

Kapitel 3:

Methodisches Vorgehen



Stichprobendesign

Die für den AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 befragte Zielgruppe sind erwachsene Personen mit Kindern im Alter von 0 bis 17 Jahren, die im Rheinland oder in Hamburg wohnen. Die befragten Personen werden im Folgenden als Eltern bezeichnet, was leibliche Eltern, Stiefeltern, Adoptiveltern sowie rechtliche Betreuerinnen und Betreuer umfasst. Dabei sind die Eltern für ihre Kinder allein verantwortlich, überwiegend verantwortlich oder mit einem anderen Elternteil mindestens zu gleichen Teilen verantwortlich. Die für den Kindergesundheitsatlas 2026 erhobene Stichprobe wurde repräsentativ nach Alter, Geschlecht und Wohnort der Kinder auf Ebene der Regionaldirektionen der AOK Rheinland/Hamburg sowie nach Bildungsabschluss der Eltern auf Ebene der Regionaldirektionen quotiert, um ein detailgetreues Abbild der Familien im Rheinland und in Hamburg zu erzeugen.

Gemessen an der Größe der Grundgesamtheit und unter Zugrundelegung eines Stichprobenfehlers von fünf Prozent sowie eines Vertrauensintervalls von 95 Prozent ergibt sich ein Mindestnettostichprobenumfang von ca. 385 Personen der oben genannten Zielgruppe. Mit der Zielsetzung, Auswertungen auf Ebene unterschiedlicher Teilzielgruppen zu ermöglichen (z. B. nach Alter der Kinder, auf regionaler Ebene, nach bestimmten chronischen Erkrankungen), wurde die Nettostichprobe für das Rheinland und Hamburg entsprechend der methodischen Möglichkeiten auf 5.000 Interviews maximiert. Damit stehen für die nachfolgend dokumentierten Auswertungen jeweils statistisch belastbare Mengengerüste zur Verfügung.

Die Sicherstellung der Repräsentativität der Stichprobe erfolgte auf Grundlage des Mikrozensus 2024, Quotierung und Gewichtung erfolgten durch zwei Kreuzquoten. Die erste Kreuzquote bezog sich auf den Wohnort der Kinder auf Ebene der Regionaldirektion, ihr Geschlecht sowie ihr Alter, die zweite Kreuzquote auf den Wohnort der Kinder auf Ebene der Regionaldirektion sowie den Bildungsabschluss der Eltern. Die Kreuzquote zu Geschlecht und Alter geht auf online frei verfügbare Daten der Statistischen Landesämter Nordrhein-Westfalen (NRW) bzw. Hamburg/Schleswig-Holstein zurück. Für die regionale Quotierung und Gewichtung der Bildungsabschlüsse im Rheinland und in Hamburg wurden Sonderauswertungen des Mikrozensus 2024 der Statistischen Landesämter (bezogen über das Statistische Landesamt NRW) zugrunde gelegt. Die Daten zu Migration stammen vom gemeinsamen Statistikportal der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder.

Das Stichprobendesign wurde in weiten Teilen analog zur Erhebung für den AOK-Kindergesundheitsatlas für das Rheinland und Hamburg 2024 umgesetzt. Aktualisiert wurden lediglich die den Quoten zugrundeliegenden Daten. Zudem konnten erstmals Mikrozensusdaten zu den Bildungsabschlüssen der Eltern auf Ebene der Regionaldirektionen genutzt werden. Dadurch war es diesmal möglich, jede Regionaldirektion mit spezifischen Bildungsquoten zu hinterlegen, während für die Studie in 2024 noch einheitliche Bildungsquoten für alle Regionaldirektionen angewendet wurden.

Durchführung der Befragung

Der Kindergesundheitsatlas wurde über eine Online-Befragung unter Einsatz der Online-Panels bilendi und cint realisiert, auch dahingehend besteht Konstanz zur erstmaligen Durchführung der Studie für den AOK-Kindergesundheitsatlas für das Rheinland und Hamburg 2024. Die einbezogenen Online-Panels zeichnen sich durch eine qualitätsgesicherte Rekrutierung der Panelteilnehmenden aus, die sowohl auf Online- als auch auf Offlinekanäle setzt und sich an der soziodemografischen Bevölkerungsstruktur orientiert.

