HERAUSGEBER

STIFTUNG KINDER GESUNDHEIT

MSD INVENTING FOR LIFE

vividabkk Ihre Krankenkasse

DFL STIFTUNG

NOVARTIS

Stiftung Die Gesundarbeiter Zukunftsverantwortung Gesundheit

ISBN: 978-3-00-076013-6
€ 28,50

Kindergesundheitsbericht der Stiftung Kindergesundheit | 2023

KINDERGESUNDHEITSBERICHT

DER STIFTUNG KINDERGESUNDHEIT

2023

FOKUS Jugendliche in Deutschland

STIFTUNG KINDER GESUNDHEIT

*„There can be no keener revelation of a society's soul than the way in which it treats its children.“**

Nelson R. Mandela, 8. Mai 1995,
als Präsident der Republik Südafrika

* Eine Gesellschaft offenbart sich nirgendwo deutlicher als in der Art und Weise, wie sie mit ihren Kindern umgeht.

INHALT

GRUSSWORTE AUS DER POLITIK 2

VORWORT 8

KAPITEL

Politische Maßnahmen gegen Missstände im Bereich der Kinder und Jugendgesundheit 12

Jugend – Adoleszenz – Pubertät, was ist das? 14

Gesund ins Erwachsenenleben – Jugendliche als vernachlässigte Zielgruppe 16

Meine Perspektive, Charlotte – Psiorasis 21

Wie geht es Jugendlichen in Deutschland? 22

Interview: Man kann nicht einfach auf Anfang gehen 28

Die psychische Gesundheit von Jugendlichen im Spiegel der ambulanten Versorgungsdaten der Betriebskrankenkassen 32

Interview: Die Hilfesysteme sind chronisch überlastet 40

Zahlen und Fakten zur Lage in den Kliniken 42

Jugendliche in akuten Krisensituationen 46

Interview: Klimaangst ist eine adäquate Reaktion auf eine manifeste Bedrohung 48

Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter 52

Aktuelle Perspektiven zur Gesundheits- und Versorgungssituation von Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie und/oder Geschlechtsinkongruenz 62

Interview: Jugendliche sind aktive Gestalter*innen ihrer eigenen Gesundheit. Sie müssen gehört und respektiert werden. 68

Meine Perspektive, Mila – Essstörung 71

Sozioökonomischer Status und Gesundheit von Jugendlichen in Deutschland 72

Gesundheitskompetenz im Kindes und Jugendalter: ein wichtiges Bildungsziel 80

Impfungen bei Jugendlichen 90

Sexualität im Jugendalter 96

Zum Bewegen muss es Gründe geben – ein sportpädagogischer Blick auf „die Jugend“ 102

Ernährungsverhalten von Jugendlichen 110

Klare Wege zum Ziel: Der Wechsel von chronisch kranken Jugendlichen in die Erwachsenenmedizin 118

Meine Perspektive, Friso – Prader-Willi-Syndrom 125

Literaturverzeichnis 126

PROF. DR.
KARL LAUTERBACH
Bundesminister
für Gesundheit

Mitglied des
Deutschen Bundestages

KINDER UND JUGENDLICHE haben unter der Pandemie und den begleitenden Maßnahmen besonders gelitten. Sie mussten auf sehr vieles verzichten – um Ältere, um Risikopersonen, um die Gesellschaft als Ganzes zu schützen. Besonders ihre psychische Gesundheit war während der Pandemie belastet. Die Perspektive gerade auch von Jugendlichen wurde hier zu wenig berücksichtigt. Daher begrüße ich es, dass die „Stiftung Kindergesundheit" in ihrem zweiten „Kindergesundheitsbericht" Jugendliche in den Fokus nimmt.

Die „Interministerielle Arbeitsgruppe Kindergesundheit", die die Bundesregierung ins Leben gerufen hatte, um insbesondere die Folgen der Pandemie aufzuarbeiten, empfiehlt in ihrem Abschlussbericht, die Jugendgesundheitsuntersuchungen noch stärker zu nutzen, um Unterstützungs- oder Therapiebedarf auch bei Jugendlichen möglichst früh zu erkennen und im Bedarfsfall weitere Hilfen zu veranlassen. Ich habe daher den zuständigen Gemeinsamen Bundesausschuss gebeten, das Angebot weiterzuentwickeln, zeitliche Lücken zu schließen, Kinder und Jugendliche im Schulalter besser zu berücksichtigen und die Dokumentation zu vereinheitlichen.

Darüber hinaus ist die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ein Schwerpunkt meiner Arbeit als Bundesgesundheitsminister: Seit Jahresbeginn gelten Erlösgarantien für die stationäre Pädiatrie. In der ambulanten Kinderheilkunde haben wir die Mengenbegrenzung aufgehoben. Und bei Kinderarzneimitteln wollen wir Rabattverträge und Festbeträge dauerhaft abschaffen.

Dem Kindergesundheitsbericht wünsche ich viele Leserinnen und Leser!

Prof. Dr. Karl Lauterbach

© Foto: BMG/Thomas Ecke

KLAUS HOLETSCHEK
Bayerischer
Staatsminister für
Gesundheit und Pflege

Mitglied des
Bayerischen Landtages

WENN KINDER UND JUGENDLICHE erkranken, leiden oft ganze Familien und das weitere Lebensumfeld mit. Nicht zuletzt deshalb haben wir das gesunde Aufwachsen als eines von vier Handlungsfeldern im Bayerischen Präventionsplan festgelegt. Wir können uns dabei auf einen breiten gesellschaftlichen Konsens stützen: Der Bayerische Präventionsplan wird von 138 Partnern getragen.

Darüber hinaus stoßen wir mit unserer Initiative Gesund.Leben.Bayern. Leuchtturmprojekte der Gesundheitsförderung und Prävention an. Sie alle sind qualitätsgesichert und werden evaluiert. Vor allem aber besitzen sie das Potential dafür, als Vorbild im ganzen Land zu dienen.

Ein besonderes Augenmerk meiner Politik gilt der Unterstützung von Menschen mit psychischem Hilfebedarf, zumal hier Stigmatisierung und Vorurteile die Lage von Betroffenen und deren Angehörigen erheblich verschärfen können. Niemand sollte Angst haben, sich Hilfe zu suchen oder sie anzunehmen. Bayern verfügt schon lange über niedrigschwellige und vielfältige Hilfe- und Unterstützungsangebote. Aber wir ruhen uns darauf nicht aus. Mein Anliegen ist es, das hohe Niveau der Angebote in Bayern auch künftig zu sichern und da wo nötig weiter auszubauen.

Deswegen ist der Kindergesundheitsbericht der Stiftung Kindergesundheit so wertvoll: Er zeigt Erreichtes, aber auch Handlungsfelder, die in Zukunft unserer Aufmerksamkeit bedürfen. Letztlich geht es uns allen doch um dasselbe Ziel: Wir wollen das Wohlbefinden unserer Kinder und Jugendlichen fördern und sie dabei unterstützen, möglichst gesund und erfüllt aufzuwachsen.

Ihr Klaus Holetschek

© Foto: Andi Frank

ULRIKE BAHR
Mitglied des
Deutschen Bundestages

Vorsitzende des
Ausschusses für
Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Mittelschullehrerin

DER KINDERGESUNDHEITSBERICHT der Stiftung Kindergesundheit von 2022 hat einen Nerv getroffen. Denn angesichts vieler Baustellen können wir nicht zufrieden sein mit dem Gesundheitszustand und der Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Im letzten Winter haben wir politisch etliches unternommen, um der schlimmsten Unterversorgung beizukommen. Der durchschlagende Erfolg ist aber bisher ausgeblieben, und auch die generelle Kritik bleibt: Wir leisten uns nicht die bestmögliche Gesundheitsversorgung, zu der uns die UN-Kinderrechtskonvention eigentlich verpflichtet.

In Ihrem aktuellen Bericht setzen Sie einen starken Fokus auf psychische Gesundheit. Während der Pandemie haben wir alarmierende Zahlen zur Entwicklung von Essstörungen, Depressionen und Angsterkrankungen unter Kindern und Jugendlichen erhalten. Zugenommen haben auch problematische Mediennutzung und Mobbing – Trends, die ich mit Sorge sehe. Wichtig ist auch, dass Sie im Bericht das Thema Geschlechteridentität aufgreifen. Wegen des Selbstbestimmungsgesetzes wird darüber sehr emotional diskutiert.

Die größte Herausforderung bleibt aber der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit. Armut macht krank, das gilt auch und besonders für Kinder und Jugendliche. Darum steht für mich fest: Wichtig für Prävention und Gesundheitsförderung ist das Aufbrechen von Säulendenken mit einer ganzheitlichen Sozialpolitik, die Kinderrechte ernst nimmt, die Kinder und Jugendliche aus der Armut holt und ihnen Angebote macht mit guten Schulen, Jugendarbeit, Beratungsstellen und kostenfreien Treffs drinnen und draußen, wie es unser Kinder- und Jugendhilferecht SGB VIII auch vorsieht.

Ich danke der Stiftung Kindergesundheit und allen Autorinnen und Autoren des Berichts sehr, dass sie diese Zusammenhänge in den Blick nehmen, Daten und Fakten aufbereiten und damit die Grundlage für ein verbessertes System legen.

Ulrike Bahr

© Foto: Stella von Saldern

JOHANNES WAGNER
Mitglied des
Deutschen Bundestages

Kinderarzt
in Weiterbildung

WIR SIND DIE ERSTE GENERATION, die die Folgen des Klimawandels spürt – und wir sind die letzte Generation, die etwas dagegen tun kann.

Das ist nicht etwa ein Zitat von Greenpeace, sondern vom ehemaligen Präsidenten der USA, Barack Obama. Ist es da so verwunderlich, dass diese Generation ein neues Verständnis für die Klimakrise entwickelt hat? Dass sie bei einem „Jahrhundertsommer“ nicht an Zufall denkt, sondern an ein Muster? Dass sie Angst davor hat, was eine eskalierende Klimakrise für ihre Zukunft bedeutet?

Die Klimakrise ist nicht nur die größte Gefahr für unsere körperliche, sondern auch für unsere mentale Gesundheit. Zwei Beispiele: Studien zeigen, dass bei Hitze die Aggressivität zunimmt. Und auch andere Extremwetterereignisse sind mental eine enorme Belastung. Nach der Flut im Ahrtal haben mehr als 15.000 Menschen psychologische Unterstützung in Anspruch genommen.

Die junge Generation ist von diesen Sorgen um die Zukunft besonders betroffen und bedarf entsprechenden Schutzes. Im Koalitionsvertrag haben wir uns vorgenommen, insbesondere für Kinder- und Jugendliche die Wartezeiten auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz deutlich zu reduzieren.

Mehr Behandlungsplätze sind ein wichtiges Ziel, hinter dem ich voll stehe. Es kann die psychischen Auswirkungen der Klimakrise lindern; die Ursachen für Klimaangst löst es aber nicht. Denn zur Wahrheit gehört leider auch: Die Klimaangst, weswegen mehr und mehr Jugendliche in psychischer Behandlung sind, basiert auf einer gerechtfertigten Sorge.

Die Klimakrise ist real und ihre Auswirkungen spüren wir schon jetzt, auch bei uns in Deutschland. Mehr Behandlungsplätze sind also nur ein Teil der Antwort auf die große Aufgabe unserer heutigen Generation, die Lebensgrundlagen unserer Zukunft zu schützen.

Auch beim Thema Klimaangst gilt also: Klimaschutz ist Gesundheitsschutz! Deshalb empfinde ich es als besonders wichtig, dass der Kindergesundheitsbericht 2023 sich diesem drängenden Thema annimmt.

Vielen Dank!

Ihr Johannes Wagner

© Foto: Grüne im Bundestag, S. Kaminski

PROF. DR.
ANDREW ULLMANN
Mitglied des Deutschen Bundestages

Gesundheitspolitischer Sprecher der FDP Bundestagsfraktion

Facharzt für Innere Medizin und Universitätsprofessor für Infektiologie

DIE GESUNDHEIT UNSERER KINDER und Jugendlichen ist von entscheidender Bedeutung für ihre Entwicklung, ihr Wohlbefinden und ihre Zukunftschancen. In den vergangenen drei Jahren haben sie außergewöhnliche gesundheitliche somatische und psychische Belastungen durchleben müssen. Daher freue ich mich sehr, dass der diesjährige Kindergesundheitsbericht den Schwerpunkt auf die Gesundheit von Jugendlichen legt.

In der heutigen Zeit stehen junge Menschen vor vielfältigen Herausforderungen, die sich oft auch auf ihre körperliche und psychische Gesundheit auswirken können. Dazu zählen beispielsweise die steigende Nutzung digitaler Medien, ein hoher Leistungsdruck in der Schule, die Sorge um das Klima, der Umgang mit einem Krieg in Europa sowie ganz persönliche Erfahrungen von Mobbing, Ausgrenzung und Diskriminierung. Hinzu kommt, dass die Corona-Pandemie die Gesellschaft als Ganzes, aber insbesondere Jugendliche vor psychische Herausforderungen gestellt hat, deren Auswirkungen immens waren und sind.

Umso wichtiger ist es, dass wir uns gemeinsam für eine ganzheitliche Gesundheitsförderung von Jugendlichen einsetzen. Dazu gehören nicht nur ganz konkrete Maßnahmen zur Vorbeugung und Behandlung spezifischer körperlicher und psychischer Erkrankungen, sondern auch die allgemeine Stärkung von Selbstbewusstsein und der Fähigkeit zur Resilienz. Zu oft assoziieren wir gesundheitliche Probleme mit zunehmendem Alter und vergessen, dass die Grundlagen für ein gesundes Leben in der Kindheit und Jugend gelegt werden.

Ich freue mich, dass der Kindergesundheitsbericht 2023 die Gesundheit der Jugendlichen in aller Breite beleuchtet und damit wertvolle Einblicke und Empfehlungen für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung von Jugendlichen geben wird. Für uns in der Politik zeigt sich durch den Bericht, wo Handlungsbedarf besteht, um Jugendlichen gute gesundheitliche Grundlagen mitzugeben. Lassen Sie uns gemeinsam dafür sorgen, dass unsere Kinder und Jugendlichen gesund aufwachsen, um ihre Zukunft selbstbewusst und erfolgreich gestalten zu können.

Prof. Dr. Andrew Ullmann

STEPHAN PILSINGER
Mitglied des Deutschen Bundestages

Arzt

DER IM FEBRUAR DIESES JAHRES veröffentlichte Bericht der Interministeriellen Arbeitsgruppe zu gesundheitlichen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Kinder und Jugendliche hat es uns mehr als deutlich gemacht: Der Schutz der somatischen, vor allem aber der psychischen Gesundheit unserer Jüngsten ist die letzten Jahre leider zu kurz gekommen. Gerade auch Jugendliche haben unter den Corona-Schutzmaßnahmen, insbesondere den weitgehenden Schul-Schließungen mit allen sozialpsychologischen Folgen besonders zu leiden gehabt und noch immer zu leiden. Besonders schwierig war und ist es für junge Menschen aus sozial benachteiligten Familien.

Nun haben es Politik und Gesundheitssektor in der Hand, den Erhalt und die Stärkung der Kinder- und Jugendgesundheit mit konkreten Maßnahmen zu fördern. Mit der Herausnahme der Kinderkliniken aus den Krankenhaus-Fallpauschalen oder auch mit der Entbudgetierung der Kinder- und Jugendärzte sind schon richtige Schritte getan. Das reicht aber noch nicht. Um die Gesundheit unserer jungen Generation nachhaltig zu fördern, braucht es wesentlich mehr Investitionen.

Wie im vorliegenden Kindergesundheitsbericht deutlich wird, muss das Thema mentale Gesundheit gerade auch für Jugendliche mit Hochdruck angegangen werden. Insbesondere im Bereich der Jugendpsychotherapie müssen wir uns weiterentwickeln. So fordere ich schon länger, den Gemeinsamen Bundesausschuss im SGB V damit zu mandatieren, die Kinder- und Jugendtherapeuten gesondert zu beplanen, was mehr Anreize für neue Praxisniederlassungen insbesondere im ländlichen Raum schaffen würde. Dazu müssen wir auch die Länder, den G-BA und die Selbstverwaltung ins Boot holen. Wenn wir die so spezialisierten Kassensitze aufbauen, wäre dem Wohlbefinden und der psychischen Gesundheit junger Menschen enorm geholfen.

Der Stiftung Kindergesundheit sei an dieser Stelle herzlich gedankt für ihre wertvolle, weiterhin tatkräftige Arbeit zum Wohle unserer jüngsten Generation und damit im Dienste unserer Gesamtgesellschaft.

Stephan Pilsinger

© Foto: Tobias Atzkern

Jugendliche sind unsere Zukunft – aber auch unsere Gegenwart. Es ist unsere Verantwortung, sicherzustellen, dass sie sich gesund entwickeln können.

VORWORT

Die Stiftung Kindergesundheit veröffentlichte im September 2022 ihren ersten Kindergesundheitsbericht. 30 Jahre nach der Ratifizierung der UN-Kinderrechtskonvention durch den Deutschen Bundestag untersuchten wir die Frage, wie es um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland bestellt ist. Wir haben vermeidbare strukturelle Defizite identifiziert, die vielen jungen Menschen das in der Konvention verbriefte Recht auf ein „erreichbares Höchstmaß an Gesundheit" verwehren und Empfehlungen für Schritte zur Verbesserung formuliert.

In der Zwischenzeit ist die politische und mediale Aufmerksamkeit für die von uns benannten Probleme gewachsen. Themen wie die prekäre Situation der deutschen Kinderkliniken, die hohe psychische Belastung der Kinder und Jugendlichen, der besorgniserregende Bewegungsmangel und die Zunahme von Adipositas bei benachteiligten Gruppen sind in den vergangenen Monaten stärker in der Öffentlichkeit diskutiert worden.

Die Bundesregierung hat erste Maßnahmen beschlossen, die zu Verbesserungen beitragen sollen (siehe unsere Auflistung der politischen Maßnahmen auf S. 14 dieses Berichtes). Eine interministerielle Arbeitsgruppe hat konkrete Maßnahmen empfohlen, um Kinder und Jugendliche in ihrer mentalen Gesundheit und Resilienz zu stärken. Wir werden die Entwicklung aufmerksam verfolgen und Veränderungen in weiteren Kindergesundheitsberichten darstellen; so auch in diesem Jahr.

Es ist uns nicht nur wichtig, Probleme zu beleuchten und Empfehlungen für eine Verbesserung zu formulieren, sondern auch positive Beispiele aufzuzeigen. In diesem Jahr legen wir unseren Fokus auf die rund 8 Millionen Jugendlichen in Deutschland. Dem Jugendalter und den besonderen gesundheitlichen Herausforderungen dieser Lebensphase wird vergleichsweise wenig medizinisch-fachliche und politische Aufmerksamkeit entgegengebracht.

Aus gesundheitlicher Sicht birgt die Adoleszenz spezifische Risiken, aber auch große Potentiale. Hier werden entscheiden-

de Weichen für das Erwachsenenleben gestellt. Junge Menschen im zweiten Lebensjahrzehnt erleben tiefgreifende körperliche, kognitive und psychosoziale Veränderungen. Deshalb ist das Jugendalter auch eine Phase besonderer Vulnerabilität, in der negative Einflüsse den Grundstein für langfristige gesundheitliche Folgeschäden und gesundheitsschädliche Verhaltensmuster legen können. Gleichzeitig bietet diese Zeitspanne aber auch besondere Chancen für die Gesundheitsförderung und Prävention.

Im vorliegenden Kindergesundheitsbericht 2023 bilden wir einen Querschnitt an Themen ab, die wir für besonders relevant in Bezug auf die Gesundheit von Jugendlichen halten. Zu unserer großen Freude konnten wir viele ausgewiesene Expert*innen dafür gewinnen, uns einen vertieften Einblick in ihr Fachgebiet zu geben. Unser herzlicher Dank gilt allen Autor*innen. Der DFL Stiftung, der Stiftung *Die Gesundarbeiter – Zukunftsverantwortung Gesundheit* der Krankenkasse vivida bkk, MSD Sharp & Dohme GmbH und Novartis Pharma GmbH danken wir für die Zusammenarbeit im Rahmen der Erstellung dieses Berichtes und für die konsequente Achtung der Unabhängigkeit unserer Stiftung bei seiner inhaltlichen Gestaltung.

MENTALE GESUNDHEIT

Einer der Schwerpunkte in unserem Kindergesundheitsbericht 2023 ist die mentale Gesundheit. Die heutige Generation von Jugendlichen wächst in einer Zeit multipler Krisen auf. Globale Erwärmung, COVID-19 -Pandemie, Ukraine-Krieg, Inflation und Energiekrise – dass die allgegenwärtige Krisenlage Jugendliche stark belastet, belegen aktuelle Studien, die wir in diesem Bericht zusammengetragen haben. **Welche Hinweise geben uns die Versorgungsdaten zur mentalen Gesundheit von Jugendlichen?** Dr. Dirk Rennert, Dr. Matthias Richter und Karin Kliner vom Dachverband der Betriebskrankenkassen haben hierzu Daten von über einer Million Jugendlichen analysiert und die Ergebnisse zusammengefasst. Priv.-Doz. Dr. Katharina Bühren gibt uns in einem Interview einen Einblick dazu aus der **klinischen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.**

Wie geht es Jugendlichen seit der Pandemie? In einem weiteren Interview geben uns die Autorinnen der COPSY-Studie, Frau Prof. Ulrike Ravens-Sieberer und Frau Dr. Franziska Reiß zu dieser und anderen Fragen rund um das seelische Befinden von jungen Menschen Antworten. **Wie beeinflusst der Klimawandel die seelische Gesundheit von Jugendlichen?** Dazu steht uns Dr. Dietrich Munz Rede und Antwort. **Wie ist es aktuell um das Suchtverhalten von Jugendlichen bestellt?** Prof. Rainer Thomasius gibt einen Überblick. Auf ein weiteres hochaktuelles Thema unserer Zeit gehen Dr. Angela Rölver und Prof. Georg Romer ein: **Wie geht es Jugendlichen mit einer Transidentität?**

GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

Vor welchen Herausforderungen stehen Gesundheitsförderung und Prävention in Bezug auf Jugendliche? Was stärkt ihre seelische und körperliche Gesundheit, was macht sie resilient und welche Faktoren wirken sich negativ aus? Auch diesen Fragen wollten wir nachgehen. **Welche Auswirkung haben sozio-ökonomische Faktoren auf die Gesundheit von Jugendlichen?** Damit beschäftigen sich Theresa Schierl und Prof. Matthias Richter. Prof. Tim Bindel geht der Frage nach, **wie es gelingen kann, Jugendliche stärker für Bewegung zu begeistern.** Auch die Themen **Sexualität, Ernährung** und **Impfen** möchten wir für einen Rundumblick aufgreifen. Zu letzterem bringen uns Dr. Franziska Feldl und Prof. Heidrun Thaiss auf den neuesten Stand.

PARTIZIPATION

Das Jugendalter ist die Lebensphase, in der der Mensch nach und nach alle Voraussetzungen für selbständiges Handeln erwirbt. Autonomiebestreben und Partizipation sind hier wichtige Entwicklungsschritte. **Welche Beteiligungsrechte haben Jugendliche in der gesundheitlichen Versorgung?** Damit setzt sich Prof. Sabina Schutter in einem Interview auseinander. Und wie kann **Gesundheitskompetenz** gestärkt werden, damit Jugendliche kompetent mitentscheiden können? Damit beschäftigt sich Prof. Orkan Okan.

Chronisch kranke junge Menschen stehen vor einer besonderen Herausforderung. Sie müssen die Verantwortung für ihre Gesundheit in besonderem Maße selbst übernehmen und den Wechsel von der pädiatrischen Betreuung in die Erwachsenenmedizin vollziehen. Ein Beispiel dafür, wie diese mitunter schwierige Aufgabe gelingen kann, ist hier das Berliner **Transitionsprogramm.** Jana Findorff und Dr. Silvia Müther geben hierzu einen Einblick. **Wie blicken Jugendliche selbst auf ihre Gesundheit?** Wir möchten der Perspektive junger Menschen in unserem Bericht eine Plattform geben und haben deshalb den Jugendrat von SOS Kinderdorf e.V. gebeten, seine Sichtweise auf die jeweiligen Themen zu schildern. Dafür danken wir allen beteiligten Jugendlichen und SOS Kinderdorf e.V. sehr herzlich! Auch allen anderen Jugendlichen, die uns ihre Sicht auf das Thema Gesundheit mitgeteilt haben, danken wir sehr, ebenso wie dem Deutsche Psoriasis Bund, der Prader-Willi-Syndrom Vereinigung Deutschland, dem Therapienetz Essstörung und dem Startup **KRISENCHAT**.

Das Jugendalter ist ein besonders dynamischer Lebensabschnitt der Entwicklung, Entfaltung und Ausbildung der eigenen Individualität. Erwachsene neigen dazu, diese Phase oft mit Sorge und Skepsis zu beobachten, anstatt sich an der Entwicklung junger Menschen zu erfreuen. Als Gesellschaft sind wir gefordert, Jugendlichen Strukturen und Rahmenbedingungen anzubieten, die ihre individuelle Entwicklung bestmöglich fördern können. Wir hoffen, dass dieser Bericht Anstöße dafür geben kann, wie uns dies noch besser gelingen kann.

PROF. DR. MED. DR. H.C. MULT. BERTHOLD KOLETZKO
Vorsitzender des Vorstandes
Stiftung Kindergesundheit

PRIV.-DOZ. DR. MED. KATHARINA BÜHREN
Stellvertretende Vorsitzende
des Vorstandes
Stiftung Kindergesundheit

DIETER HEIDEMANN
Dipl.-Kaufmann,
Wirtschaftsprüfer &
Steuerberater

Stellvertretender
Vorsitzender des Vorstandes,
Stiftung Kindergesundheit

Politische Maßnahmen gegen Missstände im Bereich der Kinder und Jugendgesundheit

Seit dem Erscheinen des ersten Kindergesundheitsberichts der Stiftung Kindergesundheit im September 2022 hat sich manches getan. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist stärker in den Fokus der öffentlichen Wahrnehmung gerückt. Auch die Politik hat die Alarmsignale gehört und reagiert. Hier geben wir einen Überblick über die wichtigsten Projekte der deutschen Bundesregierung.

Dezember 2022

KRANKENHAUSPFLEGEENTLASTUNGSGESETZ

(Regelungen zur finanziellen Stärkung der Pädiatrie und der Geburtshilfe): 378 Millionen Euro zur Finanzierung der Pädiatrie und der Geburtshilfe aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (jeweils 2023 und 2024) sowie vollständige Berücksichtigung des Personalaufwands für Hebammen im Krankenhaus im Pflegebudget ab 2025

Dezember 2022

Start des „BÜNDNISSES FÜR DIE JUNGE GENERATION"

von Bundesfamilienministerin Lisa Paus. Persönlichkeiten aus Medien, Kultur, Wissenschaft und Politik haben sich dem Bündnis angeschlossen und eine gemeinsame Erklärung unterzeichnet. Damit verpflichten sie sich, mit eigenen Projekten dazu beizutragen, das Lebensgefühl und die Situation junger Menschen zu verbessern.

November 2022

NATIONALER AKTIONSPLAN JUGENDBETEILIGUNG

Ein Nationaler Aktionsplan soll die Beteiligung junger Menschen stärken. Das Bundesfamilienministerium entwickelt damit die Jugendstrategie der Bundesregierung weiter. Die Jugendstrategie basiert auf 163 Maßnahmen in neun Handlungsfeldern. Dabei sind alle Ressorts der Bundesregierung beteiligt.

Januar 2023

INFLATIONSAUSGLEICHSGESETZ

(Gesetzes zum Ausgleich der Inflation durch einen fairen Einkommensteuertarif sowie zur Anpassung weiterer steuerlicher Regelungen): Erhöhung des Kindergeldes ab 2023 um 31 € pro Kind. Familien mit niedrigem Einkommen werden zusätzlich durch einen Sofortzuschlag und die Erhöhung des Kinderzuschlags entlastet.

Januar 2023

KITA-QUALITÄTSGESETZ

(Zweites Gesetz zur Weiterentwicklung der Qualität und zur Teilhabe in der Kindertagesbetreuung): Für eine bessere Qualität in der Kindertagesbetreuung unterstützt der Bund die Länder in den Jahren 2023 und 2024 mit je zwei Milliarden Euro. Das Gesetz sieht auch Maßnahmen in den Bereichen Gesundheit, Ernährung und Bewegung vor.

Februar 2023

ABSCHLUSSBERICHT DER INTERMINISTERIELLEN ARBEITSGRUPPE „GESUNDHEITLICHE AUSWIRKUNGEN AUF KINDER UND JUGENDLICHE DURCH CORONA"

Diese Interministerielle Arbeitsgruppe (IMA) tagte bereits 2021. Auf Anraten des Corona-Expert*innenrates setzte die Bundesregierung die IMA 2022 erneut ein. Unterstützt wurde sie von zahlreichen Expert*innen aus Wissenschaft, Zivilgesellschaft und den Ländern. In ihrem Abschlussbericht vom 8. Februar 2023 hat die IMA konkrete Maßnahmen in fünf Handlungsfeldern empfohlen, um Kinder und Jugendliche in ihrer mentalen Gesundheit und Resilienz zu stärken.

Februar 2023

KINDER-LEBENSMITTEL-WERBEGESETZ

(Gesetz zum Schutz von Kindern vor Werbung für Lebensmittel mit hohem Zucker-, Fett- oder Salzgehalt): Das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft hat einen **Referentenentwurf** für ein Gesetz vorgelegt, welches an Kinder gerichtete Werbung für Lebensmittel mit ungünstigem Nährwertprofil begrenzen soll.

März 2023

GESETZ ZUR ERRICHTUNG EINER STIFTUNG UNABHÄNGIGE PATIENTENBERATUNG DEUTSCHLAND

(Fünfzehntes Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland) Entbudgetierung der Pädiatrie. Ab dem 1. April 2023 bekommen Kinder- und Jugendärzt*innen nunmehr nahezu alle Untersuchungen und Behandlungen in voller Höhe der Regelsätze vergütet, mit Aufhebung der zuvor bestehenden Deckelung. Außerdem werden ausgewählte Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie extrabudgetär bezahlt: Die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung, Gespräche, Beratungen, Erörterungen, Abklärungen, Anleitung von Bezugs- oder Kontaktpersonen, Betreuung sowie kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung oder in beschützenden Einrichtungen oder Heimen werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu festen Preisen vergütet.

Juni 2023

DRITTES GESETZ ZUR ÄNDERUNG DES TABAKERZEUGNISGESETZES

Verbot von Aroma-Tabak in Vanille, Schokolade oder anderen Geschmacksrichtungen für Tabakerhitzer. Bislang gilt das Verbot von Tabakerzeugnissen mit Aromastoffen nur für Zigaretten und Drehtabak. E-Zigaretten sind von dem neuen Verbot nicht betroffen.

Juli 2023

LIEFERENGPASSBEKÄMPFUNGSGESETZ

(Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln): Letztere werden aus den Rabattvertrags- und Festbetragssystemen genommen. Bei der Bildung von Festbetragsgruppen sollen sie künftig unberücksichtigt bleiben, die Hersteller wiederum sollen den Abgabepreis dann einmalig auf das Anderthalbfache des bisherigen Festpreises anheben können.

Juli 2023

Verabschiedung des NATIONALEN AKTIONSPLANS „NEUE CHANCEN FÜR KINDER IN DEUTSCHLAND"

Dieser soll die Empfehlung des Rates der Europäischen Union zur Einführung einer „Europäischen Garantie für Kinder" umsetzen. Ziel der Empfehlung ist, Kindern und Jugendlichen, die von Armut und sozialer Ausgrenzung bedroht sind, bis zum Jahr 2030 Zugang zu hochwertiger frühkindlicher Bildung, Betreuung und Erziehung, zu Bildungsangeboten und schulbezogenen Aktivitäten, einer hochwertigen Gesundheitsversorgung, ausreichender und gesunder Ernährung sowie angemessenem Wohnraum zu gewährleisten. Den EU-Mitgliedstaaten wird darin empfohlen, der Europäischen Kommission einen Aktionsplan mit Laufzeit bis 2030 vorzulegen. Darin enthalten sind u.a. quantitative und qualitative Ziele, geplante Maßnahmen sowie erforderliche Finanzmittel und Fristen.

PROGRAMM MENTAL HEALTH COACHES

Steigerung der mentalen Gesundheit und der Resilienz von Schüler*innen zum Beginn des Schuljahres 2023/24. Das Angebot richtet sich an gut 100 Schulen ab der Sekundarstufe I. Die Coaches sollen zum einen präventive Gruppenangebote zur Stärkung der mentalen Gesundheit und Resilienz unterbreiten, zum anderen sollen sie für Schüler*innen in akuten Krisensituationen als Ansprechpersonen im Sinne einer Ersten Psychischen Hilfe zur Verfügung stehen. 10 Millionen Euro sind dafür eingeplant.

Im HANDLUNGSFELD FRÜHE HILFEN

erweitert der Bund in diesem Jahr die Angebote. Insgesamt stehen dafür 56 Millionen Euro zur Verfügung, unter anderem, um Familien mit Belastungen direkt nach der Geburt über Willkommensbesuche oder Lotsendienste zu erreichen und zum Beispiel durch Familienhebammen zu unterstützen.

ZUKUNFTSPAKET FÜR BEWEGUNG

Mit dem Zukunftspaket für Bewegung, Kultur und Gesundheit soll die Situation von Kindern und Jugendlichen in den aktuellen Krisenzeiten mittels Bewegung, Kulturangeboten und Maßnahmen für die körperliche und seelische Gesundheit verbessert werden. Teilhabe und Engagement junger Menschen steht im Zentrum des Programmes.

BEWEGUNGSGIPFEL

Schaffung von neuen Sportstätten, neuer flächendeckender Radinfrastruktur, Einführung eines bundesweiten Tages des Sports und Stärkung der Vereinsarbeit. Konkrete Vorschläge sollen auf Basis des Entwicklungsplans Sport ab 2024 in der Breite umgesetzt werden.

MODELLPROGRAMM „SPORT DIGITAL – MEHR BEWEGUNG IM QUARTIER"

soll beispielhaft lebendige Nachbarschaften und gesellschaftlichen Zusammenhalt in rund 1.000 Fördergebieten unterstützen. Das Angebot richtet sich insbesondere an sozial benachteiligte Kinder. Dabei soll unter anderem eine digitale, mehrsprachige Plattform den Zugang zu Sportangeboten im Quartier erleichtern. Bis Ende 2024 wird das Modellprogramm aus Mitteln des Bundesministeriums für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen in Höhe von 2,77 Millionen Euro gefördert.

JUGEND — ADOLESZENZ — PUBERTÄT

Was ist das?

Als *Jugend/Adoleszenz* wird die Lebensphase bezeichnet, die den *Übergang von der Kindheit zum Erwachsenenalter* markiert. Sie umfasst Elemente des biologischen Wachstums und wichtige soziale Rollenübergänge. Sowohl in der Alltagssprache als auch in der Fachsprache der Soziologie, der Psychologie oder der Pädagogik haben die Begriffe *Jugend und Adoleszenz* aber unterschiedliche Bedeutungen. Das Wort *Adoleszenz* wird im Deutschen anders als im Englischen oder Französischen nicht in der Alltagssprache verwendet, sondern als *wissenschaftlicher Begriff* benutzt. In der Entwicklungspsychologie ist Adoleszenz gleichbedeutend mit *Jugendalter*, wird aber auch als Oberbegriff für die Entwicklungsabschnitte *Pubertät* und *Jugendalter* verwendet [1].

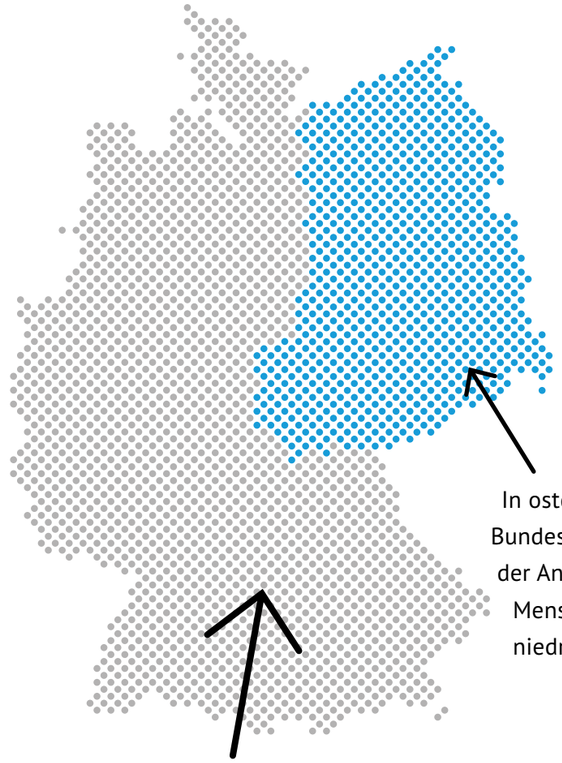
§ Aus **RECHTLICHER PERSPEKTIVE** geht die Adoleszenz mit bestimmten Teilmündigkeitsstufen einher (Strafmündigkeit mit 14 Jahren, Volljährigkeit mit 18 Jahren, Ende der Anwendbarkeit von Jugendstrafrecht mit 21 Jahren). Personen zwischen 14 und 17 Jahren gelten als Jugendliche, Personen ab 18 bis 27 Jahren als junge Volljährige. Die Kinderrechtskonvention Vereinten Nationen von 1990 definiert als Kind „jede Person bis zu einem Alter von 18 Jahren“.

FAZIT: Der Begriff des Jugendalters ist **unscharf**. Eine einheitliche Definition gibt es nicht. Das spiegelt sich auch in den für diesen Bericht herangezogenen Quellen und Umfragen. Die Altersspanne der darin einbezogenen jungen Menschen variiert oftmals.

Aus **BIOLOGISCH-MEDIZINISCHER PERSPEKTIVE beginnt die Adoleszenz mit der Pubertät**. Sie umfasst die „Gesamtheit der somatischen und psychischen Veränderungen, die sich am augenfälligsten in der körperlichen Entwicklung und der sexuellen Reifung zeigen“ [2]. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Adoleszenz als „die Lebensphase zwischen Kindheit und Erwachsenenalter vom 10. bis zum 19. Lebensjahr“ [3]. Laut einheitlichem Bewertungsmaßstab der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ist ein Mensch Jugendliche*r, „ab Beginn des 13. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr“. Erwachsene*r ist er/sie „ab Beginn des 19. Lebensjahres“ [4]. Die Pubertät ist der Teil der Adoleszenz, in der entwicklungsphysiologisch die sexuelle Reifung (Geschlechtsreife) bis zur Fortpflanzungsfähigkeit vollzogen wird.

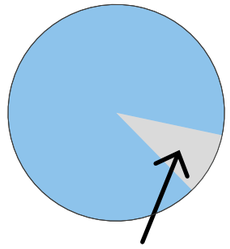
Aus **SOZIOLOGISCHER PERSPEKTIVE** gibt es keine allgemein gültige Definition, die auf Altersgrenzen aufbaut. Jugend ist eine Altersphase im Lebenszyklus eines jeden Individuums, die mit dem Einsetzen der Pubertät um das 13. Lebensjahr beginnt. Der Soziologe Bernhard Schäfers [5] beschreibt **Jugend** als **„die Altersgruppe der etwa 13- bis etwa 25-Jährigen, die in soziologischer Hinsicht deshalb besonders hervorgehoben werden kann, weil sie typische als ‚jugendlich‘ bezeichnete Verhaltensweisen und Einstellungen besitzt“**. Mit Beginn der Pubertät bis zum Erreichen der Volljährigkeit spricht er daher in diesem Zusammenhang von **Jugendlichen**. Personen im Alter von 18 bis 21 Jahren definiert er als **Heranwachsende**. Ältere Personen bis 25 Jahre gelten hingegen als **junge Erwachsene**. Schäfers beschreibt die Jugend weiterhin als eine Lebensphase, die zwar einerseits durch die Biologie bestimmt sei, anderseits aber stark sozial und kulturell geformt werde. Gleichzeitig beschreibe der Begriff „Jugend“ eine Subkultur und sei weiterhin ein „idealer Wertbegriff“, der auf ein in vielen Völkern und Kulturen hoch geschätztes Gut verweise: die Jugendlichkeit [5].

Wie viele junge Menschen gibt es?



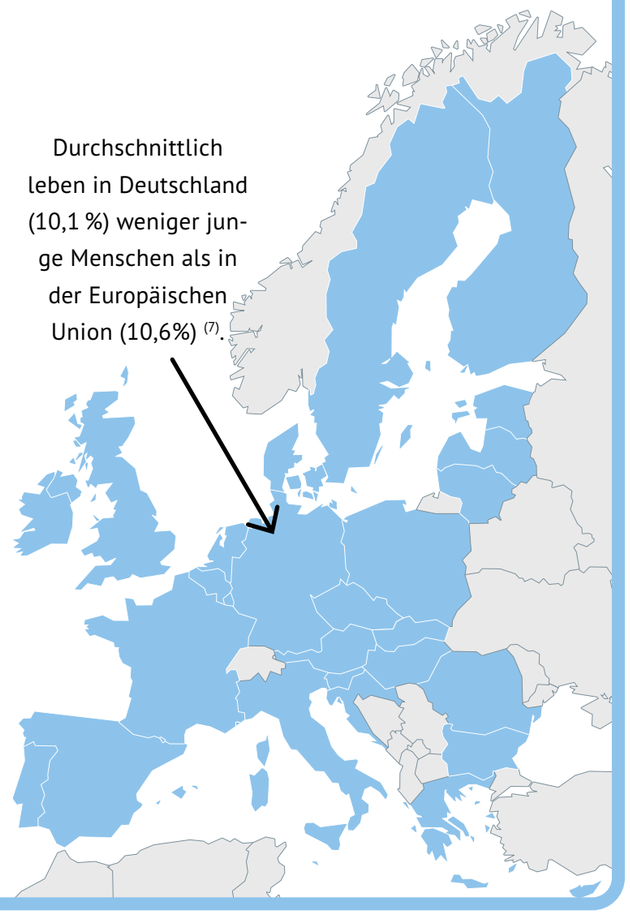
In ostdeutschen Bundesländern ist der Anteil junger Menschen am niedrigsten [7].

7.798.897 Jugendliche zwischen 12 – 21 Jahren lebten 2021 in Deutschland [6].



9,36 % der deutschen Gesamtbevölkerung (83,24 Mio.) sind zwischen 12 – 21 Jahre alt. Laut statistischem Bundesamt sinken Zahl und Anteil der jungen Menschen zwischen 15- bis 24 mit Ausnahme des Jahres 2015 seit 2005 kontinuierlich [7].

Durchschnittlich leben in Deutschland (10,1 %) weniger junge Menschen als in der Europäischen Union (10,6%) [7].



Kurz & knapp:

Im Jugendalter (Adoleszenz) werden entscheidende Grundlagen für eine gute Gesundheit im späteren Leben gelegt. Dieser Lebensabschnitt ist von massiven psychischen und physischen Veränderungen geprägt. Damit einher gehen spezifische gesundheitliche Herausforderungen, Chancen und Risiken. Obwohl das Jugendalter grundsätzlich die Zeitphase mit der geringsten Nutzung von Gesundheitsleistungen im gesamten Lebenslauf ist, können in dieser Zeit erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen entstehen. Damit Jugendliche die spezifischen Entwicklungsaufgaben dieser Lebensspanne erfolgreich und gesund bewältigen, sollten ihnen die dafür erforderlichen Bedingungen geschaffen werden, einschließlich einer altersgerechten pädiatrischen Versorgung und Gesundheitsförderung.

Gesund ins Erwachsenenleben – Jugendliche als vernachlässigte Zielgruppe

Welche Besonderheiten zeichnen die Gruppe der Jugendlichen im Zusammenhang mit dem Thema Gesundheit aus? Welche spezifischen Bedürfnisse haben Jugendliche im Gesundheitswesen? Vor welchen Herausforderungen stehen pädiatrische Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung in Bezug auf Jugendliche?

ANNA PHILIPPI
Leitung Wissenschaft/
Wissenschaftskommunikation
Stiftung Kindergesundheit

Nach Defintion der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beginnt die Adoleszenz mit dem 10. und endet mit dem 20. Geburtstag [1]. Diese besondere Lebensphase ist von einem körperlichen und mentalen Wandel geprägt, der im Ausmaß mit den Veränderungen des Säuglings im ersten Lebensjahr vergleichbar ist [2]. Jugendliche durchleben eine starke hormonelle Umstellung in der Pubertät und eine rasante körperliche, kognitive und psychosoziale Entwicklung. Im jugendlichen Gehirn vollziehen sich innerhalb kurzer Zeit grundlegende Änderungen und Umstrukturierungen [3]. Während dieser Zeit ist das Gehirn besonders anpassungsfähig, aber auch empfindlich gegenüber Umwelteinflüssen [4]. Das Jugendalter bietet daher zum einen die Chance, negative Einflüsse aus der Kindheit abzumildern, anderseits gelten Jugendliche aber auch als besonders anfällig für gesundheitliche Beeinträchtigungen, die auf Verhaltens- oder Umweltfaktoren zurückzuführen sind. In der Adoleszenz wird vielfach Gesundheitsverhalten entwickelt (z. B. im Zusammenhang mit Ernährung, Bewegung oder im Umgang mit Suchtmitteln), das sich bis ins Erwachsenenalter fortsetzen kann. Die Häufigkeit nicht-übertragbarer Erkrankungen mit Manifestation im Erwachsenenalter wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, manche Krebserkankungen, psychische Störungen undandere mehr, wird durch in der Adoleszenz ausgebildete Risikofaktoren geprägt [2].

GESUND, ABER VULNERABEL

Die Krankheits- und Sterblichkeitsrate von Jugendlichen ist geringer als in jedem anderen Lebensabschnitt, weshalb die Adoleszenz als besonders gesunde Phase des Lebens gilt [5]. Gesundheitliche Beeinträchtigungen treten hier vor allem in Form sogenannter neuer Morbiditäten auf [6]. Es handelt sich dabei um Krankheitsbilder, deren Ursachen wesentlich auch in äußeren Umständen oder Umweltbedingungen begründet sind. Dazu gehören neben chronischen Krankheiten wie Allergien auch psychische Erkrankungen, Verhaltensprobleme, Adipositas und Essstörungen, Substanzmissbrauch und Sucht [7].

KRANKHEITEN IM JUGENDALTER

Asthma bronchiale, Allergien, Akne, Alkoholprobleme und Schwangerschaften gehören zu den häufigsten Diagnosen im Jugendalter [7] (**Tabelle 1**).

HÄUFIGSTE KRANKHEITEN IM JUGENDALTER

KRANKHEIT	PRÄVALENZ (%)
Asthma bronchiale	ca. 5 – 10
Diabetes mellitus	ca. 0,1
Alle Malignome	ca. 0,004
Neurodermitis	0,5
Adipositas und Übergewicht	10 – 20
Anorexia nervosa	1
Bulimia nervosa	ca. 3
Übrige chronische Krankheiten	0,02 – 0,5

Tabelle 1: Prävalenz chronischer Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen im Alter >10 Jahre [8]

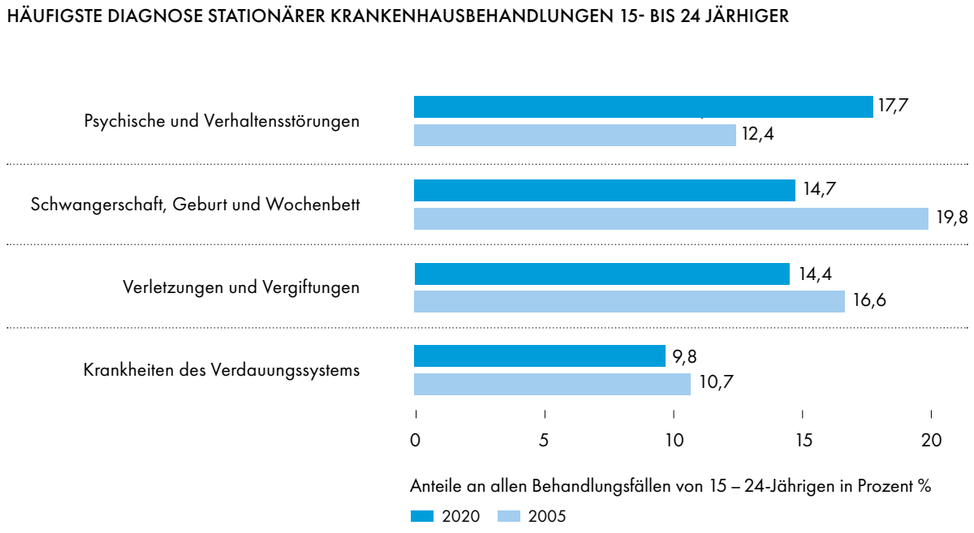


Abbildung 1: Häufigste Diagnose stationärer Krankenhausbehandlungen 15- bis 24-Jähriger im Vergleich 2005 vs 2020 [9]

Darüber hinaus treten v. a. Störungen des Skelett- und Gelenksystems, wie chronische Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen, Skoliosen sowie unbestimmte Befindlichkeitsstörungen wie Müdigkeit, Kopfschmerzen und Bauchschmerzen auf [7]. Aber auch psychische Erkrankungen sind häufig. Sie waren laut statistischem Bundesamt 2020 die wichtigste Ursache für stationäre Krankenhausbehandlungen junger Menschen zwischen 15 und 24 Jahren [9] (siehe auch Abbildung 1).

NEIGUNG ZUM RISIKO

Bestimmte Reifungsprozesse in der anatomischen Struktur des menschlichen Gehirns finden erst während der Adoleszenz statt [4]. Die unterschiedlichen Reifungsgeschwindigkeiten der verschiedenen Gehirnstrukturen können eine mögliche Erklärung sein, warum Jugendliche zum Teil eine ausgeprägte Risikobereitschaft in Bezug auf Alkohol- und Drogenkonsum sowie im Straßenverkehr an den Tag legen und warum sie leichter in gewalttätige Auseinandersetzungen geraten [11]. Insbesondere in gefühlsgeladenen Situationen wie zum Beispiel in Anwesenheit von Gleichaltrigen oder bei der Aussicht auf Belohnung können Jugendliche in ihren Handlungen stärker von Emotionen als von rationaler Abwägung beeinflusst sein [4]. Viele Jugendliche und junge Erwachsene neigen dazu, in Gruppen Entscheidungen zu treffen, die mit einem höheren Risiko verbunden sind. Das belegen auch Statistiken: In Deutschland beruhen fast 62 Prozent aller Todesfälle bei Jugendlichen zwischen 15 und 20 Jahren auf tödlichen Verletzungen. Die am häufigsten auftretenden Todesursachen bei jungen Menschen sind Unfälle, Gewalttaten und Suizide.

ENTWICKLUNGSAUFGABEN MEISTERN

Der 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung von 2009, der sich erstmalig mit den Themen der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung befasst, identifiziert folgende gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen für das Jugendalter [13]:

- Körper spüren
- Ausloten von Grenzen
- Entwicklung einer eigenen Identität

Aufgabe der Gesellschaft und aller an der Betreuung und Erziehung beteiligten Personen und Institutionen ist es, diese Entwicklung zu begleiten und dafür zu sorgen, dass Jugendliche Rahmenbedingungen vorfinden, die ihnen helfen, ihre Entwicklungsthemen erfolgreich und gesundheitlich stabil zu bewältigen.

Die meisten Jugendlichen in Deutschland wachsen gesund auf und meistern die Herausforderungen dieser Lebensphase erfolgreich [13]. Den potenziell gesundheitsschädlichen Einflüssen (Stressoren), denen sie während dieser Zeit ausgesetzt sind (z. B. Belastungen durch Probleme mit den Eltern, in der Schule, Gewalterfahrungen oder Konflikte im Zusammenhang mit der eigenen Identitätsfindung) begegnen diese jungen Menschen mit ausreichenden Widerstandsressourcen und Bewältigungsstrategien [14]. Sie sind resilient. Aber bei denjenigen Jugendlichen, die bereits als Kind bestimmte negative Einflüsse (z. B. sozioökonomische Benachteiligung) ausgleichen mussten, können in der Adoleszenz die Risikofaktoren zeitweise die Widerstandsressourcen überwiegen [13]. Manche von ihnen, etwa 15 – 20 Prozent [14], reagieren in der Folge mit Störungen, bei denen sie geeignete Unterstützung brauchen.

Um Gesundheitsschäden bei Jugendlichen zu vermeiden, müssen einerseits Risikofaktoren identifiziert, vermieden und behandelt werden, anderseits müssen die Schutzfaktoren/Ressourcen gestärkt und so die Gesundheit junger Menschen gefördert werden. Unabdingbar ist dabei, dass das Gesundheitssystem und alle Institutionen und Personen, die mit Jugendlichen befasst sind, arbeiten oder leben, diese als **eigenständige Gruppe mit speziellen Bedürfnissen und Herausforderungen** begreifen. Dazu gehört auch, dass Jugendliche in Entscheidungen über ihre eigene Gesundheitsversorgung einbezogen und ihre Bedürfnisse und Wünsche ernst genommen werden.

ZIELGRUPPENGERECHTE VERSORGUNG UND PRÄVENTION

Für die Versorgung und die Prävention im Rahmen der pädiatrischen Betreuung ist das ein schwieriges Unterfangen. Hier gilt: „Genauso wenig wie Kinder kleine Erwachsene sind, sind Jugendliche große Kinder!“ Ihre medizinische Betreuung und Behandlung benötigten spezifische Kenntnisse und altersgerecht gestaltete Einrichtungen [15].

7,7 Prozent aller Jugendlichen zwischen 15 und 17 Jahren werden mindestens einmal im Jahr stationär in einer Klinik aufgenommen [16]. Jugendliche werden in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin häufig gemeinsam mit Säuglingen und Kleinkindern auf gemischten Stationen behandelt, die nicht gezielt für Heranwachsende gestaltet und ausgestattet sind. Eine Finanzierung von speziellen Jugendabteilungen und Jugendstationen ist im heute gültigen Erstattungssystem der Kliniken nicht vorgesehen. Zudem ist das Pflegepersonal in der Pädiatrie häufig nicht eingehend für die Versorgung von Jugendlichen ausgebildet [16]. In Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin fehlen meist psychosozial ausgebildete Fachkräfte, die auf die besonderen Probleme Jugendlicher spezialisiert sind. Gerade hier haben Jugendliche oft einen hohen Unterstützungsbedarf [17].

VORHANDENE MASSNAHMEN STÄRKEN

Präventionsmaßnahmen wie jugendärztliche Früherkennungsuntersuchungen (J1 und J2), Jugendarbeitsschutzuntersuchungen (JAS), Zahnprophylaxe und Impfungen sind bewährte Maßnahmen, um Krankheiten früh zu erkennen bzw. zu verhindern. **Problematisch ist jedoch, dass nur wenige Jugendliche die angebotenen Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch nehmen.** So wird die J1 nur von knapp über 50 Prozent der 12 – 14-Jährigen wahrgenommen [18]. In noch geringerem Maße nutzen Jugendliche die von einigen Krankenkassen freiwillig angebotene J2-Untersuchung für 16-17-Jährige. Selbst dort, wo die Untersuchung bezahlt und in der Zielgruppe aktiv beworben wird, liegen die Quoten im einstelligen Prozentbereich [19]. Viele Praxen der Kinder- und Jugendärzt*innen sind vorrangig auf den Besuch jüngerer Kinder ausgerichtet. Dies kann dazu beitragen, dass Jugendliche den Besuch scheuen. Spezielle Jugendsprechstunden könnten ein Weg sein, um die Hemmschwelle für jugendliche Patienten zu senken.

Um Risikofaktoren und Erkrankungen frühzeitig identifizieren und auch die Impfquoten im Jugendalter (z. B. die HPV-Impfung) erhöhen zu können, müssen die Teilnahmequoten an den Jugenduntersuchungen dringend erhöht werden. Dafür braucht es gezielte Maßnahmen und Kampagnen.

GESUNDHEITSFÖRDERUNG BRAUCHT VERNETZUNG

Wie lässt sich die Gesundheit in der Adoleszenz fördern? Wie kann es gelingen, Schutzfaktoren, Ressourcen und individuelle Resilienz zu stärken, damit junge Menschen Belastungen psychisch gesund bewältigen? **Gesundheitsförderung sollte sich an den Entwicklungsaufgaben der Jugendlichen orientieren und in den Lebenswelten der jungen Menschen Räume schaffen, in denen sie spielerisch ihre körperlichen, kognitiven, psychischen und sozialen Fähigkeiten trainieren können** [3]. Jugendliche sollen Selbstwirksamkeit erfahren und lernen, Eigenverantwortung für ihre medizinische Betreuung und Behandlung zu übernehmen. Eine aktive, sektorübergreifende und interinstitutionell vernetzte Gesundheitsförderung ist dabei unerlässlich. Schulen, Sportvereine, Einrichtungen der Jugendhilfe, Elternhaus sowie Kinder- und Jugendarztpraxen sollten gemeinsam darauf hinwirken, jungen Menschen Gesundheitskompetenz zu vermitteln und ihre Lebensweise nachhaltig gesundheitsfördernd zu beeinflussen. Ein Schulfach Gesundheit könnte einen niederschwelligen Zugang zu Gesundheitsbildung für alle Kinder und Jugendlichen unabhängig von ihrem Elternhaus sicherstellen. Dabei sollten Themen wie Ernährung, Hygiene, Sexualerziehung, der Umgang mit risikoreichen Aktivitäten und suchtfördernden Verhaltensweisen sowie Verkehrserziehung zur Unfallverhütung berücksichtigt werden. Zur Stärkung der psychosozialen Kompetenz sind Kenntnisse zur Bewältigung von Problemen, Stress, Angst, Gewalt oder Krisen erforderlich [15]. Aus der Präventionsforschung ist bekannt, dass Maßnahmen, die vorrangig auf Wissensvermittlung hinsichtlich möglicher Gefahren und Risiken basieren, bei jungen Menschen weniger effektiv sind als jene, die den Aspekt des individuellen Nutzens hervorheben und mit sozialen Kompetenz- und Widerstandstrainings verbunden sind [4].

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Jugendlichen sollten die **große Diversität dieser Zielgruppe im Blick haben und insbesondere auch sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsschichten adressieren.** Insbesondere die Schule als der Ort, den Jugendliche aller sozialen Schichten aufsuchen, spielt dabei eine zentrale Rol-

JUGENDLICHE ALS VERNACHLÄSSIGTE ZIELGRUPPE

le. Ob durch Schulgesundheitsfachkräfte, Schulpsycholog*innen, Schulsprechstunden für gesundheitliche Themen oder die von der Bundesregierung aktuell als Modellvorhaben geplanten „Mental Health Coaches“ – wichtig ist, dass diese **Maßnahmen dauerhaft etabliert, flächendeckend und nachhaltig finanziert an jeder Schule implementiert werden.**

Die Coronapandemie hat wie ein Brennglas auf bestehende Probleme in unserer Gesellschaft gewirkt. Nicht nur Kinder, sondern auch ganz besonders Jugendliche und ihre Bedürfnisse wurden lange Zeit von Politik und Gesellschaft zu wenig beachtet – mit teils verheerenden Folgen. Nun bedarf es dringend einer stärkeren fachlichen und politischen Aufmerksamkeit für die gesundheitlichen Herausforderungen und Risiken des Jugendalters. Die in diesem Bericht genannten alterstypischen Entwicklungsthemen und die beschriebenen Potenziale und Risiken im Jugendalter erfordern es, dass **dieser Altersgruppe gerade unter dem Vorzeichen Gesundheit eine der frühen Kindheit vergleichbare Aufmerksamkeit gewidmet wird.** Um die Gesundheit von Jugendlichen zu verbessern ist es notwendig, eine Diskussion zu führen über die Bedingungen, unter denen sie leben und aufwachsen, nicht nur unter medizinischen Fachleuten, sondern in der Breite der Gesellschaft.

→ EMPFEHLUNGEN DER STIFTUNG KINDERGESUNDHEIT

Um gesundheitliche Risiken und Belastungssituationen bei Jugendlichen möglichst früh zu identifizieren, kommt den Jugendgesundheitsuntersuchung eine wichtige Rolle zu.

→ Die **J2-Untersuchung** sollte in den Katalog der Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden.

→ Bei Eltern und Jugendlichen muss verstärkt für die **Teilnahme an beiden Jugenduntersuchungen** geworben werden, mit konsequenter bundesweiter Implementierung von Einladungs-, Erinnerungs- und Rückmeldesystemen unter Nutzung digitaler Anwendungen.

→ Jugendmedizinische Angebote sollten insbesondere auch **sozioökonomisch benachteiligte Jugendliche** und **junge Menschen mit Migrationshintergrund** erreichen, wozu gezielte unterstützende Maßnahmen zu etablieren sind.

→ **Jugendspezifische Angebote** in der ambulanten und stationären Versorgung und eine **stärkere jugendmedizinische Ausbildung** von ärztlichen, pflegerischen und psychosozialen Fachkräften sind flächendeckend zu stärken.

→ Für die Betreuung Jugendlicher sollten Schulgesundheitsfachkräfte, Schulpsycholog*innen oder Schulsprechstunden für gesundheitliche Themen bzw. **Mental Health Coaches** in der Breite dauerhaft etabliert werden.

→ Einführung eines **Schulfachs Gesundheit** zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen

PINNWAND

Meine Perspektive

Jugendliche berichten über ihre Sicht auf Gesundheit und das Gesundheitssystem

CHARLOTTE, 15 JAHRE, LIPPSTADT

„Als ich 9 Jahre alt war, hat eine Freundin Kratzer auf meinem Rücken entdeckt. Die haben sich immer weiter ausgebreitet. Nach einiger Zeit hatte ich dann die Diagnose: Psoriasis – Schuppenflechte. Das ist eine chronische Autoimmunkrankheit. Zum Glück habe ich Ärzte gefunden, die mir helfen konnten und mich wirklich verstehen. Was mir auch gutgetan hat, ist der Kontakt zu anderen Betroffenen. Ich war auch in einer Spezialklinik. Da konnte mir geholfen werden. Heute muss ich mich häufig eincremen, aber sonst kann ich alles tun, was meine Freunde auch machen.

Im Gesundheitswesen fühle ich mich eigentlich gut unterstützt. Auch meine Eltern kümmern sich intensiv um mich, früher noch mehr. Sie fragen mich häufig, ob sie mir beim Eincremen helfen sollen. Trotzdem möchte man als Jugendliche auch selbst Verantwortung übernehmen und mehr entscheiden. Man entwickelt sich mit der Krankheit weiter, man will und muss selbständiger damit umgehen können.

Von der Gesellschaft würde ich mir wünschen, dass auch Kranksein normalisiert wird. Krankheiten gehören dazu, aber man sollte sich davon nicht unter Druck setzen lassen. Jeder hat doch irgendeine Art Krankheit. Gesundheit bedeutet für mich, dass man ohne Einschränkungen ein gutes Leben führen kann - dass man glücklich ist. Das kann nämlich mit einer Hautkrankheit schwierig werden.“

PSORIASIS

Psoriasis (Schuppenflechte) ist eine chronische, entzündliche, schubweise verlaufende Hauterkrankung, die durch stark schuppende und gerötete Hautläsionen gekennzeichnet ist. Weltweit sind 125 Mio. Menschen von der Krankheit betroffen, somit gehört sie zu den häufigsten Hauterkrankungen. Ihre Ursache ist bis heute nicht vollständig geklärt. Psoriasis wird als Autoimmunerkrankung angesehen, bei der das Immunsystem fehlerhaft reagiert und die Hautzellen zu schnell wachsen, was zu den charakteristischen Symptomen führt. Die Behandlung erfolgt in der Regel durch eine Kombination aus topischen (auf die Haut aufzutragenden) Medikamenten, Lichttherapie, systemischen Medikamenten und Lebensstiländerungen.

Wie geht es Jugendlichen in Deutschland?

Wie bewerten Jugendliche ihre Lebensqualität in Bezug auf den Faktor Gesundheit?
Wie hat sie sich im Zuge der COVID-19-Pandemie entwickelt?
Um diese Fragen zu beantworten und Veränderungen messbar zu machen, haben Wissenschatfler*innen das Konzept der *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* entwickelt.

Was BEDEUTET gesundheitsbezogene Lebensqualität?

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (gLQ) setzt sich zusammen aus den physischen, psychischen, sozialen und verhaltensbezogenen Dimensionen.

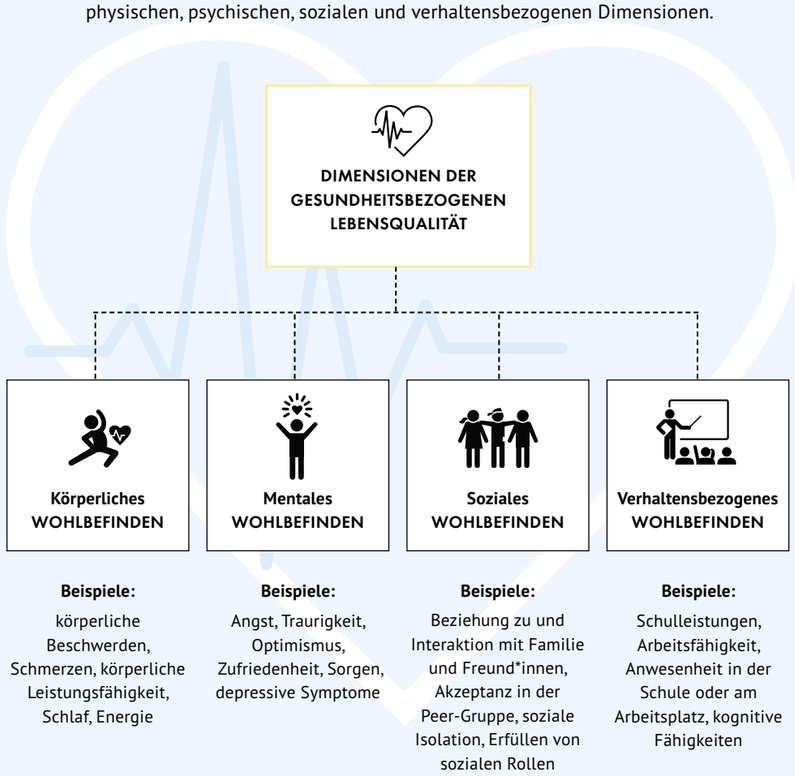


Abbildung 1: Definition für die gesundheitsbezogene Lebensqualität [1, 2, 3, 4]

Was BEEINFLUSST die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Jugendlichen?

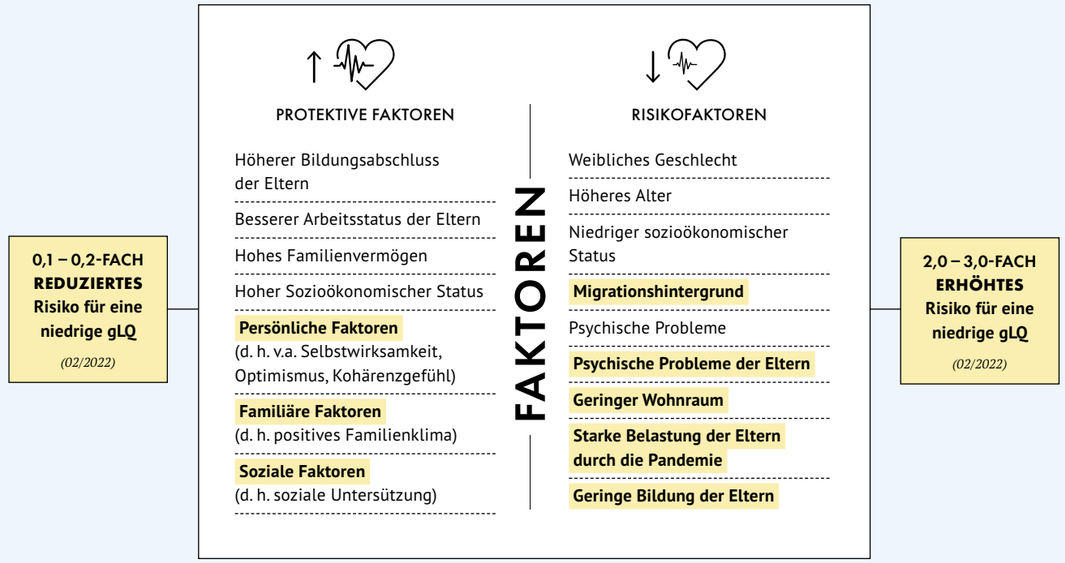


Abbildung 2: die Einflussfaktoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität [5, 6]

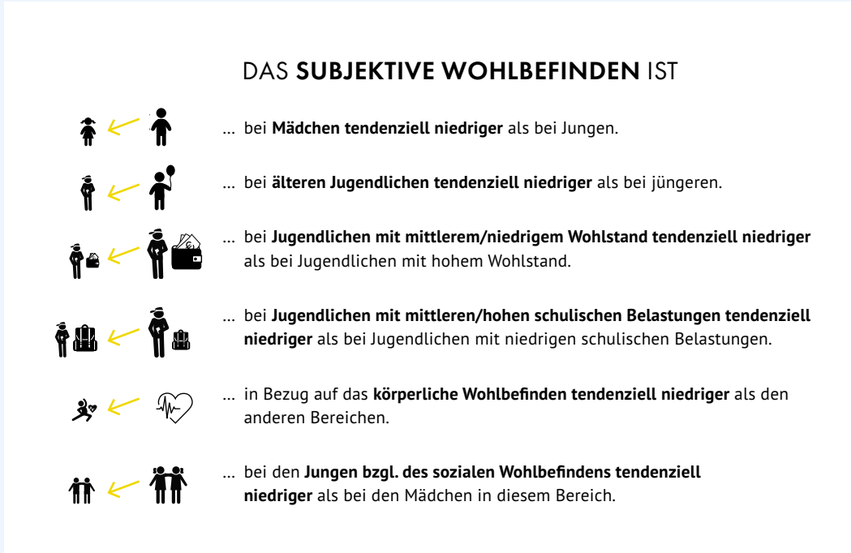
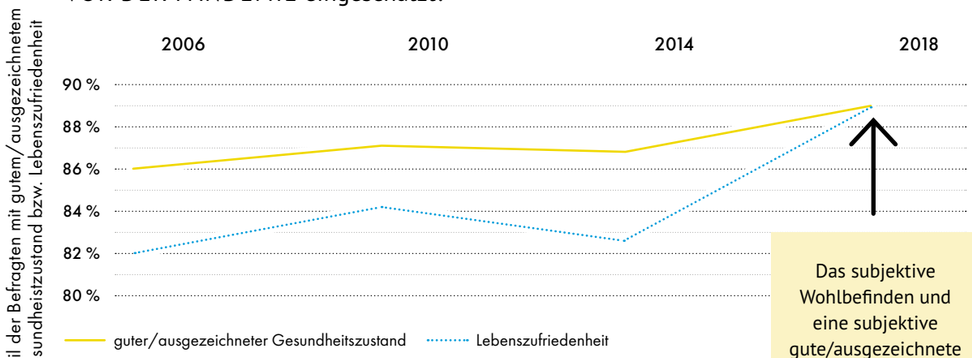


Abbildung 3: die Unterschiede der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei verschiedenen Zielgruppen [7, 8]

LEBENSQUALITÄT und CORONA

Wie haben die Jugendlichen ihren Gesundheitszustand und ihr Wohlbefinden VOR DER PANDEMIE eingeschätzt?



