

FRANKFURTER FORUM : DISKURSE

Generationengerechte Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Heft 34
Oktober 2026

FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen e.V.



Ziele

Das Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen will zentrale Fragen in der Gesellschafts- und Gesundheitspolitik mit führenden Persönlichkeiten aus Politik, Wissenschaft und Gesellschaft diskutieren und versuchen, darauf Antworten zu geben. Die unterschiedlichen ethischen, medizinischen, ökonomischen, politischen und rechtlichen Standpunkte sollen transparent und publik gemacht werden. Anregungen und Handlungsempfehlungen sollen an die Entscheider in Politik und Gesundheitssystem

Heft 34
Oktober 2026

FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen e.V.

Inhalt:

Versorgung von Kindern und Jugendlichen – sind wir für Morgen gut aufgestellt?

Generationengerechte Gesundheitsversorgung Teil III - Versorgung von Kindern und Jugendlichen

EVA SUSANNE DIETRICH
Kinder- und Jugendgesundheit: Zwischen Aktionismus und Evidenz

UTE TEICHERT
Förderung von Kinder- und Jugendgesundheit im Rahmen einer Nationalen Präventionsstrategie

CATHARINA MAULBECKER ARMSTRONG
Setting Schule als Chance zur Neuausrichtung der Kinder- und Jugendgesundheit: Brauchen wir eine School Nurse?

PATRICK MEYBOHM
Perspektiven der anästhesiologischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen

CHRISTOPH SCHICKHARDT
Ethische Aspekte von mentaler Gesundheit (mental Health) bei Kindern und Jugendlichen

Generationengerechte Versorgung

Versorgung von Kindern und Jugendlichen – sind wir für Morgen gut aufgestellt?

Das Frankfurter Forum diskutiert das Thema „Generationengerechte Versorgung“ über einen Zyklus von zwei Jahren bzw. vier Foren. Begonnen haben wir im Frühjahr 2025 (32. Forum) mit einer einführenden Betrachtung in das Thema: Unter medizinischen Aspekten geht es um eine angemessene Versorgung der unterschiedlichen Bedarfe einzelner Generationen, unter juristischen Aspekten um die rechtlichen Aspekte der Weiterentwicklung der Kranken- und Pflegeversicherung und unter ökonomischen Aspekten um die Verteilung der finanziellen Belastungen der Bürger durch Steuern und Abgaben. Daneben gibt es weitere wichtige Aspekte einer generationengerechten Versorgung, etwa Fragen zum künftigen Zusammenleben von Jung und Alt, zur Ethik, zur Epidemiologie oder Aspekte für eine gute und generationengerechte Pflege oder die künftige Bedeutung der Palliativmedizin. Die Veranstaltung im Herbst 2025 (33. Forum) hat sich vertieft mit der Versorgung älterer Menschen beschäftigt, das aktuelle 34. Forum im Frühjahr 2026 beleuchtet die Versorgung von Kindern und Jugendlichen und im Herbst 2026, zum Abschluss des Zyklus wird es im 35. Forum um konkrete Versorgungsbeispiele und eine übergreifende Diskussion gehen.

Die vorliegenden Erkenntnisse aus Forschung, Gesundheitswissenschaften, Bildungsökonomie, Public Health und medizinischer Versorgung von Kindern und Jugendlichen verdeutlichen die hohe Komplexität kindlicher Lebenswelten

und deren Bedeutung für ihre Entwicklung in der Gesellschaft, für gesundheitliche Chancengleichheit und für nachhaltige Präventionsstrategien. Entgegen häufig dominierender Krisennarrative zeigen zahlreiche Studien, dass Kinder und Jugendliche ihre Lebenssituation überwiegend positiv bewerten und eine vergleichsweise hohe Zufriedenheit äußern. Diese Ergebnisse dürfen jedoch nicht zu vereinfachenden Schlussfolgerungen führen, da Lebenslagen junger Menschen durch erhebliche soziale, regionale und ökonomische Unterschiede geprägt sind.

Die Forschung verweist darauf, dass gesundheitliches Verhalten nicht allein durch Wissensvermittlung beeinflusst wird. Routinen, soziale Normen, Umweltbedingungen und gesellschaftliche Erwartungen wirken maßgeblich auf das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Beispiele wie Rauchen, Bewegungsmangel, Alkoholkonsum oder unausgewogene Ernährung zeigen, dass vorhandenes Wissen häufig nicht in gesundheitsförderliches Verhalten umgesetzt wird. Gleichzeitig lässt sich die gesundheitliche Situation nicht pauschal entlang einzelner Merkmale wie Migrationshintergrund oder Nutzungsprofile sozialer Medien erklären, sondern nur innerhalb spezifischer Teilgruppen differenziert analysieren. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass lineare Ursache-Wirkungs-Modelle den vorherrschenden Zusammenhängen nicht gerecht werden.

Ein zentrales Problem besteht in der Fragmentierung des deutschen Präventions- und Versorgungssystems. Zahlreiche regionale Projekte, Programme der Krankenkassen sowie kommunale Initiativen existieren nebeneinander, häufig ohne ausreichende Abstimmung, ohne koordiniertem Aufbau von Datenbanken und ohne einem strukturierten Datenaustausch. Die Folge sind konkurrierende Strukturen (Silos), inkompatible Daten und eine geringe Koordination zwischen den Akteuren. Maßnahmen scheitern oftmals

nicht an fehlendem Wissen, sondern unzureichender Kommunikation oder fehlender Akzeptanz bei Kindern und Jugendlichen. Die Evidenzbasis vieler Interventionen bleibt zudem schwach, da randomisierte kontrollierte Studien selten durchgeführt werden und Evaluationen häufig nicht systematisch erfolgen, um belastbare Aussagen über Wirkungen und langfristige Effekte treffen zu können. Vor diesem Hintergrund sollten stärker evidenzbasierte und strukturell wirksame Maßnahmen priorisiert werden, weniger der reine Nachweis von Aktivität.

Diskutiert wird auch über die Verbindung von Gesundheit, Bildung und gesellschaftlicher Teilhabe. Aufbauend auf den Arbeiten des Ökonomie-Nobelpreisträgers James Heckman wird argumentiert, dass Investitionen in frühkindliche Bildung und Gesundheit die höchsten gesellschaftlichen Renditen erwirtschaften. Frühkindliche Förderung wirkt sich nicht nur positiv auf Bildungskarrieren und Arbeitsmarktchancen aus, sondern verbessert auch langfristig gesundheitliche Outcomes. Besonders stark profitieren Kinder aus sozial benachteiligten und anregungsarmen Lebensumfeldern, wodurch frühe Förderung zugleich einen wichtigen Beitrag zur Chancengleichheit leistet. Quasiexperimentelle Studien zeigen beispielsweise, dass eine bessere Schulbildung der Eltern, insbesondere der Mütter, langfristig zu geringeren Raucherquoten und niedrigeren Adipositasraten bei den Kindern führt. Auch der Ausbau frühkindlicher Betreuungsangebote weist langfristig positive gesundheitliche Effekte auf. Untersuchungen auf Basis gesetzlicher Krankenkassendaten zeigen, dass Investitionen in Kindertagesstätten langfristig Gesundheitskosten reduzieren und zugleich positive Spillover-Effekte auf die Gesundheit der Eltern entfalten. Gleichzeitig verdeutlichen Studien zur familiären Betreuung, dass bestimmte Unterstützungsformen nicht automatisch positive Effekte erzeugen. So können gesundheitliche Einschränkungen betreuender Großeltern insbesondere bei Jungen im Grundschulalter durch

negative Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung haben.

In der Kinderanästhesie wird deutlich, dass Kinder keine „kleinen Erwachsenen“ sind, sondern eine hochspezialisierte medizinische Versorgung benötigen. Die ersten Lebensjahre sind durch enorme physiologische Unterschiede geprägt, die differenzierte Normwerte, spezielle Medikamente und hohe fachliche Expertise erfordern. Gleichzeitig ist die Versorgung stark von jungen Assistenzärztinnen und Assistenzärzten geprägt, die oft nur begrenzte Erfahrung mit Kindern besitzen und sich zusätzlich mit hochinformierten Eltern auseinandersetzen müssen. Die gesellschaftliche Akzeptanz von Off-Label-Medikationen bei Kindern verdeutlicht die Defizite in der Entwicklung kindgerechter Arzneimittel.

Die kinderchirurgische Versorgung ist zudem durch Unterfinanzierung, regionale Unterschiede und eine starke Zersplitterung gekennzeichnet. Erwachsene Chirurgen dürfen vielerorts Kinder operieren, weil spezialisierte kinderchirurgische Expertise nur eingeschränkt verfügbar ist. Daraus ergibt sich die Forderung nach stärkerer Zentralisierung komplexer Eingriffe, besserer Vorhaltefinanzierung sowie geeigneten Qualitätskriterien, die die tatsächliche Komplexität der Versorgung abbilden.

Im Bereich Public Health wird zunehmend betont, dass Prävention und Gesundheitsförderung nicht ausschließlich unter ökonomischen Einsparpotenzialen betrachtet werden dürfen, sondern als Investitionen in gesellschaftliche Zukunftsfähigkeit. Der Fachkräftemangel, die Zunahme psychischer Belastungen sowie soziale Ungleichheiten stellen zentrale Herausforderungen dar. Gleichzeitig existieren bereits funktionierende Strukturen, etwa im Bereich Früher Hilfen, Schuleingangsuntersuchungen oder kommunaler Präventionsnetzwerke, die stärker ausgebaut werden sollten. Als positives Beispiel wird der „Pakt für Kindergesundheit“ in Bayern hervorgehoben,

der strukturelle Verbesserungen der medizinischen Versorgung, stärkere Beteiligung von Kindern und Jugendlichen sowie einen faireren Zugang zu frühkindlicher Bildung anstrebt.

In diesem Zusammenhang gewinnen School Nurses zunehmend an Bedeutung. Als spezialisierte Pflegekräfte im schulischen Setting verbinden sie Gesundheitsversorgung, Prävention und Bildungsförderung. Studien zeigen positive Effekte auf Bildungskarrieren, Gesundheitsversorgung und die Entlastung von Familien. Gleichzeitig scheitert eine flächendeckende Umsetzung häufig an Finanzierungsfragen und der Fragmentierung der Zuständigkeiten zwischen Bildungs- und Gesundheitssystem. Modelle aus Hessen und Brandenburg verdeutlichen, dass professionelle Gesundheitsversorgung an Schulen langfristig sowohl ökonomisch als auch gesellschaftlich vorteilhaft sein kann.

Ein weiteres zentrales Thema betrifft die ethische Perspektive auf Kinder und Jugendliche. Kinder sollten nicht ausschließlich als vulnerable Personen verstanden, sondern zugleich als Individuen mit eigenen Fähigkeiten, Interessen und Ressourcen. Die Selbstbestimmungsfähigkeit entwickelt sich dynamisch über die gesamte Kindheit hinweg und ist eng mit familiären Strukturen verbunden. Das Kindeswohl stellt dabei einen offenen Rechtsbegriff dar, der sowohl gegenwärtige als auch zukünftige Interessen des Kindes berücksichtigen muss. Es gibt im deutschen Rechtssystem bisher aber kein einklagbares Grundrecht auf Gesundheit. Gesundheit wird als grundlegende Voraussetzung für eine gelingende Entwicklung verstanden. Im Jahr 2010 hat Deutschland die Kinderrechts-Konvention der Vereinten Nationen angenommen. Vielfach wird seither gefordert, die Kinderrechte in das Grundgesetz aufzunehmen, denn es würde den Stellenwert von Kindern in vielen Lebensbereichen erhöhen.

Insgesamt zeigen die unterschiedlichen Perspektiven aus Wissenschaft, Medizin, Bildungsökonomie und Public Health, dass Kinder- und Jugendgesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werden muss. Nicht ein Mangel an Wissen, sondern Defizite in Koordination, Umsetzung, Finanzierung und politischer Priorisierung stellen die größten Herausforderungen dar. In Anbetracht der älter werdenden deutschen Gesellschaft ist der gesetzliche Schutz und die Optimierung der Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen eine zwingende Notwendigkeit. Wir sollten alles daransetzen, unsere Gesellschaft „kinder- und enkeltauglich“ zu gestalten.

Von Prof. Dr. Volker Ulrich, Dr. Regina Klakow-Franck, Petra Acher

Generationengerechte Versorgung

Kinder- und Jugendgesundheit: Zwischen Aktionismus und Evidenz

Prof. Dr. Eva Susanne Dietrich, Institut für evidenzbasierte Positionierung im Gesundheitswesen, Bonn

Die Ressourcen im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit sind ungleich verteilt. Während in der Pädiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychotherapie Kapazitäten für Diagnostik, Versorgung und kontinuierliche Begleitung fehlen, ist außerhalb der medizinischen Regelversorgung ein breites System aus Jugendhilfe, Eingliederungshilfe, kommunaler Prävention, Krankenkassenprogrammen und Präventionsprogrammen freier Träger entstanden. Entscheidend ist jedoch nicht die Zahl der Angebote, sondern ob sie die Kinder und Jugendlichen erreichen und relevante Verbesserungen bewirken. Der Beitrag beschreibt im ersten Teil die heterogenen Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen, ihre gesundheitliche Situation sowie ihr gesundheitsrelevantes Verhalten, ihre subjektiven Handlungsmotive und die tieferliegenden strukturellen Determinanten. Im zweiten Teil wird die Evidenzbasis unterschiedlicher Maßnahmen kritisch geprüft und ihr Nutzen mit Blick auf Gesundheit, Lebensqualität, Teilhabe sowie die langfristige soziale und gesundheitliche Entwicklung bewertet.

1. Einleitung

In Deutschland leben rund 14 Millionen Kinder und Jugendliche [1]. Die medizinische und psychotherapeutische Regelversorgung dieser Altersgruppe steht unter erheblichem Versorgungsdruck: 5 205 vertragsärztlich zugelassene Pädiaterinnen und Pädiater (~1 pro 2 690 Kinder und Jugendliche), 907 Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (~1 pro 15 400), 7 108 nichtärztliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten (~1 pro 1 970) sowie im stationären Bereich 7 130 Ärztinnen und Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin (~1 pro 1 960) und 1 304 Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (~1 pro 10 700) versorgen eine große und heterogene Zielgruppe [2, 3].

Dieser medizinischen und psychotherapeutischen Regelversorgung steht ein stattlicher Unterstützungsapparat gegenüber, der überwiegend außerhalb des SGB V organisiert ist. Allein in der Kinder- und Jugendhilfe nach dem SGB VIII waren 2024 rund 32 700 öffentliche und freie Träger mit 346.400 Beschäftigten tätig – ohne Kindertagesbetreuung [4].

Daneben besteht die Eingliederungshilfe nach dem SGB IX mit einer breiten Landschaft öffentlicher und freier Träger, Frühförderstellen, ambulanter und stationärer Dienste sowie Assistenzangeboten, die im Jahr 2024 von rund 324 570 Kindern und Jugendlichen in Anspruch genommen wurden [5].

Rechtskreisübergreifend angesiedelt ist die Schulbegleitung, die seit Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention im Jahr 2009 stark ausgebaut wurde und Zuwächse von teils über 200 Prozent binnen zehn Jahren verzeichnen konnte [6–11].

Jenseits der sozialrechtlichen Hilfen besteht ein weiteres, kaum überschaubares Feld gesundheits-, entwicklungs- und teilhabebezogener Aktivitäten. Dazu gehören Frühe Hilfen – niedrigschwellige Angebote für Schwangere und Familien mit kleinen Kindern, kommunale Gesundheitsförderung, Präventionsprogramme der Krankenkassen, Schulgesundheitsfachkräfte, Sportvereine und Projekte freier oder zivilgesellschaftlicher Träger. Schulen übernehmen dabei eine wichtige Funktion. Rund 863 300 Lehrkräfte an allgemeinbildenden und beruflichen Schulen – davon etwa 40 Prozent in Teilzeit - vermitteln nicht nur Bildung, sondern sind zugleich in zahlreiche Aufgaben der Prävention, Gesundheitsförderung, Inklusion, Früherkennung und sozialen Unterstützung eingebunden [12–16].

Getan wird somit sehr viel. Die entscheidende Frage ist, ob es wirkt. Diese Frage kann nicht allein über Ausgaben, Personalstellen, Programmzahlen oder Teilnahmequoten beantwortet werden. Viele Aktivitäten sind noch keine Wirkung. Viele Surrogate sind noch keine relevanten Endpunkte. Und viele gut gemeinte Maßnahmen scheitern auf dem Weg von der Intervention zum Effekt.

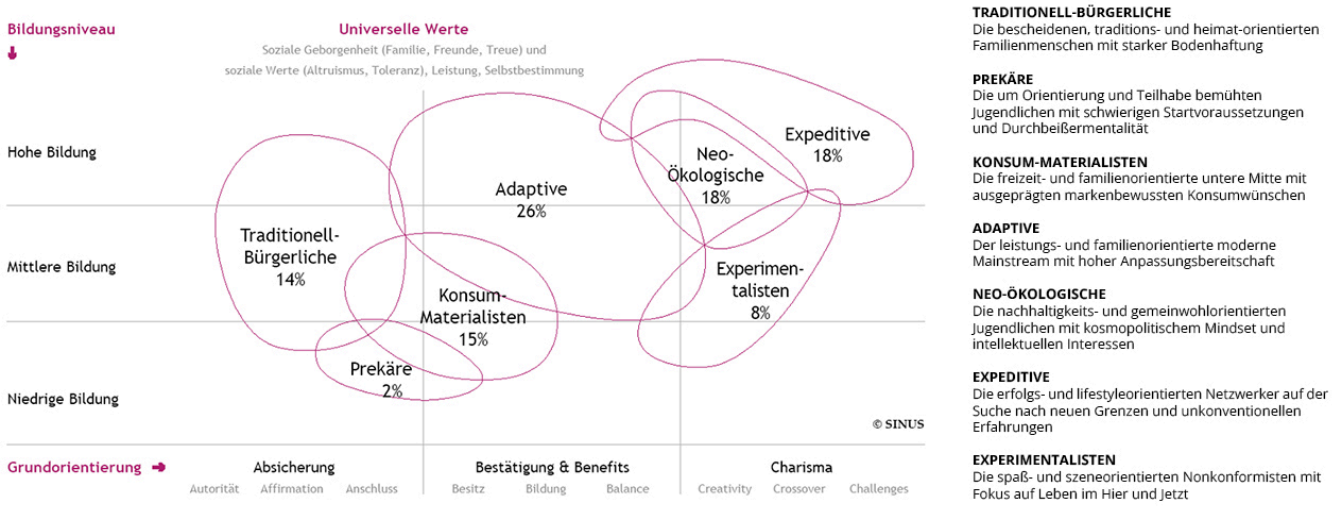
Im Folgenden werden deshalb drei Fragen untersucht: Wie ist die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen? Welche Ursachen stehen hinter den beobachteten Problemen? Und welche Maßnahmen zeigen tatsächlich relevante Effekte?

2. Über wen reden wir?

Kinder und Jugendliche sind keine homogene Zielgruppe. Die Kinder- und Jugendhilfe beschreibt Deutschland als vielfältig in Bezug auf Lebenslagen, ethnische und kulturelle Hintergründe, materielle Situation, Religion und Bildung

[17]. Hinzu kommt eine gesellschaftliche Gegenwart, die von Heterogenität, Konflikten und konkurrierenden Deutungsrahmen geprägt ist. In der Folge treffen Gesundheitsbotschaften auf sehr unterschiedliche Alltagswelten, Normen und Vorstellungen davon, was erstrebenswert, machbar oder relevant ist.

Diese Unterschiede verlaufen nicht nur entlang von Einkommen und Bildungsabschluss. Das SINUS-Lebensweltenmodell zeigt, dass sich Jugendliche auch in Routinen, Prioritäten, Vorbildern, Mediennutzung und Zukunftsvorstellungen deutlich unterscheiden [18].



SINUS-Lebensweltenmodell u18 (mit Stichprobenanteilen 2025)

Einige Milieus sind stärker pflicht- und sicherheitsorientiert, andere leistungs- und anpassungsorientiert, wieder andere eher gegenwartsbezogen, szeneorientiert oder durch digitale Vorbilder geprägt [19, 20].

Hinzu kommt eine starke Heterogenität nach sozialer Lage, Herkunft, Migrationsgeschichte und Familiensprache. Der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund lag 2023 bei rund 42,5 Prozent [21]. Hinter dem bundesweiten Wert stehen sehr unterschiedliche regionale

Realitäten. In Bremen hatten 2020 fast zwei Drittel der unter Sechsjährigen einen Migrationshintergrund; in Hessen und Berlin stellten sie in dieser Altersgruppe ebenfalls die Mehrheit. In Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern lagen die Anteile dagegen bei 15,2 beziehungsweise 15,9 Prozent [22].

Bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund spricht knapp die Hälfte zuhause vorwiegend Deutsch. Weitere häufige Haushaltssprachen sind Türkisch mit acht Prozent, Russisch mit sieben Prozent und Arabisch mit sechs Prozent [23]. Familiensprache und Bildungsniveau der Eltern erklären zuwanderungsbezogene Disparitäten in der Lesekompetenz [24]. Verständnishürden betreffen jedoch auch monolingual deutschsprachige Kinder aus benachteiligten Milieus [25].

3. Gesundheitliche Situation

Gegenüber den 1970er Jahren haben sich viele klassische Public-Health-Probleme deutlich verbessert. 1970 lag die Säuglingssterblichkeit in Westdeutschland bei 23,4 je 1 000 Lebendgeborene. Heute ist sie um rund 86 Prozent niedriger. 1979 rauchten 30,2 Prozent der 12- bis 17-Jährigen, 2023 waren es 6,8 Prozent. Und die Kariesprävalenz bei 12-Jährigen konnte seit den 1970er Jahren ebenfalls um mehr als 80 Prozent gesenkt werden [26–30]. Fortschritt ist also möglich.

Gleichzeitig hat sich die Problemlandschaft verändert. Heute dominieren psychische Auffälligkeiten, Verhaltensprobleme, problematische Mediennutzung, Bewegungsmangel, Übergewicht, sonderpädagogischer Förderbedarf und komplexe psychosoziale Problemlagen. Im Jahr 2024 wurden bei den 10- bis 19-Jährigen rund 116 300 stationäre Behandlungen aufgrund psychischer

Erkrankungen und Verhaltensstörungen verzeichnet [31]. Im selben Jahr wiesen laut der COPSY-Längsschnittstudie (COrona und PSYche-Studie) 13 Prozent (rund 1,7 Millionen) der Kinder und Jugendlichen depressive Symptome auf [32]. Eine DAK-Analyse ermittelte für Angststörungen im Jahr 2024 eine Prävalenz von 2,2 Prozent, was rund 230 000 Betroffenen auf Bundesebene entspricht [33]. Die Lebenszeitprävalenz von nichtsuizidalem selbstverletzendem Verhalten („Ritzen“) liegt bei 25 bis 35 Prozent. Regelmäßig betroffen sind etwa drei bis sechs Prozent der Kinder und Jugendlichen [34, 35].

Essstörungen zählen ebenfalls zu den häufigen chronischen Erkrankungen im Jugendalter und betreffen häufiger Mädchen als Jungen. Im Jahr 2023 wurden bei Mädchen rund 6 000 stationäre Aufenthalte aufgrund von Essstörungen verzeichnet [36, 37]. Parallel dazu finden sich weiterhin hohe Prävalenzen der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) von 5 bis 6 Prozent sowie steigende Diagnosezahlen bei Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Bei Jungen im Alter von 15 bis 19 Jahren wurden im Jahr 2024 ASS-Prävalenzen von 1,6 Prozent berichtet [38–40]. Sonderpädagogischer Förderbedarf wurde im Schuljahr 2023/2024 bei 7,6 Prozent der Neuntklässler formal festgestellt. Fast die Hälfte davon besucht allgemeine Schulen [41]. 14 400 Kinder und Jugendliche waren 2022 in stationären Wohneinrichtungen untergebracht [17].

Der Fokus verschiebt sich somit von einzelnen Diagnosen auf Teilhabe, Alltag und Risikoverhalten. Während der klassische Substanzkonsum deutlich zurückgegangen ist, hat sich mit der problematischen Mediennutzung ein weiteres, zahlenmäßig bedeutsames Risikofeld herausgebildet. So hatten im Jahr 2023 15,1 Prozent beziehungsweise rund 700 000 Jugendliche in den letzten 30 Tagen Rauschtrinken praktiziert. Regelmäßigen Cannabiskonsum berichteten 1,3 Prozent bzw. rund 60 000 Jugendliche [29]. Bei der Mediennutzung zeigten im gleichen Jahr 6,1 Prozent bzw. rund 360 000 Jugendliche ein pathologisches

Nutzungsverhalten. 24,5 Prozent bzw. rund 1,4 Millionen nutzten Social Media exzessiv [42]. Die tägliche Bildschirmzeit am Smartphone lag 2025 bei durchschnittlich 231 Minuten. Bei den 18- bis 19-Jährigen waren es 278 Minuten. Zudem gehören digitale Spiele für 71 Prozent der Jugendlichen fest zum Alltag. Im Durchschnitt verbringen 12- bis 19-Jährige werktags 88 Minuten mit Gaming. Bei Jungen sind es 114 Minuten [43].

Auch somatische Erkrankungen bleiben bedeutsam. So waren in den Jahren 2014 bis 2017 15,4 Prozent der 3- bis 17-Jährigen, also rund 1,8 Millionen, übergewichtig. 5,9 Prozent beziehungsweise rund 700 000 waren adipös [44]. Im Jahr 2022 lebten nach Angaben des RKI in Deutschland 34 567 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren mit Diabetes Typ I. Diabetes Typ II war mit 973 Fällen bei den 11- bis 17-Jährigen deutlich seltener [45, 46]. Hinzu kommen 2 372 Krebsneuerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in 2021, 103 566 Kinder und Jugendliche mit lebensverkürzenden Erkrankungen in 2022 sowie 24 600 Betroffene mit Störungen der Geschlechtsidentität in 2022 [47–49].

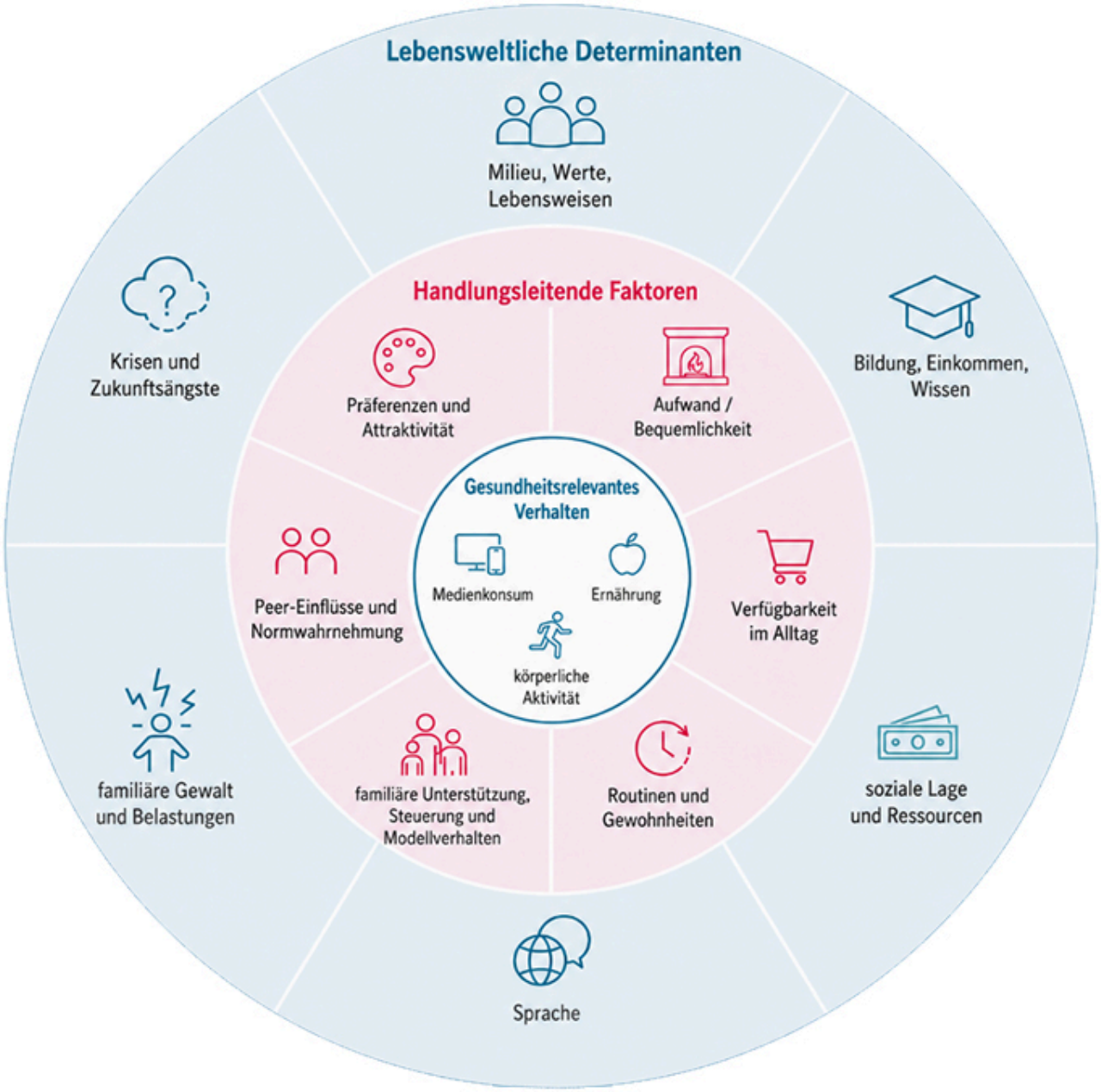
Gleichzeitig ist die subjektive Lebenszufriedenheit mehrheitlich hoch: 79 Prozent der Jugendlichen waren 2024 mit ihrem Leben zufrieden und nur drei Prozent sehr unzufrieden. Jungen berichten häufiger von Zufriedenheit als Mädchen, Jüngere häufiger als Ältere [19]. Während diese Erhebungen eine globale Bewertung des eigenen Lebens abfragen, erfassen Instrumente der gesundheitsbezogenen Lebensqualität Einschränkungen des Wohlbefindens, des Alltags und der Teilhabe. In der COPSY-Längsschnittstudie lag der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit reduzierter gesundheitsbezogener Lebensqualität vor der Pandemie bei etwa 15 Prozent. Dieser Anteil stieg im Winter 2020/2021 auf 48 Prozent und lag im Herbst 2024 bei 21 Prozent [32]. Laut dem Deutschen Schulbarometer 2024 berichten 27 Prozent der 8- bis 17-Jährigen eine geringe Lebensqualität. Bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem

Einkommen sind es 37 Prozent und bei Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf 45 Prozent [50].

