

## Kapitel 4:

# Lebensumfelder

### 4.1 Gesundheitskompetenz der Eltern

### 4.2 Informationsquellen und Zuständigkeit bei Kindergesundheit aus Sicht der Eltern

### 4.3 Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird neben biologischen Voraussetzungen maßgeblich durch ihre Lebensumfelder bestimmt. Besonders das familiäre Umfeld prägt den Alltag junger Menschen und beeinflusst gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen (Robert Koch-Institut, 2026). Eltern übernehmen dabei eine zentrale Rolle, indem sie Gesundheitsentscheidungen für ihre Kinder treffen, ihnen Orientierung geben, Gesundheitsinformationen einordnen und die Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung mitgestalten. Gleichzeitig verbringen Kinder und Jugendliche einen großen Teil ihres Alltags in Kindergärten und Schulen. Diese Einrichtungen vermitteln nicht nur Bildung, sondern fördern durch Bewegung, Ernährung, soziale Beziehungen und Gesundheitsbildung die

gesundheitliche Entwicklung (World Health Organization, n. d.). Zugleich können dort Belastungen wie Mobbing, Cybermobbing, Stress oder Leistungsdruck auftreten, die sich negativ auf das Wohlbefinden und die Gesundheit auswirken können.

Dieses Kapitel betrachtet deshalb zunächst die Eltern: ihre Gesundheitskompetenz (s. Kapitel 4.1) sowie ihren Umgang mit Gesundheitsinformationen und ihre Wahrnehmung von Verantwortung für Kindergesundheit (s. Kapitel 4.2). Anschließend richtet sich der Blick auf Kindergärten und Schulen als zweites zentrales Lebensumfeld und darauf, wie Wohlbefinden, Cybermobbing, Mobbing, Stress und Leistungsdruck mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zusammenhängen (s. Kapitel 4.3).



## Kapitel 4:

# 4.1 Gesundheitskompetenz der Eltern

Gesundheitskompetenz bezeichnet die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag Entscheidungen zu treffen, die die Gesundheit fördern, erhalten oder wiederherstellen (Sørensen et al., 2012). Für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist sie insbesondere deshalb bedeutsam, weil Eltern Gesundheitsinformationen häufig stellvertretend für ihre Kinder einordnen und zahlreiche gesundheitsbezogene Entscheidungen im Familienalltag treffen. Wissenschaftliche Befunde der vergangenen Jahre zeigen, dass die Gesundheitskompetenz in systematischem Zusammenhang mit Gesundheits- und Risikoverhalten sowie der (Nicht-)Inanspruchnahme gesundheitlicher Vorsorgeangebote und Versorgungsleistungen steht. Vor diesem Hintergrund gewinnen gesundheitspolitische Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz an Relevanz (Schaeffer et al., 2018). So sind die gesetzlichen Krankenkassen seit 2019 mit Einführung des § 20k SGB V verpflichtet, die

(digitale) Gesundheitskompetenz ihrer Versicherten zu stärken. Mit der zunehmenden Verfügbarkeit gesundheitsbezogener Informationen, den erleichterten Zugängen zu diesen über digitale Medien und der wachsenden Komplexität des Gesundheitssystems und seiner Akteurinnen und Akteure steigen die Anforderungen an die Gesundheitskompetenz weiter. Eine differenzierte Erfassung dieser kann Hinweise für die Entwicklung zielgerichteter Maßnahmen liefern, die die Gesundheitskompetenz der Eltern insgesamt stärken. Neben der allgemeinen Gesundheitskompetenz rücken dabei verstärkt auch spezifische Aspekte in den Fokus, insbesondere die digitale Gesundheitskompetenz, in welcher vor allem der Umgang mit online auffindbaren Gesundheitsinformationen betrachtet wird, sowie die navigationale Gesundheitskompetenz, also die Fähigkeit, sich im Gesundheitssystem zu orientieren und geeignete Versorgungsangebote zu nutzen (Griese & Schaeffer, 2022).

*„Gesundheitsförderung gelingt nur, wenn Familien Informationen verstehen, bewerten und in ihren Alltag integrieren können. Gesundheitskompetenz ist deshalb eine Schlüsselressource moderner Gesellschaften geworden.“*

Prof. em. Dr. Dr. h.c. Klaus Hurrelmann

## Zusammenfassung

Ein nennenswerter Anteil der Eltern verfügt über eine inadäquate Gesundheitskompetenz.

Die Gesundheitskompetenz der Eltern und der Gesundheitszustand der Eltern und Kinder hängen zusammen.

Unterschiede in der Ausprägung der Gesundheitskompetenz zeigen sich sowohl regional als auch im Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Hintergrund der Eltern.

## Allgemeine Gesundheitskompetenz der Eltern

- 53 % ausreichend, 28 % problematisch, 18 % inadäquat
- Bei ausreichender allgemeiner Gesundheitskompetenz besteht häufiger ein sehr guter subjektiver Gesundheitszustand der Kinder (59 %) sowie der Eltern (34 %) als bei einer inadäquaten allgemeinen Gesundheitskompetenz (Kinder: 51 % bzw. Eltern: 21 %).
- Gruppen mit geringerer Gesundheitskompetenz: Eltern unter 30 Jahren; Eltern mit jüngeren Kindern; Eltern mit Kindern, die im ländlicheren Raum wohnen; Eltern mit niedrigem Äquivalenzeinkommen

## Digitale Gesundheitskompetenz der Eltern

- 46 % exzellent, 13 % ausreichend, 10 % problematisch, 31 % inadäquat
- Bei exzellenter digitaler Gesundheitskompetenz besteht häufiger ein sehr guter subjektiver Gesundheitszustand der Kinder (62 %) sowie der Eltern (36 %) als bei einer inadäquaten digitalen Gesundheitskompetenz (Kinder: 52 % bzw. Eltern: 19 %).
- Gruppen mit geringerer Gesundheitskompetenz: Eltern mit jüngeren Kindern; Eltern mit Kindern, die im ländlicheren Raum wohnen; Eltern mit niedrigem Äquivalenzeinkommen

## Navigationale Gesundheitskompetenz der Eltern

- 37 % exzellent, 5 % ausreichend, 12 % problematisch, 46 % inadäquat
- Bei exzellenter navigationaler Gesundheitskompetenz besteht häufiger ein sehr guter subjektiver Gesundheitszustand der Kinder (62 %) sowie der Eltern (41 %) als bei einer inadäquaten navigationalen Gesundheitskompetenz (Kinder: 53 % bzw. Eltern: 18 %).
- Gruppen mit geringerer Gesundheitskompetenz: Eltern ab 50 Jahren; Elternteile weiblichen Geschlechts; Eltern mit Kindern, die im ländlicheren Raum wohnen; Eltern, die zu gleichen Teilen für das Kind verantwortlich sind

## Allgemeine Gesundheitskompetenz der Eltern

Die allgemeine Gesundheitskompetenz der Eltern wurde mithilfe der HLS-EU-Q16-Skala erfasst (Röthlin et al., 2013). Die Skala misst, wie leicht oder schwer es einer Person fällt, allgemeine Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden. Sie umfasst 16 Items, aus denen ein Gesamtwert gebildet wird. Dieser lässt sich drei Gesundheitskompetenz-Leveln zuordnen (s. Kapitel 3): ausreichend (= hohes Level), problematisch (= mittleres Level) und inadäquat (= niedriges Level).

Die Ergebnisse der HLS-EU-Q16-Skala weisen bei 53 Prozent der Eltern auf eine ausreichende, bei 28 Prozent auf eine problematische und bei 18 Prozent auf eine inadäquate allgemeine Gesundheitskompetenz hin (s. Abb. 4.1.1).

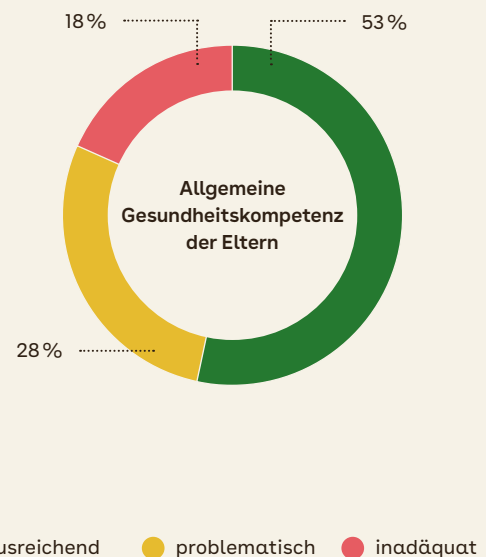
Signifikante Unterschiede treten abhängig vom Alter der Eltern auf (s. Abb. 4.1.2): Ältere Personen schätzen ihre allgemeine Gesundheitskompetenz signifikant besser ein als jüngere. So liegt der Anteil der ab 50-jährigen Eltern mit ausreichender allgemeiner Gesundheitskompetenz bei 58 Prozent, während er bei den unter 30-jährigen Eltern 46 Prozent beträgt. Die Eltern im Alter ab 50 Jahren haben dafür entsprechend signifikant seltener eine problematische (25%) oder inadäquate (16%) allgemeine Gesundheitskompetenz als die unter 30-Jährigen (31% bzw. 22%). Folglich zeigen sich auch signifikante Unterschiede in Abhängigkeit der Altersgruppe des Kindes (s. Abb. 4.1.2): Der Wert für die allgemeine Gesundheitskompetenz von Eltern mit älteren Kindern fällt signifikant häufiger ausreichend aus (von 47% bei 0- bis 2-Jährigen zu 57% bei 14- bis 17-Jährigen), während er bei Eltern mit jüngeren Kindern signifikant häufiger als problematisch klassifiziert wird (von 33% bei 0- bis 2-Jährigen zu 26% bei 14- bis 17-Jährigen). Der Anteil inadäquater allgemeiner Gesundheitskompetenz liegt über die Altersgruppen hinweg auf ähnlichem Niveau.

Nach dem Geschlecht der befragten Person ergeben sich ebenfalls signifikante Unterschiede: Elternteile männlichen Geschlechts weisen häufiger eine ausreichende allgemeine Gesundheitskompetenz auf als jene weiblichen Geschlechts (56 % vs. 51 %; s. Abb. 4.1.2).

Weiterhin zeigt sich ein signifikanter regionaler Unterschied (s. Abb. 4.1.3): In der Regionaldirektion Bergisches Land kommt ein inadäquater Gesamtwert für die allgemeine Gesundheitskompetenz besonders selten vor.

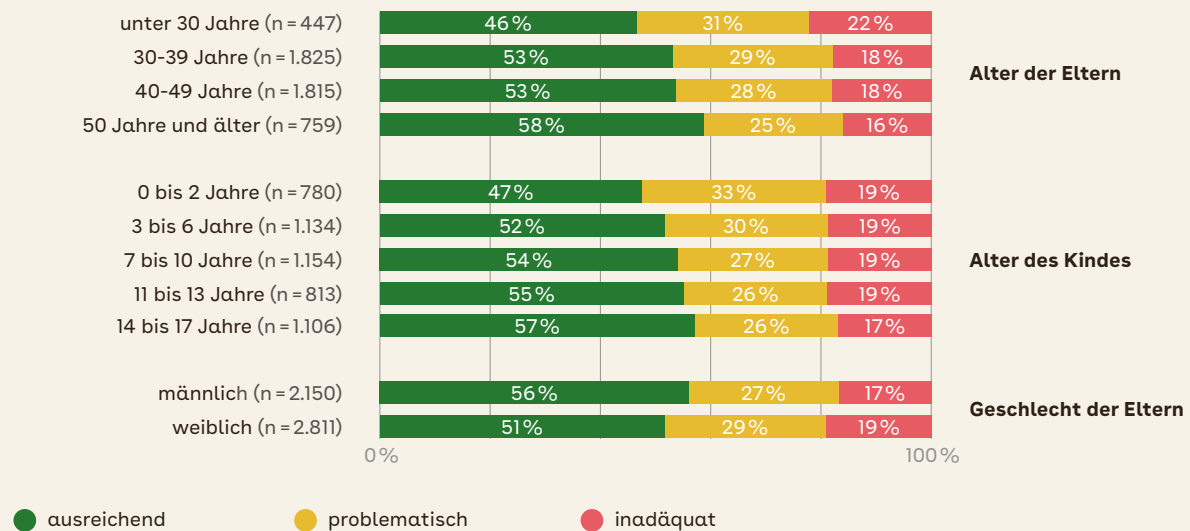
**Abb. 4.1.1:**  
**Allgemeine Gesundheitskompetenz der Eltern**

**Basis:** n = 4.986 (0- bis 17-jährige Kinder; wenn mind. 14 der 16 Items beantwortet wurden). HLS-EU-Q16-Skala.



**Abb. 4.1.2: Allgemeine Gesundheitskompetenz der Eltern nach Altersgruppen der Eltern und des Kindes sowie Geschlecht der Eltern**

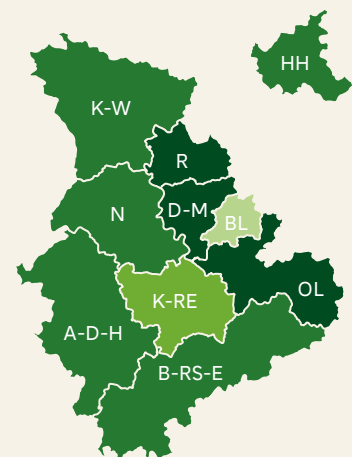
**Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder; wenn mind. 14 der 16 Items beantwortet wurden. HLS-EU-Q16-Skala.



**Abb. 4.1.3: Inadäquate allgemeine Gesundheitskompetenz nach Regionaldirektion (RD)**

Dargestellt wird die Kategorie inadäquat der allgemeinen Gesundheitskompetenz der Eltern.

**Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder; wenn mind. 14 der 16 Items beantwortet wurden. HLS-EU-Q16-Skala.



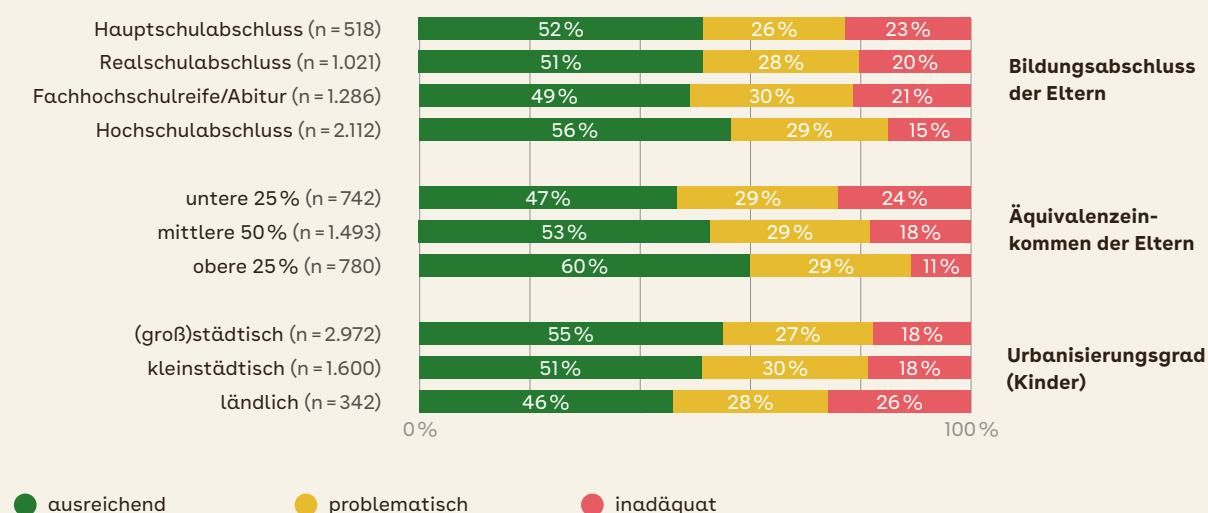
Bezüglich der Urbanisierung des Wohnortes der Kinder und Jugendlichen zeigt sich, dass bei Eltern mit Kindern, die im ländlicheren Raum wohnen, die allgemeine Gesundheitskompetenz signifikant häufiger inadäquat ausgeprägt (26 % vs. 18 % bei kleinstädtischem sowie bei (groß)städtischem Wohnort) und signifikant seltener ausreichend ist (46 % vs. 55 % bei (groß)städtischem Wohnort; **s. Abb. 4.1.4**).