Im Jahr 2018 (aktuellste Erhebung) wurden Daten zur gLQ im Rahmen der HBSC-Studie mit Hilfe eines Fragebogens, der in einer Schulstunde von den Jugendlichen ausgefüllt wurde, erhoben. Insgesamt wurden 4.347 Jugendliche im Alter von 11, 13 und 15 Jahren, die per Zufallsprinzip ausgewählt wurden, befragt.

Das subjektive Wohlbefinden und eine subjektive gute/ausgezeichnete **Einschätzung** des Gesundheitszustandes ist von 2006 bis 2018 angestiegen.

Abbildung 4: Prozentualer Anteil der 11-, 13- und 15-Jährigen mit einem subjektiven guten/ausgezeichneten Gesundheitszustand und einer subjektiven hohen Lebenszufriedenheit [7]

Welche Faktoren führten zu einer Verbesserung der gLQ im Laufe der Pandemie?

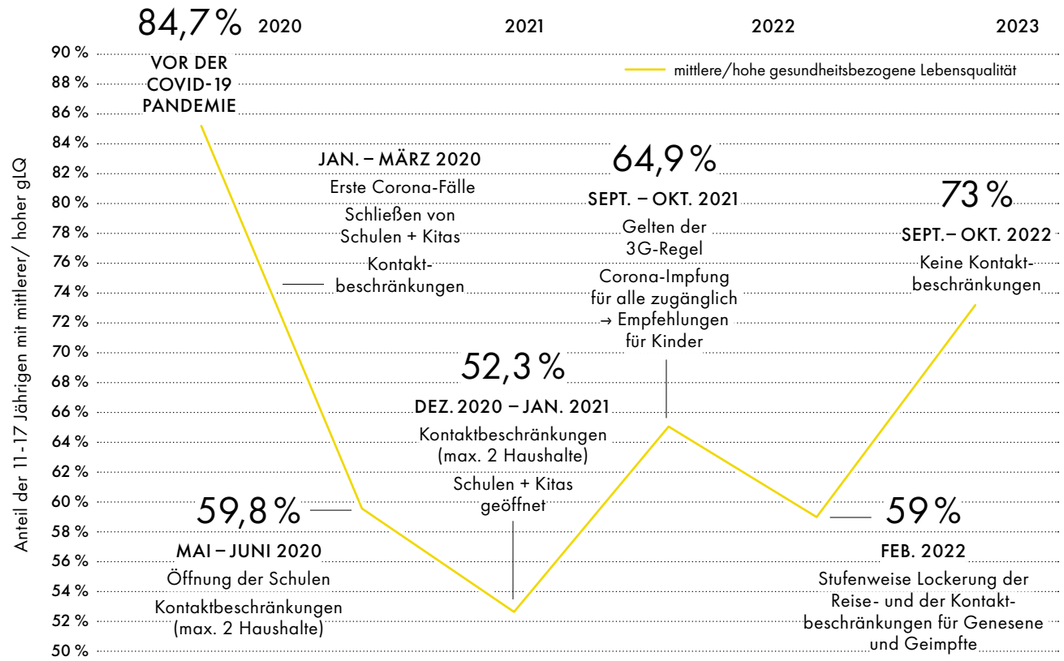
1. Stressanpassungsprozesse
2. Besseres Pandemiemanagement
3. Verbesserte medizinische Kenntnisse
4. Bewältigungsstrategien
5. Deutliche Verringerung der Abriegelungsmaßnahmen während des Sommers
6. Corona-Impfung
7. Geringe Infektionszahlen
8. Geöffnete Schulen

Die gLQ hat sich während der Covid-19 Pandemie vor allem durch Kontaktbeschränkungen verbessert und während der Zeit des zweiten Lockdowns Ende 2020/ Anfang 2021 verschlechtert. Die gLQ hat sich seit dem Tiefpunkt im zweiten Lockdown wieder verbessert, liegt jedoch noch unter dem Niveau vor der Pandemie.

Gründe für die Verschlechterung der gLQ während der Pandemie:
– Belastung durch die Kontaktbeschränkungen
– Empfinden von höheren schulischen Anstrengungen
– Vermehrte soziale Konflikte
– Verschlechterung des Verhältnisses zu Freund*innen

Abbildung 6: mögliche Gründe für die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität seit Dezember 2020 / Januar 2021 [19]

Wie haben die Jugendlichen ihren Gesundheitszustand und ihr Wohlbefinden WÄHREND und NACH DER PANDEMIE eingeschätzt?



Im Rahmen der COPSY-Studie wurden insgesamt 1.673 Jugendliche zwischen 11 und 17 Jahren seit Beginn der Covid-19-Pandemie in fünf Wellen zu ihrer gLQ mit Hilfe eines Online-Fragebogens befragt. Alle Teilnehmenden, die seit Welle 1 an der COPSY-Studie teilgenommen haben, wurden für die folgenden Wellen ebenfalls zum Ausfüllen des Online-Fragebogens eingeladen.

Abbildung 5: Anteil der 11 – 17-Jährigen mit einer mittleren/hohen gLQ im Verlauf der Corona-Pandemie und den gesellschaftlichen Beschränkungen [9 – 18]

Wie UNTERSCHEIDET sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität von GESUNDEN und CHRONISCH KRANKEN Kindern?

Diese Ergebnisse stammen aus der *KiGGS Welle 2* (2014 – 2017). Für diese Studie wurden 6.599 Jugendliche zwischen 11 und 17 Jahren schriftlich zu ihrer subjektiven Einschätzung der gLQ befragt. Um die gLQ von gesunden und chronisch kranken Heranwachsenden getrennt analysieren zu können, hat man die Eltern der Jugendlichen nach deren Gesundheitszustand befragt. Die Forscher*innen untersuchten die gLQ in verschiedenen Dimensionen, wie z. B. das schulische Umfeld.

Jugendliche mit einer **CHRONISCHEN KRANKHEIT** besitzen in **allen Dimensionen eine geringere gLQ** als gesunde Kinder.

Die gLQ von chronisch kranken Jugendlichen ist am **besten** im Bereich ↑ der **Autonomie** und **elterlichen Beziehung** und am **schlechtesten** im Bereich des ↓ **körperlichen Wohlbefindens** und diese Ergebnisse decken sich mit denen der gesunden Jugendlichen.

Im **körperlichen Wohlbefinden** besitzen Jugendliche mit **ADIPOSITAS** die **geringste** gLQ.

Jugendliche mit **NEURODERMITIS** (atopischem Ekzem) schneiden unter den chronisch kranken Jugendlichen **am besten** in den Dimensionen
– **körperliches Wohlbefinden**,
– **Autonomie** und
– **elterliche Beziehung** ab.

Jugendliche mit **PSYCHISCHEN AUFFÄLLIGKEITEN** besitzen in allen Dimensionen die **schlechteste** gLQ, außer im Bereich des **körperlichen Wohlbefindens**.

Jugendliche mit **ASTHMA BRONCHIALE** schneiden unter den chronisch kranken Jugendlichen am **besten** in den Dimensionen
– **psychisches Wohlbefinden**,
– **soziale Unterstützung**,
– **Gleichaltrige** und
– **schulisches Umfeld** ab.

Abbildung 7: Der Zusammenhang zwischen unterschiedlichen chronischen Krankheiten und der gLQ und ihren Dimensionen [8]

Wie wirken sich die AKTUELLEN KRISEN auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Jugendlichen aus?

Welche **FOLGEN** ergeben sich aus der Sorge um die neuen Krisen?

Prozent der 11 – 17-Jährigen

82,6 % … haben Sorge, dass die Krisen **lange bestehen** bleiben.

78,4 % … haben Sorge, dass **sich das Leben** durch die Krisen **verschlechtert**.

74,5 % … haben Sorge, dass **sich die Familie weniger leisten kann**.

50,6 % … haben extreme Sorge über die **Ungewissheit,** die sich aus den Krisen ergibt.

Abbildung 8: Ergebnisse der COPSY-Befragung im September/Oktober 2022 [10]

Zukunftssorgen in Bezug auf aktuelle Krisen

Prozent der 11 – 17-Jährigen

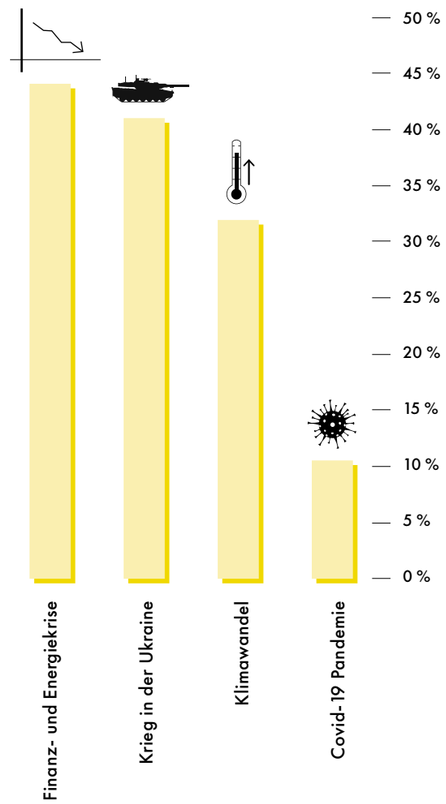


Abbildung 9: Angaben zu den neuen Sorgen der Heranwachsenden mit Auswirkungen auf die gLQ der 11 – 17-Jährigen bei der Befragung im September/Oktober 2022 im Rahmen der COPSY-Studie [10]

INTERVIEW MIT

PROF. DR. ULRIKE RAVENS-SIEBERER & DR. FRANZISKA REISS

„Man kann nicht einfach auf Anfang gehen."

Klimakrise, Pandemie, Ukraine-Krieg: Jugendliche wachsen in unsicheren Zeiten auf. Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer und Dr. Franziska Reiß vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf erforschen, wie Lebensqualität und seelische Gesundheit von Heranwachsenden sich unter diesen Belastungen verändern.

Frau Prof. Dr. Ravens-Sieberer, Frau Dr. Reiß, im Frühjahr 2020, nur wenige Wochen nach Beginn der Pandemie, haben Sie die COPSY Studie gestartet. Was genau ist Ihr Anliegen damit?

Prof. Ravens-Sieberer: Mit COPSY möchten wir den Kindern und Jugendlichen eine Stimme geben. Gerade zu Beginn der Pandemie sprachen alle nur von den älteren Menschen, die Kinder waren überhaupt nicht im Fokus. Heute wissen wir, die Veränderungen sind keineswegs spurlos an ihnen vorübergegangen.

Wie haben Sie das gemessen?

Prof. Ravens-Sieberer: Wir haben Kinder und Jugendliche befragt, wie es ihnen in der Corona-Pandemie und mit den einhergehenden Beschränkungen erging. Wie haben sich ihr seelisches Wohlbefinden und ihre Lebensqualität verändert? Was belastet sie besonders? Anhand ihrer Angaben können wir ableiten, was junge Menschen gut schützt – und welche Risiken das Auftreten seelischer Probleme eher verstärken.

Sie haben die Kinder, Jugendlichen und ihre Familien mittlerweile an fünf Zeitpunkten befragt. Was sind die wichtigsten Erkenntnisse?

PROF. DR. ULRIKE RAVENS-SIEBERER
hat im Frühjahr 2008 die Professur für Gesundheitswissenschaften, Gesundheitspsychologie und Versorgung von Kindern und Jugendlichen am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf angenommen. Sie ist Forschungsdirektorin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik und leitet die Forschungssektion „Child Public Health". Die dieser Forschungssektion angegliederten nationalen und internationalen Studien und Projekte zur Kinder- und Jugendgesundheit (BELLA-Studie, HBSC-Studie, COPSY-Studie, KIDSCREEN, Kids-CAT, ADOPT) werden unter ihrer Leitung durchgeführt.

Dr. Reiß: Mit dem ersten Lockdown nahmen die psychischen Belastungen und Auffälligkeiten direkt zu. Dieser Trend verschärfte sich noch mal während des zweiten strengen Lockdowns zum Jahreswechsel 2020/21. Im zweiten Jahr der Pandemie, nachdem die Einschränkungen etwa durch Impfangebote wegfielen und Freizeiteinrichtungen und Schulen wieder öffneten, ging es den Kindern und Jugendlichen etwas besser. Dann stagnierte das Wohlbefinden. Es ging weiter vielen schlechter als vor der Pandemie. Erst jetzt, nach fast drei Jahren, scheinen sich die Kinder und Jugendlichen langsam zu erholen.

Prof. Ravens-Sieberer: Aber noch haben die Werte nicht wieder das Niveau von vor der Pandemie erreicht. Wir deuten das so, dass die Kinder und Jugendlichen sich direkt nach der Corona-Krise mit neuen Sorgen konfrontiert sehen: der Ukraine-Krieg, die Energie- und die Klimakrise.

Was ist da schiefgelaufen, dass die Kinder und Jugendlichen so stark unter den Krisen leiden?

Prof. Ravens-Sieberer: Ich denke, wir haben es als Gesellschaft nicht gut hinbekommen, rasche Hilfen und Unterstützung für junge Menschen zu organisieren – und zwar an den Orten, wo alle hingehen, in den Schulen zum Beispiel. Hier muss jetzt schnell etwas passieren. Unsere aktuellen Ergebnisse zeigen ja deutlich, dass die nächsten Belastungen bereits da sind.

Dr. Reiß: Die pandemiebezogenen Maßnahmen haben die Kinder und Jugendlichen sehr plötzlich in einen Ausnahmezustand versetzt. Dabei hat es diejenigen besonders hart getroffen, die schon vor der Pandemie ein Risiko hatten, psychische Probleme zu entwickeln, etwa weil es familiäre Schwierigkeiten gibt, weil die Eltern selbst psychisch erkrankt sind oder die Familie sozial benachteiligt ist.

Über die Zeit der Pandemie betrachtet – was hat Sie persönlich an den Ergebnissen besonders überrascht?

Prof. Ravens-Sieberer: Ich hätte niemals gedacht, dass die seelischen Belastungen aufgrund der Pandemiemaßnahmen so deutlich ausfallen würden! Die Kinder und Jugendlichen hierzulande waren in der Vergangenheit psychisch recht stabil gewesen. In früheren Erhebungen gab etwa jeder fünfte Befragte im Alter von 7 bis 17 Jahren an, dass es ihm seelisch nicht so gut ginge. Ich hatte mit kleineren Ausschlägen gerechnet. Dass sich die Werte im Schnitt fast verdoppelten, hat mich wirklich sehr überrascht.

Dr. Reiß: Mich erstaunt, dass die Veränderungen noch so lange nachwirken. Selbst nachdem die Schulen wieder geöffnet hatten und viel Alltagsleben möglich war, gaben im Februar 2022 noch drei von vier Familien an, dass sie sich durch die Pandemie belastet fühlen.

Können Sie den langen Nachhall aus entwicklungspsychologischer Sicht erklären?

Prof. Ravens-Sieberer: Heranwachsende haben in jeder Altersphase bestimmte „Aufgaben", um sich gut zu entwickeln. Jugendliche sollen sich vom Elternhaus ablösen, ein eigenes Leben aufbauen, sich verlieben, ihre Grenzen testen. Das war in den zweieinhalb Jahren Pandemie nicht möglich! **Eine ganze Generation hat Dinge verpasst, die in ihrer Lebensphase normal und wichtig für ihre Entwicklung gewesen wären. Es war irrig zu denken, die holen das dann nach, wenn alles vorbei ist.** Das geht eben nicht so einfach; allein, weil viele längst in einer anderen Lebensphase sind, etwa weil sie die Schule abgeschlossen haben. Man kann nicht einfach auf Anfang gehen.

DR. FRANZISKA REISS
ist als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Forschungssektion „Child Public Health" tätig und arbeitet in der COMO-Studie und der HBSC-Studie zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Ihr Forschungsinteresse gilt den sozioökonomischen Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen. Sie leitet die Juniorforschungsgruppe zu den Folgen der COVID-19-Pandemie auf die Kinder- und Jugendgesundheit.

Dr. Reiß: **Die natürlichen Entwicklungsschritte wurden für Jugendliche sehr erschwert.** Ein anderes Beispiel sind die jüngeren Kinder. Sie müssen lernen, sich in einer sozialen Gruppe einzubringen, Konflikte zu lösen, sich mit den anderen auseinandersetzen. Es geht also nicht nur um die eine gute Freundin, die man vielleicht noch treffen durfte. Für eine gesunde Entwicklung brauchen Kinder und Jugendliche vielfältige Kontakte, auch Konflikte. Das zeigt uns, wie wichtig es ist, ihre Belange bei so weit reichenden Entscheidungen wie einem Lockdown zu berücksichtigen und Konsequenzen mitzudenken.

Viele haben auch unter der Isolation gelitten.

Prof. Ravens-Sieberer: Richtig, dieses komplette „Auf-sich-zurückgeworfen-sein" war für manche nicht gut zu verkraften. Sie haben einiges kompensiert, indem sie über Social Media in Kontakt geblieben sind. Aber das ersetzt nicht das persönliche Miteinander.

Dr. Reiß: Und heute haben viele Eltern das Problem, dass sie die übermäßige Mediennutzung ihrer Teenager nicht mehr eingefangen kriegen.

Wie meinen Sie das?

Dr. Reiß: Während der Pandemie waren alle froh, dass sie auf digitale Unterstützung zurückgreifen konnten. Anders wären soziale Kontakte nicht möglich gewesen, es hätte keinen Online-Unterricht gegeben, Eltern hätten nicht im Home-Office arbeiten können. Dabei haben sich Gewohnheiten eingeschliffen, die sich nicht wieder so einfach ablegen lassen. Das zeigen die Ergebnisse unserer letzten Auswertung im Herbst 2022: Die Mediennutzung unter den Kindern und Jugendlichen hat zugenommen und in vielen Familien fehlt es an Regeln, wie und in welchem Umfang elektronische Medien genutzt werden. Zum einen müssten wir junge Menschen sensibilisieren, damit sie ein Gefühl dafür bekommen, wie viel Mediennutzung am Tag ihnen gut tut. Helfen würde auch, wenn es jetzt mehr Unterstützung für einen guten Umgang mit sozialen Medien gäbe.

Waren denn von den Belastungen während der Pandemie alle Altersgruppen gleich betroffen?

Dr. Reiß: Zumindest sehen wir in allen Altersgruppen einen deutlichen Anstieg psychischer Auffälligkeiten – von den jüngsten Kindern im Kita-Alter bis zu den Jugendlichen kurz vorm Erwachsenwerden. Grundschulkinder waren eher verhaltensauffällig und hyperaktiv. Die älteren Kinder und Jugendlichen zeigten vermehrt Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen, also hatten zum Beispiel Schwierigkeiten Freunde zu finden oder sie wurden von anderen gehänselt oder schikaniert.

Prof. Ravens-Sieberer: Es machte auch einen Unterschied, welche weiterführende Schule die Kinder besuchten. Schüler*innen aus Haupt-, Real- oder Gesamtschule

© Foto: UKE

zeigten deutlich häufiger psychische Auffälligkeiten als Gleichaltrige im Gymnasium.

Und können Sie uns erklären, warum die Schulform sich so stark auswirkt?

Dr. Reiß: Nicht erst seit COPSY wissen wir, dass die soziale Herkunft die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stark beeinflusst. Ins Gymnasium gehen eher Schüler*innen aus bildungsnahen Familien, die über mehr Ressourcen verfügen als Familien mit Migrationshintergrund oder aus sozial benachteiligten Familien. Deren Kinder besuchen eher die Real-, Haupt- oder Gesamtschule.

Welche belastenden Faktoren liegen bei diesen Familien vermehrt vor?

Dr. Reiß: Häufig haben die Eltern eine geringere Bildung und damit auch eine schlechtere berufliche Stellung. Das wirkt sich wiederum auf die finanzielle Lage der Familie und damit auf die soziale Teilhabe der Jugendlichen aus. Das Geld fehlt um mal gemeinsam ins Kino zu gehen oder zusammen ein Eis zu essen. Auch Wohnraum und Wohnumfeld spielten während der Pandemie eine Rolle. Jugendliche, die beengt wohnen, sich vielleicht das Zimmer mit mehreren Geschwistern teilen, waren deutlich belasteter, einfach weil sie keine Rückzugsmöglichkeiten hatten. Auch eine psychische oder körperliche Erkrankung der Eltern erschwert die Situation.

Sie warfen auch einen Blick auf die Schutzfaktoren – was hilft Jugendlichen schwierige Zeiten zu überstehen?

Dr. Reiß: Unsere Studie zeigt, dass das vor allem das Gefühl von Selbstwirksamkeit ist, also das Vertrauen in sich, dass man Dinge schafft, die man sich vornimmt und dass man schwierige Situationen aus eigener Kraft gut meistern kann. Eltern können ihre Kinder praktisch ab der Geburt darin fördern, indem sie sie ermutigen, sich auszuprobieren und so ihr Selbstvertrauen stärken – und ihnen eben nicht alles abnehmen oder aus Sorge verbieten.

Was können Eltern noch tun?

Dr. Reiß: Ganz wichtig ist das Familienklima, also der Umgang zu Hause: Wird den Jugendlichen zugehört? Können sie über ihre Gefühle und Probleme sprechen? Werden sie ernst genommen? Auch Familienroutinen und -rituale sind wichtig, weil sie Struktur und Verlässlichkeit geben und einen familiären Zusammenhalt schaffen. Dazu gehören beispielsweise gemeinsame Mahlzeiten oder Unternehmungen.
Prof. Ravens-Sieberer: Ideal ist natürlich, wenn auch die Eltern gut für sich sorgen. Für besser gestellte könnte das bedeuten, dass man sich Entlastung holt, wo immer es geht. Für Menschen mit weniger Geld wäre es wichtig, dass auch die Gesellschaft hilft. Familienfreundliche Arbeitszeiten wären zum Beispiel ein wichtiger Baustein.

COPSY hat die psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen immer wieder ins Licht der Öffentlichkeit gerückt und sehr sichtbar gemacht, wie verletzlich Heranwachsende sind. Wie gut sind Jugendliche mit einer psychischen Erkrankung hierzulande versorgt?

Dr. Reiß: In Deutschland stehen wir vergleichsweise gut da. **Und trotzdem haben sich zuletzt die Wartezeiten für einen Therapieplatz verdoppelt.** Auf ein Erstgespräch müssen Familien nun im Schnitt zehn Wochen warten, auf einen Therapieplatz etwa 25 Wochen. **Vor allem besonders belastete und sozial benachteiligte Familien haben im Zuge der Corona-Pandemie einen vermehrten Bedarf.** Dazu bringt der Ukraine-Krieg Familien nach Deutschland, die Traumatisierendes erlebt haben. Unser Ziel muss sein, allen jungen Menschen eine gute Versorgung anzubieten.
Prof. Ravens-Sieberer: Und genau hier haben wir ein Problem: **Die psychiatrischen und psychotherapeutischen Angebote hierzulande sind gesundheitspolitisch gedeckelt. Es gibt nur eine bestimmte Anzahl an Kassensitzen für Psychotherapeut*innen.** Schon vor der Corona-Pandemie haben die Fachgesellschaften gefordert, das Versorgungsangebot auszubauen. Durch Corona und den Ukraine-Krieg ist der Bedarf noch mal gestiegen, und wir haben viel zu wenig Therapieplätze. **Die so entstandene Welle an Kindern und Jugendlichen, die auf einen Therapieplatz warten, schieben wir derzeit vor uns her.** Die Interministerielle Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“ hat zwar im Februar 2023 beschlossen das Versorgungsangebot auszuweiten. Aber das kostet Geld. Was davon wirklich umgesetzt wird, ist daher fraglich.

Muss es denn immer gleich eine Therapie sein?

Dr. Reiß: Manchen Familien wäre ganz sicher auch mit niedrigschwelligen Angeboten geholfen, etwa wenn Eltern, Jugendliche oder beide zusammen mit einer Psycholog*in oder Sozialarbeiter*in sprechen könnten – zum Beispiel direkt in der Schule und ohne sich vorher eine Überweisung vom Kinderarzt holen zu müssen. Anlaufstelle könnte auch der Gesundheitskiosk im Stadtteil sein.

Ist der Ausbau solcher Angebote denn vorgesehen?

Prof. Ravens-Sieberer: In Modellprojekten sollen Mental Health Coaches an die Schulen gehen, als eine Art Erste-Hilfe-Station für seelische Belange. Sie hätten genau den Vorteil, den Frau Dr. Reiß ansprach: Sie wären für alle, auch für die Eltern, niedrigschwellig zu erreichen. Die genannte Interministerielle Arbeitsgemeinschaft erarbeitet derzeit Konzepte und überlegt, wie man die Coaches in die Schulstrukturen integriert. Aber das sind eben erst mal nur Modellprojekte und kein flächendeckendes Angebot. **Man darf sich daher nicht der Illusion hingeben, dass es demnächst an jeder Schule einen Mental Coach geben wird. Das wird noch viele Jahre dauern.**

„Hier wächst eine starke Generation heran, der wir helfen müssen, ihre Stärke zu entfalten.“

Prof. Ravens-Sieberer

Das zeugt von einer gewissen Kurzsichtigkeit – ohne Therapie steigt das Risiko für psychische Krankheiten im Erwachsenenalter. Schon heute entfallen die höchsten Kosten im Gesundheitssystem auf diese Personengruppe.

Dr. Reiß: Das stimmt. Wir wissen aus Studien, dass viele Erwachsene, die eine psychische Erkrankung entwickeln, bereits in der Jugend Probleme hatten. In Zahlen: Die Hälfte der psychischen Erkrankungen bei Erwachsenen trat bereits in jüngeren Jahren erstmals auf. **Es ist also enorm wichtig, psychische Probleme bei Jugendlichen ernst zu nehmen und Therapiemöglichkeiten anzubieten.**
Prof. Ravens-Sieberer: Die Pandemie hat deutlich gezeigt: Wenn sich die äußeren Umstände ändern, kann das zu psychischen Problemen führen. Im Umkehrschluss heißt das: **Optimiert man die äußeren Verhältnisse und Lebenswelten und schafft gute Entwicklungsbedingungen, stabilisiert das die Psyche. Mit Prävention und Interventionen lässt sich also wirklich etwas bewirken.**

Das zeigt auch, wie wichtig Ihre Forschungen sind – wie geht es damit weiter?

Dr. Reiß: Wir werden COPSY weiter einmal jährlich durchführen, um zu sehen, wie sich das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen in Deutschland weiterentwickelt. Die Befragungen verknüpfen wir mit anderen Themen. Im Herbst 2023 starten wir beispielsweise mit der COMO-Studie. Dabei erweitern wir die COPSY Studie um die Aspekte „Aktivität“ und „körperliche Gesundheit“. Kinder und insbesondere auch Jugendliche haben sich während Corona viel weniger bewegt, Adipositas und Folgeerkrankungen wie Diabetes haben zugenommen. Wir wollen schauen, wie diese Entwicklung weitergeht – und was man dagegen tun kann.
Prof. Ravens-Sieberer: Bei unserer Befragung im Herbst 2022 haben wir gesehen, dass sich längst neue Belastungen wie Klima- und Energiekrise sowie Ukraine-Krieg auf die seelische Gesundheit gerade auch bei Jugendlichen auswirken. Wir wollen daher in den nächsten Befragungen noch mehr der Frage nachgehen, was genau die junge Generation wie stark belastet.

Was tun Sie, damit Ihre Forderungen nicht verhallen?

Prof. Ravens-Sieberer: Ich gehöre zu dem Initator*innen des coverCHILD-Projektes im Rahmen des Netzwerkes Universitätsmedizin. Unser Ziel ist es, zukünftig schneller an Daten zu kommen, um psychische und gesundheitliche Entwicklungen bei Kindern und Jugendlichen früher zu erkennen. Ein solches Monitoring gibt es in Deutschland bislang nicht. Im Rückblick hat sich beispielsweise gezeigt, dass während Corona vermehrt Jugendliche mit einer Anorexie in den Kliniken behandelt wurden. Um das zu erkennen, musste man aufwendig die Daten aus den verschiedenen Häusern zusammentragen. Zukünftig sollte so etwas auf Knopfdruck möglich sein! Perspektivisch ist unser Ziel eine Art sektorenübergreifenden Kinderradar zu installieren, damit ein Anstieg psychischer Belastungen und Auffälligkeiten rascher entdeckt wird – und wir handlungsfähig bleiben.

Wie hat die Pandemie Ihre Forschung verändert?

Prof. Ravens-Sieberer: Unsere Forschung wurde viel breiter wahrgenommen. Die Daten der COPSY Studie haben Eingang gefunden in Entscheidungen und Stellungnahmen der Interministeriellen Arbeitsgruppe oder des Deutschen Ethikrats. Ich wünsche mir, dass es zur Normalität wird, noch mehr Gremien und Institutionen ihren Einfluss geltend machen – und etwas für die Kinder und Jugendlichen bewegen.

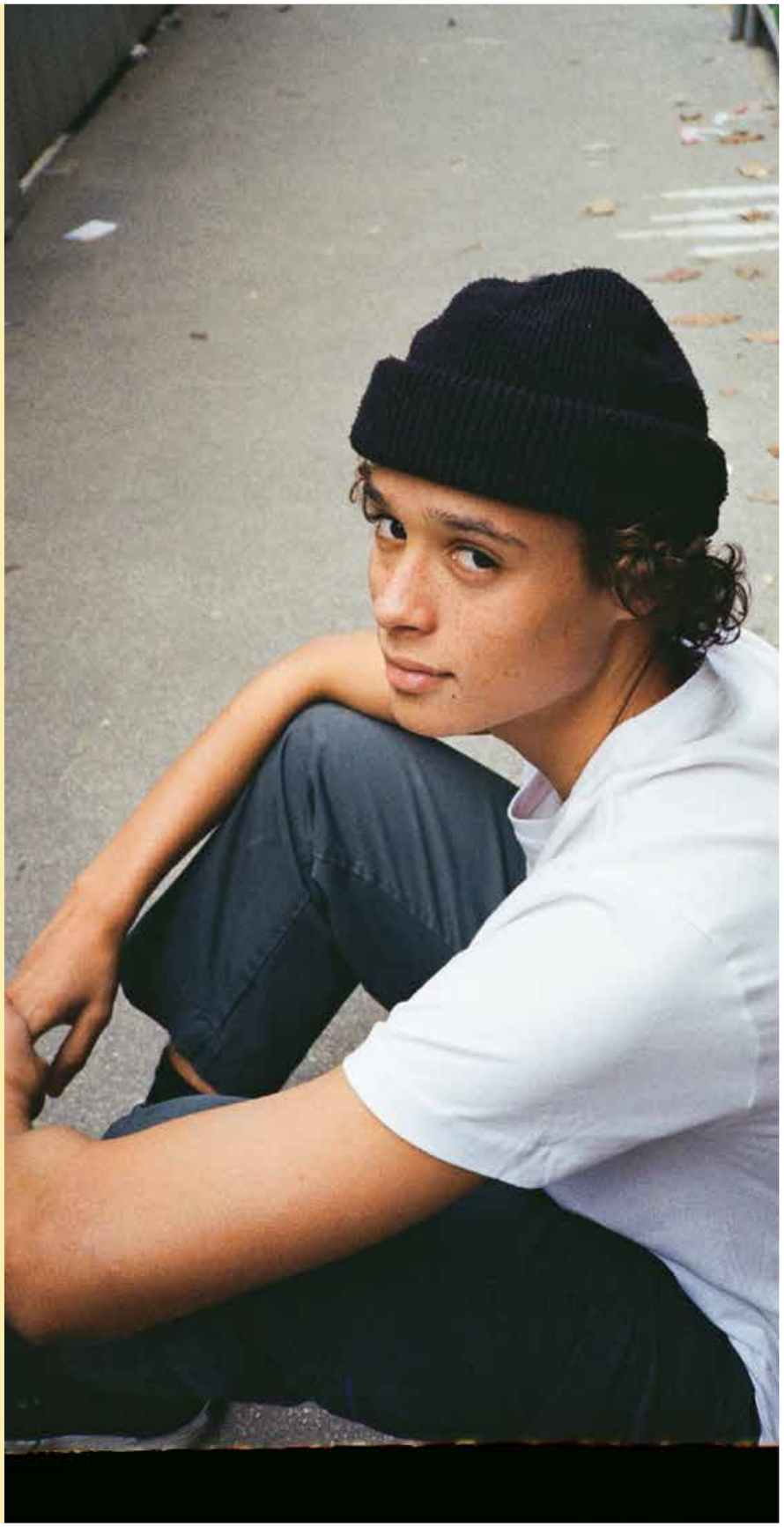
Was sehen Sie, wenn Sie heute auf die junge Generation blicken?

Prof. Ravens-Sieberer: Die Pandemie hat ihre Spuren hinterlassen. Doch zugleich zeigten unsere Umfragen: Die Jugendlichen von heute haben viele Ressourcen und ganz viel Engagement. Sie stehen schon sehr jung für Themen ein, die sie später betreffen werden, denken wir nur an die Fridays for Future-Bewegung. Diese jungen Menschen stagnieren nicht! Sie lassen sich auch von einer Pandemie nicht aufhalten. Sie suchen nach Lösungen für sich. **Hier wächst eine starke Generation heran, der wir helfen müssen, ihre Stärke zu entfalten.**

Interview: Constanze Löffler

Kurz & knapp:

Jugendliche sind, je nach Altersgruppe, in unterschiedlichem Maße von psychischen Störungen betroffen. Während in der Gruppe der 10 – 14-Jährigen die männlichen Jugendlichen mit 29,1 Prozent häufiger als die weiblichen Jugendlichen (21,9 %) eine solche Diagnose in der ambulanten Versorgung gestellt bekommen haben, stellt sich dieses Verhältnis bei den 15 – 19-Jährigen zuungunsten der jungen Frauen umgekehrt dar (19,6 % vs. 26,2 %). Dabei dominieren bei den männlichen Jugendlichen v.a. alters- bzw. entwicklungsbedingte Störungen, während bei den weiblichen Jugendlichen eher affektive (bspw. Depressionen), Belastungs- bzw. Angststörungen überwiegen. Sowohl die Studienlage als auch die Daten der Betriebskrankenkassen (BKK) zeigen, dass der Anteil Betroffener in den letzten Jahren nicht angestiegen ist, wohl aber auf einem hohen Niveau verbleibt. Allerdings hat die Coronavirus-Pandemie zumindest temporär zu einem leichten Anstieg der ambulanten Diagnoserate bzw. der psychischen Belastungen geführt.
Damit sich dieses aktuelle Bild in den kommenden Jahren nicht verfestigt, sind niederschwellige und altersgerechte Präventionsangebote notwendig. Nicht zuletzt sollte eine wesentliche Lehre aus der Pandemie für zukünftige Krisen sein, die Bedürfnisse der Gruppe der Jugendlichen und Heranwachsenden im Sinne der Primärprävention mentaler Gesundheit wesentlich stärker zu berücksichtigen.



Die psychische Gesundheit von Jugendlichen im Spiegel der ambulanten Versorgungsdaten der Betriebskrankenkassen

Der BKK Dachverband hat in einer Analyse für die Stiftung Kindergesundheit Daten aus der Gesundheitsversorgung von über einer Million gesetzlich versicherten Jugendlichen ausgewertet. Welche Aussagen lassen sich aus Diagnose- und Verordnungsdaten im Zusammenhang mit psychischen Störungen bei Jugendlichen ableiten? Welchen Einfluss hatte hier die Coronavirus-Pandemie?

Diese Fragen stellten sich Dirk Rennert, Karin Kliner und Dr. Matthias Richter vom Team Gesundheitsberichterstattung des BKK Dachverbandes. Ein wichtiges Ergebnis: Mädchen und Jungen unterscheiden sich bezüglich der gestellten Diagnosen deutlich voneinander.

DIRK RENNERT
KARIN KLINER
DR. MATTHIAS RICHTER
BKK Dachverband e.V.

Rund 15 Prozent aller gesetzlich versicherten Personen sind bei einer der 72 Betriebskrankenkassen (BKK) versichert. Der BKK Dachverband e.V. vertritt dabei als freiwilliger Zusammenschluss auf Bundesebene die Interessen der BKK gegenüber der Politik sowie allen weiteren Akteuren im Gesundheitswesen. Der BKK Gesundheitsreport [1] liefert hierfür jährlich fundierte Erkenntnisse, die insbesondere im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung sowie in der Versorgungsforschung eine große Resonanz erfahren. Ein kleiner Ausschnitt der Analysen des BKK Gesundheitsreports dient dabei als Basis für den folgenden Beitrag.

Wissenschaftlicher Hintergrund

Psychische Gesundheit wird bereits seit einigen Jahren verstärkt in zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen [2–4] sowie auch in einem breiten öffentlichen Diskurs [5, 6] thematisiert und diskutiert. Insgesamt ist diese Entwicklung positiv zu bewerten, da sie zu einer zunehmenden Entstigmatisierung der von psychischen Störungen Betroffenen sowie auch sukzessive zu Verbesserungen in der Diagnostik, Prävention und Therapie beiträgt. Im Kontext der erhöhten Aufmerksamkeit für das Thema der mentalen Gesundheit wird dabei oftmals auch von einer generellen Zunahme psychischer Störungen gesprochen. Wissenschaftliche Studien (u.a. DEGS1-MH, vgl. [3, 7]) zeigen hingegen, dass die Prävalenz psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung in den vergangenen Jahren stabil, wenn auch auf einem hohen Niveau (27,8 % – 31,1 %) verharrt, wobei Frauen (33,5 %) wesentlich häufiger als Männer (22,1 %) betroffen sind. Dagegen ist in den Daten der Krankenkassen in den letzten Jahren eine stetige Zunahme der Diagnosen im Zusammenhang mit psychischen Störungen zu beobachten [6, 8].

Dieser nur scheinbare Widerspruch wird u.a. durch den Fakt verursacht, dass es sich bei den Daten der Krankenkassen um sogenannte administrative Prävalenzen handelt, welche in erster Linie die gestiegene Inanspruchnahme des Gesundheitswesens abbilden. Insofern ist dieser Anstieg im Sinne einer verbesserten Diagnostik und Versorgung eher positiv zu bewerten.

Nur wenige empirische Studien fokussieren dabei auf die Gruppe der Jugendlichen, was v.a. dadurch begründet ist, dass Befragungen mit minderjährigen Personen

wesentlich aufwändiger durchzuführen sind. Eine qualitativ hochwertige Untersuchung stellt die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) dar [9, 10]. Die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten liegt bei Jungen im Alter zwischen 12 – 14 bzw. 15 – 17 Jahren mit 25,8 Prozent bzw. 17,2 Prozent deutlich über denen gleichaltriger Mädchen (15,9 % bzw. 13,4 %). Im Zeitverlauf (1. Welle 2003 – 2007; 2. Welle 2014 – 2017) sind diese Anteile bei den Mädchen (13,9 % bzw. 14,6 %) relativ stabil geblieben bzw. bei den Jungen (19,2 % bzw. 12,2 %) sogar zurückgegangen [11]. Für den Einfluss der mit der Coronavirus-Pandemie verbundenen Maßnahmen auf die psychische Gesundheit von Jugendlichen liegen ebenfalls erste Studienergebnisse im Rahmen der bundesweiten COPSY-Studie vor. Diese deuten darauf hin, dass die psychischen Belastungen von Kindern und Jugendlichen im Laufe der Coronavirus-Pandemie insbesondere in den Jahren 2020/2021 deutlich angestiegen sind, im Laufe des Jahres 2022 allerdings nahezu wieder das vorpandemische Niveau erreicht haben [12-14]. Vermutlich korreliert dieses Muster mit den jeweils gültigen und vorgeschriebenen Schutzmaßnahmen und deren Einfluss auf das Sozialleben der Jugendlichen.

Methodik und Stichprobe

Die im Folgenden berichteten Kennzahlen basieren auf den Analysen der Versorgungsdaten aus der ambulanten Versorgung sowie der Arzneimittelverordnungen der BKK Versicherten in den Jahren 2015 bis 2021. Dabei wird jeweils der Anteil derjenigen mit mindestens einer Diagnose bzw. mindestens einer Verordnung eines Arzneimittels nach einer ambulanten Konsultation berichtet. Die Diagnosen werden anhand der ICD-10-Klassifikation [15], die Arzneimittelverordnungen anhand der ATC-Klassifikation [16] in der für das jeweilige Berichtsjahr gültigen Fassung ausgewertet. Für weitere Details sei auf das entsprechende Kapitel *Methodische Hinweise* im jährlich erscheinenden BKK Gesundheitsreport verwiesen [1].

Im Fokus der Auswertungen stehen die Jugendlichen im Alter von 10 bis 14 Jahren bzw. von 15 bis 19 Jahren. Die erstgenannte Altersgruppe umfasst rund 430.000 BKK Versicherte, während die zweite etwa 475.000 BKK Versicherte zählt. Zusammen bilden beide Altersgruppen einen Anteil von circa 10 Prozent an allen BKK Versicherten ab. Der Artikel fokussiert dabei im Kern auf zwei Aspekte: Welcher aktuelle Stand bzw. welche Entwicklungen lassen sich anhand der Versorgungsdaten im Kontext psychischer Störungen bei Jugendlichen ablesen und sind durch die Coronavirus-Pandemie besondere Auffälligkeiten zu beobachten.

KENNZAHLEN NACH ALTER UND GESCHLECHT

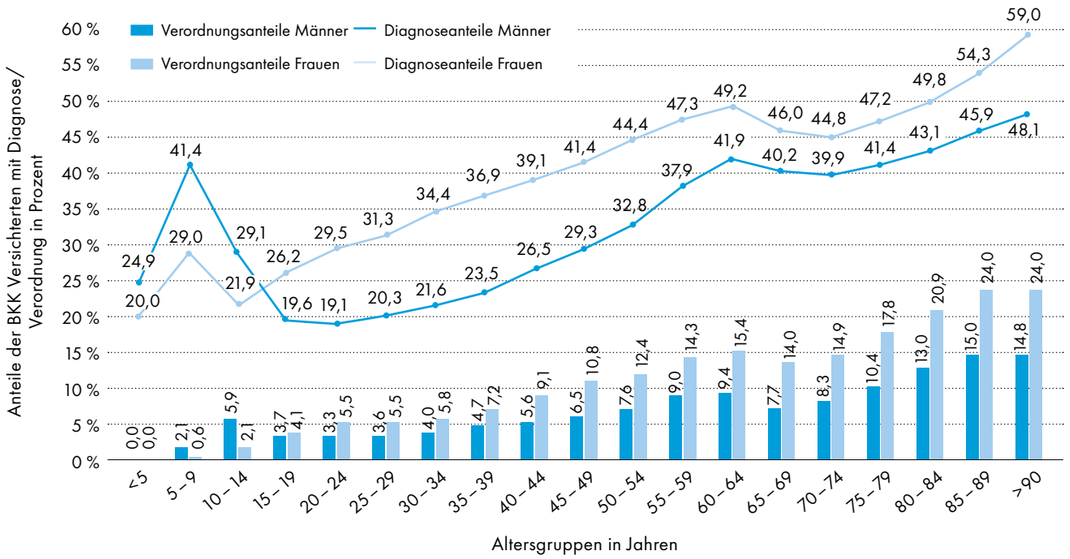


Abbildung 1: Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit mindestens einer Diagnose aus dem ICD-10-Kapitel V (Psychische und Verhaltensstörungen) bzw. mindestens einer Verordnung von Psychoanaleptika (ATC-Code: N06) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

Psychische und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen im Kontext der ambulanten Versorgung und der Arzneimittelverordnungen

Einleitend soll zunächst ein allgemeiner Blick auf den Anteil der Diagnosen im Zusammenhang mit einer psychischen und Verhaltensstörung (ICD-10: F00-F99; bspw. Depressionen) bzw. mit einer Arzneimittelverordnung aus dem Bereich der Psychoanaleptika (ATC-Code: N06; bspw. Antidepressiva) in Abhängigkeit vom Alter und Geschlecht der BKK Versicherten geworfen werden. In **Abbildung 1** ist erkennbar, dass sowohl die Diagnose- als auch die Verordnungsanteile im Zusammenhang mit dem Alter und dem Geschlecht unterschiedliche Ausprägungen und Verläufe zeigen.

Für die Gruppe der 10- bis 14-Jährigen zeigt sich dabei, dass die entsprechenden Diagnosen sowie auch die Verordnungsanteile der männlichen BKK Versicherten (29,1 % bzw. 5,9 %) deutlich über denen der weiblichen BKK Versicherten (21,9 % bzw. 2,1 %) liegen. Nahezu umgekehrt verhält es sich hingegen für die Diagnoseanteile in der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen: Mehr als jede vierte weibliche BKK Versicherte (26,2 %) hat im Jahr 2021 mindestens einmal eine Diagnose aus dem Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen erhalten, während dies bei nur rund jedem fünften männlichen BKK Versicherten (19,6 %) der Fall ist. Die Anteile derjenigen mit einer Verordnung von Psychoanaleptika sind in dieser Altersgruppe hingegen nahezu ausgeglichen (3,7 % vs. 4,1 %). Ab dem 20. Lebensjahr bis ins hohe Rentenalter erhalten Frauen durchweg häufiger als Männer mindestens ein Arzneimittel aus der Gruppe der Psychoanaleptika verordnet.

KENNZAHLEN IM ZEITLICHEN VERLAUF

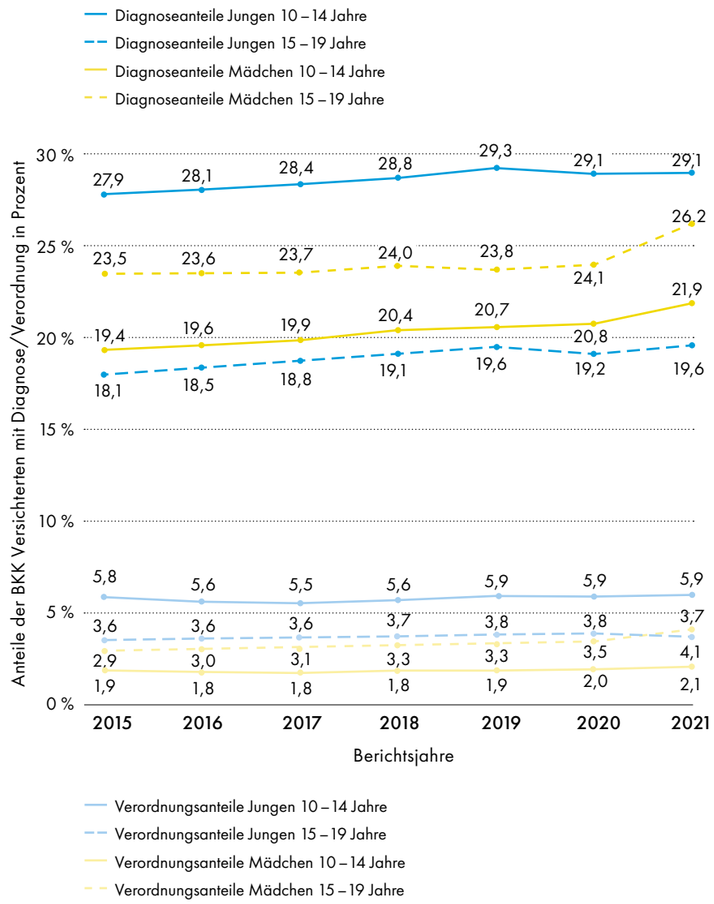


Abbildung 2: Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit mindestens einer Diagnose aus dem ICD-10-Kapitel V (psychische und Verhaltensstörungen) bzw. mindestens einer Verordnung von Psychoanaleptika (ATC-Code N06) für ausgewählte Altersgruppen und Geschlecht im Zeitverlauf (2015 – 2021)

Bevor im folgenden Abschnitt ein differenzierter Blick auf ausgewählte Einzeldiagnosen geworfen wird, soll an dieser Stelle kurz die Entwicklung der Diagnose- und Verordnungsanteile bei den jugendlichen Versicherten in den letzten sieben Jahren betrachtet werden. In **Abbildung 2** sind die jeweiligen Verordnungsanteile getrennt nach den beiden relevanten Altersgruppen und dem Geschlecht im Zeitverlauf zwischen 2015 und 2021 dargestellt. In der Mehrzahl der Fälle wird deutlich, dass sowohl die Diagnose- als auch die Verordnungsanteile im Beobachtungszeitraum relativ stabil bleiben. Am auffälligsten ist der Anstieg der Verordnungs- (3,5 % vs. 4,1 %) sowie vor allem der Diagnoseanteile (24,1 % vs. 26,2 %) bei den weiblichen Versicherten in der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen zwischen 2020 und 2021. Vermutlich hat vor allem in dieser Versichertengruppe die Coronavirus-Pandemie Auswirkungen auf die psychische Gesundheit ausgeübt. Diese Entwicklung deckt sich zudem mit den Erkenntnissen der COPSY-Studie im gleichen Zeitraum [12-14].

ANTEILE BKK VERSICHERTER MIT DIAGNOSE FÜR AUSGEWÄHLTEN DIAGNOSEN

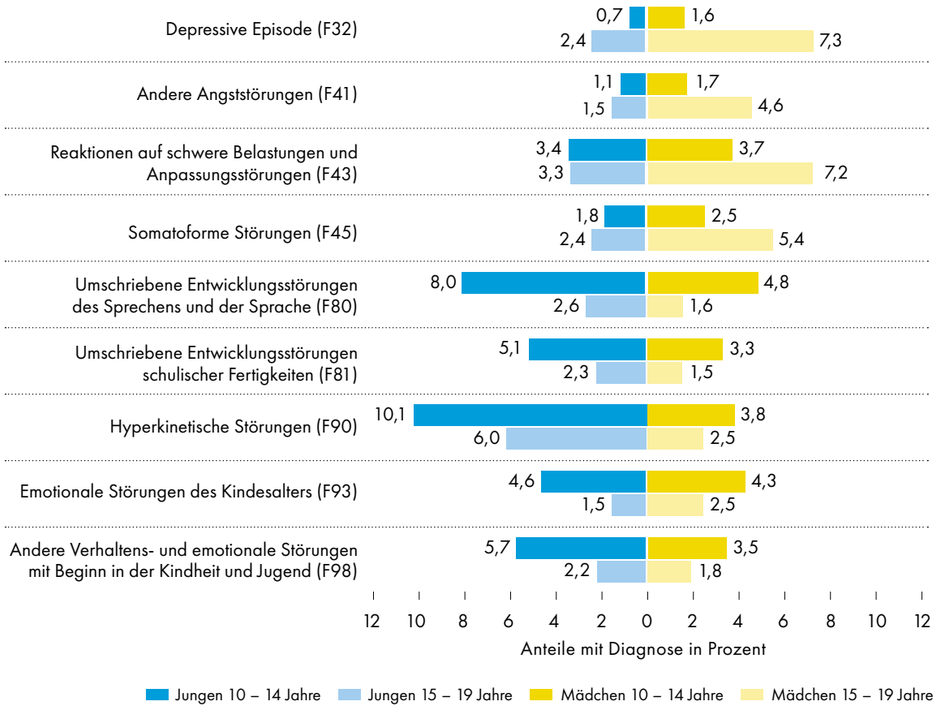


Abbildung 3: Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für ausgewählten Diagnosen aus der Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen (ICD-10: F00-F99) für ausgewählte Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2021)

Ausgewählte Einzeldiagnosen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen

Wie sich das Bild im Detail für die Gruppe der Jugendlichen bezogen auf häufige Einzeldiagnosen darstellt, wird in **Abbildung 3** sichtbar. In der Gruppe der 10- bis 14-Jährigen treten bei den männlichen Versicherten insgesamt deutlich höhere Werte auf. Diese sind vor allem durch hohe Anteile an Diagnosen im Bereich der hyperkinetischen Störungen (F90: 10,1 %; bspw. ADHS) sowie der umschriebenen Entwicklungsstörungen der Sprache und des Sprechens (F80: 8,0 %) begründet. In beiden Fällen handelt es sich um Diagnosen, die alters- bzw. entwicklungsspezifisch geprägt sind und in den nachfolgenden Altersgruppen deutlich seltener auftreten.

In der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen kehrt sich das Verhältnis der Diagnoseanteile zuungunsten der weiblichen Versicherten um. In dieser Altersgruppe werden bei den weiblichen Versicherten am häufigsten eine depressive Episode (F32: 7,6 %) bzw. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43: 7,2 %) diagnostiziert. Im Gegensatz zu den häufigen, aber meist temporären alters- bzw. entwicklungsspezifischen Diagnosen bei den männlichen Versicherten, handelt es sich v.a. bei der depressiven Episode (F32) um ein Krankheitsbild, das mit zunehmendem Alter sogar noch an Relevanz zunimmt: Ab dem 50. Lebensjahr wird bei rund jeder fünften Frau eine solche Diagnose in der ambulanten Versorgung vergeben.

Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen im Kontext von psychischen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen

Die Coronavirus-Pandemie hat seit ihrem Beginn im Jahr 2020 alle Lebensbereiche in unterschiedlichster Weise beeinflusst. Jugendliche waren dabei von den Maßnahmen (Schulschließungen, Kontaktbeschränkungen, stark eingeschränkte Freizeitaktivitäten etc.) in besonderem Maße

VERÄNDERUNG DER ANTEILE FÜR DIAGNOSEN ZWISCHEN 2019 UND 2021

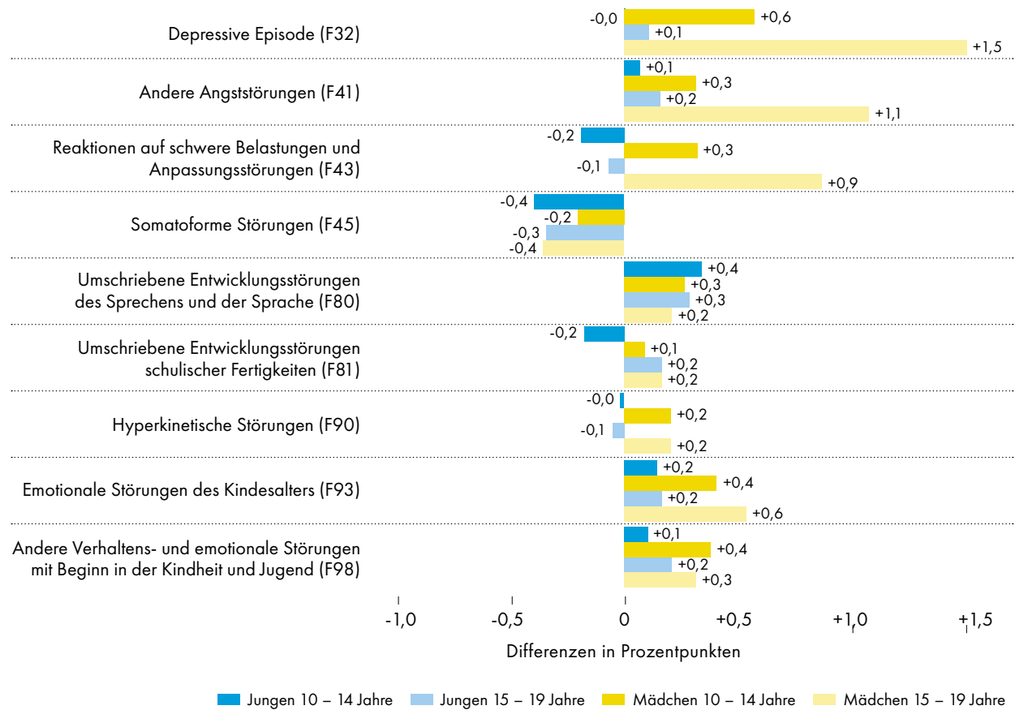


Abbildung 4: Ambulante Versorgung – Veränderungen der Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose zwischen 2019 und 2021 für ausgewählte Diagnosen aus der Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen (ICD-10: F00-F99) für ausgewählte Altersgruppen und Geschlecht

betroffen. Inwieweit dies einen Einfluss auf deren psychische Gesundheit am Beispiel der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen hatte, soll im Folgenden näher betrachtet werden.

In **Abbildung 4** sind die Veränderungen der Diagnoseanteile für ausgewählte Einzeldiagnosen zwischen den Jahren 2019 und 2021 nach Alter und Geschlecht dargestellt. In der Gruppe der 15- bis 19-jährigen Frauen zeigen sich dabei die auffälligsten Veränderungen mit einer Zunahme der Diagnoseanteile um +0,9 Prozentpunkte für die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43), um +1,1 Prozentpunkte für andere Angststörungen (F41) sowie mit +1,5 Prozentpunkten den größten Zuwachs der Diagnoseanteile für die depressive Episode (F32). Dagegen zeigen sich bei allen anderen betrachteten Gruppen bezogen auf die Diagnoseanteile wesentlich geringe Veränderungsraten. Insbesondere die in der Gruppe der 10- bis 14-jährigen männlichen Versicherten häufig diagnostizierten hyperkinetischen Störungen (F90) bzw. umschriebenen Entwicklungsstörungen der Sprache und des Sprechens (F80) sind in Beobachtungszeitraum nahezu unverändert geblieben. Insgesamt zeigt sich somit, dass die alters- bzw. entwicklungsspezifischen Störungen stabile Diagnoseraten aufweisen, was auf einen geringeren Einfluss durch die Pandemie hinweist. Hingegen sind die Diagnoseraten für affektive bzw. Angst- und Anpassungsstörungen vor allem bei jungen Frauen im Übergang zum Erwachsenenalter substantiell gestiegen. Die Einschränkungen bezogen auf die sozialen und zwischenmenschlichen Aktivitäten haben somit, gemessen an den vorliegenden Daten, den größten Einfluss auf die psychische Gesundheit vor allem der jungen Frauen ausgeübt.

Neben der Betrachtung von einzelnen gesundheitlichen Leistungen, erweitert die Kombination unterschiedlicher therapeutischer bzw. medizinischer Leistungen den Blick auf das Versorgungsgeschehen insgesamt. Am Beispiel einer ambulant diagnostizierten depressiven Episode (F32) werden in **Abbildung 5** die Anteile der Kombinationen ausgewählter therapeutischer Leistungen im Vergleich zwischen 2019 und 2021 dargestellt. Zunächst lässt

ANTEILE BKK VERSICHERTER MIT DIAGNOSE FÜR AUSGEWÄHLTEN DIAGNOSEN

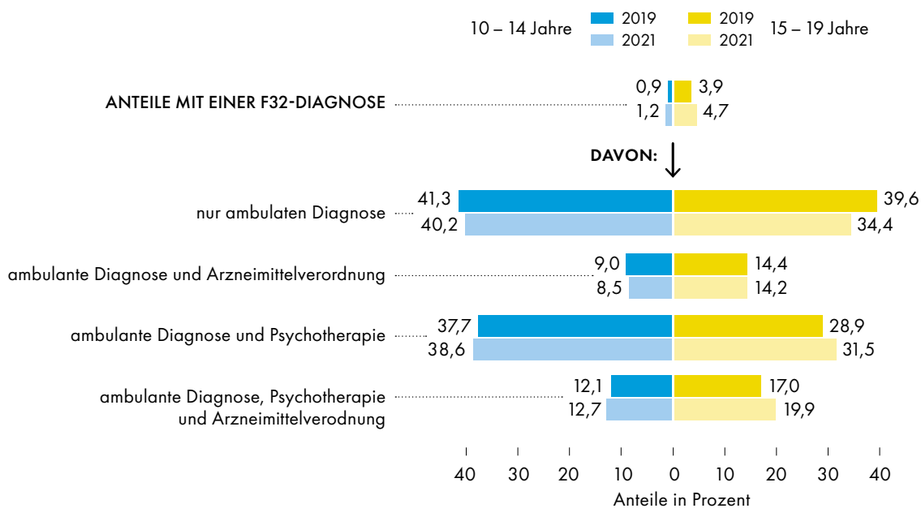


Abbildung 5: Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit einer depressiven Episode (F32) in Kombination mit einer Arzneimittelverordnung (N06) und Inanspruchnahme von Psychotherapie für ausgewählte Altersgruppen im Vergleich zwischen 2019 und 2021

sich feststellen, dass die jeweils höchsten Anteile auf diejenigen entfallen, die bis auf die Diagnose keine weiteren Leistungen in Anspruch nehmen (34,4 % – 41,3 %), gefolgt von denen, die zusätzlich psychotherapeutische Leistungen erhalten (28,9 % – 38,6 %) sowie die, die in Kombination dazu Arzneimittel aus der Gruppe der Psychoanaleptika (N06) verordnet bekommen (12,1 % - 19,9 %). Insbesondere in der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen ist im Zeitverlauf zu beobachten, dass der Anteil derjenigen, die psychotherapeutische Leistungen (mit und ohne Pharmakotherapie) in Anspruch nehmen, im Laufe der Pandemie tendenziell zugenommen hat (2019: 45,9 % vs. 2021: 51,4 %). Ein Grund dürfte hierbei sicherlich die Ausweiterung der telemedizinischen Angebote (v.a. Videosprechstunden im Rahmen der Psychotherapie) sowie die Erweiterung der Möglichkeiten zur Gruppentherapie im Laufe der Pandemie sein.

FAZIT UND AUSBLICK

Die vorliegenden Analysen der Versorgungsdaten in der Gruppe der Jugendlichen zeigen ein differenziertes Bild. Je nach betrachteter Altersgruppe und Geschlecht zeigen sich sehr unterschiedliche Diagnoseraten bei den psychischen Störungen: Während bei den männlichen Jugendlichen v.a. Sprach- und Entwicklungsstörungen dominieren, sind es bei den weiblichen Jugendlichen vor allem die affektiven sowie die Belastungs- und Angststörungen, die häufig auftreten. Weisen bis zur Gruppe der 10- bis 14-Jährigen die männlichen Versicherten noch höhere Diagnoseraten und Verordnungsanteile auf, so kehrt sich dieses Muster ab der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen um. In allen folgenden Altersgruppen weisen die Frauen jeweils deutlich höhere Diagnoseraten und Verordnungsanteile als die Männer auf. Nicht zuletzt deshalb ist es notwendig und sinnvoll, spezifische Versorgungs- und Präventionsangebote für Jugendliche anzubieten und sie nicht einfach nur wie „kleine Erwachsene“ zu behandeln.

Des Weiteren zeigt die Betrachtung des Versorgungsgeschehen, dass bei den Jugendlichen in den vergangenen Jahren kein substantieller Anstieg der Verordnung- oder Diagnoseraten im Kontext psychischer Störungen zu beobachten ist. Dies deckt sich mit den Ergebnissen empirischer Studien, die zum gleichen Ergebnis gelangen.

Der negative Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf die psychische Gesundheit von Jugendlichen kann sowohl durch empirische Studien als auch durch die vorliegenden Analysen der BKK Routinedaten bestätigt werden, wobei hier v.a. die Gruppe der jungen Frauen im Alter zwischen 15- bis 19 Jahren betroffen ist. Insbesondere im Jahr 2021 zeigen sich dabei Auswirkungen der Pandemie, während sich diese Effekte im Jahr 2022 wieder abschwächen. Dies dürfte vor allem mit den substantiellen Lockerungen der Pandemiemaßnahmen seit dem Frühjahr 2022 zusammenhängen. Ob sich dabei die aktuellen psychischen Belastungen Jugendlicher im späteren Verlauf als klinisch relevante Störungsbilder manifestieren, ist von verschiedenen Faktoren abhängig und bedarf einer fortlaufenden Beobachtung in Studien bzw. den Routinedatenanalysen der Krankenkassen. Niederschwellige Angebote, die in der Lebenswelt der Jugendlichen angesiedelt sind, wie z. B. Sozialarbeiter in den Schulen oder andere v.a. digitale Präventionsprogramme, sind eine Möglichkeit, die psychische Gesundheit Jugendlicher positiv zu beeinflussen. Unabhängig von den aktuellen oder zukünftigen Entwicklungen ist es wichtig, die Entstigmatisierung psychischer Störungen weiter voranzutreiben. Eine Depression, eine Belastungsstörung oder eine Phobie sollten zukünftig genauso als normale Krankheiten akzeptiert sein, wie es Rückenschmerzen, eine Erkältung oder ein gebrochenes Bein schon heute sind. Dies würde vielen Betroffenen – vor allem den Jugendlichen – helfen, sich ohne Angst vor Stigmatisierung Hilfe zu suchen und offener über Probleme zu reden.

AMBULANTE VERSORGUNGSDATEN DER BETRIEBSKRANKENKASSEN

EMPFEHLUNGEN DER AUTOR*INNEN

→ Jugendliche mit psychischen Belastungen müssen **frühzeitig und niederschwellig mit Präventionsangeboten** in ihrer (digitalen) Lebenswelt abgeholt werden.

→ Bei zukünftigen Krisen/Pandemien müssen die Belange der Jugendlichen insbesondere im Hinblick auf deren **Gesundheit und Wohlbefinden deutlich stärker berücksichtigt** werden.

→ **Psychische Erkrankungen sollen als genauso normal wahrgenommen werden,** wie es heute schon bei körperlichen Krankheiten der Fall ist.

INTERVIEW MIT PRIV.-DOZ. DR. MED. KATHARINA BÜHREN

„Die Hilfesysteme sind chronisch überlastet.“

Wenn Jugendliche oder ihre Eltern sich nicht mehr zu helfen wissen, wenn psychische Störungen so gravierend sind, dass sie sogar lebensbedrohlich werden, ist die Psychiatrie manchmal der letzte Ausweg. Priv.-Doz. Dr. med. Katharina Bühren leitet eine der größten Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland. Im Interview liefert sie Hintergrundwissen zu psychischen Erkrankungen bei Jugendlichen, gibt Einblicke in die Praxis und benennt die Schwachstellen des Systems.

PRIV.- DOZ. DR MED. KATHARINA BÜHREN
ist Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und ärztliche Direktorin des kbo-Heckscher Klinikums für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Sie ist zudem stellvertretende Vorständin der Stiftung Kindergesundheit.

Frau Dr. Bühren, sind Jugendliche besonders anfällig für psychische Erkrankungen?

Priv.-Doz. Dr. med Katharina Bühren: Das kann man so sagen, ja. Was die mentale Gesundheit betrifft, so ist die Adoleszenz eine vulnerable Lebensphase. Wohlbefinden und Lebensqualität sinken im Durchschnitt, Befindlichkeitsstörungen, psychische Auffälligkeiten und psychiatrische Erkrankungen nehmen zu. Viele Studien belegen das. Auffälligkeiten dürfen allerdings nicht mit psychiatrischen Diagnosen gleichgesetzt werden. Ist ein Jugendlicher nur verstimmt und leidet unter einer Art Weltschmerz? Oder verbirgt sich tatsächlich eine Depression dahinter? Es ist oft schwierig, Befindlichkeitsstörungen von psychiatrischen Diagnosen abzugrenzen. Man geht davon aus, dass in Deutschland 18 Prozent der Kinder und Jugendlichen Anzeichen für emotionale Störungen oder Verhaltensstörungen zeigen. Das bedeutet: **Etwa jede*r sechste Heranwachsende ist betroffen.**

Welche Erklärungen gibt es für diese Vulnerabilität?

Priv.-Doz. Dr. med Katharina Bühren: In der Adoleszenz finden komplizierte Umbauprozesse im Gehirn statt. In der Kindheit steuern vor allem das limbische System, das stark mit den Gefühlen verbunden ist, und das Belohnungssystem unserer Reaktionen. Im Laufe der Adoleszenz übernimmt diese Steuerung mehr und mehr der präfrontale Kortex, der für bewusste Handlungsplanung und Impulskontrolle zuständig ist. Diese Veränderungen tragen dazu bei, dass sich in der Adoleszenz bestimmte Störungsmuster entwickeln können. Der Einfluss der Gehirnentwicklung ist aber nur ein einzelner Faktor bei der Entstehung psychischer Störungen. Natürlich spielen auch andere individuelle Umstände eine Rolle: genetische Veranlagung, Erfahrungen in der Kindheit, Einfluss von Gleichaltrigen oder Familie und Gesellschaft.

Welche psychischen Erkrankungen sind typisch für die Adoleszenz?

Priv.-Doz. Dr. med Katharina Bühren: Depressive Störungen sind sehr häufig, aber auch Essstörungen wie die Magersucht treten im Jugendalter häufig erstmalig auf. Außerdem Angst- und Zwangsstörungen und auch erste Symptome einer psychotischen Erkrankung oder Suchterkrankung. Störungen des Sozialverhaltens, also wenn Jugendliche wiederholt die Rechte anderer oder soziale Regeln verletzen, sind ebenfalls ein häufiger Vorstellungsgrund. Relativ häufig zeigen Jugendliche auch selbstverletzendes Verhalten. In Stichproben in Schulklassen geben mindestens ein Viertel der Jugendlichen an, sich mindestens schon einmal selbst verletzt zu haben – meist mit dem Ziel der Emotionsregulation. In psychiatrischen Stichproben sind es etwa die Hälfte der Patientinnen und Patienten, Mädchen sind häufiger betroffen als Jungen.

Das liest man immer wieder. Auch die Auswertungen des BKK Dachverbandes (S. 34) zeigen frappierende Geschlechterunterschiede bei den psychiatrischen Diagnosen. Sind Mädchen tatsächlich mehr belastet? Oder suchen sie vielleicht einfach nur öfter nach Hilfe als Jungen und gehen häufiger zum Arzt? Können Sie das erklären?