Die Befunde sprechen damit weder für Entwarnung noch unterstützen sie eine pauschale Krisenthese. Viele Jugendliche bewerten ihr Leben insgesamt positiv. Zugleich bestehen in Teilgruppen deutliche Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

4. Ursachen: Verhalten, Motivation und Lebenswelt

Die Versuchung ist groß, die beschriebenen gesundheitlichen Belastungen einzelnen Faktoren zuzuschreiben wie sozialen Medien, Bewegungsmangel, Ernährung, Elternhaus oder Schule. Dies greift jedoch zu kurz. Vielmehr müssen drei Ebenen unterschieden werden: gesundheitsrelevantes Verhalten, handlungsleitende Faktoren und gesellschaftliche bzw. lebensweltliche Determinanten.



Gesundheitsrelevantes Verhalten im Kontext von Alltag und Lebenswelt (Quelle: eigene Darstellung, E. S. Dietrich)

Gesundheitsrelevantes Verhalten

Digitale Medien prägen den Alltag nahezu aller Jugendlichen [43]. Studien zeigen einen konsistenten Zusammenhang zwischen einer hohen Social-Media-Nutzung und depressiven Symptomen, Schlafproblemen sowie einer geringeren körperlichen Aktivität [51, 52]. Dabei ist nicht nur die Dauer problematisch, sondern auch der Inhalt. Dies gilt auch für gesundheitsbezogene Beiträge. So stufte eine Analyse von 125 populären TikTok-Videos zu ADHS 50,4 Prozent als

irreführend ein, während nur 5,1 Prozent umsetzbare Hinweise enthielten [53]. Zugleich zeigt der World Happiness Report 2026 auf Basis von „PISA 2022“-Daten aus 47 Ländern, dass die Zusammenhänge zwischen Social-Media-Nutzung und Lebenszufriedenheit heterogen und nicht linear kausal sind [54].

Ein weiterer Faktor ist die körperliche Aktivität. Ein großer Teil der Kinder und Jugendlichen erreicht nicht die WHO-Empfehlung von täglich 60 Minuten Bewegung. Während bei den Vorschulkindern in den Jahren 2014 bis 2017 noch 46 Prozent die Empfehlung erfüllten, waren es im Jugendalter nur noch 15 Prozent [55]. In einer Leipziger Längsschnittstudie, die in den Jahren 2014/15 und 2017/18 durchgeführt wurde, erreichten nur 17,7 Prozent der Grundschulkinder sowohl in der ersten als auch in der vierten Klasse die Bewegungsempfehlung [56]. Organisierter Sport ist wichtig, reicht aber nicht aus. Mehr als die Hälfte der Kinder nahm kontinuierlich am organisierten Sport teil, blieb insgesamt aber dennoch unter dem empfohlenen Bewegungsniveau [56]. Zu einem ähnlichen Gesamtbild gelangt das Deutsche Bewegungszeugnis 2022: Gesamtbewegung und körperliche Fitness schneiden schwach ab. Besser bewertet werden dagegen die Rahmenbedingungen wie Schule, Kommune sowie Familie und Freunde [57]. Der Befund lautet daher nicht, dass Bewegungsangebote grundsätzlich fehlen. Vielmehr reichen die vorhandenen Angebote offenbar nicht aus, um ausreichend Bewegung im Alltag zu verankern.

Auch die Ernährung ist ein relevanter Faktor. Die Ernährungsstudie EsKiMo II (Ernährungsstudie als KiGGS-Modul) ist derzeit die wichtigste bevölkerungsbezogene Bestandsaufnahme für 6- bis 17-Jährige, da repräsentative Folgedaten aus „nemo kids/family“ noch ausstehen. Laut dieser Studie verzehrten Kinder und Jugendliche in den Jahren 2015 bis 2017 zu wenig Obst, Gemüse, Vollkornprodukte und Kartoffeln, zugleich aber zu viel Fleisch, Wurstwaren, Süßigkeiten und zuckerhaltige Getränke. Besonders kritisch ist der

hohe Zuckerverzehr, der vor allem über Kuchen, Süßigkeiten und Limonaden erfolgt [58].

Damit sind drei zentrale Verhaltensfaktoren beschrieben. Erklärt ist jedoch noch nicht, *warum* Kinder, Jugendliche und Familien im Alltag so handeln.

Handlungsleitende Faktoren

Für das Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen zeigt die Literatur recht konsistent, dass vor allem Geschmack, Preis, Bequemlichkeit, Routinen, Verfügbarkeit im Alltag, elterliches Modellverhalten und Peer-Einflüsse relevant sind [59–61]. Gesunde Ernährung erscheint damit im Alltag weniger als Ergebnis abstrakter Einsicht, sondern als Folge eingeübter Routinen und naheliegender Entscheidungen.

Auch Bewegung muss nicht nur als gesund erkannt, sondern als machbar, attraktiv und in den Alltag integrierbar erlebt werden. Eine internationale Studie mit Jugendlichen aus 74 Ländern zeigt, dass elterliche und Peer-Unterstützung signifikant mit höherer körperlicher Aktivität assoziiert sind [62]. Eine neuere Meta-Analyse kommt zudem zu dem Ergebnis, dass schulische Sport- und Bewegungsangebote keinen direkten Einfluss auf körperliche Aktivität im Jugendalter zeigen [63].

Beim Medienkonsum ist die Logik ähnlich. Die Nutzung digitaler Medien erfolgt niedrigschwellig, sozial eingebettet und stark habituell. Neuere Daten zeigen, dass eine stärkere Überwachung durch die Eltern und eine Begrenzung der Bildschirm mit einer geringeren und weniger problematischen Nutzung assoziiert sind, während die elterliche Modellfunktion, Geräte im Schlafzimmer sowie Bildschirmzeit als Belohnung oder Bestrafung mit einer höheren

beziehungsweise problematischeren Nutzung verbunden sind [64].

Insgesamt deuten diese Befunde darauf hin, dass Bequemlichkeit, Gewohnheit und die Wahl der jeweils einfachsten oder attraktivsten Option zentrale Gründe für ungesundes Verhalten sind. Mangelndes Wissen ist dabei meist nicht der maßgebliche Faktor. Die eigentliche Herausforderung liegt nicht darin, dass Kinder, Jugendliche oder Eltern nicht wissen, was gesund ist, sondern darin, dass andere Faktoren im Alltag handlungsleitender sind als diese Einsicht. Entscheidend ist, ob gesundes Verhalten selbstverständlich ist und ohne großen zusätzlichen Aufwand umgesetzt werden kann.

Neben solchen alltagspraktischen Gründen spielt die soziale Orientierung eine zentrale Rolle. Kinder und Jugendliche richten ihr Verhalten stark danach aus, was im Umfeld von Gleichaltrigen als normal, akzeptiert oder statusrelevant gilt. Peers können gesundheitsförderliches Verhalten erleichtern oder erschweren: Wenn Bewegung, Sport, gesunde Ernährung oder der Verzicht auf Substanzkonsum in der Gruppe Anerkennung finden, werden auch Anstrengung und Verzicht eher akzeptiert. Umgekehrt können riskante oder ungesunde Routinen stabilisiert werden, wenn sie Zugehörigkeit oder sozialen Status signalisieren [65]. Dies zeigt sich exemplarisch beim Rauchen. In einer Auswertung des Projekts Klasse2000 überschätzten 77,8 Prozent der befragten Schülerinnen und Schüler den Anteil rauchender Gleichaltriger. 21,5 Prozent lagen im korrekten Bereich; die übrigen 0,7 Prozent unterschätzten den Anteil. Je höher der Anteil rauchender Gleichaltriger eingeschätzt wurde, desto höher war die Wahrscheinlichkeit, selbst schon einmal geraucht zu haben (OR = 1,30; 95 %-KI [1,02; 1,66]; p = 0,04) [66].

Normwahrnehmung, Routinen, Verfügbarkeit, Bequemlichkeit und familiäre

Unterstützung stehen wiederum im Zusammenhang mit sozialer Lage, kulturellen Prägungen, aktuellen Krisenerfahrungen und Milieu.

Lebensweltliche Determinanten

Eine milieubezogene Perspektive ist dabei für die Analyse zentral, denn gesundheitsrelevantes Verhalten wird nicht allein durch Bildung, Einkommen oder Wissen geprägt, sondern auch durch Werte, Lebensweisen und alltagskulturelle Orientierung. Die gesellschaftlichen Leitmilieus Etablierte, Postmaterielle und Moderne Performer integrieren Gesundheit eher aktiv in den Alltag und leben sie damit auch vor. Die Bürgerliche Mitte orientiert sich in ihrem Gesundheitsverhalten an diesen Leitmilieus. Konservative betonen ebenfalls Eigenverantwortung, verstehen sie jedoch stärker normativ als moralische Pflicht gegenüber sich selbst und dem Gemeinwesen. Demgegenüber fällt die aktiv gelebte Eigenverantwortung bei Konsum-Materialisten, Experimentalisten und Hedonisten deutlich schwächer aus. Dort dominieren eher Fatalismus, Verdrängung und eine passive Grundhaltung. Diese unterschiedlichen kulturellen Muster und Lebensstile sind auch innerhalb ähnlicher sozialer Lagen sichtbar [67].

Dennoch bleibt der sozioökonomische Status ein weiterer wichtiger Faktor. Er wirkt nicht nur über finanzielle Ressourcen, sondern auch über Alltagsbedingungen, Handlungsspielräume, Informationszugänge und die praktische Umsetzbarkeit gesundheitsförderlichen Verhaltens. Für den Bereich Ernährung zeigt die bundesweit repräsentative nemo-Erhebung des Max Rubner-Instituts einen deutlichen sozialen Gradienten [68]. Personen mit hohem sozioökonomischem Status geben häufiger an, täglich Obst und Gemüse zu verzehren, und schätzen ihre Ernährung deutlich häufiger als gesund ein. Beim Ernährungswissen bestehen ebenfalls Unterschiede, etwa bei Ballaststoffen,

Verbrauchsdatum oder empfohlenen Portionen an Obst und Gemüse. Hinzu kommen alltagspraktische Barrieren: Personen mit niedrigem Status geben häufiger an, gesunde Ernährung sei zu teuer. Zudem geben sie häufiger fehlendes Interesse, Vorlieben für ungesundes Essen und gesundheitliche Einschränkungen als Hindernisse an. Auch die Nutzung von Informationsquellen zur Ernährung ist in dieser Gruppe schwächer ausgeprägt [68]. Für die körperliche Aktivität ist ein ähnlicher Zusammenhang beschrieben. Laut Public Health Index 2025 wirkt sich ein schlechterer sozioökonomischer Status der Eltern negativ auf das Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen aus [55].

Migrationshintergrund ist hingegen kein grundsätzlicher Risikofaktor. Dahinter stehen sehr unterschiedliche Personengruppen, Lebenslagen und Wertorientierungen. Koschollek et al. berichten, dass sich die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund insgesamt ähnlich gut darstellt [69]. Auch bei der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands sowie bei der ambulanten Inanspruchnahme pädiatrischer und allgemeinmedizinischer Leistungen bestehen insgesamt keine Unterschiede. Differenziert betrachtet zeigen sich jedoch in einzelnen Teilpopulationen relevante Abweichungen. Kinder und Jugendliche mit ein- wie auch beidseitigem Migrationshintergrund sind häufiger von Übergewicht einschließlich Adipositas betroffen. Sportliche Inaktivität ist bei Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund, insbesondere bei Mädchen, häufiger. Eine längere Aufenthaltsdauer und Zugehörigkeit zur zweiten Migrationsgeneration gehen mit einem höheren Konsum von Softdrinks, Fast Food und ähnlichen Produkten einher. Sprache wurde in dieser Analyse jedoch nicht als Zugangsbarriere zur pädiatrischen oder allgemeinmedizinischen Versorgung bestätigt [69]. Migrationshintergrund ist somit keine einheitliche Erklärungskategorie für gesundheitliche Unterschiede. Vielmehr müssen

Teilgruppen und konkrete Verhaltensmuster differenziert betrachtet werden.

Zudem ist familiäre Gewalt als wichtige Ursache gesundheitlicher Belastungen zu nennen. Sie wirkt nicht nur als einzelnes belastendes Ereignis, sondern prägt die alltägliche Lebenswelt, das Sicherheitsgefühl und die psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Damit verändert sie den Rahmen, in dem andere gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Belastungen überhaupt erst entstehen. In einer Befragung von Schülerinnen und Schülern in vier nordrhein-westfälischen Städten im Jahr 2024 berichteten 22,8 Prozent der Siebtklässlerinnen und Siebtklässler sowie 22,9 Prozent der Neuntklässlerinnen und Neuntklässler, in den letzten zwölf Monaten körperliche Gewalt durch ihre Eltern erfahren zu haben. Verglichen mit den Erhebungen vor rund zehn Jahren entspricht dies einem Anstieg um 8,0 Prozentpunkte im siebten und 6,8 Prozentpunkte im neunten Jahrgang [70]. Wo familiäre Beziehungen von Gewalt geprägt sind, verschlechtern sich die Voraussetzungen für stabile Routinen, verlässliche Orientierung und gesundheitsförderliche Alltagsstrukturen.

Und schließlich sind aktuelle Krisen und Zukunftsängste als übergeordnete Belastungsfaktoren zu berücksichtigen, was kein neues Phänomen darstellt. Bereits in den 1980er Jahren wurden Umweltzerstörung, Atomkrieg, Reaktorunfälle, Waldsterben und Aufrüstung von vielen Jugendlichen als existenzielle Bedrohungen wahrgenommen. In einer Befragung von über 600 Göttinger Schülerinnen und Schülern im Schuljahr 1988/89 stuften 80 Prozent Umweltvergiftung, 58 Prozent Atomkrieg und 48 Prozent Reaktorunfälle als besonders bedrohlich ein [71]. Eine frühere bundesweite Pilotstudie zu Zukunftshoffnungen und Ängsten unter nuklearer Bedrohung berichtete, dass etwa die Hälfte der befragten Kinder und Jugendlichen einen Atomkrieg bis zur eigenen Lebensmitte für möglich hielt [72]. Auch die Angst vor Reaktorunfällen nahm nach Tschernobyl deutlich zu; Petri verweist darauf, dass bereits 1985 vor

Tschernobyl 37 Prozent „viel Angst“ vor der Explosion eines Atomkraftwerks hatten und entsprechende Werte nach Tschernobyl in repräsentativen Studien auf knapp 60 Prozent stiegen [72]. Aktuell richten sich vergleichbar hohe Sorgen auf Krieg in Europa, wirtschaftliche Unsicherheit, Klimawandel und gesellschaftliche Feindseligkeit: Anfang 2024 hatten 81 Prozent der 12- bis 25-Jährigen Angst vor einem Krieg in Europa, 67 Prozent sorgten sich um die wirtschaftliche Lage, 63 Prozent um den Klimawandel und 64 Prozent um zunehmende Feindseligkeit unter den Menschen [73]. Die COPSY-Längsschnittstudie weist zudem darauf hin, dass viele junge Menschen auch nach dem Ende der COVID-Pandemie belastet blieben und neue Krisen kaum Erholungsphasen zuließen [32].

Ernährung, Bewegung und Medienkonsum beschreiben somit zunächst, was Kinder und Jugendliche tun. Bequemlichkeit, Gewohnheit, Normwahrnehmung und familiäre Unterstützung erklären, warum dieses Verhalten im Alltag naheliegt. Milieu, sozioökonomischer Status, familiäre Gewalt, Migrationsgeschichte und aktuelle Krisen bestimmen, unter welchen Bedingungen Familien überhaupt handeln können. Für Prävention und Gesundheitsförderung bedeutet dies, dass Zielgruppen nicht nur nach Alter, Diagnose oder sozialem Status beschrieben werden sollten. Entscheidend ist auch, ob eine Maßnahme zu den Routinen, Normen, Prioritäten und praktischen Möglichkeiten der adressierten Familien passt. Gleichartige Angebote können deshalb sehr unterschiedliche Reichweite und Wirkung haben.

5. Was wird getan?

Kinder- und Jugendgesundheit ist rechtlich und institutionell breit verankert. Der Rahmen reicht von Grundrechten, UN-Kinderrechtskonvention und UN-

Behindertenrechtskonvention bis zu SGB V, SGB VIII und SGB IX. Er umfasst medizinische Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung ebenso wie Förderung, Beratung, Hilfen zur Erziehung, Kinderschutz sowie Rehabilitation und Teilhabe. Hinzu kommen weitere Unterstützungsstrukturen wie Frühe Hilfen, Kindertagesbetreuung und schulische Angebote. Die Tabelle gibt einen Überblick über die zentralen Handlungsfelder und Rechtsgrundlagen.

Zentrale rechtliche Handlungsfelder der Kinder- und Jugendgesundheit

Rechtsbereich	Zentrale Leistungen und Aufgaben
SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung	Prävention und Gesundheitsförderung; Schutzimpfungen; Früherkennungsuntersuchungen; ärztliche, psychotherapeutische und stationäre Behandlung; Arznei-, Heil- und Hilfsmittel; sozialpädiatrische Versorgung
SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe	Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit und Schulsozialarbeit; Förderung der Erziehung in der Familie; Kindertagesbetreuung; Hilfen zur Erziehung; Eingliederungshilfe bei seelischer oder drohender seelischer Behinderung; Kinderschutz und Inobhutnahme
SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe	Medizinische Rehabilitation; Früherkennung und Frühförderung; heilpädagogische Leistungen; Leistungen zur Teilhabe an Bildung, darunter Schulbegleitung; Assistenzleistungen und Soziale Teilhabe
KKG – Frühe Hilfen und Kinderschutz	Frühe, koordinierte und multiprofessionelle Unterstützung von Schwangeren und Familien mit kleinen Kindern; Netzwerkstrukturen und Kooperation im Kinderschutz
Weitere Rechtsbereiche	Öffentlicher Gesundheitsdienst, Schulgesundheit und inklusive Bildung nach Landesrecht; Infektionsschutz;

Rechtsbereich	Zentrale Leistungen und Aufgaben
	Unfallversicherungsschutz in Kita und Schule; Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sowie Kinder- und Jugendschutz

KKG: Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz; SGB: Sozialgesetzbuch.
Schulbegleitung kann je nach Art der Behinderung nach dem SGB VIII oder dem SGB IX erbracht werden. Frühe Hilfen nach dem KKG sind von der behinderungsspezifischen Frühförderung nach dem SGB IX zu unterscheiden.

Über die gesetzlich geregelten Leistungen hinaus besteht eine breite und institutionell heterogene Landschaft aus politischen Strategien, Empfehlungen und Bestandsaufnahmen, aber auch Förderprogrammen und konkreten Präventionsangeboten [74–92].

Zu den finanzstärksten Förderansätzen zählt das Startchancen-Programm, mit dem Bund und Länder über zehn Jahre rund 20 Milliarden Euro für mehr als 4 000 Schulen mit einem hohen Anteil sozial benachteiligter Schülerinnen und Schüler bereitstellen [12, 93]. Hinzu kommen zahlreiche Angebote von Krankenkassen, Stiftungen, Vereinen und weiteren Trägern. Das Programm Klasse2000 existiert seit dem Schuljahr 1991/92. Bislang haben rund 2,4 Millionen Kinder daran teilgenommen. Im Schuljahr 2024/25 erreichte das Programm 22 293 Klassen und damit 14,9 Prozent aller Schulklassen in Deutschland. fit4future wurde 2005 initiiert und seit 2016 gemeinsam mit der DAK-Gesundheit ausgebaut. Datenbanken und Plattformen wie die Grüne Liste Prävention, die Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit, das GKV-Bündnis für Gesundheit und die IN-FORM-Projektdatenbank dokumentieren darüber hinaus eine Vielzahl weiterer Aktivitäten.

Und selbstverständlich sind auch die Eltern ein zentraler Bestandteil des Unterstützungssystems. Sie gestalten die Bereiche Ernährung, Bewegung, Mediennutzung und Tagesstruktur durch Routinen, Regeln, Begleitung sowie die Auswahl zusätzlicher Angebote, wie beispielsweise Sportvereine oder Nachhilfe. Viele Interventionen sind deshalb Koproduktionen. Sie funktionieren nur, wenn Kinder, Jugendliche, Eltern, Schule und weitere Akteure ihren Beitrag leisten. Genau hier liegt ein Teil des Problems. Denn je stärker eine Maßnahme auf Mitwirkung, Motivation und Alltagsdisziplin angewiesen ist, desto anfälliger wird sie für soziale Ungleichheit, Überforderung und eine unzureichende Nähe zur Lebenswelt.

6. Was bringt es?

Vor jeder Bewertung ist zu klären, was als Wirkung gelten soll. Prozessmaße wie Teilnahmezahlen, Akzeptanz, Zufriedenheit oder Wissenszuwächse zeigen lediglich, dass etwas stattgefunden hat. Sie belegen aber nicht, dass Gesundheit, Lebensqualität, psychosoziale Funktionsfähigkeit, schulische Teilhabe oder langfristige Entwicklung verbessert wurden. Eine Maßnahme kann schon früh scheitern, weil sie nicht ankommt, nicht verstanden wird, nicht motiviert, nicht umgesetzt wird oder keine relevanten Effekte erzeugt.



Gestuftes Wirkmodell zur Veranschaulichung potenzieller Wirkungsverluste

Beim Rauchen ist die Evidenzlage recht eindeutig. Elternbasierte Interventionen zeigten in randomisierten Studien keinen Nutzen. Im Langzeitverlauf fand sich sogar ein ungünstiges Signal [94]. Für Klasse2000 wurden kleine Effekte auf den Einstieg ins Rauchen bis zu drei Jahre nach Programmende berichtet. Eine spätere niedersächsische Evaluation bestätigte jedoch keinen konsistenten Effekt bis zur 9. Klasse [95–97]. Günstigere Zusammenhänge zeigen sich für umfassende Tabakkontrollmaßnahmen, insbesondere Werbeverbote, Unterstützungsangebote zum Rauchstopp sowie Preis- und Steuermaßnahmen [94, 98]. Struktur verändert Verhalten offenbar verlässlicher als Appell.

Auch hinsichtlich Alkoholkonsum fand eine Metaanalyse keinen positiven Gesamteffekt [94]. Für Klasse2000 liegen nicht-randomisierte Nachuntersuchungen mit Vergleichsgruppe vor: Zu Beginn der 6. Klasse hatten 12,3 Prozent der Jugendlichen aus der Interventionsgruppe und 20,7 Prozent aus der Kontrollgruppe bereits Alkohol getrunken. In späteren Untersuchungen war

dieser Unterschied nicht mehr nachweisbar [66, 96]. Hinweise auf Effekte fanden sich vor allem bei riskanteren Konsummustern bei bereits alkoholerfahrener Jugendlicher [66]. Wegen der kleinen Teilgruppen sind diese Unterschiede jedoch vorsichtig zu interpretieren. Auch die niedersächsische Evaluation fügt sich in dieses Bild: In Klasse 9 zeigten sich nur einzelne Unterschiede, die in den adjustierten Analysen nicht durchgängig robust waren [97].

Problematischer Haschischkonsum, definiert als mehrmaliger Konsum pro Monat, wurde von 2,9 Prozent der Jugendlichen, die an Klasse2000 teilgenommen hatten, und von 4,2 Prozent der Kontrollgruppe berichtet (OR 0,68; Effektstärke −0,22; 95%-KI [−0,40; −0,03]; p=0,024; nach Gewichtung p=0,016). Nach Geschlecht differenziert war dieser Unterschied nur bei Mädchen nachweisbar. Unter den Jugendlichen mit Cannabiserfahrung war die Konsumhäufigkeit in der Klasse2000-Gruppe geringer (Effektstärke −0,21; 95%-KI [−0,38; −0,05]; p=0,004; nach Gewichtung p=0,002). Die Unterschiede waren damit statistisch nachweisbar, ihrer Größenordnung nach jedoch klein [97].

Im Themenfeld psychische Gesundheit zeigt sich ein Muster, das in der Präventionsforschung häufig zu finden ist: Nachgewiesen werden Verbesserungen von Wissen, Gesundheitskompetenz und dem Zutrauen in die eigene Handlungsfähigkeit. Ob sich dadurch relevante gesundheitliche Endpunkte verbessern, wird jedoch sehr oft nicht untersucht [99]. Bewegungsinterventionen zeigen kurzfristige Effekte auf depressive Symptome (Hedges g=−0,29; 95 %-KI [-0,47; -0,10]; p=0,004), aber keine signifikanten Follow-up-Effekte [100]. Bei Kindern und Jugendlichen mit neuroentwicklungsbezogenen Störungen fallen die Effekte stärker aus: In einer Metaanalyse zeigten die Interventionen Effektgrößen von g=0,67 für die psychische Gesundheit insgesamt (95 %-KI [0,50; 0,85]; p<0,001) und g=0,81 für Angst und Depressionen (95 %-KI [0,31; 1,32]; p=0,003) [101]. Bewegung ist damit keine Wunderwaffe,

aber in bestimmten Zielgruppen und bei ausreichend intensiver Durchführung eine ernstzunehmende Intervention, um psychische Gesundheit zu beeinflussen.

Hinsichtlich Ernährung und Bewegung in der Schule zeigte Klasse2000 in einer randomisierten Auswertung einzelne Effekte, etwa beim Konsum von Süßigkeiten und Softdrinks sowie beim aktiven Schulweg. Kein Effekt war bei Wasserkonsum, Vereinssport oder Bewegungsfreude erkennbar [102]. Fit4future berichtete eine Aktivitätssteigerung von 22 auf 36 Prozent, allerdings ohne Kontrollgruppe [103]. Die tatsächlichen gesundheitlichen Effekte wurden in einer britischen Studie untersucht: Kostenlose Schulmahlzeiten senkten die Adipositasprävalenz je nach Altersgruppe und Kontrollgruppe signifikant um 0,6 bis 1,4 Prozentpunkte, was einem relativen Rückgang um zwei bis elf Prozent entsprach [104]. Es ließen sich somit Effekte feststellen, diese waren jedoch moderat.

Wirkungsvoll sind hingegen mehrdimensionale, alltagsnahe Programme wie das britische Sure Start [105]. Das Programm verband Gesundheitsangebote, Elternberatung, frühe Bildung und Kinderbetreuung. Berichtet wurden zwar nur kleine Verbesserungen der Schulleistungen: im Alter von elf Jahren entsprachen sie ungefähr einem zusätzlichen Monat Lernfortschritt. Allerdings sank die Zahl der Hospitalisierungen bis zum Alter von 15 Jahren um rund 8,5 Prozent gegenüber dem Ausgangsniveau. Bei 12- bis 14-Jährigen halbierten sich die psychisch bedingten Hospitalisierungen, und bei 15-Jährigen sank die Zahl der unentschuldigten Fehlzeiten um 15 Prozent. Ökonomisch standen Kosten von rund 2,7 Milliarden Pfund pro Kohorte einem geschätzten Gesamtnutzen von rund 5,5 Milliarden Pfund gegenüber [105]. Grenzen bleiben: Es handelt sich nicht um eine randomisierte kontrollierte Studie, die Modellierung ist mit Unsicherheiten verbunden, und schwere Problemlagen erforderten weiterhin gezielte Hilfen. Dennoch zeigt das Beispiel, dass frühe, integrierte und

alltagsnahe Ansätze breiter wirken können als späte Einzelinterventionen.

Für medizinische und psychotherapeutische Maßnahmen ist die Lage ambivalent.

Zu pharmakologischen Interventionen liegt eine Vielzahl randomisierter Studien vor, da diese auch für die Zulassung eingefordert werden. Ein Umbrella-Review aus dem Jahr 2021 mit 14 Netzwerk-Metaanalysen und 90 Metaanalysen randomisierter Studien bei Kinder und Jugendlichen zeigt heterogene Ergebnisse. Die am besten belegten Wirksamkeitsbefunde fanden sich bei ADHS sowie bei einzelnen schweren psychischen Störungen. Bei depressiven Störungen waren die Ergebnisse dagegen weniger eindeutig [106].

Eine Cochrane-Netzwerk-Metaanalyse aus dem Jahr 2021 mit 26 randomisierten Studien zu neueren Antidepressiva bei 6- bis 18-Jährigen mit klinisch diagnostizierter Major Depression bestätigt diese zurückhaltende Einschätzung. Für die primären Endpunkte, nämlich kein Fortbestehen der Diagnose und Suizid, lagen keine Daten vor. Auf sekundären Symptomskalen zeigten mehrere Substanzen gegenüber Placebo nur kleine Unterschiede. Zudem waren Kinder und Jugendliche mit Risiko für Selbstverletzung oder Suizidalität häufig ausgeschlossen [107].

Zur pharmakologischen Behandlung im Versorgungsalltag liegt vor allem für ADHS Evidenz vor. Ein systematischer Review register- und datenbankbasierter Beobachtungsstudien fand unter ADHS-Medikation Hinweise auf günstigere funktionelle Outcomes, darunter bessere schulische Leistungen sowie geringere Risiken für Unfälle, Verletzungen, Substanzgebrauchsstörungen, Suizidalität und delinquentes Verhalten [108]. Hinsichtlich unfallbedingter Verletzungen zeigte eine weitere Metaanalyse zumindest kurzfristig einen protektiven Effekt [109].

Für Depressionen und andere psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter liegt dagegen nur wenig Evidenz aus der Routineversorgung vor.