Auch Bildung und Einkommen stehen mit der allgemeinen Gesundheitskompetenz der Eltern in Zusammenhang (**s. Abb. 4.1.4**). Eltern mit Hochschulabschluss haben signifikant häufiger eine

ausreichende allgemeine Gesundheitskompetenz (56 %) als Eltern mit Fachhochschulreife/Abitur (49 %), Realschulabschluss (51 %) oder Hauptschulabschluss (52 %). Gleichzeitig kommt eine inadäquate allgemeine Gesundheitskompetenz in dieser Gruppe signifikant seltener vor (15 % Hochschulabschluss vs. 21 % Fachhochschulreife/Abitur, 20 % Realschulabschluss, 23 % Hauptschulabschluss). Zudem weisen Eltern mit hohem Äquivalenzeinkommen signifikant häufiger eine ausreichende allgemeine Gesundheitskompetenz auf (60 % vs. 47 % bei niedrigem Einkommen), während inadäquate Gesundheitskompetenz signifikant seltener auftritt (11 % vs. 24 %).

**Abb. 4.1.4: Allgemeine Gesundheitskompetenz der Eltern nach Bildungsabschluss, Äquivalenzeinkommen und Urbanisierungsgrad**

**Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder; wenn mind. 14 der 16 Items beantwortet wurden. HLS-EU-Q16-Skala.



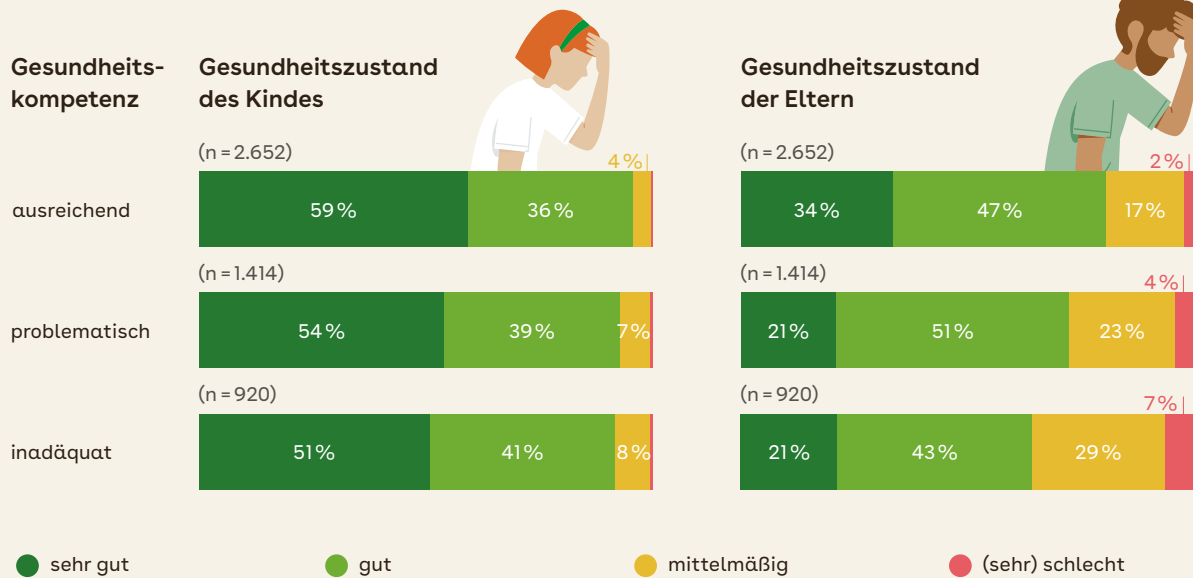
Die allgemeine Gesundheitskompetenz der Eltern hängt nicht nur mit demografischen und sozioökonomischen Faktoren zusammen, sondern zeigt auch Zusammenhänge mit dem subjektiven Gesundheitszustand von Kindern und Eltern. Ist die allgemeine Gesundheitskompetenz der Eltern höher, wird auch der subjektive Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen besser eingeschätzt (**s. Abb. 4.1.5** und s. Kapitel 6.1). Dasselbe trifft auf den subjektiven Gesundheitszustand der Eltern selbst zu (**s. Abb. 4.1.5**): Unter Eltern mit ausreichender allgemeiner Gesundheitskompetenz wird der subjektive Gesundheitszustand zu 34 Prozent als *sehr gut* und zu zwei Prozent als (*sehr*) *schlecht* eingeschätzt. Bei Eltern mit inadäquater allgemeiner Gesundheitskompetenz

wird dagegen nur in 21 Prozent der Fälle ein *sehr guter*, jedoch in sieben Prozent der Fälle ein (*sehr*) *schlechter* Gesundheitszustand angegeben.

Der beschriebene Zusammenhang zwischen der allgemeinen Gesundheitskompetenz der Eltern und der Gesundheit ihrer Kinder zeigt sich auch bei weiteren Gesundheitsmerkmalen der Kinder. Vergleichbare Muster finden sich bei den beiden weiteren im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 betrachteten Indikatoren der körperlichen und psychischen Gesundheit (KIDSCREEN-10, HBSC; s. Kapitel 6.1) sowie beim Vorliegen von Diagnosen und von Eltern vermuteten chronischen Erkrankungen (s. Kapitel 6.2).

**Abb. 4.1.5: Subjektiver Gesundheitszustand (SRHS) des Kindes und der Eltern nach der allgemeinen Gesundheitskompetenz der Eltern**

**Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder; wenn mind. 14 der 16 Items beantwortet wurden. HLS-EU-Q16-Skala.



## Exkurs

### Einordnung der allgemeinen Gesundheitskompetenz in die Studienlandschaft

Die allgemeine Gesundheitskompetenz wurde in den vergangenen Jahren in Deutschland in verschiedenen Studien erhoben, die sich jedoch maßgeblich in ihrer Methodik von der vorliegenden Studie unterscheiden und so einen direkten Vergleich mit diesen Ergebnissen nicht zulassen. So wurde im Rahmen der HLS-GER 3 Studie (Schaeffer et al., 2025) aus den Erhebungsjahren 2024/2025 die allgemeine Gesundheitskompetenz in persönlichen Interviews mit dem HLS19-Q47-Instrument erfasst. Hier wurden erwachsene Personen ab 18 Jahren befragt. Durch diese methodischen Unterschiede ist kein Vergleich zu den Ergebnissen aus der vorliegenden Studie möglich.

Des Weiteren wurde im Rahmen des RKI-Panels Gesundheit in Deutschland (Jordan & Löbl, 2026) aus dem Jahr 2024 (teils schriftlich-postalische Befragung, teils Online-Befragung) ebenfalls ein Ansatz auf Basis des HLS19-Modells gewählt, jedoch kam hier eine Kurzversion des HLS19-Q47, der HLS19-Q12, zum Einsatz, womit ebenfalls ein direkter Ergebnisvergleich ausgeschlossen ist.

Die vom RKI durchgeführte GEDA-Studie aus den Erhebungsjahren 2013 bis 2014 (Jordan & Hoebel, 2015) bietet trotz einer anderen Zielgruppe (hier wurden Personen ab 18 Jahren befragt) eine Möglichkeit der Gegenüberstellung, da im vorliegenden AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 dasselbe Messinstrument (mit geringfügig angepasster Antwortskala, s. Kapitel 3) verwendet wurde. So zeigten in der GEDA-Studie 12 Prozent eine inadäquate, 32 Prozent eine problematische und 56 Prozent eine ausreichende allgemeine Gesundheitskompetenz – in der vorliegenden Studie sind die entsprechenden Anteile 18 Prozent, 28 Prozent und 53 Prozent. Es bleibt jedoch die Herausforderung, dass die Ergebnisse im Hinblick auf die aktuelle Befundlage aufgrund eingeschränkter Vergleichbarkeit bezüglich Zielgruppe, Zeitdifferenz und Erhebungsmodus schwer einzuordnen sind.

## Digitale Gesundheitskompetenz der Eltern

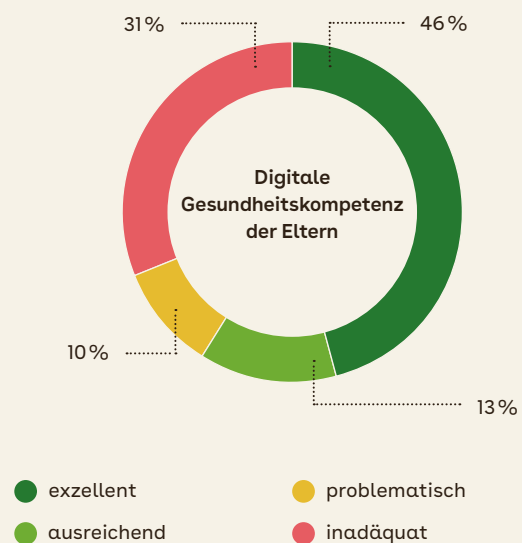
Die digitale Gesundheitskompetenz der Eltern wurde mithilfe der HLS19-DIGI-Skala erfasst (Bielefeld University for HLS19, 2020a; ohne die HLS19-Zusatzinstrumente HL-DIGI-INT und HL-DIGI-DD), welche sich auf das Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Online-Gesundheitsinformationen bezieht. Aufbauend auf acht Items wird ein Gesamtwert gebildet (s. Kapitel 3), anhand dessen vier Gesundheitskompetenz-Level unterschieden werden können: exzellente (= höchstes Level), ausreichende (= zweithöchstes Level), problematische (= zweitniedrigstes Level) und inadäquate (= niedrigstes Level) digitale Gesundheitskompetenz.

Bei 46 Prozent aller befragten Eltern zeigt sich eine exzellente, bei 13 Prozent eine ausreichende, bei zehn Prozent eine problematische und bei 31 Prozent eine inadäquate digitale Gesundheitskompetenz (s. Abb. 4.1.6).

Die digitale Gesundheitskompetenz hängt kaum mit dem Alter und Geschlecht der Eltern zusammen, wohl aber mit dem Alter des Kindes (s. Abb. 4.1.7): 34 Prozent der Eltern mit Kindern im Alter von 0 bis 2 Jahren haben bspw. eine inadäquate digitale Gesundheitskompetenz, während dieser Anteil unter Eltern mit Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren mit 29 Prozent signifikant geringer ausfällt.

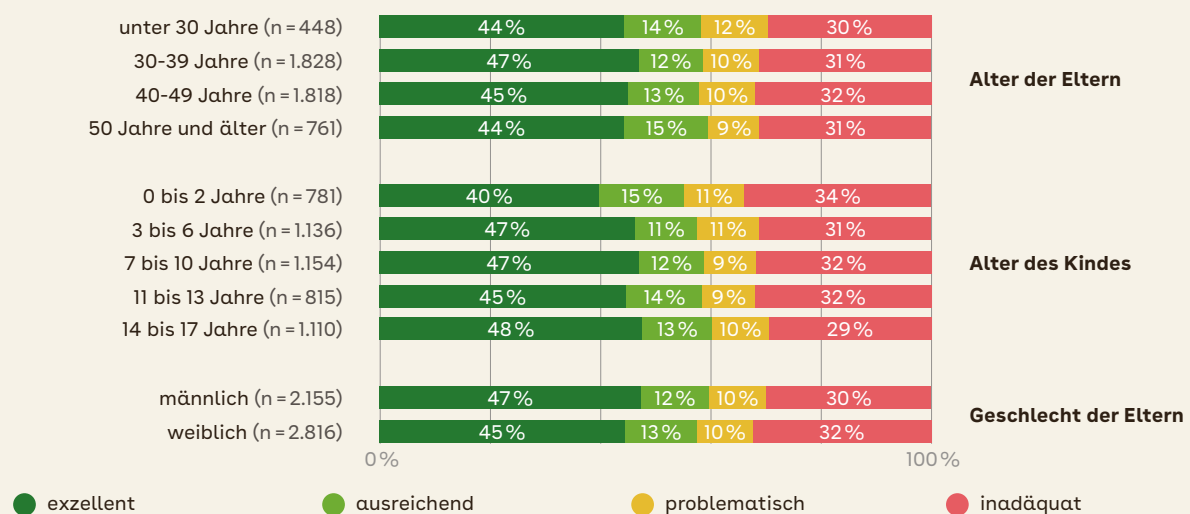
**Abb. 4.1.6:**  
**Digitale Gesundheitskompetenz der Eltern**

**Basis:** n = 4.996 (0- bis 17-jährige Kinder; wenn mind. 80 % der Items beantwortet wurden). HLS19-DIGI-Skala.



**Abb. 4.1.7: Digitale Gesundheitskompetenz der Eltern nach Altersgruppen der Eltern und des Kindes sowie Geschlecht der Eltern**

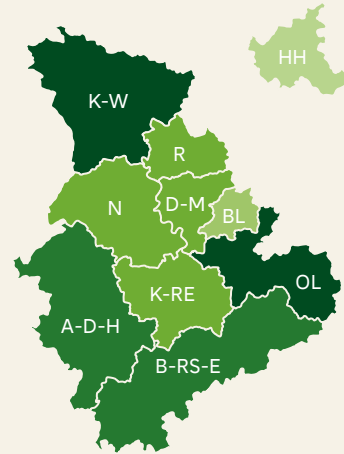
**Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder; wenn mind. 80 % der Items beantwortet wurden. HLS19-DIGI-Skala.



**Abb. 4.1.8: Inadäquate digitale Gesundheitskompetenz nach Regionaldirektion (RD)**

Dargestellt wird die Kategorie inadäquat der digitalen Gesundheitskompetenz der Eltern.

**Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder; wenn mind. 80 % der Items beantwortet wurden. HLS19-DIGI-Skala.

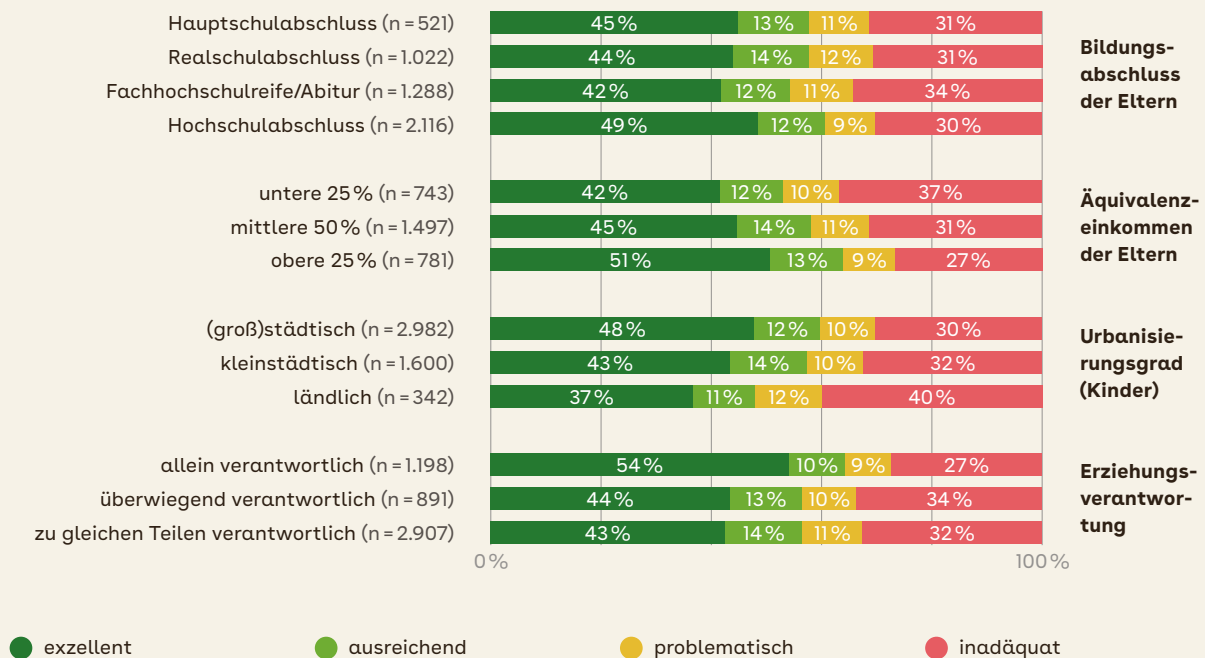


Es zeigen sich signifikante regionale Unterschiede (**s. Abb. 4.1.8**): In der Regionaldirektion Oberbergisches Land tritt ein inadäquater Gesamtwert für die digitale Gesundheitskompetenz besonders häufig auf, in der Regionaldirektion Hamburg besonders selten.



