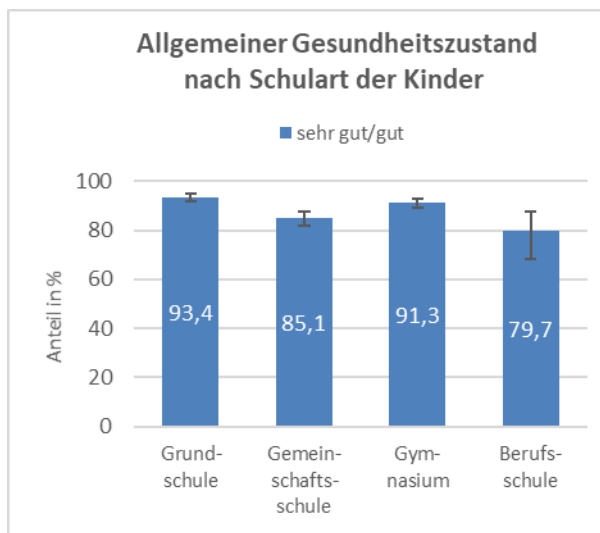


Abbildung 8: Allgemeiner Gesundheitszustand nach Schulart (nur Kinder mit diesen Schularten  $n = 2469$ )

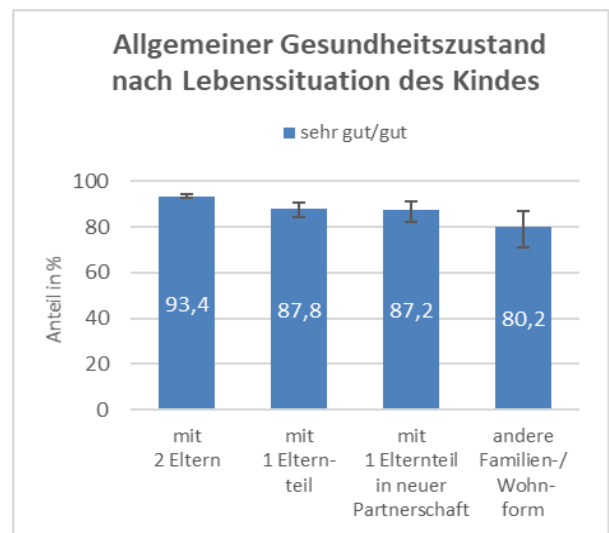


Abbildung 9: Allgemeiner Gesundheitszustand nach Lebenssituation des Kindes ( $n = 3977$ )

## 5.4 Psychische Gesundheit

72,1 % (geKuJu-1: 67,9 %) der Eltern schätzen die psychische Gesundheit ihres Kindes als sehr gut oder ausgezeichnet ein, gut ein Fünftel (21,9 %; geKuJu-1: 21,9 %) als gut und 6,1 % (geKuJu-1: 9,2 %) als weniger gut oder schlecht (Abbildung 10).

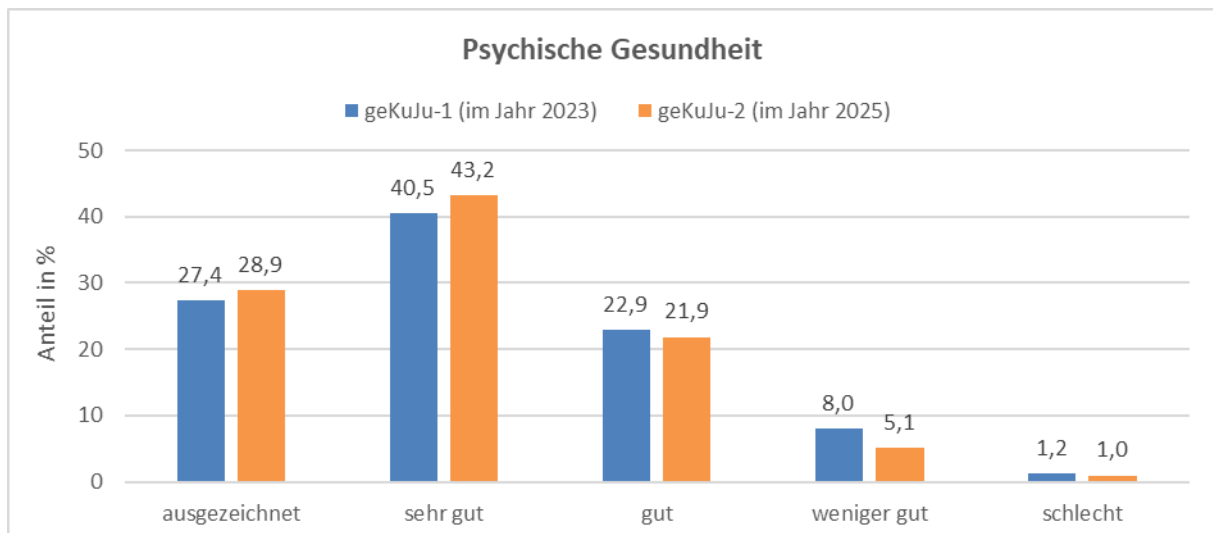


Abbildung 10: Psychische Gesundheit (2025: n = 4097, geKuJu-1: n = 2296; Abweichungen von 100 % sind methodisch rundungsbedingt möglich)

Für die psychische Gesundheit bestand kein signifikanter Unterschied in Bezug auf das Geschlecht der Kinder (Abbildung 11).

Der Anteil an Kindern mit einer sehr guten bis ausgezeichneten allgemeinen psychischen Gesundheit verringerte sich von Altersgruppe zu Altersgruppe signifikant (AG 1: 95,2 % (95 %-KI: 93,2 %-96,6 %); AG 2: 83,5 % (95 %-KI: 81,1 %-85,7 %); AG 3: 69,2 % (95 %-KI: 66,1 %-72,1 %); AG 4: 61,0 % (95 %-KI: 57,2 %-64,8 %); AG 5: 54,9 % (95 %-KI: 51,7 %-58,1 %)) (Abbildung 12).

In der Altersgruppe der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen wurde mit 14,2 % (95 %-KI: 12,1 %-16,6 %) der größte Anteil an Kindern mit weniger guter/schlechter psychischer Gesundheit berichtet.

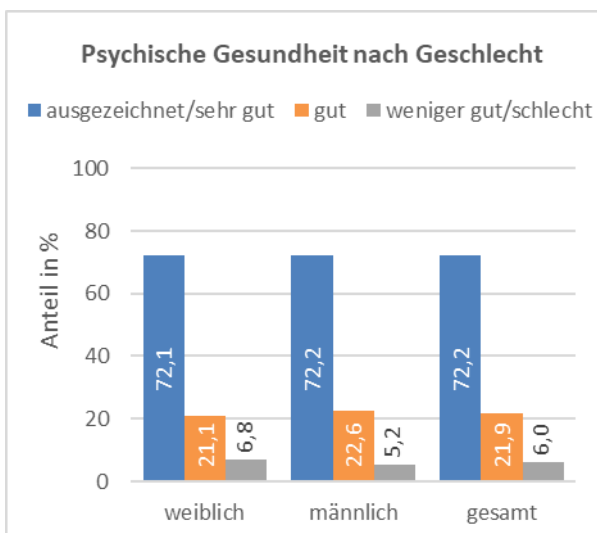


Abbildung 11: Psychische Gesundheit nach Geschlecht (n = 4085)

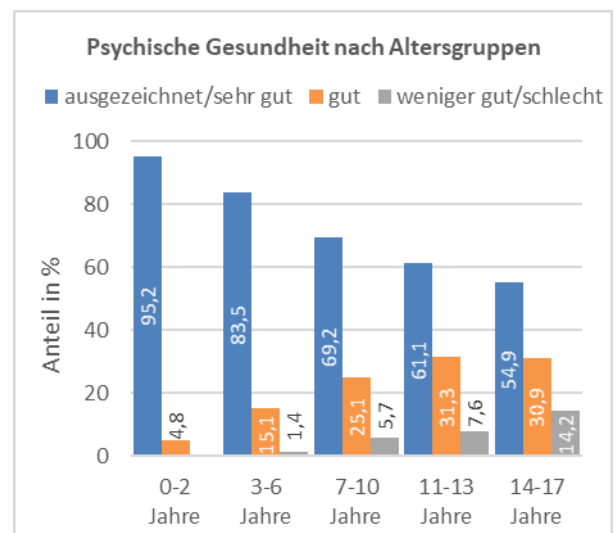


Abbildung 12: Psychische Gesundheit nach Altersgruppen (n = 4097)

Für Kinder an Grundschulen berichteten Eltern den größeren Anteil an Kindern mit einer sehr guten bis ausgezeichneten allgemeinen psychischen Gesundheit (70,4 % (95 %-KI: 67,4 %-73,2 %)), der signifikant größer als an Gemeinschaftsschulen (54,6 % (95%-KI: 50,6 %-58,5 %)) und Gymnasien war. Auch wurde der Anteil an Kindern mit einer besseren psychischen Gesundheit an Gymnasien (61,4 % (95 %-KI: 58,1 %-64,6 %)) größer als an Gemeinschaftsschulen. Berufsschüler und Berufsschülerinnen wiesen mit 48,4 % den kleinsten Anteil an Kindern mit sehr guter bzw. ausgezeichneter psychischer Gesundheit und mit 15,6 % den größte Anteil an Kindern mit weniger guter bzw. schlechter psychischer Gesundheit auf (Abbildung 13).

Für ca. drei Viertel (64,1 % (95 %-KI: 62,1 %-66,0 %)) der Kinder, die am Schulsport teilnahmen, berichteten Eltern eine sehr gute bis ausgezeichnete psychische Gesundheit. Bei Kindern ohne Schulsport-Teilnahme gaben dies 41,8 % (95 %-KI: 32,5 %-51,7 %) an. Bei fehlender Schulsport-Teilnahme aber dem Wunsch einer Teilnahme äußerten 38,2 % (95 %-KI:23,9 %-55,0 %) eine sehr gute bis ausgezeichnete psychische Gesundheit. Mit 32,4 % (95 %-KI: 19,0 %-49,2 %) war der Anteil an Kindern mit einer weniger guten bis schlechten psychischen Gesundheit in der letztgenannten Gruppe mehr als viermal so hoch und damit auch signifikant größer als bei Kindern mit Schulsport-Teilnahme (7,4 % (95 %-KI: 6,4 %-8,5 %)) (Abbildung 14). Gründe für die fehlende Teilnahme am Sportunterricht waren nicht erfragt worden.

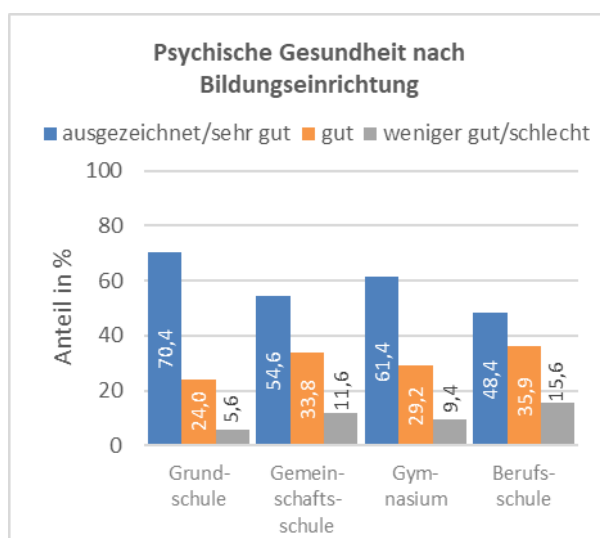


Abbildung 13: Psychische Gesundheit nach Bildungseinrichtung (n = 3984)

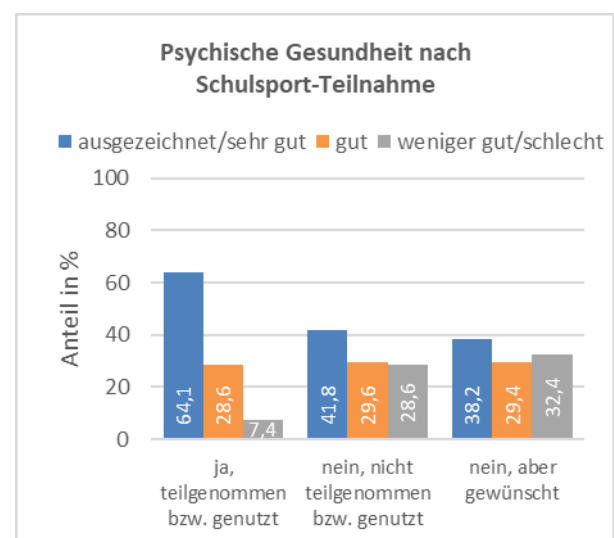


Abbildung 14: Psychische Gesundheit nach Teilnahme am Schulsport (n = 2439)

Der Anteil an Kindern mit einer sehr guten bis ausgezeichneten allgemeinen psychischen Gesundheit war bei Eltern mit hoher Schulbildung (76 % (95 %-KI: 74,3 %-77,6%)) signifikant größer als bei Kindern von Eltern mit mittlerer (65,0 % (95 %-KI:62,1 %-67,8 %)) oder niedriger Schulbildung (66,2 % (95 %-KI:61,0 %-71,0 %)) (Abbildung 15).

Für gut drei Viertel der Kinder, die mit beiden Elternteilen zusammenleben, gaben Eltern eine sehr gute bis ausgezeichnete psychische Gesundheit an (76,6 % (95 %-KI: 75,1 %-78,0 %)). Für die Kinder, die mit einem Elternteil (52,8 % (95%-KI: 47,7 %-57,9 %)) oder mit einem Elternteil und einer weiteren Person zusammenleben (47,4 % (95 %-KI: 41,1 %-53,8 %)), trifft dies für rund die Hälfte der Kinder zu und damit für signifikant weniger Kinder als für Kinder, die mit beiden Elternteilen zusammenleben. Für Kinder in anderer Familien- oder Wohnform wurde mit 18,7 % (95 %-KI: 12,1 %-27,8 %) der größte Anteil mit weniger guten oder schlechter psychischer Gesundheit berichtet (Abbildung 16).

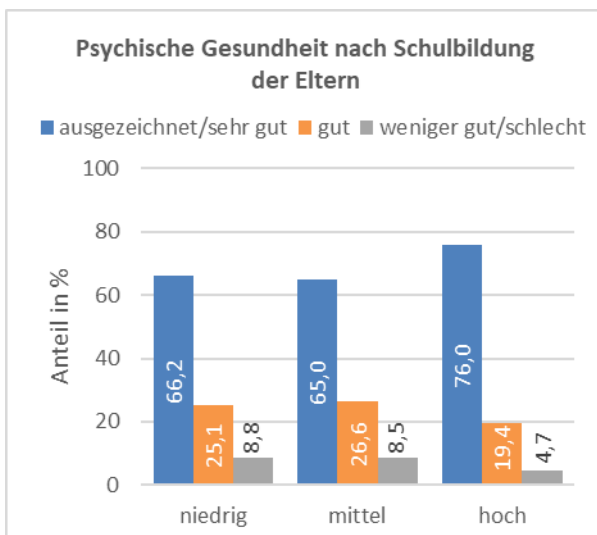


Abbildung 15: Psychische Gesundheit nach Schulbildung der Eltern (n = 3984)

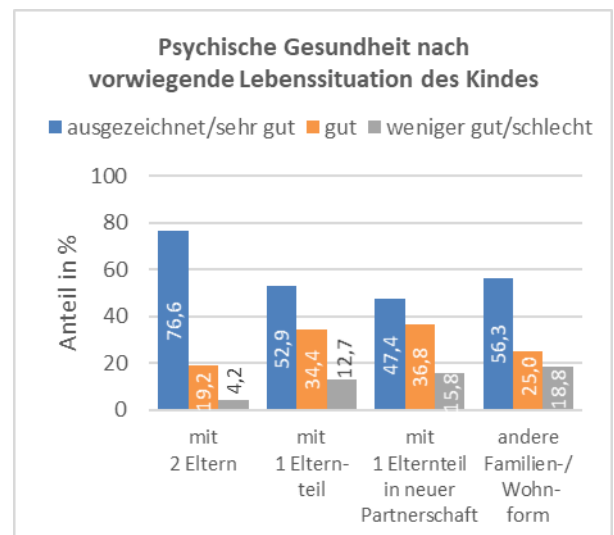


Abbildung 16: Psychische Gesundheit nach vorwiegende Lebenssituation des Kindes (n = 3977)

## 5.5 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 77,5 (SD = 11,8).

Der internationale T-Wert des KIDSCREENS (basierend auf RASCH PP) der 8- bis 17-jährigen Kinder lag bei 52,7 (SD = 9,78). Kategorisiert man nach Reiß et al. T-Werte  $\leq 42,22$  als „niedrige“,

T-Werte 41,23 – 58,9 als „mittlere“ und T-Wert  $\geq 58,92$  als „hohe“ gesundheitsbezogene Lebensqualität (51), so wiesen danach 12,1 % eine niedrige, 64,6 % eine mittlere und 23,3 % eine hohe gesundheitsbezogene Lebensqualität auf.

Im Vergleich zu Vorbefragungen waren der Werte für die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität der 8- bis 17-Jährigen in Schleswig-Holstein aktuell höher als bei der geKuJu-1-Befragung aus dem Jahr 2023 (MW = 75,9 (SD = 12,3)) und der CorJu\_1-Studie aus 2022 (M = 73,8 (SD=13,4)) und höher als bei der ABCDEF-Onlinestudie aus 2021 (MW = 71,7 (SD = 14,0)), wobei sich regionale Unterschiede zwischen der ersten und zweiten geKuJu-Befragung zeigen (Abbildung 17).

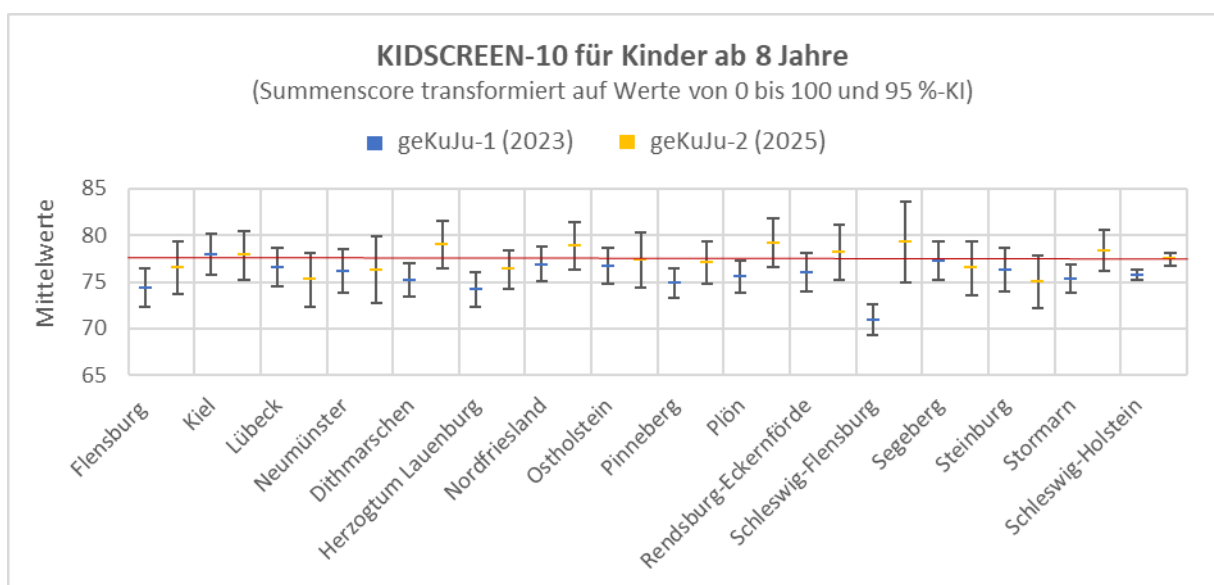


Abbildung 17: KIDSCREEN-10-Summenwerte transformiert auf Werte 0-100 und 95 %-KI der Mittelwerte (n = 2229)

Während die Werte für die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität für Mädchen, für 12- bis 17-jährige Jugendliche sowie bei Kindern mit Eltern mit mittlerer und hoher Schulbildung bei der geKuJu-2-Befragung signifikant höher waren als bei der geKuJu-1-Befragung, unterschieden sich die Lebensqualitätswerte beider Befragungen für die Jungen und bei den 8- bis 11-jährigen Kindern nicht signifikant (Tabelle 4).

In Tabelle 5 sind Werte für die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität in der untersuchten Gesamtgruppe und in Subgruppen gegenübergestellt. Während sich die Werte für die Lebensqualität in Bezug auf Geschlecht und Alltagssprache nicht signifikant unterschieden, waren die Lebensqualitätswerte der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen signifikant niedriger als

Tabelle 4: Vergleich der KIDSCREEN-Summenwerte (transformiert auf Werte von 0-100; Elternangaben) für geKuJu-1- und geKuJu-2-Befragung nach Geschlecht und Altersgruppen der Kinder sowie nach Gesundheitskompetenz der Eltern

Merkmal	Ausprägung	KIDSCREEN-Summenwerte		p-Wert
		geKuJu-1	Hauptbefragung geKuJu-2	
		M (SD)	M (SD)	
	gesamt	75,88 (12,31)	77,46 (11,82)	< 0,001
Geschlecht Kindes	weiblich	75,01 (12,50)	77,22 (11,90)	< 0,001
	männlich	76,74 (12,08)	77,83 (11,58)	0,061
Altersgruppe	8-11 Jahre	77,42 (11,15)	78,45 (10,68)	0,096
	12-17 Jahre	74,76 (13,23)	76,82 (12,45)	< 0,001
Schulbildung Eltern	niedrig	74,96 (13,94)	76,98 (13,13)	0,345
	mittel	75,41 (13,31)	77,08 (12,44)	0,048
	hoch	75,96 (11,89)	77,85 (11,11)	< 0,001

für 8- bis 11-jährige Kinder und von Kindern mit einer chronischen Erkrankung niedriger als ohne eine solche. Kinder, für die ein Grad der Behinderung (GdB) beantragt bzw. festgestellt worden war, wiesen signifikant niedrigere Werte für die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität auf als Kinder ohne einen GdB. In Bezug auf die vorwiegende Lebenssituation der Kinder wurden für Kinder, die mit beiden Elternteilen leben signifikant bessere Lebensqualität

Tabelle 5: KIDSCREEN-Summenwerte (transformiert auf Werte von 0-100; Elternangaben) für Stichprobe und Subgruppen

Merkmal	Ausprägung	M	(SD)	p-Wert	[95 %-KI]
	gesamt	77,46	(11,82)		
Geschlecht Kind	weiblich	77,22	(11,90)	0,221	
	männlich	77,83	(11,58)		
Altersgruppe	8-11 Jahre	78,45	(10,68)	0,001	
	12-17 Jahre	76,82	(12,45)		
Alltagssprache	deutsch	77,45	(11,54)	0,408	
	andere	78,27	(13,47)		
Chronische Erkrankung	nein	79,82	(10,39)	< 0,001	
	ja	71,28	(12,93)		
GDB	ja	69,51	(15,05)		[66,17; 72,83]
	nein, aber beantragt	62,03	(13,27)	< 0,001	[54,96; 69,10]
	nein	77,95	(11,41)		[77,46; 78,43]
Vorwiegende Lebenssituation des Kindes	mit 2 Elternteilen	78,37	(11,49)	< 0,001	[77,82; 78,93]
	mit 1 Elternteil	75,33	(11,97)		[73,86; 76,81]
	mit 1 Elternteil + 1 Person	75,19	(11,34)		[73,58; 76,80]
	andere Lebens-/Wohnsituation	71,98	(14,20)		[68,51; 75,44]
Gesundheitskompetenz der antwortenden Person	inadäquat	70,38	(14,29)	< 0,001	[67,78; 72,99]
	problematisch	73,39	(12,57)		[72,16; 74,63]
	ausreichend	79,07	(10,83)		[78,54; 79,59]
Schulbildung der antwortenden Person	niedrig	76,98	(13,14)	0,312	[75,19; 78,78]
	mittel	77,09	(12,44)		[76,13; 78,05]
	hoch	77,85	(11,11)		[77,25; 78,45]
Finanzielle Situation	sehr gut/gut/relativ gut	77,81	(11,50)	< 0,001	
	relativ schlecht/schlecht/sehr schlecht	73,16	(14,14)		

angegeben als für Kinder die mit einem Elternteil leben bzw. mit einem Elternteil und einer weiteren Person oder in einer anderen Lebens- oder Wohnform. Auch für Kinder von Eltern mit inadäquater oder problematischer Gesundheitskompetenz wurden im Vergleich zu Kindern von Eltern mit einer ausreichenden Gesundheitskompetenz signifikant niedrigere Werte für die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder berichtet. Darüber hinaus äußerten Eltern, die eine schlechte bis sehr schlechte finanzielle Situation angaben, eine signifikant schlechtere gesundheitsbezogene Lebensqualität für ihr Kind, als Eltern in besserer finanzieller Situation. Hinsichtlich Schulbildung der Eltern zeigten sich keine signifikanten Unterschiede der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder bei der geKuJu-2-Befragung.

## 5.6 Kinder mit einem Grad der Behinderung (GdB)

Der Grad der Behinderung gibt das Ausmaß körperlicher, geistiger oder seelischer Beeinträchtigungen an, die die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate einschränken können. Der Umfang der Einschränkung wird mit dem GdB in Zehnergraden von 20 bis 100 beschrieben. Der GdB wird beim zuständigen Versorgungsamt auf Antrag festgestellt. Er beruht nicht nur auf der Diagnose.

Laut Angaben der Eltern der geKuJu-2-Befragung war bei 2,6 % (n = 107) der Kinder ein GdB festgestellt worden, für weitere 0,6 % (n = 24) der Kinder war ein GdB beantragt worden. Von den Mädchen hatten 2,2 % (n = 42) und von den Jungen 3,1 % (n = 64) einen GdB. Darüber hinaus hatte eins der drei diversen Kinder einen GdB. Abbildung 18 visualisiert die Anzahl der Kinder nach GdB und Geschlecht.

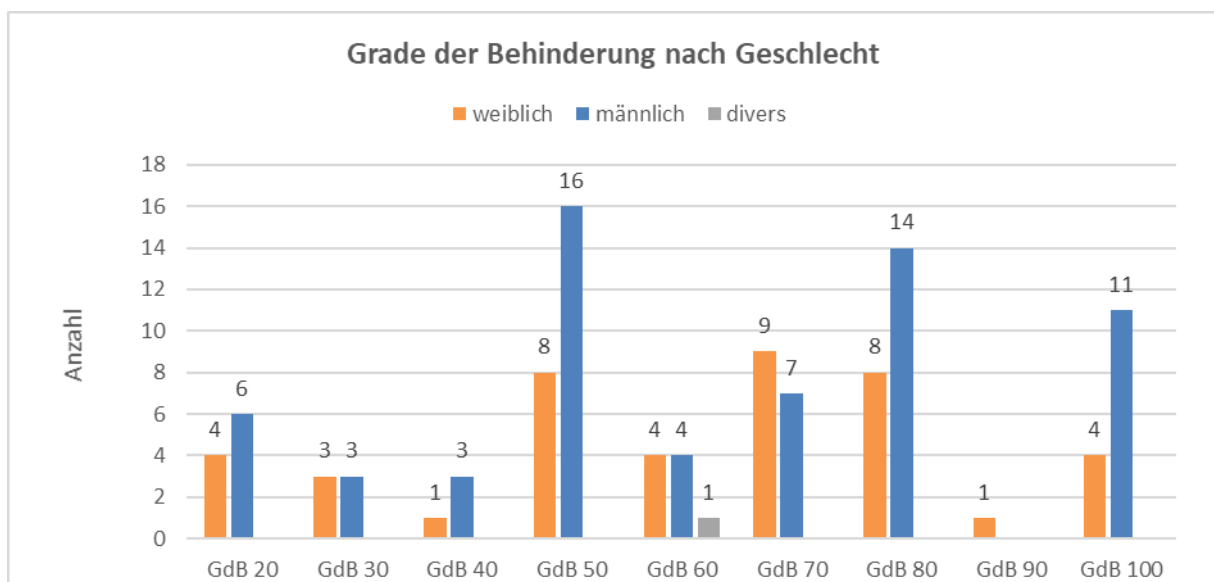


Abbildung 18: Grade der Behinderung nach Geschlecht (bei 107 von 4090 Kindern)

## 5.7 Kinder mit chronischer Erkrankung

Anders als bei der ersten geKuJu-Befragung war zur Identifikation des Anteils an chronisch kranken Kindern nicht der CSHCN-Screener verwendet worden, mit dem bei 22,5 % der Kinder ein erhöhter Versorgungsbedarf ermittelt worden war und damit diese Kinder als chronisch krank definierte, sondern die folgende Frage gestellt worden: „Hat Ihr Kind eine chronische Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem? Gemeint sind körperliche und psychische Krankheiten oder Verhaltensauffälligkeiten, die mindestens 12 Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden.“ Nach Angaben der Eltern bestand bei 21,3 % (n = 872) der 0- bis 17-jährigen Kinder eine chronische Erkrankung. 177 Eltern machten zu dieser Frage keine Angabe.

Der Anteil an chronisch kranken Kindern war bei Jungen signifikant größer als bei Mädchen, (23,5 % (95 %-KI: 21,8 %-25,4 %) vs. 18,8 % (95 %-KI: 17,1 %-20,6 %)) (Abbildung 19). Der Anteil an chronisch kranken Kindern nahm von 9,0 % (95 %-KI: 7,0 %-11,5 %) in der jüngsten Altersgruppe bis 30,5 % (95 %-KI: 27,6-33,5 %) in der ältesten Altersgruppe zu (Abbildung 20). Daneben unterschieden sich auch jeweils der Anteil an chronisch kranken Kindern in den drei jüngsten Altersgruppen signifikant.

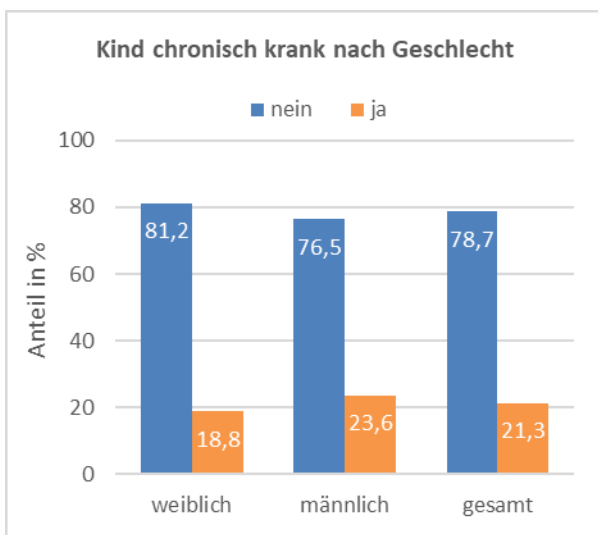


Abbildung 19: Anteil an chronisch kranken und nicht chronisch kranken Kindern (n = 4090)

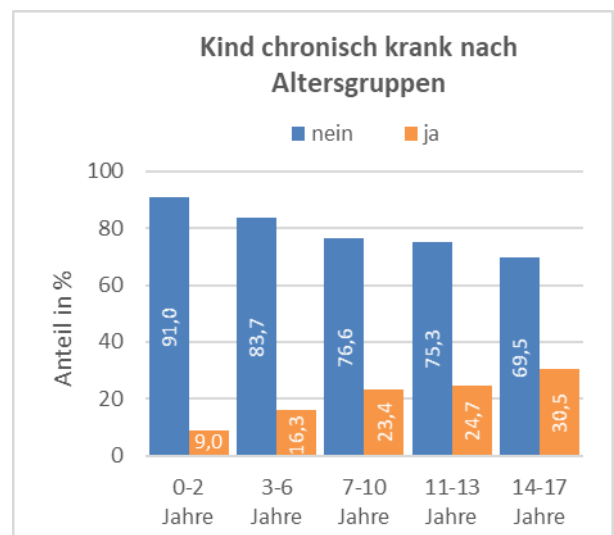


Abbildung 20: Anteil an chronisch kranken Kindern nach Altersgruppen (n = 4090)

## 5.8 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (außer zahnmedizinische)

In den letzten zwölf Monaten vor der Befragung (Jahre 2024/25) wurde mindestens einmal

- für 80,3 % (geKuJu-1: 79,7 %) der Kinder kinderärztliche Hilfe in Anspruch genommen,
- für 53,0 % (geKuJu-1: 43,3 %) der Kinder hausärztliche Hilfe in Anspruch genommen,
- für 56,8 % der Kinder fachärztliche Hilfe in Anspruch genommen,
- für 38,8 % (geKuJu-1: 25,5 %) der Kinder notärztliche Versorgung in Anspruch genommen und
- für 29,6 % der Kinder eine Leistung im Krankenhaus in Anspruch genommen.

Insgesamt waren 7,1 % (geKuJu-1: 2,6 %) der Kinder in den letzten zwölf Monaten ohne ärztliche Inanspruchnahme (ohne zahnärztliche Inanspruchnahme), der Anteil der Nicht-Inanspruchnahme stieg von 2,6 % bei den 0- bis 2-jährigen Kindern auf 11,0 % bei den 11- bis 13-jährigen Kindern und fiel dann wieder leicht auf 9,7 % bei den 14- bis 17-jährigen Jugendlichen.

Von etwa jedem siebten Kind (14,5 %; geKuJu-1: 17,1 %) für das kinderärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden war, äußerten die Eltern, dass es schwierig bis extrem schwierig war diese Hilfe zu bekommen. Dabei zeigten sich zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten signifikante Unterschiede. Während in den Kreisen und kreisfreien Städten Rendsburg-Eckernförde, Lübeck, Plön und Kiel jeweils weniger als 10 % der Eltern diese Inanspruchnahme als schwierig bis extrem schwierig empfanden, betrug der Anteil in den Kreisen Pinneberg, Hztg. Lauenburg und Nordfriesland jeweils mehr als 20 % (Abbildung 21).

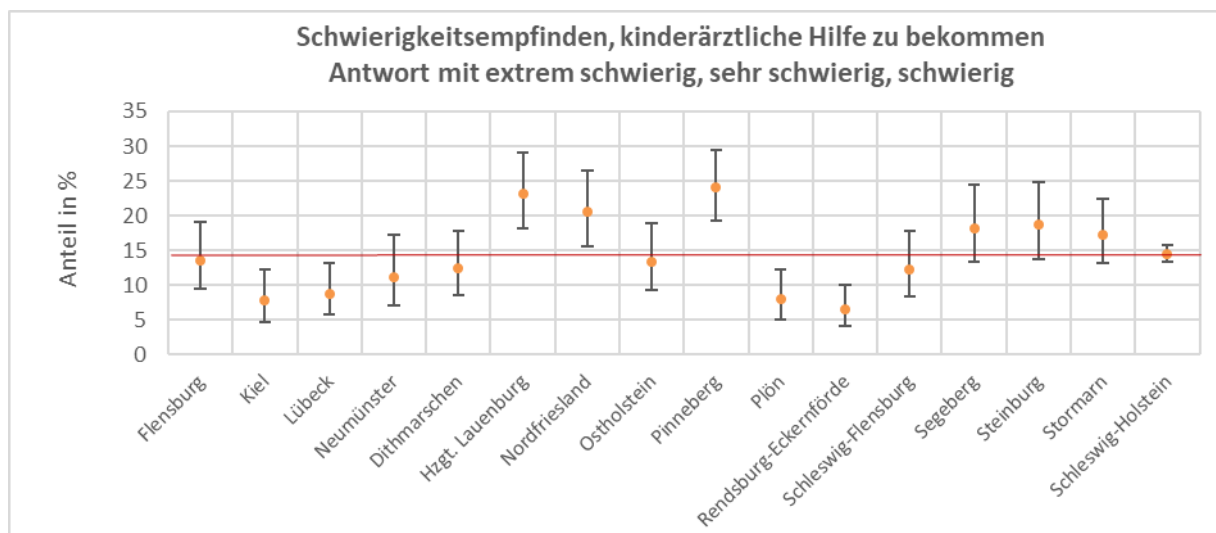


Abbildung 21: Schwierigkeitsempfinden kinderärztliche Hilfe zu bekommen nach Kreisen und kreisfreien Städten (n = 3274)

Auch bei der Inanspruchnahme von hausärztlicher Versorgung fürs Kind lag der Anteil an Eltern, die diese als schwierig bis extrem schwierig empfanden, in den Kreisen Pinneberg, Hztg. Lauenburg und Flensburg über dem Durchschnitt von Schleswig-Holstein (10,9 %) (Abbildung 22).

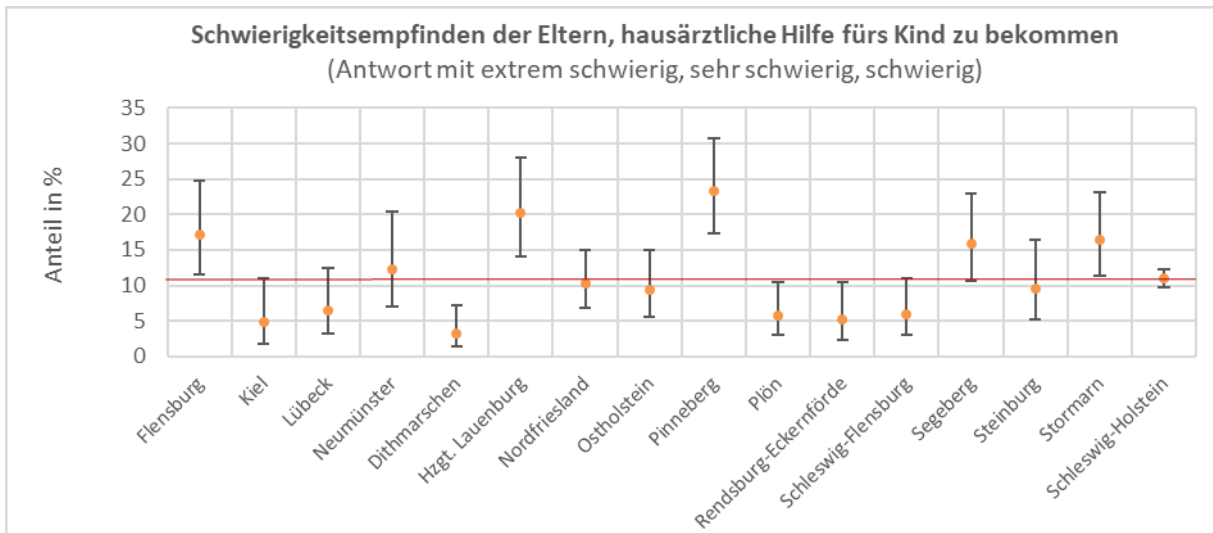


Abbildung 22: Schwierigkeitsempfinden hausärztliche Hilfe fürs Kind zu bekommen nach Kreisen und kreisfreien Städten (n = 2161)

Fachärztliche Hilfe für das Kind zu erhalten, empfanden 37,0 % (95 %-KI: 35,1 %-39,0 %) der Eltern mit einer solchen Inanspruchnahme als schwierig bis extrem schwierig (geKuJu-1: 36,8 %). In Kiel und im Kreis Rendsburg-Eckernförde lagen diese Werte unter dem Schleswig-Holstein-Durchschnitt (Abbildung 23). Fachärztliche Hilfe fürs Kind zu bekommen, wurde im Vergleich zu allen anderen erfragten medizinischen Versorgungsleistungen, von den meisten Eltern als schwierig bis extrem schwierig empfunden.

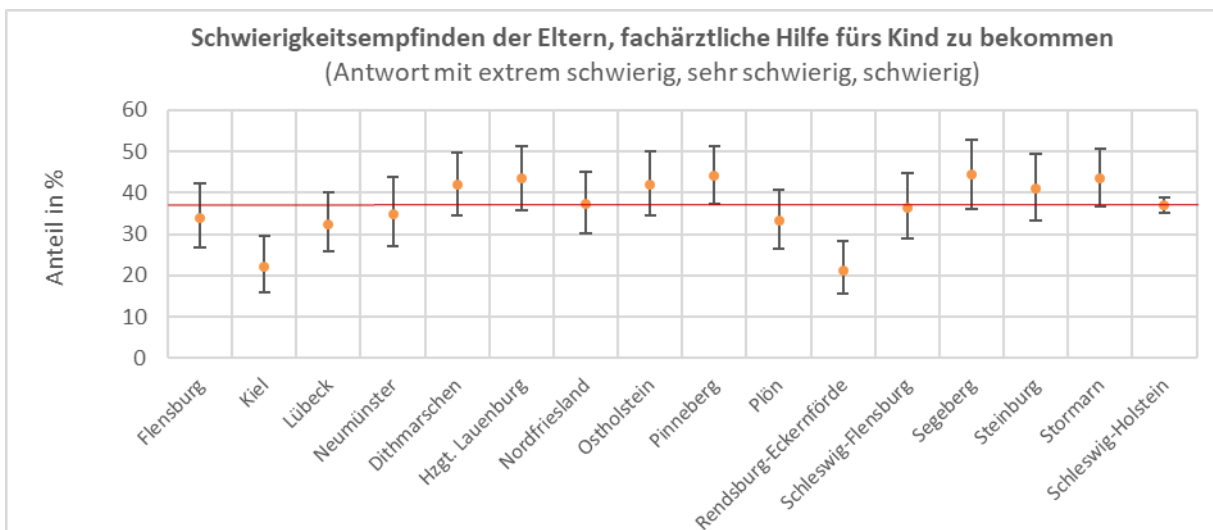


Abbildung 23: Schwierigkeitsempfinden fachärztliche Hilfe fürs Kind zu bekommen nach Kreisen und kreisfreien Städten (n = 2316)

Notärztliche Hilfe fürs Kind zu bekommen, empfanden 17,5 % (95 %-KI: 15,7 %-19,5 %) der Eltern, deren Kind eine solche Versorgung erhalten hatte als schwierig bis extrem schwierig (ge-KuJu-1: 23,5 %). Auch hierbei war der Anteil an Eltern mit diesen Antwortkategorien im Hzgt. Lauenburg mit 27,6 % (95 %-KI:19,9 %-36,9 %) über dem schleswig-holsteinischen Durchschnitt (Abbildung 24).

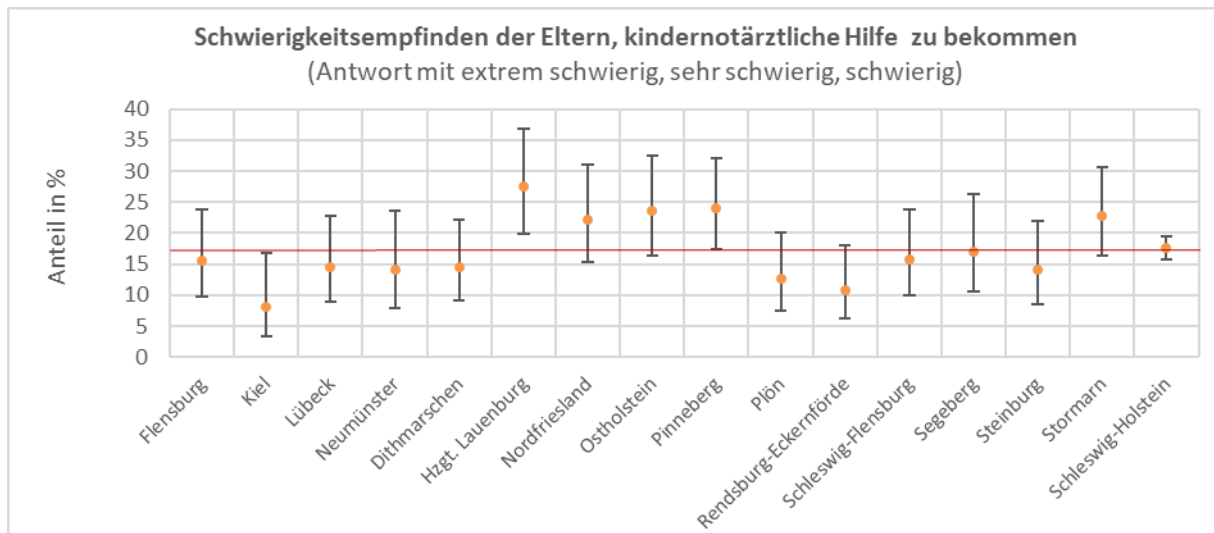


Abbildung 24: Schwierigkeitsempfinden im Notfall ärztliche Hilfe fürs Kind zu bekommen nach Kreisen und kreisfreien Städten (n = 1581)

Behandlung für das Kind im Krankenhaus zu bekommen, wurde von 18,6 % (95 %-KI: 16,5 %-20,9 %) der Eltern in Schleswig-Holstein, deren Kind eine solche Leistung erhalten hatte, als schwierig bis extrem schwierig empfunden. Dabei reichte die Spanne von 11,1 % (95 %-KI: 6,0%-19,4 %) im Kreis Dithmarschen bis 29,0 % (95 %-KI: 21,0 %-38,6 %) im Kreis Stormarn (Abbildung 25).

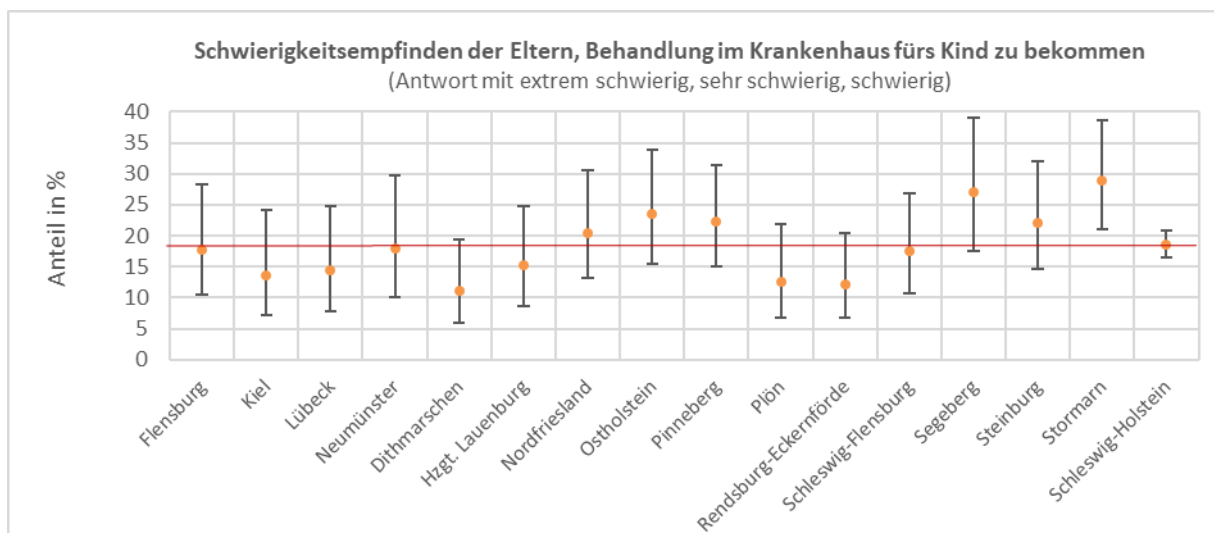


Abbildung 25: Schwierigkeitsempfinden der Eltern Behandlung im Krankenhaus fürs Kind zu bekommen nach Kreisen und kreisfreien Städten (n = 1206)

## 5.9 Bedarfe und Inanspruchnahme von therapeutischen Versorgungsleistungen

Für 1356 (33,3 %) Kinder gaben Eltern mindestens einen Bedarf, der in Tabelle 6 aufgelisteten therapeutischer Versorgungsleistungen an (Psychologische Beratung/Psychotherapie, Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie und/oder Heilpädagogische Förderung).

Mit 40,7 % war der Anteil an vollständig ungedeckten Bedarfen für Heilpädagogische Förderung besonders hoch. Dieser wurde für 6,2 % der Kinder von den Eltern angegeben. Einen Bedarf an psychologischer Beratung oder Psychotherapie für das Kind wurde von 14,7 % (geKuJu-1: 16,4 %) der Eltern angegeben, dieser war zu 38,7 % (geKuJu-1: 34,5 %) vollständig ungedeckt. Der Bedarf an Ergotherapie, der für 9,0 % (geKuJu-1: 9,9 %) der Kinder geäußert wurde, war zu 38,1 % (geKuJu-1: 41,3 %) vollständig ungedeckt. Für Logopädie gaben Eltern von 10,3 % (geKuJu-1: 10,3 %) der Kinder einen Bedarf an, der zu einem Drittel (geKuJu-1: 40,1 %) vollständig ungedeckt war. Auch für jedes zehnte Kind gaben Eltern einen Bedarf für Krankengymnastik an (geKuJu-1: 12,5 %), der zu 19,2 % (geKuJu-1: 23,2 %) vollständig ungedeckt war.

Tabelle 6: Bedarfe und Inanspruchnahme von ausgewählten therapeutischen Versorgungsleistungen

	insgesamt n	Bedarf vorhanden n %		Bei vorhandenem Bedarf					
				vollständig erhalten		teilweise erhalten		nicht erhalten	
				n	%	n	%	n	%
Heilpädagogische Förderung	4068	253	6,2 %	104	41,1 %	46	18,2 %	103	<b>40,7 %</b>
Psychologische Beratung/Psychotherapie	4068	600	14,7 %	224	37,3 %	144	24,0 %	232	<b>38,7 %</b>
Ergotherapie	4068	367	9,0 %	189	51,5 %	38	10,4 %	140	<b>38,1 %</b>
Logopädie/Sprachtherapie	4068	417	10,3 %	229	54,9 %	51	12,2 %	137	<b>32,9 %</b>
Krankengymnastik	4068	428	10,5 %	288	67,3 %	58	13,6 %	82	<b>19,2 %</b>

Das Freitextfeld zu anderen therapeutischen Versorgungsleistungen nutzten 9,9 % (n = 403) der Eltern für diverse medizinische, diagnostische und therapeutische Bedarfe, die zum Teil bereits mit den zuvor erfragten therapeutischen Versorgungsleistungen erfragt worden waren. Auffällig war dabei die Häufung der Inanspruchnahme von osteopathischen und / oder chiropraktischen Behandlungen für 108 Kinder.