Priv.-Doz. Dr. med Katharina Bühren: Auf den ersten Blick könnte man vielleicht meinen: Mädchen sind so sozialisiert, dass sie anders als Jungen besser in der Lage sind, Empfindungen wahrzunehmen, zu bewerten und darüber zu sprechen. Vielleicht leistet die Aneignung der traditionellen weiblichen Geschlechterrolle auch einen Beitrag dazu, dass Mädchen eher nach innen gerichtet auf Umweltanforderungen reagieren und Bewältigungsstrategien erlernen, die im schlimmsten Fall zu psychischen und psychosomatischen Störungen führen können. Ich denke aber, das ist zu kurz gegriffen. Auch die Tatsache, dass die Geschlechtshormone an der Umstrukturierung des Gehirns beteiligt sind, trägt aus neurobiologischer Sicht dazu bei, dass bestimmte Störungsbilder geschlechtsspezifisch auftreten. Mädchen entwickeln eher introversive, also nach innen gerichtete, Störungen wie Depressionen oder Essstörungen. Bei der Magersucht wird das Geschlechterverhältnis z. B. von 1:12 zugunsten der weiblichen Teenager angegeben. Jungen zeigen eher extroversive, also nach außen gerichtete, Störungen wie Störungen des Sozialverhaltens.

Decken sich diese Beschreibungen mit Ihren Beobachtungen in der Klinik?

Priv.-Doz. Dr. med Katharina Bühren: Auf jeden Fall. Stationär aufgenommen werden Jugendliche mit ausgeprägter psychiatrischer Symptomatik, zum Beispiel schwere Formen der Magersucht und akut suizidgefährdete Jugendliche. Das sind deutlich mehr Mädchen als Jungen. Nicht immer kommen die Jugendlichen freiwillig zu uns. Mit Arztaufsuchungsverhalten hat das also nichts zu tun. Bei den jüngeren Patientinnen und Patienten und bei denjenigen, die ambulant versorgt werden, ist das Verhältnis ausgeglichener.

Nehmen denn psychische Erkrankungen bei Jugendlichen generell zu? Die Datenanalysen des BKK Dachverbandes legen ja zum Beispiel nahe, dass der Anteil Betroffener in den letzten Jahren nicht angestiegen ist, sondern lediglich auf einem hohen Niveau verharrt. Schaut man sich hier an bei wie vielen Jugendlichen eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde, so sieht man nur temporär einen leichten Anstieg.

Priv.-Doz. Dr. med Katharina Bühren: Das Problem ist leider: **die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung ist deutschlandweit unzureichend. Das war schon vor der Pandemie so.** Die BKK-Zahlen zeigen ja nur, dass Ärztinnen und Ärzte nicht deutlich mehr Diagnosen gestellt haben und dass es während der Pandemie nur einen geringfügigen Anstieg an Diagnosen gab. **Es wäre aber fatal, aus diesen Zahlen zu folgern, dass der Bedarf in den letzten Jahren nicht gestiegen sei. Ein System, das am Anschlag ist, kann nicht deutlich mehr leisten und mehr Diagnosen stellen.** Die hohe Belastung aber war und ist da. Eine ungenügende ambulante Versorgung führt zu einer Verschlechterung der Symptomatik. Bei uns in der Klinik hat während der Pandemie die Zahl der Notfallvorstellungen deutlich zugenommen. Obwohl wir nur diejenigen aufgenommen haben, die unbedingt eine stationäre Versorgung brauchten, weil sie sich sonst z. B. umgebracht hätten, mussten wir die Jugendlichen zeitweise auf Matratzen auf dem Boden schlafen lassen.
Schaut man auf Auswertungen der stationären Diagnosen, wie sie beispielsweise die DAK in diesem Jahr vorgenommen hat, dann kann man das, was ich beschreibe, auch belegen. **In den Kliniken wurden während der Pandemie erschreckend viel mehr Jugendliche wegen emotionalen Störungen, Suchtmittelmissbrauch, depressiven Episoden, Ess- und Angststörungen aufgenommen.** Auch die Zahl v.a. der schweren Suizidversuche hat deutlich zugenommen. Zur Ausgangsfrage: Ja, ich denke, psychische Belastungen nehmen zu, seit Corona hat sich dieser Trend verschärft und -das zeigt auch die COPSY-Studie- dieser Trend dauert leider an.

Wo liegen denn Ihrer Meinung nach die Schwachstellen im System? Was müssen wir jetzt dringend tun?

Priv.-Doz. Dr. med Katharina Bühren: Wir sind in Deutschland in einer wirklich schwierigen Lage. **Bildungssystem, Gesundheitssystem und Jugendhilfe – alle drei Hilfesysteme sind chronisch überlastet.** Es gibt einen gravierenden Mangel an Fachkräften und an Therapieplätzen. So entstehen viel zu lange Wartezeiten. Das birgt die Gefahr einer vermehrten Chronifizierung der Probleme. Es wäre so wichtig, dass wir Jugendliche in Belastungssituationen frühzeitig unterstützen können. Psychische Erkrankungen bauen sich oft über einen längeren Zeitraum auf. **Je länger sich eine adäquate Behandlung verzögert, desto schwerer sind sie in den Griff zu bekommen.** Deshalb ist es nötig, Ressourcen zu bündeln und gemeinsam eine Unterstützung für bereits betroffene Kinder und Jugendliche zu schaffen. Außerdem ist es wichtig, Programme und Initiativen zu entwickeln, die dafür sorgen, junge Menschen möglichst resilient zu machen. **Prävention muss da ansetzen, wo Jugendliche sind: in der Schule, wohnortnah, niederschwellig.** Auch internetbasierte Programme, Gruppenprojekte und ähnliches könnten helfen. Letztlich muss die Politik den Ernst der Lage erkennen und dauerhaft Mittel zur Verfügung stellen. 10 Millionen für „Gesundheits-Coaches“ können nur ein Anfang sein.

Zahlen und Fakten zur Lage in den Kliniken

FALLZAHLEN, VERWEILDAUER UND AUSGEWÄHLTE F-DIAGNOSEN **VOR UND WÄHREND DER PANDEMIE**

	KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE			PÄDIATRIE		
	N (2019)	**N (2021)**	**OR (% Veränderung) [95-%-KI]**	**N (2019)**	**N (2021)**	**OR (% Veränderung) [95-%-KI]**
Fallzahl F-Diagnosen	24.408	23.777	−2,59 ***	14.853	12.213	−17,77 ***
Verweildauer (d)	36,63	34,91	−4,70 ***	7,15	8,51	+19,02 ***
Alkoholtoxikation	90	82	0,93 (−7) [0,69; 1,26]	4.862	2.440	0,51 (−49) [0,49; 0,54]
(atyp.) Anorexia nervosa	800	962	1,24 (+24) [1,13; 1,37]	611	1.057	2,21 (+121) [1,99; 2,45]
depressive Störungen	7.451	9.010	1,39 (+39) [1,34; 1,44]	325	396	1,50 (+50) [1,29; 1,74]
Reaktionen auf schwere Belastungen	1.115	1.183	1,09 (+9) [1,01; 1,19]	380	303	0,97 (−3) [0,83; 1,13]
kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	1.267	810	0,64 (−36) [0,59; 0,70]	34	19	0,68 (−32) [0,39; 1,19]
andere Diagnosen	13.685	11.730		8.535	7.827	
absichtliche Selbstbeschädigung	2.146	2.137	1,02 (+2) [0,96; 1,09]	106	171	1,98 (+98) [1,55; 2,52]

N, absolute Häufigkeit im Entgeltbereich Psychiatrie gruppiert nach PEPP-System 2019 bzw. PEPP-System 2021; Entgeltbereich Pädiatrie DRG analog; jeweils 1. Halbjahr; % Veränderung interpretiert aus den Odds Ratios (OR), die aus den jährlichen Odds gebildet werden;
*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001, **KI,** Konfidenzintervalll
Die absichtliche Selbstbeschädigung ist keine Hauptdiagnose, sondern eine Nebendiagnose. Deshalb kann sie zusätzlich kodiert werden.

Abbildung 1: Fallzahlen, Verweildauer und ausgewählte F-Diagn sen vor und während der Pandemie in Kliniken 2019, 2021 [1]

KRANKENHAUSVERSORGUNG VON **SCHULKINDERN**

+ 27 % mehr Schulkinder wurden in 2021 gegenüber 2020 aufgrund einer **depressiven Episode** stationär behandelt.

+ 25 % mehr Schulkinder wurden in 2021 gegenüber 2020 aufgrund einer **Angststörung** hospitalisiert.

+ 21 % mehr Schulkinder wurden in 2021 gegenüber 2020 aufgrund einer **Essstörung** hospitalisiert.

+ 11 % mehr Schulkinder wurden in 2021 gegenüber 2020 aufgrund einer **emotionalen Störung** hospitalisiert.

− 23 % weniger Schulkinder wurden in 2021 gegenüber 2020 aufgrund einer **somatoformen Störung** im Krankenhaus behandelt.

Abbildung 2: Krankenhausversorgung von Schulkindern (10 – 14 Jahre) 2020 vs 2021 [2]

KRANKENHAUSVERSORGUNG VON **JUGENDLICHEN**

+ 42 % mehr Jugendliche wurden in 2021 gegenüber 2020 aufgrund einer **emotionalen Störung** hospitalisiert.

+ 39 % mehr Jugendliche wurden in 2021 gegenüber 2020 aufgrund eines **multiplen Suchtmittelmissbrauchs** („Mischkonsum“) stationär behandelt.

+ 28 % beträgt der Anstieg von **depressiven Episoden** in 2021 gegenüber 2020.

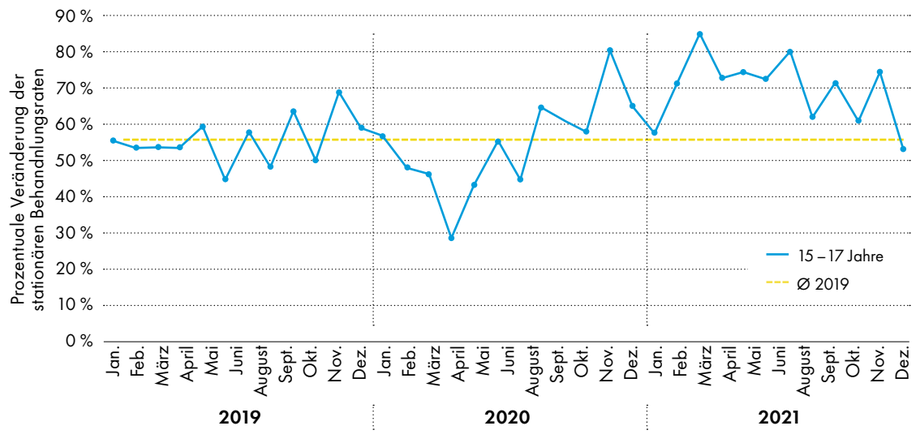
+ 17 % mehr Jugendliche wurden in 2021 gegenüber 2020 aufgrund einer **Essstörung** behandelt.

+ 3 % mehr Jugendliche wurden in 2021 gegenüber 2020 aufgrund einer **Angststörung** hospitalisiert.

Abbildung 3: Krankenhausversorgung von Jugendlichen (15 – 17 Jahre) 2020 vs 2021 [2]

ZEITLICHE ENTWICKLUNG DES ANTEILS VON JUGENDLICHEN (15 – 17 JAHREN) MIT STATIONÄR BEHANDELTER **DEPRESSIVER EPISODE**

DAK-Gesundheit, Datenjahre 2019 – 2021, Fälle je 100.000, Aufgriff: Min1 ICD-10 F32 (HDI, NDI)



Hospitalisierungquote
2019: 672 je 100.000
2020: 655 je 100.000
2021: 841 je 100.000

Während der Pandemie wurden insgesamt mehr Jugendliche aufgrund einer depressiven Episode stationär behandelt.

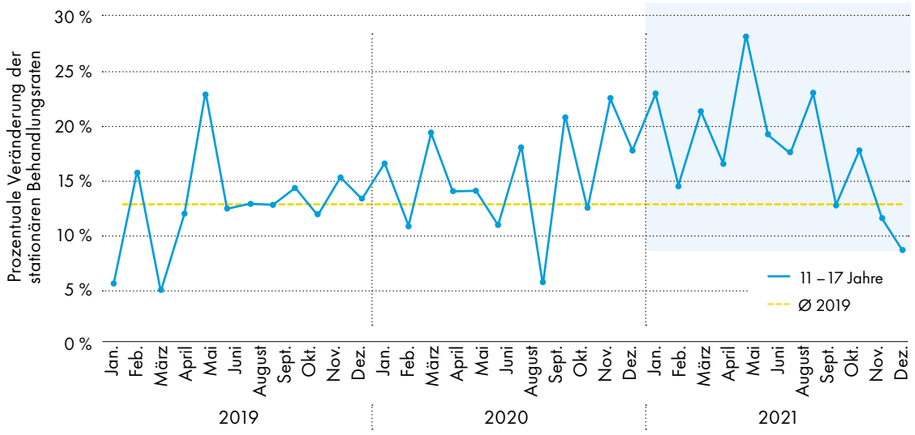
In 2021 betrug der Anstieg gegenüber 2019 25 %.

Bereits **im Herbst 2020 ist erstmals eine deutliche Zunahme stationärer Behandlungen depressiver Episoden** zu beobachten. Anders als bei Schulkindern im Alter von 10 bis 14 Jahren sind bei Jugendlichen mit Ausnahme eines kurzen Rückgangs im 2. Lockdown Ende 2020 im gesamten Jahr 2021 mehr stationäre Aufenthalte aufgrund depressiver Episoden als noch vor der Pandemie beobachtbar.

Abbildung 4: Krankenhausversorgung von Jugendlichen (15 – 17 Jahre) 2020 vs 2021, Zunahme der Krankenhausaufenthalte aufgrund einer depressiven Episode 2019 vs 2021 [2]

ZEITLICHE ENTWICKLUNG DES ANTEILS VON JUGENDLICHEN (15 – 17 JAHREN) MIT STATIONÄR BEHANDELTER **ESSSTÖRUNG**

DAK-Gesundheit, Datenjahre 2019 – 2021, Fälle je 100.000



Hospitalisierungquote

2019: 152 je 100.000

2020: 181 je 100.000

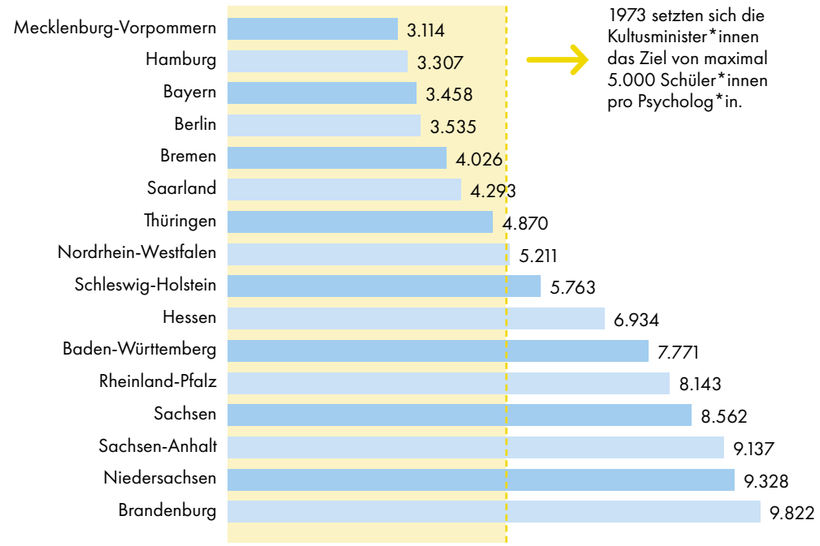
2021: 213 je 100.000

Während der Pandemie wurden insgesamt mehr Jugendliche aufgrund einer Essstörung stationär behandelt.

In 2021 betrug der Anstieg gegenüber 2019 40 %.

Abbildung 5: Krankenhausversorgung von Jugendlichen (15 – 17 Jahre) 2019 vs 2021, Zunahme der Krankenhausaufenthalte aufgrund einer Esstörung 2019 vs 2021 [2]

SO VIELE SCHÜLER*INNEN VERSORGT EIN/E **SCHULPSYCHOLOG*IN** IN 2022



1973 setzten sich die Kultusminister*innen das Ziel von maximal 5.000 Schüler*innen pro Psycholog*in.

Abbildung 6: So viele Schüler*innen versorgt ein/e Schulpsycholog*in in 2022 [3]

EMPFEHLUNGEN DER STIFTUNG KINDERGESUNDHEIT

→ Rechtzeitige kinder- und jugendpsychiatrische beziehungsweise **psychologisch/psychotherapeutische Diagnostik und Intervention** für psychisch auffällige Jugendliche ermöglichen, um die Entwicklung ernsthafter psychischer Störungen zu verhindern

→ **Förderung breit zugänglicher psychosozialer, psychotherapeutischer und psychiatrischer Angebote** mit niedrigschwelliger schulischer Anbindung sowie erweiterter Jugendhilfemaßnahmen in besonders belasteten Wohnquartieren

→ **Massive Investitionen in sozialpädagogische Fachkräfte und Schulpsycholog*innen**

→ **Ausbau evidenzbasierter Maßnahmen zur primären und sekundären Prävention** psychischer Störungen und Erkrankungen

→ **Verbesserung der Gesundheitskompetenz** von Kindern und Jugendlichen durch die Behandlung des Themas „mentale Gesundheit" im Lehrplan

→ **Verstärkte Qualifizierung von Lehrkräften und Erzieher*innen** über Fortbildungen zu Fragestellungen der mentalen Gesundheit

→ Verstärkte Bewerbung der **Jugendgesundheitsuntersuchung** und Investition in Einladungs-, Erinnerungs- und Rückmeldesysteme, sodass möglichst viele Jugendliche mit erhöhten Belastungen und erhöhten Gesundheitsrisiken erreicht werden

→ **Schaffung eines sektorübergreifenden Monitorings** bezüglich möglicher ansteigender Behandlungsbedarfe, um in Deutschland die Versorgung psychisch erkrankter Minderjähriger zu steuern

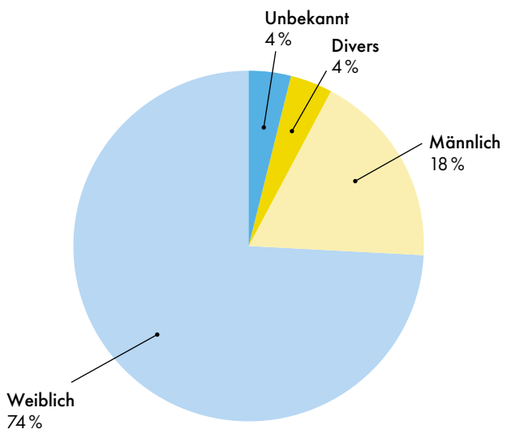
JUGENDLICHE IN AKUTEN KRISENSITUATIONEN

Was brauchen junge Menschen, die ganz akut in der Krise stecken?

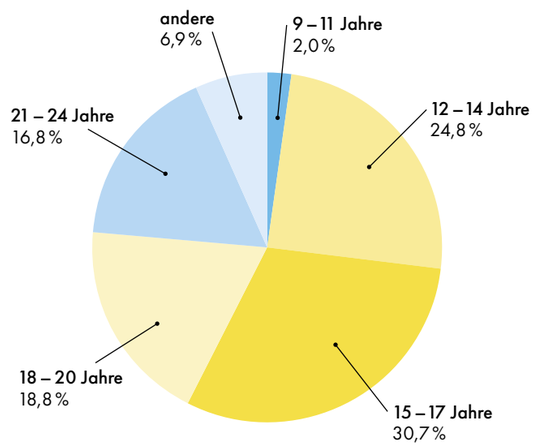
Ein gemeinnütziges Berliner Startup hilft Jugendlichen mit psychischen Problemen per Chat. Rund um die Uhr beraten ehrenamtliche Fachkräfte mit psychologischem oder sozialarbeiterischem Hintergrund zu verschiedensten Fragestellungen und Problemlagen – ein niederschwelliges Angebot, das angenommen wird.

Nicht mehr das Telefon, sondern der Chat ist jetzt das Medium *Nummer Eins* für junge Menschen. Durch eine größere Anonymität und Flexibilität bringt der Chat eine deutlich niedrigere Hemmschwelle mit sich. Unter dem Eindruck der ersten Corona-Welle gründeten drei 19-jährige Abiturienten im Mai 2020 das Beratungsangebot **KRISENCHAT**. Die Beratung erfolgt hier in Echtzeit, rund um die Uhr und sieben Tage in der Woche per Chat – ohne Anmeldung und Registrierung, bundesweit und kostenlos. Dass das digitale Beratungsangebot eine Versorgungslücke und den Zeitgeist getroffen hat, spiegelt sich in den Nutzungszahlen wider – seit dem Start haben die rund 300 ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen mehr als 100.000 Beratungen durchgeführt und weit über zweieinhalb Millionen Chat-Nachrichten geschrieben. Die Berater*innen von **KRISENCHAT** verfügen über eine psychologische, psychotherapeutische oder sozialarbeiterische Ausbildung und werden für die Chat-Beratung speziell geschult. 50 Prozent der Nachrichten bei **KRISENCHAT** werden zwischen 20:00 und 02:00 Uhr geschrieben – ein Zeitraum, in dem bundesweit kein anderes Beratungsangebot täglich zur Verfügung steht.

GESCHLECHTERVERTEILUNG DER HILFESUCHENDEN



ALTER DER NUTZER*INNEN



* Barmer Arztreport 2021 Definition: „Als Psychotherapien in einem engeren Sinne wurden im Rahmen der Auswertungen sogenannte Richtlinientherapien betrachtet, die typischerweise immer ein vorab geplantes Kontingent an Therapiestunden umfassen. Als Psychotherapien im erweiterten Sinne wurden bei einigen Auswertungen zudem auch Probatorische Sitzungen (Probesitzungen) sowie die erst seit April 2017 abrechnungsfähigen Psychotherapeutischen Sprechstunden und Psychotherapeutischen Akutbehandlungen berücksichtigt."

3,4 MIO. (=18%) Kinder und Jugendliche <25 Jahre in Deutschland sind **psychisch auffällig** [1]

823 000 dieser betroffenen (=24 %) Kinder und Jugendlichen haben 2019 **Therapieleistungen** im weiteren Sinne* erhalten (382 000 im engeren Sinne) [2]

>50 % aller Therapiebedürftigen (inkl. >25 Jahre) **warten mehr als 4 Monate** auf eine psychotherapeutische Behandlung nach einer Erstdiagnose [3]

„Es gibt sehr viele Kinder, die leiden und erst spät zu uns in die Praxen kommen. Erst, wenn sie eine entsprechende Diagnose haben, tauchen sie in (der) Statistik auf."
Dr. med. Thomas Fischbach, Präsident des Verbandes der Kinder- und Jugendärzte

DURCH DAS CHATANGEBOT

... sollen junge Menschen in akuten psychischen Notsituationen **überall und jederzeit** kompetente Hilfe bekommen.

... soll ein Beitrag zur **Prävention ernsthafter psychischer Erkrankungen** geleistet werden.

... bekommen junge Menschen die Möglichkeit, sich **vor oder parallel zu einer Therapie** niederschwellig Hilfe zu suchen.

... sollen junge Menschen mit weitergehendem Hilfebedürfnis **an die richtigen Ansprechpartner** in den existierenden Hilfestrukturen weitergeleitet werden.

ZAHLEN + FAKTEN

300 aktive ehrenamtliche Berater*innen

90 Festangestellte

2022

41.216 Beratungen

26.902 Hilfesuchende

41.216 Durchgeführte Beratungen

Ø 113 Beratungen pro Tag

Ø 3.434 Beratungen pro Monat

NOTFÄLLE

33 % der Nutzenden haben hochkritische Notfälle, die einer akuten Intervention bedürfen (Suizidalität, Gewalt, sexuelle Nötigung, Kindeswohlgefährdung)

THERAPIEBEDARF wahrscheinlich:

40 % der Nutzenden sind keine Notfälle, aber zeigen psychiatrische Symptome, die klaren Therapiebedarf signalisieren

PRÄVENTION

27 % der Nutzenden, haben Probleme, bei denen präventive Maßnahmen der erste Schritt sind (Psychosozialer Stress, emotionaler Stress, queere Identitäts- und Diskriminierungsprobleme, COVID-19)

WEITERVERMITTLUNG

28 % der Nutzenden werden Angebote aus der bestehenden Versorgung empfohlen

47 % davon haben diese Angebote dann auch tatsächlich wahrgenommen

DIE HÄUFIGSTEN BERATUNGSANLIEGEN IM CHAT SIND:

20 % Selbstverletzendes Verhalten

20 % Suizidalität

INTERVIEW MIT DR. RER. NAT. ERNST DIETRICH MUNZ

„Klimaangst ist eine adäquate Reaktion auf eine manifeste Bedrohung“

Jugendliche sorgen sich oft um ihre Zukunft, besonders mit Blick auf die ansteigenden Temperaturen und Klimakatastrophen weltweit. Der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer a. D., Dr. Ernst Dietrich Munz, erklärt im Interview, wie mit Klimaangst umgegangen werden kann.

Herr Dr. Munz, was versteht man unter dem Phänomen Klimaangst? Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse gibt es dazu?

Herr Dr. Munz: Klimaangst, die Angst vor dem Klimawandel und seinen Folgen, wird seit einigen Jahren intensiver beforscht und ist mittlerweile als eigenes Phänomen von vielen Expert*innen anerkannt. Einer der wichtigsten bisherigen Befunde ist, dass die Klimaangst in der Allgemeinbevölkerung weit verbreitet und die Mehrheit aller jungen Menschen davon betroffen ist. Klimaangst ist aber nur eines von vielen klimabezogenen Gefühlen, wie Wut, Ohnmacht, Hoffnungslosigkeit, Trauer oder Schuld, die bislang noch vergleichsweise wenig öffentliche Aufmerksamkeit erfahren.

Ist Klima-Angst aus psychologischer Sicht als Erkrankung einzuordnen? Wo liegt bei der Klimaangst die Grenze zwischen einem Krankheitsbild, das auf eine Fehlfunktion der Psyche hinweist, und einer gesunden Reaktion auf eine unsichere, bedrohlich wirkende Zukunft?

DR. RER. NAT.
ERNST DIETRICH MUNZ
ist Psychologischer Psychotherapeut und Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg.
Von 2015 – 2023 war er Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK).
Er ist promovierter Physiker und arbeitet als Dozent am Psychoanalytischen Institut Stuttgart.
Er ist Herausgeber und Autor zahlreicher Fachbücher und Fachartikel.

Herr Dr. Munz: Klimaangst darf, wie auch alle anderen klimabezogenen Emotionen, keinesfalls als psychische Erkrankung verstanden werden. Es stimmt, dass Ängste ein pathologisches Ausmaß erreichen können, nämlich immer dann, wenn sie ihre rationale Grundlage verlieren, keinerlei adaptive Funktion mehr erfüllen und die eigene Funktionsfähigkeit erheblich einschränken. Das ist bei der Klimaangst in den allermeisten Fällen nicht der Fall, im Gegenteil: **Sie lenkt unsere Aufmerksamkeit auf eine reale Bedrohung globalen und existenziellen Ausmaßes in Form der Klimakrise und motiviert viele Menschen zu Handlungen, die der Bewältigung dieser Krise dienen.**

In einer kürzlich von der Bertelsmann-Stiftung [1] publizierten Umfrage äußerten 80 Prozent der befragten Jugendlichen zwischen 12 bis 18 Jahren Sorge wegen des Klimawandels, 42 Prozent davon waren sogar sehr besorgt. Wie wirkt sich die Klimakrise auf die seelische Gesundheit von Jugendlichen aus? Mit welchen Symptomen äußern sich diese Sorgen im Alltag der Jugendlichen?

Herr Dr. Munz: Diese Zahlen decken sich mit denen aus internationalen Studien: Laut einer groß angelegten Studie mit Daten von 10.000 jungen Menschen aus zehn Ländern machen sich 59 Prozent der 16- bis 25-Jährigen große Sorgen wegen des Klimawandels. Die Erklärungen hierfür lauten, dass junge Menschen zukünftig besonders stark von den Folgen des Klimawandels betroffen sein werden und zugleich die Fähigkeit zur Regulation von starken Emotionen, wie Ängsten und Sorgen, bei Jugendlichen noch in der Entwicklung ist. **Dabei scheint sich Klimaangst bei Heranwachsenden auch stärker auf ihr Verhalten und ihre Lebensführung auszuwirken als bei Erwachsenen:** Rund 45 Prozent der Jugendlichen berichteten in der erwähnten Studie, dass ihr alltägliches Leben durch Sorgen um das Klima beeinträchtigt wird, 40 Prozent sind sich mit Blick auf den Klimawandel unsicher, ob sie später einmal Kinder haben wollen.

Klimaangst äußert sich auf vielfältige Art: Sorgenvolle Gedanken um die zukünftige Entwicklung des Klimas können den Schlaf beeinträchtigen, traurig stimmen oder es kann im Angesicht der nur schwer einzugrenzenden Langzeitfolgen des Klimawandels zu Momenten der Verzweiflung kommen. **Es handelt sich dabei aber nicht per se um Symptome, sondern um Facetten eines angemessenen Gefühls. Erst wenn die Angst überhandnimmt, irrationales Denken und Verhalten dominieren und dies zu starken Funktionseinschränkungen führt, sprechen wir von einer Angststörung mit Symptomen.**

Warum leiden Jugendliche seelisch besonders unter der Klimakrise? Gibt es bestimmte Merkmale, die Jugendliche erfüllen, die unter Klimaangst leiden (z. B. bestimmter sozialer Status, Geschlecht, Alter, ...)?

Herr Dr. Munz: Kinder und Jugendliche sind deshalb eine besonders vulnerable Gruppe, weil sie im Vergleich zu Erwachsenen mehrfach – in sensiblen Entwicklungsphasen und mit Blick auf ihre Lebensspanne - langfristiger von der Klimakrise betroffen sind. Zudem sind Kinder und Jugendliche stärker auf soziale Unterstützung und Zuwendung von Bezugspersonen angewiesen,

„Für mich ist der Klimawandel auch ein wichtiges Thema. Man sieht, was in anderen Ländern passiert, z. B. Wirbelstürme. Das macht mir Sorgen.“
Rahel 14, Merzig

z. B. beim Umgang mit klimabezogenen Emotionen, die nicht immer ausreichend geleistet werden kann. Direkte und akute Effekte der Klimakrise treffen junge Menschen vor allem in Form zunehmender Extremwetterereignisse wie Überflutungen oder Hitzewellen und damit einhergehender körperlicher sowie psychischer Folgeschäden. Indirekte Effekte des Klimawandels ergeben sich beispielsweise durch den voranschreitenden Verlust des gewohnten Lebensraums, Nahrungsmittelunsicherheit oder Flucht und Migration. Langfristig wird bei den heute Heranwachsenden die allgemeine Belastung deutlich zunehmen, beispielsweise durch ein erhöhtes Risiko für chronische Erkrankungen sowie eine reduzierte Lebensqualität und -zufriedenheit im Zuge der Gesamtfolgen des Klimawandels.

Die Sinus-Studie der BARMER Krankenkasse aus dem Jahr 2021 konnte ermitteln, dass sich in Deutschland Mädchen (45 Prozent) etwas häufiger um das Klima sorgen als Jungen (31 Prozent). Zudem wird der Klimawandel von Jugendlichen mit einem hohen Bildungsgrad häufiger als wichtig erachtet (58 Prozent), als wenn ein niedrigerer Bildungsgrad vorliegt (40 Prozent). Klimaangst darf aber nicht als spezifisches Phänomen von Frauen und Hochgebildeten verstanden werden: Sie ist allgemein weit verbreitet, vor allem auch in ärmeren Ländern, die vom Klimawandel besonders betroffen sind und in denen der Zugang zu Bildung für viele Menschen erschwert ist.

Hat sich die Anzahl der Jugendlichen, die unter Klimaangst leiden, in den letzten Jahren verändert? Steht die Veränderung eventuell auch im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie, in welcher die Zahlen für die psychischen Belastungen unter Jugendlichen zugenommen haben?

Herr Dr. Munz: Wir leben in Krisenzeiten – und Krisen belasten. Die Corona-Pandemie, der Ukraine-Krieg und die stärker hervortretenden Auswirkungen des Klimawandels: Die Koinzidenz dieser Krisen in den letzten Jahren hat in der Allgemeinbevölkerung und bei vulnerablen Gruppen wie Kindern und Jugendlichen zu einem allgemeinen Anstieg des Belastungsgrades geführt. In der im Mai 2022 durchgeführten Studie der Bertelsmann-Stiftung zeigt sich, dass knapp 40 Prozent der Jugendlichen der Zukunft Deutschlands pessimistisch entgegenblicken und sich um viele krisenbezogene Themen sorgen. Die Corona-Pandemie ist – kongruent mit der stark gesunkenen Zahl schwerer Erkrankungsverläufe – als erlebte Bedrohung deutlich in den Hintergrund gerückt. **Der Klimawandel und ein möglicher Krieg in Deutschland zählen hingegen mittlerweile zu den größten Sorgen unter Jugendlichen.**

„Ich finde das mit dem Klimawandel nicht cool. Ich will ja auch irgendwann Kinder haben, die auch mal Eisbären kennenlernen wollen.“
Luisa 16, Gera

Ein direkter Zusammenhang zwischen der erhöhten psychischen Belastung durch die Corona-Pandemie und vermehrter Klimaangst bei Jugendlichen ist bislang nicht belegt. **Wichtig ist in diesem Kontext aber erneut zu betonen, dass Klimaangst in der Regel kein Folgesymptom von psychischer Überlastung ist, sondern eine adäquate Reaktion auf eine manifeste Bedrohung darstellt – die aufgrund zunehmender klimatischer Veränderungen für viele Menschen immer spürbarer wird.**

© Foto: BPtK/Foto: Raman El Atiaoui

Welche Strategien haben Jugendliche im Umgang mit Klimaangst?

Herr Dr. Munz: Bislang gibt es wenig Forschung dazu, wie der Großteil der Jugendlichen mit seinen Sorgen um das Klima umgeht. Klar ist aber: Die Sorge um das Klima motiviert viele Jugendliche dazu, sich über den Klimawandel zu informieren, auszutauschen und selbst aktiv zu werden. **Sich klimapolitisch zu engagieren kann eine sehr hilfreiche Methode im Umgang mit negativen Klima-Gefühlen sein, da dadurch die selbst wahrgenommene Wirksamkeit des eigenen Handelns und das Kontrollerleben steigen.** Das oft sehr große Engagement von Klimaaktivist*innen kann in Kombination mit ausbleibenden Erfolgen jedoch auch zermürben, weshalb Bewältigungsstrategien umso wichtiger sind. Eine Studie des Umweltbundesamtes von 2021 zeigt, dass junge Klimaaktivist*innen zum Umgang mit ihrer Belastung einen Mix aus Bewältigungsstrategien anwenden. Dieser setzt sich zusammen aus lösungsorientierten Strategien (z. B. Engagement, Informationsaustausch in Gruppen), emotionsfokussierten Strategien (z. B. unangenehmen Gefühlen Raum geben, Erfolge gemeinsam feiern) und Strategien zur Distanzierung von Belastung (z. B. Engagement reduzieren, Pausen einlegen).

Psycholog*innen warnen im Zusammenhang mit dem Phänomen der Klimaangst davor, dass sogenannte „dysfunktionale Ängste" entstehen könnten[3]. Werden Menschen einerseits ständig mit apokalyptischen Überzeugungen konfrontiert und stellen anderseits fest, dass die Politik zu wenig gegen den Klimawandel unternimmt, könnten sich aus Sorgen und Ängsten Ohnmacht und Lähmung entwickeln. Sehen auch Sie die Gefahr unter jungen Menschen?

Herr Dr. Munz: Ja, diese Gefahr besteht. Wenn wir eine belastende Situation nach eigenem Erleben selbst nicht beeinflussen können und die Situation überdauert, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass wir resignieren und lähmende Gefühle von Hilflosigkeit und Niedergeschlagenheit entstehen. Deshalb ist neben einer verständlichen Kommunikation der Klimakrise in den Medien mit dem Aufzeigen von Handlungsmöglichkeiten auch das merkliche Bemühen der Politik für den nötigen klimabezogenen Wandel unserer Gesellschaft entscheidend.

Sehen Sie die Gefahr, dass die Angst vor den Auswirkungen der Klimakrise zunehmend pathologisiert wird und dies vom eigentlichen Ziel eines politischen Klimaschutzes ablenkt?

Herr Dr. Munz: Auch diese Gefahr ist vorhanden. **Die Angst vor den Auswirkungen der Klimakrise darf nicht als ein dem Individuum zuzuschreibendes pathologisches Symptom missverstanden werden, welches Behandlung benötigt.** Damit würde eine angemessene Reaktion auf eine massive gesamtgesellschaftliche Bedrohung irrtümlich dargestellt und zugleich ein falsches Signal gesetzt: **Es geht nicht darum, Menschen vor ihrer Klimaangst zu retten, es geht darum, den Klimawandel und seine gesamtgesellschaftlichen Folgen bestmöglich einzudämmen — und Klimaangst kann hierfür neben anderen Faktoren ein wichtiger Antrieb sein.** Ich beobachte aber erfreulicherweise zunehmend differenzierte Berichterstattungen, die die Klimaangst adäquat beschreiben.

„Mich beschäftigen die Wirkungen des Klimawandels stark, vor allem in Hinblick meiner Zukunft."

Leo, 17, Lütjenburg

„Ich mache mir auf jeden Fall Gedanken über den Klimawandel und habe teilweise Existenzängste deswegen. Da werden mich eine Menge Dinge zu meinen Lebzeiten erwischen. Menschen werden aus ihrer Heimat flüchten, der Meeresspiegel wird ansteigen. Und es macht umso mehr Stress, wenn man weiß, dass man indirekt selber verantwortlich ist für den Klimawandel. Aber auch die generelle Situation auf der ganzen Welt mit all den Krisen macht schon einen psychischen Druck, insbesondere wenn man weiß, man kann selbst nicht viel machen dagegen."

Safia, 17, Kaiserslautern

Was sollten die Erwachsenen (Eltern, Lehrkräfte, Gesundheitsberufe) tun um Jugendliche in Bezug auf ihre Sorgen und Ängste zu unterstützen? Wo sehen Sie Handlungsbedarf?

Herr Dr. Munz: Wichtig ist zunächst, dass Erwachsene ihr eigenes Bewusstsein um die Klimakrise reflektieren, um eine gemeinsame Gesprächsebene finden und Verständnis für das Erleben der Jugendlichen aufbringen zu können: Bin ich offen für die Argumente meines Kindes, das eine gesamtgesellschaftliche Transformation zur Bewältigung der Klimakrise als dringend nötig erachtet? Wo leiten mich unter Umständen eigene Gefühle, wie Angst oder Ohnmacht, die ich durch Wegsehen oder Kleinreden der Klimakrise zu regulieren versuche? Auf institutioneller Ebene sollten in Schulen und Freizeiteinrichtungen von Kindern und Jugendlichen Nachhaltigkeitsbildung als fester Standard etabliert und aktive Klimaschutzprojekte durchgeführt werden, bei denen ein kollektives Gefühl entstehen kann, gemeinsam etwas gegen den Klimawandel tun zu können. Eltern sollten zudem mehr Beratungsangebote darüber erhalten, wie sie ihre Kinder im Umgang mit Klima-Gefühlen unterstützen und vor klimabedingten Gesundheitsgefahren schützen können. Im Bereich der Gesundheitsberufe ist die Förderung eines umfassenden Bewusstseins für die Zusammenhänge von den Folgen der Klimakrise auf die Gesundheit zentral. Dazu muss das Thema verstärkt in die Aus-, Fort-, und Weiterbildung von Heilberufen Eingang finden.

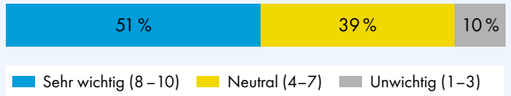
Wie sieht Ihre Prognose für die Entwicklung der Klimaangst für die Zukunft aus, wenn die Politik weiterhin so agiert, wie sie es im Moment tut? Werden in Zukunft immer mehr Jugendliche unter Klimaangst leiden?

Herr Dr. Munz: Derartige Prognosen sind schwierig und lassen sich aus der gegenwärtigen Evidenzlage nicht klar ableiten. Da zukünftig z. B. Extremwetterereignisse zunehmen, aber auch die langfristigen Folgen des Klimawandels im Alltag immer offenkundiger werden, ist stark anzunehmen, dass auch die Angst und Sorge in Bezug auf den Klimawandel zunehmen wird. Klima-Engagement wird dabei auch in Zukunft essenziell zur Regulation von Klimaangst sein. Doch ohne reale Erfolge in der Klimapolitik werden wir auch bei der Bewältigung von Klimagefühlen an unsere Grenzen stoßen.

Repräsentativ-Umfrage unter Jugendlichen 2022/2023: SINUS-Jugendforschung [1]

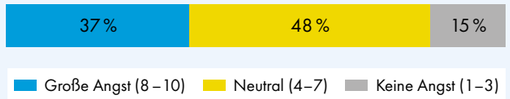
BEDEUTUNG DES THEMAS KLIMAWANDEL

Auf einer Skala von 1 bis 10: Wie wichtig ist dir das Thema Klimawandel?



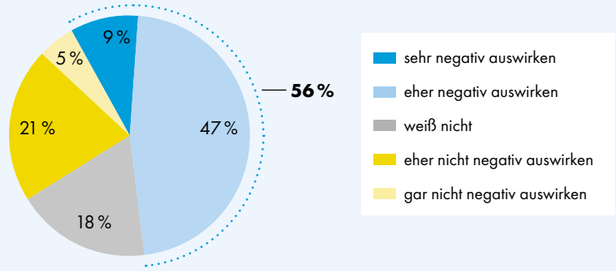
ANGST VOR DEM KLIMAWANDEL

Bitte gib wiederum auf einer Skala von 1 bis 10 an, wie stark der Klimawandel dir persönlich Angst macht.



KLIMAWANDEL UND GESUNDHEIT

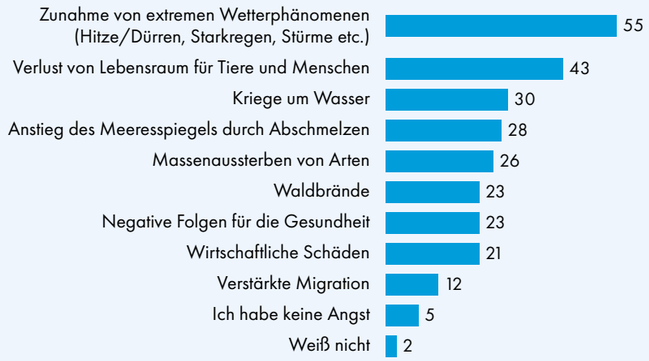
Glaubst du, dass der Klimawandel sich negativ auf deine Gesundheit auswirken kann?



2.001 Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren, Angaben in Prozent

FOLGEN DES KLIMAWANDELS, VOR DENEN MAN AM MEISTEN ANGST HAT

Wenn du an die Folgen des Klimawandels denkst, was macht dir da Angst?
Bitte markiere die drei Folgen, vor denen du dich am meisten fürchtest:



2.001 Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren, Angaben in Prozent, max. 3 Nennungen möglich

Kurz & knapp:

Suchtstörungen bei Kindern und Jugendlichen sind ein zunehmendes Problem, das gravierende Auswirkungen auf ihre körperliche und psychische Gesundheit sowie auf ihre soziale Entwicklung haben kann. Der Konsum von psychoaktiven Substanzen wie Alkohol und Drogen sowie die übermäßige Nutzung digitaler Medien sind Faktoren, die zu verschiedenen Suchtstörungen führen können. Risikofaktoren wie genetische Veranlagungen, familiäre Belastungen und traumatische Erfahrungen erhöhen die Anfälligkeit. Es ist wichtig, dass Suchtstörungen frühzeitig erkannt und behandelt werden. Eine ganzheitliche Herangehensweise, die medizinische, psychologische und soziale Unterstützung umfasst, ist erforderlich, um den Betroffenen zu helfen, ihre Abhängigkeit zu überwinden. Präventive Maßnahmen, wie Aufklärungskampagnen, Elternbildung und Schutzfaktoren-Stärkung, spielen ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Verhinderung von Suchtproblemen.

Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter

Im Jugendalter werden die Grundlagen für problematisches Konsumverhalten und spätere Suchtstörungen gelegt. Welche Risikofaktoren begünstigen, dass Jugendliche Süchte entwickeln?
Wie ist es aktuell um das Suchtverhalten der Jugendlichen in Deutschland bestellt?
Wie kann Prävention gelingen?

Deutschlands Suchtexperte Prof. Rainer Thomasius gibt Antworten.

PROF. RAINER THOMASIUS
Deutsches Zentrum
für Suchtfragen
des Kindes- und Jugendalters
(DZSKJ),
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Die Störungen durch den Konsum legaler und illegaler psychoaktiver Substanzen, wie z. B. Rauschmittel oder Medikamente, die aufs zentrale Nervensystem einwirken, (substance use disorders, SUD) nehmen sehr häufig im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter ihren Ausgang und bergen eine hohe psychosoziale Krankheitslast („burden of disease"). Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gehen davon aus, dass bei Jugendlichen und Heranwachsenden unter 24 Jahren mehr als 15 Prozent der durch psychische und neurologische Erkrankungen verlorenen Lebensjahre (disability-adjusted life years, DALYs) auf dem Konsum psychoaktiver Substanzen beruhen [1]. Verbreitet ist bei Jugendlichen der weitgehend gesellschaftlich akzeptierte Konsum von Alkohol. Eine besondere Herausforderung stellt für Jugendliche in unserem Kulturraum das Erlernen der Grenzen zwischen einem normativen, alterstypischen Gebrauch psychoaktiver Substanzen auf der einen Seite und dem Missbrauch dieser Substanzen auf der anderen dar. Bei vulnerablen Jugendlichen kann sich bereits frühzeitig ein missbräuchliches bzw. abhängiges Konsummuster entwickeln, das rasch zu einer Suchtstörung mit hohem Rückfallpotenzial fortschreitet. Das birgt ein hohes Risiko für ungünstige soziale Auswirkungen, Entwicklungsretardierung sowie körperliche oder psychische Erkrankungen. Dieser Beitrag gibt einen wissenschaftlich fundierten, interdisziplinären und praxisnahen Überblick über das frühe klinische Erscheinungsbild, die Ätiologie (Ursache von Erkrankungen und ihren auslösenden Faktoren) und Pathogenese (Entstehung von Erkrankungen) sowie den Verlauf und die Prognose der Suchtstörungen im Jugendalter.

ALLGEMEINE UND KLINISCHE EPIDEMIOLOGIE

Die Prävalenzen des Konsums psychoaktiver Substanzen fallen für männliche Jugendliche im Vergleich zu weiblichen Jugendlichen mit Ausnahme des Tabakrauchens höher aus und erreichen für die illegalen Drogen teilweise ein Verhältnis von 2:1. Beim Tabakrauchen sind bis zum Alter von 18 Jahren nahezu keine Geschlechterunterschiede feststellbar. Die ersten Erfahrungen mit Tabak und Alkohol macht die Mehrheit der Jugendlichen zwischen 13 und 15 Jahren, der erstmalige Konsum von Cannabis findet typischerweise zwischen 14 und 15 Jahren statt, andere illegale Substanzen werden eher selten vor dem Alter von 18 Jahren probiert [2].

Tabak und Alkohol

Rauchten im Jahr 2001 noch 27,5 Prozent der Jugendlichen zumindest gelegentlich, so hat sich der Anteil aktuell mit 7,2 Prozent in dieser Altersgruppe deutlich verringert [2]. Im Zuge der Pandemie hat das Rauchen wieder zugenommen. Eine aktuelle Studie (*www.debra-study.info*) zeigt, dass der Anteil der Raucher*innen bei den 14- bis 17-Jährigen 2022 auf mehr als 15 Prozent angestiegen ist. 2021 waren es noch 8,7 Prozent.

Bei Auszubildenden bzw. Berufsschüler*innen ist der Anteil der Raucher*innen höher als bei denjenigen der gymnasialen Oberstufe oder bei Studierenden. Etwa ein Fünftel der Jugendlichen in Deutschland hat schon mindestens einmal Wasserpfeife geraucht (20,9 %). Beim Konsum von E-Zigaretten liegt die Lebenszeitprävalenz bei Jugendlichen bei 14,5 Prozent (E-Shisha: 11,0 %) und ist für männliche Jugendliche mit niedriger Bildung besonders hoch.

Obwohl auch für den Alkoholkonsum Rückgänge zu beobachten sind, bleibt Alkohol im Jugendalter die mit Abstand am weitesten verbreitete psychoaktive Substanz. Über ein Drittel (35,5 %) der befragten Jugendlichen gibt an, in den vergangenen 30 Tagen Alkohol konsumiert zu haben. Einen regelmäßigen, d. h. mindestens wöchentlichen Konsum in den letzten 12 Monaten berichten 9 Prozent der Jugendlichen. 14,7 Prozent der Jugendlichen hatten in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens einen Tag, 3,2 Prozent mindestens vier Tage mit Rauschtrinken.

Riskanter Alkoholkonsum (AUDIT-C, ≥4 für Mädchen, ≥5 für Jungen) ist bei 12,1 Prozent der 11- bis 17-Jährigen in Deutschland festzustellen (die Prävalenz steigt mit dem Alter an und ist bei den 17-jährigen Mädchen mit 39,9 Prozent am höchsten).

Illegale Drogen

Cannabis ist weltweit die am häufigsten konsumierte illegale Substanz. In Deutschland hat etwa jeder zehnte Jugendliche (10,4 %) schon einmal Cannabis probiert (Lebenszeitprävalenz). Die Erfahrung mit dem Konsum anderer Drogen fällt deutlich geringer aus (1,7 % in der Gruppe der 12- bis 17-Jährigen). Die Lebenszeitprävalenzen sind dabei für Ecstasy, Amphetamin oder psychoaktive Pflanzen am höchsten. Konsum illegaler Substanzen in den vergangenen zwölf Monaten (12-Monatsprävalenz) berichten 8,3 Prozent der Jugendlichen, wobei die Angaben ebenfalls durch Cannabiskonsum dominiert werden (respektive 8,1 %). Einen aktuellen Konsum (30-Tage-Prävalenz) berichten 4,0 Prozent der Jugendlichen [2].

Glücksspiel und Internet

Neben Tabak, Alkohol und Drogen erlangen bei der Entwicklung von Verhaltenssüchten das Glücksspiel und der problematische Mediengebrauch bei Adoleszenten eine zunehmende Relevanz. Gewerbliche Glücksspiele wie z. B. die LOTTO-Teilnahmen oder Automatenspiele sind in Deutschland sehr weit verbreitet. Nach Daten der BZgA [3] hat deutlich über ein Drittel (37,3 %) der Gesamtbevölkerung in den letzten zwölf Monaten Geld dafür ausgegeben. Das Spielen an Geldspielautomaten macht mit 2,6 Prozent zwar einen kleinen Teil aus, für Jugendliche beträgt dieser Anteil im gleichen Zeitraum jedoch 14,6 Prozent. Unter jungen Männern im Alter zwischen 18 und 20 Jahren nehmen 12,8 Prozent an den als problematisch eingeschätzten illegalen Sportwetten teil. Sie stellen in Abhängigkeit vom Bildungsstatus und Migrationshintergrund eine besondere Risikogruppe für problematisches oder pathologisches (krankhaftes) Glücksspielverhalten dar (Prävalenz 2,7 % gegenüber 0,79 % in der Allgemeinbevölkerung). Die Prävalenz problematischen oder pathologischen Glücksspielverhaltens bei Jugendlichen unter 18 Jahren wurde in der BZgA-Erhebung nicht erfasst. Nach einer Studie von Meyer et al [4] liegt der Anteil pathologischer Glücksspieler*innen unter den 14- bis 17-Jährigen in Deutschland bei 1,5 Prozent (gegenüber 0,3 Prozent in der Gesamtbevölkerung).

Von einem pathologischen Mediengebrauch (Computerspielstörung, Social Media Disorder, problematische Nutzung von Streaming Diensten) sind Jugendliche im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in Deutschland deutlich erhöht betroffen. Rumpf et al [5] ermittelten in der Altersgruppe der 14- bis 16-Jährigen den Anteil Betroffener mit 4,0 Prozent gegenüber 1,0 Prozent in der Allgemeinbevölkerung (14-64 Jahre). Riskantes Internetnutzungsverhalten im Sinne einer Suchtgefährdung wiesen 15,4 Prozent der Jugendlichen auf (gegenüber 4,6 Prozent in der Gesamtstichprobe). In einer aktuellen Repräsentativbefragung, in der die neuen diagnostischen Kriterien des ICD-11 für eine internetbezogene Störung verwendet wurden, fanden wir in der 5. Messwiederholung bei den 10- bis 18-Jährigen eine deutliche Steigerung der pathologischen Gebrauchsmuster im Verlauf der Pandemie. Im Jahr 2022 erfüllten 6,3 Prozent die Kriterien für eine pathologische Nutzung digitale Spiele, 6,7 Prozent für soziale Medien und 2,4 Prozent für Streaming-Dienste (mehr Information unter *www.mediensuchthilfe.info*).

Klinische Epidemiologie

In einer aktuellen Repräsentativbefragung zur Verbreitung von SUD bei den 12- bis 18-jährigen Kindern und Jugendlichen in Deutschland stellten wir eine Prävalenz nach DSM-IV für

- Tabakabhängigkeit von 1,7 Prozent (4,2 Prozent bei 16- bis 18-Jährigen),
- Alkoholmissbrauch 7,0 Prozent (15,4 %),
- Alkoholabhängigkeit 3,1 Prozent (7,6 %),
- Cannabismissbrauch 1,8 Prozent (4,7 %),
- Cannabisabhängigkeit 0,8 Prozent (1,8 %)

und multiple SUD 3,8 Prozent (9,4 %) fest [6].

Hinsichtlich der Inanspruchnahme von Angeboten der Suchthilfe weisen Daten aus dem Versorgungsreport, dem Kerndatensatz der Deutschen Suchthilfestatistik sowie Berichten der EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) folgende Trends für Deutschland aus vgl. [7]:

- Seit dem Jahr 2002 ist bei Jugendlichen ein signifikanter Anstieg der Diagnosehäufigkeit für SUD (ICD-10: F1) festzustellen.

- Alkoholbezogene Störungen (ICD-10: F10) sind der häufigste Anlass für eine Krankenhausbehandlung bei Kindern und Jugendlichen. Jährlich werden etwa 20.300 unter 20-Jährige in Deutschland wegen akuter Alkoholintoxikationen stationär notfallmedizinisch behandelt (ICD-10 F10.0). Die Häufigkeit dieser Diagnose hat sich seit dem Jahr 2000 mehr als verdoppelt.
- Die Anzahl der vollstationären Behandlungen cannabisbezogener Störungen (ICD-10: F12; zumeist männliche Patienten bis 15 Jahre) hat sich mit aktuell etwa 12.000 Fällen pro Jahr seit 2002 mehr als vervierfacht.
- Die Gruppe der Personen mit cannabisbezogenen Störungen wird infolge sinkenden Einstiegsalters in riskante Gebrauchsformen stetig größer und jünger.
- An der Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Suchthilfen machen cannabisbezogene Behandlungsanlässe bei 15- bis 19-Jährigen den größten Anteil aus.

KLINIK, VERLAUF, PROGNOSE

Jugendtypischer Substanzkonsum vs. substanzbezogene Störungen

Im Jugendalter stellen sich Heranwachsenden zahlreiche Entwicklungsanforderungen. Sie können mit in aller Regel vorübergehenden Reifungskrisen einhergehen. Experimentierfreude und Risikoverhaltensweisen, denen auch Substanzkonsum und -missbrauch zugeordnet werden können, sind charakteristisch für diesen Lebensabschnitt. Nicht selten ist der in sozialen Kontakten stattfindende Konsum von Tabak, Alkohol und teilweise auch von Cannabis mit adoleszenztypischen Entwicklungsaufgaben assoziiert und erhält dadurch eine gewisse Normativität vgl. [8]. Derart ist der Substanzkonsum im Jugendalter der Autonomie- und Identitätsentwicklung sowie einer Reihe weiterer Entwicklungsaufgaben zuträglich (für einen Überblick siehe Thomasius et al., 2009 [9]. In **Infokasten 1** werden unterschiedliche Funktionen des Substanzkonsums den speziellen Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz zugeordnet.

SUBSTANZKONSUM IN DER ADOLESZENZ

Entwicklungsaufgaben	Funktionen des Substanzkonsums
Wissen, wer man ist und was man will (Selbstkonzept und Identität)	– Ausdruck persönlichen Stils – Suche nach grenzüberschreitenden, bewusstseinserweiternden Erfahrungen und Erlebnissen
Aufbau von Freundschaften, Aufnahme intimer Beziehungen	– Erleichterung des Zugangs zu Gleichaltrigen – Exzessiv ritualisiertes Verhalten – Kontaktaufnahme zu gegengeschlechtlichen Peers
Ablösung von den Eltern	– Unabhängigkeit von den Eltern demonstrieren – Bewusste Verletzung der elterlichen Kontrolle
Übernahme von Verhaltensweisen Erwachsener	– Demonstration und Vorwegnahme des Erwachsenseins
Lebensgestaltung und -planung	– Teilhabe an subkulturellem Lebensstil – Spaß haben und Genießen
Eigenes Wertesystem	– Gewollte Normverletzung – Ausdruck sozialen Protests
Entwicklungsprobleme	– Ersatz für verwehrte normative Entwicklungsziele – Stress- und Gefühlsbewältigung

Infokasten 1: Entwicklungsaufgaben und Funktionen des Substanzkonsums in der Adoleszenz [8]

Für 60 – 80 Prozent der Jugendlichen ist der regelmäßige Konsum legaler und illegaler Substanzen ein temporäres, auf die Adoleszenz und das frühe Erwachsenenalter beschränktes Verhalten, das in der weiteren Entwicklung mit den sich verändernden sozialen Anforderungen kollidiert und dann eingestellt wird. Terry Moffitt [10] hat für diesen unter entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten eher normativen Entwicklungsverlauf den Begriff „adolescence-limited“ geprägt. Demgegenüber entwickelt sich bei einer Minderheit aufgrund entsprechender Risikofaktoren langfristig eine Suchtstörung. Bei diesen sogenannten „life-course-persistents“ treten bereits in früher Kindheit Schwierigkeiten in der Bewältigung von Belastungen auf, die über die weitere Entwicklung kumulieren und sich schließlich als Störung manifestieren. Suchterkrankungen können durch viele Faktoren verursacht werden: Genetische Vulnerabilitätsfaktoren sind in wechselseitigem Zusammenwirken mit umgebungsbezogenen Risikofaktoren für die Entstehung von SUD relevant. Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren sind z. B. die hohe Ansprechbarkeit auf belohnungsrelevante Umweltreize, Temperament und Impulsivität, biografisch frühe Traumata und ungünstige familiäre Umgebungen. Eine Störung entsteht bei hoher „Stressbelastung“ in Abhängigkeit vom Ausmaß der Vulnerabilität: je größer die Vulnerabilität ausgeprägt ist, desto weniger „Stress“ ist zur Krankheitsauslösung erforderlich vgl. [11]. In **Infokasten 2** werden die

RISIKOFAKTOREN FÜR SUBSTANZKONSUM UND -MISSBRAUCH IM KINDES- UND JUGENDALTER

Entwicklungsaufgaben	Erhöhtes Risiko
Alleinerziehender Elternteil	– Häufiger Substanzkonsum im Jugendalter
Genetische Prädisposition	– Alkoholkonsum (modifiziert durch soziales Umfeld, v.a. die Familie)
Männliches Geschlecht des Jugendlichen	– Alkoholkonsum (nicht genereller Substanzgebrauch)
Vorgeburtlicher Tabak- und Alkoholgebrauch der Mutter	– Beeinträchtigte Entwicklung (indirekte Risikoerhöhung für Schädigungen)
Substanzkonsum durch andere Familienmitglieder (v.a. der Eltern)	– Früheres Einstiegsalter für die betreffende Substanz

Risikofaktoren in früher Kindheit (bis 4 Jahre)	Erhöhtes Risiko
Vernachlässigung, Misshandlung	– Beeinträchtigte Entwicklung (indirekte Risikoerhöhung für Schädigungen)

Risikofaktoren in der Kindheit (5 – 11 Jahre)	Erhöhtes Risiko
Frühes Schulversagen	– Schädlicher Alkoholkonsum
Verhaltensstörungen	– Schädlicher Alkoholkonsum im Adoleszentenalter (modifiziert durch die Familie als Protektivfaktor)
Aggressivität	– Alkoholkonsum, polyvalenter Konsum in früher Adoleszenz
Engere Beziehungen zu Substanzen konsumierenden Peers in später Kindheit	– Schädlicher Alkoholkonsum, häufigerer und früherer Konsum illegaler Substanzen

Risikofaktoren in der Kindheit (12 – 17 Jahre)	Erhöhtes Risiko
Billigende Einstellung der Eltern zu Substanzkonsum in der späten Kindheit	– Vorzeitiger Konsumbeginn der jeweiligen Substanzen
Höherer sozioökonomischer Status der Familie in der Frühadoleszenz	– Schädlicher Alkoholkonsum
Problematischer Substanzgebrauch der Eltern in der Frühadoleszenz des Kindes	– Vorzeitiger Konsumbeginn von Alkohol, intensiverer Alkoholkonsum in der Adoleszenz
Enge Beziehungen zu Substanzen konsumierenden Peers in der Adoleszenz	– Schädlicher Alkoholkonsum, häufigerer und früherer Konsum illegaler Substanzen
Schulabbruch	– Häufigerer Konsum von Substanzen im jungen Erwachsenenalter
Externalisierende Verhaltensstörungen, Delinquenz in der Frühadoleszenz	– Schädlicher Alkoholkonsum, häufigerer und früherer Konsum illegaler Substanzen
‚Sensation / Novelty Seeking' in der Adoleszenz	– Alkoholkonsum, polyvalenter Konsum im Frühadoleszentenalter
Billigende Einstellung in der der schulischen Umgebung zu Substanzkonsum	– Vorzeitiger Konsumbeginn der jeweiligen Substanzen

Infokasten 2: Risikofaktoren für Substanzkonsum und -missbrauch im Kindes- und Jugendalter [23]

SCHUTZFAKTOREN GEGENÜBER SUBSTANZKONSUM UND -MISSBRAUCH IM KINDES- UND JUGENDALTER

Schutzfaktor in früher Kindheit (bis 4 Jahre)	Gemindertes Risiko
Ausgeglichenes Temperament	– Substanzkonsum generell

Schutzfaktoren in der Kindheit (5 – 11 Jahre)	Gemindertes Risiko
Soziale und emotionale Kompetenzen	– Schädlicher Alkoholkonsum, Konsum illegaler Substanzen
Scheues, vorsichtiges Auftreten/Temperament	– Polyvalenter (breit gefächerter) Substanzkonsum in früher Adoleszenz, Konsum illegaler Substanzen im jungen Erwachsenenalter

Schutzfaktoren in der Kindheit (12 – 17 Jahre)	Gemindertes Risiko
Familiäre Bindung (attachment) in früher Adoleszenz	– Polyvalenter Substanzkonsum in früher Adoleszenz
Wenig Konflikte mit Eltern	– Früher Alkoholkonsum, spätere Alkoholprobleme
Positive Eltern-Kind-Kommunikation	– Schädlicher Substanzkonsum
Religiosität / Spiritualität in der Adoleszenz	– Problematischer Alkohol- und anderer Substanzkonsum

Infokasten 3: Schutzfaktoren gegenüber Substanzkonsum und -missbrauch im Kindes- und Jugendalter [23]

Risikofaktoren für Substanzkonsum und -missbrauch im Kindes- und Jugendalter den Schutzfaktoren in **Infokasten 3** gegenübergestellt.

Das klinische Bild von Kindern und Jugendlichen mit SUD variiert interindividuell stark in Abhängigkeit von Konsumart und -intensität, Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung und sozialen Umgebungsfaktoren. Anzeichen, die einen Hinweis auf einen schädlichen Substanzgebrauch geben, sind in **Infokasten 4** dargestellt.

Folgen des Substanzkonsums und der substanzbezogenen Störungen

Substanzkonsum kann abhängig von Art, Dauer und Umfang der konsumierten Substanzen sowie dem Ausmaß begleitender psychischer Störungen und psychosozialer Probleme, zu erheblichen gesundheitlichen Schäden, verringerter Lebenserwartung und sozialen Problemen führen. Etwa ein Drittel der Verkehrsunfälle mit Todesfolge in der Altersgruppe der 15- bis 20-Jährigen steht in Verbindung mit Substanzkonsum. Substanzkonsum trägt wesentlich zu den Risiken bei, als Täter oder Opfer an Gewalthandlungen beteiligt zu sein. Mädchen, die Rauschtrinken praktizieren, haben ein dreifach erhöhtes Risiko, Opfer ungewollter sexueller Handlungen zu werden. In Verbindung mit depressiven Störungen und kritischen Lebensereignissen ist Substanzkonsum mit Suizidversuchen und Suiziden assoziiert. Impulsives und kontrollgemindertes Verhalten wird durch den Konsum psychoaktiver Substanzen verstärkt. Häufig werden Schul- und Berufsausbildung in Folge übermäßigen Konsums vorzeitig beendet. Psychosoziale Probleme verschärfen sich durch eine tendenzielle Einengung im sozialen Umgang mit Gleichgesinnten. Straftaten im Rauschzustand oder Beschaffungskriminalität können im Verlauf zunehmen. Die sozialen Systeme und insbesondere die Herkunftsfamilien sind von den SUD der Kinder stark belastet. Die mit dem Konsum verbundenen Gesundheitsrisiken variieren in Abhängigkeit vom Entwicklungsstatus des Adoleszenten. Neben den schädlichen Effekten durch pränatale Exposition mit psychotropen Substanzen, wie Rauschmitteln aber auch Medikamenten, weisen Studien auf bleibende Erkrankungen und Veränderungen des Nervengewebes durch Alkoholkonsum im Jugendalter hin. Es ist belegt, dass (sub-) kortikale Hirnregionen bei kontinuierlicher Einnahme niedrigerer Mengen Alkohol oder der Einnahme größerer Mengen Alkohol pro Konsumanlass, deutlich schwerer und längerfristiger beeinträchtigt werden als bei Erwachsenen [12].

Etwa 9 Prozent aller Cannabiskonsumierenden entwickeln über die Lebenszeit eine Cannabisabhängigkeit. Diese Rate beträgt 17 Prozent, wenn der Cannabiskonsum in der Adoleszenz beginnt bzw. 25 – 50

HINWEISE AUF SUBSTANZMISSBRAUCH IM KINDES- UND JUGENDALTER

- → Leistungseinbußen in Schul- und Berufsausbildung (Schulfehltage)
- → Konzentrationsschwäche und Unruhezustände
- → Veränderung von Freizeitinteressen
- → Veränderte Muster in der Beziehungsaufnahme und Gestaltung bzw. Rückzug aus sozialen Kontakten (auch im Elternhaus)
- → Stimmungsschwankungen und Störungen des Sozialverhaltens mit Impulsdurchbrüchen, Aggressivität, Affektlabilität
- → Auftreten von substanzinduzierten psychopathologischen Syndromen und körperlichen Folgeerkrankungen
- → Anschluss an Gleichaltrige mit schädlichem Substanzgebrauch, „Szenemode“
- → Auffinden bestimmter Zubereitungen von Tabakprodukten, alkoholischen Getränken und Drogen (Harze, Pflanzen, Pilze, Samen, Lösungen, Tabletten, Pulver, bedrucktes Löschpapier, etc.), sowie Applikationsutensilien (Zigarettenpapier, Silberfolie, Kerze, Löffel, Spritzenbesteck, Schlauch, Glaspfeife, etc.)
- → Hinweise auf Verwahrlosung, Vernachlässigung der Körperhygiene
- → Hinweise auf Dissozialität, Beschaffungskriminalität, Prostitution
- → Schädlicher Substanzgebrauch der Eltern und Peers

Infokasten 4: Hinweise auf Substanzmissbrauch im Kindes- und Jugendalter [21]

Prozent, wenn Cannabinoide im Jugendalter täglich konsumiert werden [13]. Experimentelle Studien weisen auf Beeinträchtigungen der Myelinisierung des pubertären Gehirns infolge epigenetischer Effekte der Cannabinoide hin. Vereinfacht ausgedrückt: Cannabis kann bei Jugendlichen die Hirnentwicklung beeinträchtigen bzw. eine Hirnreifungsstörung verursachen. Intensiver Cannabiskonsum in der Adoleszenz hat ungünstigen Einfluss auf Gedächtnis-, Lern- und Erinnerungsleistungen, Aufmerksamkeit, Problemlösen, Denkleistung und Intelligenz. Diese Effekte lassen sich auf altersabhängige strukturelle (insbesondere Ausdünnung von Nervenzellen und -fasern) und funktionelle Veränderungen im Bereich der grauen und weißen Hirnsubstanz bei Cannabiskonsumierenden zurückführen. Bei vulnerablen Personen besteht weiterhin ein dosisabhängiger Zusammenhang mit depressiven Störungen, Suizidalität, bipolaren Störungen, Angsterkrankungen sowie zusätzlichem schädlichen Gebrauch von Alkohol und anderen illegalen Drogen. Cannabiskonsum kann bei vulnerablen Personen Psychosen auslösen und den Verlauf schizophrener Psychosen deutlich verschlechtern. Der hohe Tetrahydrocannabinol- (THC) Gehalt in Cannabisprodukten spielt bei der Ätiopathogenese, also bei Ursache und Entstehung sowie Entwicklung der substanzinduzierten psychotischen Störungen eine zentrale Rolle (siehe dazu **Infokasten 5**). Substanzinduzierte psychische Störungen sind psychische Veränderungen, die durch Substanzgebrauch ausgelöst werden und unabhängigen psychischen Störungen ähneln. Intensiv Cannabis konsumierende Jugendliche brechen häufiger die Schule ab und weisen ungünstigere Bildungsabschlüsse als nichtkonsumierende Gleichaltrige auf [14].