**Abb. 4.1.9: Digitale Gesundheitskompetenz der Eltern nach Bildungsabschluss, Äquivalenzeinkommen, Urbanisierungsgrad und Erziehungsverantwortung**

**Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder; wenn mind. 80 % der Items beantwortet wurden. HLS19-DIGI-Skala.



Insgesamt ist die digitale Gesundheitskompetenz der Eltern signifikant häufiger inadäquat, wenn deren Kind im ländlicheren Raum (40 %) statt kleinstädtisch (32 %) oder (groß)städtisch lebt (30 %; **s. Abb. 4.1.9**). Darüber hinaus fällt auf, dass die digitale Gesundheitskompetenz von Eltern, die allein für die Erziehung des Kindes verantwortlich sind, signifikant seltener inadäquat ist (27 %), als die von Eltern, die zusammen mit einem anderen Elternteil zu gleichen Teilen für das Kind verantwortlich sind (32 %; **s. Abb. 4.1.9**). Auch Eltern mit niedrigem Äquivalenzeinkommen haben signifikant häufiger eine inadäquate digitale Gesundheitskompetenz (37 %) als Eltern mit hohem Äquivalenzeinkommen (27 %; **s. Abb. 4.1.9**).

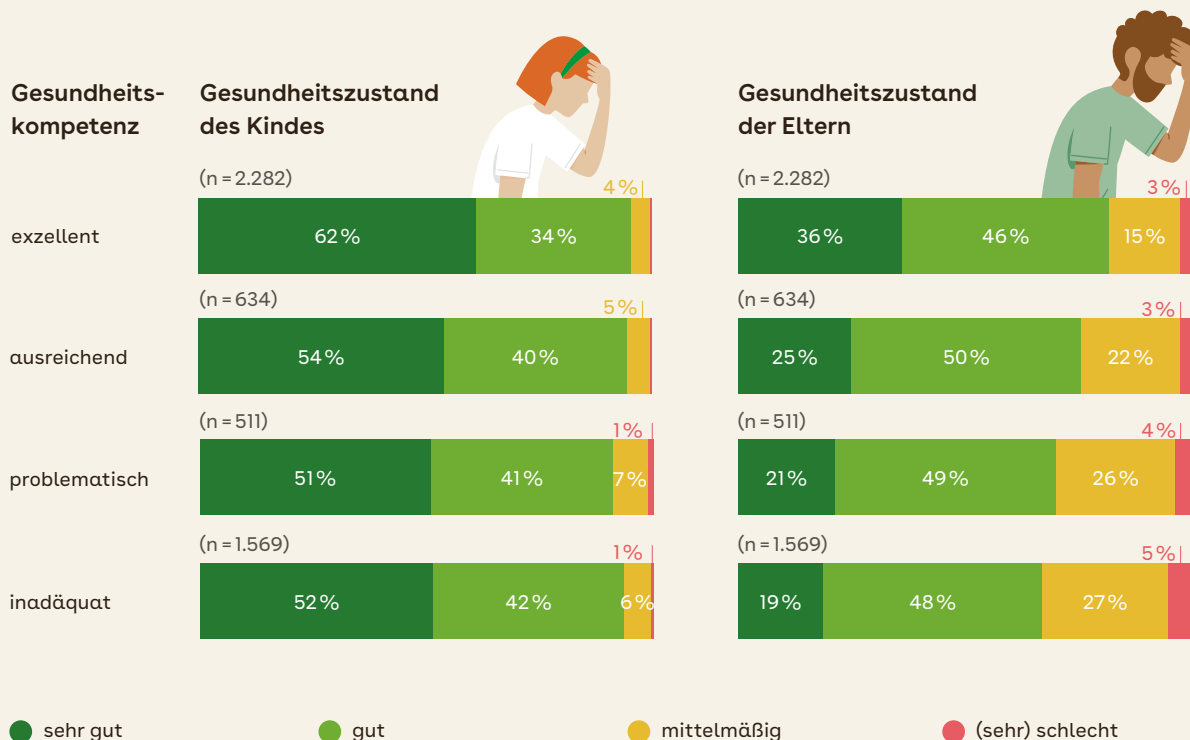


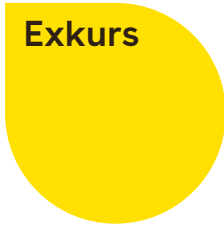
Mit höherer digitaler Gesundheitskompetenz der Eltern wird der subjektive Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen besser eingeschätzt. So berichten Eltern mit exzellenter digitaler Gesundheitskompetenz signifikant häufiger von einem *sehr guten* subjektiven Gesundheitszustand ihres Kindes (62 %) als Eltern mit inadäquater digitaler Gesundheitskompetenz (52 %; s. Abb. 4.1.10).

Ein ähnliches Muster zeigt sich beim subjektiven Gesundheitszustand der Eltern selbst: Während Eltern mit exzellenter digitaler Gesundheitskompetenz ihren eigenen Gesundheitszustand signifikant häufiger als *sehr gut* einschätzen (36 %), trifft dies bei Eltern mit inadäquater digitaler Gesundheitskompetenz nur auf 19 Prozent zu.

**Abb. 4.1.10: Subjektiver Gesundheitszustand (SRHS) des Kindes und der Eltern nach der digitalen Gesundheitskompetenz der Eltern**

**Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder; wenn mind. 80 % der Items beantwortet wurden. HLS19-DIGI-Skala.





## Exkurs

### Einordnung der digitalen Gesundheitskompetenz in die Studienlandschaft

Die digitale Gesundheitskompetenz wurde in Deutschland bisher insbesondere durch die HLS-GER 2 (2019/2020; Schaeffer et al., 2021) und HLS-GER 3 Studien (2025; Schaeffer et al., 2025) erhoben. Im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 wurde das identische Instrument verwendet wie in diesen beiden Studien. Allerdings gibt es darüber hinaus bedeutende methodische Unterschiede, die einen direkten Vergleich der Ergebnisse nicht zulassen.

Die HLS-GER Studien wurden mit persönlichen Interviews (PAPI) durchgeführt, die befragte Zielgruppe war bevölkerungsrepräsentativ ab 18 Jahren. Im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 wurde dagegen mit einem Online-Fragebogen (CAWI) gearbeitet und durch die Zielgruppe der Eltern minderjähriger Kinder befindet sich der Altersschnitt etwas mehr im mittleren Alter, Personen jenseits des 60. Lebensjahres sind darin praktisch nicht repräsentiert.

Diese methodischen Unterschiede sind besonders relevant für die digitale Gesundheitskompetenz. So zeigt sich international ein Trend, dass jüngere Menschen eine höhere digitale Gesundheitskompetenz aufweisen (z. B. Yuen et al., 2024). Zudem ist möglicherweise durch die gewählte Methodik einer Online-Befragung eine grundlegend etwas höhere Digitalaffinität der Zielgruppe des AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 gegeben.

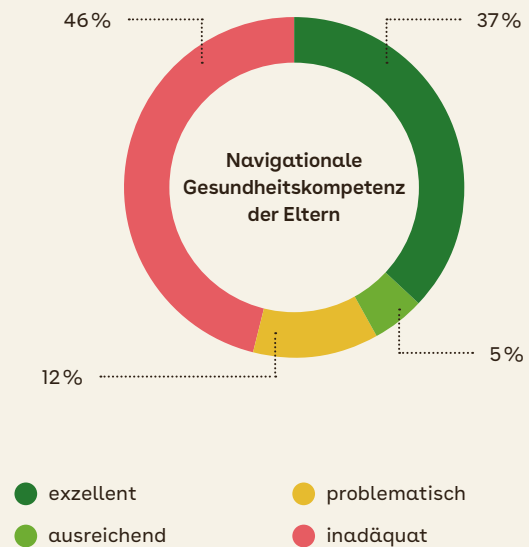
## Navigationale Gesundheitskompetenz der Eltern

Die navigationale Gesundheitskompetenz der Eltern wurde mithilfe der HLS19-NAV-Skala erfasst (Bielefeld University for HLS19, 2020b). Die zugehörigen zwölf Items messen das Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Informationen zum Gesundheitswesen und zur Gesundheitsversorgung. Es geht also darum, wie leicht oder schwer es den befragten Eltern fällt, mit Informationen zum Gesundheitssystem umzugehen und diese zu nutzen, um sich darin zurechtzufinden. Die Berechnung eines Gesamtwerts erfolgt analog zur digitalen Gesundheitskompetenz (s. Kapitel 3) und mündet in dieselben vier Gesundheitskompetenz-Level: exzellent (= höchstes Level), ausreichend (= zweithöchstes Level), problematisch (= zweitniedrigstes Level) und inadäquat (= niedrigstes Level).

Bei 37 Prozent der befragten Eltern zeigt sich eine exzellente, bei fünf Prozent eine ausreichende, bei 12 Prozent eine problematische und bei 46 Prozent eine inadäquate navigationale Gesundheitskompetenz (s. Abb. 4.1.11). Signifikante Unterschiede treten abhängig vom Alter der Eltern auf (s. Abb. 4.1.12): Der Anteil der ab 50-jährigen Eltern mit inadäquater navigationaler Gesundheitskompetenz liegt bei 48 Prozent, während er bei den unter 30-jährigen Eltern 33 Prozent beträgt. Weiterhin variiert die navigationale Gesundheitskompetenz signifikant

**Abb. 4.1.11: Navigationale Gesundheitskompetenz der Eltern**

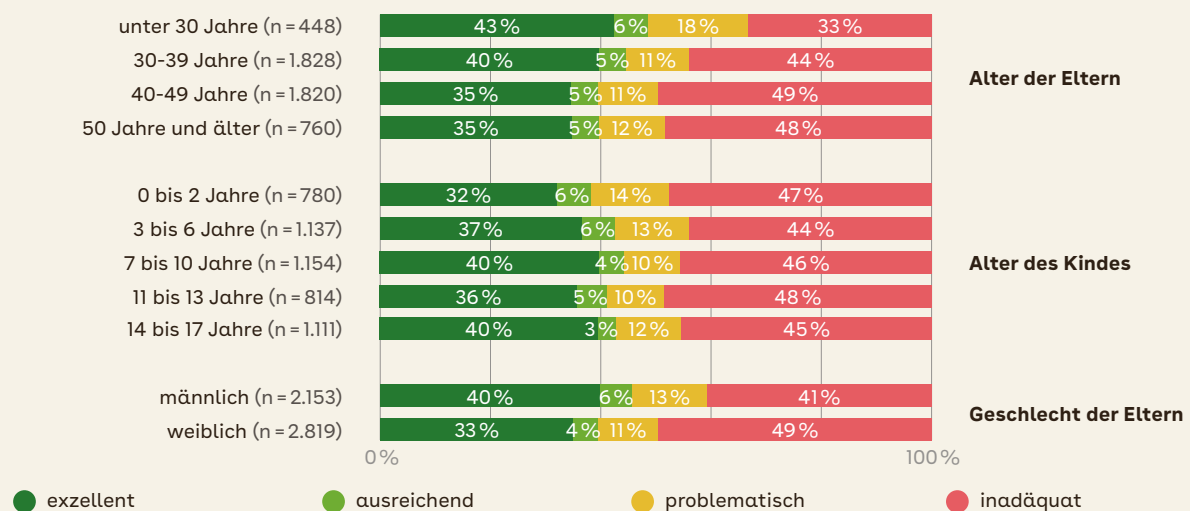
**Basis:** n = 4.996 (0- bis 17-jährige Kinder; wenn mind. 80 % der Items beantwortet wurden). HLS19-NAV-Skala.



mit dem Geschlecht der Eltern (s. Abb. 4.1.12): Während 41 Prozent der männlichen Befragten eine inadäquate navigationale Gesundheitskompetenz aufweisen, liegt dieser Anteil unter den Elternteilen weiblichen Geschlechts bei 49 Prozent.

**Abb. 4.1.12: Navigationale Gesundheitskompetenz der Eltern nach Altersgruppen der Eltern und des Kindes sowie Geschlecht der Eltern**

**Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder; wenn mind. 80 % der Items beantwortet wurden. HLS19-NAV-Skala.



#### Abb. 4.1.13: Inadäquate navigationale Gesundheitskompetenz nach Regionaldirektion (RD)

Dargestellt wird die Kategorie inadäquat der navigationalen Gesundheitskompetenz der Eltern.

**Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder; wenn mind. 80 % der Items beantwortet wurden. HLS19-NAV-Skala.



Zudem besteht ein signifikanter regionaler Unterschied (**s. Abb. 4.1.13**): Besonders häufig tritt eine inadäquate navigationalen Gesundheitskompetenz in der Regionaldirektion Oberbergisches Land auf.

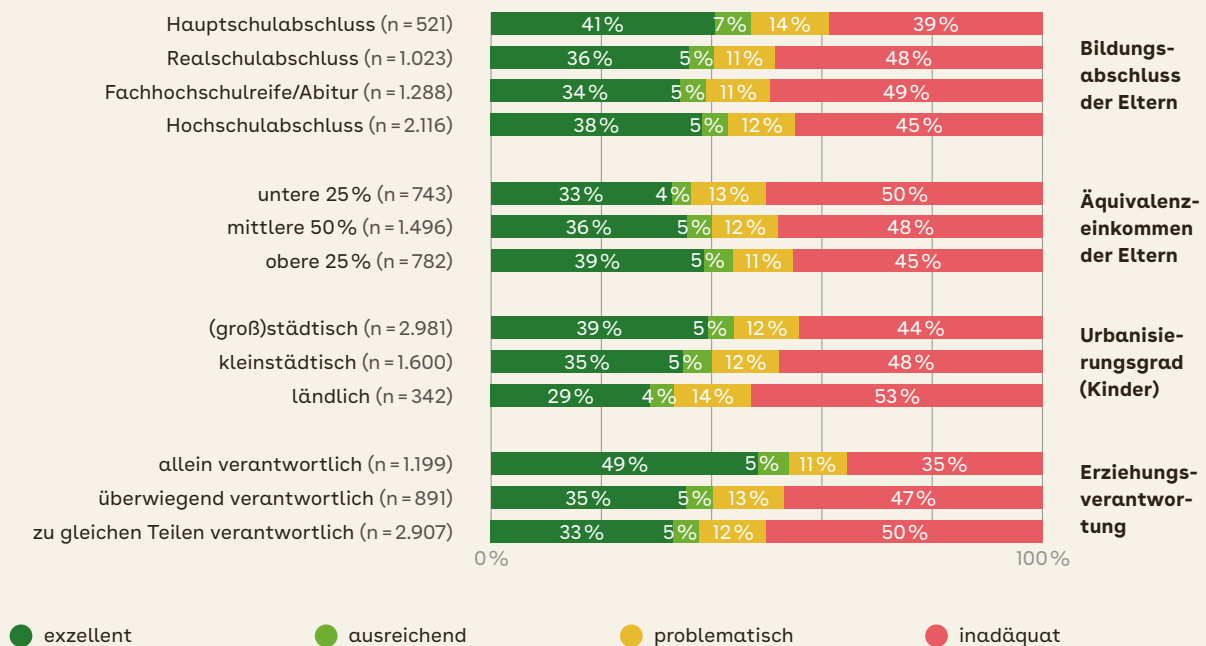


Bezüglich der Urbanisierung des Wohnortes der Kinder und Jugendlichen zeigt sich, dass bei Eltern, deren Kind im ländlichen Raum lebt, die navigationale Gesundheitskompetenz signifikant häufiger inadäquat ausgeprägt ist (53 % vs. 44 % bei (groß)städtischem Wohnort) und dafür signifikant seltener exzellent (29 % vs. 39 %; **s. Abb. 4.1.14**).

