



Kinderrechte-Index 2025

Teilindex „Recht auf Gesundheit“

Umsetzung im Vergleich der Bundesländer

Das Deutsche Kinderhilfswerk e.V. setzt sich seit mehr als 50 Jahren für die Rechte von Kindern in Deutschland ein. Die Überwindung von Kinderarmut und die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an allen sie betreffenden Angelegenheiten stehen im Mittelpunkt der Arbeit als Kinderrechtsorganisation. Das Deutsche Kinderhilfswerk initiiert und unterstützt Maßnahmen und Projekte, die die Teilhabe von Kindern und Jugendlichen, unabhängig von deren Herkunft oder Aufenthaltsstatus, fördern. Die politische Lobbyarbeit wirkt auf die vollständige Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention in Deutschland hin, insbesondere im Bereich der Mitbestimmung von Kindern, bei ihren Interessen bei Gesetzgebungs- und Verwaltungsmaßnahmen und der Überwindung von Kinderarmut. Ziel ist insgesamt die gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe aller Kinder in Deutschland.

Dieses Analysepapier beschreibt den Aufbau und die Ergebnisse des Teilindex „Recht auf Gesundheit“ im Rahmen der Studie Kinderrechte-Index 2025. Im Kinderrechte-Index wird die Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention in den deutschen Bundesländern empirisch überprüft. Durch eine fundierte Bestandsaufnahme werden bestehende Lücken sichtbar und konkrete Handlungsbedarfe herausgestellt. Insgesamt besteht der Kinderrechte-Index aus sechs Teilindizes, die zusammen das Gesamtergebnis des Index ergeben.

Der zusammenfassende Studienbericht, alle Analysepapiere zu den Teilindizes, Steckbriefe zu den Ergebnissen der einzelnen Länder sowie eine Beschreibung zur Methodik sind abrufbar unter:

 dkhw.de/kinderrechte-index



IMPRESSUM

Herausgeber:
Deutsches Kinderhilfswerk e.V.
Leipziger Straße 116–118, 10117 Berlin
www.dkhw.de

Autor*innen: Tim Stegemann, Lily Young

Unter Mitarbeit von: Sarah Daroui, Uwe Kamp, Defne Keltek, Frauke Rummler

Expert*innen-Beirat: Prof.in Dr. Lucia B. Amrhein, Dr.-Ing. Peter Apel,
Prof. Dr. Philipp B. Donath, Prof. Dr. Karim Fereidooni, Prof. Dr. Katharina Gerarts,
Dr. Angelika Guglhör-Rudan, Gerda Holz, Claudia Kittel, Anne Lütkes,
Dr. Christiane Meiner-Teuber, Prof. Dr. Silvia Schneider.

Korrektur: Wirth Lasse GbR
Grafik & Layout: grudengrafik
Illustration: publicgarden GmbH

© 2025 Deutsches Kinderhilfswerk e.V.



Artikel 24 UN-Kinderrechtskonvention: Recht auf Gesundheit

- (1) Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit. Die Vertragsstaaten bemühen sich sicherzustellen, dass keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsdiensten vorenthalten wird.
- (2) Die Vertragsstaaten bemühen sich, die volle Verwirklichung dieses Rechts sicherzustellen, und treffen insbesondere geeignete Maßnahmen, um
 - a) die Säuglings- und Kindersterblichkeit zu verringern;
 - b) sicherzustellen, dass alle Kinder die notwendige ärztliche Hilfe und Gesundheitsfürsorge erhalten, wobei besonderer Nachdruck auf den Ausbau der gesundheitlichen Grundversorgung gelegt wird;
 - c) Krankheiten sowie Unter- und Fehlernährung auch im Rahmen der gesundheitlichen Grundversorgung zu bekämpfen, unter anderem durch den Einsatz leicht zugänglicher Technik und durch die Bereitstellung ausreichender vollwertiger Nahrungsmittel und sauberen Trinkwassers, wobei die Gefahren und Risiken der Umweltverschmutzung zu berücksichtigen sind;
 - d) eine angemessene Gesundheitsfürsorge für Mütter vor und nach der Entbindung sicherzustellen;
 - e) sicherzustellen, dass allen Teilen der Gesellschaft, insbesondere Eltern und Kindern, Grundkenntnisse über die Gesundheit und Ernährung des Kindes, die Vorteile des Stillens, die Hygiene und die Sauberhaltung der Umwelt sowie die Unfallverhütung vermittelt werden, dass sie Zugang zu der entsprechenden Schulung haben und dass sie bei der Anwendung dieser Grundkenntnisse Unterstützung erhalten;
 - f) die Gesundheitsvorsorge, die Elternberatung sowie die Aufklärung und die Dienste auf dem Gebiet der Familienplanung auszubauen.
- (3) Die Vertragsstaaten treffen alle wirksamen und geeigneten Maßnahmen, um überlieferte Bräuche, die für die Gesundheit der Kinder schädlich sind, abzuschaffen.
- (4) Die Vertragsstaaten verpflichten sich, die internationale Zusammenarbeit zu unterstützen und zu fördern, um fortschreitend die volle Verwirklichung des in diesem Artikel anerkannten Rechts zu erreichen. Dabei sind die Bedürfnisse der Entwicklungsländer besonders zu berücksichtigen.

Dieses Analysepapier beschreibt den Aufbau und die Ergebnisse des Teilindex „Recht auf Gesundheit“ im Rahmen der Studie Kinderrechte-Index 2025. Der Kinderrechte-Index setzt sich insgesamt aus sechs Teilindizes zusammen, die zusammen das Gesamtergebnis des Index ergeben.

Der zusammenfassende Studienbericht, alle Analysepapiere zu den Teilindizes, Steckbriefe zu den Ergebnissen der einzelnen Länder sowie eine Beschreibung zur Methodik sind abrufbar unter:

dkhw.de/kinderrechte-index

Inhalt

Ergebnisse: Ländergruppen	1
Übergreifende Ergebnisse und Erkenntnisse	2
Einführung	3
I. Allgemeine Umsetzung	5
Regelmäßiger Kindergesundheitsbericht	7
Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an der Klimaanpassungsstrategie	8
Bedeutung der Themen Klimawandel und nachhaltige Entwicklung in der Schule	10
II. Zugang zu Gesundheitsdiensten	11
Gesundheitskarte für Asylbewerber*innen	12
Kinderärzt*innen in der vertragsärztlichen Versorgung	13
Krankenhausbetten in Pädiatrie, Neonatologie, Kinderchirurgie und Kinderkardiologie	14
Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen in der vertragsärztlichen Versorgung	15
Bewertung von Angeboten zur Unterstützung bei psychischen Problemen	17
Säuglingssterblichkeit	18
III. Prävention und Gesundheitsförderung	20
1. Psychische Gesundheit in der Schule	20
Trägerübergreifendes Landeskonzept für Schulsozialarbeit	21
Anzahl der vom Land finanzierten Stellen für Schulsozialarbeit	22
Anzahl der Schulpsycholog*innen	24
Bedeutung des Themas psychische/mentale Gesundheit in der Schule	25
2. Kindgerechte Mobilität und Bewegung	27
Sicherheit von Schulwegen	28
Kinderunfälle im Straßenverkehr	30
Bewertung von Sport- und Bewegungsangeboten	31
Abkürzungsverzeichnis	34
Abbildungsverzeichnis	35
Tabellenverzeichnis	35
Literaturverzeichnis	36

Teilindex „Recht auf Gesundheit“

Abbildung 1: Ländergruppen – Teilindex „Recht auf Gesundheit“ im Vergleich der Bundesländer

- überdurchschnittlich
- durchschnittlich
- unterdurchschnittlich



Recht auf Schutz

16 Indikatoren

Allgemeine Umsetzung

- Regelmäßiger Kindergesundheitsbericht
- Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an der Klimaanpassungsstrategie
- Bedeutung der Themen Klimawandel und nachhaltige Entwicklung in der Schule

Zugang zu Gesundheitsdiensten

- Gesundheitskarte für Asylbewerber*innen
- Kinderärzt*innen in der vertragsärztlichen Versorgung
- Krankenhausbetten in Pädiatrie, Neonatologie, Kinderchirurgie und Kinderkardiologie
- Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen in der vertragsärztlichen Versorgung
- Bewertung von Angeboten zur Unterstützung bei psychischen Problemen
- Säuglingssterblichkeit

Prävention / Gesundheitsförderung

- Psychische Gesundheit in der Schule / Trägerübergreifendes Landeskonzept für Schulsozialarbeit
- Psychische Gesundheit in der Schule / Anzahl der vom Land finanzierten Stellen für Schulsozialarbeit
- Psychische Gesundheit in der Schule / Anzahl der Schulpsycholog*innen
- Psychische Gesundheit in der Schule / Bedeutung des Themas psychische / mentale Gesundheit in der Schule
- Kindgerechte Mobilität und Bewegung / Sicherheit von Schulwegen
- Kindgerechte Mobilität und Bewegung / Kinderunfälle im Straßenverkehr
- Kindgerechte Mobilität und Bewegung / Bewertung von Sport- und Bewegungsangeboten am Wohnort

■ Strukturindikator
(rechtliche und strukturelle Rahmenbedingungen)

■ Prozessindikator
(Bemühungen zur Umsetzung des Kinderrechts)

■ Ergebnisindikator
(intendierte Ergebnisse der Umsetzung der Rahmenbedingungen)



Übergreifende Ergebnisse und Erkenntnisse

Wohnort und soziale Herkunft bestimmen Gesundheitschancen

Das Recht auf Gesundheit gilt für alle Kinder, unabhängig vom Wohnort oder familiären Hintergrund. In der praktischen Umsetzung zeigt sich jedoch ein anderes Bild: Berlin, Bremen und Hamburg verfügen mit mehr als vier Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen pro 10.000 Kinder über eine vergleichsweise gute Versorgung, während Rheinland-Pfalz (2,8) und Schleswig-Holstein (2,7) deutlich schlechter abschneiden. Auch bei der Zahl der Kinderärzt*innen zeigen sich Unterschiede. Die Säuglingssterblichkeit variiert von 2,2 gestorbenen Säuglingen je 1.000 Lebendgeborene in Sachsen bis zu 5,0 in Bremen. Innerhalb der Länder zeigen sich weitere soziale Unterschiede: Kinder aus Familien mit niedrigerem Einkommen fühlen sich seltener sicher im Straßenverkehr. Auch den Zugang zu Unterstützungsangeboten bei psychischen Problemen bewerten Kinder und Jugendliche in ländlichen Gebieten deutlich negativer als in Großstädten.

Fehlende Angebote in der Schule gefährden die mentale Gesundheit von Kindern

Angesichts fortwährender Krisen wie Klimawandel, wirtschaftlichen Unsicherheiten oder Kriegen ist es entscheidend, psychosoziale Unterstützungsangebote für Kinder und Jugendliche in ihren Lebenswelten dauerhaft zu verankern. Andernfalls drohen bestehende gesundheitliche Ungleichheiten zwischen Kindern aus unterschiedlichen sozialen Herkunftsfamilien weiter zu wachsen. Die Analyse zeigt, dass die Bundesländer bei der psychosozialen Versorgung sehr unterschiedlich aufgestellt sind: Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Sachsen und Thüringen regeln Schulsozialarbeit und Schulpsychologie

verbindlich und unterstützen die Kommunen über Landesprogramme bei der Finanzierung. In anderen Ländern fehlt es an tragfähigen und langfristigen Konzepten. Die Kinder- und Jugendumfrage (2024) zeigt zudem, dass viele 10- bis 17-Jährige die Unterstützung bei psychischen Problemen als unzureichend bewerten. Die Bedeutung des Themas „mentale Gesundheit“ schätzen sie in der Schule als gering ein.

Kinder- und Jugendgesundheit stärken durch verlässliche Daten und Beteiligung

Ein kinderrechtsbasiertes Gesundheitssystem setzt voraus, dass politische Entscheidungen auf einer verlässlichen Datengrundlage beruhen. Doch nur wenige Bundesländer verfügen über eine kontinuierliche und indikatorengestützte Kindergesundheitsberichterstattung. Durch das Ende der KiGGS-Studie (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland) mit der zweiten Erhebungswelle von 2014 bis 2017 fehlt eine zentrale Grundlage, um Trends zu erkennen, gesundheitliche Ungleichheiten zu bewerten und politische Maßnahmen langfristig evidenzbasiert zu steuern. Die bestehenden Datenlücken, auch bedingt durch Hürden bei der Forschung mit Kindern, behindern eine gezielte Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. Das gilt insbesondere für den Bereich der psychischen Gesundheit und Prävention. Gleichzeitig ist die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen bei gesundheitsrelevanten Themen bislang kaum strukturell verankert. So wurden sie bei der Entwicklung der Klimaanpassungsstrategien der Länder meist nicht direkt einbezogen, obwohl ihre Lebensbedingungen und ihre Gesundheit von den Folgen des Klimawandels besonders betroffen sind.

Einführung

Das Recht auf Gesundheit nach Artikel 24 UN-KRK hat verschiedene Bestandteile. In Abs. 1 sind das individuelle Recht jedes Kindes „auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit“ sowie „auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung von Gesundheit“ festgelegt. In Abs. 2–4 sind weitere konkrete Umsetzungspflichten zur Verwirklichung dieses Rechts formuliert (Stegemann/Ohlmeier 2019: 43 ff.). Dabei ist zu beachten, dass diese Konkretisierungen auf die damaligen dringenden Prioritäten zur Zeit der Entstehung der UN-KRK Mitte bis Ende der 1980er-Jahre Bezug nehmen (Whalen 2022: 207). Die aktuelleren Empfehlungen des UN-Kinderrechtsausschusses (2013a: Rn. 5, 38, 39, 109) verdeutlichen eine Weiterentwicklung: So wird die Bedeutung von Artikel 24 UN-KRK nicht nur für physische Krankheiten, sondern ebenso für neue Krankheitsbilder, insbesondere im Bereich der psychischen und emotionalen Gesundheit, betont.

Die Bedeutung dieser Weiterentwicklung zeigt sich am Beispiel der Corona-Pandemie sowie an den Folgen und Auswirkungen weiterer Krisen: Bei jungen Menschen gab es in der Pandemie eine drastische Zunahme psychischer Belastungen, was sich durch eine Zunahme von Angsterkrankungen, Depressionen sowie Essstörungen äußerte (Kölch et al. 2023). Die COPSY-Längsschnittstudie zeigt im Einklang mit anderen Studien, dass im Herbst 2023 weiterhin ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen psychisch belastet war – und damit mehr als vor der Pandemie (Kaman et al. 2025: 5). Auch aktuelle globale Krisen wie Kriege, Klimawandel und wirtschaftliche Unsicherheiten tragen dazu bei (ebd.).

Zur Umsetzung von Artikel 24 UN-KRK ist eine Gesundheitspolitik aus ganzheitlicher Perspektive erforderlich. Denn die Kindheit ist eine Zeit des kontinuierlichen – nicht nur körperlichen – Wachstums: Von der Geburt über die frühe Kindheit und das Vorschulalter bis hin zur Pubertät – jede Entwicklungsphase bringt bedeutende Veränderungen in physischer, psychischer, emotionaler und sozialer Hinsicht mit sich (UN-Kinderrechtsausschuss 2013a: Rn. 20). Daher besteht ein enger Zusammenhang mit dem in Artikel 6 UN-KRK

verankerten Grundsatz, der die Verpflichtung zur bestmöglichen Sicherstellung des Rechts auf Überleben und Entwicklung eines jeden Kindes beinhaltet. Kinder und Jugendliche haben ein Recht darauf, unter Bedingungen aufzuwachsen, die ihnen ermöglichen, den höchsten Gesundheitsstandard zu erreichen (UN-Kinderrechtsausschuss 2013a: Rn. 2). Eine kinderrechtsbasierte Gesundheitspolitik umfasst ein funktionierendes Gesundheitssystem und berücksichtigt soziale Einflussfaktoren, die sich maßgeblich auf das körperliche und geistige Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen auswirken können. Der UN-Kinderrechtsausschuss (2013a: Rn. 17) nennt alters-, geschlechts- und bildungsbedingte Unterschiede, den sozioökonomischen Status, den Wohnort, das familiäre Umfeld sowie politische Maßnahmen, Verwaltungssysteme und kulturelle Werte und Normen. Zur Entwicklung, Umsetzung und Überwachung einer kinderrechtsbasierten Gesundheitspolitik braucht es entsprechend aufgeschlüsselte Daten, die sich über die gesamte Lebensspanne von Kindern erstrecken (UN-Kinderrechtsausschuss 2013a: Rn. 109). Die Verfügbarkeit zuverlässiger Daten über die vorherrschenden Gesundheitsprobleme sowie über die wichtigsten Determinanten der Kindergesundheit ist in Deutschland weiterhin unzureichend (Infobox).

In Deutschland gibt es eklatante soziale Ungleichheiten: Kinder und Jugendliche in prekären Lebenslagen, mit sozialen Belastungen und Benachteiligungen, haben durchschnittlich einen schlechteren gesundheitlichen Zustand und geringere Chancen auf ein gesundes Aufwachsen (Blume et al. 2025: 4). Dies zeigt sich an den psychischen Belastungen bei Kindern und Jugendlichen. So berichteten insgesamt 17 Prozent der 9- bis 17-Jährigen im Schuljahr 2024/2025 von emotionalen Problemen bzw. depressiven Symptomen, wie beispielsweise Niedergeschlagenheit, Unglücklichsein oder häufigem Weinen (Hanewinkel et al. 2025: 14). Der Anteil bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus lag mit 24 Prozent deutlich höher (ebd.). Darüber hinaus bestehen deutliche genderspezifische Unterschiede: Während der Anteil bei Jungen lediglich 7 Prozent betrug, lag er bei Mädchen bei 27 Prozent (ebd.).



Unzureichendes Monitoring der Gesundheit und der gesundheitlichen Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter

Die aktuelle Studienlage zu Wohlergehen, Entwicklung, Gesundheitsverhalten und Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen sowie zu den Mechanismen sozialer Ungleichheit genügt in Deutschland nicht den kinderrechtlichen Anforderungen. So fehlen auch aktuelle und nach Bundesländern aufgeschlüsselte Daten, die im Rahmen des Kinderrechte-Index hätten genutzt werden können. Notwendig wäre ein bundesweites und kontinuierliches Monitoring von Gesundheit und gesundheitlicher Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter, um längerfristige Trends sichtbar zu machen und Problemlagen zeitnah zu erkennen (Blume et al. 2025: 12). Ohne entsprechende Daten lassen sich Maßnahmen – etwa zur Verringerung der Kinderarmut oder Programme der Prävention und Gesundheitsförderung – kaum auf ihre Wirksamkeit evaluieren (ebd.). Dies wird an den erheblichen Forschungslücken im Bereich der psychischen Kinder- und Jugendgesundheit deutlich. Noch immer ist unzureichend erforscht, wie sich psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen entwickeln, welche Frühanzeichen zu beachten sind und welche Präventions- und Interventionsangebote tatsächlich wirksam sind (Kranhold et al. 2025: 6). Zudem fehlen belastbare Erkenntnisse zu den Einflüssen von Umweltfaktoren, sozialen Medien und digitalen Technologien auf die psychische Gesundheit (ebd.).

Die bestehenden Datenmängel haben verschiedene Ursachen. Zum einen wurde die wichtige Längsschnittstudie KiGGS („Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“) nach der letzten Erhebungswelle 2014–2017 eingestellt. Solche langfristigen Erhebungen, die dieselben Personen von der frühen Kindheit bis ins Erwachsenenalter begleiten, sind jedoch zentral für das Monitoring der Kinder- und Jugendgesundheit (Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina 2024: 22). Neben der (Wieder-)Aufgabe groß angelegter Studien braucht es zum anderen Erleichterungen für die Forschung mit Kindern und Jugendlichen. Dazu gehören – nach sorgfältiger Abwägung des Kindeswohls nach Artikel 3 Abs. 1 UN-KRK – ggf. Anpassungen des datenschutzrechtlichen Rahmens und der Abbau bürokratischer Hürden. So könnten zukünftig auch neue Erhebungsmethoden möglich werden, etwa zielgruppenorientierte Datenerhebung in Echtzeit über Smartphones, die große Fallzahlen ermöglichen könnte (Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina 2024: 22). Darüber hinaus sollte die Nutzung von Krankenkassendaten oder ärztlichen Untersuchungsdaten geprüft werden (ebd.). Schließlich sollte erwogen werden, ob zur Erleichterung von Forschungsvorhaben auch die eigenmächtige Zustimmung von Kindern und Jugendlichen ermöglicht wird (Kranhold et al. 2025: 9).