Verlaufsprognose der substanzbezogenen Störungen

Für den ungünstigen Verlauf der SUD ist ein früh einsetzender, heftig ansteigender und im Peer-Umfeld bestärkter Konsum modellhaft. Weiterhin deuten folgende Merkmale auf eine ungünstige Prognose hin [15]:

- Konsum erleichternde gesetzliche Rahmenbedingungen und Verfügbarkeit von Substanzen
- Belohnungs-assoziierte Persönlichkeitsmerkmale (Impulsivität, Neugierde), frühe Verhaltensauffälligkeit und komorbide psychische Störungen in Folge unterentwickelter Selbstregulationskompetenzen
- Vernachlässigung und Misshandlung in der Kindheit
- sozioökonomische Benachteiligung, geringer Bildungsstand, schulische Probleme und deprivierte soziale Umgebung
- Anschluss an konsumierende Peers
- elterliche SUD und psychische Störungen, Beziehungsprobleme zwischen Eltern und Kindern

Demgegenüber haben hohe Ausprägungsgrade der folgenden Merkmale eher günstigen Einfluss auf die Verlaufsprognose von SUD bei Jugendlichen:

- Angst vor negativen Folgen des Substanzkonsums
- Selbstvertrauen und psychosoziale Kompetenzen
- Abwesenheit komorbider psychischer Störungen
- abstinente Peers
- sozioemotionale Unterstützung durch die Eltern

Gründe für ein Hilfegesuch, das zumeist auf Veranlassung der Sorgeberichtigten

bei Haus- und Kinderärzt*innen oder in einer Suchtberatungsstelle erfolgt, sind Konflikte mit Eltern, Lehrer*innen oder Ausbilder*innen infolge des Substanzkonsums. Weitere Anlässe sind psychische Probleme (depressive Symptome), Motivations- und Leistungsstörungen, negative Rauscherfahrungen (Panikattacken, Stimmungsschwankungen, Horrortrips, Impulsdurchbrüche, Intoxikationen) sowie substanzinduzierte psychiatrische Syndrome (starke Angst, affektive und psychotische Störungen). Auflagen durch Familien- und Strafgerichte sowie körperliche Folgen und Langzeitschäden des schädlichen Gebrauchs können ebenfalls zu einem Behandlungsgesuch führen.

Psychische Komorbidität

Klinische und epidemiologische Untersuchungen zeigen eine deutliche Überschneidung zwischen SUD mit anderen jugendpsychiatrischen Störungsbildern [16], die in der Behandlungsplanung eine wichtige Rolle spielen. Im Kindes- und Jugendalter ist der Anteil von Patienten mit psychiatrischer Komorbidität mit 76 Prozent deutlich höher als bei älteren Patienten [17]. Das gleichzeitige Vorkommen von zwei oder mehr verschiedenen Erkrankungen bei Patient*innen wird als Komorbidität bezeichnet. Am häufigsten sind Störungen des Sozialverhaltens (je nach Untersuchung zwischen 28 und 62 Prozent) mit und ohne hyperkinetische Störungen (wie z. B. ADHS) sowie depressive, Angst- und Impulskontrollstörungen (16 bis 61 %). Weiterhin sind sozialphobische Störungen, Essstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, substanzinduzierte Psychosen (durch Cannabis, Ecstasy, Amphetamine, Kokain, LSD) und schizophrene Psychosen relevant. Bei Jungen stehen die Störungen des Sozialverhaltens sowie kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen, AD(H)S und Persönlichkeitsstörungen (antisoziale und narzisstische Persönlichkeitsstörungen) im Vordergrund. Bei Mädchen überwiegen depressive Störungen sowie Traumafolgestörungen (PTBS), Störungen der emotionalen Entwicklung und Borderline-Persönlichkeitsstörungen [18]. Studien belegen einerseits einen bedeutsamen und komplizierenden Einfluss von SUD auf den Verlauf von kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen. Umgekehrt lässt sich zeigen, dass psychische Störungen dem Substanzkonsum häufig vorausgehen [16] und damit das Risiko für SUD erhöhen (z. B. im Sinne einer Selbstmedikation) oder den Verlauf der Suchterkrankung negativ beeinflussen (z. B. indem Behandlungsprogramme abgebrochen werden).

Medienbezogene Störungen

In den Praxen niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeuten sowie den kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungskliniken wurden in den letzten Jahren immer häufiger Kinder und Jugendliche mit medienbezogenen Störungen vorgestellt und behandelt. In der 11. Version des Klassifikationssystems für medizinische Diagnosen ICD-11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird die pathologische Nutzung von Computerspielen (Gaming Disorder) erstmals aufgeführt. Die Computerspielstörung wird als kontinuierliches oder episodisches Computerspielverhalten der letzten 12 Monate definiert, das mit Kontrollverlust (in Bezug auf Beginn, Frequenz, Intensität, Dauer, Beendigung, Kontext des Spielens), zunehmender Priorisierung gegenüber anderen Lebensinhalten und Alltagsaktivitäten sowie einer Fortsetzung des Verhaltens trotz negativer Konsequenzen einhergeht. Dieses Verhalten resultiert in einer signifikanten Störung persönlicher, familiärer und sozialer Funktionsbereiche. Medienbezogene Störungen betreffen vor allem vulnerable Gruppen. Betroffene zeichnen sich durch erhöhte Stressempfindlichkeit, ein negatives Selbstkonzept, soziale Unsicherheit und Defizite in der altersgerechten Entwicklung aus. Psychische Begleiterkrankungen (ADHS, Depressionen, Angststörungen) sowie niedrige Familienfunktionalität und negative Rollenvorbilder in der Familie oder Gleichaltrigengruppe sind weitere Risikofaktoren.

DROGENKONSUM UND PSYCHOSEN

Cannabis, Halluzinogene (LSD, psilocybinhaltige Pilze), (Meth-)Amphetamin und Kokain können substanzinduzierte psychotische Störungen sowie affektive Störungen (Depression, bipolare Störungen) und Angststörungen auslösen. Für Cannabiskonsumierende ist (in Abhängigkeit von Konsumintensität und THC-Gehalt der konsumierten Produkte) die Wahrscheinlichkeit, durch den Konsum an einer psychotischen Störung zu erkranken gegenüber Nichtkonsumierenden um das 3- bis 4-fache erhöht [14]. Bei der Auslösung der Psychosen spielt die genetisch vermittelte Vulnerabilität eine maßgebliche Rolle. Das Risiko für Psychosen nimmt vor allem dann zu, wenn Cannabis und andere Drogen in kritischen Phasen der Adoleszenz konsumiert werden. Im höheren Lebensalter nimmt das Erkrankungsrisiko für cannabisinduzierte psychotische Störungen ab, insofern der Drogenkonsum eingestellt wird. In einer aktuellen dänischen Gesundheitsregister-Studie, in die 6,9 Mio. Personen inkludiert wurden, wird der Anteil der 21- bis 30-jährigen jungen Männer, die an einer mit hoher Wahrscheinlichkeit durch eine Cannabisabhängigkeit herbeigeführte Schizophrenie erkrankten und deren Exacerbation (Verschlimmerung) bei unterlassenem Konsum hätte vermieden werden können, mit einem Anteil von 30 Prozent angegeben [22].

Infokasten 5: Hinweise auf Substanzmissbrauch im Kindes- und Jugendalter [21]

*„Wir haben zwar so wenige Raucher*innen wie noch nie in unserer Generation. Dafür sind aber Vapes und E-Zigaretten ein Problem. Die haben ja teilweise schon Jugendliche und Kinder als Zielgruppe. Da sollte die Politik mehr machen um das einzuschränken.“*

Safia, 17, Kaiserslautern

„Mediensucht wird in der Schule eigentlich gar nicht behandelt. Weder wie man mit Medien umgeht, noch was man mit problematischen Inhalten anfängt. Apps wie TicToc sind ja so gebaut, dass sie süchtig machen. Hier wäre es wichtig aufzuklären.“

Luisa 16, Gera

AUSBLICK

Der Vorbeugung riskanten Suchtmittelkonsums durch qualifizierte Präventionsmaßnahmen und Bereitstellung von Frühintervention muss aufgrund der hohen Krankheitslast von SUD ein hoher gesundheitspolitischer Stellenwert beigemessen werden. In der letzten Dekade wurde in Deutschland die Tabakkontrolle mit der engagierten Durchsetzung diverser **verhältnispräventiver Maßnahmen** nachhaltig gestärkt (Nichtraucherschutzgesetz, steuerliche Maßnahmen, Abbau von Zigarettenautomaten, Rauchverbot für Jugendliche in Schule und Öffentlichkeit etc.). Das Resultat ist ein beeindruckender Rückgang in der Aktualprävalenz rauchender Jugendlicher. Wissenschaftliche Fortschritte im Verständnis über die Entstehung von SUD haben darüber hinaus in den vergangenen Jahren zu einer Stärkung der **evidenzbasierten verhaltensbezogenen Prävention** beigetragen. Ihre Wirksamkeit ist statistisch nachweisbar aber im Vergleich zu den verhältnispräventiven Ansätzen von geringerer Durchsetzungskraft vgl. [19]. Notwendig ist daher die Entwicklung und Anwendung wirkungsvoller, an neuen Erkenntnissen orientierter und an frühen Entwicklungs- und Gefährdungsstufen ansetzender Maßnahmen in der Verhaltensprävention des Substanzmissbrauchs, vor allem für besonders vulnerable Gruppen.

Die neuere Forschung zeigt, dass neurobehavioral (verhaltensneurologisch) vermittelte personale Merkmale wie Impulsivität sowie die Fähigkeit zur (Selbst-) Regulation von Stress und belohnungsassoziierten Reizen eine zentrale Rolle bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Suchtstörungen, aber auch für die Ansprechbarkeit durch therapeutische Interventionen (Maßnahmen) spielen.

Achtsamkeitsbasierte Ansätze können also bei der Behandlung von Suchtstörungen und deren Begleiterkrankungen eine positive Rolle spielen:

Achtsamkeit stärkt die Fähigkeit zur Regulation von Emotionen und impulsiven Verhaltensweisen. Die meisten Studien zu der Frage, ob Prävention und Behandlung von SUD durch achtsamkeitsbasierte Verfahren verbessert werden können, wurden bisher mit Erwachsenen durchgeführt.

Ein von dem Verfasser koordinierter Forschungsverbund schafft derzeit ein erweitertes Verständnis dafür, welche persönlichen und umweltbezogenen Risikofaktoren bei der Entwicklung von SUD eine Rolle spielen.

Ziel ist es, Risikofaktoren für die Entstehung von Suchterkrankungen zu identifizieren und gewonnene Erkenntnisse in achtsamkeitsbasierte Präventions- und Behandlungsmaßnahmen für verschiedene Populationen (z. B. Kinder aus suchtbelasteten Familien, Patient*innen in kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychotherapeutischer Suchtbehandlung, schwangere Frauen, Präventionsprogramme für Familien) zu überführen und zu erproben (mehr Information unter *www.imac-mind.de*).

Neben der Weiterentwicklung von inhaltlich-konzeptionellen Methoden in der Suchtprävention und -behandlung sind **Verbesserungen in der Versorgungsstruktur** für Kinder und Jugendliche zwingend notwendig. Die Behandlungsplätze für Kinder und Jugendliche mit SUD im Bereich der qualifizierten Entzugsbehandlung und der Therapie psychischer Begleitstörungen sind ausgesprochen rar. In den Suchtschwerpunkten der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wird mit einem bundesweiten Aufgebot von insgesamt etwa 240 stationären Behandlungsplätzen die Behandlungsnachfrage in keiner Weise gedeckt. Die sich an die Akutbehandlung erwachsener Suchtkranker üblicherweise anschließende Weiterführung der Behandlung in Einrichtungen der **medizinischen Suchtrehabilitation** ist **für Kinder und Jugendliche** (mit insgesamt 74 Behandlungsplätzen in drei kinder- und jugendpsychiatrischen Reha-Kliniken bundesweit) **kaum existent**. Es mag daher wenig überraschen, dass die Behandlungserfolge bei Jugendlichen in Nachuntersuchungen mit lediglich 30 – 40 Prozent angegeben werden – gegenüber etwa 70 Prozent bei erwachsenen Patient*innen in medizinischer Suchtrehabilitation. Die Gemeinsame Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und Verbände (DGKJP, BAG KJPP, BKJPP) hat vor geraumer Zeit einen **Modellentwurf für die medizinische Suchtrehabilitation** mit der Zielgruppe Jugendliche vorgelegt (unter Berücksichtigung der Beförderung von Bildung und Ausbildung, gesellschaftlicher Teilhabe, suchtmittelfreier Lebensgestaltung im Alltag, Nachsorge in Einrichtungen der Jugendhilfe und durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen) [20]. Eine Antwort von Seiten der politisch Verantwortlichen steht bis heute aus.

EMPFEHLUNGEN DES AUTORS

→ **Entwicklung und Anwendung** wirkungsvoller, an neuen Erkenntnissen orientierter und an frühen Entwicklungs- und Gefährdungsstufen ansetzender **Maßnahmen in der Verhaltensprävention** des Substanzmissbrauchs, vor allem für besonders vulnerable Gruppen

→ **Weiterentwicklung** von inhaltlich-konzeptionellen **Methoden** in der Suchtprävention und -behandlung (insbesondere achtsamkeitsbasierte Ansätze)

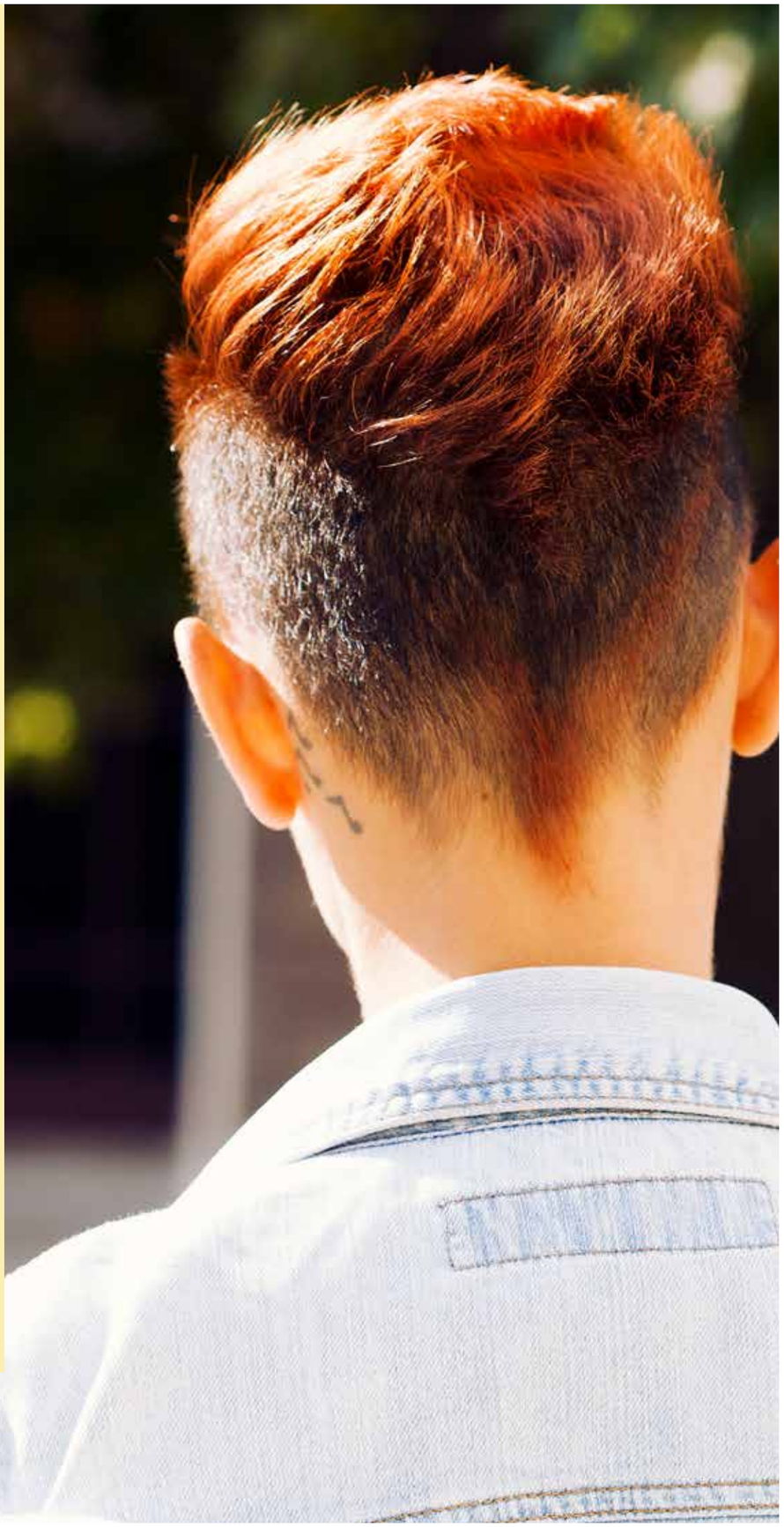
→ **Verbesserungen in der Versorgungsstruktur für Kinder und Jugendliche**: Schaffung von Behandlungsplätzen für Kinder und Jugendliche mit SUD im Bereich der qualifizierten Entzugsbehandlung und der Therapie psychischer Begleitstörungen

→ Ausbau der Möglichkeiten zur **medizinischen Suchtrehabilitation mit der Zielgruppe Jugendliche** zur Sicherung der Behandlungserfolge

→ Da es sich bei den SUD um zur Chronifizierung neigende und häufig langjährige Krankheitsprozesse mit einer hohen Transmissionsrate in das Erwachsenenalter handelt, ist in Hinsicht auf die Betreuung und Versorgung von Adoleszenten mit SUD unter einer mittel- und längerfristigen Perspektive die Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Erwachsenenpsychiatrie, Psychotherapie, der somatischen und psychosomatischen Medizin und der Suchthilfe relevant. Erforderlich ist daher eine **Begleitung der Transition unter Einbeziehung kinder- und jugend- sowie erwachsenenpsychiatrischer Fachkompetenz**, damit sich junge Erwachsene, die bereits im Jugendalter kinder- und jugendpsychiatrisch und psychotherapeutisch aufgrund von SUD behandelt wurden, in den Strukturen des Hilfesystems für Erwachsene auskennen und Hilfestellung erhalten können.

Kurz & knapp:

Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie und/oder Geschlechtsinkongruenz empfinden häufig eine starke Ablehnung gegenüber den eigenen körperlichen Geschlechtsmerkmalen und haben oftmals den Wunsch, diese loszuwerden und sich der als stimmig empfundenen Geschlechtsidentität durch soziale Transition und körpermedizinische Maßnahmen anzugleichen. Die Inanspruchnahme von geschlechts-nonkonformen Jugendlichen in der klinischen Versorgung nimmt zu. Bisher werden geschlechtsnonkonforme Jugendliche in wenigen, meist universitären, interdisziplinären Spezialzentren behandelt. Sie berichten häufig von koinzidenten psychischen Erkrankungen, psychosozialen Schwierigkeiten und diskriminierenden Erfahrungen im Gesundheitswesen. In einer optimalen medizinischen Versorgung sollten die Jugendlichen in ihrem Behandlungsgesuch ernst genommen, ergebnisoffen und unterstützend begleitet und die sorgeberechtigten Bezugspersonen in den Behandlungsprozess einbezogen werden. Daher sollte eine Haltung, die geschlechtliche Vielfalt anerkennt, u.a. durch Weiter- und Fortbildungen von Behandelnden im Gesundheitswesen gefördert werden.



Aktuelle Perspektiven zur Gesundheits- und Versorgungssituation von Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie und/oder Geschlechtsinkongruenz

Wie soll das Gesundheitssystem mit Jugendlichen umgehen, die das Gefühl haben, im falschen Geschlecht geboren zu sein? Wie wird geschlechtliche Vielfalt im Jugendalter definiert und welchen Paradigmenwechsel hat es in der psychologisch-medizinischen Fachwelt in den letzten Jahren gegeben? Wie sieht die aktuelle Gesundheits- und Versorgungssituation für Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz aus?

Dr. Angela Rölver und Prof. Georg Romer zum aktuellen Stand der Forschung.

DR. ANGELA RÖLVER

PROF. GEORG ROMER

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie, Universitätsklinikum Münster

Ein aktuelles Verständnis von biologischem und sozialem Geschlecht geht über eine ausschließlich binäre Einteilung hinaus. Das biologische Geschlecht und die geschlechtliche Identität sind vielfältig. Geschlechtliche Identität, differenzierbar zwischen Selbsterleben (Zugehörigkeitsgefühl zu einem Geschlecht) und entsprechendem (Rollen-)verhalten ist ein Kernmerkmal der eigenen persönlichen Identität. So hat sich im Verständnis von und im Umgang mit nonkonformen Geschlechtsidentitäten in den letzten Jahren in der Gesellschaft, der Rechtsprechung und Gesetzgebung, aber auch in der psychologisch-medizinischen Fachwelt ein Paradigmenwechsel vollzogen. Der nicht-pathologisierende Begriff der „Geschlechtsinkongruenz" ersetzt in der 11. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der World Health Organization (ICD-11, WHO) die Begriffe „Transsexualismus" und „Störung der Geschlechtsidentität" aus der ICD-10 und ist nicht mehr als psychische Störung, sondern als „Zustand im Zusammenhang mit sexueller Gesundheit" („condition related to sexual health" [1]) definiert. Somit werden nun nonkonforme Geschlechtsidentitäten als per se nicht pathologisches sowie als heterogenes Phänomen mit vielfältigen Verlaufsformen verstanden [2].

Im Rahmen der Identitätsentwicklung in der Adoleszenz ist die Beschäftigung mit der Geschlechtsidentität und das Sich-Ausprobieren der Jugendlichen in verschiedenen Stilen und Rollen als ein normales und „gesundes" Entwicklungsphänomen zu verstehen. Der Beginn der Adoleszenz mit dem Beginn der körperlichen Reifeentwicklung ist auch der relevante Entwicklungspunkt, an dem viele Jugendliche eine Diskrepanz ihrer empfundenen Geschlechtsidentität mit den primären und (erwarteten) sekundären Geschlechtsmerkmalen wahrnehmen. Wenn dieser Widerspruch ausgeprägt und anhaltend ist, bezeichnet man dies als Geschlechtsinkongruenz (GI) [1]. Verursacht diese Inkongruenz starkes psychisches Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen spricht man gleichzeitig auch von einer Geschlechtsdysphorie (GD) [3]. Jugendliche mit GI und/oder GD empfinden häufig eine zeitlich andauernde, starke Ablehnung gegenüber eigenen Geschlechtsmerkmalen mit dem Wunsch, sich

dem als stimmig empfundenen Geschlecht durch soziale Transition und körper-medizinische Maßnahmen anzugleichen, um im empfundenen Geschlecht zu leben, wahrgenommen und anerkannt zu werden. Jugendliche mit GI und/oder GD identifizieren sich demnach meist als trans*. Als trans Mädchen bezeichnet man die Personen, die sich als weiblich oder überwiegend weiblich verstehen, aber bei der Geburt aufgrund ihrer anatomischen Geschlechtsmerkmale ein männliches Geschlecht zugewiesen bekommen haben. Als trans Jungen werden Personen bezeichnet, die sich als männlich oder überwiegend männlich verstehen und denen bei Geburt das weibliche Geschlecht zugewiesen wurde. Im wissenschaftlichen Diskurs wird oft der Begriff geschlechts-nonkonform statt trans verwendet, weil letztere Bezeichnung als weitverbreitete Selbstzuschreibung nicht präzise definierbar ist. Manche geschlechts-nonkonformen Jugendlichen sehen sich aber auch als zwischen den Geschlechtern (genderqueer, genderfluid) oder außerhalb der binären Geschlechtszuweisungen (nicht-binär, agender). Auch intersexuelle Jugendliche, deren chromosomale, hormonelle oder biologischen Geschlechtsmerkmale abweichen, können eine GI/GD haben und sich als trans* bezeichnen. Nicht alle Jugendlichen, die eine Geschlechtsinkongruenz haben oder sich als trans* bezeichnen, wünschen sich körper-medizinische Maßnahmen. Zudem kann eine geschlechtsdysphorische Symptomatik im Jugendalter auch als ein vorübergehendes Phänomen im Rahmen psychischer Erkrankungen oder pubertärer Selbstfindungskrisen auftreten. Daher ist es aus ärztlicher-psychologischer Sicht unerlässlich, sorgfältig zu differenzieren, ob eine persistierende und behandlungsbedürftige GI vorliegt.

PRÄVALENZ VON JUGENDLICHEN MIT GI

Daten aus einem Zensus für die Gebiete England und Wales für das Jahr 2021 zeigen, dass 0,5 Prozent der Personen, die 16 Jahre oder älter waren, sich mit einem anderen als dem bei der Geburt zugewiesenem Geschlecht identifizieren [4]. Daten aus Kanada bei Personen ab 15 Jahren zeigen einen Anteil geschlechts-nonkonformer Personen von 0,33 Prozent [5]. In Deutschland fehlen bisher zuverlässige Daten aus repräsentativen Bevölkerungsstichproben für Kinder und Jugendliche mit GI. In Deutschland wird eine ähnliche Prävalenz mit ca. 26.500 geschlechts-nonkonformen Kindern und Jugendlichen angenommen [6,7]. **Die Inanspruchnahme von Kindern und Jugendlichen in der klinischen Versorgung steigt stetig** [8,9]. Der Altersgipfel der behandlungssuchenden Kinder und Jugendlichen liegt zwischen 15 und 19 Jahren [10]. Dieses Maximum ist deckungsgleich zu der Annahme, dass bei vielen Jugendlichen mit GI ein geschlechtsdysphorischer Leidensdruck erst mit Beginn der Pubertät einsetzt. Bei einigen lag geschlechtsinkongruentes Erleben und Verhalten in der Kindheit nicht vor, oder sie konnten sich aufgrund eines offenen, geschlechtsneutralen Umfeldes ohne Leiden und Beeinträchtigungen in ihrer Geschlechtsidentität ausleben. Es ist bei der steigenden klinischen Inanspruchnahme zu berücksichtigen, dass es erst in jüngerer Zeit in zunehmendem Maße spezialisierte Behandlungsangebote für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz gibt. Die berichtete Inanspruchnahme liegt jedoch deutlich unter den aus epidemiologischen Studien abgeleiteten Häufigkeitszahlen. In der Zukunft ist daher mit weiter steigenden Fallzahlen in der gesundheitlichen Versorgung zu rechnen. Innerhalb der Zunahme der Inanspruchnahme von GI im Kindes- und Jugendalter sind die Verschiebung des Geschlechterverhältnisses und die Zunahme von gendervarianten Geschlechtsidentitäten mit individuellen Entwicklungs- und Behandlungsverläufen weitere aktuelle, versorgungsrelevante Themen [8,11]. Die Geschlechtsverteilung von geschlechts-nonkonformen Jugendlichen in Spezialsprechstunden hat sich in den letzten 20 Jahren verändert. **So stellen sich heute im Jugendalter deutlich mehr trans Jungen vor als trans Mädchen**, das Verhältnis liegt bei ca. 4:1 [6]. Das Phänomen ist auch international beobachtbar [8,11,12]. Die Kausalität für die Verschiebung ist noch nicht erschöpfend geklärt. Aus der Forschung und Praxis gibt es bisher folgende Anhaltspunkte dazu: In der Kindheit ist ein geschlechts-nonkonformes Erleben und Verhalten von trans Jungen deutlich akzeptierter (‚Wildfang', ‚Ronja Räubertochter'.) Bei trans Mädchen wird geschlechts-nonkonformes Erleben und Verhalten deutlich weniger im sozialen, schulischen oder gesellschaftlichen Kontext toleriert, das Inkongruenzerleben und damit verbundenes Leiden und Beeinträchtigung beginnt somit früher, ein soziales Outing ist damit für diese Gruppe oft schwerer. Weder ein sogenannter „rapid onset" (plötzlich auftretend) noch eine Zunahme von volatilen GD und GI kann zu einer Verschiebung des Verhältnisses geführt haben, da diese Verschiebung im Geschlechterverhältnis auch im jungen Erwachsenenalter bestehen bleibt. Die Auswertung von 1.434 Gutachten für die Personen- und Namensstandsänderung nach dem Transsexuellengesetz ergab bei unter 19-Jährigen ebenfalls eine Gender-Ratio von 4:1 zugunsten der trans Jungen gegenüber trans Mädchen [6]. Eine aktuelle Analyse hinsichtlich Geschlechterverteilung bei neu beantragten Ergänzungsausweisen der Deutschen Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität – als Indikator für öffentlich vollzogene soziale Coming-Outs – zeigt, dass sich trans weibliche Personen im Schnitt 10 Jahre später als trans männliche sozial outen, was die ungleiche Häufigkeitsverteilung im Jugendalter erklären könnte (dgti; [13]). Die inneren und äußeren Hemmnisse für vollzogene öffentliche Coming-Outs von trans*Personen werden bei trans weiblichen Personen nach wie vor als deutlich höher angesehen. Trans Mädchen bzw. Frauen sind häufiger von Diskriminierung und Viktimisierung bedroht ([14,15]). Ein weiteres aktuelles Phänomen ist, dass sich zunehmend trans*Personen in ihrer Selbstauskunft eine nicht-binäre Identität geben, was sich auch bei behandlungssuchenden Jugendlichen zeigt. In einer englischen Studie identifizierten sich 11 Prozent der Jugendlichen, die Behandlung bei einer Spezialambulanz suchten, als nicht-binär [16], in einer Studie basierend auf Daten einer italienischen Spezialambulanz ca. 25 Prozent [17]. Im Umgang mit dieser Gruppe von geschlechts-nonkonformen Jugendlichen ist eine akzeptierende und unvoreingenommene Grundhaltung geboten, sie haben wie auch binäre geschlechts-nonkonforme Jugendliche ein hohes Risiko für Mobbing- und Diskriminierungserfahrungen [14] und weisen eine hohe psychiatrische Morbidität auf [11,18]

* Der Begriff trans* ist kein medizinischer Begriff, sondern ein selbstbeschreibender Über- und Sammelbegriff für alle Menschen, die sich nicht dem Geschlecht zugehörig empfinden, welchem sie bei der Geburt zugewiesen wurden. Der Asterisk * in trans* wird verwendet, um alle geschlechts-nonkonformen Identitäten anzusprechen. Trans wird zudem als Adjektiv benutzt, um darauf hinzuweisen, dass die Geschlechtsidentität zwar ein Kernmerkmal der eigenen Identität ist, aber noch andere Merkmale die Identität einer Person bestimmen (BMFSFJ, 2023). Die Diskrepanz zwischen bei der Geburt zugewiesenem Geschlecht aufgrund anatomischer Merkmale und der empfunden Geschlechtsidentität liegt bei cisgeschlechtlichen Jugendlichen nicht vor.

GESUNDHEITS- UND VERSORGUNGSSITUATION VON JUGENDLICHEN MIT GESCHLECHTSINKONGRUENZ

Koinizidente psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit GI treten häufig auf. Die klinische Pathologie ist vergleichbar mit dem Ausmaß an klinischer Pathologie von Jugendlichen, die eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung aus anderen Gründen in Anspruch nehmen [19]. Sie können unabhängig von der GI entstanden sein, sind aber meist mit ihr verwoben, wobei die anhaltende reaktive Stressbelastung auf die GD sowie auf starke ablehnende soziale Erfahrungen mit Nicht-Akzeptanz und Diskriminierung (sog. Minority Stress) am bedeutsamsten sind. Jugendliche mit GI, die sich im klinischen Kontext vorstellen, haben im Vergleich zu cisgeschlechtlichen Jugendlichen aus Normierungsstudien 4–6 mal so häufig eine Depression und berichten 3 – 4 mal so häufig über selbstverletzendes Verhalten und suizidale Gedanken [20,21]. Zudem liegen häufiger Angst- und Essstörungen vor. Auch psychosoziale Probleme kommen häufig vor: Circa die Hälfte der Jugendlichen in Spezialambulanzen berichtet von Mobbingerfahrungen und Schwierigkeiten bzgl. Freundschaften mit Gleichaltrigen [22,23]. Zudem sind geschlechts-nonkonforme Jugendliche deutlich häufiger von Schulschwierigkeiten (u. a. auch Schulabsentismus) betroffen [24]. Die elterliche Beziehung und Unterstützung spielt für geschlechts-nonkonforme Jugendliche eine große Rolle. Circa die Hälfte der betroffenen Jugendlichen berichtet von elterlicher Unterstützung und Akzeptanz der geschlechtlichen Identität; rund. 40 Prozent der Jugendlichen werden von ihren Eltern eher nicht oder gar nicht in ihrer geschlechtlichen Identität anerkennt und unterstützt [25]. Elterliche Unterstützung und ein positives Familienklima können sich jedoch protektiv auf koinzidente psychische Störungen auswirken [26,27]. Stigmatisierung und Diskriminierung können sich verstärkend auf die berichteten Probleme im psychischen und psychosozialen Bereich von geschlechts-nonkonformen Jugendlichen auswirken.

Bisher werden Kinder und Jugendliche mit GI in wenigen, meist universitären, interdisziplinären Spezialzentren behandelt. Aufgrund der steigenden Inanspruchnahme und auch aus gesundheitsökonomischen und ethischen Gründen ist eine **kinder- und jugendpsychiatrische sowie psychotherapeutische Versorgung mit regionalem Bezug nötig und wünschenswert**. Eine Verschiebung und Ausbau der Versorgungsstruktur mit wohnortnahen, qualifizierten Beratungs- und Behandlungsangeboten erscheint in naher Zukunft angezeigt und zweckmäßig.

Die **Behandlung von Jugendlichen mit GI erfordert spezifisches Wissen, Erfahrung und auch ethische Urteilsfähigkeit**, insbesondere wenn im Jugendalter der Wunsch nach körpermedizinischen Interventionen zur Geschlechtsangleichung (z. B. Hormonbehandlung) besteht [28].

Die 2022 aktualisierten internationalen Standards of Care der World Professional Association for Transgender Health (WPATH) empfehlen, dass Fachpersonen, die mit geschlechtsinkongruenten Jugendlichen arbeiten, über Fachwissen in den Bereichen der Geschlechtsidentitätsentwicklung und nonkonformer GI bei Kindern und Jugendlichen verfügen. Zudem sollen sie in der Lage sein, die Einwilligungsfähigkeit eines Jugendlichen zu beurteilen sowie allgemeine Kenntnisse zur geschlechtlichen Vielfalt über die gesamte Lebensspanne besitzen [2].

Eine besondere Herausforderung für Behandler*innen von Jugendlichen mit GI, deren pubertäre Reifeentwicklung noch nicht abgeschlossen ist, besteht darin, dass die fortschreitende Pubertätsentwicklung erhöhten Leidensdruck und damit Zeitdruck für medizinische Behandlungsentscheidungen schaffen kann. **Hierbei kann sowohl eine Entscheidung für den Beginn einer pubertätsunterdrückenden oder geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung, als auch die Empfehlung für ein weiteres Abwarten mit erheblichen irreversiblen gesundheitlichen Langzeitfolgen für die Betroffenen einhergehen:** Sei es, dass die Geschlechtsidentität noch nicht gefestigt ist und es evtl. zu einer späteren Detransition, einer vollständigen oder partiellen Rückkehr in das bei Geburt zugewiesene Geschlecht kommt oder das Abwarten zu einer Zunahme an psychischer Belastung und eingeschränkter sozialer Teilhabe führt. Der Deutsche Ethikrat hat in diesem Kontext auf die Komplexität individueller Abwägungen bei Behandlungsentscheidungen im Jugendalter hingewiesen [29]. Das Vorenthalten einer Behandlung kann zu weitreichenden lebenslangen Folgen mit erschwertem Passing, also als das Geschlecht gelesen und anerkannt zu werden, dem sich eine Person zugehörig fühlt, Mobbing und Stigmatisierungserfahrungen bei Kindern und Jugendlichen mit GI führen [30]. Aus Studien mit erwachsenen Personen ist bekannt, dass sich psychische Symptome in Folge des Zugangs zu körper-medizinischen Maßnahmen, in Form von Hormontherapien und chirurgischen Eingriffen reduzieren [31,32]. Auch Nachuntersuchungen mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen zeigten, dass körper-medizinische Maßnahmen (u.a. pubertätsunterdrückende Hormonbehandlungen, geschlechtsangleichende Hormonbehandlungen und auch geschlechtsangleichende Operationen) mit einem verbesserten psychologischen Funktionsniveau, psychosozialen Wohlbefinden und Teilhabe, sowie einer höherem Körperzufriedenheit assoziiert sind [33,34,35].

Jugendliche Behandlungssuchende mit GI berichten in nationalen und internationalen Studien von **diskriminierenden Erfahrungen im Gesundheitswesen:** Unter anderem wurde von allgemeinem Mangel an spezifischem Wissen auf Seiten der Behandler*innen sowie von mangelnder Sensibilität und Respektlosigkeit in der Behandlung berichtet, sowie Missachtung des gewünschten Namens und Pronomens, (Psycho-)Pathologisierung und langen Wartezeiten [36,37,38]. In der vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten TRANS*KIDS Studie gaben 35 Kinder und Jugendliche in halbstrukturierten Interviews folgende Haupthemen an, die sie bei Behandler*innen im Gesundheitswesen bemängeln: keine geschlechtersensible Sprache, unsensibler Umgang, Überlegenheitsanspruch und Unwissenheit. Folgende Wünsche konnten durch eine qualitative Inhaltsanalyse kategorisiert werden: Ent(psycho)pathologisierung von GI und GD, größeres Wissensrepertoire über GI und GD, sensibler Umgang und Akzeptanz mit trans*Personen, strukturelle Veränderungen, wie mehr Anlaufstellen im Gesundheitssystem und mehr Fortbildungsmaßnahmen für Behandelnde [39]. In einer weiteren Onlinestudie im Rahmen des TRANS*KIDS Projekts hatten 79,3 Prozent der Familien negative Erfahrungen im Gesundheitswesen gemacht. Die vorhergesagte Häufigkeit negativer Erfahrungen erhöhte sich mit geringerem Wissen der Behandler*innen [40]. Aus Sicht von Personen mit GI wird das Gesundheitssystem als einer der am stärksten belastenden Bereiche erlebt [41]. Negative Erfahrungen können dazu führen, dass geschlechtsnonkonforme Jugendliche und ihre Sorgeberechtigten auf eine Behandlung verzichten, auch wenn diese dringend angezeigt ist [42]. Somit besteht hier ein dringender Verbesserungsbedarf, der u.a. durch Fort- und Weiterbildungen, auch schon im universitären Ausbildungskontext für Studierende, angegangen werden sollte. Es ist zudem zu hoffen, dass sich die in Vorbereitung befindlichen Leitlinien für GI im Kinder- und Jugendbereich positiv auf die Versorgung geschlechts-nonkonformer Jugendliche auswirken werden.

EMPFEHLUNGEN DER AUTOR*INNEN

→ Eine angemessene Haltung und Umgang mit geschlechts-nonkonformen Jugendlichen setzt auf Seiten Behandelnder eine **Anerkennung von und Lernbereitschaft zu geschlechtlicher Vielfalt** und ein (selbst)reflektiertes und Verständnis von Geschlechtsidentität und geschlechtlicher Entwicklung voraus.

→ Im Sinne einer trans*sensitiven Grundhaltung sollte im Gesundheitssystem bei der **persönlichen Anrede Vornamen und Pronomina entsprechend dem Wunsch der behandlungssuchenden Person** benutzt werden; zudem sollte auf gendergerechte und -sensible Sprache geachtet werden.

→ Jugendliche mit geschlechts-nonkonformer Selbstzuschreibung sind bei Behandlungsgesuch **in ihrem Anliegen ernst zu nehmen**, zudem **verlaufsoffen und klärend** zu begleiten und in ihren sozialen Erprobungen im empfundenen Geschlecht zu unterstützen.

→ Liegt im Jugendalter eine diagnostisch gesicherte persistierende Geschlechtsinkongruenz vor, ist für medizinische Behandlungsentscheidungen **eine leitliniengerechte Indikation durch qualifizierte Fachpersonen** zu stellen. Im Hinblick auf irreversible Auswirkungen sowohl einer Behandlung als auch ihres Unterlassens oder Aufschubs sind hierfür sorgfältige Abwägungen zwischen erwartbarem Nutzen und potenziellen Risiken vorzunehmen. Zudem ist die informierte Einwilligungsfähigkeit betroffener Jugendlicher gesondert festzustellen. Bestehen im Einzelfall noch Zweifel an einer eigenverantwortlichen Einwilligungsfähigkeit, ist der oder die Jugendliche darin zu unterstützen, diese im weiteren Prozess der Entscheidungsfindung zu erlangen.

→ **Eltern und familiäre Bezugspersonen sind einzubeziehen**, um eine gegenseitige Annäherung und Verständnis von Jugendlichem/r und Eltern zu fördern, welche dann die Grundlage für elterliche Akzeptanz und Unterstützung gegenüber der Geschlechtsinkongruenz des/der Jugendlichen fördert.

→ Die Ausweitung der regionalen, wohnortnahen Versorgung von geschlechtsnonkonformen Jugendlichen durch niedergelassene Behandelnde ist wünschenswert, entsprechende **Fort- und Weiterbildungen zum Thema Geschlechtsinkongruenz** für die Förderung von Expertise in der Behandlung von geschlechts-nonkonformen Jugendlichen sind dringend nötig.

→ Jugendlichen sollten **Netzwerkmöglichkeiten**, wie Selbsthilfegruppen und Betroffenenverbände angeboten werden; die Vernetzung von entsprechenden Anlauf- und Behandlungsstellen ist wichtig für eine bedarfsgerechte Versorgung der Zielgruppe.

INTERVIEW MIT PROF. SABINA SCHUTTER

„Jugendliche sind aktive Gestalter*innen ihrer eigenen Gesundheit. Sie müssen gehört und respektiert werden.“

Wie steht es um das Kinderrecht auf Gesundheit in Deutschland?
Wo werden die Rechte junger Menschen im Hinblick auf die Gesundheit verletzt?
Wie gestaltet sich die Rolle von Jugendlichen in Bezug auf ihre eigene Gesundheitsfürsorge und inwiefern kann es zu Konflikten mit den Rechten der Eltern kommen?
Warum braucht es mehr Beteiligungsrechte von Jugendlichen im Gesundheitswesen?

Sabina Schutter, Professorin für Pädagogik der Kindheit und Vorstandsvorsitzende SOS-Kinderdorf e.V., im Interview.

Frau Prof. Schutter, Sie setzen sich als Vorstandsvorsitzende von SOS-Kinderdorf e.V. für die Rechte von Kindern und Jugendlichen ein. Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention verbrieft das Recht auf Gesundheit für alle Kinder. Wie steht es um das Kinderrecht auf Gesundheit in Deutschland?

Frau Prof. Schutter: Die Bundesrepublik hat vor über 30 Jahren die UN-Kinderrechtskonvention unterzeichnet; dort heißt es: „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an.“ Das entspricht in Deutschland nicht der Realität. **Das Recht junger Menschen auf Gesundheit wird tagtäglich verletzt.**

Woran machen Sie das fest?

Frau Prof. Schutter: Wenn wir über Gesundheit sprechen, müssen wir nicht nur die körperliche, sondern auch die mentale Gesundheit von jungen Menschen in den Blick nehmen – und insbesondere in diesem Bereich gibt es erschütternde Erkenntnisse: Nicht nur die COPSY-Studie belegt, dass sich die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Verlauf der Corona-Pandemie weiter verschlechtert hat. Wir verzeichnen seit 2020 in Deutschland einen starken Anstieg von psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen oder Essstörungen bei jungen Menschen. Dieser akuten Verschlechterung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen kann nicht adäquat begegnet werden. Aktuell warten junge Menschen viel zu lange auf einen Therapieplatz. **Wenn betroffene Kinder und Jugendliche über Monate keine Hilfe bekommen, verletzt das ihr Recht auf Gesundheit nachhaltig.**

„Im Gesundheitswesen werden Jugendliche diskriminiert. Desto jünger man ist, desto weniger wird man ernst genommen. Wenn die Eltern dabei sind und zum Beispiel Symptome leugnen, ignoriert der Arzt die dann meistens. Wenn man übergewichtig ist oder Person of Colour, wird man auch seltener ernst genommen. Wenn man zum Beispiel Schmerzen hat, dann wird zu allem gesagt, man solle doch abnehmen. Da würde ich mir wünschen, dass das nicht mehr erlaubt ist.“

Safia, 17, Kaiserslautern

Aber auch im Bereich der physischen Gesundheit besteht akuter Handlungsbedarf. Der letztjährige Kindergesundheitsbericht hat dargestellt, wie Personalengpässe und unzureichende Ausbildung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin zu einer unzureichenden Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen führen, mit vermeidbaren Schädigungen der jungen Menschen als Konsequenz.
Und ein weiterer Aspekt darf nicht außer Acht gelassen werden: **Das Kinderrecht auf Gesundheit ist sozial sehr ungleich verteilt – auch das widerspricht der UN-Kinderrechtskonvention.**

Sie meinen, dass bspw. der Bildungsstand der Eltern und die sozioökonomischen Situation in einer Familie die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beeinflusst?

Frau Prof. Schutter: Gesundheit scheint objektiv zu sein, denn körperliche Symptome sind schließlich messbar. Fieber oder nicht, Beinbruch oder nicht, Blinddarm- und Mandelentzündungen sind feststell- und behandelbar. Trotzdem ist die gesundheitliche Situation von jungen Menschen oftmals von ihrer sozialen Herkunft bzw. dem Elternhaus abhängig.

Was ist mit den jungen Menschen selbst, was ist ihre Rolle in Bezug auf ihre eigene Gesundheitsfürsorge? Wann werden sie zu Akteur*innen?

Frau Prof. Schutter: Je älter Kinder werden, desto höher wird ihr Wunsch nach gesundheitlicher Selbstbestimmung. Und hier zeigt sich klar: Das Kinderrecht auf Gesundheit geht nicht immer mit Elternrechten einher.
Die Untersuchung, Entscheidung zu Behandlungen und Therapien und die Folgen von Behandlungen nehmen schon Erwachsene als kaum selbstbestimmte Situation wahr. Bei Minderjährigen tragen die Sorgeberechtigten die Gesundheitssorge und entscheiden darüber, welche Therapien für das Kind in Anspruch genommen werden. Es sei denn, es wäre Gefahr im Verzug und Eltern weigern sich dringend notwendige Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Aber auch wenn keine direkte Gesundheitsgefahr droht, kann diese Rechtslage problematisch werden. **Je älter junge Menschen werden, umso mehr wollen und können sie selbst entscheiden und mitbestimmen, auch in Gesundheitsfragen, gerade in Fragen, die ihren eigenen Körper und ihr körperliches und seelisches Wohlbefinden betreffen.** In diesem Moment können das Kinderrecht auf Gesundheit, aber auch das auf Beteiligung, in Konflikt mit den Elternrechten geraten.

An welche Szenarien denken Sie hier?

Frau Prof. Schutter: Aus den Erfahrungen von jungen Menschen, die in Einrichtungen von SOS-Kinderdorf aufwachsen, wissen wir, dass manchen Jugendlichen der Zugang zu Psychotherapie verwehrt bleibt, wenn die Eltern zum Beispiel noch die gesundheitliche Sorge tragen und der Therapie nicht zustimmen. Aktuell dürfen Jugendliche erst ab 15 Jahren ohne Zustimmung der Erziehungsberechtigten eine Psychotherapie beginnen. Für viele Jugendliche und Care-Leaver*innen aus unseren Einrichtungen ist diese Situation so unerträglich, dass unser Kinder- und Jugendrat sogar eine Petition gestartet hat, die nicht nur mehr Therapieplätze für junge Menschen fordert, sondern auch eine **Überarbeitung des Selbstbestimmungsrechts auf Therapie**. Sie wollen, dass junge Menschen ohne Zustimmung der Sorgeberechtigten eine Therapie machen dürfen, wenn die notwendige Einsichtsfähigkeit nach Ansicht der Therapeut*in vorliegt. SOS-Kinderdorf will jungen Menschen dabei helfen, ihre Rechte wahrzunehmen; daher unterstützen wir diese Petition ganz im Sinne des Rechts auf Gesundheit und auf Beteiligung vollumfänglich.

Gibt es weitere Beispiele, in der das Beteiligungsrecht von Jugendlichen im Gesundheitswesen eingeschränkt wird?

Frau Prof. Schutter: Denken Sie bspw. an eine minderjährige junge Frau aus einem streng religiösen Elternhaus, der der Zugang zu Verhütungsmitteln oder Frauengesundheitsdiensten verwehrt wird. Oder an das Thema Impfen: Es ist schon fast vergessen, aber vor nicht allzu langer Zeit hatten wir massive gesellschaftliche Verwerfungen rund um das Thema Impfen. Die Frage nach der Corona-Impfung hat teilweise Familien entzweit. Wir kennen viele Fälle, in denen Jugendliche sich impfen lassen wollten, die Eltern dem aber nicht zugestimmt haben. SOS-Kinderdorf hat sich auch hier für mehr Jugendbeteiligung eingesetzt und gefordert, dass **Jugendliche ab 14 Jahren selbst über ihre Impfung entscheiden dürfen.**
Ganz aktuell wird der Umgang mit Kindern und Jugendlichen diskutiert, die das Gefühl haben, im falschen körperlichen Geschlecht geboren worden zu sein. Hier beobachten wir massive Konflikte zwischen Jugendlichen auf der Suche nach ihrer Geschlechtsidentität und Sorgeberechtigten. Eltern sind mit dieser Situation oftmals überfordert und wissen nicht, wie sie damit umgehen sollen. Insbesondere dann, wenn die Erziehungsberechtigten sehr tradierte Vorstellungen von Geschlecht und Sexualität haben, ist das Konfliktpotential groß. Es kann sogar so weit kommen, dass beispielsweise trans Jugendliche nicht weiter zu Hause aufwachsen können und in unsere stationären Erziehungshilfen aufgenommen werden.

PROF. SABINA SCHUTTER
ist Soziologin und Vorstandsvorsitzende von SOS-Kinderdorf e.V. Von 2016 bis 2021 war sie Professorin für Pädagogik der Kindheit an der Technischen Hochschule Rosenheim. Sie leitete die Geschäftsstelle des Bundesjugendkuratoriums und forschte am Deutschen Jugendinstitut in den Bereichen Familien-, Kinder- und Jugendpolitik. Die Expertin für Kindheit, Geschlecht und Familie ist Autorin zahlreicher Bücher, Fachbücher und Fachartikel.

© Foto: SOS-Kinderdorf/André Kirsch

„Kinder und Jugendliche sollten selbst entscheiden, ob sie eine Therapie beginnen, ohne Einwilligung der Eltern.“
Lea, 20, Sauerland

Wie kann diesem Spannungsfeld aus Ihrer Sicht begegnet werden?

Frau Prof. Schutter: Wichtig ist, Eltern wie junge Menschen frühzeitig gut und umfassend zu informieren, um ihre Health Literacy so zu erhöhen, dass sie informierte Entscheidungen treffen können. So ist zum Beispiel das Thema mentale Gesundheit nach wie vor tabuisiert. **Wenn es also um gesundheitliche Selbstbestimmung von jungen Menschen geht, ist dies nicht trennbar von der Möglichkeit, niedrigschwellig zugängliche Information und Beratung für Eltern und Kinder bereitzustellen.** Ein Schulfach Gesundheit oder Gesundheitskompetenz einzuführen, ist immer wieder diskutiert worden. Essenziell ist es auch, Jugendliche gut zu begleiten und zu informieren, wenn ihre Gesundheitswünsche nicht mit denen der Eltern übereinstimmen.
Erst in einem letzten Schritt muss aus Sicht von SOS-Kinderdorf die Möglichkeit wahrgenommen werden, Behandlungen und Therapien einzuklagen.

Und zum Thema Geschlechtsidentität?

Frau Prof. Schutter: Sich nicht mit dem angeborenen Geschlecht zu identifizieren kann zu großem Leid führen. Man weiß heute, dass trans* Jugendliche zu einem ungewöhnlich hohen Anteil an psychischen Erkrankungen wie etwa Depressionen oder Angststörungen leiden. Daher sprechen wir hier über ein wichtiges Thema, das verschiedene Kinderrechte berührt, auch das Recht auf Gesundheit. Und wie schon ausgeführt, besteht in besonderem Maße Konfliktpotential, wenn junge Menschen zu selbstbestimmten Akteur*innen in diesem Feld werden wollen. In unseren Hilfen zur Erziehung, Familienzentren oder Beratungsstellen begegnet uns das Thema immer wieder und auch vermehrt.
Daher ist aus unserer Sicht das geplante neue Selbstbestimmungsgesetz ein Schritt in die richtige Richtung – in Richtung Selbstbestimmung und dahin, dass junge Menschen zumindest zum Teil als eigene Akteur*innen gesehen und behandelt werden. In den vorliegenden Eckpunkten ist momentan vorgesehen, dass Jugendliche ab 14 Jahren selbst eine Erklärung zur Änderung des Geschlechts im Personenstandsregister abgeben können – die Sorgeberechtigten müssen dem aber zustimmen.

Ein gutes Stichwort: Kinder und Jugendliche als Akteur*innen im Bereich der eigenen Gesundheitsfürsorge sehen und anerkennen. Ist das Ihr Plädoyer?

Frau Prof. Schutter: Ganz genau – gerade, wenn es um Fragen der eigenen Gesundheit und des eigenen körperlichen sowie seelischen Wohlbefindens geht, müssen wir junge Menschen ernst nehmen. Wir müssen dazu mit ihnen reden statt über sie! Jugendlichen im Bereich Gesundheit ihre Selbstwahrnehmung abzusprechen ist Adultismus, also die Diskriminierung der jungen Bevölkerung. Es geht darum, dass gerade die Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit auch subjektiv ist; deshalb haben auch junge Menschen ein Recht darauf, mit diesen Wahrnehmungen ernst genommen zu werden. **Jugendliche dürfen eine Ausbildung machen, sie zahlen Steuern, aber über eine medizinische Behandlung am eigenen Körper, eine Therapie oder ihr Geschlecht dürfen sie nicht entscheiden.** Hier muss gesellschaftlich noch viel passieren, damit junge Menschen als Akteur*innen und als Expert*innen in Angelegenheiten, die sie selbst betreffen, anerkannt und gehört werden. Es kann nicht sein, dass unsere Gesellschaft von der Prämisse ausgeht, man müsse junge Menschen vor ihren eigenen Entscheidungen schützen. Natürlich müssen wir junge Menschen begleiten und beraten, aber das ist etwas anderes, als ihnen Entscheidungen vorzuenthalten. Auch im Gesundheitswesen selbst muss sich hier noch viel bewegen, es braucht mehr Bewusstsein für die spezifischen Anliegen und Rechte von jungen Menschen im Gesundheitswesen – und eine Sensibilisierung dafür, dass sie in Gesundheitsfragen mehr und bewusster beteiligt werden müssen.

Sie zeichnen ein eher tristes Bild von der Situation des Kinderrechts auf Gesundheit in Deutschland.

Abschließend: Was muss konkret passieren? Was sind Ihre Forderungen an die Politik?

Frau Prof. Schutter: Zunächst: Das Kinderrecht auf Gesundheit kann nicht isoliert betrachtet werden. Die anderen Kinderrechte zum Beispiel das Recht auf Bildung, das Recht auf Beziehung zu Eltern und das Recht auf Beteiligung fließen in den Zugang zu Gesundheitsleistungen ein. Es ist daher wichtig, ein Bewusstsein für all diese Kinderrechte zu schaffen und ihre Anwendung im Gesundheitssystem noch stärker zu fokussieren.
Natürlich kann das nur einhergehen mit einer generellen Stärkung der Kinderrechte. Wir fordern daher schon lange die **Verankerung der Kinderrechte im Grundgesetz.** Dies würde auch das Recht auf Beteiligung nachhaltig stärken und dafür sorgen, dass junge Menschen in Fragen, die sie selbst betreffen, angehört und einbezogen werden, auch in der Kinder- und Jugendmedizin.
Die negativen Auswirkungen von Kinderarmut und Familienarmut auf die körperliche und mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind unbestritten. Auch hier ist aus unserer Sicht endlich entschiedenes politisches Handeln gefragt. Wir halten eine gut ausgestattete **Kindergrundsicherung**, die Kinderarmut nachhaltig mit finanziellen Mitteln bekämpft und dabei infrastrukturelle Leistungen der Armutsbekämpfung nicht aus dem Blick verliert, für unabdingbar.

PINNWAND

Meine Perspektive

Jugendliche berichten über ihre Sicht auf Gesundheit und das Gesundheitssystem

MILA, 19, RAUM MÜNCHEN

„Ich bin enttäuscht über das momentane Gesundheitssystem, weil es unglaublich schwer ist, Therapieplätze für Essstörungen und Depressionen zu finden. Oft habe ich die Erfahrung machen müssen, dass Therapeuten nur auf stereotypische Weise auf meine Essstörung reagieren und meine Depressionen in den Hintergrund geraten ist und bis heute nicht behandelt wurde. Ich war mehrfach in Kliniken und Wohngemeinschaften, um meine Krankheiten zu behandeln und musste mir aber erst selbst Hilfe suchen, um festzustellen, dass das Grundproblem meiner gesundheitlichen Schwierigkeiten tatsächlich die Depressionen sind und dass dies aufgrund meiner Essstörung nicht ernst genommen worden ist. Ich wünsche mir, dass das Gesundheitssystem offener für unterschiedliche Arten von Krankheiten und Krankheitsbildern wird und darüber mehr geforscht und aufgeklärt wird.“

ESSSTÖRUNGEN

Eine Essstörung ist eine psychische Erkrankung, bei der es zu abnormalem Essverhalten und einer gestörten Wahrnehmung des eigenen Körpers kommt. Essstörungen betreffen nicht nur die Nahrungsaufnahme, sondern haben auch Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit einer Person. Zu den Essstörungen zählen Magersucht, bei der Menschen bis zu einem lebensbedrohlichen Untergewicht hungern, Bulimie oder Ess-Brech-Sucht, bei der Betroffene nach Essattacken erbrechen oder Abführmittel einnehmen sowie die Binge-Eating-Störung mit unkontrollierbaren Essattacken, die Übergewicht oder Adipositas auslösen können.

Essstörungen im Kindesalter haben insgesamt zugenommen [1]. Der Höchstwert liegt aber bei den Jugendlichen [2]. 12 Prozent der Jungen im Alter von 14 – 17 Jahren entwickeln Symptome einer Essstörung. Bei den Mädchen liegt den Mädchen liegt der Wert mit 33,6 Prozent deutlich höher [3]. Etwa 40 Prozent aller Neuerkrankungen an Magersucht finden in der frühen bis mittleren Phase des Erwachsenwerdens statt. Zwischen 2020 und 2021 verzeichnete die Kaufmännische Krankenkasse einen Anstieg an Essstörungen von mehr als 30 Prozent. Vor allem 12 – 17-jährige Mädchen und junge Frauen leiden unter Magersucht oder Bulimie [4].

Essstörungen können schwerwiegende gesundheitliche Komplikationen verursachen, darunter Herzprobleme, Nierenprobleme, Mangelernährung, Hormonstörungen und psychische Belastungen wie Depressionen und Angstzustände.

DAS THERAPIENETZ ESSSTÖRUNG

Das Therapienetz Essstörung ist ein 2009 gegründetes therapeutisches Fachkompetenzzentrum mit einem Netzwerk an professionellen Leistungserbringern in Bayern, das zum Ziel hat, eine sektorübergreifendew Langzeitbetreuung für Menschen mit Essstörungen und Adipositas sowie deren Angehörige sicherzustellen. Seine Behandlungsphilosophie basiert auf einem lösungsorientierten Ansatz mit einem hilfesystemübergreifenden Netzwerk aus hochqualifiziertem Fachpersonal aus Medizin, Therapie, Sozialpädagogik, Oecotrophologie als auch verschiedenen Kooperationspartnern – und kliniken in ganz Bayern, das Betroffenen die bestmöglichen Aussichten auf eine frühzeitige Behandlung und langfristige Genesung ermöglicht. Wichtige und erfolgreiche Bausteine sind dabei im Wesentlichen Prävention, Beratung, ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung, Therapie sowie Nachsorge.

Kurz & knapp:

Die mittlere Lebenserwartung steigt seit vielen Jahren kontinuierlich an. Aber nicht alle Bevölkerungsgruppen profitieren gleichermaßen von dieser positiven Entwicklung. Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status (SES) leiden häufiger an chronischen Erkrankungen und sterben früher. Die Grundlagen für diese gesundheitlichen Ungleichheiten werden bereits in der Kindheit und Jugend gelegt. Jugendliche mit niedrigem SES zeigen häufiger Risikoverhalten, wie Tabak- und Alkoholkonsum, berichten häufiger über starken psychischen Stress und verfügen über schwächer ausgeprägte Bewältigungsstrategien als Jugendliche mit höherem familiärem SES. Um diese gesundheitlichen Ungleichheiten zu verringern, bedarf es eines niedrigschwelligen Ausbaus des Präventionsangebot.

Sozioökonomischer Status und Gesundheit von Jugendlichen in Deutschland

Profitieren alle Menschen gleich von einer gestiegenen Lebenserwartung?
Welche Rolle spielen der sozioökomonische Status und Bildung bei der Gesundheit von Jugendlichen?
Welche Gruppen sind besonders vulnerabel?
Wie können Jugendliche unterstützt werden, unabhängig vom sozioökonomischen Status ein möglichst gesundes Leben führen?

Diesen Fragen gehen Theresa Schierl und Prof. Matthias Richter nach.

THERESA SCHIERL

PROF. MATTHIAS RICHTER

Lehrstuhl Soziale Determinanten der Gesundheit der Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaften, Technische Universität München

Die mittlere Lebenserwartung ist über die letzten Jahrzehnte in Deutschland und in vielen anderen Ländern weiter gestiegen. Von dieser Entwicklung profitieren jedoch nicht alle Menschen gleich. In reichen Ländern werden Menschen im Durchschnitt bis zu 20 Jahre älter als Menschen in den ärmsten Ländern der Welt. Aber auch innerhalb reicher Länder hat die sozio-ökonomische Situation von Menschen erheblichen Einfluss auf ihre Gesundheit [2]. Reiche Menschen sind im Mittel länger gesund als arme Menschen. Auch in Deutschland haben soziale Ungleichheiten einen bedeutenden Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung. Als Folge der sozialen Ungleichheit verfügen Teile der Bevölkerung über mehr oder weniger Ressourcen und gesundheitsförderliche Lebensbedingungen [3]. Diese sozialen Ungleichheiten wirken sich auch positiv oder negativ auf die gesundheitliche Lage von Personen aus. Gesundheitliche Ungleichheiten nehmen mit steigender sozioökonomischer Position ab. Am deutlichsten sind sie zu erkennen bei Erkrankungen, die durch Verhalten und Lebensumstände in Entstehung und Verlauf beeinflusst werden [3]. Eine weitverbreitete Möglichkeit, um soziale Ungleichheiten zu messen ist der sozioökonomische Status (SES), denn dieser bildet die soziale wie wirtschaftliche Position einer Person ab. In Deutschland ist die mittlere Lebenserwartung ab Geburt bei Frauen und Männern aus dem untersten Einkommensquartil um fünf bis neun Jahre niedriger als bei hohem Einkommen [4, 5]. Obwohl die Verringerung sozialer und somit auch gesundheitlicher Ungleichheit ein politisches Ziel ist, sind soziale Ungleichheiten in den letzten Jahren relativ stabil geblieben, im Bereich der Lebenserwartung haben sich die Trends sogar verstärkt [6].

Armut ist ein essenzieller Faktor für soziale Ungleichheit. In Deutschland waren 2021 etwa 13 Millionen Menschen von Armut gefährdet, das sind 15,8 Prozent der gesamten deutschen Bevöl-

„It's society's moral duty to shape its social and health policy in such a way that in future, children who are worse off will be more likely to enjoy the same status of health and well-being that more fortunate children do today, so that they will have equal opportunities to live a healthy adult life.“ [1] *

kerung. Als armutsgefährdet werden Menschen gezählt, die über weniger als 60 Prozent des mittleren Einkommens der Gesamtbevölkerung verfügen.

Bei unter 18-Jährigen lag die Armutsgefährdungsgrenze im gleichen Jahr etwas höher bei 16,2 Prozent [7]. Auch familiäre Umstände bedingen das Risiko von Jugendlichen, armutsgefährdet zu sein (**Abbildung 1**). So liegt die Armutsgefährdungsquote bei Haushalten mit zwei Elternteilen mit einem oder zwei Kindern bei etwa 10 Prozent, während Haushalte mit alleinerziehenden Eltern (41,6 %) oder Haushalte mit drei oder mehr Kindern (31,6 %) deutlich öfter arm sind [8].

Kinder und Jugendliche können ihre Lebensumstände kaum beeinflussen. Deshalb ist es gerade hier wichtig, Interventionen anzusetzen. Kinder und Jugendliche, die in Armut aufwachsen, werden früh benachteiligt und haben so einen schlechteren Start in ein gesundes, langes Leben. Im Folgenden werden die Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit im Jugendalter verdeutlicht und mögliche Maßnahmen und Strategien zur Verringerung dieser gesundheitlichen Ungleichheiten diskutiert.

SOZIOÖKONOMISCHER STATUS, BILDUNG UND DIE GESUNDHEIT VON JUGENDLICHEN

Den SES eines Jugendlichen festzustellen ist methodisch wie konzeptuell schwierig. Es ist in die Praxis übergegangen, den SES der Eltern stellvertretend auch auf ihre Kinder anzuwenden [5], wobei hier unklar ist, inwieweit sich der SES der Eltern auch auf Jugendliche übersetzen lässt und welcher Teil des elterlichen SES den größten Einfluss auf die Heranwachsenden hat [9]. Hinzu kommt, dass der Einfluss des SES auf die Gesundheit von Jugendlichen weniger deutlich und konsistent ist als im Kindes- und Erwachsenenalter. So sind beispielsweise Unterschiede in der Mortalität, also der Sterberate, von Jugendlichen nach SES im Vergleich zu anderen Lebensphasen eher gering [10]. Neben der Mortalität ist die Morbidität ein häufig genutztes epidemiologisches Maß, um den Gesundheitszustand einer Gruppe abzubilden. Die Morbidität beschreibt die Krankheitsrate in einer Bevölkerung oder Subgruppe. Betrachtet man die Morbidität im Jugendalter, kommt man zu einem ähnlichen Bild wie für die Mortalität: Der Einfluss des SES auf die Gesundheit von Jugendlichen ist zwar vorhanden, aber weniger deutlich als bei Kindern oder Erwachsenen [11, 12]. Auch in ihrer eigenen Einschätzung sind Jugendliche die gesündeste Generation, das haben verschiedene Befragungen zur subjektiven Gesundheitseinschätzung ergeben [13, 14]. Allerdings **prägt die soziale Benachteiligung das Verhalten im Jugendalter und damit auch das gesundheitliche Risikoverhalten**. Jugendliche aus sozioökonomisch schlechter gestellten Haushalten konsumieren mehr Alkohol, rauchen häufiger, leiden häufiger unter Ernährungsdefiziten und lernen weniger Bewältigungsstrategien [11, 12, 15]. Andere Befragungen haben auch ergeben, dass Jugendliche mit einem niedrigen familiärem Wohlstand seltener Obst und Gemüse und dafür häufiger Soft Drinks konsumieren, außerdem essen sie seltener Frühstück [16]. In der Adoleszenz werden, auch außerhalb von Risikoverhalten, viele Entscheidungen über das weitere Leben getroffen, die gravierenden Einfluss auf die sozioökonomische Situation einer Person haben können und damit auch auf ihre mögliche Benachteiligung im Erwachsenenalter [11, 12].

Es beschäftigen sich verschiedene Studien mit dem Gesundheitsverhalten und der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Betrachtet man beispielsweise die Ergebnisse der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Studie zeigt sich, dass Jugendliche aus Haushalten mit einem niedrigen familiärem Wohlstand ihre Gesundheit häufiger als „eher schlecht“ beschreiben, häufiger an psychosomatischen Beschwerden leiden und insgesamt von einer niedrigeren Lebenszufriedenheit berichten (siehe auch **Abbildung 2** [17]). Zudem zeigen sich Beeinträchtigungen im subjektiven Wohlbefinden vor allem bei Mädchen, 15-Jährigen und Jugendlichen mit niedrigerem familiären Wohlstand [16].

Neben der Entscheidung über das Risikoverhalten wird im Jugendalter auch ein Großteil des Bildungsweges bestritten. Der erreichte Bildungsgrad ist ein wichtiger Einflussfaktor für die zukünftigen Berufs- und Einkommenschancen eines Individuums. Die Bildung und das Einkommen der Eltern haben einen großen Einfluss auf die Bildungschancen ihrer Kinder. So schlossen 2014 nur 15 Prozent der Nichtakademikerkinder ein Bachelorstudium ab, während es bei Akademikerkindern 63 Prozent waren [18]. Auch an weiterführenden Schulen lässt sich ein ähnlicher Trend erkennen: Je höher das Haushaltseinkommen, umso wahrscheinlicher ist es, dass die Kinder ein Gymnasium besuchen (siehe auch **Abbildung 3**) [19].

Gleichzeitig sind die Zahlen der Schüler*innen, die die Schule mit einer Hochschulzugangsberechtigung verlassen, über die letzten Jahre immer weiter gestiegen. Das führt auch dazu, dass der erwartete Mindestgrad an Bildung in einer Gesellschaft weiter steigt. Um einen ähnlichen Berufszugang oder ähnliches Einkommensniveau zu garantieren, müssen Jugendliche heute den Bildungsgrad ihrer Eltern überschreiten [20]. Die oben beschriebenen Zahlen zeigen allerdings ein anderes Bild. Bildungsaufstieg ist zu einem seltenen Phänomen in Deutschland geworden. Das kann zu einem sich selbst verstärkenden Teufelskreis führen; Jugendliche aus ärmeren Familien erlangen in der Regel niedrigere Bildungsabschlüsse, was zu schlechteren Einkommenschancen führt und damit zu einem niedrigeren sozioökonomischen Status, das wiederum erhöht die Wahrscheinlichkeit gesundheitlicher Ungleichheit.