## 5.10 Gesundheitsverhalten

### 5.10.1 Bewegungsumfang

Für 63,3 % der 0- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen berichteten die Eltern, dass sich diese mindestens sieben Stunden in der Woche vor der Befragung lebhaft bewegten (bei 5- bis 17-jährigen Kindern beträgt der Anteil 61,7 % (geKuJu-1: 54,6 %). Damit erfüllen mehr Kinder der geKuJu-2-Befragung als der geKuJu-1-Befragung das Mindestpensum an lebhafter Bewegung laut WHO-Empfehlung. Mehr als ein Drittel (36,7 %) der Kinder taten dies nicht und bewegten sich somit im Durchschnitt weniger als eine Stunde pro Tag lebhaft. Bei Jungen war der Anteil an Kindern mit mindestens sieben Stunden lebhafter Bewegung signifikant größer als bei Mädchen (65,5 % (95 %-KI:63,4 %-67,5 %) vs. 61,1 % (95 %-KI: 58,9 %-63,3 %) (Abbildung 26).

In der Altersgruppe der 14- bis 17-jährigen Kinder bewegte sich mehr als die Hälfte (50,9 % (95 %-KI: 47,6 %-54,1 %)) weniger als sieben Stunden pro Woche lebhaft. In der Altersgruppe der 11- bis unter 13-jährigen Kinder lag der Anteil bei 41,2 % (95 %-KI: 37,3 %-45,1 %) und damit signifikant niedriger als in der älteren Altersgruppe aber signifikant höher als in der Altersgruppe der 7- bis 10-jährigen mit 28,8 % (95 %-KI: 25,9 %-31,5 %) und der 3- bis 6-jährigen Kinder mit 27,6 % (95 %-KI: 24,8 %-30,5 %) (Abbildung 27).

Das Bewegungspensum der Kinder unterschied sich nicht nach Kreisen und kreisfreien Städten, wenn die Altersgruppenzusammensetzung berücksichtigt wird.

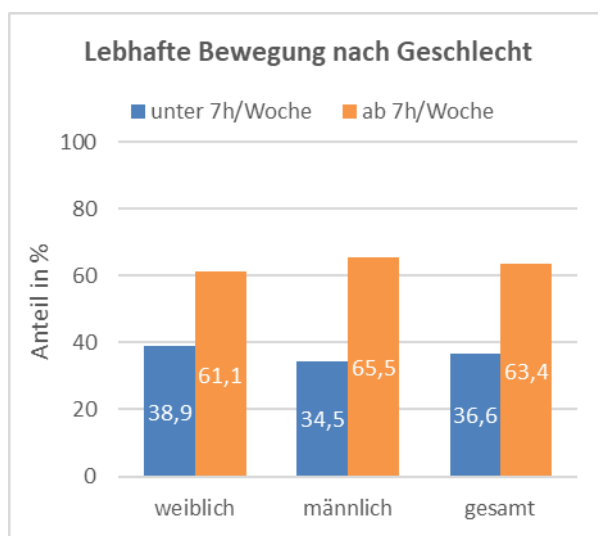


Abbildung 26: Lebhaftige Bewegung nach Geschlecht (n = 3891)

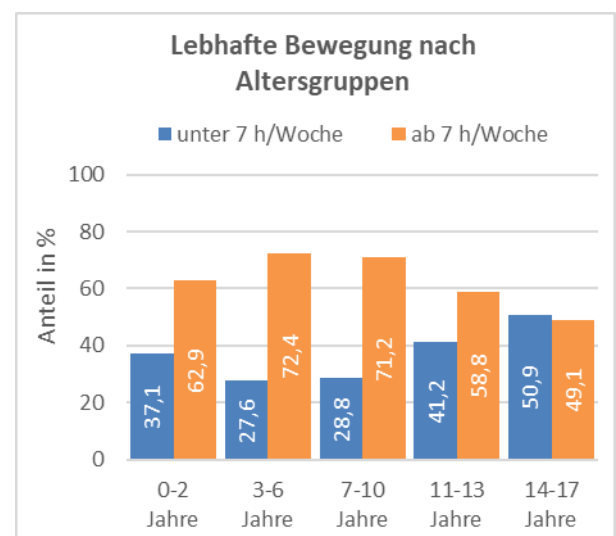


Abbildung 27: Lebhaftige Bewegung pro Woche nach Altersgruppen (n = 3901)

### 5.10.2 Schulsport

Nach Angaben der Eltern nahmen 98,1 % der Grundschul Kinder in den letzten vier Wochen vor der Befragung am Sportunterricht teil, an den Gymnasien waren es 96,4 %, in den Gemeinschaftsschulen 92,6 % und an den Berufsschulen mit 36,5 % signifikant weniger (Abbildung 28). In den Berufsschulen wurde der Wunsch nach einer Schulsport-Teilnahme des Kindes von 11,1 % der Eltern geäußert. Gleichzeitig gaben mehr als die Hälfte (52,4 %) der Eltern an, dass ihr Kind nicht am Schulsport teilnahm. Ob es ein solches Angebot nicht gab oder die Teilnahme aus anderen Gründen nicht genutzt wurde, wurde nicht erfragt.

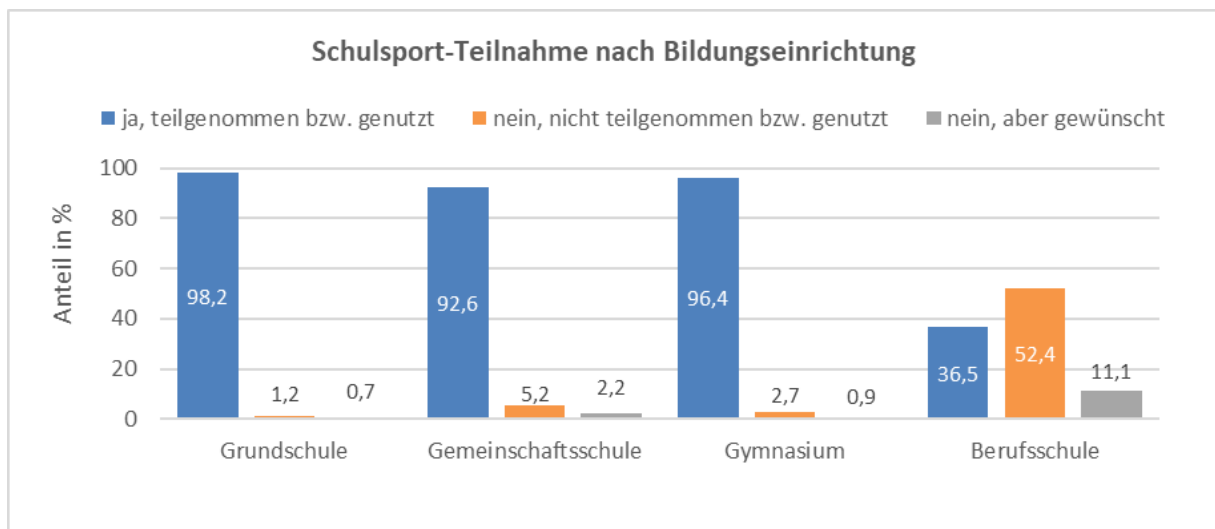


Abbildung 28: Teilnahme am Schulsport nach Bildungseinrichtung in den letzten vier Wochen vor der Befragung (n = 2439)

### 5.10.3 Teilnahme an Bewegungs- und Sportangeboten in der Freizeit

70,0 % der Kinder nahm in den letzten vier Wochen vor der Befragung an Bewegungs- und Sportangeboten **in der Freizeit** (z.B. im Verein, Fitnessstudio, Schwimmhalle, Tanzschule) teil. Ein Fünftel (20,3 %) tat dies nicht. Für 9,7 % gaben die Eltern an, dass das Kind kein solches Angebot genutzt hat, aber ein Wunsch bestünde. Die Teilnahme an Bewegungs- und Sportangeboten in der Freizeit unterschied sich nicht zwischen Jungen und Mädchen.

Von den 7- bis 10-Jährigen nahmen 84,0 % an außerschulischen Bewegungsangeboten teil, bei den 3- bis 6-Jährigen und den 11- bis 13-Jährigen waren es jeweils drei Viertel und bei den 14- bis 17-Jährigen zwei Drittel (Abbildung 29).

An Gemeinschafts- und Berufsschulen war der Anteil an Kindern und Jugendlichen, die an Freizeitsportangebote teilnahmen, signifikant kleiner als bei Kindern in Kindergärten, Grundschulen und Gymnasien (Abbildung 30). Während sich an Grundschulen und Gymnasien jedes 16.

Kind die Teilnahme an Freizeitsportangeboten wünschte, aber nicht teilnahm, war es bei den anderen Bildungseinrichtungen jeweils jedes 8. bis 10. Kind. Berufsschüler und Berufsschülerinnen hatten nicht nur den kleinsten Anteil an Jugendlichen mit Schulsport-Teilnahme, sondern mit 46,0 % auch den kleinsten Anteil mit Teilnahme an Freizeitsportangeboten.

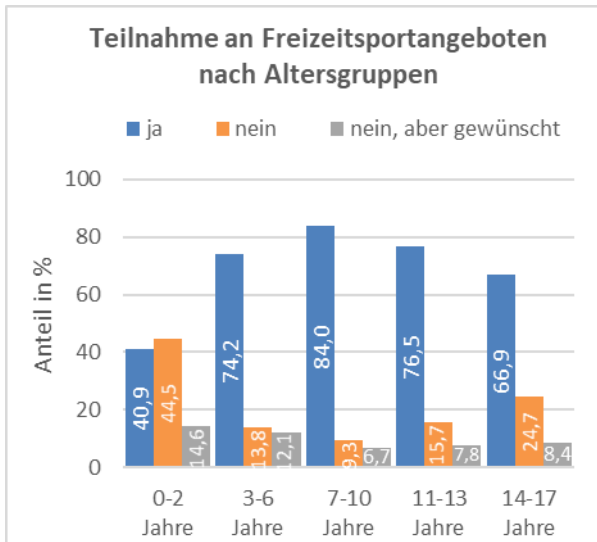


Abbildung 29: Teilnahme an Freizeitsportangeboten nach Altersgruppen (n = 4053)

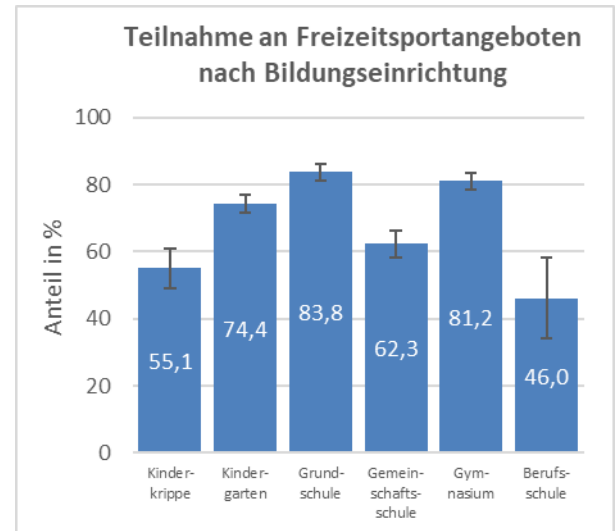


Abbildung 30: Teilnahme an Freizeitsport z.B. im Verein, Fitnessstudio, Schwimmhalle, Tanzschule nach Bildungseinrichtung (n = 3622)

Die Teilnahme an Freizeitsportangeboten lag in Neumünster mit 60,4 % (95 %-KI: 53,4 %-67,1 %) und Lübeck mit 62,3 % (95 %-KI: 56,5 %-67,7 %) unter dem Durchschnitt von Schleswig-Holstein mit 70 % (95 %-KI: 68,6 %-71,4 %). Im Kreis Rendsburg-Eckernförde lag der Anteil an Kindern mit Teilnahme an Freizeitsportangeboten zwar über dem Durchschnitt, aber in diesem Kreis war die Altersgruppenzusammensetzung zugunsten der Altersgruppe mit einer höheren Teilnahme und zu Ungunsten der älteren Altersgruppe verschoben (Abbildung 31).

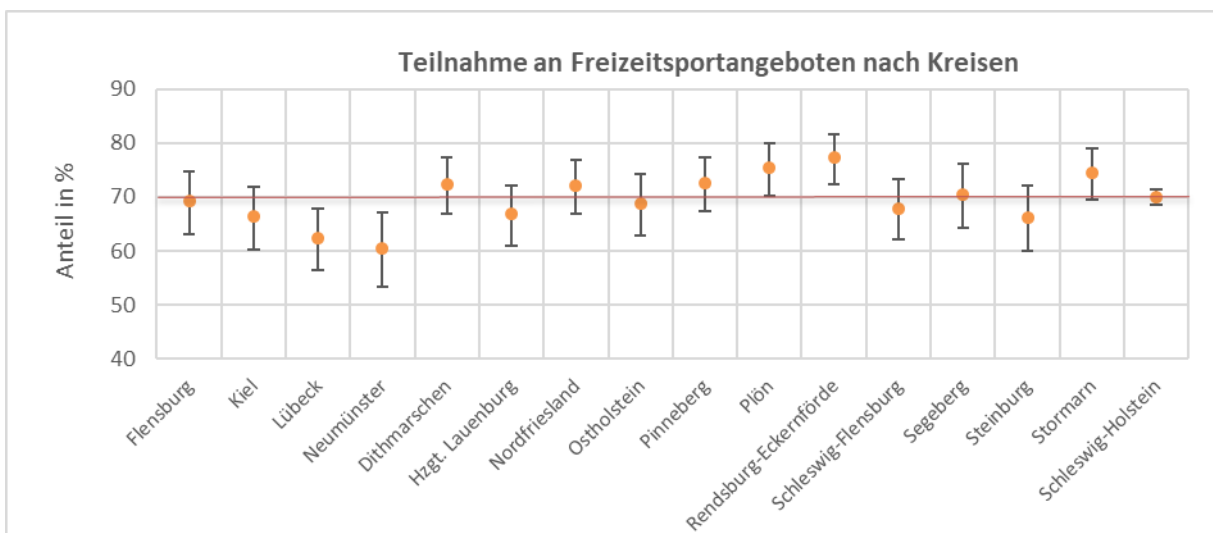


Abbildung 31: Teilnahme an Freizeitsportangeboten nach Kreisen und kreisfreien Städten (n = 4053) (Anmerkung: Anteil an 3- bis 6-jährigen Kindern in Rendsburg-Eckernförde über dem Stichprobendurchschnitt)

#### 5.10.4 Nutzung öffentlicher Sportstätten

Mehr als die Hälfte (53,4 %) der Kinder nutzen keine öffentlichen Sportstätten wie Skaterparks, Fußballfelder oder Laufstrecken, 39,0 % nutzten diese und weitere 7,6 % nutzten diese nicht würden es aber gern tun. Signifikant mehr Jungen (47,5 %) als Mädchen (30,1 %) nutzen die öffentlichen Sportstätten ( $p < 0,001$ ). Dabei war in der jüngsten Altersgruppe das Geschlechterverhältnis noch ausgewogen, so nutzten in der Altersgruppe der 3- bis 6-Jährigen ca. andert-halbmal so viele Jungen öffentliche Sportstätten wie Mädchen, in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen nutzten doppelt so viele Jungen wie Mädchen öffentliche Sportstätten (Abbildung 32).

Bei besserer finanzieller Situation äußerten mehr als 40 % der Eltern, dass ihre Kinder öffentliche Sportstätten nutzten, bei schlechter finanzieller Situation wurde eine Nutzung für 31,6 % berichtet (Abbildung 33).

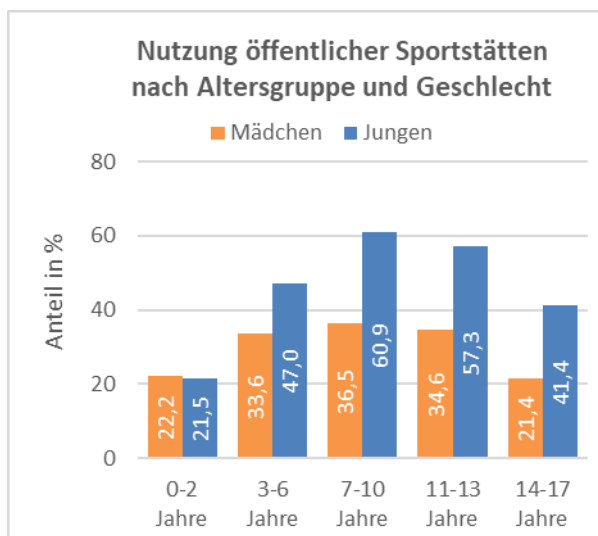


Abbildung 32: Nutzung öffentlicher Sportstätten nach Altersgruppe und Geschlecht (n = 4054)

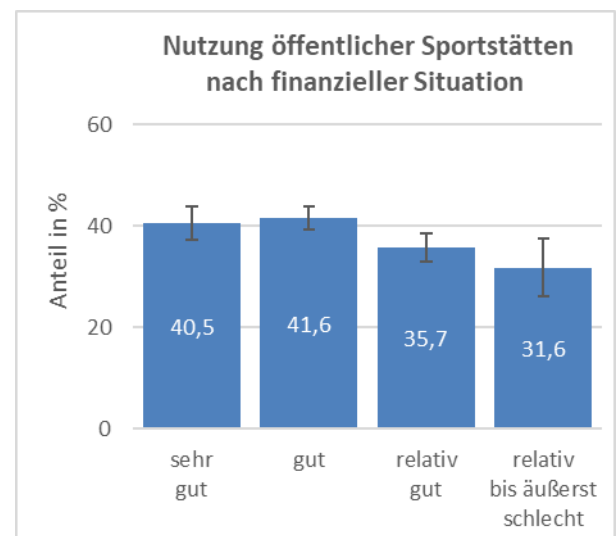


Abbildung 33: Nutzung öffentlicher Sportstätten nach finanzieller Situation (n = 3976)

Etwa die Hälfte (49,5 %) der Kinder, die zur Grundschule gingen, nutzt öffentliche Sportstätten, der Anteil ist signifikant größer als bei Kindern, die zu andere Bildungseinrichtungen gingen. Der Anteil zwischen Kindern mit Nutzung öffentlicher Sportstätten die zur Gemeinschaftsschule (40,5 %) bzw. zum Gymnasium (38,4 %) gingen, unterschied sich nicht signifikant (Abbildung 34).

Signifikant mehr Kinder von Eltern mit ausreichender Gesundheitskompetenz nutzten öffentliche Sportstätten als Kinder von Eltern mit problematischer Gesundheitskompetenz (40,2 % (95 %-KI: 38,5 %-42,0 %) vs. 34,8 % (95 %-KI: 31,5 %-38,3 %)). Auch bei inadäquater elterlicher Gesundheitskompetenz war der Anteil der Nutzung öffentlicher Sportstätten kleiner als bei ausreichender Gesundheitskompetenz, allerdings war hier das 95 %-KI der Häufigkeit sehr breit, sodass sich die beiden Intervalle überlagern (35,6 % (95 %-KI: 29,4 %- 42,3 %) (Abbildung 35).

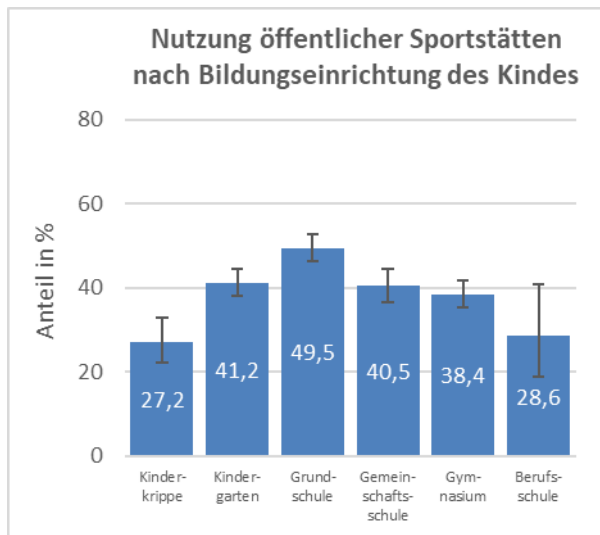


Abbildung 34: Nutzung öffentlicher Sportstätten nach Bildungseinrichtung des Kindes (n = 3623)

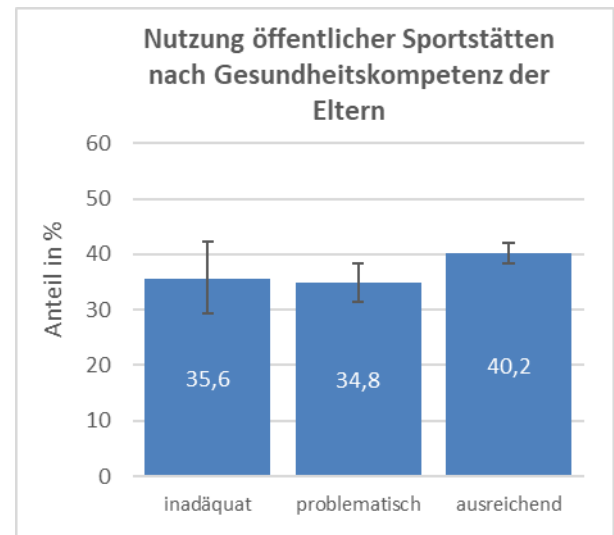


Abbildung 35: Nutzung öffentlicher Sportstätten nach Gesundheitskompetenz der Eltern (n = 3953)

In Kiel lag der Anteil an Kindern, die öffentliche Sportstätten nutzten unter dem Durchschnitt von Schleswig-Holstein. Ansonsten fanden sich keine signifikanten Unterschiede (Abbildung 36).

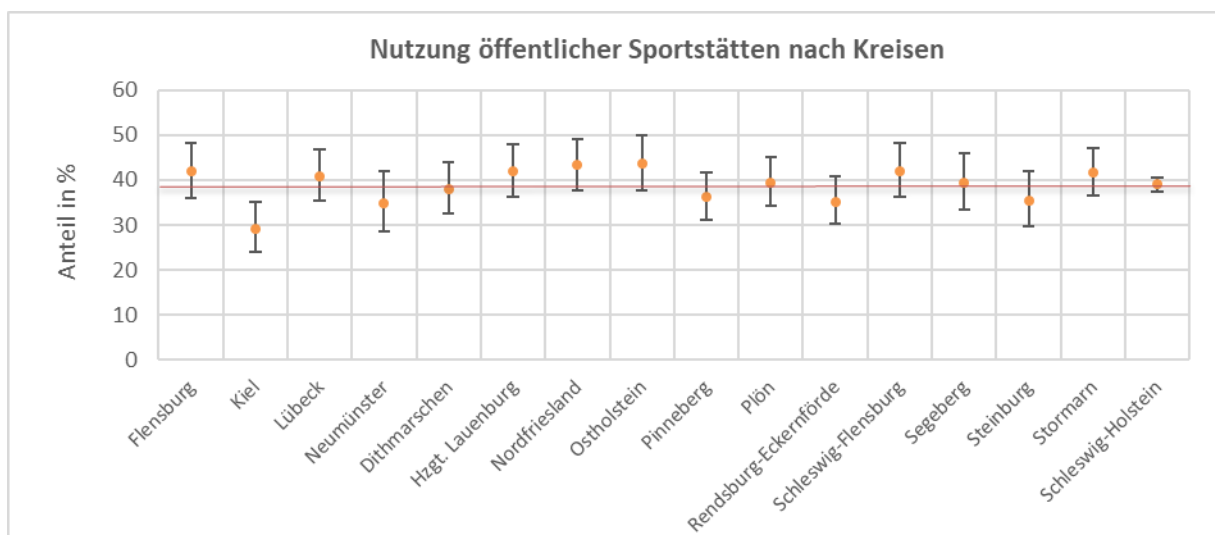


Abbildung 36: Nutzung öffentlicher Sportstätten nach Kreisen (n = 4054)

### 5.10.5 Schwimmbefähigung

In Schleswig-Holstein hatten etwas mehr als die Hälfte der 7- bis 10-Jährigen und 82,7 % der 11- bis 13-Jährigen ein Deutsches Schwimmbzeichen (Gold, Silber oder Bronze) (Abbildung 37). Von den 14- bis 17-jährigen Jugendlichen hatten 83,4 % ein und 12,8 % **kein** Deutsches Schwimmbzeichen in Bronze, Silber oder Gold erworben. Immerhin 8,4 % der Jugendlichen der letztgenannten Altersgruppe hatten zumindest einen Frühschwimmer, der jedoch nicht als Nachweis für ein sicheres Schwimmen angesehen wird, sodass bei ihnen weiterhin, wie bei den 4,4 % ohne Schwimmbzeichen in dieser Altersgruppe, eine intensive Beobachtung des Aufenthaltes im Wasser notwendig bleibt. Inwiefern andere Schwimmbzeichen eine sichere Schwimmfähigkeit attestieren, kann hier nicht beurteilt werden. Auch könnten Jugendliche ohne Schwimmbzeichen in Ermangelung an Möglichkeiten der Abnahme eines Schwimmbzeichens sichere Schwimmer oder Schwimmerinnen sein.

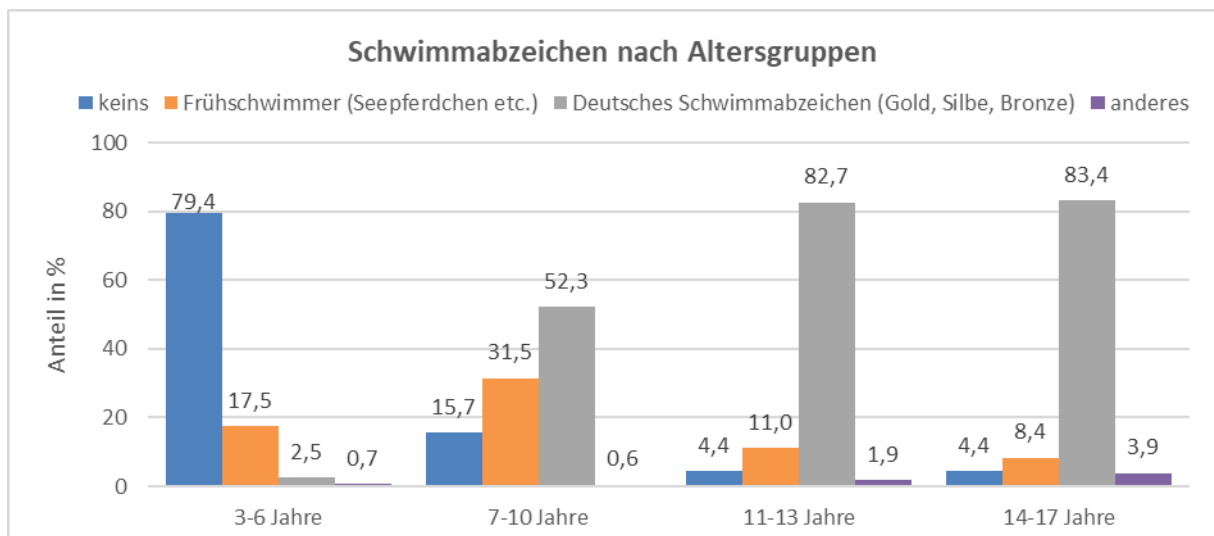


Abbildung 37: Schwimmbzeichen nach Altersgruppen (n = 3434)

Deutliche Unterschiede in Bezug auf die bescheinigte Schwimmfähigkeit zeigten sich bei den Jugendlichen zwischen den verschiedenen Schulformen. So hatten von den 14- bis 17-jährigen Jugendlichen an Berufsschulen 73,0 % der Jugendlichen, an Gemeinschaftsschulen 77,7 % und an Gymnasien 90,7 % ein Deutsches Schwimmbzeichen. Von den Kindern an Grundschulen hatten 33,3 % das Frühschwimmerabzeichen Seepferdchen und 48,0 % ein Deutsches Schwimmbzeichen abgelegt.

Abbildung 38 zeigt den Anteil an 6- bis 17-jährigen Kindern in Schleswig-Holstein nach Kreisen und kreisfreien Städten, die das Deutsche Schwimmbzeichen in Bronze, Silber oder Gold abgelegt hatten. Während im Kreis Pinneberg der Anteil an Kindern mit Deutsche Schwimmbzeichen mit 74,3 % über dem schleswig-holsteinischen Durchschnitt von 65,7 % lag, hatten in den

Kreisen Rendsburg-Eckernförde mit 48,1 % und Neumünster mit 55,4 % unterdurchschnittlich viele Kinder ein Deutschen Schwimmabzeichen abgelegt.

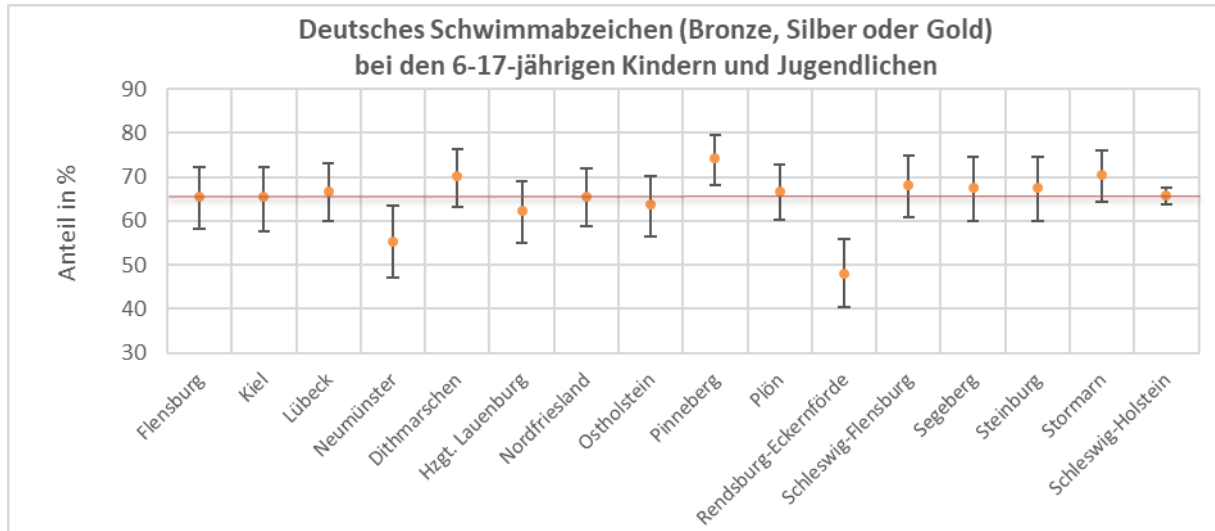


Abbildung 38: Deutsches Schwimmabzeichen (Bronze, Silber, Gold) bei den 6-17-jährigen Kindern und Jugendlichen (n = 2707)

#### 5.10.6 Zufriedenheit mit Bewegungs- und Sportmöglichkeiten im Wohnumfeld

Insgesamt zeigte sich wie im Jahr 2023 ein dreigeteiltes Bild der Zufriedenheit mit den Bewegungs- und Sportmöglichkeiten für Kinder im Wohnumfeld. Während 28,6 % (geKuJu-1: 31,5 %) der Eltern nicht oder teilweise mit den Bewegungs- und Sportmöglichkeiten im Wohnumfeld zufrieden waren, zeigten sich 32,6 % (geKuJu-1: 29,7 %) zufrieden und 38,8 % (geKuJu-1: 38,8 %) sehr oder äußerst zufrieden. Regionale Unterschiede der Zufriedenheit mit den Bewegungs- und Sportmöglichkeiten auf Kreisebene sind in Abbildung 39 dargestellt. Während für schleswig-holsteinische Verhältnisse im Kreis Ostholstein und in Neumünster unterdurchschnittlich viele Eltern zufrieden bis äußerst zufrieden waren mit den Bewegungs- und Sportmöglichkeiten, waren es im Kreis Schleswig-Flensburg überdurchschnittlich viele.

Der größte Anteil an zufriedenen Eltern bezüglich der Sport- und Bewegungsmöglichkeiten im Wohnumfeld, war unter den Eltern mit Kindern im Grundschulalter zu finden (Abbildung 40). Die sich auch kaum nach Altersgruppe und Geschlecht unterschied (Abbildung 41), obwohl, wie bereits in Kapitel 5.10.4 beschrieben, Jungen die öffentlichen Sportstätten signifikant häufiger nutzten als Mädchen.

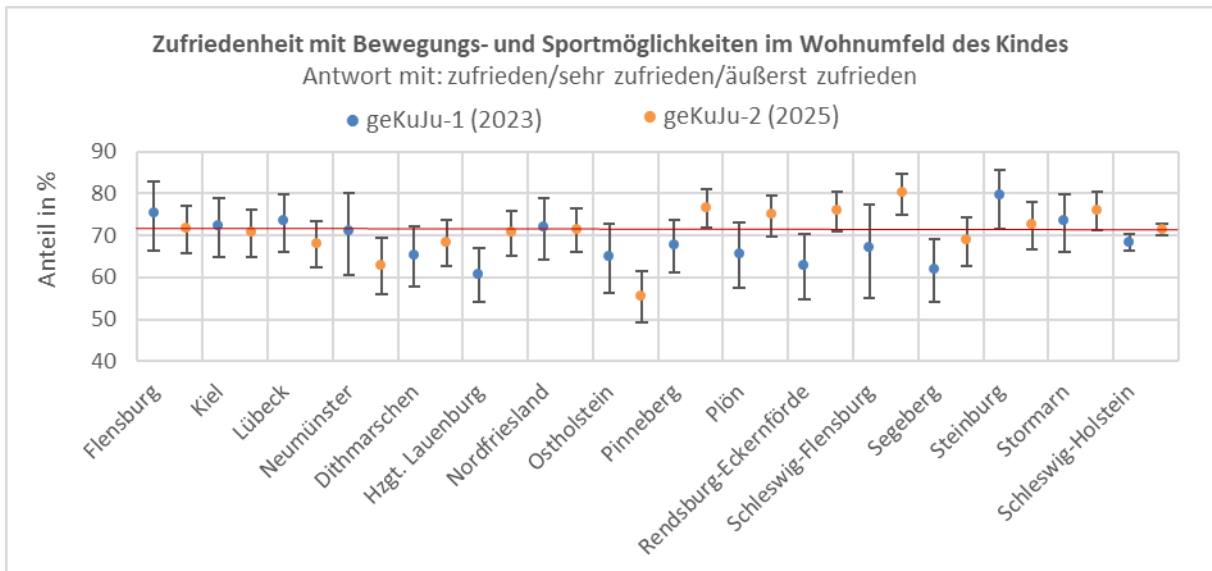


Abbildung 39: Zufriedenheit mit Bewegungs- und Sportmöglichkeiten im Wohnumfeld Antwort mit: zufrieden/sehr zufrieden/äußerst zufrieden (n = 4049)

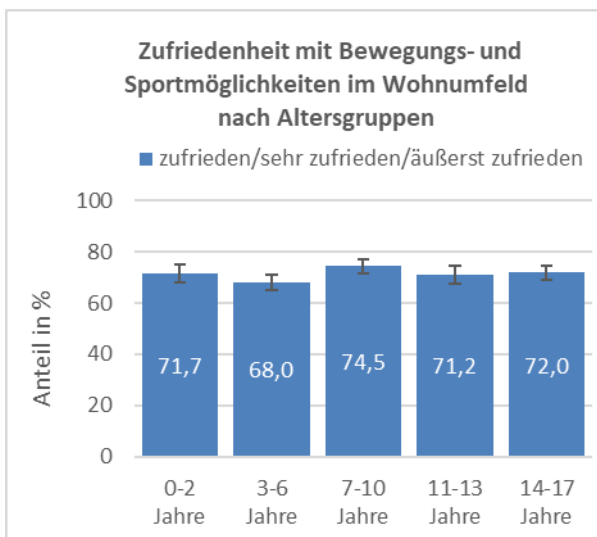


Abbildung 40: Zufriedenheit mit Bewegungs- und Sportmöglichkeiten für Kinder im Wohnumfeld nach Altersgruppen (n = 4049)

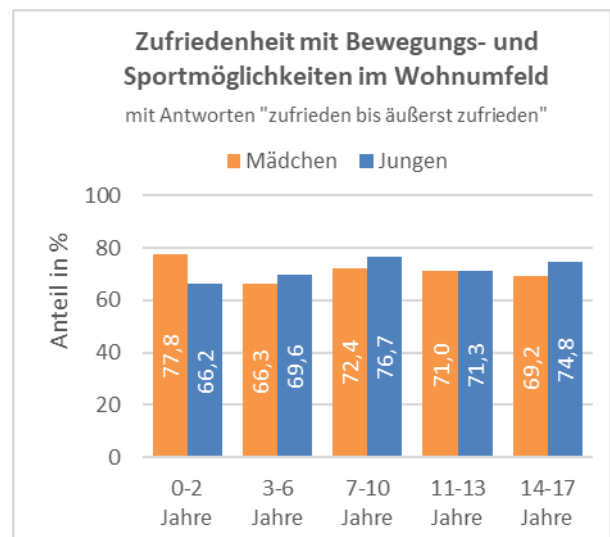


Abbildung 41: Zufriedenheit mit Bewegungs- und Sportmöglichkeiten für Kinder im Wohnumfeld nach Altersgruppen und Geschlecht (n = 4038)

Während drei Viertel der Eltern mit hoher Schulbildung zufrieden bis äußerst zufrieden mit den Sport- und Bewegungsmöglichkeiten im Wohnumfeld waren, waren es bei den Eltern mit mittlerer bzw. niedriger Schulbildung signifikant weniger (Abbildung 42). Auch war die Zufriedenheit mit den Sport- und Bewegungsmöglichkeiten im Wohnumfeld bei Eltern signifikant höher je besser ihre Gesundheitskompetenz war (Abbildung 43).

Je zufriedener Eltern mit ihrer finanziellen Situation waren, umso größer war der Anteil an Eltern, die mit den Sport- und Bewegungsmöglichkeiten im Wohnumfeld zufrieden bis äußerst zufrieden waren (Abbildung 44). So lag dieser Anteil bei relativ schlechter bis äußerst schlechter

finanzieller Situation bei 48,6 % (95 %-KI: 42,5 %-54,7 %), bei relativ guter bei 64,9 % (95 %-KI: 62,1 %-67,6 %), bei guter bei 75,5 % (95 %-KI: 73,3 %-77,5 %) und bei sehr guter finanzieller Situation bei 78,8 % (95 %-KI: 76,0 %-81,4 %).

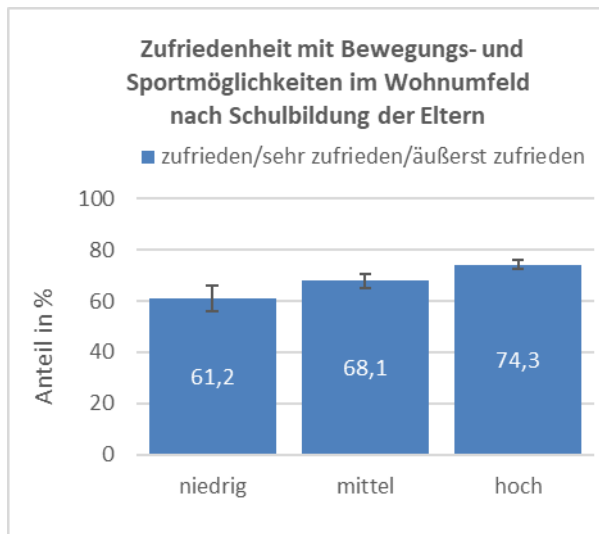


Abbildung 42: Zufriedenheit mit Bewegungs- und Sportmöglichkeiten für Kinder im Wohnumfeld nach Bildungsstand der Eltern (n = 3984)

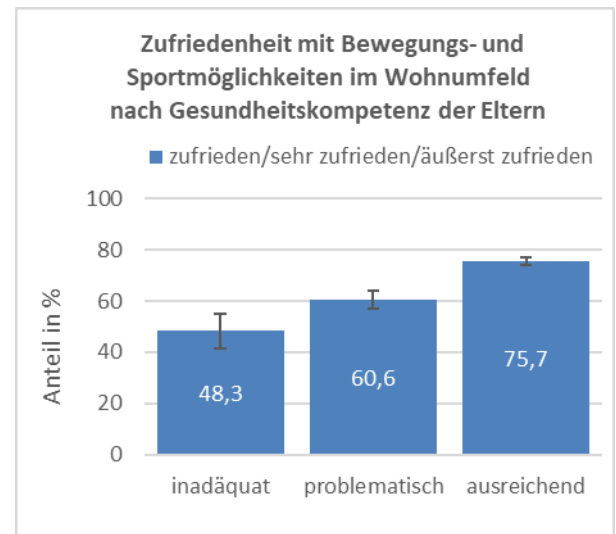


Abbildung 43: Zufriedenheit mit Bewegungs- und Sportmöglichkeiten für Kinder im Wohnumfeld nach Gesundheitskompetenz der Eltern (n = 3954)

Auch war der Anteil an Eltern mit einer höheren Zufriedenheit mit den Sport- und Bewegungsmöglichkeiten im Wohnumfeld bei starker sozialer Unterstützung der Eltern größer (78,2 % (95 %-KI: 76,3 %-80,0 %) als bei moderater 69,0 % (95 %-KI: 66,7 %-71,2 %) oder schwacher sozialer Unterstützung (52,4 % (95 %-KI: 47,8 %-56,9 %) (Abbildung 45).

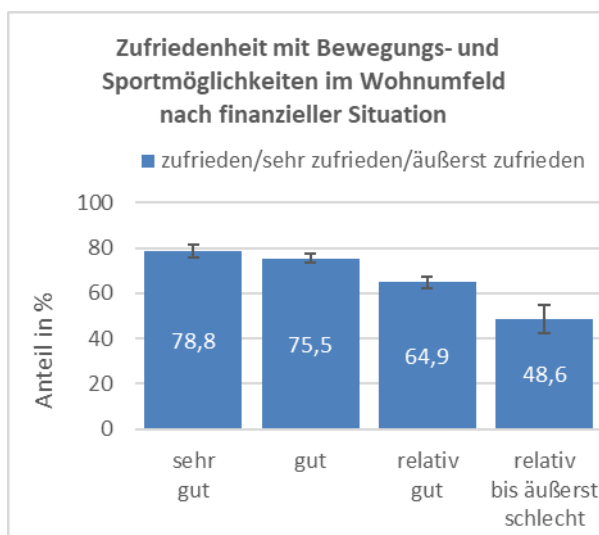


Abbildung 44: Zufriedenheit mit Bewegungs- und Sportmöglichkeiten für Kinder im Wohnumfeld nach finanzieller Situation (n = 3977)

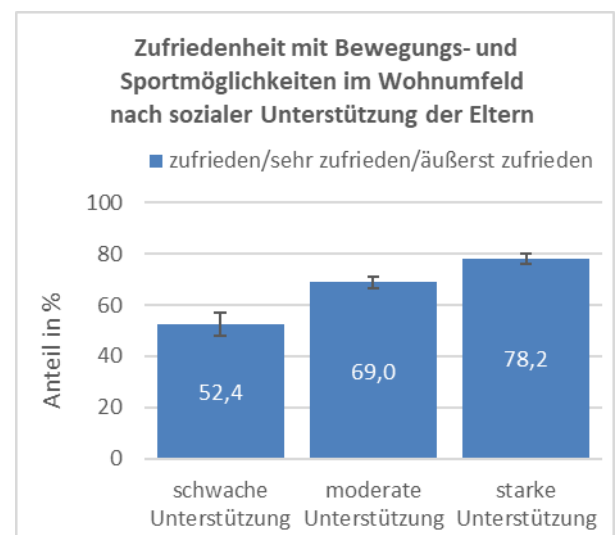


Abbildung 45: Zufriedenheit mit Bewegungs- und Sportmöglichkeiten für Kinder im Wohnumfeld nach sozialer Unterstützung der Eltern (n = 3972)

### 5.10.7 Sport- und Bewegungswünsche

Befragte Eltern hatten in einem Freitextfeld die Möglichkeit, Wünsche zu Bewegungs- oder Sportangeboten zu äußern. Die drei häufigsten Wünsche bezogen sich auf Schwimm-, Turn- und Tanzangebote (Abbildung 46). Neben den Wünschen gaben einige Eltern an, dass es den Kindern an Motivation zur Bewegung mangelte, die Kinder Sport nicht mögen und spezielle Angebote für gesundheitlich beeinträchtigte Kinder nicht vorhanden seien bzw. diese Kinder nicht aufgenommen werden können. Einige Eltern äußerten sich an dieser Stelle auch unzufrieden in Bezug auf fehlende Spielplätze bzw. deren Ausstattung und Sauberkeit, die nicht unbedingt zur Nutzung einladen.

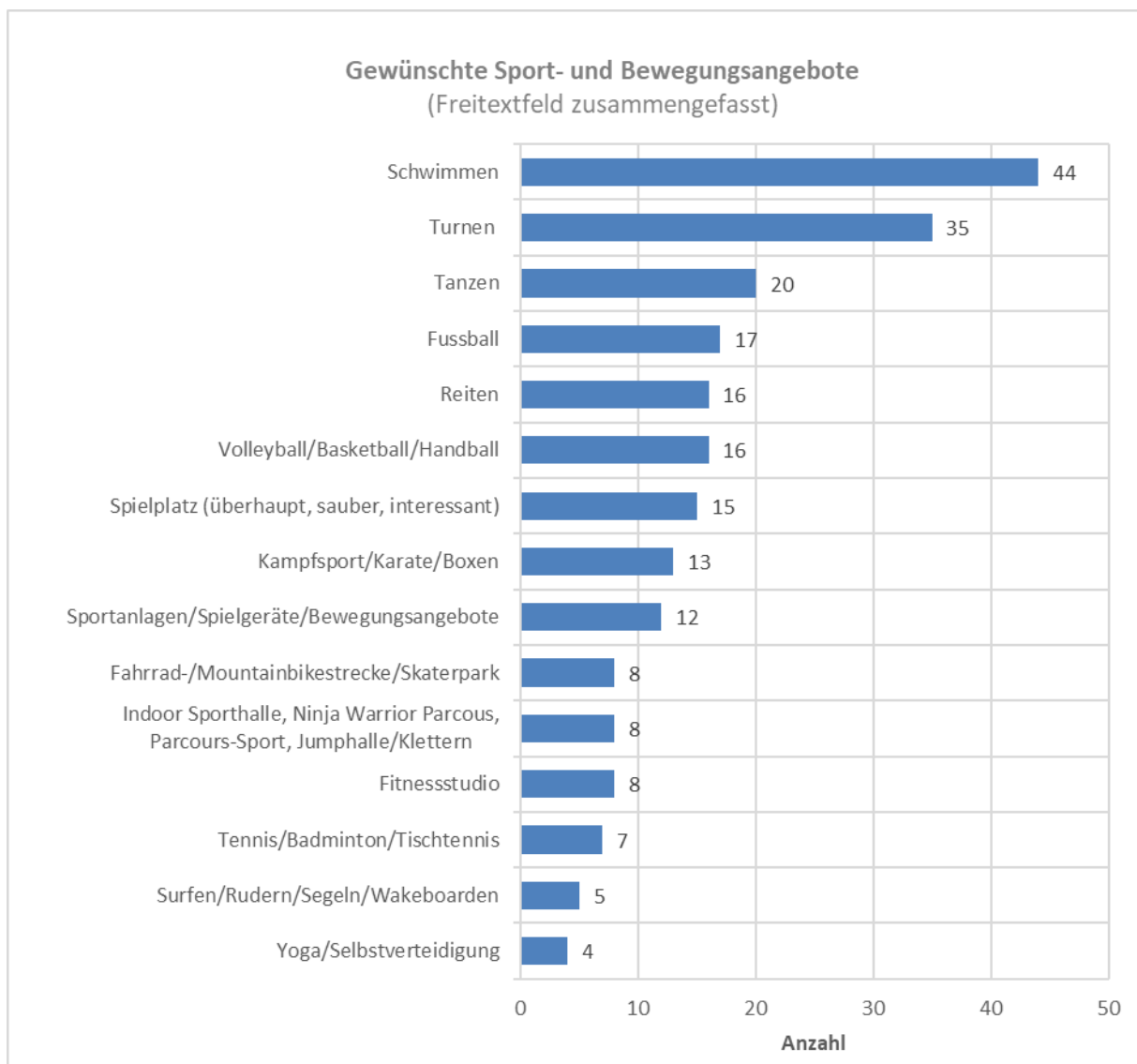


Abbildung 46: Gewünschte Bewegungs- oder Sportangebote (Zusammenfassung der Freitextangaben)

### 5.10.8 Body-Mass-Index (BMI)

73,4 % (n = 3025) der Kinder wiesen einen BMI zwischen der 10. und 90. alters- und geschlechtsspezifischen BMI-Perzentile nach Kromeyer-Hauschild auf und waren danach normgewichtig. Jedes zwölfte Kind (8,4 %; n = 338) lag mit dem BMI oberhalb 90. BMI-Perzentile und war damit übergewichtig. Knapp ein Fünftel (18,4 % (n = 758) wies einen BMI unterhalb der 10. BMI-Perzentile auf und war danach untergewichtig. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass es sich nicht um gemessene Werte für die Größe und das Gewicht handelt, sondern um Selbstangaben des teilnehmenden Elternteils, die je älter die Kinder sind, mit größerer Unsicherheit behaftet sind, daher sind die folgenden Aussagen mit Vorsicht zu interpretieren.