Die navigationale Gesundheitskompetenz variiert nicht eindeutig mit dem Bildungsabschluss der Eltern (**s. Abb. 4.1.14**), aber ist bei Eltern mit niedrigem Äquivalenzeinkommen häufiger inadäquat ausgeprägt (50 %) als bei Eltern mit hohem Äquivalenzeinkommen (45 %; **s. Abb. 4.1.14**). Bei der navigationalen Gesundheitskompetenz schneiden zudem Eltern, die allein für die Erziehung des Kindes verantwortlich sind, signifikant seltener inadäquat ab (35 %), als Eltern, die zusammen mit einem anderen Elternteil zu gleichen Teilen für das Kind verantwortlich sind (50 %; **s. Abb. 4.1.14**).

**Abb. 4.1.14: Navigationale Gesundheitskompetenz der Eltern nach Bildungsabschluss, Äquivalenzeinkommen, Urbanisierungsgrad und Erziehungsverantwortung**

**Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder; wenn mind. 80 % der Items beantwortet wurden. HLS19-NAV-Skala.



**Abb. 4.1.15: Subjektiver Gesundheitszustand (SRHS) des Kindes und der Eltern nach der navigationalen Gesundheitskompetenz der Eltern**

**Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder; wenn mind. 80 % der Items beantwortet wurden. HLS19-NAV-Skala.

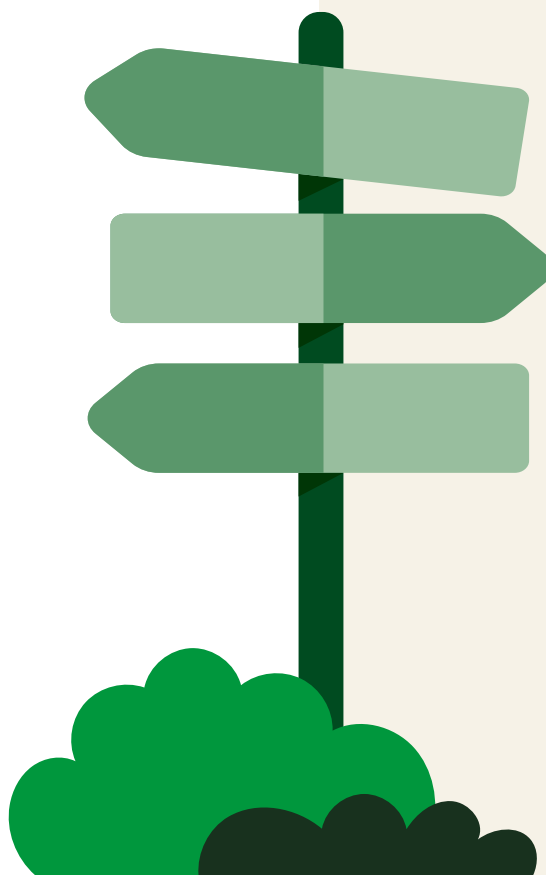


Während 62 Prozent der Eltern mit exzellenter navigationaler Gesundheitskompetenz von einem *sehr guten* subjektiven Gesundheitszustand ihres Kindes berichten, trifft dies bei Eltern mit inadäquater navigationaler Gesundheitskompetenz signifikant seltener zu (53 %; **s. Abb. 4.1.15**). Eltern mit exzellenter navigationaler Gesundheitskompetenz schätzen ihren eigenen Gesundheitszustand ebenso signifikant häufiger *als sehr gut* ein (41 %) als Eltern mit inadäquater navigationaler Gesundheitskompetenz (18 %; **s. Abb. 4.1.15**).

Exkurs

## Einordnung der navigationalen Gesundheitskompetenz in die Studienlandschaft

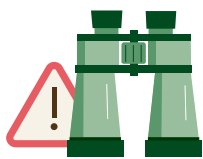
Analog zur digitalen Gesundheitskompetenz wurde auch die navigationale Gesundheitskompetenz in Deutschland zuvor im Rahmen der HLS-GER 2 Studie (2019/2020; Schaeffer et al., 2021) sowie der HLS-GER 3 Studie (2025; Schaeffer et al., 2025) erhoben. Der AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 verwendete das identische Instrument. Gleichzeitig ergeben sich somit dieselben methodischen Unterschiede (s. S. 52): Die Erhebungsmethode (HLS-GER Studien: persönliche Interviews vs. AOK-Kindergesundheitsatlas 2026: Online-Befragung) und die gewählte Zielgruppe (HLS-GER Studien: bevölkerungsrepräsentativ ab 18 Jahren vs. AOK-Kindergesundheitsatlas 2026: Eltern minderjähriger Kinder) führen dazu, dass die Ergebnisse nicht direkt verglichen werden können.





# Nachgefragt bei ...

Prof. em. Dr. Dr. h.c. Klaus Hurrelmann, Senior Professor of Public Health an der Hertie School Berlin. Experte für Jugendforschung, Sozialisation und Gesundheitsförderung.



## In welchen Alltagssituationen zeigt sich besonders deutlich, dass Gesundheitskompetenz einen Unterschied für gesundheitliche Entscheidungen und Verhaltensweisen machen kann?

Gesundheitskompetenz zeigt sich vor allem in den vielen kleinen Entscheidungen des Alltags. Sie entscheidet darüber, wie Menschen Informationen verstehen, Risiken einschätzen und gesundheitsfördernde Routinen entwickeln. Besonders sichtbar wird dies bei Ernährung und Bewegung sowie dem Umgang mit digitalen Medien. Eltern mit hoher Gesundheitskompetenz erkennen Warnsignale wie Rückzug, Schlafprobleme oder starke Ängste häufig früher und suchen rechtzeitig Unterstützung. Gesundheitskompetenz ist heute eine grundlegende Kulturtechnik.



## Welchen konkreten Rat würden Sie Eltern geben, die ihre eigene Gesundheitskompetenz stärken möchten, um ihre Kinder bestmöglich zu unterstützen, (digitale) Angebote bedarfsgerecht zu nutzen und im Gesundheitssystem „richtige“ Entscheidungen zu treffen?

Eltern sollten sich zunächst bewusst machen, dass Gesundheitskompetenz heute keine Spezialkenntnis mehr ist, sondern eine grundlegende Fähigkeit moderner Lebensführung. Eltern sollten lernen, Informationsquellen sorgfältig auszuwählen. Sie sollten selbst auf Bewegung, Ernährung, Schlaf und psychische Balance achten, um so gesundheitliche Orientierung glaubwürdig zu vermitteln. Zudem sollten Eltern Vertrauen in ihre eigene Beobachtungskompetenz entwickeln. Sie kennen ihre Kinder meist besser als jede Institution. Gleichzeitig ist es wichtig, frühzeitig Unterstützung anzunehmen, wenn Unsicherheiten entstehen.



## Welche politische oder gesellschaftliche Forderung würden Sie stellen, um gesundheitliche Chancen von Kindern zu verbessern oder die gesundheitliche Ungleichheit zu verringern – und warum?

Die gesundheitlichen Chancen von Kindern entscheiden sich nicht zuerst in Kliniken oder Arztpraxen, sondern in alltäglichen Lebensbedingungen. Deshalb benötigen wir vor allem eine deutliche Stärkung der frühen Förderung und der kommunalen Unterstützungsstrukturen wie Kitas, Schulen, Familienzentren und Jugendhilfeeinrichtungen. Dort erreichen wir Kinder unabhängig von Herkunft und Einkommen. Kindergesundheit darf nicht primär als individuelles Verhaltensthema verstanden werden, sondern als Ausdruck gesellschaftlicher Teilhabechancen. Die Bekämpfung von Kinderarmut ist immer auch Gesundheitspolitik.



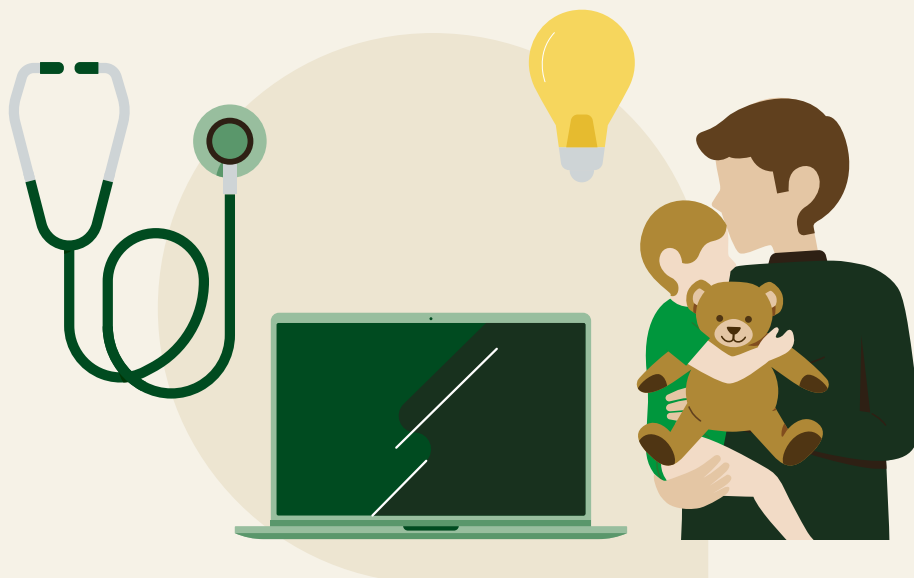
**Fazit: Ein relevanter Teil der Eltern berichtet von Schwierigkeiten beim Finden, Verstehen, Bewerten und Anwenden von Gesundheitsinformationen. Unterschiede bestehen vor allem nach Alter und Einkommen. Zudem zeigt sich, dass eine höhere Gesundheitskompetenz der Eltern mit einer positiveren Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands ihrer Kinder einhergeht. Die Ergebnisse unterstreichen damit die Bedeutung der Gesundheitskompetenz der Eltern für den familiären Gesundheitsalltag.**

## Kapitel 4:

# 4.2 Informationsquellen und Zuständigkeit bei Kindergesundheit aus Sicht der Eltern

Die wachsende Bedeutsamkeit, die der Gesundheitskompetenz zukommt, lässt sich auch daran ablesen, dass die Verfügbarkeit gesundheitsrelevanter Informationen heute allgegenwärtig geworden ist. Internetplattformen, soziale Netzwerke sowie klassische Informationsmedien ermöglichen Eltern einen umfassenden und niedrighen Zugang zu gesundheitsbezogenen Inhalten und Informationen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Hinzu kommt, dass gesundheitsrelevante Informationen nicht selten widersprüchlich sind. Parallel dazu wächst die Zahl relevanter Akteurinnen und Akteure sowie Institutionen im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit kontinuierlich an und die Versorgungs- sowie Informationsstrukturen werden zunehmend komplexer.

Für Eltern ergeben sich daraus vielfältige Anforderungen, die insbesondere die Orientierung innerhalb eines häufig unübersichtlichen Informationsangebots, die Einschätzung der Qualität und Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen sowie die Einordnung der Zuständigkeiten im Gesundheits- und Versorgungssystem betreffen. Damit sind wiederum deren digitale und navigationale sowie auch deren allgemeine Gesundheitskompetenz angesprochen. Daher sollen in diesem Abschnitt Ergebnisse zur Nutzung unterschiedlicher Informationsquellen, zur wahrgenommenen Zuständigkeit verschiedener Akteurinnen bzw. Akteure und Institutionen sowie zur Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems berichtet werden.



## Zusammenfassung

Digitale Informationsquellen werden zwar sehr häufig genutzt, das größte Vertrauen genießen jedoch Kinder- bzw. Facharzt/-ärztin.

Eltern mit geringerer Gesundheitskompetenz vertrauen den Informationsquellen tendenziell weniger.

Viele Eltern sehen sich selbst in der Hauptverantwortung für die Gesundheit ihrer Kinder, Schulen und Kindergärten in wichtiger Mitverantwortung.

---

## Nutzungshäufigkeit von Informationsquellen

- Kinder- bzw. Fachärztinnen und -ärzte vor Ort sind die am häufigsten mindestens monatlich genutzte Informationsquelle (48 %). Digitale Informationsquellen werden nahezu ebenso häufig genutzt, vor allem Online-Suchportale (47 %) und KI-Anwendungen (41 %).
- Jüngere Eltern greifen dabei häufiger auf digitale Quellen zurück als ältere Eltern.

## Vertrauen in Informationsquellen

- Kinder- bzw. Fachärztinnen und -ärzte vor Ort genießen mit Abstand das höchste Vertrauen der Eltern (81 % sehr bzw. eher viel Vertrauen). Gesundheits-Influencerinnen bzw. -Influencern und Sozialen Medien wird hingegen besonders selten vertraut.
- Künstliche Intelligenz (KI) wird häufiger genutzt, als ihr vertraut wird: Obwohl nur 20 % der Eltern KI sehr oder eher vertrauen, nutzen 41 % sie mindestens ungefähr einmal im Monat. Selbst unter Eltern mit geringerem Vertrauen greift noch ca. jede dritte Person (33 %) regelmäßig auf KI zurück, was auf ihre wachsende Bedeutung als niedrigschwelliges Informations- und Orientierungsinstrument hindeutet.
- Quellen, denen umfassender vertraut wird, werden nicht automatisch häufiger genutzt.

## Verantwortlichkeiten für Kindergesundheit aus Sicht der Eltern

- Die meisten Eltern sehen sich selbst in der Hauptverantwortung für die Gesundheit ihrer Kinder (71 %), ein relevanter Teil der Eltern sieht die Hauptverantwortung jedoch bei anderen (27 %).
- Mit steigender allgemeiner Gesundheitskompetenz schreiben sich Eltern häufiger selbst Verantwortung zu.
- Schulen und Kindergärten werden zugleich bei vielen Themen der Kindergesundheit als wichtige Mitverantwortliche wahrgenommen – insbesondere bei Bewegung und Ernährung.

## Nutzungshäufigkeit von Informationsquellen

Betrachtet man die mindestens monatliche Nutzung von Informationsquellen, stehen Kinder- bzw. Fachärztinnen und -ärzte vor Ort an erster Stelle. Für knapp die Hälfte der Eltern (48%) sind sie damit eine regelmäßig genutzte Anlaufstelle für Informationen (**s. Abb. 4.2.1**). Gleichzeitig ist im Vergleich zu allen anderen abgefragten Informationsquellen der Anteil der Eltern, die Kinder- bzw. Facharzt/-ärztin vor Ort *nie* als Informationsquelle nutzen, am geringsten (6%).