Gestaltungsmöglichkeiten der Bundesländer

Für die nachhaltige Umsetzung des Rechts auf Gesundheit ist eine Thematisierung und Priorisierung in allen Politikfeldern notwendig („Health in all Policies“). Denn in jedem Ressort werden Entscheidungen getroffen, die die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen unmittelbar oder mittelbar beeinflussen (UN-Kinderrechtsausschuss 2013a: Rn. 97–99). Der UN-Kinderrechtsausschuss (2013a: Rn. 73) nennt die folgenden Kernverpflichtungen, die sich aus dem Recht des Kindes auf Gesundheit ergeben:

- a) Überprüfung und ggf. Anpassung des nationalen sowie subnationalen rechtlichen und politischen Rahmens;
- b) Sicherstellung einer flächendeckenden, hochwertigen medizinischen Grundversorgung, einschließlich Prävention, Gesundheitsförderung, Behandlung und der Bereitstellung unentbehrlicher Arzneimittel;
- c) Umsetzung geeigneter Maßnahmen zur Reduzierung gesundheitlicher Risikofaktoren für Kinder;

d) Entwicklung, Umsetzung, Überwachung und Evaluierung von politischen Strategien und Aktionsplänen mit einem menschenrechtsbasierten Ansatz.

Im Rahmen dieser Kernverpflichtungen bestehen erhebliche Gestaltungsmöglichkeiten für die Länder, um in allen wesentlichen Politikfeldern Maßnahmen zur Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit zu treffen. So werden als verhältnispräventive Ansätze

zur Gesundheitsförderung Anpassungen in den Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen gefordert. Besonders bei der Ausstattung und Gestaltung von Kitas, Schulen oder außerschulischen Freizeitorienten haben sie großen Einfluss. Zudem verfügen die Länder im Bereich der medizinischen Versorgung und beim Zugang zu Gesundheitsdiensten über erhebliche Gestaltungsspielräume.



Gesundheitsrelevante Indikatoren in anderen Teilindizes des Kinderrechte-Index

Im Kinderrechte-Index sind eine Reihe von gesundheitsrelevanten Indikatoren anderen Teilindizes zugeordnet. Da kein Indikator mehreren Teilindizes gleichzeitig zugeordnet werden kann, werden die Querverbindungen hier dargestellt. Im engen Zusammenhang mit dem Recht auf Gesundheit stehen verschiedene Indikatoren des **Teilindizes „Recht auf einen angemessenen Lebensstandard“**, wie die Armutgefährdungsquote von Kindern und Jugendlichen, der Anteil der Schulabgänger*innen ohne Abschluss sowie die Jugendarbeitslosigkeitsquote. Auch die Indikatoren zum „Zugang zu Bildung“ und zur

„Qualität von Bildungsinfrastruktur“ im **Teilindex „Recht auf Bildung“** haben einen direkten Bezug zur gesundheitlichen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Generell wirkt sich die Verwirklichung aller Kinderrechte auf die Entwicklung und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen aus, sodass im Prinzip alle Indikatoren relevant sind. So tragen die **Rechte auf Beteiligung, Schutz sowie Ruhe, Freizeit, Spiel und Erholung und auf kulturelle und künstlerische Aktivitäten** zur Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit bei.

Themencluster der Analyse

Die Themencluster zur Umsetzung des Rechts auf Gesundheit in den Bundesländern wurden im Vergleich zur Pilotstudie um das Cluster „Allgemeine Umsetzung“ erweitert. Außerdem werden die

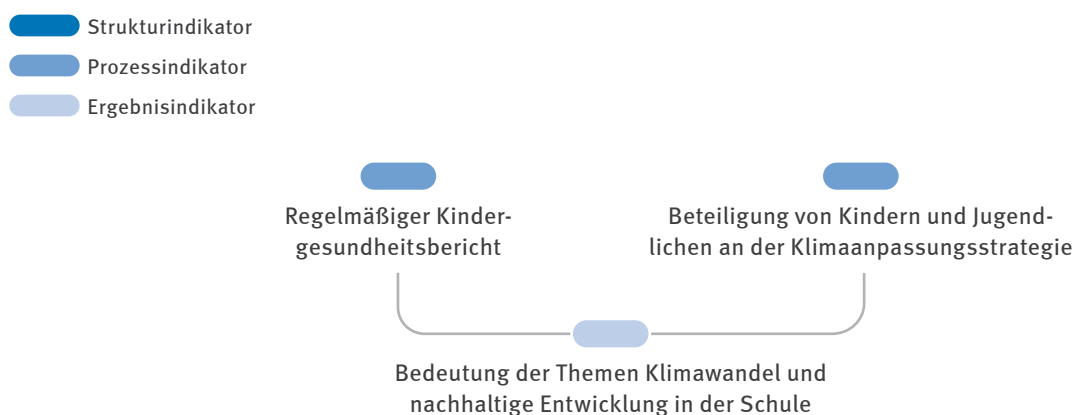
Fortschritte der Bundesländer in den Clustern „Zugang zu Gesundheitsdiensten“ sowie „Prävention und Gesundheitsförderung“ anhand verschiedener Indikatoren analysiert und verglichen.

I. Allgemeine Umsetzung

Das erste Themencluster „Allgemeine Umsetzung“ umfasst übergreifende Maßnahmen, die sich nicht eindeutig den Clustern „Zugang zu Gesundheitsdiensten“ oder „Prävention und Gesundheitsförderung“ zuordnen lassen. Die kindergesundheitspolitischen Strategien bzw. Kindergesundheitsziele der Bundesländer lassen sich im methodischen Rahmen des Kinderrechte-Index nicht miteinander vergleichen (Infobox).

Auf Prozessebene wird untersucht, ob die Länder regelmäßig Kindergesundheitsberichte veröffentlichen. Zudem wird analysiert, inwieweit Kinder und Jugendliche an den Klimaanpassungsstrategien beteiligt werden. Auf Ergebnisebene wird die Bedeutung der Themen Klimawandel und nachhaltige Entwicklung im Schulkontext anhand der Kinder- und Jugendumfrage (2024) zum Kinderrechte-Index einbezogen (Abbildung 2).

Abbildung 2: Themencluster – Allgemeine Umsetzung



Herausforderungen beim Vergleich von Kindergesundheitszielen der Länder

Der UN-Kinderrechtsausschuss (2013a: Rn. 97) fordert zur nachhaltigen Umsetzung des Rechts auf Gesundheit einen umfassenden und kohärenten Koordinierungsrahmen auf nationaler Ebene. Die Rollen und Verantwortlichkeiten der Akteur*innen sollten klar definiert und benachteiligte Gruppen besonders berücksichtigt werden (ebd.: Rn. 98). Zudem sollte die Finanzierung von Maßnahmen zur Kindergesundheit transparent und nachvollziehbar im Haushalt ausgewiesen werden (ebd.). Seit dem Inkrafttreten des Präventionsgesetzes (PrävG) im Jahr 2016 sind alle Bundesländer nach § 20f SGB V verpflichtet, mit den Sozialversicherungen (Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung) Landesrahmenvereinbarungen über Prävention und Gesundheitsförderung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie abzuschließen. Die konkrete Ausgestaltung obliegt den beteiligten Akteur*innen in den Bundesländern, die regionale Erfordernisse berücksichtigen müssen (vgl. ausführlich Stegemann/Ohlmeier 2019: 57 ff.).

Im Rahmen der Entwicklung des Kinderrechte-Index wurden die Landesgesundheitsministerien befragt. Ermittelt werden sollten die

verfolgten Kindergesundheitsziele, die Höhe der Landesförderungen, der Stand und die Fortschritte seit 2016, das Vorhandensein eines indikatorengestützten Monitorings sowie der Anteil der Fördermittel für kinder- und jugendrelevante Handlungsfelder innerhalb der nationalen Präventionsstrategie. Während einige Länder in ihren Antworten spezifische Schwerpunkte angegeben haben, beispielsweise Berlin mit sieben Handlungsfeldern (Bewegung, Ernährung, Sprachentwicklung, Impfen, Zahngesundheit, Lebenskompetenzen, psychische Gesundheit), verwiesen andere Bundesländer in ihrer Antwort lediglich auf die allgemeinen Ziele der nationalen Präventionsstrategie, ohne landesspezifische Akzente zu setzen. Aufgrund der erheblichen Unterschiede in der Formulierung und Umsetzung von Kindergesundheitszielen zwischen den Bundesländern war eine valide Indikatorenbildung in diesem Bereich nicht möglich. Die Vielzahl von Einzelmaßnahmen und die fehlende systematische Erfassung der Zielerreichung erschweren eine vergleichende Bewertung. Daher wurde darauf verzichtet, einen Indikator zu den Kindergesundheitszielen in den Ländern zu bilden.¹

1 Die Antworten der Landesgesundheitsministerien sind abrufbar unter: www.dkhw.de/kinderrechte-index/kindergesundheitsziele.

Regelmäßiger Kindergesundheitsbericht

Ein wirksames Gesundheitssystem für Kinder benötigt verlässliche Daten. Deshalb fordert der UN-Kinderrechtsausschuss (2013a: Rn. 22) eine indikatorengestützte Erhebung und Analyse über den gesamten Lebensverlauf von Kindern, um gesundheitspolitische Strategien zu entwickeln, geeignete Maßnahmen umzusetzen und eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Die erhobenen Daten sollten nach Alter, Geschlecht, Behinderung, sozioökonomischem Status und soziokulturellen Aspekten sowie nach geografischer Lage aufgeschlüsselt werden (ebd.). Besondere Beachtung sollten bestehende Gesundheitsprobleme, einschließlich neuer und bisher wenig beachteter Ursachen für Mortalität und Morbidität, sowie die wichtigsten Determinanten der Kindergesundheit finden (ebd.: Rn. 109). Zudem müssen Gesundheitsinformationssysteme gewährleisten, dass die erhobenen Daten zuverlässig, transparent und kohärent sind (ebd.: Rn. 117). Die öffentliche Gesundheitsberichterstattung (GBE) in Deutschland kann zwar auf eine breite Datengrundlage zurückgreifen. Allerdings werden diese Daten nicht systematisch erhoben und institutionsübergreifend aufbereitet (Bertram 2023: 36–37). Die Gesundheitsberichterstattung in den Ländern ist eine der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Dabei variieren die jeweilige Ausgestaltung sowie der vorgeschriebene Grad an Verbindlichkeit (Rosenkötter et al. 2020: 1067).

Der **Prozessindikator „Regelmäßiger Kindergesundheitsbericht“** basiert auf eigenen Recherchen und einer umfassenden Befragung der zuständigen Landesgesundheitsministerien.² Die meisten Bundesländer veröffentlichen im Rahmen ihrer Gesundheits- und Sozialberichterstattung regelmäßig Daten und Informationen über die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen. Eine zentrale Datenquelle bilden dabei die Einschulungsuntersuchungen (ESU), welche jedes Jahr von den kommunalen Gesundheitsämtern bei einem kompletten Jahrgang durchgeführt werden. Die regelmäßige Veröffentlichung eines Kindergesundheitsberichts erfordert die systematische Analyse verfügbarer Daten und trägt zur Transparenz sowie Identifizierung von Handlungsbedarfen bei. Ein

Berichtswesen ermöglicht Zeitvergleiche, deckt Datenlücken auf und erleichtert somit eine zielgerichtete Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit. Die übersichtlichen Online-Dashboards einiger Bundesländer bieten zudem eine gute und regelmäßig aktualisierte Übersicht zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Bundesland. Flankierend veröffentlichen einige Bundesländer dort auch in unregelmäßigen Abständen Sonderauswertungen. In den letzten Jahren hat vor allem das Thema der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zunehmend mehr Aufmerksamkeit bekommen (vgl. Beispiele guter Praxis).

Auf Grundlage dieser Merkmale können die Bundesländer in vier Gruppen eingeteilt werden (Tabelle 1). Baden-Württemberg und Bayern haben in den letzten fünf Jahren umfassende Kindergesundheitsberichte veröffentlicht und stellen regelmäßig aktuelle Daten zur Kindergesundheit in Online-Dashboards bereit.³ Brandenburg, Niedersachsen, das Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen veröffentlichen entweder regelmäßig Daten zur Kindergesundheit auf Online-Dashboards oder haben in den letzten fünf Jahren einen umfassenden

Tabelle 1: Monitoring von Kindergesundheit in den Ländern

Umfassender Kindergesundheitsbericht in den letzten fünf Jahren und regelmäßige Veröffentlichung von Daten in Online-Dashboards.	BW, BY
Entweder regelmäßige Veröffentlichung von Daten in Online-Dashboards oder ein umfassender Kindergesundheitsbericht in den letzten fünf Jahren.	BB, NI, SH, SL, SN, ST, TH
Keine umfassende oder regelmäßige Veröffentlichung, aber gelegentliche Sonderauswertungen zu bestimmten Themen.	HB, HH, NW, RP
Keine Veröffentlichung von Daten oder Berichten zur Kindergesundheit.	BE, HE, MV

² Die ausführliche Datengrundlage des Indikators ist verfügbar unter: www.dkhw.de/kinderrechte-index/kindergesundheitsbericht.

³ Berichte, die länger als fünf Jahre zurückliegen, wurden nicht berücksichtigt. Die Zeitgrenze orientiert sich an der üblichen Dauer einer Legislaturperiode in den Landtagen.

Kindergesundheitsbericht erstellt. Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz veröffentlichen gelegentlich Sonderauswertungen zu bestimmten Themen der Kindergesundheit, verfügen jedoch weder über einen umfassenden

Kindergesundheitsbericht noch über ein kontinuierlich gepflegtes Dashboard. In Berlin, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern gibt es keine regelmäßige Veröffentlichung von Daten oder Berichten zur Gesundheits- und Sozialsituation von Kindern.



Beispiele guter Praxis

Berichte, Online-Dashboards und Sonderauswertungen zur Kinder- und Jugendgesundheit

Im **bayerischen Kindergesundheitsbericht** „Kindergesundheit in Zeiten einer Pandemie – Ein Überblick in Schlaglichtern“ wurde im Jahr 2022 auf Grundlage von Auswertungen verschiedener Datenquellen zu einer Vielzahl von Themenfeldern die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen im Bundesland beleuchtet. Auf der **Monitoring-Plattform zur sozialen und gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen im Land Brandenburg**

werden regelmäßig vielfältige Daten zur Kinder- und Jugendgesundheit veröffentlicht, die nach Stadt- und Landkreisen aufgeschlüsselt sind. Eine ähnliche Form der Gesundheitsberichterstattung zu Kindern und Jugendlichen bietet der **Gesundheitsatlas Baden-Württemberg**. Dort werden auch anlassbezogenen **Sonderauswertungen** veröffentlicht, wie beispielsweise im Jahr 2024 zum Thema **„Gesundheitliche Chancengleichheit im Kindesalter“**.

Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an der Klimaanpassungsstrategie

Nach Artikel 24 Abs. 2 c) UN-KRK sollen die Vertragsstaaten bei der Bekämpfung von Krankheiten die Gefahren und Risiken der Umweltverschmutzung berücksichtigen. Zudem hat der UN-Kinderrechtsausschuss im Jahr 2023 die Allgemeine Bemerkung Nr. 26 über Kinderrechte und Umwelt mit Schwerpunkt auf dem Klimawandel veröffentlicht. Denn die Auswirkungen des menschengemachten Klimawandels auf die Rechte von Kindern sind gravierend. Umweltzerstörungen – einschließlich des Klimawandels, der Umweltverschmutzung und des Biodiversitätsverlusts – gefährden das Recht auf Leben und Gesundheit (UN-Kinderrechtsausschuss 2023: Rn. 20). Kinder und Jugendliche sind den Folgen der Erderwärmung in besonderem Maße ausgesetzt (ebd.: Rn. 56). Um die negativen Auswirkungen zu begrenzen, verpflichten die Kinderrechte, ebenso wie das Pariser Klimaabkommen und die UN-Nachhaltigkeitsziele, zu wirksamen Maßnahmen zur Eindämmung des Klimawandels und insbesondere zur Reduktion von Treibhausgasemissionen (ebd.: Rn. 95 ff.). Die Bundesländer müssen zur Erreichung der Klimaziele beitragen, insbesondere zur Umsetzung des

Klimaschutzgesetzes, das eine Treibhausgasneutralität bis 2045 vorsieht.

Zudem sollen Anpassungsmaßnahmen entwickelt, umgesetzt und mit ausreichenden Ressourcen ausgestattet werden (UN-Kinderrechtsausschuss 2023: Rn. 101 ff.). Da die Überschreitung des 1,5-Grad-Ziels als sehr wahrscheinlich gilt bzw. bereits erfolgt ist (Bevacqua et al. 2025), steigt die Dringlichkeit solcher Maßnahmen. Jedes Bundesland muss nach § 10 Bundes-Klimaanpassungsgesetz (KAnG) bis zum 31.01.2027 eine langfristige und umfassende Klimaanpassungsstrategie vorlegen und umsetzen (§ 10 Abs. 1 und 6 KAnG). Diese müssen auf Klimarisikoanalysen und Analysen bereits eingetretener Auswirkungen des Klimawandels auf Grundlage von möglichst regionalen Daten nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft basieren (§ 10 Abs. 2 KAnG). Dabei ist die explizite Beteiligung der Öffentlichkeit vorgeschrieben (§ 10 Abs. 4 KAnG). In den Landesstrategien sollten klimawandelbedingte Gefährdungen von Kindern – insbesondere hinsichtlich wesentlicher Versorgungsleistungen wie Wasser- und

Sanitärversorgung, Gesundheitsdienste, Schutz, Ernährung und Bildung – ermittelt werden (UN-Kinderrechtsausschuss 2023: Rn. 101). Weiter sollten sie Maßnahmen enthalten, die Kinder befähigen, die Auswirkungen klimabezogener Entscheidungen auf ihre Rechte zu verstehen, und ihnen die Möglichkeit geben, sich aktiv und effektiv an Entscheidungsprozessen zu beteiligen (ebd.: Rn. 102). Zum Schutz des Kinderrechts auf Leben und Gesundheit vor unmittelbaren Bedrohungen wie extremen Wetterereignissen gehören die Einrichtung von Frühwarnsystemen sowie die Stärkung der physischen Sicherheit und Resilienz zentraler Infrastrukturen – darunter Schulen, Wasser- und Sanitäreinrichtungen sowie das Gesundheitswesen (ebd.: Rn. 103). Grundsätzlich muss bei allen umwelt- und klimabezogenen Maßnahmen das Wohl des Kindes vorrangig berücksichtigt werden. Daher sind die Ansichten aller Kinder in Umweltentscheidungsprozessen angemessen zu hören (UN-Kinderrechtsausschuss 2023: Rn. 16 ff.).

Der Prozessindikator „Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an der Klimaanpassungsstrategie“ zeigt, ob und in welcher Form Kinder und Jugendliche an der Entwicklung dieser Strategien beteiligt wurden (Tabelle 2).⁴ Dabei ging aus den zugrunde liegenden Befragungen aller zuständigen Landesumweltministerien hervor, dass alle Bundesländer Strategien, Konzepte und Pläne zur Anpassung an den Klimawandel haben, die die Belange von Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen – insbesondere in den Bereichen Hitze- und Extremwetterschutz, Klimabildung und bauliche Anpassungen in und an Kitas oder Schulgebäuden – berücksichtigen. Kinder und Jugendliche wurden nur in Brandenburg mit dem Jugendforum Nachhaltigkeit und in Nordrhein-Westfalen mit einem Jugendworkshop direkt über ein spezielles Beteiligungsgremium an der Entwicklung der Klimaanpassungsstrategien beteiligt. Auch in Baden-Württemberg (Jugendrat für Klima und Nachhaltigkeit), Bremen (Jugendklimarat), Rheinland-Pfalz (JugendKlimaForum) und Sachsen (JugendKlimaKonferenz) gibt es etablierte

Beteiligungsformate zum Thema Klima. Diese wurden jedoch nicht direkt an der Entwicklung der Klimaanpassungsstrategien des Bundeslandes beteiligt. In Hessen wurden Kinder und Jugendliche durch die Einbindung der BUNDjugend Hessen sowie der Landeschüler*innen-Vertretung berücksichtigt. Die Klimaanpassungsstrategien von Bayern, Berlin, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, dem Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen berücksichtigen zwar die Belange von Kindern und Jugendlichen, indem sie spezifische klimawandelbedingte Gefährdungen, wie beispielsweise durch Hitzewellen, thematisieren und darauf basierende konkrete Maßnahmen ableiten. Allerdings wurden diese Strategien ohne explizite Beteiligung von Kindern und Jugendlichen entwickelt. Die allgemeine Beteiligung der Öffentlichkeit, die einige Ministerien angaben, wurde nicht als spezifische Kinder- und Jugendbeteiligung gewertet.