VULNERABLE GRUPPEN

Es gibt verschiedene Gruppen Jugendlicher, die für einen niedrigen SES besonders vulnerabel sind. Hierzu zählen unter anderem Jugendliche mit **Migrationshintergrund** oder **Fluchthistorie**. Etwa ein Drittel der in Deutschland lebenden Jugendlichen hatte im Jahr 2019 einen Migrationshintergrund. Diese Gruppe an Heranwachsenden ist insgesamt sehr vielfältig und bildet kein gleichförmiges Bild ab. Familien mit Migrationshintergrund sind mit einer Armutsgefährdungsquote von etwa 30 Prozent ungleich häufiger von Armut bedroht [21]. Jugendliche mit Migrationshintergrund sind häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen als Kinder ohne Migrationshintergrund. Allerdings konsumieren sie seltener Alkohol in riskanten Mengen. Auch wenn man die Gruppe der Jugendlichen mit Migrationshintergrund nach SES aufteilt, sind Ju-

ARMUTSGEFÄHRDUNGSQUOTE IN DEUTSCHLAND NACH HAUSHALTSTYP IM JAHR 2021

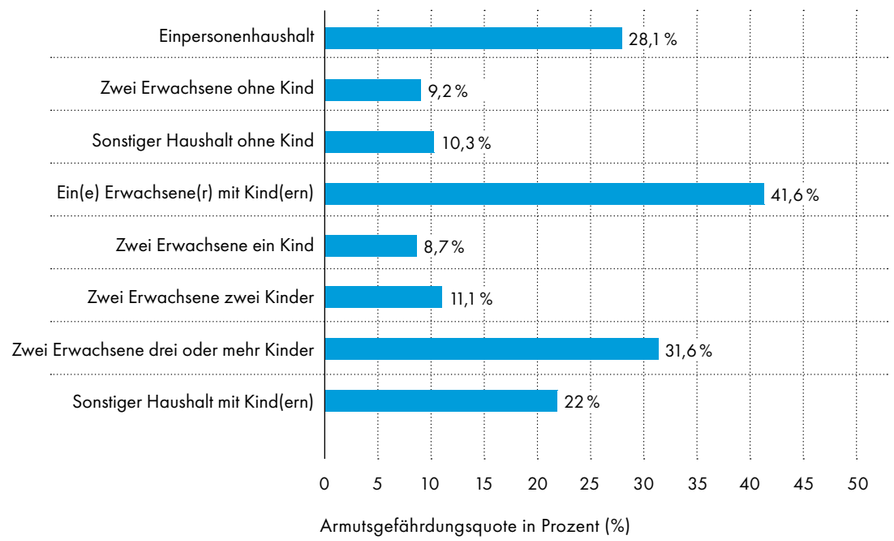


Abbildung 1: Armutsgefährdungsquote in Deutschland nach haushaltstyp im jahr 2021 [8]

* „Es ist die moralische Pflicht der Gesellschaft, ihre Sozial- und Gesundheitspolitik so zu gestalten, dass Kinder, denen es schlechter geht, in Zukunft mit größerer Wahrscheinlichkeit den gleichen Gesundheitsstatus und das gleiche Wohlbefinden genießen werden, den wohlhabendere Kinder heute haben, sodass sie gleiche Chancen haben, ein gesundes Erwachsenenleben zu führen.“

SOZIOÖKONOMISCHER STATUS

„Jugendliche mit weniger Geld können sich weniger leisten. Sie kriegen weniger Beachtung und werden unzufrieden.“

Leo, 17, Lütjenburg

gendliche mit niedrigerem SES häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen, als Jugendliche mit hohem familiärem SES [22].

Eine weitere besonders vulnerable Gruppe sind Jugendliche mit **Behinderung**. Auch bei Menschen mit Behinderung oder Familien mit einem Kind mit Behinderung ist die Armutsgefährdungsquote etwa doppelt so hoch wie bei vergleichbaren Personengruppen ohne Behinderung. Durch den erhöhten Bedarf an Sorgearbeit durch ein Familienmitglied mit Behinderung ist oft nur ein Elternteil (Vollzeit) berufstätig, dadurch kommt es zu finanzieller Schlechterstellung der gesamten Familie, was auch die Teilhabemöglichkeiten der gesamten Familie einschränkt [23].

COVID-19 UND GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEITEN

Die Covid-19 Pandemie brachte für viele Familien unerwartete Veränderungen mit sich, wie beispielsweise Schulschließungen, Kontakteinschränkungen und reduzierte Freizeitangebote. Die veränderten Lebens- und Lernbedingungen hatten auch gravierende Auswirkungen auf den Alltag von Kindern und Jugendlichen, welche von vielen Heranwachsenden als Belastung erlebt wurden [24]. Die Studie Kindergesundheit in Deutschland aktuell (KIDA) des Robert Koch-Instituts untersucht seit Anfang 2022, wie sich das Gesundheitsverhalten und die Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17-Jahren im Verlauf der COVID-19 Pandemie entwickelt hat. Die befragten Kinder und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Einkommen berichten eine **stärkere Belastung durch Kontakteinschränkungen und die Einschränkung von Freizeitaktivitäten** als Kinder und Jugendliche aus Familien mit mittlerem und hohem Einkommen. Sowohl psychosoziale Belastungen durch die Veränderungen der Lebenssituation (Schulschließung, Einschränkungen des Freizeitangebots, Homeschooling, etc.), sowie Belastung durch Zukunftssorgen der Eltern, als auch pandemiebedingte finanzielle Einschränkungen wurden von Ein-Eltern-Familien und Haushalten mit niedrigem Einkommen öfter berichtet. Dies führte dazu, dass sich bestehende soziale und gesundheitliche Ungleichheiten verstärkt haben [25]. Auch die COPSY Studie zu den Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zeigt eine höhere Prävalenz für psychische Belastungen bei Heranwachsenden in der Risikogruppe. Diese wurde durch geringe Bildung der Eltern, Migrationshintergrund und beengten Wohnraum definiert [26].

GESUNDHEIT UND LEBENSQUALITÄT VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

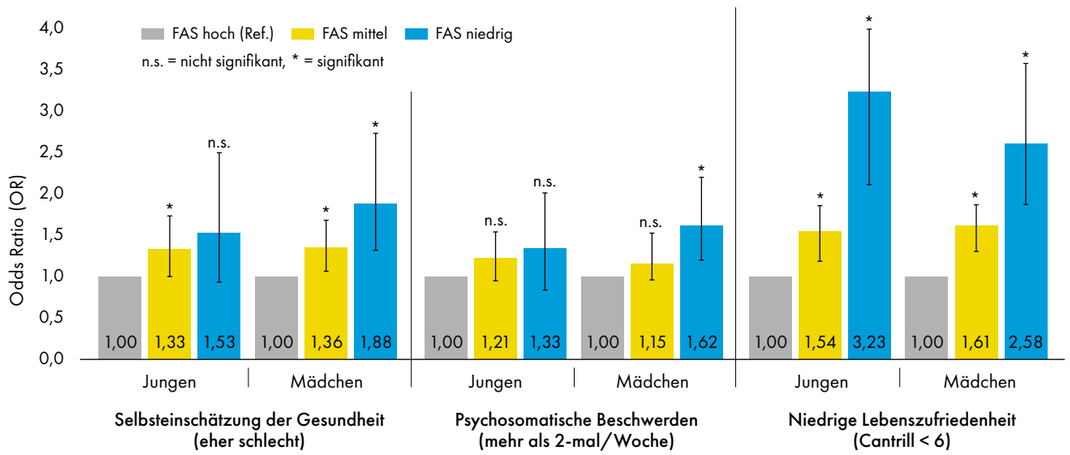


Abbildung 2: HBSC Welle 2010, Family Affluence Scale (FAS) als Werkzeug, welches den SES spiegelt und Gesundheitsoutcomes [17]

KONSEQUENZEN FÜR DIE VERHALTENS- UND VERHÄLTNISPRÄVENTION

Die Armutsgefährdungsquote in Deutschland ist über die letzten 15 Jahre kontinuierlich gestiegen, und dieser Trend scheint sich weiter zu verstärken [21] (**Abbildung 4**). Damit aus dieser negativen Entwicklung nicht auch ein steigender Trend zu immer mehr armen und zugleich kranken Erwachsenen wird, braucht es frühe Interventionen und effektive Prävention. Soziale Gerechtigkeit als normativer Begriff geht mit einer Aufforderung einher, an staatliche Institutionen und andere gesellschaftliche Vertreter*innen, Verantwortung zu übernehmen um gerechte Zustände zu erreichen [27]. Diesem Gerechtigkeitsansatz folgend braucht es verschiedene Bedarfsanalysen, um gezielt die Jugendlichen zu fördern, die besonders vulnerabel sind, um so auch mehrfach marginalisierte Jugendliche besser zu erreichen.

Das Jugendalter bietet gute Möglichkeiten zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit und somit für eine langfristige Verbesserung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung. Das Jugendalter

ANTEIL DER KINDER, DIE EIN GYMNASIUM BESUCHEN NACH HAUSHALTSNETTOEINKOMMEN UND GESCHLECHT IN DEUTSCHLAND IM JAHR 2019

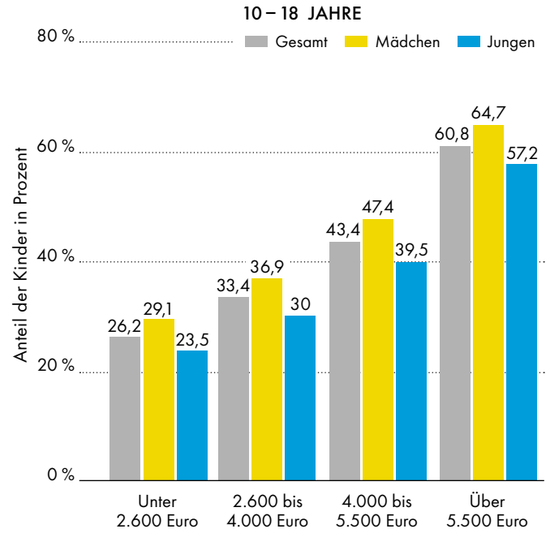


Abbildung 3: Anteil der Kinder, die ein Gymnasium besuchen nach Haushaltsnettoeinkommen und Geschlecht in Deutschland im Jahr 2019 [16]

ist eine wichtige Phase in der Entwicklung des Verhaltens und eignet sich deshalb nicht nur für Verhältnisprävention, sondern auch explizit als Ansatzpunkt für Verhaltensprävention. Jugendliche lösen sich von ihren Eltern, das bietet Platz für Verhaltensveränderung.

Hierfür braucht es Interventionen an unterschiedlichen Stellen: Es bedarf eines Ausbaus der Strukturen um die benachteiligten Jugendlichen früh erreichen.

Um den Nachteil eines niedrigen SES für Jugendliche zu verringen, benötigt es vereinfachten, unbürokratischen Zugang zu Versorgungsangeboten und Leistungen für bildungsferne Familien oder Familien mit Sprachbarrieren. Hierzu zählen z. B. finanzielle Leistungen wie Kindergeld, Elterngeld oder mögliche Steuerentlastungen, sowie Angebote für Kinderbetreuung und kostenfreie Sportangebote. Um der Bildungsungleichheit entgegenzuwirken, sollte auch der Übergang von der Grundschule zu den weiterführenden Schulen gefördert werden. Durch den Ausbau von Präventionsketten können auch die aus verschiedenen Richtungen entstehenden Ungleichheiten verringert werden. Präventionsketten sind ein Strukturansatz, der ein umfassendes Netzwerk von Unterstützung und Beratung aus den Bereichen Bildung, Gesundheit und Soziales zum Ziel hat. Auch dem gesundheitlichen Risiko und der psychischen Belastung durch die finanzielle Situation einer Familie und die damit einhergehende mögliche prekäre Wohnsituation sollte entgegengewirkt werden. Gerade Familien in schwierigen Situationen sollten gezielt niedrigschwellig unterstützt werden.

Für eine gezielte Ansprache der Jugendlichen selbst, rücken die Bildungseinrichtungen zur Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheit in den Fokus. Hier besteht die optimale Möglichkeit möglichst viele Jugendliche mit Angeboten zur Gesundheitsförderung zu erreichen. Zum einen kann die Schule durch Schulgesundheitsprogramme und Aufklärungskampagnen, Wissen über Gesundheitsverhalten vermitteln. Zum anderen kann die Schule auch Raum bieten, um niedrigschwellige Anlaufstelle bei Gesundheitsfragen zu sein und so den Jugendlichen helfen, gesundheitsbewusstes Verhalten zu entwickeln und aufrecht zu halten.

Durch die Umsetzung dieser und anderen Strategien kann eine positivere Zukunft für Jugendliche geschaffen werden, in der sie unabhängig von ihrem sozioökonomischen Hintergrund die Möglichkeit haben, ein gesünderes Leben zu führen. Das ist kein ausschließlich gesundheitspolitisches Thema, sondern berührt alle Politikbereiche, insbesondere die Sozial-, Bildungs- und Arbeitspolitik. Dies macht den Health-in-all-Policies-Ansatz zu einem wichtigen Werkzeug zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten. Zusammenarbeit über verschiedene Sektoren und Engagement von politischen Entscheidungsträgern, Bildungseinrichtungen, Gesundheitsdienstleistern sowie der Gesellschaft sind erforderlich, um die Gesundheit von Jugendlichen und damit der Gesamtbevölkerung zu schützen.

ARMUTSGEFÄHRDUNGSQUOTE IN DEUTSCHLAND VON 2005 BIS 2021

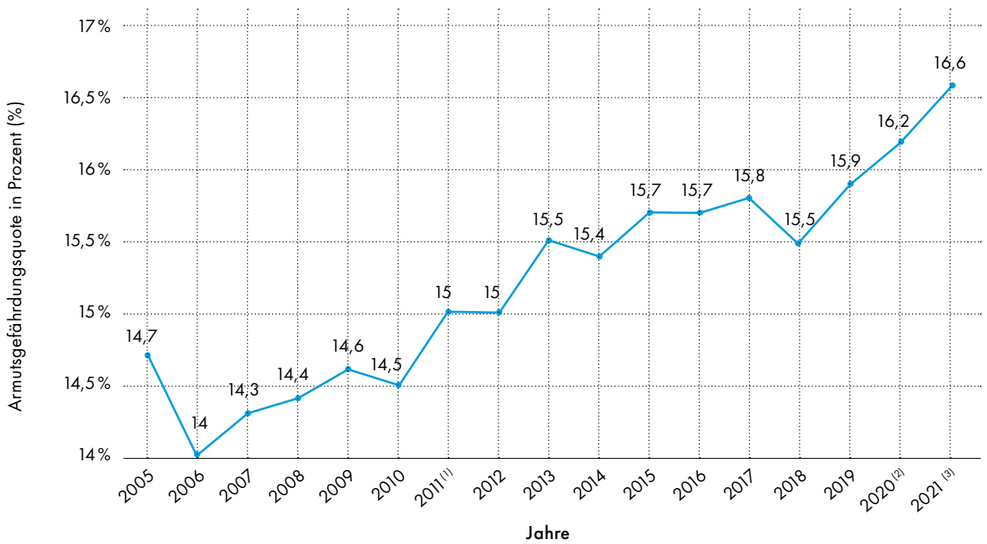


Abbildung 4: Armutsgefährdungsquote in deutschland von 2005 bis 2021 [20]

EMPFEHLUNGEN DER STIFTUNG KINDERGESUNDHEIT

→ Die **Anstrengungen zur Verminderung sozialer Ungleichheit unter Kindern und Jugendlichen** in Deutschland sollen wirksam verstärkt werden.

→ Dazu soll das in Deutschland unakzeptabel hohe Maß an Armutsbedrohung junger Menschen nachhaltig reduziert werden, auch mit spezifisch auf Risikogruppen fokussierten Strategien. **Armutsbekämpfung** soll auf sämtlichen Ebenen des föderalen Systems (Bund, Länder und Kommunen) sowie allen dafür geeigneten Politikfeldern ansetzen.

→ Im Sinne eines Health-in-all-Policies-Ansatzes (Gesundheit in allen Politikfeldern) sollte das Thema Armut und Gesundheit im Rahmen einer **interministeriellen Arbeitsgruppe** angegangen werden. Eine solche ressortübergreifende Gruppe, die Sozial- oder Landwirtschaftsministerium, Betroffeneninitiativen und Vertreter*innen der Ärzteschaft umfasst, sollte sich insbesondere mit der Situation junger Menschen beschäftigen und **Strategien** zur Bekämpfung der bestehenden Probleme erarbeiten.

→ Neben der in Deutschland gut etablierten Verhaltensprävention sind **verhältnispräventive Maßnahmen** zur Gesundheitsförderung für die gesamte Population von Kindern und Jugendlichen und für Hochrisikogruppen konsequent auszubauen und zu stärken, einschließlich **verhältnispräventiver Strategien in Lebenswelten** wie Bildungseinrichtungen, die praktisch alle jungen Menschen erreichen. Die Übernahme von in anderen Ländern erfolgreich eingesetzten verhältnispräventiven Strategien auch in Deutschland sollte vermehrt erwogen werden.

Kurz & knapp:

Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter hat sich in den letzten Jahren aus der Forschung zur Gesundheitsförderung und Prävention herausgebildet und sich mittlerweile als eigenständiger Forschungsbereich etabliert. Im Wesentlichen werden unter Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen die Fähigkeiten zusammengefasst, Informationen zur Gesundheit zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden, um darauf basierend Entscheidungen im Bereich der Gesundheitsförderung, Krankheitsversorgung und Prävention zu treffen. Neben dieser personalen Gesundheitskompetenz spielt auch die organisationale Gesundheitskompetenz eine wichtige Rolle, um Strukturen und Organisationsprozesse zu optimieren, die im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz relevant sind. Insbesondere die Schule ist ein wichtiges Setting, um die Gesundheitskompetenz nachhaltig und effektiv zu stärken. Hierbei kann auf den Ansatz der gesundheitskompetenten Schule zurückgegriffen werden, um die Gesundheitskompetenz im Setting als verhältnispräventiven Strukturansatz umzusetzen. Die Förderung von Gesundheitskompetenz in Erziehungs- und Bildungseinrichtungen erfordert eine länderübergreifende und abgestimmte Strategie. Eine solche Strategie benötigt zudem hohe Investitionen in Bildung und Forschung. Nur durch die effektive Zuwendung von Seiten der Politik, kann eine nachhaltige und qualitativ hochwertige Umsetzung schulischer und lebensweltlicher Gesundheitskompetenz erfolgen.

Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter: ein wichtiges Bildungsziel

Was ist Gesundheitskompetenz?
Wie ist es um die Gesundheitskompetenz von Kindern- und Jugendlichen in Deutschland bestellt?
Warum ist digitale Gesundheitskompetenz so wichtig?
Was ist eine kompetenzorientierte Schule?
Wie kann Gesundheitskompetenz die Schule in ihrem Bildungsauftrag unterstützen?
Welche Maßnahmen für die Implementierung von Gesundheitskompetenz an Schulen gibt es bereits?

Prof. Orkan Okan klärt auf.

PROF. ORKAN OKAN
Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaften
an der Technische Universität München

Gesundheitskompetenz als zentrales Gesundheitsthema: Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter hat sich in den letzten zehn Jahren aus der Forschung zur Gesundheitsförderung und Prävention herausgebildet und sich mittlerweile als eigenständiger Forschungsbereich in der internationalen Gesundheitsforschung etabliert. Dieser noch relativ neuen Zuwendung steht gegenüber, dass das Konzept und die Forschung zum Konzept teilweise bis auf die Mitte des vergangenen Jahrhunderts in den USA zurückgehen [1]. Allerdings standen in den frühen Forschungsbemühungen zumeist erwachsene Patient*innen und Versorgungssituationen im Vordergrund. Gesundheitskompetenzforschung, die sich auf Kinder und Jugendliche konzentriert, ist daher vergleichsweise jung [2], doch liegen mittlerweile zahlreiche Forschungsergebnisse und sogar politische Strategien zur Stärkung der Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter vor.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte im Jahr 2016 Gesundheitskompetenz beispielsweise als Ziel der schulischen Gesundheitsförderung und fordert die Stärkung der Gesundheitskompetenz bei allen Kindern im schulfähigen Alter durch bildungsbezogene Maßnahmen und die Einbettung von Gesundheitskompetenz in die Lehrpläne [3].

Auch in Deutschland liegen mittlerweile bildungs- und gesundheitspolitische Strategien für die Gesundheitskompetenz vor und empfehlen, Gesundheitskompetenz systematisch in Bildung und Schule zu fördern. Im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz wird die Schule gleich in der ersten von fünfzehn Empfehlungen aufgegriffen. Es wird empfohlen, dass das Erziehungs- und Bildungssystem in die Lage versetzen werden soll, die Förderung von Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Lebenslauf zu beginnen [4].

Einrichtungen im Erziehungs- und Bildungssystem, wie zum Beispiel Schulen, nehmen nämlich eine herausragende Stellung ein, wenn es um die Förderung der Gesundheitskompetenz geht, weil sie Kindern und Jugendlichen dabei helfen, Kenntnisse, Kompetenzen, Einstellungen und Verhaltensweisen auszubilden, die relevant sind für die Gesundheit [5–7].

Auch das Bundesministerium für Gesundheit hebt die Stärkung der Gesundheitskompetenz in Schule und Bildung hervor und empfiehlt in seiner Allianz für Gesundheitskompetenz gleich im ersten Ziel der Strategie, die Gesundheitskompetenz systematisch im Setting Schule zu stärken [8]. Teil dieser Allianz für Gesundheitskompetenz ist die Allianz für Gesundheitskompetenz in der Schule, in welcher das Ziel, die Gesundheitskompetenz in der Schule zu stärken aufgegriffen und systematisiert wird [5]. Davon ausgehend,

*„Alles was ich über gesunde Ernährung, Gesundheit oder Sexualität weiß, weiß ich von Freund*innen oder von außerhalb der Schule. In der Schule wird kaum über Gesundheitsthemen aufgeklärt. Wenn, dann ist es für Jugendliche nicht interessant. Über die Inhalte kannst du wenig selbst entscheiden, zum Beispiel welchen Sport du machen willst. Es gibt zu viele Inhalte für zu wenige Schuljahre. Manche Themen sind viel zu groß. Da kommen Gesundheitsthemen zu kurz.“*

Thea, 16, Berlin

dass Schule und außerschulische Akteur*innen eng kooperieren sollten, verknüpft der Ansatz der Schulallianz Maßnahmen auf der Ebene des Unterrichts und der Personal- und Organisationsentwicklung.

Als dritte gesundheitspolitische Strategie, die Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen erwähnt, ist das Gesetz zur Gesundheitsförderung und Prävention (kurz: PrävG) zu nennen, das im Sozialgesetzbuch (SGB) verankert ist [9]. Darin wird ebenfalls hervorgehoben, dass Gesundheitskompetenz früh im Lebensverlauf und in der Schule gestärkt werden sollte und mit weiteren Ansätzen der Gesundheitsförderung und Prävention zu verknüpfen sei (z. B. §20 SGB V und §16 SGB VIII). Erst kürzlich wurde das Gesetz um den §20k SGB V Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz erweitert.

Im Jahr 2023 hat das Thema Gesundheitskompetenz in der Schule zudem durch die Beschlüsse im Rahmen des 127. Ärztetags weiteren Auftrieb erhalten [10]. Gleich in 18 Beschlüssen, deren Inhalte durch die Landesärztekammern formuliert wurden, wird gefordert, dass Gesundheitskompetenz im Rahmen der schulischen Gesundheitsbildung zu stärken und mit Ansätzen der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention zu verbinden ist.

Somit wird deutlich, dass Gesundheitsforschung und Gesundheitspolitik längst schon erkannt haben, dass Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter ein zentrales Gesundheitsthema in Deutschland darstellt. In diesem Beitrag soll daher das Konzept der Gesundheitskompetenz für Kinder und Jugendliche vorgestellt, in Ergebnisse aus der Gesundheitskompetenzforschung im Kindes- und Jugendalter sowie in der Schule eingeführt, mögliche Interventionsansätze diskutiert sowie Handlungsempfehlungen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Schule ausgesprochen werden.

WAS IST (SCHULISCHE) GESUNDHEITSKOMPETENZ?

Während das Konzept Gesundheitskompetenz (Englisch: Health Literacy) in Deutschland häufig mit gesundheitlichen Kompetenzen gleichgesetzt wird (zum Beispiel Gesundheitswissen, Einstellungen, Gesundheitsverhalten, Resilienz, Coping, Lebenskompetenzen), grenzt es sich tatsächlich eindeutig von existierenden Kompetenzansätzen in der Gesundheit ab [11]. **Im Wesentlichen werden unter Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen tatsächlich die Fähigkeiten zusammengefasst, Informationen zur Gesundheit zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden, um darauf basierend Entscheidungen im Bereich der Gesundheitsförderung, Krankheitsversorgung und Prävention zu treffen** [12]**.** Dieses Verständnis definiert Gesundheitskompetenz als eine informations- und medienbezogene Kompetenz im Bereich Gesundheit und hebt den Umgang mit Informationen und Angeboten zur Gesundheit hervor.

Gesundheitskompetenz soll aber keinesfalls die generischen gesundheitlichen Kompetenzen und Fähigkeiten wie Gesundheitswissen, Gesundheitsverhalten, Resilienz, Coping, Lebenskompetenzen ersetzen, sondern sie vielmehr ergänzen, um auf die sich verändernden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu reagieren.

SCHULISCHE GESUNDHEITSKOMPETENZ ALS RELATIONALER INTERVENTIONSANSATZ

Abbildung 1: Schulische Gesundheitskompetenz als relationaler Interventionsansatz, Adaptierung Abbildung nach [14], basierend auf [15]

Digitalisierung und die Verbreitung neuer Kommunikationstechnologien verlangen Kindern und Jugendlichen somit neue und immer mehr Kompetenzen und Kenntnisse ab, um mit den aufkommenden digitalen Welten sachgerecht umzugehen, insbesondere im Kontext ihrer Gesundheit [13].

Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter darf jedoch nicht als rein individuumszentrierter Ansatz verstanden werden. Vielmehr stellt Gesundheitskompetenz personale Fähigkeiten und strukturelle Anforderungen in Relation zueinander [4].

Dieses Verständnis einer relationalen Gesundheitskompetenz gilt umso mehr im Kindes- und Jugendalter und insbesondere, wenn Gesundheitskompetenz im Setting Schule adressiert werden soll [14]. Auf der einen Seite gilt es, die personale Gesundheitskompetenz von Schüler*innen zu stärken und auf der anderen Seite geht es darum, die Anforderungen und Komplexitäten hinsichtlich der Stärkung der Gesundheitskompetenz durch die Schule auf der organisationalen Ebene zu verringern (**Abbildung 1**). Während Bildungsmaßnahmen die Gesundheitskompetenz von Schüler*innen stärken können, braucht es die Veränderung schulischer Rahmenbedingungen, um die Schul- und Bildungsprozesse zu optimieren.

Wichtigster Ort ist hier die Schule als Vermittlerin von personaler Gesundheitskompetenz im Sinne von Medien- und Informationskompetenz: Um die personale Gesundheitskompetenz, also Kenntnisse und Kompetenzen, von Kindern und Jugendlichen in der Schule nachhaltig zu fördern, muss eine organisationale (schulische) Gesundheitskompetenz geschaffen werden. Dabei sollten Strukturen optimiert sowie Anforderungen und Komplexitäten bei der Umsetzung der Bildungsmaßnahmen verringert werden [14].

Die Schule, als gesundheitskompetente Organisation [16, 17], soll alle Personen in der Schule – nicht nur Schüler*innen, sondern auch Schulleitungen, Lehrkräfte und nicht unterrichtendes Personal, aber auch Eltern/Erziehungsberechtigte und Personen des erweiterten Schulumfelds in die Lage versetzen, Informationen zur Gesundheit zu finden, verstehen, beurteilen und letztlich anzuwenden [18].

WAS WEISS MAN ÜBER GESUNDHEITSKOMPETENZ IM KINDES- UND JUGENDALTER?

Gesundheitskompetenzforschung im Kindes- und Jugendalter hat ungefähr in der Mitte der 2000er Jahre in den USA begonnen [2]. Insbesondere in den letzten Jahren ist die Forschung auch in Europa eingezogen [19, 20]. Vorliegende Studienergebnisse verdeutlichen zum einen, dass eine höhere Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen positiv mit deren gesundheitlichen Verhaltensweisen korreliert [21–23], das heißt, dass sich Kinder und Jugendliche mit einer höheren Gesundheitskompetenz gesünder ernähren, mehr bewegen, weniger riskante Verhaltensweisen ausüben und auch besser für ihre Gesundheit und Versorgung eintreten. Zum anderen zeigt sich, dass diejenigen Kinder und Jugendlichen mit einer höheren Gesundheitskompetenz auch über einen besseren Gesundheitszustand verfügen [19, 24, 25].

Die europäische Vergleichsstudie zum Gesundheitsverhalten von Schulkindern Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) der WHO hat im Jahr 2017/2018 auch die Gesundheitskompetenz von ca. 15.000 Schüler*innen im Alter von 11–17 Jahren in zehn Ländern mit 10 Fragen zu den Bereichen Wissen, Kompetenzen, kritischem Denken, bürgerschaftliches und ethisches Verhalten sowie Selbstwahrnehmung mit erhoben [26]. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass 13,3 Prozent der Schüler*innen über eine nur geringe und 67,2 Prozent über eine mittlere Gesundheitskompetenz verfügen. Lediglich ein Fünftel der europäischen Schüler*innen (19,5 %) konnte in der Studie eine hohe Gesundheitskompetenz vorweisen, die sie jedoch benötigen, um gute Gesundheitsentscheidungen zu treffen. Für Schüler*innen in Deutschland zeigen die Ergebnisse, dass sogar nur 12,8 Prozent eine hohe Gesundheitskompetenz erreichen, dafür aber die alarmierende Zahl von 87,2 Prozent der Schüler*innen unter dieser Schwelle bleiben und eine niedrige (16 %) oder mittlere (71,2 %) Gesundheitskompetenz aufweisen. Aus diesen Ergebnissen muss ein deutlicher und dringender Handlungsbedarf abgeleitet werden, Gesundheitskompetenz früh im Lebensverlauf zu stärken.

Während Gesundheitskompetenz in der HBSC-Studie sehr breit und eher im Bereich der Kompetenzen für Gesundheitsför-

derung erfasst wird, liegen natürlich auch zahlreiche Studien vor, in denen die Gesundheitskompetenz sehr nah am Informationsbezug erfasst wird. Solche Studien liegen für Deutschland sowohl für Schüler*innen aus der Grundschule als auch Sekundarstufe vor.

Im Rahmen des Forschungsverbundes Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter (HLCA) des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) wurden durch das Robert Koch-Institut im Jahr 2019 bundesweit Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren in der GeKoJu-Studie [25, 27] mit einem eigens für diese Altersgruppe entwickelten Messinstrument befragt [28, 29]. In diesem wird die Gesundheitskompetenz in vier Skalen gemessen: (A) Umgang mit Gesundheitsinformationen, (B) Kommunikations- und Interaktionskompetenzen, (C) Einstellung zur Gesundheit und (D) Gesundheitswissen. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Jugendliche altersunabhängig Schwierigkeiten in allen Bereichen vorweisen [25, 27]. Mit 50,6 Prozent sind es mehr als die Hälfte der Jugendlichen, die im Bereich des Umgangs mit Informationen zur Gesundheit (Skala A) entweder viele (8,4 %) oder einige Schwierigkeiten (42,2 %) haben. Kommunikations- und Interaktionskompetenzen im Bereich Gesundheit (Skala B) sind bei 28,1 Prozent der Jugendlichen zu gering. Auch die Ergebnisse zu den Einstellungen der Jugendlichen zur Gesundheit zeigen sich problematisch (Skala C). Mit fast 67 Prozent stehen deutlich mehr als die Hälfte der Jugendlichen gesundheitlichen Themen eher passiv (9 %) bzw. teils passiv (56,8 %) gegenüber. D. h. sie sind gar nicht oder nur teilweise daran interessiert, sich aktiv um Belange der eigenen Gesundheit zu kümmern und sich mit Informationen zur Gesundheit auseinander zu setzen. Auch das Gesundheitswissen der Jugendlichen ist nicht vollends ausgebildet (Skala D). **Fast ein Viertel der Jugendlichen (22,7 %) verfügt über zu geringes Wissen im Bereich Gesundheit** [25]. Die Gesundheitskompetenz der Jugendlichen steht zudem im Zusammenhang mit ihrem Gesundheitsverhalten [27]. **Jugendliche mich einer höheren Gesundheitskompetenz praktizieren auch häufiger gesündere Verhaltensweisen als diejenigen mit einer niedrigeren Gesundheitskompetenz** (z. B. Obst- und Gemüsekonsum, Sport und Rauchen). Ein Zusammenhang lag auch zwischen einer höheren Gesundheitskompetenz und dem sozioökomischen Familienstatus vor. Jugendliche aus wohlhabenderen und bildungsnahen Familien hatten ebenfalls häufiger eine höhere Gesundheitskompetenz [25].

In einer anschließenden Online-Fokusgruppen-Erhebung (COVID-GeKoJu) wurde dieselbe Altersgruppe mit Bezug zur Covid-19 Pandemie befragt [30]. Darin geben Jugendliche an, dass sie ihre Informationen zur Pandemie hauptsächlich über das Internet und digitale Kommunikationskanäle beziehen und in erster Linie nach Informationen zu Schutzmaßnahmen suchen – und zwar auf offiziellen Webseiten von Bundesbehörden oder kommunalen Einrichtungen in ihrer Umgebung. Sie gaben auch an, Nachrichten im Fernsehen, Radio und Zeitungen heranzuziehen, um sich zu informieren. Daneben benennen Jugendliche Eltern, Freunde und Bekannte (z. B. Gleichaltrige oder Polizeibeamte) als weitere zentralen Quellen, um sich zur Pandemie zu informieren und auszutauschen. Häufig gaben sie auch an, dass sie gar nicht aktiv nach Informationen zum Thema suchen musste, weil man ihnen die wichtigen Informationen zur Verfügung gestellt hat (Push vs. Pull Prinzip). Ähnliche Ergebnisse hinsichtlich des Push vs. Pull-Prinzips bezüglich Informationen zur Pandemie konnten schon bei der Allgemeinbevölkerung [31] und Studierenden [32] beobachtet werden. Bei Informationen, die zu komplex gestaltet oder zu lang verfasst waren, empfanden Jugendliche hinsichtlich des Filterns und Verstehen von wichtigen Informationen Schwierigkeiten [30].

In einer Studie zur Lebenskompetenz in den sechsten Klassen in sechs Bundesländern, in der 1.671 Schüler*innen zu ihrer Gesundheitskompetenz befragt wurden, gaben 9 von 10 Schüler*innen an, dass ihnen der Umgang mit Informationen zur Gesundheit eher leicht fallen würde [33]. Das heißt, subjektiv betrachtet, empfinden sie kaum Schwierigkeiten, Informationen zu gesundheitlichen Themen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden [33].

Auch Grundschulkinder in der vierten Schulklasse in NRW schätzen ihre Gesundheitskompetenz ähnlich hoch ein: Im Rahmen der HLCA MoMChild- und HL-Kids-Studien wurden Schüler*innen im Alter von 8 – 11 Jahren befragt. In der MoMChild-Studie wurden im Jahr 2016/2017 insgesamt 907 Schüler*innen, wobei 80 Prozent der befragten Kinder angegeben haben, dass ihnen der Umgang mit Informationen zur Gesundheit eher leichtfallen würde [23]. In einer Folgebefragung HL-Kids im Jahr 2021, in der noch einmal 515 Grundschulkinder in NRW befragt wurden, waren es dann immerhin noch 76 Prozent, die angaben, dass sie gut mit Informationen zur Gesundheit umgehen könnten [34]. Weil die Studie im Rahmen der Corona-Pandemie durchgeführt wurde und von den Schulschließungen betroffen war, musste sie vor Beendigung

eingestellt werden, wurde aber im Jahr 2022/2023 wiederholt (die Ergebnisse werden derzeit ausgewertet). Aufgrund der Pandemie wurde auch erstmalig die corona-spezifische Gesundheitskompetenz der Kinder erfasst. In diesem Bereich fallen die Ergebnisse weniger positiv aus. So haben 47,5 Prozent der Grundschulkinder Schwierigkeiten damit, die richtigen Informationen zum Coronavirus zu finden, 36,1 Prozent fällt es schwer, Informationen zum Coronavirus zu verstehen und 39,1 Prozent der Kinder haben Schwierigkeiten damit, den Wahrheitsgehalt von Informationen zum Coronavirus richtig einzuschätzen. Die größten Schwierigkeiten empfinden die Kinder, wenn sie Informationen zur Gesundheit beurteilen sollen [23, 34]. Ein ähnliches Ergebnis konnte auch für Jugendliche [25, 33] und auch bei Erwachsenen [35, 36] festgestellt werden, weswegen insbesondere die Stärkung der kritischen Gesundheitskompetenz so wichtig ist.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Grundschulstudie über beide Erhebungszeiträume hinweg, dass eine hohe Gesundheitskompetenz von Grundschulkindern mit einer besseren subjektiven körperlichen und psychischen Gesundheit und gesünderen Verhaltensweise verknüpft ist. Es zeigt sich auch, dass diejenigen Kinder eine höhere Gesundheitskompetenz haben, die selber interessiert sind, etwas über die Gesundheit zu lernen und auch häufiger mit ihrer Eltern über Gesundheitsthemen sprechen [23, 34]. Zudem zeigt sich in dieser Studie [37] – und auch in allen anderen Studien zur Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter – ein sozialer Gradient in der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen [25, 26, 33]. Das heißt, dass eine hohe Gesundheitskompetenz ungleich verteilt ist und **Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Hintergrund öfter auch eine geringere Gesundheitskompetenz als ihre gleichaltrige Peers aus wohlhabenderen Familien und höheren sozialen Schichten** aufweisen.

DIGITALE GESUNDHEITSKOMPETENZ

Im Rahmen der Strategie zur Bildung in der digitalen Welt der Kultusministerkonferenz (KMK) wurde im Jahr 2016 eine neues Curriculum vorgestellt, das die für die Digitalisierung notwendigen digitalen Kompetenzen in der Schule fördern soll [38]. Auf der Ebene der Länder wurden diese Kompetenzanforderungen in die Medienkompetenzrahmen übersetzt, welche sich hervorragend eignen, um die Gesundheitskompetenz zu stärken [39]. Die Eignung rührt insbesondere daher, weil die Medienkompetenzrahmen die Kernkompetenzbereiche Umgang mit Informationen, kritisches Denken, Kommunikation und Umgang mit digitalen Medien und Daten adressieren, die auch für die Gesundheitskompetenz und den Umgang mit gesundheitlichen Angeboten und Informationen zentral sind [20, 39]. Das gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich immer mehr Kinder und Jugendliche mit dem Thema Gesundheit über das Internet und die sozialen Medien auseinandersetzen [40]. Daher wird auch der digitalen Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen immer mehr Bedeutung beigemessen. Dabei beschreibt das Konzept der digitalen Gesundheitskompetenz im Wesentlichen die **zentralen Kompetenzen im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen über digitale Bezugsquellen** [40].

In Deutschland wurden bislang erst zwei Studien zur digitalen Gesundheitskompetenz von Schüler*innen durchgeführt. Im Jahr 2019 wurde die Studie zur digitalen Gesundheitskompetenz von Schüler*innen (DiGKS) durchgeführt [41]. Im Rahmen der Studie wurden 500 Schüler*innen der Sekundarstufe I (Jahrgangstufe 5 bis 10) in Hessen befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass 41 Prozent der Schüler*innen Schwierigkeiten bei der Suche von digitalen Gesundheitsinformationen haben, 42 Prozent bei der Bewertung der Zuverlässigkeit von Informationen zur Gesundheit über Onlinequellen und 44 Prozent bei der Bestimmung der Relevanz dieser Information und ihrer Übertragung in den Alltag.

Im Rahmen des oben erwähnten § 20k zur digitalen Gesundheitskompetenz wird die DurchBlickt!-Studie zur digitalen Gesundheitskompetenz in der Schule durchgeführt [42]. Das besondere an der Studie ist der Umstand, dass sowohl die Gesundheitskompetenz von Schüler*innen als auch von Lehrkräften gemessen wurde und somit dem relationalen Modell der Gesundheitskompetenz Rechnung getragen wird, um ein ganzheitliches Bild zum Stand der schulischen (digitalen) Gesundheitskompetenz erhalten. Die Ergebnisse zeigen, dass 52,9 Prozent der Schüler*innen und 42 Prozent der Lehrkräfte eine geringe digitale Gesundheitskompetenz haben. Jüngere Kinder hatten eine niedrigere Gesundheitskompetenz als ältere Jugendliche.

Bei den Schüler*innen stellte sich heraus, dass eine höhere digitale Gesundheitskompetenz unabhängig vom Geschlecht, Schultyp und dem Migrationshintergrund ist. Sie korreliert jedoch mit dem Alter (jüngere Kinder hatten eine niedrigere Gesundheitskompetenz als ältere Jugendliche), einem besseren Gesundheitsverhalten und einer besseren subjektiven Gesundheit. Auch die Ergebnisse dieser Studie zeigen das Vorliegen eines sozialen Gradienten, wobei die digitale Gesundheitskompetenz bei Schüler*innen aus weniger wohlhabenderen Familien geringer war als bei denjenigen aus Familien mit einem höheren Wohlstandsniveau.

Die bislang wenigen Studien zur digitalen Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter regen jedoch jetzt bereits an, die Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz systematisch in der Schule zu adressieren. Hierzu eignen sich insbesondere die eingangs erwähnten Medienkompetenzrahmen im Rahmen der Strategie zur digitalen Bildung in der Schule [43]. Der Ansatz der **Stärkung der Gesundheitskompetenz über die Medienkompetenz** wird auch durch die WHO als ein wichtiger Ansatz zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Schule hervorgehoben [20]. So können Schulkindern nicht nur die notwendigen Kompetenzen vermittelt werden, die wichtig sind für den Umgang mit gesundheitlichen Inhalten und Daten über das Internet und die Medien, sondern auch die Kompetenzen, sicher in digitalen Umgebungen zu navigieren, Falschnachrichten zur Gesundheit zu erkennen und sich vor schädlichen Werbebotschaften und gesundheitlichen Informationen mit dahinterliegendem kommerziellen Interesse zu schützen.

EINFLUSS DER GESUNDHEITSKOMPETENZ VON SCHÜLER*INNEN AUF BILDUNGSERGEBNISSE

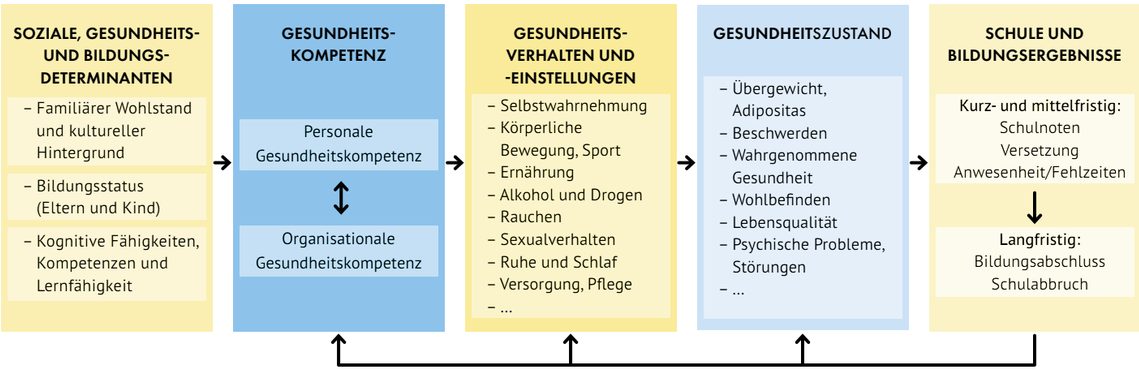


Abbildung 2: Einfluss der Gesundheitskompetenz von Schüler*innen auf Bildungsergebnisse [20]

Die digitalen und kommerziellen Determinanten von Gesundheit haben nämlich insbesondere durch das Internet und die sozialen Medien einen Bedeutungszuwachs erhalten und häufig zielen Werbebotschaften und Websites auf Kinder und Jugendliche (z. B. Influencer, kommerzielle Anbieter).

WIE KÖNNEN GESUNDHEIT UND GESUNDHEITSKOMPETENZ DER SCHULE HELFEN, IHREM EIGENEN BILDUNGSAUFTRAG EFFEKTIVER NACHZUKOMMEN?

Im Rahmen der Faktenreihe, die durch die Schools for Health in Europe Network Foundation (SHE) herausgegeben wird, wurde im Jahr 2020 das Faktenblatt Gesundheitskompetenz in der Schule veröffentlicht [19]. In diesem wird ein Wirkmodell vorgestellt, das den Einfluss der Gesundheitskompetenz von Schüler*innen auf Bildungsergebnisse aufzeigt (**Abbildung 2**). Es handelt sich hierbei nicht um ein kausales Modell, sondern zeigt direkte Effekte von Gesundheitskompetenz auf Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand sowie deren Einfluss auf Bildung auf. Das Modell wurde durch eine Recherche zu Studien zur Gesundheitskompetenz bei Schüler*innen erstellt und greift hierbei deren zentrale Ergebnisse auf.

Mit dem Modell soll zum einen veranschaulicht werden, welche Auswirkungen Gesundheitskompetenz auf gesundheitliche Ergebnisse von Schüler*innen hat und inwiefern schulische Bildungsziele durch verbesserte Gesundheit positiv beeinflusst werden. So soll aufgezeigt werden, welchen Mehrwert die Adressierung gesundheitlicher Themen in der Schule für schulische Ziele besitzt.

Weil Schulen bereits durch ihre eigenen Aufgaben und Bildungsvorgaben, Engpässen in den Lehrplänen, Ausfall von Unterricht, Lehrkräftemangel, zu geringer Ressourcen und zuletzt durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie bereits ohnehin überlastet sind, können sie sich häufig nicht verantwortlich fühlen, Gesundheitsförderung und Prävention in ihrem Setting zu betreiben oder dieser zumindest nur relativ wenig Zuwendung schenken. In der gegenwärtigen Situation, in der sich das deutschen Bildungssystem befindet, steht natürlich primär im Vordergrund, die Zielerreichung des eigentlichen Mandats erfolgreich nachzukommen, nämlich der Vermittlung von Bildung.

Daher haben Gesundheitsthemen in der Schule häufig einen schweren Stand. Durch das Aufzeigen der komplexen Wechselbeziehungen zwischen Bildung und Gesundheit, versucht das Modell zu veranschaulichen, wie Gesundheit und Gesundheitskompetenz der Schule helfen können, ihrem eigenen Bildungsauftrag effektiver nachzukommen. In dem Modell wird zudem gezeigt, dass Gesundheitskompetenz eine Determinante von Gesundheitsverhalten ist, Gesundheitsverhalten eine Determinante von Gesundheit und Gesundheit eine Determinante von Bildung. Zugleich verdeutlicht es auch, dass Bildung eine Determinante für alle drei dieser Gesundheitsbereiche ist. Und auch in diesem Modell steht der Gedanke der Verhältnisprävention im Vordergrund, wie an der ersten Dimension „Soziale, Gesundheits- und Bildungsdeterminanten“ zu erkennen ist. Diese Determinanten sind nämlich ihrerseits zentral für die Entwicklung von Gesundheitskompetenz von Schüler*innen, für ihre Gesundheit sowie deren Bildungsaspiration und -ergebnisse.

TOOLBOX DES TOOL-HLCA PROJEKTS:
Medienkompetenz zur Stärkung der Gesundheitskompetenz

Im Rahmen des Tool-HLCA Projekts wurde der Medienkompetenzrahmen als Grundlage verwendet (**Abbildung 3**), um die Toolbox zur Stärkung der Gesundheitskompetenz zu entwickeln und auf einige dieser Entwicklung durch Digitalisierung zu reagieren.

Die Unterrichtsmaterialien zur Stärkung der Gesundheitskompetenz orientieren sich in erster Linie an der Kompetenzdimension

Informieren und Recherchieren, streifen jedoch auch die anderen fünf Dimensionen durch die Übungen. Das Material kann durch Lehrkräfte im Unterricht in den Klassen 7 – 10 eingesetzt werden. Mehr Infos hier *(https://www.sg.tum.de/healthliteracy/forschung/hlca/tool-hlca/)*.

Neben Übungseinheiten stellt die Toolbox unterschiedliche Kompetenzmodelle und das Modell der Gesundheitskompetenz vor, führt in die Dimensionen des Medienkompetenzrahmens ein, stellt Qualitätskriterien für die Bewertung von Informationen und Onlineseiten zur Verfügung, Qualitätsstandards für das Erkennen von Fehlinformationen und geht dezidiert auf die Einbindung der Toolbox in den Unterricht ein [43].

DIE GESUNDHEITSKOMPETENTE SCHULE:
Leitfaden und Materialsammlung des Projekts GeKoOrg-Schule

Neben der personalen Gesundheitskompetenz von Schüler*innen muss auch die Gesundheitskompetenz von Lehrkräften und Schulleitungen in den Blick genommen werden [45]. Hierfür eignet sich die organisationale Gesundheitskompetenz der Schule, in die bereits oben eingeführt wurde. Im Rahmen der Allianz für Gesundheitskompetenz fördert das Bundesministerium für Gesundheit das Projekt GeKoOrg-Schule, das sich erstmals der Erforschung der organisationalen Gesundheitskompetenz der Schule widmet [46].

Im Rahmen des Projekts wurde gemeinsam mit Akteur*innen aus der Schule der Leitfaden „Gesundheitskompetente Schule“ entwickelt *(https://mediatum.ub.tum.de/doc/1688087/1688087.pdf)* [47], in dem acht Standards einer gesundheitskompetenten Schule definiert werden (**Abbildung 4**). Jeder Standard besitzt zudem sechs Indikatoren, mit denen die Standards weiter spezifiziert werden, und die Schule den Umsetzungsstand der schulischen Gesundheitskompetenz bestimmen kann. Neben dem Leitfaden wurden auch Selbstbewertungs-Tools (Lang- und Kurzformen) [48], eine Materialsammlung mit Unterrichtsmaterialien für die Stärkung der Gesundheitskompetenz *(https://mediatum.ub.tum.de/doc/1688088/1688088.pdf)* [49] sowie ein Gesundheitskompetenz-Netzwerk für die Schule (Allianz für Gesundheitskompetenz in der Schule [5]) entwickelt.

Mit dem zum Leitfaden gehörenden Fragebogen Organisationale Gesundheitskompetenz der Schule (OGKS-FB) [48] können Schulen eigenständig beurteilen, in welchen Bereichen sie Gesundheitskompetenz bereits entsprechend umsetzen oder in welchen Bereichen sie Handlungsbedarf sehen. Eine gegenwärtig laufende Studie erfasst die organisationale Gesundheitskompetenz von Schulen in fünf Bundesländern. Die Veröffentlichung der Ergebnisse wird voraussichtlich noch im Jahr 2023 erfolgen. Die Informationen hierzu können Sie hier abrufen *(https://gekoorg-schule.de/)*.

FAZIT

In Deutschland ist Gesundheitskompetenz bereits partiell in die schulische Gesundheitsförderung und Prävention eingeschlossen, es besteht jedoch ein dringender Handlungsbedarf, Gesundheitskompetenz zielgerichtet und noch systematischer in der Schule umzusetzen, um so die Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen früh und nachhaltig zu stärken.

Eine gute Gesundheitskompetenz von Schüler*innen trägt zu einem besseren Gesundheitsverhalten und einer besseren körperlichen und psychischen Gesundheit bei. Darüber werden auch

MEDIENKOMPETENZRAHMEN NRW ALS GRUNDLAGE FÜR DIE TOOLBOX ZUR STÄRKUNG DER GESUNDHEITSKOMPETENZ

BEDIENEN & ANWENDEN	INFORMIEREN & RECHERCHIEREN	KOMMUNIZIEREN & KOOPERIEREN	PRODUZIEREN & PRÄSENTIEREN	ANALYSIEREN & REFLEKTIEREN	PROBLEMLÖSEN & MODELLIEREN
Medienausstattung (Hardware)	Informations-recherche	Kommunikations- & Kooperationsprozesse	Medienproduktion & Präsentation	Medienanalyse (Vielfalt)	Bedeutung von Algorithmen
Digitale Werkzeuge	Informations-auswertung	Kommunikations- & Kooperationsregeln	Gestaltungsmittel Grundlagen	Meinungsbildung & Medien	Algorithmen erkennen
Datenorganisation, Information	Informations-bewertung	Kommunikation & Kooperation & Gesellschaft	Quellen-dokumentation	Identitätsbidlung & Medien	Modellieren und Programmieren
Datenschutz und -sicherheit	Informations-kritik	Cybergewalt und -krimminalität	familiärer Wohlstand und kultureller Hintergrund	Selbstregulierte Mediennutzung	Bedeutung von Algorithmen

Abbildung 3: Medienkompetenzrahmen NRW als Grundlage für die Toolbox zur Stärkung der Gesundheitskompetenz [38, 39]

STANDARDS EINER GESUNDHEITSKOMPETENTEN SCHULE

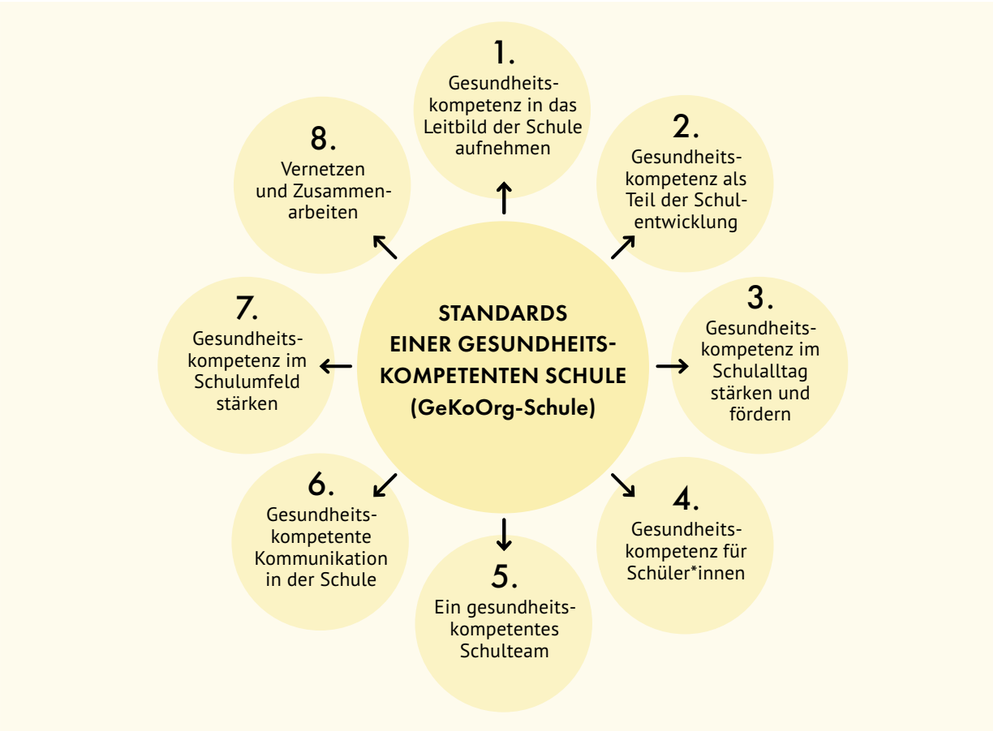


Abbildung 4: Standards einer gesundheitskompetenten Schule [42]

Bildungsergebnisse und Schulerfolg beeinflusst. Gesundheitskompetenz in der Schule muss daher als ein wichtiges Bildungsziel definiert werden und durch Maßnahmen im Unterricht adressiert und in den Rahmen ganzheitlicher Settingansätze in der Schule überführt werden.

Bereits jetzt liegen einige Unterrichtsprogramme zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Schule vor, die in der GeKoOrg-Schule Materialsammlung zusammengefasst sind und von Lehrkräften kostenfrei für den Einsatz in der Schule heruntergeladen werden können. Mit der Toolbox zur Stärkung der Gesundheitskompetenz liegt zudem ein Unterrichtsmanual vor, das auf dem Medienkompetenzrahmen NRW und der digitalen Bildung basiert sowie an Lehrplanthemen ausgerichtet ist. Ein Vorteil, Gesundheitskompetenz im Rahmen der Medien- und Digitalbildung zu fördern liegt darin, auf diese Weise Gesundheitskompetenz konkret am Umgang mit dem Internet, Medien und sozialen Medien sowie digitalen Tools und Kommunikationstechnologien zu stärken. **Heranwachsende greifen immer öfter aufs Internet zurück, um sich zu informieren und mit anderen zum Thema Gesundheit auszutauschen. Insbesondere der Umgang mit schädlichen Werbebotschaften, kommerziellen Interessen und Fehlinformationen muss dabei das Ziel von Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Schüler*innen sein**.

Durch den Ansatz der gesundheitskompetenten Schule kann die Gesundheitskompetenz zudem verhältnispräventiv im Setting Schule gefördert werden, so dass Schulprozesse optimiert werden, um Gesundheitskompetenz effektiver zu fördern. Somit trägt der Ansatz auch dazu bei, gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen und auf den in den Studien erwähnten sozialen Gradienten in der Gesundheitskompetenz einzugehen. Natürlich muss Gesundheitskompetenz auch Teil der Lehrkräfteausbildung an Hochschulen werden und durch weitere Maßnahmen für das Schulpersonal im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung gestützt werden. Idealerweise sollten die Ministerien für Gesundheit, Bildung und Familie mit einander kooperieren, um Ressourcen zu bündeln und alle entsprechenden Lebensbereiche anzusprechen, die für die Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen von Bedeutung sind.

EMPFEHLUNGEN DES AUTORS

→ Gesundheitskompetenz in der Schule muss als ein **wichtiges Bildungsziel** definiert werden und durch **Maßnahmen im Unterricht** adressiert und in den Rahmen ganzheitlicher Settingansätze in der Schule überführt werden.

→ **Medien-, Informations- und Digitalkompetenz** eignen sich, um die Gesundheitskompetenz zu stärken.

→ Insbesondere **der Umgang mit schädlichen Werbebotschaften, kommerzielle Interessen** und Fehlinformationen muss das Ziel von Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Schüler*innen sein.

→ Gesundheitskompetenz muss Teil der **Lehrkräfteausbildung** an Hochschulen werden und durch weitere Maßnahmen für das Schulpersonal im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung gestützt werden.

→ Investitionen in die Entwicklung hin zur **gesundheitskompetenten Schule** sind besonders wichtig, um schulische Gesundheitskompetenz ganzheitlichen zu planen und umzusetzen und mit weiteren Schulansätzen wie der Guten Gesunden Schule zu verknüpfen.

→ Informationen zur Gesundheit müssen **kinder- und jugendgerecht** gestaltet, relevant, kurzgehalten und einfach zu verstehen sein. Zudem sollten sie leicht umzusetzen sein. Weiterhin ist es wichtig, Kindern und Jugendlichen die benötigten Informationen **ohne Aufforderung** zukommen zu lassen (Push vs. Pull-Prinzip).

→ Insgesamt besteht ein hoher Bedarf, Maßnahmen zur Gesundheitskompetenz **zielgruppengerecht** zur Verfügung zu stellen und hierbei dezidiert unterschiedliche Bedarfe von jüngeren Kindern und älteren Jugendlichen zu berücksichtigen.

→ Die **Ministerien für Gesundheit, Bildung und Familie** sollen miteinander **kooperieren**, um Ressourcen zu bündeln und alle entsprechenden Lebensbereiche anzusprechen, die für die Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen von Bedeutung sind.

→ Eine **systematische Strategie zur Stärkung der Gesundheitskompetenz** von Kindern und Jugendlichen, die auch das Setting Schule in seiner Ganzheit einschließt, benötigt zudem hohe **Investitionen** in Bildung und Forschung. Nur durch die effektive Zuwendung von Seiten der Politik, kann eine nachhaltige und qualitativ hochwertige Umsetzung schulischer und lebensweltlicher Gesundheitskompetenz erfolgen.

→ Idealerweise sollte **Gesundheitskompetenz** analog zu PISA und ähnlichen Studien regelmäßig in der Schule über alle Klassenstufen hinweg **gemessen** werden, um Bedarfe adressieren und Veränderungen erkennen zu können.

Kurz & knapp:

Impfungen sind nicht nur für Kinder ab der Geburt bzw. bereits in der Schwangerschaft, sondern auch für Jugendliche wichtig, da sie in jedem Lebensalter vor schweren Erkrankungen und Krankheitsverläufen schützen und die Verbreitung von Infektionen eindämmen können. Die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) empfiehlt verschiedene Impfungen für Jugendliche, darunter Auffrischimpfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten und Kinderlähmung sowie die Grundimmunisierung gegen das Humane Papillomavirus (HPV) im Alter von 9 bis 14 Jahren und Nachholimpfungen bis zum Alter von 17 Jahren. Auch Indikations- und Reiseimpfungen werden empfohlen, abhängig von den individuellen Risikofaktoren und dem Reiseziel. Die aktuellen Impfquoten bei Jugendlichen in Deutschland zeigen, dass viele der Jugendlichen mindestens eine Auffrischimpfung gegen Tetanus, Diphtherie und Keuchhusten erhalten haben. Bei der HPV-Impfung ist weiterhin eine Steigerung der Impfquoten erforderlich, um das von der WHO/EU gesteckte Ziel einer vollständigen HPV-Impfserie bei mehr als 90 Prozent der 15-jährigen Mädchen bis 2030 zu erreichen. Um Impflücken bei Jugendlichen, wie z. B. bei HPV zu schließen, ist eine zielgruppenspezifische Kommunikation zur Bedeutung und den Nutzen von Impfungen erforderlich.

Impfungen bei Jugendlichen

Sind Jugendliche in Deutschland umfassend durch Impfungen geschützt?
Wo gibt es Impflücken? Wie kann man diese minimieren?
Wie können die HPV-Impfquoten bei den 9 bis 14-Jährigen gesteigert werden?

DR. FRANZISKA FELDL
Stiftung Kindergesundheit

PROF. HEIDRUN THAISS
Honorarprofessorin an der Technischen Universität München
Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin
Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) a. D.
Mitglied des wissenschatlichen Beirats der Stiftung Kindergesundheit

Impfungen spielen eine wichtige Rolle für die Gesundheit und das Wohlergehen von Jugendlichen. Sie bieten nicht nur einen individuellen Schutz vor gefährlichen Krankheiten, sondern tragen auch zur öffentlichen Gesundheit bei, indem sie die Verbreitung von Infektionen in der gesamten Bevölkerung eindämmen. Sie können dazu beitragen, schwerwiegende Krankheiten zu verhindern, Komplikationen zu reduzieren, Todesfälle zu vermeiden und dadurch Leben zu retten. Darüber hinaus schützen Impfungen nicht nur die Geimpften selbst, sondern auch Personen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht geimpft werden können, wie beispielsweise Menschen mit geschwächtem Immunsystem, angeborenen oder erworbenen Immundefekten oder in bestimmten Phasen einer immunsuppressiven Therapie (Herdenimmunität/ Gemeinschaftssschutz).

Jugendliche im Alter zwischen 12 und 17 Jahren werden selten ernsthaft krank. Arztbesuche finden in diesem Alter daher weniger häufig statt. Dies ist einer der Gründe, weshalb notwendige von der Ständigen Impfkommission (STIKO) für diese Altersgruppe empfohlene Impfungen vergessen werden.

Auch weil Jugendliche im Rahmen von Klassenfahrten, Schüleraustausch oder Urlaub in Länder reisen, in denen Infektionskrankheiten vermehrt oder mit einem anderen Erregerspektrum auftreten, ist es sehr wichtig, dass ein kompletter Impfschutz besteht [1].

EMPFOHLENE STANDARDIMPFUNGEN FÜR JUGENDLICHE

Die von der STIKO empfohlenen Impfungen sind vor allem im Säuglings- und Kleinkindesalter sehr umfangreich (siehe hierzu 1. Kindergesundheitsbericht). Aber auch für Jugendliche enthält der Impfplan wichtige Auffrischimpfungen und die Grundimmunisierung gegen das Humane Papillomavirus (HPV) (**Tabelle 1**), die entsprechend dem empfohlenen Alter erfolgen sollen, sowie darüber hinaus Indikations- und/oder Reiseimpfungen [2].

AKTUELLER STIKO IMPFKALENDER FÜR JUGENDLICHE IM ALTER VON 9 BIS 17 JAHREN

Alter in Jahren	9 – 14	15 – 16	17
	GRUNDIMMUNISIERUNG		
HPV	2 Impfdosen im Abstand von mindestens 5 Monaten; bei einem Abstand < 5 Monaten zwischen 1. und 2. Dosis ist eine 3. Impfdosis nötig	Nachholimpfung aller noch nicht Grundimmunisierten mit 3 Impfdosen entsprechend der jeweiligen Fachinformation; Bei nicht vollständiger Grundimmunisierung Komplettierung der Impfserie	
	AUFFRISCHIMPFUNGEN		
Tetanus	2. Auffrischimpfung		
Diphtherie	2. Auffrischimpfung		
Keuchhusten	2. Auffrischimpfung		
Kinderlähmung	1. Auffrischimpfung		

Tabelle 1: Aktueller STIKO Impfkalender für Jugendliche im Alter von 9 bis 17 Jahren, basierend auf [2]

Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Kinderlähmung

Nach einer erfolgten Grundimmunisierung gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten und Kinderlähmung im Säuglingsalter wird die erste Auffrischimpfung gegen Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten für Kinder vor dem Schulbeginn im Alter von 5 bis 6 Jahren empfohlen, eine weitere dann im Alter zwischen 9 und 16 Jahren. Eine Auffrischimpfung gegen Kinderlähmung ist zwischen dem Alter von 9 und 16 Jahren empfohlen [2].

Impfquoten:

Beim Robert Koch Institut (RKI) werden die Impfquoten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland anhand von jährlich in den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten der Länder (ÖGD) erhobenen Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen und Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen gesammelt und veröffentlicht [3]. In einigen Bundesländern kontrollieren die Gesundheitsämter im Rahmen der Reihenuntersuchungen die Impfausweise der Schüler*innen der 3. und 6. Klassen, wie z. B. in Sachsen-Anhalt [4], oder der 4. und 8. Klasse, wie z. B. in Mecklenburg-Vorpommern [5]. Die erhobenen Daten geben Aufschluss zum Impfstatus in den entsprechenden Regionen.

Die im Jugendalter empfohlene 2. Auffrischimpfung gegen Tetanus, Diphtherie und Keuchhusten sowie die 1. Auffrischimpfung gegen Kinderlähmung wurde in den bisherigen jährlichen Veröffentlichungen des RKIs nicht berücksichtigt.

Daten zum Impfstatus wurden auch in der KiGGS-Studie Welle 2 von 3.238 Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren, die entweder einen lesbaren Impfausweis mit einer vollständigen Dokumentation aller erhaltenen Impfungen vorgelegt haben oder die nach Aussage der Eltern ungeimpft waren, erhoben. Die so ermittelten Impfquoten zeigen, dass im Alter von 11 bis 13 Jahren ca. 88 Prozent der Jugendlichen mindestens eine Auffrischimpfung gegen Tetanus und Diphtherie und knapp 85 Prozent gegen Keuchhusten erhalten hatten. In der Gruppe der 14- bis 17-Jährigen hatten etwa 91 Prozent mindesten eine Tetanus- und Diphtherieauffrischimpfung sowie ca. 77 Prozent eine Keuchhustenauffrischimpfung erhalten [6].

Aus den Daten der KiGGS-Studie geht jedoch nicht explizit hervor, wie viele der Jugendlichen die für ihr Alter empfohlene 2. Auffrischimpfung gegen die drei genannten Krankheiten sowie die 1. Auffrischimpfung gegen Kinderlähmung erhalten haben.

Daten aus dem DAK-Kinder- und Jugendreport 2022, für den die Impfungen der DAK-versicherten Kinder und Jugendlichen während der Pandemie analysiert wurden, zeigen bei den 9 bis 16-Jährigen von 2019 bis 2021 einen Rückgang der Auffrischimpfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten und Kinderlähmung um 23 Prozent [7].

Ein Zusammenhang mit dem Rückgang der Inanspruchnahmeraten von Jugendvorsorgeuntersuchungen ist zu diskutieren. Hier wäre wichtig, eine Longitudinalbeobachtung anzuschließen.

Aufgrund der unzureichenden Impfquoten hat die Nationale Lenkungsgruppe Impfen (NaLI) als Ziel in den Nationalen Impfplan die Erhöhung der Inanspruchnahme von Auffrischimpfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten und Kinderlähmung bei Schulkindern oder Jugendlichen auf mindestens 90 Prozent aufgenommen [8].

Basierend auf den oben aufgeführten Trends der Impfquoten ist davon auszugehen, dass dieses Ziel in Deutschland absehbar noch nicht erreicht werden wird.

HUMANE PAPILLOMVIREN (HPV)

- HPV-Infektionen zählen zu den häufigsten sexuell übertragbaren Infektionen.
- Die meisten sexuell aktiven Frauen und Männer infizieren sich einmal im Leben mit HPV.
- HPV Infektionen erfolgen meist bald nach Aufnahme der sexuellen Aktivitäten.
- In Deutschland erkranken jährlich ca. 6.250 Frauen und 1.600 Männer an HPV-bedingten Krebsarten.
- Hochrisiko HPV-Typen verusachen Tumore im Zervix-, Vagina-, Vulva- und Analbereich.
- Niedrigrisiko HPV-Typen sind für Genitalwarzen verantwortlich.

Infokasten 1: Humane Papillomviren (HPV) [12]

Humanes Papillomavirus (HPV)

Die HPV- Impfung erweist sich als besonders geeignetes Exempel für die Heterogenität von Impfungen im Kindes- und Jugendalter und die damit verbundenen unterschiedlichen Herausforderungen für den Erfolg der Inanspruchnahme.