Psychosoziale Interventionen zeigten im bereits zitierten Umbrella-Review ebenfalls Effekte, unter anderem bei Angst-, Zwangs- und posttraumatischen Belastungsstörungen. Die Effekte waren jedoch noch heterogener als diejenigen pharmakologischer Interventionen, und die Autoren weisen darauf hin, dass Vergleiche gegen Warteliste oder keine Intervention Effektgrößen überschätzen können [106].

Die Evidenzlage zur psychotherapeutischen Routineversorgung ist uneinheitlich. Frühere Analysen fanden teils vergleichbare, teils geringere Effekte als in klinischen Studien. Mögliche Gründe sind Unterschiede in der Behandlungsintegrität, also der kompetenten und protokollnahen Umsetzung, stärkere Patientenselektion in klinischen Studien sowie Unterschiede zwischen Settings, Behandlern und Patientenpopulationen [110]. Für Kinder und Jugendliche liegt eine Metaanalyse aus dem Jahr 2023 mit 45 randomisierten kontrollierten Studien aus Routine-Settings und 4 901 Teilnehmenden vor. Bei Angststörungen zeigten sich gegenüber nicht-aktiven Kontrollen kleine bis mittlere kurzfristige Effekte, abhängig von der Beurteilungsperspektive: Standardized mean difference (SMD) −0,26 im Kinderbericht, SMD −0,25 im Elternbericht und SMD −0,50 bei unabhängiger Beurteilung. Bei depressiven Symptomen waren die Effekte kleiner, mit SMD −0,19 im Kinderbericht und SMD −0,34 im Elternbericht. Für Depressionen zeigte sich ein Vorteil gegenüber Warteliste, aber nicht gegenüber Standardtherapie. Damit existiert zwar randomisierte Routine-Evidenz zur Psychotherapie bei Angst- und depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter, allerdings mit überwiegend kleinen, vor allem kurzfristigen Effekten, begrenzter Evidenz zu Remission und Follow-up sowie unterschiedlichen Ergebnissen je nach Beurteilungsperspektive [111].

Für Maßnahmen auf der Grundlage anderer Sozialgesetzbücher ist die Evidenz deutlich schwächer. So liegen aus einer Berliner Evaluation von Hilfen zur Erziehung Hinweise auf positive Entwicklungen vor, diese beruhen jedoch nicht auf echten Vergleichsgruppen, die Effektmessung ist methodisch nur begrenzt transparent und aussagekräftige und umfassende Daten sind nicht veröffentlicht [112]. Für die Schulbegleitung stehen in einer Hamburger Evaluation vor allem strukturelle, prozessuale und subjektive Bewertungen aus Sicht der Beteiligten im Vordergrund, während belastbare kausale Wirkungsnachweise auf Bildungs-, Teilhabe- oder Gesundheitsendpunkte fehlen [113]. Auch für inklusive Fördermodelle zeigt eine Evaluation des Rügener Inklusionsmodells keine Kompensation der Entwicklungsrisiken. So bestanden trotz Förderung weiterhin belastete Bildungs- und Entwicklungsverläufe [114].

Maßnahmen können zudem nur wirken, wenn sie auch verfügbar sind. Die Daten der letzten Jahre zeigen hier erhebliche Engpässe, und das nicht nur in der kinder- und jugendärztlichen Versorgung [115, 116].

Besonders gut dokumentiert ist die Lücke in der ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Nach der dritten Erhebungswelle des BiPsy-Versorgungsmonitors (Bildung und Psychische Gesundheit) erhält eine Praxis durchschnittlich sechs bis sieben Anfragen pro Woche; nur etwa die Hälfte der Anfragenden bekommt einen Sprechstundentermin, 36 Prozent innerhalb von vier Wochen. Von den behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten erhalten 55 Prozent anschließend einen Therapieplatz. Von der ersten Anfrage bis zum Therapiebeginn vergehen im Durchschnitt 32,5 Wochen [117].

Auch Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) sind nur mit erheblicher Verzögerung erreichbar. Nach SPZ-Strukturdatenumfrage für 2022 berichtete von 85

teilnehmenden SPZ nur eines Wartezeiten bis drei Monate (1,2 Prozent), 26 bis sechs Monate (30,6 Prozent), 30 bis neun Monate (35,3 Prozent), 22 bis zwölf Monate (25,9 Prozent) und sechs über zwölf Monate (7,1 Prozent). [118].

Bei autismusspezifischen Angeboten bestehen ebenfalls Wartezeiten von mehr als zwölf Monaten, sofern regional überhaupt Angebote verfügbar sind [119].

Damit relativiert sich die Frage „Was wirkt?“: Studien zeigen, was unter definierten Bedingungen möglich ist. Die Versorgung entscheidet jedoch, ob Hilfe rechtzeitig ankommt. Monate ohne Diagnostik, Therapie oder familienbezogene Unterstützung können bedeuten, dass Belastungen chronifizieren, Schulprobleme eskalieren und aus behandelbaren Problemen komplexe Problemlagen werden.

7. Was folgt daraus?

Wenn viele Aktivitäten nur kleine, selektive oder instabile Effekte zeigen, muss dies nicht an den jeweiligen Maßnahme selbst liegen. Vielmehr kann dies auf ungünstige Kontexte, strukturelle Hürden und tieferliegende Ursachen hinweisen. So können schon vor der eigentlichen Hilfe Zugangshürden bestehen: Scham, Stigma, Misstrauen, geringe Kenntnis von Hilfen, Zeitmangel, finanzielle Belastungen und regionale Versorgungslücken. Viele Kinder, Jugendliche und Eltern suchen und finden Unterstützung gar nicht oder erst spät bzw. niederfrequent. Gerade im psychischen Bereich ist der Abstand zwischen Bedarf und tatsächlicher Versorgung groß.

Hinzu kommt, dass Kommunikation und Lebenswelt oft nicht zusammenpassen. Institutionen arbeiten mit klassischen Formaten wie Flyern, Broschüren und

Websites in oft anspruchsvoller Sprache. Jugendliche informieren sich dagegen über TikTok, Instagram oder YouTube in kurzer, beiläufiger und emotional anschlussfähiger Form. Sprachhürden reichen über Migration hinaus. Auch viele deutschsprachige Familien sind von komplexen Informationen und Antragsverfahren überfordert. Maßnahmen, die auf Lesen, Verstehen und Reflektieren angewiesen sind, bleiben daher in ihrer Reichweite begrenzt.

Das System selbst ist stark fragmentiert. Leistungen für ein Kind können parallel über Krankenkasse, Jugendhilfe, Eingliederungshilfe, Schule und freie Träger laufen. Zuständigkeiten und Finanzierungslogiken sind nach Sektoren getrennt. An Übergängen entstehen Brüche, kontinuierliche Begleitung fehlt häufig.

Selbst gute Programme und Maßnahmen werden im Alltag zudem oft nur teilweise umgesetzt. Zeitmangel, Konkurrenz durch andere Schulaktivitäten, Anpassungen an Klassen, Personalwechsel und hohe Personalausfallraten machen aus einem standardisierten Programm schnell ein verkürztes Angebot.

Daraus ergeben sich fünf Konsequenzen:

- Erstens braucht es bessere Evaluation. Viele Evaluationen bleiben methodisch hinter dem zurück, was in anderen Bereichen des Gesundheitswesens selbstverständlich wäre. Notwendig sind belastbare Aussagen zu relevanten Endpunkten und weniger symbolische Evaluation.
- Zweitens müssen Maßnahmen umsetzbar geplant werden. Angebote sollten von Personal, Zeit, Alltag und Steuerbarkeit her gedacht werden. Auf kostenintensive Maßnahmen ohne belastbaren Evidenznachweis und ohne ausreichende Effekte sollte verzichtet werden.
- Drittens ist Koproduktion an realistische Mitwirkungsvoraussetzungen gebunden. Viele Interventionen setzen eine kontinuierliche und engagierte

Beteiligung von Kindern, Jugendlichen und Eltern voraus. Die hierfür erforderlichen zeitlichen, kognitiven, emotionalen und organisatorischen Ressourcen sind jedoch ungleich verteilt. Strukturelle Maßnahmen haben den Vorteil, weniger stark von individueller Motivation und Ressourcen abzuhängen.

- Viertens müssen Lebenswelten ernst genommen werden. Einheitsangebote reichen bei heterogenen Zielgruppen nicht aus.
- Fünftens sollte Wohlbefinden differenziert bewertet werden. Lebenszufriedenheit ist mehr als die Summe objektiver Indikatoren und hängt auch von Erwartungen, sozialen Vergleichen und kulturellen Deutungsmustern ab.

Erfolgversprechender als immer neue und ähnliche Einzelprogramme erscheinen frühe, alltagsnahe, strukturell klügere und belastbarer evaluierte Ansätze, die Kontexte, Routinen und Anreize tatsächlich verändern. Der Maßstab ist nicht die Aktivität des Systems, sondern der belegbare Nutzen für Gesundheit, Lebensqualität, Teilhabe und langfristige Entwicklung.



Prof. Dr. Eva Susanne Dietrich

ist Apothekerin und Pharmakoökonomin. Sie erwarb einen Master in Health Technology Assessment and Management an der Universität Barcelona und lehrt seit über 25 Jahren an der Universität Bonn Pharmakoökonomie, evidenzbasierte Medizin, Nutzenbewertung und Arzneimittelregulierung. Bei der

Kassenärztlichen Bundesvereinigung leitete sie die Abteilung Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel und war zugleich stellvertretendes Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses. Für die Techniker Krankenkasse baute sie ein wissenschaftliches Institut auf und leitete den Geschäftsbereich Gesundheitswissenschaften. 2018 gründete sie das Institut für Evidenzbasierte Positionierung im Gesundheitswesen und begleitet seitdem als unabhängige Beraterin Unternehmen bei Market Access, Nutzenbewertung und AMNOG-Verfahren. Ihre fachlichen Schwerpunkte liegen im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung und in der Steuerung von Arzneimittelausgaben.

Literaturverzeichnis

1. Statistisches Bundesamt (2026) Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre. https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/12411/table/12411-0005. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
2. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2024) Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. https://www.kbv.de/documents/infothek/zahlen-und-fakten/Bundesarztregister/2024-12-31-BAR-Statistik.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
3. Bundesärztekammer (BÄK) (2025) Ärztestatistik zum 31. Dezember 2024. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/AErztestatistik_2024.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
4. Statistisches Bundesamt (2026) 32 700 Träger der Kinder- und Jugendhilfe im Jahr 2024. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kinderhilfe-Jugendhilfe/aktuell-traeger-kinder-jugendhilfe.html. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
5. Statistisches Bundesamt (2025) 1 029 000 Personen erhielten 2024 Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialhilfe/eingliederungshilfe.html. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
6. Niedersächsischer Landkreistag (2023) Dramatischer Anstieg der Fallzahlen: Ausgaben für Schulbegleiter in acht Jahren mehr als verdreifacht. https://www.nlt.de/dramatischer-anstieg-der-fallzahlen-ausgaben-fuer-schulbegleiter-in-acht-jahren-mehr-als-verdreifacht/. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
7. Statistisches Bundesamt (2021) Immer mehr Eingliederungshilfen für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/05/PD21_N027_221.html.

Zuletzt geprüft am 04.07.2026.

8. Butz T (2026) Schulbegleitung: Warum Schulbegleiter unverzichtbar sind und was sich ändern soll. https://deutsches-schulportal.de/bildungswesen/immer-mehr-kinder-bekommen-unterstuetzung-durch-schulbegleiter/#wie-viele-schulbegleiterinnen-und-schulbegleiter-arbeiten-in-deutschland. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
9. Humpert E (2025) Schulbegleitung: Herkunft und Historie. https://www.teamlike-schulbegleitung.de/schulbegleitung-herkunft-und-historie. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
10. n-tv (2026) Immer mehr Schulbegleiter in Sachsen-Anhalt. https://www.n-tv.de/regionales/sachsen-anhalt/Immer-mehr-Schulbegleiter-in-Sachsen-Anhalt-id30779920.html. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
11. Der Paritätische (2026) Drohender Kahlschlag im Sozialen: Ein aktuelles Arbeitspapier von Bund, Ländern und kommunalen Spitzenverbänden enthüllt drastische Kürzungspläne in der Kinder- und Jugendhilfe und der Eingliederungshilfe. https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/doc/paritaetischer_drohender-kahlschlag-2026.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
12. Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMBFSFJ) (2026) Startchancen-Programm. https://www.bmbfsfj.bund.de/bmbfsfj/themen/bildung/schule/startchancen-programm-274440. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
13. Klasse2000 (2026) Homepage. https://www.klasse2000.de/. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
14. DAK Gesundheit (2026) fit4future - Wir machen Kinder und Jugendliche fit für die Zukunft! https://fit-4-future.de/. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
15. Messing S, Birkholz L, Resch J, Brandl J, Lorenz E, Abu-Omar K (2025) Bewegung und Bewegungsförderung in Deutschland – ein Überblick. Journal of health monitoring:10:e13544. doi:10.25646/13544.
16. Bach M (2024) Allgemeinbildende und berufliche Schulen - Sozialbericht 2024. https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/sozialbericht-2024/553113/allgemeinbildende-und-berufliche-schulen/. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
17. Fachstelle für Internationale Jugendarbeit der Bundesrepublik Deutschland e.V. (IJAB) (2023) Infosystem. Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. https://www.kinder-jugendhilfe.info/fileadmin/PDF/DE_Infosystem_KJH_Deutschland_2024_PDF.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
18. SINUS, Barmer (2026 [noch nicht publiziert]) Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter Jugendlichen 2025/2026: Eine SINUS-Studie im Auftrag der Barmer.
19. SINUS, Barmer (2024) Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter Jugendlichen 2024/2025: Eine SINUS-Studie im Auftrag der BARMER. https://www.barmer.de/resource/blob/1337544/072e20bdc2655735de9a48d753671a41/sinus-studie-jugendbericht-2024-2025-data.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
20. Calmbach M, Flaig B, Gensheimer, Gaber R, Gensheimer T, Schleer, Möller-Slawinski, Heide, et al. (2024) Wie ticken Jugendliche? Lebenswelten von Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren in Deutschland. https://www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/u18_SINUS-Jugendstudie_Wie-ticken-Jugendliche_2024_Print_24-06-07_Sperrfrist_12.06.24_12.00.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
21. Sachverständigenrat für Integration und Migration (2024) Fakten zur Einwanderung in Deutschland. https://www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2024/12/SVR-Kurzbuendig_Einwanderung_2024.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
22. Bundeszentrale für politische Bildung (2022) Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Alter. Die soziale Situation in Deutschland. https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/150599/bevoelkerung-mit-migrationshintergrund-nach-alter/. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
23. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2024) Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund neu entdecken. https://www.bib.bund.de/DE/Publikationen/Broschueren/Online/Die-Bevoelkerung-mit-Migrationshintergrund-neu-entdecken.html. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
24. Forell M, van Ackeren-Mind I, Bellenberg G, Dominique Klein E (2024) Woher und wohin 2024: Soziale Herkunft und Bildungserfolg. https://www.wuebben-stiftung-bildung.org/wp-content/uploads/2024/11/WST-47-001-WOHER-UND-WOHIN-WEB_final.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
25. Steinig W, Betzel D (2014) Schreiben Grundschüler heute schlechter als vor 40 Jahren? Texte von Viertklässlern aus den Jahren 1972, 2002 und 2012. In: Plewnia A, Witt A (Hrsg.). Sprachverfall? Dynamik - Wandel - Variation. Berlin: de Gruyter. 353–371.

26. Höhn C (2020) Entwicklung der Säuglingssterblichkeit und ihre Einflussgrößen: Ergebnis einer Sonderauszählung für das Jahr 1973. WISTA:76–89.
27. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2026) Säuglingssterblichkeit. https://www.statistikportal.de/de/nachhaltigkeit/ergebnisse/ziel-3-gesundheit-und-wohlergehen/saeuglingssterblichkeit. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
28. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2019) Rauchen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. https://www.bioeg.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/Alkoholsurvey_2018_Bericht-Rauchen.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
29. Orth B, Spille-Merkel C, Nitzsche A (2025) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2023. https://www.bioeg.de/fileadmin/user_upload/Studien/PDF/DAS_2023_Forschungsbericht_final.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
30. Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) (2021) Frühkindliche Karies vermeiden: Ein Konzept zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern. https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/presse/pk/140207/ECC_Konzept.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
31. Statistisches Bundesamt (2026) Psychische Erkrankungen 2024 die Ursache für 18,9% der Krankenhausbehandlungen von 10- bis 19-Jährigen. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2026/04/PD26_N021_23.html. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
32. aman A, Erhart M, Devine J, Napp A-K, Reiß F, Behn S, Ravens-Sieberer U (2025) Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Zeiten globaler Krisen: Ergebnisse der COPSY-Längsschnittstudie von 2020 bis 2024. [Mental health of children and adolescents in times of global crises: findings from the longitudinal COPSY study from 2020 to 2024]. Bundesgesundheitsbl:68:670–80. doi:10.1007/s00103-025-04045-1.
33. Zeitler A, Diekmannshemke J, Witte J, Wandschneider L, Hasemann L (2025) Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen: Entwicklung der Häufigkeit von Angststörungen, Depressionen und Essstörungen in Deutschland – Ergebnisse des DAK-Kinder- und Jugendreports. https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/153344/data/521d1403fccf17d267521acc0e114e16/dak-kinder-und-jugendreport-2025-angststoerungen.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
34. Plener PL, Kaess M, Schmahl C, Pollak S, Fegert JM, Brown RC (2018) Nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter. Deutsches Ärzteblatt International:23–30. doi:10.3238/arztebl.2018.0023.
35. Olfs L (2025) Warum ritzt sich mein Kind - Selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen. https://www.fachzentrum-psychotherapie.de/wissen/psychotherapie-news/selbstverletzung-bei-Jugendlichen. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
36. Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) (2026) Wie häufig sind Essstörungen? https://essstoerungen.bioeg.de/was-sind-essstoerungen/wie-haeufig-sind-essstoerungen/. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
37. Statistisches Bundesamt (2025) Immer mehr junge Mädchen werden wegen Essstörungen stationär behandelt. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/08/PD25_N041_231.html. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
38. Göbel K, Baumgarten F, Kuntz B, Höllig H, Schlack R (2018) ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. https://edoc.rki.de/handle/176904/5768. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
39. ADHS Deutschland e. V (2026) Häufigkeit. https://adhs-deutschland.de/adhs-adhs-ads/haeufigkeit. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
40. hkk-Krankenkasse (2026) Mehr Kinder und Jugendliche mit Autismus. https://www.hkk.de/presse/pressemitteilungen/2026-04-01-autismus. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
41. Stanat P, Schipolowski S, Gentrup S, Sachse KA, Weirich S, Henschel S (2025) IQB-Bildungstrend 2024: Mathematische und naturwissenschaftliche Kompetenzen am Ende der 9. Jahrgangsstufe im dritten Ländervergleich. https://www.iqb.hu-berlin.de/media/documents/IQB_Bildungstrend2024_Berichtsband-6.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
42. DAK Gesundheit (2026) DAK-Suchtstudie: Nach der Pandemie nutzt jedes vierte Kind soziale Medien riskant. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
43. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (mpfs) (2025) JIM-Studie 2025: Jugend, Information, Medien. https://mpfs.de/app/uploads/2025/11/JIM_2025_PDF_barrierearm.pdf. Zuletzt geprüft am

04.07.2026.

44. Robert Koch-Institut (RKI) (2024) Themenblatt: Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Studien-und-Surveillance/Studien/Adipositas-Monitoring/Adipositas/HTML_Themenblatt_Adipositas.html. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
45. Robert Koch-Institut (RKI) (2026) Diabetes mellitus Typ 1. https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/KoerperlicheErkrankungen/DiabetesMellitus/diabetesmellitus_node.html. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
46. Robert Koch-Institut (RKI) (2024) Diabetes mellitus Typ 2. https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/KoerperlicheErkrankungen/DiabetesMellitus/Typ2DiabetesPraevalenzU18/typ2DiabetesPraevalenzU18_node.html?darstellung=0&kennzahl=1&zeit=2022&geschlecht=0&standardisierung=0. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
47. Deutsches Kinderkrebsregister (DKKR) (2025) Jahresbericht 2022. https://www.kinderkrebsregister.de/fileadmin/kliniken/dkkr/pdf/jb/jb2022/JB_2022_final.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
48. Kubek L, Wager J, Brzoska P, Fraser L, Zernikow B (2026) Introducing the Descriptive Framework for Assessing Epidemiological Cross-National Transferability: Application to Extrapolating Pediatric Life-Limiting Condition Prevalence Between Two European Countries. Journal of palliative medicine:29:11–24. doi:10.1177/10966218251376899.
49. Deutscher Bundestag (2026) Kleine Anfrage der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Claudia Weiss, Carina Schießl, Kay-Uwe Ziegler, Thomas Dietz, Joachim Bloch, Tobias Ebenberger, Nicole Hess, Dr. Christoph Birghan, Birgit Bessin, Kerstin Przygodda, Alexis Leonard Giersch, Martina Kempf, Stefan Möller, Dr. Paul Schmidt, Gereon Bollmann, Thomas Fetsch und der Fraktion der AfD. Erfassung psychischer Vorerkrankungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Geschlechtsdysphorie-Diagnose vor und nach Transitionierungsmaßnahmen – Transparenz über Komorbiditäten, Screeningverfahren und Langzeitfolgen: Drucksache 21/5111. https://dserver.bundestag.de/btd/21/051/2105111.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
50. Robert Bosch Stiftung (2024) Deutsches Schulbarometer. Befragung Schüler:innen: Ergebnisse von 8- bis 17-Jährigen und ihren Erziehungsberechtigten zu Wohlbefinden, Unterrichtsqualität und Hilfesuchverhalten. https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2024-11/Deutsches%20Schulbarometer_Sch%C3%BCler_2024.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
51. Nagata JM, Otmar CD, Shim J, Balasubramanian P, Cheng CM, Li EJ, Al-Shoaibi AAA, Shao IY, Ganson KT, Testa A, Kiss O, He J, Baker FC (2025) Social Media Use and Depressive Symptoms During Early Adolescence. JAMA Netw Open:8:e2511704. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.11704.
52. Fassi L, Thomas K, Parry DA, Leyland-Craggs A, Ford TJ, Orben A (2024) Social Media Use and Internalizing Symptoms in Clinical and Community Adolescent Samples: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Pediatr:178:814–22. doi:10.1001/jamapediatrics.2024.2078.
53. Fassi L, Thomas K, Parry DA, Leyland-Craggs A, FoSieferle K, Guidi T, Dorr F, Bitzer EM (2025) Quality and Perception of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Content on TikTok: Cross-Sectional Study. JMIR infodemiology:5:e75973. doi:10.2196/75973.rd TJ, Orben A (2024) Social Media Use and Internalizing Symptoms in Clinical and Community Adolescent Samples: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Pediatr:178:814–22. doi:10.1001/jamapediatrics.2024.2078.
54. Helliwell JF, Layard R, Sachs JD, Neve J-E de, Aknin LB, Wang S (2026) World Happiness Report 2026. https://www.worldhappiness.report/ed/2026/. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
55. AOK-Bundesverband und Deutsches Krebsforschungszentrum (2025) Public Health Index 2025. https://www.dkfz.de/fileadmin/user_upload/Krebspraevention/Download/pdf/Buecher_und_Berichte/2025_Public-Health-Index.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
56. Ziegeldorf A, Niermann C, Speer A, Streicher H, Wagner P, Wulff H (2025) Changes of children's physical activity from 1st to 4th grade are related to parents' educational level and Family Health Climate: a longitudinal study with primary school-aged children. Frontiers in sports and active living:7:1537854. doi:10.3389/fspor.2025.1537854.
57. Demetriou Y, Beck F, Sturm D, Abu-Omar K, Forberger S, Hebestreit A, Hohmann A, Hülse H, Kläber M, Kobel S, Köhler K, König S, Krug S, Manz K, Messing S, Mutz M, Niermann C, Niessner C, Schienkiewitz A, Schmidt S, Schnitzius M, Siener M, Speer A, Wagner P, Wäsche H, Reimers AK (2024) Germany's 2022 Report Card on Physical Activity for Children and Adolescents. Ger J Exerc Sport Res:54:260–75. doi:10.1007/s12662-024-00946-6.

58. Robert Koch-Institut (RKI) (2020) EsKiMo II - Die Ernährungsstudie als KiGGS-Modul. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
59. Daly AN, O'Sullivan EJ, Kearney JM (2022) Considerations for health and food choice in adolescents. The Proceedings of the Nutrition Society:81:75–86. doi:10.1017/S0029665121003827.
60. Scaglioni S, Cosmi V de, Ciappolino V, Parazzini F, Brambilla P, Agostoni C (2018) Factors Influencing Children's Eating Behaviours. Nutrients:10:706. doi:10.3390/nu10060706.
61. Savage JS, Fisher JO, Birch LL (2007) Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. The Journal of law, medicine & ethics: a journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics:35:22–34. doi:10.1111/j.1748-720X.2007.00111.x.
62. Khan SR, Uddin R, Mandic S, Khan A (2020) Parental and Peer Support are Associated with Physical Activity in Adolescents: Evidence from 74 Countries. International journal of environmental research and public health:17 12. doi:10.3390/ijerph17124435.
63. Lin H, Chen H, Liu Q, Xu J, Li S (2023) A meta-analysis of the relationship between social support and physical activity in adolescents: the mediating role of self-efficacy. Frontiers in Psychology:14:1305425. doi:10.3389/fpsyg.2023.1305425.
64. Nagata JM, Paul A, Yen F, Smith-Russack Z, Shao IY, Al-Shoaibi AAA, Ganson KT, Testa A, Kiss O, He J, Baker FC (2025) Associations between media parenting practices and early adolescent screen use. Pediatric research:97:403–10. doi:10.1038/s41390-024-03243-y.
65. Montgomery SC, Donnelly M, Bhatnagar P, Carlin A, Kee F, Hunter RF (2020) Peer social network processes and adolescent health behaviors: A systematic review. Preventive medicine:130:105900. doi:10.1016/j.ypmed.2019.105900.
66. Maruska K, Isensee B, Hanewinkel R (2012) Klasse2000. Abschlussbericht. Das Unterrichtsprogramm Klasse2000: Effekte auf Substanzkonsum und Gesundheitsverhalten 3 Jahre nach Ende der Intervention. https://www.ift-nord.de/files/downloads_public/Klasse2000_Abschlussbericht2012.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
67. Arnold N (2011) Einleitung: Vielfalt und Selbstbestimmung im Gesundheitssystem - Wege aus der sozialen Ungleichheit. In: Wippermann C, Arnold N, Möller-Slawinski H, Borchard M, Marx P (Hrsg.). Chancengerechtigkeit im Gesundheitssystem. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 11–23. doi:10.1007/978-3-531-92871-5_1.
68. Khachatryan K, Flockerzi L, Heuer T, Krems C, Storcksdieck genannt Bonsmann S (2025) Ergebnisbericht Online-Befragung nemo Erwachsene (Stand: April 2025). https://www.openagrar.de/receive/openagrar_mods_00108454. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
69. Koschollek C, Bartig S, Rommel A, Santos-Hövener C, Lampert T (2019) Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6105/JoHM_03_2019_Gesundheit_Kinder_Jugendliche_mit_Migrationshintergrund.pdf?isAllowed=y&sequence=1. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
70. Kroneberg C, Seiffert F, Sc M, Heyden A, Pickartz M (2024) Zur Entwicklung der Kinder- und Jugenddelinquenz in Nordrhein-Westfalen: Abschlussbericht zum Teilprojekt „Dunkelfeld“. https://www.im.nrw/system/files/media/document/file/abschlussbericht_dunkelfeld_unikoeln-final.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
71. Schreiner G (1990) Neue Hoffnungen durch Gorbatschow? Einstellungen von Jugendlichen zur militärischen Nutzung der Atomenergie. Die Deutsche Schule:82. doi:10.25656/01:31299.
72. Petri H, Boehnke K, Macpherson MJ, Meader M (1987) Zukunftshoffnungen und Ängste von Kindern und Jugendlichen unter der nuklearen Bedrohung: Analyse einer bundesweiten Pilotstudie. Psychologie und Gesellschaftskritik:11:81–105.
73. Albert M, Quenzel G, Moll F de, Leven I, Wolfert S, Rysina A, et al. (2024) Shell Jugendstudie 2024: Zusammenfassung. https://www.shell.de/about-us/initiatives/shell-youth-study-2024/information.html. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
74. Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMBFSFJ), Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2026) IN FORM: Projektdatenbank. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
75. Robert Koch-Institut (RKI) (2022) Scientific Use Files der Studie KiGGS. https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Forschungsdaten/FDZ/Datenangebot/KiGGS/studie-zur-gesundheit-von-kindern-und-jugendlichen-in-deutschland-kiggs-node.html. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.

76. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2010) Nationales Gesundheitsziel. Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere_Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesund_aufwachsen_Lebenskompetenz__Bewegung__Ernaehrung.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
77. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008) Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/BMG-G-07051-Strategie-Kindergesundheit.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
78. Bundesregierung (2019) Jugendstrategie: Jugendliche beteiligen - an allen Entscheidungen, die sie betreffen. https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/archiv-bundesregierung/jugendstrategie-1701608. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
79. Nationale Präventionskonferenz (2016) Nationale Präventionskonferenz verabschiedet Bundesrahmenempfehlungen. https://www.npk-info.de/aktuelles/detailansicht/nationale-praeventionskonferenz-verabschiedet-bundesrahmenempfehlungen. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
80. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2024) Starke Impulse für Sport und Bewegung in Deutschland: Zweiter Bewegungsgipfel diskutiert Ergebnisse des Runden Tisches Bewegung und Gesundheit und den Entwicklungsplan Sport. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/starke-impulse-fuer-sport-und-bewegung-in-deutschland-pm-12-03-2024. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
81. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2023) Abschlusssitzung „Runder Tisch Bewegung und Gesundheit“. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/abschlusssitzung-runder-tisch-bewegung-und-gesundheit. Zuletzt geprüft am 13.06.2026.
82. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2023) Mehr Unterstützung für Kinder und Jugendliche nach der Pandemie: Kabinett beschließt Bericht und Handlungsempfehlungen zum Thema Kindergesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/handlungsempfehlungen-kindergesundheit-08-02-2023. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
83. Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMBFSFJ) (2026) Arbeitsauftrag der Expertenkommission "Kinder- und Jugendschutz in der digitalen Welt". https://www.bmbfsfj.bund.de/bmbfsfj/themen/kinder-und-jugend/kinder-und-jugendschutz/arbeitsauftrag-der-expertenkommission-kinder-und-jugendschutz-in-der-digitalen-welt--280470. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
84. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2025) Aktualisierung und Weiterentwicklung der Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung (NEBB-Update) | BMG. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung/handlungsfelder/forschungsschwerpunkte/bewegungsfoerderung/nebb-update. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
85. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2022) Bewegungsförderung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Bestandsaufnahme (Langversion). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/BMG_Bestandsaufnahme_Bewegung_Kinder_und_Jugendliche_Langversion_bf.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
86. Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMBFSFJ) (2024) Bundesprogramm fördert auch 2024 Projekte von und für junge Menschen. https://www.bmbfsfj.bund.de/bmbfsfj/aktuelles/alle-meldungen/bundesprogramm-foerdert-auch-2024-projekte-von-und-fuer-junge-menschen-236086. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
87. Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMBFSFJ) (2025) Für gute Kinderbetreuung bundesweit: das KiTa-Qualitätsgesetz. https://www.bmbfsfj.bund.de/bmbfsfj/themen/familie/kinderbetreuung/fuer-gute-kinderbetreuung-bundesweit-das-kita-qualitaetsgesetz-209046. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
88. GKV-Bündnis für Gesundheit (2026) Wir begleiten Sie bei der Gesundheitsförderung. https://www.gkv-buendnis.de/. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
89. Landespräventionsrat Niedersachsen (2026) Grüne Liste Prävention - evaluierte Maßnahmen für ein gesundes und sicheres Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen. https://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
90. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2026) Über die Praxisdatenbank. https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/ueber-die-praxisdatenbank. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.

91. Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Heimat (BMLEH), Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2026) IN FORM - Zusammenspiel der Ernährungsstrategie der Bundesregierung und des Nationalen Aktionsplan IN FORM im Bereich Ernährung. https://www.in-form.de/in-form/zusammenspiel-der-ernaehrungsstrategie-der-bundesregierung-und-des-nationalen-aktionsplan-in-form-im-bereich-ernaehrung. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
92. Träger der Nationalen Präventionskonferenz (2023) Zweiter Präventionsbericht. https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/2_praeventionsbericht/zweiter_npk_praeventionsbericht_barrierefrei.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
93. Sächsisches Staatsministerium für Kultus (2024) Startchancen-Programm (SCP) - Schule und Ausbildung - sachsen.de. https://www.schule.sachsen.de/scp-8458.html. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
94. Champion KE, Gardner LA, McCann K, Hunter E, Parmenter B, Aitken T, Chapman C, Spring B, Thornton L, Slade T, Teesson M, Newton NC (2022) Parent-based interventions to improve multiple lifestyle risk behaviors among adolescents: A systematic review and meta-analysis. Preventive medicine:164:107247. doi:10.1016/j.ypmed.2022.107247.
95. Maruska K, Isensee B, Hanewinkel R (2010) Klasse2000. Abschlussbericht. Das Unterrichtsprogramm Klasse2000: Welche Effekte gibt es über die Grundschulzeit hinaus? https://www.ift-nord.de/files/downloads_public/Klasse2000_Nachbefragung_Abschlussbericht.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
96. Isensee B, Maruska K, Hanewinkel R (2015) Langzeiteffekte des Präventionsprogramms Klasse2000 auf den Substanzkonsum. SUCHT:61:127–38. doi:10.1024/0939-5911.a000365.
97. Krieg Y, Kliem S (2021) Evaluation Klasse2000 in Niedersachsen. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN). ISBN 9783948647032.
98. Starker A, Mößnang D, Kuhnert R (2025) Einordnung der Rauchprävalenz im Kontext der Tabakkontrollmaßnahmen in Europa. Journal of health monitoring:10:e13356. doi:10.25646/13356.
99. Khanal SP, Budhathoki CB, Okan O (2025) Effectiveness of a school-based health literacy intervention in improving adolescent health literacy and the intention to take health-promoting actions. BMC public health:25:3551. doi:10.1186/s12889-025-24827-1.
100. Recchia F, Bernal JDK, Fong DY, Wong SHS, Chung P-K, Chan DKC, Capio CM, Yu CCW, Wong SWS, Sit CHP, Chen Y-J, Thompson WR, Siu PM (2023) Physical Activity Interventions to Alleviate Depressive Symptoms in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA pediatrics:177:132–40. doi:10.1001/jamapediatrics.2022.5090.
101. Liu C, Liang X, Sit CHP (2024) Physical Activity and Mental Health in Children and Adolescents With Neurodevelopmental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA pediatrics:178:247–57. doi:10.1001/jamapediatrics.2023.6251.
102. Kolip P (2017) Wirkt Gesundheitsförderung in der Grundschule? Präv Gesundheitsf:12:211–7. doi:10.1007/s11553-017-0585-2.
103. Schoenfeld J, Kaiser M, Rieger B, Haller B, Halle M, Siegrist M (2025) Effect of lifestyle interventions on cognitive function, physical fitness and activity over 2 years in primary school children: results from the fit4future intervention programme. BMJ open sport & exercise medicine:11:e002277. doi:10.1136/bmjsem-2024-002277.
104. Holford A, Rabe B (2024) Universal free school meals and children's bodyweight. Impacts by age and duration of exposure. Journal of Health Economics:98:102937. doi:10.1016/j.jhealeco.2024.102937.
105. Carneiro P, Cattan S, Conti G, Crawford C, Farquharson C, Ridpath N (2025) The short- and medium-term effects of Sure Start on children's outcomes. https://ifs.org.uk/publications/short-and-medium-term-effects-sure-start-childrens-outcomes. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
106. Correll CU, Cortese S, Croatto G, Monaco F, Krinitski D, Arrondo G, Ostinelli EG, Zangani C, Fornaro M, Estradé A, Fusar-Poli P, Carvalho AF, Solmi M (2021) Efficacy and acceptability of pharmacological, psychosocial, and brain stimulation interventions in children and adolescents with mental disorders: an umbrella review. World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA):20:244–75. doi:10.1002/wps.20881.
107. Hetrick SE, McKenzie JE, Bailey AP, Sharma V, Moller CI, Badcock PB, Cox GR, Merry SN, Meader N (2021) New generation antidepressants for depression in children and adolescents: a network meta-analysis. The Cochrane database of systematic reviews:5:CD013674. doi:10.1002/14651858.CD013674.pub2.
108. Boland H, DiSalvo M, Fried R, Woodworth KY, Wilens T, Faraone SV, Biederman J (2020) A literature review and meta-analysis on the effects of ADHD medications on functional outcomes. Journal of Psychiatric

Research:123:21–30. doi:10.1016/j.jpsychires.2020.01.006.

109. Ruiz-Goikoetxea M, Cortese S, Aznarez-Sanado M, Magallón S, Alvarez Zallo N, Luis EO, Castro-Manglano P de, Soutullo C, Arrondo G (2018) Risk of unintentional injuries in children and adolescents with ADHD and the impact of ADHD medications: A systematic review and meta-analysis. Neuroscience and biobehavioral reviews:84:63–71. doi:10.1016/j.neubiorev.2017.11.007.
110. Gaskell C, Simmonds-Buckley M, Kellett S, Stockton C, Somerville E, Rogerson E, Delgadillo J (2023) The Effectiveness of Psychological Interventions Delivered in Routine Practice: Systematic Review and Meta-analysis. Administration and policy in mental health:50:43–57. doi:10.1007/s10488-022-01225-y.
111. Wuthrich VM, Zagic D, Dickson SJ, McLellan LF, Chen JT-H, Jones MP, Rapee RM (2023) Effectiveness of Psychotherapy for Internalising Symptoms in Children and Adolescents When Delivered in Routine Settings: A Systematic Review and Meta-analysis. Clin Child Fam Psychol Rev:26:824–48. doi:10.1007/s10567-023-00433-8.
112. Tornow H (2013) Abschlussbericht für das Projekt Untersuchung zur Bestimmung steuerungsrelevanter Wirkungsfaktoren im Hilfeplanprozess im Rahmen des gesamtstädtischen Fachcontrollings Hilfen zur Erziehung in Berlin: Bezirksbericht Steglitz-Zehlendorf. https://www.ag78.de/Dateien/05/PDF/2013-09-25_Wirkungsbericht_SZ.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
113. Speck K, Thiele A, Licandro U (2024) Endbericht zum Projekt „Evaluation der Schulbegleitung" in Hamburg. https://daten.transparenz.hamburg.de/Dataport.HmbTG.ZS.Webservice.GetRessource100/GetRessource100.svc/2d2f2c51-f25c-4c68-8c8b-5e2be2f22314/Akte__e340.400.1000-004.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
114. Mahlau K (2023) Bildungswege, Leistungsstände und emotional-soziale Entwicklungen von Jugendlichen mit Sprachentwicklungsstörungen. Forschung Sprache:11:28–47.
115. Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2022) Zum Mangel an der fachärztlichen Versorgung in der Kinder- und Jugendmedizin. https://www.bundestag.de/resource/blob/927138/cd9d4ee27b973afb9ea3b56426fb4288/WD-9-079-22-pdf-data.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
116. Koletzko B, Bühren K, Felderhoff-Müser U, Frank S (2025) Kindergesundheitsbericht 2025, Fokus Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen, Stiftung Kindergesundheit 2025. https://www.kindergesundheit.de/_docs/Kindergesundheitsbericht-2025.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
117. Rodney-Wolf K (2026) BiPsy-Monitoring der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Einblick in erste Ergebnisse aus der dritten Erhebungswelle April 2026. https://www.bipsy.de/wp-content/uploads/Fact-Sheet_T3_ohne-Feedback.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
118. Wurst C (2024) Wartelisten in Sozialpädiatrischen Zentren – ein bundesweiter Überblick. https://viff-fruehfoerderung.de/wp-content/uploads/2024/10/2024_10_11_Wiesbaden_ViFFiL-Wurst.pdf. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.
119. Autismus-Stiftung (2026) Ein Jahr Warten auf den Autismus-Therapieplatz - Autismus-Stiftung. https://autismusstiftung.de/2026-06-08-ein-jahr-warten-auf-den-autismus-therapieplatz/. Zuletzt geprüft am 04.07.2026.

Förderung von Kinder- und Jugendgesundheit im Rahmen einer Nationalen Präventionsstrategie

Dr. med. Ute Teichert

Abstract

Die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland hat sich in den vergangenen Jahren in zentralen Bereichen verschlechtert. Psychische Erkrankungen, Übergewicht und gesundheitliche Ungleichheit nehmen zu, während gleichzeitig Versorgungsdefizite, Fachkräftemangel und strukturelle Finanzierungslücken bestehen. Der Beitrag analysiert aktuelle Herausforderungen der Kinder- und Jugendgesundheit, beschreibt die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und diskutiert politische Handlungsoptionen für eine wirksame Nationale Präventionsstrategie. Im Mittelpunkt steht die Forderung, Kinder und Jugendliche als eigenständige Zielgruppe gesundheitspolitischer Prävention zu verankern.

Förderung von Kinder- und Jugendgesundheit im Rahmen einer Nationalen Präventionsstrategie

Einleitung

Die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland steht zunehmend im Fokus gesundheitspolitischer Debatten. Dabei zeigen aktuelle Studien und Berichte erhebliche Defizite in der Prävention und Gesundheitsförderung auch bei jungen Menschen. Besonders auffällig sind die Zunahme psychischer Belastungen, die hohe Prävalenz von Übergewicht und Adipositas sowie die enge Verknüpfung von Gesundheitschancen mit sozialer Herkunft.

Die vergangenen Jahre waren geprägt von multiplen gesellschaftlichen Krisen. Die Folgen der COVID-19-Pandemie, internationale Konflikte, wirtschaftliche Unsicherheiten, die Klimakrise sowie gesellschaftliche Polarisierung wirken sich nachhaltig auf das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen aus. Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass insbesondere vulnerable Gruppen von diesen Entwicklungen betroffen sind.

Vor diesem Hintergrund gewinnt die Diskussion um eine umfassende Nationale Präventionsstrategie an Bedeutung. Ziel muss es sein, Gesundheitsförderung nicht nur als individuelle Verhaltensfrage zu verstehen, sondern als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die Lebenswelten, soziale Bedingungen und strukturelle Rahmenbedingungen einbezieht.

Die folgenden Ausführungen analysieren die aktuelle Lage der Kinder- und Jugendgesundheit, beleuchten strukturelle Defizite des bestehenden Systems und zeigen Ansätze für eine zukunftsfähige Präventionspolitik auf.

Die Lage der Kinder- und Jugendgesundheit

Die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen ist in mehreren Bereichen besorgniserregend. Besonders deutlich zeigt sich dies bei psychischen Erkrankungen, Adipositas sowie sozial bedingten Gesundheitsungleichheiten.Diese Entwicklungen haben sich während der Corona-Pandemie noch verstärkt.

Psychische Gesundheit

Die psychische Gesundheit junger Menschen hat sich in den vergangenen Jahren erheblich verschlechtert. Nach aktuellen Daten des Statistischen Bundesamts wurden 2024 insgesamt 116.300 Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 19 Jahren stationär wegen psychischer Erkrankungen behandelt. Dies entspricht 18,9 Prozent aller Krankenhausbehandlungen dieser Altersgruppe. Im Vergleich zum Jahr 2004 bedeutet dies einen Anstieg um 36,5 Prozent.

Besonders alarmierend ist die Entwicklung bei Angststörungen. Bei Mädchen im Alter zwischen 15 und 17 Jahren wurde zwischen 2019 und 2024 ein Anstieg um 53 Prozent registriert. Schätzungsweise 75.500 Teenagerinnen sind betroffen. Gleichzeitig zeigt die vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführte COPSY-Studie, dass etwa jedes fünfte Kind eine eingeschränkte Lebensqualität aufweist. Besonders betroffen sind Mädchen ab dem 14. Lebensjahr.

Die Ursachen psychischer Belastungen sind vielfältig. Laut COPSY-Studie zählen Kriege und Terrorismus, wirtschaftliche Unsicherheit, die Klimakrise sowie gesellschaftliche Spaltung und Zuwanderungsdebatten zu den wichtigsten

Belastungsfaktoren. Diese Entwicklungen verdeutlichen, dass psychische Gesundheit nicht isoliert betrachtet werden kann, sondern eng mit gesellschaftlichen Rahmenbedingungen verknüpft ist.

Adipositas und Bewegungsmangel

Auch Übergewicht und Adipositas sind zentrale Herausforderungen. Bereits heute leidet fast jedes sechste Kind in Deutschland an Übergewicht oder Adipositas. Als Folgen können Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus bis hin zu Gefäßschäden auftreten.

Die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina warnt vor einer Adipositas-Epidemie mit erheblichen gesundheitlichen und volkswirtschaftlichen Konsequenzen. Die Folgekosten werden auf zwei bis drei Prozent des deutschen Bruttoinlandsprodukts geschätzt. Dies entspräche mehr als 100 Milliarden Euro jährlich.

Besonders problematisch ist die zunehmende Bewegungsarmut bei Kindern und Jugendlichen. Fehlende Bewegungsräume, eingeschränkter Schulsport sowie mangelnde Sportangebote in sozial benachteiligten Regionen und Quartieren verstärken das Problem. Hinzu kommen Defizite beim Schwimmunterricht. Laut DLRG können bis zu 60 Prozent der Grundschulkinder nicht sicher schwimmen.

Gesundheitliche Ungleichheit

Gesundheitliche Chancen sind in Deutschland weiterhin stark von der sozialen Herkunft abhängig. Kinder aus bildungsfernen Familien haben ein dreifach erhöhtes Risiko für psychische Belastungen und eine 3,6-fach höhere Wahrscheinlichkeit, an Adipositas zu erkranken.

Internationale Studien bestätigen diesen Zusammenhang. Der WHO-Europa-Bericht zur Gesundheit von Schülerinnen und Schülern zeigt, dass Jugendliche aus einkommensschwachen Familien häufiger unter Übergewicht, Bewegungsmangel und ungesunder Ernährung leiden.

Gesundheitsprobleme lösen sich nicht von selbst. Vielmehr folgen sie sozialen Gegebenheiten. Wer in Armut aufwächst, hat schlechtere Chancen auf gesunde Ernährung, ausreichende Bewegung, Prävention und medizinische Versorgung. Gesundheitsförderung ist daher immer auch Sozialpolitik.

Strukturelle Defizite der Gesundheitsversorgung

Neben den gesundheitlichen Herausforderungen bestehen strukturelle Probleme im Versorgungssystem.

Fachkräftemangel

Der Kindergesundheitsbericht 2025 der Stiftung Kindergesundheit beschreibt einen zunehmenden Mangel an Kinder- und Jugendärztinnen sowie Kinder- und Jugendpsychiatern. Besonders kritisch ist die Situation im ländlichen Raum und in sozial belasteten Regionen.

Auch der Öffentliche Gesundheitsdienst ist vom Fachkräftemangel betroffen. Zwar hat sich die Zahl, der im kinder- und jugendärztlichen Dienst der Gesundheitsämter beschäftigten Ärztinnen und Ärzte in den vergangenen Jahren erhöht. Dies wurde durch ein Konjunkturprogramm der Bundesregierung

während der Pandemie mit dem Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst ermöglicht. Es ist jedoch zu befürchten, dass diese Entwicklung durch das Auslaufen des Pakts Ende 2026 wieder gestoppt wird.

Unterfinanzierung der Pädiatrie

Nach Einschätzung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jungendmedizin bildet das bestehende Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung die besonderen Bedarfe junger Patientinnen und Patienten nur unzureichend ab. Pädiatrische Versorgung sei häufig strukturell unterfinanziert.

Dies beträfe sowohl ambulante als auch stationäre Angebote. Kinderkliniken, kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen arbeiteten vielfach unter erheblichem wirtschaftlichem Druck. Gleichzeitig steigen die Anforderungen durch komplexe psychosoziale Problemlagen.

Versorgungslücken bei Arzneimitteln

Hinzu kommen Engpässe bei kindgerechten Medikamenten und Medizinprodukten. Viele Arzneimittel sind nicht ausreichend auf Kinder abgestimmt. Dosierungen und Zulassungsverfahren orientieren sich häufig an Erwachsenen.

Die Folge sind Unsicherheiten in der Behandlung und Versorgungsprobleme insbesondere bei chronisch kranken Kindern, auch wenn sich die Versorgungslage durch gesetzliche Interventionen in den letzten Jahren verbessert hat.

Fehlende Beteiligung von Kindern und Jugendlichen

Ein weiterer kritischer Punkt betrifft die Partizipation junger Menschen. Laut einer forsa-Umfrage können 30 Prozent der Kinder und Jugendlichen bei Arztbesuchen nur wenig mitentscheiden. Mehr als die Hälfte dieser Gruppe wünscht sich eine stärkere Beteiligung.

Partizipation ist jedoch eine zentrale Voraussetzung für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung. Kinder und Jugendliche müssen ernst genommen und in Entscheidungen einbezogen werden.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst als Schlüsselakteur

Eine wirksame Präventionsstrategie für Kinder und Jugendliche ist ohne den Öffentlichen Gesundheitsdienst nicht denkbar. Insbesondere die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste in den Gesundheitsämtern übernehmen zentrale Aufgaben der Prävention, Gesundheitsförderung und sozialkompensatorischen Versorgung.

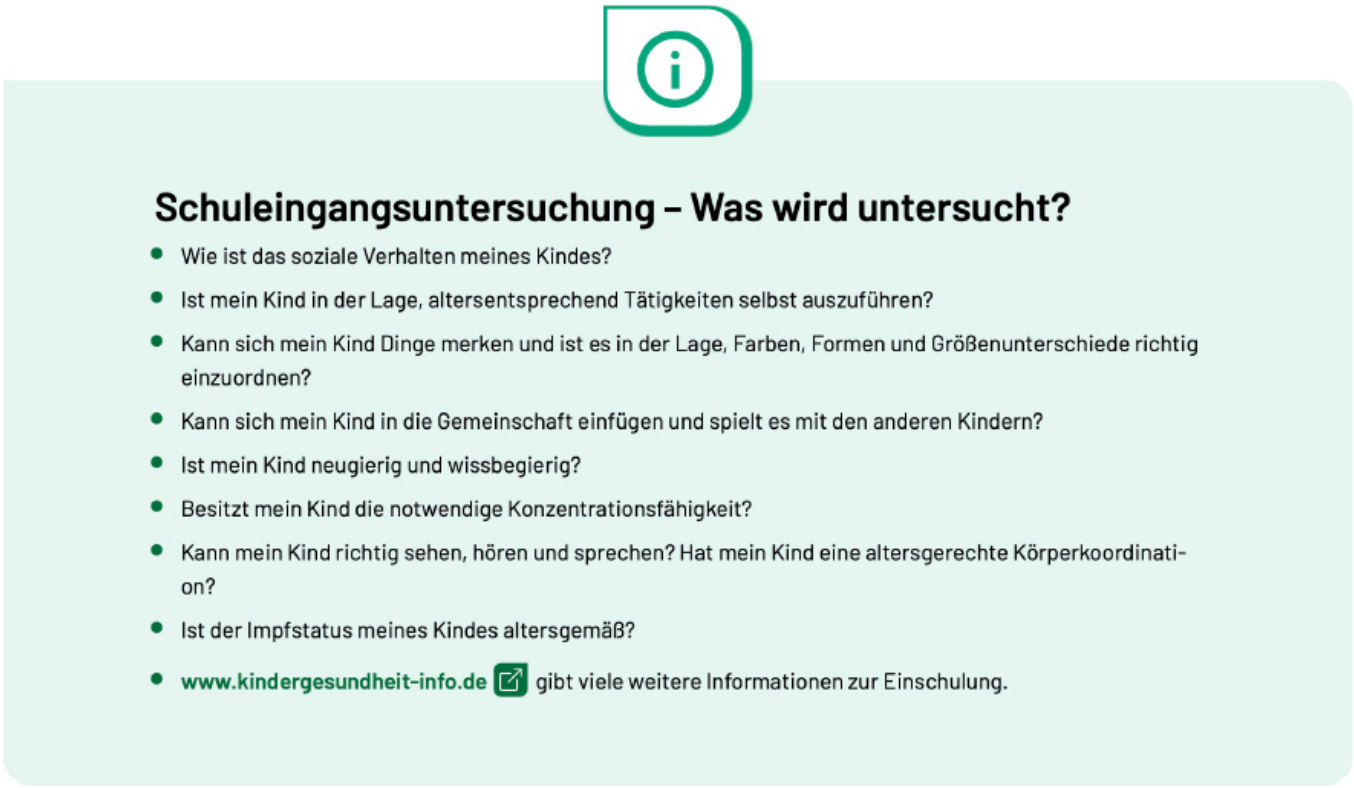
Aufgaben des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des ÖGD ist der einzige Bereich des Gesundheitssystems, der Kinder bevölkerungsmedizinisch und unabhängig von wirtschaftlichen Interessen erreicht.

Zu den Aufgaben gehören:

- Schuleingangsuntersuchungen
- schulärztliche Begutachtungen
- Impfmonitoring
- Früherkennung von Entwicklungsstörungen
- Kinderschutz
- Zusammenarbeit mit Kinder- und Jugendhilfe und Frühen Hilfen

Eine zentrale Rolle spielt dabei die für alle Kinder vor der Einschulung verbindliche Schuleingangsuntersuchung, deren Inhalte sich wie folgt beschreiben lassen.



Schuleingangsuntersuchung – Was wird untersucht?

- Wie ist das soziale Verhalten meines Kindes?
- Ist mein Kind in der Lage, altersentsprechend Tätigkeiten selbst auszuführen?
- Kann sich mein Kind Dinge merken und ist es in der Lage, Farben, Formen und Größenunterschiede richtig einzuordnen?
- Kann sich mein Kind in die Gemeinschaft einfügen und spielt es mit den anderen Kindern?
- Ist mein Kind neugierig und wissbegierig?
- Besitzt mein Kind die notwendige Konzentrationsfähigkeit?
- Kann mein Kind richtig sehen, hören und sprechen? Hat mein Kind eine altersgerechte Körperkoordination?
- Ist der Impfstatus meines Kindes altersgemäß?
- www.kindergesundheit-info.de gibt viele weitere Informationen zur Einschulung.

https://www.oeffentlichergesundheitsdienst.de/hilft/untersuchungen-und-schulungen/schuleingangsuntersuchungen

Je nach Größe, Ausstattung und Bundesland des Gesundheitsamtes können auch Aufgaben, wie Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung, Infektionsschutz in Gemeinschaftseinrichtungen oder Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe in Schulen und Kindertagesstätten durchgeführt werden.

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst arbeitet niedrigschwellig, multiprofessionell und aufsuchend. Gerade Kinder aus sozial belasteten Familien, die das reguläre Versorgungssystem häufig nicht erreichen, profitieren von diesen Angeboten.

Bedeutung für Chancengerechtigkeit

Die Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes leistet einen wesentlichen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit. Schuleingangsuntersuchungen ermöglichen die frühzeitige Erkennung von Entwicklungsdefiziten unabhängig vom sozialen Status.

Besonders bedeutsam ist die koordinierende Rolle im Sozialraum. Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst vernetzt Schulen, Jugendhilfe, Sozialpädiatrie und Präventionsangebote.

Damit übernimmt der Öffentliche Gesundheitsdienst eine zentrale Funktion bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung in den Lebenswelten von Kindern.

Kariesprävention als Erfolgsmodell

Die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe gilt als eines der erfolgreichsten Präventionsprogramme in Deutschland.

Seit den 1980er Jahren konnte die Zahl kariöser, gefüllter oder verlorener Zähne bei 12-Jährigen erheblich reduziert werden. Der sogenannte DMFT-Index sank von durchschnittlich 4,5 im Jahr 1980 auf heute unter 0,5.

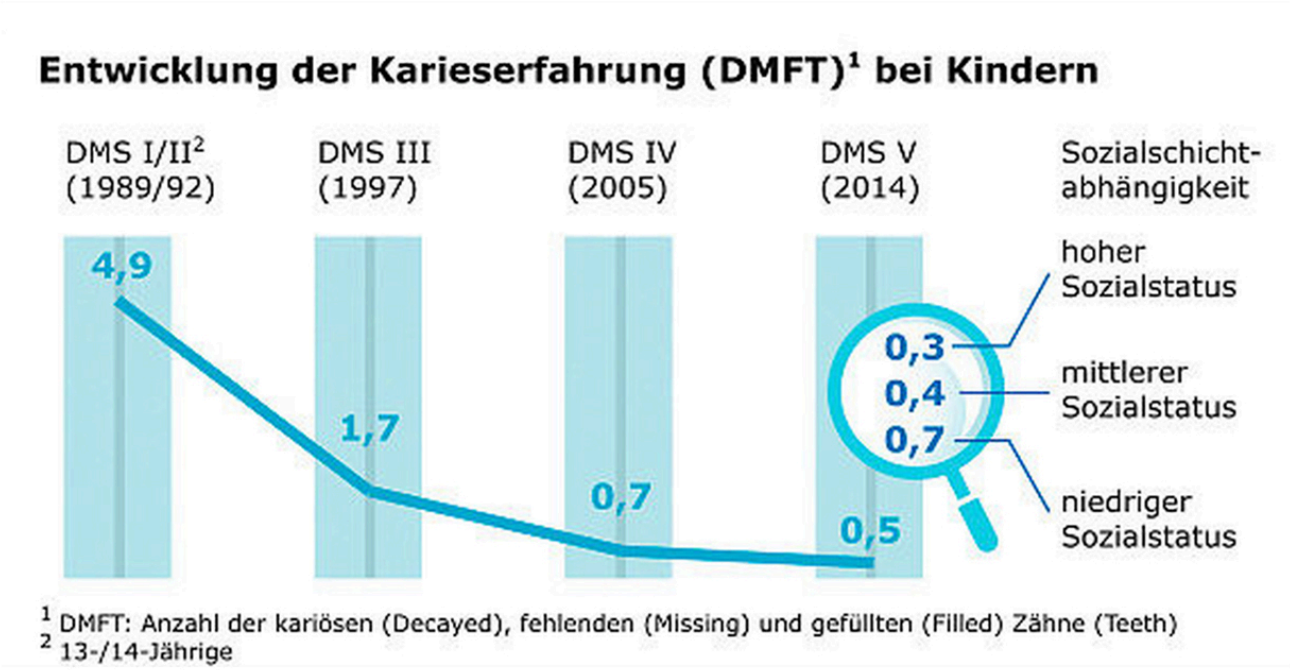
Dieser Erfolg beruht auf einer konsequenten Zusammenarbeit von Krankenkassen, Gesundheitsämtern, Schulen, Kindertagesstätten und Einbindung von niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte.

Die gesetzliche Grundlage für die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe bildet § 21 SGB V. Krankenkassen sind verpflichtet, Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei unter 12 jährigen in Gruppen zu fördern. In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko besonders hoch ist, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt.

Die Gruppenprophylaxe zeigt exemplarisch, wie erfolgreiche Prävention funktionieren kann:

- frühzeitig,
- flächendeckend,
- niedrigschwellig,
- lebensweltorientiert,
- wissenschaftlich fundiert.

Gleichzeitig bestehen weiterhin Herausforderungen. Die positive Entwicklung beim DMFT Index seit Anfang der 90-iger Jahre zeigt die folgende Grafik, die auch die Abhängigkeit vom sozialen Status aufzeigt.