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede der Anteile an unter-, norm- und übergewichtigen Kindern hinsichtlich des Geschlechtes (Abbildung 47), der Gesundheitskompetenz-Level der Eltern und der Kreise. Laut Angaben der Eltern war der Anteil an untergewichtigen Kindern in den älteren Altersgruppen kleiner als in den jüngeren Altersgruppen (Abbildung 48).

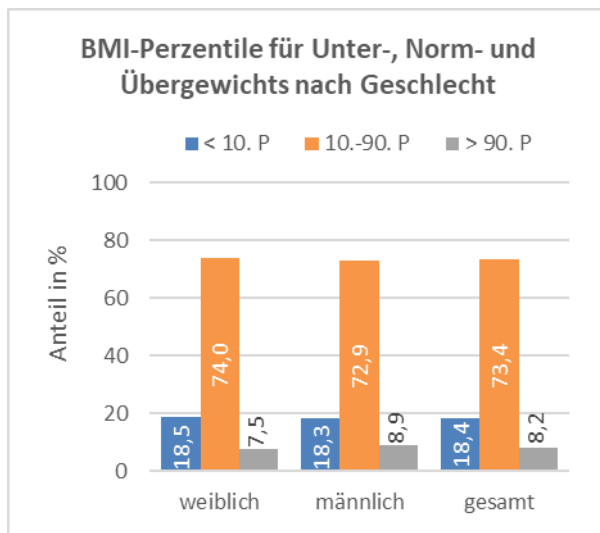


Abbildung 47: BMI-Perzentile für Unter-, Norm- und Übergewicht nach Geschlecht (n = 4116)

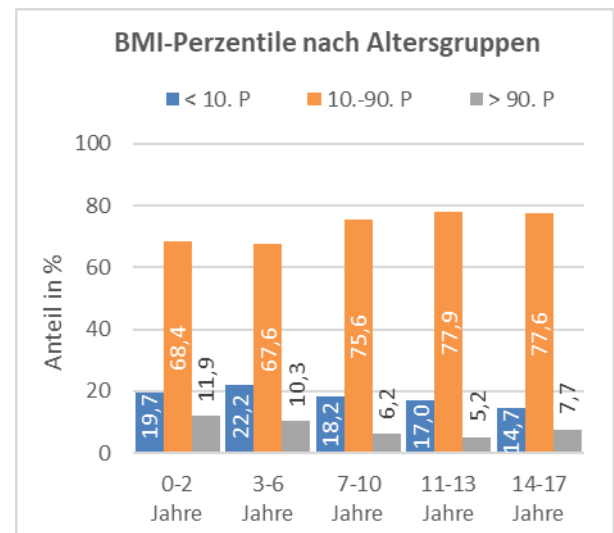


Abbildung 48: BMI-Perzentile für Unter-, Norm- und Übergewicht nach Altersgruppen (n = 4121)

Bei Kindern von Eltern mit hoher Schulbildung war der Anteil mit Übergewicht mit 6,4 % (95 %-KI: 5,5 %-7,4 %) signifikant kleiner als bei mittlerer Schulbildung der Eltern mit 9,6 % (95 %-KI: 7,9 %-11,5 %) und bei niedriger Schulbildung mit 14,8 % (95 %-KI: 11,4 %-19,0 %) (Abbildung 49). Bei 8- bis 17-jährige übergewichtigen Kindern berichteten die Eltern von einer signifikant geringeren gesundheitsbezogenen Lebensqualität (MW = 72,8 (95 %-KI: 70,6- 75,0) als bei normgewichtigen (MW = 78,0 (95 %-KI: 77,4-78,5) und untergewichtigen Kindern (MW = 77,0 (95 %-KI: 75,8-78,2) (Abbildung 50).

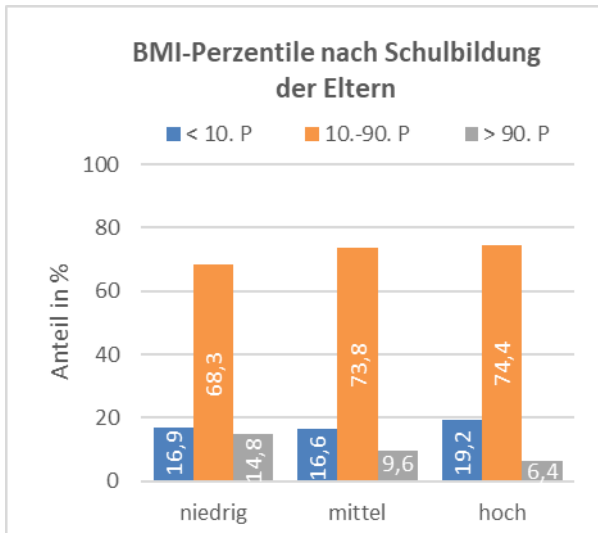


Abbildung 49: BMI-Perzentile für Unter-, Norm- und Übergewicht nach Schulbildung der Eltern (n = 3951)

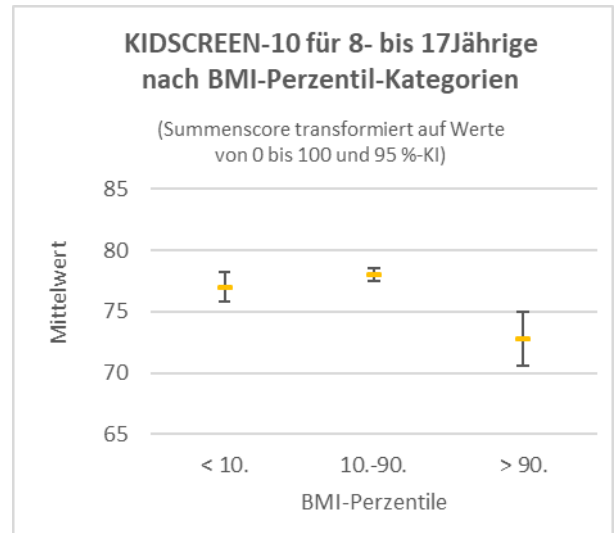


Abbildung 50: KIDSCREEN-10 für 8- bis 17Jährige nach alters- und geschlechtsspezifischen BMI-Perzentil-Kategorien (Summenscore transformiert auf Werte von 0 bis 100 und 95 %-KI) (n = 2219)

## 5.10.9 Ernährungsverhalten

### 5.10.9.1 Konsum von Obst, Gemüse und zuckerhaltigen Getränken

43,7 % der Kinder und Jugendlichen aßen mehrmals am Tag und 29,4 % einmal am Tag Obst, d.h. knapp drei Viertel (73,1 %) aß mindestens einmal täglich Obst (Abbildung 51). Im Jahr 2023 lag der Anteil an Kindern mit mindestens einmal täglichem Obstverzehr bei 61,1 %.

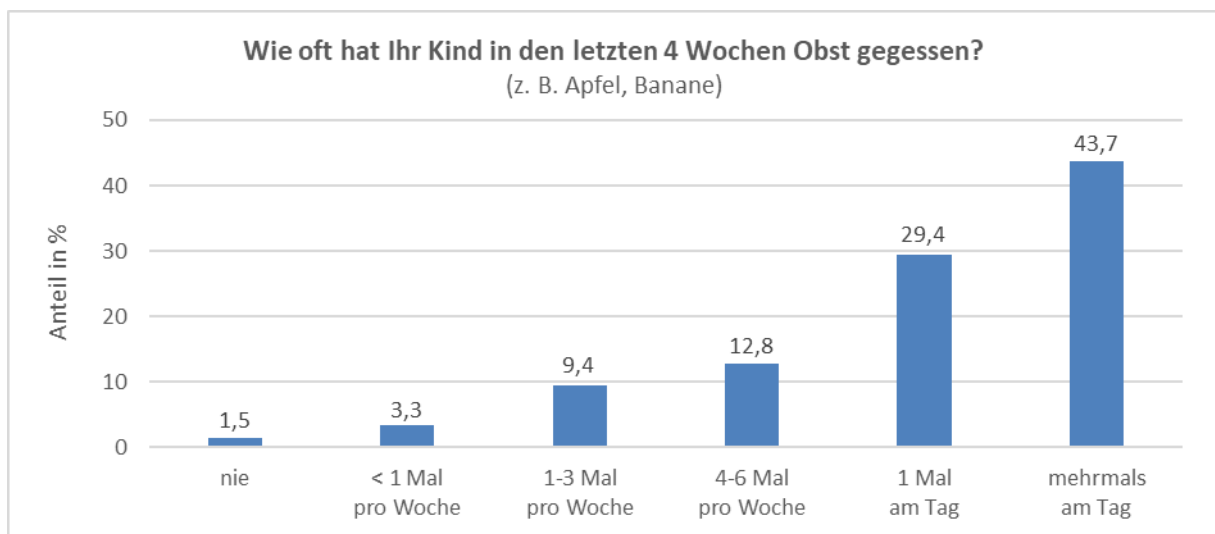


Abbildung 51: Obstkonsum (n = 3872)

Gemüse wurde von 60,8 % der Kinder mindestens einmal täglich gegessen. Wobei 27,6 % der Kinder mehrfach am Tag Gemüse aßen und 33,2 % einmal am Tag (Abbildung 52).

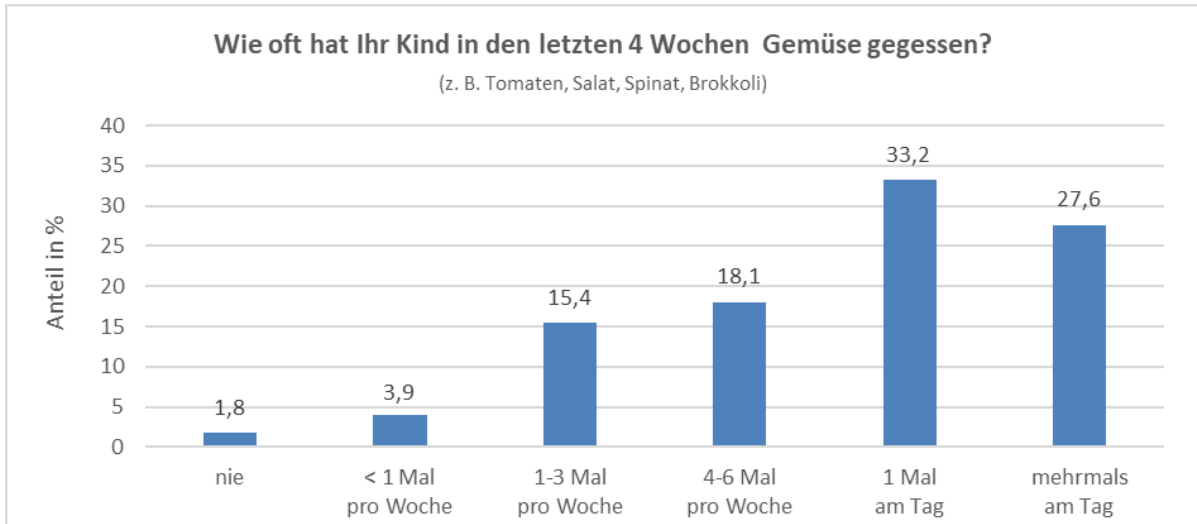


Abbildung 52: Gemüsekonsum (n = 3872)

21,8 % der Kinder und Jugendlichen aßen täglich mehrfach Obst und täglich mehrfach Gemüse, 5,7 % aßen täglich mehrfach Gemüse, aber nicht täglich mehrfach Obst, 21,8 % aßen täglich mehrfach Obst, aber nicht täglich mehrfach Gemüse, die Hälfte (50,5 %) der Kinder aß nicht täglich mehrfach Obst und Gemüse. 55,3 % der Kinder und Jugendlichen aßen täglich mindestens einmal sowohl Obst als auch Gemüse. 2 % aßen seltener als einmal pro Woche Obst und Gemüse.

Zuckerhaltige Erfrischungsgetränke wurden von 29,0 % der Kinder und Jugendlichen nie, von 30,6 % seltener als einmal pro Woche, von 23,2 % ein- bis dreimal wöchentlich und von 15,7 % häufiger bis mehrmals täglich getrunken (Abbildung 53).

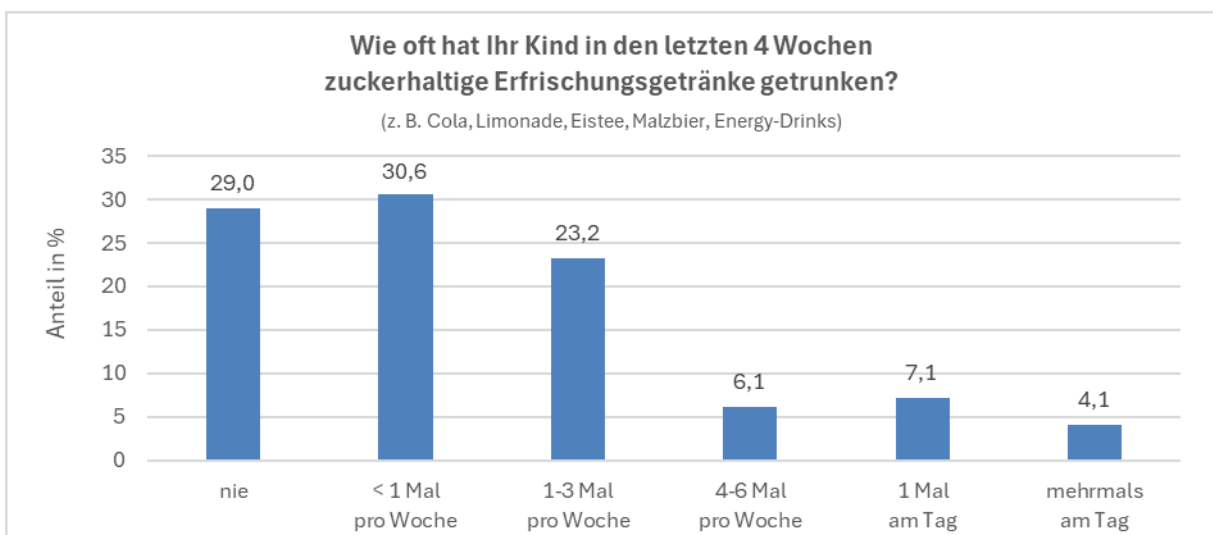


Abbildung 53: Konsum von zuckerhaltigen Getränken (n = 3872)

Während sich der tägliche bis mehrfach tägliche Verzehr von Obst (Abbildung 54) bzw. Gemüse mit ansteigender Altersgruppe verringerte (Abbildung 55), nahm der tägliche bis mehrfach tägliche Konsum von zuckerhaltigen Getränken mit jeder Altersgruppe zu (Abbildung 56Abbildung 56).

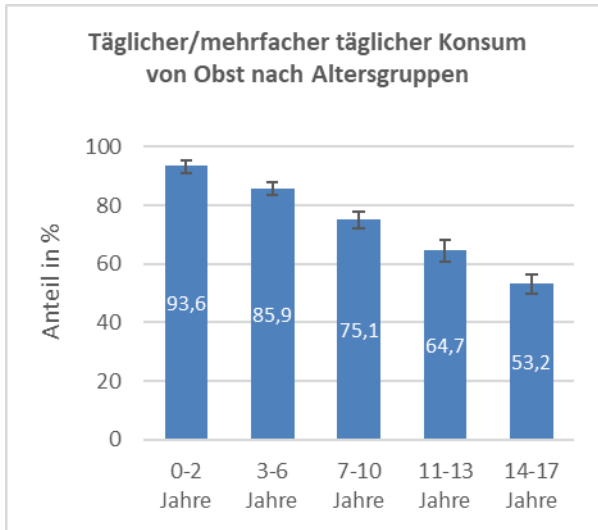


Abbildung 54: Täglicher oder mehrfach täglicher Obstkonsums nach Altersgruppen (n = 3872)

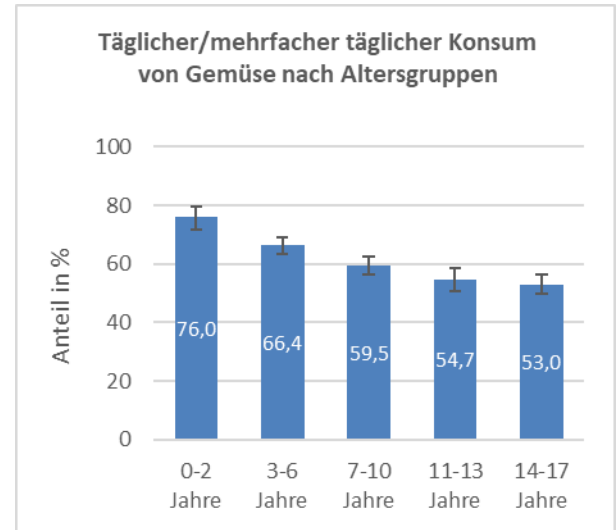


Abbildung 55: Täglicher oder mehrfach täglicher Gemüsekonsums nach Altersgruppen (n = 3872)

Der Anteil mit täglichem bis mehrfach täglichem Obst- (ohne Abbildung) bzw. Gemüseverzehr war bei Mädchen größer als bei Jungen (Abbildung 57).

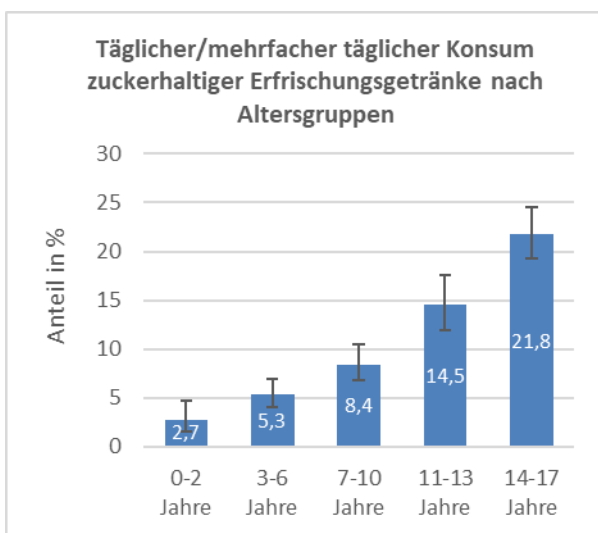


Abbildung 56: Täglicher oder mehrfach täglicher Konsums zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke nach Altersgruppen (n = 3872)

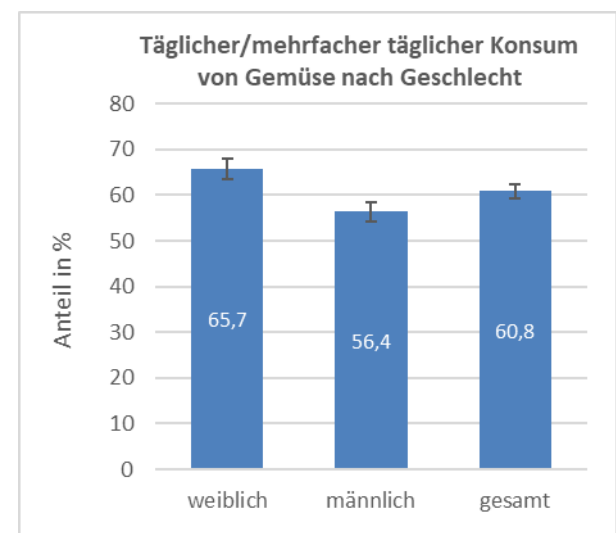


Abbildung 57: Täglicher oder mehrfach täglicher Gemüsekonsums nach Geschlecht (n = 3861)

Der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit täglichem oder mehrfach täglichem Obst- (Abbildung 58) und Gemüseverzehr (ohne Abbildung) war bei denen, die mit beiden Elternteilen zusammenlebten größer als bei Kindern und Jugendlichen, die mit einem Elternteil und einer weiteren Person oder nur mit einem Elternteil zusammenlebten.

Der Anteil an täglichem oder mehrfach täglichem Konsum von zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken lag bei 11,2 %, bei Kindern und Jugendlichen deren Eltern ihre finanzielle Situation relativ schlecht bis sehr schlecht einschätzten, war er signifikant größer als bei Kindern deren Eltern ihre finanzielle Situation besser einschätzten (17,3 % (95 %-KI: 13,0 %-22,6 %) vs. 10,7 % (95 %-KI: 9,8 %-11,8 %)) (Abbildung 59).

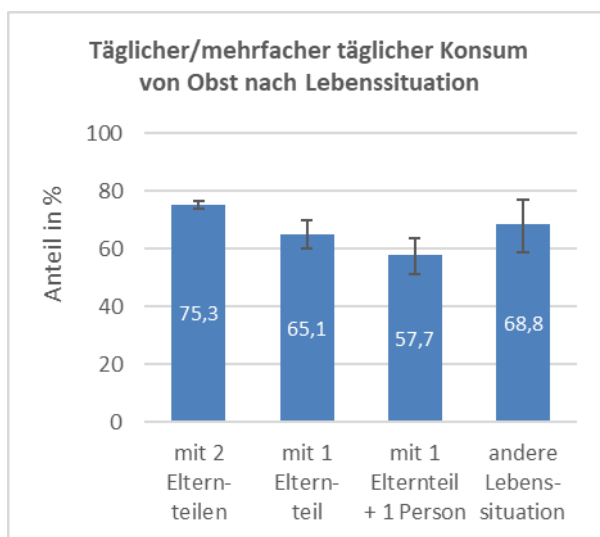


Abbildung 58: Täglicher oder mehrfach täglicher Obstkonsums nach familiärer Lebenssituation des Kindes

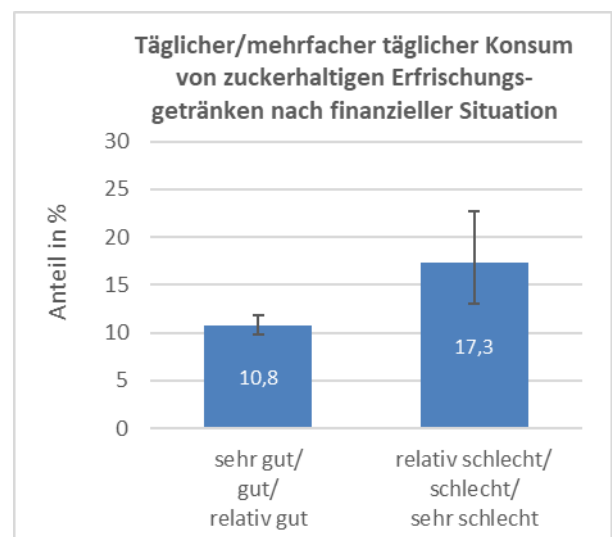


Abbildung 59: Täglicher oder mehrfach täglicher Konsums zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke nach finanzieller Situation der Eltern

### 5.10.9.2 Energy-Drinks

Insgesamt tranken Kinder bis einschließlich 13 Jahre mit Konsum von zuckerhaltigen Getränken selten Energy-Drink. Von den 14- bis 17-Jährigen mit Konsum von zuckerhaltigen Getränken tranken 38,7 % Energy-Drinks, wobei 21,8 % dies seltener als einmal pro Woche, 11,4 % ein- bis dreimal pro Woche, 2,6 % vier- bis sechsmal, 2,4 % einmal am Tag und 0,5 % mehrmals täglich taten. 3,9 % der Eltern nutzten in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen die Antwortkategorie „weiß nicht“ (Abbildung 60). Jugendliche der Altersgruppe 14 bis 17 Jahre an Berufsschulen tranken zu 36,5 % **keine** Energy-Drinks, an Gemeinschaftsschulen waren 50,6 % und an Gymnasien bei 66,3 % ohne Konsum von Energy-Drinks.

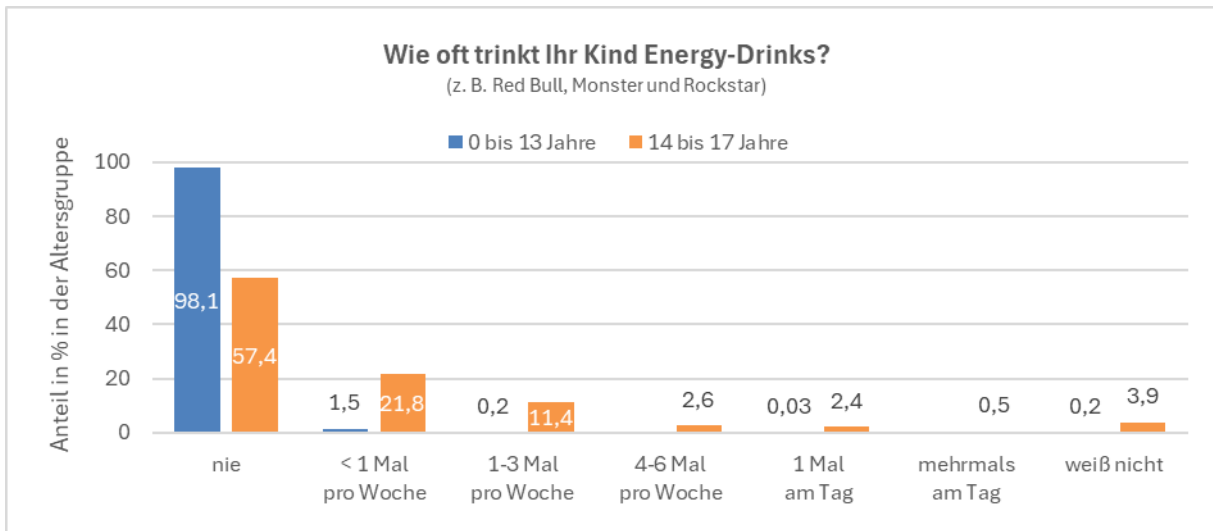


Abbildung 60: Konsum von Energy-Drinks (n = 3872)

### 5.10.9.3 Fertiggerichte

Ca. ein Fünftel (21,0 %) der Kinder und Jugendlichen verzehrte nach Angaben der Eltern in den letzten vier Wochen vor der Befragung keine Fertiggerichte, weitere 48,3 % taten dies seltener als einmal pro Woche, 27,0 % aßen ein- bis dreimal pro Woche Fertiggerichte, 2,6 % aßen vier- bis sechsmal pro Woche Fertiggerichte und 1,1 % aßen täglich oder mehrfach täglich Fertiggerichte. Der Anteil mit häufigerem Verzehr von Fertiggerichten war bei Jungen größer als bei Mädchen (Abbildung 61) und bei besserer finanzieller Situation niedriger als bei schlechterer finanzieller Situation (Abbildung 62).

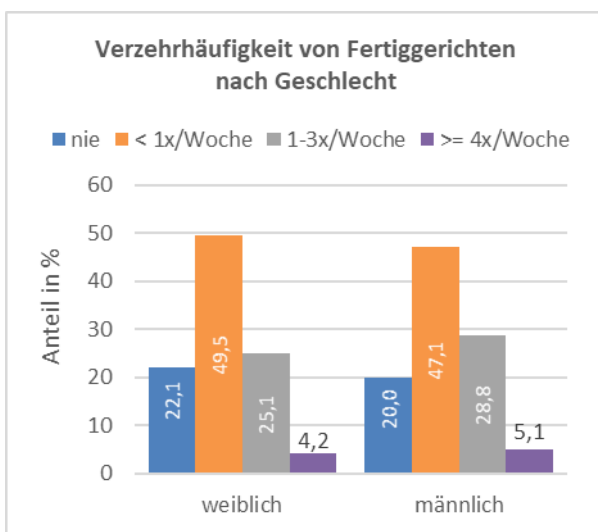


Abbildung 61: Verzehrhäufigkeit von Fertiggerichten nach Geschlecht (n = 3861)

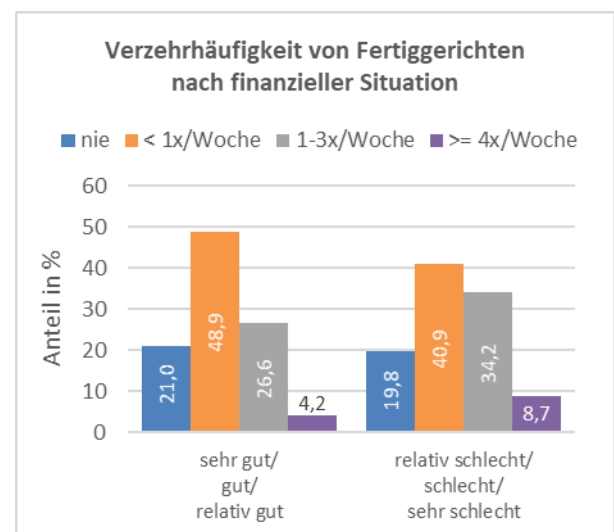


Abbildung 62: Verzehrhäufigkeit von Fertiggerichten nach finanzieller Situation (n = 3819)

Darüber hinaus war die Verzehrhäufigkeit von Fertiggerichten in älteren Altersgruppen größer als in jüngeren Altersgruppen (Abbildung 63).

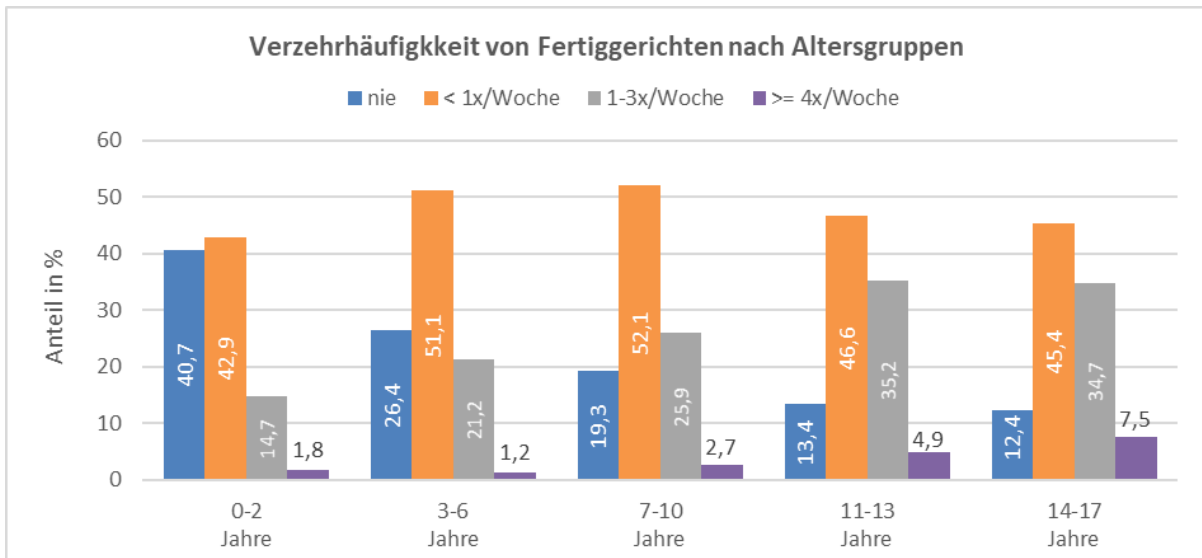


Abbildung 63 Verzehrhäufigkeit von Fertiggerichten nach Altersgruppen (n = 3872)

#### 5.10.9.4 Fastfood (hier gefragt nach: Bratwurst, Currywurst, Hamburger, Döner Kebab)

Ein Viertel (25,7 %) der Kinder und Jugendlichen verzehrte kein Fastfood wie Bratwurst, Currywurst, Hamburger oder Döner Kebab, weitere 60,3 % taten dies seltener als einmal pro Woche, 13,4 % ein- bis dreimal pro Woche, 0,4 % vier- bis sechsmal pro Woche und 0,3 % täglich oder mehrfach täglich. Der Anteil mit häufigerem Verzehr von Fastfood war bei Jungen größer als bei Mädchen (Abbildung 64). Bei schlechterer finanzieller Situation war der Anteil ohne Fastfood-Verzehr zwar größer und der Anteil mit ein- bis dreimal Fastfood pro Woche vergleichbar aber der Anteil mit hohem Fastfood-Verzehr war mehr als dreimal so groß wie bei Kindern mit besserer finanzieller Situation, wenn auch auf niedrigerem Niveau (Abbildung 65). Auch war der Anteil an Kindern mit einer höheren Verzehrhäufigkeit von Fastfood in älteren Altersgruppen größer als in jüngeren Altersgruppen (Abbildung 66).

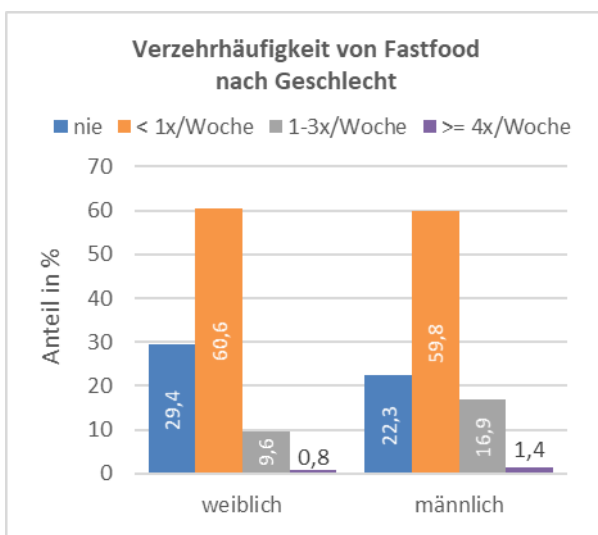


Abbildung 64: Verzehrhäufigkeit von Fastfood nach Geschlecht (n = 3861)

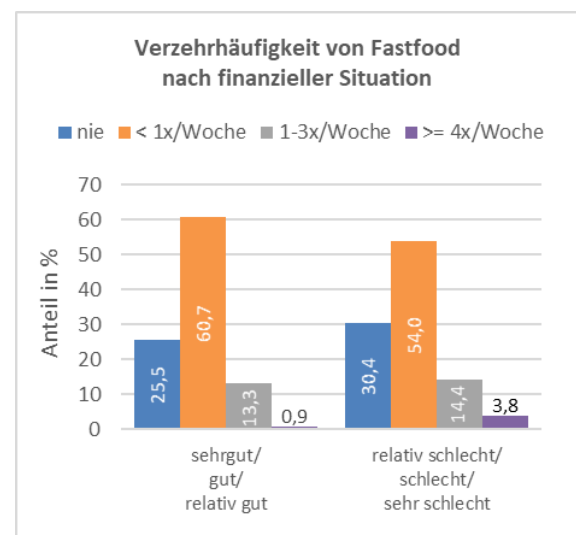


Abbildung 65: Verzehrhäufigkeit von Fastfood nach finanzieller Situation (n = 3861)

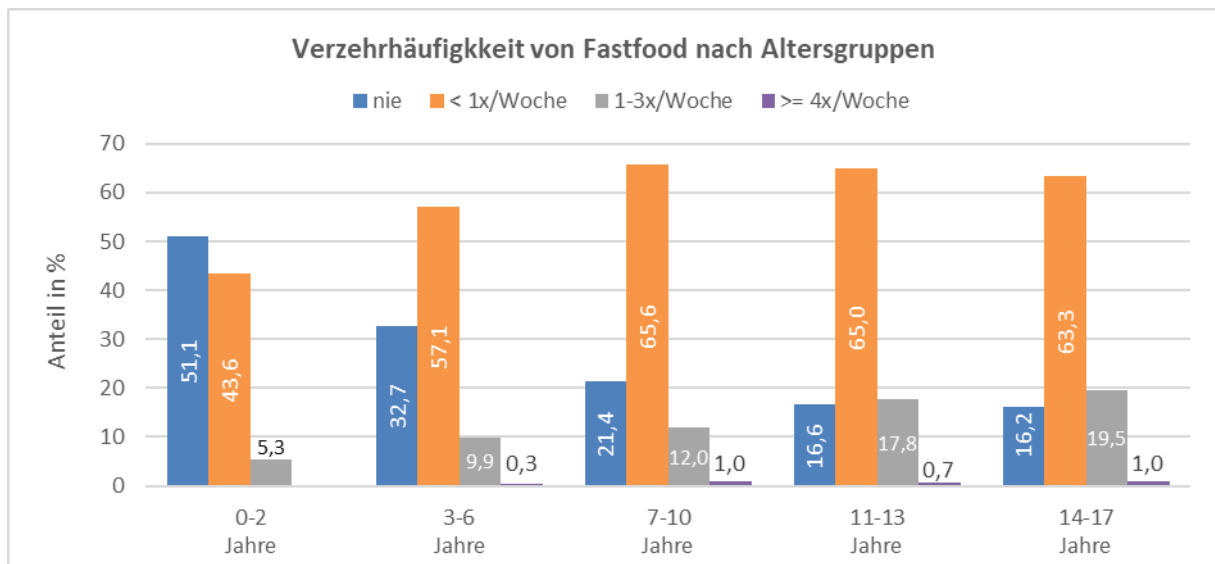


Abbildung 66: Verzehrhäufigkeit von Fastfood nach Altersgruppe (n = 3872)

#### 5.10.10 Stillen

Alle Teilnehmenden, deren Kind nach März 2020 geboren wurde, wurden gebeten, Angaben zur Stilldauer insgesamt (Säuglingsmilchnahrung oder Beikost möglich) und zur ausschließlichen Stilldauer (keine andere Nahrung) zu machen. Mehr als neun von zehn Kinder (92,0 %) der 1068 Kinder, deren Eltern die Fragen zum Stillen beantworteten, wurden jemals gestillt. Der Anteil der jemals gestillten Kinder schwankte in den Geburtskohorten 2020 bis 2024 zwischen 90,1 % und 92,9 %, die Unterschiede waren nicht signifikant (Abbildung 67). Kinder, die 2025 geboren wurden, wurden alle noch gestillt.

Kinder der Geburtskohorten 2020 bis 2024, die jemals gestillt wurden, wurden im Mittel 5,7 (SD = 2,7) Monate ausschließlich gestillt (geKuJu-1: Geburtskohorten 2005 bis 2023: 5,6 (SD = 3,3)) und 12,2 (SD = 8,2) Monate insgesamt gestillt (geKuJu-1: Geburtskohorten 2005 bis 2023: 10,4 (SD = 7,9)). Bezieht man alle Kinder in die Berechnung der Stilldauer mit ein, also auch niemals gestillte Kinder, so reduziert sich die ausschließliche mittlere Stilldauer auf 4,8 (SD = 3,2) Monate (geKuJu-1: Geburtskohorten 2005 bis 2023: 5,1 (SD = 3,3)) und die gesamte mittlere Stilldauer auf 11,2 (SD = 8,5) Monate (geKuJu-1: Geburtskohorten 2005 bis 2023: 9,2 (SD = 8,2)). Abbildung 68 visualisiert die ausschließliche und insgesamt mittlere Stilldauer nach Geburtskohorten.

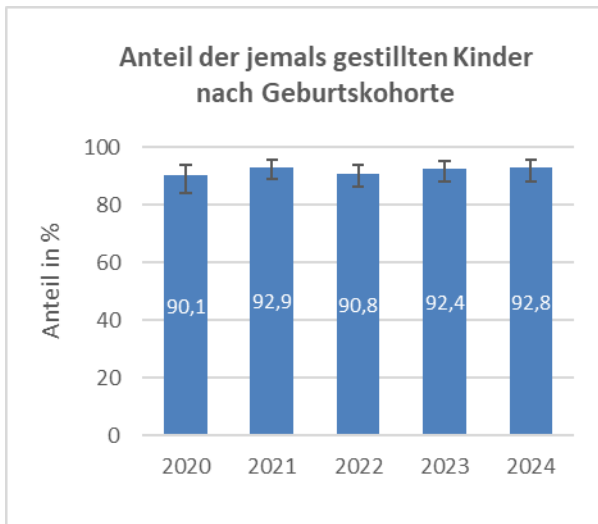


Abbildung 67: Anteil an jemals gestillten Kindern der Geburtskohorten 2020 bis 2024 (n = 1050)

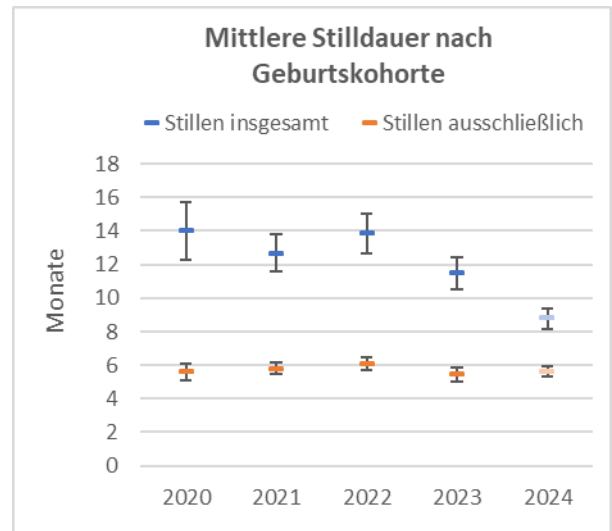


Abbildung 68: Ausschließliche und insgesamte mittlere Stlldauer nach Geburtskohorten (n = 1050) (95 %-KI des Mittelwerts; für das Jahr 2024 keine endgültigen Werte, da zum Befragungszeitpunkt ggf. noch gestillt wurde)

8,1 % der Kinder der Geburtenkohorten 2020 bis 2024 wurden nicht gestillt, 75,4 % der Kinder wurden mindestens vier Monate gestillt (63,2 % ausschließlich, 12,2 % teilweise). Mindestens sechs Monate wurden 66,7 % der Kinder gestillt (18,2 % ausschließlich, 48,5 % teilweise) (Abbildung 69).

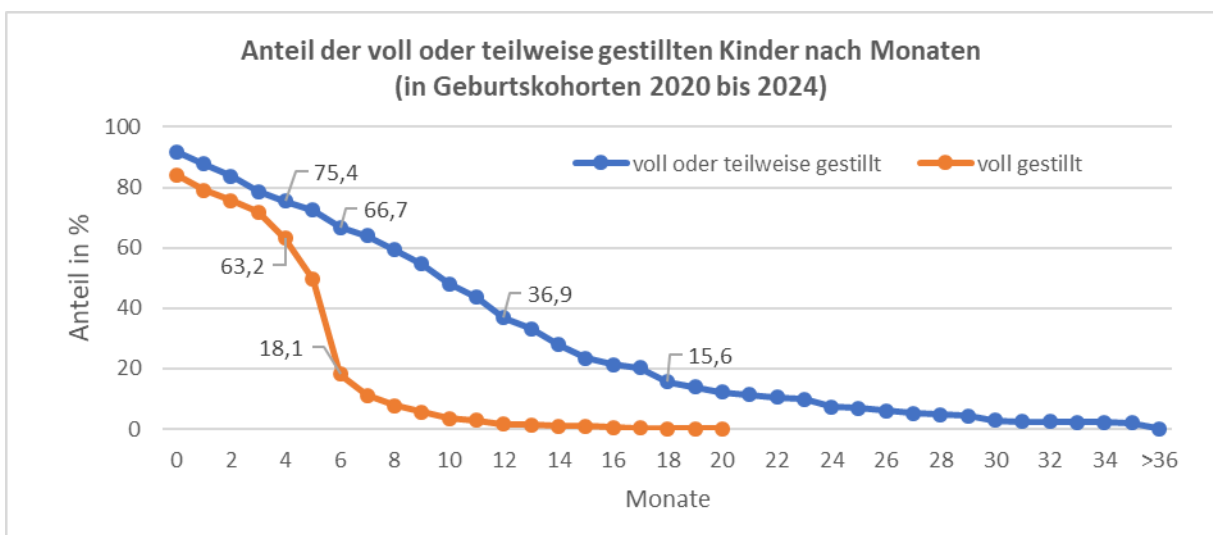


Abbildung 69: Anteil an voll oder teilweise gestillten Kindern nach Monaten in den Geburtskohorten 2020 bis 2024 (n = 1050)

Ob Kinder der Geburtenkohorten 2020 bis 2024 jemals gestillt wurden oder nicht, unterschied sich signifikant nach Schulbildung der Eltern und nach Einschätzung der finanziellen häuslichen Situation. So wurden 80,0 % der Kinder von Eltern mit niedriger Schulbildung, 85,0 % der Kinder von Eltern mit mittlerer Schulbildung und 95,3 % der Kinder von Eltern mit hoher Schulbildung

jemals gestillt ( $p < 0,001$ ). Während bei relativ schlechter bzw. sehr schlechter finanzieller Situation 82,3 % der Kinder gestillt wurden, waren es bei besserer finanzieller Situation 92,7 % ( $p = 0,001$ ). Auch war der Anteil an jemals gestillten Kindern in der Gruppe der übergewichtigen Kinder (BMI-Perzentile  $> 90$ ) mit 86,4 % signifikant kleiner als bei unter- und normgewichtigen Kindern (zusammengefasst BMI-Perzentile  $< 90$ ) mit 92,9 % ( $p = 0,014$ ).

Keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf das Stillen machten in der untersuchten Stichprobe das Geschlecht des Kindes ( $p = 0,521$ ), die Alltagssprache ( $p = 0,351$ ) und der Grad an sozialer Unterstützung ( $p = 0,118$ ).

## 5.10.11 Mundgesundheitsverhalten und zahnärztliche Konsultation

### 5.10.11.1 Zahnputzhäufigkeit

83,0 % der Kinder putzen mindestens zweimal täglich und 14 % einmal täglich ihre Zähne. Bei den 0- bis 2-Jährigen war der Anteil mit zweimaligem Zähneputzen pro Tag mit 68,5 % (95 %-KI: 64,7 %-72,1 %) signifikant kleiner als in allen anderen Altersgruppen. Während Grundschul-kinder mit 88,1 % (95 %-KI: 85,9 %-90,1 %) den höchsten Anteil mit zweimaligem Zähneputzen am Tag aufwiesen, war der Anteil bei den 14- bis 17-jährigen Jugendlichen mit 81,7 % (95 %-KI: 79,0 %-84,0 %) signifikant kleiner (Abbildung 70). Der Anteil an Jungen und Mädchen, die mindestens zweimal täglich ihre Zähne putzten unterschied sich nicht relevant voneinander.

Kinder ab einem Jahr mit einem GdB oder einem beantragten GdB putzen signifikant seltener zweimal täglich die Zähne bzw. bekamen sie geputzt (77,3 % vs. 84,9 %;  $p = 0,020$ ).

### 5.10.11.2 Fluoridhaltige Zahnpasta und Fluoridsupplement

80,3 % der Kinder putzten ihre Zähne mit und 17,7 % ohne fluoridhaltige Zahnpasta. 2,4 % der Kinder verwendeten (noch) keine Zahnpasta. In der Altersgruppe der 0 bis 2-jährigen Kinder war der Anteil erwartungsgemäß kleiner (Abbildung 71). Von der Geburt bis zum Zahndurchbruch empfehlen die Bundeszahnärztekammer und die Deutsche Gesellschaft für Präventivzahnmedizin ein Supplement mit Vitamin D und Fluorid. Nach dem Zahndurchbruch sollten Kinder behutsam und allmählich ans Zähneputzen herangeführt werden. Ab dem 12. Monat sollten Kinder zweimal täglich mit fluoridhaltiger Zahnpasta ihre Zähne putzen bzw. geputzt bekommen.

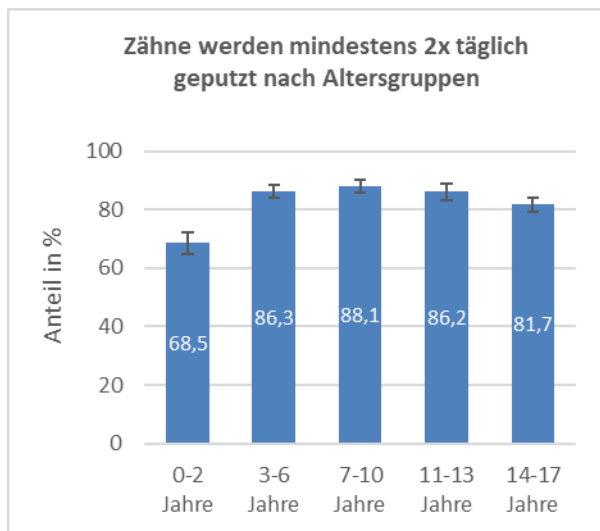


Abbildung 70: Zahnputzhäufigkeit mindestens zweimal täglich nach Altersgruppen (n = 4024)

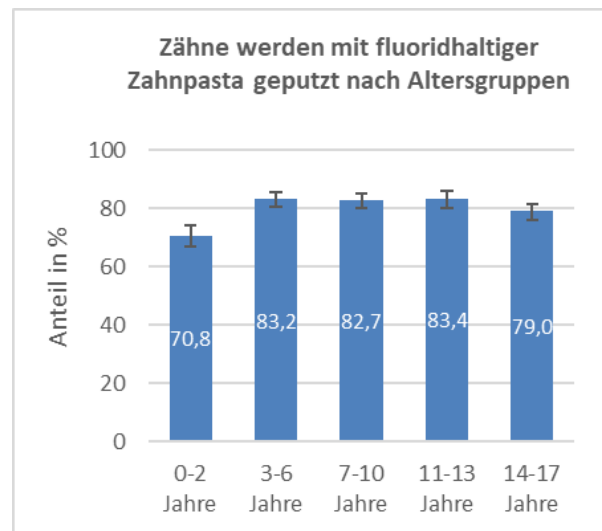


Abbildung 71: Zähne werden mit fluoridhaltiger Zahnpasta geputzt (n = 4019)

In der untersuchten Stichprobe wurde für 38,8 % (n = 52) der unter einjährigen Kinder (n = 134) angegeben, dass das Kind kein Supplement mit Vitamin D und Fluorid im ersten Lebensjahr erhalten hat. Von diesen 52 Kindern wurden bei 42,3 % die Zähne mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta geputzt, bei 7,7 % wurde eine Zahnpasta ohne Fluorid verwendet und bei 50,0 % wurde (noch) keine Zahnpasta verwendet, sodass insgesamt 57,7 % der Kinder nicht entsprechend den Empfehlungen der Bundeszahnärztekammer und Deutsche Gesellschaft für Präventivzahnmedizin mit Fluorid versorgt wurden. Ob es auf der anderen Seite auch zu einer parallelen Gabe von Supplementen mit Fluorid und der Verwendung von fluoridhaltiger Zahnpasta kam, kann aufgrund der Fragestellung in dieser Befragung nicht ausgeschlossen werden, da die „üblicherweise verwendete Zahnpasta“ sowie die „Gabe von Fluoridtablette mit und ohne Vitamin D im ersten Lebensjahr“ erfragt wurden, sodass die parallele bzw. die serielle Verwendung nicht sicher zugeordnet werden kann. Von den 74 (55,2%) unter einjährigen Kindern mit Fluorid-Supplement wurde bei 10,8 % der Kinder beim Zähneputzen keine fluoridhaltige Zahnpasta verwendet und bei 55,4 % wurde (noch) keine Zahnpasta verwendet, für 33,8 % wurde sowohl die Gabe eines Fluorid-Supplementes als auch das Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta angegeben. Bei 6 % (n = 8) der unter einjährigen Kindern wussten die Eltern nicht, ob das Kind eine Fluoridtablette im ersten Lebensjahr erhalten hat oder noch bekommt.