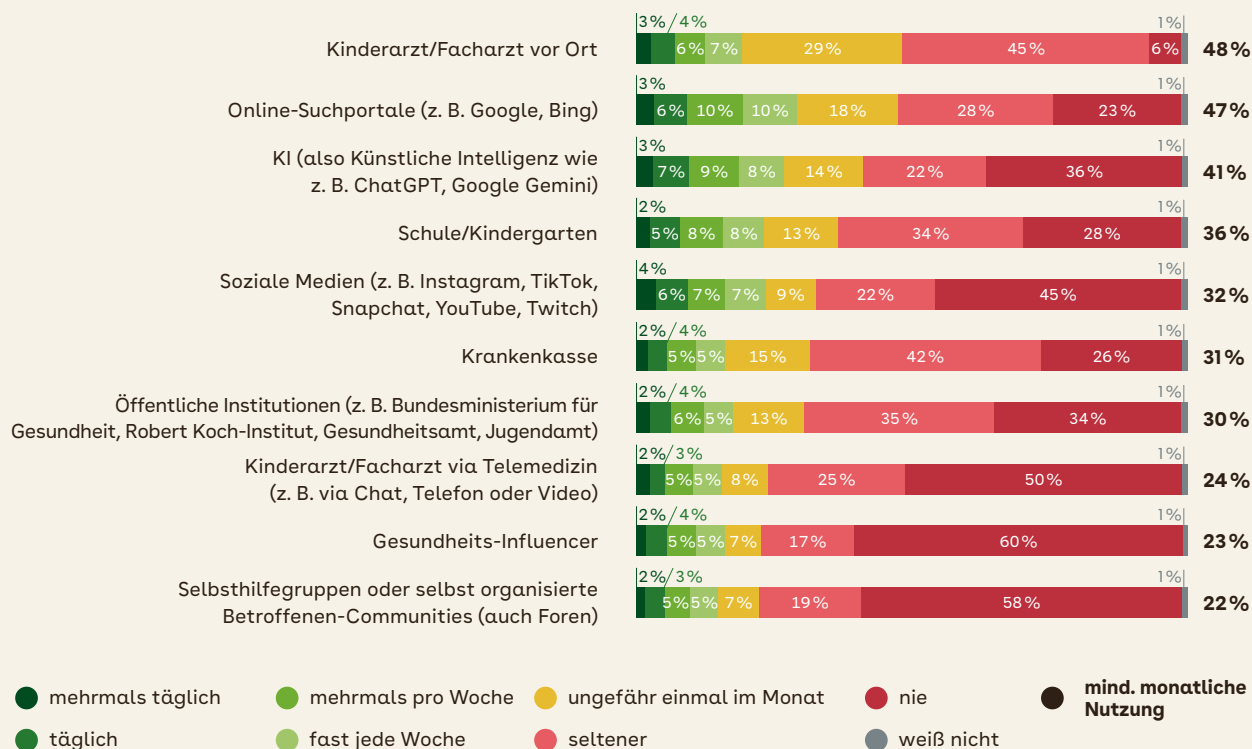
Auch digitale Informationsquellen werden laut Angabe der Eltern häufig mindestens *ungefähr einmal im Monat* genutzt: Online-Suchportale von 47 Prozent und KI von 41 Prozent der Eltern. Außerdem geben 32 Prozent der Eltern Soziale Medien, 23 Prozent Gesundheits-Influencerinnen bzw. -Influencer und 22 Prozent Selbsthilfegruppen oder selbst organisierte Betroffenen-Communities (auch Foren) als mindes-

tens *ungefähr einmal im Monat* genutzte Informationsquelle an. Eltern im Alter von unter 30 Jahren nutzen die digitalen Informationsquellen dabei signifikant häufiger mindestens *ungefähr einmal im Monat* als Eltern im Alter von 50 Jahren und älter (Online-Suchportale: 67% vs. 35%; KI: 66% vs. 28%; Soziale Medien: 59% vs. 23% und Gesundheits-Influencerinnen bzw. -Influencer: 47% vs. 13%; **s. Abb. 4.2.2**).

Bei der mindestens wöchentlichen Nutzung zeigt sich eine Verschiebung der Rangfolge: Digitale Informationsangebote werden häufiger als regelmäßige Informationsquelle genannt (Online-Suchportale: 29%; KI: 27% und Soziale Medien: 23%) als Kinder- bzw. Fachärztinnen und -ärzte vor Ort (19%). Dies weist darauf hin, dass digitale Angebote für viele Eltern eine wichtige Rolle bei der laufenden Informationssuche im Alltag einnehmen.

**Abb. 4.2.1: Nutzungshäufigkeit von Informationsquellen zur Kindergesundheit**

**Basis:** n = 5.000 (0- bis 17-jährige Kinder).

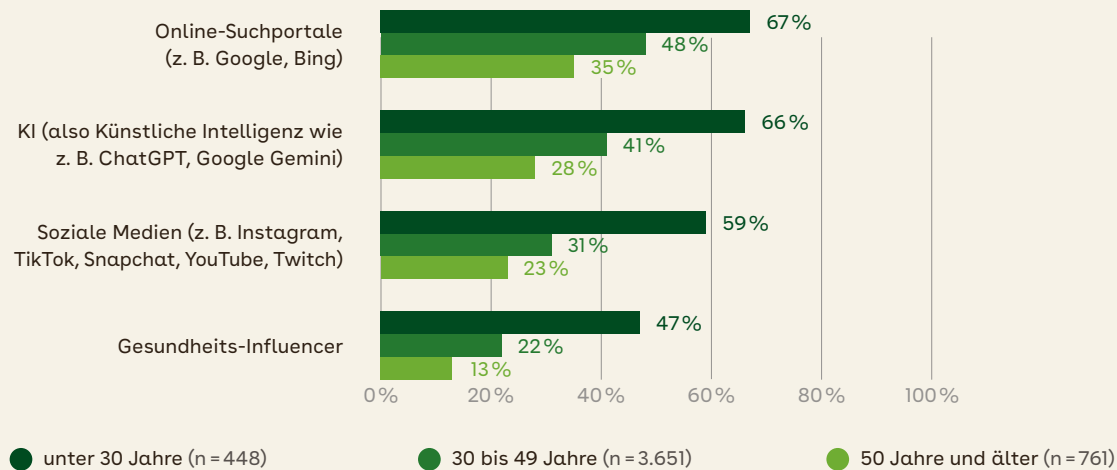


**Frage:** Wie häufig haben Sie die folgenden Informationsquellen rund um die Gesundheit Ihres Kindes genutzt?  
(sortiert nach den kombinierten Anteilen der Antwortoptionen *mehrmals täglich* bis *ungefähr einmal im Monat*)

**Abb. 4.2.2: Nutzungshäufigkeit digitaler Informationsquellen zur Kindergesundheit nach Alter der Eltern**

Dargestellt wird der Anteil der kombinierten Antwortoptionen *mehrmals täglich bis ungefähr einmal im Monat*.

**Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder.



**Frage:** Wie häufig haben Sie die folgenden Informationsquellen rund um die Gesundheit Ihres Kindes genutzt?

Neben Kinder- bzw. Facharzt/-ärztin vor Ort und digitalen Informationsquellen greifen die Eltern auch auf weitere Informationsangebote zurück (**s. Abb. 4.2.1**): Schule/Kindergarten liegen mit 36 Prozent auf Platz vier der Nutzung mindestens *ungefähr einmal im Monat* und fallen insbesondere bei Eltern von Kindern im Alter von 3 bis 6 Jahren besonders hoch aus (47% mindestens *ungefähr einmal im Monat*).

Krankenkassen werden von 31 Prozent der Eltern mindestens *ungefähr einmal im Monat* als Informationsquelle genutzt, öffentliche Institutionen von 30 Prozent der Eltern. Und 24 Prozent der Eltern geben an, mindestens *ungefähr einmal im Monat* auf Kinder- bzw. Facharzt/-ärztin via Telemedizin zurückzugreifen.



Im Folgenden wird betrachtet, welche Faktoren mit einer insgesamt stärkeren bzw. schwächeren Nutzung der Informationsquellen rund um die Gesundheit des eigenen Kindes zusammenhängen:

Es zeigt sich, dass Eltern mit inadäquater navigationaler Gesundheitskompetenz alle Quellen seltener nutzen als Eltern mit exzellenter navigationaler Gesundheitskompetenz (bspw. Krankenkasse von 25 % vs. von 35 % der Eltern mindestens *ungefähr einmal im Monat* benutzt; öffentliche Institutionen von 23 % vs. von 35 %; Kinder- bzw. Facharzt/-ärztin via Telemedizin von 16 % vs. von 30 %).

Außerdem nutzen Eltern mit Kindern, die im ländlichen Raum wohnen, alle Informationsquellen etwas seltener als Eltern, deren Kinder (groß)städtisch leben (bspw. Online-Suchportale von 43 % vs. von 49 % der Eltern mindestens *ungefähr einmal im Monat* benutzt; KI von 34 % vs. 43 %; Krankenkasse von 20 % vs. 33 %; Kinder- bzw. Facharzt/-ärztin vor Ort von 44 % vs. 48 %).

Zudem nutzen Eltern mit besserem subjektiven Gesundheitszustand die abgefragten Informationsquellen insgesamt häufiger. So greifen Eltern mit *sehr gutem* Gesundheitszustand im Vergleich zu Eltern mit

(*sehr*) *schlechtem* subjektivem Gesundheitszustand bspw. häufiger mindestens *ungefähr einmal im Monat* auf Krankenkassen (43 % vs. 22 %) oder Kinder- bzw. Facharzt/-ärztin vor Ort (54 % vs. 40 %) zurück.

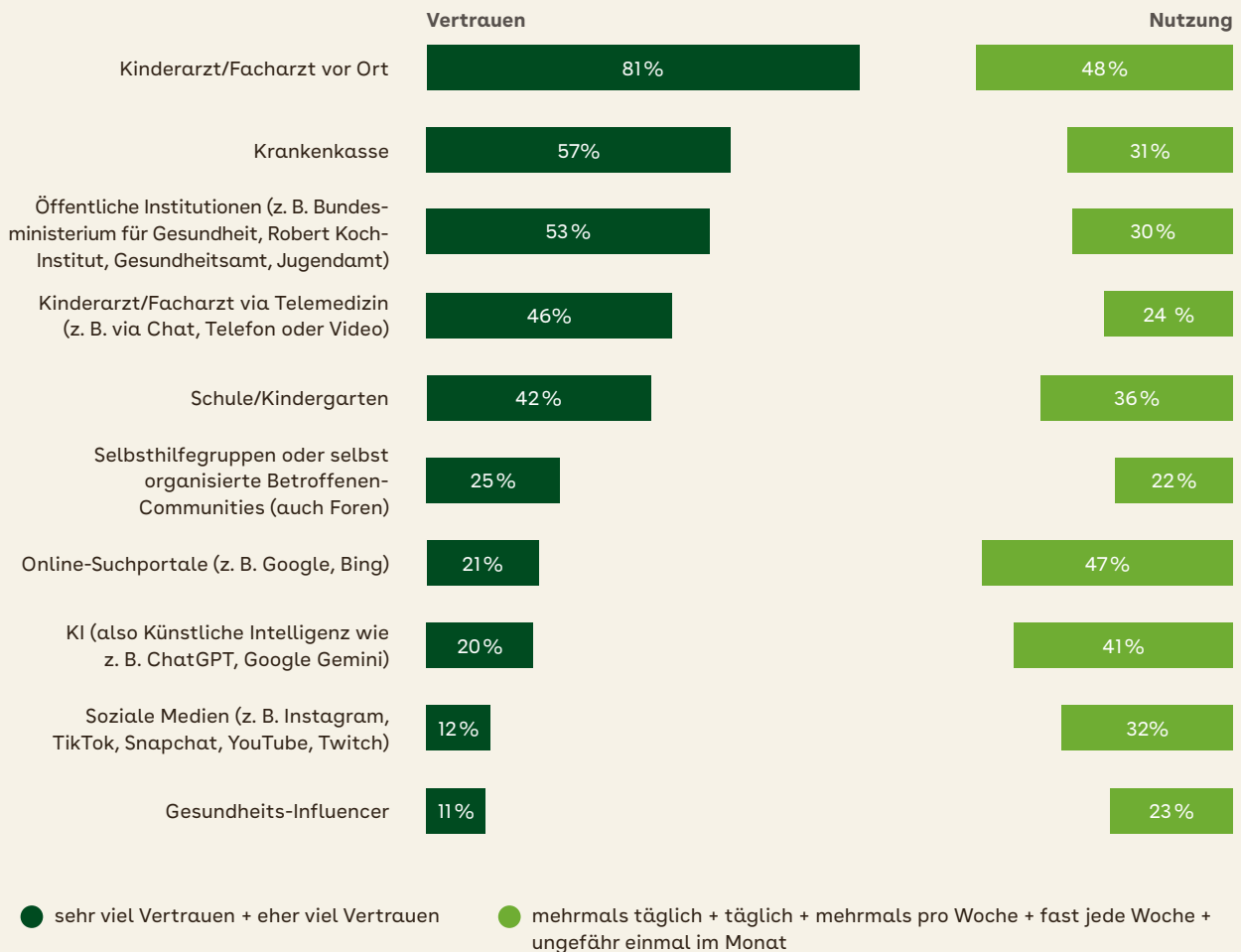
Welche Informationsquellen Eltern rund um die Gesundheit ihres Kindes nutzen, hängt zudem mit dem Vorliegen chronischer Erkrankungen bei ihrem Kind zusammen. Eltern von Kindern ohne diagnostizierte oder vermutete chronische Erkrankung nutzen sämtliche abgefragten Informationsquellen am seltensten. Eltern von Kindern mit mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung hingegen nutzen alle Informationsquellen am häufigsten. Besonders deutlich zeigt sich dies bei KI (+10 Prozentpunkte bei vermuteter gegenüber diagnostizierter Erkrankung), Online-Suchportalen (+10 Prozentpunkte) und Sozialen Medien (+9 Prozentpunkte). Bei Kinder- bzw. Fachärztinnen und -ärzten vor Ort fällt der Unterschied zwar etwas geringer aus, dennoch zeigt sich auch hier: Eltern von Kindern mit mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung nutzen diese Informationsquelle häufiger als Eltern von Kindern mit mindestens einer diagnostizierten chronischen Erkrankung (57 % vs. 53 %).

## Vertrauen in Informationsquellen

Die Nutzungsintensität einer Informationsquelle sagt nicht zwangsläufig etwas über das Vertrauen in diese aus. Im Folgenden wird betrachtet, wie stark Eltern den verschiedenen Informationsquellen vertrauen und wie häufig sie diese im Vergleich dazu nutzen (**s. Abb. 4.2.3**). Kinder- bzw. Facharzt/-ärztin vor Ort bringen die Eltern das größte Vertrauen entgegen (Anteil *sehr* bzw. *eher viel* Vertrauen: 81%). Mit großem Abstand folgen Krankenkassen (57%), öffentliche Institutionen (53%), Kinder- bzw. Facharzt/-ärztin via Telemedizin (46%) und Schule/Kindergarten (42%). Vergleichsweise deutlich weniger Vertrauen wird Gesundheits-Influencerinnen bzw. -Influencern (11%) und Sozialen Medien (12%) entgegengebracht. Auch für KI (20%) und Online-Suchportale (21%) fallen die Anteile der Eltern, die diesen Quellen *sehr* bzw. *eher viel* Vertrauen entgegenbringen, eher gering aus.

Demgegenüber steht jedoch eine, gemessen am Vertrauen, intensivere Nutzung der digitalen Informationsquellen. Trotz eines durch die Eltern geäußerten größeren Vertrauens erfolgt die Nutzung der Informationsquellen (mindestens *ungefähr einmal im Monat*) Krankenkasse, öffentliche Institutionen und Kinder- bzw. Facharzt/-ärztin via Telemedizin seltener als die der digitalen Informationsquellen.

Natürlich ist der Zugang zu den abgefragten digitalen Informationsquellen schnell und bequem möglich, gleichwohl verfügen auch Krankenkassen und öffentliche Institutionen über Digitalangebote. Insgesamt wird deren Informationsangebot jedoch nach Elternangaben vergleichsweise weniger genutzt.