Sinkende Karieserfahrung bei Kindern (12-Jährige): Sozialschichtabhängigkeit der Karieserfahrung, aber alle sozialen Schichten haben von der Prävention profitiert

Die Reichweite der Angebote unterscheidet sich regional erheblich. Personalmangel im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst erschwert die Umsetzung. Gerade sozial benachteiligte Kinder, die am stärksten profitieren würden, werden häufig am seltensten erreicht. Aber die Erfahrungen der Kariesprävention liefern auch wichtige Erkenntnisse für andere Präventionsbereiche wie Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit.

Gesundheitsförderung in Schule und Kita

Schulen und Kindertagesstätten sind zentrale Orte für Präventionsangebote, da hier nahezu alle Kinder unabhängig von sozialer Herkunft erreicht werden. Wichtige Themenfelder sind Gesundheitskompetenz, Bewegung und Hygiene.

Nach einer neuen Studie der Universität Bielefeld, dem HLS-GER 3 weisen 55,7 %

der Bevölkerung in Deutschland eine geringe Gesundheitskompetenz auf. Besonders betroffen sind Kinder aus bildungsfernen Familien. Fachgesellschaften und auch die Bundesärztekammer fordern deshalb die Integration eines eigenständigen Schulfachs „Gesundheit“ in den Schulunterricht.

Ausreichende Bewegung ist eine grundlegende Voraussetzung gesunder Entwicklung. Dennoch zeigen aktuelle Daten erhebliche Defizite. Viele Schulen verfügen nicht mehr über ausreichende Sportflächen oder Schwimmbäder. Lehrkräftemangel und Pandemiefolgen sowie die schwierige Finanzsituation zahlreicher Kommunen haben die Situation verschärft. Programme wie die Bewegungs-Halbstunde an bayerischen Grundschulen zeigen, wie Bewegungsförderung strukturell verankert werden kann.

Schulen benötigen funktionierende Sanitäranlagen, Hygienekonzepte und gesundheitliche Beratung.

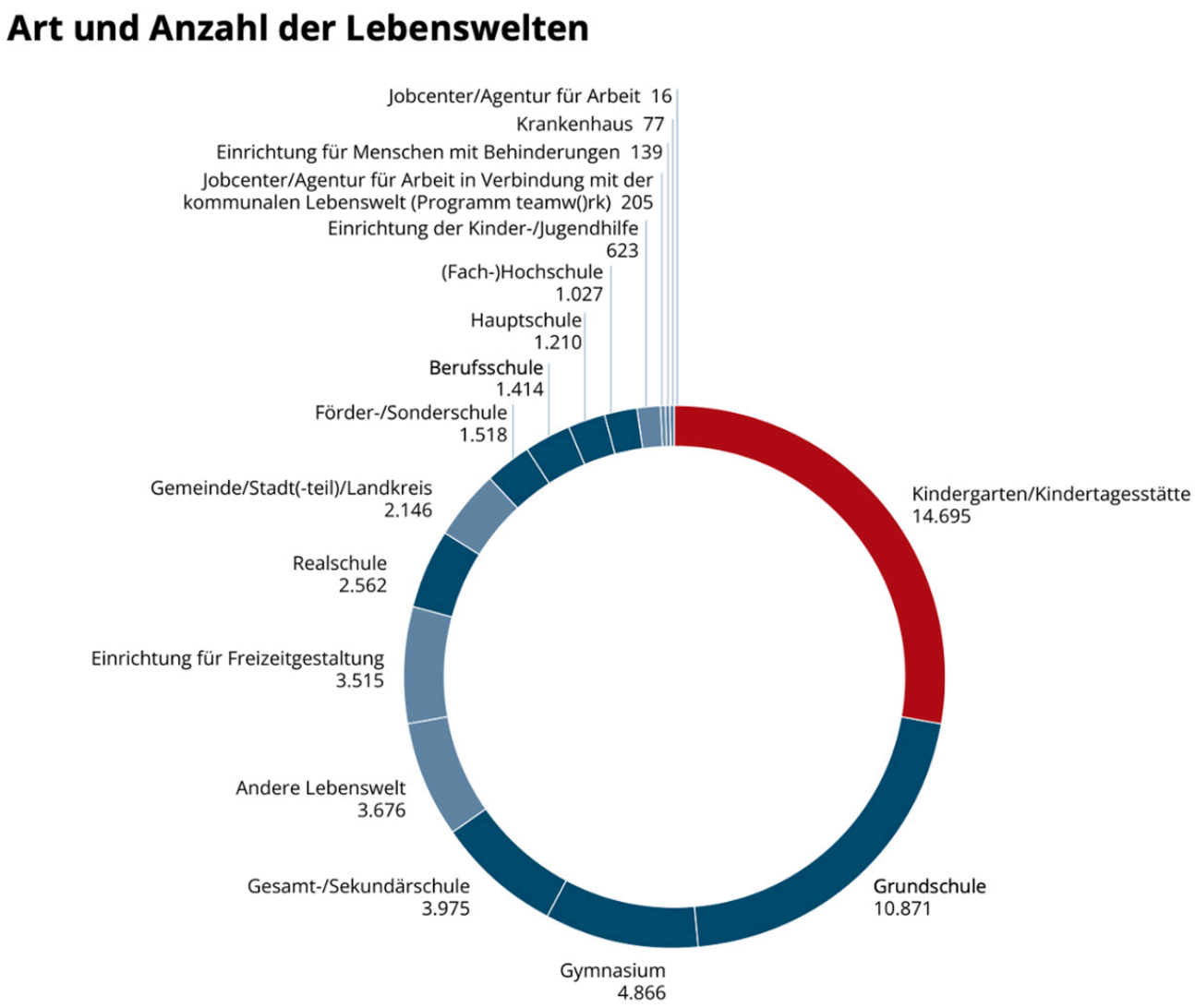
Nationale Präventionsstrategie: Chancen und Defizite

Mit dem Präventionsgesetz von 2015 wurde eine Nationale Präventionsstrategie etabliert. Ziel war die stärkere Förderung gesundheitsbezogener Prävention in unterschiedlichen Lebenswelten.

Bestehende Strukturen und strukturelle Lücken

Durch die Regelungen des § 20 a SGB V werden die Krankenkassen verpflichtet einen bestimmten Mindestbetrag je Versicherten für Maßnahmen der

Gesundheitsförderung in nicht betrieblichen Lebenswelten - darunter auch für Kitas und Schulen - auszugeben. Im Jahr 2025 lagen diese Ausgaben bei 193 Mio. €, gerade einmal 0,05 Prozent der gesamten GKV-Ausgaben. Für betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20 b haben die Krankenkassen 240 Mio. € und für verhaltensbezogene Individualprävention nach § 20 Abs.4 222 Mio. € verwendet.



Quelle: 5 Art und Anzahl der Lebenswelten aus Präventionsbericht 2025 GKV-SV und Med. Dienst Bund https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praeventionsbericht/2025_GKV_MD_Praventionsbericht_barrierefrei.pdf

Die Nationale Präventionskonferenz koordiniert Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Die Umsetzung erfolgt über Landesrahmenvereinbarungen in Kommunen, Schulen, Betrieben und

Pflegeeinrichtungen.

Positiv hervorzuheben sind:

- der strukturierte Setting Ansatz,
- Förderanreize der gesetzlichen Krankenversicherung,
- zunehmende sektorenübergreifende Kooperationen,
- erfolgreiche Programme wie die Gruppenprophylaxe.

Trotz dieser Fortschritte bestehen erhebliche Defizite. Kinder und Jugendliche sind bislang keine eigenständige Zielgruppe innerhalb der Nationalen Präventionsstrategie. Zudem ist das langfristige Monitoring der Kinder- und Jugendgesundheit bislang nicht ausreichend abgesichert. Auch die Finanzierung weist Schwächen auf. Präventionsmittel reichen insbesondere in strukturschwachen Regionen nicht aus.

Nach den Erfahrungen der Corona Pandemie fordert die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) eine Nationale Präventionsstrategie für Kinder und Jugendliche und eine grundlegende Weiterentwicklung der Präventionspolitik. Dabei fordert sie u.a.

- eine systematische Prüfung der Auswirkungen politischer Entscheidungen auf Kinder,
- einen dauerhaften Präventionsrat,
- evidenzbasierte frühe Prävention,
- Gesundheitskompetenz in Kitas und Schulen,
- ein Schulfach Gesundheit,
- Schulgesundheitsfachkräfte,
- die Stärkung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes,
- die Erweiterung von Vorsorgeuntersuchungen,

- einen stärkeren Fokus auf Verhältnisprävention,
- ein gesellschaftliches Investitionsdenken.

Zentral ist dabei die Erkenntnis, dass Prävention langfristige Investitionen in gesellschaftliche Stabilität und Lebensqualität darstellt.

Auch Kinderärzte, Gesundheitspolitiker und Krankenkassen haben 2025 gemeinsam einen Pakt für Kindergesundheit geschlossen mit dem Ziel die Gesundheit von Kindern mithilfe von Prävention und einer verbesserten Versorgung zu stärken. Im Pakt sind elf Forderungen enthalten, die sich in drei Themenschwerpunkte aufteilen: Kinder sollten immer mitgedacht werden, die Verhältnisprävention muss gestärkt und die medizinische Versorgung verbessert werden.

Verhältnisprävention statt Individualisierung

Eine zentrale Erkenntnis ist aber auch, dass Prävention sich nicht ausschließlich auf individuelles Verhalten konzentrieren sollte. Gesundheitsförderung erfordert gesunde Lebensbedingungen, die geschaffen werden müssen.

Dazu gehören gerade für Kinder und Jugendliche:

- sichere Schulwege,
- gesunde Ernährung,
- Bewegungsräume,
- soziale Sicherheit,
- gute Wohnverhältnisse,
- Zugang zu Bildung,
- armutsfeste Familienpolitik.

Der Health in all Policies – Ansatz ist dabei das Fundament und gewinnt zunehmend an Bedeutung. Gesundheitspolitik muss ressortübergreifend gedacht und umgesetzt werden.

Finanzierung und politische Herausforderungen

Ein zentrales Problem bleibt die langfristige Finanzierung präventiver Strukturen.

Der ÖGD-Pakt stellte zwischen 2021 und 2026 insgesamt vier Milliarden Euro befristet aus Bundesmitteln zur personellen Stärkung und Verbesserungen der Digitalisierung der Gesundheitsämter zur Verfügung. Die nachhaltige Stärkung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes blieb vielerorts aus.

Ab 2027 droht eine erhebliche Finanzierungslücke. Eine dauerhafte Anschlussfinanzierung ist des Pakts ist bislang nicht gesichert. Die Bundesregierung hat eine Verlängerung des Pakts über 2026 hinaus abgelehnt.

Die FinanzKommission Gesundheit legte im Frühjahr 2026 Empfehlungen zur Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vor. Zwar enthalten diese einzelnen präventionsrelevanten Maßnahmen wie die Einführung einer gestaffelten Steuer auf zuckergesüsste Getränke und höhere Steuern auf Tabak und Alkohol vor, deren Aufkommen nach Auffassung der Kommissionsmitglieder der GKV zufließen sollen. In einem bis Jahresende 2026 erwarteten zweiten Bericht will die Kommission strukturelle Empfehlungen zum Ausbau der Prävention vorlegen. Kinder werden jedoch bislang noch nicht als eigenständige Zielgruppe betrachtet.

Die Bundesregierung hat zwar beschlossen ab 2027 eine Steuer auf zuckergesüßte Getränke einzuführen und eine Erhöhung von Tabak- und

Alkoholsteuer vorzunehmen, diese dienen jedoch vor allem dem Finanzministerium unter fiskalischen Gesichtspunkten der Generierung zusätzlicher Einnahmen für den Bundeshaushalt.

Bausteine einer wirksamen Nationalen Präventionsstrategie

Eine zukunftsfähige Präventionsstrategie für Kinder und Jugendliche könnte auf mehreren zentralen Bausteinen beruhen.

- **Kinder und Jugendliche sollten als eigene Zielgruppe betrachtet werden**
  Kinder und Jugendliche benötigen spezifische Strategien. Prävention sollte altersspezifisch, entwicklungsorientiert und partizipativ gestaltet werden.

- **Der Schwerpunkt sollte unter Stärkung der Verhältnisprävention ausgerichtet sein**
  Gesunde Lebensbedingungen sind wichtiger als reine Verhaltensempfehlungen. Kitas, Schulen und Sozialräume sollten gesundheitsförderlich gestaltet werden.

- **Ein Monitoring sollte dauerhaft gesichert werden**
  Eine wirksame Gesundheitspolitik benötigt verlässliche Daten. Studien zur Gesundheitsberichterstattung sollten strukturell verankert und dauerhaft finanziert werden.

- **Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche sollten priorisiert werden**
  Prävention sollte insbesondere sozial benachteiligte Kinder erreichen.

Gesundheitsförderung darf bestehende Ungleichheiten nicht verstärken.

- **Ressortübergreifendes Handeln ist zwingend geboten**
  Gesundheitspolitik betrifft Bildung, Ernährung, Verkehr, Umwelt, Soziales und Stadtentwicklung gleichermaßen.

- **Öffentliche Gesundheitsdienste und Gesundheitsämter sollten gestärkt werden**
  Der Öffentliche Gesundheitsdienst und die Gesundheitsämter sollten dauerhaft personell und finanziell abgesichert werden.

- **Anschlussfinanzierung von Projekten sollten gesichert werden**
  Die Finanzierung präventiver Strukturen sollte nicht von kurzfristigen Förderprogrammen abhängen.

Fazit

Die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland erfordert entschlossenes politisches Handeln. Psychische Belastungen, Adipositas und soziale Ungleichheiten nehmen zu, während gleichzeitig strukturelle Defizite im Versorgungssystem bestehen.

Die Erfahrungen erfolgreicher Präventionsprogramme wie der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe zeigen, dass frühzeitige, lebensweltorientierte und niedrigschwellige Maßnahmen wirksam sind.

Eine wirksame Nationale Präventionsstrategie muss Kinder und Jugendliche als eigenständige Zielgruppe begreifen. Sie muss Gesundheitsförderung

ressortübergreifend denken, soziale Ungleichheit reduzieren und Prävention dauerhaft finanzieren.



Dr. med. Ute Teichert

2022 bis 2025: Ministerialdirektorin und Leiterin der Abteilung „Öffentliche Gesundheit“ im Bundesministerium für Gesundheit in Bonn und Berlin.

2014 bis 2022: Leiterin der länderübergreifenden Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf.

2012 bis 2014: Abteilungsleiterin „Gesundheit und Pharmazie“ im Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung, Rheinland-Pfalz.

2002 bis 2012: Leiterin des Gesundheitsamtes im Landkreis Ahrweiler.

1998 bis 2002: Angestellte Ärztin im Gesundheitsamt im Landkreis Ahrweiler.

1994 bis 1998: Assistenzärztin Innere Medizin und Chirurgie im Krankenhaus Maria Stern Remagen.

Ehrenamtliches berufspolitisches Engagement

2009 - 2022: Vorsitzende des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.
Berufspolitische und fachliche Interessensvertretung der Gesundheitsämter, insbesondere während der Pandemie gegenüber Bundesregierung, Parlament und Öffentlichkeit, Zentrale Ansprechpartnerin des ÖGD gegenüber den Medien, Organisation des jährlich stattfindenden wissenschaftlichen Kongresses.

Foto: Alex Malinka.

Literatur

AOK-Bundesverband, Deutsches Krebsforschungszentrum (2025), Public Health Index 2025, Gesundheitsschutz im europäischen Vergleich
https://www.aok.de/pp/fileadmin/bereiche/unternehmenskommunikation/Agenda/Public_Health/PHI_2025_GESAMT_RZ_bf_online.pdf

Bundesärztekammer (2026) Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2025
https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/2025

DAK Kinder- und Jugendreport 2025: Adipositas (2025), DAK-Gesundheit
https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/kjr-2025-adipositas_89736

DAK Kinder- und Jugendreport 2025: Angststörungen (2025), DAK-Gesundheit
https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/kjr-2025-angststoerungen_153340

Bettina Berg (2018) Zahngesundheit von Kindern in Deutschland ist Weltspitze - nur leider nicht von allen
https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/aktuelles/beitraege/zahngesundheit-von-kindern-in-deutschland-ist-weltspitze-nur-leider-nicht-von-allen/

Jordan, R, Zimmermann, F et al, (2026) Deutschland auf den Zahn gefühlt, 6. Deutsche Mundgesundheitsstudie, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, https://www.dgzmk.de/deutsche-mundgesundheitsstudie-dms-6

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V. (2025) Pakt für Kindergesundheit. Politischer Schwerpunkt für die Kinderkommissionen in den Parlamenten im Bund und in den Ländern https://www.bvkj.de/politik-und-presse/pakt-fuer-kindergesundheit/

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, 2025, Zeit für den Perspektivenwechsel: Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin fordert eine Nationale Präventionsstrategie für Kinder und Jugendliche https://www.dgspj.de/wp-content/uploads/2023-09-DGSPJ-PM-nationale-praeventionsstrategie.pdf

Statistisches Bundesamt Destatis (2026) Psychische Erkrankungen 2024 die Ursache für 18,9, % der Krankenhausbehandlungen von 10 – 19 jährigen, Pressemitteilung N021 vom 1. April 2026 https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2026/04/PD26_N021_23.html?templateQueryString=Kinder+psychische

Ewers, M, Beckert, J Disaster (2025) Health Literacy – development and Validation of a short measurement instrument in German to supplement the HLS19 instruments, Frontiers in Public Health, 13 https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2025.1589705/full

Leopoldina Fokus Nr 5 (2026) Prävention stärken und neue Therapieansätze nutzen: Wie lässt sich die Adipositas-Epidemie eindämmen? https://www.leopoldina.org/fileadmin/Daten/Publikationen/Dokumente/2026_Leopoldina_FOKUS_Adipositas.pdf

Nationale Präventionskonferenz (2025) Nationale Präventionsstrategie https://www.npk-info.de/praeventionsstrategie

Stiftung Kindergesundheit in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (2025) Kindergesundheitsbericht 2025, Berlin https://www.kindergesundheit.de/Die-Stiftung/Kindergesundheitsberichte/Kindergesundheitsbericht_2025.php

Kaman, A, Ravens-Sieberer, U et al. (2026) Current global crises and youth mental health in Germany: The role of media use, coping and ressources, European Child & Adolescent Psychiatry

Sendatzki, S, Helmchen, R, et al. (2024) Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern in Deutschland – Ergebnisse der HBSC Studie 2022 Journal of Health Monitoring 2024: 25- 45

Teichert, U (2026): Förderung von Kinder- und Jugendgesundheit im Rahmen einer Nationalen Präventionsstrategie, Vortrag beim 34. Frankfurter Frühjahrs-Forum, Frankfurt am Main.

Teichert, U, Tinnemann P, (2020) Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Lehrbuch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, https://akademie-oeffentliches-gesundheitswesen.github.io/KJGD/

Wissenschaftsrat (2026) Fokus auf Prävention: Gesundheit statt Krankheit ins Zentrum stellen | Wissenschaftsrat fordert Kurswechsel des Gesundheitssystems https://www.wissenschaftsrat.de/download/2026/3003-26.pdf?__blob=publicationFile&v=17

Setting Schule als Chance zur Neuausrichtung der Kinder- und Jugendgesundheit: Brauchen wir eine School Nurse?

Prof. Dr. Catharina Maulbecker Armstrong Technische Hochschule Mittelhessen, Fachbereich Gesundheit und Dieter Schulenberg Technische Hochschule Mittelhessen **© 2026**

Abstract

Die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland ist alarmierend. Psychische Belastungen, chronische Erkrankungen und soziale Ungleichheiten nehmen zu, während die Gesundheitskompetenz sinkt. Das Setting Schule bietet eine zentrale Chance zur Neuausrichtung der Kinder- und Jugendgesundheit. Schulgesundheitsfachkräfte (School Nurses) verbinden Prävention, Pflege und Pädagogik. Sie fördern Inklusion, stärken Gesundheitsbildung und entlasten Lehrkräfte. Der Beitrag beschreibt Struktur, Qualifikation, gesundheitsökonomischen Nutzen und politische Perspektiven einer flächendeckenden Implementierung.

Schlüsselwörter: *Schulgesundheitspflege, School Nursing, Prävention, Gesundheitskompetenz, Bildungsgerechtigkeit, Public Health Nursing, Schulgesundheitsfachkräfte*

Einleitung

Gesundheit und Bildung sind eng miteinander verknüpft. Wer gesund bleibt, kann besser lernen – und wer lernt, verbessert seine gesundheitlichen Chancen. Die Schule ist damit ein Schlüsselort für Prävention, Gesundheitsförderung und soziale Teilhabe. In Deutschland wird diese Verbindung bislang unzureichend genutzt. Das Konzept der Schulgesundheitsfachkraft (SGFK), international als *School Nurse* etabliert, bietet die Möglichkeit, Gesundheit systematisch im schulischen Alltag zu verankern und Bildungsgerechtigkeit zu fördern (Beyer-Lichtblau et al., 2026).

Der Expertenbericht „Verantwortung für die Zukunft von Kindern und Jugendlichen“ (2026) zeigt deutlich, dass die gesundheitlichen Belastungen junger Menschen zunehmen und dass Schulen als Lebensorte eine zentrale Rolle bei der frühzeitigen Erkennung und Begleitung gesundheitlicher Problemlagen spielen müssen. Die Einführung von Schulgesundheitsfachkräften/School Nurses ist daher nicht nur eine bildungs- und gesundheitspolitische Maßnahme, sondern eine strukturelle Antwort auf veränderte gesellschaftliche Bedingungen.

Ausgangslage und Bedarf

Rund 25 % der Kinder in Deutschland haben chronische oder psychische Erkrankungen mit besonderem Versorgungsbedarf. Die Pandemie hat diese Entwicklung verschärft: Depressionen und Angststörungen stiegen bei Jugendlichen um bis zu 25 %, Essstörungen um 50 % (Beyer-Lichtblau et al., 2026).

Diese gesundheitlichen Herausforderungen spiegeln sich im Schulalltag wider. Lehrkräfte berichten von zunehmenden Belastungen durch akute

gesundheitliche Probleme, chronische Erkrankungen, psychische Krisen und fehlende Gesundheitskompetenz. Gleichzeitig fehlen ihnen Zeit, Ausbildung und Ressourcen, um diese Aufgaben professionell zu bewältigen.

School Nurses (Schulgesundheitsfachkräfte) schließen diese Lücke als Brückenbauer zwischen Bildung, Gesundheit und Familie. Sie sind kontinuierlich im Setting Schule präsent, kennen die Kinder, die Familien und die schulischen Strukturen und können frühzeitig intervenieren. Damit leisten sie einen Beitrag zur Verringerung gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit.

Aufgaben und Wirkungen

School Nurses (Schulgesundheitsfachkräfte) übernehmen ein breites Spektrum an Aufgaben, das weit über die medizinisch-pflegerische Versorgung hinausgeht. Dazu gehören die Akutversorgung bei Verletzungen und plötzlichen Erkrankungen, die Betreuung chronisch kranker Kinder (z. B. Diabetes, Asthma, Epilepsie), die Unterstützung psychisch belasteter Schüler*innen, Gesundheitsförderung und Prävention, Früherkennung und Screening, die Beratung von Eltern, Lehrkräften und Schulleitungen, die Koordination mit Gesundheitsdiensten, Jugendhilfe und Beratungsstellen, sowie die Lotsenfunktion für vulnerable Kinder und Familien. Insbesondere sind sie aber Vertrauensperson für die kleinen und großen Sorgen und Nöte der Schülerinnen und Schüler.

Aufgabenbereiche von School Nurses im internationalen Vergleich (Deutschland - Schweden - USA)

Land	Aufgabenbereiche	Besonderheiten
Deutschland	Gesundheitsversorgung; Gesundheitsförderung; Prävention; Früherkennung; Betreuung Unterstützung von Schülern mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen; Ansprech- und Vertrauensperson für Schüler mit gesundheitlichen Problemen; interdisziplinäre außerschulische Kooperation	Modellprojekte; ca. 150 SGFK
Schweden	Gesundheitsversorgung; Gesundheitsförderung; Prävention; Früherkennung; Screenings Impfprogramme; Zugang zu vulnerablen Gruppen; Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Betreuungsschlüssel ca. 1:600
USA	Gesundheitsversorgung; Gesundheitsförderung; Prävention; Früherkennung; Screenings, Impfprogramme; Betreuung von Schülern mit besonderen gesundheitlichen Bedürfnissen; Handeln im Notfall; Meldung von infektiösen Krankheiten; Verabreichung von Medikamenten, Führungsrolle bei Gesundheitsrichtlinien und –programmen; interdisziplinäre Zusammenarbeit	flächendeckend etabliert

Quelle: Brandao SCT, Vey D, Herrgen J, Maulbecker-Armstrong C (2020): Kompetenzprofil Schulgesundheitsfachkräfte im internationalen Vergleich. Praxis Pflege 12(3): 45-52.

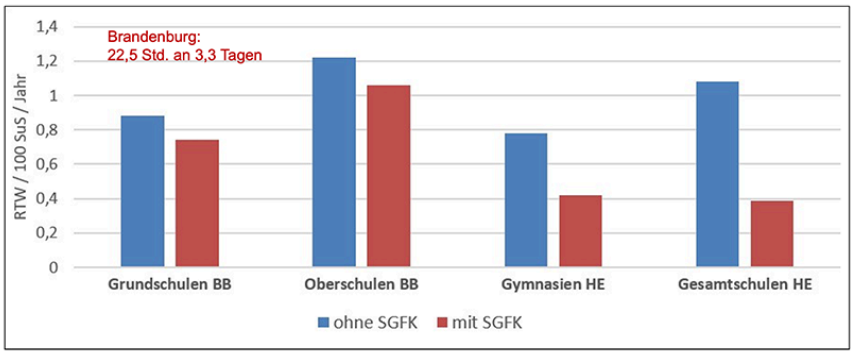
Internationale Erfahrungen belegen die Wirksamkeit dieses Modells. In den USA, Skandinavien und Großbritannien sind School Nurses seit Jahrzehnten etabliert und tragen nachweislich zur Verbesserung von Gesundheit, Teilhabe und dem Bildungserfolg bei.

Auch deutsche Modellprojekte zeigen deutliche Effekte wie den Rückgang der Rettungswageneinsätze um bis zu 64 % und eine Reduktion der Unfallkosten um rund 20 % in Schulen mit Schulgesundheitsfachkräften/School Nurses. Das Schulklima wurde verbessert und Lehrkräfte und Eltern beschreiben eine deutliche Entlastung. Zudem zeigte sich eine Stärkung der Gesundheitskompetenz bei den Kindern. (Maulbecker-Armstrong et al., 2023).

Reduktion der Rettungswageneinsätze nach Unfallgeschehen durch School

Nurses/Schulgesundheitsfachkräfte (SGFK) (Brandenburg/Hessen)

Schulform	RTW-Einsätze pro 100 SuS und Jahr		Reduktion der Einsatzzahlen
	Schulen vor SGFK-Einsatz	SGFK-Schulen	
Grundschulen (BB)	0,88	0,74	**- 16 %**
Oberschulen (BB)	1,22	1,06	**- 13 %**
Gymnasien (HE)	0,78	0,42	**- 46 %**
Gesamtschulen (HE)	1,08	0,39	**- 64 %**



Ergebnisse

- Deutliche Reduzierung der Einsatzzahlen
- Oberschulen in BB schon vor SGFK-Einsatz deutlich unter dem Durchschnitt
- Einfluss von Anwesenheitszeiten erkennbar

Daten: Unfallkasse Hessen 2020, Unfallkassen Brandenburg 2020

Gesundheitsbezogene Outcomes

Im Hinblick auf die Effekte und gesundheitsbezogenen Outcomes für die Schülerinnen und Schüler kommt der Bereich Pflegewissenschaften der Charité in einem weiteren Gutachten zu folgenden Ergebnissen: 75 Prozent der Schülerinnen und Schüler besuchten die Schulgesundheitsfachkraft/School Nurse, ebenfalls 75 Prozent fühlten sich nach dem Besuch besser. Die Schülerinnen und Schüler haben Vertrauen zur Schulgesundheitsfachkraft/School Nurse und fühlen sich besser über Gesundheit informiert. 60 Prozent achten mehr auf gesunde Ernährung, 40 Prozent trinken weniger süße Getränke, 30 Prozent nutzen weniger Medien, 60 Prozent bewegen sich öfter und mehr als 50 Prozent der Schülerinnen und

Schüler haben häufiger an Veranstaltungen zur Gesundheit teilgenommen. (Tannen A, Adam Y, Ebert J, Ewers M. (2018)

Messung gesundheitsbezogener Outcomes und gesundheitsrelevanter Effekte durch den Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften (Charité Berlin)

Effekte für Schülerinnen und Schüler (SUS)

✓ ¾ aller SUS besuchten die SGFK

✓ ¾ der Fälle fühlen sich nach dem Besuch besser



✓ Die SUS haben Vertrauen und fühlen sich:

- besser informiert über Gesundheit
- 60% achten mehr auf (gesunde) Ernährung
- 40% trinken weniger süße Getränke
- 30% nutzen weniger Medien,
- 60% bewegen sich öfter
- >50% haben häufiger an Veranstaltungen zur Gesundheit teilgenommen

Tannen A. Adam Y. Ebert. Ewers . (2018) Schuldesundhe teollece an alloemeint denden Schulen

Insgesamt tragen Schulgesundheitsfachkäfte/School Nurses dazu bei, dass Schülerinnen und Schüler nicht nur Wissen erwerben, sondern es auch anwenden, d.h. gesund aufwachsen und lernen können.

Betreuungsschlüssel

Die Aufgaben und die Zahl der zu betreuenden Schülerinnen und Schüler sind international betrachtet sehr unterschiedlich. So reicht der Betreuungsschlüssel abhängig vom Tätigkeitsprofil von 1: 600 in Schweden und Finnland bis hin zu 1:1025 in Australien.