### 5.10.11.3 Fluoridiertes Speisesalz

Für 73,5 % der Kinder verwendeten Eltern für die Zubereitung von Speisen fluoridiertes Speisesalz, bei 37,6 % war das Salz neben Fluorid auch mit Jod angereichert (Abbildung 72). Für 4,7 % der Kinder wurden Speisen ohne Salz zubereitet, für 17,1 % mit Salz ohne Zusätze und 4,8 % verwendeten anderes Salz.

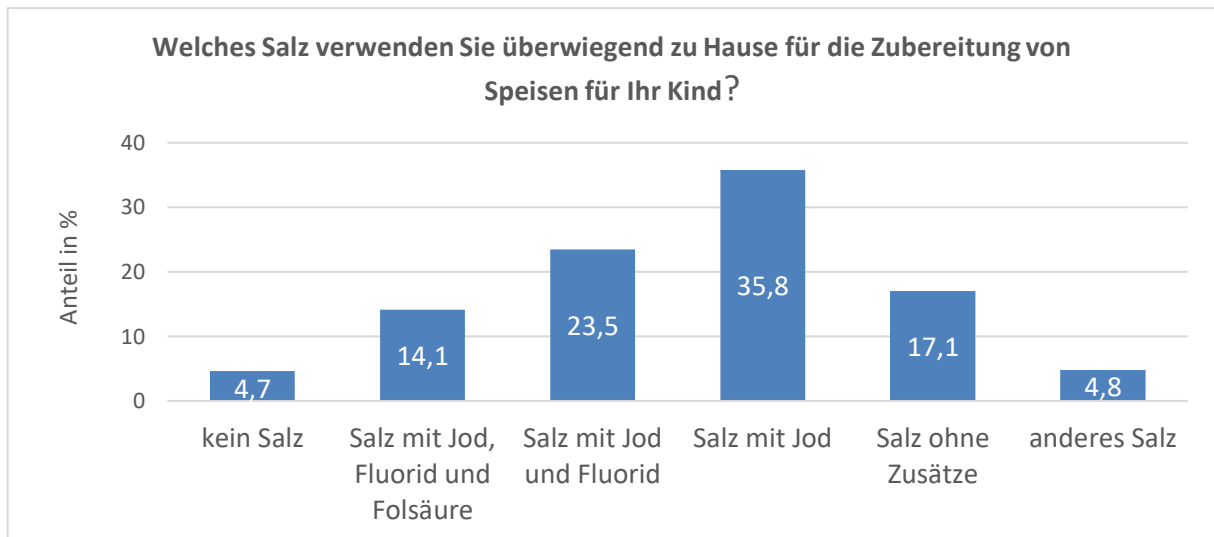


Abbildung 72: Salz mit oder ohne Zusatz für die Zubereitung der Speisen für Kinder zu Hause

#### 5.10.11.4 Zahnärztliche Kontrolltermine

Nahezu drei Viertel (73,8 %) der Kinder und Jugendlichen gehen nach Angaben der Eltern mindestens zweimal jährlich zur zahnärztlichen Kontrolle, insgesamt 90,8 % der Kinder gehen mindestens einmal jährlich zur zahnärztlichen Kontrolle. Dabei nutzten Kinder und Jugendliche der drei älteren Altersgruppen signifikant häufiger mindestens halbjährliche zahnärztliche Kontrolluntersuchungen als Kinder der beiden unteren Altersgruppen (Abbildung 73). Von den unter 3-jährigen Kindern waren 39,9 % der Kinder noch nie bei einer zahnärztlichen Kontrolluntersuchung gewesen. Die Häufigkeit der Inanspruchnahme von zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen mindestens zweimal jährlich unterschied sich nicht nach Geschlecht.

Im Mittel waren die Kinder mit 20,9 Monaten (95 %-KI: 20,3-21,4) erstmalig bei einem Zahnarzt oder einer Zahnärztin. In jüngeren Altersgruppen erfolgte die zahnärztliche Erstkontrolle im Mittel früher als in älteren Altersgruppen (Abbildung 74). Dabei ist zu berücksichtigen, dass in der jüngsten Altersgruppe 86,1 % und bei den 3- bis 6-Jährigen 12,1 % der Kinder noch nicht zu einer zahnärztlichen Erstkontrolle waren. Angaben von älteren Kindern wiederum sind aufgrund möglicher Erinnerungsverzerrungen mit höheren Unsicherheiten verbunden.

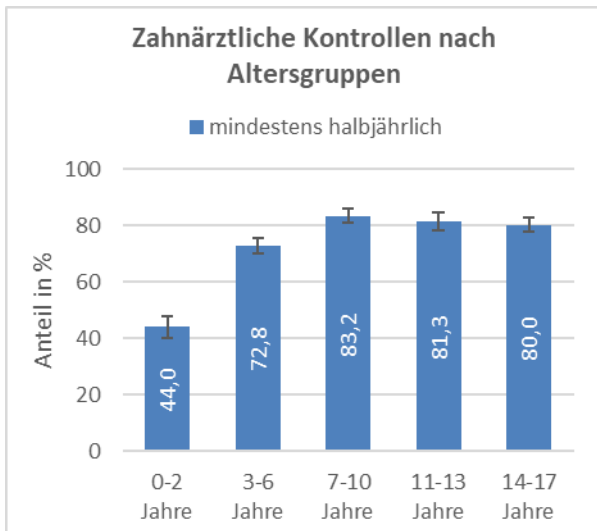


Abbildung 73: Zahnärztliche Kontrolluntersuchungen nach Altersgruppen (n = 4024)

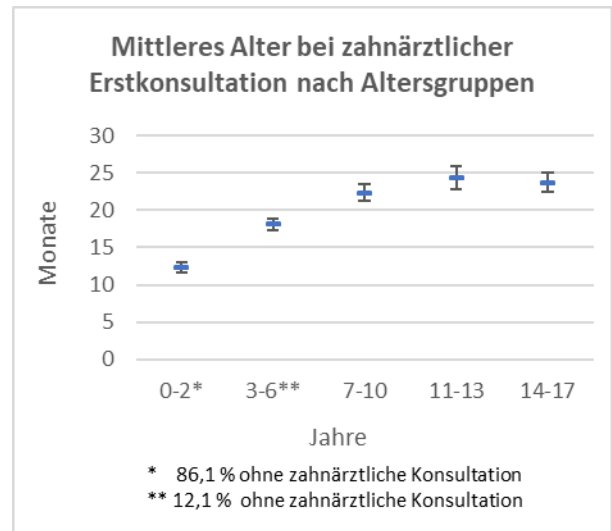


Abbildung 74: Mittleres Alter in Monaten bei zahnärztlicher Erstkonsultation nach Altersgruppen (n = 3520)

Kinder mit deutscher Alltagssprache waren bei der zahnärztlichen Erstkonsultation signifikant jünger als Kinder mit einer nichtdeutschen Alltagssprache (20,3 Monate vs. 27,8 Monate;  $p = 0,033$ ) (Abbildung 75).

Die Frage nach der konkreten Inanspruchnahme eines Zahnarztes oder einer Zahnärztin in den letzten 12 Monaten wurde von 86,3 % (n = 3519) bejaht. Der Anteil an Kindern der beiden jüngsten Altersgruppen, die in den letzten 12 Monaten einen Zahnarzt oder eine Zahnärztin konsultiert hatten, war kleiner als in den älteren drei Altersgruppen (Abbildung 76).

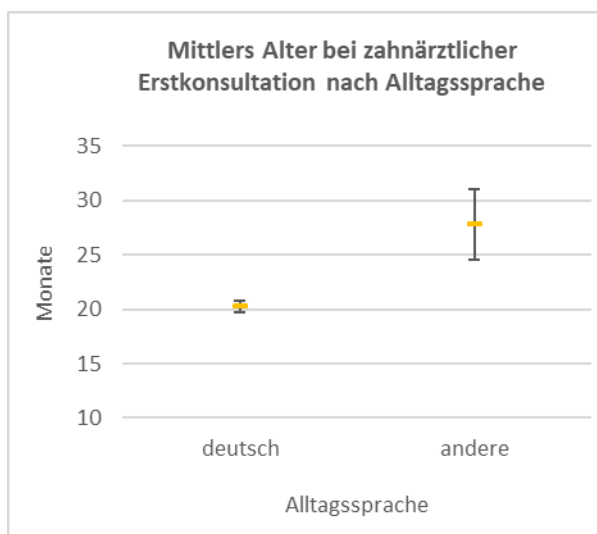


Abbildung 75: Mittleres Alter in Monaten bei zahnärztlicher Erstkonsultation nach Alltagssprache (n = 3484)

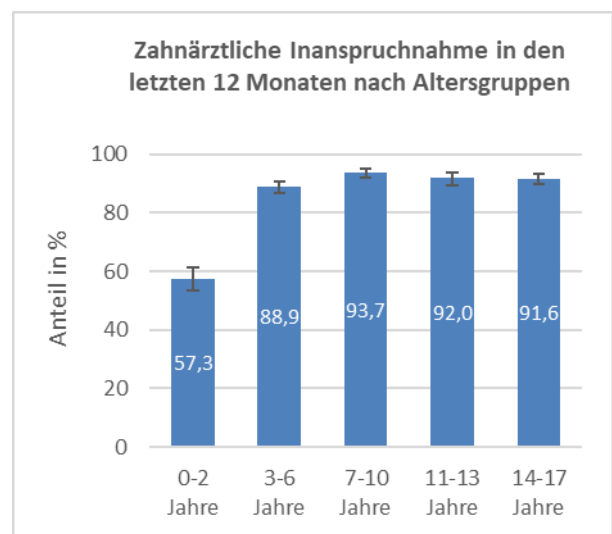


Abbildung 76: Zahnärztliche Inanspruchnahme in den letzten 12 Monaten nach Altersgruppen (n = 4079)

83,9 % der Eltern von Kindern, die in den letzten 12 Monaten beim Zahnarzt oder einer Zahnärztin waren, empfanden es nicht oder wenig schwierig zahnärztliche Hilfe fürs Kind zu bekommen, 16,1% empfanden dies als schwierig bis extrem schwierig (Abbildung 77). Dabei war der Anteil an Eltern, die den Zugang zur zahnärztlichen Inanspruchnahme fürs Kind schwierig bis extrem schwierig empfanden im Kreis Ostholstein größer als im Durchschnitt von Schleswig-Holstein.

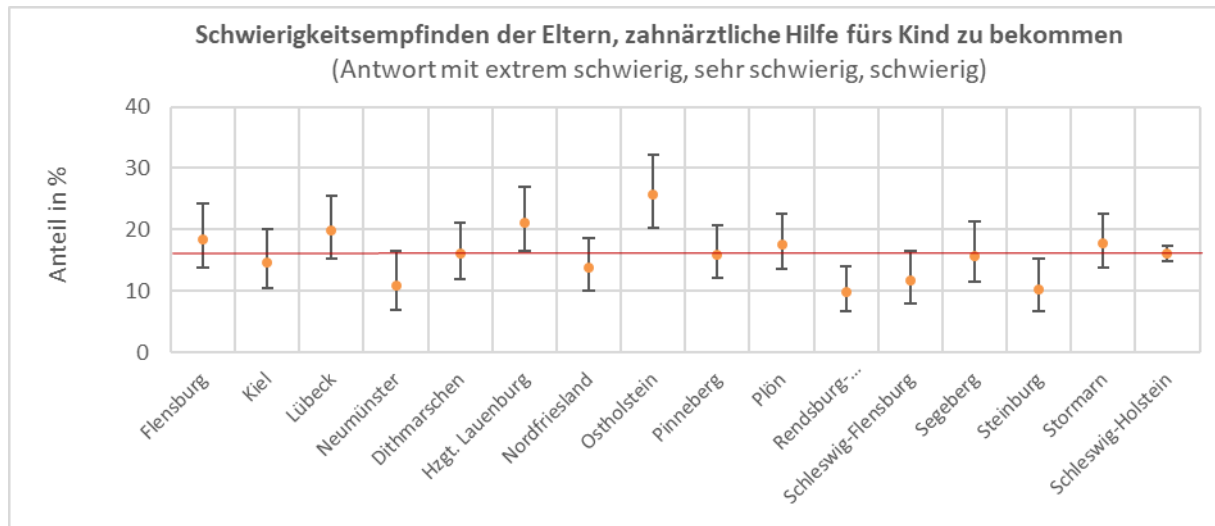


Abbildung 77: Schwierigkeitsempfinden zahnärztliche Hilfe fürs Kind zu bekommen nach Kreisen und kreisfreien Städten (n = 3519)

Bei schlechter finanzieller Situation war der Anteil mit höherem Schwierigkeitsempfinden beim Zugang zur zahnärztlichen Inanspruchnahme für das Kind mit 27,6 % signifikant größer als bei besserer finanzieller Situation mit 15,1 % ( $p < 0,001$ ). Auch war der Anteil an Eltern mit höherem Schwierigkeitsempfinden beim Zugang zur zahnärztlichen Inanspruchnahme fürs Kind mit 30,4 % signifikant größer, wenn das Kind einen Grad der Behinderung anerkannt oder beantragt hatte im Vergleich zu Kindern ohne einen Grad der Behinderung mit 15,5 % ( $p < 0,001$ ).

In Bezug auf Geschlecht des Kindes, elterliche Schulbildung und Alltagssprache unterschied sich das Schwierigkeitsempfinden beim Zugang zur zahnärztlichen Inanspruchnahme nicht relevant.

## 5.10.12 Konsum von suchtauslösenden Substanzen

### 5.10.12.1 Rauchen

Insgesamt hatten 17,1 % der 14- bis 17-Jährigen nach Angaben der Eltern mindestens einmal im Leben Erfahrungen mit dem Rauchen von Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen, E-Zigaretten, E-Shishas, E-Pfeifen, E-Zigarren, Wasserpfeifen (Shisha) **und / oder** dem Gebrauch von Tabakerhitzern gesammelt. 9,1 % hatten dies mindestens einmal in den letzten 30 Tagen vor der Befragung getan. Mädchen und Jungen unterschieden sich nicht signifikant bei der Lebenszeitprävalenz (16,0 % vs. 17,8 %) und auch nicht bei der 30-Tage-Prävalenz fürs Rauchen (10,1 %

vs. 8,4 %) aller o.g. Arten des Rauchens. Mit steigendem Alter vergrößerte sich der Anteil an Jugendlichen, die jemals geraucht hatten, von 6,5 % bei den 14-Jährigen auf 29,8 % bei den 17-Jährigen (Abbildung 78). Auch der Anteil an Jugendlichen, die in den letzten 30 Tagen geraucht hatten, stieg von 3,2 % bei den 14-Jährigen auf 17,8 % bei den 17-Jährigen (Abbildung 79).

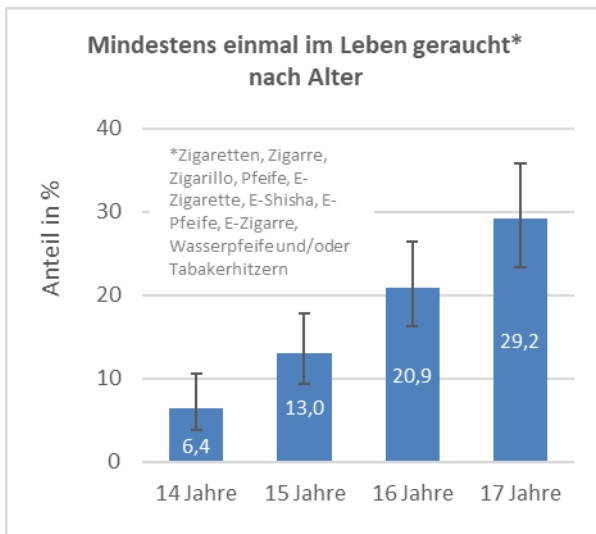


Abbildung 78: Lebenszeitprävalenz fürs Rauchen im Alter 14, 15, 16 und 17 Jahre (n = 919)

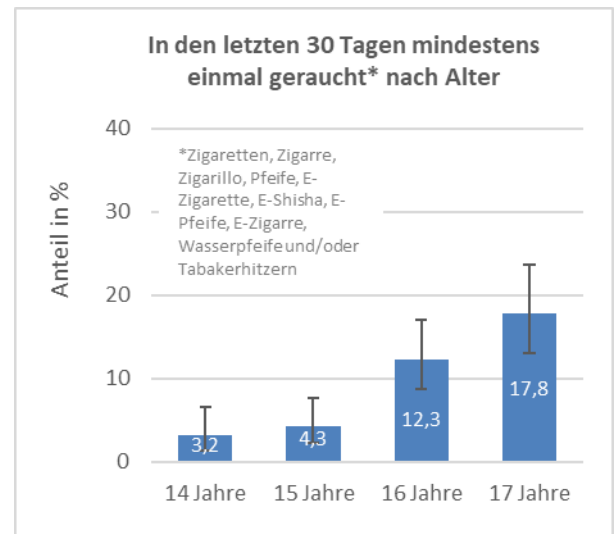


Abbildung 79: 30-Tage-Prävalenz fürs Rauchen im Alter 14, 15, 16 und 17 Jahre (n = 919)

Der Anteil an 16- bis 17-jährigen Jugendlichen, die mindestens einmal im Leben geraucht hatten, war größer an Berufsschulen (44,8 %) als an Gemeinschaftsschulen (31,4 %) und Gymnasien (15,6 %) (Abbildung 80). Auch die 30-Tage-Prävalenz fürs Rauchen war bei 16- bis 17-jährigen Jugendlichen an Berufsschulen (29,3 %) höher als bei Jugendlichen an Gemeinschaftsschulen (19,6 %) und Gymnasien (7,2 %) (Abbildung 81).

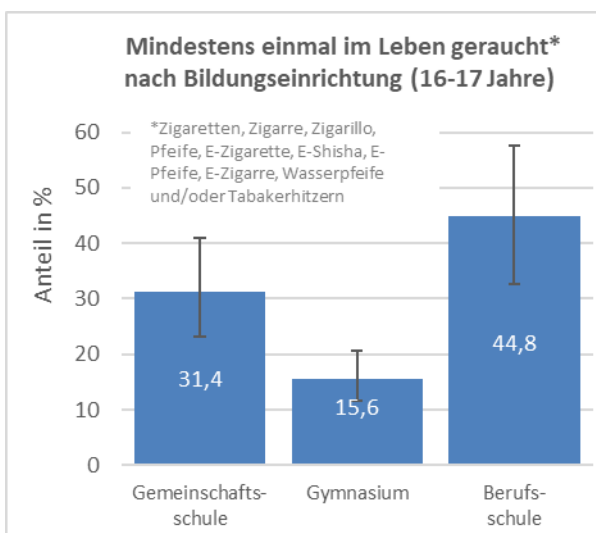


Abbildung 80: Lebenszeitprävalenz fürs Rauchen im Alter von 14 bis 17 Jahren nach Bildungseinrichtung des Kindes (n = 410)

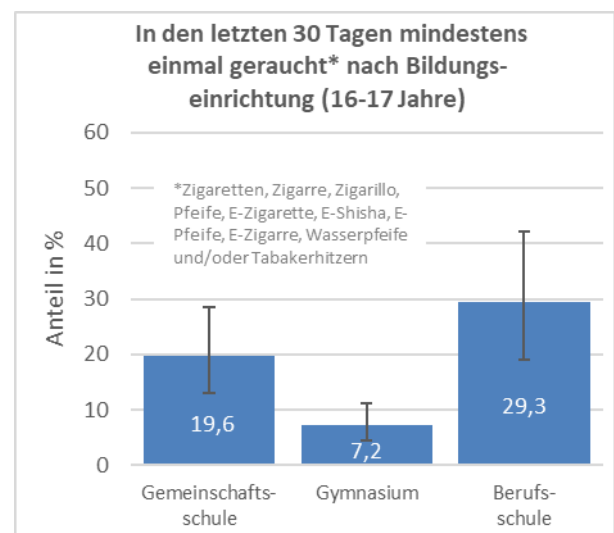


Abbildung 81: 30-Tage-Prävalenz fürs Rauchen im Alter von 14 bis 17 Jahre nach Bildungseinrichtung des Kindes (n = 410)

Bei Kindern mit formal höher gebildeten Eltern war der Anteil an Jugendlichen, die jemals geraucht hatten, kleiner als bei Kindern mit Eltern mit mittlerer und niedriger Bildung (Abbildung 82) und auch der Anteil an Kindern, die in den letzten 30 Tagen geraucht hatten, war kleiner (Abbildung 83).

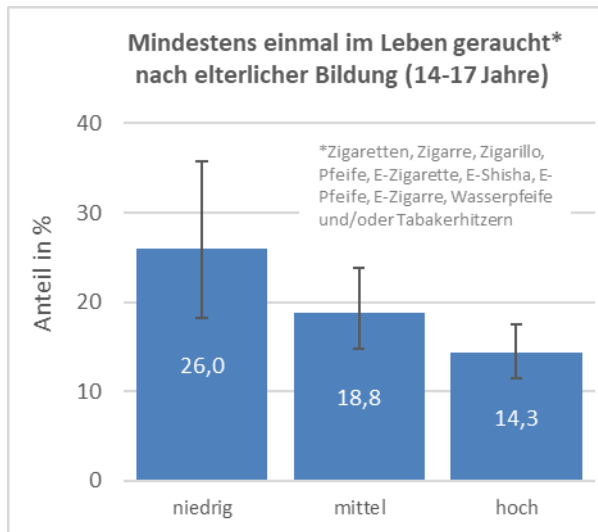


Abbildung 82: Lebenszeitprävalenz fürs Rauchen im Alter von 14 bis 17 Jahren nach Bildung der Eltern (n = 909)

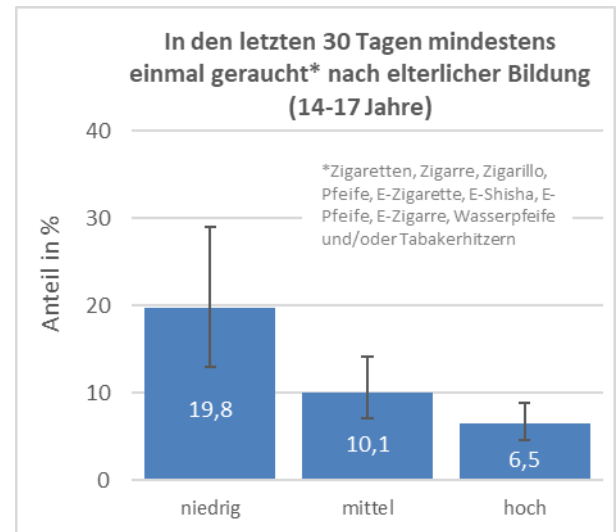


Abbildung 83: 30-Tage-Prävalenz fürs Rauchen im Alter von 14 bis 17 Jahre nach Bildung der Eltern n = 909)

Am häufigsten hatten 14- bis 17-jährige Jugendliche E-Zigarette, E-Shisha, E-Pfeife und/oder E-Zigarre mindestens einmal im Leben geraucht, gefolgt von Zigaretten, Zigarre, Zigarillo und/oder Pfeife, gefolgt von Wasserpfeife und schließlich Tabakerhitzer (Abbildung 84).

Im Detail:

- E-Zigarette, E-Shisha, E-Pfeife und/oder E-Zigarre hatten von den 14- bis 17-jährigen Jugendlichen 13,8 % mindestens einmal im Leben oder in den letzten 30 Tagen (6,7 %) geraucht. 5,2 % der Eltern machten zu dieser Frage bewusst keine Angabe.
- 11,0 % der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen hatten Zigaretten, Zigarre, Zigarillo oder Pfeife mindestens einmal im Leben oder in den letzten 30 Tagen (6,2 %) geraucht. 4,0 % der Eltern wählten zu dieser Frage die Antwortkategorie „weiß nicht“.
- 5,5 % der 14- bis 17-Jährigen hatten mindestens einmal im Leben oder in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Wasserpfeife (4,5 %) geraucht. 5,1 % der Eltern wussten nicht, ob ihr Kind Wasserpfeife geraucht hatte.
- Tabakerhitzer hatten 3,2 % der 14- bis 17-Jährigen mindestens einmal im Leben oder in den letzten 30 Tagen (1,1 %) benutzt. Zum Gebrauch von Tabakerhitzern ihrer Kinder konnten 6,2 % der Eltern keine Angaben machen und wählten die Antwortkategorie „weiß nicht“.

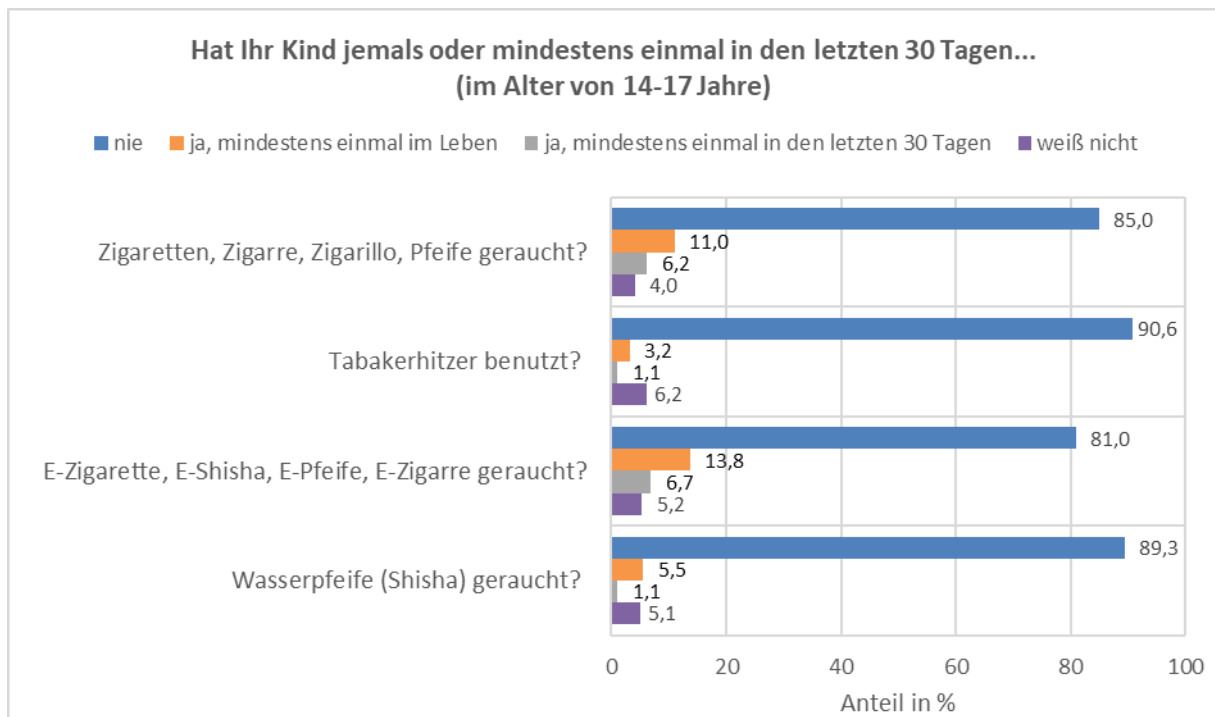


Abbildung 84: Gebrauch von Zigaretten, Zigarre, Zigarillo, Pfeife, E-Zigarette, E-Shisha, E-Pfeife, E-Zigarre, Wasserpfeife und Tabakerhitzern bei Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren (Anteil „ja, in den letzten 30 Tage“ auch im Anteil „ja, mindestens einmal im Leben“ enthalten) (n = 919)

#### 5.10.12.2 Alkohol

Von den 11- bis 13-jährigen Kindern hatten 3,8 % mindestens einmal im Leben Alkohol getrunken, die 30-Tage-Prävalenz betrug 0,2 %. Von den 14- bis 17-jährigen Jugendlichen hatten 52,0 % mindestens einmal im Leben Alkohol getrunken, die 30-Tage-Prävalenz betrug 31,0 %. 45 % der Jugendlichen in dieser Altersgruppe hatten nach Angaben der Eltern noch nie Alkohol getrunken. 2,9 % der Eltern wählten die Antwortkategorie „weiß nicht“ auf die Frage nach dem Alkoholkonsum ihres Kindes aus.

Alkoholbedingte Rauscherfahrten hatten von den 14- bis 17-jährigen Jugendlichen 22,3 % mindestens einmal in ihrem Leben gemacht. Bei 5,5 % der 14- bis 17-Jährigen war dies in den letzten 30 Tagen geschehen. 72,5 % hatten noch keine alkoholbedingte Rauscherfahrt. 5,2 % der Eltern konnten zu dieser Frage keine Angabe geben (Abbildung 85).

Der Anteil der 14- bis 17-jährigen Mädchen, die mindestens einmal im Leben Alkohol getrunken hatten, unterschied sich nicht relevant von dem der 14- bis 17-jährigen Jungen (51,9 % vs. 52,0 %). Auch die 30-Tage-Prävalenz für den Alkoholkonsum unterschied sich in dieser Altersgruppe nicht relevant zwischen den Mädchen und Jungen (30,0 % vs. 32,0 %).

Demgegenüber stiegen die Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums von 21,0 % bei den 14-Jährigen mit jedem Jahr signifikant bis 77,2 % bei den 17-Jährigen (Abbildung 86) sowie die 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums von 7,3 % bei den 14-Jährigen mit jedem Jahr ebenfalls signifikant bis 56,4 % bei den 17-Jährigen (Abbildung 87).

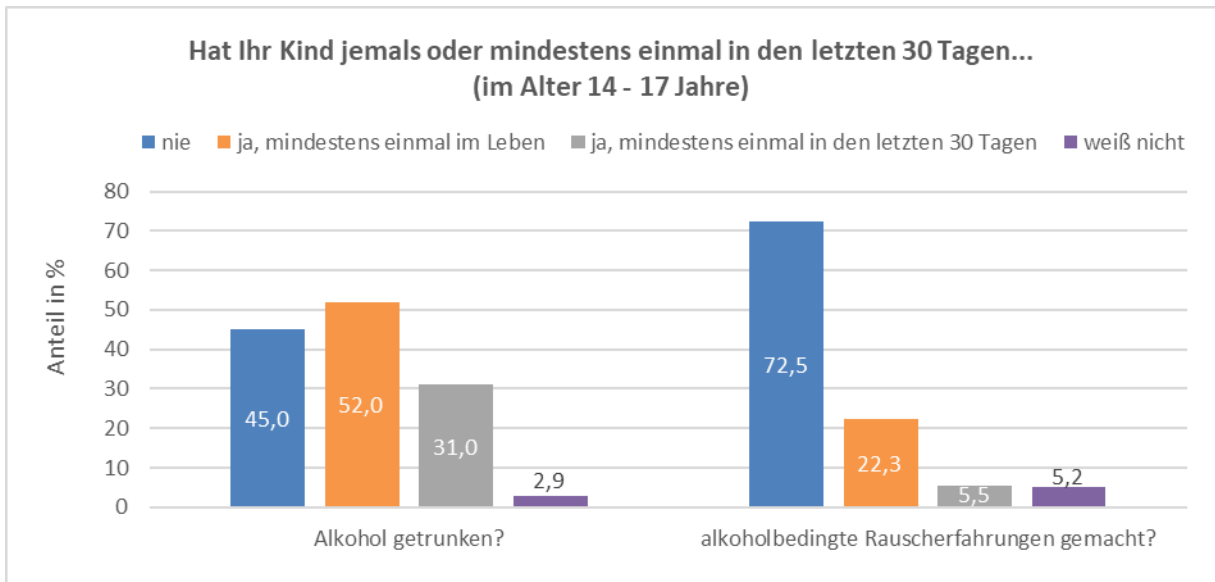


Abbildung 85: Lebenszeitprävalenz und 30-Tage-Prävalenz von Alkoholkonsum bei Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren (Anteil „ja, in den letzten 30 Tage“ auch im Anteil „ja, mindestens einmal im Leben“ enthalten) (n = 919)

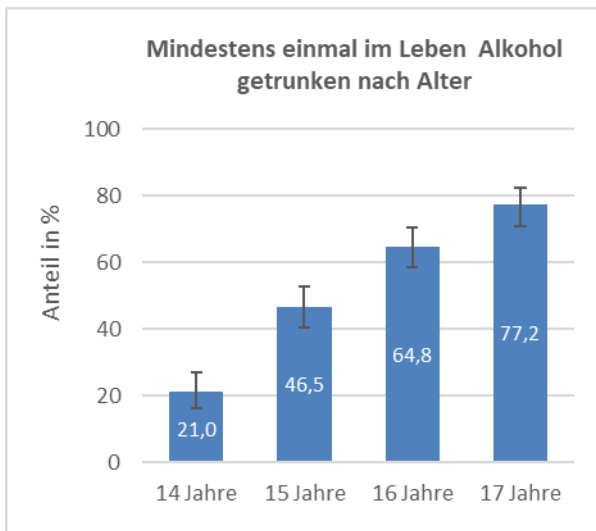


Abbildung 86: Lebenszeitprävalenz für Alkoholkonsum im Alter 14, 15, 16 und 17 Jahre (n = 919)

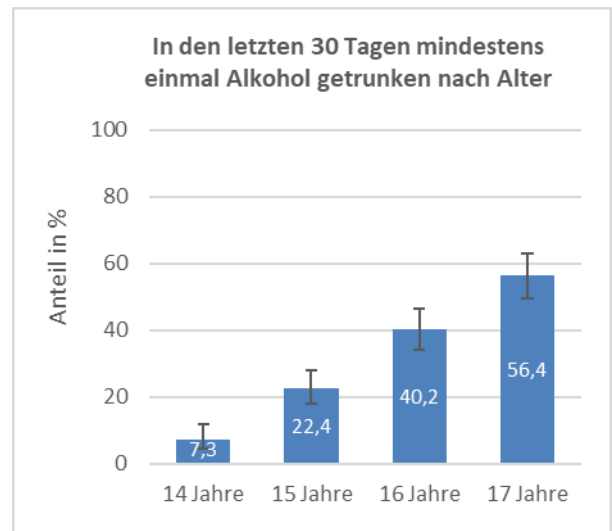


Abbildung 87: 30-Tage-Prävalenz für Alkoholkonsum im Alter 14, 15, 16 und 17 Jahre (n = 919)

Keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Lebenszeitprävalenz und die 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums fanden sich zwischen 16- bis 17-jährigen Jugendlichen an Gymnasien, Gemeinschafts- und Berufsschulen (Abbildung 88, Abbildung 89). Allerdings waren die Lebenszeitprävalenz und die 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums bei den 16- bis 17-jährigen Jugendlichen an Gymnasien am höchsten (77,2 % bzw. 51,6 %), während sie an Gemeinschafts- (64,7 % bzw. 42,2 %) und Berufsschulen (67,2 % bzw. 44,8 %) niedriger und relativ vergleichbar zueinander waren.

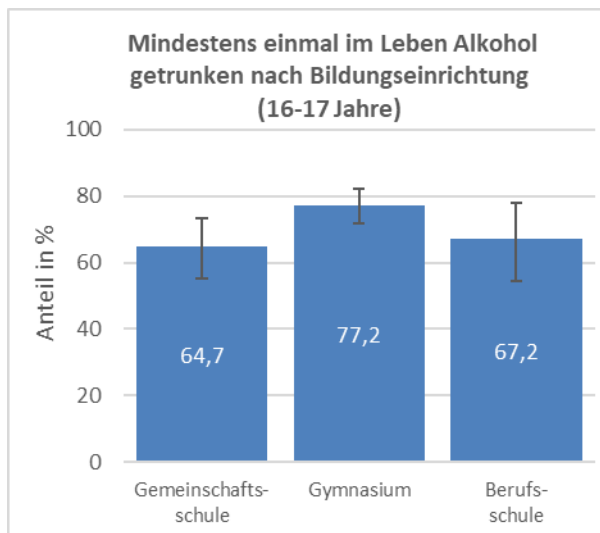


Abbildung 88: Lebenszeitprävalenz für Alkoholkonsum im Alter von 16 bis 17 Jahre nach Bildungseinrichtung (n = 410)

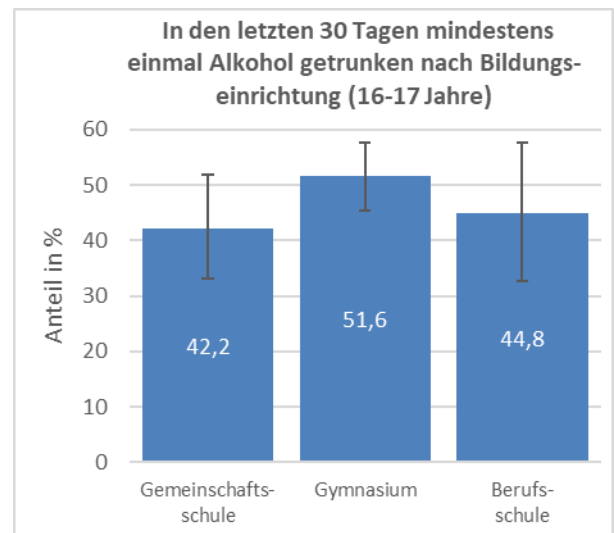


Abbildung 89: 30-Tage-Prävalenz für Alkoholkonsum im Alter von 16 bis 17 Jahre nach Bildungseinrichtung (n = 410)

Auch unterschieden sich die Lebenszeitprävalenz und die 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen nicht signifikant nach dem Schulabschluss der Eltern (Abbildung 90, Abbildung 91). Für Jugendliche von Eltern mit mittlerem Schulabschluss wurden die höchste Lebenszeitprävalenz und die höchste 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums angegeben (55,8 % bzw. 34,5 %), für Jugendliche von Eltern mit niedrigem Schulabschluss die niedrigsten (46,9 % bzw. 27,1 %) und für Jugendliche von Eltern mit hohem Schulabschluss leicht höhere (51,1 % bzw. 30,2 %).

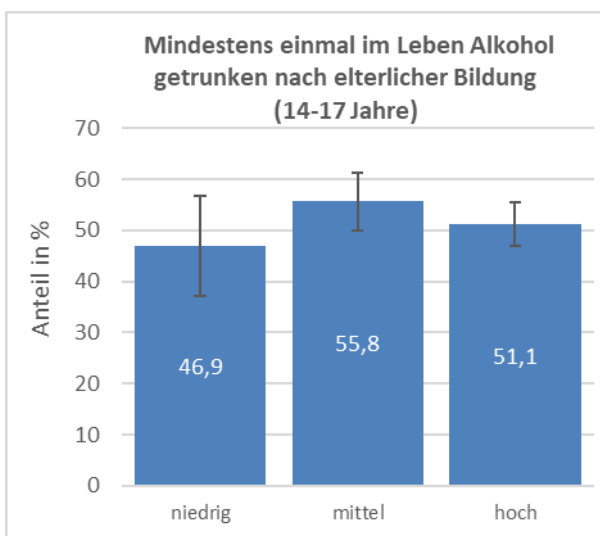


Abbildung 90: Lebenszeitprävalenz für Alkoholkonsum im Alter von 16 bis 17 Jahre nach Schulbildung der Eltern (n = 909)

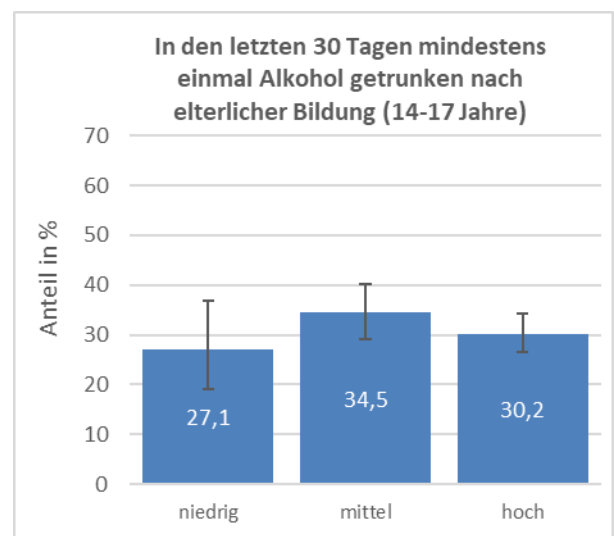


Abbildung 91: 30-Tage-Prävalenz für Alkoholkonsum im Alter von 16 bis 17 Jahre nach Schulbildung der Eltern (n = 909)

### 5.10.12.3 Cannabisprodukte, Drogen und drogenbedingte Rauscherfahrungen

Von den 14- bis 17-jährigen Jugendlichen hatten 5,0 % mindestens einmal im Leben Cannabis, Haschisch oder Marihuana konsumiert, 1,1 % hatten diese Substanzen in den letzten Tagen konsumiert. Erfahrungen mit Drogen hatten 0,9 % der 14- bis 17-Jährigen mindestens einmal im Leben und 0,3 % in den letzten 30 Tagen. Über drogenbedingte Rauscherfahrungen im Leben ihrer 14- bis 17-jährigen Kinder berichteten 3,3 % der befragten Personen, von 1,0 % wurde diese Erfahrung für die letzten 30 Tage berichtet (Abbildung 92).

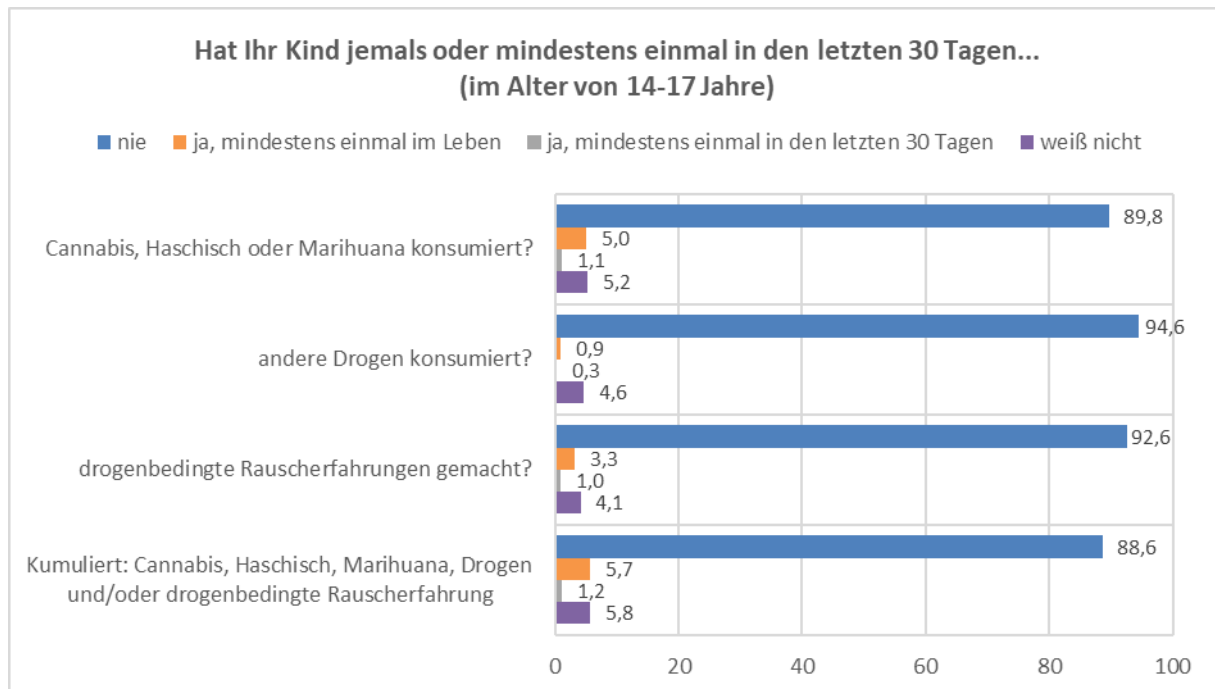


Abbildung 92: Konsum von Cannabis, Haschisch, Marihuana, Drogen und/oder drogenbedingte Rauscherfahrung bei Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren (Anteil „ja, in den letzten 30 Tage“ auch im Anteil „ja, mindestens einmal im Leben“ enthalten) (n = 919)

Der Konsum von Cannabisprodukten, Drogen und drogenbedingte Rauscherfahrungen zusammen verteilte sich auf 5,7 % der Jugendlichen dieser Altersgruppe, die jemals im Leben, nach Einschätzung der Eltern, eine dieser Substanzen und / oder drogenbedingte Rauscherfahrungen gemacht hatten, bei 1,2 % der Jugendlichen war dies in den letzten 30 Tagen erfolgt. 4,1 % bis 5,2 % der Eltern wählten bei den Fragen zum Konsum von Cannabisprodukten, Drogen und Rauscherfahrungen die Antwortkategorie „weiß nicht“.

Der Anteil der 14- bis 17-jährigen Mädchen, die mindestens einmal im Leben Cannabisprodukten, Drogen und Rauscherfahrungen gemacht hatten, unterschied sich nicht relevant von dem der 14- bis 17-jährigen Jungen (6,5 % vs. 5,2 %;  $p = 0,467$ ). Andere Gruppenvergleiche sind aufgrund der geringen Fallzahlen nicht sinnvoll möglich. Ebenso wurden für unter 14-jährige Kinder der Konsum von Cannabisprodukten, Drogen bzw. Rauscherfahrungen der Befragungsteilnehmenden nur in wenigen Fällen berichtet.

#### 5.10.12.4 Medikation ausgewählter Medikamente ohne ärztliche Verordnung

Mehr als ein Drittel (36,1 %) der Kinder und Jugendlichen hatten mindestens einmal im Leben Schmerzmittel **ohne** ärztliche Verordnung erhalten, bei 16,5 % war dies in den letzten 30 Tagen vor der Befragung geschehen. 63,4 % der Kinder und Jugendlichen hatten ohne ärztliche Verordnung noch nie im Leben Schmerzmittel erhalten.

Beruhigungs- oder Schlafmittel ohne ärztliche Verordnung hatten 1,5 % der Kinder- und Jugendlichen jemals und 0,8 % der Kinder in den letzten 30 Tagen erhalten. Medikamente, die die Aufmerksamkeit verbessern oder Hyperaktivität mildern ohne ärztliche Verordnung hatten 0,9 % der Kinder jemals und 0,5 % der Kinder in den letzten 30 Tagen erhalten (Abbildung 93).