Die HPV- Impfung ist einerseits die bestmögliche primärpräventive Impfung gegen bestimmte HPV-bedingte Krebserkrankungen und damit eine der wichtigsten Waffen im Kampf gegen gewisse Tumoren. Andererseits erfordert sie bei Ansprache der Eltern eines neunjährigen Kindes zum Thema sexuell übertragbare Erkrankungen besondere Sensibilität und Einfühlungsvermögen in der Kommunikation über Nutzen und Wirkung der Impfung. Die Impfung scheint insbesondere aus diesem Grund zumindest primär nicht als Reihenimpfung im Public Health- Bereich (insbesondere in der Schule mit den aktuellen Strukturen) geeignet.

Die HPV- Impfung ist – bislang - die einzige Impfung, die bestimmten, mit einer HPV-Infektion in Zusammenhang stehenden Krebserkrankungen vorbeugen kann. Dieses Impfziel sollte als besonders bedeutsam vermittelt werden. Der jüngst verstorbene Pionier und Entdecker des Kausalzusammenhangs von Humanen Papilloma-Viren als Auslöser des Gebärmutterhalskrebses, Prof. zur Hausen (1936 – 2023) ist daher zurecht 2008 mit dem Nobelpreis für Medizin geehrt worden.

Erste Zielgruppe der HPV-Impfung waren Mädchen ab 12 bis 17 Jahren. Die primäre Indikation war und ist die Reduktion der Krankheitslast durch Gebärmutterhalskrebs und die Verhinderung der Präkanzerosen (Vorstufen) bestimmter maligner Tumore (Plattenepithelkarzinome) im Genitalbereich. Damit fiel die Impfung in den Leistungskatalog hauptsächlich der gynäkologischen Praxen und wurde oft verbunden mit der Erstvorstellung bei der Frauenärztin/dem Frauenarzt. Weniger häufig war die Impfung Thema anlässlich der J1 (12 - 14 Jahre) oder J2 (16 - 17 Jahre), die üblicherweise in der (oft langjährig kontaktierten) kinderärztlichen Praxis – meist nicht im Beisein der Eltern - durchgeführt wird und dort unter anderem auch Themen wie erste Sexualkontakte und Übertragungsrisiken vorgesehen sind. Die Zielgruppe für die Ansprache und damit die unterschiedlichen Kommunikationskanäle (hier: Jugendliche) unterscheiden sich fundamental seit der Verschiebung des empfohlenen Impfbeginns in den Altersbereich ab 9 Jahre und den Einbezug auch des männlichen Geschlechts. Damit obliegen sowohl Aufklärung wie auch Impfung wieder den Kinder- und Jugendärztlichen Praxen und die Ansprache richtet sich primär an die Eltern der minderjährigen Kinder [9].

Seit 2014 wird die Impfung für Mädchen im Alter von 9-14 Jahren und die Nachholimpfung bis 17 Jahren von der STIKO empfohlen. Im Jahr 2018 folgte dann die STIKO-Empfehlung auch für Jungen im selben Alter. Die Grundimmunisierung im Alter von 9-14 Jahren erfolgt mit einem 2-Dosen-Impfschema mit einem Impfabstand von mindestens 5 Monaten. Werden die beiden Impfstoffdosen in einem Abstand von weniger als 5 Monaten verabreicht, so ist eine 3. Impfdosis nötig [2].

Die HPV-Impfung sollte idealerweise vor einer Erstinfektion mit den im Impfstoff enthaltenen HPV-Typen erfolgen, folglich sollte sie vor dem ersten sexuellen Kontakt jeglicher Art durchgeführt werden. In diesem Fall beträgt die Schutzwirkung gegen Vorstufen von Gebärmutterhalskrebs (CIN3+), verursacht durch die im Impfstoff enthaltenen HPV-Typen, 94 Prozent und gegen Krebsvorstufen im Analbereich (AIN2) 76 Prozent [10]. Studien konnten zeigen, dass durch eine frühzeitige HPV-Impfung das Risiko für Gebärmutterhalskrebs deutlich gesenkt werden konnte [11].

Impfquoten:

Aus den Ergebnissen der KV-Impfsurveillance, einer Auswertung von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen, geht hervor, dass im Jahr 2020 in Deutschland bei 51 Prozent der 15-jährigen Mädchen eine vollständige HPV-Impfserie erfolgt ist. Allerdings gab es dabei große Unterschiede in den einzelnen KV-Regionen, so waren in Baden-Württemberg die Impfquoten mit 40,9 Prozent am niedrigsten und in Sachsen-Anhalt mit 71,2 Prozent am höchsten. Während bei den Erhebungen 2019 die durchschnittliche Impfquote von 50 Prozent bei Mädchen erst im Alter von 17 bis 18 Jahren erreicht wurde, so konnte diese Impfquote 2020 erfreulicherweise bereits bei den 15-jährigen Mädchen beobachtet werden. Dieser Anstieg bei den jüngeren Mädchen ist wahrscheinlich auf die von der STIKO 2014 geänderte Altersempfehlung (9 bis 14 Jahre) zurückzuführen, da die jüngeren Kinder über die Routinevorsorgeuntersuchungen besser erreichbar sind. Auch das verkürzte Impfschema trägt vermutlich dazu bei [3].

Unter den 18-jährigen Mädchen waren laut KV-Impfsurveillance 54,1 Prozent im Jahr 2020 vollständig gegen HPV geimpft. Bei 21 Prozent wurde eine vor diesem Alter begonnene Impfserie nicht mit der erforderlichen letzten HPV-Impfung vervollständigt [3].

Seit 2018 wird die HPV-Impfung auch für Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren und die Nachholimpfung bis 17 Jahren empfohlen, Daten der KV-Impfsurveillance zeigen für 2020 eine vollständige HPV-Impfserie bei 15-jährigen Jungen von 17 Prozent, allerdings auch hier mit großen regionalen Unterschieden auf der Länder- bis hin zur Kreisebene. So waren nur 4,7 Prozent im Landkreis Tuttlingen (Baden-Württemberg) verglichen mit 40,5 Prozent in Zweibrücken (Rheinland-Pfalz) geimpft. Im Jahr 2021 war trotz Pandemie ein Anstieg vollständiger HPV-Impfserien bei den 15-jährigen Jungen auf 26,5 Prozent zu beobachten [3].

Daten zur Inanspruchnahme von Impfungen während der Pandemie aus dem DAK-Kinder- und Jugendreport 2022 zeigen, dass die HPV-Erstimpfungen bei 9 bis 17-jährigen Mädchen um 22 Prozent und bei Jungen um 26 Prozent vom Vorpandemiejahr 2019 bis zum Jahr 2021 zurückgegangen ist. Bei den Mädchen - besonders in den höheren Jahrgängen – wurden im Jahr 2021 auch weniger Impfungen zum Abschluss eines Impfzyklus dokumentiert. Im Gegensatz dazu konnten bei Jungen 2021 durchweg höhere Abschlussraten der Impfserie beobachtet werden als noch 2019, was möglicherweise auch darauf zurückzuführen ist, dass die HPV-Impfungen für Jungen erst seit Anfang 2019 durch die Gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden [7].

Obwohl in Deutschland im weltweiten Vergleich die Impfung gegen HPV schon früh (seit 2007) für Mädchen empfohlen wurde, kam in einer internationalen Analyse 2019 in Bezug auf den Anteil der 9- bis 14-jährigen Mädchen, die eine vollständige Impfserie erhalten haben, Deutschland nur auf Platz 37 von 46 Ländern mit hohem Einkommen [13].

Mit einer zeitgerechten HPV-Impfung vor dem ersten Sexualkontakt könnten mittelfristig viele HPV-bedingte Krebserkrankungen sowohl bei Frauen als auch bei Männern verhindert werden [14]. Daher hat sich die EU-Kommission das Ziel gesetzt, Gebärmutterhalskrebs durch eine vollständige HPV-Impfserie bei mehr als 90 Prozent der 15-jährigen Mädchen zu eliminieren und die Impfquote bei den 15-jährigen Jungen bis 2030 deutlich zu erhöhen [15]. Um dieses Ziel in Deutschland zu erreichen, müssen die Impfquoten weiter gesteigert werden.

Aus den oben genannten Gründen und den bisherigen Erfahrungen aus Modellprojekten, insbesondere den Schulimpfungen in Hessen und Leipzig [16], vor allem aber den Erfolgen der schulischen Impfaktionen seit den 1960er Jahren (Röteln, Polio oral, Hepatitis B) können folgende Maßnahmen zur Steigerung der Impfakzeptanz der HPV-Impfung empfohlen werden:

1. Primäre Verankerung der HPV- Impfung in den Praxen für Kinder- und Jugendmedizin
2. Einschluss der U11 (9-10 Jahre) und J2 (16 bis 17 Jahre) für die HPV-Impfung sowie anderer von der STIKO empfohlenen Standardimpfungen einschließlich der U10 (7-8 Jahre) in die Pflichtleistungen der GKV und PKV und dabei Verabreichung der altersgemäßen von der STIKO empfohlenen Impfungen bzw. Verabreichung von Nachholimpfungen wo nötig
3. Recall- Systeme in den Kinderärztlichen (und Praxen für Allgemeinmedizin) für die Gesundheitsuntersuchungen (Us) und die Impftermine von Kindern und Jugendlichen [17]
4. Schulung der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sowie des Praxispersonals in der sensiblen Kommunikation über Impfungen, speziell der HPV-Impfung [18]
5. Stärkung der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste im Rahmen des Pakts für den ÖGD [19]
6. (Re-)Etablierung schulischer Impfprogramme/Impfkontrollen, idealerweise dabei Schließen der Impflücken für alle STIKO-empfohlenen Impfungen
7. Unterstützung der Impfaufklärung in den Praxen und Schulen durch zielgruppenspezifische Materialien (Print und Bewegtbild), z. B. des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit/BZgA, RKI, DKFZ und andere
8. Spezifische Impfkampagnen (lokale und bundesweite) mit adäquater Ansprache der verschiedenen Zielgruppen, z. B. vor den schulischen Impfaktionen auf Social media, aktuell insbesondere TikTok (Schülerinnen und Schüler), in Internetforen (Eltern und Lehrkräfte, Schulleitungen), Erklärvideos, die in Praxen und bei Elternabenden zum Einsatz kommen können sowie Gewinnung von Testimonials aus den jeweiligen Peergroups, die zu einer informierten Entscheidung beitragen
9. Etablierung von Schulgesundheitsfachkräften (SGFK), die als zentrale Ansprechpartner*innen für präventions- und gesundheitsfördernde Maßnahmen, Vermittlung von Gesundheitskompetenz und damit auch als Koordinator*innen von Impfaktionen und allen sonstigen Fragen zur Gesundheit in der Lebenswelt Schule zur Verfügung stehen [20]
10. Nutzung der Jugendarbeitsschutzuntersuchung, um spätestens dann den HPV-Impfschutz zu überprüfen und auf die Notwendigkeit der Impfung/Impfkomplettierung hinzuweisen.

NACHHOLIMPFUNGEN
(Grundimmunisierung bzw. Komplettierung unvollständiger Impfserien)

Grundsätzlich sollte jeder Arztbesuch und jeglicher Kontakt mit dem Gesundheitswesen von Jugendlichen genutzt werden, um den Impfschutz zu überprüfen. Dies ist auch eines der im Code of Conduct formulierten Ziele des Nationalen Aktionsbündnisses Impfen [21].

Eventuelle Impflücken aus der Kindheit werden so identifiziert und nötige Nachholimpfungen (**Infokasten 2**) können entsprechend den STIKO-Empfehlungen durchgeführt werden [22]. Erfolgt die HPV-Grundimmunisierung mit zwei Dosen nicht im empfohlenen Alter von 9 bis 14 Jahren, soll die Impfung bis vor dem 18. Geburtstag nachgeholt werden. Bei einer Nachholimpfung ab einem Alter von 15 Jahren sind 3 Impfdosen entsprechend der jeweiligen Fachinformation erforderlich [2].

EMPFOHLENE INDIKATIONSIMPFUNGEN FÜR GESUNDE JUGENDLICHE

Neben den Standardimpfungen gibt es auch Indikationsimpfungen, die von der STIKO nur unter bestimmen Bedingungen bzw. nur für bestimmte Personengruppen empfohlen werden:

FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis)-Impfung

Die STIKO empfiehlt eine FSME-Impfung für alle, die in einem Risikogebiet leben (vgl. die jeweils aktuellen Publikationen des Robert Koch-Instituts zu den FSME-Risikogebieten in Deutschland) und zeckenexponiert sind (zum Beispiel während Klassenfahrten, Praktika, Freizeitaktivitäten, Sport, Urlaub). Der Impfschutz sollte möglichst vor Beginn der Zeckensaison aufgebaut sein; in Deutschland werden etwa 95 Prozent der Erkrankungen in den Monaten Mai bis November gemeldet.

Die Immunisierung soll entsprechend der jeweiligen Fachinformation erfolgen. Wird eine Grundimmunisierung unterbrochen, so gilt nach Auffassung der STIKO „Jede Impfung zählt“, d. h. eine einmal begonnene Grundimmunisierung kann zu jedem Zeitpunkt fortgesetzt werden, eine erneute Grundimmunisierung muss nicht erfolgen. Auch eine Auffrischimpfung, die erst Jahre nach dem empfohlenen Impfzeitpunkt erfolgt, bietet je nach Lebensalter wieder einen Schutz für 3 bis 5 Jahre (vgl. entsprechende Fachinformation) [2].

Impfquoten:
In allen Risikogebieten weisen die Impfquoten deutliche Altersunterschiede auf. Bei Kindern und Jugendlichen ist der Impfschutz am höchsten, ab einem Alter von ca. 15 Jahren nehmen die Impfquoten bis zu einem Alter von 30 Jahren langsam ab [23].
Zwischen den Risikogebieten bestanden 2020 große Unterschiede bei den Impfquoten, die bei den unter 18-Jährigen zwischen 14,1 Prozent und 52,4 Prozent lagen [3].

Bei Jugendlichen soll jeder Arztbesuch genutzt werden, um den **IMPFSTATUS** gegen folgende Erkrankungen zu prüfen und ggf. fehlende Impfungen entsprechend den Empfehlungen nachzuholen:

→ Tetanus → Diphterie → Keuchhusten
→ Kinderlähmung → Hepatitis B
→ Meningokokken C → Mumps/Masern/Röteln
→ Windpocken → HPV

Infokasten 2 [2]

→ EMPFEHLUNGEN DER STIFTUNG KINDERGESUNDHEIT

→ Etablierung konsequenter **Maßnahmen**, die zu einer deutlichen **Erhöhung der Wahrnehmung der Jugenduntersuchungen J1 und J2** führen, denn diese beiden Vorsorgeuntersuchungen ermöglichen es, die Impflücken bei Jugendlichen zu schließen und HPV-Impfungen entsprechend den Empfehlungen durchzuführen.

→ Aufnahme der U10, U11 und J2 in die Kinderrichtlinie des GBA

→ Einführung eines **bundesweiten Impfmonitorings (Register)** für alle für Kinder und Jugendliche empfohlenen Impfungen, um Durchimpfungsraten nach Alterskohorten, regional und longitudinal dokumentieren zu können

→ **Flächendeckende standardisierte Schul(eingangs- und Folge-) Untersuchungen** mit entsprechender Dokumentation des Impfstatus und Schließen der Impflücken

→ Verbesserung im Bereich **Aufklärung** und **Vermittlung von Gesundheitskompetenz** im Setting Schule durch Etablierung von Schulgesundheitsfachkräften, Schulsprechstunden und einem Schulfach Lebens-/Gesundheitskompetenz

COVID-Impfung

In den letzten drei Jahren hat sich die epidemiologische Situation von COVID-19 stark verändert. SARS-CoV-2 Infektionen gibt es zwar weiterhin in der Bevölkerung, jedoch sind schwere Verläufe durch die erreichte Basisimmunität deutlich seltener geworden. Dies ist v.a. auf die Impfungen, aber auch auf die Immunität durch Infektionen zurückzuführen. Dennoch bleibt Covid-19 für ältere Menschen und vorerkrankte Personen weiterhin ein Risiko [24].

In den aktualisierten STIKO Empfehlungen vom Mai 2023 wird für Säuglinge, (Klein-)Kinder und Jugendliche ohne Grunderkrankungen keine COVID-19 Impfung – weder Grundimmunisierung noch Auffrischimpfung – empfohlen. Grund hierfür sind die inzwischen meist milden Verläufe und sehr geringen Hospitalisierungsraten [25].

Impfquoten:
Von den 4,5 Millionen Jugendlichen (12- bis 17-Jährige) sind 69,6 Prozent mit zwei Dosen grundimmunisiert. 31,6 Prozent haben eine Auffrischimpfung erhalten und haben somit die Basisimmunisierung abgeschlossen. 4,9 Prozent der Jugendlichen sind mit nur einer Impfdosis geimpft [26]. Zusätzliche Boosterungen durch potenzielle Infektionen sind nicht dokumentiert.

REISEIMPFUNGEN

Klassenfahrten oder schulische Auslandsaufenthalte spielen eine wichtige Rolle. Neben den von der STIKO empfohlenen Standardimpfungen (Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Kinderlähmung, Masern, Mumps, Rötels, Windpocken) sollen je nach Reiseland und Reiseform überprüft werden, welche Impfungen (z. B. Cholera, Gelbfieber, Hepatitis A und B, FSME, Influenza, Meningokokken der verschiedenen Serotypen etc.) zusätzlich notwendig sind [22].

Auch das individuelle Risikoverhalten der Reisenden im Hinblick auf Sexualkontakte, Tätowierungen, Piercing etc. muss angesprochen und die Impfungen ggf. entsprechend angepasst werden. Zusätzlich ist zu klären, ob für das Reiseland bestimmte Impfungen zwingend vorgeschrieben sind und eine entsprechende Nachweispflicht besteht (z. B. u.a. Masern, beim Schüleraustausch USA). Alle nötigen Impfungen bzw. Impfserien sollten spätestens 2 Wochen vor Beginn der Reise abgeschlossen sein, um einen ausreichenden Schutz und das Abklingen bzw. Behandeln von möglichen Nebenwirkungen vor Reiseantritt zu gewährleisten [27].

Kurz & knapp:

Das Thema Sexualität beeinflusst die physische und psychosoziale Entwicklung von Jugendlichen in hohem Maße. Die Aufklärung über Sexualthemen erfolgt in der Regel durch Schulunterricht, Eltern, Gespräche mit Gleichaltrigen sowie Internet und soziale Medien. Erste sexuelle Kontakte erleben sie später als frühere Generationen. Jugendliche verfügen insgesamt über ein profundes Wissen zum Thema Verhütung. Die Zahlen der Teenagerschwangerschaften sind rückläufig. Das Wissen über sexuell übertragbare Infektionen ist jedoch oft lückenhaft. Jugendliche benötigen zielgruppenspezifische Informationen zu Sexualität und Geschlechtskrankheiten sowie Zugang zu Verhütungsmitteln, um ihre sexuelle Gesundheit zu schützen.

Sexualität im Jugendalter:

Fortschritte und Herausforderungen in der Aufklärung zu Sexualthemen, Verhütung und sexueller Gesundheit

Wie ist es um die sexuelle Gesundheit von Jugendlichen in Deutschland bestellt?
Wie informieren sie sich über Sexualthemen? Wie verhüten sie?
Wie ist die aktuelle Datenlage bezüglich sexuell übertragbarer Krankheiten?

„Wirkliche Aufklärung passiert in der Schule nur, wenn die Lehrkraft es wichtig findet und andere Sachen im Lehrplan dafür zurückstellt. Ich hatte in meinem Leben eigentlich nur einmal mehrere Stunden am Stück Sexualkunde. Die Bücher sind auch total veraltet. Es gibt da keine Diversität.“

Thea, 16, Berlin

LARA BARBARIC
REIHANA BAREKZAI

Stiftung Kindergesundheit

Liebe und Sexualität sind für Jugendliche intensive körperliche, emotionale und soziale Erfahrungen und wesentlicher Teil ihrer Entwicklung. Die Entdeckung der eigenen Sexualität ist ein wichtiges Element bei der eigenen Identitätsfindung. Hier gibt es vielfältige Berührungspunkte mit dem Thema Gesundheit.

SEXUELLE GESUNDHEIT

Sexuelle Gesundheit bezieht sich auf den Zustand des körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens im Zusammenhang mit Sexualität. Sie umfasst eine Reihe von Aspekten wie sexuelle Erfahrungen, Beziehungen, reproduktive Gesundheit, sexuelle Identität, sexuelle Orientierung und Verhaltensweisen sowie die Fähigkeit, sexuelles Vergnügen zu erleben.

Sexuelle Gesundheit umfasst auch die Vorbeugung und Behandlung von sexuell übertragbaren Infektionen und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten sowie die Förderung der sexuellen Bildung [1].

ERSTE SEXUELLE ERFAHRUNGEN

Erste körperliche Kontakte und sexuelle Erfahrungen erlebt die Mehrzahl der Jugendlichen zwischen 14 und 19 Jahren [2]. Die Daten der 9. Welle der Jugendsexualitätsstudie zeigen, dass unter den befragten 16-jährigen Mädchen und Jungen nur gut ein Drittel (34 %) bereits Geschlechtsverkehr hatten. Mit steigendem Alter nimmt die sexuelle Aktivität dann zu. So hatten unter den 17- bis 18-Jährigen schon die Mehrheit Geschlechtsverkehr (61 %) [3].

Jugendliche waren vor zehn Jahren früher sexuell aktiv als heute (**Abbildung 1**). 2019 hatten 13 Prozent der 15-jährigen Mädchen und 10 Prozent der gleichaltrigen Jungen bereits Geschlechtsverkehr. 2009 waren es dagegen 21 bzw. 17 Prozent. Auch in der Gruppe der 14– bis 16-Jährigen ist die Zahl der sexuell aktiven Jugendlichen gesunken [2].

AUFKLÄRUNG

Kinder und Jugendliche brauchen valide Informationen sowohl zu den positiven Seiten als auch zu den Risiken der Sexualität. Nur so sind sie fähig, verantwortungsvoll mit sich selbst und auch mit anderen umzugehen [4].

Etwa 79 Prozent der Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren schätzen sich selbst als aufgeklärt ein (**Abbildung 2**). Die restlichen 21 Prozent sind sich unsicher oder fühlen sich über sexuelle Fragen nicht aufgeklärt [5].

WANN ERLEBEN JUGENDLICHE IHR „ERSTES MAL"?

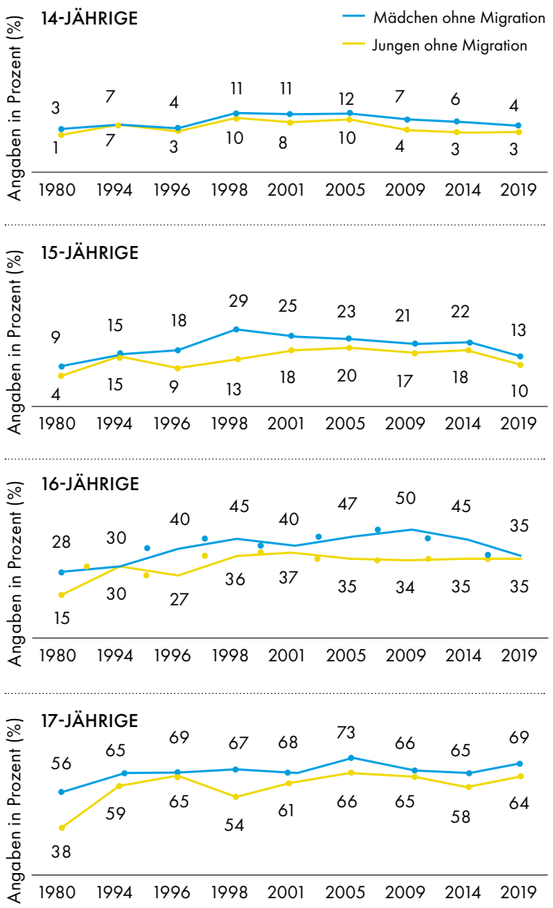


Abbildung 1: Alter beim ersten Geschlechtsverkehr, Vergleich von 1980 bis 2019 [3]

Daten einer Jugendsexualitätsstudie der BZgA aus dem Jahr 2019 zeigen, welche Quellen zur Sexualaufklärung Jugendliche nutzen (**Abbildung 3**): 69 Prozent der 14- bis 17-Jährigen werden im Schulunterricht über das Thema Sexualität informiert. Gespräche und das Internet gehören ebenfalls zu wichtigen Aufklärungsinstanzen, wobei sich geschlechterspezifische Unterschiede feststellen lassen. Während Mädchen mit 72 Prozent und Jungen mit 64 Prozent durch Gespräche aufgeklärt werden, ist der Anteil der Sexualaufklärung durch das Internet mit 62 Prozent bei den Jungen um 6 Prozent höher als bei den Mädchen (56 %) [5].

In den Schulen werden ca. 90 Prozent der Sexualkundethemen, vor allem biologische Sachinformation über Verhütung, Geschlechtskrankheiten, körperliche Entwicklung und Schwangerschaft, besprochen. Themen wie sexuelle Praktiken, Schwangerschaftsabbruch, Partnerschaft, Liebe, Verantwortung, Sexualität bei Jugendlichen mit Behinderung oder sexuelle Gewalt werden im schulischen Kontext seltener behandelt [6]. Eine umfassende sexualpädagogischen Bildung sollte aber auch die Thematik der sexuellen Beziehungen aufgreifen. So sollte ein Schwerpunkt darauf liegen, Jugendliche zu befähigen, autonom über ihre eigenen Wünsche und Grenzen zu entscheiden und sich nicht zu ungewollten Handlungen drängen zu lassen.

Für 56 Prozent der Jugendlichen gehören die Eltern zu den wichtigsten Ansprechpersonen bei der Aufklärung über sexuelle Dinge. Bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund ist dies allerdings seltener der Fall. Sie werden eher durch Gleichaltrige und Lehrer*innen aufgeklärt. In Elternhäusern mit Migrationsgeschichte, niedrigerem Bildungsniveau, enger religiöser Bindung und muslimischer Prägung wird seltener über Sexualität und Partnerschaft gesprochen [7].

94 Prozent der Jugendlichen zwischen 12 und 19 Jahren sind täglich im Internet unterwegs [8]. Dabei werden auch immer häufiger Portale aufgesucht, die sich mit Themen der Jugendsexualität beschäftigen [9]. Während 2001 lediglich 3 Prozent der Mädchen bzw. 10 Prozent der Jungen das Internet als Informationsquelle nutzten, waren es 2014 bereits 39 Prozent der Mädchen und 50 Prozent der Jungen. Als Informationsquellen werden Gesundheits- und Aufklärungsportale, Ratgeber und Foren, soziale Medien und Apps genutzt [10].

SEXUELL ÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN – WEIT VERBREITET, GERINGER WISSENSSTAND

Sexuell übertragbare Infektionen werden durch verschiedene Erreger ausgelöst: Bakterien verursachen z. B. Syphilis, Gonorrhö und Chlamydien-Infektionen. Viren, die sexuell übertragen werden können, sind z. B. Humane Immundefizienz Viren (HIV), Hepatitis-B-Viren (HBV), Herpes-Viren und auch die Humanen Papillomviren (HPV). Zusätzlich gibt es sexuell übertragbare Krankheiten, die durch Pilze, Parasiten und Gliederfüßler (z. B. Filzläuse) übertragen werden [11].

Laut WHO stecken sich mehr als 1 Millionen Menschen täglich mit sexuell übertragbaren Infektionen an [12]. Weltweit und auch in Deutschland nehmen diese besonders bei jungen Frauen im Alter von 15 bis 25 Jahren zu [13].

Dennoch wird das Problem von der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen. Über sexuell übertragbare Infektionen wird wenig gesprochen. Gleichzeitig verlaufen die Infektionen aufgrund einer unauffälligen Symptomatik oft unbemerkt. Das führt zu einer Ausbreitung im Verborgenen, einer „stillen Epidemie" [14].

Werden sexuell übertragbare Infektionen zu spät oder gar nicht behandelt, so können Komplikationen oder Spätfolgen unterschiedlichen Schweregrads auftreten. So schädigt z. B. HIV ohne Behandlung fortlaufend das Immunsystem, so dass andere Krankheitserreger zunehmend schlechter und irgendwann nicht

AUGEKLÄRT IN SEXUELLEN FRAGEN

Frage: Halten Sie sich selbst in sexuellen Fragen aufgeklärt?

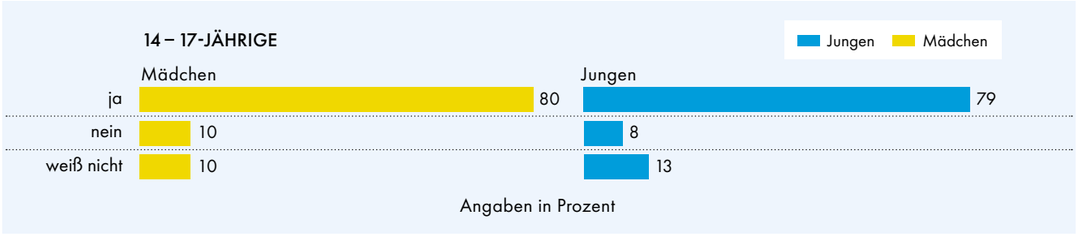


Abbildung 2: Augeklärt in sexuellen Fragen (Jugendliche nach Geschlecht) [5]

QUELLEN DER SEXUALAUFKLÄRUNG

Frage: Woher stammen Ihre Kenntnisse über Sexualität, Fortpflanzung, Empfängnisverhütung usw. überwiegend? (Listenvorlage)
Mehrfachnennungen/Dargestellt: Die vier häufigsten Angaben sowie Aufklärungsbroschüren und Vorträge

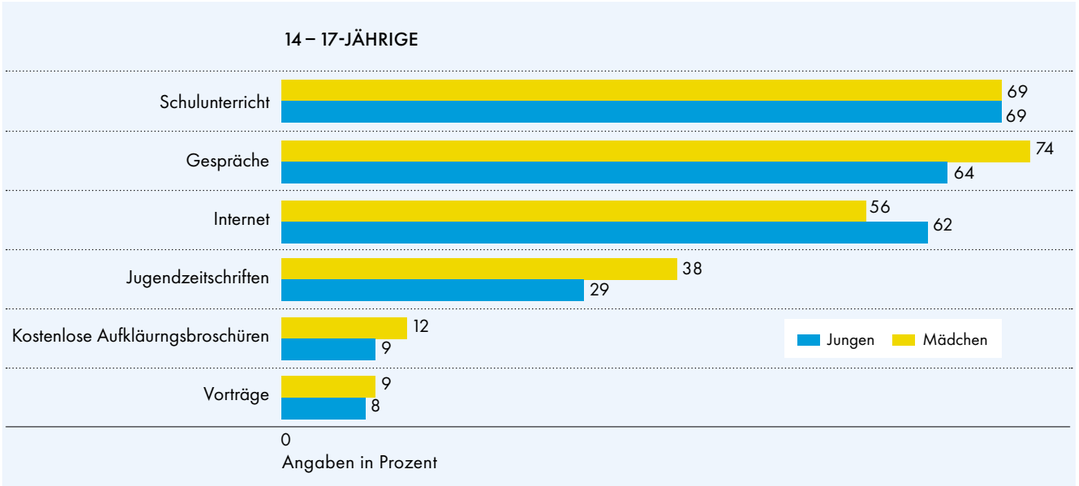


Abbildung 3: Quellen der Sexualaufklärung (Jugendliche nach Geschlecht) [5]

mehr abgewehrt werden können. Syphilis-Erreger können das zentrale Nervensystem befallen und zu Lähmungen führen, Gonorrhö-Erreger können dauerhafte Unfruchtbarkeit verursachen und anhaltende HPV-Infektionen können Krebs an Gebärmutter, Anus, Vagina, Vulva und Penis auslösen [15].

Daher ist die Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten ein wichtiger Baustein zur Förderung von sexueller Gesundheit (siehe auch Infokasten 1).

Fehlendes Wissen über Krankheitserreger, Übertragungswege sowie über präventive Maßnahmen gegen sexuell übertragbare Krankheiten hat zur Folge, dass junge Erwachsene häufig von Geschlechtskrankheiten betroffen sind.

In einer Studie zur Untersuchung des Bewusstseins um und des Wissenstands über sexuell übertragbaren Infektionen wurden im Zeitraum von September 2018 bis Februar 2019 knapp 4.000 bayerische Schüler*innen (3.834) befragt. Sie besuchten unterschiedliche Schularten und waren im Durchschnitt 15,26 Jahre alt. Während mehr als 90 Prozent der Befragten angaben, von HIV gehört zu haben, war das Wissen über andere sexuell übertragbare Infektionen deutlich geringer. So gaben nur ca. 18 Prozent der jungen Menschen an, schon von HPV gehört zu haben. Infektionen wie Syphilis, Gonorrhoe oder Chlamydien waren über zwei Dritteln der Jugendlichen nicht bekannt. Die Ergebnisse der Studie zeigen aber nicht nur, dass viele Jugendliche noch unzureichend über se-

PRÄVENTION VON SEXUELL ÜBERTRAGBAREN KRANKHEITEN

Akute und chronische Gesundheitsschäden aufgrund sexuell übertragbarer Infektionen können durch wirksame Vorbeugung vermieden werden:

- **Kondome:** Schutz vor HIV und Verringerung des Risikos sich mit anderen sexuell übertragbaren Krankheiten wie z. B. Chlamydien oder Gonokokken anzustecken
- **Impfungen:** Gegen Hepatitis-B und HP-Infektionen stehen gut verträgliche und effektive Impfstoffe zur Verfügung.
- **HIV-Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP):** Für HIV-negative Menschen mit einem erhöhten Risiko sich mit HIV anzustecken steht ein geeignetes Medikament zur Vorbeugung zur Verfügung.
- **Post-Expositions-Prophylaxe (PEP):** Um eine HIV-Ansteckung nach einem Risikokontakt zu verhindern, gibt es Medikamente, die zeitnah über 4 Wochen eingenommen werden.

Infokasten1 : Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten [15]

xuell übertragbare Infektionen informiert sind, sondern auch, dass das Bildungsniveau einen Einfluss auf den Kenntnisstand hat. So verfügten Schüler*innen, die ein Gymnasium besuchten, über ein umfassenderes Wissen über sexuell übertragbare Infektionen als Schüler*innen anderer Schularten. Darüber hinaus erzielten Realschüler*innen und Schüler*innen der M-Zweige der Mittelschulen vergleichbare Ergebnisse, die zudem besser waren als die der Mittelschüler*innen. Jugendliche, die mindestens bei einer Jugendvorsorgeuntersuchung (J1/J2) waren, verfügten über ein besseres Wissen zu sexuell übertragbaren Infektionen als Jugendliche, die keine J1 und/oder J2 wahrgenommen hatten [16].

VERHÜTUNG

Im internationalen Vergleich bewegt sich das Verhütungsverhalten der Jugendlichen in Deutschland insgesamt auf einem hohen Niveau. [17]

Für die meisten Jugendlichen ist es selbstverständlich, sich vor dem ersten Geschlechtsverkehr mit dem Thema Verhütung zu beschäftigen [10]. Sie verfügen über ein breites Wissen zu diesem Thema, wie die aktuellen Zahlen der 9. Welle der Jugendsexualitätsstudie zur Verhütung beim "ersten Mal" zeigen: Während 1980 noch 29 Prozent der Jungen und 20 Prozent der Mädchen beim ersten Geschlechtsverkehr nicht verhütet haben, waren es 2019 nur noch 11 Prozent der Jungen bzw. 5 Prozent der Mädchen (**Abbildung 4**). Beim ersten sexuellen Kontakt benutzen Jugendliche am häufigsten das Kondom, während in Partnerschaften öfter mit der Pille verhütet wird [3].

ZAHL DER JUGENDLICHEN, DIE BEI IHREM „ERSTEN MAL" NICHT VERHÜTET HABEN

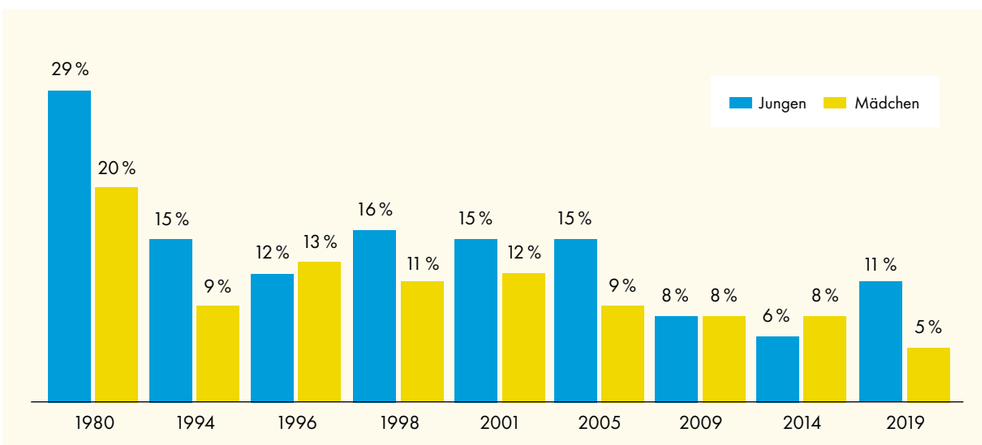


Abbildung 4: Zahl der Jugendlichen, die bei ihrem „ersten Mal" nicht verhütet haben im Zeitraum von 1980 bis 2019 [3]

Orale Kontrazeptiva (47 %) und Kondome (46 %) sind die in Deutschland am häufigsten genutzten Mittel zur Verhütung [18]. Welches Verhütungsmittel gewählt wird, hängt mit dem Alter und dem damit einhergehenden Ausmaß an sexueller Erfahrung zusammen. So verhüten Jugendliche in jungen Jahren und mit wenig sexueller Erfahrung v.a. mit Kondomen. Mit steigendem Alter und länger andauernden Partnerschaften nimmt die Nutzungshäufigkeit der Pille zu. Die Daten der 9. Welle der Jugendsexualitätsstudie weisen jedoch darauf hin, dass die Pillenverhütung rückläufig ist und sich in Bezug auf die hormonelle Verhütung ein Einstellungswandel bemerkbar zu machen scheint [3]. Auch Zahlen zur Pillenverordnung bei gesetzlich versicherten Mädchen und jungen Frauen spiegeln diese Entwicklung wider [19].

Die "Pille danach" ist als Verhütungsmittel im Notfall seit März 2015 rezeptfrei in der Apotheke erhältlich. 92 Prozent der 14 – 25-Jährigen kennen diese Option. Insgesamt haben 27 Prozent der jungen Frauen schon einmal ein Notfallkontrazeptivum benötigt, 9 Prozent bereits mehrmals [20].

Die Häufigkeit der Anwendung steht im Zusammenhang mit dem Alter: Bei den minderjährigen Jugendlichen ist die Nutzung eines Notfallkontrazeptiviums nur halb so verbreitet wie unter volljährigen jungen Frauen (einmalige Einnahme 10 % vs. 20 % und mehrmalige Einnahme 5 % vs. 9 %). Über den Zeitraum von 2001 bis 2019 kann bei 14- bis 17-jährigen Mädchen ohne Migrationshintergrund in Bezug auf eine einmalige Nutzung der "Pille danach" keine bedeutsame Veränderung beobachtet werden. Die Mehrfachnutzung ist in diesem Zeitraum allerdings von einem Prozent auf vier Prozent angestiegen [3].

„Ich finde, es sollte mehr Aufklärung geben für junge Menschen. Zum Beispiel zum Thema Zucker und zu gesunder Ernährung. Aber auch was Sexualität betrifft. Im Schulunterricht kommt das Thema LGBTQI+ oder trans viel zu kurz. Es braucht mehr Aufklärung darüber, dass es so etwas gibt. Der Aufklärungsunterricht ist viel zu heteronormativ an staatlichen Schulen."

Safia, 17, Kaiserslautern

SCHWANGERSCHAFTEN MINDERJÄHRIGER

In der amtlichen Statistik gibt es keine systematische und methodisch einheitliche Erfassung von Schwangerschaften. Rückschlüsse sind hier im Wesentlichen über die Schwangerschaftsabbruchstatistik und über die Geburtenstatistik möglich [21]. Von 2017 bis 2021 nahm die Anzahl der Schwangerschaften bei Jugendlichen unter 18 Jahren von 5851 auf 4438 ab. Während die Zahl der Lebendgeburten von 2017 bis 2021 um 856 zurück ging, war der Rückgang der registrierten Schwangerschaftsabbrüche mit 557 im genannten Zeitraum etwas geringer (**Abbildung 5**) [22, 23].

SCHWANGERSCHAFTEN, LEBENDGEBURTEN UND SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE BEI JUGENDLICHEN

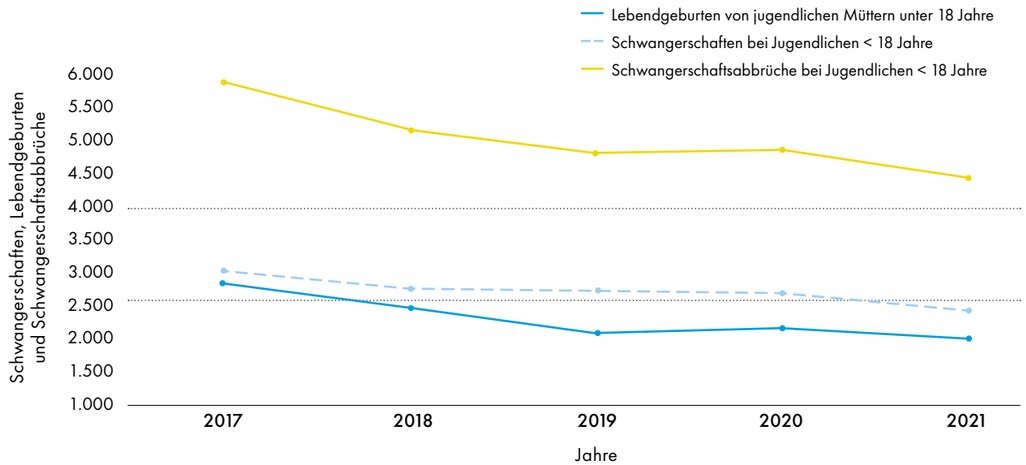


Abbildung 5: Schwangerschaften, Lebendgeburten und Schwangerschaftsabbrüche bei Jugendlichen (< 18 Jahre) in den Jahren 2017 bis 2021, eigene Darstellung basierend auf Daten aus [22, 23]

Kurz & knapp:

Ein großer Teil der Jugendlichen bewegt sich entsprechen der WHO-Norm zu wenig und geht somit ein gesundheitliches Risiko ein. Um diesem Missstand zu begegnen, muss man Gründe erörtern und zwischen unterschiedlichen Gruppen von Jugendlichen differenzieren. In diesem Beitrag wird gezeigt, dass sich eine „neue Jugend" etabliert, deren On-Demand-Bedürfnisse die alltägliche Bewegung ebenso wie die bewegten Freizeitangebote in Frage stellen. Zwar gibt es im Verein, im Stadtbild und in kommerzieller Hand eine Vielzahl an Sport- und Bewegungsangeboten und -anreizen, aber es lässt sich eine Ungleichheit in der Nutzung feststellen. Vor allem gibt es für die frühe Jugendphase gerade dort zu wenig Bewegungsmöglichkeiten, wo das Interesse für den Leistungsvergleich fehlt.

Zum Bewegen muss es Gründe geben – ein sportpädagogischer Blick auf *„die Jugend"*

Warum bewegen sich viele Jugendliche zu wenig und welche Risiken entstehen dadurch?
Welche Unterschiede gibt es bei Sport- und Bewegungsmöglichkeiten für verschiedene Jugendgruppen?
Wie beeinflussen Hintergrund, Interessen und soziale Umgebung die Teilnahme an sportlichen Aktivitäten?
Wie kann man eine Sportkultur schaffen, die benachteiligten Jugendlichen hilft, aktiver zu sein?

Prof. Tim Bindel gibt Antworten.

PROF. TIM BINDEL
Geschäftsführender Leiter des Instituts für Sportwissenschaft der Johannes Gutenberg-Universität Mainz und Leiter der Abteilung Sportpädagogik/Sportdidaktik

Jugend wird in modernen Kulturen als Moratorium vor der Ankunft im eigenverantwortlichen Leben gesehen. Ihr wird aus gesellschaftswissenschaftlicher Sicht mit dem Interesse daran begegnet, wie sich diese Zeit früh-autonomer Lebensgestaltung darstellt. Darüber hinaus besteht die Hoffnung, Prognosen für die Zukunft abzuleiten. Die Forschungsinteressen der Sportpädagogik sind vor allem rekonstruktiver Natur. Es wird nachzuzeichnen versucht, was Jugendliche wie im Sport tun, wovon sie sich abwenden, warum das so ist und welche neuen Entwürfe von Sport sie platzieren oder einfordern[1] [2].

Daraus können Ansprüche abgeleitet werden, die auf die Institutionen zukommen, die sich mit Sportangeboten befassen (v. a. Schulen und Vereine, aber auch die Planungseinheiten von Städten und Kommunen). Der Fokus auf Gesundheit verlagert das Interesse am Jugendsport zu einem an der Bewegung und umfasst damit mehr als die Kultur des Sporttreibens. Hier geht es allgemeiner um physische Aktivität, um Bewegung im Alltag, aber eben auch um das sportpädagogische Kerngeschäft des selbst- oder fremdorganisierten Sporttreibens.

In diesem Beitrag wird eine sportpädagogische Sichtweise auf das Thema Bewegung angeboten, die Gesundheit in den Mittelpunkt der Betrachtung stellt. Der oben skizzierten Logik folgend, ist die Jugend auch ein Gradmesser für Bewegung und Gesundheit unserer zukünftigen Gesellschaft. Dass sich Jugendliche zu wenig bewegen, wird schnell deutlich. Gründe dafür werden erkennbar, wenn die „neue Jugend" beschrieben und differenziert dargestellt wird. Wer die Bewegungsverlierer*innen sind, wird im Beitrag anhand einer Analyse der zur Verfügung stehenden Sport- und Bewegungsräume hergeleitet. Er endet mit Vorschlägen für eine Sportkultur, die genau diese benachteiligten Jugendlichen fördert.

DIE SACHLAGE –JUGENDLICHE BEWEGEN SICH ZU WENIG

Anhand der Ergebnisse der 2. Welle der KiGGS-Studie lässt sich sehen, dass die WHO-Richtlinie von 60 Minuten Aktivität pro Tag mit fortschreitendem Alter immer seltener erreicht werden [3]*****. Unter den 14 bis 17-jährigen sind es schließlich nur noch 7,5 Prozent der Mädchen und 16,0 Prozent der Jungen, die ausreichend Bewegung in das Leben integrieren können (**Abbildung 1**). Selbst wenn man davon ausgeht, dass auch etwas weniger Bewegung – und die auch etwas seltener – ausreichen könnte, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass ein beträchtlicher Anteil der jungen Menschen aufgrund eines inaktiven Lebens Krankheitsbilder entwickeln wird – etwa koronare Herzerkrankungen, Diabetes, Krebs [3].

* Weitere Studien belegen diesen Befund. Zusammengefasst auch bei: Active Healthy Kids Germany (2022). Bewegungs-Zeugnis 2022 zur körperlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Villingen-Schwenningen, Deutschland: vivida bkk/Stiftung „Die Gesundarbeiter – Zukunftsverantwortung Gesundheit"

PRÄVALENZEN DER BEWEGUNGSZEIT MIT JUNGEN UND MÄDCHEN (KIGGS STUDIE)

MÄDCHEN	PRÄVALENZ (%)	(95 %-KI)
Mädchen gesamt	**22,4**	**(20,9 – 24,0)**
ALTERSGRUPPE		
3 – 6 Jahre	42,5	(39,0 – 46,0)
7 – 10 Jahre	22,8	(20,1 – 25,8)
11 – 13 Jahre	16,5	(14,1 – 19,1)
14 – 17 Jahre	7,5	(6,0 – 9,2)
SOZIOÖKONOMISCHER STATUS		
Niedrig	25,2	(21,5 – 29,4)
Mittel	20,8	(19,3 – 22,4)
Hoch	24,4	(21,5 – 27,5)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	26,0	(24,7 – 27,4)

JUNGEN	PRÄVALENZ (%)	(95 %-KI)
Jungen gesamt	**29,4**	**(27,6 – 31,2)**
ALTERSGRUPPE		
3 – 6 Jahre	48,9	(45,2 – 52,6)
7 – 10 Jahre	30,0	(27,1 – 33,1)
11 – 13 Jahre	21,4	(18,7 – 24,3)
14 – 17 Jahre	16,0	(13,8 – 18,6)
SOZIOÖKONOMISCHER STATUS		
Niedrig	31,1	(26,7 – 35,9)
Mittel	28,6	(26,6 – 30,7)
Hoch	30,6	(27,9 – 33,4)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	26,0	(24,7 – 27,4)

Abbildung 1: Prävalenzen der Bewegungszeit mit Jungen und Mädchen (KiGGS Studie), eigene Darstellung basierend auf Daten aus [3]

Beunruhigend ist in dem Zusammenhang zusätzlich, dass die 14- bis 17-Jährigen nicht etwa die Talsohle der Inaktivität in Deutschland bilden, sondern nur einen Übergang ins noch weniger aktive Erwachsenenalter. Politisch erscheint es umso dringlicher, den Weg von der Kindheit in ein Erwachsenenalter so zu gestalten, dass altersgemäße bewegte Lebensstile entwickelt und ausgelebt werden können.

Empirisch greifbar zeigt sich bewegtes Jugendleben vor allem in deren Freizeit. Sport spielt hier eine wesentliche Rolle. Drei verschiedene Settings sind neben dem verpflichtenden Sportunterricht von Bedeutung: der Sportverein, das informelle Engagement und mit zunehmendem Alter kommerzielle Anbieter. Wie engagieren sich Jugendliche hier?

Die Partizipationszahlen im Sportverein sind nach wie vor im Vergleich zu anderen Organisationsformen der Jugendfreizeit sehr hoch. Trotz aller Schwierigkeiten der Ermittlung und Analyse der Mitgliederentwicklung [4] lässt sich mit [5] behaupten: „Realistisch ist die Annahme, dass die Hälfte der männlichen und ein gutes Drittel der weiblichen Jugendlichen im Sportverein aktiv sind.“ Allerdings ist ein erheblicher Drop-out in der Jugendphase zu beobachten.

Das selbstorganisierte (informelle) Sporttreiben scheint weniger von diesem Drop-out betroffen. Hier liegen die Werte insgesamt höher und brechen weniger ein. Ab einem Alter von 16 Jahren werden kommerzielle Sportanbieter sehr relevant, allen voran das Fitnessstudio, in dem 1,55 Millionen der 14- bis 19-Jährigen – etwa ein Drittel der Jugendlichen in diesem Altersintervall – angemeldet sind [6]. Die unterschiedlichen Engagements stehen sich weniger als Konkurrenz gegenüber sondern werden vor allem komplementär genutzt [7].

80 bis 90 Prozent der 12- bis 17-Jährigen geben demnach an mindestens in einem Setting sportlich aktiv zu sein [7].

Wie passt also diese hohe Zahl zu dem geringen Anteil derer, die die WHO-Bewegungsnorm erfüllen? Es heißt, dass der Großteil der sportlich Engagierten trotz ihrer sportlichen Aktivität zu wenig Bewegungszeit aufweist.

Das lässt zwei Schlüsse zu: Entweder ist die Norm zu hoch angesetzt oder das Sportengagement alleine kann kein verlässlicher Indikator für einen bewegten und damit gesunden Lebensstil im Jugendalter sein. **Die aktive Mobilität wird zum entscheidenden Faktor**. Dennoch sind die Zuwendungen zum Sport als Potenzial zu deuten, Jugendliche in einen bewegten Lebensstil zu führen und immer wieder im Leben einzusetzen. Dass es Korrelationen zwischen Vereinsengagement und koordinativen und konditionellen Fähigkeiten gibt, bestätigt die Annahme, dass das Sportengagement zwar kein Garant für ausreichend Bewegung ist, aber dennoch als ein Indikator für eine gesunde Lebensführung herangezogen werden kann.

„NEUE JUGEND“, SPORT UND BEWEGUNG

Wer zum Zeitpunkt des Erscheinens dieses Berichts als jugendlich bezeichnet wird, gehört zur ersten Generation, in der es (zumindest kein erinnertes) Leben ohne Smartphone gibt. Das mobile app-basierte Internet war im Leben der Jugendlichen immer schon omnipräsent, seine Nutzung wurde familiär eingeschrieben und hat das Leben vom Babyalter bis in die Gegenwart geprägt. Wissen, Konsum, Unterhaltung und Kommunikation laufen on demand, also auf Abruf. Diese Welt der direkten Verfügbarkeit [8] ist für die heute Jugendlichen eine Selbstverständlichkeit und bringt neue Ansprüche und Herausforderungen mit sich. Es muss von einer „neuen Jugend“ gesprochen werden, die früh beginnt, Lebensthemen mit den Opinion Leadern des Social Media zu teilen [9]. Diese neue Jugend bringt für eine Bewertung von Freizeit, Sport und Bewegung drei wesentliche Charakteristika mit.

1. Bewegungsärmere Alltagsgestaltung, weil vielen Alltagsbedürfnissen digital nachgegangen werden kann.

2. Vermehrt mediale Freizeitgestaltung, weil hochwertige On-Demand-Angebote bereits in der frühen Jugend zur Verfügung stehen (On-Demand-TV, Apps, Spiele).

3. Veränderte Ansprüche an analoge Freizeit, weil digitale Freizeiten einen hohen Attraktivitätsgrad und individuelle Passung aufweisen [10].

DIFFERENZIERUNG VON JUGEND MIT BLICK AUF SPORT- UND BEWEGUNGSMÖGLICHKEITEN

Zwar ist jugendliches Leben durch den beschriebenen Wandel für alle auf eine vergleichbare Art grundiert, dennoch muss für eine Analyse jugendlicher Bewegungswelten eine Differenzierung zwischen unterschiedlichen Gruppen von Jugendlichen vorgenommen werden. Wie lassen sie sich in ihrem Zugriff auf die Kultur des Sports unterscheiden? Die Antwort hilft dabei, Ungleichheiten zu erkennen und zielgerichtete Angebote zu implementieren. Es sei jedoch vorweggenommen, dass eine systematische empirische Jugendforschung in diesem Kontext fehlt. Daher müssen die Antworten sozusagen aus einer Collage gewonnen werden, bestehend aus vier verschiedenen Differenzierungsansätzen.

1. Soziodemografische Merkmale

Abbildung 1 zeigt die bewegungsbezogene Ungleichheit in Bezug auf das Geschlecht. Sie ist in der Kindheit bereits zu erkennen und steigert sich im Verlaufe der Jugendzeit. Auch der sozioökonomische Status – eine weitere populäre empirische Differenzierungsgröße – sorgt für Unterschiede, wobei ein hoher Status ein Prädiktor für Zugang ist, während der niedrige jedoch (v. a. bei Jungen) nicht zwingend mit geringer Beteiligung zusammenhängt (**Abbildung 2**).

2. Jugendliche Milieus

In der Sinus-Jugendstudie [11] werden unterschiedliche Lebenswelten 14- bis 17-Jähriger identifiziert und anhand von Grundorientierungen und Bildungsniveau verortet (**Abbildung 2**). Sport wird als mögliche milieuspezifische Freizeitgestaltung und auf unterschiedliche Art und Weise in fünf der sieben Milieus erwähnt:

– im **adaptiv-pragmatischen Milieu** wo „die bürgerlichen Grundwerte und Tugenden […] mit (post)modernen und hedonistischen Werten“ (ebd.) kombiniert werden,

– bei den Jungen im **prekären Milieu**, wo sportliche Erfolge v. a. im Fußball eine Rolle spielen,

– bei den **Konsum-Materialisten**, denen die Anerkennung im Sportverein etwas bedeutet (v. a. Jungen) und die die sozialen Aspekte sowie Körperoptimierung des Sports schätzen,

– bei den **Experimentalisten**, die eher subkulturellen Orientierungen nachgehen (etwa Skateboarding, Tanz)

– im **postmateriellen Milieu**, in dem Freiheit, Selbstverwirklichung und Nachhaltigkeit eine Nähe zu eher körpersensiblen Bewegungspraktiken (etwa Yoga) bedingen.

3. Szenen

Die Szene gilt als subkulturelle Vergemeinschaftungsform mit thematischem Fokus,

SINUS-JUGENDSTUDIE

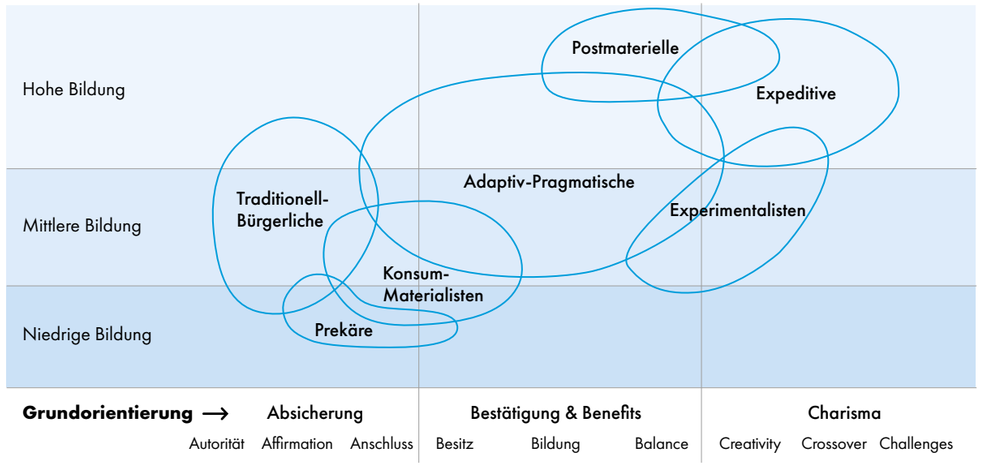


Abbildung 2: Sinus-Jugendstudie, eigene Darstellung basierend auf Daten aus [11]

die sich in Haltung, Mode, Sprache etc. sichtbar macht und mitunter als Kritik am (erwachsenen) Mainstream zu lesen ist. Um die oft auch lokal begrenzte Szene [12] ist es seit der digitalen Megatrendentwicklung (s. o.) stiller geworden und dennoch lassen sich im Bereich des Sports Verszenungen empirisch argumentieren, die auf Jugendliche einen Reiz ausüben. Allen voran ist die Skateboarding-Szene zu erwähnen, die sich seit ca. 50 Jahren in Deutschland eine starke Basis geschaffen hat. Zu nennen sind weiterhin Le Parcours und Tricking. Auffällig ist, dass spielsportorientierte Szenen – wie Streetball – eine deutlich geringere Rolle als noch vor 20 Jahren spielen, während körper- und wagnisorientierte Trends an Relevanz zunehmen; etwa das Bouldern und Sportklettern, Surfen und Kiten und Fitnessszenen, wie Calesthenics. Sportszenen sind vor allem für Experimentalisten und Postmaterielle von Bedeutung und bekommen wegen ihrer alternativen Lesart viel mediale und wissenschaftliche Präsenz. Ein empirischer Blick verrät, dass sich bei diesen subkulturellen Sportformen um männlich dominierte Ausnahmeerscheinungen handelt.

4. Interesse

Die unterschiedlichen Formen des Sports, seine inhaltlichen Ausprägungen und verschiedenen Sinnsetzungen sprechen auch unterschiedliche Interessen an. Für den Schulsport spielt dieser Sachverhalt eine wesentliche Rolle, denn dort ist die mehrperspektivische Inszenierung des Sports das didaktische Fundament. Eine aktuelle Untersuchung am Ende der Grundschulzeit [13] zeigt beispielhaft, wie sich Interessen am Übergang in die Jugend unterscheiden. Es sind verschiedene Cluster erkennbar, die deutliche Trennlinien aufweisen: Zwischen Kindern, die mehr an der Bewegung von Bällen interessiert sind, während andere die Selbstbewegung vorziehen. Die einen favorisieren den Wettkampf, während andere gerade diesen ablehnen. Die einen trainieren gerne, während die anderen lieber spielen und ausprobieren. Wiederum ist das Geschlecht eine relevante Distinktionsgröße.

VERSCHIEDENE JUGENDEN UND TEILHABE AN SPORTKULTUR

In welcher Beziehung stehen die Ansprüche der aktuellen Jugendgeneration („neue Jugend“) und die Realität verschiedener Jugenden zu den freizeitbezogenen Sport- und Bewegungsangeboten, die für Jugendliche zur Verfügung stehen?

Man muss zunächst den Drop-out aus dem Vereinssport [14] als Signal geringer werdender Passung am Ende der Kindheit ernst nehmen. Es kann davon ausgegangen werden, dass die On-Demand-Bedürfnisse wie Flexibilität oder dauerhafte Verfügbarkeit nur schwer mit den Anforderungen des Sportvereins in Einklang zu bringen sind. Feste Trainings- und Wettkampfzeiten – in der Kindheit noch meist familiär reguliert – werden zunehmend unattraktiver für jugendlich-autonome Freizeitplanung. Man muss ebenfalls davon ausgehen, dass die größer werdende Oppositionsfähigkeit bei genau den Jugendlichen einen Ausstieg aus dem Vereinssport fördert, deren Interesse an der Tätigkeit nicht groß genug ist. Die Ablehnung von Verbesserungslogik und Wettkampf spielt dabei eine große Rolle. Eine Untersuchung von Hagikian et al. [14] zum Verbleib beim Vereinssport konnte zeigen, dass es gerade „unjugendliche“ Jugendliche sind, die im höheren Jugendalter dem Verein treu bleiben. Sie schätzen den themenbezogenen Zwang zur sozialen Teilhabe und verstehen ihr Engagement als eine Art selbst verordneter digital Detox. Allerdings verpflichten sie sich gerne Training und Wettkampf und pflegen ein enges Verhältnis zu Erwachsenen, die die entscheidenden Werte implementiert haben. Vereinssport lässt sich mit aller Vorsicht als Retro-Sport bezeichnen, der bundesrepublikanischen Werte der 1990er verteidigt.

Informeller (selbstorganiserter) Sport findet in baulich inszenierten Sporträumen als auch in individuell angeeigneten Sportgelegenheiten statt [15]. Das Laufen (auch Joggen) ist in Deutschland Freizeitsport Nummer Eins und das gilt bereits für das späte Jugendalter. Die notwendige Regelmäßigkeit des Engagements ist allerdings eine große Herausforderung, gerade in jugendlichen Milieus, in denen Selbstdisziplin als Wert nicht internalisiert wird. Neben dem Joggen werden im urbanen Raum weitere Fitnesshandlungen sichtbar, die bereits kommerzielle Organisation erfahren – etwa angeleitete Gruppen-Workouts. Diese Angebote werden im jungen Erwachsenenalter und vor allem bei Frauen relevant. Neben dem Fitnesssport, finden auch die Skater und andere stil- und szeneorientierte Sportarten informell statt. Zunehmend werden Anlagen (Skateparks, Pumptracks, Kletterfelsen etc.) zugänglich gemacht. Sie passen von der Grundorientierung zur „neuen Jugend“, denn informeller Sport ist flexibel nutzbar. Er ist meist jedoch sehr fragil, weil das Wetter, die soziale Gruppe oder der Raum nicht immer den gehobenen Ansprüchen junger Menschen genügen [16].

Kommerzielle Sporträume bieten sich als Ersatz des imperfekten informellen Sports an. Sie erlauben das Sporttreiben bei Regen, Kälte und Dunkelheit und bieten attraktive Herausforderungen, die auch im Verein nicht vorhanden sind. Beispiele sind Kletter- und Boulderhallen, Trampolinhallen und Skateparks, Ninja-Warrior-Angebote, in denen kraftorientierte Parcours bewältigt werden können, Schlachtareale für Lasertag, Kunstrasenhallen fürs Fußballspielen etc. Diese sportiven Spielplätze können für Jugendliche relevant sein, zeigen sich aber im besten Wortsinn als kommerzielle Räume, die für den jugendlichen Durchschnitt nur als gelegentliche Betätigungen infrage kommen. In den letzten Jahren haben sich im kommerziellen Sektor indes Fitnessstudios zu den zentralen Orten des Jugendsports entwickelt, die mittlerweile für einen großen Teil der Jugendlichen ab 16 zum Standard gehören und für fast alle erschwinglich sind. Sie entsprechen in besonderer Weise den Ansprüchen der On-Demand-Kultur, sind flexibel nutzbar, stellen keinen sozialen Aufwand dar und repräsentieren die westlich-globalen Werte einer leistungs- und körperorientierten Jugend [17] [18].

Zusammenfassend lässt sich folgendes bemerken:

– Den geringer werdenden Alltagsbewegungen stehen **vielfältige Sportwelten** gegenüber, in denen sich Jugendliche engagieren können.
– **Funktionaler Sport** – im Sinne einer Effektlogik (z. B. Körperoptimierung; Fitness) ergänzt die selbstzweckorientierten Spiel- und Wettkampflogiken des Vereinssports.
– **Fitnessstudios** sind die zentralen Sport- und Bewegungsorte der „neuen Jugend“.
– Regelmäßiges Engagement, so wie vom Sportverein gefordert, kann als **Retro-Sport** gedeutet werden, mit spezifischem Wertepotenzial.
– **Kommerzielle Jugendspielräume** bieten reizvolle Bewegungsmöglichkeiten, sind aber nicht für alle erschwinglich.

Man kann festhalten, dass die Welt des Sports für Jugendliche zunächst als recht buntes Bild verschiedener Möglichkeiten erscheint. Bei genauerer Analyse muss man jedoch zu dem Schluss kommen, dass diese Welt nicht für alle gleichermaßen attraktiv und zugänglich erscheint.

Wer sind die Aktiven? Mit einem Interesse am Leistungsvergleich in einer Sportart lässt sich der Sportverein als Jugendraum über die komplette Altersspanne gut nutzbar machen. Das gilt in Deutschland vor allem für den Fußball, dessen popkulturelle Relevanz für alle Bildungsgrade ein Köder ist. Nach wie vor scheint das Thema für Jungen deutlich interessanter zu sein als für Mädchen. Der informelle Sektor ist für viele eine Ergänzung zum Sporttreiben im Verein [7], für andere ein Bereich für stilorientierten Sport wie Skateboarding. In der informellen Szene sind Mädchen stark unterrepräsentiert.

Wer sind die Inaktiven? Ein Drop-in in den Vereinssport ist kaum möglich. Wer bis zum Jugendalter noch nicht in einem Verein ist, findet nun kaum noch Zugang. Wer zudem am Wettkampf und Leistungsvergleich nicht interessiert ist, findet in der frühen Jugend kaum organisierte Angebote. Die Zuordnung zum Fitnesslifestyle ist – wenn überhaupt gewollt – erst später möglich; spielerisch orientierte kommerzielle Angebote sind für die regelmäßige Ausübung zu teuer. Da auch expressive Tätigkeiten im öffentlichen Raum gerade in der frühen Entwicklungsphase bei Vielen mit Vorbehalten aufgenommen werden, kann ein Problemcluster diagnostiziert werden. Dieses ist stark weiblich besetzt und weist seit Kindheit wenig traditionelle Einbindung in die Sportkultur auf. Zudem wird darin Wettkampf abgelehnt und die Betroffenen sind zu jung, um sich als „neue Jugend" den Fitnesslifestyle anzueignen.
Man muss davon ausgehen, dass nicht wenige Menschen zwischen 12 und 16 zu diesem Cluster zählen und daher inaktiv sind – eine wesentliche Klientel, die ersichtlich macht, wie eine Angebotslücke mit Blick auf Bewegung und Gesundheit zu schließen wäre.

ZUSAMMENFASSUNG UND HANDLUNGSIMPULSE

Jugendliche bewegen sich zu wenig und werden damit aus gesundheitspädagogischer Sicht zu einer sehr wichtigen Klientel, der man mit Angeboten und Gestaltungen etwas bieten muss. Weil die Lebensführung in einer On-Demand-Kultur hochwertige Unterhaltungsreize bietet und die alltägliche Bewegung zurückdrängt, reicht es nicht aus, einen bewegten Lebensstil einzufordern; man muss einen zur digitalen Welt konkurrenzfähigen Rahmen dafür bieten. Nur auf den ersten Blick gibt es eine passende Sport- und Bewegungswelt für alle Jugendlichen. Eine Unterscheidung der Jugendlichen nach soziodemografischen oder milieuspezifischen Merkmalen, nach Zugehörigkeiten zu sportiven Szenen und nach Interessenlagen zeigt, dass in Deutschland ganz bestimmte Vorlieben im Sport unterstützt und andere weitestgehend ignoriert werden. Vereinssportspezifische Logiken des Leistungsvergleichs widersprechen den neuen flexiblen Bedürfnissen und negieren den Wunsch nach „Just Play." Die Deutsche Sportjugend notiert als Reaktion auf die Sinus-Jugendstudie dazu:

„Die Herausforderung für die Zukunft wird es sein, die Angebote für Jugendliche im Verein noch flexibler zu gestalten und zugleich mehr Raum für informelles Sporttreiben an verschiedenen Orten zu schaffen. Der Druck und die Verpflichtungen im Verein sind häufig der Grund aufzuhören oder Sport flexibel und unabhängig zu praktizieren." [11]

Bedeutende Alternative zum Retro-Sport im Verein ist der kommerzielle Fitnesssport, der zum Lifestyle der „neuen Jugend" passt. Hier werden allerdings erst ältere Jugendliche ab etwa 16 angesprochen, die sich mit ihrem Engagement dem Stil junger Erwachsener annähern.

Es fehlt für viele Jugendliche zwischen 12 und 16 Jahren schlichtweg ein Grund sich zu bewegen. Das gilt vor allem für Mädchen aus Milieus niedrigerer Bildung, aber auch für alle anderen, denen nach der Kindheit die leicht zugänglichen Bewegungsanreize fehlen. Auf die notorische Anweisung Erwachsener, diese jungen Menschen – gerade in den Besitz des Smartphones gekommen – sollen das Gerät mal weglegen und vor die Tür gehen, lässt sich stellvertretend fragen: „Wohin? Und was soll da Spannendes passieren?" Die Antwort wäre leichter zu geben, wenn es Möglichkeiten im informellen Raum gebe, die sich nicht an männlich dominierte Szenen oder spezifische Sportarten richten und wenn es Angebote für junge Menschen gäbe, die Lust auf Schwimmen, Basketball, Tischtennis, Turnen oder anderes haben, das aber nicht zwingend normiert und vergleichend machen möchten.