**Abb. 4.2.3: Vertrauen in und Nutzungshäufigkeit von Informationsquellen zur Kindergesundheit****Basis:** n = 5.000 (0- bis 17-jährige Kinder).

**Frage:** Wie viel Vertrauen haben Sie in die folgenden Informationsquellen, wenn es um Informationen rund um die Gesundheit Ihres Kindes geht? (sortiert nach Anteilen der kombinierten Antwortoptionen *sehr viel* Vertrauen und *eher viel* Vertrauen) / Wie häufig haben Sie die folgenden Informationsquellen rund um die Gesundheit Ihres Kindes genutzt? (Darstellung der kombinierten Antwortoptionen *mehrmals täglich* + *täglich* + *mehrmals pro Woche* + *fast jede Woche* + *ungefähr einmal im Monat*)

**Exkurs****Vertrauen in und Nutzung von KI**

Von den befragten Eltern, die KI *sehr* oder *eher viel* vertrauen (20%), geben 79 Prozent an, KI auch mindestens *ungefähr einmal im Monat* zu nutzen. Unter denjenigen, die KI nur *teilweise* bzw. *eher* oder *sehr wenig* vertrauen, nutzen noch 33 Prozent KI mindestens *ungefähr einmal im Monat*.

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass KI von vielen Eltern bereits als niedrigschwelliges Informations- und Orientierungsinstrument genutzt wird, ohne dass ihr gleichermaßen hohes Vertrauen entgegengebracht wird. Während Eltern mit hohem Vertrauen in KI diese besonders intensiv nutzen, greifen auch Eltern mit geringerem Vertrauen regelmäßig auf entsprechende Anwendungen zurück. Dies spricht dafür, dass KI weniger als klassische Vertrauensquelle, sondern vielmehr als schnell verfügbares und alltagsnahes Werkzeug zur Informationssuche wahrgenommen wird.

Im Folgenden wird betrachtet, welche Faktoren mit einem insgesamt höheren bzw. niedrigeren Vertrauen in Informationsquellen rund um die Gesundheit des eigenen Kindes zusammenhängen:

Mit geringerer allgemeiner, digitaler bzw. navigationaler Gesundheitskompetenz fällt tendenziell das Vertrauen in die Informationsquellen rund um die Gesundheit des eigenen Kindes niedriger aus. So haben bspw. nur 69 Prozent der Eltern mit inadäquater allgemeiner Gesundheitskompetenz *sehr* bzw. *eher viel* Vertrauen in Kinder- bzw. Fachärzte/-ärztinnen vor Ort, wohingegen dieser Anteil bei Eltern mit ausreichender allgemeiner Gesundheitskompetenz bei 86 Prozent liegt. Dieses Muster zeigt sich vielfach, bspw. beim Anteil der Eltern mit *sehr* bzw. *eher viel* Vertrauen in Krankenkassen (39 % bei inadäquater vs. 66 % bei ausreichender allgemeiner Gesundheitskompetenz) sowie in öffentlichen Institutionen (36 % bei inadäquater allgemeiner Gesundheitskompetenz vs. 59 % bei ausreichender allgemeiner Gesundheitskompetenz).

Darüber hinaus geben Eltern mit Kindern, die im ländlicheren Raum wohnen, etwas seltener *sehr* bzw. *eher viel* Vertrauen in die Informationsquellen an als Eltern mit Kindern, die im (groß)städtischen Raum wohnen (bspw.: Krankenkasse: 52 % vs. 57 %; Soziale Medien: 6 % vs. 13 %; Gesundheits-Influencerinnen bzw. -Influencer: 7 % vs. 12 %).

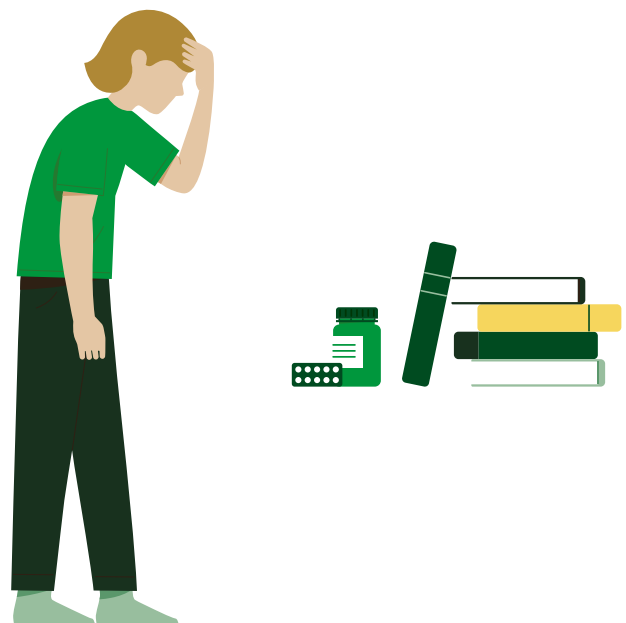
Wenn der subjektive Gesundheitszustand der Eltern *sehr* oder *eher schlecht* ist, sinkt auch ihr Vertrauen in alle abgefragten Informationsquellen (bspw.: Vertrauen in Kinder- bzw. Facharzt/-ärztin vor Ort: bei *sehr* oder *eher schlechtem* Gesundheitszustand 69 % vs. 81 % bei *sehr gutem* Gesundheitszustand; Krankenkasse: 46 % vs. 62 %; Soziale Medien: 7 % vs. 20 %).

Ähnlich stellt sich dies auch bezogen auf den subjektiven Gesundheitszustand des Kindes dar: Wenn dessen Gesundheitszustand nur *mittelmäßig* ist, vertrauen die Eltern Informationsquellen weniger, als wenn der Gesundheitszustand des Kindes *sehr gut* ist (bspw. Vertrauen in Kinder- bzw. Facharzt/-ärztin vor Ort: 74 % vs. 83 %; Krankenkasse 44 % vs. 58 %; Schule/Kindergarten 30 % vs. 46 %).

Das Vertrauen der Eltern in Informationsquellen unterscheidet sich ebenfalls in Abhängigkeit vom Vorliegen chronischer Erkrankungen des Kindes (diagnostiziert vs. vermutet vs. weder vermutet noch diagnostiziert). Dabei zeigt sich kein durchgängig höheres oder niedrigeres Vertrauen einer bestimmten Elterngruppe, sondern unterschiedliche Muster je nach Informationsquelle.

Eltern von Kindern mit mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung bringen digitalen Informationsquellen tendenziell etwas häufiger *sehr* bzw. *eher viel* Vertrauen entgegen. Dies zeigt sich beispielsweise bei Online-Suchportalen (25 % vs. jeweils 20 % bei diagnostizierter bzw. keiner chronischen Erkrankung) sowie KI (24 % vs. jeweils 19 %). Gleichzeitig bringen entsprechende Eltern Kinder- bzw. Fachärztinnen und -ärzten vor Ort tendenziell etwas seltener Vertrauen entgegen. So vertrauen 77 Prozent der Eltern von Kindern mit vermuteter chronischer Erkrankung Kinder- bzw. Fachärztinnen und -ärzten vor Ort *sehr* bzw. *eher viel*, verglichen mit 81 Prozent bei diagnostizierter und 82 Prozent bei keiner chronischen Erkrankung.

Dabei zeigt sich zudem: Eltern, bei deren Kind mindestens eine chronische Erkrankung diagnostiziert ist, bringen Kinder- bzw. Facharzt/-ärztin nahezu ebenso häufig *sehr* bzw. *eher viel* Vertrauen entgegen wie Eltern, bei deren Kind weder eine chronische Erkrankung diagnostiziert ist noch vermutet wird. Etwas geringer hingegen fällt ihr Vertrauen in Krankenkassen (55 % bei Diagnose vs. 59 % wenn Erkrankung weder vermutet noch diagnostiziert), öffentliche Institutionen (51 % vs. 55 %) sowie Schulen und Kindergärten (38 % vs. 47 %) aus.



## Exkurs

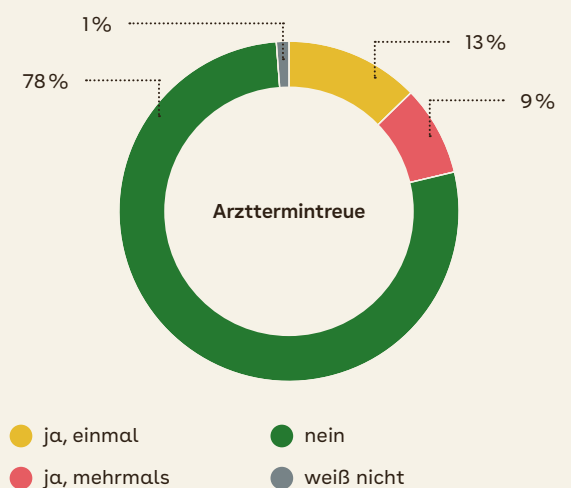
## Arzttermintreue

Die Verfügbarkeit von Arztterminen wird in der öffentlichen Diskussion seit Jahren intensiv thematisiert. Lange Wartezeiten auf Termine in fachärztlichen Praxen und Schwierigkeiten bei der Terminvereinbarung gehören für viele Familien zum Alltag. Gleichzeitig können nicht wahrgenommene oder kurzfristig abgesagte Termine die angespannte Versorgungssituation zusätzlich beeinflussen. Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen des AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 untersucht, wie Eltern mit Arztterminen für ihre Kinder umgehen, welche Gründe für versäumte Termine bestehen und welche Rolle Terminabsagen sowie die Vereinbarung von Terminen „auf Vorrat“ spielen.

Nicht wahrgenommene Arzttermine stellen keinen Einzelfall dar: 21 Prozent der Eltern berichten, dass in den letzten zwölf Monaten mindestens ein für das Kind vereinbarter Arzttermin nicht wahrgenommen werden konnte; bei neun Prozent kam dies sogar mehrfach vor (**s. Abb. 4.2.4**).

**Abb. 4.2.4: Nicht-Einhaltung von vereinbarten Arztterminen**

**Basis:** n = 5.000 (0- bis 17-jährige Kinder).



**Frage:** Kam es in den letzten 12 Monaten vor, dass Sie einen für Ihr Kind vereinbarten Arzttermin nicht wahrnehmen konnten?

Dabei zeigt sich, dass versäumte Arzttermine besonders häufig in Familien auftreten, die stärkeren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind

(s. Abb. 4.2.5):

Je schlechter der subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand des Kindes ausfällt, desto häufiger wurde im vergangenen Jahr mindestens ein für das Kind vereinbarter Arzttermin nicht wahrgenommen. Während 18 Prozent der Eltern von Kindern mit *sehr gutem* Gesundheitszustand von mindestens einem versäumten Termin berichten, steigt dieser Anteil bei Kindern mit *gutem* Gesundheitszustand signifikant an auf 24 Prozent und bei Kindern mit *mittelmäßigem* Gesundheitszustand auf 37 Prozent.

Dieses Muster zeigt sich auch in Abhängigkeit der Anzahl diagnostizierter Erkrankungen: Je mehr Erkrankungen bei einem Kind diagnostiziert sind, desto häufiger berichten Eltern von mindestens einem für ihr Kind vereinbarten, aber nicht wahrgenommenen Arzttermin im vergangenen Jahr. Während dieser Anteil bei Kindern ohne Diagnose bei 16 Prozent liegt, steigt er bei einer Diagnose signifikant auf 23 Prozent an und erreicht bei zwei Diagnosen bereits 36 Prozent.

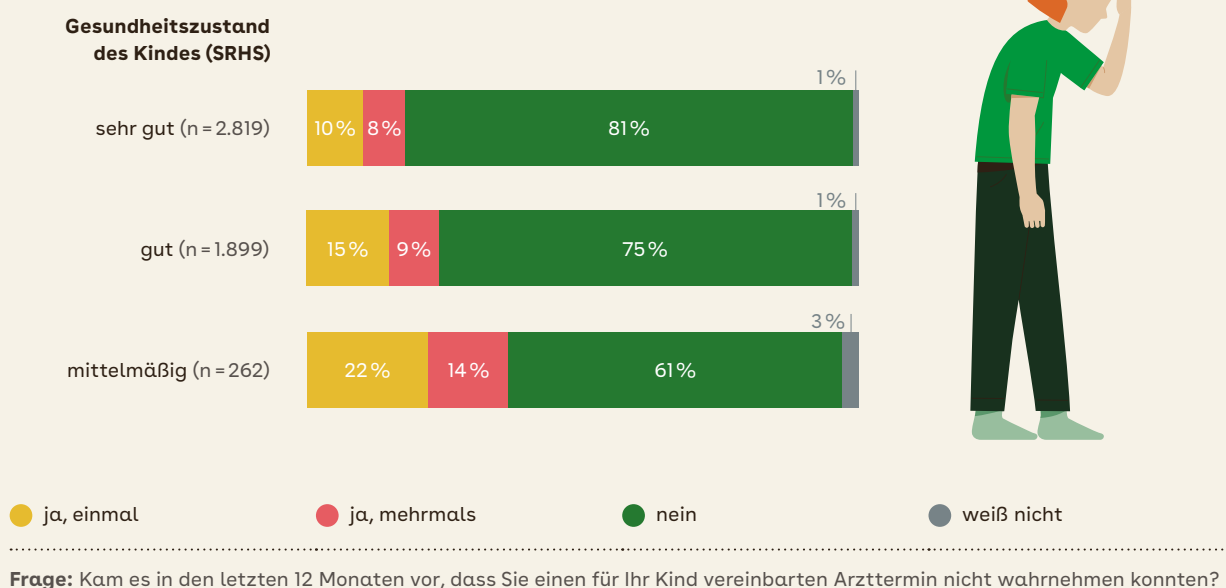
Ein vergleichbarer Zusammenhang zeigt sich auch hinsichtlich der Anzahl vermuteter Erkrankungen. Diagnostizierte Erkrankungen, bei denen die Eltern am häufigsten mindestens einen vereinbarten Arzttermin nicht wahrnehmen konnten, sind Diabetes (71 %), chronische Darmentzündung (65 %) und Epilepsie (61 %), am seltensten tritt dies bei Sehschwäche/Sehstörung (25 %), Neurodermitis/Dermatitis (28 %) und Heuschnupfen (30 %) auf (nur diagnostizierte Erkrankungen mit einer Fallzahl von mindestens 30 betrachtet).

Außerdem geben Eltern mit niedrigem Äquivalenzeinkommen signifikant häufiger an, mindestens einen Arzttermin versäumt zu haben (26 %) als Eltern mit mittlerem (20 %) oder hohem Äquivalenzeinkommen (15 %).

Das gleiche Bild zeigt sich bei Eltern mit inadäquater allgemeiner Gesundheitskompetenz: Sie berichten mit 27 Prozent signifikant häufiger von mindestens einem versäumten Arzttermin als Eltern mit problematischer (22 %) oder ausreichender Gesundheitskompetenz (19 %).

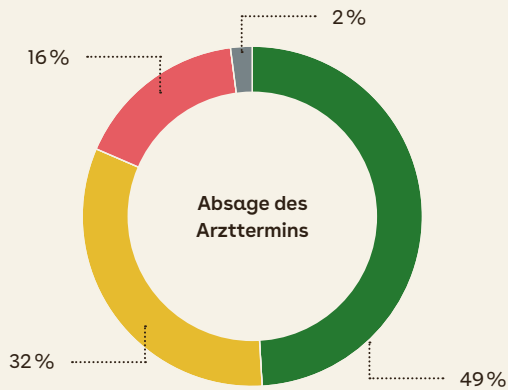
**Abb. 4.2.5: Nicht-Einhaltung von vereinbarten Arztterminen nach subjektivem Gesundheitszustand des Kindes (SRHS)**

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder.