Potenzielle Befragungsteilnehmende wurden durch die Online-Panels zu einem computergestützten Web-Interview (CAWI) eingeladen, das in der Online-Befragungsumgebung Voxco stattfand. Im Vorfeld der Erhebung wurde das Frageinstrument einem ausführlichen Pretest unterzogen. Durch das IMK-Institut erfolgten sowohl eine fortlaufende Quotensteuerung als auch Qualitäts- und Plausibilitätsprüfungen der einlaufenden Datensätze. Fehlerhafte, unvollständige und nicht plausible Datensätze wurden ausselektiert und Nacherhebungen über die Panelbetreiber beauftragt.

Für Befragungsteilnehmende, die für mehr als ein Kind allein verantwortlich, überwiegend verantwortlich oder mit einem anderen Elternteil mindestens zu gleichen Teilen verantwortlich für die Erziehung sind, wurde eines ihrer Kinder ausgewählt, um die nachfolgende Befragung ausschließlich auf dieses Kind zu beziehen. Die Auswahl erfolgte automatisiert und orientierte sich am aktuellen Erfüllungsgrad der Altersquote in der laufenden Erhebungsphase der Studie. Das ausgewählte Kind war im Weiteren determinierend für die Erfüllung der definierten Quotierung.

Die Befragung erfolgte im Zeitraum vom 10. Februar 2026 bis 25. März 2026 (ca. sechs Wochen). Der Median der Durchführungsdauer für das Ausfüllen der Onlinebefragung betrug 21 Minuten.

Daten- auswertung

Im Anschluss an die Befragung wurden die Erhebungsdaten nochmals auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Zu lückenhafte sowie zu unplausible Datensätze wurden ausgeschlossen. Ein im Voraus geplantes Oversampling der Stichprobe stellte den Erhalt der anvisierten Nettostichprobe von 5.000 Befragungen sicher.

Über die Quotierung war es nicht hinsichtlich aller Aspekte möglich, die Repräsentativität der Stichprobe zu gewährleisten. Abweichungen bei Alter und Geschlecht des Kindes sowie beim Bildungsabschluss der Eltern wurden deshalb im Nachgang durch eine Gewichtung korrigiert. Der Maximalwert der Gewichtungsfaktoren betrug sechs und Gewichtungsfaktoren von vier oder höher kamen insgesamt nur sechsmal vor. Im Fall des Merkmals Migrationshintergrund war das Abbilden der Vorgaben laut Mikrozensus methodenbedingt nicht möglich (s. Kapitel 8).

Anschließend wurden die Befragungsdaten mithilfe von Statistik-Software systematisch aufbereitet und ausgewertet. Es wurden deskriptive bivariate Verfahren genutzt, um Zusammenhänge zwischen Merkmalskombinationen zu identifizieren (z. B. via Kreuztabellierungen). In einem nächsten Schritt wurde mit geeigneten Testverfahren (z. B. Chi-Quadrat-Test) geprüft, ob zwischen bestimmten Häufigkeitsverteilungen statistisch signifikante Unterschiede bestehen. Die Ergebnisse werden im Folgenden gerundet dargestellt. Durch nicht sichtbare Nachkommastellen können sich deshalb bspw. geringfügige Abweichungen der kumulierten Häufigkeiten zu 100 Prozent ergeben.

Verwendete Konzepte

Regionaldirektionen

Die Regionaldirektionen (RDs) der AOK Rheinland/Hamburg bildeten die Grundlage der Quotierung nach Wohnort und werden beim Berichten von regionalen Ergebnissen aufgegriffen. Es handelt sich um insgesamt zehn Verwaltungsgebiete im Rheinland und in Hamburg.

Erkrankungsbilder

Eltern wurden zum Vorliegen von 21 chronischen Krankheitsbildern befragt (s. S. 32). Hierzu zählen etwa Adipositas, ADHS und Verhaltensstörungen.

Die Eltern gaben zu jedem chronischen Krankheitsbild an,

- ob bei ihrem Kind eine aktuelle Diagnose dieser Erkrankung vorliegt,
- ob sie diese Erkrankung bei ihrem Kind vermuten – dies umfasst Fälle, in denen keine Diagnose vorliegt, aber die Eltern ernsthaft vermuten, ihr Kind könnte erkranken oder bereits erkrankt sein,
- oder ob die Erkrankung bei ihrem Kind weder diagnostiziert wurde noch vermutet wird.