Tabelle 2: Formen der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an Klimaanpassungsstrategien

Kinder und Jugendliche wurden direkt in einem eigens dafür geschaffenen Beteiligungsgremium in die Entwicklung der Klimaanpassungsstrategie eingebunden.	BB, NW
Kinder und Jugendliche wurden über Interessenvertretungen eingebunden oder es gibt landesweite Beteiligungsformate zum Thema Klima, die jedoch nicht direkt bei der Entwicklung der Strategie beteiligt waren.	BW, HB, HE, RP, SN
Kinder und Jugendliche wurden nicht beteiligt.	BE, BY, HH, MV, NI, SH, SL, ST, TH

⁴ Die ausführliche Datengrundlage des Indikators ist verfügbar unter: www.dkhw.de/kinderrechte-index/klimaanpassung.

Bedeutung der Themen Klimawandel und nachhaltige Entwicklung in der Schule

Das Recht auf Gesundheit nimmt Umweltfragen ausdrücklich in Artikel 24 Abs. 2 c) UN-KRK in den Blick, zudem sind die Vertragsstaaten nach Artikel 29 Abs. 1 e) UN-KRK verpflichtet, die Bildung der Kinder auf die Entwicklung der Achtung vor der natürlichen Umwelt auszurichten (UN-Kinderrechtsausschuss 2013a: Rn. 9). Bildung zu Umwelt und Klimawandel sollte dabei durch vielfältige, praxisnahe und explorative Lernmethoden gestaltet werden (ebd.: Rn. 54). Zuletzt hat der UN-Kinderrechtsausschuss (2022: Rn. 33 (d)) dem Vertragsstaat Deutschland in Anbetracht der Ziele 13.2 und 13.3 für nachhaltige Entwicklung empfohlen, unter aktiver Beteiligung von Schulen das Bewusstsein der Kinder für den Klimawandel und die Umweltgesundheit zu fördern.

Durch Bildung für nachhaltige Entwicklung (BNE) lässt sich diese Verpflichtung umsetzen, auch wenn BNE breiter gefasst ist. Dazu veröffentlichte die Kultusministerkonferenz (KMK) 2024 eine Empfehlung zur „Bildung für nachhaltige Entwicklung in der Schule“. Ziel ist eine an BNE ausgerichtete Unterrichts- und Schulentwicklung. Nach Definition

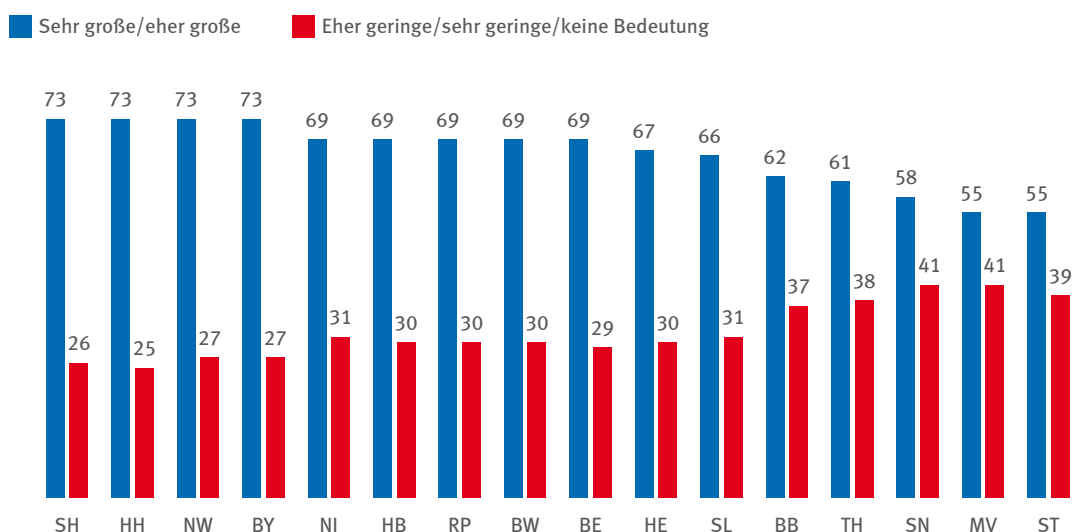
der KMK (2024: 2) soll BNE „in die Lage versetzen, angesichts vielfältiger Krisenerfahrungen und komplexer Herausforderungen des 21. Jahrhunderts für die eigene Person und die Gesellschaft insgesamt Handlungsoptionen in Bezug auf nachhaltige Entwicklungen zu entwerfen“. Zukunftsfähiges und transformatives Denken und Handeln soll zu einem bedeutenden Aspekt schulischer Prozesse werden. Die Bundesländer setzen BNE zunehmend als strukturelle Anforderung an schulisches Lernen und als wichtige Querschnittsaufgabe um. BNE ist in verschiedenen politischen Strategien der Länder verankert, etwa in Nachhaltigkeitsstrategien, entwicklungspolitischen Leitlinien sowie Klima- und Biodiversitätsprogrammen (KMK 2024: 4–5). Für die schulische Bildung ist BNE an mehreren Stellen vorgesehen: als Bestandteil von Schulgesetzen, in übergeordneten Erlassen, in eigenen BNE-Leitlinien und -Strategien, in curricularen Vorgaben sowie in der Lehramtsausbildung (ebd.: 5).

Der **Ergebnisindikator „Bedeutung der Themen Klimawandel und nachhaltige Entwicklung in der**

Abbildung 3: Bedeutung der Themen Klimawandel und nachhaltige Entwicklung in der Schule

Frage: „Welche Bedeutung hatten die folgenden Themen bisher bei dir in der Schule?“

Thema: „Klimawandel und nachhaltige Entwicklung“



Angaben in Prozent; fehlende Werte bis 100 Prozent: Weiß nicht

Kinder- und Jugendumfrage (2024) von Verian im Auftrag des Deutschen Kinderhilfswerkes

Schule“ basiert auf der Kinder- und Jugendumfrage (2024) zum Kinderrechte-Index. Darin wurden Kinder und Jugendliche gefragt, welche Bedeutung die Themen Klimawandel und nachhaltige Entwicklung in ihrer Schule haben (Abbildung 3).⁵ Im Vergleich der Bundesländer zeigen sich Unterschiede. In Bayern, Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein bewerteten jeweils 73 Prozent der Befragten die Bedeutung dieser Themen als sehr groß oder eher groß. Baden-Württemberg,

Berlin, Bremen, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz liegen nur knapp dahinter (jeweils 69 Prozent). In Mecklenburg-Vorpommern (58 Prozent), Sachsen und Sachsen-Anhalt (jeweils 55 Prozent) gab zwar weiterhin eine Mehrheit der Befragten an, dass die Themen eine sehr große oder eher große Bedeutung haben. Allerdings empfanden rund 40 Prozent der Schüler*innen in diesen Ländern die Bedeutung als eher gering, sehr gering oder nicht vorhanden.

II. Zugang zu Gesundheitsdiensten

Kinder haben nach Artikel 24 Abs. 1 UN-KRK das Recht, „Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit“ in Anspruch nehmen zu können. Die Vertragsstaaten müssen „sicherstellen, dass keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Diensten vorenthalten wird“. Weiter führt Artikel 24 Abs. 2 Buchstabe b UN-KRK aus, dass die gesundheitliche Grundversorgung so ausgebaut wird, dass alle Kinder „die notwendige ärztliche Hilfe und Gesundheitsversorgung“ erhalten. Der UN-Kinderrechtsausschuss (2013a: Rn. 114) nennt vier Dimensionen, die der Zugang zu Gesundheitsdiensten umfasst:

- a) Nichtdiskriminierung:** Die Gesundheitsversorgung muss für alle Kinder, Schwangeren und Mütter rechtlich wie praktisch ohne jegliche Diskriminierung zugänglich sein;
- b) Erreichbarkeit:** Gesundheitseinrichtungen müssen für alle Kinder, Schwangeren und Mütter in erreichbarer Nähe sein;
- c) wirtschaftliche Zugänglichkeit und Bezahlbarkeit:** Fehlende finanzielle Mittel sollten nicht zu einer Verweigerung des Zugangs führen;
- d) Informationszugänglichkeit:** Den Kindern und ihren Betreuer*innen sollten Informationen über Gesundheitsförderung, Gesundheitsstatus und Behandlungsmöglichkeiten in einer Sprache und

einem Format zur Verfügung gestellt werden, die für sie zugänglich und klar verständlich sind.

Ausgehend von diesen Kriterien und der Verpflichtung, ein ausreichendes öffentliches Gesundheitssystem für Kinder sicherzustellen, wurden die Indikatoren für dieses Themencluster entwickelt (Abbildung 4). Auf struktureller Ebene werden die Regelungen der Länder – wie bereits in der Pilotstudie – daraufhin verglichen, ob Asylbewerber*innen eine elektronische Gesundheitskarte erhalten, die den Zugang zur medizinischen Grundversorgung für asylsuchende Kinder erleichtert. Auf Prozessebene werden die Zahl der Kinderärzt*innen,

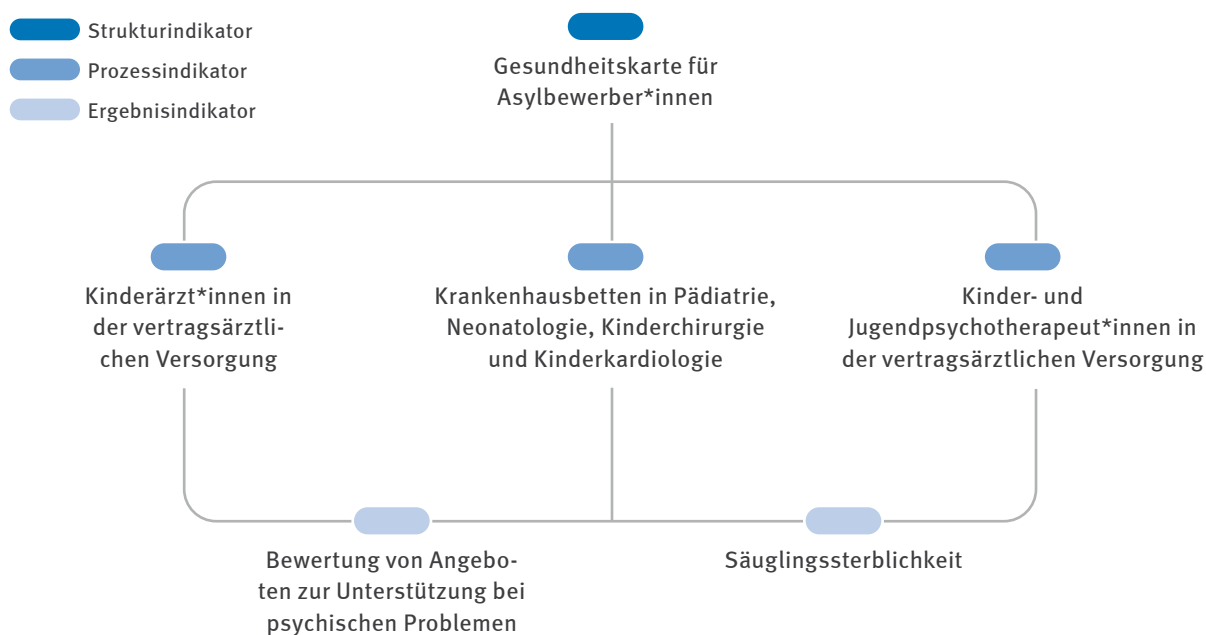
„Das Angebot der gesundheitlichen Versorgung sollte für alle Kinder und Jugendlichen verbessert werden.“

Bewertung des Kinder- und Jugendbeirates vom Deutschen Kinderhilfswerk

Betten in Fachabteilungen der Kindergesundheit in Krankenhäusern sowie die Zahl der Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen in den Bundesländern einbezogen. Als Ergebnisindikatoren werden die Bewertung von Unterstützungsangeboten bei psychischen Problemen durch Kinder und Jugendliche sowie die Säuglingssterblichkeit betrachtet.

⁵ Weiterführende Informationen zur Kinder- und Jugendumfrage (2024) sind in der Beschreibung zur Methodik zu finden. Abrufbar unter: www.dkhw.de/kinderrechte-index.

Abbildung 4: Themencluster – Zugang zu Gesundheitsdiensten



Gesundheitskarte für Asylbewerber*innen

Der UN-Kinderrechtsausschuss (2022: Rn. 30–31) hat dem Vertragsstaat Deutschland in seinen Abschließenden Bemerkungen zum letzten Staatenbericht erneut empfohlen, den Zugang von asylsuchenden Kindern zu umfassenden Gesundheitsleistungen – auch in Bezug auf die psychische Gesundheit – zu gewährleisten. Allerdings haben asylsuchende Kinder ohne regulären Aufenthaltsstatus weiterhin nur sehr eingeschränkt Zugang zur Gesundheitsversorgung (vgl. Stegemann/Ohlmeier 2019: 46–47). Im Vergleich zur Pilotstudie wurde die Wartezeit auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung – auch für Kinder von Asylbewerber*innen – von 18 auf 36 Monate angehoben (Neuregelung von § 2 Abs. 1 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) im Februar 2024). Somit haben die Kinder von erwachsenen Asylbewerber*innen nach § 4 AsylbLG weiterhin nur Anspruch auf ärztliche bzw. zahnärztliche Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände. Allerdings stand zum Redaktionsschluss dieser Studie eine Verbesserung der gesetzlichen Lage durch das Gesetz zur Anpassung des nationalen Rechts an die Vorgaben der Reform des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems (sogenannte GEAS-Reform) in Aussicht. Nach § 4 Abs. 4 Satz 1 AsylbLG sollen geflüchtete Kinder und Jugendliche,

die Leistungen nach dem AsylbLG erhalten, künftig Hilfen zur Gesundheit nach den §§ 47–52 SGB XII uneingeschränkt beanspruchen können. Junge Betroffene können somit fortan einen besseren Zugang zur Gesundheitsversorgung erhalten und beispielsweise eine medizinische Behandlung bei chronischen Erkrankungen in Anspruch nehmen.

Bei den Leistungsansprüchen gibt es aufgrund der bundesrechtlichen Regelung keine Unterschiede zwischen den Bundesländern. Allerdings wird in einigen Bundesländern allen Leistungsberechtigten nach § 1 Abs. 1 AsylbLG ein erleichterter Zugang bereits innerhalb der ersten 36 Monate durch die Bereitstellung einer elektronischen Gesundheitskarte gewährt (vgl. Lindner 2022: 9). Als Grundlage haben diese Rahmenverträge mit Krankenkassen zur Einführung elektronischer Gesundheitskarten nach § 264 Abs. 1 Satz 3 Halbs. 2 SGB V für Asylsuchende mit beschränktem Leistungsanspruch nach §§ 4 und 6 AsylbLG abgeschlossen. Diese Praxis ist aus kinderrechtlicher Sicht zu begrüßen, denn es werden Zugangshürden zu dringend benötigten Leistungen abgebaut. In anderen Bundesländern kommen hingegen weiterhin Behandlungsscheine zum Einsatz. Um Zugang zu medizinischen Leistungen erhalten zu können, müssen sich Asylbewerber*innen in den

ersten 36 Monaten in der Regel vor dem Besuch einer ärztlichen Praxis vom Sozialamt einen solchen Behandlungsschein, der ihren Leistungsanspruch nachweist, ausstellen lassen.

Der **Strukturindikator „Gesundheitskarte für Asylbewerber*innen“** basiert auf einer Befragung der zuständigen Landesministerien und eigenen Recherchen (Tabelle 3).⁶ In Berlin, Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein und Thüringen gibt es weiterhin eine elektronische Gesundheitskarte für Asylbewerber*innen. Auch Brandenburg hat inzwischen eine flächendeckende Abdeckung, denn alle Städte und Landkreise sind der Rahmenvereinbarung freiwillig beigetreten. Eine Rahmenvereinbarung mit bestimmten Krankenkassen, der die Kommunen, kreisfreien Städte oder Landkreise freiwillig beitreten können, existiert außerdem in Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und in Sachsen-Anhalt. In diesen Bundesländern sind im Gegensatz zu Brandenburg allerdings nur einzelne Kommunen, kreisfreie Städte oder Landkreise beigetreten.

Tabelle 3: Gesundheitskarte für Asylbewerber*innen

(Minderjährige) Asylbewerber*innen erhalten bereits für die ersten 36 Monate ihres Aufenthaltes eine elektronische Gesundheitskarte.	BB, BE, HB, HH, SH, TH
Es besteht eine Rahmenvereinbarung zu Gesundheitskarten für (minderjährige) Asylbewerber*innen im Bundesland, diese wird jedoch nicht flächendeckend umgesetzt.	MV, NI, NW, RP, ST
Für (minderjährige) Asylbewerber*innen wird in den ersten 36 Monaten ihres Aufenthalts keine elektronische Gesundheitskarte zur Verfügung gestellt.	BW, BY, HE, SL, SN

Behandlungsscheine kommen weiter in den ersten 36 Monaten in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, dem Saarland, und Sachsen (außer Dresden) flächendeckend zum Einsatz.

Kinderärzt*innen in der vertragsärztlichen Versorgung

Der UN-Kinderrechtsausschuss (2022: Rn. 30) hat sich in seinen Abschließenden Bemerkungen zum letzten Staatenberichts Deutschlands besorgt über den Fachkräftemangel im Bereich der Kindermedizin geäußert. Es sollten Maßnahmen ergriffen werden, um eine hochwertige pädiatrische Grundversorgung insbesondere für Kinder in ländlichen Gebieten und in belasteten Lebenslagen zu sichern (UN-Kinderrechtsausschuss 2022: Rn. 31). In Deutschland übernehmen vor allem niedergelassene Kinderärzt*innen die medizinische Grundversorgung, insbesondere im Bereich der Früherkennung und Prävention (Seeling et al. 2018: 57). Bis zum zweiten Lebensjahr wird der Großteil aller Säuglinge und Kleinkinder in Deutschland kinderärztlich versorgt (ebd.: 60).

Dem **Prozessindikator „Anzahl der Kinderärzt*innen in der vertragsärztlichen Versorgung“** liegt die Annahme zugrunde, dass eine höhere Abdeckung in der Regel kürzere Wartezeiten,

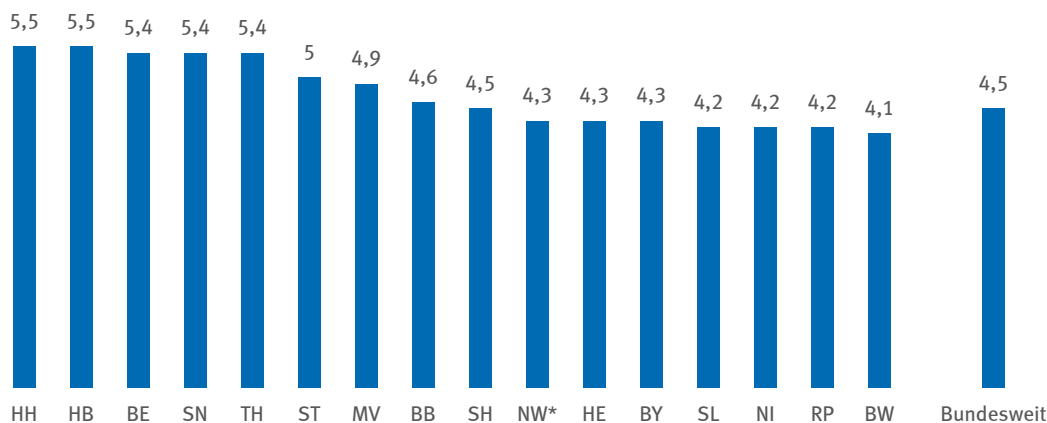
bessere Erreichbarkeit sowie mehr Kapazitäten für Vorsorge und Behandlung bedeutet. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) stellt Daten zur regionalen Verteilung bereit. Verwendet wurden Zahlen nach Bedarfsplanungsgewichten, sodass abgebildet werden kann, wie viele volle Sitze im Bundesland besetzt sind – unabhängig davon, wie viele Personen diese ausfüllen. Die Daten werden nach Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen ausgewiesen, die – mit Ausnahme Nordrhein-Westfalens – den Bundesländern entsprechen.⁷ Strukturell gibt es Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Gebieten (Stegemann/Ohlmeier 2019: 49). Bundesweit kamen im Jahr 2024 4,5 Kinderärzt*innen auf 10.000 Kinder und Jugendliche (0 bis 17 Jahre). Im Ländervergleich (Abbildung 5) hatten die Stadtstaaten Bremen und Hamburg (jeweils 5,5) die höchste Abdeckung, gefolgt von Berlin, Sachsen und Thüringen (jeweils 5,4). Am geringsten war die Abdeckung in Baden-Württemberg (4,1).