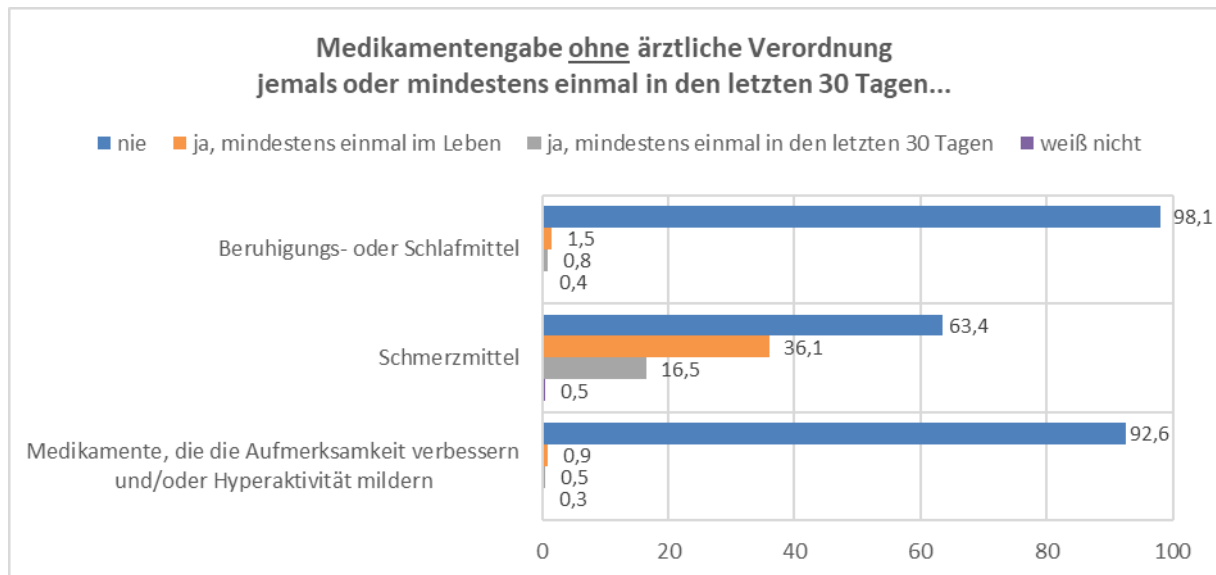


Abbildung 93: Medikamentengabe ohne ärztliche Verordnung jemals oder mindestens einmal in den letzten 30 Tagen (Anteil „ja, in den letzten 30 Tage“ auch im Anteil „ja, mindestens einmal im Leben“ enthalten) (n = 4013)

Der Anteil an Mädchen, die jemals Schmerzmittel ohne ärztliche Verordnung erhalten hatten, war signifikant größer als der der Jungen (38,3 % vs. 34,4 %;  $p = 0,010$ ). Ebenso hatten mehr Mädchen in den letzten 30 Tagen Schmerzmittel ohne ärztliche Verordnung erhalten als Jungen (18,4 % vs. 14,8 %,  $p = 0,002$ ). In der Betrachtung der Gabe von Schmerzmitteln ohne ärztliche Verordnung nach Altersgruppen und Geschlecht wird deutlich, dass sowohl die Lebenszeitprävalenz als auch die 30-Tage-Prävalenz bei Jungen bei den 0- bis 2-Jährigen und den 3- bis 6-Jährigen höher war als bei den Mädchen, sie dann aber bei den Mädchen höher war und sich bei den 14- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen signifikant unterscheidet (Abbildung 94, Abbildung 95). Auch nahmen die Lebenszeit- und die 30-Tage-Prävalenz ab der Altersgruppe der 7- bis 10-Jährigen bis zu den 11- bis 13-Jährigen und den 14- bis 17-Jährigen zu. Bei den Mädchen waren diese Unterschiede jeweils signifikant und bei den Jungen zum Teil signifikant.

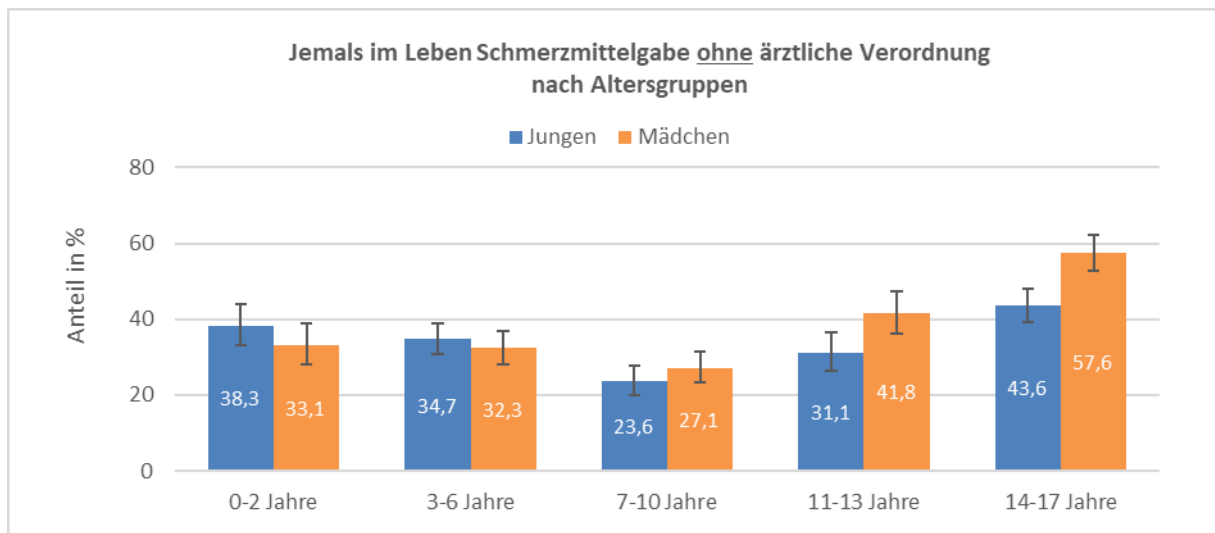


Abbildung 94: Jemals im Leben Schmerzmittelmedikation nach Altersgruppen und Geschlecht (n = 3984)

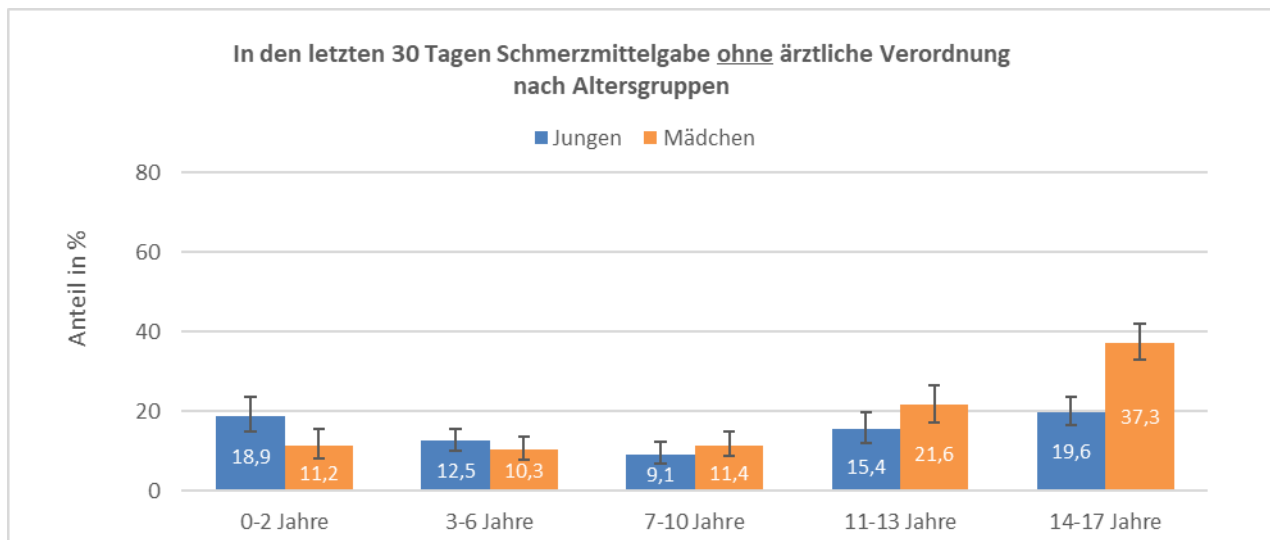


Abbildung 95: Schmerzmittelmedikation ohne ärztliche Verordnung in den letzten 30 Tagen nach Altersgruppen und Geschlecht (n = 3984)

Bei ausreichender Gesundheitskompetenz der Eltern war der Anteil an Kindern mit Schmerzmittelmedikation ohne ärztliche Verordnung in den letzten 30 Tagen signifikant kleiner als bei problematischer elterlicher Gesundheitskompetenz (15,8 % vs. 20,1 %). Bei inadäquater elterlicher Gesundheitskompetenz lag der Anteil an Kindern mit Schmerzmittelmedikation ohne ärztliche Verordnung in den letzten 30 Tagen dazwischen (18,0 %), wies aber ein breites 95 %-Konfidenzintervall auf (Abbildung 96).

Der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Schmerzmittelmedikation in den letzten 30 Tagen, die das von der WHO empfohlene Bewegungspensum von mindestens sieben Stunden pro Woche erreicht hatten, war signifikant kleiner als bei Kindern, die dieses Bewegungspensum unterschritten (14,2 % vs. 21,7 %;  $p < 0,001$ ; Abbildung 97).

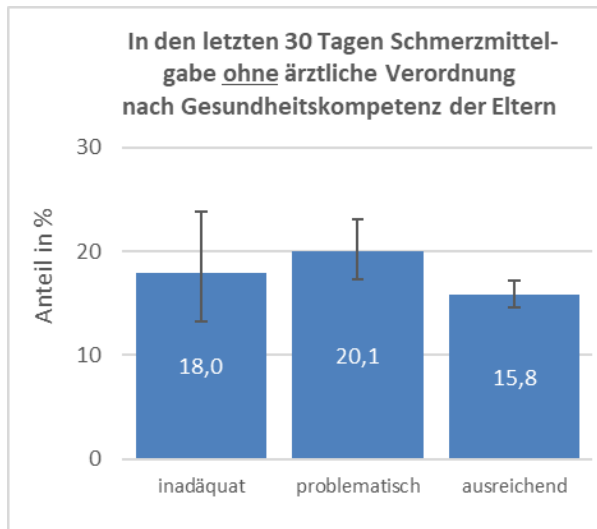


Abbildung 96: Schmerzmittelmedikation ohne ärztliche Verordnung in den letzten 30 Tagen nach Gesundheitskompetenz der Eltern (n = 3984)

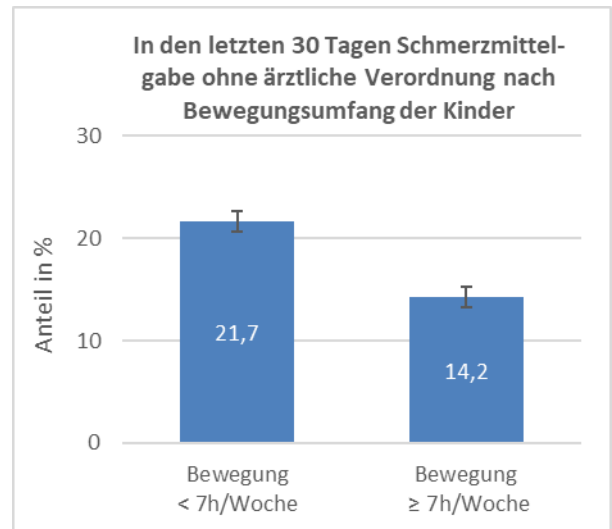


Abbildung 97: Schmerzmittelmedikation ohne ärztliche Verordnung in den letzten 30 Tagen nach Bewegungsumfang der Kinder (n = 3847)

Sowohl die Lebenszeitprävalenz als auch die 30-Tage-Prävalenz der Einnahme von Beruhigungs- oder Schlafmittel ohne ärztliche Verordnung unterschied sich nicht zwischen Mädchen und Jungen (jemals: 1,7 % vs. 1,3 %;  $p = 0,394$ ; in den letzten 30 Tagen: 1,0 % vs. 0,6 %;  $p = 0,142$ ).

In der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen war der Anteil an Jugendlichen die Beruhigungs- oder Schlafmittel ohne ärztliche Verordnung jemals und in den letzten 30-Tagen eingenommen hatten signifikant höher als in den jüngeren Altersgruppen (jemals: 3,4 % vs. 0,9 %;  $p < 0,001$ ; in den letzten 30 Tagen: 2,0 % vs. 0,5 %;  $p < 0,001$ ).

#### 5.10.13 Bildschirmzeiten und Medienkonsum

Wenn von den Eltern die Frage nach Bildschirmzeiten bejaht wurde, erfolgte die Frage nach der durchschnittlichen Bildschirmzeit. Diese betrug bei den 0- bis unter 3-Jährigen 41 Minuten pro 24 Stunden, die der 3- bis unter 6-Jährigen 53 Minuten, bei den 6- bis unter 9-Jährigen 70 Minuten, bei den 9- bis unter 12-Jährigen 109 Minuten und bei den 12- bis unter 18-Jährigen 228 Minuten pro 24 Stunden. Die Altersgruppen entsprechen denen der S2k-Leitlinie mit Empfehlungenzeiten. Aufgrund der veränderten Fragestellung zu den Bildschirmzeiten in der geKuJu-2-Befragung sind die Angaben in Abbildung 98 nur bedingt mit Angaben der geKuJu-1-Befragung vergleichbar, da in der Vorbefragung neben der Bildschirmnutzung für TV, Video, Streaming, Gaming / digitale Spiel und Social Media auch nach dem Hören von Musik, Podcasts, Radio, Hörspiele / -Bücher und dem Lesen von E-Books, Online-Zeitschriften / -Zeitung gefragt worden war, dies war aber nur selten als Hauptnutzung ausgewählt worden.

Darüber hinaus fiel in der Analyse auf, dass die vorgeschaltete Verzweigungsfrage in der Online-Befragung „Hat Ihr Kind Bildschirm- bzw. Mediennutzungszeiten z.B. am Smartphone, PC, Laptop, Tablet oder TV?“ von nicht wenigen Eltern dahingehend interpretiert wurde, dass mit Bildschirm- bzw. Mediennutzungszeiten *festgesetzte* Zeiten gemeint seien und nur für 64,4 % der 12- bis 17-Jährigen bejaht wurde, was mehr als unrealistisch erscheint, da laut Bitkom Research 2022 in dieser Altersgruppe über 95 % Smartphone-Besitzer sind. Für 0- bis unter 3-jährige Kinder wurden für 33,2 % Bildschirm- bzw. Mediennutzungszeiten angegeben, für 3- bis unter 6-jährige Kinder für 82,8 %, für 6- bis unter 9-jährige Kinder für 89,0 %, für 9- bis unter 12-jährige Kinder für 92,6 %.

Insgesamt überschritten zwei Drittel (66,7 %) aller Kinder mit Bildschirmzeiten die empfohlenen altersgruppenspezifischen Bildschirmzeiten entsprechend der S2k-Leitlinie „*Prävention dysreguliertem Bildschirmmediengebrauchs in Kindheit und Jugend*“. Abbildung 99 visualisiert den Anteil an Kindern mit Überschreitung der empfohlenen Bildschirmzeit nach Altersgruppen. Der Anteil an Jungen mit Überschreitung der empfohlenen Bildschirmzeit war signifikant größer als bei den Mädchen (68,4 % vs. 64,6 %;  $p = 0,039$ ).

Während drei Viertel (74,4 %) der Kinder mit Übergewicht die empfohlenen Bildschirmzeit überschritten, waren es bei den normalgewichtigen 67 % der Kindern und bei den untergewichtigen 59,5 % der Kinder (Abbildung 100).

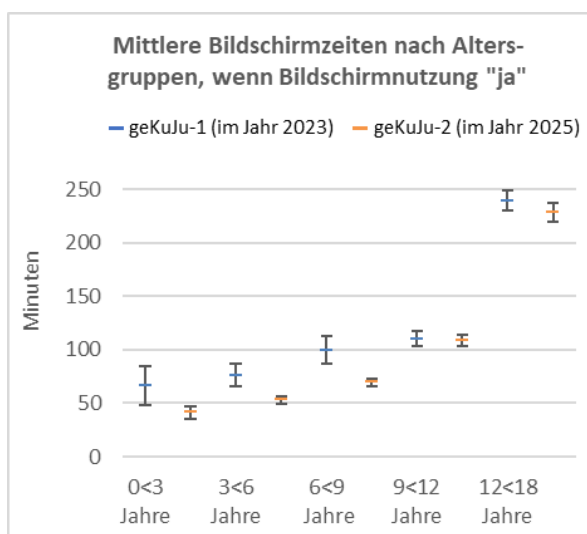


Abbildung 98: Durchschnittliche Bildschirmzeiten nach Altersgruppen von Kindern mit Bildschirmzeiten (geKuju-1:  $n = 1836$ , 2025:  $n = 2867$ ). Anmerkung: Bitte Text beachten.

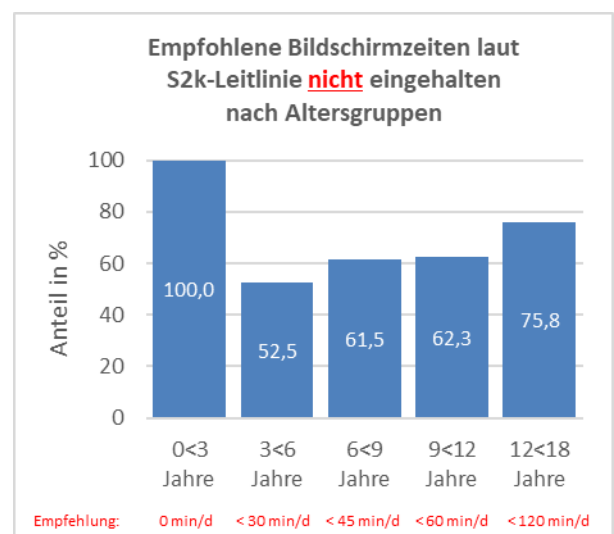


Abbildung 99: Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Bildschirmzeiten, die die empfohlene Bildschirmzeit laut S2k-Leitlinie (in rot) nicht eingehalten haben nach Altersgruppen ( $n = 2867$ )

Der Anteil an Kindern mit Überschreitung der empfohlenen Bildschirmzeit war bei Kindern mit Eltern mit niedriger Schulbildung mit 85,4 % (95 %-KI: 80,6 %-89,2 %) signifikant größer als bei Kindern mit Eltern mit mittlerer Schulbildung mit 76,4 % (95 %-KI: 73,3 %-79,3 %) und mit Eltern mit hoher Schulbildung mit 59,8 % (95 %-KI: 57,5 %-62,0 %); Abbildung 101).

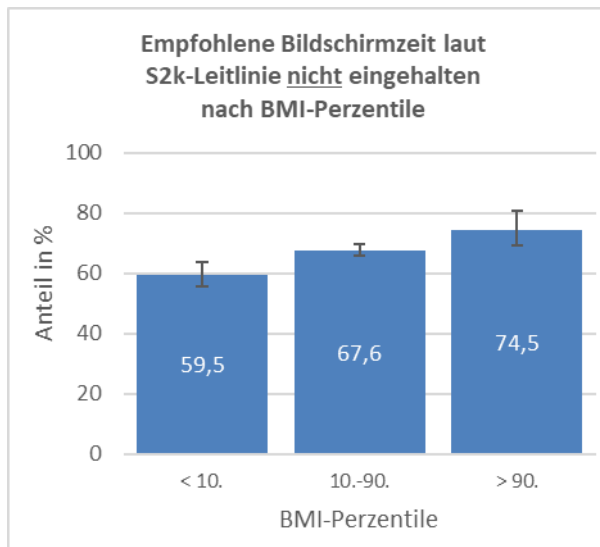


Abbildung 100: Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Bildschirmzeiten, die die empfohlene Bildschirmzeiten laut S2k-Leitlinie nicht eingehalten haben nach BMI-Perzentil (n = 2853)

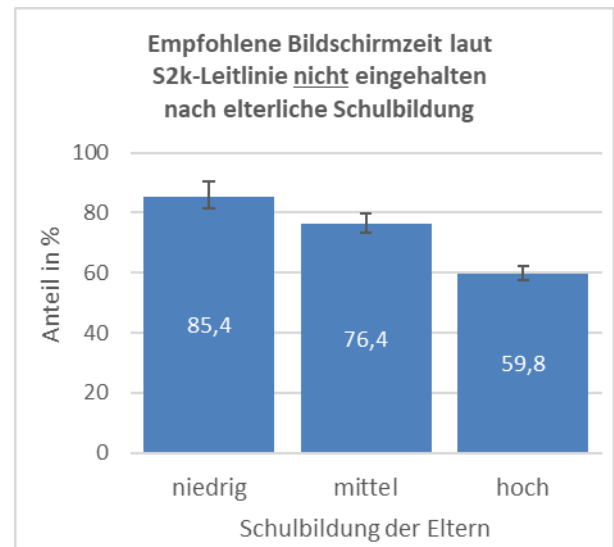


Abbildung 101: Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Bildschirmzeiten, die die empfohlene Bildschirmzeiten laut S2k-Leitlinie nicht eingehalten haben nach Schulbildung der Eltern (n = 2845)

Bei selbst eingeschätzter schlechter finanzieller Situation der Eltern war der Anteil an Kindern, die die empfohlene Bildschirmzeit überschritten, signifikant höher als bei besserer finanzieller Situation (82,6 % vs. 65,5 %;  $p < 0,001$ ; Abbildung 102).

In Bezug auf die vorwiegende Lebenssituation der Kinder zeigte sich, dass der Anteil an Kindern mit Überschreitung der empfohlenen Bildschirmzeit bei Kindern aus Haushalten mit einem Elternteil in neuer Partnerschaft signifikant höher war als bei Kindern, die mit beiden Elternteilen oder in anderen Familien-/Wohnformen lebten (79,4 % (95 %-KI: 72,9 %-84,8 %) vs. 65,2 % (95 %-KI: 63,2 %-67,1 %) vs. 60,3 % (95 %-KI: 48,4 %-71,1 %)). Bei Kindern aus Haushalten mit einem Elternteil lag der Anteil mit Überschreitung der empfohlenen Bildschirmzeit bei 72,3 % (95 %-KI: 66,6 %-77,4 %); Abbildung 103).

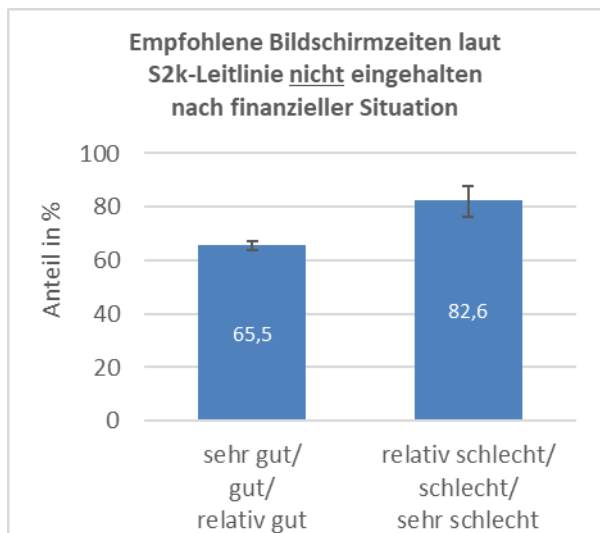


Abbildung 102: Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Bildschirmzeiten, die die empfohlene Bildschirmzeit laut S2k-Leitlinie nicht eingehalten haben nach finanzieller Situation (n = 2841)

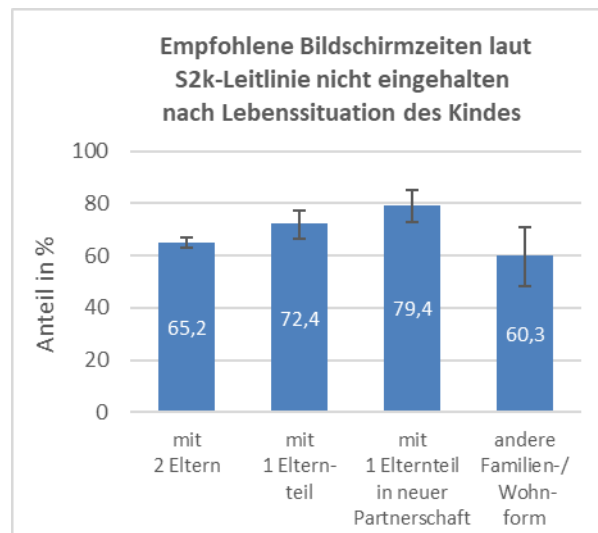


Abbildung 103: Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Bildschirmzeiten, die die empfohlene Bildschirmzeiten laut S2k-Leitlinie nicht eingehalten haben nach vorwiegende Lebenssituation des Kindes (n = 2841)

Bis zum Alter von 12 Jahren wurden laut Angaben der Eltern Bildschirm- bzw. Medienzeit hauptsächlich für Streaming, TV und Video (z.B. Netflix) verwendet. Mit steigender Altersgruppe wurde die Nutzung der Bildschirm- bzw. Medienzeit für Gaming / digitale Spiele immer häufiger als Hauptnutzung genannt, die in den beiden ältesten Altersgruppen mit einem Drittel vergleichbar hoch bleibt. Während sich der Anteil für Streaming, TV und Video als Hauptnutzung von 45,0 % auf 21,7 % weiter verkleinert, vergrößert sich der Anteil für Social Media-Nutzung als Hauptnutzung von 14,2 % auf 40,3 % (Abbildung 104).

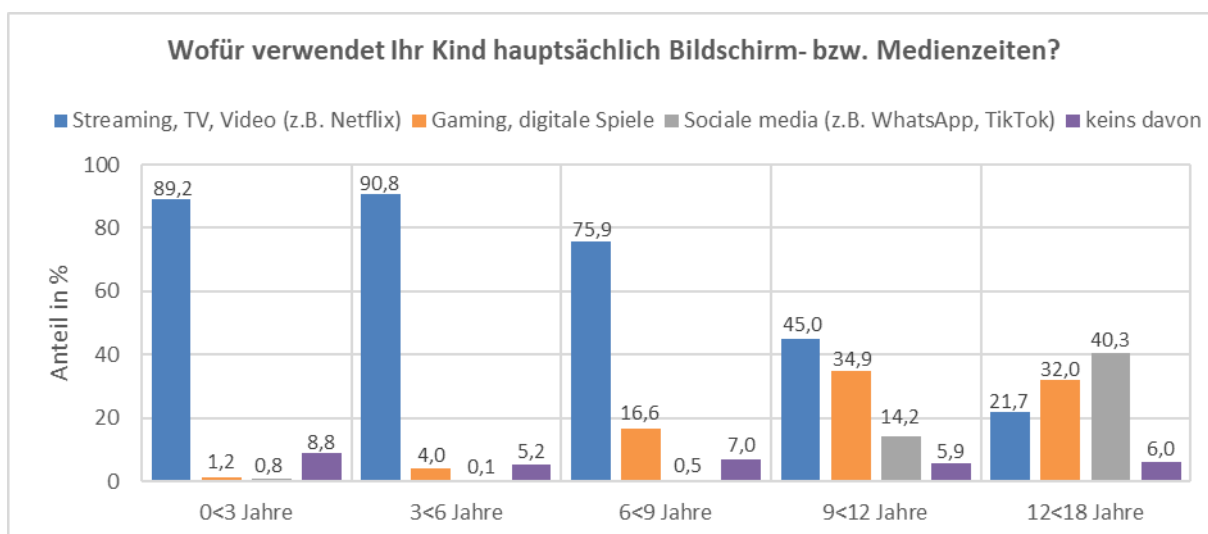


Abbildung 104: Hauptsächlich Bildschirm- bzw. Medienzeiten nach Altersgruppen laut Angaben der Eltern (n = 3398)

Für die Analyse des Nutzungsverhaltens in Bezug auf Streaming, Gaming bzw. der Nutzung von Social Media (kurz: SGSM) ihrer 10- bis 17-jährigen Kinder wurde Eltern gebeten eins der drei Screening-Instrumente STREDIS-P, GADIS-P oder SOMEDIS-P entsprechend der angegebenen

Hauptnutzung auszufüllen. Bei den 10-bis 17-jährigen Kindern wurde für 34,9 % (n =433) „Nutzung von Social Media“, für 32,2 % (n = 400) „Gaming, digitale Spiele“, für 26,7 % (n = 331) „Streaming“ und für 6,2 % (n = 77) „keins davon“ als Hauptnutzung für die Verwendung von Bildschirm- bzw. Medienzeiten angegeben.

Abbildung 105 visualisiert die Ergebnisse der Screening-Instrumente für Hinweise auf eine riskante bzw. eine pathologische Mediennutzung mit der STREDIS-P, SOMEDIS-P und GADIS-P. Hinweise für eine riskante Nutzung von Video- und Streamingdiensten laut STREDIS-P fanden sich bei 2,1 % der 10- bis 17-Jährigen, bei 1,2 % deuteten die Angaben auf eine pathologische Nutzung hin. Hinweise für eine riskante Nutzung sozialer Medien laut SOMEDIS-P wurden für 9,3 % der 10- bis 17-Jährigen berichtet, bei 6,3 % deuteten die Hinweise auf eine pathologische Nutzung sozialer Medien hin. Für die Nutzung von Gaming / digitale Spiele wurden bei 9,1 % der 10- bis 17-Jährigen Hinweise für eine riskante Nutzung laut GADIS-P angegeben, bei 4,3 % waren die Angaben hinweisgebend für eine pathologische Nutzung. Bei der ersten geKuJu-Befragung im Jahr 2023 betrug der Anteil der 10- bis 17-Jährigen mit Hauptnutzung der Bildschirmzeit für Gaming / digitale Spiele mit Hinweis auf eine riskante Nutzung laut GADIS-P 13,8 % und war damit signifikant größer als in der geKuJu-2-Befragung (p = 0,027). Darüber hinaus werden kumulativ die Werte der drei Screening-Instrumente dargestellt. Zusammen genommen zeigen 7,2 % der 10- bis 17-jährigen Kinder Hinweise auf eine riskante Nutzung von

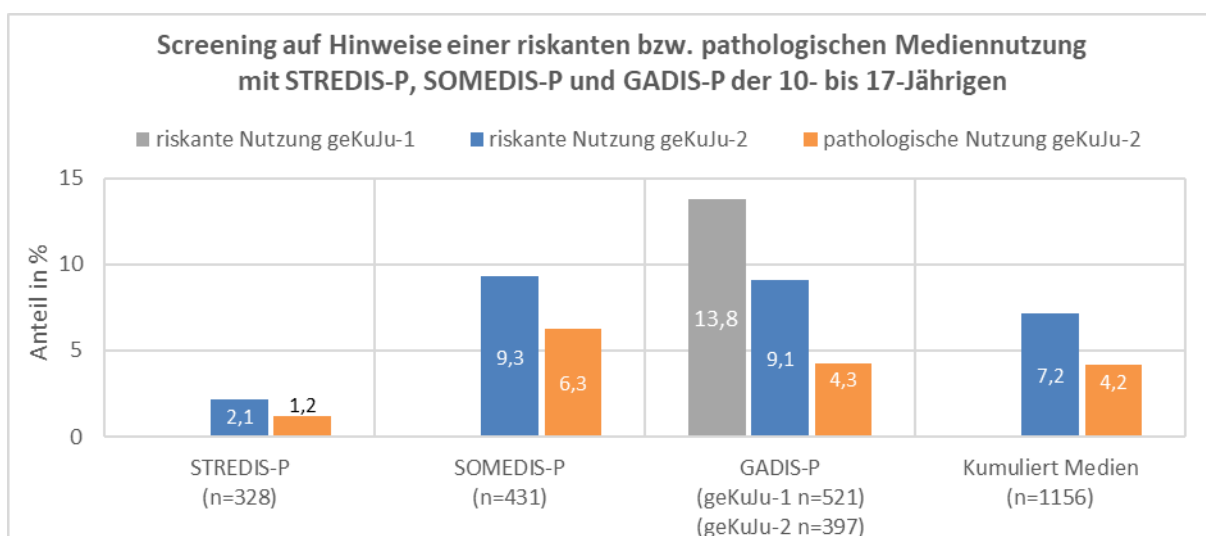


Abbildung 105: Screening auf Hinweise einer riskanten bzw. pathologischen Mediennutzung mit STREDIS-P, SOMEDIS-P und GADIS-P der 10- bis 17-Jährigen (Prozentangaben beziehen sich jeweils auf alle Angaben, die mit dem jeweiligen Screening-Instrument erhoben wurden; riskante Nutzung = Cut-off-Wert für kognitiv-behaviorale Symptome und Cut-off-Wert für negative Konsequenzen erfüllt; pathologische Nutzung = beide Cut-off-Werte und Zeitkriterium erfüllt)

sozialen Medien, Streaming oder Gaming, bei 4,2 % deuten die Angaben der Eltern auf eine pathologische Nutzung hin. Der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Hinweis auf eine riskante Nutzung und der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Hinweis auf eine pathologische Nutzung der kumulierten Angaben zur Mediennutzung unterschied sich nicht relevant zwischen Jungen und Mädchen und nicht nach Schulbildung der Eltern.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der 10- bis 17-jährigen Jugendlichen unterschied sich nicht nach der Hauptnutzung digitaler Medien. Aber bei riskanter bzw. pathologischer Nutzung von Streaming, TV und Video, Gaming / digitale Spiele oder Social Media laut Screening-Instrument waren die Werte für die gesundheitsbezogene Lebensqualität signifikant niedriger als bei Kindern ohne eine riskante bzw. pathologische Nutzung (Tabelle 7).

Tabelle 7: KIDSCREEN-Summenwerte (transformiert auf Werte von 0-100; Elternangaben) für Kinder und Jugendliche ab 10 Jahre nach Hauptnutzung und riskanter bzw. pathologischer Nutzung laut STREDIS-P, GADIS-P und SOMEDIS-P

Merkmal	Ausprägung	KIDSCREEN-10 Summenscore (transformiert auf Werte 1-100) für Kinder ab 10 Jahre	(SD)	p-Wert
Hauptnutzung	Streaming, TV und Video	77,67	(10,60)	0,786
	Gaming / digitale Spiele	76,88	(11,69)	
	Social Media	77,52	(12,45)	
	keins davon	77,76	(12,10)	
	gesamt	77,37	(11,71)	
STREDIS-P Hinweis auf <i>riskante</i> Nutzung von Streaming, TV und Video	ja nein	71,13 78,58	(9,60) (10,38)	< 0,001
<i>STREDIS-P</i> Hinweis auf <i>pathologische</i> Nutzung Streaming, TV und Video *	<i>ja</i> <i>nein</i>	<i>63,12</i> <i>77,80</i>	<i>(6,88)</i> <i>(10,49)</i>	<i>0,022</i>
GADIS-P Hinweis auf <i>riskante</i> Nutzung von Gaming / digitale Spiele	ja nein	72,10 77,87	(11,45) (11,55)	< 0,001
GADIS-P Hinweis auf <i>pathologische</i> Nutzung von Gaming / digitale Spiele	ja nein	64,12 77,44	(11,99) (11,39)	< 0,001
SOMEDIS-P Hinweis auf <i>riskante</i> Nutzung von Social Media	ja nein	72,24 79,16	(13,89) (11,45)	< 0,001
SOMEDIS-P Hinweis auf <i>pathologische</i> Nutzung von Social Media	ja nein	61,48 78,56	(13,29) (11,62)	< 0,001
Kumuliert Medien Hinweis auf <i>riskante</i> Nutzung	ja nein	71,98 78,54	(12,34) (11,17)	< 0,001
Kumuliert Medien Hinweis auf <i>pathologische</i> Nutzung	ja nein	62,55 77,96	(12,30) (11,22)	< 0,001

\*Kursive Schrift bedeutet, dass die Werte aufgrund einer geringen Fallzahl mit Vorsicht zu interpretieren sind.

#### 5.10.14 Wahrgenommene soziale Unterstützung der Eltern

1894 (47,7 %) befragte Eltern nahmen eine starke soziale Unterstützung wahr, 1612 (37,8 %) eine moderate und 466 (11,7 %) eine schwache (geKuJu-1: starke: 50,7 %; moderate: 37,4 %; schwache: 11,8 %;  $p = 0,044$ ). Damit nahmen Eltern signifikant weniger sozialer Unterstützung wahr als bei der ersten geKuJu-Befragung.

Die wahrgenommene soziale Unterstützung der Eltern unterschied sich nicht relevant nach Geschlecht und Altersgruppen der Kinder.

Bei schwacher sozialer Unterstützung der Eltern war die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität der 8- bis 17-jährigen Kinder signifikant niedriger als bei moderater und starker sozialer Unterstützung (MW = 71,4 vs. MW = 75,9 vs. MW = 80,2; alle  $p < 0,001$ ). Die Werte für die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder waren bei der geKuJu-2-Befragung sowohl bei schwacher als auch mit moderater und starker sozialer Unterstützung höher als bei der geKuJu-1-Befragung. Aber nur bei starker sozialer Unterstützung war dieser Unterschied signifikant.

*Tabelle 8: Vergleich der KIDSCREEN-Summenwerte (transformiert auf Werte von 0-100; Elternangaben) für geKuJu-1- und geKuJu-2-Befragung nach Grad an sozialer Unterstützung der Eltern*

Merkmal	Ausprägung	KIDSCREEN-Summenwerte		p-Wert
		geKuJu-1 MW (SD)	Hauptbefragung geKuJu-2 MW (SD)	
Soziale Unterstützung Eltern	schwach	69,19 (13,29)	71,39 (13,05)	0,119
	moderat	74,79 (12,06)	75,88 (11,85)	0,116
	stark	78,08 (11,95)	80,22 (10,53)	< 0,001

Auch war der Anteil an 0- bis 17-jährigen Kindern mit einem sehr guten oder guten allgemeinen Gesundheitszustand bei starker sozialer Unterstützung signifikant höher als bei schwacher sozialer Unterstützung (95,0 % (95 %-KI: 93,9 %-95,9 %) vs. 84,8 % (95 %-KI: 81,2 %-87,7 %)). Bei schwacher sozialer Unterstützung war der Anteil an Kindern mit mittelmäßigem bis sehr schlechten allgemeinen Gesundheitszustand dreimal so hoch wie bei starker sozialer Unterstützung der Eltern (15,2 % (95 %-KI: 12,2 %-18,8 %) vs. 5,0 % (95 %-KI: 4,1 %-6,1 %); Abbildung 106)).

Ein ähnliches Bild zeigte sich in Bezug auf die psychische Gesundheit der Kinder und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung der Eltern. So gaben teilnehmende Eltern bei starker sozialer Unterstützung einen signifikant größeren Anteil an Kindern mit einer besseren psychischen Gesundheit an als bei moderater oder schwacher sozialer Unterstützung (80,0 % (95 %-

KI: 78,1 %-81,7 %) vs. 67,6 % (95 %-KI: 65,3 %-69,9 %) vs. 55,8 % (95 %-KI: 51,3 %-60,2 %)). Der Anteil an Kindern mit weniger guter oder schlechter psychischer Gesundheit war bei schwacher sozialer Unterstützung mehr als dreimal so groß wie bei starker sozialer Unterstützung (3,5 % (95 %-KI: 2,8 %-4,5 %) vs. 14,0 % (95 %-KI: 11,1 %-17,4 %); Abbildung 107)).

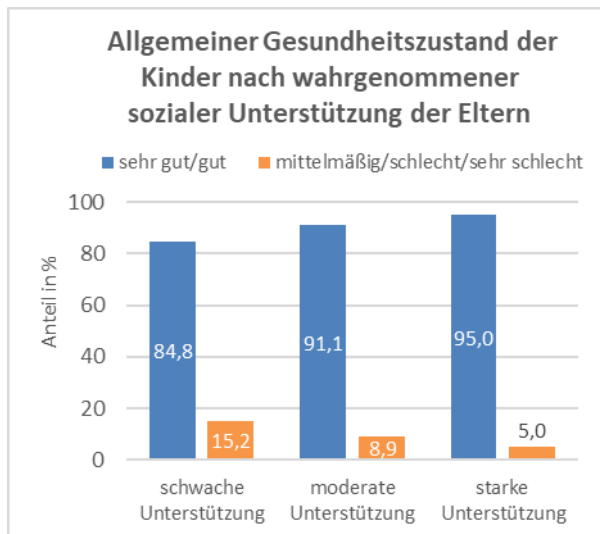


Abbildung 106: Allgemeiner Gesundheitszustand der Kinder nach sozialer Unterstützung der Eltern (n = 3972)

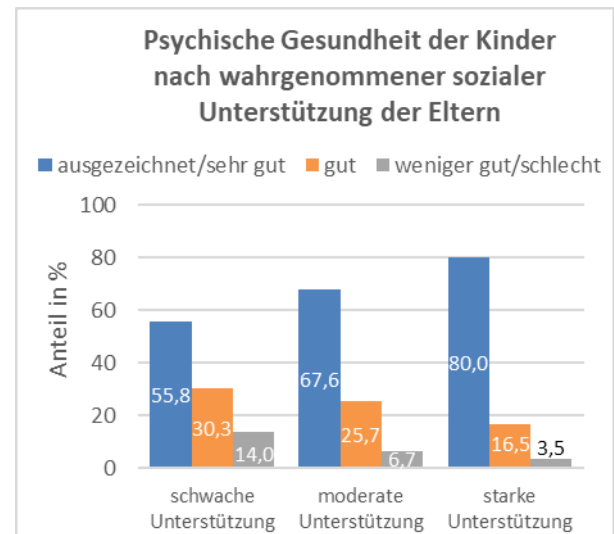


Abbildung 107: Psychische Gesundheit nach sozialer Unterstützung der Eltern (n = 3972)

Während 17,7 % (95 %-KI: 15,2 %-20,4 %) der Eltern mit einem chronisch kranken Kind eine schwache soziale Unterstützung angaben, waren es bei den anderen Eltern mit 10,1 % (95 %-KI: 9,1 %-11,2 %) signifikant weniger. Auch fühlten sich Eltern ohne chronisch krankes Kind signifikant häufiger als Eltern mit chronisch krankem Kind stark sozial unterstützt (50,1 % (95 %-KI: 48,4 %-51,9 %) vs. 38,7 % (95 %-KI: 35,4 %-42,0 %); Abbildung 108).

Noch deutlicher waren die Unterschiede der wahrgenommenen sozialen Unterstützung von Eltern mit einem Kind mit einem GdB und einem Kind ohne einen GdB. So fühlten sich mehr als ein Fünftel der Eltern mit einem Kind mit GdB schwach sozial unterstützt, von den anderen Eltern gaben dies ein gutes Zehntel an (21,4 % (95 %-KI: 15,1 %-29,4 %) vs. 11,4 % (95 %-KI: 10,4 %-12,4 %)). Auch der Anteil an Eltern mit einer als stark wahrgenommenen sozialen Unterstützung unterschied sich signifikant zwischen den Eltern mit einem Kind mit GdB und Eltern mit einem Kind ohne GdB (27,8 % (95 %-KI: 20,7 %-36,2 %) vs. 50,8 % (95 %-KI: 42,2 %-59,4 %); Abbildung 109).

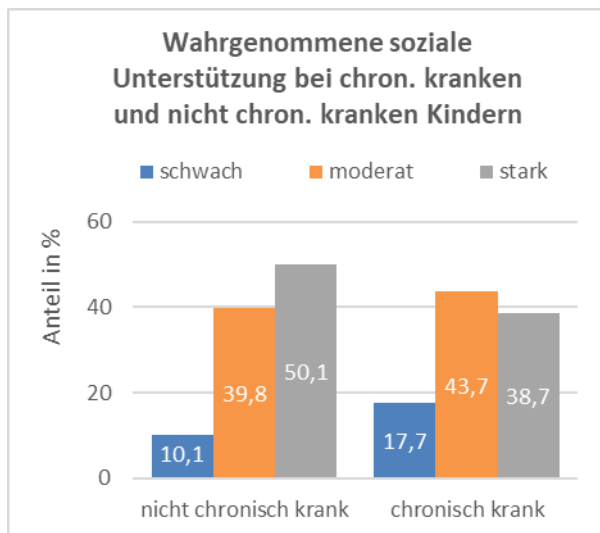


Abbildung 108: Wahrgenommene soziale Unterstützung von Eltern mit und ohne chronisch krankes Kind (n = 3972)

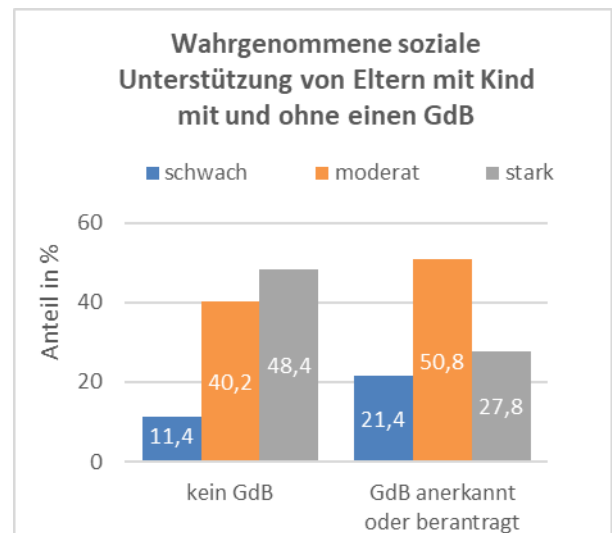


Abbildung 109: Wahrgenommene soziale Unterstützung von Eltern mit und ohne ein Kind mit einem GdB (n = 3957)

Auf Kreisebene zeigte sich, dass der Anteil an Teilnehmenden mit starker sozialer Unterstützung aus Neumünster (37,3 % (95 %-KI: 30,6 %-44,5 %)) signifikant unter dem Landesdurchschnitt von Schleswig-Holstein lag (47,7 % (95 %-KI: 46,1 %-49,2 %)) und aus dem Kreis Plön signifikant darüber (60,9 % (95 %-KI: 55,2 %-66,2 %)); Abbildung 110).

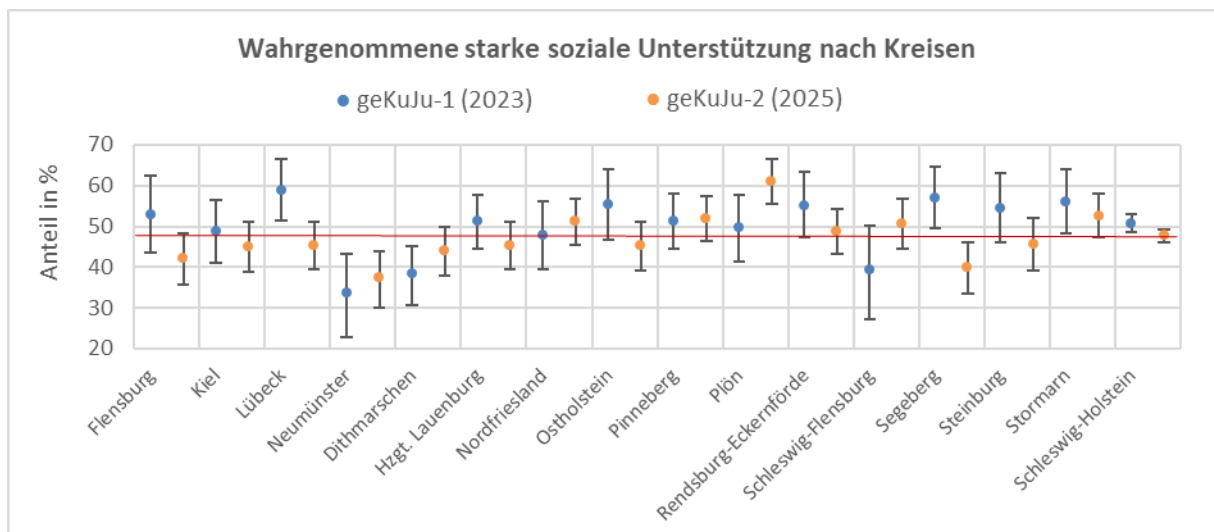


Abbildung 110: Wahrgenommene starke soziale Unterstützung nach Kreisen (geKuJu-1: n = 2136; geKuJu-2: n = 3972)

#### 5.10.15 Gesundheitskompetenz der Eltern bzgl. Gesundheit der Kinder

Von den 3954 Eltern, von denen Angaben zur Berechnung der Gesundheitskompetenz vorlagen, verfügten insgesamt 75,7 % (n = 2993) über eine ausreichende, 19,0 % (n = 752) über eine problematische und 5,3 % (n = 209) über eine inadäquate Gesundheitskompetenz. Personen

mit unzureichender Gesundheitskompetenz haben große Schwierigkeiten gesundheitsrelevante Informationen zur Kindergesundheit zu finden, zu verstehen, einzuordnen sowie nutzen zu können und schätzen die Anforderungen des Gesundheitssystems als zu komplex ein. Von 36,4 % der Eltern - und damit am häufigsten - wurde das Finden von Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder bei psychischen Problemen der Kinder wie Stress oder Depression als schwierig angegeben. 27,3 % der Eltern fanden es schwierig zu beurteilen, wann eine zweite Meinung von einem Arzt oder einer Ärztin einzuholen ist. Ähnlich fiel es schwer, die Vertrauenswürdigkeit von Medieninformationen zu Gesundheitsrisiken zu beurteilen. Und jeweils rund ein Fünftel fanden es schwierig Informationen über Therapien für Krankheiten, die Ihr Kind betreffen, zu finden, aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie sie ihr Kind vor Krankheiten schützen können bzw. herauszufinden, wo professionelle Hilfe zu finden ist, wenn das Kind krank ist (Abbildung 111).