Im Anschluss beantworteten die Eltern vertiefende Fragen zur genauen Diagnose, zum Belastungsempfinden und bei ausgewählten Erkrankungen zu ihren Sorgen. Im Fall einer vermuteten Erkrankung wurden sie zudem zu den Gründen der Vermutung, dem Stand der diagnostischen Abklärung und den genutzten Informationsquellen befragt. Um die Länge des Fragebogens zu begrenzen, wurden diese Angaben zu maximal zwei der chronischen Erkrankungen erfasst, die bei ihrem Kind diagnostiziert sind oder vermutet werden. Liegen mehr als zwei (diagnostizierte und/oder vermutete) chronische Erkrankungen vor, wurden zwei davon automatisiert zufällig ausgewählt, wobei Erkrankungen mit einer geringeren Fallzahl in der laufenden Erhebung bevorzugt und zudem folgende Erkrankungen bzw. Erkrankungskuster unabhängig davon priorisiert berücksichtigt wurden:

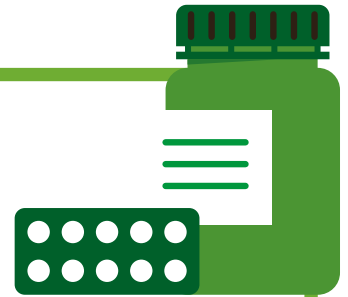
Entwicklungsstörungen, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS), psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Verhaltensstörungen, Nahrungsmittelallergien/Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Adipositas/starkes Übergewicht, Neurodermitis/Dermatitis sowie Akne/chronische Hautausschläge.

In einigen Fällen wurden Erkrankungskuster statt einzelner Erkrankungen abgefragt, wie beispielsweise der Bereich der psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Zudem wurden für dieses Cluster die Untergruppen Entwicklungsstörungen und Verhaltensstörungen als eigene Kategorien aufgeführt sowie Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) exemplarisch als eine konkrete psychische Störung gesondert erfasst.

Die Auswahl der Erkrankungen entspricht der Auswahl im AOK-Kindergesundheitsatlas für das Rheinland und Hamburg 2024 und erfolgte auf Basis der Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg im Jahr 2022 sowie einem Abgleich mit dem DAK Kinder- und Jugendreport (Witte et al., 2021). Ausgewählt wurden die häufigsten Erkrankungskuster bei 0- bis 17-Jährigen in Deutschland, ergänzt durch Erkrankungen bzw. Erkrankungskuster von besonderer Relevanz, wie bspw. Substanzstörungen, Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten, chronische Darmentzündung und angeborener Herzfehler.

Chronische Krankheitsbilder

Je nach Erkrankung werden unterschiedliche Altersgruppen in der Auswertung berücksichtigt, abhängig davon, ab welchem Alter die jeweilige Erkrankung typischerweise relevant ist und diagnostiziert werden kann.



0- bis 17-Jährige Psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (dies umfasst z. B. Anpassungsstörungen, Angst- störungen, Bindungsstörungen, Depressionen, Essstörungen, Störungen des Sozialverhaltens)	0- bis 17-Jährige Entwicklungsstörungen (dies umfasst z. B. Sprach- und Sprechstörungen, Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten, Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen)		
11- bis 17-Jährige Verhaltenssüchte (dies umfasst z. B. Soziale-Netzwerke- Nutzungsstörung, Computerspielstörung)	3- bis 17-Jährige Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung (ADHS)		
3- bis 17-Jährige Adipositas/ starkes Übergewicht	0- bis 17-Jährige Nahrungsmittelallergie/ Nahrungsmittelunverträglichkeiten	0- bis 17-Jährige Neurodermitis/ Dermatitis	
0- bis 17-Jährige Akne/chronische Hautausschläge	0- bis 17-Jährige Heuschnupfen	0- bis 17-Jährige Asthma/ chronische Bronchitis	3- bis 17-Jährige Migräne
0- bis 17-Jährige Epilepsie	3- bis 17-Jährige Intelligenz- störungen	14- bis 17-Jährige Substanzsucht (dies umfasst z. B. Abhängigkeit von Alkohol, Nikotin, Cannabis)	0- bis 17-Jährige Chronische Darmentzündung
0- bis 17-Jährige Chronische Entzündung der Nasenschleimhaut oder des Rachens	0- bis 17-Jährige Angeborener Herzfehler	0- bis 17-Jährige Deformität der Extremitäten (dies umfasst z. B. unterschiedliche Bein- längen, Fehlstellungen, O- oder X-Beine)	
0- bis 17-Jährige Skoliose (dies umfasst z. B. die Deformierung und Fehlstellung von Wirbeln und Wirbelsäule)	3- bis 17-Jährige Diabetes	0- bis 17-Jährige Sehschwäche/Sehstörung (dies umfasst z. B. Hornhautverkrüm- mung, Kurz- oder Weitsichtigkeit)	