Basierend auf internationalen Erfahrungen, dem Tätigkeitsprofil und den

nationalen Modellprojekten wird ein Stellenschlüssel von 1:700 als Orientierungsrahmen empfohlen, der jedoch kontextabhängig angepasst werden sollte. (Maulbecker-Armstrong C, Schulenberg D, Binder D (Hg) 2020) Im Hinblick auf den ländlichen Raum, in dem in vielen Schulen eine entsprechende Zahl von Schülerinnen und Schülern nicht erreicht wird, ist ein zusätzlicher Einsatz der School Nurses im Feld des Community Health Nursing (CHN) denkbar.

Qualifikation und Weiterbildung

Die Basisqualifikation umfasst eine abgeschlossene Ausbildung als Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger/in sowie mindestens drei Jahre Berufserfahrung. Die Weiterbildung zur Schulgesundheitsfachkraft (Certificate of Advanced Studies) an der Evangelischen Hochschule Hessen umfasst 632 Unterrichtseinheiten in den Modulen: Schule als pflegerisches Handlungsfeld; Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen; Gesundheitsförderung, Prävention und Projektarbeit.

Damit entsteht ein eigenständiges Berufsprofil mit multiprofessioneller Kompetenz.

Netzwerk einer Schulgesundheitsfachkraft (schulintern und kommunal)

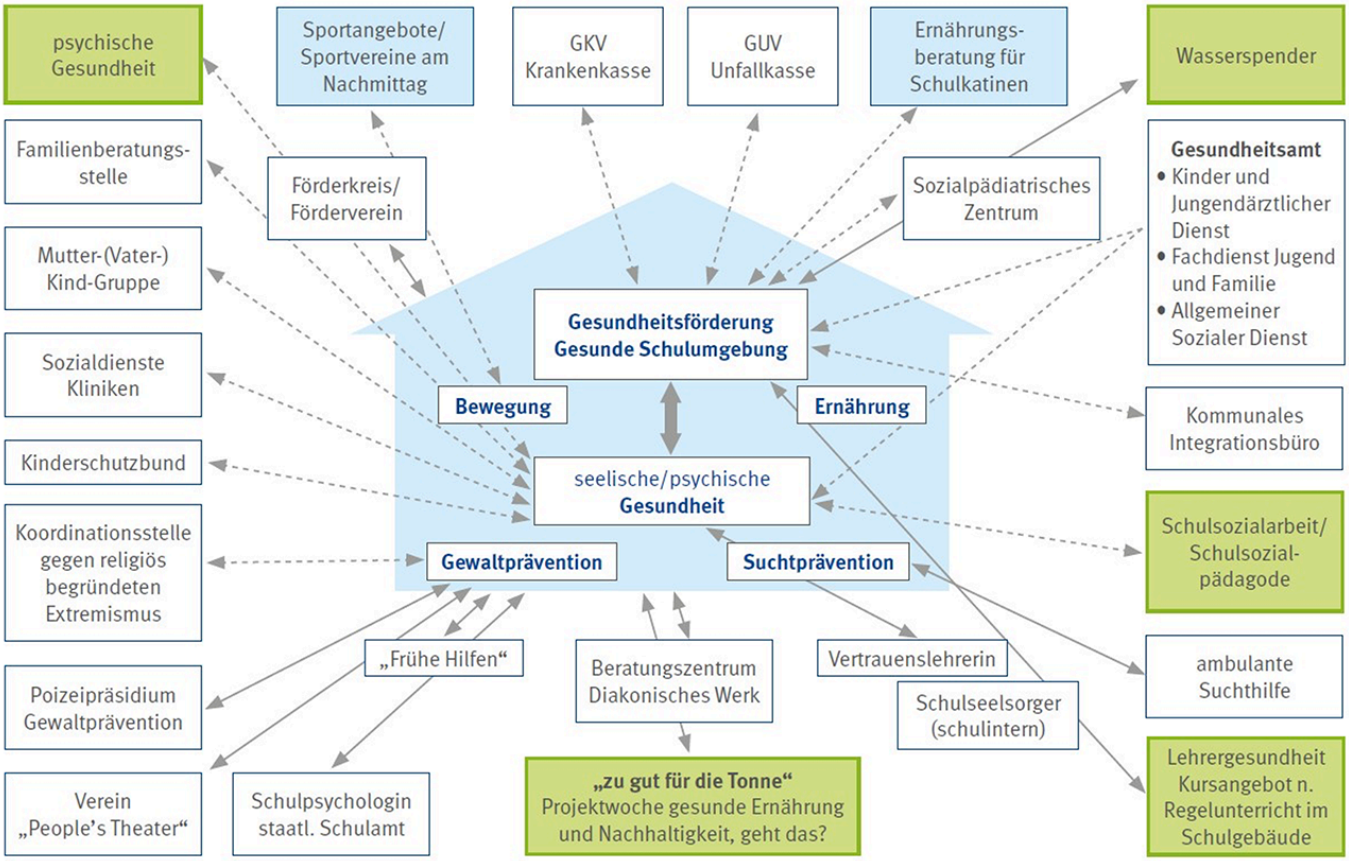


Abbildung: SGFK Hessen Heusenstamm Quelle: DGUVI 202-116

Gesundheitsökonomische Perspektive

Eine Kosten-Nutzen-Analyse zeigt den hohen gesellschaftlichen Wert von SGFK. Der Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften in der Lebenslaufperspektive der Schülerinnen und Schüler führt zu einem hohem Earn-Back Effekt. Für zwei Fallkonstellationen wurden diese Effekte exemplarisch berechnet. Bei Diabetes mellitus Typ 1 ergibt sich bei 1 € Investition ein gesellschaftlicher Nutzen von 35 €. Bei psychischen Erkrankungen liegt der gesellschaftliche Nutzen sogar bei 43 € (Meier-Gräwe & Maulbecker-Armstrong, 2025).

School Nursing ist damit ein präventives Investitionsmodell, das Bildungsbiographien stabilisiert, Eltern und Arbeitgeber entlastet und somit langfristig Kosten sektorübergreifend im Gesundheits- und Sozialsystem reduziert.

Dokumentation und Qualitätssicherung

Zur bundesweiten Standardisierung wird derzeit ein digitales Dokumentations- und Managementsystem (SHPro) entwickelt, gefördert durch den Bosch Health Campus. Es ermöglicht eine einheitliche Erfassung, Auswertung und Qualitätssicherung der Arbeit von Schulgesundheitsfachkräften/School Nurses – ein entscheidender Schritt zur Professionalisierung und wissenschaftlichen Begleitforschung. Darüber hinaus wird ein wichtiger Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen im Schulalter geleistet.

Internationale und nationale Entwicklungen

Während Länder wie Schweden, Großbritannien und die USA School Nurses flächendeckend etabliert haben, arbeiten in Deutschland bislang rund 146 Schulgesundheitsfachkräfte (SGFK) (Stand Januar 2026). Der Deutsche Pflegerat (2026) fordert eine gesetzliche Verankerung, dauerhafte Finanzierung und einheitliche Qualifikationsstandards. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft und weitere Fachverbände, aber auch die Elternbeiräte und Schülervertretunge betonen die Bedeutung für Inklusion und Bildungsgerechtigkeit und fordern die Einführung von School Nurses/Schulgesundheitsfachkräften.

Aktueller Stand des Einsatzes von School Nurses in Deutschland

Bundesland	Anzahl der School Nurses an öffentlichen Schulen *
Baden-Württemberg	10
Bayern	Interesse
Berlin	6
Brandenburg	17
Bremen	14
Hamburg	10
Hessen	50
Mecklenburg-Vorpommern	-
Nordrhein-Westfalen	-
Rheinland-Pfalz	33
Saarland	Interesse
Sachsen	1
Sachsen-Anhalt	-
Schleswig-Holstein	2
Thüringen	-

*An den meisten privaten Schulen in Deutschland sind School Nurses etabliert. Diese wurden in der Aufstellung nicht berücksichtigt. Darunter fallen auch die Dänische Schulen in Schleswig-Holstein mit 9 SGFK und 4 Ärztinnen, die 50 Schulen und 50 Kitas der dänischen Minderheit mobil betreuen.

Beyer-Lichtblau B et al. (2026) Expertenbericht

Perspektiven und Herausforderungen

Für eine nachhaltige Etablierung gilt es die sozialrechtliche Fragmentierung zu überwinden und heilberufsrechtliche Rahmenbedingungen für eine autonome Pflegepraxis der Schulgesundheitsfachkräfte/School Nurses im Setting Schule zu schaffen. Darüber hinaus sind eine Definition pflegesensitiver Ergebnisindikatoren sowie die Verstetigung der wissenschaftlichen Begleitforschung dringend erforderlich. Um dies zu forcieren braucht es den Aufbau eines Nationalen Zentrums für Schulgesundheitspflege. Damit kann die Schulgesundheitspflege zu einem integralen Bestandteil des deutschen Bildungssystems werden.

Fazit

Das Setting Schule bietet eine einzigartige Chance zur Neuausrichtung der Kinder- und Jugendgesundheit. Schulgesundheitsfachkräfte/School Nurses verbinden Prävention, Pflege und Pädagogik – sie sind Wegbereiter einer neuen Gesundheitskultur im Bildungswesen. Die Frage „Brauchen wir eine School Nurse?“ lässt sich eindeutig beantworten: Ja – als Investition in Bildungsgerechtigkeit, Gesundheit und Zukunftsfähigkeit unserer Gesellschaft.



Prof. Dr. rer. nat. Catharina Maulbecker-Armstrong

Catharina Maulbecker-Armstrong ist Professorin für Medizinisches Management im Fachbereich Gesundheit der Technischen Hochschule Mittelhessen (THM)

Von 2010-2017 war sie als Regierungsdirektorin und Referatsleiterin zuständig für Prävention und Gesundheitsförderung am Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) in Wiesbaden. Zu Ihren Aufgaben zählte die Umsetzung des Präventionsgesetzes in Hessen, der 1. Hessische Gesundheitsbericht und den Aufbau des Krebsregisters. Zu Ihren Programmen und

Projekten gehörten Bewegungsparcours, die Krebspräventionskampagne DU BIST KOSTBAR und die Einführung von Schulgesundheitsfachkräften

Davor arbeitete Sie für McKinsey & Company in Zürich und in Frankfurt.1998 gründete sie das Start-up GETWELLNESS AG in Basel „Hausarzt in der Westentasche und digitale Gesundheitsakte“ und wurde dafür Business Woman of the Year in der Schweiz 2002.

Catharina Maulbecker-Armstrong ist in Darmstadt geboren und aufgewachsen in Hanau und hat an der EBERHARD-KARLS-UNIVERSITÄT in Tübingen das Studium der Biologie, Chemie und Biochemie absolviert, gefolgt von der Promotion an der UNIVERSITY OF CALIFORNIA, Berkeley. zum Thema Tumorviren und Krebsforschung. Am MAX-PLANCK-INSTITUT für Biophysikalische Chemie in Göttingen arbeitete Sie als Wissenschaftlerin in der Arbeitsgruppe von Professor Peter Gruss mit dem Schwerpunkt Entwicklungsbiologie und Onkogenese.

Catharina Maulbecker-Armstrong lebt in Oberursel und hat drei Kinder. Ehrenamtlich engagiert Sie sich als Vorstand der Hessischen Krebsgesellschaft und als Mitglied der HAGE e.V.

Foto: Pressestelle der THM, Gießen



Dieter Schulenberg

Dieter Schulenberg, Jahrgang 1954, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt zur Gründung eines Nationalen Zentrums Schulgesundheitspflege an der Technischen Hochschule Mittelhessen in Gießen, Fachbereich Gesundheit. Seit 04/2020 engagiert er sich in seiner nachberuflichen Lebensphase für die weitere Verstetigung von Schulgesundheitsfachkräften in Hessen und Deutschland.

Sein Studium absolvierte er an der Fachhochschule für Sozialwesen in Bremen und schloss dieses mit dem Diplom zum Sozialarbeiter ab. Nach fünfjähriger Tätigkeit in der stationären Psychiatrie- und Suchtarbeit hat er für die Arbeiterwohlfahrt eine Übergangseinrichtung für Suchtkranke konzipiert und geleitet. Seine Tätigkeit für die Deutsche Krebsgesellschaft führte ihn im Jahr 2000 nach Hessen. Dort war er u. a. an der Entwicklung von Leitlinien in der Onkologie, einem Projekt zur Qualitätssicherung in der Palliativmedizin, und der Entwicklung des Zertifizierungsverfahrens von

Brustzentren als Projektkoordinator beteiligt. Zwischen 2004 und 2012 arbeitete er in der Geschäftsführung der AIDS-Hilfe Wiesbaden. Professionalisierung und Weiterentwicklung der Arbeit, sowie die Vernetzung in der Landeshauptstadt waren hier neben der Prävention Schwerpunkte seiner Tätigkeit. Als Geschäftsführer der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (2012-2020) hat er wesentliche Akzente für die Gesundheitsförderung in Hessen gesetzt u.a. das Modellprojekt zur Einführung von Schulgesundheitsfachkräften initiiert und erfolgreich umgesetzt.

Literaturverzeichnis

Maulbecker-Armstrong C, Schulenberg D, Binder D (Hg) (2020): Gutachterliche Stellungnahme zu organisatorischen Rahmenbedingungen und ökonomischen Aspekten der Arbeit von Schulgesundheitsfachkräften.

Maulbecker-Armstrong C, Schulenberg D, Vey D (2023): *Deutschland holt auf: Schulgesundheitspflege.* Die Schwester | Der Pfleger 1(24): 22–26.

Beyer-Lichtblau B et al. (2026): *Verantwortung für die Zukunft von Kindern und Jugendlichen – Investment in die Schulgesundheitspflege.* Expertenbericht, BeKD e. V., Hannover.

Meier-Gräwe U, Maulbecker-Armstrong C (2025): *Gesundheitsökonomische Wertschöpfung durch Schulgesundheitsfachkräfte.* THM-Gutachten

Brandao SCT, Vey D, Herrgen J, Maulbecker-Armstrong C (2020): *Kompetenzprofil Schulgesundheitsfachkräfte im internationalen Vergleich.* Praxis Pflege 12(3): 45–52.

Stiftung Kindergesundheit (2024): *Kinder-Gesundheitsbericht – Fokus Schule und Gesundheit.* München

Tannen A, Adam Y, Ebert J, Ewers M. (2018) Schulgesundheitspflege an allgemeinbildenden Schulen: SPLASH Teil 2: Implementationsbegleitung und Wirkungsanalyse

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV). DGUV (2021) Information 202-116 – Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften

Perspektiven der anästhesiologischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Patrick Meybohm, Universitätsklinikum Würzburg, Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Würzburg

Abstract

Kinderanästhesie ist anspruchsvoll. Auch wenn die perioperative Mortalität niedrig ist, sind respiratorische und kardiozirkulatorische Komplikationen perioperativ häufig, so dass Sicherheitskonzepte wie das „10-N“-Konzept der Safetots-Initiative empfohlen werden. In Deutschland bestehen erhebliche Versorgungslücken, eine zersplitterte Kinderchirurgie, eine unterfinanzierte ambulante Versorgung und Fehlanreize des DRG-Systems. Die Krankenhausreform fokussiert auf eine Zentralisierung, um die Versorgungsqualität zu verbessern, birgt aufgrund unzureichender Finanzierung für die Vorhaltung von kinderanästhesiologischer Expertise aber auch zusätzliche Risiken. Notwendig sind verbindliche Strukturmerkmale und konsequente Bündelung pädiatrisch-anästhesiologischer Expertise.

Einleitung

Pro Jahr werden in Deutschland mehrere hunderttausend Kinder und Jugendliche anästhesiologisch versorgt – im Operationssaal, in der Diagnostik (z. B. Magnetresonanztomographie, Computertomographie, Endoskopie), bei Interventionen, im Schockraum und auf Intensivstationen. Kindernarkosen finden in praktisch allen operativen und vielen nicht-operativen Disziplinen statt: Kinderchirurgie, Allgemein- und Viszeralchirurgie, Traumatologie, Kinderurologie, Neurochirurgie, Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie, HNO- und Augenheilkunde sowie Kinderherzchirurggie. Die klinischen Anforderungen reichen vom elektiven Routineeingriff im Rahmer ambulanter Operationen bis zur Hochrisikoversorgung des Frühgeborenen mit angeborenen Herzfehlern. Trotz dieser inhaltlichen Breite und gesellschaftlichen Relevanz findet die Kinderanästhesie in der gesundheitspolitischen Debatte um Krankenhausreform, Personalplanung und ambulante Versorgung bisher nur wenig systematische Berücksichtigung. Der vorliegende Beitrag beleuchtet die anästhesiologische Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus drei Perspektiven: dem klinischen Risiko, der Strukturqualität und der gesundheitspolitischen Rahmensetzung, und benennt zentrale Forderungen für eine generationengerechte Gesundheitsversorgung.

Warum Kinderanästhesie besonders ist

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Diese vielzitierte Maxime der pädiatrischen Medizin wird in der Anästhesiologie besonders deutlich: Anatomie, Physiologie, Pharmakokinetik und Psychologie unterscheiden sich fundamental. Säuglinge und Kleinkinder besitzen kaum funktionelle Sauerstoffreserven; eine Hypoxie führt rasch zu Bradykardie und Kreislaufstillstand. Atemwegsprobleme und kardiozirkulatorische Instabilität dominieren die akute perioperative

Komplikationsmatrix. Hinzu kommt die enorme Heterogenität der Patientengruppe: Frühgeborene mit weniger als 1.000 g Körpergewicht stehen Jugendlichen mit über 80 kg gegenüber, und das innerhalb desselben Fachbereiches.

Auch für Anästhesistinnen und Anästhesisten, die Kinder selten versorgen, entstehen spezifische Belastungen: Sie sind mit den kleinen Dimensionen wenig vertraut, manuelle Grundtechniken (Maskenbeatmung beim Säugling, Punktion einer Säuglingsvene, Intubation eines Kleinkindes) werden selten geübt, der Umgang mit ängstlichen Kindern und besorgten Eltern ist herausfordernd. Unbekanntes erzeugt Stress und Stress erhöht die Fehleranfälligkeit. Auch die schiere Vielfalt der Normwerte und Materialgrößen ist eine Herausforderung: „ganz viele Normwerte“ und „ganz viele Tubusgrößen“ sind kein Witz, sondern klinischer Alltag.

ganz viele Normwerte

Alter	Gewicht	Herzfrequenz	Systolischer Blutdruck (mmHg)	Atemfrequenz (/min)
Neugeborenes	3.5 kg	100-180	60-100	25-60
3 Monate	5 kg	30-170	70-100	25-55
6 Monate	7 kg	80-160	70-100	25-55
1 Jahr	10 kg	70-150	70-102	20-40
2 Jahre	12 kg	60-140	74-104	20-40
4 Jahre	16 kg	60-140	78-108	20-40
6 Jahre	20 kg	60-135	82-112	15-30
8 Jahre	25 kg	60-135	86-116	15-30
10 Jahre	30 kg	60-135	90-120	15-30

12 Jahre	40 kg	60-120	90-124	14-20
14 Jahre	50 kg	60-120	90-128	14-20

Kantonsspital Luzem

ganz viele Beatmungsschläuche (Tubus)

Alter	Tubusgröße	Einführtiefe (ab Zahnleiste)
FG 2 kg	2,5 - 3,0 (ohne Cuff)	8 cm
NG 3 kg	3,0 - 3,5 (ohne Cuff)	9 cm
3kg - 6 Mon.	3,0 - 3,5	10 cm
6 Mon. - 1J.	3,5	11-12 cm
1J. - 2J.	3,5 - 4,0	12-13 cm
2J. - 4J.	4,0	13-14 cm
4J. - 6J.	4,5	14-15 cm
6J. - 8J.	5,0	15-16 cm
8J. - 10J.	5,5	16-17 cm
10J. - 12J.	6,0	18-19 cm

Historische Lehrstücke: Infusionstherapie und Sicherheit

Die jüngere Geschichte der Kinderanästhesie ist eine Geschichte aus Lehrstücken, in der scheinbar harmlose Routine zu schweren Schäden führte. 1992 wurden in den Vereinigten Staaten zahlreiche Todesfälle infolge hyponatriämischer Enzephalopathie publiziert, retrospektiv wurden tausende

Fälle pro Jahr geschätzt. Ursächlich waren hypotone, glukosereiche Infusionslösungen, die im Zusammenspiel mit einer postoperativen ADH-Sekretion zur Hyponatriämie und schließlich zur Hirnschwellung führten. 2004 empfahlen die ersten Fachgesellschaften, statt hypotoner Lösungen ausschließlich isotone 0,9 %ige Natriumchlorid-Lösungen zu verwenden, allerdings noch mit Glukosezusatz. 2006 hielt eine britische Umfrage fest, dass die Mehrzahl der Anästhesistinnen und Anästhesisten weiter an der traditionellen 4 %igen Glukose-Lösung in 0,18 %iger Natriumchlorid-Lösung festhielt, bis 2007 in Nordirland eine Fernsehreportage diese Lösung für den Tod von Kindern verantwortlich machte. Heute gelten isotone Vollelektrolytlösungen mit definiertem Glukoseanteil von etwa 1 % als perioperativer Standard. Die Geschichte zeigt: Sicherheit in der Kinderanästhesie ist ein fortlaufender, evidenzbasierter Prozess, und noch kein erreichter Zustand.

Wie häufig sind Komplikationen? Daten aus APRICOT

Die bislang größte prospektive Beobachtungsstudie zur Sicherheit der Kinderanästhesie ist die APRICOT-Studie (Anaesthesia Practice in Children Observational Trial). Habre und Mitautoren analysierten zwischen April 2014 und Januar 2015 31.127 Anästhesien bei 30.874 Kindern in 261 europäischen Zentren. Die 30-Tage-Mortalität lag bei 10 pro 10.000 Anästhesien. Tod ist in der Kinderanästhesie also selten. Wesentlich häufiger sind jedoch "typische" Komplikationen: Bronchospasmus, Laryngospasmus, postoperativer Stridor, pulmonale Aspiration, hämodynamische Instabilität, Kreislaufstillstand, Anaphylaxie, Medikamentenfehler und neurologische Schäden. Die Inzidenz schwerer respiratorischer kritischer Ereignisse betrug etwa 3,1 %; die Inzidenz schwerer kardiovaskulärer kritischer Ereignisse 1,9 %. Risikofaktoren waren Alter

unter einem Jahr, schwere Vorerkrankungen, ein akuter oder chronischer respiratorischer Infekt sowie ein Eingriff abseits pädiatrisch spezialisierter Zentren.

Die Quintessenz von APRICOT ist eindeutig: Tod ist selten, aber relevante Komplikationen sind häufig und die Wahrscheinlichkeit ihres Auftretens hängt nachweislich von der Strukturqualität der versorgenden Klinik ab. Für eine generationengerechte Versorgung müssen wir die strukturellen Voraussetzungen für sichere Kinderanästhesie systematisch sicherstellen.

Risiko Kinderanästhesien

Tod ist selten ABER häufig
„typische" Komplikationen

- Bronchospasmus
- Laryngospasmus
- Postoperativer Stridor
- Pulmonale Aspiration
- Hämodynamische Instabilität
- Kreislaufstillstand
- Anaphylaxie
- Medikamentenfehler
- Neurologischer Schaden



Safetots: Das 10-N-Konzept

Die internationale Initiative „Safetots“ hat unter maßgeblicher Beteiligung der Wissenschaftlichen Arbeitsgruppe Kinderanästhesie (WAKKA) einen einprägsamen Qualitätsstandard formuliert: das 10-N-Quality-Check. Er definiert zehn "normale" Zielzustände, die während jeder Kindernarkose gewährleistet sein sollen: keine Angst und kein Stress (no fear), normales Volumen, normaler Blutdruck, normale Herzfrequenz, normaler Sauerstoffpartialdruck, normaler Kohlendioxidpartialdruck, normales Natrium, normaler Blutzucker, normale Temperatur sowie Freiheit von Schmerzen (no pain), postoperativer Übelkeit und Erbrechen (non vomoting) sowie Delir (no agitation). Hinter dieser scheinbar simplen Liste steckt ein anspruchsvolles Versorgungsverständnis: Sicherheit entsteht nicht durch ein einzelnes Medikament oder Maßnahme, sondern durch ein konsequent kindgerechtes, evidenzbasiertes, teamorientiertes und multimodales Vorgehen.

Das 10-N-Konzept eignet sich auch als Audit-Werkzeug. Strukturierte Erhebung der Zielwerte – inklusive Komfort, Schmerz und Delir – ermöglicht messbare Qualitätssteigerung in OP, Aufwachraum und auf Station. Sicherheit wird damit von einem abstrakten Anspruch zu einer messbaren Größe.

Safetots: 10 N quality check list

1. Keine Angst, kein Stress
2. Normales Volumen
3. Normaler Blutdruck
4. Normale Herzfrequenz
5. Normaler pO_2
6. Normaler pCO_2
7. Normales Natrium
8. Normaler Blutzucker
9. Normale Temperatur
10. Keine Schmerzen/PONV/Delir



Strukturqualität in Deutschland

Auf einer übergeordneten Ebene haben WAKKA und Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA) im Jahr 2026 die aktualisierte Empfehlung „Arbeitsplatz Kinderanästhesie“ veröffentlicht (Anästh Intensivmed 2026;67:V12–V19). Sie definiert Mindestanforderungen an Personal, Ausstattung, Notfallorganisation und Versorgungskette: kindgerechtes Monitoring, dezidierte Beatmungstechnik, Standard Operating Procedures (SOP) sowie kinderanästhesiologische Expertise.

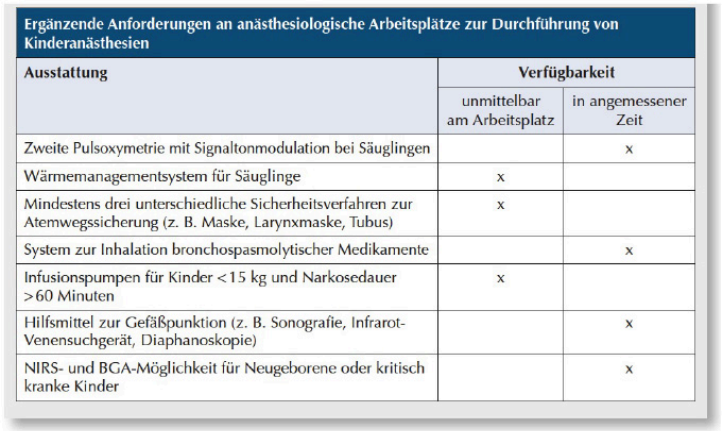
Arbeitsplatz Kinderanästhesie (2026)



Ergänzung

zu den Mindestanforderungen zur apparativen Ausstattung des anästhesiologischen Arbeitsplatzes – Besonderheiten an kinder- und kinderkardioanästhesiologischen Arbeitsplätzen*

der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V.



Ergänzende Anforderungen an anästhesiologische Arbeitsplätze zur Durchführung von Kinderanästhesien

Ausstattung	Verfügbarkeit	
	unmittelbar am Arbeitsplatz	in angemessener Zeit
Zweite Pulsoxymetrie mit Signaltonmodulation bei Säuglingen		x
Wärmemanagementsystem für Säuglinge	x	
Mindestens drei unterschiedliche Sicherheitsverfahren zur Atemwegssicherung (z. B. Maske, Larynxmaske, Tubus)	x	
System zur Inhalation bronchospasmolytischer Medikamente		x
Infusionspumpen für Kinder <15 kg und Narkosedauer >60 Minuten	x	
Hilfsmittel zur Gefäßpunktion (z. B. Sonografie, Infrarot-Venensuchgerät, Diaphanoskopie)		x
NIRS- und BGA-Möglichkeit für Neugeborene oder kritisch kranke Kinder		x

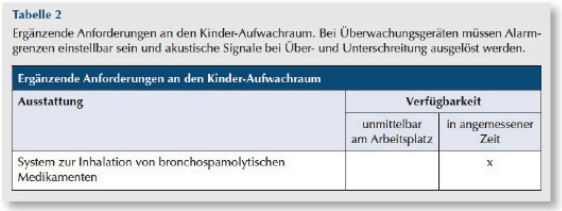


Tabelle 2

Ergänzende Anforderungen an den Kinder-Aufwachraum. Bei Überwachungsgeräten müssen Alarmgrenzen einstellbar sein und akustische Signale bei Über- und Unterschreitung ausgelöst werden.

Ergänzende Anforderungen an den Kinder-Aufwachraum		
Ausstattung	Verfügbarkeit	
	unmittelbar am Arbeitsplatz	in angemessener Zeit
System zur Inhalation von bronchospamolytischen Medikamenten		x

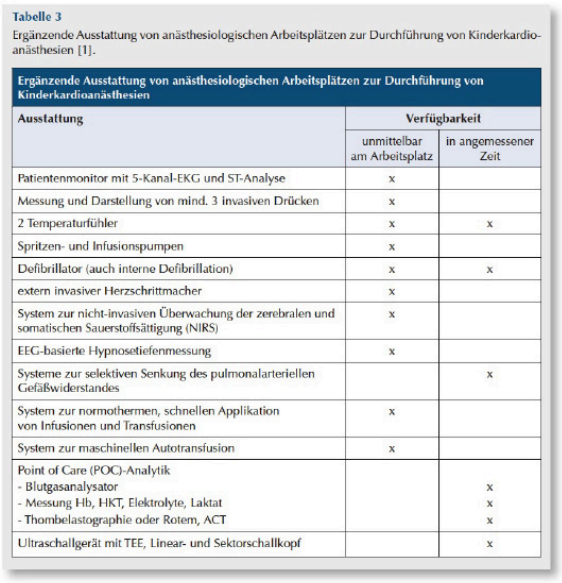


Tabelle 3

Ergänzende Ausstattung von anästhesiologischen Arbeitsplätzen zur Durchführung von Kinderkardioanästhesien [1].