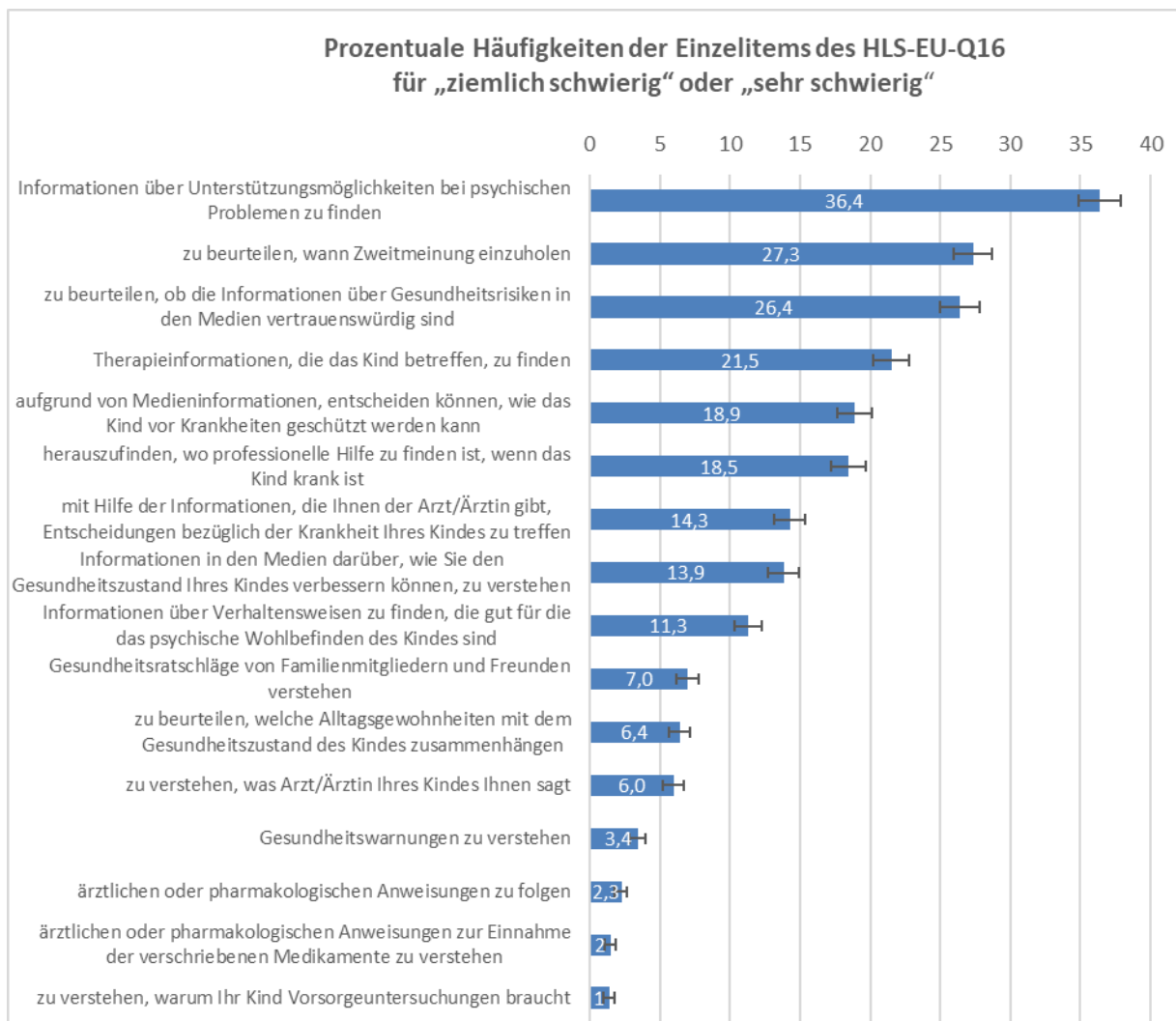


Abbildung 111: Prozentuale Häufigkeiten der Einzelitems des HLS-EU-Q16 für „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“ (verkürzte Darstellung der Einzelitems)

Bei inadäquater Gesundheitskompetenz der Eltern war die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität der 8- bis 17-jährigen Kinder signifikant niedriger als bei problematischer Gesundheitskompetenz der Eltern (MW = 70,4 vs. MW = 73,4;  $p = 0,040$ ). Auch war die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität der 8- bis 17-jährigen Kinder von Eltern mit problematischer Gesundheitskompetenz signifikant niedriger als bei Kindern mit ausreichender Gesundheitskompetenz der Eltern (MW = 73,4 vs. MW = 79,1;  $p < 0,001$ ). Bereits bei der ersten geKuJu-Befragung waren die Werte für die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität bei niedrigerer Gesundheitskompetenz niedriger als bei höherer. Dabei beurteilten Eltern der geKuJu-2-Befragung die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder sowohl bei inadäquat als auch bei problematischer und ausreichender Gesundheitskompetenz vergleichbar zur geKuJu-1-Befragung (Tabelle 9).

*Tabelle 9: Vergleich der KIDSCREEN-Summenwerte (transformiert auf Werte von 0-100; Elternangaben) für geKuJu-1- und geKuJu-2-Befragung nach Gesundheitskompetenz der Eltern*

Merkmal	Ausprägung	KIDSCREEN-Summenwerte		p-Wert
		geKuJu-1 MW (SD)	Hauptbefragung geKuJu-2 MW (SD)	
Gesundheitskompetenz Eltern	inadäquat	69,67 (13,44)	70,38 (14,29)	0,679
	problematisch	73,07 (12,96)	73,39 (12,57)	0,735
	ausreichend	78,19 (11,30)	79,07 (10,83)	0,073

Sowohl der Anteil an 0- bis 17-jährigen Kindern mit einem schlechteren allgemeine Gesundheitszustand als auch der Anteil an Kindern mit einer weniger guten psychischen Gesundheit waren bei Eltern mit inadäquaten Gesundheitskompetenz signifikant größer als bei ausreichender elterlichen Gesundheitskompetenz (19,1 % (95 %-KI: 14,3 %-25,0 %) vs. 5,7 % (95 %-KI: 4,9 %-6,6 %) bzw. 15,3 % (95 %-KI: 11,0 %-20,8 %) vs. 4,1 % (95 %-KI: 3,5 %-4,9 %)). Bei ausreichender Gesundheitskompetenz der Eltern war der Anteil an Kindern mit sehr guter oder guten allgemeinen Gesundheit signifikant größer als bei inadäquaten Gesundheitskompetenz (94,3 % (95 %-KI: 91,4 %-93,0 %) vs. 80,9 % (95 %-KI: 75,0 %-85,6 %)) und auch der Anteil an Kindern mit einer ausgezeichneten oder sehr guten psychischen Gesundheit war signifikant größer (76,2 % (95 %-KI: 74,6 %-77,7 %) vs. 52,2 % (95 %-KI: 45,4 %-58,8 %)); Abbildung 112, Abbildung 113).

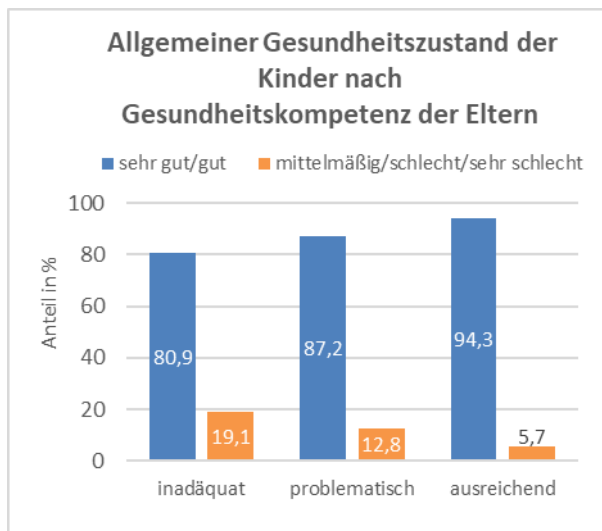


Abbildung 112: Allgemeiner Gesundheitszustand der Kinder nach Gesundheitskompetenz-Level der Eltern (n = 3954)

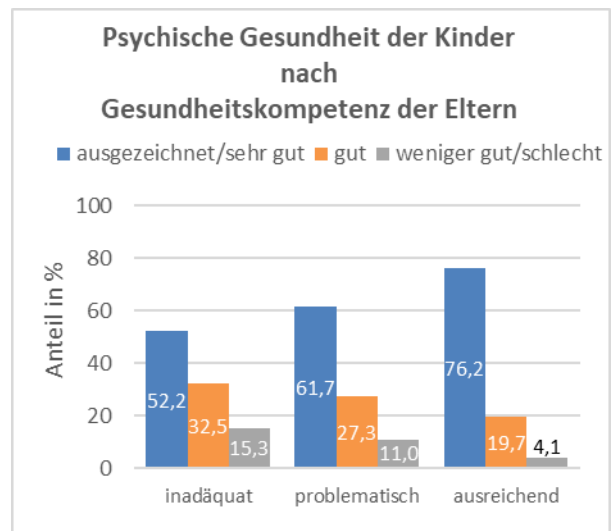


Abbildung 113: Psychische Gesundheit der Kinder nach Gesundheitskompetenz-Level der Eltern (n = 3954)

39,2 % der Eltern mit inadäquater Gesundheitskompetenz äußerten, dass bei ihrem Kind mindestens eine therapeutische Versorgungsleistung (Physio-, Ergo-, Logopädische-, Psycho- und/oder Heilpädagogische Therapie) nicht oder nur teilweise gedeckt ist. Von den Eltern mit problematischer (25,4 %) bzw. ausreichender Gesundheitskompetenz (15,1 %;  $p < 0,001$ ) äußerten dies signifikant weniger Eltern.

## 6 Non-Responder-Analyse

In der Zeit vom 2.5.2025 bis zum 23.6.2025 nahmen 419 Personen an der Non-Responder-Befragung teil, das heißt, von den 13 059 potenziell erreichbaren Eltern, die ein Erinnerungsschreiben erhielten, beteiligten sich 3,2 % an der Non-Responder-Befragung.

Als häufigster Grund für die Nichtteilnahme an der Hauptbefragung wurde eine *grundsätzliche Nichtteilnahmebereitschaft* an Studien oder Datenerhebungen von etwa der Hälfte der Teilnehmenden der Non-Responder-Befragung genannt. 15 % sahen *keinen Nutzen in der Teilnahme*, 13 % äußerten, dass ihnen die *Teilnahme zu zeitaufwändig* sei und 19 % nannten *andere Gründe*. *Technische Schwierigkeiten* äußerten 9 % der Teilnehmenden der Non-Responder-Befragung. Diese Personen schickten die Antwortkarten aber meist nach dem Befragungszeitraum zurück, obwohl online der Hinweis auf die Beendigung des Befragungszeitraum und damit die abgelaufene Teilnahmemöglichkeit angezeigt wurde. Nicht selten war bei diesen Antwortkarten vermerkt, dass man gern noch mitgemacht hätte. In den Freitext-Angaben wurden folgende andere Gründe geäußert: keinen Hilfe- oder Unterstützungsbedarf zu haben

(n = 15), Datenschutzbedenken (n = 10), gerade keine Kapazitäten für die Teilnahme an der Befragung zu haben (n = 9), Sprachschwierigkeiten zu haben (n = 7), Kind lebt in einer Wohngruppe und man ist kein Elternteil oder das Kind ist ein Pflegekind (n = 6). In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass aus den Freitext-Angaben der Hauptbefragung hervor geht, dass auch für Kinder aus besonderen Wohnformen Angaben gemacht wurden (Abbildung 114).

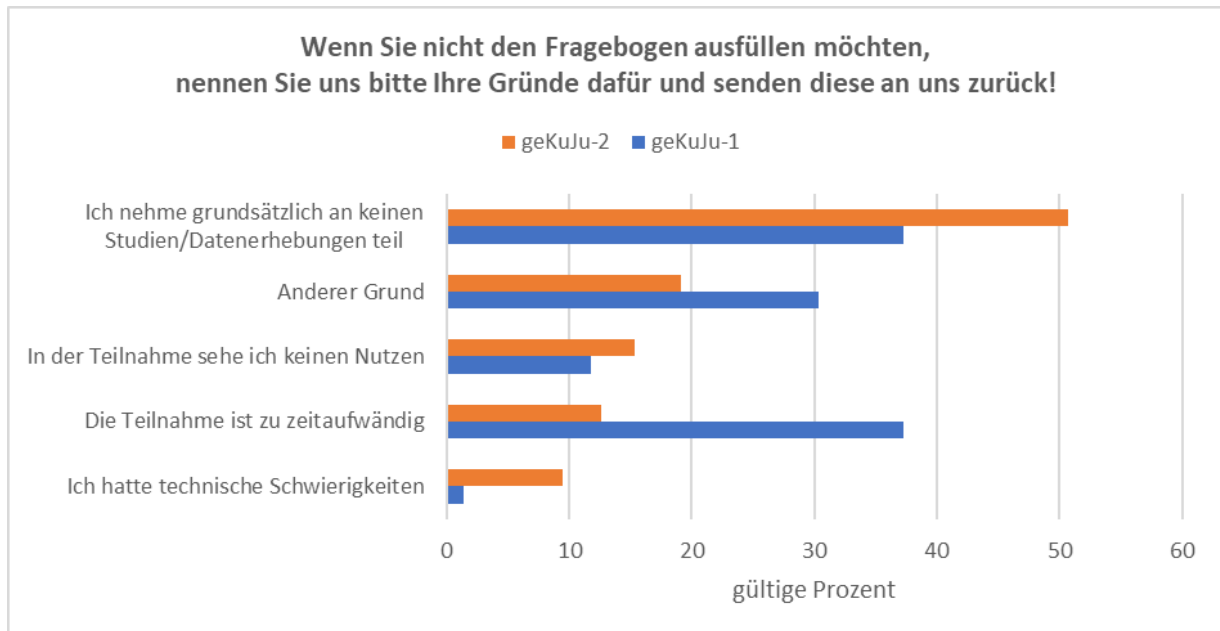


Abbildung 114: Gründe für Nichtteilnahme an Befragung in den Jahren geKuJu-1 und 2025

Im Vergleich zu der geKuJu-1-Non-Responder-Befragung wurden der erforderliche Zeitaufwand deutlich seltener (minus 25 Prozentpunkte) und die grundsätzliche Nichtteilnahmebereitschaft (plus 13 Prozentpunkte) deutlich häufiger als Nichtteilnahmegründe bei der geKuJu-2-Non-Responder-Befragung angegeben.

Der allgemeine Gesundheitszustand der Kinder der Non-Responder-Befragung unterschied sich nicht signifikant von der Hauptbefragung der geKuJu-2-Befragung ( $p = 0,415$ ). Auch das Schwierigkeitsempfinden kinderärztliche Hilfe zu bekommen, unterschied sich nicht signifikant zwischen Non-Responder- und Hauptbefragung ( $p = 0,357$ ).

## 7 Telefon-Hotline und E-Mail-Anfragen

Die häufigsten Anrufe der Telefon-Hotline erfolgten insbesondere in den ersten vier Wochen nach der Versendung der Einladungs- bzw. der Erinnerungsschreiben. Erfragt wurden die Seriosität des Absenders der Schreiben und die Pflicht zur Befragungsteilnahme. Darüber hinaus wurden die Quelle und die gesetzliche Grundlage für die Beschaffung der Adressen hinterfragt, obwohl all diese Informationen, insbesondere die Freiwilligkeit der Studienteilnahme, aus

dem Anschreiben und den Studieninformationen hervor gingen. Während einige Anrufer und Anruferinnen im Gespräch von dem Nutzen einer Teilnahme überzeugt werden konnten und dann doch teilnehmen wollten, bestanden andere Anrufer und Anruferinnen auf ihre Nicht-Teilnahme und / oder die sofortige Löschung ihrer Adressdaten, der entsprochen wurde.

Zehn Anrufer bzw. Anruferinnen wünschten die Zusendung eines Papierfragebogens. Außerdem wurde mehrfach, meist per E-Mail, der Wunsch nach den Studienergebnissen geäußert.

## 8 Diskussion

Insgesamt nahmen 4267 (28,6 %) der Eltern, deren Adressen zufällig aus den Einwohnermeldeamtsregistern aller Kreise und kreisfreien Städten in Schleswig-Holstein gezogen worden waren, an der Befragung teil. Damit ist die Rücklaufquote erfreulicherweise deutlich höher als bei der ersten geKuJu-Befragung (15,9 %) im Jahr 2023 und bei der CorJu\_1-Befragung (16,8 %) im Jahr 2022. Möglicherweise hat die bereits im Einladungsschreiben aufgeführte Aussicht, am Ende der Befragung ein direktes Feedback zu den Angaben des Nutzungsverhaltens digitaler Medien zu erhalten, dazu geführt, dass Personen sich an der Befragung beteiligten und den Fragebogen vollständig ausfüllten.

Als Hauptgrund für eine Nichtteilnahme werden in der Non-Responder-Befragung eine grundsätzliche Ablehnung von Studienteilnahmen und Datenerhebungen von mehr als der Hälfte, und damit am häufigsten, der Teilnehmenden der hier antwortenden Personen genannt. In der Vorbefragung im Jahr 2023 sind fehlende Zeit oder andere Gründe als hauptsächliche Nichtteilnahmegründe genannt worden. Das zeigt zum einen wie wichtig Erklärungen zum Zweck und Nutzen von Befragungen sind und zum anderen eine generelle Skepsis gegenüber Datenerhebungen bzw. Datenschutz sowie die Notwendigkeit von wahrnehmbaren Veränderungen nach Datenerhebungen.

### 8.1 Subjektiver Gesundheitszustand

Für mehr als neun von zehn Kindern geben Eltern einen sehr guten oder guten allgemeinen Gesundheitszustand an. Sieben von zehn teilnehmenden Eltern berichten über eine sehr gute bis ausgezeichnete psychische Gesundheit ihres Kindes. Für die Altersgruppe der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen werden in der geKuJu-2-Befragung die größten Anteile an Kindern mit einer schlechten allgemeinen und psychischen Gesundheit, wie bereits im Jahr 2023, angegeben.

Studien zeigen, dass sich die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu Beginn der Pandemie verschlechtert und in den Folgejahren wieder verbessert hat. Allerdings liegt sie noch immer auf einem präpandemischen Niveau (52). Auch die generelle Lebensqualität der 8- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen der geKuJu-2-Befragung ist höher als bei der geKuJu-1-Befragung aber unter dem Niveau der Normdaten für Fremd-Angaben aus den Jahren 2012 bis 2015 ( $M = 77,14$  ( $SD = 10,56$ )) (29). Für 12- bis 17-jährige Jugendliche werden im Vergleich zu 8- bis 11-jährigen Kindern niedrigere Werte für die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität berichtet. Diese sind im Vergleich zur ersten geKuJu-Befragung aus dem Jahr 2023 aber signifikant höher, ebenso wie die Lebensqualitätswerte bei den Mädchen und bei Kindern mit besser gebildeten Eltern. Auch bei Jungen, 8- bis 11-jährigen Kindern und bei Kindern mit Eltern mit niedriger Schulbildung liegen die Lebensqualitätswerte höher als 2023 – allerdings sind hierbei die Unterschiede zwischen den beiden Befragungen nicht signifikant.

Weniger gut geht es Kindern und Jugendlichen, im Vergleich zu jeweils nicht betroffenen Kindern, mit einer chronischen Erkrankung, mit einem beantragten oder anerkannten Grad der Behinderung, mit Übergewicht, mit Hinweis auf eine riskante bzw. pathologische Nutzung von Streaming, Gaming oder Social Media, bei einer inadäquaten Gesundheitskompetenz der Eltern und Kindern, deren Eltern eine schlechtere finanzielle Situation äußern. Auch bei schwacher sozialer Unterstützung der Eltern ist die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität der 8- bis 17-jährigen Kinder niedriger. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit bekannten Befunden und neueren Studienergebnissen, die familiäre und soziale Ressourcen als schützende Faktoren benennen und Assoziationen von niedriger elterlicher Bildung und psychischen Problemen der Eltern und einer schlechteren psychischen Gesundheit bei Kindern beschreiben (53), wie sie auch in der ersten geKuJu-Befragung vorgefunden wurden.

## 8.2 Kinder mit einer chronischen Erkrankung und Kinder mit einem GdB

Aus Gründen der Fragebogenökonomie ist zur Ermittlung des Anteils an chronisch kranken Kindern in der geKuJu-2-Befragung nur eine Frage zum Vorhandensein einer chronischen Erkrankung oder eines lang andauernden gesundheitlichen Problems gestellt worden (siehe Kapitel 4.3.1), die Antwort liefert einen vergleichbar hohen Wert wie in der geKuJu-1-Befragung der CSHCN-Screener (21,3 % vs. 22,5 %), der ein Kind als chronisch krank definiert, bei dem ein erhöhter Versorgungsbedarf besteht. Wie erwartet nimmt der Anteil an Kindern mit einer chronischen Erkrankung mit jeder Altersgruppe zu. In der geKuJu-2-Befragung werden für

30,5 % der 14- bis 17-Jährigen mindestens eine chronische Erkrankung berichtet. Dieser Anteil liegt nur wenig unter dem Wert der GEDA-Daten aus demselben Befragungsjahr für 18- bis 29-Jährige mit 33,9 % (53).

Erstmalig ist, im Rahmen der geKuJu-Befragungen, nach einem beantragten oder anerkannten Grad der Behinderung gefragt worden. Der Anteil von 2,6 % an Kindern und Jugendlichen mit einem anerkannten GdB entspricht dem Wert, der sich aus Angaben einer auf KiGGS-Daten der Welle 2 basierend Publikation von Krause et al. aus dem Jahr 2026 berechnen lässt (54). Auch die Aussage, dass diese Kinder seltener zweimal täglich die Zähne putzen, spiegelt sich in den geKuJu-2-Ergebnissen wider und bestätigt sowohl die Prävalenz als auch die Notwendigkeit adressatengerechter Mundgesundheitsaufklärung. Allerdings finden in der geKuJu-2-Befragung Eltern mit einem Kind mit GdB es schwieriger, zahnmedizinische Versorgung für ihr Kind zu bekommen als Eltern mit einem Kind ohne GdB. Der Anteil an Kindern mit und ohne GdB, die in den letzten 12 Monaten zur zahnärztlichen Kontrolluntersuchung war, unterscheidet sich nicht, obwohl Kinder mit einem GdB einen höheren Bedarf haben als Kinder ohne GdB (55, 56). Darüber hinaus ist zu bedenken, dass Kinder, die keine Bildungseinrichtung oder integrativen Einrichtungen besuchen, oftmals nicht an gruppenprophylaktischen Maßnahmen teilnehmen (54).

### 8.3 Inanspruchnahme und Gesundheitsversorgung

Zwar hat sich der Anteil an Kindern und Jugendlichen, die nach Ansicht der Eltern einen Bedarf an psychologischer Beratung oder Psychotherapie haben im Vergleich zur Vorbefragung etwas verringert, jedoch ist dabei der Anteil an Kindern mit vollständig ungedecktem Bedarf auf hohem Niveau (38,7 %) weiter angestiegen. Noch höher ist der vollständig ungedeckte Bedarf an heilpädagogischer Förderung (40,7 %). Auch die vollständig ungedeckten Bedarfe an Ergotherapie (38,1 %) und Logopädie (32,9 %) sind weiterhin hoch.

Vier von fünf Kinder sind mindestens einmal in den letzten 12 Monaten bei einem Kinderarzt oder einer Kinderärztin gewesen und mehr als die Hälfte bei einem Facharzt oder einer Fachärztin, fast 40 % in notärztlicher Behandlung und knapp 30 % hat eine Leistung im Krankenhaus in Anspruch genommen. Von den Eltern, die eine entsprechende Leistung für ihr Kind in Anspruch nahmen, finden es 37,0 % (geKuJu-1: 36,8 %) der Eltern schwierig bis extrem schwie-

rig fachärztliche Versorgung für das Kind zu bekommen. Über die pädiatrische Versorgung sagen dies 14,5 % (geKuJu-1: 17,1 %) und über die kindernotärztliche Versorgung 17,5 % (geKuJu-1: 23,5 %). Überdurchschnittlich häufig empfinden Eltern aus den Kreisen Segeberg, Pinneberg und Hzgt. Lauenburg es schwierig bis extrem schwierig kinderärztliche Versorgung für ihr Kind zu bekommen. Fachärztliche Hilfe fürs Kind zu bekommen, wird im Vergleich zu allen anderen erfragten medizinischen Versorgungsleistungen, am häufigsten von den Eltern als schwierig bis extrem schwierig empfunden. Nur in Kiel und im Kreis Rendsburg-Eckernförde empfinden es Eltern den Zugang zur fachärztlichen Versorgung weniger schwierig als im Durchschnitt von Schleswig-Holstein.

## 8.4 Gesundheitsverhalten

### 8.4.1 Bewegung und Zufriedenheit mit Bewegungsangeboten im Wohnumfeld

Erfüllten in der geKuJu-1-Befragung 54,6 % der 5- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen das von der WHO empfohlene Mindestpensum an lebhafter Bewegung von mindestens sieben Stunden pro Woche, so sind es in der geKuJu-2-Befragung 61,7 %. Wie in der KIDA-Studie nimmt jedoch mit zunehmendem Alter der Anteil an Kindern ab, der das empfohlene Aktivitätsniveau erreicht. Der Anteil der Kinder mit diesem Aktivitätsniveau ist bei Jungen größer als bei Mädchen. Sieben von zehn Kinder nehmen an Bewegungs- und Sportangeboten in der Freizeit (z.B. im Verein, Fitnessstudio, Schwimmbad, Tanzschule) teil, dabei zeigt sich kein relevanter Geschlechterunterschied. Während an Grund- und Gemeinschaftsschulen sowie an Gymnasien nur jedes zwanzigste Kind nicht am Schulsport teilnimmt, ist es an Berufsschulen jedes zweite. Mit 46,0 % ist auch der Anteil mit Teilnahme an Freizeitsportangeboten bei Berufsschülern und Berufsschülerinnen deutlich am kleinsten. Mehr als die Hälfte der Kinder nutzt keine öffentlichen Sportstätten wie Skaterparks, Fußballfelder oder Laufstrecken. Dabei ist in der jüngsten Altersgruppe das Geschlechterverhältnis noch ausgewogen, in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen nutzen doppelt so viele Jungen wie Mädchen öffentliche Sportstätten. Bei besserer finanzieller Situation, besserer Gesundheitskompetenz und höherer sozialer Unterstützung äußern Eltern häufiger die Nutzung öffentlicher Sportstätten ihrer Kinder und eine höhere Zufriedenheit mit den Bewegungs- und Sportmöglichkeiten im Wohnumfeld. Das zeigt, dass neben den finanziellen Möglichkeiten weitere Faktoren für die Bewegung von Kindern und Jugendlichen eine Rolle spielen. Dazu zählen das Bewegungsverhalten, sport-

liche Aktivitäten und Einstellungen der Eltern (57), die Kenntnis von Sportangeboten, von Förderleistungen und die als zu kompliziert empfundene Antragstellung von diesen (58-59). In der geKuJu-2-Befragung nennen einige Eltern die fehlende Motivation ihrer Kinder zur Bewegung und eine fehlende Beliebtheit des Sportunterrichts. Ein Elternteil vermisste spezielle Angebote für gesundheitlich beeinträchtigte Kinder bzw. beklagen deren Ausschluss aus allgemeinen Angeboten. Auch beeinflussen das Vorhandensein und der Zustand (Ausstattung und Sauberkeit) von öffentlichen Bewegungs- und Sportmöglichkeiten die Nutzung.

Während positive Sporterfahrungen und vielfältige Bewegungsangebote entscheidend dazu beitragen, Motivation und Selbstwirksamkeit in Bezug auf das Bewegungsverhalten zu stärken, wirken stereotype Vorstellungen von Weiblichkeit hemmend auf das Bewegungsverhalten jugendlicher Mädchen (60). Wichtig für körperliche Aktivitäten ist, dass die Bewegung für Kinder und Jugendliche freudvoll, selbstbestimmt und an die individuellen Fähigkeiten angepasst gestaltet wird. Anderenfalls kann verpflichtender Schulsport mit Leistungsdruck, Versagensängsten oder sozialer Ablehnung verbunden sein, was die positiven Effekte mindern oder sogar umkehren kann. Präventive Maßnahmen sollten daher die unterschiedlichen Bedürfnisse sowie die physischen und psychischen Ausgangslagen von Kindern und Jugendlichen berücksichtigen, um tatsächlich gesundheitsfördernd zu wirken (61).

#### 8.4.2 Schwimmfähigkeit

Von den Kindern der geKuJu-2-Befragung an Grundschulen besitzen 33,3 % ein Frühschwimmerabzeichens (kein Nachweis für ein sicheres Schwimmen) und 48,0 % ein Deutsches Schwimmbzeichen, d. h. weniger als die Hälfte der Grundschulkinder verfügen über den Nachweis einer sicheren Schwimmfähigkeit. Laut einer repräsentativen forsa-Umfrage aus dem Jahr 2022, die von der Deutschen Lebens-Rettungs-Gesellschaft in Auftrag gegeben wurde, besitzen 54 % der Grundschülerinnen und Grundschüler in Deutschland ein Frühschwimmerabzeichen und 40 % ein Deutsches Schwimmbzeichen in Bronze, Silber oder Gold. Von den 14- bis 17-Jährigen der geKuJu-2-Befragung haben 83,4 % ein Deutsches Schwimmbzeichen in Bronze, Silber oder Gold abgelegt. In den Kreisen Rendsburg-Eckernförde und Neumünster liegt der Anteil an 6- bis 17-jährige Kinder mit Deutschem Schwimmbzeichen unter dem Durchschnitt von Schleswig-Holstein.

Darüber hinaus ist auffällig, dass der Anteil an Kindern mit Deutschem Schwimmbzeichen in der Altersgruppe der 14- bis 17-jährigen und der 11- bis 14-jährigen Kindern annähernd gleich

groß ist, das könnte bedeuten, dass es für Jugendliche an Schwimmkursen mangelt, die ein sicheres Schwimmen zum Ziel haben oder Möglichkeiten im jüngeren Alter nicht optimal genutzt und / oder angeboten werden, weil keine Teilnahme am Schwimmunterricht erfolgt ist oder die zur Verfügung stehende Übungszeit nicht ausreichend für die individuellen Fähigkeiten ist.

In der Fachanforderung Sport für Grundschulen heißt es *“... Ziel des Sportunterrichts ist es daher, zum sicheren Schwimmen zu befähigen. (...) . Hinsichtlich einer jahrgangsstufenbezogenen Zuordnung des Schwimmens gilt die Grundregel „Je früher, desto besser“, **spätestens jedoch ab Jahrgangsstufe 3.**“*<sup>6</sup> In der Fachanforderung Sport für die Sekundarstufe heißt es *„... soll der Schwimmunterricht so früh wie möglich (in Jahrgangsstufe 5 / 6) verbindlich angeboten werden. Dabei erwirbt jede Schülerin und jeder Schüler spätestens am Ende von Jahrgangsstufe 6 mindestens das Schwimmabzeichen in Bronze.“*

Wenn Kinder bis zur 6. Klasse nicht die Möglichkeit hatten, ein Deutsches Schwimmabzeichen abzulegen, wird es bei einem nicht gymnasialen Bildungsweg schwierig, eine entsprechende Schwimmbefähigung zu erwerben, da in Schleswig-Holstein in den Lehrplänen der Gemeinschaftsschulen und der beruflichen Schulen Schwimmunterricht zu einem späteren Zeitpunkt nicht vorgesehen ist. So heißt es z. B. in den Lehrplänen der Berufsfachschulen I der Fachrichtung Gesundheit / Ernährung, Nahrung und Gastronomie, Technik und für die Berufsschulen mit Fachrichtung Wirtschaft ausdrücklich *„Ein Lehrplan für das Fach Sport wurde nicht erstellt.“*<sup>7</sup> Im Lehrplan der Berufsfachschule III ist Sportunterricht nur in Einzelfällen mit lediglich **40 Stunden innerhalb von zwei Jahren** vorgesehen.<sup>8</sup> Für Berufsfachschulen II sind Lehrpläne online nicht vorhanden.

## 8.5 Ernährung

### 8.5.1 Obst- und Gemüse, zuckerhaltigen Getränke und Energy-Drinks

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung empfiehlt mindestens fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag zu essen (zwei Portionen Obst und drei Portionen Gemüse).<sup>9</sup> Als Maßeinheit für

---

<sup>6</sup> <https://fachportal.lernnetz.de/sh/faecher/sport/fachanforderungen.html>

<sup>7</sup> [https://www.schleswig-holstein.de/DE/landesregierung/ministerien-behoerden/SHIBB/Themen/Themenfelder/Lehrplanportal/Berufsschule/Berufsschule\\_fi](https://www.schleswig-holstein.de/DE/landesregierung/ministerien-behoerden/SHIBB/Themen/Themenfelder/Lehrplanportal/Berufsschule/Berufsschule_fi)

<sup>8</sup> [https://www.schleswig-holstein.de/DE/landesregierung/ministerien-behoerden/SHIBB/Themen/Themenfelder/Lehrplanportal/Berufsfachschule/BFS3/ documents/ downloads/berufsbezogen/bfs\\_iii\\_de-sign\\_lp.pdf? blob=publicationFile&v=1](https://www.schleswig-holstein.de/DE/landesregierung/ministerien-behoerden/SHIBB/Themen/Themenfelder/Lehrplanportal/Berufsfachschule/BFS3/ documents/ downloads/berufsbezogen/bfs_iii_de-sign_lp.pdf? blob=publicationFile&v=1)

<sup>9</sup> <https://www.dge.de/gesunde-ernaehrung/gut-essen-und-trinken/dge-ernaehrungskreis/obst-und-gemuese/>

eine Portion dient dabei die eigene Hand. Sie fällt dem Alter entsprechend kleiner oder größer aus.

Nur ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen der geKuJu-2-Befragung isst täglich sowohl mehrfach Obst als auch Gemüse. 43,7 % essen täglich mehrfach Obst und 27,6 % essen täglich mehrfach Gemüse. Die Hälfte der Kinder und Jugendlichen isst nicht täglich mehrfach Obst und / oder Gemüse. Die genaue Menge an Obst und Gemüse wurde nicht erfragt. Immerhin essen drei Viertel der Kinder mindestens einmal täglich Obst und 60,8 % Gemüse. Mehr Mädchen als Jungen essen mindestens einmal täglich Obst und Gemüse. Mit steigender Altersgruppe nimmt der tägliche Verzehr von Obst und Gemüse ab. Damit ist der Anteil an Kindern mit täglichem Verzehr von Obst im Vergleich zur ersten geKuJu-Befragung höher. Allerdings wurden die Antwortkategorien leicht angepasst, sodass diese Abweichung auch dadurch bedingt sein könnte. Die Werte für den täglichen Verzehr von Gemüse entsprechen hingegen den Werten der ersten geKuJu-Befragung und der KIDA-Studie, die für 60 % der 3 bis 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 das Trinken von zuckerhaltigen Getränken bei älteren Kindern, wie in der geKuJu-2-Befragung, häufiger als bei jüngeren Kindern (62).

In der geKuJu-2-Befragung äußern Eltern, die eine schlechterer finanzielle Situation angeben, häufiger, dass ihre Kinder täglich oder mehrfach täglich zuckerhaltige Erfrischungsgetränke trinken als Eltern mit einer besseren finanziellen Situation. Insgesamt trinken 11,2 % der Kinder und Jugendlichen zuckerhaltige Erfrischungsgetränke (KIDA: 14 %; geKuJu-1: 8,6 %). Während für Kinder bis einschließlich 13 Jahre nur selten der Konsum von Energy-Drinks angegeben wird, liegt der Anteil bei den 14- bis 17-Jährigen bei 38,7 %, wobei 21,8 % Energy-Drinks nur seltener als einmal pro Woche trinken, 11,4 % dies ein- bis dreimal pro Woche, 2,6 % vier- bis sechsmal pro Woche, 2,4 % einmal am Tag und 0,5 % mehrmals täglich tun.

Knapp die Hälfte der Kinder verzehrt einmal pro Woche Fertiggerichte, 27,0 % tun dies ein- bis dreimal pro Woche, knapp 4 % häufiger, während ein Fünftel vollständig darauf verzichtet.

Der Anteil an Kindern mit häufigerem Verzehr von Fertiggerichten ist in älteren Altersgruppen größer als in jüngeren, bei Jungen größer als bei Mädchen und bei einer eingeschränkten finanziellen Situation größer als bei einer besseren. Aufgrund unterschiedlicher Antwortkategorien sind die Daten nicht direkt mit den bislang veröffentlichten KIDA-Befragungsdaten zu

vergleichen. Allerdings finden sich in den KIDA-Daten keine Unterschiede zwischen den Alters- und Einkommensgruppen (62).

Der Anteil an Kindern mit häufigem Verzehr von Fastfood (hier gefragt nach: Bratwurst, Currywurst, Hamburger, Döner Kebab) in der geKuJu-2-Befragung ist bei nachteiliger finanzieller Situation mehr als dreimal so hoch wie bei Kindern mit besserer finanzieller Situation. Ein Viertel der Kinder und Jugendlichen verzehrt die genannten Fastfood-Produkte nicht und 60,3 % seltener als einmal pro Woche. Der Anteil mit häufigerem Verzehr von Fastfood ist, wie in der KIDA-Befragung, bei Älteren größer als bei Jüngeren und bei Jungen größer als bei Mädchen.

Das Ernährungsverhalten der Kinder und Jugendlichen entspricht zum großen Teil nicht den Empfehlungen. Die Kindheitsjahre sind eine entscheidende Phase, in der sich Essverhalten und Esspräferenzen entwickeln und in der sich die Möglichkeit bieten, gesunde Essgewohnheiten zu entwickeln und zu fördern, die sich bis ins Erwachsenenalter fortsetzen (63, 64). Dass Kinder ungünstigere Ernährungsgewohnheiten aufweisen, ist laut WHO, Ausdruck eines gerichteten Marketing für Lebensmittel mit einem hohen Gehalt an gesättigten Fettsäuren, Transfettsäuren, freiem Zucker und / oder Natrium. Dieses Marketing hat einen schädlichen Einfluss auf die Lebensmittelauswahl und die Nahrungsaufnahme von Kindern, es beeinflusst ihre Kaufwünsche an Erwachsene und wirkt sich auf die Entwicklung ihrer Normen für den Lebensmittelkonsum aus. Die WHO formuliert dazu zusammenfassend: *„Die neue WHO-Leitlinien empfehlen den Mitgliedstaaten die Umsetzung umfassender, verbindlicher Maßnahmen zum Schutz von Kindern aller Altersgruppen vor der Werbung für Lebensmittel und alkoholfreien Getränken mit hohem Gehalt an gesättigten Fettsäuren, Transfettsäuren, freiem Zucker und / oder Salz (HFSS), nachdem sie zuvor einen größeren Spielraum für verschiedene politische Ansätze eingeräumt hatte. Eine weitere Änderung ist die Verwendung der Definition eines Kindes aus der UN-Kinderrechtskonvention in den Leitlinien, um unmissverständlich klarzustellen, dass Maßnahmen alle Kinder schützen müssen. [...] Kinder sind weiterhin einer starken Werbung für HFSS-haltige Lebensmittel und Getränke ausgesetzt, deren Konsum mit negativen gesundheitlichen Folgen verbunden ist. [...] Kurz gesagt: Lebensmittelwerbung stellt weiterhin eine Bedrohung für die öffentliche Gesundheit dar und beeinflusst die Lebensmittelauswahl, die beabsichtigten Entscheidungen und die tatsächliche Nährstoffaufnahme von Kindern negativ. Sie wirkt sich auch negativ auf die Entwicklung der Ernährungsnormen von Kindern aus.*

*Die Empfehlung basiert auf einer systematischen Überprüfung der Evidenz zu Maßnahmen zur Einschränkung von Lebensmittelwerbung, einschließlich kontextueller Faktoren. Es hat sich gezeigt, dass solche Maßnahmen am wirksamsten sind, wenn sie: verpflichtend sind; Kinder aller Altersgruppen schützen; ein staatlich entwickeltes Nährwertprofilmodell zur Klassifizierung von Lebensmitteln verwenden, deren Vermarktung eingeschränkt werden soll; und ausreichend umfassend sind, um das Risiko einer Verlagerung der Werbung auf andere Altersgruppen, andere Bereiche innerhalb desselben Mediums oder auf andere Medien, einschließlich digitaler Räume, zu minimieren. Auch die Einschränkung der Überzeugungskraft von Lebensmittelwerbung ist wirksam. Dies umfasst die Begrenzung der Verwendung von Cartoons oder Techniken, die Kinder ansprechen, wie z. B. das Beilegen von Spielzeug zu Produkten, Werbung mit Liedern und die Unterstützung durch Prominente.“ (65).*

#### 8.5.2 Body-Mass-Index (BMI)

Jedes zwölfte Kind (8,4 %) der geKuJu-2-Befragung weist einen BMI oberhalb der 90. BMI-Perzentile nach Kromeyer-Hauschild auf und gilt damit als übergewichtig oder adipös. Da es sich nicht um gemessene Werte für die Größe und das Gewicht handelt und formal eher höher gebildete Eltern teilnahmen, dürfte die tatsächliche Prävalenz höher liegen, da ein niedriger sozioökonomischer Status als Risikofaktor für Übergewicht und Adipositas gilt. Vom RKI wird für Deutschland eine Prävalenz von 15,4% für 3- bis 17-jährige Mädchen und Jungen für Übergewicht genannt (66). Weltweit überstieg laut UNICEF Deutschland im Jahr 2025 die Prävalenz von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schulalter erstmals die von Untergewicht. UNICEF warnt im Kinderernährungsbericht 2025 – „Profit durch Ernährung: Wie das Ernährungsumfeld Kinder im Stich lässt“ vor dem erhöhten Risiko für lebensbedrohliche Krankheiten und sieht als Hauptursache die ständige Verfügbarkeit und aggressive Vermarktung von ungesunden Lebensmitteln im analogen und digitalen Umfeld der Kinder (67).

Folge von Übergewicht und Adipositas können Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes, Gelenkprobleme oder Depressionen sein. In der Kindheit entwickeltes Übergewicht wird oft ein Leben lang beibehalten. Die Deutsche Diabetesgesellschaft hat kürzlich die Forderung nach verbindlicher Verhältnisprävention bekräftigt, da Übergewicht und Adipositas auch bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland weiter zunehmen. Zu den Forderungen zählen wirksame

Werbeschränken für ungesunde Lebensmittel, verbindliche Standards für gesunde Schulpflege und Schulsport. An die Eigenverantwortung zu appellieren und auf Aufklärung oder Bildungsangebote zu setzen, reichen nicht aus (68).

### 8.5.3 Stillen

Um Erinnerungsverzerrungen hinsichtlich der Stilldauer zu minimieren, wurden in der geKuJu-2-Befragung nur Eltern mit Kindern unter vier Jahren nach der Stilldauer gefragt. Mehr als neun von zehn Kindern wurden jemals gestillt. Laut Angaben der geKuJu-1-Befragung waren Kinder, die im Jahr 2019 auf die Welt kamen, insgesamt am längsten gestillt worden. Insgesamt ist die Stilldauer jedoch niedriger als die „S3-Leitlinie Stilldauer und Interventionen zur Stillförderung“ (69) und die WHO empfehlen. Danach ist ausschließliches Stillen in den ersten sechs Monaten für die Mehrheit der gesunden reif geborenen Säuglinge in Europa eine ausreichende Ernährung. Von den Kindern der geKuJu-2-Befragung wurden nur ein Fünftel der Kinder sechs Monate ausschließlich und knapp die Hälfte noch teilweise gestillt. Für die Gesamtstilldauer für reifgeborene Kinder wurde in der S3-Leitlinie u. a. aufgrund einer unzureichenden Evidenz keine einheitliche Empfehlung formuliert. 88 % der Stimmberechtigten der S3-Leitlinie stimmten für folgende Formulierung: „Die Gesamtstilldauer für reifgeborene Kinder soll mindestens 12 Monate betragen.“

Die Überlegenheit von Muttermilch und Stillen im Vergleich zu Ersatzflaschennahrung ist unbestritten. Obwohl wenig erforscht, werden unruhige Verhaltensweisen beim Säugling von Eltern, Familienmitgliedern und medizinischem Fachpersonal häufig als Hinweis auf unzureichende Muttermilchqualität oder -menge interpretiert, um das Kind zu sättigen. Obgleich die Verhaltensweisen überwiegend Ausdruck normaler Entwicklungsprozesse und nicht klinischer Zustände sind (70-78).

Mangels fachkundiger Unterstützung, Beruhigung und Vertrauen in die eigene Fähigkeit zu stillen, stellen viele Mütter vorzeitig vom Stillen auf Beikost um (79, 80), dies geschieht auch aufgrund von Marketingstrategien der Säuglingsnahrungshersteller (73, 74, 76). Sie stellen typische Babyverhaltensweisen als pathologisch dar und bieten Säuglingsnahrung mit wenig oder keiner Evidenz als Lösung an (81, 82). Dieses Marketing führt zu einer frühen Einführung von Säuglingsnahrung, was wiederum das Saugverhalten des Säuglings reduziert, und zum vollständigen Abstillen führen kann (83, 84, 76).

Die *S3-Leitlinie Stilldauer und Interventionen zur Stillförderung* macht einen hohen Bedarf an fundierter Forschung zum Stillen und zu beeinflussenden Faktoren auch hierzulande deutlich, um Empfehlungen mit höherer Evidenz zu ermöglichen. Die *nationale Strategie zur Stillförderung*<sup>10</sup> und die *Nationale Stillkommission*<sup>11</sup> forcieren zwar das Stillen, aber gleichzeitig erreichen digitale Plattformen der Hersteller von Muttermilchersatzprodukten eine enorme Reichweite und umgehen den *Internationalen Kodex für das Marketing von Muttermilchersatzprodukten* (85). Maßnahmen zur Stillförderung, praktische Umsetzungen und Wirkungen sollten begleitend evaluiert werden. Das Wissen um physiologische Verhaltensweisen eines Säuglings, eines frühen Anlegens und die Konsequenzen von zusätzlicher Gabe von anderen Flüssigkeiten oder Ersatzprodukten neben dem Stillen sollte besser bei Müttern, Vätern und Großeltern bekannt sein. Marketingstrategien der Hersteller von Säuglingsnahrung dürfen Stillende nicht zum vorzeitigen Zufüttern verleiten, daher sollte die kommerzielle Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten nicht erlaubt sein. Dafür ist ein größeres politisches Engagement erforderlich.

## 8.6 Mundgesundheitsverhalten

Die meisten Kinder der geKuJu-2-Befragung nutzen die erste zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung im 21. Lebensmonat (Lm) und damit deutlich später als empfohlen - Kinder ohne deutsche Alltagssprache noch später. Laut Leistungskatalog der GKV können sechs zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen für Kinder ab dem sechsten Lebensmonat bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr genutzt werden. Seit dem 1. Januar 2026 sind die Untersuchungen in das gelbe U-Heft (Ärztliches Kinderuntersuchungsheft) integriert und mit Z1 bis Z6<sup>12</sup> benannt. Die Untersuchungen umfassen u. a. auch Beratungen zur Mundhygiene und Ernährung sowie zur Anwendung von Fluoriden. Das dürfte die elterliche Aufmerksamkeit für eine frühere erste zahnärztliche Konsultation verbessern.

Auch der Anteil der Kinder, die mindestens zweimal täglich ihre Zähne putzen sowie die Verwendung von fluoridhaltiger Zahnpasta und Speisesalz könnten entsprechend den Empfehlungen weiter verbessert werden. Darüber hinaus ist zu prüfen, ob mit dem Zähneputzen auch weitgehende Plaquefreiheit erreicht wird, denn laut Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) gelingt das der überwiegenden Mehrheit in der Bevölkerung

---

<sup>10</sup> <https://www.bmleh.de/DE/themen/ernaehrung/gesunde-ernaehrung/schwangerschaft-und-baby/stillstrategie.html>

<sup>11</sup> <https://www.mri.bund.de/de/themen/nationale-stillkommission/>

<sup>12</sup> (Z1: 6. - 9. Lm; Z2: 10. - 20. Lm; Z3: 21. - 33. Lm; Z4: 34. - 48. Lm; Z5: 49. - 60. Lm; Z6: 61. – 72. Lm)

nicht gut<sup>13</sup>. Ebenso sollte der Zugang zur zahnärztlichen Inanspruchnahme für Kinder aus sozial benachteiligten Haushalten und für Kinder mit einem Grad der Behinderung verbessert werden. Insgesamt gehen nahezu drei Viertel der Kinder und Jugendlichen der geKuJu-2-Befragung mindestens zweimal jährlich zur zahnärztlichen Kontrolle, neun von zehn nehmen diese mindestens einmal jährlich wahr.

## 8.7 Suchtauslösende Substanzen

### 8.7.1 Rauchen

Die Analyse des Rauchverhaltens zeigt Unterschiede des Rauchverhaltens nach Art des Rauchens und macht deutlich, dass eine differenzierte Betrachtung notwendig ist. In den letzten 30 Tagen vor der Befragung haben 6,7 % der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen E-Zigarette, E-Shisha, E-Pfeife und / oder E-Zigarre geraucht, 6,2 % haben Zigaretten, Zigarre, Zigarillo oder Pfeife, 4,5 % Wasserpfeife geraucht und / oder 1,1 % Tabakerhitzer gebraucht. 85,0 % der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen haben laut Angaben der Eltern noch nie Zigaretten, Zigarre, Zigarillo oder Pfeife geraucht. Nimmt man alle Arten des Rauchens in den letzten 30 Tagen zusammen, liegt der Anteil bei 9,1 % und steigt von 3,2 % bei den 14-Jährigen auf 17,8 % bei den 17-Jährigen. Bei 16- bis 17-jährigen Jugendlichen an Berufsschulen ist dieser Anteil mit 29,3 % besonders hoch (Gemeinschaftsschulen: 19,6 %; Gymnasien: 7,2 %) und bei Jugendlichen mit niedriger Schulbildung der Eltern höher als bei besser gebildeten Eltern. Das zeigt einmal mehr den Einfluss von gleichaltrigen Personen und elterlicher Bildung auf das Rauchverhalten. Entsprechend der Drogenaffinitätsstudie sind neben Zigaretten-Werbung und Rauchen in Filmen und Serien auch Zusatzstoffe, die Zigaretten einen besseren Geschmack verleihen und das anfängliche Kratzen im Hals beim Rauchen einer Zigarette dämpft, dafür verantwortlich, dass eine weitere Schwelle von Kindern und Jugendlichen gegenüber dem Rauchen gesenkt wird. Der Konsum von E-Zigaretten bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen hat laut Drogenaffinitätsstudie von 2,4 % auf 3,9 % (Konsumerfahrungen in den 30 Tagen vor der Befragung) zugenommen, während sich die Raucherquote bei 6,8 % stabilisiert hat und der Anteil der Jugendlichen, die noch nie geraucht haben, auf 83,3 % stieg (85). Ebenso ist in der Drogenaffinitätsstudie der Bildungsgradient zu Ungunsten von Jugendlichen mit niedriger Schulbildung sichtbar. Laut SCHULBUS-Studie, die 14- bis 17-Jährige zu ihrem Konsumverhalten befragt, haben 76 % der Jugendlichen noch nie geraucht, 15 % haben in den letzten 30 Tagen geraucht, 20 % konsumieren aktuell E-Zigaretten oder E-Shishas und 10 % täglichen E-Produkte (86).