Krankheitsbilder werden hier im exakten Wortlaut aus der Befragung berichtet.



Äquivalenzeinkommen

Das Äquivalenzeinkommen stellt ein bedarfsgewichtetes Pro-Kopf-Einkommen dar. Es wird berechnet, indem das Haushaltsnettoeinkommen durch die Summe der Bedarfsgewichte aller im Haushalt lebenden Personen geteilt wird. Die Gewichtung erfolgt gemäß der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD): Der ersten erwachsenen Person wird ein Gewicht von eins zugewiesen, weiteren Personen ab 14 Jahren ein Gewicht

von 0,5 und Kindern unter 14 Jahren ein Gewicht von 0,3. Auf diese Weise werden Einsparpotenziale durch gemeinsames Wirtschaften innerhalb eines Haushalts berücksichtigt (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, n. d.). Für Fälle ohne Angabe zum Einkommen bzw. zur Haushaltszusammensetzung wurde kein Äquivalenzeinkommen berechnet, genau wie für Fälle mit unplausiblen Angaben zur Anzahl der erwachsenen Personen im Haushalt.

Indikatoren der Kindergesundheit

Dem Kindergesundheitsatlas liegt eine Vielzahl etablierter Konstrukte und Skalen zugrunde, die überwiegend in ihren deutschen Originalfassungen in die Befragung aufgenommen wurden und im Rahmen der Datenauswertung entsprechend der jeweiligen Auswertungsgrundlagen für Skalen- und Cut-Off-Werte zur Kategorisierung der Ergebnisse berechnet und ausgewertet wurden. Im Kindergesundheitsatlas geben die befragten Eltern zu diesen Indikatoren in der Fremdeinschätzung aus ihrer Perspektive (sogenannte Proxy-as-Proxy) Auskunft zur Gesundheit ihrer Kinder. Insbesondere im Hinblick auf die Einordnung der Ergebnisse sind deshalb erwartbare Abweichungen sowohl zu verfügbaren Routine- bzw. Abrechnungsdaten (Vogelgesang et al., 2024) als auch zu vorliegenden Selbsteinschätzungen durch ältere Kinder zu berücksichtigen.

Im Folgenden werden die zentralen Indikatoren der Kindergesundheit und die entsprechenden Erhebungsverfahren beschrieben, die im Rahmen des Kindergesundheitsatlas erfasst wurden und von besonderer Relevanz sind.

Subjektiver Gesundheitszustand der Kinder aus Sicht der Eltern (Proxy-as-Proxy des Self-Rated Health Status, SRHS)

Die subjektive Gesundheit spiegelt nicht nur Krankheiten und Gesundheitsbeschwerden wider, sondern insbesondere auch das persönliche Wohlbefinden. In Studien wird die subjektive Gesundheit häufig über die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes erfasst (Idler & Benyamini, 1997). Deren routinemäßige Erfassung hat sich in den vergangenen Jahrzehnten als ein Standard der bevölkerungsbezogenen Gesundheitsforschung etabliert. In der vorliegenden Studie wurde in Anlehnung an eine Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gefragt: Wie würden Sie den derzeitigen Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben? (s. bspw. KiGGS-Studie, Befragungswelle 2, 2017). Es handelt sich bei dieser Einschätzung somit nicht um eine Selbstwahrnehmung der Kinder, sondern um die Einschätzung des Gesundheitszustandes der Kinder durch die Eltern.