Ergänzende Ausstattung von anästhesiologischen Arbeitsplätzen zur Durchführung von Kinderkardioanästhesien		
Ausstattung	Verfügbarkeit	
	unmittelbar am Arbeitsplatz	in angemessener Zeit
Patientenmonitor mit 5-Kanal-EKG und ST-Analyse	x	
Messung und Darstellung von mind. 3 invasiven Drücken	x	
2 Temperaturfühler	x	x
Spritzen- und Infusionspumpen	x	
Defibrillator (auch interne Defibrillation)	x	x
extern invasiver Herzschrittmacher	x	
System zur nicht-invasiven Überwachung der zerebralen und somatischen Sauerstoffsättigung (NIRS)	x	
EEG-basierte Hypnosetiefenmessung	x	
Systeme zur selektiven Senkung des pulmonalarteriellen Gefäßwiderstandes		x
System zur normothermen, schnellen Applikation von Infusionen und Transfusionen	x	
System zur maschinellen Autotransfusion	x	
Point of Care (POC)-Analytik - Blutgasanalysator - Messung Hb, HKT, Elektrolyte, Laktat - Thombelastographie oder Rotem, ACT		 x x x
Ultraschallgerät mit TEE, Linear- und Sektorschallkopf		x

Anaesth Intensivmed 2026-67-V12_VY1

Risiken in Deutschland: Versorgungslandschaft im Umbruch

Die anästhesiologische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland ist strukturell heterogen. Nicht überall sind Anästhesistinnen und Anästhesisten mit Erfahrung in der Kinderanästhesie verfügbar. Qualität wird nicht standardisiert erfasst. Das DRG-System benachteiligt die Pädiatrie systematisch: Komplexität wird unzureichend abgebildet, Zeitaufwand und kindgerechte Strukturen werden nicht refinanziert. Besonders deutlich wird dies in der ambulanten Versorgung: Eine Sedierung oder Narkose beim Zahnarzt für ein zwei- bis dreijähriges Kind ist in wirtschaftlicher Hinsicht nicht kostendeckend abbildbar, obwohl die fachlichen Anforderungen in vielen Fällen denen einer stationären Versorgung entsprechen.

Eine weitere Schwachstelle ist die Zersplitterung der Kinderchirurgie: Bundesweit existieren rund 90 Standorte mit eigenständiger Abteilung oder Sektion für Kinderchirurgie, die Subdisziplinen Neugeborenen-, Säuglings- und Fehlbildungschirurgie, Allgemein- und Viszeralchirurgie, Kinderurologie, Kindertraumatologie, Kinderonkochirurgie, Neurochirurgie und Verbrennungschirurgie unterscheiden sich in Verteilung und Verfügbarkeit zum Teil erheblich. Hinzu kommt, dass in allen chirurgischen Fächern Erwachsenen-Chirurg:innen auch die Kinder mitversorgen können, da es keine Alterslimitierung nach unten gibt. Für die Anästhesie heißt das: Kindernarkosen werden auch in Krankenhäusern durchgeführt, in denen die chirurgische und/oder die anästhesiologische Erfahrung für komplexe pädiatrische Eingriffe teilweise unzureichend ist.

Krankenhausreform und Leistungsgruppen

Die Krankenhausreform (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, KHVVG, in Verbindung mit den landesrechtlichen Umsetzungen, KHAG-Reformen) führt erstmals bundeseinheitliche Leistungsgruppen ein. Sie bilden die Grundlage einer Konzentration komplexer Leistungen auf qualifizierte Standorte und können – richtig gemacht – einen großen Hebel für die Versorgungsqualität in der Pädiatrie darstellen. Allerdings wurden im aktuellen Entwurf zentrale Spezial-Leistungsgruppen („Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“, „Spezielle Kinderchirurgie“) gestrichen und dann in die allgemeinen Leistungsgruppen integriert. Die Integration der speziellen Kinder- und Jugendchirurgie der Leistungsgruppe 16 in die Leistungsgruppe „Allgemeine Kinder- und Jugendchirurgie“ lässt die gesonderten Qualitäts- und Kostenstrukturen der

speziellen und komplexen Kinderchirurgie außer Acht. Die Nichtberücksichtigung der speziellen Versorgungsstrukturen schwächt die Versorgung schwer und chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Sie muss in der gesundheitspolitischen Diskussion klar als Qualitätsmerkmal benannt werden, auch wenn sie in der aktuellen Datengrundlage noch nicht hinreichend belegt ist.

Ambulante Kinderanästhesie – das unterschätzte Risiko

Die ambulante Anästhesie für Kinder – etwa beim niedergelassenen Zahnarzt, in der Kinderorthopädie oder bei radiologischen Diagnostik-Verfahren – wächst kontinuierlich. Sie ist für viele Familien unverzichtbar, weil stationäre Aufenthalte vermieden werden können. Gleichzeitig ist sie mit besonderen Anforderungen verbunden: Die personelle und apparative Ausstattung an Praxen und ambulanten Operationszentren entspricht teilweise nicht den Anforderungen an eine sichere Kinderanästhesie. Notfallausstattung, Aufwachraum-Standards und postoperative Überwachung weichen von den stationären Standards und nationalen Empfehlungen ab. Die Vergütung der ambulanten Kinderanästhesie ist seit Jahren nicht angemessen angepasst worden, sodass Anbieter unter wachsendem wirtschaftlichem Druck stehen. Wenn von Einzelnen Standards in der Fläche immer wieder unterschritten werden können, ohne dass Sanktionen drohen, stellt sich die Frage, wie viele Zwischenfälle (und damit Todesfälle) eine Gesellschaft "akzeptiert". Dies ist letztlich keine medizinische, sondern eine gesundheitspolitische Frage. Sie verlangt eine ehrliche Auseinandersetzung und konsequente Mindeststandards: definierte Strukturanforderungen, verpflichtende Fortbildung, transparente Auditfähigkeit und eine aufwandsadäquate Refinanzierung der ambulanten Kinderanästhesie.

Simulation, Teamtraining und kontinuierliche Fortbildung

Sichere Kinderanästhesie ist Teamarbeit und Teamarbeit will gelernt sein. Realistische Simulationen (Full-Scale-Simulation Atemwegsnotfall bei Säuglingen, Crew-Resource-Management, Schockraum-Simulation Polytrauma Kind) reduzieren nachweislich die Latenz bis zur korrekten Maßnahme und steigern die Sicherheit. Eine flächendeckende Verfügbarkeit pädiatrischer Simulationszentren gibt es in Deutschland nicht; viele Anästhesistinnen und Anästhesisten weichen zur Weiter- und Fortbildung auf wenige spezialisierte Standorte aus. Eine systematische, refinanzierte Fortbildung pro Anästhesie-Mitarbeitenden mit pädiatrischen Pflichtanteilen wäre ein kostengünstiger, hochwirksamer Hebel.

Perioperative Schmerztherapie und Elterneinbindung

Postoperative Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen sowie Agitation und Delir bestimmen für Kinder und Eltern die Wahrnehmung der Anästhesie oft stärker als die OP selbst. Standardisierte Schmerzpfade (intraoperative Multimodal-Konzepte mit Paracetamol, Ibuprofen, Metamizol bei entsprechender Indikation, Regionalanästhesie wann immer möglich, restriktive Opioidanwendung) reduzieren nicht nur Schmerzen, sondern auch postoperative Übelkeit und Erbrechen, Liegezeiten und Delir. Die kindliche Wahrnehmung der perioperativen Phase ist prägend; nicht selten begleitet sie ein ganzes Leben. Ein zentraler Baustein ist die strukturierte Elterneinbindung: Aufklärungsgespräche in kindgerechter Sprache, frühzeitige Begleitung in den OP, Möglichkeit der Elternanwesenheit bei Einleitung und Aufwachen sowie eine klare

Kommunikation der häuslichen Schmerztherapie. Diese menschliche Dimension wird in DRG- und Leistungsgruppen-Logik nicht abgebildet, ist aber Kernbestandteil pädiatrischer Versorgungsqualität.

APS



Fazit

Kindernarkosen sind anspruchsvoll und benötigen spezialisierte Expertise. Sicherheit ist messbar, etwa über das 10-N-Konzept der Safetots-Initiative, und systematisch verbesserbar. Die ambulante Kinderanästhesie ist strukturell unterfinanziert und qualitativ heterogen. In der stationären Kinderanästhesie verzerren Fehlanreize des DRG-Systems die Versorgungsrealität, und die Krankenhausreform droht in ihrer aktuellen Form, Spezialstrukturen weiter zu schwächen, statt sie zu sichern. Eine generationengerechte Gesundheitsversorgung verlangt verbindliche Strukturmerkmale, die konsequente Aufnahme spezieller pädiatrischer Leistungsgruppen und eine angemessene Refinanzierung der ambulanten Kinderanästhesie.



Prof. Dr. med. Patrick Meybohm

ist seit 2020 Direktor der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie des Uniklinikum Würzburg. Er studierte und promovierte an der Georg-August-Universität Göttingen bevor er seine Weiterbildung als Anästhesist/Intensivmediziner im Jahr 2003 am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, startete. Im Jahr 2009 folgte die Habilitation und 2012 der Wechsel nach Frankfurt/Main.

Seine klinischen und wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen in den Bereichen Intensivmedizin, perioperatives Outcome, präoperative Vorbereitung von Hochrisikopatienten sowie Patient Blood Management. Er ist leitender Prüfer verschiedener klinischer Studien, ist (Co-)Autor von mehr als 700 Original- und Übersichtsarbeiten und konnte mehr als 25 Mio. Drittmittel (u.a. DFG, BMBF, BMG, Industrie) einwerben. Viele seiner Arbeiten wurden mit wissenschaftlichen Preisen ausgezeichnet.

Foto: Robert Wenzel (Uniklinikum Würzburg)

Literatur

Becke K, Eich C, Höhne C, Jöhr M, Machotta A, Schreiber M, Sümpelmann R, Trapp K, Weiss M (2017): Choosing wisely in pediatric anesthesia: An interpretation by the German Scientific Working Group of Pediatric Anaesthesia (WAKKA). Paediatr Anaesth 27: 588–596.

Eich C, Becke K, Sümpelmann R, Schmidt J, Strauß J, Weiss M (2026): Arbeitsplatz Kinderanästhesie – Anforderungen, Struktur, Sicherheit. Anästh Intensivmed 67: V12–V19.

Habre W, Disma N, Virag K, Becke K, Hansen TG, Jöhr M, Leva B, Morton NS, Vermeulen PM, Zielinska M, Boda K, Veyckemans F (2017): Incidence of severe critical events in paediatric anaesthesia (APRICOT): a prospective multicentre observational study in 261 hospitals in Europe. Lancet Respir Med 5: 412–425.

Hatch DJ (1999): Death in paediatric anaesthesia. Br J Anaesth 82: 491–493.

Holliday MA, Segar WE (1957): The maintenance need for water in parenteral fluid therapy. Pediatrics 19: 823–832.

Moritz ML, Ayus JC (2007): Hospital-acquired hyponatremia – why are hypotonic parenteral fluids still being used? Nat Clin Pract Nephrol 3: 374–382.

Murat I, Constant I, Maud'huy H (2004): Perioperative anaesthetic morbidity in children: a database of 24 165 anaesthetics over a 30-month period. Paediatr Anaesth 14: 158–166.

Strauss JM, Sümpelmann R (2013): Perioperative Flüssigkeitstherapie bei Kindern. Anaesthesist 62: 10–22.

Sümpelmann R, Becke K, Brenner S, Breschan C, Eich C, Höhne C, Jöhr M, Kretz FJ, Marx G, Pape L, Schreiber M, Strauß J, Weiss M (2016): Perioperative intravenous fluid therapy in children: guidelines from the Association of the Scientific Medical Societies in Germany. Paediatr Anaesth 27: 10–18.

Weiss M, Vutskits L, Hansen TG, Engelhardt T (2017): Safe Anesthesia For Every Tot – The SAFETOTS initiative. Curr Opin Anaesthesiol 28: 302–307.

Weiss M, Bissonnette B, Engelhardt T, Soriano S (2014): Anesthetists rather than anesthetics are the threat to baby brains. Paediatr Anaesth 23: 881–882.

Way C, Dhamrait R, Wade A, Walker I (2006): Perioperative fluid therapy in children: a survey of current prescribing practice. Br J Anaesth 97: 371–379.

Ethische Aspekte von mentaler Gesundheit (mental Health) bei Kindern und Jugendlichen

Dr. phil. Christoph Schickhardt

Abstract

Rund um mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gibt es eine Reihe zu beachtender ethischer Aspekte. Der Artikel benennt die wichtigsten aus den Bereichen therapeutische Versorgung und Forschung. Er konzentriert sich danach auf ethische Aspekte und kinderethische Grundlagen hinsichtlich der mentalen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Bereich Public Health, der sich durch eine große sachliche und normative Komplexität auszeichnet. Moralisch zentral für diesen Bereich sollte ein umfassendes Recht der Kinder und Jugendlichen auf Gesundheit sein, das im Kindeswohl begründet liegt. Um im Bereich Public Health alle relevanten Aspekte zu adressieren, muss dieses Recht der Kinder auf Gesundheit eine Reihe von Ansprüchen (Mikrorechten) beinhalten, z.B. auf Schutz, Prävention, Früherkennung und eine gesunde Umwelt.

Einleitung

In diesem Artikel geht es um ethische Aspekte rund um mentale Gesundheit (*mental health*) von Kindern und Jugendlichen. [1] Den Schwerpunkt bildet dabei

der Bezug zu mentaler Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auf dem Feld von Public Health (öffentlicher Gesundheit). Was sind kinderethische Grundlagen und welche spezifischen ethischen Aspekte gibt es dabei? Welche sind die relevanten Rechte der jungen Menschen?

Kinder und Jugendliche

Unter dem Begriff der Kinder werden im Folgenden entsprechend des Artikel 1 der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen von 1989 alle Menschen zwischen der Geburt und der Vollendung des 18. Lebensjahres verstanden, d.h. Kinder und Jugendliche. Dieser Gruppe entsprechen in Deutschland knapp 14 Millionen Menschen, die sich durch eine große Vielfalt auszeichnen: mit der Altersspanne sind viele sehr unterschiedliche Entwicklungsstadien umfasst. Ethisch besonders relevant sind u.a. die verschiedenen Stadien der kognitiven und emotionalen Entwicklung. Ältere Jugendliche können z.B. über ausreichend geistige Fähigkeiten verfügen, um sich in bestimmten Lebensbereichen oder generell frei und eigenverantwortlich zu bestimmen. Außerdem weisen Kinder und Jugendliche in Deutschland eine enorme Vielfalt hinsichtlich der regionalen Lebensrealitäten, der sozio-ökonomischen Verhältnisse ihrer Familien oder sozialen Einbettungen, bei Sex und Gender sowie hinsichtlich ihrer kulturellen und weltanschaulichen Hintergründe auf. *Das* Kind gibt es nicht! Doch bei aller Vielfalt gibt es auch Aspekte, die mehr oder weniger alle Kinder und Jugendliche gemein haben, zumindest in gewissen Altersgruppen, wie z.B. biologisch-physiologische und emotional-kognitive Entwicklungsmuster und -faktoren sowie institutionelle Dimensionen wie Kindergärten, Schulen und gesetzliche Regelungen. Nicht zu vergessen sind wirtschaftliche Zusammenhänge, in denen Kinder als Konsumenten angesprochen werden, wobei vor allem das ubiquitäre Internet mit seinen Plattformen große Relevanz für die mentale Gesundheitder

Kinder und Jugendlichen haben. Zuletzt sei auf die gesundheitliche Bedeutung der Phase des vorgeburtlichen Lebens hingewiesen. Beispielsweise befasst sich der Fachverband FASD mit den Folgen fetaler Alkoholspektrumsstörungen.[2]

(Mentale) Gesundheit

Gesundheit und sein Gegenteil, die Krankheit, sind hochkomplexe Begriffe, die deskriptive und wertende Dimensionen kombinieren und auch medizintheoretisch und philosophisch kontrovers diskutiert werden.[3] Wir möchten hier nur auf einige Bedeutungsdimensionen hinweisen und ein kritisches Bewusstsein stärken. Gesundheit kann in einer eher vereinfachenden Weise als gute bzw. ungestörte Funktionalität verstanden werden. Ein Körperteil oder Organ ist dann gesund, wenn es das leistet, was es „leisten soll“. Bei mentaler Gesundheit wird ein solches funktionales Verständnis schon schwieriger, denn was sind die einzelnen Organe und welche ihre Funktionen? Einen anderen Ansatz stellt die bekannte Definition der Weltgesundheitsorganisation in ihrer Verfassung von 1948 dar, der zufolge Gesundheit »ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen« ist. Hierbei sind für unser Thema zwei Punkte interessant: i) Die mentale Dimension von Gesundheit wird gesehen; ii) Im Vergleich zum oben erwähnten elementar-funktionalen Verständnis ist das WHO-Verständnis von Gesundheit wesentlich anspruchsvoller, indem es auf mehr abzielt als die Abwesenheit von Krankheit: Gesundheit wird zu einem breiten Wohlbefinden.

Dem Begriff der Krankheit werden in der Literatur mit Verweis auf englische Worte drei Dimensionen zugeschrieben: unter *disease* wird die medizinisch-biologische Dimension verstanden, unter *illness* die subjektive Dimension des Erlebens und „sich-krank-Fühlens“, und unter *sickness* die soziale Dimension und

die Bezüge zu gesellschaftlichen Rollen und Erwartungen.[4] Im Feld von psychischen Problemen oder Erkrankungen ist die biologisch-objektivierbare Dimension (bisher) nicht immer so klar wie bei „rein somatischen“ Erkrankungen wie z.B. Krebs.[5] Die Eigenwahrnehmung und der empfundene Leidens- und Handlungsdruck des Betroffenen können von der Außenwahrnehmung seiner Lage durch Dritte abweichen. Es sei hier nur kurz daran erinnert, dass geistige und psychische „Krankheit“ auch ein soziales Phänomen ist, das viel mit vermeintlicher sozial etablierter “Normalität”, sozialer Fremdzuschreibung, Wertungen und sozialen Erwartungen zu tun hat.[6] Schulangst als Phänomen, das bei Kindern und Jugendlichen auftritt und psychotherapeutisch und psychiatrisch behandelt wird, gibt es beispielsweise nur in Gesellschaften, in denen (unsere Art der) Schule eine feste Institution ist, mit sozialen Erwartungen und gesetzlichem Schulzwang.[7] Während es bei Erwachsenen in der Regel diesen selbst überlassen wird, ob sie sich wegen psychischer Probleme in Behandlung begeben, spielen bei Kindern und Jugendlichen die Erziehungsberechtigten und eventuell andere Betreuer wie Lehrer oder Schulpsychologen gewöhnlich eine entscheidende Rolle.[8] Dabei können – und dies sei hier nicht wertend festgestellt – unterschiedliche Motive (gleichzeitig) eine Rolle spielen: wir als Eltern schaffen es nicht mehr, sind ratlos, haben großen Leidensdruck im Umgang mit dem Kind; das Kind funktioniert nicht (in der Schule oder der Familie), ist „verhaltensauffällig“ und stört; dem Kind geht es nicht gut (weil es an seinem Zustand leidet oder an der Reaktion seines sozialen Umfelds).

Die institutionellen Handlungsfelder rund um mentale Gesundheit

Es lassen sich grob drei Handlungsfelder unterscheiden, in denen verschiedene Akteure hinsichtlich der mentalen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen agieren: 1) die therapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit mentalen Problemen oder Erkrankungen; 2) Der Bereich von Public Health bzw. öffentlicher Gesundheit: das Handeln der Regierung oder anderer staatlicher oder halbstaatlicher Akteure, das auf Schutz oder Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung abzielt. Public-Health-Maßnahmen sind kollektiv und meistens vorbeugend ausgerichtet.[9] Es gibt Maßnahmen wie die U-Untersuchungen, in denen auch Probleme der mentalen Gesundheit entdeckt werden können. Auch im Bereich des Kinder- und Jugendschutzes spielen Aspekte der mentalen Gesundheit eine Rolle. 3) Ein zu den beiden großen Bereichen Versorgung und Public Health quer liegender Bereich ist die Forschung.[10]

Handlungsfeld	Kerninhalt	Akteure
Therapeutische Versorgung	Ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit mentalen Problemen oder Erkrankungen (teilweise unter Einbeziehung von Eltern oder Geschwistern)	Kinder- und Jugendmediziner, insbesondere Psychiater, und psychologische Psychotherapeuten
Öffentliche Gesundheit (Public Health)	Kollektive Maßnahmen (der Regierung) zum Schutz und zur Verbesserung der Gesundheit; umfasst vor allem Primärprävention und Früherkennung; richtet sich pauschal an die Bevölkerung bzw. Bevölkerungsgruppen, kann aber jedes Kind individuell berühren, z. B. durch ärztlich verabreichte Impfungen	Klassische Initiatoren sind meist staatliche bzw. öffentliche Einrichtungen durch Ge- oder Verbote, von der Bundesregierung und dem Bundestag über die Gesetzliche Krankenversicherung bis hin zum Öffentlichen Gesundheitsdienst der Kommunen; oft werden auch Kinderärzte oder Pflegepersonal, z. B. School Nurses, involviert, z. B. bei Impfungen oder

Handlungsfeld	Kerninhalt	Akteure
		Neugeborenenscreening.
Forschung	Querschnittsbereich, erforscht von den Grundlagen über die therapeutische Versorgung bis zu Public-Health-Lage und -Maßnahmen alles rund um die mentale Gesundheit der Kinder und Jugendlichen	Forschende Therapeuten sowie „reine“ Forscher mit biomedizinischem, psychologischem oder – vor allem in Public Health – noch anderen Hintergründen in den Bereichen Grundlagenforschung, translationale und klinische Forschung, epidemiologische Forschung, sozial- und umweltbezogene Forschung sowie Erforschung von Public-Health-Maßnahmen

Schaubild institutioneller Handlungsfelder rund um mentale Gesundheit

Ethische Herausforderungen in der therapeutischen Versorgung

Moralische Aspekte der Versorgung (Diagnose und Therapie) von Kindern und Jugendlichen fallen grundsätzlich in den Bereich der Medizinethik, speziell der ethischen Reflexion des Arzt/Therapeuten-Patienten-Verhältnisses. Nun kommen bei der Versorgung Minderjähriger mit mentalen Problemen zum einen Besonderheiten hinzu, die sich daraus ergeben, dass die Patienten minderjährig sind, und zum anderen aus den psychischen bzw. mentalen Belastungen oder Erkrankungen. Ein Beispiel, wie sich Herausforderungen kombinieren oder potenzieren können, ist die Frage der angemessenen Berücksichtigung des Willens des kindlichen oder jugendlichen Patienten: die grundsätzliche Herausforderung, z.B. die geistige Reife einer jugendlichen Patientin, richtig einzuschätzen und daraus abzuleiten, wie sie angemessen zu informieren und in

den Entscheidungsprozess zu involvieren ist, wird zusätzlich schwieriger und komplizierter, wenn jugendliche Patienten von mentalen Problemen betroffen sind, z.B. Depressionen oder Angststörungen oder innerfamiliärer (psychischer) Gewalt. Als generelle ethische Herausforderungen seien genannt: die angemessene Einbeziehung des Kindes in den Aufklärungs- und Einwilligungsprozess; die Identifikation dessen, was in der Situation indiziert und gut für das Kind ist (Kindeswohls, *best interest*); die Interessenlage der jungen Patienten, ihrer Eltern sowie Geschwisterkinder, die sich teilweise widersprechen können, wenn z.B. Ärzte eine Kindeswohlgefährdungsmeldung machen; der Umgang mit Informationen aus Diagnose und Therpaie(sitzungen): Kinder und vor allem Jugendliche haben ein Recht auf Vertraulichkeit und Verschwiegenheit, während die Eltern eventuell relevante Informationen erhalten möchten bzw. einen Anspruch auf sie haben oder erheben.[11] Beispielfälle sind, wenn Jugendliche sich ohne Eltern in einer Klinik vorstellen, weil sie akute Probleme haben aufgrund von Alkoholkonsum oder anderer Drogen, Schwangerschaftsverhütung, familiärer Gewalt oder Essstörungen, und die behandelnden Ärzte um Verschwiegenheit gegenüber den Eltern bitten. Generell stellt sich bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen die Frage der Freiwilligkeit bzw. die Frage, ob und wie gegebenenfalls der Unwille des Patienten, der sich gegen Diagnose- oder Therapiemaßnahmen wehrt, überwindet werden dürfen oder sollen. Bei Depressionen, Suizidalität oder Anorexia Nervosa kann es zu dramatischen und moralisch extrem herausfordernden Situationen kommen, in denen eventuell sogar Zwangsmaßnahmen als notwendig erscheinen. Zu diesen herkömmlichen Herausforderungen treten neue ethische Herausforderungen, die sich aus dem Einsatz neuer Technologien in der und um die Versorgung herum ergeben, z.B. beim (KI-basierten) Einsatz von Gesundheitsapps und Chatbots zur Begleitung und Unterstützung von Psychotherapie.

Ethische Herausforderungen in der Forschung

Die moralischen Aspekte der Forschung an Kindern und Jugendlichen im Bereich mentale Gesundheit sind prinzipiell Gegenstand der Forschungsethik, genauer der Ethik der Forschung an Minderjährigen. Aufgrund der oben angedeuteten Breite des Spektrums verschiedener Forschungsansätze und der Heterogenität von konkreten Forschungsdesigns und Zusammenhängen lassen sich die ethischen Herausforderungen dieses Feldes hier nur sehr generisch ansprechen. Analog zur Versorgung stellen sich auch in der Forschung Herausforderungen rund um die entwicklungsgerechte Einbeziehung der Minderjährigen in die Aufklärung und die Entscheidung über Teilnahme an Forschung, also Einwilligung (consent) bzw. Zustimmung (assent). Eine viel diskutierte grundsätzliche ethische Problematik liegt in der *fremdnützigen* Forschung an Kindern und Jugendlichen, bei der also die teilnehmenden Kinder und Jugendlichen selbst keinen potenziellen oder erwartbaren therapeutischen Nutzen (Eigennutzen) durch ihre Teilnahme an der Studie/dem Forschungsprojekt haben. Unter den allgemein, unter anderem in der Bioethik-Konvention des Europarats von 1997, als moralisch notwendig erachteten Voraussetzungen für fremdnützige Forschung an Kindern gehört: dass die Forschung die teilnehmenden Kinder nur sehr gering belastet, dass sie nicht an einwilligungsfähigen Erwachsenen durchgeführt werden kann und dass der potenzielle Forschungsnutzen der Gruppe des teilnehmenden Kindes zugutekommen soll (Gruppennutzen), also anderen zukünftigen Kindern (mit ähnlichen oder gleichen Problemen); sowie die informierte Einwilligung der Eltern (*informed consent*) und die Zustimmung (*assent*) der Kinder, die einer Art Vetorecht gleichkommt.[12] Sofern an Kindern und Jugendlichen geforscht werden soll, die bereits krank sind, ist zu beachten, dass man es mit einer besonders vulnerablen Gruppe zu tun hat: Minderjährige gelten *per se* schon in der Forschungsethik als vulnerabel, eine psychische Erkrankung steigert das

zusätzlich. Daten und Informationen zu mentaler Gesundheit und Krankheit, die für die Forschung verwendet werden, (ob sie nun aus zusätzlichen Interventionen zu Forschungszwecken oder „nur“ aus der Routineversorgung stammen), sind als besonders sensibel mit Blick auf Privatsphäre und informationelle Selbstbestimmung und eine offene (informationelle) Zukunft der Kinder anzusehen. Es ergeben sich daraus besondere Anforderungen an Datenschutz und Vertraulichkeit, die mit dem Streben danach, das Potenzial der Daten für die Forschung, beispielsweise durch das Teilen der Daten und eine lange Aufbewahrungszeit, zu maximieren, in einen ethisch wohltarierten Ausgleich gebracht werden müssen. Diese Herausforderungen werden nochmals komplexer, sofern relevante Daten/Informationen auch etwas über Dritte wie z.B. die Familienmitglieder, aussagen, wenn z.B. ein Elternteil ein Suchtproblem oder selbst eine psychische Erkrankung hat.

Ethische Aspekte von (mentaler) Gesundheit in Public Health

Kommen wir nun zu ethischen Aspekten hinsichtlich der mentalen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Bereich Public Health. Dass es grundsätzlich im Interesse der Kinder ist, (mental) gesund zu sein und sich gesund zu entwickeln, ist intuitiv klar. Mit dem Bereich von Public Health betreten wir das gesamtgesellschaftliche Miteinander, Nebeneinander und Gegeneinander. In der Gesamtgesellschaft und ihren vielen politisch regulierten Subsystemen wird die mentale Gesundheit der Kinder durch sehr viele Faktoren beeinflusst, so dass sich eventuelle Ansprüche auf ihren Schutz oder ihre Förderung schnell in Konkurrenz oder Widerstreit mit Interessen und Ansprüchen anderer Bevölkerungsgruppen oder sozialer Akteure wiederfinden.

Ein Recht auf Gesundheit

Das mächtigste normative Instrument, um in einer Gesellschaft für die Anerkennung und Achtung bestimmter Interessen zu sorgen, ist die Sprache der *Rechte*. Haben Kinder und Jugendliche ein Recht auf Gesundheit? Wichtig ist, dass es sich um ein Recht für gesundheitsrelevante Belange in Public Health, in der „öffentlichen Gesundheit" des gesellschaftlichen Lebens, handeln muss. In Public Health geht es um den Schutz der Gesundheit von Bevölkerungsgruppen, in unserem Fall von Kindern und Jugendlichen, vor *Risiken* für die Gesundheit und um die Förderung der Gesundheit und gesundheitlichen Resilienz. Es geht beispielsweise um den Schutz vor Risiken durch Viren und Bakterien, durch Verkehr und Schadstoffe, durch Zucker und Alkohol. Und um die Förderung der Gesundheit, z.B. durch Bewegung und durch dafür notwendige Spiel- und Sportplätze. Wenn wir im Folgenden von einem Recht „auf Gesundheit" sprechen, darf das nicht zu Missverständnissen führen: Gesundheit ist natürlich nichts, das einfach per Entscheidung zugeteilt werden kann, anders als man z.B. einen Kuchen oder manche materiellen Ressourcen zuteilen/verteilen kann. Wenn ein Kind krank ist, z.B. krebskrank oder depressiv, dann kann es sich nicht einfach an eine staatliche Stelle wenden und Gesundheit einfordern. Mit dem Recht auf Gesundheit verhält es sich ähnlich wie mit dem „Recht auf Bildung." Auch Bildung ist etwas, das der Staat nicht einfach zuteilen / verteilen kann, sondern was Ergebnisse komplexer Prozesse und vieler Faktoren ist.