#### Abb. 4.2.6: Absage des Arzttermins

**Basis:** n = 1.064 (0- bis 17-jährige Kinder; Personen, die Arzttermine ihrer Kinder in den letzten 12 Monaten nicht wahrgenommen haben).



- Ich habe alle meine Termine im Vorfeld abgesagt.
- Ich habe nur ein paar meiner Termine im Vorfeld abgesagt.
- Ich habe keinen meiner Termine im Vorfeld abgesagt.
- weiß nicht

**Frage:** Und haben Sie diesen Termin bzw. diese Termine dann im Vorfeld abgesagt?

Um einordnen zu können, wie mit versäumten Terminen umgegangen wird, wurden betroffene Eltern gefragt, ob diese Termine im Vorfeld abgesagt wurden (**s. Abb. 4.2.6**). 49 Prozent der Eltern geben an, alle Termine im Vorfeld abgesagt zu haben, 32 Prozent berichten nur ein paar der Termine und 16 Prozent keinen der Termine im Vorfeld abgesagt zu haben. Dies verweist auf Versorgungspotenziale, die durch diese Umstände noch nicht optimal genutzt werden können.



Eltern, die im vergangenen Jahr mindestens einen Arzttermin ihres Kindes ohne Absage versäumt haben, wurden abschließend nach möglichen Gründen hierfür gefragt (**s. Abb. 4.2.7**).

Einerseits konnten organisatorisch-situative Ursachen ausgewählt werden: 27 Prozent der Eltern nennen Missverständnisse oder fehlerhafte Notizen zum Termin als Grund. 23 Prozent geben an, den Termin vergessen zu haben und 26 Prozent berichten, dass sie den Termin nicht absagen konnten, bspw. aufgrund von Krankheit oder dringenden Angelegenheiten.

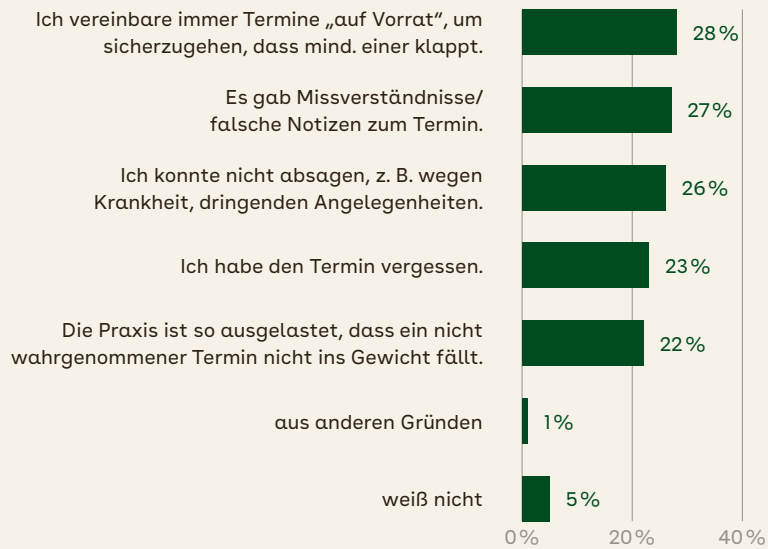
Andererseits werden auch einstellungsbezogene Gründe angegeben: 28 Prozent der Eltern geben an, immer Termine „auf Vorrat“ zu vereinbaren, um sicherzugehen, dass mindestens einer wahrgenommen werden kann. 22 Prozent wählen die Antwortoption aus, die Praxis sei so ausgelastet, dass ein nicht wahrgenommener Termin nicht ins Gewicht falle.

Dies lässt den Schluss zu, dass durch eine gesteigerte Transparenz der Funktionsweise der Versorgungssysteme fälschliche Annahmen und daraus resultierende negative Konsequenzen für Angebot und Nachfrage bei Arztterminen reduziert werden könnten.

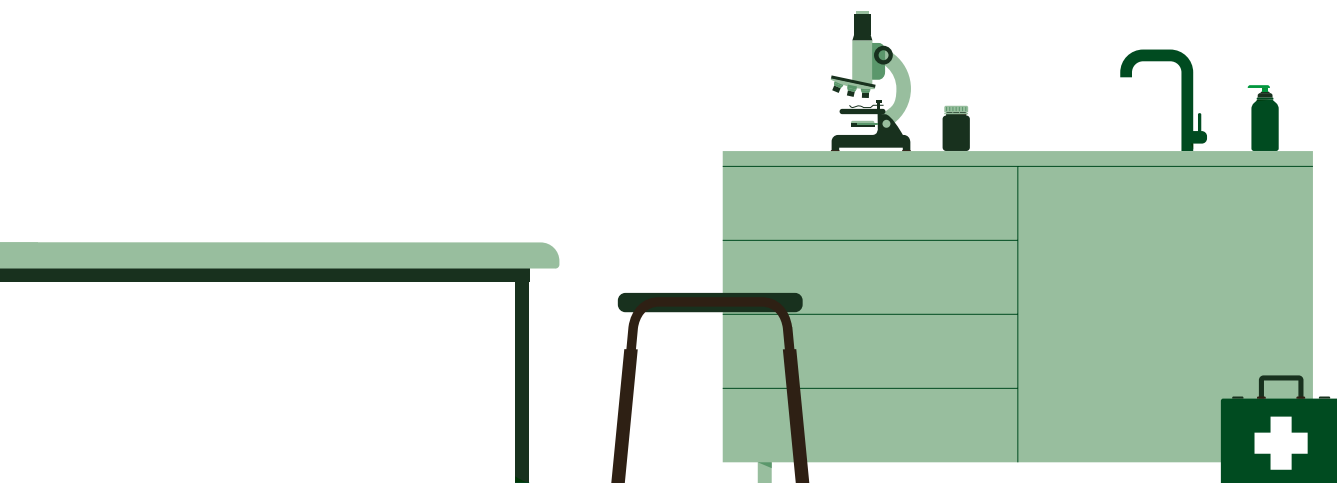


### Abb. 4.2.7: Gründe dafür, den Arzttermin nicht abzusagen

**Basis:** n = 520 (0- bis 17-jährige Kinder; Personen, die Arzttermine nicht wahrgenommen und nicht abgesagt haben).



**Frage:** Aus welchen Gründen haben Sie vereinbarte Termine nicht abgesagt? (Mehrfachantwort möglich)





## Nachgefragt bei ...

Prof. Dr. Stephanie Stock, Professorin für angewandte Gesundheitsökonomie und patientenzentrierte Versorgung, kommissarische Leitung des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie am Universitätsklinikum Köln. Expertin für Gesundheitsversorgung, Gesundheitskompetenz, Prävention und Versorgungsforschung.



### **Welchen Einfluss haben aus Ihrer Sicht unterschiedliche familiäre Lebensumstände auf den Zugang von Kindern zum Versorgungssystem?**

Zeitmangel der Eltern, weil sie mehrere Schichten oder in unsicheren Arbeitsverhältnissen arbeiten, instabile familiäre Familiensituationen in Trennungs- oder anderen Belastungssituationen in der Familie aufgrund von chronischen oder psychischen Erkrankungen, Suchterkrankungen oder chronischer Stressbelastung der Eltern können ursächlich dafür sein, dass Impftermine, Arztbesuche und Vorsorgeuntersuchungen nicht wahrgenommen werden. Hinzu kommen finanzielle Hürden. Betroffen sind häufig Kinder aus Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil, einkommensschwachen und bildungsfernen Schichten.



### **Was kann Eltern dabei helfen, sich im Gesundheitssystem besser zurechtzufinden und dessen Möglichkeiten gezielter zu nutzen?**

Das deutsche Gesundheitssystem gilt als komplex und intransparent. Bei der Orientierung und Informationssuche können folgende Faktoren unterstützen: 1) Verbesserung der Orientierbarkeit im Gesundheitssystem; 2) durchgängige Kommunikation in laienverständlicher Sprache durch alle Gesundheitsfachberufe und 3) konkrete Unterstützungsangebote wie z. B. leicht auffindbare Portale mit qualitätsgesicherten und leicht verständlichen Gesundheitsinformationen, klar strukturierte und ggf. mehrsprachige Webseiten von Anbietern von Gesundheitsleistungen, eine eindeutige und mit Piktogrammen arbeitende Beschilderung in Gesundheitseinrichtungen, Lotsenpunkte und mehrsprachige Informationsmaterialien in Kliniken.

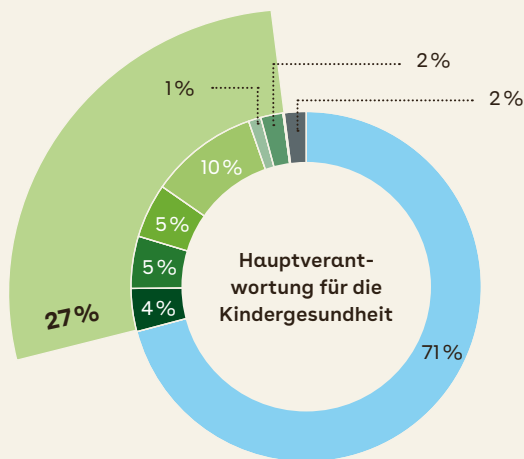
## Verantwortlichkeiten für Kindergesundheit aus Sicht der Eltern

Aus den Antworten auf die Frage, wer aus Sicht der Eltern in Deutschland die Hauptverantwortung für die Gesundheit der Kinder trägt, geht hervor, dass die Eltern sich überwiegend selbst in der Hauptverantwortung sehen (71 %, s. **Abb. 4.2.8**), jedoch in mehr als einem Viertel der Fälle auch andere Akteurinnen und Akteure (27%). Einzelne dieser Akteurinnen bzw. Akteure werden lediglich von einem kleinen Teil der befragten Eltern ausgewählt: Zehn Prozent der Eltern sehen Kinder- bzw. Fachärzte/-ärztinnen in der Hauptverantwortung; weitere zehn Prozent entfallen in der Summe auf Institutionen auf Bundes- bzw. Landesebene.



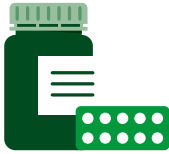
**Abb. 4.2.8: Hauptverantwortung für die Kindergesundheit**

**Basis:** n = 5.000 (0- bis 17-jährige Kinder).



- |                                                                                                    |                                                                                                           |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| ● Eltern/Sorgeberechtigte                                                                          | ● Institutionen auf Ebene der Bundesländer, z. B. Landesministerien für Gesundheit, Gesundheitsämter etc. | ● Schulen und Kindergärten |
| ● Krankenkassen                                                                                    | ● Kinderärzte/Fachärzte                                                                                   | ● andere                   |
| ● Institutionen auf Bundesebene, z. B. Bundesministerium für Gesundheit, Robert Koch-Institut etc. | ● Jugendämter                                                                                             | ● weiß nicht               |

**Frage:** Was denken Sie: Wer trägt aus Ihrer Sicht in Deutschland aktuell die Hauptverantwortung für die Gesundheit der Kinder?

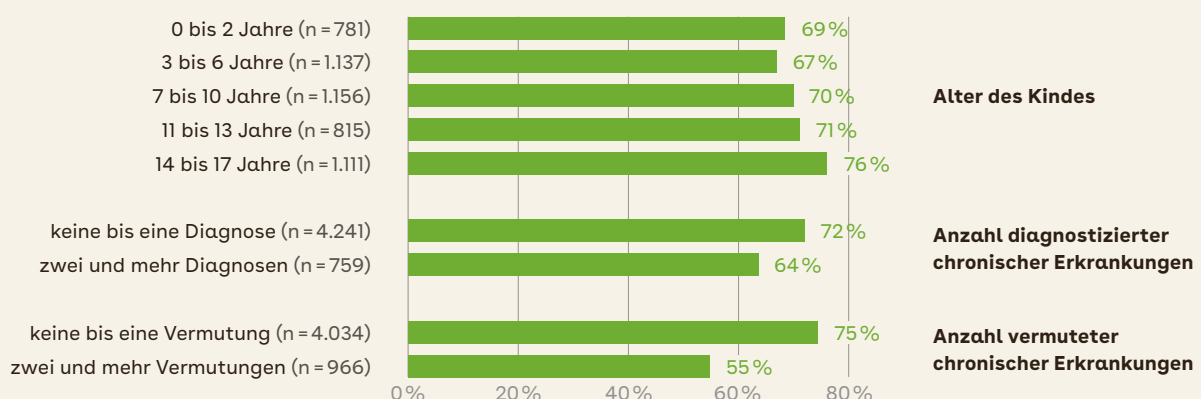


Ob die befragten Eltern sich selbst bzw. die Sorgeberechtigten als hauptverantwortlich für die Gesundheit der Kinder in Deutschland wahrnehmen, variiert in Abhängigkeit von ausgewählten Merkmalen (**s. Abb. 4.2.9**): Eltern älterer Kinder sehen sich tendenziell häufiger selbst in der Hauptverantwortung: Bei Eltern von 14- bis 17-Jährigen ist der Anteil signifikant höher als bei Eltern von 0- bis 2-Jährigen (76 % vs. 69 %). Gleichzeitig zeigt sich, dass Eltern die Hauptverantwortung signifikant seltener bei sich selbst verorten, wenn bei ihrem Kind zwei oder mehr Erkrankungen diagnostiziert (64 %) sind bzw. vermutet (55 %) werden, im Vergleich zu Eltern von Kindern mit höchstens einer Diagnose (72 %) bzw. Vermutung (75 %). Darüber hinaus sehen Eltern mit hohem Äquivalenzeinkommen häufiger die Hauptverantwortung bei sich (78 %), wie auch Eltern mit ausreichender allgemeiner Gesundheitskompetenz (74 %).