Die befragten Eltern wurden hierfür gebeten, eine von fünf vorgegebenen Antwortmöglichkeiten zu wählen: *sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht* oder *sehr schlecht*.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder aus Sicht der Eltern (KIDSCREEN-10)

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder wird anhand der KIDSCREEN-10-Skala erfasst (Ellert et al., 2014), die auch in der KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts zum Einsatz kommt. Das Indexinstrument beinhaltet zehn Einzelitems und umfasst verschiedene Bereiche wie etwa das physische und psychische Wohlbefinden, die Lebenszufriedenheit der Kinder sowie die Beziehungen zu Eltern und Freunden. Die Antwortkategorien der jeweiligen Items erfassen dabei die Intensität des Wohlbefindens und der Lebensqualität der Kinder (von *nie* bis *immer*). Die Ergebnisse der Antworten werden zu einem Gesamtscore aufaddiert und anschließend in drei Kategorien unterteilt: ein niedriger KIDSCREEN-Wert ($\leq 44,99$) bedeutet eine niedrige, ein mittlerer KIDSCREEN-Wert (45,00 – 55,00) eine normale und ein hoher KIDSCREEN-Wert ($\geq 55,01$) eine hohe Lebensqualität.

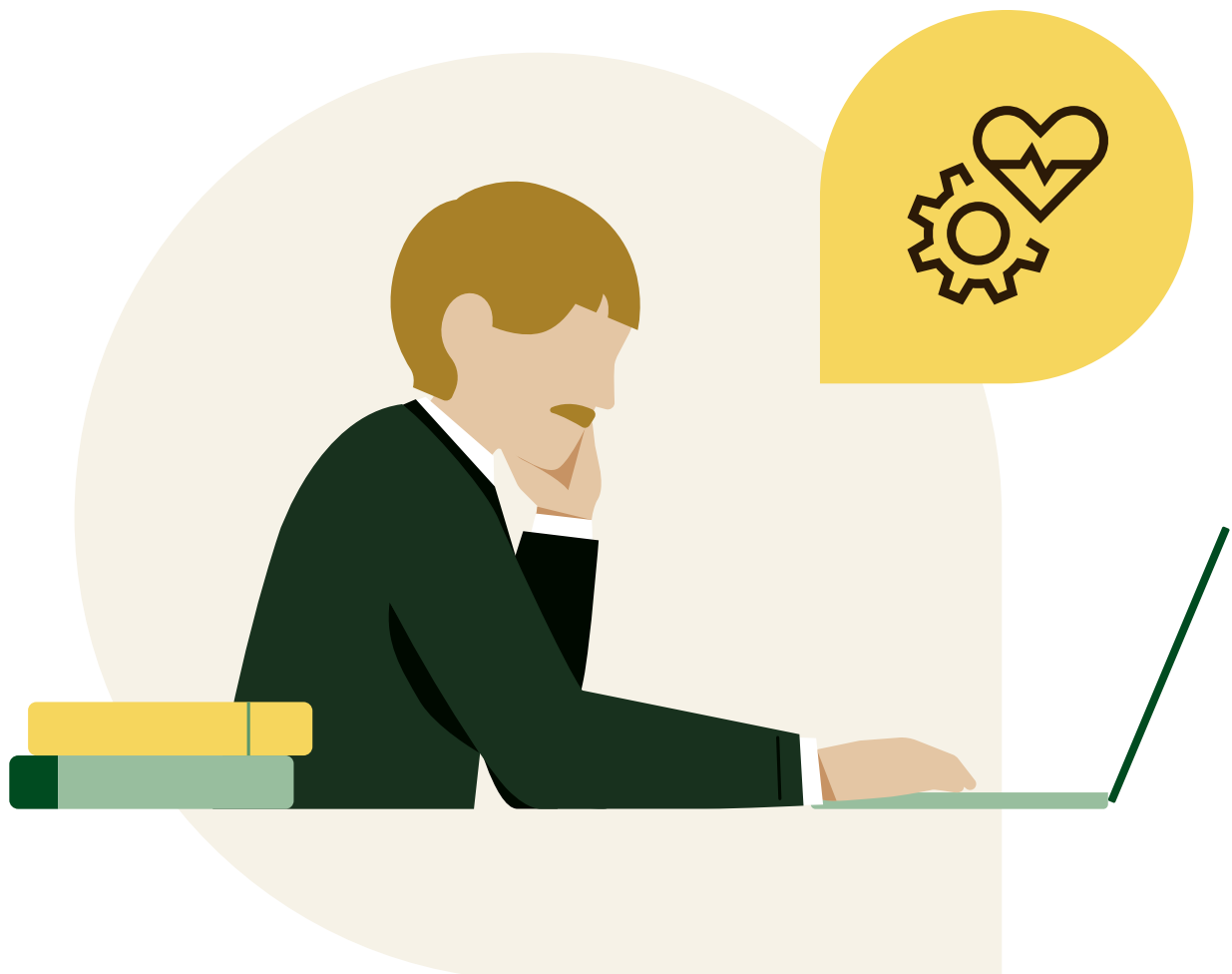
Psychosomatische Beschwerden der Kinder aus Sicht der Eltern (HBSC-Checkliste)