⁶ Die ausführliche Datengrundlage des Indikators ist verfügbar unter: www.dkhw.de/kinderrechte-index/gesundheitskarte-asylbewerber.

⁷ Nordrhein-Westfalen ist in die Kassenärztlichen Vereinigungen Westfalen-Lippe und Nordrhein aufgeteilt. In diesem Fall wurden beide Regionen zusammengezählt, um einen Gesamtwert für das Bundesland zu berechnen.

Abbildung 5: Anzahl der Kinderärzt*innen in der vertragsärztlichen Versorgung

■ Pro 10.000 Kinder und Jugendliche (0 bis 17 Jahre) im Bundesland (2024)



* Die Kassenärztlichen Vereinigungen Westfalen-Lippe und Nordrhein wurden zusammen gezählt.

Zählung nach Bedarfsplanungsgewichten

Quellen: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 2025: Regionale Verteilung der Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung; Destatis (2025): Fortschreibung des Bevölkerungsstandes; eigene Berechnung der Quoten

Krankenhausbetten in Pädiatrie, Neonatologie, Kinderchirurgie und Kinderkardiologie

Die Vertragsstaaten müssen zur Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit unter anderem sicherstellen, dass eine bedarfsgerechte Zahl von Krankenhäusern, Kliniken und Ärzt*innen zur Verfügung steht (UN-Kinderrechtsausschuss 2013a: Rn. 116). Im Folgenden werden die für Kinder relevanten, spezialisierten Fachbereiche in Kliniken vorgestellt, bevor die Versorgungslage zwischen den Ländern verglichen wird. Dabei ist zu beachten, dass es auch in der Kinder- und Jugendmedizin – vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels sowie finanzieller Rahmenbedingungen – einen Rückgang der Betten gibt. Das Fallpauschalensystem benachteiligte Kinderstationen lange, da wenige Patient*innen mit langen Behandlungszeiten in vielen Fällen wirtschaftlich schwer darstellbar waren (Regierungskommission 2022: 3). Hohe Vorhaltekosten für Notfälle verschärften die finanzielle Lage vieler Kinderkliniken zusätzlich (ebd.: 4). Mit der Krankenhausreform von 2024 wurden Änderungen angestoßen – nun bleibt abzuwarten, wie sich diese auf die Kinder- und Jugendmedizin auswirken.

Die mit Abstand größte Bettenzahl in der Kinder- und Jugendmedizin gibt es im Fachgebiet der Pädiatrie. Dieses umfasst die Diagnose, Behandlung, Prävention, Rehabilitation und Nachsorge von Erkrankungen sowie Entwicklungsstörungen und Behinderungen bei Kindern und Jugendlichen bis zum Abschluss ihrer körperlichen Entwicklung (Bundesärztekammer 2024: 1). Bundesweit gab es 2023 rund 14.731 pädiatrische Betten (minus 5 Prozent seit 2018). Die Neonatologie befasst sich mit typischen Erkrankungen von Neugeborenen und mit der Behandlung von Frühgeborenen (DGKJ 2025b). 2023 waren es bundesweit 2.157 Betten (einziger Bereich mit leichtem Anstieg seit 2018). Die Kinder- und Jugendchirurgie ist ein eigenständiger Fachbereich der Chirurgie mit spezialisierter Weiterbildung (DGKJCH 2025). 2023 lag die Bettenzahl bei 1.502 (minus 6 Prozent seit 2018). Am stärksten geschrumpft ist die Kinderkardiologie: 483 Betten 2023 bedeuten ein Minus von 18 Prozent gegenüber 2018. Der Bereich ist auf Diagnostik und Behandlung kindlicher Herzerkrankungen spezialisiert (DGKJ 2025a). Dabei gehören

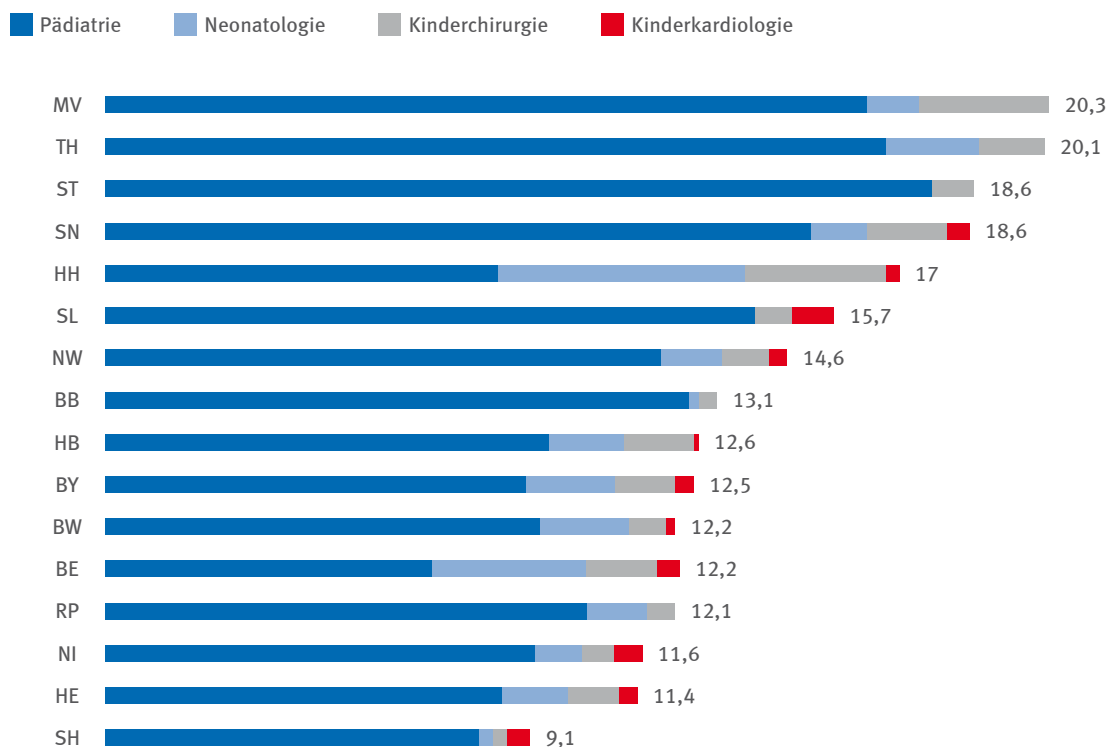
angeborene Herzfehler zu den häufigsten Anomalien bei Neugeborenen und unterscheiden sich deutlich von Herzerkrankungen im Erwachsenenalter (ebd.).

Der **Prozessindikator „Krankenhausbetten in Pädiatrie, Neonatologie, Kinderchirurgie und Kinderkardiologie“** basiert auf der amtlichen Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamts. Abbildung 6 zeigt die Betten pro 10.000 Kinder in den genannten Fachabteilungen je Bundesland (2023). Da hochspezialisierte Kliniken nicht strikt

nach Bundesländergrenzen geplant werden – etwa wenn Kinder aus Schleswig-Holstein eine neonatologische Versorgung in Hamburg erhalten –, bietet die zusammengefasste Bettenzahl einen aussagekräftigeren Überblick: Sie hilft, regionale Unterschiede in einzelnen Fachbereichen auszugleichen und die Lastenverteilung besser abzubilden. Mecklenburg-Vorpommern (20,3), Sachsen-Anhalt (18,6) und Thüringen (20,1) weisen die höchsten Werte pro 10.000 Kinder auf. Am niedrigsten sind die Werte in Hessen (11,4), Niedersachsen (11,6) und Schleswig-Holstein (9,1).

Abbildung 6: Anzahl der Betten in Fachabteilungen Pädiatrie, Neonatologie, Kinderchirurgie und Kinderkardiologie

Pro 10.000 Kinder und Jugendliche (0 bis 17 Jahre) im Bundesland (2023)



Quellen: Destatis (2025): Grunddaten der Krankenhäuser – Bettenausstattung nach Ländern und Fachabteilungen; Destatis (2025): Fortschreibung des Bevölkerungsstandes; eigene Berechnung der Quoten

Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen in der vertragsärztlichen Versorgung

Der UN-Kinderrechtsausschuss (2022: Rn. 32) hebt die besondere Bedeutung der psychischen Gesundheit von Kindern hervor. Er fordert wohnortnahe

Versorgungsangebote, Präventionsarbeit in Schulen sowie eine frühzeitige und unabhängige Begutachtung, um wirksame Unterstützung sicherzustellen

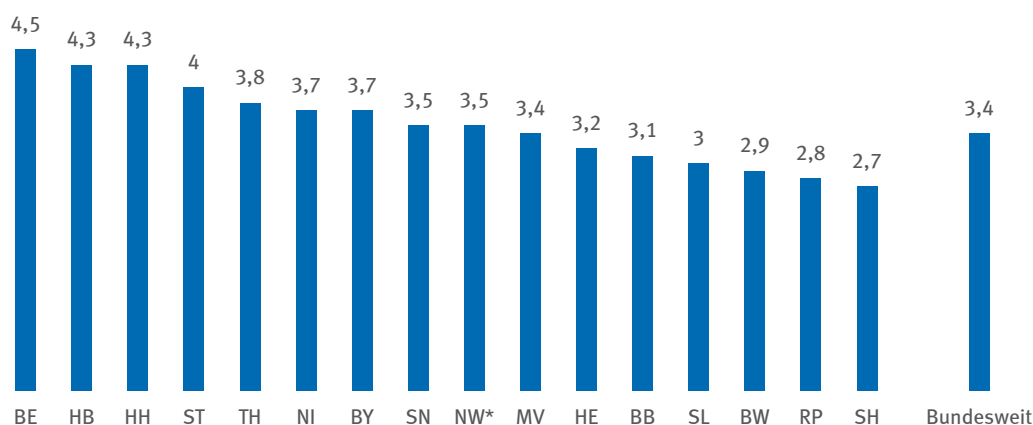
und unnötige medikamentöse Behandlungen zu vermeiden (ebd.). Obwohl die Kassenärztlichen Vereinigungen den Bedarf für Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen in den meisten Regionen als gedeckt sehen, lag die durchschnittliche Wartezeit auf einen Therapieplatz in Deutschland im Jahr 2024 im Schnitt bei über einem halben Jahr (Rodney-Wolf et al. 2025: 91). Dabei nimmt die Prävalenz psychischer Belastung angesichts gesellschaftlicher Krisen zu (Kaman et al. 2025: 5). Wenn psychische Probleme bei Kindern und Jugendlichen nicht behandelt werden, besteht ein großes Risiko, dass sie lange bestehen bleiben, schwer behandelbar werden oder weitere Probleme hinzukommen (Rodney-Wolf et al. 2025: 87). Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter sind der Schrittmacher für Erkrankungen im Erwachsenenalter, denn 50 Prozent aller Fälle treten bereits bis zum 14. Lebensjahr und 75 Prozent bis zum 25. Lebensjahr auf (Christiansen et al. 2025: 1). Zugleich zeigen empirische Befunde, dass frühzeitige psychotherapeutische Behandlung wirksam ist: Beispielsweise können bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen mit kognitiver Verhaltenstherapie bei einer Mehrheit

der Patient*innen nachhaltige Effekte erzielt werden (Krause et al. 2024: 188).

Der **Prozessindikator „Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen in der vertragsärztlichen Versorgung“** basiert auf Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Verwendet wurden die Zahlen zu Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen in der vertragsärztlichen Versorgung nach sogenannten Bedarfsplanungsgewichten, so kann abgebildet werden, wie viele volle Sitze im Bundesland besetzt sind unabhängig davon, wie viele Personen diese ausfüllen. Die Daten werden nach Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen ausgewiesen, welche mit Ausnahme Nordrhein-Westfalens den Bundesländern entsprechen.⁸ Die Anzahl der Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen im Jahr 2024 auf 10.000 Kinder und Jugendliche (Alter 0 bis 17 Jahre) im Bundesland wurde als Quote berechnet (Abbildung 7). Bundesweit kommen 3,4 besetzte und volle Kassensitze auf 10.000 Kinder und Jugendliche. Zwischen den Bundesländern gibt es Unterschiede, insbesondere zwischen den Stadtstaaten und den Flächenländern. Während in Berlin

Abbildung 7: Anzahl der Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen in der vertragsärztlichen Versorgung

■ Pro 10.000 Kinder und Jugendliche (0 bis 17 Jahre) im Bundesland (2024)



* Die Kassenärztlichen Vereinigungen Westfalen-Lippe und Nordrhein wurden zusammen gezählt.

Zählung nach Bedarfsplanungsgewichten

Quellen: Kassenärztliche Bundesvereinigung (Stand 31.12.2024); Destatis (2025): Fortschreibung des Bevölkerungsstandes; eigene Berechnung der Quoten

8 Nordrhein-Westfalen ist in die Kassenärztlichen Vereinigungen Westfalen-Lippe und Nordrhein aufgeteilt. In diesem Fall wurden beide Regionen zusammengezählt, um einen Gesamtwert für das Bundesland zu berechnen.

4,5, in Bremen und Hamburg jeweils 4,3 Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen auf 10.000 Kinder und Jugendliche kommen, sind es in anderen Bundesländern weniger. So kommen in Baden-Württemberg

2,9, in Rheinland-Pfalz 2,8 und in Schleswig-Holstein 2,7 Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen auf 10.000 Kinder und Jugendliche.

Bewertung von Angeboten zur Unterstützung bei psychischen Problemen

Neben dem Vergleich der Zahlen an Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychologie bzw. -psychiatrie wurde in der Kinder- und Jugendumfrage (2024) zum Kinderrechte-Index allgemein gefragt, wie Angebote zur Unterstützung bei psychischen Problemen bewertet werden.⁹ Dabei existieren neben Fachärzt*innen eine Vielzahl weiterer denkbarer Angebote, wie beispielsweise schulische und außerschulische Beratungsstellen. Analog zu Ergebnissen einer Befragung von Therapeut*innen über die Wartezeiten auf einen Therapieplatz (Rodney-Wolf et al. 2025: 92), zeigen die Ergebnisse deutliche Unterschiede zwischen Großstädten,

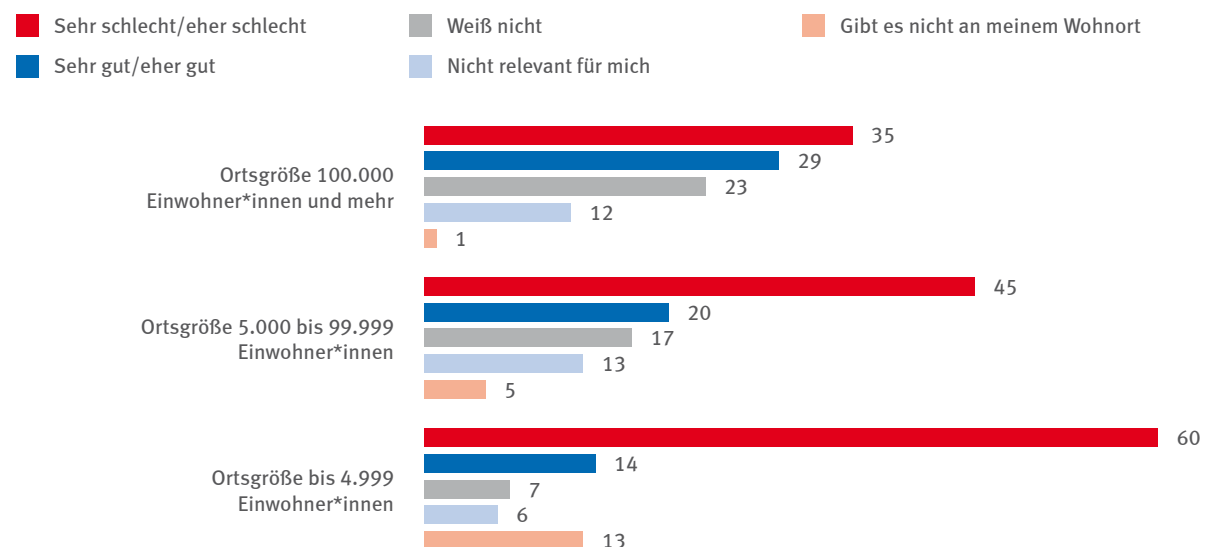
kleineren Städten und ländlichen Gebieten (Abbildung 8). Während 35 Prozent der befragten 10- bis 17-Jährigen in Großstädten über 100.000 Einwohner*innen die Angebote zur Unterstützung bei psychischen bzw. mentalen Problemen als sehr schlecht oder eher schlecht bewerten, sagen dies in kleineren und mittelgroßen Städten ab 5.000 Einwohner*innen bereits 45 Prozent und in kleineren Orten in ländlichen Gebieten bis 4.999 Einwohner*innen sogar 60 Prozent.

Der **Ergebnisindikator „Bewertung von Angeboten zur Unterstützung bei psychischen Problemen“**

Abbildung 8: Bewertung der Angebote zur Unterstützung bei psychischen/mentalenen Problemen, nach Ortsgröße

Frage: „Wie bewertest du die folgenden Angebote an deinem Wohnort für junge Menschen?“

Antwort: „Angebote zur Unterstützung bei psychischen/mentalenen Problemen“



Angaben in Prozent

Kinder- und Jugendumfrage (2024) durchgeführt von Verian im Auftrag des Deutschen Kinderhilfswerkes

⁹ Weiterführende Informationen zur Kinder- und Jugendumfrage (2024) sind in der Beschreibung zur Methodik zu finden. Abrufbar unter: www.dkhw.de/kinderrechte-index.

basiert auf einer ländervergleichenden Auswertung der oben beschriebenen Erhebung (Abbildung 9). In den Stadtstaaten Bremen, Hamburg und Berlin sowie in Baden-Württemberg zeigt sich ein gespaltenes Stimmungsbild derjenigen, die eine Bewertung abgegeben haben. Deutlich negativer ist das Ergebnis für Mecklenburg-Vorpommern. Im Bundesland bewerteten lediglich 14 Prozent der befragten 10- bis 17-Jährigen die Angebote zur Unterstützung bei psychischen bzw. mentalen Problemen als sehr gut bzw. eher gut. 55 Prozent bewerteten diese dort als sehr schlecht bzw. eher schlecht. In Sachsen-Anhalt sind es sogar 56 Prozent.