---

<sup>13</sup> <https://www.dgzmk.de/aktuelles#!/zahnputzverhalten-oft-genug-aber-nicht-sauber-genug>

Zusammenfassen lässt sich sagen, dass ein erheblicher Teil der Kinder und Jugendlichen raucht, genaue Prävalenzen in der Literatur unterscheiden sich in Abhängigkeit der Erhebungsmethodik, den verschiedenen Tabakprodukten und den Personenkreisen. Auch scheinen gesundheitsepidemiologische Erhebungen der Entwicklung neuerer Tabakprodukte (z. B. Nikotinbeutel, Einweg-E-Zigarette) oftmals hinterher zu laufen, wodurch Präventionsmaßnahmen und Aufklärung über die gesundheitlichen Risiken erschwert sind. Die geKuJu-2-Daten sprechen für die Notwendigkeit einer verstärkten Prävention und Ausstiegsunterstützung von Tabakprodukten an Berufsschulen und einer Gefahren-Aufklärung von Eltern jüngerer Kinder, um den Einstieg in den Tabakkonsum zu verhindern, der ab dem 14. Lebensjahr steigt. Werbestrategien setzen insbesondere hier mit unterschiedlichen optischen und geschmacklichen Ausführungen der Einweg-E-Zigarette an. Wünschenswert wäre eine Konsistenz von Präventionsbotschaften und strukturellen Rahmenbedingungen im öffentlichen Raum, die sich in der Vergangenheit als wirksam erwiesen haben. Dazu könnte auch die Verbannung von Tabakprodukten aus dem Kassenbereich in Supermärkten und Tankstellen gehören.

#### 8.7.2 Alkohol

Mehr als die Hälfte der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen hat mindestens einmal im Leben Alkohol getrunken, ein Drittel tat dies in den letzten 30 Tagen vor der Befragung. Die Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums steigt von einem Fünftel bei den 14-Jährigen auf vier Fünftel bei den 17-Jährigen und die 30-Tage-Prävalenz von 7,3 % bei den 14-Jährigen auf 56,4 % bei den 17-Jährigen. Über ein Fünftel dieser Altersgruppe hat bereits alkoholbedingte Rauscherfahrungen gemacht.

Sowohl in der Drogenaffinitätsstudie als auch in der SCHULBUS-Studie sind die Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums und von alkoholbedingten Rauscherfahrungen der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen höher (85-87). Da es sich bei der geKuJu-2-Befragung um elterliche Angaben handelt, verwundert der Unterschied nicht, da Eltern die tatsächlich vorliegenden Suchtmittelkonsumerfahrungen ihrer Kinder anscheinend systematisch unterschätzen (87).

#### 8.7.3 Cannabisprodukte, Drogen und drogenbedingte Rauscherfahrungen

Nach Ansicht der Eltern haben 5,0 % der 14- bis 17-Jährigen mindestens einmal im Leben Cannabis, Haschisch oder Marihuana konsumiert; 1,1 % haben diese Substanzen in den letzten Tagen konsumiert. Die Lebenszeitprävalenz für andere (illegale) Drogen beträgt 0,9 %. Über drogenbedingte Rauscherfahrungen im Leben ihrer 14- bis 17-jährigen Kinder berichten 3,3 % der befragten Personen, für 1,0 % wurde diese Erfahrung innerhalb der letzten 30 Tagen berichtet. Der Anteil der 14- bis 17-jährigen Mädchen, die mindestens einmal im Leben Erfah-

rungen mit Cannabisprodukten und Drogen sowie Rauscherfahrungen gemacht haben, unterscheidet sich nicht relevant von dem der 14- bis 17-jährigen Jungen. Für unter 14-jährige Kinder wurde nur selten der Konsum von Cannabisprodukten, Drogen bzw. Rauscherfahrungen berichtet.

Im Jahr 2023 haben laut Drogenaffinitätsstudie 8,3 % der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen schon einmal im Leben Cannabis konsumiert und 1,3 % einen regelmäßigen Cannabiskonsum (88). Der Konsum anderer illegaler Drogen wird mit 1,5 % der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen beziffert. Die einzelnen Lebenszeitprävalenzen des Konsums von Ecstasy, LSD, Amphetamin, Crystal Meth, Kokain, Crack, Heroin, neuen psychoaktiven Stoffen, Schnüffelstoffen und psychoaktiven Pflanzen für Jugendliche wird mit jeweils weniger als ein Prozent berichtet (85).

#### 8.7.4 Medikation ausgewählter Medikamente ohne ärztliche Verordnung

Ein Drittel der Kinder und Jugendlichen haben mindestens einmal im Leben Schmerzmittel **ohne** ärztliche Verordnung erhalten, bei jedem sechsten Kind ist dies in den letzten 30 Tagen vor der Befragung geschehen.

Die Lebenszeit- und die 30-Tage-Prävalenz der Schmerzmittelmedikation ohne ärztliche Verordnung erfolgt in den beiden jüngeren Altersgruppen häufiger bei Jungen als bei Mädchen, ab der Altersgruppe der 7- bis 10-jährigen ist sie bei Mädchen häufiger als bei Jungen. Insgesamt ist die 30-Tage-Prävalenz der Schmerzmittelmedikation ohne ärztliche Verordnung bei den 14- bis 17-jährigen Mädchen mit 37,3 % und bei den 14- bis 17-jährigen Jungen mit 19,6 % auf hohem Niveau. Auch ist sie bei ausreichender Gesundheitskompetenz der Eltern kleiner als bei problematischer. Ebenso ist die 30-Tage-Prävalenz der Schmerzmittelmedikation ohne ärztliche Verordnung bei Kindern, die das von der WHO empfohlene Bewegungspensum erreichen, kleiner als bei Kindern, die sich weniger bewegen. 14- bis 17-Jährige nehmen darüber hinaus signifikant mehr Beruhigungs- oder Schlafmittel ohne ärztliche Verordnung als jüngere. In der KiGGS-Studie haben 5,6 % der Kinder und Jugendlichen in den letzten **7 Tagen** vor der Befragung Schmerzmittel angewendet, Mädchen häufiger als Jungen (6,6 % vs. 4,7 %) (88). Auch dort zeigt sich ein ähnliches Mediationsmuster für Schmerzmittel nach Altersgruppen und Geschlecht wie in der geKuJu-2-Studie sowie eine ausgeprägte Differenz bei den 14- bis 17-Jährigen.

In der geKuJu-2-Befragung wurde die Schmerzmittelmedikation nicht näherer hinterfragt. Aufgrund des berichteten Umfangs der Selbstmedikation, sollte in einer zukünftigen Befragung das Thema umfangreicher hinsichtlich Gründe, Dauer und Art der Schmerzmittelmedikation ohne ärztliche Verordnung untersucht werden, da diese eine Reihe von Risiken und Nebenwirkungen haben könnte. Nichtsdestotrotz benötigen Kinder mit Schmerzen eine adäquate

altersgerechte Schmerzerfassung und -therapie. Die Häufigkeit wiederkehrender körperlicher Beschwerden und Schmerzen ohne ausreichende somatische Erklärung wird auf etwa 10 % geschätzt (89).

## 8.8 Bildschirmzeiten und Medienkonsum

Zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen mit Bildschirmzeiten überschreiten die altersabhängige empfohlene Bildschirmzeit. Für ein Drittel der Kinder unter 3 Jahre geben Eltern bereits Bildschirmzeiten an. Für diese Altersgruppe werden von Experten keine Bildschirmzeiten empfohlen. Bei Kindern ab 12 Jahren überschreiten mehr als drei Viertel die empfohlene Bildschirmzeit von zwei Stunden. Ihre durchschnittliche Nutzungsdauer beträgt 3,75 Stunden. Ein hoher Medienkonsum ist mit belastenden Erfahrungen verbunden (52). Die Ergebnisse der Studie *Jugend – Internet – Medien (JIM)* (12- bis 19-Jährige) zeigen, dass über 80 % der Jugendlichen soziale Medien täglich durchschnittlich 3,5 Stunden nutzen (90). In der Drogenaffinitätsstudie wird eine wöchentliche Nutzungsdauer von digitalen Spielen und Internet (privat also nicht für Schule, Universität oder Arbeit) bei Jugendlichen von rund 26 Stunden genannt (85). Zu ähnlichen Ergebnissen der durchschnittlichen Mediennutzungszeit kommt die geKuJu-2-Befragung. Die empfohlene Bildschirmzeit wird in der geKuJu-2-Befragung häufiger überschritten in der älteren Altersgruppe, bei Jungen, bei übergewichtigen Kindern, wenn die Eltern eine niedrigere Schulbildung haben, eine schlechtere finanzielle Situation angeben oder das Kind aus einem Haushalt mit einem Elternteil in neuer Partnerschaft kommt. Diese Erkenntnisse stehen weitgehend im Einklang mit anderen Studien.

Da reine Nutzungszeiten jedoch noch keine Aussage über ein etwaiges Suchtverhalten ermöglicht, wurde Eltern gebeten in Abhängigkeit von der angegebenen hauptsächlichsten Nutzung der Bildschirm- bzw. digitalen Mediennutzungszeit der Kinder, eins der drei Screening-Instrumente STREDIS-P, GADIS-P oder SOMEDIS-P auszufüllen. Im Ergebnis zeigen sich deutliche Unterschiede in der Häufigkeit einer riskanten bzw. pathologischen Nutzung von Video- und Streamingdiensten, sozialer Medien und von Gaming / digitalen Spielen der 10- bis 17-Jährigen. Der größte Anteil mit riskanter und pathologischer Nutzung findet sich für die Nutzung von Gaming / digitalen Spielen, dessen Anteil im Vergleich zur geKuJu-1-Befragung signifikant kleiner ist. Auch die Autoren der Langzeit-Studie zum Mediennutzungsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, die am Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE) im Auftrage der DAK-

Gesundheit durchgeführt wird, beschreiben in ihrem Ergebnisbericht sinkende Prävalenzen der selbsteingeschätzten Mediennutzung von 10- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen im Herbst 2024 für die Nutzung von Gaming / digitalen Spielen (riskante Nutzung: 8,6 %; pathologische Nutzung: 3,4 %), Social Media (riskante Nutzung: 21,1 %; pathologische Nutzung: 4,7 %) und Video-Streaming-Diensten (riskante Nutzung: 13,4 %; pathologische Nutzung: 2,6 %) (91). Die Übereinstimmung von Selbst- und Fremdeinschätzung wird in der Studie als moderat beschrieben. Darüber hinaus weisen die Autoren der Mediennutzungsverhalten-Studie explizit auf die hohe Prävalenz der riskanten Nutzung von sozialen Medien und die negativen Assoziationen zwischen Phubbing<sup>14</sup> und psychischem Wohlbefinden hin, die auch mit den Erkenntnissen anderer Studien übereinstimmen (92, 93).

Folgen von Phubbing und dem häufigen Blick aufs Smartphone, der durchschnittlich alle zwölf Minuten erfolgt und zu mehr als 80 Unterbrechungen pro Tag führt (94), werden zunehmend wissenschaftlich untersucht. So kann häufiges Phubbing von Eltern beim Kind das Risiko von Verhaltensauffälligkeiten wie Ängstlichkeit und Unsicherheit erhöhen (95). Kinder und Jugendliche benötigen für ihre Entwicklung reale soziale Interaktionen, um neben sozialen Kompetenzen auch Empathie und emotionale Intelligenz zu lernen (91). Das Risiko für problematische Verhaltensweisen bei Kindern steigt, wenn das elterliche Vorbild fehlt (96).

In der *„Empfehlung zur Nutzung digitaler Medien für Kinder und Jugendliche“* aus der gemeinsamen Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie et al. heißt es: *„Die Digitalisierung bietet viele Möglichkeiten. Vorrangig kommerziell motivierte digitale Angebote bergen jedoch bedeutsame Risiken für Kinder und Jugendliche. Nach der UN-Kinderschutzrechtskonvention haben Minderjährige u. a. ein Recht auf Entwicklung, Gesundheit, Schutz vor Gewalt und Missbrauch, Privatsphäre, (valide) Informationen und (balancierte) Teilhabe. Neben Maßnahmen zur Teilhabe und Befähigung sollte dieser Schutzgedanke bei allen aktuellen Debatten berücksichtigt werden.“* (97).

Als konkrete Maßnahmen werden u. a. benannt und begründet:

- keine digitalen Medien für Kinder von 0 bis 3 Jahre
- Aufkleber auf digitalen Geräten: „Nicht geeignet für Kinder von 0 – 3 Jahren!“

---

<sup>14</sup> Phubbing in einer sozialen Interaktion wird die Aufmerksamkeit lieber dem Smartphone geschenkt als dem Gegenüber, das sich damit ignoriert, nicht wahrgenommen oder unwichtig fühlen kann. Phubbing kann unter Gleichaltrigen und in der Eltern-Kind-Beziehung vorkommen, etwa wenn Eltern oder Kinder während gemeinsamer Aktivitäten immer wieder zum Smartphone greifen.

- medienfreie öffentliche Zonen
- maximal 30 Minuten tägliche Medienzeit über alle Lebensbereiche für Kinder von 4 bis 5 Jahren, Nutzung digitaler Medien klar begrenzt, strukturiert und gemeinsam
- Erfassung der Mediennutzung in allen Vorsorgeuntersuchungen inklusive geschulter Kurzberatung
- frühpädagogische Qualitätsstandards, verbindliche Medienkonzepte und Evaluationspflicht in Kitas
- konsequente Umsetzung des Kinder- und Jugendschutzes durch die Anbieter digitaler Medien entsprechend des Digital Services Act (DSA) bei Kindern von 6 bis 18 Jahren
- Altersgrenzen für Smartphones und bild- und videoorientierte, auf Algorithmen basierende Soziale Medien, Messenger, Online-Videospiele und Videoportale mit externer Kontaktmöglichkeit und nicht-supervidierte Generative-KI-Chatbots inklusive wirksamer Altersverifikation (keine Nutzung vor 14, beschränkte Nutzung vor 16, danach freie Nutzung)
- Begrenzung digitaler Spiele gemäß USK einschließlich wirksamer Altersverifikation inklusive Einrichtung einer unabhängigen staatlichen Bewertungsstelle

Daneben sind Bildungsangebote für Kinder und Eltern notwendig. So haben einige Länder wie Finnland, Großbritannien und Österreich bereits verpflichtende Schulfächer zur Förderung der Medienkompetenz und Gesundheit integriert. In Schleswig-Holstein soll der Erwerb von Medienkompetenzen laut Ergänzung der *„Fachanforderungen: Medienkompetenz – Lernen mit digitalen Medien“* fächerübergreifend in allen Jahrgangsstufen vermittelt werden, da *„entsprechender Kompetenzen für ein Leben in einer digitalen Welt über die notwendigen informationstechnischen Grundkenntnisse weit hinausgehen und alle Unterrichtsfächer betreffen. Sie können daher keinem isolierten Lernbereich oder Unterrichtsfach zugeordnet werden.“* (98). Dabei soll eine überfachliche schulinterne Abstimmung den systematischen Erwerb der Medienkompetenzen unterstützen sowie schulinterne Methoden- oder Mediencurricula stetig angepasst werden. Für die Jahrgangsstufe 4 und Sekundarstufe I werden fächerübergreifend angestrebte Kompetenzen beschrieben und auch der gesundheitsbewusste Umgang mit Medien aufgegriffen sowie in der Fachinformation für Sekundarstufe I und II benannt (99).

## 8.9 Soziale Unterstützung

Im Vergleich zur ersten geKuJu-Befragung nehmen Eltern weniger soziale Unterstützung wahr. Knapp die Hälfte gibt eine schwache oder moderate soziale Unterstützung an. Der Anteil an starker, moderater und schwacher sozialer Unterstützung unterscheidet sich nicht nach Geschlecht und Altersgruppen der Kinder.

Bei schwacher sozialer Unterstützung der Eltern sind die Werte für die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität und die psychische Gesundheit der Kinder signifikant schlechter. Insbesondere Eltern mit einem chronisch kranken Kind oder mit einem Kind mit einem GdB nehmen signifikant häufiger nur eine schwache soziale Unterstützung wahr.

Es sollten daher gezielt Eltern mit Unterstützungsbedarf identifiziert werden und durchaus vorhandene Möglichkeiten der Unterstützung, wie beispielsweise der Anschluss an Selbsthilfegruppen, häusliche Kinderkrankenpflege nach § 37 SGB V, Haushaltshilfen nach § 38 SGB V oder Frühe Hilfen, eruiert, angeboten und vermittelt werden. Möglicherweise gelingt es bestimmten Eltern nicht, ausreichend Unterstützung selbständig zu finden, im Bedarfsfall zu aktivieren, oder zu beantragen. Besonders schwierig ist für Eltern der Zugang zur fachärztlichen Versorgung für ihre Kinder. Möglicherweise sind die Kapazitäten und / oder die Praxis der Vergabe von Facharztterminen für Kinder zu hinterfragen.

## 8.10 Elterliche Gesundheitskompetenz

Bei einem Viertel der Eltern ist die Gesundheitskompetenz unzureichend (d. h. problematisch oder inadäquat). Sie haben damit Schwierigkeiten, gesundheitsrelevante Informationen für ihr Kind zu finden, zu verstehen, einzuordnen sowie nutzen zu können und schätzen die Anforderungen des Gesundheitssystems als zu komplex ein. Bei inadäquater Gesundheitskompetenz der Eltern sind die Werte für die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität, die allgemeine und psychische Gesundheit der Kinder schlechter und Versorgungsbedarfe häufiger ungedeckt sowie das Gesundheitsverhalten der Kinder ungünstiger. Die Ergebnisse deuten auf erhebliche Handlungsbedarfe zur Förderung der elterlichen Gesundheitskompetenz z. B. im Zusammenhang mit Medien, Bewegung und Ernährung hin. Dabei sollten Angebote, Strukturen und Verhältnisse so gestaltet werden, dass sie für alle Eltern unabhängig von ihren individuellen Fähigkeiten und Kompetenzen gesundheitsförderliches Handeln und Zugang im Interesse ihrer Kinder ermöglichen sowie Chancen frühzeitig eröffnen. Zu einem ähnlichen Fazit

kommen auch die Autoren der jüngst publizierten Ergebnisse des Panels „Gesundheit in Deutschland“ des Robert Koch-Instituts (RKI-Panel 2024) (100).

Mütter könnten bereits bei der Schwangerenvorsorgeuntersuchung digital zur ihrer Gesundheitskompetenz befragt werden, um dann evidenzbasiert, niedrigschwellig und stigmatisierungsfrei beraten zu werden. Diese Daten könnten in der elektronischen Patientenakte (ePa) hinterlegt werden. Das würde Informationsverluste vermeiden, Zeit sparen und Präventionsketten ermöglichen. Ggf. sollte bei Bedarf der Zugang zu medizinischen und therapeutischen Leistungen für die Kinder konkret vermittelt werden.

### 8.11 Limitationen

Wie erwartet und wie in der Vorbefragung haben eher formal höher gebildete Eltern und Mütter den Fragebogen ausgefüllt. Seltener haben Eltern ohne deutsche Muttersprache an der Befragung teilgenommen. Aufgrund von Teilnahmeselektionseffekten, z. B. nicht deutschsprachiger Personen und Personen mit Lese-Rechtschreibschwächen, könnten bei einer Stichprobengewichtung Selektionseffekte noch verstärkt werden, da der Fragebogen nicht mehrsprachig und nicht in einfacher Sprache angeboten wurde und damit der Ausschluss bestimmter Personen nicht zufällig ist (101). Personen mit bestimmten Gesundheitsmerkmalen können mehr oder weniger bereit sein, an einer Gesundheitserhebung teilzunehmen, was zu einer Nichtbeantwortungsverzerrung führt, die nicht quantifiziert werden kann. So zeigen z. B. Personen, die ihre Gesundheit als eher schlechter einschätzen, eine geringere Studienteilnahmebereitschaft. Bei Personen mit chronischen Erkrankungen, bei Personen, die ihre psychische Gesundheit eher schlechter einschätzen, und bei Personen mit mehr sportlicher Aktivität liegt die Studienteilnahmebereitschaft höher (101). Legt man diese Studienergebnisse zugrunde und bezieht sie auf die Angaben der Eltern über ihre Kinder in der Gesamtstichprobe der geKuJu-2-Befragung, könnten die Ergebnisse z. B. in Bezug auf den allgemeinen Gesundheitszustand zu positiv ausfallen und in Bezug auf die psychische Gesundheit der Kinder und Bewegung zu negativ. Möglicherweise wurden, wie in vielen Befragungen, besonders vulnerable Personenkreise nicht ausreichend erreicht, sodass die gefundenen Effekte eher unterschätzt werden. Selektionseffekte aufgrund einer geringeren Teilnahmebereitschaft von Eltern aus Haushalten mit niedriger Schulbildung dürften dazu führen, dass die Ergebnisse zu positiv ausfallen könnten. Für die geKuJu-2-Studie wurde mit einer ergänzenden Nebenbefragung durch

Ansprache und Aushängen versucht, in ausgewählten Sozialrauminstitutionen mehr Befragungsteilnehmende zu rekrutieren, die in Studien oft unterrepräsentiert sind. Dies erwies sich jedoch als nicht zielführend, da, wie beschrieben, auch dabei eher formal höher gebildete Personen sowie eher Personen mit jüngeren Kindern teilnahmen. Außerdem schätzten Eltern der Haupt- und Nebenbefragung den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder zwar vergleichbar ein ( $p = 0,234$ ), das Schwierigkeitsempfinden kinderärztliche Hilfe zu bekommen, wurde aber in der Nebenbefragung signifikant höher als in der Hauptbefragung eingeschätzt ( $p = 0,038$ ). Das könnte dafür sprechen, dass Eltern mit einem höheren Schwierigkeitsempfinden für den Zugang zur kinderärztlichen Versorgung, eher an der Nebenbefragung teilnahmen. Vor diesem Hintergrund werden die Ergebnisse der Hauptbefragung nach Subgruppen ungewichtet differenziert berichtet, sodass dennoch Ansatzpunkte für zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen deutlich werden.

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 es sich z. B. beim GADIS-P, SOMEDIS-P und STREDIS-P um Screening-Instrumente handelt, die von den Eltern beantwortet wurden, die nicht ausreichen, um eine Diagnose zu bestätigen (45).

Die vorgestellten geKuJu-2-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 dann eher größer sein. Einige Werte sind bei großen Konfidenzintervallen aufgrund geringer Fallzahlen teilweise mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

## 9 Fazit

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse der geKuJu-2-Befragung und des bekannten Präventionsdilemmas sollten Strukturen und Angebote der Gesundheitsversorgung sowie der Gesundheitsförderung und Prävention soziallyagenabhängig und zielgruppenspezifisch ausgestaltet und adressiert werden. Dafür notwendige Kosten und Ressourcen sollten auf Chancengleichheit ausgerichtet sein und perspektivisch für die Gesellschaft betrachtet werden – auch wenn Bildung und Erziehung in der Familie beginnen. Neben einer effektiven frühkindlichen Förderung werden folgende Maßnahmen als sinnvoll erachtet:

- mehr konkreter Gesundheitsförderungsangebote an Berufsschulen,
- attraktive Bewegungsangebote für Mädchen ab 12 Jahre und für Kinder mit besonderen Bedürfnissen (Freude an Bewegung statt Leistung),
- erschwingliche allgegenwärtige Obst- und Gemüseangebote statt Fast Food,
- Förderung elterlicher Gesundheitskompetenz,
- Sicherstellung des Zugangs zu ausreichenden heilpädagogischen und psychotherapeutischen Versorgungsleistungen und zur fachärztlichen Versorgung sowie
- gesetzliche Vorgaben zur Mediengestaltung und -nutzung für Kinder und Jugendliche.

Die Umsetzung der beschriebenen Punkte bedarf eines langfristig ausgerichteten Maßnahmenpakets. Dieses sollte qualifiziertes Personal in ausreichender Menge, verlässliche Strukturen, geregelte Zuständigkeiten, gezielte Koordination sowie die Evaluation der Maßnahmen enthalten.

## Anhang

Tabelle 10: Soziodemografische Angaben der Kinder der geKuJu-1-Befragung und der geKuJu-2-Hauptbefragung

Merkmal	Hauptbefragung geKuJu-2			geKuJu-1		
	Ausprägung	n	gültige % <sup>1</sup>	Ausprägung, wenn abweichend	n	gültige % <sup>1</sup>
Altersgruppen	0<3 Jahre	641	15,0		378	15,0
	3<6 Jahre	755	17,7		432	17,2
	6<9 Jahre	776	18,2		415	16,5
	9<12 Jahre	674	15,8		400	15,9
	12<15 Jahre	672	15,7		416	16,5
	15<18 Jahre	749	17,6		474	18,8
	<i>fehlend</i>				1	
Alter in Jahren	MW (SD)	9,1 (5,1)			9,4 (5,2)	
Geschlecht	weiblich	2042	48,0		1237	49,2
	männlich	2209	51,9		1270	50,5
	divers / offen	3	0,1		8	0,3
	<i>fehlend</i>	13			1	
Anzahl Kinder im Haushalt	1 Kind	1544	36,2		910	36,3
	2 Kinder	1956	45,8		1182	47,1
	3 Kinder	608	14,2		322	12,8
	≥4 Kinder	158	3,7		96	3,8
	<i>fehlend</i>	1			6	
Alltagssprache	deutsch	3621	91,0	Beide Elternteile in Deutschland geboren	1832	85,8
	andere	356	9,0	Ein oder beide Eltern nicht in Deutschland geboren	312	14,2
	<i>fehlend</i>	290			382	
Lebenssituation des Kindes	mit 2 Elternteilen	3278	82,4	Elternteil mit Partner/in	1872	87,7
	mit 1 Elternteil	369	9,3	Elternteil ohne Partner/in	263	12,3
	mit 1 Elternteil + 1 Person <sup>2</sup>	234	5,9			
	andere Familien- / Wohnform <sup>3</sup>	96	2,4			
	<i>fehlend</i>	290			381	
Betreuungs- oder Bildungseinrichtung	Kinderkrippe	270	6,3			
	Kindergarten	959	22,5			
	Grundschule	981	23,0			
	Gemeinschaftsschule	644	15,2			
	Gymnasium	892	20,9			
	Berufsschule	65	1,5			
	andere Einrichtung	123	2,9			
	keine	325	7,6			
<i>fehlend</i>	8					

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

<sup>2</sup> Anmerkung: lebt mit einem Elternteil, welches in einer neuen Partnerschaft ist

<sup>3</sup> auch institutionalisierte Kinder und Kinder aus Pflegefamilien ohne Sperrvermerk im Datensatz enthalten

\*Abweichungen von 100% sind methodisch rundungsbedingt möglich; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Tabelle 11: Soziodemografische Angaben der Eltern der geKuJu-1-Befragung und der geKuJu-2-Hauptbefragung

Merkmal	Hauptbefragung geKuJu-2			geKuJu-1		
	Ausprägung	n	gültige % <sup>1</sup>	Ausprägung, wenn abweichend	n	gültige % <sup>1</sup>
Alters- gruppen	15 < 35 Jahre	733	18,4		339	15,9
	35 < 45 Jahre	1965	49,3		1035	48,6
	45 < 55 Jahre	1114	28,0		643	30,2
	55 < 72 Jahre	171	4,3		114	5,3
	<i>fehlend</i> <sup>2</sup>	284			385	
Alter in Jahren	MW (SD)	41,3 (7,6)			42,0 (7,4)	
Geschlecht	weiblich	3.235	81,4		1731	81,1
	männlich	738	18,6		399	18,7
	offen/divers				4	0,2
	<i>fehlen</i>	294			382	
Schulbildung	niedrig	343	8,6		105	4,9
	mittel	1065	26,7		583	27,4
	hoch	2576	64,7		1438	67,6
	<i>fehlen</i>	283			390	
Finanzielle Situation	sehr gut	897	22,6			
	gut	1667	41,9			
	relativ gut	1160	29,2			
	relativ schlecht	181	4,6			
	schlecht	51	1,3			
	sehr schlecht	21	0,5			
	<i>fehlen</i>	290				

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

\*Abweichungen von 100% sind methodisch rundungsbedingt möglich

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung

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

Kreise und kreisfreie Städte	KIDSCREEN-Summscore transformiert 1-100 geKuJu 1 (2023)		KIDSCREEN-Summscore transformiert 1-100 geKuJu 2 (2025)	
	MW	SD	MW	SD
Flensburg	74,4	(11,8)	76,5	(12,8)
Kiel	78,0	(12,2)	77,9	(12,5)
Lübeck	76,6	(14,1)	75,2	(13,5)
Neumünster	76,2	(12,3)	76,3	(12,2)
Dithmarschen	75,3	(12,9)	79,0	(11,6)
Hzgt. Lauenburg	74,2	(12,3)	76,3	(11,6)
Nordfriesland	76,9	(11,6)	78,9	(12,1)
Ostholstein	76,7	(12,6)	77,4	(11,9)
Pinneberg	74,9	(12,5)	77,1	(10,4)
Plön	75,6	(11,5)	79,2	(11,7)
Rendsburg-Eckernförde	76,1	(14,5)	78,2	(10,1)
Schleswig-Flensburg	70,9	(11,5)	79,2	(9,8)
Segeberg	77,3	(13,3)	76,5	(12,3)
Steinburg	76,3	(12,3)	75,0	(13,1)
Stormarn	75,4	(11,4)	78,3	(10,5)
Schleswig-Holstein*	75,8	(12,6)	77,5	(11,8)
	*fehlender Angaben 137 (9,6 %)		*fehlender Angaben 107 (4,6 %)	

## Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben?

Kreise und kreisfreie Städte	geKuJu 1 (2023)		geKuJu 2 (2025)	
	sehr gut/gut	mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht	sehr gut/gut	mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	101 (91,0)	10 (9,0)	224 (89,6)	26 (10,4)
Kiel	154 (90,1)	17 (9,9)	237 (92,9)	18 (7,1)
Lübeck	154 (91,7)	14 (8,3)	262 (92,3)	22 (7,7)
Neumünster	80 (88,9)	10 (11,1)	172 (89,6)	20 (10,4)
Dithmarschen	162 (86,6)	25 (13,4)	266 (93,3)	19 (6,7)
Hzgt. Lauenburg	203 (88,6)	26 (11,4)	251 (90,9)	25 (9,1)
Nordfriesland	140 (90,3)	15 (9,7)	275 (91,7)	25 (8,3)
Ostholstein	115 (89,1)	14 (10,9)	230 (90,2)	25 (9,8)
Pinneberg	199 (90,9)	20 (9,1)	303 (94,1)	19 (5,9)
Plön	144 (92,9)	11 (7,1)	292 (95,4)	14 (4,6)
Rendsburg-Eckernförde	138 (91,4)	13 (8,6)	299 (94,9)	16 (5,1)
Schleswig-Flensburg	65 (90,3)	7 (9,7)	241 (92,3)	20 (7,7)
Segeberg	148 (87,6)	21 (12,4)	210 (90,1)	23 (9,9)
Steinburg	123 (92,5)	10 (7,5)	208 (89,7)	24 (10,3)
Stormarn	150 (92,0)	13 (8,0)	302 (91,2)	29 (8,8)
Schleswig-Holstein*	2076 (90,2)	226 (9,8)	3772 (92,1)	325 (7,9)
	*fehlender Angaben 214 (8,5 %)		*fehlender Angaben 170 (4,0 %)	

## Wie würden Sie die psychische (seelische) Gesundheit Ihres Kindes im Allgemeinen einschätzen?

Kreise und kreisfreie Städte	geKuJu 1 (2023)			geKuJu 2 (2025)		
	ausgezeichnet/ sehr gut	gut	weniger gut/ schlecht	ausgezeichnet/ sehr gut	gut	weniger gut/ schlecht
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	72 (64,3)	28 (25,0)	12 (10,7)	173 (69,2)	62 (24,8)	15 (6,0)
Kiel	129 (75,4)	28 (16,4)	14 (8,2)	183 (71,8)	56 (22,0)	16 (6,3)
Lübeck	116 (69,0)	37 (22,0)	15 (8,9)	199 (70,1)	61 (21,5)	24 (8,5)
Neumünster	60 (69,0)	22 (25,3)	5 (5,7)	132 (68,8)	49 (25,5)	11 (5,7)
Dithmarschen	118 (63,4)	48 (25,8)	20 (10,8)	214 (75,1)	55 (19,3)	16 (5,6)
Hzgt. Lauenburg	151 (65,9)	59 (25,8)	19 (8,3)	196 (71,0)	62 (22,5)	18 (6,5)
Nordfriesland	108 (69,7)	30 (19,4)	17 (11,0)	215 (71,7)	69 (23,0)	16 (5,3)
Ostholstein	90 (69,8)	29 (22,5)	10 (7,8)	164 (64,3)	66 (25,9)	25 (9,8)
Pinneberg	137 (62,8)	56 (25,7)	25 (11,5)	242 (75,2)	64 (19,9)	16 (5,0)
Plön	106 (68,4)	37 (23,9)	12 (7,7)	241 (78,8)	53 (17,3)	12 (3,9)
Rendsburg-Eckernförde	107 (70,9)	33 (21,9)	11 (7,3)	252 (80,0)	48 (15,2)	15 (4,8)
Schleswig-Flensburg	44 (61,1)	18 (25,0)	10 (13,9)	182 (69,7)	67 (25,7)	12 (4,6)
Segeberg	118 (69,8)	36 (21,3)	15 (8,9)	167 (71,7)	53 (22,7)	13 (5,6)
Steinburg	98 (73,7)	23 (17,3)	12 (9,0)	155 (66,8)	57 (24,6)	20 (8,6)
Stormarn	106 (65,4)	41 (25,3)	15 (9,3)	238 (71,9)	74 (22,4)	19 (5,7)
Schleswig-Holstein*	1.560 (67,9)	52 (22,9)	212 (9,2)	2953 (72,1)	89 (21,9)	248 (6,1)
	*fehlender Angaben 219 (8,7 %)			*fehlender Angaben 170 (4,0 %)		

## BMI-Perzentile nach Alter und Geschlecht

Kreise und kreisfreie Städte	< 10. BMI-Perzentile		10. - 90. BMI-Perzentile		> 90. BMI-Perzentile	
	n (%)	n (%)	n (%)	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

Kreise und kreisfreie Städte	<u>Kinderärztliche</u> Versorgung in den letzten 12 Monaten		Schwierigkeitsempfinden <u>kinderärztliche</u> Versorgung zu bekommen bei Inanspruchnahme	
	nein		ja	
	n (%)	n (%)	nicht/etwas schwierig n (%)	schwierig bis extrem schwierig n (%)
Flensburg	49 (19,8)	199 (80,2)	172 (86,4)	27 (13,6)
Kiel	46 (18,2)	207 (81,8)	191 (92,3)	16 (7,7)
Lübeck	44 (15,5)	239 (84,5)	218 (91,2)	21 (8,8)
Neumünster	40 (20,8)	152 (79,2)	135 (88,8)	17 (11,2)
Dithmarschen	76 (26,8)	208 (73,2)	182 (87,5)	26 (12,5)
Herzogtum Lauenburg	45 (16,4)	229 (83,6)	176 (76,9)	53 (23,1)
Nordfriesland	85 (28,4)	214 (71,6)	170 (79,4)	44 (20,6)
Ostholstein	54 (21,2)	201 (78,8)	174 (86,6)	27 (13,4)
Pinneberg	45 (14,1)	275 (85,9)	209 (76,0)	66 (24,0)
Plön	67 (22,0)	238 (78,0)	219 (92,0)	19 (8,0)
Rendsburg-Eckernförde	35 (11,2)	277 (88,8)	259 (93,5)	18 (6,5)
Schleswig-Flensburg	66 (25,3)	195 (74,7)	171 (87,7)	24 (12,3)
Segeberg	45 (19,4)	187 (80,6)	153 (81,8)	34 (18,2)
Steinburg	38 (16,5)	193 (83,5)	157 (81,3)	36 (18,7)
Stormarn	70 (21,2)	260 (78,8)	215 (82,7)	45 (17,3)
Schleswig-Holstein	805 (19,7)	3274 (80,3)	2801 (85,6)	473 (14,4)

Kreise und kreisfreie Städte	<u>Fachärztliche</u> Versorgung des Kindes in den letzten 12 Monaten		Schwierigkeitsempfinden <u>fachärztliche</u> Versorgung fürs Kind zu bekommen bei Inanspruchnahme	
	nein		ja	
	n (%)	n (%)	nicht/etwas schwierig n (%)	schwierig bis extrem schwierig n (%)
Flensburg	107 (43,1)	141 (56,9)	93 (66,0)	48 (34,0)
Kiel	108 (42,7)	145 (57,3)	113 (77,9)	32 (22,1)
Lübeck	117 (41,3)	166 (58,7)	112 (67,5)	54 (32,5)
Neumünster	72 (37,5)	120 (62,5)	78 (65,0)	42 (35,0)
Dithmarschen	127 (44,7)	157 (55,3)	91 (58,0)	66 (42,0)
Herzogtum Lauenburg	120 (43,8)	154 (56,2)	87 (56,5)	67 (43,5)
Nordfriesland	138 (46,2)	161 (53,8)	101 (62,7)	60 (37,3)
Ostholstein	103 (40,4)	152 (59,6)	88 (57,9)	64 (42,1)
Pinneberg	130 (40,6)	190 (59,4)	106 (55,8)	84 (44,2)
Plön	137 (44,9)	168 (55,1)	112 (66,7)	56 (33,3)
Rendsburg-Eckernförde	152 (48,7)	160 (51,3)	126 (78,8)	34 (21,3)
Schleswig-Flensburg	124 (47,5)	137 (52,5)	87 (63,5)	50 (36,5)
Segeberg	99 (42,7)	133 (57,3)	74 (55,6)	59 (44,4)
Steinburg	90 (39,0)	141 (61,0)	83 (58,9)	58 (41,1)
Stormarn	139 (42,1)	191 (57,9)	108 (56,5)	83 (43,5)
Schleswig-Holstein	1763 (43,2)	2316 (56,8)	1459 (63,0)	857 (37,0)

Kreise und kreisfreie Städte	<u>Hausärztliche Versorgung des Kindes in den letzten 12 Monaten</u>		<u>Schwierigkeitsempfinden <u>hausärztliche</u> Versorgung fürs Kind zu bekommen bei Inanspruchnahme</u>	
	nein	ja	nicht/etwas schwierig	schwierig bis extrem schwierig
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	120 (48,4)	128 (51,6)	106 (82,8)	22 (17,2)
Kiel	149 (58,9)	104 (41,1)	99 (95,2)	5 (4,8)
Lübeck	160 (56,5)	123 (43,5)	115 (93,5)	8 (6,5)
Neumünster	94 (49,0)	98 (51,0)	86 (87,8)	12 (12,2)
Dithmarschen	103 (36,3)	181 (63,7)	175 (96,7)	6 (3,3)
Herzogtum Lauenburg	145 (52,9)	129 (47,1)	103 (79,8)	26 (20,2)
Nordfriesland	84 (28,1)	215 (71,9)	193 (89,8)	22 (10,2)
Ostholstein	95 (37,3)	160 (62,7)	145 (90,6)	15 (9,4)
Pinneberg	170 (53,1)	150 (46,9)	115 (76,7)	35 (23,3)
Plön	132 (43,3)	173 (56,7)	163 (94,2)	10 (5,8)
Rendsburg-Eckernförde	176 (56,4)	136 (43,6)	129 (94,9)	7 (5,1)
Schleswig-Flensburg	108 (41,4)	153 (58,6)	144 (94,1)	9 (5,9)
Segeberg	94 (40,5)	138 (59,5)	116 (84,1)	22 (15,9)
Steinburg	116 (50,2)	115 (49,8)	104 (90,4)	11 (9,6)
Stormarn	172 (52,1)	158 (47,9)	132 (83,5)	26 (16,5)
Schleswig-Holstein	1918 (47,0)	2161 (53,0)	1925 (89,1)	236 (10,9)

Kreise und kreisfreie Städte	<u>Notärztliche Versorgung des Kindes in den letzten 12 Monaten</u>		<u>Schwierigkeitsempfinden <u>notärztliche</u> Versorgung fürs Kind zu bekommen bei Inanspruchnahme</u>	
	nein	ja	nicht/etwas schwierig	schwierig bis extrem schwierig
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	145 (58,5)	103 (41,5)	87 (84,5)	16 (15,5)
Kiel	178 (70,4)	75 (29,6)	69 (92,0)	6 (8,0)
Lübeck	180 (63,6)	103 (36,4)	88 (85,4)	15 (14,6)
Neumünster	114 (59,4)	78 (40,6)	67 (85,9)	11 (14,1)
Dithmarschen	167 (58,8)	117 (41,2)	100 (85,5)	17 (14,5)
Herzogtum Lauenburg	169 (61,7)	105 (38,3)	76 (72,4)	29 (27,6)
Nordfriesland	191 (63,9)	108 (36,1)	84 (77,8)	24 (22,2)
Ostholstein	149 (58,4)	106 (41,6)	81 (76,4)	25 (23,6)
Pinneberg	191 (59,7)	129 (40,3)	98 (76,0)	31 (24,0)
Plön	194 (63,6)	111 (36,4)	97 (87,4)	14 (12,6)
Rendsburg-Eckernförde	201 (64,4)	111 (35,6)	99 (89,2)	12 (10,8)
Schleswig-Flensburg	153 (58,6)	108 (41,4)	91 (84,3)	17 (15,7)
Segeberg	144 (62,1)	88 (37,9)	73 (83,0)	15 (17,0)
Steinburg	124 (53,7)	107 (46,3)	92 (86,0)	15 (14,0)
Stormarn	198 (60,0)	132 (40,0)	102 (77,3)	30 (22,7)
Schleswig-Holstein	2498 (61,2)	1581 (38,8)	1304 (82,5)	277 (17,5)

Kreise und kreisfreie Städte	Krankenhausbehandlung des Kindes in den letzten 12 Monaten		Schwierigkeitsempfinden Krankenhausbehandlung fürs Kind zu bekommen bei Inanspruchnahme	
	nein	ja	nicht/etwas schwierig	schwierig bis extrem schwierig
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	175 (70,6)	73 (29,4)	60 (82,2)	13 (17,8)
Kiel	187 (73,9)	66 (26,1)	57 (86,4)	9 (13,6)
Lübeck	214 (75,6)	69 (24,4)	59 (85,5)	10 (14,5)
Neumünster	131 (68,2)	61 (31,8)	50 (82,0)	11 (18,0)
Dithmarschen	194 (68,3)	90 (31,7)	80 (88,9)	10 (11,1)
Herzogtum Lauenburg	195 (71,2)	79 (28,8)	67 (84,8)	12 (15,2)
Nordfriesland	216 (72,2)	83 (27,8)	66 (79,5)	17 (20,5)
Ostholstein	174 (68,2)	81 (31,8)	62 (76,5)	19 (23,5)
Pinneberg	221 (69,1)	99 (30,9)	77 (77,8)	22 (22,2)
Plön	226 (74,1)	79 (25,9)	69 (87,3)	10 (12,7)
Rendsburg-Eckernförde	221 (70,8)	91 (29,2)	80 (87,9)	11 (12,1)
Schleswig-Flensburg	175 (67,0)	86 (33,0)	71 (82,6)	15 (17,4)
Segeberg	169 (72,8)	63 (27,2)	46 (73,0)	17 (27,0)
Steinburg	145 (62,8)	86 (37,2)	67 (77,9)	19 (22,1)
Stormarn	230 (69,7)	100 (30,3)	71 (71,0)	29 (29,0)
Schleswig-Holstein	2873 (70,4)	1206 (29,6)	982 (81,4)	224 (18,6)

Kreise und kreisfreie Städte	Zahnärztliche Kontrolluntersuchung beim Kind in den letzten 12 Monaten		Schwierigkeitsempfinden zahnärztliche Versorgung fürs Kind zu bekommen bei Inanspruchnahme	
	nein	ja	nicht/etwas schwierig	schwierig bis extrem schwierig
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	37 (14,9)	211 (85,1)	172 (81,5)	39 (18,5)
Kiel	35 (13,8)	218 (86,2)	186 (85,3)	32 (14,7)
Lübeck	42 (14,8)	241 (85,2)	193 (80,1)	48 (19,9)
Neumünster	26 (13,5)	166 (86,5)	148 (89,2)	18 (10,8)
Dithmarschen	41 (14,4)	243 (85,6)	204 (84,0)	39 (16,0)
Herzogtum Lauenburg	38 (13,9)	236 (86,1)	186 (78,8)	50 (21,2)
Nordfriesland	46 (15,4)	253 (84,6)	218 (86,2)	35 (13,8)
Ostholstein	49 (19,2)	206 (80,8)	153 (74,3)	53 (25,7)
Pinneberg	37 (11,6)	283 (88,4)	238 (84,1)	45 (15,9)
Plön	27 (8,9)	278 (91,1)	229 (82,4)	49 (17,6)
Rendsburg-Eckernförde	48 (15,4)	264 (84,6)	238 (90,2)	26 (9,8)
Schleswig-Flensburg	38 (14,6)	223 (85,4)	197 (88,3)	26 (11,7)
Segeberg	23 (9,9)	209 (90,1)	176 (84,2)	33 (15,8)
Steinburg	35 (15,2)	196 (84,8)	176 (89,8)	20 (10,2)
Stormarn	38 (11,5)	292 (88,5)	240 (82,2)	52 (17,8)
Schleswig-Holstein	560 (13,7)	3519 (86,3)	2954 (83,9)	565 (16,1)

## Heilpädagogische Förderung

Kreise und kreisfreie Städte	ja, Bedarf		davon					
			vollständig erhalten	teilweise erhalten		nicht erhalten		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
Flensburg	17	(6,9)	7	(41,2)	2	(11,8)	8	(47,1)
Kiel	10	(4,0)	1	(10,0)	2	(20,0)	7	(70,0)
Lübeck	21	(7,5)	11	(52,4)	2	(9,5)	8	(38,1)
Neumünster	16	(8,3)	8	(50,0)	0	(0,0)	8	(50,0)
Dithmarschen	17	(6,0)	5	(29,4)	4	(23,5)	8	(47,1)
Herzogtum Lauenburg	16	(5,8)	6	(37,5)	4	(25,0)	6	(37,5)
Nordfriesland	18	(6,0)	8	(44,4)	3	(16,7)	7	(38,9)
Ostholstein	23	(9,1)	8	(34,8)	4	(17,4)	11	(47,8)
Pinneberg	15	(4,7)	9	(60,0)	3	(20,0)	3	(20,0)
Plön	20	(6,6)	11	(55,0)	2	(10,0)	7	(35,0)
Rendsburg-Eckernförde	19	(6,1)	8	(42,1)	5	(26,3)	6	(31,6)
Schleswig-Flensburg	18	(6,9)	5	(27,8)	4	(22,2)	9	(50,0)
Segeberg	15	(6,5)	9	(60,0)	3	(20,0)	3	(20,0)
Steinburg	13	(5,6)	6	(46,2)	5	(38,5)	2	(15,4)
Stormarn	15	(4,5)	2	(13,3)	3	(20,0)	10	(66,7)
Schleswig-Holstein	253	(6,2)	104	(41,1)	46	(18,2)	103	(40,7)

## Psychologische Beratung / Psychotherapie

Kreise und kreisfreie Städte	ja, Bedarf		davon					
			vollständig erhalten	teilweise erhalten		nicht erhalten		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
Flensburg	32	(13,0)	7	(21,9)	8	(25,0)	17	(53,1)
Kiel	45	(17,9)	21	(46,7)	10	(22,2)	14	(31,1)
Lübeck	47	(16,7)	22	(46,8)	9	(19,1)	16	(34,0)
Neumünster	34	(17,7)	14	(41,2)	3	(8,8)	17	(50,0)
Dithmarschen	32	(11,3)	7	(21,9)	8	(25,0)	17	(53,1)
Herzogtum Lauenburg	46	(16,8)	17	(37,0)	15	(32,6)	14	(30,4)
Nordfriesland	47	(15,7)	18	(38,3)	12	(25,5)	17	(36,2)
Ostholstein	53	(20,9)	17	(32,1)	12	(22,6)	24	(45,3)
Pinneberg	34	(10,7)	13	(38,2)	5	(14,7)	16	(47,1)
Plön	37	(12,2)	16	(43,2)	13	(35,1)	8	(21,6)
Rendsburg-Eckernförde	32	(10,3)	10	(31,3)	10	(31,3)	12	(37,5)
Schleswig-Flensburg	36	(13,8)	13	(36,1)	12	(33,3)	11	(30,6)
Segeberg	31	(13,4)	14	(45,2)	9	(29,0)	8	(25,8)
Steinburg	41	(17,7)	13	(31,7)	9	(22,0)	19	(46,3)
Stormarn	53	(16,1)	22	(41,5)	9	(17,0)	22	(41,5)
Schleswig-Holstein	600	(14,7)	224	(37,3)	144	(24,0)	232	(38,7)