Um psychosomatische Beschwerden bei den Kindern zu erfassen, wurden zusätzlich verschiedene Symptome nach der Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)-Checkliste der WHO erfragt (HBSC-Studie 2017/18, HBSC-Studie 2022). Die Checkliste umfasst acht Items mit den Symptomen Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, Niedergeschlagenheit, Gereiztheit, Nervosität, Einschlafprobleme und Benommenheit. Auf einer fünfstufigen Antwortskala (von *(fast) täglich* bis *nie*) kann angegeben werden, wie häufig die Kinder in den letzten sechs Monaten unter den jeweiligen Beschwerden litten. Treten zwei oder mehr dieser Beschwerden mindestens *fast wöchentlich* auf, so wird von multiplen psychosomatischen Beschwerden gesprochen.

Allgemeine, digitale und navigationale Gesundheitskompetenz

(Health Literacy Survey HLS-EU-Q16, HLS19-DIGI, HLS19-NAV)

Gesundheitskompetenz wird im Rahmen des Kindergesundheitsatlas in Anlehnung an die Definition der HLS-EU-Gruppe (Sørensen et al., 2012) als die Fähigkeit verstanden, gesundheitsrelevante Informationen in unterschiedlichen Kontexten (u. a. Gesundheitsversorgung) zu finden, zu verstehen, kritisch zu bewerten und für gesundheitsbezogene Entscheidungen und Handlungen zu nutzen. Da sich im deutschsprachigen Raum bis zum Zeitpunkt der Erhebung Anfang 2026 noch keine öffentlich zugängliche validierte Skala zur Erhebung der elterlichen Gesundheitskompetenz etabliert hat, wurde die Gesundheitskompetenz der befragten Eltern in Bezug auf ihre eigene Gesundheit als Näherungsindikator erhoben. Die Gesundheitskompetenz der Eltern wurde in anderen Studien bereits mehrfach zu ähnlichen Zwecken genutzt (s. z. B. de Buhr & Tannen, 2020; Csima et al., 2024).



Um der Komplexität und Bedeutung des Merkmals Gesundheitskompetenz gerecht zu werden, kamen drei Messinstrumente (Skalen) zum Einsatz, die jeweils die subjektive Einschätzung der Eltern zu unterschiedlichen Aspekten ihrer eigenen Gesundheitskompetenz erfassen. Zum einen wurde die HLS-EU-Q16-Skala (Röthlin et al., 2013) verwendet, um die allgemeine Gesundheitskompetenz zu messen. Zum anderen kamen die HLS19-DIGI-Skala (Bielefeld University for HLS19, 2020a) für die digitale, und die HLS19-NAV-Skala (Bielefeld University for HLS19, 2020b) für die navigationale Gesundheitskompetenz zum Einsatz. Die in dieser Studie verwendeten HLS19-Instrumente wurden im Rahmen von HLS19 – the International Health Literacy Population Survey 2019–2021 von M-POHL (WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy) entwickelt.