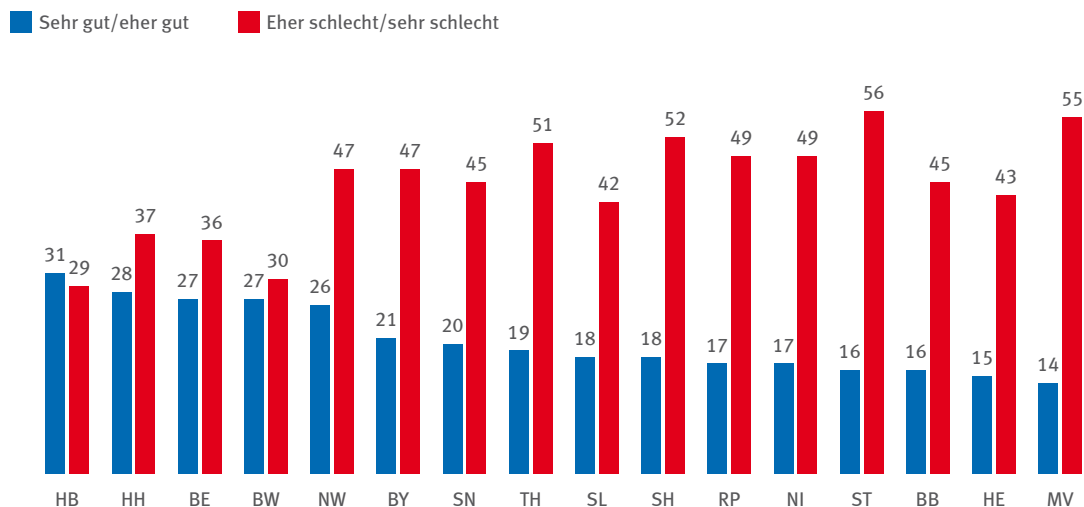
*„Die Umfrageergebnisse zur Unterstützung bei psychischen Problemen zeigen überall deutliche Defizite, denn viele Kinder und Jugendlichen bewerten diese als schlecht. Die Politik sollte daher für bessere Beratungsangebote und mehr Psychotherapeut*innen sorgen.“*

Bewertung des Kinder- und Jugendbeirates vom Deutschen Kinderhilfswerk

Abbildung 9: Bewertung von Angeboten zur Unterstützung bei psychischen Problemen

Frage: „Wie bewertest du die folgenden Angebote an deinem Wohnort für junge Menschen?“

Antwort: „Angebote zur Unterstützung bei psychischen Problemen“



Angaben in Prozent; fehlende Werte bis 100 Prozent: Weiß nicht, Gibt es nicht an meinem Wohnort, Nicht relevant für mich

Kinder- und Jugendumfrage (2024) durchgeführt von Verian im Auftrag des Deutschen Kinderhilfswerkes

Säuglingssterblichkeit

Die Vertragsstaaten haben sich nach Artikel 24 Abs. 2 (a) UN-KRK verpflichtet, die Säuglings- und Kindersterblichkeit zu verringern. Dabei ist insbesondere die Senkung der Mortalität von Neugeborenen und Säuglingen in den Blick zu nehmen (UN-Kinderrechtsausschuss 2013a: Rn. 33). Im Folgenden wird daher die Säuglingssterblichkeit betrachtet,

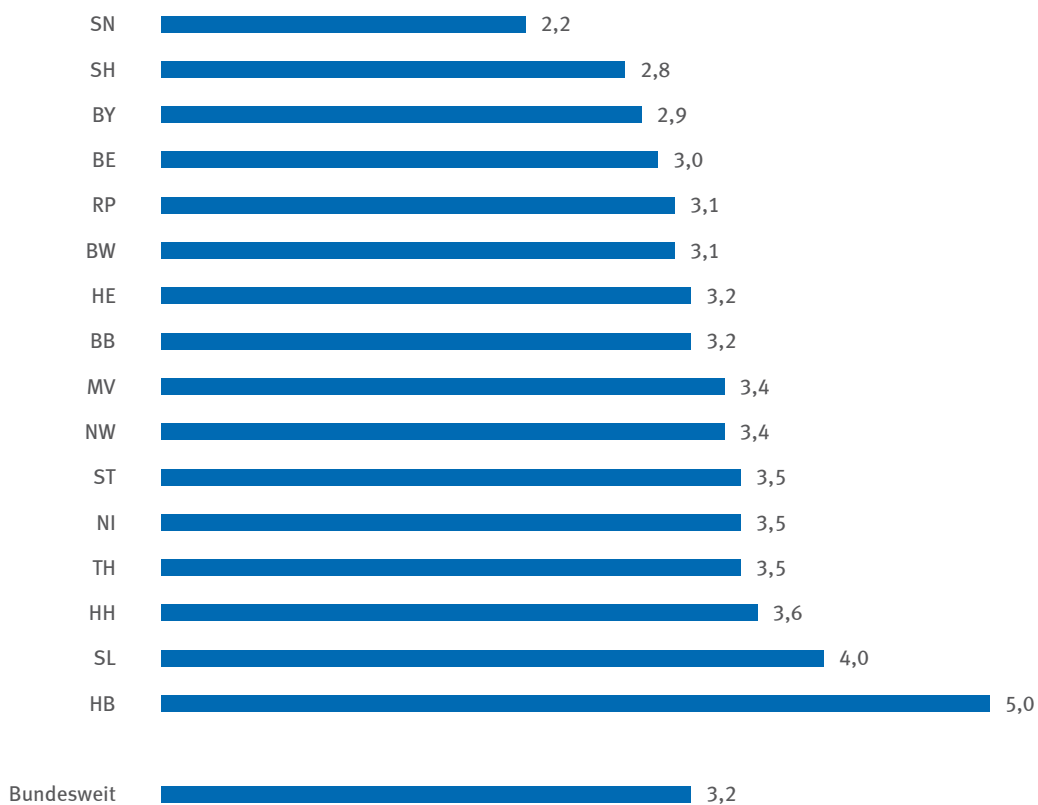
die alle lebendgeborenen Kinder umfasst, die im ersten Lebensjahr sterben (zur Nieden 2020: 61). In Deutschland bewegt sich diese insgesamt auf einem im internationalen Vergleich niedrigen Niveau, allerdings zeigt der Vergleich zu den skandinavischen Staaten, dass sich diese weiter reduzieren ließe (ebd.: 71–72). Die meisten Todesfälle

sind auf die sogenannte neonatale Sterblichkeit, also Todesfälle im ersten Monat nach der Geburt, zurückzuführen (ebd.: 69). Daher sind die relevanten Einflussgrößen verschiedene Indikatoren der medizinischen Versorgung, etwa die Verfügbarkeit relevanter Krankenhausbetten oder die Hebammenversorgung (ebd.).

Der **Ergebnisindikator „Säuglingssterblichkeit“** basiert auf der amtlichen Statistik (Abbildung 10). Zum Vergleich der Unterschiede zwischen den Bundesländern wurden aufgrund der kleinen

Fallzahlen Mittelwerte für die Jahre 2022 bis 2024 gebildet, um Zufallseinflüsse zu minimieren (ebd.). Bundesweit starben im Mittel der Jahre 2022 bis 2024 im ersten Lebensjahr 3,2 Säuglinge je 1.000 Lebendgeborene. Sachsen weist mit 2,2 gestorbenen Säuglingen die niedrigste Säuglingssterblichkeit aller Bundesländer auf. Auch in Schleswig-Holstein ist die Rate mit 2,8 vergleichsweise gering. Bremen mit 5,0 und das Saarland mit 4,0 haben je 1.000 Lebendgeborenen im ersten Lebensjahr mit Abstand die höchste Sterblichkeit.

Abbildung 10: Im ersten Lebensjahr gestorbene Säuglinge je 1.000 Lebendgeborene (Mittelwerte 2022 bis 2024)



Quelle: Destatis (2025): Statistische Berichte – Sterbefälle 2022, 2023, 2024; eigene Berechnung der Mittelwerte

III. Prävention und Gesundheitsförderung

Für die Umsetzung der in Artikel 24 Abs. 2 UN-KRK beschriebenen Ziele und aktuelleren Prioritäten bei der Kinder- und Jugendgesundheit sind Maßnahmen der Prävention sowie der Gesundheitsförderung erforderlich. (Krankheits-)Prävention zielt darauf ab, durch Interventionen Krankheiten im Vorhinein zu verhindern und Risikofaktoren zu minimieren. Neben der Verhaltensprävention, die auf Änderungen beim individuellen Verhalten – beispielsweise bei Eltern oder Kindern – abzielt, werden bei der Verhältnisprävention strukturelle Maßnahmen ergriffen, um die Gefahr von Krankheiten zu minimieren. Gesundheitsförderung wiederum ist eine Strategie, die auf die Stärkung

individueller gesundheitlicher Ressourcen – beispielsweise durch die Verbesserung der Lebensbedingungen – ausgerichtet ist. Die Indikatoren in diesem Themencluster vergleichen Maßnahmen, die auf Verhältnisprävention und Gesundheitsförderung abzielen. Denn strukturelle Einflüsse wie das soziale und räumliche Umfeld haben neben der Familie einen wesentlichen Einfluss auf das gesundheitsrelevante Verhalten von Kindern (vgl. ausführlich Stegemann/Ohlmeier 2019: 50 ff.). Das Themencluster „Prävention und Gesundheitsförderung“ wurde in die zwei Säulen „Psychische Gesundheit in der Schule“ sowie „Kindgerechte Mobilität und Bewegung“ gegliedert.



Mangel an ländervergleichenden Indikatoren für die frühe Kindheit

Präventionsmaßnahmen in der frühen Kindheit sind besonders effektiv, da in vielerlei Hinsicht die Weichen für das weitere Leben von Kindern gestellt werden (UN-Kinderrechtsausschuss 2005: Rn. 6). Allerdings stehen für ein ländervergleichendes Monitoring in diesem Bereich keine geeigneten Indikatoren zur Verfügung. Dabei wäre insbesondere der Stand des Aus- und Aufbaus der Netzwerke Frühe Hilfen in den Blick zu nehmen, welcher durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) wissenschaftlich begleitet wird (vgl. ausführlich Stegemann/Ohlmeier 2019: 51). Eine Aufschlüsselung vorhandener Daten, wie sie beispielsweise aus Kommunal- und Elternbefragungen vorliegen, nach Ländern

ist politisch nicht gewollt. Dementsprechend konnten angefragte Daten, etwa zur Anzahl von Lots*innendiensten in Geburtskliniken, von Familienhebammen, Kinderkrankenpfleger*innen sowie Familienpat*innen oder zur Verbreitung von Babysprechstunden und Eltern-AGs, nicht nach Bundesländern aufgeschlüsselt zur Verfügung gestellt werden. Damit bleibt die Chance verwehrt, auf den Zusammenhang zwischen der Umsetzung von Kinderrechten und landespolitischen Bemühungen für die Frühen Hilfen aufmerksam zu machen. Zudem können Fort- und Rückschritte in den Ländern nicht identifiziert werden.

1. Psychische Gesundheit in der Schule

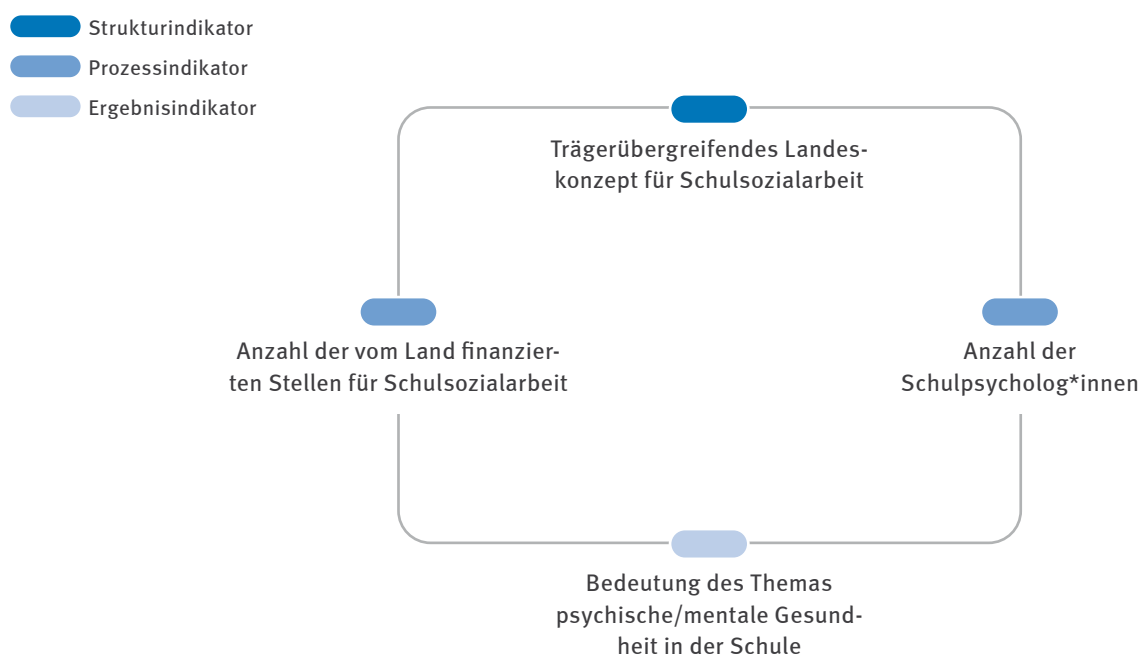
Ausgeprägte psychische und psychosoziale Probleme sind eine der Hauptursachen für Gesundheitsstörungen, Krankheiten und Sterblichkeit im Kindes- und Jugendalter, denn sie können bei Kindern und Jugendlichen zu Depressionen, Essstörungen, Selbstverletzungen bis hin zu Selbstmord führen (UN-Kinderrechtsausschuss 2016: Rn. 58).

Einleitend wurde die nachhaltige Zunahme von psychischen Belastungen im Kindes- und Jugendalter bereits beschrieben. In der Konsequenz sind Politik, Gesellschaft und Bildungsinstitutionen dringender denn je gefordert, die Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu priorisieren. Dabei sind die Bedarfe je nach

Alters- oder Gendergruppe unterschiedlich (Kaman et al. 2025: 2). Zudem sind Kinder und Jugendliche mit Eltern mit formell niedriger Bildung, die mental gestresst sind, einen Migrationshintergrund haben oder in engen Wohnverhältnissen leben, stärker von einer reduzierten gesundheitsbezogenen Lebensqualität, psychischen Gesundheitsproblemen, Angst und depressiven Symptomen bedroht (ebd.).

In diesem Themenfeld werden ein trägerübergreifendes Landeskonzept für Schulsozialarbeiter*innen sowie die Anzahl von Schulpsycholog*innen und Schulsozialarbeiter*innen pro Schüler*in als Prozessindikatoren ausgewertet. Zudem wird basierend auf der Kinder- und Jugendumfrage (2024) zum Kinderrechte-Index die Bedeutung des Themas psychische/mentale Gesundheit in der Schule miteinbezogen (Abbildung 11).

Abbildung 11: Indikatoren – Psychische Gesundheit in der Schule



Trägerübergreifendes Landeskonzept für Schulsozialarbeit

Der UN-Kinderrechtsausschuss (2016: Rn. 58) hebt hervor, wie wichtig stabile Beziehungen zu Erwachsenen sowie deren Unterstützung für die Resilienz, gesunde Entwicklung und den Schutz von Kindern und Jugendlichen vor psychischen Erkrankungen sind. Angesichts der zunehmenden psychischen Belastungen sollte ein kinderrechtbasierter Ansatz den Fokus auf psychosoziale Unterstützung statt auf übermäßige Medikalisierung setzen (ebd.). Dafür sind umfassende, intersektional ausgerichtete und integrierte Unterstützungssysteme sowie die Hilfe durch geschultes Personal erforderlich (ebd.). In der Schule können Kinder und Jugendliche besonders niedrigschwellig mit psychosozialen Unterstützungsangeboten erreicht werden. Der Ausbau und die Verstärkung

von Schulsozialarbeit kann dazu einen bedeutsamen Beitrag leisten. Allerdings nur als Teil multidisziplinärer Teams, denn alle in der Schule tätigen Berufsgruppen sollten sensibilisiert sein und an dieser Aufgabe mitwirken. In einer Schulleitungsbefragung der Robert Bosch Stiftung (2024: 66) geben mehr als zwei Drittel der befragten Schulleitungen an, dass es Angebote der Schulsozialarbeit gibt – deutlich mehr als Schulpsycholog*innen (35 Prozent). Jedoch sieht die Hälfte der Befragten den bestehenden Bedarf als nicht ausreichend gedeckt an (ebd.).

Bei der Schaffung von Stellen der Schulsozialarbeit ist trägerübergreifendes Handeln gefragt, da die Finanzierung und Zuständigkeit für die

Schulsozialarbeit meist verschiedene Rechtskreise betreffen. Seit 2021 ist das Angebot der Schulsozialarbeit explizit in § 13a SGB VIII normiert. Zudem kann Schulsozialarbeit präventiv ausgerichtete schulbezogene Jugendarbeit (§ 11 Abs. 3 Nr. 3 SGB VIII) und unterstützende Maßnahmen für Jugendliche in Problemlagen der schulischen Jugendsozialarbeit (§ 13 SGB VIII) umfassen. Demnach ist Jugend- und Schulsozialarbeit eine bundesgesetzlich festgeschriebene Pflichtaufgabe der kommunalen Ebene im Rahmen der Jugendhilfe. Gleichwohl dürfen die Träger der kommunalen Kinder- und Jugendhilfe mit der Aufgabe der Schulsozialarbeit angesichts der ungedeckten Bedarfe nicht allein gelassen werden. Nach § 13a SGB VIII werden der Inhalt und Umfang der Aufgaben der Schulsozialarbeit durch Landesrecht geregelt. Die Bundesländer können dies nutzen, um Schulsozialarbeit als verbindlichen Bestandteil ihrer Schulsysteme zu verankern und verlässliche Regelungen zu Aufgaben, Qualitätsstandards und Rollen zu schaffen. Zudem sollten sie den Ausbau von Stellen durch Landesprogramme gezielt fördern – entweder durch eigene Trägerschaft oder durch Unterstützung der Kinder- und Jugendhilfe. Auch der Bund beteiligt sich inzwischen an der Förderung, beispielsweise durch Programme wie „Startchancen“ und „Mental Health Coaches“, mit denen unter anderem anteilig Stellen sozialpädagogischer Fachkräfte an Schulen finanziert werden können.

Der **Strukturindikator „trägerübergreifendes Landeskonzept für Schulsozialarbeit“** basiert auf einem Vergleich der trägerübergreifenden Landeskonzepte für Schulsozialarbeit. Dabei wurde untersucht, inwiefern Aufgaben von Schulsozialarbeit über bundesrechtliche Vorgaben hinaus

rechtlich und konzeptionell im jeweiligen Bundesland definiert sind.¹⁰ Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Sachsen und Thüringen haben Schulsozialarbeit als Bestandteil von Schulen verbindlich geregelt und durch ein trägerübergreifendes Konzept ergänzt. In Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, dem Saarland und Sachsen-Anhalt gibt es entweder eine verbindliche Regelung ohne trägerübergreifendes Konzept oder umgekehrt ein trägerübergreifendes Konzept ohne verbindliche Regelung. In Baden-Württemberg und Brandenburg hingegen gibt es weder eine gesetzliche oder per Erlass geregelte Verankerung der Schulsozialarbeit noch ein trägerübergreifendes Konzept (Tabelle 4).

Tabelle 4: Konzepte für den Einsatz von Schulpsycholog*innen und Schulsozialarbeiter*innen

Schulsozialarbeit ist als fester Bestandteil im Schulgesetz bzw. durch einen verbindlichen Erlass geregelt, und es existiert ein trägerübergreifendes Landeskonzept für den Einsatz von Schulsozialarbeiter*innen.	BE, BY, HB, HH, NI, SH, SN, TH
Entweder gibt es ein trägerübergreifendes Landeskonzept ohne eine verbindliche Regelung der Schulsozialarbeit oder eine verbindliche Regelung ohne ein solches Konzept.	HE, MV, NW, RP, SL, ST
Weder eine gesetzliche oder per Erlass geregelte Verankerung der Schulsozialarbeit noch ein trägerübergreifendes Landeskonzept existieren.	BB, BW

Anzahl der vom Land finanzierten Stellen für Schulsozialarbeit

Die Berufsbezeichnung von Schulsozialarbeiter*innen variiert je nach Finanz- und/oder Förderprogramm, teilweise sogar innerhalb einzelner Bundesländer. In der fachlichen Diskussion wird jedoch einheitlich der Begriff „Schulsozialarbeiter*in“ verwendet (Zankl 2017: 12–13). Eine regelmäßige, bundesweit umfassende Statistik zur Verbreitung

und quantitativen Entwicklung der Schulsozialarbeit über alle Schultypen und Trägerformen hinweg existiert nicht (ebd.: 48). Dies hängt mit der komplexen Mischung unterschiedlicher Finanzierungs- und Förderquellen zusammen – darunter kommunale, Landes-, Bundes- und EU-Mittel sowie seltener private Geldgeber (ebd.: 22).