## Ergotherapie

Kreise und kreisfreie Städte	ja, Bedarf	davon					
		vollständig erhalten		teilweise erhalten		nicht erhalten	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Flensburg	23 (9,3)	9 (39,1)	1 (4,3)	13 (56,5)			
Kiel	18 (7,2)	10 (55,6)	0 (,0)	8 (44,4)			
Lübeck	31 (11,0)	19 (61,3)	1 (3,2)	11 (35,5)			
Neumünster	18 (9,4)	8 (44,4)	3 (16,7)	7 (38,9)			
Dithmarschen	18 (6,4)	8 (44,4)	2 (11,1)	8 (44,4)			
Herzogtum Lauenburg	31 (11,3)	15 (48,4)	4 (12,9)	12 (38,7)			
Nordfriesland	20 (6,7)	9 (45,0)	1 (5,0)	10 (50,0)			
Ostholstein	40 (15,7)	19 (47,5)	6 (15,0)	15 (37,5)			
Pinneberg	22 (6,9)	10 (45,5)	4 (18,2)	8 (36,4)			
Plön	26 (8,6)	14 (53,8)	4 (15,4)	8 (30,8)			
Rendsburg-Eckernförde	20 (6,4)	11 (55,0)	2 (10,0)	7 (35,0)			
Schleswig-Flensburg	23 (8,8)	13 (56,5)	2 (8,7)	8 (34,8)			
Segeberg	30 (12,9)	16 (53,3)	5 (16,7)	9 (30,0)			
Steinburg	28 (12,1)	18 (64,3)	2 (7,1)	8 (28,6)			
Stormarn	19 (5,8)	10 (52,6)	1 (5,3)	8 (42,1)			
Schleswig-Holstein	367 (9,0)	189 (51,5)	38 (10,4)	140 (38,1)			

## Logopädie / Sprachtherapie

Kreise und kreisfreie Städte	ja, Bedarf	davon					
		vollständig erhalten		teilweise erhalten		nicht erhalten	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Flensburg	32 (13,0)	13 (40,6)	3 (9,4)	16 (50,0)			
Kiel	24 (9,6)	14 (58,3)	2 (8,3)	8 (33,3)			
Lübeck	26 (9,3)	15 (57,7)	3 (11,5)	8 (30,8)			
Neumünster	20 (10,4)	7 (35,0)	4 (20,0)	9 (45,0)			
Dithmarschen	25 (8,9)	15 (60,0)	3 (12,0)	7 (28,0)			
Herzogtum Lauenburg	32 (11,7)	20 (62,5)	3 (9,4)	9 (28,1)			
Nordfriesland	27 (9,0)	12 (44,4)	4 (14,8)	11 (40,7)			
Ostholstein	39 (15,4)	23 (59,0)	6 (15,4)	10 (25,6)			
Pinneberg	24 (7,5)	14 (58,3)	3 (12,5)	7 (29,2)			
Plön	30 (9,9)	18 (60,0)	3 (10,0)	9 (30,0)			
Rendsburg-Eckernförde	40 (12,8)	26 (65,0)	5 (12,5)	9 (22,5)			
Schleswig-Flensburg	18 (6,9)	12 (66,7)	2 (11,1)	4 (22,2)			
Segeberg	26 (11,2)	17 (65,4)	3 (11,5)	6 (23,1)			
Steinburg	20 (8,7)	10 (50,0)	2 (10,0)	8 (40,0)			
Stormarn	34 (10,3)	13 (38,2)	5 (14,7)	16 (47,1)			
Schleswig-Holstein	417 (10,3)	229 (54,9)	51 (12,2)	137 (32,9)			

## Krankengymnastik

Kreise und kreisfreie Städte	ja, Bedarf		davon					
			vollständig erhalten	teilweise erhalten		nicht erhalten		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
Flensburg	19	(7,7)	13	(68,4)	2	(10,5)	4	(21,1)
Kiel	21	(8,4)	17	(81,0)	1	(4,8)	3	(14,3)
Lübeck	33	(11,7)	24	(72,7)	6	(18,2)	3	(9,1)
Neumünster	17	(8,9)	7	(41,2)	3	(17,6)	7	(41,2)
Dithmarschen	28	(9,9)	18	(64,3)	3	(10,7)	7	(25,0)
Herzogtum Lauenburg	35	(12,8)	21	(60,0)	5	(14,3)	9	(25,7)
Nordfriesland	40	(13,4)	30	(75,0)	6	(15,0)	4	(10,0)
Ostholstein	41	(16,1)	24	(58,5)	7	(17,1)	10	(24,4)
Pinneberg	34	(10,7)	23	(67,6)	3	(8,8)	8	(23,5)
Plön	30	(9,9)	25	(83,3)	2	(6,7)	3	(10,0)
Rendsburg-Eckernförde	26	(8,3)	15	(57,7)	4	(15,4)	7	(26,9)
Schleswig-Flensburg	26	(10,0)	14	(53,8)	6	(23,1)	6	(23,1)
Segeberg	26	(11,2)	20	(76,9)	3	(11,5)	3	(11,5)
Steinburg	17	(7,4)	14	(82,4)	2	(11,8)	1	(5,9)
Stormarn	35	(10,6)	23	(65,7)	5	(14,3)	7	(20,0)
Schleswig-Holstein	428	(10,5)	288	(67,3)	58	(13,6)	82	(19,2)

Kreise und kreisfreie Städte	Lebhafte Bewegung (0 - 17 Jahre)				Dt. Schwimmabzeichen (Bronze, Silber, Gold; 6-17 Jahre)			
	unter 7 Std. / Woche		ab 7 Std. / Woche		nein		ja	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Flensburg	81	(34,9)	151	(65,1)	60	(34,5)	114	(65,5)
Kiel	85	(36,5)	148	(63,5)	55	(34,7)	104	(65,4)
Lübeck	98	(36,4)	171	(63,6)	64	(33,1)	129	(66,8)
Neumünster	71	(38,4)	114	(61,6)	62	(44,6)	77	(55,4)
Dithmarschen	97	(36,2)	171	(63,8)	54	(29,8)	127	(70,2)
Herzogtum Lauenburg	94	(35,5)	171	(64,5)	67	(37,6)	111	(62,4)
Nordfriesland	99	(35,1)	183	(64,9)	68	(34,3)	130	(65,7)
Ostholstein	106	(42,4)	144	(57,6)	68	(36,3)	119	(63,6)
Pinneberg	114	(37,1)	193	(62,9)	55	(25,7)	159	(74,3)
Plön	113	(37,9)	185	(62,1)	72	(33,2)	145	(66,8)
Rendsburg-Eckernförde	77	(25,8)	221	(74,2)	81	(51,9)	75	(48,1)
Schleswig-Flensburg	103	(41,9)	143	(58,1)	53	(31,8)	114	(68,3)
Segeberg	90	(40,2)	134	(59,8)	51	(32,3)	107	(67,7)
Steinburg	85	(37,9)	139	(62,1)	51	(32,3)	107	(67,7)
Stormarn	117	(36,6)	203	(63,4)	67	(29,4)	161	(70,6)
Schleswig-Holstein	1430	(36,7)	2471	(63,3)	928	(34,3)	1779	(65,7)

Kreise und kreisfreie Städte	Schulsportteilnahme (6 - 17 Jahre)			Freizeitsportteilnahme (0 - 17 Jahre)		
	ja, teilgenommen	nein, nicht teilgenommen	nein, aber gewünscht	ja, teilgenommen	nein, nicht teilgenommen	nein, aber gewünscht
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	162 (94,7)	6 (3,5)	3 (1,8)	169 (69,3)	40 (16,4)	35 (14,3)
Kiel	142 (97,3)	4 (2,7)	0 (0,0)	166 (66,4)	60 (24,0)	24 (9,6)
Lübeck	164 (93,2)	12 (6,8)	0 (0,0)	175 (62,3)	72 (25,6)	34 (12,1)
Neumünster	113 (89,0)	10 (7,9)	4 (3,1)	116 (60,4)	50 (26,0)	26 (13,5)
Dithmarschen	162 (92,6)	9 (5,1)	4 (2,3)	202 (72,4)	57 (20,4)	20 (7,2)
Herzogtum Lauenburg	145 (90,6)	11 (6,9)	4 (2,5)	181 (66,8)	58 (21,4)	32 (11,8)
Nordfriesland	168 (90,8)	15 (8,1)	2 (1,1)	215 (72,1)	57 (19,1)	26 (8,7)
Ostholstein	160 (90,4)	11 (6,2)	6 (3,4)	175 (68,9)	52 (20,5)	27 (10,6)
Pinneberg	196 (95,6)	8 (3,9)	1 (0,5)	231 (72,6)	66 (20,8)	21 (6,6)
Plön	191 (96,5)	6 (3,0)	1 (0,5)	229 (75,3)	59 (19,4)	16 (5,3)
Rendsburg-Eckernförde	127 (99,2)	0 (0,0)	1 (0,8)	241 (77,2)	49 (15,7)	22 (7,1)
Schleswig-Flensburg	154 (95,7)	6 (3,7)	1 (0,6)	176 (68,0)	55 (21,2)	28 (10,8)
Segeberg	140 (93,3)	8 (5,3)	2 (1,3)	163 (70,6)	48 (20,8)	20 (8,7)
Steinburg	132 (89,8)	10 (6,8)	5 (3,4)	153 (66,2)	51 (22,1)	27 (11,7)
Stormarn	203 (93,1)	9 (4,1)	6 (2,8)	245 (74,5)	47 (14,3)	37 (11,2)
Schleswig-Holstein	2359 (93,5)	125 (5,0)	40 (1,6)	2837 (70,0)	821 (20,3)	395 (9,7)

Kreise und kreisfreie Städte	Benutzung öffentlicher Sportstätten			Zufriedenheit mit Bewegungs- und Sportmöglichkeiten im Wohnumfeld		
	ja, genutzt	nein, nicht genutzt	nein, aber gewünscht	sehr zufrieden/äußerst zufrieden	zufrieden	nicht zufrieden/teilweise zufrieden
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	103 (42,0)	119 (48,6)	23 (9,4)	99 (40,6)	76 (31,1)	69 (28,3)
Kiel	73 (29,2)	154 (61,6)	23 (9,2)	100 (40,0)	77 (30,8)	73 (29,2)
Lübeck	115 (40,9)	146 (52,0)	20 (7,1)	84 (30,1)	106 (38,0)	89 (31,9)
Neumünster	67 (34,9)	108 (56,3)	17 (8,9)	68 (35,4)	53 (27,6)	71 (37,0)
Dithmarschen	106 (38,0)	150 (53,8)	23 (8,2)	104 (37,3)	87 (31,2)	88 (31,5)
Herzogtum Lauenburg	114 (42,1)	135 (49,8)	22 (8,1)	94 (34,8)	97 (35,9)	79 (29,3)
Nordfriesland	129 (43,3)	147 (49,3)	22 (7,4)	110 (36,9)	103 (34,6)	85 (28,5)
Ostholstein	111 (43,7)	126 (49,6)	17 (6,7)	65 (25,6)	76 (29,9)	113 (44,5)
Pinneberg	115 (36,2)	180 (56,6)	23 (7,2)	142 (44,7)	102 (32,1)	74 (23,3)
Plön	120 (39,5)	168 (55,3)	16 (5,3)	126 (41,4)	102 (33,6)	76 (25,0)
Rendsburg-Eckernförde	110 (35,3)	180 (57,7)	22 (7,1)	147 (47,3)	89 (28,6)	75 (24,1)
Schleswig-Flensburg	109 (42,1)	132 (51,0)	18 (6,9)	118 (45,7)	89 (34,5)	51 (19,8)
Segeberg	91 (39,4)	122 (52,8)	18 (7,8)	76 (32,9)	83 (35,9)	72 (31,2)
Steinburg	82 (35,5)	125 (54,1)	24 (10,4)	93 (40,3)	75 (32,5)	63 (27,3)
Stormarn	137 (41,6)	171 (52,0)	21 (6,4)	147 (44,5)	104 (31,5)	79 (23,9)
Schleswig-Holstein	1582 (39,0)	2163 (53,4)	309 (7,6)	1573 (38,8)	1319 (32,6)	1157 (28,6)

Kreise und kreisfreie Städte	Obstverzehr (frisches Obst z. B. Apfel, Banane) zusammengefasst				Gemüseverzehr (z. B. Tomaten, Salat, Spinat, Brokkoli) zusammengefasst			
	nicht mehrfach täglich		mehrfach täglich		nicht mehrfach täglich		mehrfach täglich	
	t	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Flensburg	119	(49,8)	120	(50,2)	149	(62,3)	90	(37,7)
Kiel	125	(53,9)	107	(46,1)	160	(69,0)	72	(31,0)
Lübeck	143	(53,0)	127	(47,0)	192	(71,1)	78	(28,9)
Neumünster	97	(53,0)	86	(47,0)	133	(72,7)	50	(27,3)
Dithmarschen	151	(55,7)	120	(44,3)	207	(76,4)	64	(23,6)
Herzogtum Lauenburg	138	(53,7)	119	(46,3)	171	(66,5)	86	(33,5)
Nordfriesland	180	(64,3)	100	(35,7)	214	(76,4)	66	(23,6)
Ostholstein	154	(61,6)	96	(38,4)	192	(76,8)	58	(23,2)
Pinneberg	187	(61,7)	116	(38,3)	239	(78,9)	64	(21,1)
Plön	160	(54,2)	135	(45,8)	207	(70,2)	88	(29,8)
Rendsburg-Eckernförde	132	(45,7)	157	(54,3)	193	(66,8)	96	(33,2)
Schleswig-Flensburg	145	(60,2)	96	(39,8)	188	(78,0)	53	(22,0)
Segeberg	132	(60,3)	87	(39,7)	166	(75,8)	53	(24,2)
Steinburg	134	(60,6)	87	(39,4)	165	(74,7)	56	(25,3)
Stormarn	184	(57,1)	138	(42,9)	226	(70,2)	96	(29,8)
Schleswig-Holstein	2181	(56,3)	1691	(43,7)	2802	(72,4)	1070	(27,6)

Kreise und kreisfreie Städte	Zähne werden 2x täglich geputzt (im Alter von 1 - 17 Jahre)				Kind geht mindestens 2x pro Jahr zur zahnärztlichen Kontrolle (im Alter von 1 - 17 Jahre)			
	nein		ja		nein		ja	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Flensburg	39	(16,4)	199	(83,6)	56	(23,5)	182	(76,5)
Kiel	45	(19,2)	189	(80,8)	54	(23,1)	180	(76,9)
Lübeck	52	(19,3)	217	(80,7)	69	(25,7)	200	(74,3)
Neumünster	22	(12,0)	162	(88,0)	42	(22,8)	142	(77,2)
Dithmarschen	36	(13,3)	235	(86,7)	64	(23,6)	207	(76,4)
Herzogtum Lauenburg	38	(14,8)	218	(85,2)	58	(22,7)	198	(77,3)
Nordfriesland	38	(13,6)	242	(86,4)	56	(20,0)	224	(80,0)
Ostholstein	53	(21,2)	197	(78,8)	84	(33,6)	166	(66,4)
Pinneberg	33	(11,0)	266	(89,0)	62	(20,7)	237	(79,3)
Plön	46	(15,6)	248	(84,4)	56	(19,0)	238	(81,0)
Rendsburg-Eckernförde	36	(12,5)	252	(87,5)	87	(30,2)	201	(69,8)
Schleswig-Flensburg	36	(14,9)	205	(85,1)	43	(17,8)	198	(82,2)
Segeberg	34	(15,4)	187	(84,6)	48	(21,7)	173	(78,3)
Steinburg	43	(19,5)	177	(80,5)	51	(23,2)	169	(76,8)
Stormarn	44	(13,7)	277	(86,3)	101	(31,5)	220	(68,5)
Schleswig-Holstein	595	(15,4)	3271	(84,6)	931	(24,1)	2935	(75,9)

Kreise und kreisfreie Städte	Alter bei zahn- ärztlicher Erst- kontrolle in Monaten		Welche Zahnpasta verwendet Ihr Kind üblicherweise zum Zähneputzen?					
	MW	(SD)	mit Fluorid		ohne Fluorid		(noch) keine	
			n	(%)	n	(%)	n	(%)
Flensburg	24,7	(17,7)	200	(82,6)	35	(14,5)	7	(2,9)
Kiel	20,1	(17,4)	207	(83,1)	33	(13,3)	9	(3,6)
Lübeck	22,6	(19,4)	216	(78,0)	54	(19,5)	7	(2,5)
Neumünster	21,4	(21,6)	151	(80,3)	33	(17,6)	4	(2,1)
Dithmarschen	20,9	(17,9)	212	(77,1)	59	(21,5)	4	(1,5)
Herzogtum Lauenburg	19,6	(13,2)	220	(81,5)	44	(16,3)	6	(2,2)
Nordfriesland	20,6	(17,8)	248	(83,5)	41	(13,8)	8	(2,7)
Ostholstein	22,3	(15,6)	187	(74,2)	63	(25,0)	2	(,8)
Pinneberg	22,8	(16,6)	246	(78,3)	58	(18,5)	10	(3,2)
Plön	19,8	(13,5)	249	(82,5)	48	(15,9)	5	(1,7)
Rendsburg-Eckernförde	18,0	(13,2)	252	(81,6)	47	(15,2)	10	(3,2)
Schleswig-Flensburg	18,9	(12,5)	194	(76,1)	54	(21,2)	7	(2,7)
Segeberg	20,3	(16,0)	186	(80,9)	39	(17,0)	5	(2,2)
Steinburg	19,0	(13,6)	189	(82,2)	35	(15,2)	6	(2,6)
Stormarn	22,0	(16,6)	270	(82,1)	53	(16,1)	6	(1,8)
Schleswig-Holstein	20,9	(16,3)	3227	(80,3)	696	(17,3)	96	(2,4)

### Welches Salz verwenden Sie überwiegend zu Hause für die Zubereitung von Speisen für Ihr Kind?

Kreise und kreisfreie Städte	keins		Salz mit Jod, Fluorid und Folsäure		Salz mit Jod und Fluorid		Salz mit Jod		normales Salz ohne Zusätze		anderes Salz	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Flensburg	9	(3,7)	40	(16,5)	61	(25,2)	79	(32,6)	39	(16,1)	14	(5,8)
Kiel	16	(6,4)	32	(12,9)	60	(24,1)	94	(37,8)	36	(14,5)	11	(4,4)
Lübeck	9	(3,2)	37	(13,4)	76	(27,4)	93	(33,6)	50	(18,1)	12	(4,3)
Neumünster	9	(4,8)	32	(17,0)	39	(20,7)	67	(35,6)	34	(18,1)	7	(3,7)
Dithmarschen	12	(4,4)	43	(15,6)	63	(22,9)	95	(34,5)	49	(17,8)	13	(4,7)
Herzogtum Lauenburg	15	(5,6)	42	(15,6)	59	(21,9)	99	(36,7)	46	(17,0)	9	(3,3)
Nordfriesland	16	(5,4)	42	(14,1)	64	(21,5)	93	(31,3)	62	(20,9)	20	(6,7)
Ostholstein	7	(2,8)	30	(11,9)	49	(19,4)	101	(40,1)	48	(19,0)	17	(6,7)
Pinneberg	18	(5,7)	35	(11,1)	92	(29,3)	95	(30,3)	55	(17,5)	19	(6,1)
Plön	12	(4,0)	49	(16,2)	66	(21,9)	112	(37,1)	48	(15,9)	15	(5,0)
Rendsburg-Eckernförde	25	(8,1)	43	(13,9)	68	(22,0)	110	(35,6)	52	(16,8)	11	(3,6)
Schleswig-Flensburg	12	(4,7)	24	(9,4)	62	(24,3)	108	(42,4)	44	(17,3)	5	(2,0)
Segeberg	14	(6,1)	29	(12,6)	45	(19,6)	95	(41,3)	33	(14,3)	14	(6,1)
Steinburg	10	(4,3)	36	(15,7)	55	(23,9)	80	(34,8)	40	(17,4)	9	(3,9)
Stormarn	4	(1,2)	54	(16,4)	86	(26,1)	118	(35,9)	50	(15,2)	17	(5,2)
Schleswig-Holstein	188	(4,7)	568	(14,1)	945	(23,5)	1439	(35,8)	686	(17,1)	193	(4,8)

**Hat Ihr Kind im ersten Lebensjahr Fluoridtablette mit oder ohne Vitamin D bekommen bzw. bekommt sie immer noch?**

Kreise und kreisfreie Städte	nein		ja, mit Vitamin D		ja, ohne Vitamin D		weiß ich nicht	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Flensburg	64	(26,4)	139	(57,4)	12	(5,0)	27	(11,2)
Kiel	89	(35,7)	124	(49,8)	13	(5,2)	23	(9,2)
Lübeck	91	(32,9)	139	(50,2)	8	(2,9)	39	(14,1)
Neumünster	52	(27,7)	100	(53,2)	9	(4,8)	27	(14,4)
Dithmarschen	78	(28,4)	143	(52,0)	20	(7,3)	34	(12,4)
Herzogtum Lauenburg	86	(31,9)	141	(52,2)	14	(5,2)	29	(10,7)
Nordfriesland	82	(27,6)	165	(55,6)	13	(4,4)	37	(12,5)
Ostholstein	70	(27,8)	129	(51,2)	18	(7,1)	35	(13,9)
Pinneberg	109	(34,7)	138	(43,9)	19	(6,1)	48	(15,3)
Plön	107	(35,4)	140	(46,4)	22	(7,3)	33	(10,9)
Rendsburg-Eckernförde	133	(43,0)	128	(41,4)	11	(3,6)	37	(12,0)
Schleswig-Flensburg	48	(18,8)	167	(65,5)	18	(7,1)	22	(8,6)
Segeberg	66	(28,7)	127	(55,2)	11	(4,8)	26	(11,3)
Steinburg	48	(20,9)	143	(62,2)	9	(3,9)	30	(13,0)
Stormarn	124	(37,7)	138	(41,9)	22	(6,7)	45	(13,7)
Schleswig-Holstein	1247	(31,0)	2061	(51,3)	219	(5,4)	492	(12,2)

Kreise und kreisfreie Städte	jemals Schmerzmittel <u>ohne</u> ärztliche Verordnung		in den letzten 30 Tagen Schmerzmittel <u>ohne</u> ärztliche Verordnung	
	nein		ja	
	n	(%)	n	(%)
Flensburg	154	(64,2)	86	(35,8)
Kiel	168	(67,7)	80	(32,3)
Lübeck	168	(61,8)	104	(38,2)
Neumünster	119	(63,6)	68	(36,4)
Dithmarschen	169	(61,5)	106	(38,5)
Herzogtum Lauenburg	171	(64,0)	96	(36,0)
Nordfriesland	196	(66,2)	100	(33,8)
Ostholstein	154	(61,8)	95	(38,2)
Pinneberg	199	(63,4)	115	(36,6)
Plön	199	(66,1)	102	(33,9)
Rendsburg-Eckernförde	201	(65,3)	107	(34,7)
Schleswig-Flensburg	163	(64,2)	91	(35,8)
Segeberg	141	(61,8)	87	(38,2)
Steinburg	151	(66,5)	76	(33,5)
Stormarn	193	(58,8)	135	(41,2)
Schleswig-Holstein	2546	(63,7)	1448	(36,3)

Kreise und kreisfreie Städte	altersgruppenspezifische empfohlene Bildschirmhöchstzeit eingehalten		Mediennutzung mit STREDIS-P, SOMEDIS-P und GADIS-P (kumuliert)* mit Hinweis auf	
	nein	ja	riskante Nutzung	pathologisch
	t (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Flensburg	129 (72,5)	49 (27,5)	8 (9,5)	4 (4,8)
Kiel	111 (63,8)	63 (36,2)	5 (6,9)	3 (4,2)
Lübeck	110 (58,5)	78 (41,5)	9 (12,0)	5 (6,7)
Neumünster	95 (66,0)	49 (34,0)	2 (3,5)	0 (0,0)
Dithmarschen	159 (73,6)	57 (26,4)	7 (7,2)	6 (6,2)
Herzogtum Lauenburg	123 (64,7)	67 (35,3)	5 (5,7)	2 (2,3)
Nordfriesland	148 (72,2)	57 (27,8)	6 (7,0)	5 (5,8)
Ostholstein	137 (72,9)	51 (27,1)	3 (3,8)	1 (1,3)
Pinneberg	128 (59,8)	86 (40,2)	6 (7,1)	3 (3,5)
Plön	126 (59,2)	87 (40,8)	6 (6,5)	3 (3,3)
Rendsburg-Eckernförde	121 (55,8)	96 (44,2)	1 (2,9)	1 (2,9)
Schleswig-Flensburg	121 (69,5)	53 (30,5)	4 (5,3)	0 (0,0)
Segeberg	119 (70,8)	49 (29,2)	7 (10,1)	5 (7,2)
Steinburg	123 (78,3)	34 (21,7)	7 (12,1)	6 (10,3)
Stormarn	161 (66,8)	80 (33,2)	7 (6,7)	4 (3,8)
Gesamt	1911 (66,7)	956 (33,3)	83 (7,2)	48 (4,2)

\*Screening mit Hinweise einer riskanten bzw. pathologischen Mediennutzung mit STREDIS-P, SOMEDIS-P und GADIS-P kumuliert der 10- bis 17-Jährigen (Kinder mit pathologischer Nutzung sind Teilmenge von Kindern mit riskanter Nutzung)

### Soziale Unterstützung (Oslo-3)

Kreise und kreisfreie Städte	schwach		moderat		stark	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Flensburg	36 (15,0)	103 (42,9)	101 (42,1)			
Kiel	35 (14,2)	100 (40,7)	111 (45,1)			
Lübeck	31 (11,5)	116 (43,1)	122 (45,4)			
Neumünster	31 (16,8)	85 (45,9)	69 (37,3)			
Dithmarschen	35 (12,8)	118 (43,2)	120 (44,0)			
Herzogtum Lauenburg	42 (15,6)	105 (39,0)	122 (45,4)			
Nordfriesland	27 (9,2)	117 (39,7)	151 (51,2)			
Ostholstein	41 (16,4)	96 (38,4)	113 (45,2)			
Pinneberg	29 (9,3)	121 (38,8)	162 (51,9)			
Plön	13 (4,3)	104 (34,8)	182 (60,9)			
Rendsburg-Eckernförde	34 (11,1)	123 (40,1)	150 (48,9)			
Schleswig-Flensburg	27 (10,7)	98 (38,7)	128 (50,6)			
Segeberg	30 (13,3)	105 (46,7)	90 (40,0)			
Steinburg	26 (11,4)	98 (43,0)	104 (45,6)			
Stormarn	29 (9,0)	123 (38,3)	169 (52,6)			
Schleswig-Holstein	466 (11,7)	1612 (40,6)	1894 (47,7)			

**HLS-EU-Q16 (Gesundheitskompetenz-Level nach R thlin et al.)**

Kreise und kreisfreie Städte	inadäquat		problematisch		ausreichend	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Flensburg	9	(3,8)	37	(15,6)	191	(80,6)
Kiel	10	(4,1)	42	(17,1)	193	(78,8)
Lubeck	13	(4,9)	57	(21,3)	198	(73,9)
Neumünster	10	(5,4)	32	(17,3)	143	(77,3)
Dithmarschen	16	(5,9)	47	(17,3)	209	(76,8)
Herzogtum Lauenburg	20	(7,5)	66	(24,7)	181	(67,8)
Nordfriesland	16	(5,4)	65	(22,1)	213	(72,4)
Ostholstein	18	(7,2)	53	(21,2)	179	(71,6)
Pinneberg	21	(6,8)	62	(20,0)	227	(73,2)
Plön	5	(1,7)	46	(15,4)	248	(82,9)
Rendsburg-Eckernförde	14	(4,6)	47	(15,4)	245	(80,1)
Schleswig-Flensburg	14	(5,6)	51	(20,2)	187	(74,2)
Segeberg	15	(6,7)	44	(19,6)	166	(73,8)
Steinburg	16	(7,1)	40	(17,7)	170	(75,2)
Stormarn	12	(3,8)	63	(19,8)	243	(76,4)
Schleswig-Holstein	209	(5,3)	752	(19,0)	2993	(75,7)

## Literatur

- 1 Gassman-Pines A, Ananat EO, Fitz-Henley J. COVID-19 and Parent-Child Psychological Well-being. *Pediatrics*. 2020;146(4).
- 2 Langmeyer A, Guglhör-Rudan A, Naab T, Urlen M, Winklhofer U. Kindsein in Zeiten von Corona. Erste Ergebnisse zum veränderten Alltag und zum Wohlbefinden von Kindern. München: DJI; 2020. 26
- 3 Andresen S, Lips A, Möller R, Rusack T, Schröer W, Thomas S, et al. Kinder, Eltern und ihre Erfahrungen während der Corona-Pandemie. Hildesheim: Universitätsverlag Hildesheim.
- 4 Lips A. The Situation of Young People at Home During COVID-19 Pandemic. *Childhood Vulnerability Journal*. 2021;3(1):61-78.
- 5 Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C, Adedeji A, Devine J, Erhart M, et al. Mental Health and Quality of Life in Children and Adolescents During the COVID-19 Pandemic-Results of the Copsy Study. *Dtsch Arztebl Int*. 2020;117(48):828-9.
- 6 Theiß K, Simon A, Graf N, Rohrer T. Auswirkungen des Lockdowns während der ersten COVID-19-Welle auf 34 kinder- und jugendärztliche Praxen im Saarland. *Monatsschrift Kinderheilkunde: Organ der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde*. 2021;169(4):335-45.
- 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*. 2022;31(6):879-89.
- 8 Peters E, Hübner J, Katalinic A. Stress, Copingstrategien und gesundheitsbezogene Lebensqualität während der Corona-Pandemie im April 2020 in Deutschland. *Deutsche medizinische Wochenschrift*. 2020;146(02):e11-e20.
- 9 Peters E, Schmidt H, Baltus H, Schnoor M, Hartmann N, Katalinic A. Sozialpädiatrische Versorgungssituation und -bedarfe in Zeiten der COVID-19-Pandemie 2020 bis 2022. Was wird jetzt gebraucht? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2024;67(3):351-61.
- 10 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.
- 11 Bundesministerium für Gesundheit. Sozialpädiatrische Versorgung und bio-psychoziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen während der Corona-Pandemie. 2022.  
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/Anl. 5a Sachbericht ABCDEF-COOP-Teilprojekt A - Vorl. Fassung.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/Anl. 5a Sachbericht ABCDEF-COOP-Teilprojekt A - Vorl. Fassung.pdf). Abruf am 20.02.2026.
- 12 Hartmann N, Peters E, Baltus H, Rieck A, Schnoor M, Katalinic A, et al. Pädiatrische Versorgung in Schleswig-Holstein in der zweiten Hälfte der Pandemie. *Monatsschrift Kinderheilkunde*. 2024.
- 13 Peters E, Baltus H, Katalinic A. Die gesundheitliche Lage und Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein in Krisenzeiten (geKuJu), Abschlussbericht. 2023; [https://www.schleswig-holstein.de/DE/fachinhalte/G/gesundheitsvorsorge/gesundheitsdienste/Downloads/bericht\\_kinder\\_jugendliche.pdf?blob=publicationFile&v=5](https://www.schleswig-holstein.de/DE/fachinhalte/G/gesundheitsvorsorge/gesundheitsdienste/Downloads/bericht_kinder_jugendliche.pdf?blob=publicationFile&v=5). Abruf am 20.02.2026.

- 14 Reiss F, Meyrose AK, 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(3):e0213700.
- 15 Gallo LC, Shivpuri S, Gonzalez P, Fortmann AL, de los Monteros KE, Roesch SC, et al. Socioeconomic status and stress in Mexican-American women: a multi-method perspective. *Journal of behavioral medicine*. 2013;36(4):379-88.
- 16 Holahan CJ, Moos RH. Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of personality and social psychology*. 1987;52(5):946-55.
- 17 Mandemakers JJ, Monden CWS. Does education buffer the impact of disability on psychological distress? *Social science & medicine (1982)*. 2010 Jul;71(2):288-297.
- 18 Coakley KE, Lardier DT, Holladay KR, Amorim FT, Zuhl MN. Physical Activity Behavior and Mental Health Among University Students During COVID-19 Lockdown. *Frontiers in sports and active living*. 2021;3.
- 19 Penedo FJ, Dahn JR. Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Curr Opin Psychiatry*. 2005;18(2):189-93.
- 20 Dyrbye LN, West CP, Sinsky CA, Goeders LE, Satele DV, Shanafelt TD. Medical Licensure Questions and Physician Reluctance to Seek Care for Mental Health Conditions. *Mayo Clinic proceedings*. 2017;92(10):1486-93.
- 21 Finger JD, Varnaccia G, Borrmann A, Lange C, Mensink G. Physical activity among children and adolescents in Germany. Results of the cross-sectional KiGGS Wave 2 study and trends. *Journal of Health Monitoring*. 2018;3(1):23-30.
- 22 Poitras VJ, Gray CE, Borghese MM, Carson V, Chaput JP, Janssen I, et al. Systematic review of the relationships between objectively measured physical activity and health indicators in school-aged children and youth. *Applied physiology, nutrition, and metabolism = Physiologie appliquee, nutrition et metabolisme*. 2016;41(6 Suppl 3):S197-239.
- 23 Bidzan-Bluma I, Lipowska M. Physical Activity and Cognitive Functioning of Children: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(4).
- 24 Barbosa A, Whiting S, Simmonds P, Scotini Moreno R, Mendes R, Breda J. Physical Activity and Academic Achievement: An Umbrella Review. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(16).
- 25 Dobbins M, Husson H, DeCorby K, LaRocca RL. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6 to 18. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2013;2013(2):Cd007651.
- 26 Telama R, Yang X, Leskinen E, Kankaanpää A, Hirvensalo M, Tammelin T, et al. Tracking of physical activity from early childhood through youth into adulthood. *Medicine and science in sports and exercise*. 2014;46(5):955-62.
- 27 Pongiglione B, Kern ML, Carpentieri JD, Schwartz HA, Gupta N, Goodman A. Do children's expectations about future physical activity predict their physical activity in adulthood? *International journal of epidemiology*. 2020;49(5):1749-58.
- 28 Schmidt SCE, Anedda B, Burchartz A, Eichsteller A, Kolb S, Nigg C, et al. Physical activity and screen time of children and adolescents before and during the COVID-19 lockdown in Germany: a natural experiment. *Scientific Reports*. 2020;10(1):21780.

- 29 Ravens-Sieberer U, Herdman M, Devine J, Otto C, Bullinger M, Rose M, et al. The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: development, current application, and future advances. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2014;23(3):791-803.
- 30 de Bruin A, Picavet HS, Nossikov A. Health interview surveys. Towards international harmonization of methods and instruments. WHO regional publications European series. 1996;58:i-xiii, 1-161.
- 31 Ahmad F, Jhaji AK, Stewart DE, Burghardt M, Bierman AS. Single item measures of self-rated mental health: a scoping review. *BMC Health Services Research*. 2014;14(1):398.
- 32 Agresti A, Coull BA. Approximate is Better than "Exact" for Interval Estimation of Binomial Proportions. *The American Statistician*. 1998;52(2):119-26.
- 33 Robert Koch-Institut. Chronisches Kranksein (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 2024. <https://gbe.rki.de>. Abruf am 20.06.2025.
- 34 Schmidt S, Thyen U, Petersen C, Bullinger M. 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(9):517-23.
- 35 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 Services Research*. 2016;16:1-12.
- 36 Woll A, Albrecht C, Worth A. Motorik-Modul (MoMo) – das Modul zur Erfassung der motorischen Leistungsfähigkeit und der körperlich-sportlichen Aktivität in KiGGs Welle 2. Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung; 2017.
- 37 Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British journal of sports medicine*. 2020;54(24):1451-62.
- 38 Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D, Geller F, Geiß HC, Hesse V, et al. Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde*. 2001;149(8):807-18. <https://doi.org/10.1007/s001120170107>. Abruf am 13.03.2026.
- 39 Robert Koch-Institut. Monitoring der Kindergesundheit in (und nach) der COVID-19-Pandemie. Schwerpunkt Ernährungsverhalten. Ergebnisse des KIDA-Erhebungszeitraum 04/2022 – 11/2022. Robert Koch-Institut; 2023.
- 40 Lüders A, Brettner J, Hausmann J, Kuhn J. Mundgesundheit in der Gesundheitsberichterstattung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2021;64(7):812-20.
- 41 Krause L, Mensink GBM, Hoepfner T, Lindtner O, Weißenborn A. Fluoridanwendungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde*. 2022;44(2):30-40.
- 42 Berg B, Cremer M, Flothkötter M, Koletzko B, Krämer N, Krawinkel M, et al. Kariesprävention im Säuglings- und frühen Kindesalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde*. 2021;169(6):550-8.
- 43 Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. S2k-Leitlinie Prävention dysregulierten Bildschirmmediengebrauchs in Kindheit und Jugend. [Leitlinie 027 - 075]: AWMF; 2023. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/027-075>.

- 44 Paschke K, Napp AK, Thomasius R. Parents Rate Problematic Video Streaming in Adolescents: Conceptualization and External Assessment of a New Clinical Phenomenon Based on the ICD-11 Criteria of Gaming Disorder. *Journal of clinical medicine*. 2023;12(3).
- 45 Paschke K, Austermann MI, Thomasius R. Assessing ICD-11 gaming disorder in adolescent gamers by parental ratings: Development and validation of the Gaming Disorder Scale for Parents (GADIS-P). *Journal of behavioral addictions*. 2021;10(1):159-68.
- 46 Paschke K, Austermann MI, Thomasius R. International Classification of Diseases-11-Based External Assessment of Social Media Use Disorder in Adolescents: Development and Validation of the Social Media Use Disorder Scale for Parents. *Cyberpsychology, behavior and social networking*. 2022;25(8):518-26.
- 47 Statistisches Bundesamt. Familien mit minderjährigen Kindern in der Familie nach Lebensform und Kinderzahl. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Tabellen/2-5-familien.html>. Stand 02.04.2024. Abruf am 05.09.2024.
- 48 Inchley J, Currie D, Samdal O, Jåstad A, Cosma A & Nic Gabhainn S, Herausgeber. Studienprotokoll zum Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter (HBSC): Hintergrund, Methodik und Pflichtpunkte für die Erhebung 2021/22. Glasgow: MRC/CSO Abteilung für Sozial- und öffentliche Gesundheitswissenschaften, Universität Glasgow; 2023.
- 49 Dalgard OS, Dowrick C, Lehtinen V, Vazquez-Barquero JL, Casey P, Wilkinson G, et al. Negative life events, social support and gender difference in depression: a multinational community survey with data from the ODIN study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2006;41(6):444-51.
- 50 Jordan S, Hoebel J (2015) Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland : Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 58:942–950.
- 51 Reiß F, Volk C, Behn S, Kaman A, Klos L, Burchartz A, et al. Psychische Gesundheit und körperliche Aktivität von Heranwachsenden; unterschiedlicher sozialer Herkunft: Ergebnisse der bundesweiten COMO-Studie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 53(6), 304–316.
- 52 Kaman A, Erhart M, Devine J, Napp AK, Reiß F, Behn S, Ravens-Sieberer U. Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Zeiten globaler Krisen: Ergebnisse der COPSY-Längsschnittstudie von 2020 bis 2024. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2025;68(6):670-680.
- 53 Robert Koch-Institut. Chronisches Kranksein (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 2025. <https://gbe.rki.de>. Abruf am 08.04.2026.
- 54 Krause L, Seeling S, Schmidt P, Prütz F. Inanspruchnahme zahnärztlicher und ärztlicher Versorgung bei Kindern und Jugendlichen mit und ohne besonderen Unterstützungsbedarf. *Gesundheitswesen*. 2026;88(2):84-96.
- 55 Krause L, Seeling S, Prütz F, Wager J. Toothache, tooth brushing frequency and dental check-ups in children and adolescents with and without disabilities. *J Health Monit*. 2022;7(1):48-60.
- 56 Schmidt P, Petrakakis P, Schulte AG. Caries prevalence in 6- to 10-year-old German schoolchildren with and without disability. *Community Dent Health* 2020; 37: 281–286.

- 57 Petersen TL, Møller LB, Brønd JC, Jepsen R, Grøntved A. Association between parent and child physical activity: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2020;17(1):67.
- 58 Geene R. Regulierung von Ungleichheitsverhältnissen: Wirkungen des Elterngelds und des Bildungs- und Teilhabepakets. *ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*. 2019(3):40-52.
- 59 Rittsteiger L, Hinz T, Oriwol D, Wäsche H, Santos-Hövenner C, Woll A. Sports participation of children and adolescents in Germany: disentangling the influence of parental socioeconomic status. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1446.
- 60 Roselló Novella A, Pla M, Comellas E, Font Cabrera C, Solà M, Morin-Fraile V. Physical activity among adolescent girls and the factors linked to it: a scoping review. *Journal of Sport and Health Research* 2023;15:471–494.
- 61 Lagerberg D. Physical activity and mental health in schoolchildren: a complicated relationship. *Acta Paediatr*. 2005;94(12):1699-701.
- 62 Robert Koch-Institut. 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. 2023. <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/11222/3-Quartalsbericht-KIDA.pdf?sequence=1>. Abruf am 12.12.2025.
- 63 Pickard A, Alving-Jessep E, Delivett C, Jenkins RH, Pullar L, Farrow C, Blissett J. Improving Children's Diets by Introducing Fruits and Vegetables in Group-Based Settings: A Scoping Review. *Nutr Rev*. 2026; 84(5):1039-1050.
- 64 World Health Organization. Healthy diet. 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>. Abruf am 10.03.2026.
- 65 WHO: WHO recommends stronger policies to protect children from the harmful impact of food marketing WHO. WHO recommends stronger policies to protect children from the harmful impact of food marketing. <https://www.who.int/news/item/03-07-2023-who-recommends-stronger-policies-to-protect-children-from-the-harmful-impact-of-food-marketing>. Abruf am 11.04.2026.
- 66 Robert Koch-Institut. *AdiMon-Themenblatt: Körperliche Leistungsfähigkeit*. 2021. [www.rki.de](http://www.rki.de). Abruf am 10.03.2026.
- 67 UNICEF. *Child Nutrition Report 2025*. <https://www.unicef.org/reports/feeding-profit>. Abruf am 13.04.2026.
- 68 Deutsche Diabetesgesellschaft. Auf dem Vormarsch: Typ-2-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen. Pressemitteilung. 23.10.2025. <https://www.ddg.info/presse/2025/auf-dem-vormarsch-typ-2-diabetes-bei-kindern-und-jugendlichen>. Abruf am 13.04.2026.
- 69 Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V., Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V., Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V.: S-3 Leitlinie Stilldauer und Interventionen zur Stillförderung, Version 1.0. 2025. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/027-072>. Abruf am 20.01.2026.
- 70 Pérez-Escamilla R, Tomori C, Hernández-Cordero S et al. Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world *The Lancet*, 2023; 401, 472-485.
- 71 Centers for Disease Control and Prevention. 2020 National Results Report, CDC Survey of Maternity Care Practices in Infant Nutrition and Care. Atlanta, GA. 2021. <https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/mpinc/states/2020/mPINC-national-report-2020-508.pdf>. Abruf am 01.04.2026.

- 72 Gussler JD, Briesemeister LH. The insufficient milk syndrome: a biocultural explanation. *Med Anthropol* 1980; 4: 145–74.
- 73 Baker P, Russ K, Kang M, et al. Globalization, first-foods systems transformations and corporate power: a synthesis of literature and data on the market and political practices of the transnational baby food industry. *Global Health* 2021; 17: 58.
- 74 Hastings G, Angus K, Eadie D, Hunt K. Selling second best: how infant formula marketing works. *Global Health* 2020; 16: 77.
- 75 Piwoz EG, Huffman SL. The impact of marketing of breast-milk substitutes on WHO-recommended breastfeeding practices. *Food Nutr Bull* 2015; 36: 373–86.
- 76 Luna P, Valdes T, Zelouatecatl-Aguilar A, et al. The pediatrician said that maybe my milk, instead of doing good, no longer helped: the ecology of infant formula in rural communities in central Mexico. *Public Health Nutr* 2021; 24: 3879–91.
- 77 Ching C, Zambrano P, Nguyen TT, Tharaney M, Zafimanjaka MG, Mathisen R. Old tricks, new opportunities: how companies violate the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes and undermine maternal and child health during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18: 2381.
- 78 Han S, Chen H, Wu Y, Pérez-Escamilla R. Content analysis of breast milk substitutes marketing on Chinese e-commerce platforms. *Matern Child Nutr* 2022; 18: e13332.
- 79 Munblit D, Crawley H, Hyde R, Boyle RJ. Health and nutrition claims for infant formula are poorly substantiated and potentially harmful. *BMJ* 2020; 369: m875.
- 80 Allen HI, Pendower U, Santer M, et al. Detection and management of milk allergy: Delphi consensus study. *Clin Exp Allergy* 2022; 52: 848–58.
- 81 WHO. Code and subsequent resolutions. <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/code-and-subsequent-resolutions>. Abruf am 22.12.2025.
- 82 Rollins N, Piwoz E, Baker P et al. Marketing of commercial milk formula: a system to capture parents, communities, science, and policy *The Lancet*, 2023; 401, 486-502
- 83 Baker P, Santos T, Neves PA, et al. First-food systems transformations and the ultra-processing of infant and young child diets: the determinants, dynamics and consequences of the global rise in commercial milk formula consumption. *Matern Child Nutr* 2021; 17: e13097.
- 84 Vilar-Compte M, Pérez-Escamilla R, Orta D, et al. Impact of baby behavior on caregiver's infant feeding decisions during the first 6 months of life: a systematic review. *Matern Child Nutr* 2022; 18: e13345.
- 85 Orth B, Spille-Merkel C, Nitzsche A. Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2023. Substanzkonsum und Internetnutzung im Jahr 2023 und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. 2025. [https://www.bioeg.de/fileadmin/user\\_upload/Studien/PDF/DAS\\_2023\\_Forschungsbericht\\_final.pdf](https://www.bioeg.de/fileadmin/user_upload/Studien/PDF/DAS_2023_Forschungsbericht_final.pdf). Abruf am 17.03.2026.
- 86 Lieb C, Laufer B. Jahresbericht 2025 Sucht. Hamburg gGmbH. Hamburg: Sucht. Hamburg gGmbH. 2026. <https://www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/behoerden/bsfb/veroeffentlichungen/pressemeldungen/schulbus-studie-1083056>. Abruf am 24.03.2026
- 87 Baumgärtner T. Epidemiologische Entwicklung suchtfördernden Verhaltens von 14- bis 17-jährigen Jugendlichen in den Stadtstaaten Hamburg und Bremen. Deskriptiv zusammenfassende Ergebnisse der SCHUL-BUS-Untersuchung 2021/22. 2022.

- 88 Robert Koch-Institut. Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. 2008 . <https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitliche-Einflussfaktoren-A-Z/A/Arzneimittelgebrauch/Arzneimittel.pdf? blob=publicationFile&v=1>. Abruf am 20.04.2026.
- 89 Taylor S, Garralda E: The management of somatoform disorder in childhood. *Curr Opin Psychiatry* 2003; 16: 227–231.
- 90 Frielingsdorf H, Fomichov V, Rystedt I, Lindstrand S, Korhonen L, Henriksson H. Associations of time spent on different types of digital media with self-rated general and mental health in Swedish adolescents. *Sci Rep*. 2025;15(1):993.
- 91 Wiedemann H, Thomasius R, Paschke K. Problematische Mediennutzung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisbericht 2024/2025. Ausgewählte Ergebnisse der siebten Erhebungswelle im September/Okttober 2024. DAK-Gesundheit. 2025. [www.dak.de/mediensucht](http://www.dak.de/mediensucht). Abruf am 02.03.2026
- 92 Chotpitayasonondh V, Douglas KM. The effects of “phubbing” on social interaction. *J Appl Soc Psychol*. 2018;48:304–316.
- 93 Xu XP, Liu QQ, Li ZH, Yang WX. The Mediating Role of Loneliness and the Moderating Role of Gender between Peer Phubbing and Adolescent Mobile Social Media Addiction. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(16):10176.
- 94 Markowetz A, Błaszczewicz K, Montag C, Switala C, Schlaepfer TE. Psycho-informatics: Big Data shaping modern psychometrics. *Med Hypotheses*. 2014 Apr;82(4):405-11.
- 95 Zhang J, Dong C, Jiang Y, Zhang Q, Li H, Li Y. Parental Phubbing and Child Social-Emotional Adjustment: A Meta-Analysis of Studies Conducted in China. *Psychol Res Behav Manag*. 2023;16:4267-4285.
- 96 Niu G, Yao L, Wu L, Tian Y, Xu L, Sun X. Parental phubbing and adolescent problematic mobile phone use: The role of parent-child relationship and self-control. *Children and Youth Services Review*, 2020;116:105247.
- 97 Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. Gemeinsame Stellungnahme zur Nutzung digitaler Medien und psychischer Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. <https://www.dgkip.de/gemeinsame-stellungnahme-zur-nutzung-digitaler-medien-und-psychischer-gesundheit-von-kindern-und-jugendlichen>. Abruf am 25.02.2026.
- 98 Institut für Qualitätsentwicklung an Schulen Schleswig-Holstein. Fachanforderungen und Leitfäden. <https://fachportal.lernnetz.de/sh/fachanforderungen.html>. Abruf am 26.02.2026.
- 99 Institut für Qualitätsentwicklung an Schulen Schleswig-Holstein. Fachanforderungen und Leitfäden. <https://fachportal.lernnetz.de/sh/fachanforderungen/informatik.html>. Abruf am 26.02.2026.
- 100 Jordan S, Löbl S. Die allgemeine Gesundheitskompetenz Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Panels „Gesundheit in Deutschland“ 2024. *J Health Monit*. 2026;11:04.
- 101 Damerow S, Kuhnert R, Schaffrath Rosario A, Lemcke J. Weighting strategy and selection analysis in the panel 'Health in Germany': methods and results for the 2024 annual survey. *BMC Med Res Methodol*. 2025;26(1):8.