Allgemeine Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q16)

Die HLS-EU-Q16-Skala erfasst, wie leicht oder schwer es einer Person fällt, allgemeine Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und einzuordnen. Sie besteht aus 16 Items und vier Antwortmöglichkeiten. Um den Befragten die Beantwortung der drei aufeinanderfolgenden Skalen zur Gesundheitskompetenz durch einheitliche Antwortmöglichkeiten zu vereinfachen, lauten die Antwortmöglichkeiten in dieser Studie *sehr einfach*, *einfach*, *schwierig*, *sehr schwierig* (statt: *sehr einfach*, *ziemlich einfach*, *ziemlich schwierig*, *sehr schwierig*). Diese Anpassung steht im Einklang mit HLS-GER 2 (Schaeffer et al., 2021), wo ebenfalls auf die Verwendung des Begriffs *ziemlich* verzichtet wird, da er unterschiedlich interpretiert werden kann. Es besteht keine Antwortpflicht. Je nach Antwort wird für jedes Item ein Score vergeben: Die Antworten *sehr einfach* und *einfach* erhalten einen Punkt, *schwierig* und *sehr schwierig* erhalten null Punkte. Wenn mindestens 14 der 16 Items beantwortet wurden, können diese Werte anschließend aufsummiert und in ein Gesundheitskompetenz-Level eingeordnet werden (ausreichend (13–16 Punkte), problematisch (9–12 Punkte), inadäquat (0–8 Punkte)).

Digitale Gesundheitskompetenz (HLS19-DIGI)

Die digitale Gesundheitskompetenz wurde anhand eines Ausschnitts der HLS19-DIGI-Skala gemessen, die sich auf das digitale Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Online-Gesundheitsinformationen bezieht. Die acht Items können mit den Antwortoptionen *sehr einfach*, *einfach*, *schwierig* und *sehr schwierig* beantwortet werden. Eine Antwortpflicht besteht nicht. Auch für die digitale Gesundheitskompetenz kann ein Gesamtscore berechnet werden – vorausgesetzt, es wurden mindestens 80 Prozent der Items beantwortet. Wenn dies der Fall ist, werden die Antworten zunächst dichotomisiert (*sehr einfach* und *einfach* entspricht einem Punkt, *schwierig* und *sehr schwierig* entspricht null Punkten). Anschließend werden die Werte aufsummiert, durch die Anzahl valider Antworten geteilt sowie mit 100 multipliziert. Der ermittelte Gesamtscore kann in vier Gesundheitskompetenz-Levels eingeordnet werden: inadäquat (0 – 50), problematisch (> 50 – 66,67), ausreichend (> 66,67 – 83,33) und exzellent (> 83,33 – 100).

Navigationale Gesundheitskompetenz (HLS19-NAV)

Mithilfe von 12 Items wurde die navigationale Gesundheitskompetenz gemessen. Diese thematisiert das Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Informationen zum Gesundheitswesen und zur Gesundheitsversorgung. Auch hier kann aus den Antwortoptionen *sehr einfach*, *einfach*, *schwierig* und *sehr schwierig* gewählt werden. Eine Antwortpflicht besteht nicht. Die Berechnung eines Gesamtscores erfolgt auf die gleiche Weise wie bei der digitalen Gesundheitskompetenz.

Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe besteht aus 5.000 Eltern, die für Kinder im Alter von 0 bis zu 17 Jahren mit Wohnsitz im Rheinland und in Hamburg verantwortlich sind. Für eine repräsentative Grundgesamtheit der deutschsprachigen Wohnbevölkerung in Privathaushalten im Rheinland und in Hamburg wurde die Stichprobe gewichtet, wie auf Seite 29 (Stichprobendesign) beschrieben. Die folgende Beschreibung der Stichprobe bezieht sich auf gewichtete Werte.

Von den Eltern sind 56 Prozent weiblich und 43 Prozent männlich. Die Antwortoptionen divers sowie keine Angabe zum eigenen Geschlecht wurden jeweils von weniger als einem Prozent der Befragten ausgewählt. 58 Prozent aller Befragten sind zu gleichen Teilen, 18 Prozent überwiegend und 24 Prozent allein für das Kind verantwortlich. Bei 97 Prozent aller Eltern handelt es sich um die leiblichen Eltern der Kinder, bei zwei Prozent um Stiefeltern und bei einem Prozent um Pflege-/ Adoptiveltern oder rechtliche Betreuerinnen bzw. Betreuer.

Die Verteilung der gewichteten Stichprobe nach weiteren Eltern-, Kinder- und Haushaltsmerkmalen wird in den **Tabellen 3.1 bis 3.4** dargestellt.