Final muss aus Sicht der Sportpädagogik deutlich gesagt werden, **dass es die Stadtplanung ist, die die Bewegung fördern kann.** Das jugendliche Sporttreiben sollte weiterhin nicht viel mit Gesundheit zu tun haben, sondern mit dem, **was Sport im Kern ausmacht: Zerstreuung in der Gegenwart; eine Tätigkeit, der man sich mit Freude hingibt; etwas das einen davonträgt und eine gelungene Alternative zu den modernen digitalen Welten darstellt.** Fitness ist aus Sicht der Gesundheitsförderung sicher ein beruhigender Trend, aus Sicht der Sportpädagogik gefährdet sie die Idee eines Sports, in dem Jugendliche das Moratorium ausleben, das wir ihnen zugestehen. Beim Sport geht es nicht primär um Gesundheit und Bewegungszeit, sondern in Kindheit und Jugend um eine Kultur der Entwicklung und Entfaltung [1], die auch im Sinne der Jugendlichen gestaltet werden muss, die bislang nur wenig Berücksichtigung gefunden haben. Auch wenn das heißt, bestimmte Ideale des Leistungssports zu hinterfragen und Gelder umzuverteilen. Gesundheit ist ein Thema sozialer Verantwortung für Jugendliche, die nach der Corona-Pandemie sehr deutlich gemacht haben, dass sie mehr gehört werden wollen. Man muss auch dahin hören, wo die jugendlichen Stimmen sich traditionell nicht so in den Vordergrund drängen.

EMPFEHLUNGEN DES AUTORS

→ Der **städtische Raum soll attraktiver** werden. Zu Fuß und mit dem Rad müssen gute Verwegungen geschaffen und attraktive Plätze zum Verweilen gestaltet werden.

→ Sportvereine benötigen **„Just Play"-Alternativen** für Jugendliche, die sich ausprobieren und mit Freude „schlecht" Sporttreiben wollen, statt sich mit Talent dem Vergleich auszusetzen. Der Einstieg in den Sport soll in der Jugend auch dann möglich sein, wenn wettkampffähige Kompetenzen fehlen. Dazu müssen Hauptamtliche eingesetzt werden.

→ Es werden Jugendspielplätze benötigt, die im öffentlichen Raum platziert werden und als Anknüpfung an den Kinderspielplatz gesehen werden können; **Räume in denen man sich gerne aufhält** und in denen man sich in altersgerechter wagnisreicher Selbstbewegung ausprobiert. Das sollten Räume sein, in denen der Ball, das Skateboard oder Muskeln keine Rolle spielen.

→ **Schulsport** soll in der Sekundarstufe I **lebensweltorientiert** aufgestellt werden. Offene Deutungen, jenseits der Wettkampf- und Leistungslogik müssen explizit gefördert werden.

→ **Sportkultur muss „weiblicher" werden.** Die Dominanz retro-maskuliner Deutungen des Sports sollten zugunsten offener Deutungen zurückgenommen werden. Das gelingt durch passende Personalauswahl in den relevanten Gremien.

Kurz & knapp:

Jugendliche befinden sich in einer Übergangsphase, in der sie zunehmend selbst über ihre Ernährung entscheiden und weniger von ihrer Familie beeinflusst werden. Unterschiedliche Faktoren wie Schule, soziales Umfeld, Medien, Ernährungswissen und individuelle Vorlieben beeinflussen ihre Lebensmittelauswahl. Untersuchungen zeigen, dass viele Jugendliche sich nicht ausreichend gesund ernähren und zu wenig Obst, Gemüse, Vollkornprodukte und Milchprodukte essen. Gleichzeitig konsumieren sie zu viel Fleisch, Fast Food, Süßigkeiten und zuckerhaltige Getränke. Der Konsum von Energydrinks nimmt ebenfalls zu, insbesondere bei älteren Jugendlichen. Für die Prävention ist die Verbesserung des Ernährungsverhaltens von Jugendlichen ein wichtiges Ziel, da sich in dieser Lebensphase langfristige Gewohnheiten entwickeln. Eine gesunde Ernährung im Jugendalter kann das Risiko für Krankheiten wie Adipositas, Diabetes Typ 2 und Herzerkrankungen im Erwachsenenalter reduzieren.

Ernährungsverhalten von Jugendlichen

Wie ernähren sich Jugendliche?
Wie verändert sich ihr Ernährungsverhalten im Vergleich zu jüngeren Kindern?
Welche „ungesunden“ Lebensmittel spielen dabei eine Rolle?
Welche negativen Folgen ergeben sich für Jugendliche aus einer ungesunden Ernährung?
Was hat sich durch die Pandemie verändert?
Welche Unterschiede gibt es zwischen Mädchen und Jungen?

ALICIA STEFFEL
DR FRANZISKA FELDL
Stiftung Kindergesundheit

Kinder und Jugendliche werden sowohl bei Ernährungsempfehlungen als auch bei Ernährungsstudien meist in einer Gruppe zusammengefasst, obwohl sich das Ernährungsverhalten in den Altersgruppen erheblich unterscheidet. Während im Kindesalter die Ernährungsweise noch stark von Familie und/oder durch die Kita- und Schulverpflegung bestimmt wird, sind Jugendliche in einer Übergangsphase zwischen dem „versorgt werden“ und der Selbstversorgung [1]. Daher verändert sich das Ernährungsverhalten in der Adoleszenz oftmals sehr stark. Jugendliche nehmen Mahlzeiten seltener in der Familie zu sich und bestimmen immer mehr selbst, was und wann sie essen möchten. Mögliche Einflüsse auf die Auswahl an Lebensmitteln können Schule, Peergruppe und soziales Umfeld, Medien, sozioökonomischer Status, Ernährungswissen, Lebensmittelvorlieben, psychologische Faktoren und Lebensmittelmarketing sein. Aber auch früh erlernte familiäre Ernährungsgewohnheiten spielen eine Rolle, denn diese können entweder zumindest in Teilen übernommen oder auch abgelehnt werden, um sich von den Eltern abzugrenzen [2] [3] [4].

Aufgabe der Prävention ist es, das Ernährungsverhalten von Jugendlichen stärker in Augenschein zu nehmen, da sich in dieser Lebensphase bleibende Gewohnheiten für das Erwachsenenalter verfestigen. Das Aufbrechen ungesunder Ernährungsmuster im Jugendalter kann das Risiko für Krankheiten, wie Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2 oder koronare Herzkrankheiten im weiteren Lebensverlauf reduzieren [4].

ACHTEN JUGENDLICHE AUF EINE GESUNDE ERNÄHRUNG?

Im Jahr 2020 wurden im Rahmen der SINUS-Studie 72 Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren befragt, wie sehr sie auf eine gesunde Ernährung achten. 36 Prozent (**Abbildung 1**) von ihnen gaben an, eher auf eine gesunde Ernährung zu achten, während 41 Prozent der befragten Jugendlichen in ihrer Beurteilung „unentschieden" waren und etwa 20 Prozent der Befragten eher nicht auf eine gesunde Ernährung achten [5].

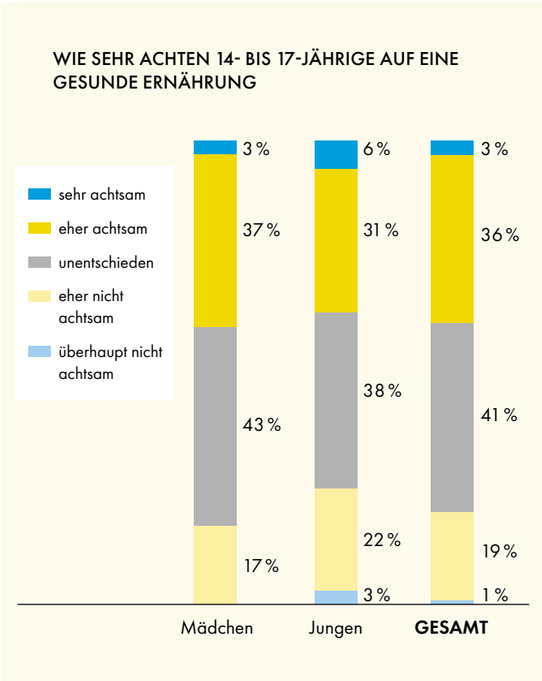


Abbildung 1: Angaben in prozentualen Anteilen bezogen auf die 72 befragten Jugendlichen, eigene Darstellung auf Basis der Ergebnisse der SINUS-Studie basierend auf Daten aus [5]

→ Der Großteil der Jugendlichen ist unschlüssig, wie sehr sie auf eine gesunde Ernährung achten.

→ Bei den Mädchen sind 3 Prozent, bei den Jungen 6 Prozent sehr achtsam in Bezug auf eine gesunde Ernährung [5].

ERNÄHRUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR JUGENDLICHE

Eine vollwertige Kost, empfohlen von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, kann dazu beitragen, dass das Wachstum, die Entwicklung, die Leistungsfähigkeit sowie die Gesundheit ein Leben lang gefördert und erhalten wird [6]. Zur vollwertigen Ernährung basierend auf den lebensmittelbezogenen Ernährungsempfehlungen gehören der DGE-Ernährungskreis, die Dreidimensionale DGE-Lebensmittelpyramide sowie die 10 Regeln der DGE [7]. Diese qualitativen Empfehlungen gelten auch für Jugendliche, allerdings müssen die Verzehrmengen individuell angepasst werden [8].

Grundregeln der vollwertigen Kost basierend auf lebensmittelbezogene Ernährungsempfehlungen:

→ Getränke bilden mengenmäßig die größte Lebensmittelgruppe: hier sollen kalorienfreie/-arme Getränke bevorzugt werden.

→ Reichlicher Verzehr an pflanzlichen Lebensmitteln: Gemüse und Salat, Obst sowie Getreide, Getreideprodukte (vorwiegend Vollkorn) und Kartoffeln.

→ Mäßiger Verzehr an tierischen Lebensmitteln: Milch und Milchprodukte sowie Fleisch, Wurst, Fisch und Eiern.

→ Sparsamer Verzehr von Ölen und Fetten: hier sollten vor allem pflanzliche Öle und Fette bevorzugt werden [9].

ERNÄHREN SICH JUGENDLICHE ENTSPRECHEND DEN EMPFEHLUNGEN?

Die EsKiMo-Ernährungsstudie erfasste die Ernährungssituation von 12- bis 18-jährigen Jugendlichen in Deutschland [10].

Die Ergebnisse der EsKiMo II – Die Ernährungsstudie als KiGGS-Modul, Welle 2 (Erhebungszeitraum 2014 – 2017) zeigen, dass Jugendliche

... zu wenig aus den folgenden Lebensmittelgruppen essen:

→ Obst und Gemüse

→ Kartoffeln, Reis, Nudeln

→ Brot und Getreideprodukte

→ Milch und Milchprodukte

→ Fisch

... zu viel aus folgenden Lebensmittelgruppen essen:

→ Fleisch und Wurstwaren

→ Fast Food

→ Süßigkeiten, Snacks, Knabbereien [10]

FAST FOOD

Unter „Fast Food" werden Lebensmittel verstanden, die einen hohen Verarbeitungsgrad, eine hohe Energiedichte (Zucker, gesättigte Fette) und dabei wenig Mikronährstoffe (z. B. Mineralstoffe, Vitamine) aufweisen. Ein häufiger Verzehr von Fast Food ist mit einem erhöhten Risiko für Übergewicht und Adipositas assoziiert [11]. Fast Food sollte deshalb nur ein bis zwei Mal pro Monat in Kombination mit energiearmen und nährstoffreichen Lebensmitteln konsumiert werden [4].

Die Ergebnisse der EsKiMo II Studie zeigen, dass 97,8 Prozent der Befragten mindestens einmal pro Woche Fast Food essen. Mit zunehmendem Alter steigt der wöchentliche Fast Food Konsum an und der Anteil an Jugendlichen, die mehr als zweimal pro Woche Fast Food essen, nimmt zu (**Abbildung 2**). So verzehren im Alter von 14 – 17 Jahren bereits 32 Prozent der Mädchen und 61 Prozent der Jungen wöchentlich mehr als zwei Portionen Fast Food [12].

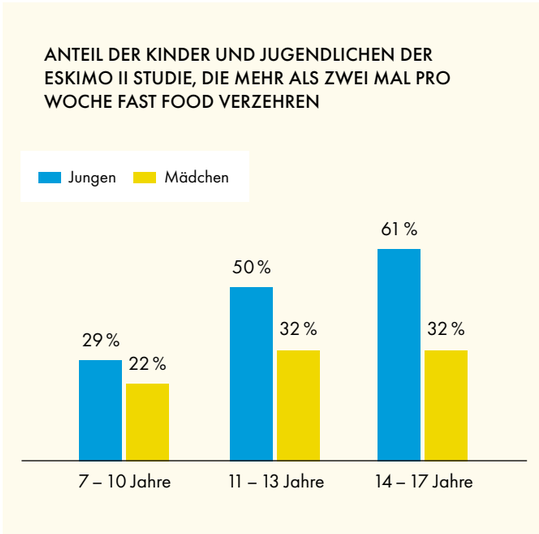


Abbildung 2: Anteil der Kinder und Jugendlichen der EsKiMo II Studie, die mehr als zwei Mal pro Woche Fast Food verzehren [12]

→ Im Jugendalter ist der Fast Food Konsum bei Jungen häufiger als bei Mädchen.

→ Mit steigendem Alter nimmt v.a. bei den männlichen Jugendlichen der Fast Food Verzehr zu. So konsumieren über die Hälfte der Jungen (61 %) im Alter zwischen 14 und 17 Jahren mehr als zwei Portionen Fast Food wöchentlich [11] [12].

SÜSSWAREN UND KNABBERARTIKEL

Süßwaren und Knabberartikel sollen in einer ausgewogenen Ernährung und auch mit Blick auf die Adipositasprävention möglichst selten und wenn nur in geringen Mengen von Kindern und Jugendlichen verzehrt werden [13] [14].

Wenn auch der Verzehr an Süßwaren und Knabberartikeln im Vergleich zur Basiserhebung (2003 – 2006) der KiGGS-Studie deutlich gesunken ist, so verzehren immer noch viele Kinder und auch Jugendliche in Deutschland regelmäßig Süßwaren und Knabberartikel, wie die Daten der KiGGS-Welle 2 zeigen: 53 Prozent der Jungen im Alter von 11 – 17 Jahren gaben an, mehr als einmal täglich diese Art von Snacks zu verzehren. Bei den 11 bis 13-jährigen Mädchen war der Anteil mit 52 Prozent ähnlich hoch, ging bei diesen in der Altersgruppe der 11- bis 17-Jährigen aber auf 43 Prozent zurück [15].

→ Der Anteil der Jugendlichen, die mehr als einmal pro Tag Süßwaren und/oder Knabberartikel verzehren, ist relativ hoch (zwischen 43 und 53 Prozent).

→ Jungen verzehren tendenziell häufiger als Mädchen mehr als einmal täglich Knabberartikel und Süßwaren [15].

ENTSPRICHT DIE FLÜSSIGKEITSZUFUHR DER JUGENDLICHEN DEN EMPFEHLUNGEN?

Aus den Ergebnissen der EsKiMo II-Studie geht hervor, dass über die Hälfte der Jugendlichen die empfohlene Flüssigkeitsmenge erreicht oder übertrifft [10]. Neben der Zufuhrmenge ist die Art der konsumierten Getränke entscheidend. Auf zuckerhaltige Getränke soll möglichst verzichtet werden, da ein regelmäßiger Verzehr ein eigenständiger Risikofaktor für Übergewicht und Adipositas ist und mit weiteren gesundheitlichen Nachteilen eines hohen Zuckerverzehrs (vgl. **Abbildung 3**) verbunden ist [16].

WAS SIND DIE FOLGEN EINES ÜBERMÄSSIGEN ZUCKERKONSUMS?

- Übergewicht, Adipositas
- Diabetes mellitus Typ II
- Reduktion der Knochendichte
- Belastung der Zähne → Karies

Abbildung 3: Folgen übermäßigen Zuckerkonsums, eigene Darstellung basierend auf Daten aus [16]

Im Rahmen der KiGGS Studie Welle 2 fällt positiv auf, dass bei der Getränkeauswahl im Vergleich zur Basiserhebung der Anteil an Wasser gestiegen und der Anteil an süßen Getränken wie z. B. Säften, Limonaden und Cola zurückgegangen ist. Dennoch ist der Konsum zuckerhaltiger Getränke immer noch zu hoch [10]. Tendenziell nimmt mit steigendem Alter der Anteil an zuckerhaltigen Getränken an der täglichen Flüssigkeitszufuhr zu. Auch hier ist bei Jugendlichen ein Unterschied zwischen Mädchen und Jungen zu erkennen (**Abbildung 4**). So trinken Jungen, v.a. die 14 – 17-Jährigen, mehr zuckerhaltige Getränke als Mädchen [16].

Zu den zuckergesüßten Getränken zählen auch Energydrinks, die neben einem hohen Zucker- auch einen hohen Koffeingehalt aufweisen. Energydrinks enthalten meist mehr als doppelt so viel Koffein wie handelsübliche Cola-Getränke. Eine zu hohe Zufuhr an Koffein kann v.a. bei koffeinsensiblen Personen zu Übelkeit, Kopfschmerzen, Nervosität und auch zu Störungen im Herz-Kreislauf-System führen.

Ein moderater Konsum von Energydrinks sowie anderen koffeinhaltigen Getränken gilt als nicht bedenklich. Jedoch zeigen die Ergebnisse der EsKiMo II Studie, dass ca. 25 Prozent der Konsumenten*innen von Energydrinks alleine durch Energydrinks die sichere Koffeinzufuhrmenge überschreiten [17].

ERRECHNETE ZUFUHRMENGE AN ZUCKERHALTIGEN GETRÄNKEN IN MILLILITER AM TAG

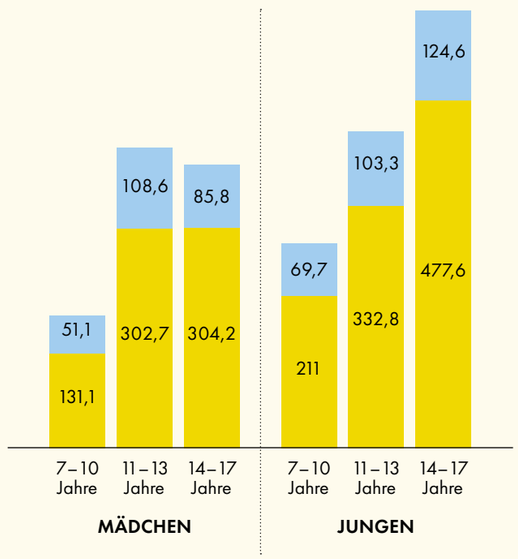
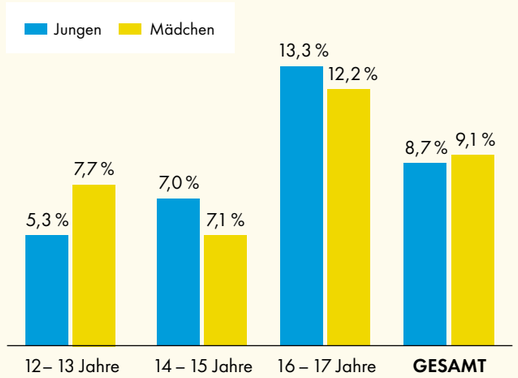


Abbildung 4: Errechnete Zufuhrmenge an zuckerhaltigen Getränken in Milliliter am Tag, eigene Darstellung basierend auf Daten aus [16]

Wie die Ergebnisse der EsKiMo II Studie zeigen, steigt bei Jugendlichen der Konsum an Energydrinks mit zunehmendem Alter an (**Abbildung 5**). Auch ein Einfluss des sozioökonomischen Status der Familie konnte festgestellt werden: So war der Energydrink-Konsum bei den 12 – 17-Jährigen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status etwa dreimal so hoch wie bei Jugendlichen aus Familien mit hohem sozioökonomischen Status [17].

PRÄVALENZ DES ENERGYDRINK-KONSUMS BEI MÄDCHEN UND JUNGEN IM ALTER VON 12 BIS 17 JAHREN



- Der Konsum von Energydrinks steigt bei Jugendlichen mit zunehmendem Alter.
- Bei Jugendlichen aus Familien mit einem geringen sozioökonomischen Status ist der Energydrink-Konsum etwa dreimal so hoch wie bei Gleichaltrigen aus Familien mit einem hohen sozioökonomischen Status.
- Jugendliche sollen über Gefahren von übermäßigem Konsum von Koffein durch Energydrinks sensibilisiert werden!

Abbildung 5: Prävalenz des Energydrink-Konsums bei Mädchen und Jungen im Alter von 12 Bis 17 Jahren [17]

ADIPOSITAS UND ÜBERGEWICHT BEI JUGENDLICHEN IN DEUTSCHLAND?

Hohe Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen sind ein weltweites Gesundheitsproblem und eine große Herausforderung für die öffentliche Gesundheit, daher hat die Prävention von übermäßiger Gewichtszunahme eine hohe Relevanz, um die damit verbundenen Risikofaktoren (**Abbildung 6**) zu verringern [18].

WAS SIND DIE RISIKOFAKTOREN VON ADIPOSITAS UND ÜBERGEWICHT IM JUGENDALTER?

- erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen
- erhöhter Blutdruck
- Fettstoffwechselstörungen, Störungen des Glukosestoffwechsels
- höhere Wahrscheinlichkeit für Diabetes mellitus II
- häufig auch Reduktion der Lebensquallität und Mobbing

Abbildung 6: Risikofaktoren von Adipositas und Übergewicht im Jugendalter, eigene Darstellung basierend auf Daten aus [18]

In Deutschland zeigen die Daten der KiGGS Welle 2 im Vergleich zu denen der KiGGS-Basiserhebung, dass sich sowohl Übergewicht als auch Adipositas bei den Heranwachsenden auf einem hohen Niveau stabilisiert haben [18]. Allerdings ist eine beunruhigend starke Zunahme der sozialen Ungleichheit hinsichtlich der Häufigkeit von Übergewicht zu beobachten: Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas war in beiden Erhebungswellen unter Mädchen und Jungen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status am höchsten. In der Gruppe mit dem niedrigsten sozioökonomischen Status ist die Prävalenz von Übergewicht sogar von 20,0 Prozent auf 25,5 Prozent gestiegen. Für die Häufigkeit der Adipositas wurde kein solcher Trend festgestellt [19].

Zusätzlich zeigen die Ergebnisse der KiGGS Welle 2 eine höhere Übergewichtsprävalenz im Alter von 11 bis 13 Jahren als mit 14 bis 17 Jahren (**Abbildung 7**). Im Gegensatz dazu, waren mehr 14- bis 17-Jährige adipös als 11- bis 13-Jährige [18].

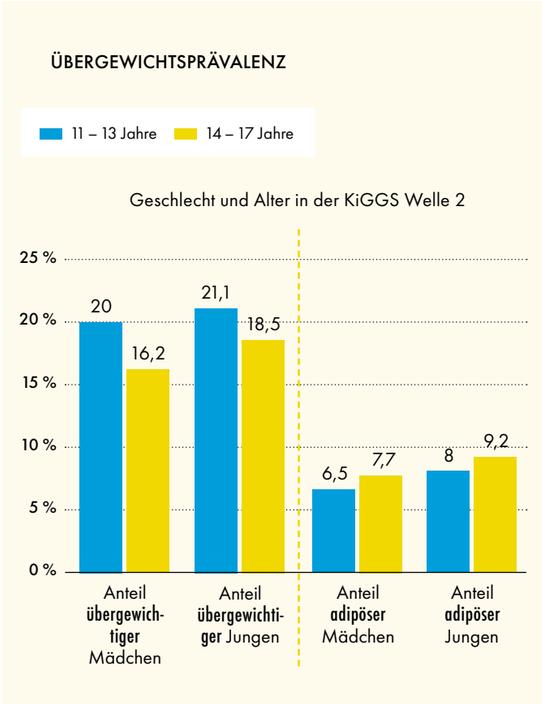


Abbildung 7: Übergewichtsprävalenz in % (90. Perzentil, einschließlich Adipositas) und Adipositasprävalenz (>97. Perzentil) nach Geschlecht und Alter in der KiGGS Welle 2, eigene Darstellung basierend auf Daten aus [18]

Die mit der Coronapandemie ab 2020 verbundenen Einschränkungen im täglichen Leben von Kindern und Jugendlichen haben offenbar dazu geführt, dass die Zahl der Adipositas-Fälle in dieser Zeit nochmals angestiegen ist:

Eine repräsentative Umfrage im September 2020 bei 1.000 Eltern mit mindestens einem Kind bis zu einem Alter von 14 Jahren ergab, dass bei 9 Prozent der Kinder eine Zunahme des Körpergewichts während der Pandemie beobachtet wurde, wobei die Prävalenz mit 23 Prozent bei den Kindern, deutlich höher war, deren Eltern eine niedrige Schulbildung hatten (<10 Jahre). Ein erhöhtes Körpergewicht wurde kaum bei Vorschulkindern beobachtet, sondern trat vor allem bei Kindern im Schulalter auf, insbesondere in der Altersgruppe der 10- bis 12-Jährigen (19 %), wobei deutlich mehr Jungen (24 %) als Mädchen (13 %) betroffen waren. In der Altersgruppe der 13- bis 14-Jährigen zeigten 9 Prozent eine Gewichtszunahme [20]. Daten der Kaufmännischen Krankenkasse zeigen, dass bei den 6- bis 18-Jährigen die Adipositas-Fälle vom Vor-Corona-Jahr 2019 auf das Jahr 2021 um ca. 11 Prozent angestiegen sind. Bei Jugendlichen in der Altersgruppe der 15- bis 18-Jährigen Jungen betrug die Zunahme sogar etwa 19 Prozent und bei den Mädchen in diesem Alter gut 12 Prozent [21].

Auch Zahlen aus dem DAK Kinder- und Jugendreport 2022 weisen auf einen deutlichen Anstieg an neu diagnostizierten Adipositas-Fällen bei den 15- bis 18-Jährigen zwischen 2019 und 2022 hin. So zeigte sich bei den Jungen in dieser Altersgruppe eine Zunahme von 18,3 Fällen je 1.000 in 2019 auf 21,1 Neudiagnosen je 1.000 in 2021, was einem Anstieg um 15 Prozent entspricht. Bei den Mädchen betrug die Zunahme 6 Prozent. Dagegen waren bei den 11- bis 14-Jährigen während der Pandemie die Neuerkrankungsraten weitgehend konstant. Im DAK Kinder- und Jugendreport 2022 wurde ebenfalls ein starker Einfluss des sozioökonomischen Status auf die Adipositas Neuerkrankungsraten bei den Jugendlichen bestätigt; dabei war der Anstieg der Adipositas bei Jugendlichen mit niedrigem sozioökonomischen Status grösser als bei solchen mit mittlerem bis hohem [22].

→ EMPFEHLUNGEN DER STIFTUNG KINDERGESUNDHEIT

→ **Jugendliche orientieren sich stark an Freund*innen und Peergruppen** und entfernen sich mit zunehmendem Alter vom Elternhaus. Daher sollte die Schule das Thema „Gesundheit und Ernährung" stärker thematisieren und Jugendlichen Wissen über die vollwertige Ernährung mit den entsprechend wichtigen Lebensmittelgruppen vermitteln, zum Beispiel über das gemeinsame Kochen.

→ Eine **gesunde Verpflegung in den Schulen** leistet einen wichtigen Beitrag zu einer ausgewogenen und bedarfsgerechten Ernährung. Daher sollten in allen Bundesländern die DGE-Qualitätsstandards verbindlich für Schulverpflegung umgesetzt werden und eine entsprechende Zertifizierung der einzelnen Schulen erfolgen.

→ Zur Förderung einer gesunden Ernährung aller Jugendlicher einschließlich sozioökonomisch benachteiligter Gruppen sollte ergänzend zur Ernährungsbildung kostenlos ein **qualitätsgesichertes Schul- bzw. Kantinenessen** (siehe oben) für jugendliche Schüler*innen und Auszubildende angeboten werden.

→ Die Abgabe und der **Verkauf von Lebensmitteln und Getränken mit ungünstigem Nährwertprofil in Schulen sollten eingeschränkt werden**.

→ Werbung für Lebensmittel und Getränke mit ungünstigem Nährwertprofil ist bei Jugendlichen mit ungünstigem Verzehrverhalten und gehäuftem Auftreten von Adipositas assoziiert. Eine **effektive Beschränkung von Werbung für Lebensmittel und Getränke mit ungünstigem Nährwertprofil** einschließlich der Werbung über Internet, soziale Medien und Influencer, wie sie vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft vorgeschlagen wurde, kann zum Schutz der Jugendlichen und zur Prävention von Übergewicht und Adipositas beitragen.

Kurz & knapp:

Der Übergang von chronisch kranken und behinderten Jugendlichen in die Erwachsenenmedizin (Transition) ist oft mit großen Herausforderungen verbunden. Viele Jugendliche verlieren nach dem Wechsel den regelmäßigen Kontakt zur medizinischen Betreuung. Verschiedene Barrieren erschweren eine erfolgreiche Transition, darunter persönliche, soziale und strukturelle Faktoren. Um den Übergang zu verbessern, sind eine engere Zusammenarbeit zwischen Pädiatrie und Erwachsenenmedizin, finanzierte Schulungen, personelle und zeitliche Ressourcen sowie eine frühzeitige Planung notwendig. Transitionsprogramme bieten Lösungen, um eine kontinuierliche und angemessene Versorgung zu ermöglichen.

Klare Wege zum Ziel: Der Wechsel von chronisch kranken Jugendlichen in die Erwachsenenmedizin

Wie kann der Wechsel von chronisch kranken und behinderten Jugendlichen in die Erwachsenenmedizin gelingen? Was brauchen sie, um gut versorgt und eigenverantwortlich im Gesundheitswesen zurechtzukommen?

Transitionsprogramme bieten hier Lösungen.

DR. SILVIA MÜTHER
Leiterin des Diabeteszentrums für Kinder und Jugendliche an den DRK Kliniken Berlin Westend
Vorstandsvorsitzende Berliner TransitionsProgramm e.V.

JANA FINDORFF
Projektmanagerin Berliner TransitionsProgramm
DRK Kliniken Berlin Westend

Für alle Menschen ist der Übergang von Kindheit und Jugend in die Erwachsenenwelt mit vielen Herausforderungen verbunden. Sie umfassen die Ablösung von den Eltern hin zu neuen sozialen und menschlichen Bindungen, die Entwicklung eigener Wertevorstellungen und die Umsetzung persönlicher und beruflicher Lebensperspektiven. Bei Menschen mit speziellen Bedürfnissen durch eine chronische Erkrankung oder Behinderung geht der Wechsel von einem familienzentrierten und tragenden Betreuungssystem der Kinder- und Jugendmedizin hin zu einem Erwachsenenbetreuungssystem, in dem sehr eigenverantwortlich gehandelt werden muss, noch einmal mit speziellen Anforderungen einher [1–3].

BEGRIFFSBESTIMMUNG

Transition (von lat. transitio „Übergang“) ist der zielgerichtete, geplante Übergang von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit chronischen Beeinträchtigungen von kind- und jugendzentrierten zu erwachsenen-orientierten Gesundheitsversorgungssystemen, mit dem Ziel, eine koordinierte, ununterbrochene Gesundheitsversorgung zu gewährleisten[4].

Im Gegensatz dazu beschreibt der Transfer (von lat. transferre „hinüberbringen“) die direkte Übergabe des Patienten/der Patientin von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin als einmaliges Ereignis [4].

Die Transitionsphase versteht sich als Vorbereitung des Transfers bis zur sicheren Einbettung des Patienten/der Patientin in der Erwachsenenmedizin und -betreuung. Sie umfasst das übergreifende Thema des Erwachsenwerdens mit chronischer Erkrankung und beinhaltet ein erweitertes Verständnis, das den Blick von der Schnittstellenproblematik weg hin zu einem sich ständig in Anpassung und Entwicklung befindlichen Prozess wendet [5].

EPIDEMIOLOGISCHE DATEN

Mit der KiGGS-Studie (2012) wurden Daten zur körperlichen, sozialen und psychischen Lage von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren in Deutschland erhoben. 38,7 Prozent dieser Kinder und Jugendlichen hatten mindestens ein chronisches Gesundheitsproblem, 2 Prozent eine anerkannte Behinderung und eine Prävalenz für angeborene Fehlbildungen lag bei 10,6 Prozent der befragten Familien vor [6, 7].

Bei 14 Prozent der befragten Familien lag ein spezieller Versorgungsbedarf vor [8]. In der Studie wurde explizit nach häufigen Erkrankungen gefragt, die seltenen Erkrankungen waren damit unzureichend abgebildet [7]. Für die Entwicklung von Transitionsprozessen sind sie aber aufgrund der komplexen Versorgungsbedarfe von hoher Relevanz [9].

KRITISCHE PHASE

In der Regel steht der Wechsel in ein Erwachsenenbetreuungssystem zwischen dem 18. und 21. Lebensjahr an. Dieser Transfer stellt nach allgemeinen Erfahrungen eine kritische Phase dar, die sorgfältig geplant und gestaltet werden muss, um das in der Jugendmedizin Erreichte nicht zu gefährden. Vielen Jugendlichen gelingt jedoch kein kontinuierlicher Übergang, da sie die notwendige Eigeninitiative und -verantwortung noch nicht ausreichend entwickeln konnten. So verlieren sie über kürzere oder längere Zeiträume den Kontakt zur medizinischen Versorgung [3]. Gute Daten hierfür liefert eine Untersuchung von Jugendlichen mit einem Nierentransplantat: 40 Prozent der betrachteten Patienten verloren nach dem Wechsel in die Erwachsenenbetreuung nach 36 Monaten das Transplantat, bei einem großen Anteil durch eine unzureichende Therapieadhärenz [10-11]. Eine andere Studie ergab, dass 40 Prozent der Jugendlichen mit Typ 1 Diabetes beim Transfer in die Erwachsenenbetreuung den Kontakt zum spezialisierten Betreuungssystem verlieren, verbunden mit einem um 2,5 Prozent erhöhten Risiko für eine ungünstige Blutzuckereinstellung im Vergleich zu den Jugendlichen, die weiterhin in einem spezialisierten Versorgungssystem betreut werden[9].

BARRIEREN VERHINDERN ERFOLGREICHE TRANSITION

International geht man von folgenden typischen Transitionsbarrieren aus [12]:
- krankheits-/störungsbedingte, persönliche Faktoren,
- besondere psychosoziale Belastungen und allgemeine Widerstände,
- Barrieren des Zugangs zur Versorgung,
- Barrieren der Organisation von Transitionsprozessen und Verantwortlichkeiten der Qualität ärztlicher Versorgung,
- kommunikative Defizite,
- gesellschaftliche Barrieren.

Die Ergebnisse können zum Teil auf das deutsche Versorgungssystem übertragen werden, da die entwicklungspsychologischen und kommunikativen Aspekte zwischen den einzelnen Ländern vergleichbar sind. Allerdings unterscheiden sich die einzelnen Versorgungssysteme doch deutlich, so dass strukturelle Barrieren für das jeweilige Land gesondert betrachten werden müssen.

Um die Situation in der Bundesrepublik Deutschland beurteilen zu können, wurden im Rahmen der Konzeption des Berliner TransitionsProgramms unter Berücksichtigung der internationalen Literatur, zwei Fokusgruppenbefragungen durchgeführt. Die erste Gruppe bestand aus betroffenen Jugendlichen und deren Eltern und die zweite Gruppe aus Vertreter*innen verschiedener betreuender Fachgruppen (Pädiatrie, Neurologie, Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Kinderkrankenpflege, Psychologie und Medizinsoziologie). In den jeweiligen Gruppen wurden die aus der internationalen Literatur gewonnenen Themenkomplexe diskutiert [15].

Folgende Barrieren konnten identifiziert werden [13]:

Barrieren auf Seiten der Betroffenen:
- grundsätzliche Abneigung gegen den Transfer in die Erwachsenenbetreuung
- Unsicherheit der Jugendlichen durch noch starke Abhängigkeit von Elternhaus gegenüber des eigenen Autonomiebestrebens
- starke Bindung an das bisherige Betreuungssystem und Wegfall wichtiger Bezugspersonen
- Ablehnung des ungewohnten Betreuungsklimas in der Folgebetreuung

Barrieren auf Seiten der Betreuer*innen:
- Hemmungen bezüglich der Abgabe der Betreuung
- Unsicherheit und mangelnde Vorbereitung für den Umgang des Transfers
- Unsicherheit über den adäquaten Zeitpunkt des Transfers (18 Jahre vs. Reifegrad)
- Mangel an Spezialist*innen in der Erwachsenversorgung
- schwieriger oder unmöglicher Zugang zu nichtärztlichen Transitionsressourcen wie z. B. Fallmanagement oder Sozialbetreuung

Strukturelle Barrieren:
- fehlende Transitionstradition in der medizinischen Versorgung
- keine definierte Verantwortlichkeit
- fehlende strukturierende Materialien
- Mangel an personellen Ressourcen
- keine Sicherung der Nachhaltigkeit durch Planung und Steuerung des Transitionsprozesses im Sinne eines Fallmanagements
- fehlende Finanzierung der transitionsspezifischen Leistungen

Im Rahmen einer Studie wurden im Jahr 2020 in Deutschland 492 pädiatrische Diabetolog*innen zu ihren Erfahrungen in der Praxis mit der Thematik Transition befragt.
91 Prozent der Befragten sahen einen Verbesserungsbedarf von Transitionsprozessen [14].

In dieser Befragung und in der Literatur werden folgende notwendige Verbesserungspotentiale aufgeführt [14–20]:
- Zusammenarbeit/Kommunikation mit Erwachsenenmediziner*innen
- Rückmeldung
- Abrechnung/ Vergütung/ Kostenübernahme der Krankenkassen
- strukturiertes Vorgehen
- Jugendliche auf die Umstellung vorbereiten, Selbstständigkeit fördern
- finanzierte Transitionsschulungen/Fortbildungen
- zeitliche Ressourcen
- Erweiterung der päd. Sprechstunden über 18 Jahre hinaus bzw. „Übergangsphase“
- gemeinsame Sprechstunden Internist*innen / Pädiater*innen
- frühzeitige Planung und Vorbereitung der Jugendlichen auf den Wechsel
- Einführung von Sprechstunden für junge Erwachsene in der Erwachsenenmedizin
- Etablierung von Transitionsschulungen/Workshops für Jugendliche
- Etablierung von Fallmanagement zur Sicherung der Nachhaltigkeit
- Gestaltung von gemeinsamen Weiterbildungen von Spezialist*innen in der Kinder- und Jugend - sowie Erwachsenenmedizin
- enge überregionale Vernetzung von Hilfe- und Versorgungssystemen

ENTWICKLUNGEN

Gesundheitspolitisch wird Transition seit langer Zeit international und national beachtet. Beispielhaft ist das US-amerikanische Modell „Healthy People 2010“ und dessen Erweiterung „Healthy People 2030“ mit den Forderungen, die Anzahl der gezielten Planungen des Transitionsprozesses für Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen durch die behandelnden Versorgungszentren zu erhöhen [3].

In Deutschland erlangte das Thema Transition gesundheitspolitisch erstmals durch den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009 Aufmerksamkeit. Im Bericht wurde die Konzeption von weiteren Modellversuchen empfohlen, sowie die feste Implementierung von Transitionsprozessen an den betreuenden Institutionen voranzutreiben. Explizit wird auf die Notwendigkeit der Aufnahme von Transitionsleistungen in den Katalog hochspezialisierter Leistungen nach § 116b SGB V hingewiesen, womit auch eine Finanzierung dieser interdisziplinären Versorgung geschaffen werden könnte [21].

Mit der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Transitionsmedizin 2012 etablierten sich innerhalb der Gesellschaft Arbeitsgruppen zu verschieden Themen in Bezug auf spezielle Erkrankungen im übergeordneten Thema Transition. In Erweiterung des Aktionsradius der Gesellschaft auf die Schweiz und Österreich wurde die Gesellschaft 2018 in Gesellschaft für Transitionsmedizin umbenannt. Heute arbeitet sie auch in länderübergreifenden Arbeitsgruppen, vereint die Aktivitäten unter einem Dach und unterstützt Forschungsvorhaben rund um das ThemaTransition [22].

2021 wurde die S3 – Leitlinie „Transition von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin“ der Gesellschaft für Transitionsmedizin entwickelt und veröffentlicht. Die Leitliniengruppe umfasste Vertreter*innen verschiedener Fachgesellschaften, Patientenvertretungen, Expert*innen und Forschungsgruppen, die methodische Begleitung erfolgte durch die AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.). Achtzehn evidenz-basierte Empfehlungen resultierten aus der analysierten Studienlage [4] (**Tabelle 1**).

Die Leitlinie und die daraus hervorgegangenen Empfehlungen geben eine Orientierung zur Entwicklung von Programmen, Tools und Materialien für einen strukturierten Transitionsprozess.
Mit Einführung des Innovationsfonds 2015 ergab sich die Möglichkeit unter der Thematik „Neue Versorgungsformen“ Projekte zum Thema Transition einzureichen [23]. Eine Evaluation schon etablierter Programme war in diesem Rahmen nicht vorgesehen.

Es wurden indikationsspezifische Projekte wie z. B.:
- CARE for CAYA – für Jugendliche nach überstandener Krebserkrankung
- Nieren Tx 360 – für Jugendliche und junge Erwachsenen mit Nierentransplantat
- TRANSLATE – NAMSE – für Jugendliche mit Seltenen Erkrankungen
- und indikationsübergreifende Projekte wie:
- AOK Trio und TransFIT

zur Erprobung eingereicht [15]. Diese Projekte sind zum Teil schon abgeschlossen oder befinden sich noch in der Durchführung.

INTERVENTION

1	Für den Transitionsprozess sollte ein **individualisierter Transitionsplan** erstellt werden, der die einzelnen Maßnahmen definiert und terminiert.
2	Die **Transitionsbereitschaft** und **-befähigung** soll in einem ausführlichen klinischen Gespräch erfasst werden.
3	Der **Zeitpunkt des Transfers** sollte die Besonderheiten der Erkrankung und des/r Patient*in berücksichtigen und nicht starr an den 18. Geburtstag gekoppelt sein.
4	Der Transitionsprozess soll eine **Schulung des/r Patient*in** und ggf. seiner Eltern/ Betreuungspersonen zu relevanten Aspekten der Krankheit und des Transfers enthalten.
5	Der Transitionsprozess sollte interdisziplinär gestaltet werden.
6	Für den Transfer sollte eine **strukturierte Epikrise zum bisherigen Krankheitsverlauf** mit medizinischen und psychologischen Inhalten sowie behandlungsrelevanten Vorbefunden für den/die Patient*in und die Weiterbehandler*in erstellt werden.
7	Ein verantwortlicher **Ansprechpartner** sollte die Transition begleiten.
8	Zur Verbesserung der Adhärenz und Termintreue sollten niederschwellige Angebote durch geeignete Internetseiten, Apps, SMS, E-Mail und/oder Telefon soweit verfügbar als Reminder und **Informationsangebot** eingesetzt werden.
9	9.1 Bei **jüngeren Jugendlichen sollen die Eltern/ständigen Betreuungspersonen** in den Transitionsprozess einbezogen werden. 9.2 Auch über den Transfer hinaus kann es sinnvoll sein, sie in den **Prozess einzubeziehen**. 9.3 Bei Patient*innen mit **kognitiven Einschränkungen ist der Einbezug der Eltern/ständigen Betreuungspersonen verpflichtend**.
10	Das Angebot einer **gemeinsamen Sprechstunde** oder Fallbesprechung, an der Pädiater oder die Pädiaterin und weiterbehandelnde Erwachsenenmediziner beteiligt sind, kann erwogen werden.
11	Zur Unterstützung des Transitionsprozesses sollten nicht nur einzelne Maßnahmen eingesetzt werden, sondern **mehrere der beschriebenen Elemente sinnvoll kombiniert** werden.
12	**Transitionsgespräche** sollten frühzeitig, entwicklungsangepasst beginnen.
13	Im Transitionsprozess sollten **jugendrelevante Themen**, wie z. B. Sexualität, Familienplanung, Schlaf-Wach-Rhythmus, Konsum von Alkohol, Nikotin und illegalen Substanzen und deren Wechselwirkung mit der Erkrankung und ihrer Therapie vom Behandlungsteam angesprochen werden.
14	Ein **Screening auf psychische Belastung und Auffälligkeiten** sollte bei chronischen Krankheiten zur Behandlungsroutine gehören.
15	Für ausführliche Transitionsgespräche in der Pädiatrie aber auch beim übernehmenden Arzt oder Ärztin sollte **ausreichend Zeit** (verbunden mit entsprechender Vergütung) eingeplant werden.
16	Die Verantwortung für das Krankheitsmanagement sollte **schrittweise von den Eltern auf den/die Jugendliche/n** übertragen werden.
17	Eine Beratung der Jugendlichen zu **beruflichen und sozialen Fragen** im Zusammenhang mit der chronischen Erkrankung sollte angeboten werden.
18	Junge Patient*innen sollten auf für sie relevante **Selbsthilfevereinigungen und Patientenorganisationen** aufmerksam gemacht werden. Diese können in die Gestaltung des Transitionsprozesses eingebunden werden.

Tabellle 1: Evidenz-basierte Empfehlungen S3-Leitlinie der Gesellschaft für Transitionsmedizin

UMSETZUNG VON PROGRAMMEN ZUR ERFOLGREICHEN TRANSITION

Exemplarisch für die zahlreichen Transitionsaktivitäten sollen hier drei in der Praxis etablierte und erprobte Modelle kurz vorgestellt werden.

TRANSLATE_ NAMSE [24]

Etablierung an verschiedenen Zentren für Seltene Erkrankungen in Deutschland *(https://www.tnamse.de/)*
Zielgruppe: Jugendliche mit einer Seltenen Erkrankung
Kostenübernahme: Selektivverträge
Kernmerkmale:
– Es liegt ein formalisierter, strukturierter Transitionsprozess vor.
– Der Prozessbeginn liegt im Projektzeitraum bei einem Patientenalter von 16 Jahren, kann aber auch zu einem früheren Zeitpunkt aufgenommen werden.
– Die Koordination des Prozesses liegt bei den Lots*innen der ZSE
– Auch die Kommunikation mit Patient*innen und Behandler*innen wird durch die Lots*innen der ZSE gewährleitet.
– Die Schulungen im Rahmen des Transitionsprozesses werden anhand des Eingangsfragebogens individualisiert durch die pädiatrischen Behandlungsteams geplant und durchgeführt.
– Der Prozess resultiert in der Befähigung der Jugendlichen zur Eigenfürsorge.
– Das Follow-up wird mithilfe der Vereinbarung von Terminen in der Erwachsenenversorgung gewährleistet und die Vollständigkeit der Prozessschritte wird evaluiert.

BERLINER TRANSITIONSPROGRAMM (BTP) [25]

Etablierung an vier regionalen Transitionsstellen (Bayern, Berlin, Hessen, NRW) *(https://www.btp-ev.de/)*
Zielgruppe: Jugendliche mit:
– Diabetes mellitus Typ I
– Epilepsie
– Neuromuskulären Erkrankungen
– Kardiologischen Erkrankungen
– Endokrinologischen Erkrankungen
– Onkologischen Erkrankungen
– Nephrologischen Erkrankungen
– Rheumatologischen Erkrankungen
– Asthma bronchiale
– AD(H)S
– Chronisch Entzündlichen Erkrankungen (CED)
Kostenübernahme: Selektivverträge
Kernmerkmale:
– Anwendbarkeit auf unterschiedliche Krankheitsbilder
– Anwendbarkeit in verschiedenen Versorgungsstrukturen
– Anwendbarkeit in verschiedenen Regionen
– geregelte Kostenübernahme für spezielle Versorgungsleistungen im Transitionsprozess
– Integrierter Versorgungspfad
– „Fahrplan" über die gesamte Dauer der Transition
– definierte ärztliche Transitionsleistungen
– Transitionsgespräche, gemeinsame Sprechstunde, Fallkonferenzen, Epikrise
– Strukturierende Materialien
– allgemein: Infobooklet, Infoflyer, T-Heft, App
– indikationsspezifisch: Patient*innen-/Elternfragebögen, strukturierte Epikrise
– Etablierung Koordination (Fallmanagement)
– außerhalb der behandelnden Zentren angesiedelt
– steuert alle Prozesse über die gesamte Zeit der Transition
– Finanzierung durch die Krankenkassen
  • Vergütung der ärztlichen Transitionsleistungen,
  • des Fallmanagements und der
  • Materialien

MODUS – SCHULUNG TRANSITIONSMODUL „FIT FÜR DEN WECHSEL" [26]

Zielgruppe: Jugendliche mit chronischer Erkrankung
Vergütung: Antrag bei Kostenträger
Kernmerkmale:
– ModuS basiert auf Empowerment-Gedanken
– ModuS besteht aus generischen und krankheitsspezifischen Bausteinen und ist bei einer Vielzahl von Krankheiten und Settings einsetzbar
– ModuS macht Vorschläge für Inhalte, Didaktik und Zeitumfang, lässt aber Freiheiten zur Berücksichtigung der Individualität von Gruppen und Besonderheiten der Indikation. Bei Bedarf können Themen weggelassen oder ergänzt werden.
– Das Transitionsmodul ersetzt keine krankheitsbezogene Basisschulung und keine Casemanagement orientierte Begleitung.

AUSBLICK

Durch zahlreiche Aktivitäten, Forschungsarbeiten und die Entwicklung praktikabler Programme und Modelle hat das Thema Transition in der Fachwelt an Akzeptanz und Wichtigkeit in der Betrachtung gewonnen. In der praktischen Umsetzung bestehen aber noch immer Barrieren, die es zu beseitigen gilt.

Die Überwindung der oben aufgeführten Barrieren erfordert spezielle gesundheitspolitische Entscheidungen und strukturierte Programme, die auf bereits existierenden Programmen/Modellen engagierter Arbeitsgruppen und Einzelinitiativen aufbauen können.

EMPFEHLUNGEN DER AUTORINNEN

→ **Etablierung von Transitionsprozessen** im Leistungskatalog für hochspezialisierte Leistungen

→ **Stärkung der multiprofessionellen Perspektive**

→ **Erhöhung des Vernetzungsgrades** der beteiligten Akteur*innen

→ **Anpassung der Vergütung für eine interdisziplinäre Versorgung** von versorgungsintensiven Patient*innen

→ Schaffung notwendiger Strukturen mit entsprechender **Finanzierung zur Evaluation von bestehenden Programmen zur Prozess- und Strukturqualität und Indikations- und Ergebnisqualität**

PINNWAND

Meine Perspektive

Jugendliche berichten über ihre Sicht auf Gesundheit und das Gesundheitssystem

FRISO, 13 JAHRE, KÖLN

„Ich finde, es gibt viel zu wenige Krankenhäuser, in denen es eine Station für die Mutter und das Kind gibt nach einer schwierigen Geburt, wie zum Beispiel nach einem Kaiserschnitt und wenn es beiden schlecht geht. Dann kommt meistens das Neugeborene in ein anderes Krankenhaus. Das war nach meiner Geburt so und darüber muss ich immer noch sehr viel nachdenken.

Gesundheit bedeutet für mich keine Krankheiten zu haben, wie Krebs oder sonst was, was dich niedermacht. Ich finde meine Ärzte gut, aber ich muss immer weit fahren. Ich finde, in jeder großen Stadt muss es eine Station geben, wie die von Frau Dr. K. [Oberärztin in der endokrinologischen Ambulanz der Kinderklinik und Leiterin des PWS Zentrums am Zentrum für Seltene Erkrankungen] in Essen. Die kennt sich gut mit PWS aus. Und mit Schwester Kati zusammen ist das immer lustig.

Als ich noch ganz schlimm die Wutanfälle hatte, hat uns keiner geholfen. Das hat zu lange gedauert und ich sollte in eine Wohngruppe einziehen, weil zuhause nichts mehr ging. In der Psychiatrie waren wir auch. Seit zwei Jahren kommt aber Frau Korn-Fischer [Autismus-Therapeutin] einmal in der Woche zu uns. Meine Mama musste das am Anfang selbst bezahlen, weil keiner das bezahlen wollte. Die muss sich sowieso immer streiten mit den Ämtern. Jetzt geht es mir besser. Und auch in der Schule klappt es besser. Die haben mir und meiner Mutter jetzt gesagt, dass ich dableiben darf, weil die Wutanfälle weniger geworden sind.“

DAS PRADER-WILLI-SYNDROM

Das Prader-Willi-Syndrom (PWS) tritt bei etwa jeder 15.000sten Geburt auf und gehört damit zu den Seltenen Erkrankungen. Bei Menschen mit dem Prader-Willi-Syndrom funktionieren der Hypothalamus und das neuronale System anders als bei gesunden Menschen. Die Bandbreite dieser Störung ist jedoch von Fall zu Fall verschieden, sie kann schwach oder auch sehr stark ausgeprägt sein. Menschen mit PWS empfinden kein Sättigungsgefühl, weshalb sie ihr Essverhalten nicht regulieren können. Lebensgefährliches Übergewicht und entsprechende Sekundärerkrankungen, wie Diabetes mellitus Typ 2 oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sind mögliche Folgen. Aus diesem Grund müssen Menschen mit PWS mithilfe ihrer Eltern und Betreuer sehr früh lernen, mit Nahrungsmitteln umzugehen.

HAUPTMERKMALE:

- fehlendes Sättigungsgefühl, Ess-Lust, Ess-Sucht
- herausforderndes Verhalten, wie z. B. Wutausbrüche und psychische Veränderungen
- Muskelhypotonie/Kleinwuchs/hohe Schmerzschwelle
- Hautzupfen durch gestörte Impulskontrolle
- Unterentwicklung der Geschlechtsorgane
- kognitive Beeinträchtigungen, geistige Behinderung/Sprachbehinderung

Das PWS ist nicht heilbar. Aber man kann die Erkrankung durch eine Vielzahl von Therapien und Maßnahmen in positive Bahnen lenken.

LITERATURVERZEICHNIS

Jugend – Adoleszenz – Pubertät WAS IST DAS?

Seite 14

1. Köck P, Ott H. Wörterbuch für Erziehung und Unterricht. In: Stangl W. Online Lexikon für Psychologie & Pädagogik. [Zugriff am 20.02.2023] Verfügbar: https://lexikon.stangl.eu/200/adoleszenz.
2. Remschmidt H. Mental health and psychological illness in adolescence. Dtsch Arztebl Int. 2013; doi: 10.3238/arztebl.2013.0423
3. World Health Organisation. Adolescent Health [Internet]. [Zugriff am 20.02.2023]. Verfügbar: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1-.
4. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Altersgruppen [Internet]. [Zugriff am 20.02.2023]. Verfügbar: https://www.kbv.de/tools/ebm/html/4.3.5_16239500444692756227488 4.html
5. Schäfers B. Soziologie des Jugendalters. Springer Fachmedien Wiesbaden. 1998; S. 21.
6. Statista. Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland zum 31. Dezember 2021 [Internet]. 2022. [Zugriff am 15.03.2023]. Verfügbar: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1351/umfrage/altersstruktur-der-bevoelkerung-deutschlands/
7. Statistisches Bundesamt. Zahl und Anteil junger Menschen zwischen 15 und 24 Jahren auf neuem Tiefstand [Internet]. 2022. [updated 25.07.2022; Zugriff am 20.02.2023]. Verfügbar: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/07/PD22_N046_122.html

Gesund ins Erwachsenenleben – Jugendliche als vernachlässigte Zielgruppe

Seite 16

1. Adolescent health [Internet]. World Health Organization. [Zugriff am 10.05.2023]. Verfügbar: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1.
2. Thyen U, Konrad K. Psychosoziale Entwicklung in der Adoleszenz. In: Stier B, Weissenrieder N, Schwab KO, eds. Jugendmedizin. Berlin, Heidelberg, Deutschland: Springer Berlin Heidelberg; 2018:19-24. doi:10.1007/978-3-662-52783-2_2
3. Stronski Huwiler S. Gesundheit und Prävention im Jugendalter: Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendärzten, Schulärzten und der Schule. PAEDIATRICA. 2019. [Zugriff am 06.06.2023]. https://cdn.paediatrieschweiz.ch/production/uploads/2019/12/30_4_2019_2_de.pdf
4. Konrad K, Firk C, Uhlhaas PJ: Brain development during adolescence: neuroscientific insights into this developmental period. Dtsch Arztebl Int 2013. 110(25): 425–31. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0425
5. Robert Koch Institut. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Berlin: RKI; 2008 [Zugriff am 10.05.2023]. Verfügbar: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/KiGGS_SVR.pdf?__blob=publicationFile
6. Brockmann K, Schlack HG, Deneke C, Aksu F. Soziale Faktoren und „neue Morbidität" bei Kindern und Jugendlichen. Springer Medizin. 2019. doi 10.1007%2F978-3-642-54671-6_18
7. Kiess W. Jugendmedizin. In: Lentze M.J., Schulte F.J., Schaub J., Spranger J. (eds) Pädiatrie. Berlin, Heidelberg, Deutschland. Springer, 2007. doi.org/10.1007/978-3-540-76460-1_66
8. Büsching U. Der Jugendliche als Patient. Kinder Jugendarzt. 2000; 31: 121–130.
9. Statistisches Bundesamt. Jugend in Zahlen. [Zugriff am 10.05.2023]. Verfügbar: https://www.destatis.de/DE/Im-Fokus/Jahr-der-Jugend/_inhalt.html
10. Herpertz-Dahlmann B, Bühren K, Remschmidt H. Growing up is hard—mental disorders in adolescence. Dtsch Arztebl. 2013; 110(25): 432–40. Doi 10.3238/arztebl.2013.0432
11. Remschmidt H. Mental health and psychological illness in adolescence. Dtsch Arztebl. 2013; 110(25): 423–4. Doi10.3238/arztebl.2013.0423
12. Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung - Tabellenband - Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2019. Statistisches Bundesamt, 2021. [Zugriff am 10.05.2023]. Verfügbar: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Publikationen/Downloads-Gesundheitszustand/unfaelle-gewalt-kinder-tabellenband-xlsx-5230001.html
13. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 13. Kinder- und Jugendbericht: Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin. Stand: 2009. [Zugriff am 10.05.2023]. Verfügbar: https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93144/f5f2144cfc504efbc6574af8a1f30455/13-kinder-jugendbericht-data.pdf
14. Bengel J, Meinders-Lücking F., Rottmann N. Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. 2009; 35. Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. (fachportal-paedagogik.de).
15. Stier B, Weissenrieder N, Schwab KO. Jugendmedizin, Springer Link, 2018. S. 6. doi.org/10.1007/978-3-662-52783-2
16. Schmid R.G., Achenbach M., Pape L. et al. Jugendmedizin in Deutschland. Monatsschr Kinderheilkd. 2022; 170, 70–76. doi.org/10.1007/s00112-021-01251-4
17. Kubryk D. Praxisorientierte Jugendmedizin. Monatsschr Kinderheilkd. 2015; 163, 879–887. doi.org/10.1007/s00112-015-3333-8
18. Riens B, Mangiapane S. Teilnahme an der Jugendgesundheitsuntersuchung J1 – Eine retrospektive Kohortenstudie [Internet]. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutsch land, 2013. [updated 26.04.2013, Zugriff am 21.07.2022]. Verfügbar: https://www.versorgungsatlas.de/
19. AOK. Jugenduntersuchungen in Westfalen-Lippe werden zu wenig genutzt [Internet]. AOK, 2019. [updated 09.10.2019, Zugriff am 21.07.2022]. Verfügbar: https://www.aok.de/pk/cl/nordwest/inhalt/jugenduntersuchungen-in-westfalen-lippe-werden-zu-wenig-genutzt-1/

Wie geht es Jugendlichen in Deutschland?

Seite 22

1. Robert Koch Institut. Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt. 2014; 57: 798–806. 10.1007/s00103-014-1978-4.
2. Kramer L, Füri J, Stute P. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Gynäkologische Endokrinologie. 2014; 12(2): 119-123.
3. Felder-Puig R, Topf R, Maderthaner R, Gadner H, Formann A-K. Konzept der „gesundheitsbezogenen Lebensqualität" in der Pädiatrie. Monatsschr Kinderheilkd. 2009; 157: 675–682. https://doi.org/10.1007/s00112-008-1897-2
4. Charité-BIH Clinical Study Center. PROMIS – Warum PROMIS? [Internet]. Berlin: Charité. [Zugriff am 01.02.2023]. Verfügbar: https://studycenter.charite.de/leistungen/clinical_trial_unit/trial_recruitment/promis/.
5. Otto C, Haller A-C, Klasen F, Hölling H, Bullinger M, Ravens-Sieberer U, on behalf of the Bella study group. Risk and protective factors of health-related quality of life in children and adolescents: Results of the longitudinal BELLA study. PloS One. 2017; 12(12): e0190363. 10.1371/journal.pone.0190363.
6. Kaman A, Erhart M, Devine J, Reiß F, Napp A-K, Simon A, Hurrelmann K, Schlack R, Hölling H, Wieler L, Ravens-Sieberer U. Two years of pandemic: the mental health and quality of life of children and adolescents—findings of the COPSY longitudinal study. Dtsch Arztebl Int. 2023; 120. 10.3238/arztebl.m2023.0001.
7. Kaman A, Ottová-Jordan V, Bilz L, Sudeck G, Moor I, Ravens-Sieberer U. Subjektive Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse der HBSC-Studie 2017/18. Journal of Health Monitoring. 2020; 5(3). 10.25646/6891.
8. Baumgarten F, Cohrdes C, Schienkiewitz A, Thamm R, Meyrose A-K, Ravens-Sieberer U. Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Zusammenhänge mit chronischen Erkrankungen und psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen Ergebnisse aus KiGGS Welle 2. Bundesgesundheitsblatt. 2019; 62: 1205–1214. 10.1007/s00103-019-03006-9.
9. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Pressemitteilung: COPSY-Studie: Ergebnisse der fünften Befragungsrunde liegen vor Corona belastet Kinder und Jugendliche weiterhin – neue Krisen rücken nach [Internet]. UKE, 2022. [updated 19.12.2022; Zugriff am 19.12.2022]. Verfügbar: copsy_5_welle_pm_20221219.pdf.
10. Ravens-Sieberer U, Devine J, Napp A-K, Kaman A, Saftig L, Gilbert M, Reiss F, Löffler C, Simon A, Hurrelmann K, Walper S, Schlack R, Hölling H, Wieler L-H, Erhart M. Three years into the pandemic: Results of the longitudinal German COPSY study on youth mental health and health-related quality of life. SSRN. 2022. https://ssrn.com/abstract=4304666 (Preprint)
11. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C, Adedeji A, Devine J, Erhart M, Napp A-K, Becker M, Blanck-Stellmacher U, Löffler C, Schlack R, Hurrelmann K. Mental health and quality of life in children and adolescents during the COVID-19 pandemic—results of the COPSY study. Dtsch Arztebl Int. 2020; 117: 828–9. 10.3238/arztebl.2020.0828.
12. Focus online. Im Januar 2020 ging es los: Lockdown, Maskenpflicht, Impfungen – großer Überblick über drei Jahre Corona [Internet]. Focus online. [updated 30.01.2023; Zugriff am 07.02.2023]. Verfügbar: https://www.focus.de/gesundheit/coronavirus/im-januar-2020-ging-es-los-lockdown-maskenpflicht-impfungen-grosser-ueberblick-ueber-drei-jahre-corona_id_183560348.html.
13. CDU. Corona – alle Maßnahmen im Detail und ständig aktualisierte Informationen [Internet]. CDU. [Zugriff am 06.02.2023]. Verfügbar: https://archiv.cdu.de/corona/chronik
14. WirtschaftsWoche. Corona-Lockdown – So ist der zweite Lockdown in Deutschland verlaufen [Internet]. WirtschaftsWoche, 2022. [updated 06.01.2022; Zugriff am 06.02.2023]. Verfügbar: https://www.wiwo.de/politik/deutschland/corona-lockdown-so-ist-der-zweite-lockdown-in-deutschland-verlaufen/27076474.html.
15. BR24. Corona-Rückblick 2021: Virusvarianten, Wellen und Impfstoffe [Internet]. BR24, 2021. [updated 30.12.2021; Zugriff am 06.02.2023]. Verfügbar: https://www.br.de/nachrichten/wissen/corona-rueckblick-2021-virusvarianten-wellen-und-impfstoffe,SsEYVOa
16. BR24. Corona: Die Ereignisse vom 14. Bis zum 20. Februar 2022 [Internet]. BR24, 2022. [updated 20.02.2022; Zugriff am 06.02.2023]. Verfügbar: https://www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/corona-die-ereignisse-vom-14-bis-22-februar-2022,Swjsszf
17. mdr Aktuell. Die Chronik der Corona-Krise 2022 [Internet]. mdr, 2023. [updated 11.01.2023; Zugriff am 06.02.2023]. Verfügbar: https://www.mdr.de/nachrichten/jahresrueckblick/corona-chronologie-jahresrueckblick-102.html#sprung10.
18. Die Bundesregierung. Mit Zuversicht nach vorne schauen [Internet]. Bundesregierung, 2022. [updated 16.02.2022; Zugriff am 07.03.2023]. Verfügbar: https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/corona-mpk-bund-laender-2005752
19. Hussong J, Möhler E, Kühn A, Wenning M, Gehrke T, Burckhart H, Richter U, Nonnenmacher A, Zemlin M, Lücke T, Brinkmann F, Rothoeft T, Lehr T. Mental Health and Health-Related Quality of Life in German Adolescents after the Third Wave of the COVID-19 Pandemic. Children. 2022; 9, 780. 10.3390/children9060780.