10 Die ausführliche Datengrundlage des Indikators ist verfügbar unter: www.dkhw.de/kinderrechte-index/landskonzept-schulsozialarbeit.

„Angebote, wie beispielsweise der Schulsozialarbeit, müssen im Schulalltag integriert werden. Die Fachkräfte müssen qualifiziert sein. Es braucht Erwachsene, die unsere Probleme ernst nehmen und auf Augenhöhe mit uns kommunizieren. Eine Stelle pro Schule reicht da nicht aus.“

Bewertung des Kinder- und Jugendbeirates vom Deutschen Kinderhilfswerk

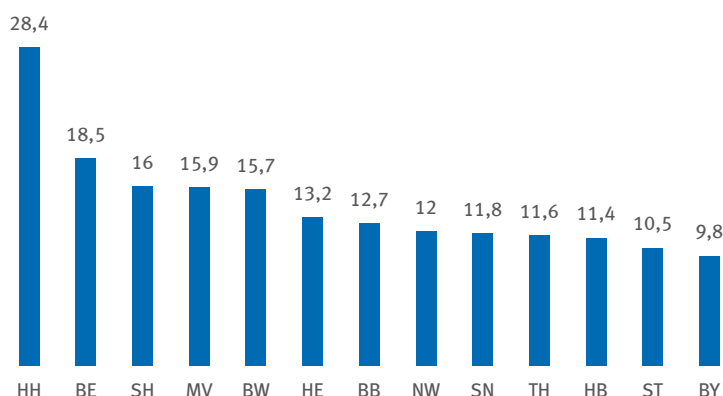
Der **Prozessindikator „Anzahl der vom Land finanzierten Stellen für Schulsozialarbeit“** basiert auf einer Befragung der zuständigen Landesministerien. Zur Bewertung der Bemühungen der Bundesländer wurden diese befragt, wie viele Stellen (in Vollzeitäquivalenten berechnet) sie aus Landesmitteln im Rahmen verschiedener Förderprogramme für Schulsozialarbeit an allgemeinbildenden sowie berufsbildenden Schulen und im Berufsvorbereitungsjahr bereitstellen. Für Niedersachsen und Rheinland-Pfalz war keine Auswertung möglich, da in beiden Bundesländern umfangreiche Förderprogramme bestehen, die von den Jugendämtern flexibel, unter anderem für Schulsozialarbeit, genutzt

werden können. Eine detaillierte Aufschlüsselung der finanzierten Stellen war jedoch nicht möglich, da diese nicht gesondert erfasst werden. Das Bildungsministerium des Saarlandes hat nicht auf die Fragen zum Kinderrechte-Index geantwortet.

Die Ergebnisse zeigen deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern (Abbildung 12). Dabei ist jedoch zu betonen, dass der Indikator nicht die tatsächliche Gesamtzahl der Schulsozialarbeiter*innen abbildet. So können in Bundesländern, in denen relativ wenige Stellen für Schulsozialarbeit landesseitig finanziert werden, die kommunalen Anteile oder auch die Finanzierung aus Bundesmitteln entsprechend höher ausfallen. Hamburg lag 2024 mit 28,4 von der Landesebene finanzierten Stellen für Schulsozialarbeit pro 10.000 Schüler*innen an allgemeinbildenden und beruflichen Schulen deutlich vor allen anderen Bundesländern. Dahinter liegt Berlin mit 18,5 landesseitig finanzierten Stellen auf 10.000 Schüler*innen. Vergleichsweise wenige Stellen werden in Sachsen-Anhalt (10,5) und Bayern (9,8) finanziert. Bayern hat dafür jedoch die meisten Schulpsycholog*innen pro 10.000 Schüler*innen (siehe nächster Indikator).

Abbildung 12: Anzahl der vom Land finanzierten Stellen für Schulsozialarbeit (in Vollzeitäquivalenten)

Pro 10.000 Schüler*innen an allgemeinbildenden und beruflichen Schulen (2024)



Stellen in Vollzeitäquivalenten; für NI, RP und SL war keine Auswertung möglich

Quellen: Abfrage der zuständigen Landesministerien im Herbst 2024; KMK (2025): Statistik über Schüler*innen an allgemeinbildenden und beruflichen Schulen (2023); eigene Berechnung der Quoten

Anzahl der Schulpsycholog*innen

Psychische und psychosoziale Probleme bei Kindern und Jugendlichen basieren häufig auf einem komplexen Zusammenspiel von genetischen, biologischen, persönlichen und umweltbedingten Ursachen, die sich durch Konflikte, Diskriminierung, Mobbing, soziale Ausgrenzung und (Leistungs-) Druck verstärken können (UN-Kinderrechtsausschuss 2016: Rn. 58). Schulen sollten die Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen als Teil ihres Auftrags wahrnehmen (Bundesjugendkuratorium 2023: 4). Daher brau-

„Hilfen bei psychischen Problemen müssen ausgebaut und stärker gefördert werden. Es braucht aber auch präventive Angebote, denn häufig kommt die Hilfe zu spät.“

Bewertung des Kinder- und Jugendbeirates vom Deutschen Kinderhilfswerk

chen sie multiprofessionelle Unterstützung, wie durch Schulsozialarbeit (siehe vorheriger Indikator) und Schulpsycholog*innen (ebd.: 8–9). Letztere sind für die frühzeitige Identifizierung gesundheitlicher Risiken und Belastungssituationen bedeutsam (Interministerielle Arbeitsgruppe 2023: 35–36). Dabei besteht Bedarf für einen weiteren Ausbau des Angebots. In einer Umfrage von Lehrkräften im Jahr 2025 gaben 38 Prozent an, dass

die Unterstützung durch Schulpsychologie an ihrer Schule „überhaupt nicht“ ausreichend sei (Jude et al. 2025: 12).

Der **Prozessindikator „Anzahl der Schulpsycholog*innen“** basiert auf den Erhebungen des Berufsverbands deutscher Psychologinnen und Psychologen – Sektion Schulpsychologie, der diese Zahlen jährlich bei den Kultusministerien abfragt. Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass es Unterschiede in der Beschreibung und notwendigen Qualifikation der Tätigkeitsfelder der Schulpsychologie gibt. So zählen in einigen Bundesländern, wie in Bayern, Lehrkräfte mit schulpsychologischer Ausbildung als Schulpsycholog*innen, während in vielen Bundesländern ein Master in Psychologie Voraussetzung für die Tätigkeit als Schulpsycholog*in ist. Im bundesweiten Durchschnitt kamen im Jahr 2024 lediglich 1,9 Schulpsycholog*innen auf 10.000 Schüler*innen (Abbildung 13). Im Vergleich der Bundesländer gibt es deutliche Unterschiede. Bayern weist mit 3,2 Schulpsycholog*innen pro 10.000 Schüler*innen die beste Versorgung auf (Beispiel guter Praxis), gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern (3,1) und Berlin (2,9). Deutlich weniger Schulpsycholog*innen gibt es in Niedersachsen und Sachsen-Anhalt, wo jeweils lediglich ein*e Schulpsycholog*in auf 10.000 Schüler*innen kommt. In einer Befragung der zuständigen Landesministerien im Rahmen der Entwicklung des Kinderrechte-Index wurden diese um Stellungnahme



Beispiele guter Praxis

Ausbildung von Schulpsycholog*innen in Bayern

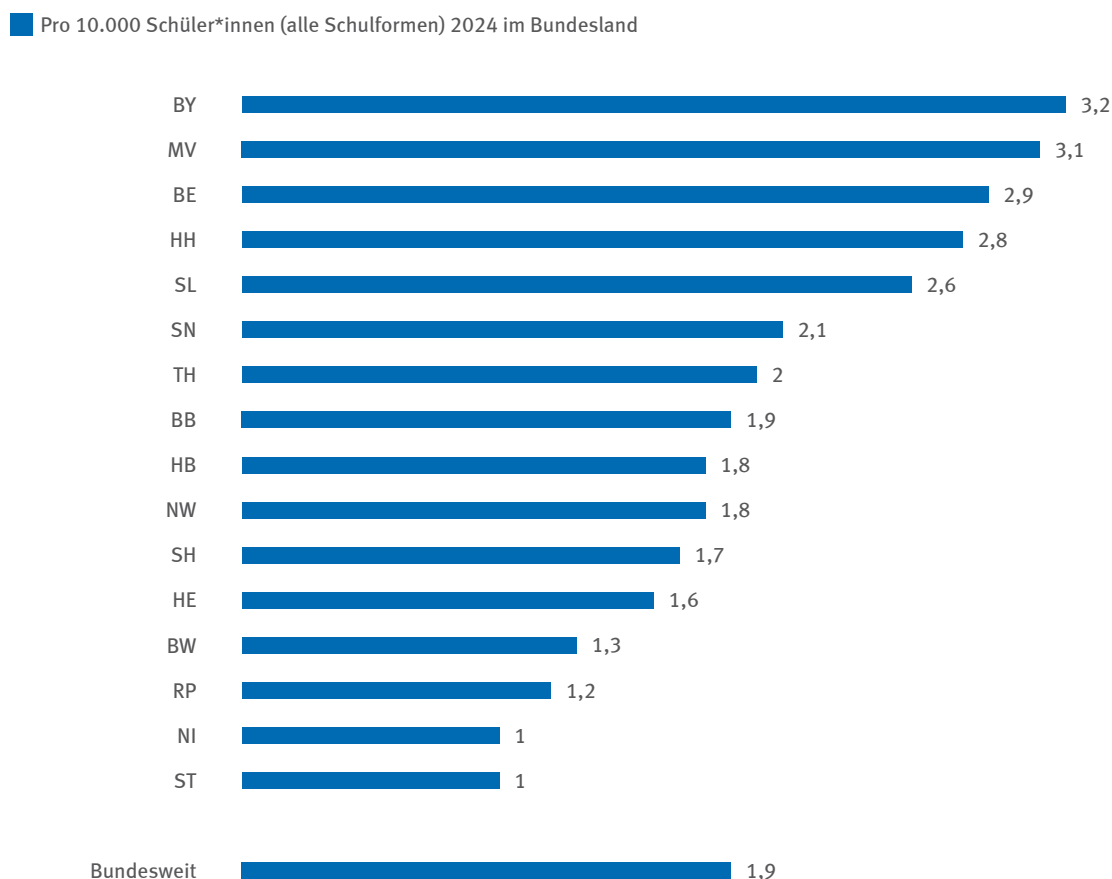
In Bayern gibt es vergleichsweise viele Schulpsycholog*innen. Das hängt damit zusammen, dass diese dort auch als Lehrkräfte im Unterricht tätig sind. Ihre schulpsychologischen Aufgaben werden dabei auf ihre reguläre Unterrichtsverpflichtung angerechnet. Ein erheblicher Ausbau der Schulpsychologie wurde durch die Bereitstellung von 300 Stellenäquivalenten in Form von Anrechnungsstunden

im Rahmen des Programms „Schule öffnet sich“ in den Schuljahren 2018/2019 bis 2022/2023 erreicht. Die Ausbildung erfolgt im Studiengang „Schulpsychologie Lehramt“ für unterschiedliche Schulformen, der in Kombination mit einem weiteren Fach studiert werden kann und mit dem Staatsexamen Lehramt abgeschlossen wird.

gebeten. Dabei betonte Niedersachsen seine Bemühungen, die ganzheitlichen Präventionsressourcen zusätzlich zur Schulpsychologie durch Schulsozialarbeit, Beratungslehrkräfte und Personen mit abgeschlossener Qualifizierungsmaßnahme in Mentaler

Erster Hilfe zu stärken. Auch Rheinland-Pfalz verwies auf die weiteren vielfältigen Unterstützungsangebote im Bereich mentaler Gesundheit, die beispielsweise auch 14 schulpsychologische Beratungszentren umfassen.

Abbildung 13: Anzahl der Schulpsycholog*innen (alle Schulformen)



Quelle: Klaus Seilfried (2024), Berufsverband deutscher Psychologinnen und Psychologen – Sektion Schulpsychologie auf Grundlage einer Befragung der Kultusministerien der Länder, Statistisches Bundesamt; eigene Berechnung der Anteile pro 10.000 Schüler*innen

Bedeutung des Themas psychische/mentale Gesundheit in der Schule

Der UN-Kinderrechtsausschuss (2013a: Rn. 58) betont, dass Kindern gesundheitsbezogene Informationen zugänglich gemacht und vermittelt werden müssen. Dazu gehören unter anderem gesunde Ernährung, die Förderung körperlicher Aktivitäten, Sport und Erholung, die Vorbeugung von Unfällen und Verletzungen, sowie Aspekte der Körperhygiene wie beispielsweise Händewaschen. Auch die Gefahren des Konsums von Alkohol, Tabak und

psychoaktiven Substanzen sollten thematisiert werden (UN-Kinderrechtsausschuss 2013a: Rn. 59). Zudem sollte die Vermittlung von Gesundheitskompetenzen ein wichtiger Bestandteil der schulischen Lehrpläne sein (ebd.).

Nach einem gemeinsamen Beschluss der KMK (2012) sind Prävention und Gesundheitsförderung unverzichtbare und integrale Bestandteile

von Schulentwicklung. Schulen werden als zentrale Orte angesehen, um Gesundheitskompetenzen zu vermitteln und eine gesundheitsfördernde Lebensweise zu unterstützen (KMK 2012: 2).

„Die geringe Bedeutung des Themas psychische Gesundheit in allen Bundesländern in der Schule ist schockierend.“

Bewertung des Kinder- und Jugendbeirates vom Deutschen Kinderhilfswerk

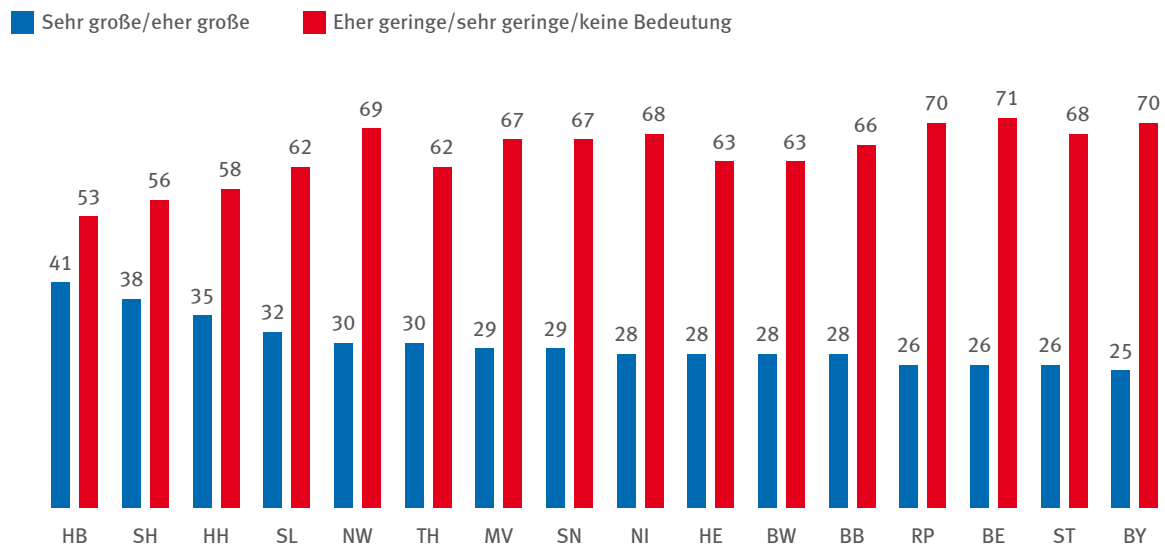
Schulen kommt insofern eine Schlüsselrolle zu, da sie eine zentrale Rolle im Alltag junger Menschen spielen und somit den sozialräumlichen Zugang zur Förderung psychischer Gesundheit ermöglichen können (Bundesjugendkuratorium 2023: 4; Baumann et al. 2024: 60). In diesem Themenfeld gibt es ein komplexes Zusammenwirken von Bund, Ländern, Kommunen, Krankenkassen und Schulen.

Auf allen Ebenen werden verschiedene schulindividuelle und schulübergreifende Hilfeleistungen bereitgestellt. So sind alle Bundesländer beispielsweise nach § 20f SGB V verpflichtet, mit den Sozialversicherungen Landesrahmenvereinbarungen über Prävention und Gesundheitsförderung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie abzuschließen. Im Ergebnis gibt es in den Ländern jeweils eine Vielzahl von Programmen, Projekten und Maßnahmen, die sich mit den genannten und weiteren Themen befassen. Im Rahmen der Entwicklung dieser Studie wurden die zuständigen Landesministerien gefragt, welche dauerhaft und flächendeckend angelegten Maßnahmen, wie Landesprogramme oder -strategien, sie zur Förderung der Gesundheitskompetenzen an Schulen haben, und wie sie die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Schulumfeld fördern.¹¹ Allerdings war eine Bewertung und ein Vergleich aller Maßnahmen aufgrund der großen Heterogenität im Rahmen des Kinderrechte-Index nicht möglich. Grundsätzlich kann jedoch festgestellt werden,

Abbildung 14: Bedeutung des Themas psychische Gesundheit in der Schule

Frage: „Welche Bedeutung hatten die folgenden Themen bisher bei dir in der Schule?“

Bereich: „Psychische/mentale Gesundheit“



Angaben in Prozent; fehlende Werte bis 100 Prozent: Weiß nicht

Kinder- und Jugendumfrage (2024) von Verian im Auftrag des Deutschen Kinderhilfswerkes

11 Die Zusammenstellung ist abrufbar unter: <https://www.dkhw.de/kinderrechte-index/gesundheitskompetenzen>.

dass alle Länder Ziele der Gesundheitsförderung und Prävention in den Curricula verankert sowie verschiedene Landesprogramme und Strukturen etabliert haben, die Schulen bei der Umsetzung dieser Aufgaben unterstützen.

Der **Ergebnisindikator „Bedeutung des Themas psychische/mentale Gesundheit in der Schule“** basiert auf der Kinder- und Jugendumfrage (2024) zum Kinderrechte-Index.¹² Die psychische/mentale Gesundheit ist ein drängendes Thema für Kinder und Jugendliche, so beschreibt sich ein Fünftel der Schüler*innen selbst als psychisch belastet (Baumann et al. 2024: 10). Bei der Befragung von 10- bis 17-Jährigen wurde untersucht, inwiefern sie dieses Thema als ausreichend behandelt sehen. In den Ergebnissen für alle Bundesländer

gab eine Mehrheit von Kindern und Jugendlichen an, dass das Thema der psychischen bzw. mentalen Gesundheit bei ihnen in der Schule bisher eine eher geringe, eine sehr geringe oder keine Bedeutung gespielt hat (Abbildung 14). Die größte Bedeutung spielt das Thema in Bremen und Schleswig-Holstein, hier sagen 41 bzw. 38 Prozent, dass diese sehr groß bzw. eher groß sei. In den meisten Bundesländern geben jedoch rund zwei Drittel der Befragten an, dass die Bedeutung eher gering, sehr gering bzw. nicht vorhanden sei. Besonders deutlich ist dies in Bayern: Hier gaben lediglich 25 Prozent der Befragten an, dass das Thema eine sehr große bzw. eher große Bedeutung habe, wohingegen 70 Prozent angaben, dass diese eher gering, sehr gering bzw. ohne Bedeutung sei.

2. Kindgerechte Mobilität und Bewegung

Das Recht auf Gesundheit verpflichtet die Vertragsstaaten ausdrücklich, auf allen staatlichen Ebenen Maßnahmen zur Prävention von Krankheiten und Verletzungen zu ergreifen. Dazu gehören auch Investitionen in sichere öffentliche Räume, Maßnahmen zur Verkehrssicherheit sowie gezielte Aufklärung über Verletzungs-, Unfall- und Gewaltprävention (UN-Kinderrechtsausschuss 2013a: Rn. 26). In dieser Säule „Kindgerechte Mobilität und Bewegung“ wird auf Grundlage der Kinder- und

Jugendumfrage (2024) zum Kinderrechte-Index einbezogen, inwiefern sich Kinder und Jugendliche auf ihrem Schulweg sicher fühlen (Abbildung 15). Zudem wird die Anzahl von Kinderunfällen im Straßenverkehr im Vergleich der Bundesländer betrachtet, um regionale Unterschiede und Verbesserungspotenziale sichtbar zu machen. Zuletzt wird ebenfalls auf Grundlage der Umfrage die Bewertung von Sport- und Bewegungsangeboten am Wohnort als Indikator einbezogen.