Tab. 3.1: Merkmale des Kindes

Geschlecht	Alter	%	n
männlich	0 bis 2 Jahre	8 %	399
	3 bis 6 Jahre	12 %	585
	7 bis 10 Jahre	12 %	592
	11 bis 13 Jahre	8 %	420
	14 bis 17 Jahre	11 %	575
weiblich	0 bis 2 Jahre	8 %	380
	3 bis 6 Jahre	11 %	552
	7 bis 10 Jahre	11 %	560
	11 bis 13 Jahre	8 %	395
	14 bis 17 Jahre	11 %	533
divers		0 %	9
Gesamt		100 %	5.000

Tab. 3.2: Merkmale der Eltern
(Basis: befragte Person)**

Beziehung zum Kind	%	n
Mutter bzw. Vater	97 %	4.869
Stiefmutter bzw. Stiefvater	2 %	89
Pflegeeltern/Adoptiveltern	1 %	32
rechtliche Betreuer	0 %	10
Gesamt	100 %	5.000
Bildungsabschluss	%	n
nicht zuordenbar	0 %	24
ohne Abschluss	1 %	25
Hauptschulabschluss	10 %	521
Realschulabschluss	20 %	1.023
Fachhochschulreife/Abitur	26 %	1.288
Hochschulabschluss	42 %	2.118
Gesamt	100 %	5.000
Berufsausbildung	%	n
Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)	25 %	1.242
Berufsschule, Handelsschule (beruflich-schulische Ausbildung)	13 %	663
Fachschule (z. B. Meister-Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie)	8 %	381
Fachhochschule, Ingenieurschule	9 %	434
Universität, Hochschule	35 %	1.738
anderer Bildungsabschluss	3 %	139
kein beruflicher Abschluss (und auch nicht in der Ausbildung)	4 %	212
noch in beruflicher Ausbildung	1 %	35
keine Angabe	3 %	154
Gesamt	100 %	5.000



Tab. 3.3: Merkmale der Eltern
(Basis: befragte Person)**

Migrationshintergrund*	%	n
beide leiblichen Elternteile in Deutschland geboren	84 %	4.215
mind. ein leibliches Elternteil nicht in Deutschland geboren	16 %	785
Gesamt	100 %	5.000
Alter	%	n
unter 30 Jahre	9 %	448
30–39 Jahre	37 %	1.830
40–49 Jahre	36 %	1.821
50 Jahre und älter	15 %	761
keine Angabe	3 %	140
Gesamt	100 %	5.000

***Abweichung:** Merkmal Migrationshintergrund unterrepräsentiert durch Einsatz von Online-Panels (im Vergleich zur Bevölkerung überdurchschnittlich gebildet und mit geringerem Migrationsanteil)

****Soziodemografische Angaben zu Eltern:** Die soziodemografischen Angaben beziehen sich in der Regel auf die befragte Person, mit Ausnahme der Angaben zu Migrationshintergrund – diese wurden (sofern vorhanden) für beide leiblichen Elternteile erhoben, unabhängig von der Beziehung der befragten Person zum Kind.

*****Haushalt:** Bei Kindern, die zu gleichen Teilen bei beiden Elternteilen im Wechsel leben, wird zufällig einer der Haushalte berücksichtigt. Bei einzelnen Angaben Abweichungen des Gesamtwertes durch Filterführung im Fragebogen.

Tab. 3.4: Merkmale der Haushalte***

Anzahl der Kinder im HH	%	n
1	50 %	2.508
2	30 %	1.492
3	8 %	400
4 oder mehr	3 %	127
keine Angabe	9 %	462
Gesamt	100 %	4.989
Größe der Wohnung	%	n
unter 60 qm	4 %	222
60–79 qm	19 %	935
80–99 qm	21 %	1.035
100–120 qm	20 %	980
über 120 qm	28 %	1.378
keine Angabe	9 %	440
Gesamt	100 %	4.989
Äquivalenzeinkommen	%	n
niedrig (unteres Viertel, bis 1.522 €)	25 %	743
mittel (mittlere 50 %, ab 1.523 € bis 2.691 €)	50 %	1.497
hoch (oberes Viertel, ab 2.692 €)	26 %	782
Gesamt	100 %	3.023
Urbanisierung	%	n
ländlich (bis 5.000 Einwohnende)	7 %	342
kleinstädtisch (5.000 bis unter 100.000 Einwohnende)	32 %	1.601
(groß)städtisch (100.000 Einwohnende und mehr)	60 %	2.984
keine Angabe	1 %	73
Gesamt	100 %	5.000