Nationales und internationales Recht

Es gibt verschiedene normative Bereiche, in denen Rechte einen jeweils eigenen Geltungsanspruch bzw. normativen Status haben: das nationale gesetzliche Rechtssystem, das internationale Menschenrecht und die Moral (Ethik). Entsprechend kann ein Recht ein juristisches Recht, ein Menschenrecht oder ein

moralisches Recht sein. Im nationalen deutschen Recht gibt es kein klares Grundrecht auf Gesundheit: Im Grundgesetz und vom Bundesverfassungsgericht weiterentwickelten Verfassungsrecht gibt es kein klar anerkanntes explizites Grundrecht von Kindern und Jugendlichen auf Gesundheit, auch nicht von Erwachsenen. Im internationalen Menschenrecht, das auch als „soft law“ bezeichnet wird, gibt es zum einen Erwähnungen von relevanten Passagen in Dokumenten, die nicht kinderspezifisch sind. In der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948 heißt es „Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie *Gesundheit* und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, *ärztliche Versorgung* und notwendige soziale Leistungen […]“ (Art. 25, Abs. 1. Hervorhebung CS). Art. 12 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (1966) ist der Gesundheit gewidmet und nennt dabei interessanterweise auch schon explizit geistige Gesundheit. Sein erster Satz lautet: „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.“ In dem Artikel verpflichten sich die Beitragsstaaten dazu, Schritte zu unternehmen, um die Kindersterblichkeit zu senken (Abs. 2a) epidemische und endemische Krankheiten vorzubeugen (Abs. 2c) sowie eine „Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen (Abs. 2d).“

Rund zwei Jahrzehnte später, 1989, wurde die speziell auf Kinder und Jugendliche gemünzte UN-Kinderrechtskonvention beschlossen und von fast allen Staaten ratifiziert. Artikel 24 ist der Gesundheit gewidmet und beginnt folgendermaßen: „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit. Die Vertragsstaaten bemühen sich sicherzustellen, dass keinem

Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsdiensten vorenthalten wird.“ Die dann erwähnten Schritte, zu denen sich die Staaten verpflichten, legen den Focus auf die Geburt/Säuglinge/Mütter/Kindersterblichkeit (2a, c, d, e, f) und auf die „gesundheitliche Grundversorgung“ der Kinder (Abs. 2 b). Das Recht geht wenig auf den allgemeinen Bereich Kinder in Public Health ein, so dass die Frage, was das Recht für den Schutz und die Förderung der Gesundheit der Kinder generell und im speziellen der mentalen Gesundheit im Bereich Public Health bedeutet und ob es überhaupt in systematischer Breite auf dieses angewandt werden kann, anhand des alleinigen Gesetzestextes weitgehend offen bleibt.

Gesundheit, Ungleichheit und *equity*

Hinsichtlich dem Bereich der Moral ist als erstes festzuhalten, dass es in der ethischen Fachliteratur keine breite Diskussion um ein moralisches Recht von Kindern und Jugendlichen auf (mentale) Gesundheit im Bereich Public Health gibt. Einflussreich war der Versuch von Norman Daniels, ethisch zu begründen, was Gerechtigkeit bezüglich Gesundheit bedeutet und wie sich gesundheitsbezogene Ansprüche gegenüber der Gesellschaft begründen lassen. Von John Rawls übernimmt Daniels die Idee, dass zu einer gerechten Gesellschaft faire Chancengleichheit (*fair and equal opportunities*), zum Beispiel bei Karrierechancen, gehören. Daniels postuliert nun, dass Gesundheit wichtig ist für die Wahrnehmung von Chancen, dass ungleiche Gesundheitszustände (z.B. durch Krankheiten) zu ungleichen und unfairen Bedingungen für die Wahrnehmung von Chancen führen – und dass deshalb jedes Gesellschaftsmitglied ein Recht auf medizinische Versorgung bzw. Gesundheit habe.[13] Diese Argumentation – die nicht speziell auf Kinder eingeht – ist aber aus mehreren Gründen wenig überzeugend, u.a. weil der Wert von Gesundheit für den Einzelnen sich hier nur im Verhältnis und im Vergleich zu anderen Menschen generell und speziell nur mit Blick auf faire Chancengleichheit ergibt,

und weil man Gleichheit bezüglich Chancen theoretisch auch erreicht, indem alle Menschen die gleich schlechte Gesundheit haben. Der renommierte britische Philosoph Jonathan Wolff macht sich für ein Menschenrecht auf Gesundheit stark.[14] Für ihn umfasst das Recht mehr als nur den Anspruch auf medizinische Versorgung im Krankheitsfall, aber weniger als den Anspruch darauf, gesund zu sein. Wolff bleibt philosophisch vieles schuldig und geht u.a. nicht speziell auf Kinder und kinderethische Thematiken ein.

Ebenfalls ohne besondere Aufmerksamkeit für Kinder und kinderethische Eigenheiten ist die seit ca. 20 Jahren zunehmend intensiv geführte philosophische Debatte über die gesundheitliche Gleichheit und vor allem über die faktisch vorherrschende Ungleichheit bei gesundheitlichen Problemen und Belastungen sowie bei der Lebenszeit in der Bevölkerung, zwischen Menschen bzw. Bevölkerungsgruppen ein und desselben Landes.[15] Hintergrund dieser Debatte ist das steigende Bewusstsein darüber, dass es in der Bevölkerung sehr große Unterschiede bei Gesundheit/Krankheit und Lebenszeit gibt und dass diese stark mit sozio-ökonomischen Faktoren korrelieren.[16] Kurz gesagt: wer arm ist, ist öfters krank und stirbt früher. Einige Philosophen diskutieren, auf zumeist sehr theoretischem Niveau, gerechtigkeitstheoretische Aspekte rund um die Frage: sind die bestehenden gesundheitlichen Ungleichheiten allesamt ungerecht? Das zentrale Stichwort lautet *equity*: während die bestehende Gleichheit bzw. Ungleichheiten per se erstmal Tatsachen bzw. statistische Beschreibungen sind, ist in *equity* die Wertung impliziert, dass eine Ungleichheit *ungerecht* ist. *Equity* ist *gerechte* Gleichheit bzw. Ungleichheit bezüglich Gesundheit und Lebensdauer.[17] Eine zentrale gerechtigkeitstheoretische Frage ist z.B, ob es ethisch in Ordnung ist, wenn ein Mensch wegen bewusster und frei getroffener Entscheidungen, z.B. sich wenig zu bewegen und viel zu rauchen, gesundheitlich schlechter dasteht als ein anderer in gleichen/vergleichbaren Ausgangsbedingungen, der sich aber bewusst und frei für einen gesunden

Lebensstil entschieden hat. Oder wenn der erste aufgrund seines Fleißes und seiner Sparsamkeit sich über Jahrzehnte finanzielle Ressourcen angesammelt hat, mit denen er in einer gesünderen Umwelt leben und daher besserer Gesundheit sein kann als der andere. Es ist offensichtlich, dass sich diese Debatten über Eigenverantwortung für (mentale) Erkrankungen oder für gesundheitsrelevante Folgen aus den sozio-ökonomischen Lebensverhältnissen nicht einfach auf Kinder und Jugendliche übertragen lassen.

Gesundheit und Kindeswohl

Der Wert von Gesundheit für Kinder und Jugendliche ergibt sich nicht allein aus den (gleichen oder ungleichen, gerechten oder ungerechten) Verhältnissen zu anderen. Gesundheit ist für Kinder und Jugendliche auch und vor allem individuell besonders wertvoll. Das zeigt sich beim Blick auf das Kindeswohl.[18] Der Begriff des Kindeswohls ist in Deutschland ein unbestimmter Rechtsbegriff. Doch es führt nichts an einer inhaltlichen Auseinandersetzung mit dem Kindeswohl vorbei. Der Begriff des Kindeswohls wird dabei als das verstanden, was gut für Kinder ist, was in ihrem Interesse liegt, was also – aus der Außenperspektive Dritter – als ihre Interessen zu betrachten ist. Das Kindeswohl sollte als mehrdimensionale zeitliche Perspektive auf das gegenwärtige Kind, mittelfristig auf das Kind einige Jahre später als älteres Kind/Jugendlicher und langfristig auf das Erwachsenenleben verstanden und umgesetzt werden. Im Folgenden wird eine (nicht-abschließende, sondern orientierend gemeinte) inhaltliche Konzeption des Kindeswohls aus einer aufklärerisch-liberalen Werteperspektive aufgezeigt.

Übergeordnete Ziele und Werte	
Autonomie Entwicklung zu einer zunehmend selbstbestimmten,	**Subjektives Wohlbefinden** Positive Gefühle wie Zufriedenheit, Geborgenheit und Selbstwirksamkeit

Übergeordnete Ziele und Werte	
eigenverantwortlichen Person mit offener Zukunft	
Vermittelt über vier Dimensionen:	
Befriedigung grundlegender Bedürfnisse Nahrung, Wohnen, Sicherheit und soziale Kontakte	**Grundgüter** Bildung, Chancen, Freiheiten, Selbstachtung sowie körperliche, mentale und sozio-emotionale Gesundheit
Sichere soziale Beziehungen Liebevolle und stabile Beziehungen zu Eltern und Kindern	**Teilhabe** Spiel sowie soziale, kulturelle und wirtschaftliche Teilhabe

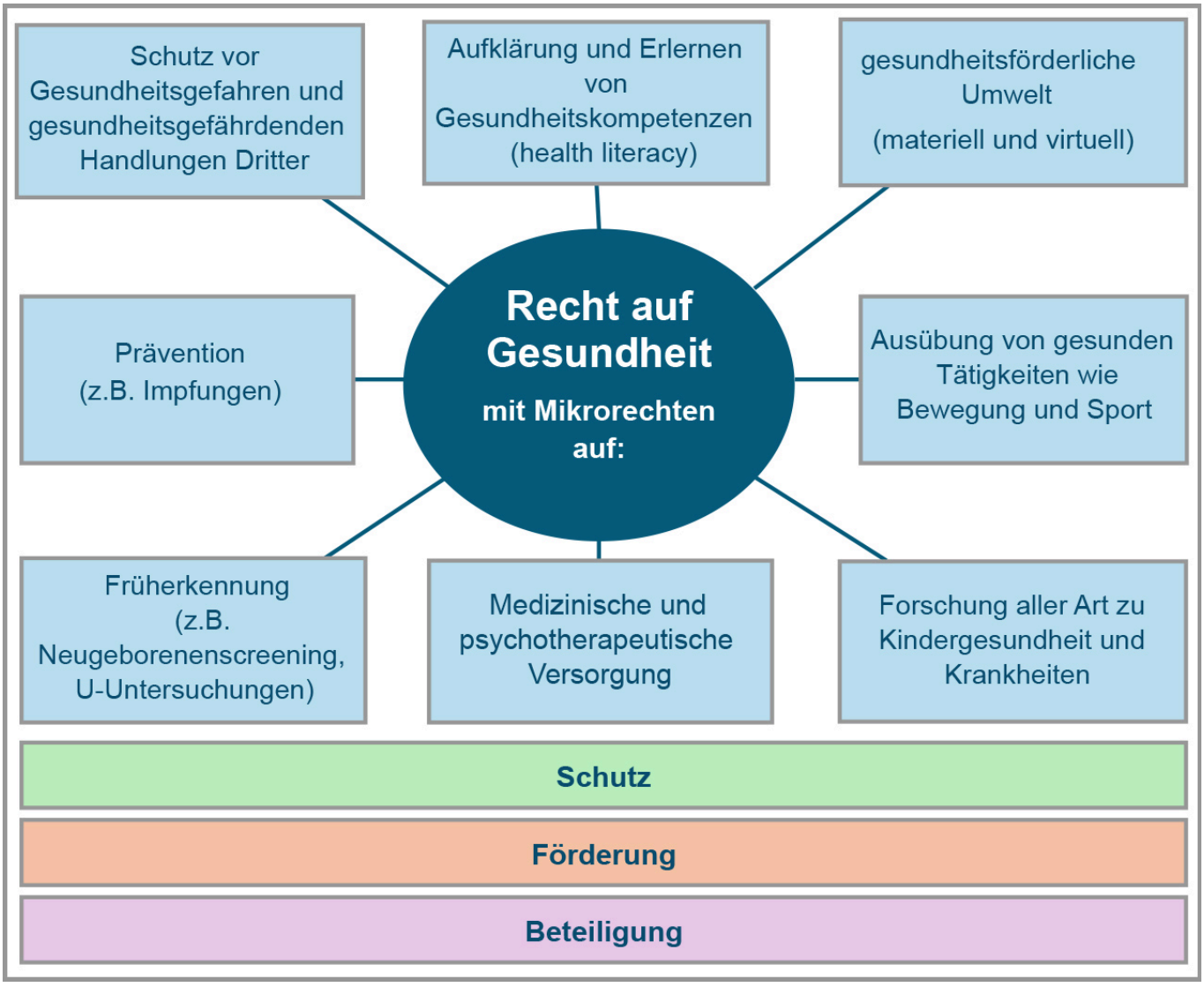
Inhalte des Kindeswohls – eine liberale kinderethische Konzeption

Gesundheit kann, wenn man sie so anspruchsvoll versteht wie die WHO, auch als wertvoll um ihrer selbst willen betrachtet werden, insofern Gesundheit auch subjektives Wohlbefinden („sich gut fühlen“) umfasst. Dieses letztere kann als ein Wert an sich gesehen werden.[19] Gesundheit ist in jedem Fall aber auch instrumentell wertvoll, da sie für sehr viele andere Elemente des Kindeswohl förderlich ist. Körperliche und seelische Gesundheit ist eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung und individuelle Entfaltung zu einer autonomen Person mit offener Zukunft und vielen Chancen. Gesundheit ist von grundlegender Bedeutung für das aktuelle und zukünftige Wohlbefinden der jungen Menschen und für eine Reihe weiterer Einzelelemente des Kindeswohls wie soziale Teilhabe, Selbstvertrauen und Selbstachtung, Bildung und die Entwicklung geistiger und körperlicher Fähigkeiten. Mehr noch als im Erwachsenenalter ist Gesundheit in Kindheit und Jugend ein “Grundgut” (Rawls), das für jeden vernünftigen Lebensplan wünschenswert und vorteilhaft ist. Wegen ihrer schädlichen Auswirkungen auf andere Lebensbereiche wurden nachhaltige Gesundheitsprobleme wie z. B. Adipositas auch als „korrosive Nachteile“.[20] Aus ethischer Sicht gibt es also gute Gründe dafür, jungen Menschen ein Recht auf Gesundheit zuzusprechen. Hinzu kommt, dass auch die

Allgemeinheit ein (wirtschaftliches, politisches, finanzielles und sogar wieder „sicherheitsbezogenes“) Eigeninteresse daran hat, dass Kinder und Jugendliche sich gesund entwickeln, damit sie leistungsfähige Bürgerinnen und Bürger werden, die u.a. die sozialen Sicherungssysteme finanzieren anstatt sie zu belasten.

Ein Recht auf (mentale) Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Public Health

Was sollte ein Recht von Kindern und Jugendlichen auf Gesundheit inhaltlich alles umfassen? Angesichts der Komplexität von Gesundheit und deren Schutz und Förderung im Bereich Public Health müssen auch die Inhalte des Rechts vielfältig sein, um „der Sache gerecht zu werden“.[21] Ähnlich wie beim Recht auf Privatsphäre oder informationelle Selbstbestimmung ist auch das Recht auf Gesundheit als ein „Rechtsbündel“ zu verstehen, das mehrere verschiedenartige Ansprüche (Mikrorechte) umfasst:



Das Recht der Kinder auf Gesundheit (in Public Health)

Das Recht auf Gesundheit und jedes seiner Mikrorechte müssen, wie üblich bei Kinderrechten, in drei Dimensionen gedacht werden: a) Schutz; b) Förderung (inkl. Empowerment + Resilienzstärkung) und c) Beteiligung.

Anwendungsfall I: Die Corona-Politik

Dass die Kinder in Deutschland während der Covid-19-Pandemie durch die politischen Pandemie-Maßnahmen stark belastet wurden, ist mittlerweile eine von vielen geteilte Einsicht. Die Auseinandersetzung mit den strukturellen Ursachen und Wirkungen, der Frage, wie es so weit kommen konnte und was

daraus folgen sollte, findet jedoch nur überschaubares öffentliches und politisches Interesse ohne nachhaltige Veränderung. Die Pandemie-Maßnahmen haben die Kinder und Jugendlichen massiv betroffen und tief in ihre Lebensbereiche eingeschnitten. Die Kinder und Jugendlichen waren zwar, sofern ohne bestimmte Vorerkrankungen, weitgehend resilient gegen das Covid-Virus – und zeigten dabei, dass Kinder physiologisch keine kleinen Erwachsenen sind und nicht immer schwächer und vulnerabler, sondern teils auch stärker sind –; gegenüber den politischen Pandemie-Maßnahmen zum Schutze der gefährdeten (älteren) Bevölkerung waren sie jedoch verletzbar. Die Maßnahmen, insbesondere die Lockdowns der Schulen, Kindergärten, Spielplätze und Vereine, führten u.a. zu einer mentalen Gesundheitskrise unter Kinder und Jugendlichen. [22] Die Pandemie-Politik zeigt mit Blick auf unser Thema u.a.: i) wie vielfältig und komplex die gesundheitsrelevanten Einflussfaktoren sind, dass z.B. Schulschließungen nicht nur die Bildung, sondern eben auch die mentale Gesundheit und das Wohlbefinden betreffen, und wie wenig Bewusstsein für die entsprechenden Zusammenhänge, Realitäten und Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen in Politik und Gesellschaft vorhanden ist; ii) dass zur Erfassung und angemessenen Achtung der gesundheitlichen Belange der Kinder und Jugendlichen in der öffentlichen Gesundheit ein umfassendes Recht auf Gesundheit notwendig ist bzw. gewesen wäre, wie es oben etisch skizziert wurde und in Deutschland jedoch leider keine soziale und juridische Anerkennung genießt; iii) dass sich, wie auch die WHO-Definition nahelegt, eine große Nähe zwischen (mentaler) Gesundheit und subjektivem Wohlbefinden zeigt, so dass ein moralisch zu postulierendes Recht der Kinder auf (mentale) Gesundheit in Zusammenhang zu sehen ist mit einem Recht auf subjektives Wohlbefinden.[23]

Anwendungsfall II: *Social-Media*-Verbot für Kinder und Jugendliche

Die weltweit zu beobachtenden Initiativen für gesetzliche Einschränkungen von *social-media* Nutzung durch Kinder und Jugendliche fallen in das Gebiet der kinder- und jugendspezifischen Public Health Politik, sozusagen der öffentlichen mentalen Gesundheitspolitik. Es soll hier nicht die moralische Frage, ob und, wenn ja, welche Einschränkungen und Verbote gerechtfertigt wären, erörtert werden, sondern nur einige Hinweise auf exemplarische ethische Aspekte gegeben werden: i) Es zeigt sich eine komplexe Akteurslandschaft, zu der neben den Minderjährigen (mit sehr unterschiedlichen Entwicklungs- und Kompetenzstufen) auch Eltern und private Unternehmen treten; ii) Der Staat steht nicht allein in der Verantwortung; wenn er aber durch Ge- oder Verbote eingreift, tangiert er nicht nur die zu schützenden Kinder und Jugendliche in ihren Interessen und Rechten, sondern auch die Eltern und die mächtigen (und oft skrupellos profitorientierten) privaten internationalen Unternehmen, deren Interessen auch von den Regierungen ihrer Herkunftsländer wie den USA protegiert werden; iii) Man sollte den Blick nicht auf *social-media* verengen und auch nicht allein deren Auswirkungen auf die mentale Gesundheit betrachten, sondern auch die allgemeine Lage der Kinder einbeziehen, zu denen u.a. eine vielschichtige Endemie schlechter Gesundheit und eine nie gesehene Bildungsmisere gehören; iv) Es zeigt sich, dass es immer nur um „Risiken“ oder „Risikofaktoren“ geht und sich einfache kausale Zusammenhänge im Bereich der stets komplexen und multifaktoriellen mentalen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen kaum nachweisen lassen; v) Es stellt sich die Frage nach der Beweislast: gegenwärtig wird unkritisch und unreflektiert davon ausgegangen, dass die Beweislast bei den Regierungen, Parlamenten und Befürwortern von Einschränkungen liegen – aber kann man das nicht auch umdrehen und fordern, dass die Anbieter zeigen, dass unreglementierte, unbegrenzte und oft viele Stunden pro Tag einnehmende *social-media* Nutzung unschädlich für die Kinder und Jugendliche ist? vi) Es ist zu fragen, welche Kinder den Bezugspunkt für die Bewertung der Risiken und des Schutzbedarfs darstellen (sollten): die Kinder mit

bedeutsamen sozio-ökonomischen Ressourcen und bildungs- und gesundheitsbewussten Eltern – oder Kinder mit wenig Ressourcen aus schwächeren sozio-ökonomischen und bildungsfernen Hintergründen, bei denen ohnehin ungesunde Verhaltensweisen und Belastungen der (mentalen) Gesundheit stark erhöht auftreten – die also vulnerabler sind bzw. bedeutsam höhere Risiken haben; vii) Neben dem Blick auf die (möglichen) „Kosten" in Form von Schäden und Lasten sollte man den Blick auch auf den möglichen Nutzen und die Chancen lenken, aber gleichzeitig auch die Opportunitätskosten in den Blick nehmen, die dadurch entstehen, dass *social-media* keinen positiven Beitrag zur mentalen Gesundheit der Kinder leisten und dass die Kinder in der Zeit keinen für sie wertvollen Tätigkeiten nachgehen, z.B. Entwicklung sozialer Beziehungen und entsprechender Kompetenzen.

Fazit:

Rund um mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gibt es eine Reihe ethischer Aspekte und Herausforderungen. Der Bereich Public Health zeichnet sich durch eine besonders große Komplexität aus, die sich u.a. daraus ergibt, dass sehr viele verschieden gesellschaftliche und politische Bereiche und Subsysteme Auswirkungen auf die (mentale) Gesundheit von Kindern und Jugendlichen haben und dass es eine Vielfalt von Akteuren gibt: neben den Eltern der Staat und seine Einrichtungen wie z.B. die Schule und der Kinder- und Jugendschutz, die private Wirtschaft mit teils mächtigen internationalen Techunternehmen sowie die Zivilgesellschaft. Der vorherrschende ethische Blick auf Kinder und Jugendliche in Public Health sollte sich nicht allein um Gleichheit bzw. Ungleichheit und *equity* drehen, sondern um das individuelle Recht auf Gesundheit und den individuellen Wert von Gesundheit für Kinder und Jugendliche. Dieses Recht muss in den vielen Gesellschaftsbereichen, in denen

Entscheidungen getroffen oder Strukturen erhalten werden, die direkt oder indirekt Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder haben, ausreichend Gewicht finden gegenüber anderen Rechten und Interessen. Eine sachlich angemessene Abwägung muss die Breite der gesundheitlichen Belange der Kinder in Rechnung stellen. Das Recht der Kinder auf Gesundheit in Public Health ist ethisch als ein Rechtsbündel zu verstehen, das mehrere Mikrorechte umfasst, und wartet in Deutschland auf breite gesellschaftliche, politische und juridische Anerkennung und Umsetzung.



Dr. phil. Christoph Schickhardt

ist Senior Scientist am Institut für Medizin- und Datenethik der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg und dem Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) des Universitätsklinikums Heidelberg und des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) Heidelberg. Er studierte Philosophie in Pavia (Italien) und Lausanne (Schweiz) und wurde 2011 mit einer Dissertation zur Kinderethik am Lehrstuhl für Praktische Philosophie der Universität Düsseldorf promoviert. Seit 2013 arbeitet er in Heidelberg als Wissenschaftler in den Bereichen Medizinethik, Ethik der biomedizinischen Forschung und Public Health Ethik, wobei er sich oft auf moralische Fragen, die Kinder betreffen,

konzentriert. Er ist Autor zahlreicher wissenschaftlicher Fachartikel, wirkt(e) in vielen interdisziplinären Projekten mit und ist Mitglied in mehrere Arbeitsgruppen und Gremien im Bereich Ethik und Governance der medizinischen Forschung. Seit vielen Jahren ist er Lehrbeauftragter in Philosophie und Medizin an der Universität Heidelberg.

Foto: Suhrkamp Verlag

Literaturverzeichnis

1. Für Anregungen zum Thema dieses Artikels danke ich den Mitgliedern des Instituts für Medizin- und Datenethik der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg, und für Hintergrundrecherchen und Unterstützung bei der Literatur Herrn Jannik Stichs.
2. Homepage des Bundesverbandes FASD. https://www.bundesverband-fasd.de/. Letzter Zugriff 19.09.2026.
3. Vgl. Schramme T (Hrsg.) (2012): Krankheitstheorien. Berlin.
4. T. Schramme: Einleitung, in ders. (Hrsg.) (2012): Krankheitstheorien. Berlin. Hier S. 14.
5. Keine streng wissenschaftlich-sachliche, sondern nur historisch-institutionelle bzw. konventionelle Gründe für die Unterscheidung zwischen psychischen und somatischen Erkrankungen sieht Robert E. Kendell: Kendell RE (2012): Das Wesen psychiatrischer Störungen. In Schramme T (Hrsg.): Krankheitstheorien. Berlin: 263-281.
6. Zur Theorie und teilweise kruden Wissenschaftsgeschichte hier siehe auch Wakefield JC (2012): Der Begriff der psychischen Störung: An der Grenze zwischen biologischen Tatsachen und gesellschaftlichen Werten. In: Schramme T (Hrsg.): Krankheitstheorien. Berlin: 239-262.
7. Zu Schulangst siehe exempl. https://deutsches-schulportal.de/schulkultur/was-ist-schulangst-und-was-koennen-schulen-dagegen-tun/
8. Siehe hierzu auch Schulte-Körne G (2016): Mental Health Problems in a School Setting in Children and Adolescents. Deutsches Ärzteblatt Int 113: 183-190 und Fischer AC, Dunkake I, Ricking H (2022): Ergebnisse einer quantitativen Untersuchung an Schulen zu Risikofaktoren bei Schulangst. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 50: 447-456.
9. Siegel AW, Merritt MW (2019): An Overview of Conceptual Foundations, Ethical Tensions, and Ethical Frameworks in Public Health. In: Mastroianni AC, Kahn JP, Kass NE (Hrsg.): The Oxford Handbook of Public Health Ethics: New York: 5-11.
10. Ein Beispiel für Forschung (mit Partizipation) zu mental health in Deutschland: Konsortium der YMH-INF (2025): Verbesserung der psychischen Gesundheit im Kindes- und Jugendalter. Kindheit und Entwicklung

34(1): 33-43.

11. Allgemeines zu ethischen Aspekten der Versorgung z.B. bei Koocher, G (2008): Ethical challenges in mental health services to children and families. Journal of Clinical Psychology 64: 601-12; Goldsmith M, Weiss Roberts L (2015): Ethical Issues in Child and Adolescent Psychiatry. Focus 14(1): 64-67; Disla de Jesus V, Liem A, Borra D, Appel JM (2022): Who's the Boss? Ethical Dilemmas in the Treatment of Children and Adolescents. Focus, 20(2): 215-219.
12. Vgl. auch Taupitz J (2009): Ethische Aspekte der Durchführung von klinischen Studien an Kindern. Pharm. unserer Zeit: 68-73.
13. Daniels N (1985): Just Health Care. Cambridge; Daniels N (2007): Just Health: Meeting Health Needs Fairly. Cambridge.
14. Wolff J (2012): The Human Right to Health. New York.
15. Zur Diskussion siehe z.B. Preda A, Voigt C (2015): The social determinants of health: why should we care? American Journal of Bioethics 15(3): 25-36 sowie die gesamte Ausgabe des Journals hierzu.
16. Hier sei exemplarisch verwiesen auf Marmot M et al. (2010): Fair society, healthy lives : the Marmot Review : strategic review of health inequalities in England post-2010. ISBN: 9780956487001
17. Zu dieser Diskussion u.a. Preda A (2018): 'Justice in Health or Justice (and Health)?'—How (Not) to Apply a Theory of Justice to Health. Public Health Ethics 11(3): 336-345.
18. Zu den folgenden Überlegungen siehe: Schickhardt C (2016): Kinderethik: Der moralische Status und die Rechte der Kinder. 2. Auflage. Münster, besonders Kapitel 3 und 6; Schickhardt C (2017): Der Begriff des Kindeswohls in der Moral. In: Drerup J (Hrsg.): Kinderethik: Aktuelle Perspektiven – Klassische Problemvorgaben. Münster: 63-88.
19. Schickhardt C (2024): Nicht Systemrelevant. Eine Aufarbeitung der Corona-Politik aus Kinderethischer Sicht. Berlin. 109ff.
20. Wolff J, de Shalit A (2007): Disadvantage. New York; siehe zu Adipositas auch Schweiger G (2017): "Arme dicke Kinder". Gerechtigkeit an der Schnittstelle von Armut und Adipositas in der Kindheit. In : Drerup J, Schickhardt C (Hrsg.): Kinderethik. Aktuelle Perspektiven – klassische Problemvorgaben. Münster: 219-232.
21. Zum Recht auf Gesundheit vgl. Schickhardt C (2024): Nicht Systemrelevant. Eine Aufarbeitung der Corona-Politik aus Kinderethischer Sicht. Berlin. 110ff.
22. Vgl. z.B. die Copsy-Studien des UK Hamburg Eppendorf unter Leitung von Frau Prof. Ravens-Sieberer.
23. Schickhardt C (2024): Nicht Systemrelevant. Eine Aufarbeitung der Corona-Politik aus kinderethischer Sicht. Berlin. Hier besonders Kapitel 4 und 5.