Abbildung 15: Indikatoren – Kindgerechte Mobilität und Bewegung



12 Weiterführende Informationen zur Kinder- und Jugendumfrage (2024) sind in der Beschreibung zur Methodik zu finden. Abrufbar unter: www.dkhw.de/kinderrechte-index.

Sicherheit von Schulwegen

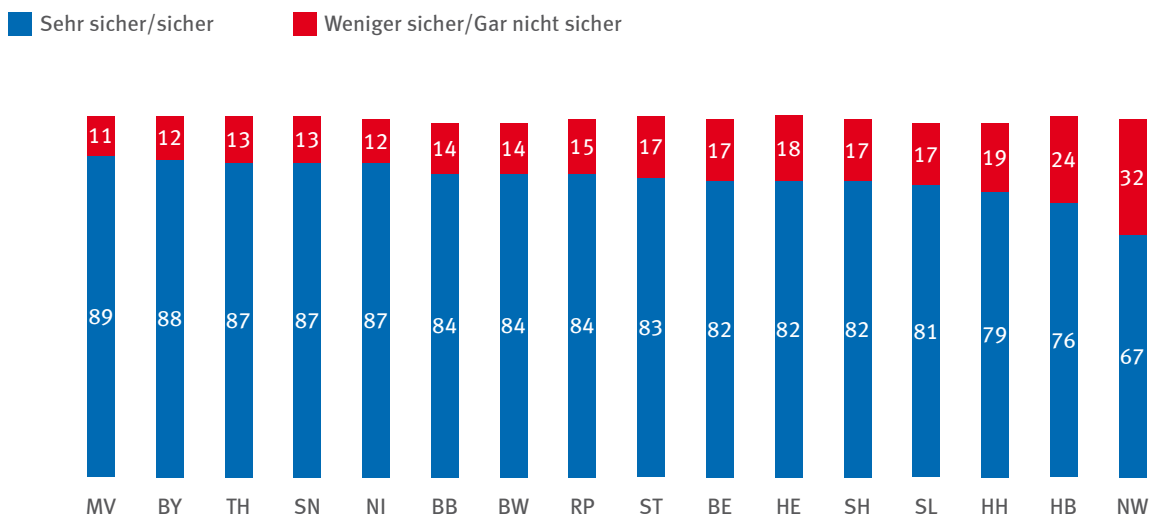
Der UN-Kinderrechtsausschuss (2013b: Rn. 58 (f)) hebt die Bedeutung des Vorrangs des Kindeswohls nach Artikel 3 Abs. 1 UN-KRK für die kommunale Planung hervor. Eine kinderfreundliche Planung städtischer und ländlicher Umgebungen umfasst unter anderem Maßnahmen im Straßenverkehr, wie Geschwindigkeitsbegrenzungen, Belastungsgrenzwerte für Schadstoffe, Querungshilfen an Schulen, Ampeln und verkehrsberuhigte Zonen (ebd.). Durch eine Verpflichtung und Unterstützungsmaßnahmen zur Entwicklung von sogenannten Schulwegplänen können die Bundesländer einen Beitrag leisten, dass Kinder auf dem Weg zur Schule im Straßenverkehr sicherer sind (Beispiel guter Praxis). Ein sicherer Schulweg ist für viele Eltern die Grundvoraussetzung dafür, dass sie ihre Kinder eigenständig zu Fuß oder mit dem Fahrrad zur Schule gehen oder fahren lassen. Diese aktive Fortbewegung fördert nicht nur die Gesundheit und Bewegung der Kinder, sondern stärkt auch ihre Selbstständigkeit. Zudem ermöglicht der

Schulweg ihnen, ihre Umgebung bewusster wahrzunehmen und sich besser in ihrem Wohnumfeld zu orientieren.

Der **Ergebnisindikator „Kindereinschätzung Sicherheit Schulwege“** basiert auf der Kinder- und Jugendumfrage zum Kinderrechte-Index (2024).¹³ 10- bis 17-Jährige wurden in Bezug auf den Straßenverkehr gefragt, wie sicher sie sich auf ihrem Weg zur Schule fühlen. Im Vergleich der Bundesländer gibt es größere Unterschiede (Abbildung 16). In Mecklenburg-Vorpommern (89 Prozent), Bayern (88 Prozent) sowie Niedersachsen, Sachsen und Thüringen (jeweils 87 Prozent) gaben eine große Mehrheit der Befragten an, sich auf ihrem Schulweg im Straßenverkehr sehr sicher bzw. sicher zu fühlen. In Nordrhein-Westfalen hingegen kamen nur 67 Prozent der Befragten zu dieser Einschätzung. Dies sind nochmal 5 Prozent weniger als in der Kinder- und Jugendumfrage (2018) für die Pilotstudie Kinderrechte-Index (Stegemann/Ohlmeier 2019: 56). Auch in den Stadtstaaten Bremen

Abbildung 16: Sicherheit im Straßenverkehr auf dem Schulweg

Frage: „Wenn du einmal an den Straßenverkehr denkst: Wie sicher fühlst du dich auf dem Weg zur Schule?“



Angaben in Prozent; fehlende Werte bis 100 Prozent: Weiß nicht

Kinder- und Jugendumfrage (2024) durchgeführt von Verian im Auftrag des Deutschen Kinderhilfswerkes

¹³ Weiterführende Informationen zur Kinder- und Jugendumfrage (2024) sind in der Beschreibung zur Methodik zu finden. Abrufbar unter: www.dkhw.de/kinderrechte-index.



Beispiele guter Praxis

Verpflichtung zur Entwicklung von Schulwegplänen

Berlin ist das einzige Bundesland, in dem nach § 51 Abs. 7 Berliner Mobilitätsgesetz eine gesetzliche Verpflichtung für alle Grundschulen besteht, Schulwegpläne zu erstellen, zu veröffentlichen und regelmäßig zu aktualisieren. Schulwegpläne sind Orientierungshilfen für Kinder und Eltern, die die sichersten Wege zur Schule aufzeigen. Sie enthalten Informationen zu Gefahrenstellen, Fußgängerüberwegen

und empfohlenen Routen, wobei der Fokus auf Sicherheit statt auf der kürzesten Strecke liegt. Zwar dienen solche Pläne nicht direkt der Planung baulicher Maßnahmen, sie können jedoch Impulse zur Verbesserung der Verkehrssituation im Schulumfeld geben und durch ergänzende Maßnahmen wie Mobilitätsmanagement oder Schulstraßen zur Schulwegsicherheit beitragen.

(76 Prozent) und Hamburg (79 Prozent) fühlen sich insgesamt etwas weniger Kinder und Jugendliche sicher auf ihrem Weg zur Schule.

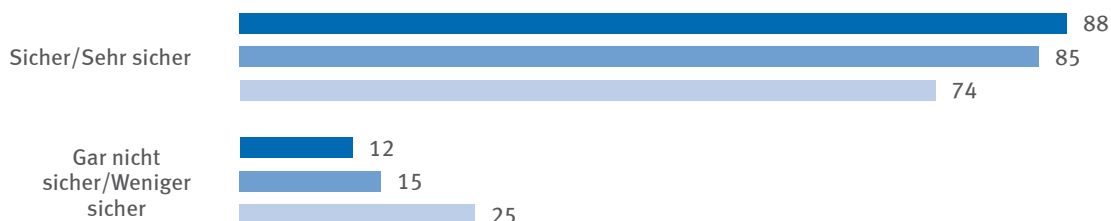
Das Sicherheitsempfinden im Straßenverkehr auf dem Weg zur Schule ist jedoch nicht nur vom Bundesland abhängig. Neben Unterschieden zwischen der Größe des Wohnorts spielt insbesondere das

familiäre Einkommen eine Rolle (Abbildung 17). 25 Prozent der Kinder und Jugendlichen, die in einer Familie mit monatlichem Äquivalenzeinkommen¹⁴ von unter 1.500 Euro leben, fühlen sich auf dem Schulweg eher nicht bzw. gar nicht sicher. In der Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit Äquivalenzeinkommen von über 3.000 Euro sind es mit 12 Prozent weniger als die Hälfte. Hier zeigt sich, dass

Abbildung 17: Sicherheit im Straßenverkehr auf dem Schulweg, nach familiären Haushaltseinkommen

Frage: „Wenn du einmal an den Straßenverkehr denkst: Wie sicher fühlst du dich auf dem Weg zur Schule?“

- Monatl. Einkommen pro Haushaltsmitglied: 3.000 Euro und mehr
- Monatl. Einkommen pro Haushaltsmitglied: 1.500 bis unter 3.000 Euro
- Monatl. Einkommen pro Haushaltsmitglied: unter 1.500 Euro



Angaben in Prozent; fehlende Werte bis 100 Prozent: Weiß nicht

Kinder- und Jugendumfrage (2024) durchgeführt von Verian im Auftrag des Deutschen Kinderhilfswerkes

¹⁴ Das monatliche Äquivalenzeinkommen beschreibt, wie viel Geld einer Person im Haushalt rechnerisch zur Verfügung steht, nachdem das Netto-Gesamteinkommen auf alle Haushaltsmitglieder umgerechnet (äquivalisiert) wurde. Damit können Einkommen verschieden großer Haushalte vergleichbar gemacht werden.

bei der Verkehrsplanung alle Perspektiven von Kindern und Jugendlichen einbezogen werden sollten, und dass der Handlungsbedarf in Wohngebieten,

in denen vermehrt Familien mit niedrigerem Einkommen leben, größer ist.

Kinderunfälle im Straßenverkehr

Das Recht auf Gesundheit verpflichtet die Vertragsstaaten der UN-Kinderrechtskonvention dazu, wirksame Maßnahmen zur Unfallverhütung zu ergreifen, um Kinder vor vermeidbaren Gefahren zu schützen (vgl. Stegemann/Ohlmeier 2019: 54–55). Die Prävention von Verkehrsunfällen bei Kindern ist dabei essenziell, da sie ein erhebliches Gesundheitsrisiko darstellen und die häufigste Todesursache für Kinder ab einem Jahr sind. Der UN-Kinderrechtsausschuss (2003: Rn. 21) empfiehlt unter anderem die Verbesserung der Verkehrssicherheit durch strengere Verordnungen, wie beispielsweise die Helmpflicht, eine bessere Fahrschulbildung für Jugendliche sowie die Förderung sicherer Verkehrsbereiche wie Fußgängerzonen. Die Bundesländer können eine kindgerechte Mobilität durch Unterstützungssysteme zum Aufbau einer nachhaltigen und sicheren Mobilitätsentwicklung in Kommunen fördern (Beispiele guter Praxis).

Der **Ergebnisindikator „Kinderunfälle im Straßenverkehr“** basiert auf der Unfallstatistik des

Statistischen Bundesamtes (Abbildung 18). Ausgewertet wurden die Zahlen der verunglückten Kinder unter 15 Jahren im Straßenverkehr. Der Begriff „verunglückt“ umfasst sowohl verletzte Kinder, unabhängig von der Schwere der Verletzungen, als auch tödlich verunglückte Kinder. Im Jahr 2023 passierten die meisten Unfälle mit Kindern als Mitfahrende in einem Pkw (35 Prozent) oder als Radfahrende (34 Prozent). Als Fußgänger*innen im Straßenverkehr verunglückten 22 Prozent, mit anderen Verkehrsmitteln 9 Prozent. Bundesweit ist die Zahl der verunglückten Kinder im Vergleich zu 2018 um 12 Prozent zurückgegangen: Sie liegt bei 22,8 verunglückten Kindern unter 15 Jahren auf 10.000 Kinder dieser Altersgruppe. Im Jahr 2018 lag sie bei 25,9. Zwischen den Bundesländern zeigen sich deutliche Unterschiede in der Unfallochhäufigkeit. Während Baden-Württemberg und Hessen mit 18,3 bzw. 18,6 verunglückten Kindern vergleichsweise niedrige Werte aufweisen, sind die Zahlen in Brandenburg (27,3), Sachsen-Anhalt (28,0) und Schleswig-Holstein (29,9) besonders hoch.



Beispiele guter Praxis

Förderung einer kind- und jugendgerechten Mobilität

Das **Zukunftsnetz Mobilität NRW** unterstützt Kommunen bei der Gestaltung von Schulwegen, um die Sicherheit und Eigenständigkeit von Kindern zu fördern. Dazu gehören Maßnahmen wie beispielsweise die Einrichtung von Schulstraßen, die temporär für den Fahrzeugverkehr

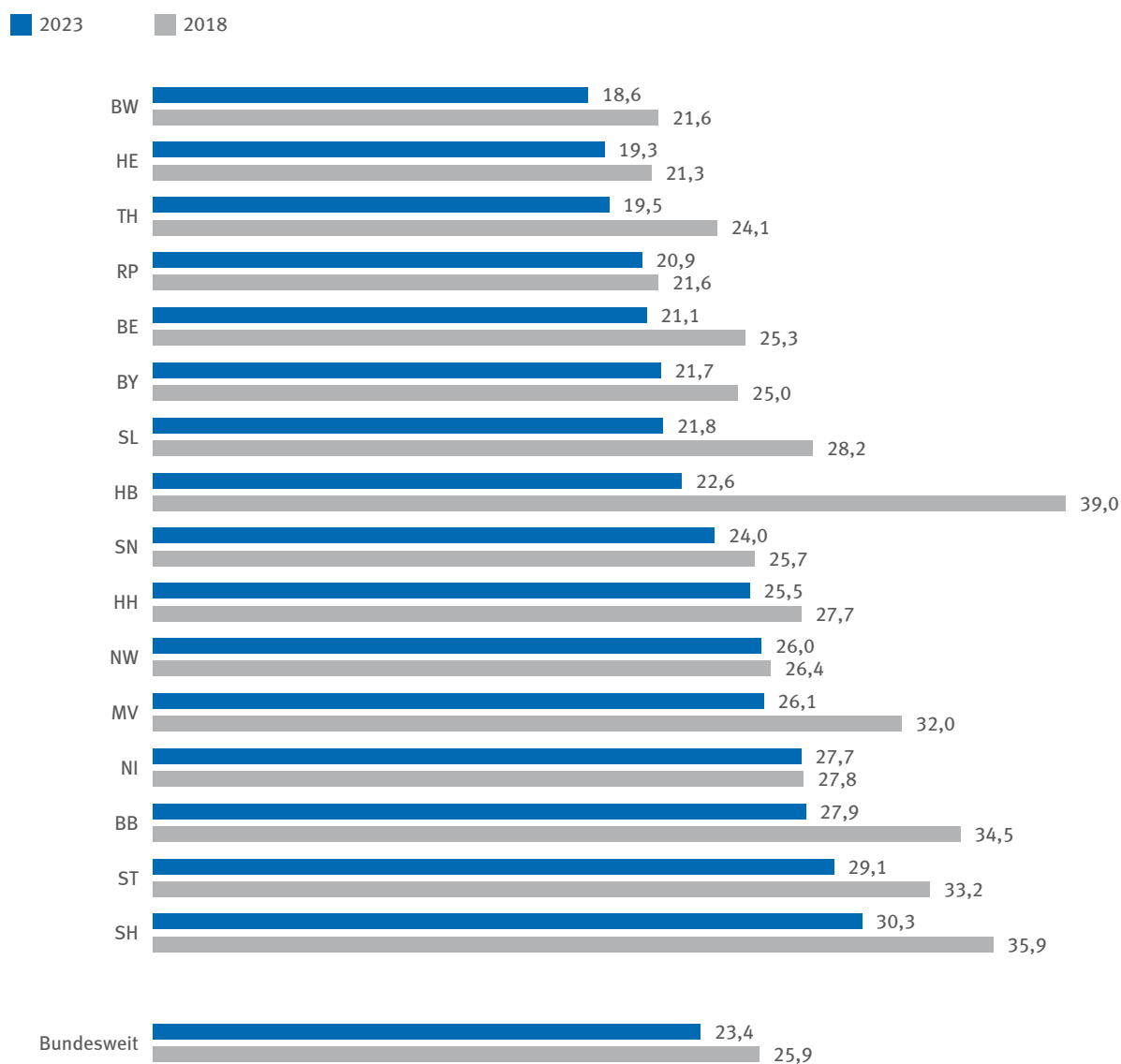
gesperrt werden, um die Verkehrssicherheit zu verbessern. Es agiert als intermediäre Institution zusammen mit den Verkehrsverbänden und fördert eine kind- und jugendgerechte Mobilität auch durch Förderprogramme und Fachtagungen.

Bewertung von Sport- und Bewegungsangeboten

Ein Großteil der 11- bis 17-Jährigen in Deutschland erfüllt die WHO-Empfehlung von täglich 60 bis 90 Minuten Bewegung nicht (Bundesministerium für

Gesundheit 2022: 1). Dabei spielt Bewegung eine entscheidende Rolle für die körperliche, geistige und soziale Entwicklung von Kindern. Um dem

Abbildung 18: Anzahl der im Straßenverkehr verunglückten Kinder unter 15 Jahren je 10.000 Kinder dieser Altersgruppe im Bundesland



Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnung der Anteile auf Grundlage der amtlichen Bevölkerungsstatistik

Bewegungsmangel entgegenzuwirken, stehen den Bundesländern vielfältige Mittel zur Verfügung. So haben sie sich bereits im Jahr 2001 gemeinsam entschieden, „bewegungsfreundliche Schulen“ zu fördern, der Entwicklungsstand der einzelnen Länder ist in einem Bericht der KMK (2023: 6 ff.) dargestellt. Die Bewegungsförderung umfasst dabei nicht nur den Sportunterricht, sondern auch Bewegungspausen, eine bewegungsfreundliche Schulhofgestaltung sowie die Förderung eines aktiven Schulwegs (Stegemann/Ohlmeier 2019: 62). Darüber hinaus wurden die zuständigen Landesministerien im

„Die positiven Bewertungen zu den kostengünstigen Sportangeboten hätten wir nicht erwartet, denn heutzutage sind diese häufig teuer und überfüllt.“

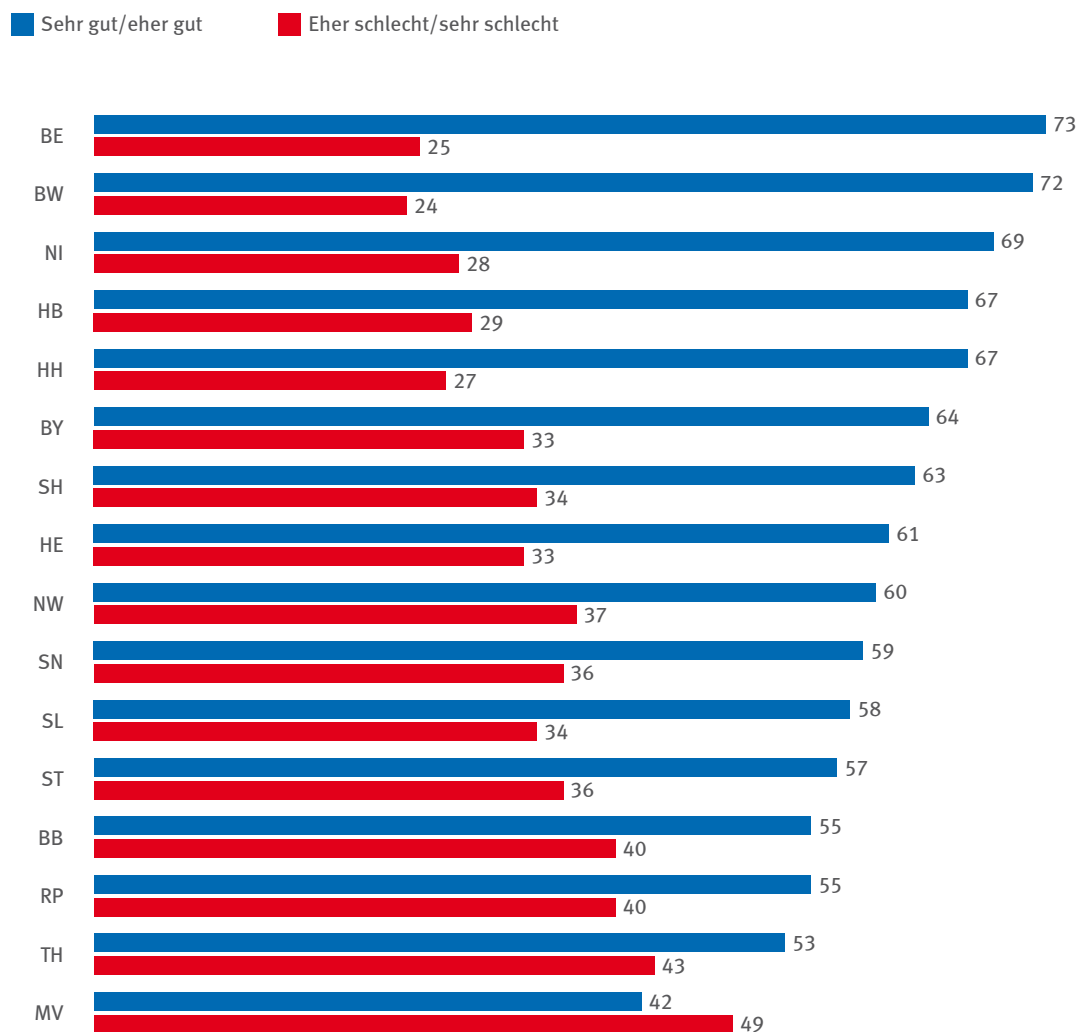
Bewertung des Kinder- und Jugendbeirates vom Deutschen Kinderhilfswerk

Rahmen der Entwicklung des Kinderrechte-Index befragt, ob sie eine landesweite Strategie oder ein

Abbildung 19: Bewertung von Sport- und Bewegungsangeboten

Frage: „Wie bewertest du die folgenden Angebote an deinem Wohnort für junge Menschen?“

Antwort: „Kostengünstige Sport- und Bewegungsangebote (z. B. Sportplätze/Schwimmbäder)“



Angaben in Prozent; fehlende Werte bis 100 Prozent: Weiß nicht, Gibt es nicht an meinem Wohnort, Nicht relevant für mich

Kinder- und Jugendumfrage (2024) durchgeführt von Verian im Auftrag des Deutschen Kinderhilfswerkes

Konzept zur Bewegungsförderung verfolgen. Zu den vielfältigen Maßnahmen der Länder gehören Informations- und Austauschformate, Kampagnen, Projekte sowie Kooperationen mit Vereinen.