Die psychische Gesundheit von Jugendlichen im Spiegel der ambulanten Versorgungsdaten der Betriebskrankenkassen

Seite 32

1. Knieps, F.; Pfaff, H. (Hrsg.) BKK Gesundheitsreport 2022 Pflegefall Pflege. MWV Berlin. [Zugriff am 13.01.2023] Verfügbar: https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/user_upload/BKK_Gesundheitsreport_2022.pdf
2. Wittchen HU, Jacobi F: Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. European Neuropsychopharmacology 2005; 15: 357–76.
3. Jacobi F, et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Der Nervenarzt 2014; 85: 77–87.
4. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2021) Psychische Gesundheit in Deutschland. Erkennen - Bewerten – Handeln Schwerpunktbericht Teil 1 – Erwachsene. 2021, Berlin [Zugriff am 13.01.2023] Verfügbar: https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/P/Psychische_Gesundheit/EBH_Bericht_Psyschiche_Gesundheit.pdf?__blob=publicationFile.
5. Deutscher Ethikrat (Hrsg.) Pandemie und psychische Gesundheit: Aufmerksamkeit, Beistand und Unterstützung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in und nach gesellschaftlichen Krisen. 2022, Berlin [Zugriff am 13.01.2023]. Verfügbar: https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-pandemie-und-psychische-gesundheit.pdf
6. Knieps, F.; Pfaff, H. (Hrsg.) BKK Gesundheitsreport 2019. Psychische Gesundheit und Arbeit., 2019, MWV, Berlin. [Zugriff am 13.01.2022] Verfügbar: https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Publikationen/2019/BKK_Gesundheitseport_2019_eBook.pdf
7. Jacobi, F., Bretschneider, J. & Müllender, S. (2015). Veränderungen und Variationen der Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland - Krankenkassenstatistiken und epidemiologische Befunde. In K. Kliner, D. Rennert & M. Richter (Hrsg.), Gesundheit in Regionen - Blickpunkt Psyche. BKK-Gesundheitsatlas 2015 (S. 63-71). Berlin: MWV Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. (Zugriff am 13.01.2023) Verfügbar: https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Publikationen/2019/BKK_Gesundheitsatlas_2015.pdf
8. Thom, J., Bretschneider, J., Kraus, N., Handerer, J. & Jacobi, F. (2019). Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen. Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 62(2), 128-139.
9. RKI (Hrsg.) Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) [Zugriff am 13.01.2023] Verfügbar: https://www.kiggs-studie.de/deutsch/home.html
10. RKI Psychische Gesundheit in Deutschland. Erkennen - Bewerten - Handeln. Schwerpunktbericht Teil 2 - Kindes- und Jugendalter. Fokus: Psychische Auffälligkeiten gemäß psychopathologischem Screening und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). [abgerufen am: 13.01.2023] Verfügbar: https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/P/Psychische_Gesundheit/EBH_Bericht_Psyschiche_Gesundheit-Teil2.pdf?__blob=publicationFile.
11. Klipker K, Baumgarten F, Göbel K, Lampert T, Hölling H (2018) Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(3): 37–45.
12. Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Schlack, R., & Otto, C. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. European Child and Adolescent Psychiatry.
13. Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Otto, C., Devine, J., Löffler, C., Hurrelmann, K., Bullinger, M., Barkman, C., Siegel, N.A., Simon, A.M., Wieler, L.H., Schlack, R. &. Hölling, H. (2021). Quality of life and mental health in children and adolescents during the first year of the COVID-19 pandemic: results of a two-wave nationwide population-based study. European Child and Adolescent Psychiatry.
14. Ravens-Sieberer, U., Devine, J., Napp, A.-K., Kaman, A., Saftig, L., Gilbert, M., Reiss, F., Löffler, C., Simon, A., Hurrelmann, K., Walper, S., Schlack, R., Hölling, H., Wieler, L.H. & Erhart, M. (2022). Three years into the pandemic:Results of the longitudinal German COPSY study on youth mental health and health-related quality of life (Preprint).
15. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.) Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Modification (ICD-10 GM). [abgerufen am: 13.01.2023] verfügbar: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/_node.html
16. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.) Anatomisch-therapeutisch-chemische (ATC) Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland. [abgerufen am: 13.01.2023] verfügbar: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ATC/_node.html

Zahlen und Fakten zur Lage in Kliniken

Seite 42

1. Koelch M, Reis O, Ulbrich L, Schepker R: Mental disorders in minors during the COVID-19 pandemic—an analysis of nationwide hospital treatment data. Dtsch Arztebl Int 2023; 120. DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0010
2. Witte J., Zeitler A., Batram M., Diekmannshemke J., Hasemann L., Kinder- und Jugendreport 2022 der DAK Gesundheit, Kinder- und Jugendgesundheit in Zeiten der Pandemie. [Zugriff am 12.06.2023]. Verfügbar: https://www.dak.de/dak/download/wissenschaftlicher-text-von-dr--witte-2572496.pdf
3. Freiwald B., So schlecht kümmert sich der Staat um die Psyche von Kindern, 22.02.2023 Krautreporter, [Zugriff am 05.06.2023] Verfügbar: https://krautreporter.de/4765-so-schlecht-kummert-sich-der-staat-um-die-psyche-von-kindern

Jugendliche in akuten Krisensituationen

Seite 46

1. (Bundespychotherapeutenkammer 2019 [Zugriff am 19.06.2023]. Verfügbar: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20070131_stn_bptk_psychische_gesundheit_kinder_jugendliche-1.pdf
2. Grobe T, Szecseny J. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 27. Barmer Arztreport 2021. Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. [Zugriff am 19.06.2023]. Verfügbar: https://www.barmer.de/resource/blob/1027518/043d9a7bf773a8810548d18dec661895/barmer-arztreport-2021-band-27-bifg-data.pdf
3. Bundespychotherapeutenkammer 2022 [Zugriff am 01.07.2023]. Verfügbar: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2022/12/20221209_pm-Wartezeitenstudie-GKV-SV.pdf

Klimaangst ist eine adäquate Reaktion auf eine manifeste Bedrohung, Interview

Seite 48

1. SINUS-Studie im Auftrag der BARMER, Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter Jugendlichen 2022/2023 SINUS-Jugendforschung, Heidelberg, November 2022. [Zugriff am 27.06.2023]. Verfügbar: https://www.sinus-institut.de/media-center/studien/barmer-jugendstudie-2022-23

Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter

Seite 52

1. Gore FM, Bloem PJ, Patton GC. Global Burden of Disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. Lancet 2011, 377:2093-102.
2. Orth B, Merkel C. Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2020. [Zugriff am 26.06.2023]. Verfügbar: https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/Drogenaffinitaet_Jugendlicher_2019_Basisbericht.pdf
3. Orth B. Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2016.
4. Meyer C, Rumpf HJ, Kreuzer A. Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung Kurzbericht 2011. [Zugriff am 26.06.2023]. Verfügbar: http://www.landesfachstelle-glueckksspielsucht-nrw.de/pdf/PAGE_Kurzbericht_2.pdf
5. Rumpf HJ, Meyer C, Kreuzer A, John U, Merkeerk, GJ. Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA). Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit 2011, 31, 12.
6. Arnaud N, Wartberg L, Simon-Kutscher K, Thomasius R, IMAC-Mind Consortium. Prevalence of substance use disorders and associations with mindfulness, impulsive personality traits and psychopathological symptoms in a representative sample of adolescents in Germany. Europ Child Adol Psychiat 2023 . [Zugriff am 02.07.2023]. Verfügbar: https://doi.org/10.1007/s00787-023-02173-0
7. Thomasius R, Paschke K, Arnaud N. Substanzbezogene Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Dtsch Ärztebl Int 2022; 119: 440-50. doi:10.3228/arztebl.m2022.0122.
8. Reese A, Silbereisen RK. Substanzgebrauch Jugendlicher: illegale Drogen und Alkohol. In: Oerter R, Montada L (Hrsg.) Entwicklungspsychologie. 4. Aufl. Weinheim: Beltz 2001, 1054-66
9. Thomasius R, Stolle M, Sack PM. Entwicklungspsychopathologisches Modell. In: Thomasius R, Schulte-Markwort M, Küstner U, Riedesser P (Hrsg.) Handbuch der Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Schattauer 2009, 1394-46.
10. Moffitt TE (1993) Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. Psychol Rev 1993; 100:674-01.
11. Arnaud N, Thomasius R. Substanzmissbrauch und Abhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 2019.
12. Lees B, Meredith LR, Kirkland AE, Bryant BE, Squeglia LM. Effect of alcohol use on the adolescent brain and behavior. Pharmacol Biochem Behav 2020; 192:172906. doi:10.1016/j.pbb.2020.172906.
13. Volkow ND, Baler RD, Compton WM, Weiss SR. Adverse health effects of Marijuana use. NEJM 2014; 370:2219-27.
14. Hoch E, Friemel CM, Schneider M, Hrsg. Cannabis: Potenzial und Risiko. Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme. Heidelberg: Springer Nature 2019.
15. Jurk S, Kuitunen-Paul S, Kroemer NB, et al. IMAGEN consortium. Personality and substance use: psychometric evaluation and validation of the Substance Use Risk Profile Scale (SURPS) in English, Irish, French, and German adolescents. Alcohol Clin Exp Res. 2015; 39:2234-48.
16. Conway KP, Swendsen J, Husky MM, He JP, Merikangas KR. Association of Lifetime Mental Disorders and Subsequent Alcohol and Illicit Drug Use: Results from the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2016; 55:280-8.
17. Kandel DB, Johnson JG, Bird HR, et al. Psychiatric comorbidity among adolescents with substance use disorders: findings from the MECA Study. J Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38: 693-9.
18. Hindley G, Beck K, Borgan F, et al. Psychiatric symptoms caused by cannabis constituents: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry 2020; 7:344-53.
19. Bühler A, Thrul J, Gomes de Matos E. Expertise zur Suchtprävention 2020. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2020.
20. Holtmann M, Thomasius R, Melchers P, Klein M, Schimansky G, Krömer T, Reis O. Anforderungen an die stationäre medizinische Rehabilitation für Jugendliche mit substanzbedingten Erkrankungen. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 2018, 46:173-81.
21. Stolle M, Sack PM, Thomasius R. Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions. Dtsch Arztebl Int. 2009; 106:323-8.
22. Hjorthøj C et al. Associations between cannabis use disorder and schizophrenia stronger in young males than in females. Psychol Medicine 2023. doi:10.1017/S0033291723000880.
23. Jordan S, Sack P-M. Schutz- und Risikofaktoren. in Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter: Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Schattauer. 2009. S. 127-138

Aktuelle Perspektiven zur Gesundheits- und Versorgungssituation von Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie und/oder Geschlechtsinkongruenz

Seite 62

1. WHO. ICD-11: International Classification of Diseases, 11th Revision. [Internet]. The global standard for diagnostic health information. 2022. [Zugriff am 31.05.23]. Verfügbar: https://icd.who.int/en
2. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, u. a. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. Int J Transgender Health. 19. August 2022;23(sup1):S1–259.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. Fifth Edition. American Psychiatric Association; 2013 [zitiert 6. Juni 2023]. [Zugriff am 31.05.23]. Verfügbar: https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596
4. Office for National Statistics. Gender identity, England and Wales: Census 2021. [Internet]. 2023. [Zugriff am 30.05.23]. Verfügbar: https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/culturalidentity/genderidentity/bulletins/genderidentityenglandandwales/census2021
5. Statistics Canada. Age, Sex at Birth and Gender Reference Guide, Census of Population [Internet]. Census of population reference guide. 2022. [Zugriff am 30.05.23]. Verfügbar: https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427b-eng.htm
6. Meyenburg B, Renter-Schmidt K, Schmidt G. Transidentität in Jugend und Adoleszenz: Zur Veränderung der Sexratio und der Prävalenz in den letzten eineinhalb Jahrzehnten: Eine Auswertung von 1434 Gutachten nach dem Transsexuellengesetz (TSG). Z Für Kinder- Jugendpsychiatrie Psychother. 1. März 2021;49(2):93–100.
7. Olyslager F, Conway L. On the Calculation of the Prevalence of Transsexualism. Int J Transgenderism. 2007.
8. Aitken M, Steensma TD, Blanchard R, VanderLaan DP, Wood H, Fuentes A, u. a. Evidence for an Altered Sex Ratio in Clinic-Referred Adolescents with Gender Dysphoria. J Sex Med. März 2015;12(3):756–63.
9. Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. Sex Health. 2017;14(5):404.
10. Meyenburg B. Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer; 2020. 108 S. (Klinische Psychologie und Psychotherapie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen).
11. Chew D, Tollit MA, Poulakis Z, Zwickl S, Cheung AS, Pang KC. Youths with a non-binary gender identity: a review of their sociodemographic and clinical profile. Lancet Child Adolesc Health. April 2020;4(4):322–30.
12. Pauli, Dagmar. "Geschlechtsinkongruenz bei Kindern und Jugendlichen-Begleitung, Psychotherapie und medizinische Interventionen." Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy, Mai 2020: 171,w03102.
13. Romer G, Rölver A, Schlia R, Weitzel P, Müller J. Can the divergence of sex ratios among youth seeking treatment for gender dysphoria from reported adult prevalence rates of gender incongruence be explained by current overall trends in a lifetime perspective? In Killarney, Irland; 2023.
14. Rimes KA, Goodship N, Ussher G, Baker D, West E. Non-binary and binary transgender youth: Comparison of mental health, self-harm, suicidality, substance use and victimization experiences. Int J Transgenderism. 3. Juli 2019;20(2–3):230–40.
15. Warren JC, Smalley KB, Barefoot KN. Differences in Psychosocial Predictors of Obesity Among LGBT Subgroups. LGBT Health. August 2016;3(4):283–91.
16. Twist J, De Graaf NM. Gender diversity and non-binary presentations in young people attending the United Kingdom's National Gender Identity Development Service. Clin Child Psychol Psychiatry. April 2019;24(2):277–90.
17. Mirabella M, Piras I, Fortunato A, Fisher AD, Lingiardi V, Mosconi M, u. a. Gender Identity and Non-Binary Presentations in Adolescents Attending Two Specialized Services in Italy. J Sex Med. 1. Juni 2022;19(6):1035–48.
18. Thorne N, Witcomb GL, Nieder T, Nixon E, Yip A, Arcelus J. A comparison of mental health symptomatology and levels of social support in young treatment seeking transgender individuals who identify as binary and non-binary. Int J Transgenderism. 3. Juli 2019;20(2–3):241–50.
19. Kaltiala-Heino R, Bergman H, Työläjärvi M, Frisen L. Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. Adolesc Health Med Ther. März 2018;Volume 9:31–41.
20. Clark TC, Lucassen MFG, Bullen P, Denny SJ, Fleming TM, Robinson EM, u. a. The Health and Well-Being of Transgender High School Students: Results From the New Zealand Adolescent Health Survey (Youth'12). J Adolesc Health. Juli 2014;55(1):93–9.
21. Connolly MD, Zervos MJ, Barone CJ, Johnson CC, Joseph CLM. The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding. J Adolesc Health. November 2016;59(5):489–95.
22. Holt V, Skagerberg E, Dunsford M. Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. Clin Child Psychol Psychiatry. Januar 2016;21(1):108–18.
23. Kaltiala-Heino R, Sumia M, Työläjärvi M, Lindberg N. Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. Dezember 2015;9(1):9.
24. McGuire JK, Anderson CR, Toomey RB, Russell ST. School Climate for Transgender Youth: A Mixed Method Investigation of Student Experiences and School Responses. J Youth Adolesc. Oktober 2010;39(10):1175–88.
25. Travers R, Bauer G, Pyne J. Impacts of strong parental support for trans youth: a report prepared for children's aid society of Toronto and delisle youth services, 2012 [Internet]. 2017. [Zugriff am 14.06.23]. Verfügbar: http://transpulseproject
26. Olson KR, Durwood L, DeMeules M, McLaughlin KA. Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. Pediatrics. 1. März 2016;137(3):e20153223.
27. Simons L, Schrager SM, Clark LF, Belzer M, Olson J. Parental Support and Mental Health Among Transgender Adolescents. J Adolesc Health. Dezember 2013;53(6):791–3.
28. Romer GR, Lempp T. Geschlechtsinkongruenz im Kindes- und Jugendalter: Ethische Maßgaben und aktuelle Behandlungsempfehlungen. Nervenheilkunde. Mai 2022;41(05):309–19.
29. Deutscher Ethikrat. Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen Therapeutische Kontroversen – ethische Orientierungen. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. 28. September 2020;69(6):515–6.
30. Sauer A, Güldenring A, Tuider E, Herausgeber. Queering Trans*-Gesundheit: Auf dem Weg zu einer individualisierten, menschenrechtskonformen Gesundheitsversorgung. In: Handbuch Geschlecht und Gesundheit: Männer und Frauen im Vergleich. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Hogrefe; 2016.
31. Bauer GR, Scheim AI, Pyne J, Travers R, Hammond R. Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. BMC Public Health. Dezember 2015;15(1):525.
32. Grannis C, Leibowitz SF, Gahn S, Nahata L, Morningstar M, Mattson WI, u. a. Testosterone treatment, internalizing symptoms, and body image dissatisfaction in transgender boys. Psychoneuroendocrinology. Oktober 2021;132:105358.
33. Becker-Hebly I, Fahrenkrug S, Campion F, Richter-Appelt H, Schulte-Markwort M, Barkmann C. Psychosocial health in adolescents and young adults with gender dysphoria before and after gender-affirming medical interventions: a descriptive study from the Hamburg Gender Identity Service. Eur Child Adolesc Psychiatry. November 2021;30(11):1755–67.
34. Costa R, Dunsford M, Skagerberg E, Holt V, Carmichael P, Colizzi M. Psychological Support, Puberty Suppression, and Psychosocial Functioning in Adolescents with Gender Dysphoria. J Sex Med. 2015;12(11):2206–14.
35. Kuper LE, Stewart S, Preston S, Lau M, Lopez X. Body Dissatisfaction and Mental Health Outcomes of Youth on Gender-Affirming Hormone Therapy. Pediatrics. 1. April 2020;145(4):e20193006.
36. Bartholomaeus C, Riggs DW, Sansfaçon AP. Expanding and improving trans affirming care in Australia: experiences with healthcare professionals among transgender young people and their parents. Health Sociol Rev. 2. Januar 2021;30(1):58–71.

37. Carlile A. The experiences of transgender and non-binary children and young people and their parents in healthcare settings in England, UK: Interviews with members of a family support group. Int J Transgender Health. 2. Januar 2020;21(1):16–32.
38. Sauer AT, Meyer E. Wie ein grünes Schaf in einer weißen Herde: Lebenssituationen und Bedarfe von jungen Trans*-Menschen in Deutschland: Forschungsbericht zu „TRANS* – JA UND?!" als gemeinsames Jugendprojekt des Bundesverbands Trans* (BVT*) e.V.i.G. und des Jugendnetzwerks Lambda e.V. Nachdruck der ersten Auflage. Berlin: Bundesvereinigung Trans* e.V; 2017. 75 S.
39. Brokmeier T, Mucha SR, Romer G, Föcker M. Trans* Jugendliche und junge Erwachsene im Gesundheitswesen: Eine qualitative Interviewstudie über Erfahrungen, Herausforderungen undWünsche. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. 9. November 2022;71(7):576–96.
40. Höltermann A, Siebald M, Rölver A, Föcker M, Romer G. Erfahrungen von trans* Jugendlichen und Sorgeberechtigten von trans* Kindern im Gesundheitswesen. (in prep).
41. Güldenring A. Phasenspezifische Konfliktthemen eines transsexuellen Entwicklungsweges. PiD - Psychother Im Dialog. März 2009;10(01):25–31.
42. Kcomt L, Gorey KM, Barrett BJ, McCabe SE. Healthcare avoidance due to anticipated discrimination among transgender people: A call to create trans-affirmative environments. SSM - Popul Health. August 2020;11:100608.

Pinnwand – Meine Perspektive

Seite 71

1. Favaro A, Caregaro L, Tenconi E, Bosello R, Santonastaso P: Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. J Clin Psychiatry. 2009; 70: 1715–21.
2. Hoek HW: Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. Curr Opin Psychiatry. 2006; 19: 389–94. CrossRef MEDLINE.
3. Chordes C, Göbel K, Schlack R, Hölling H. Essstörungssymptome bei Kindern und Jugendlichen: Häufigkeiten und Risikofaktoren. Deutschland, Berlin: Robert-Koch Institut / Springer Verlag; 16. September 2019. Verfügbar: https://doi.org/10.1007/s00103-019-03005-w
4. Pressemitteilung KKH: Die Macht der Beauty-Filter: Magersucht durch Social Media? Massiver Anstieg von Essstörungen bei jungen Frauen, Hannover, 04.05.2023, [Zugriff am 12.06.2023]. Verfügbar: https://www.kkh.de/presse/pressemeldungen/essstoerungenjugendliche

Sozioökonomischer Status und Gesundheit von Jugendlichen in Deutschland

Seite 72

1. Halldórsson M, Cavelaars AE, Kunst AE, Mackenbach JP. Socioeconomic differences in health and well-being of children and adolescents in Iceland. Scand J Public Health 1999; 27(1):43–7. doi: 10.1177/14034948990270011501.
2. Hümbelin O. Arm und krank - Gesund und reich?; 2018.
3. Geyer S. Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit; 2021.
4. Lampert T, Hoebel J, Kroll LE. Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland. Aktuelle Situation und Trends; 2019.
5. Moor I, Spallek J, Richter M. Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: a systematic review of the relative contribution of material, psychosocial and behavioural factors. J Epidemiol Community Health 2017; 71(6):565–75. doi: 10.1136/jech-2016-207589.
6. Lampert T, Kroll LE, Kuntz B, Hoebel J. Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklungen und Trends. Journal of Health Monitoring 2018; (3):1–26.
7. Statistisches Bundesamt. Relatives Armutsrisiko in Deutschland 2021 bei 15,8% [Pressemitteilung NR. 327 von 4. August 2022]; 2022 [Stand: 27.04.2023]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/08/PD22_327_634.html
8. Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband. Armutsgefährdungsquote in Deutschland nach Haushaltstyp im Jahr 2021 [Graph: in Statista; 2022. Verfügbar unter: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/436185/umfrage/armutsgefaehrdungsquote-in-deutschland-nach-haushaltstyp/.
9. Currie C, Molcho M, Boyce W, Holstein B, Torsheim T, Richter M. Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) family affluence scale. Soc Sci Med 2008; 66(6):1429–36. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.11.024.
10. gbe-bund.de. Anzahl der Sterbefälle in Deutschland nach Altersgruppe im Jahr 2021 [Graph; 2023. Verfügbar unter: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1013307/umfrage/sterbefaelle-in-deutschland-nach-alter/.
11. Richter M. Die Bedeutung sozialer Ungleichheit für die Gesundheit im Jugendalter. Gesundheitswesen 2005; 67(10):709–18. doi: 10.1055/s-2005-858652.
12. Richter M. Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter: Der Einfluss sozialer Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2005.
13. Ottova V, Hillebrandt D, Ravens-Sieberer U. Trends in der subjektiven Gesundheit und des gesundheitlichen Wohlbefindens von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Studie 2002 bis 2010. Gesundheitswesen 2012; 74 Suppl:S15-24. doi: 10.1055/s-0032-1312640.
14. Lampert T, Schmidtke C, Borgmann L, Poethko-Müller C, Kuntz B. Subjektive Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2018; (3 (2)):64–71.
15. Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A et al. Adolescence and the social determinants of health. Lancet 2012; 379(9826):1641–52. doi: 10.1016/s0140-6736(12)60149-4.
16. Robert Koch Institut, Hrsg. Die Kinder- und Jugendgesundheitsstudie „Health Behaviour in School-aged Children" (HBSC) der Weltgesundheitsorganisation: Nationale Survey-Ergebnisse 2017/18 2020; 3.
17. Moor I, Pförtner TK, Lampert T, Ravens-Sieberer U, Richter M. Sozioökonomische Ungleichheiten in der subjektiven Gesundheit bei 11- bis 15-Jährigen in Deutschland. Eine Trendanalyse von 2002-2010. Gesundheitswesen 2012; 74 Suppl:S49-55. doi: 10.1055/s-0032-1312633.
18. N.A. Chancen für Nichtakademikerkinder: Von der Grundschule bis zur Promotion - soziale (Selbst-) Selektion benachteiligter Nichtakademikerkinder [Hochschulbildungs-Report 2020]: Stifterverband; McKinsey & Company; 2020. Verfügbar unter: https://www.hochschulbildungsreport2020.de/chancen-fuer-nichtakademikerkinder
19. ifo Institut. Anteil der Kinder, die ein Gymnasium besuchen nach Haushaltsnettoeinkommen und Geschlecht in Deutschland im Jahr 2019 [Graph; 2023. Verfügbar unter: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1379264/umfrage/gymnasialbesuch-von-kindern-nach-haushaltseinkommen-und-geschlecht/.
20. Quenzel G, Hurrelmann K, Hrsg. Handbuch Bildungsarmut. Wiesbaden: Springer VS; 2019. Verfügbar unter: http://ebooks.ciando.com/book/index.cfm/bok_id/2549466
21. Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Armutsgefährdungsquote in Deutschland von 2005 bis 2021 [Graph; 2022.
22. Koschollek C, Bartig S, Rommel A, Santos-Hövener C, Lampert T. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland - Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 2019; (4(3)):7–29. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Focus/JoHM_03_2019_Gesundheit_Kinder_Jugendliche_mit_Migrationshintergrund.pdf?__blob=publicationFile.
23. Maetzel J, Heimer J, Braukmann J, Frankenbach P, Ludwig L, Schmutz S. Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen: Teilhabe - Beeinträchtigung - Behinderung; 2021. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales; April 2021. Verfügbar unter: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-21-teilhabebericht.pdf%3Bjsessionid=33047E84BCB52D7B4AA28FF1C77DE6F9.delivery1-replication?__blob=publicationFile&v=4.
24. Schlack R, Neuperd L, Junker S, Eicher S, Hölling H, Thom J et al. Veränderungen der psychischen Gesundheit in der Kinder- und Jugendbevölkerung in Deutschland während der COVID-19- Pandemie – Ergebnisse eines Rapid Reviews. Journal of Health Monitoring 2023; (S1):1–74.
25. Robert Koch Institut. 4. Quartalsbericht - Kindergesundheit in Deutschland Aktuell (KIDA): Monitoring der Kindergesundheit in (und nach) der COVID-19 Pandemie; 1. Teil - Ergebnisse der Online Befragung; 10.5.2023. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kida/4-Quartalsbericht-KIDA.pdf?__blob=publicationFile.
26. Ravens-Sieberer U, Devine J, Napp A-K, Kaman A, Saftig L, Gilbert M et al. Three Years into the Pandemic: Results of the Longitudinal German COPSY Study on Youth Mental Health and Health-Related Quality of Life. SSRN Journal 2023. doi: 10.2139/ssrn.4304666
27. Grafe R. Gerechtigkeitsansätze – Vorbetrachtungen. In: Grafe R, Hrsg. Umweltgerechtigkeit - Wohnen und Energie: Instrumente und Handlungsansätze. 1. Auflage 2020. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH; Springer Vieweg; 2020. S. 1–6 (essentials).

Gesundheitskompetenz im Kindes und Jugenalter: ein wichtiges Bildungsziel

Seite 80

1. Okan O, Pinheiro P (2020) Von Chicago 1958 bis Shanghai 2016: Ein Rückblick auf zentrale Entwicklungstrends in der Geschichte der Gesundheitskompetenz. In: Bollweg TM, Bröder J, Pinheiro P (Hrsg) Health Literacy im Kindes- und Jugendalter. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden, S 11–38
2. Okan O, Pinheiro P, Zamora P, Bauer U (2015) Health Literacy bei Kindern und Jugendlichen. Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 58(9):930–941. doi:10.1007/s00103-015-2199-1
3. World Health Organization (2017) Shanghai declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Health Promot Int 32(1):7–8. doi:10.1093/heapro/daw103
4. Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik K (Hrsg) (2018) Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Kompart, Berlin
5. Okan O, Dadaczynski K, Koller U, Braun V, Hurrelmann K (2021) Allianz Gesundheitskompetenz und Schule. Entwicklung von 100 Leuchtturmschulen bis zum Jahr 2025 : ein Visionspapier. Hochschule Fulda, Fulda
6. Paakkari L, Okan O (2019) Health Literacy-Talking the Language of (School) Education. HLRP: Health Literacy Research and Practice 3(3):e161-e164. doi:10.3928/24748307-20190502-01
7. Paakkari L, Inchley J, Schulz A, Weber MW, Okan O (2019) Addressing health literacy in schools in the European region. Public Health Panorama 5(2-3): 186–190
8. Bundesministerium für Gesundheit (2017) Allianz für Gesundheitskompetenz. Gemeinsame Erklärung, Berlin
9. (2015) (2015) Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. Präventionsgesetz - PrävG Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31
10. Bundesärztekammer (2023) Beschlüsse zu TOP III: Gesundheitsbildung: Vom Wissen zum Handeln. 127. Ärztetag in Essen. Bildungsziel Gesundheitskompetenz - Strategie und Gesamtkonzept für gesundheitskompetente Schulen entwickeln und umsetzen. https://127daet.baek.de/Applications. Zugegriffen: 01. Juni 2023
11. Okan O, Bröder J, Pinheiro P, Bauer U (2017) Health Literacy im Kindes- und Jugendalter - Eine explorierende Perspektive. In: Schaeffer D, Pelikan JM (Hrsg) Health Literacy, Forschungsstand und Perspektiven. Hogrefe, Bern, S 33–53
12. Okan O, Bröder J, Pinheiro P, Bauer U (2017) Gesundheitsförderung und Health Literacy. In: Lange A, Steiner C, Schutter S, Reiter H (Hrsg) Handbuch Kindheits- und Jugendsoziologie, Bd 124. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden, S 1–21
13. Kickbusch I (2019) Health promotion 4.0. Health Promot Int 34(2):179–181. doi:10.1093/heapro/daz022
14. Kirchhoff S, Okan O (2022) Gesundheitskompetente Schule: Konzeptentwicklung für organisationale Gesundheitskompetenz in der Schule. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 65(7-8):795–802. doi:10.1007/s00103-022-03546-7
15. Parker R, Ratzan SC (2010) Health literacy: A second decade of distinction for Americans. J Health Commun 15 Suppl 2:20–33. doi:10.1080/10810730.2010.501094
16. Brach C (2017) The Journey to Become a Health Literate Organization. A Snapshot of Health System Improvement. Stud Health Technol Inform 240:203–237
17. Brach C, Harris LM (2021) Healthy People 2030 Health Literacy Definition Tells Organizations: Make Information and Services Easy to Find, Understand, and Use. J Gen Intern Med 36(4):1084–1085. doi:10.1007/s11606-020-06384-y
18. Santana S, Brach C, Harris L, Ochiai E, Blakey C, Bevington F, Kleinman D, Pronk N (2021) Updating Health Literacy for Healthy People 2030: Defining Its Importance for a New Decade in Public Health. J Public Health Manag Pract 27(Suppl 6):S258-S264. doi:10.1097/PHH.0000000000001324
19. Okan O, Paakkari L, Dadaczynski K (2020) Gesundheitskompetenz und Schule: Aktueller Stand. Schools for Health in Europe Network Foundation (SHE), Haderslev, Dänemark
20. Okan O, Paakkari L, Aagaard-Hansen J, Weber M, Barnekow V (2021) Health literacy in the context of health, well-being and learning outcomes-the case of children and adolescents in schools: concept paper. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark
21. Fleary SA, Joseph P, Pappagianopoulos JE (2018) Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. J Adolesc 62:116–127. doi:10.1016/j.adolescence.2017.11.010
22. Shih S-F, Liu C-H, Liao L-L, Osborne RH (2016) Health literacy and the determinants of obesity. A population-based survey of sixth grade school children in Taiwan. BMC Public Health 16:280. doi:10.1186/s12889-016-2879-2
23. Bollweg TM, Okan O, Freţian A, Janner C, Schulenkorf T, Kirchhoff S, Pinheiro P, Bauer U (2021) Dimensionen der Gesundheitskompetenz von Viertklässler*innen. Praev Gesundheitsf 16(4):296–302. doi:10.1007/s11553-020-00822-9
24. Paakkari L, Kokko S, Villberg J, Paakkari O, Tynjälä J (2017) Health literacy and participation in sports club activities among adolescents. Scand J Public Health:1403494817714189. doi:10.1177/1403494817714189
25. Loer A-KM, Domanska OM, Stock C, Jordan S (2020) Subjective Generic Health Literacy and Its Associated Factors among Adolescents: Results of a Population-Based Online Survey in Germany. Int J Environ Res Public Health 17(22). doi:10.3390/ijerph17228682
26. Paakkari L, Torppa M, Mazur J, Boberova Z, Sudeck G, Kalman M, Paakkari O (2020) A Comparative Study on Adolescents' Health Literacy in Europe: Findings from the HBSC Study. Int J Environ Res Public Health 17(10). doi:10.3390/ijerph17103543
27. Domanska OM, Loer A-KM, Stock C, Jordan S (2022) Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten im Jugendalter: Ergebnisse einer bundesweiten Online-Befragung Jugendlicher. Praev Gesundheitsf 17(4):479–487. doi:10.1007/s11553-021-00913-1
28. Domanska O, Bollweg TM, Loer A-K, Holmberg C, Schenk L, Jordan S (2020) Development and Psychometric Properties of a Questionnaire Assessing Self-Reported Generic Health Literacy in Adolescence. Int J Environ Res Public Health 17(7). doi:10.3390/ijerph17082860
29. Loer A-KM, Domanska OM, Kuhnert R, Houben R, Albrecht S, Jordan S (2020) Online Survey for the Assessment of Generic Health Literacy among Adolescents in Germany (GeKoJu): Study Protocol. Int J Environ Res Public Health 17(5). doi:10.3390/ijerph17051518
30. Loer A-KM, Domanska OM, Stock C, Jordan S (2022) Exploring pandemic-related health literacy among adolescents in Germany: a focus group study. Arch Public Health 80(1):182. doi:10.1186/s13690-022-00937-9
31. Okan O, Bollweg TM, Berens E-M, Hurrelmann K, Bauer U, Schaeffer D (2020) Coronavirus-Related Health Literacy: A Cross-Sectional Study in Adults during the COVID-19 Infodemic in Germany. Int J Environ Res Public Health 17(15):5503. doi:10.3390/ijerph17155503
32. Dadaczynski K, Okan O, Messer M, Leung AYM, Rosário R, Darlington E, Rathmann K (2021) Digital Health Literacy and Web-Based Information-Seeking Behaviors of University Students in Germany During the COVID-19 Pandemic: Cross-sectional Survey Study. J Med Internet Res 23(1):e24097. doi:10.2196/24097

33. Santha A, Bittlingmayer UH, Bollweg TM, Gerdes J, Okan O, Okcu G, Pinheiro P, Osipov I, Sahrai D (2020) Health Literacy and its Determinants in 11- and 12-year-old School Children in Germany. In: Saboga-Nunes L, Bittlingmayer UH, Okan O, Sahrai D (Hrsg) New Approaches to Health Literacy. Linking Different Perspectives. Springer VS, Wiesbaden

34. Bollweg T, Okan O (2022) HL-Kids-NRW – Study of fourth-graders' health literacy. 1101-1262 32(Supplement_3). doi:10.1093/eurpub/ckac129.318

35. Schaeffer D, Berens E-M, Vogt D (2017) Health Literacy in the German Population. Dtsch Arztebl Int 114(4):53–60. doi:10.3238/arztebl.2017.0053

36. Schaeffer D, Berens E-M, Vogt D, Gille S, Griese L, Klinger J, Hurrelmann K (2021) Health Literacy in Germany - Findings of a Representative Follow-up Survey. Dtsch Arztebl Int 118(43):723–728. doi:10.3238/arztebl.m2021.0310

37. Fretian A, Bollweg TM, Okan O, Pinheiro P, Bauer U (2020) Exploring Associated Factors of Subjective Health Literacy in School-Aged Children. Int J Environ Res Public Health 17(5). doi:10.3390/ijerph17051720

38. Kultusministerkonferenz (2016) Bildung in der digitalen Welt: Strategie der Kultusministerkonferenz. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 08.12.2016 in der Fassung vom 07.12.2017. KMK, Berlin, Germany

39. Schulenkorf T, Krah V, Dadaczynski K, Okan O (2021) Addressing Health Literacy in Schools in Germany: Concept Analysis of the Mandatory Digital and Media Literacy School Curriculum. Front Public Health 9:687389. doi:10.3389/fpubh.2021.687389

40. Bittlingmayer UH, Dadaczynski K, Sahrai D, van den Broucke S, Okan O (2020) Digitale Gesundheitskompetenz – Konzeptionelle Verortung, Erfassung und Förderung mit Fokus auf Kinder und Jugendliche. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 63(2):176–184. doi:10.1007/s00103-019-03087-6

41. Dadaczynski K, Rathmann K, Schricker J, May M, Kruse S, Janiczek O, Quilling E (2020) Digitale Gesundheitskompetenz von Jugendlichen, Fulda

42. BARMER (2023) Digitale Gesundheitskompetenz und Schule. Studienbericht 2023, Berlin

43. Schulenkorf T, Bauer U, Okan O (2021) Toolbox Gesundheitskompetenz. Unterrichtsprogramm zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Schüler:innen. https://www.sg.tum.de/fileadmin/tuspfsp/healthliteracy/pdf/Toolbox_Unterrichtsmaterial.pdf. Zugegriffen: 01. Juni 2023

44. Medienberatung NRW (2018) Medienkompetenzrahmen NRW, Ministerium für Schule und Bildung des Landes NRW: Düsseldorf

45. Okan O, Kirchhoff S (2021) Gesundheitskompetente Schulen: Schüler, Personal und Schulorganisation stärken. Pädagogik 7-8:60–62

46. Kirchhoff S, Okan O (2021) Organisationale Gesundheitskompetenz an Schulen. Impu!se für Gesundheitsförderung 4/113:10–11

47. Okan O, Kirchhoff S, Krudewig C (2022) Gesundheitskompetente Schule. Leitfaden für Schulen. Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit. Technische Universität München. doi:10.14459/2022md1688087

48. Okan O, Kirchhoff S (2022) Fragebogen Organisationale Gesundheitskompetenz der Schule. GeKoOrg-Schule. Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit. Technische Universität München. doi:10.14459/2022md1655484

49. Kirchhoff S, Krudewig C, Okan O (2022) Unterrichtsmaterialien und Schulprogramme zur Stärkung der Gesundheitskompetenz. Materialsammlung für Schulen. Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit. Technische Universität München. doi:10.14459/2022md1688088

Impfungen bei Jugendlichen

Seite 90

1. Impfempfehlungen für Jugendliche (12-17) [Internet]. BZgA. [Zugriff am 26.04.2023]. Verfügbar: https://www.impfen-info.de/impfempfehlungen/fuer-jugendliche-12-17-jahre/

2. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut 2023. Epidemiologisches Bulletin. 2023; 4:3- 68. doi 10.25646/10829.2

3. Rieck T, Feig M, Siedler A. Impfquoten von Kinderschutzimpfungen in Deutschland – aktuelle Ergebnisse aus der RKI-Impfsurveillance. Epidemiologisches Bulletin. 2022; 48:3-25. doi 10.25646/10838

4. Impfsituation bei Kindern im Vorschul- und Schulalter - Sachsen-Anhalt 2020. Sachsen Anhalt: Landesamt für Verbaucherschutz, [Zugriff am 20.06.2023]. Verfügbar: https://verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MS/LAV_Verbraucherschutz/service/publikationen/impfberichte/2022_07_12_Impfbericht_2020.pdf

5. Schulärztliche Untersuchung 4. und 8. Klasse/ Reihenuntersuchung [Internet]. Mecklenburgische Seelenplatte. [Zugriff am 20.06.2023]. Verfügbar: https://www.lk-mecklenburgische-seenplatte.de/Wappen/index.php?&NavID=2037.78&object=tx,2761.5&ModID=255&FID=2037.1547.1&call=suche&kat=&kuo=1&k_sub=0&La=1

6. Poethko-Müller C, Kuhnert R, Gillesberg Lassen S, Siedler A. Durchimpfung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Aktuelle Daten aus KiGGS Welle 2 und Trends aus der KiGGS-Studie. Bundesgesundheitsblatt. 2019; 62: 410–421. doi.org/10.1007/s00103-019-02901-5

7. Witte Dr. J, Zeitler A, Diekmannshemke J, Hasemann L. DAK-Kinder- und Jugendreport 2022 Impfungen von Kindern und Jugendlichen in Zeiten der Pandemie Datenbasis: 2019 bis 2021. DAK; 22.Oktober.2022 [Zugriff am 13.05.2023]. Verfügbar: PowerPoint-Präsentation (dak.de) https://www.dak.de/dak/download/report-2588502.pdf

8. Nationale Impfstrategien & Impfziele - Aktuelle Impfziele in Deutschland [Internet]. Nationale Lenkungsgruppe Impfen. [Zugriff am 06.05.2023]. Verfügbar: Nationale Impfstrategien & Impfziele: https://www.nali-impfen.de/impfen-in-deutschland/nationale-impfstrategien-impfziele/

9. HPV Impfung – Schützen Sie ihre Kinder vor Gebärmutterhalskrebs und anderen Krebsarten. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2018 [Zugriff am 20.06.2023]. Verfügbar: https://shop.bzga.de/pdf/70392002.pdf

10. Kurz & Knapp: Faktenblätter zum Impfen HPV-Impfung. RKI. [Zugriff am 19.06.2023]. Verfügbar: Faktenblatt zur HPV-Impfung (rki.de) https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/Faktenblaetter/HPV.pdf?__blob=publicationFile

11. Antworten auf häufig gestellte Fragen (FAQ) zu Erreger und Impfung. Gibt es Studien, die belegen, dass die HPV-Impfstoffe Gebärmutterhalskrebs (oder andere HPV-bedingte Krebsarten) verhindern?. RKI. [Zugriff am 27.06.2023]. Verfügbar: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/HPV/FAQ-Liste_HPV_Impfen.html

12. RKI-Ratgeber HPV [Internet]. Berlin: RKI, 2018. [Zugriff am 01.05.2023]. Verfügbar: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HPV.html

13. Bruni L, Saura-Lázaro A, Montoliu A, Brotons M, Alemany L, Diallo M.S, Afsar O Z, LaMontagne D S, Mosina L, Contreras M, Velandia-González M, Pastore R, Gacic-Dobo M, Bloem P. HPV vaccination introduction worldwide and WHO and UNICEF estimates of national HPV immunization coverage 2010 – 2019. Preventive Medicine. 2021; 144:106399. doi 10.1016/j.ypmed.2020.106399

14. Interventionsstudie zur Steigerung der HPV-Impfquoten in Deutschland – InveSt HPV. Berlin: RKI; [Zugriff am 13.05.2023]. Verfügbar: RKI – Forschungsprojekte – Interventionsstudie zur Steigerung der HPV-Impfquoten in Deutschland – InveSt HPV https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Forschungsprojekte/InvestHPV/InvestHPV.html

15. Europas Plan gegen den Krebs: Neue Maßnahmen für einen besseren Zugang zu Prävention, Früherkennung, Behandlung und Versorgung bei Krebs. Brüssel: Europäische Kommission; 02.02.2022 [Zugriff am 13.05.2023]. Verfügbar: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/de/ip_22_702

16. Takla A, Schmid-Küpke N, Wichmann O, Rieck T. Schulimpfprogramme als Lösung zur Steigerung der HPV-Impfquoten in Deutschland? – Entwicklung der Impfquoten in einer hessischen Modellregion mit Schulimpfprogramm. Epidemiologisches Bulletin. 2022; 20:3-11. doi 10.25646/10039

17. Interventionsstudie zur Steigerung der HPV-Impfquoten in Deutschland - InveSt HPV [Internet]. Berlin: Robert Koch-Institut, 2023. [Zugriff am 20.06.2023]. Verfügbar: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Forschungsprojekte/InvestHPV/InvestHPV.html#:~:text=eine%20deutliche%20Steigerung%20(15-jährige,2021%2C%20RKI-Impfsurveillance

18. Schulungen von ärztlichem Personal und medizinischen Fachangestellten in pädiatrisch tätigen Praxen (randomisierte, kontrollierte Intervention) [Internet] . RKI, 2023. [Zugriff am 20.06.2023]. Verfügbar: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Forschungsprojekte/InvestHPV/InvestHPV_Modul2.html

19. Pakt für den ÖGD – doch wo bleiben die Kinder? [Internet]. Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V, 2023. [Zugriff am 20.06.2023]. Verfügbar: 2023-05-25-DGSPJ-pakt-fuer-den-oegd-wo-bleiben-die-kinder

20. Verbände fordern Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften [Internet]. Deutsches Ärzteblatt, 2023. [Zugriff am 20.06.2023]. Verfügbar: https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/141946/Verbaende-fordern-Einsatz-von-Schulgesundheitsfachkraeften

21. Impfgipfel kritisiert Umsetzungsprobleme beim Impfen der Bevölkerung [Internet]. Deutsches Ärzteblatt, 2022. [Zugriff am 09.06.2023]. Verfügbar: https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/138254/Impfgipfel-kritisiert-Umsetzungsprobleme-beim-Impfen-der-Bevoelkerung

22. Terhardt M. Impfungen im Jugendalter. In: Stier B, Weissenrieder N, Schwab K.O. Jugendmedizin. Springer Verlag, 2018: 108-111

23. FSME-Risikogebiet in Deutschland. Epidemiologisches Bulletin. 2022; 9:3-21. doi 10.25646/9750

24. Pressemitteilung der STIKO: Aufnahme der COVID-19-Impfung in die allgemeinen STIKO-Impfempfehlungen 2023 [Internet]. Berlin: RKI. [Zugriff am 14.05.2023]. Verfügbar: https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/PM_2023-04-25.html

25. Koch J, Piechotta V, Berner R, Bogdan C, Burchard G, Heininger U, Hummers E, von Kries R, Ledig T, Littmann M, Meerpohl J, Mertens T, Röbl-Mathieu M, van der Sande M, Sander L E, Terhardt M, Überla K, Vygen-Bonnet S, Wichmann O, Wicker S, Wiedermann-Schmidt U, Widders G, Zepp F. Implementierung der COVID-19- Impfung in die allgemeinen Empfehlungen der STIKO 2023. Epidemiologisches Bulletin. 2023; 21:7-48. doi 10.25646/11461.3

26. Übersicht zum Impfstatus [Internet]. Bundesministerium für Gesundheit. [Zugriff am 19.06.2023]. Verfügbar: COVID-19 Impfdashboard https://impfdashboard.de/

27. Kling K, Rothe C, Alberer M, Boecken G, Bogdan C, Feldt T, Köhler C, Ledig T, Löscher T, Mertens T, Ramharter M, Rieke B, Röbl-Matthieu M, Rosenbusch D, Schmidt-Chanasit J, Wichmann O, Wiedermann U, Burchard G. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) und der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin, Reisemedizin und Globale Gesundheit e.V. (DTG) zu Reiseimpfungen. Epidemiologisches Bulletin. 2022; 14:1–186. doi 10.25646/9820.6

Sexualität im Jugendalter

Seite 96

1. Sexuelle Gesundheit. [Internet]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA). [Zugriff am 17.03.2023]. Verfügbar: https://www.liebesleben.de/fuer-alle/sexualitaet/sexuelle-gesundheit/.

2. Scharmanski S., Hessling A. Im Fokus: Einstieg in das Sexualleben. Jugendsexualität 9. Welle. BZgA-Faktenblatt. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). 10.2021 [Zugriff am 17.03.2023]. Verfügbar: https://doi.org/10.17623/BZgA_SRH:fb_JUS9_Sexualleben

3. Scharmanski, S., Heßling, A. Sexual- und Verhütungsverhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Aktuelle Ergebnisse der Repräsentativbefragung „Jugendsexualität". Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2021;64: 1372–1381.doi.org/10.1007/s00103-021-03426-6

4. WHO-Regionalbüro für Europa und BZgA. Standards für die Sexualaufklärung in Europa. BzgA 2011 Köln; [Zugriff am] Verfügbar: https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/BZgA_Standards_German.pdf

5. BZgA. Jugendsexualität 9.Welle, zentrale Ergebnisse. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).2019.[Zugriff am 20.03.2023]. Verfügbar: https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/forschungsthemen/jugendsexualitaet-im-ueberblick/jugendsexualitaet-9-welle-zentrale-ergebnisse/)

6. Scharmanski, S. Hessling, A. Sexualaufklärung in der Schule. Jugendsexualität 9. Welle. BZgA-Faktenblatt Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA); 10.2021.[Zugriff am 21.04.2023]. Verfügbar: https://doi.org/10.17623/BZgA_SRH:fb_JUS9_Schule).

7. Scharmanski S., Hessling A. Sexualaufklärung und Verhütungsberatung im Elternhaus. Jugendsexualität 9. Welle. BZgA-Faktenblatt. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA); 10.2021. [Zugriff am 21.04.2023] Verfügbar: https://publikationen.sexualaufklaerung.de/fileadmin/redakteur/publikationen/dokumente/Jugendsexualitaet/Faktenblaetter_Redesign/13316302.pdf

8. Welche dieser Geräte und Medien nutzt Du täglich oder mehrmals pro Woche? [Internet]. Statista, 11.2022. [Zugriff am: 21.04.2023]. Verfügbar: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/29153/umfrage/mediennutzung-durch-jugendliche-in-der-freizeit/

9. Schwab, O.B. Stier, B. Weissenrieder, N. Sexualentwicklung und Sexualität. In: Schwab, O.B. Stier, B. Weissenrieder, N. Jugendmedizin. 2. Auflage. Berlin: Springer, 2018: S.34

10. Uhrig, S. Wie Jugendliche ihr erstes Mal erleben. Spektrum. [Zugriff am 22.04.2022]. Verfügbar: https://www.spektrum.de/news/sex-wie-jugendliche-ihr-erstes-mal-erleben/1998070

11. Sexuell übertragbare Infektionen (STI) (bundesgesundheitsministerium.de). [Zugriff am 27.05.2023]. Verfügbar: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/s/sexuell-uebertragbare-infektionen-sti.html)

12. Sexuell übertragbare Infektionen (STI) (bundesgesundheitsministerium.de). [Zugriff am 27.05.2023]. Verfügbar: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/s/sexuell-uebertragbare-infektionen-sti.html)

13. Wihlfahrt K, Westermann A, Maass N, Mendling W, Alkatout I. Sexuell übertragbare Infektionen bei der jungen Patientin. Die Gynäkologie volume 56, pages 200–212 (2023)). URL: https://link.springer.com/article/10.1007/s00129-023-05059-z

14. Fahrenhold, M. Die stille Epidemie der Geschlechtskrankheiten. hautnah dermatologi. 2019; 35 (5):10. doi. 10.1007/s15012-019-3165-7

15. Bundesministerium für Gesundheit, [Internet] Sexuell übertragbare Infektionen (STI) [Zugriff am 29.05.2023]. Verfügbar: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/s/sexuell-uebertragbare-infektionen-sti.html

16. Rummel M, Clanner-Engelshofen BM, Nellessen T, Zippel S, Schuster B, French LE, Reinholz M. Kenntnisse bayerischer Schüler zu sexuell übertragbaren Infektionen: eine Querschnittsstudie. JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, Volume 20, Issue 2, Feb 2022; p. 169-176.

17. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Häufig gestellte Fragen zum Thema minderjährige Schwangere. Köln: BZgA. ISBN-Nr. 3-937707-03-3. [Zugriff am 21.04.2023]. Verfügbar: https://shop.bzga.de/pdf/13050100.pdf)

18. Nier,H. Sexualität. So verhüten die Deutschen. [Internet]. Statista, 2019. [Zugriff am 17.03.2023]. Verfügbar: https://de.statista.com/infografik/19403/so-verhueten-die-deutschen/.).

19. AOK-Bundesverband (2020) Pille zur Verhütung: Verordnungsanteil risikoreicher Präparate nach wie vor hoch. [Internet] Pressemitteilung des AOK-Bundesverbandes vom 28.07.20. [Zugriff am 30.05.2023]. Verfügbar: https://aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2020/index_23804.html

20. Scharmanski, S., Hessling, A. Notfallkontrazeption. Jugendsexualität 9. Welle. BZgA-Faktenblatt Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). 2021 [Zugriff am 03.05.2023] Verfügbar: URL https://doi.org/10.17623/BZgA_SRH:fb_JUS9_Not

21. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Häufig gestellte Fragen zum Thema minderjährige Schwangere. Köln: BZgA. ISBN-Nr. 3-937707-03-3. Verfügbar: URL https://shop.bzga.de/pdf/13050100.pdf

22. Daten der Lebendgeborenen nach Altersgruppe der Mütter für die Jahre 2017 bis 2021 [Internet]. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt,

2022. [Zugriff am 09.05.2023]. Verfügbar: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/lebendgeborene-alter.html https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/lebendgeborene-alter.html

23. Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland nach Alter und Quote [Internet]. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2022. [Zugriff am 09.05.2023]. Verfügbar: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/01-schwangerschaftsabbr-alter-quote-10tsd-je-altersgruppe_zvab2012.html

Zum Bewegen muss es Gründe geben – ein sportpädagogischer Blick auf „die Jugend"

Seite 102

1. Neuber N. Entwicklungsförderung im Jugendalter: Theoretische Grundlagen und empirische Befunde aus sportpädagogischer Perspektive. Schorndorf, Deutschland: Hofmann, 2007: 1- 316.
2. Neuber N, Dahl S und Salomon S. Vom Freizeiterleben zur Selbstoptimierung? – Zeitperspektiven Ju-gendlicher im Sport: reloaded. Forum Kinder- und Jugendsport. 2021; 2(21): 98-109. doi https://doi.org/10.1007/s43594-021-00042-9
3. Finger J. D, Varnaccia G, Borrmann A, Lange C, Mensink G B. M. Körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring. 2018; 3(1): 24-31. doi 10.17886/RKI-GBE-2018-006.2.
4. Thieme & Wallrodt (2022). Zur Mitgliederentwicklung im organisierten Sport und der Abschätzung von pandemiebedingten Folgen. Alles anders durch Corona? German Journal for Exercise and Sport Research, 52(2002), 179-185.
5. Brettschneider W. D. Der vereinsgebundene Jugendsport im Fokus sportbezogener Jugendforschung – ein Überblick über drei Jahrzehnte. Forum Kind Jugend Sport. 2020; 1: 21–32. doi.org/10.1007/s43594-020-00002-9.
6. Pawlik V. Anzahl der Personen in Deutschland, die in der Freizeit (häufig oder ab und zu) ins Fitnessstu-dio gehen, nach Alter im Jahr 2022. Statista, 2022. [Zugriff am 13.06.2023]. Verfügbar: Fitnessstudio-Nutzer in Deutschland nach Alter 2022 | Statista.
7. Bindel T. Bedeutung und Bedeutsamkeit sportlichen Engagements in der Jugend [Internet]. Aachen: Institution für angewandte Sportwissenschaft, 2015. [Zugriff am 31.05.2023]. Verfügbar: https://www.sponet.de/Record/3048139.
8. Rosa H. Unverfügbarkeit. Berlin, Deutschland: Suhrkamp, 2020: 1-130.
9. Bindel T. (i. V.). Wandel und Verlässlichkeit. Nomos.
10. Bindel T. (2021) Sport on demand. Flexible und digitale Jugend. In: Körper, Sport und Digitalität – Bewegungserleben von Kindern und Jugendlichen. Münster, Deutschland, 2020: 16-17.
11. Schleer C, Borchard I, Möller-Slawinski H, Edwards J, Flaig B, Calmbach M. SINUS-Jugendstudie 2020 - Wie ticken Jugendliche? Lebenswelten von Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren in Deutschland. Bpb. 2020; 10531: 1-626. https://www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/SINUS-Jugendstudie_ba.pdf
12. Hepp, A. Medienkommunikation und deterritoriale Vergemeinschaftung. Medienwandel und die Posttraditionalisierung von translokalen Vergemeinschaftungen. In R Hitzler, A Honer, M Pfadenhauer (Hrsg.), Posttraditionale Gemeinschaften. Theoretische und ethnografische Erkundungen. Wiesbaden, Deutschland: VS, 2008: 132-150.
13. Spies F, Schauer L, Bindel T, Pfeiffer M. Talent detection – importance of the will and the ability when starting a sport activity. German Journal of Exercise ans Sport Research. 2022, 52:647–656. doi org/10.1007/s12662-022-00796-0.
14. Hagikian M, Grob J, Bindel T. Verbleib im Vereinssport. Forum Kind Jugend Sport. 2023; 4: 21–26. https://doi.org/10.1007/s43594-023-00087-y
15. Bindel T, Balz E, Frohn J. Zur symbiotischen Handlungsstruktur informellen Sportengagements. Sport-wissenschaft, 2010; 40 (4): 254 – 261. doi 10.1007/s12662-010-0141-0.
16. Bindel T. Soziale Regulierung in informellen Sportgruppen. Hamburg, Deutschland: Czwalina, 2008: 1-256.
17. Bindel T, Theis C. Fitness als Trend des Jugendsports – eine Wissenskultur. Forum Kinder- und Jugend-sport. 2020; 1: 6–14. doi 10.1007/s43594-020-00001-w.
18. Theis C. Wissen für den Körper – Eine Ethnographie über Jugend und Fitness. In: Thieme L, Wallrodt S. Zur Mitgliederentwicklung im organisierten Sport und der Abschätzung von pande-miebedingten Folgen. Wuppertal, Deutschland: Shaker, 2023.

Ernährungsverhalten von Jugendlichen

Seite 110

1. Conrad A. Studien zur Ernährung Jugendlicher [Internet]. dlr, 2020. [upgedated 20.04.2020; abgerufen am 20.03.2023]. Verfügbar: https://www.dlr.rlp.de/internet/global/themen.nsf/ALL/08A38275F-B31F3EFC1258550004F503C.
2. Kersting M, Kalhoff H, Lücke, T. Empfehlungen zur Kinderernährung und ihre Umsetzung. Pflegez. 2018; 71: 28–31. doi.org/10.1007/s41906-018-0632-4.
3. Kersting M. Umgebungsfaktoren – Ernährungsgewohnheiten. In: Wabitsch M, Hebebrand J, Kiess W, Reinehr T, Wiegand S (eds.). Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Heidelberg, Deutschland: Springer Berlin, 2022. https://doi.org/10.1007/978-3-662-59216-8_9.
4. Stier B, Bedei I, Brosi W, Doerfer J, Kubryk D, Lob-Corzilius T, Moß A, Oberhoffer R, Ohnsorge P, Otto M, Rädecke S, Rosenbaum-Fabian S, Schwab K-O, Terhardt M, Wabitsch M, von Mühlendahl K-E, Weissenrieder N, Rolirad K-D. Prävention im Jugendalter. In: Stier B, Weissenrieder N, Schwab K (eds.). Jugendmedizin. Heidelberg, Deutschland: Springer Berlin, 2018 [Zugriff am 20.03.2023]. Verfügbar: https://doi.org/10.1007/978-3-662-52783-2_9
5. Schleer C, Borchard I, Möller-Slawinski H, Edwards J, Flaig B, Calmbach M. SINUS Jugendstudie 2020 Wie ticken Jugendliche? – Lebenswelten von Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren in Deutschland. Bonn: bpb; 2020 [Zugriff am 16.05.2023]. Verfügbar: https://www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/SINUS-Jugendstudie_ba.pdf
6. Vollwertige Ernährung [Internet]. Bonn: Deutsche Gesellschaft für Ernährung. [Zugriff am 15.05.2023]. Verfügbar: https://www.dge.de/ernaehrungspraxis/vollwertige-ernaehrung/.
7. Lebensmittelbezogene Ernährungsempfehlungen der DGE-Überarbeitung und Weiterentwicklung [Internet]. Bonn: Deutsche Gesellschaft für Ernährung. [Zugriff am 16.04.2023] Verfügbar: Lebensmittelbezogene Ernährungsempfehlungen der DGE - Überarbeitung und Weiterentwicklung | DGE.
8. Jungvogel A, Michel M, Bechthold A, Wendt I. Die lebensmittelbezogenen Ernährungsempfehlungen der DGE Wissenschaftliche Ableitung und praktische Anwendung der Modelle. Ernährungsumschau. 2016; 8: 474-480. doi 10.4455/eu.2016.037.
9. DGE-Ernährungskreis. [Internet]. Bonn: Deutsche Gesellschaft für Ernährung. [Zugriff am 16.04.2023]. Verfügbar: https://www.dge.de/ernaehrungspraxis/vollwertige-ernaehrung/ernaehrungskreis/.
10. Mensink G, Haftenberger M, Lage Barbosa C, Brettschneider A-K, Lehmann F, Frank M, Heide K, Moosburger R, Patelakis E, Perlitz H. EsKiMo II - Die Ernährungsstudie als KiGGS-Modul. Robert Koch-Institut. 2021. doi 10.25646/7028.2.
11. Robert Koch-Institut. Verzehr von Fast Food. Berlin: RKI, 2020. [Zugriff am 04.01.2023]. Verfügbar: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas_Monitoring/Verhalten/PDF_Themenblatt_Fast_Food.pdf?__blob=publicationFile.
12. Moosburger R, Lage Barbosa C, Haftenberger M, Brettschneider AK, Lehmann F, Kroke A, Mensink GBM. Fast-Food-Konsum bei 12- bis 17-Jährigen in Deutschland – Ergebnisse aus EsKiMo II. Journal of Health Monitoring 2020; 5(1): 3-19. doi 10.25646/6394.
13. Blüher S, Kromeyer-Hauschild K, Graf C et al. Aktuelle Empfehlungen zur Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Klinische Pädiatrie. 2016; 228(01): 1-10. [Zugriff am 01.04.2023]. Verfügbar: https://doi.org/10.1055/s-0035-1559639
14. Kersting M, Kalhoff H, Lücke T. Von Nährstoffen zu Lebensmitteln und Mahlzeiten: das Konzept der Optimierten Mischkost für Kinder und Jugendliche in Deutschland. Aktuelle Ernährungsmedizin. 2017; 42(4): 304-315. doi 10.1055/s-0043-116499.

15. Robert Koch-Institut. Verzehr von Süßwaren und Knabberartikeln. Berlin: RKI; 2020 [Zugriff am 04.01.2023]. Verfügbar: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas_Monitoring/Verhalten/PDF_Themenblatt_Suesswaren.pdf?__blob=publicationFile.
16. Mensink G, Schienkiewitz A, Rabenberg M, Borrmann A, Richter A, Haftenberger M. Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring. 2018; 3(1): 32-39. doi 10.17886/RKI-GBE-2018-007.
17. Lehmann F, Vesela K, Haftenberger M, Lage Barbosa C, Mensink G. Konsum von Energydrinks bei 12- bis 17-Jährigen in Deutschland – Ergebnisse aus EsKiMo II. Journal of Health Monitoring. 2020; 5(1): 28-34. doi 10.25646/6396.
18. Schienkiewitz A, Brettschneider A-K, Damerow S, Schaffrath Rosario A. Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring. 2018; 3(1): 16-23. doi10.17886/RKI-GBE-2018-005.
19. Hoebel J, Waldhauer J, Blume M, Schienkiewitz A. Socioeconomic Status, Overweight, and Obesity in Childhood and Adolescence. Dtsch Arztebl Int. 2022; 119(49): 839-845. doi 10.3238/arztebl.m2022.0326.
20. Koletzko B, Holzapfel C, Schneider U, Hauner H. Lifestyle and body weight consequences of the COVID-19 pandemic in children: increasing disparity. Ann Nutr Metab. 2021; 77(1): 1-3. doi 10.1159/000514186. Epub 2021 Jan 26.
21. Immer mehr Kinder bringen zu viele Kilos auf die Waage. KKH: Psychische Gesundheit in den Fokus rücken / Corona wirkt als Treiber. Kaufmännische Krankenkasse. 2022. [Zugriff am 15.05.2023]. Verfügbar: https://www.kkh.de/presse/pressemeldungen/fettleibigkeit.
22. Witte J, Zeitler A, Batram M, Diekmannshemke J, Hasemann L. Kinder - und Jugendreport 2022 – Kinder- und Jugendgesundheit in Zeiten der Pandemie. DAK Gesundheit; 2022 [Zugriff am 15.05.2023]. Verfügbar: https://www.dak.de/dak/download/dak-kjr22-vand-report-pdf-2572514.pdf

Klare Wege zum Ziel: Der Wechsel von chronisch kranken Jugendlichen in die Erwachsenenmedizin

Seite 118

1. Arnett JJ. Emerging adulthood. The winding road from the late teens through the twenties. Oxford, New York: Oxford University Press, 2004.
2. Seiffge-Krenke I. Emerging Adulthood. Forschungsbefunde zu objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie. 2015; 63(3): 165–173.
3. Müther S., Findorff J. Geregelte Transition mit Fallmanagement: Was wir vom Berliner TransitionsProgramm lernen können. In: Schmid R. Viel zu viel und doch zu wenig. Über- und Unterversorgung in der Medizin. München: Elsevier GmbH, 2021: 29.
4. Gesellschaft für Transitionsmedizin. Transition von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin. S3 – Leitlinie. Hannover: Gesellschaft für Transitionsmedizin, 2021. [updated 04/2021; Zugriff am 10.05.2023]. Verfügbar: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/186-001
5. Ullrich G. Transfer, Transition – oder Statuspassage? Prävention und Rehabilitation. 2014; 26(4): 162-167.
6. Hölling H, Schlack R, Kamtsiuris P, Butschalowsky H, Schlaud M, Kurth BM. Die KiGGS-Studie. Bundesweit repräsentative Längs- und Querschnittsstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Gesundheitsmonitoring am Robert Koch – Institut. Bundesgesundheitsblatt. 2012: 55:836-842.
7. Scheidt-Nave C, Ellert U, Thyen U, Schlaud M. Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2008: 51 (6):592-601.
8. Scheidt-Nave C, Ellert U, Thyen U, Schlaud M. Prävalenz und Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit speziellen Versorgungsbedarf imKinder und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2007: 50 (5):750-756.
9. van Walleghem N, MacDonald CA, Dean HJ. The Majestro Project: a patient navigator for the transition of care for youth with type 1 diabetes. Diabetes Spectr. 2011; 24 (1): 9-13.
10. Watson AR. Non-compliance and transfer from paediatric to adult transplant unit. Pediatr Nephrol. 2000; 14 (6): 469-472.
11. Dobbels F, Ruppar T, De Geest S, Decorte A, van Damme-Lombaerts R, Fine RN. Adherence to the immunosuppressive regimen in pediatric kidney transplant recipients: a systematic review. Pediatr Transplant. 2010; 14 (5): 603-613.
12. Betz CL. Transition of adolescets with special health care needs: review and analysis of the literature. Issues Compr Pediatr Nurs. 2004; 27: 179-241.
13. Findorff J, Müther S, von Moers A, Nolting HD, Burger W. Das Berliner TransitionsProgramnm. Sektorenübergreifendes Strukturprogramm zur Transotion ((Transition gemeint?)) in die Erwachsenenmedizin. Berlin: de Gruyter, 2016: 26-42.
14. Roeper M, Reinauer C, Biester T, Jivan M, Wendenburg J, Klinkert C, Kapellen T, Müther S, Meissner T. Transition von Jugendlichen mit Diabetes in die Erwachsenenbetreuung - eine Expertenbefragung. Diabetologie und Stoffwechsel 2021; 16(02): 141-148.
15. von Moers A, Müther S, Findorff J. Transition als dringliche und gemeinsame Aufgabe. Monatszeitschrift Kinderheilkunde. 2018; 166:733-743. Springer – online: ZUGRIFF? https://link.springer.com/article/10.1007/s00112-018-0507-1
16. Schalm S, Minden K, Niewerth M. Rheumatologie. In: Oldhafer M. Transitionsmedizin. Multiprofessionelle Begleitung junger Erwachsener mit chronischer Krankheit. Stuttgart: Schattauer; 2016: 56-65.
17. Smaczny C, Hügel C, Eickmeier O. Pneumologie. In: Oldhafer M. Transitionsmedizin. Multiprofessionelle Begleitung junger Erwachsener mit chronischer Krankheit. Stuttgart: Schattauer; 2016: 93-103.
18. Bredel-Geißler A, Peters H. Nicht eigenständig lebende Menschen. In: Oldhafer M. Transitionsmedizin. Multiprofessionelle Begleitung junger Erwachsener mit chronischer Krankheit. Stuttgart: Schattauer; 2016: 134-148.
19. Berlien HP, Poetke M, Philipp C. Pharkomatosen. In: Oldhafer M. Transitionsmedizin. Multiprofessionelle Begleitung junger Erwachsener mit chronischer Krankheit. Stuttgart: Schattauer; 2016: 169-177.
20. Oldhafer M. Allgemeine Grundlagen. In: Oldhafer M. Transitionsmedizin. Multiprofessionelle Begleitung junger Erwachsener mit chronischer Krankheit. Stuttgart: Schattauer; 2016: 3-9
21. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Sondergutachten 2009: Koordination und Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Bd.1. Baden-Baden: Nomos, 2010: 428-429.
22. Gesellschaft für Transitionsmedizin e.V.. Ziele der Gesellschaft für Transitionsmedizin e.V.. Hannover: Gesell. f. Transitionsmedizin, 2012. [updated 01.05.2023; Zugrif am: 10.05.2023] Verfügbar: https://transitionsmedizin.net/index.php/de/ueber-uns/verein/unsere-ziele
23. Amelung VE, Eble S, Hildebrandt H, Knieps F, Lägel R, Ozegowski S, Schhlenker RU, Sjuts R. Inovationsfonds. Impulse für das deutsche Gesundheitssystem. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2017: V.
24. Grasemann C, Höppner J, Burgard P, Matar N, Hoffmann GF, Müller G, Berner R, Lee-Kirsch M, Wainwright K, Baumgarten S, Weiler-Normann C, Choukair D. Ressourcenverbrauch der strukturierten Transition junger Menschen mit seltener Erkrankung aus der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin. Monatszeitschrift Kinderheilkunde. 2022; 170: 29-37.
25. Müther S, Findorff J. Berliner Transitionsprogramm. In: Oldhafer M. Transitionsmedizin. Multiprofessionelle Begleitung junger Erwachsener mit chronischer Krankheit. Stuttgart: Schattauer; 2016: 213-219.
26. ModuS. ABSCHLUSSBERICHT Projekt: Erwachsen werden mit ModuS: Fit für den Wechsel –Transitionsmodul im Modularen Schulungsprogramm für chronisch kranke Kinder und Jugendliche „ModuS". Abschlußbericht. 2018. [Zugriff am 10.05.2023] Verfügbar: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Abschlussbericht_ModuS_Transition_Endf_2018-05-24.pdf

IMPRESSUM

HERAUSGEBER

Stiftung Kindergesundheit
c/o Dr. von Haunersches Kinderspital,
Univ. München
Lindwurmstr. 4
80337 München

In Kooperation mit
DFL Stiftung
Eschersheimer Landstraße 14
60322 Frankfurt am Main

Stiftung Die Gesundarbeiter – Zukunftsverantwortung Gesundheit
Spittelstr. 50
78056 Villingen-Schwenningen

vivida bkk
Spittelstr. 50
78056 Villingen-Schwenningen

MSD Sharp & Dohme GmbH
Levelingstr. 4a
81673 München

Novartis Pharma GmbH
Roonstraße 25
90429 Nürnberg

V.i.S.d.P.
Prof. Dr. Berthold Koletzko

REDAKTIONSLEITUNG UND KONZEPTION
Anna Philippi

REDAKTION UND TEXT
Lara Barbaric, Reihana Barekzai, Prof. Tim Bindel, Priv.-Doz. Dr. Katharina Bühren, Dr. Franziska Feldl, Jana Findorff, Aliya Haid, Karin Klinert, Prof. Berthold Koletzko, Konstanze Löffler, Dr. Dietrich Munz, Dr. Silvia Müther, Prof. Orkan Okan, Prof. Ulrike Ravens-Sieberer, Dr. Franziska Reiß, Dirk Rennert, Dr. Matthias Richter, Prof. Matthias Richter, Prof. Georg Romer, Dr. Angela Rölver, Theresa Schierl, Prof. Sabina Schutter, Alicia Steffel, Magdalena Tanner, Prof. Heidrun Thaiss, Prof. Rainer Thomasius

Die Stiftung Kindergesundheit dankt SOS Kinderdorf e.V., dem Deutschen Psoriasis Bund e.V., der Prader-Willi-Syndrom Vereinigung Deutschland e.V. sowie dem Therapienetz Essstörung und Frau Dr. Karen Silvester für ihre Unterstützung. Unser ganz besonderer Dank gilt Charlotte, Friso, Mila, Thea und Leo und den Jugendlichen aus dem Jugendrat von SOS Kinderdorf, die ihre Sicht auf das Thema Gesundheit mit uns geteilt haben.

LAYOUT
Cornelia Sekulin, Reihana Barekzai

LEKTORAT
Susanne Arendts

DRUCK UND VERARBEITUNG
Spreedruck GmbH
Wrangelstraße 100
10715 Berlin

BILDNACHWEIS
Titel: istock/monkeybusinessimages; Seite 10,12: stocksy/Amanda Worrall; Seite 18: Pexels/Jéshoots; Seite 34: Pexels/Elena Rubtsova; Seite 54: istock/martin-dm; Seite 64: istock/Elisaveta Ivanova; Seite 66: istock/martinedoucet; Seite 79: istock/Ralf Geithe; Seite 82: istock/iantfoto; Seite 92: istock/portishead1; Seite 104: istock/VYCHEGZHANINA; Seite 109: istock/lovro77; Seite 112: istock/Georgijevic ; Seite 118: istock/NataKor; Seite 85, 86, 120, 122: shutterstock/Ground Picture/LADO/stockete/Rudenko Alla

Alle Daten im Kindergesundheitsbericht wurden von der Stiftung Kindergesundheit nach bestem Wissen und Gewissen recherchiert und sorgfältig geprüft. Sie entsprechen dem Stand der Drucklegung im September 2023. Dennoch sind inhaltliche Fehler nicht vollständig auszuschließen. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben kann keine Haftung übernommen werden.
Nachdruck von Artikeln und Fotos nur mit vorheriger Genehmigung der Stiftung Kindergesundheit.

Berlin, September 2023

ZITATION

Koletzko, B.: Kindergesundheitsbericht 2023, Fokus Jugendliche in Deutschland, Stiftung Kindergesundheit 2023
ISBN: 978-3-00-076013-6

Heft nachbestellbar zum Druckkostenpreis von 28,50 Euro unter:
info@kindergesundheit.de

100%
FSC
www.fsc.org
RECYCLED
Papier aus Recyclingmaterial
FSC® C125128