Bei der Teilnahme an freiwilligen Bewegungs- oder Sport-AGs in der Schule zeigen sich keine Unterschiede nach sozialer Herkunft (Blume et al. 2025: 5). Anders ist dies jedoch bei Vereins- oder

kommerziellen Sportangeboten: 68 Prozent der Kinder und Jugendlichen aus Familien der hohen Einkommensgruppe nutzen solche Angebote, in der mittleren Einkommensgruppe sind es 59 Prozent und in armutsgefährdeten Familien 44 Prozent (ebd.). Auch vor diesem Hintergrund wurde auf Grundlage der Kinder- und Jugendumfrage (2024) zum Kinderrechte-Index der **Ergebnisindikator**

„Bewertung von Sport- und Bewegungsangeboten“ gebildet.¹⁵ Dabei wurden 10- bis 17-jährige gefragt, wie sie kostengünstige Sport- und Bewegungsangebote (z.B. Sportplätze/Schwimmbäder) in ihrem Wohnort bewerten (Abbildung 19). Im Ländervergleich gibt es größere Unterschiede. In Berlin bewerten 73 Prozent und in Baden-Württemberg 72

Prozent der Befragten dieses als sehr gut bzw. eher gut. Am schlechtesten schneidet Mecklenburg-Vorpommern ab, wo nur 42 Prozent der Befragten kostengünstige Sport- und Bewegungsangebote an ihrem Wohnort als sehr gut oder eher gut und 49 Prozent diese als eher schlecht bzw. sehr schlecht bewerten.

15 Weiterführende Informationen zur Kinder- und Jugendumfrage (2024) sind in der Beschreibung zur Methodik zu finden. Abrufbar unter: www.dkhw.de/kinderrechte-index.

Abkürzungsverzeichnis

AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
BB	Brandenburg
BE	Berlin
BNE	Bildung für nachhaltige Entwicklung
BW	Baden-Württemberg
BY	Bayern
COPSY	COVID-19 and Psychological Health Study
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
DGKJCH	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie
DKHW	Deutsches Kinderhilfswerk
ESU	Einschulungsuntersuchungen
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GEAS	Gemeinsames Europäisches Asylsystem
HB	Bremen
HE	Hessen
HH	Hamburg
KAnG	Bundes-Klimaanpassungsgesetz
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KMK	Kultusministerkonferenz
MV	Mecklenburg-Vorpommern
NI	Niedersachsen
NW	Nordrhein-Westfalen
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
PrävG	Präventionsgesetz
RP	Rheinland-Pfalz
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (Gesetzliche Krankenversicherung)
SGB VIII	Achtes Buch Sozialgesetzbuch (Kinder- und Jugendhilfe)
SGB XII	Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (Sozialhilfe)
SH	Schleswig-Holstein
SL	Saarland
SN	Sachsen
ST	Sachsen-Anhalt
TH	Thüringen
UN-KRK	UN-Kinderrechtskonvention
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Ländergruppen – Teilindex „Recht auf Gesundheit“	1
Abbildung 2:	Themencluster – Allgemeine Umsetzung	6
Abbildung 3:	Bedeutung der Themen Klimawandel und nachhaltige Entwicklung in der Schule	10
Abbildung 4:	Themencluster – Zugang zu Gesundheitsdiensten	12
Abbildung 5:	Anzahl der Kinderärzt*innen in der vertragsärztlichen Versorgung	14
Abbildung 6:	Anzahl der Betten in Fachabteilungen Pädiatrie, Neonatologie, Kinderchirurgie und Kinderkardiologie	15
Abbildung 7:	Anzahl der Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen in der vertragsärztlichen Versorgung	16
Abbildung 8:	Bewertung Angebote zur Unterstützung bei psychischen/ mentalen Problemen, nach Ortsgröße	17
Abbildung 9:	Bewertung von Angeboten zur Unterstützung bei psychischen Problemen	18
Abbildung 10:	Säuglingssterblichkeit	19
Abbildung 11:	Indikatoren – Psychische Gesundheit in der Schule	21
Abbildung 12:	Anzahl der vom Land finanzierten Stellen für Schulsozialarbeit (in Vollzeitäquivalenten)	23
Abbildung 13:	Anzahl der Schulpsycholog*innen (alle Schulformen)	25
Abbildung 14:	Bedeutung des Themas psychische Gesundheit in der Schule	26
Abbildung 15:	Indikatoren – Kindgerechte Mobilität und Bewegung	27
Abbildung 16:	Sicherheit im Straßenverkehr auf dem Schulweg	28
Abbildung 17:	Sicherheit im Straßenverkehr auf dem Schulweg, nach familiären Haushaltseinkommen	29
Abbildung 18:	Anzahl der verunglückten Kinder unter 15 Jahren im Straßenverkehr	30
Abbildung 19:	Bewertung von Sport- und Bewegungsangeboten	32

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Monitoring von Kindergesundheit in den Ländern	7
Tabelle 2:	Formen der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an Klimaanpassungsstrategien	9
Tabelle 3:	Gesundheitskarte für Asylbewerber*innen	13
Tabelle 4:	Konzepte für den Einsatz von Schulpsycholog*innen und Schulsozialarbeiter*innen	22

Literaturverzeichnis

Baumann, Eva/Greiner-Döchert, Franziska/Rauschenbach, Anna-Lina/Saalbach, Henrik/Schmitz, Julian/Sichma, Angelika 2024: Deutsches Schulbarometer: Befragung Schüler:innen. Ergebnisse von 8- bis 17-Jährigen und ihren Erziehungsberechtigten zu Wohlbefinden, Unterrichtsqualität und Hilfesuchverhalten. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). Abrufbar unter: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2024-11/Deutsches%20Schulbarometer_Sch%C3%BCler_2024.pdf (Zugriff am 20.09.25).

Bertram, Hans 2023: Ein Versprechen an die Jugend. UNICEF-Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland 2023. Deutsches Komitee für UNICEF e.V. (Hrsg.). Abrufbar unter: <https://www.unicef.de/informieren/materialien/bericht-ein-versprechen-an-die-jugend-/339312> (Zugriff am 20.09.25).

Bevacqua, Emanuele/Schleussner, Carl-Friedrich/Zscheischler, Jakob 2025: A year above 1.5 °C signals that Earth is most probably within the 20-year period that will reach the Paris Agreement limit. In: Nature Climate Change. Abrufbar unter: <https://www.nature.com/articles/s41558-025-02246-9> (Zugriff am 20.09.25).

Blume, Miriam/Mauz, Elvira/Tschorn, Mira/Manz, Kristin/Schienkiewitz, Anja/Allen, Jennifer/Hoebel, Jens/Rattay, Petra 2025: Armut und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zum Ende der COVID-19-Pandemie. Ergebnisse der KIDA-Studie. In: Journal of Health Monitoring, 10 (2): Robert Koch-Institut, 1–18. Abrufbar unter: https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Journal-of-Health-Monitoring/GBEDownloads/Focus/JHealthMonit_2025_02_Armut_Gesundheit_Kinder.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (Zugriff am 20.09.25).

Bundesärztekammer 2024: Fachlich empfohlener Weiterbildungsplan für den/die Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin. Abrufbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/FEWP/FA_SP-WB/20241212_13_FEWP_FA_KiJuMed.pdf (Zugriff am 20.09.25).

Bundesjugendkuratorium 2023: Psychische Gesundheit im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter – Infrastrukturen für eine integrierte Beratung, Unterstützung und Behandlung sichern. Stellungnahme des Bundesjugendkuratoriums. Abrufbar unter: <https://bundesjugendkuratorium.de/data/pdf/BJK-Stellungnahme%20Psychische%20Gesundheit%20junger%20Menschen.pdf> (Zugriff am 20.09.25).

Bundesministerium für Gesundheit 2022: Bewegungsförderung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bestandsaufnahme (Kurzversion). Abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/BMG_Bestandsaufnahme_Bewegung_Kinder_und_Jugendliche_Kurzversion_bf.pdf (Zugriff am 20.09.25).

Christiansen, Hanna/Kumsta, Robert/Brettschneider, Christian/Schneider, Silvia 2025: Deutsches Zentrum für Psychische Gesundheit (DZPG) und Deutsches Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit (DZKJ). In: Kindheit und Entwicklung, 34 (1), 1–4.

Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina 2024: Förderung der Selbstregulationskompetenzen von Kindern und Jugendlichen in Kindertageseinrichtungen und Schulen. MyCoRe Community. Abrufbar unter: https://levana.leopoldina.org/receive/leopoldina_mods_01157 (Zugriff am 20.09.25).

DGKJ 2025a: Was ist Kinderkardiologie? Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (Hrsg.). Abrufbar unter: <https://www.dgkj.de/eltern/spezialist/-innen-portraits/kinderkardiologie> (Zugriff am 20.09.25).

DGKJ 2025b: Was ist Neonatologie? Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (Hrsg.). Abrufbar unter: <https://www.dgkj.de/eltern/spezialist/-innen-portraits/neonatologie#:~:text=Die%20Neonatologie%20befasst> (Zugriff am 20.09.25).

DGKJCH 2025: Kinder- und Jugendchirurgie in Deutschland und international. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie e. V. (Hrsg.). Abrufbar unter: <https://www.dgkjch.de/kinder-jugendchirurgie> (Zugriff am 20.09.25).

Hanewinkel, Reiner/Hansen, Julia/Neumann, Clemens 2025: Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ausgewählte Ergebnisse des Präventionsradars 2024/2025. IFT-Nord (Hrsg.). Abrufbar unter: <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/146450/data/57c4360d8a2b6b8ec5ac94c98f07e7ab/praeventionsradar-ergebnisbericht-2024-2025.pdf> (Zugriff am 20.09.25).

Interministerielle Arbeitsgruppe 2023: Abschlussbericht „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“. Die Bundesregierung (Hrsg.). Abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Kindergesundheit/Abschlussbericht_IMA_Kindergesundheit.pdf (Zugriff am 20.09.25).

Jude, Nina/Klusmann, Uta/Richter, Dirk/Selçik, Fatmana/Sichma, Angelika 2025: Deutsches Schulbarometer: Befragung Lehrkräfte. Ergebnisse zur aktuellen Lage an allgemein- und berufsbildenden Schulen. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). Abrufbar unter: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2025-06/Deutsches%20Schulbarometer_Lehrkr%C3%A4fte_2025.pdf (Zugriff am 29.08.25).

Kaman, Anne/Erhart, Michael/Devine, Janine/Napp, Ann-Kathrin/Reiss, Franziska/Behn, Steven/Ravens-Sieberer, Ulrike 2025: Youth Mental Health in Times of Global Crises: Evidence From the German Longitudinal COVID-19 and Psychological Health Study. In: Journal of Adolescent Health, 1–8. Abrufbar unter: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X25001983> (Zugriff am 15.09.25).

KMK 2012: Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012. Abrufbar unter: https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2012/2012_11_15-Gesundheitsempfehlung.pdf (Zugriff am 20.09.25).

KMK 2023: Bewegungsfördernde Schule. Bericht über den Entwicklungsstand in den Ländern Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 09.02.2023. Abrufbar unter: https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2023/2023_02_09-Bewegungsfordernde-Schule.pdf (Zugriff am 20.09.25).

KMK 2024: Empfehlung der Kultusministerkonferenz zur Bildung für nachhaltige Entwicklung in der Schule. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 13.06.2024. Abrufbar unter: https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2024/2024_06_13-BNE-Empfehlung.pdf (Zugriff am 20.09.25).

Kölch, Michael G./Reis, Olaf/Ulbrich, Lisa/Schepker, Renate 2023: COVID-19 und psychische Störungen bei Minderjährigen: Veränderungen der Behandlungen nach der Krankenhausstatistik. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 51 (4), 295–309. Abrufbar unter: <https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1422-4917/a000935> (Zugriff am 20.09.25).

Kranhold, Anna-Luisa/Neuhoff, Lina/Bunz, Melanie/Derhardt, Rabea/Schreiber, Felix/Popp, Lukka/Kulisch, Leonard K./Schneider, Silvia/Christiansen, Hanna/In-Albon, Tina/Walper, Sabine/Bartnick, Christina 2025: Die Helikopter-Eltern der Forschung. In: Kindheit und Entwicklung, 34 (1), 5–12.

Krause, Karen/Zhang, Xiao C./Schneider, Silvia 2024: Long-Term Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in Routine Outpatient Care for Youth with Anxiety Disorders. In: Psychotherapy and Psychosomatics, 93 (3), 181–190.

Lindner, Katja 2022: Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in den Bundesländern – Rahmenbedingungen und Reformbedarfe. MIDEM-Policy Paper 01/22, Dresden. Abrufbar unter: https://forum-midem.de/wp-content/uploads/2024/12/TUD_MIDEM_PolicyPaper_2022-1_RZ_online.pdf (Zugriff am 20.09.25).

Nieden zur, Felix 2020: Säuglingssterblichkeit in Deutschland nach 1990. Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Wiesbaden. Abrufbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Methoden/WISTA-Wirtschaft-und-Statistik/2020/02/saeuglingssterblichkeit-deutschland-022020.html> (Zugriff am 20.09.25).

Regierungskommission 2022: Erste Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (Hrsg.). Abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/220708_Empfehlung_AG_Paediatrie_und_Geburtshilfe_zu_Paediatrie_und_Geburtshilfe.pdf (Zugriff am 20.09.25).

Rodney-Wolf, Kristin/Bauch, Judith/Greiner, Franziska/Saalbach, Henrik/Heitz, Katarina/Baumann, Eva/Schmitz, Julian 2025: Ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 54 (2), 86–98. Abrufbar unter: <https://econtent.hogrefe.com/doi/full/10.1026/1616-3443/a000813> (Zugriff am 20.09.25).

Rosenkötter, Nicole/Borrmann, Brigitte/Arnold, Laura/Böhm, Andreas 2020: Gesundheitsberichterstattung in Ländern und Kommunen: Public Health an der Basis. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 63 (9), 1067–1075. Abrufbar unter: https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Bundesgesundheitsblatt/Downloads/2020_09_Rosenkoetter.pdf?blob=publicationFile&v=1 (Zugriff am 20.09.25).

Seeling, Stefanie/Prütz, Franziska/Gutsche, Johanna 2018: Inanspruchnahme pädiatrischer und allgemeinmedizinischer Leistungen durch Kinder und Jugendliche in Deutschland. Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: Journal of Health Monitoring, 3 (4): Robert Koch-Institut, 57–67. Abrufbar unter: https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Journal-of-Health-Monitoring/GBEDownloads/FactSheets/JoHM_04_2018_Inanspruchnahme_Paediatrie_KiGGS-Welle2.pdf?blob=publicationFile&v=1 (Zugriff am 20.09.25).

Stegemann, Tim/Ohlmeier, Nina 2019: Kinderrechte-Index. Die Umsetzung von Kinderrechten in den deutschen Bundesländern – eine Bestandsanalyse. Deutsches Kinderhilfswerk (Hrsg.). Abrufbar unter: <https://www.dkhw.de/informieren/unsere-themen/kinderrechte/kinderrechte-index/> (Zugriff am 06.08.25).

UN-Kinderrechtsausschuss 2003: General Comment No. 5 – General measures of implementation of the Convention on the Rights of the Child (arts. 4, 42 and 44, para. 6). CRC/GC/2003/5. Abrufbar unter: <https://www.refworld.org/legal/general/crc/2003/en/36435> (Zugriff am 31.07.25).

UN-Kinderrechtsausschuss 2005: General Comment No. 7 – Implementing child rights in early childhood. CRC/C/GD/7/Rev. 1. Abrufbar unter: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2FC%2FGC%2F7%2FRev.1&Lang=en (Zugriff am 31.07.25).

UN-Kinderrechtsausschuss 2013a: General Comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24). CRC/C/GC/15. Abrufbar unter: <https://www.refworld.org/docid/51ef9e134.html> (Zugriff am 20.09.25).

UN-Kinderrechtsausschuss 2013b: General Comment No. 17 (2013) on the right of the child to rest, leisure, play, recreational activities, cultural life and the arts (art. 31). CRC/C/GC/17. Abrufbar unter: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2FC%2FGC%2F17&Lang=en (Zugriff am 20.09.25).

UN-Kinderrechtsausschuss 2016: General Comment No. 20 on the implementation of the rights of the child during adolescence. CRC/C/GC/20. Abrufbar unter: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2FC%2FGC%2F20&Lang=en (Zugriff am 31.07.25).

UN-Kinderrechtsausschuss 2022: Abschließende Bemerkungen zum kombinierten fünften und sechsten Staatenbericht Deutschlands. Abrufbar unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/203220/dbb39ecff4cbb27f2569247c72332955/abschliessende-bemerkungen-zum-kombinierten-fuenften-und-sechsten-staatenbericht-deutschlands-data.pdf> (Zugriff am 31.07.25).

UN-Kinderrechtsausschuss 2023: General Comment No. 26 (2023) on children's rights and the environment, with a special focus on climate change. CRC/C/GC/26. Abrufbar unter: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2FC%2FGC%2F26&Lang=en (Zugriff am 20.09.25).

Whalen, Christian 2022: Article 24: The Right to Health. In: Vaghri, Ziba/Zermatten, Jean/Lansdown, Gerison/Ruggiero, Roberta (Hrsg.), Monitoring state compliance with the UN Convention on the Rights of the Child. An analysis of attributes, 205–216. Abrufbar unter: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-84647-3> (Zugriff am 06.08.2025).

Zankl, Philipp 2017: Die Strukturen der Schulsozialarbeit in Deutschland. Forschungsstand und Entwicklungstendenzen, München. Abrufbar unter: https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2017/64_Schulsozialarbeit.pdf (Zugriff am 20.09.25).



Deutsches Kinderhilfswerk e.V.

Leipziger Straße 116-118
10117 Berlin
Fon: +49 30 308693-0
Fax: +49 30 308693-93
E-Mail: dkhw@dkhw.de
www.dkhw.de



*Deutsches
Zentralinstitut
für soziale
Fragen (DZI)*

**Geprüft +
Empfohlen**

ISBN: 978-3-922427-99-5