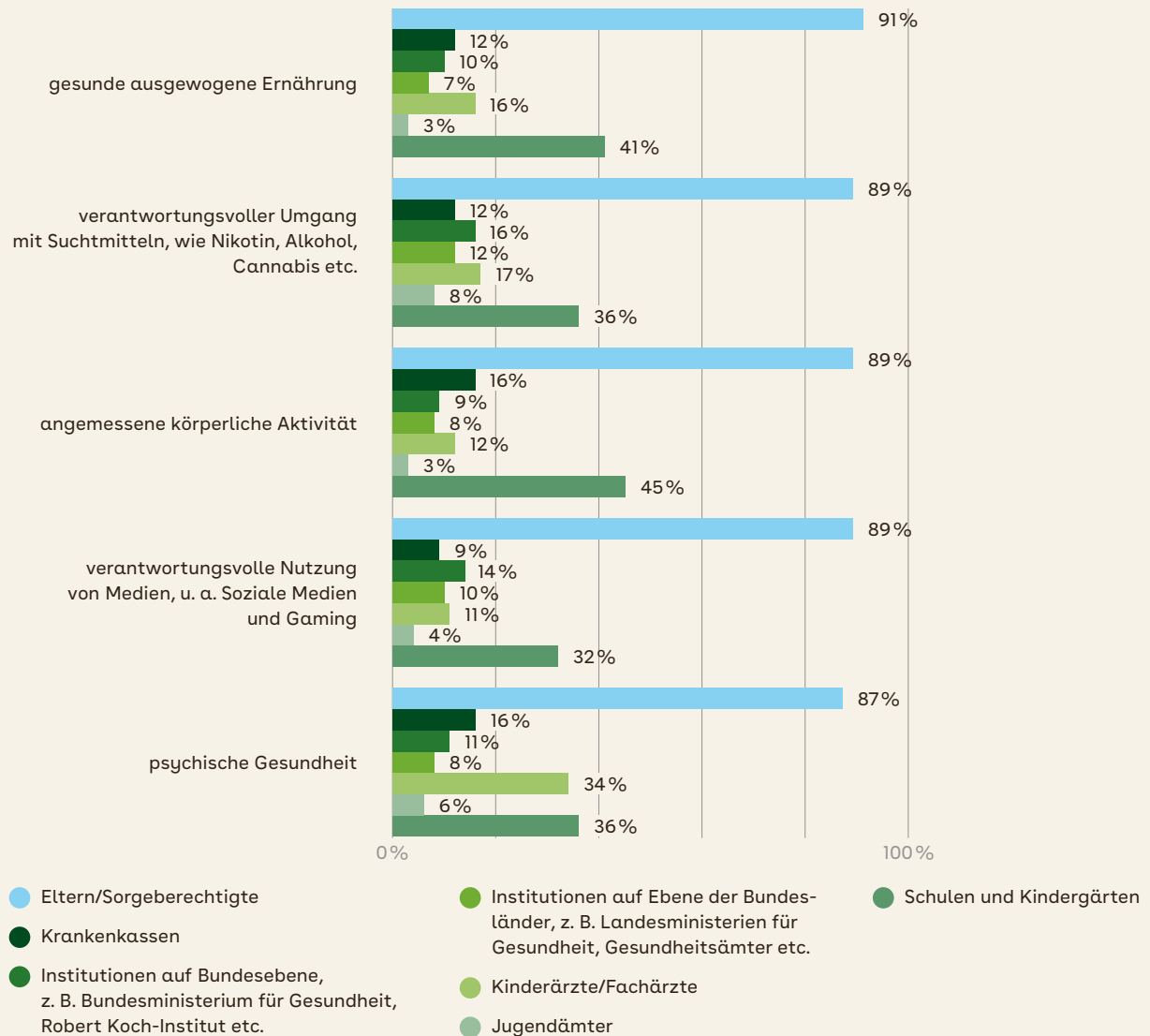
Während zuvor betrachtet wurde, wer laut den Eltern die Hauptverantwortung für die Gesundheit von Kindern trägt, steht nun im Fokus, wie die Verantwortung für verschiedene Themen der Kindergesundheit aus Sicht der Eltern aufgeteilt sein sollte (**s. Abb. 4.2.10**). Themenübergreifend sehen die meisten Eltern vor allem sich selbst in der Verantwortung: Je nach Themenfeld geben zwischen 87 und 91 Prozent an, dass Eltern im Alltag für das jeweilige Thema der Kindergesundheit Sorge tragen sollten. Darüber hinaus schreiben viele Eltern Bildungs- und Betreuungseinrichtungen eine wichtige Rolle zu – bei allen abgefragten Themen werden Schulen und Kindergärten am zweithäufigsten genannt (zwischen 32 und 45 % Nennungshäufigkeit). Insbesondere für angemessene körperliche Aktivität (45 %) sowie gesunde und ausgewogene Ernährung (41 %) sehen viele Eltern Schulen und Kindergärten als verantwortlich.

**Abb. 4.2.9: Eltern/Sorgeberechtigte als Hauptverantwortliche für die Kindergesundheit nach Alter, Anzahl diagnostizierter und vermuteter chronischer Erkrankungen der Kinder**

Dargestellt wird nur die Antwortoption für Eltern/Sorgeberechtigte. **Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder.



**Frage:** Was denken Sie: Wer trägt aus Ihrer Sicht in Deutschland aktuell die Hauptverantwortung für die Gesundheit der Kinder?

**Abb. 4.2.10: Verantwortung für einzelne Gesundheitsthemen zur Kindergesundheit****Basis:** n = 5.000 (0- bis 17-jährige Kinder).

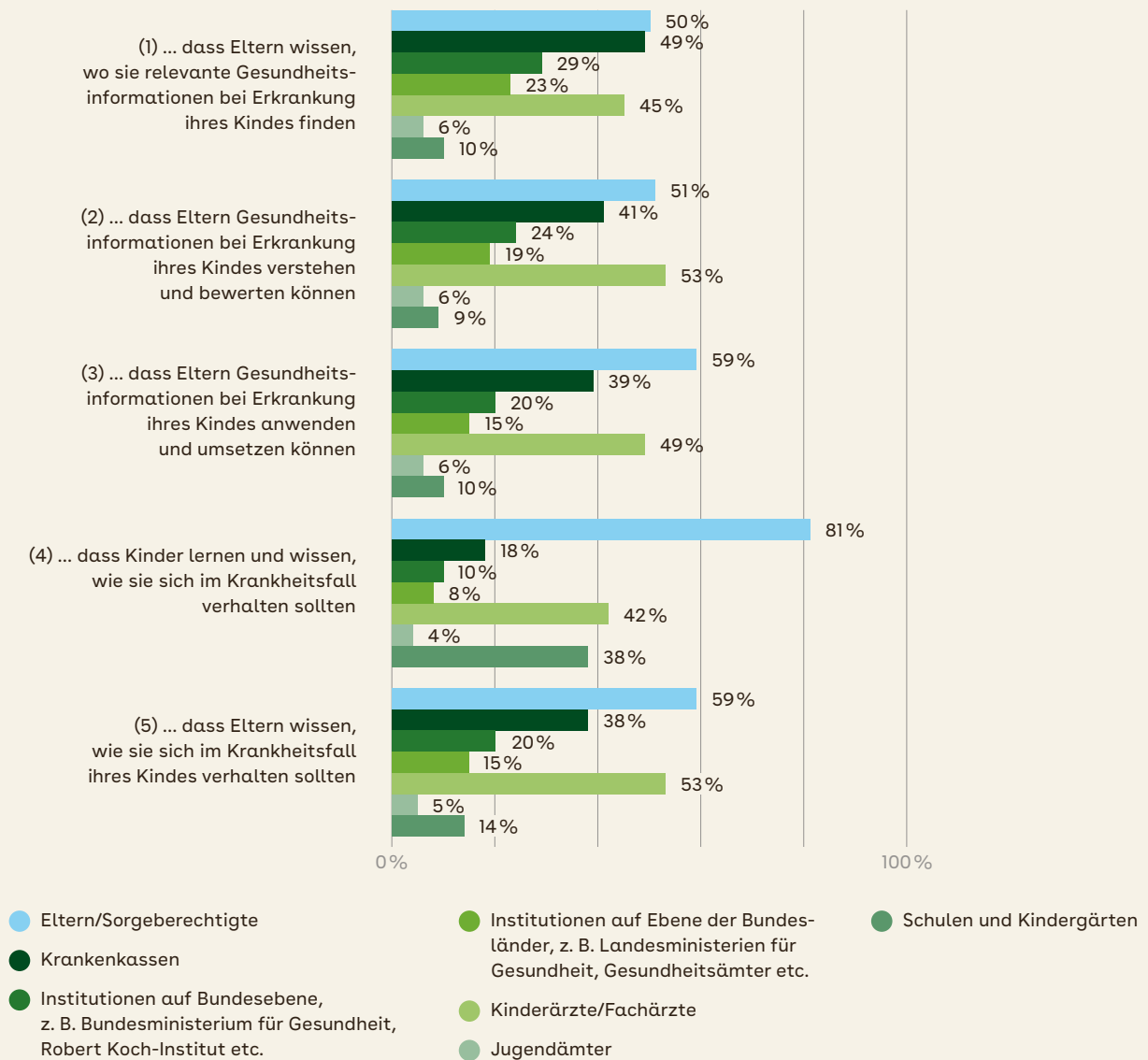
**Frage:** Wer sollte im Alltag für das folgende Thema der Kindergesundheit Sorge tragen?  
(Mehrfachantwort, bis zu drei Antwortoptionen auswählbar)

Kinder- bzw. Fachärzte/-ärztinnen werden vor allem beim Thema psychische Gesundheit in die Verantwortung genommen (34%). Krankenkassen werden je nach Themenfeld von neun bis 16 Prozent der Eltern genannt – am häufigsten ebenfalls bei den Themen psychische Gesundheit und körperliche Aktivität (Nennungshäufigkeit jeweils 16%). Institutionen auf Ebene der Bundesländer, etwa Landesministerien oder Gesundheitsämter, werden besonders beim verantwortungsvollen Umgang mit Suchtmitteln

wie Nikotin, Alkohol oder Cannabis in der Verantwortung gesehen (12%). Auch Jugendämter werden bei diesem Thema vergleichsweise häufig genannt (8%). Zum Thema verantwortungsvolle Nutzung von Medien, unter anderem Soziale Medien und Gaming, werden insgesamt vergleichsweise wenige weitere Akteurinnen bzw. Akteure in der Verantwortung gesehen. Nach Eltern/Sorgeberechtigten sowie Schulen und Kindergärten werden hier am dritthäufigsten Institutionen auf Bundesebene genannt (14%).

**Abb. 4.2.11: Verantwortung für den Kompetenzaufbau**

Basis: n = 5.000 (0- bis 17-jährige Kinder).



**Frage:** Wer sollte im Alltag dafür verantwortlich sein ...? (Mehrfachantwort, bis zu drei Antwortoptionen auswählbar)

*„Unklarheiten in der Verantwortung für die Gesundheit von Kindern entstehen dort, wo Erwartungen an Schule steigen, aber Zuständigkeiten zwischen Eltern, Schule, Jugendhilfe und Gesundheitssystem nicht eindeutig geregelt sind oder sich überschneiden.“*

Katrin Hohmann

Themenübergreifend zeigt sich auch hier: Mit steigender allgemeiner Gesundheitskompetenz schreiben sich Eltern selbst häufiger Verantwortung zu (je nach Thema liegen Differenzen von neun bis 13 Prozentpunkten zwischen ausreichendem und inadäquatem Level). Hinsichtlich der navigationalen Gesundheitskompetenz zeigt sich, dass Eltern, die sich selbst besser im Versorgungssystem zurechtfinden, Schulen und Kindergärten seltener Verantwortung für die verschiedenen Themen der Kindergesundheit zuschreiben (je nach Thema liegen Differenzen von 17 bis 22 Prozentpunkten zwischen exzellentem und inadäquatem Level). Darüber hinaus verorten Eltern themenübergreifend signifikant seltener Verantwortung bei sich selbst, wenn bei ihrem Kind mindestens zwei Erkrankungen diagnostiziert (je nach Thema Differenzen von sieben bis neun Prozentpunkten) bzw. vermutet sind (je nach Thema Differenzen von 17 bis 19 Prozentpunkten) im Vergleich zu Eltern mit Kindern mit weniger Diagnosen bzw. Vermutungen.

Darüber hinaus wurden die Eltern in Anlehnung an die Kernkomponenten der Gesundheitskompetenz dazu befragt, welche Personen oder Institutionen im Alltag dafür Verantwortung tragen sollten, dass Eltern Gesundheitsinformationen im Fall der Erkrankung ihres Kindes (1) finden, (2) verstehen und bewerten sowie (3) anwenden und umsetzen können. Darüber hinaus wurde erhoben, wer dafür verantwortlich sein sollte, dass Kinder (4) bzw. Eltern (5) im Krankheitsfall ihres Kindes wissen, wie sie sich verhalten sollten (**s. Abb. 4.2.11**).

Bei allen fünf Aspekten sehen Eltern vor allem sich selbst sowie Kinder- bzw. Fachärzte/-ärztinnen in der Verantwortung. Bei höherer allgemeiner Gesundheitskompetenz sehen deutlich mehr Eltern die Verantwortung bei sich (je nach Frage Differenzen von neun bis 16 Prozentpunkten zwischen ausreichendem und inadäquatem Level). Bei höherer navigationaler Gesundheitskompetenz ist diese Differenz zum Teil sogar noch größer (Differenzen bis zu 25 Prozentpunkte zwischen exzellentem und inadäquatem Level).

Dass Kinder lernen und wissen, wie sie sich im Krankheitsfall verhalten sollten, wird primär bei den Eltern selbst (81%), bei Kinder- bzw. Fachärzten/-ärztinnen (42%) sowie bei Schulen und Kindergärten (38%) verortet (**s. (4) in Abb. 4.2.11**). Insbesondere Eltern mit ausreichender allgemeiner Gesundheitskompetenz sehen sich dafür selbst signifikant häufiger in der Verantwortung (84%) als Eltern mit inadäquater allgemeiner Gesundheitskompetenz (76%).

Mit zunehmender navigationaler Gesundheitskompetenz sinkt der Anteil der befragten Eltern signifikant, der Schulen und Kindergärten sowie Kinder- bzw. Fachärzten/-ärztinnen diesbezüglich Verantwortung zuschreibt (inadäquate navigationale Gesundheitskompetenz 47% bzw. 48%, exzellente navigationale Gesundheitskompetenz 29% bzw. 36%).





## Nachgefragt bei ...

Prof. em. Dr. Dr. h.c. Klaus Hurrelmann, Senior Professor of Public Health an der Hertie School Berlin. Experte für Jugendforschung, Sozialisation und Gesundheitsförderung.



### **Was bedeutet aus Ihrer Sicht „Verantwortung für Kindergesundheit übernehmen“ für Eltern im Alltag konkret – und wo liegen dabei auch realistische Grenzen?**

Das bedeutet im Kern, Kindern Bedingungen zu ermöglichen, unter denen sie sich körperlich, psychisch und sozial gesund entwickeln können. Doch Eltern stehen heute selbst unter erheblichem Druck: wirtschaftliche Unsicherheit, Zeitknappheit, hohe Erwartungen an Erziehung und die permanente digitale Beschleunigung erschweren den Familienalltag. Viele Eltern erleben einen Zustand chronischer Überforderung. Deshalb ist es problematisch, Kindergesundheit ausschließlich als individuelle Familienaufgabe zu definieren. Eltern tragen eine zentrale Verantwortung, aber sie können strukturelle Probleme nicht allein kompensieren.



### **Wie erleben Sie aktuell die Verteilung von Verantwortung für die Gesundheit von Kindern zwischen Eltern, Bildungseinrichtungen und Gesundheitssystem?**

Derzeit beobachten wir eine starke Verschiebung von Verantwortung hin zu den Familien. Gleichzeitig haben Bildungseinrichtungen ihre gesundheitsbezogene Bedeutung erheblich erweitert. Auch das Gesundheitssystem befindet sich im Wandel. Heute wächst das Bewusstsein dafür, dass Prävention, Gesundheitsförderung und psychosoziale Unterstützung früher ansetzen müssen. Entscheidend wäre ein Zusammenspiel von Familie, Schule, Jugendhilfe und Gesundheitswesen mit niedrigschwelligen Angeboten und gemeinsamer Verantwortung. Kindergesundheit ist deshalb kein isoliertes medizinisches Thema, sondern eine gesamtgesellschaftliche Zukunftsaufgabe.



**Fazit: Für Gesundheitsinformationen rund um das eigene Kind greifen Eltern besonders häufig auf Online-Suchportale, KI-Anwendungen und Soziale Medien zurück, während Kinder- bzw. Fachärzte/-ärztinnen sowie Krankenkassen das höchste Vertrauen genießen. Damit zeigt sich insbesondere bei digitalen Quellen eine deutliche Diskrepanz zwischen Nutzung und Vertrauen. Gleichzeitig fällt auf, dass Eltern mit niedriger Gesundheitskompetenz insgesamt weniger Vertrauen in etablierte Informationsquellen zeigen.**

**Eltern sehen sich mehrheitlich selbst in der Hauptverantwortung für die Gesundheit ihrer Kinder – insbesondere bei höherer Gesundheitskompetenz. Gleichzeitig kommt aus Sicht vieler Eltern auch Schulen und Kindergärten bei Gesundheitsthemen eine wichtige Rolle zu.**

**Zudem berichtet rund ein Fünftel der Eltern von nicht wahrgenommenen Arztterminen ihres Kindes. Neben organisatorischen Gründen deuten die Ergebnisse auch auf ein Potenzial durch nicht abgesagte Termine hin.**

## Kapitel 4:

# 4.3 Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Neben den Familien selbst spielen auch Bildungs- und Betreuungseinrichtungen eine herausragende Rolle als gesundheitsrelevante Lebensumfelder für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Insbesondere Schulen kommt neben dem eigentlichen Bildungsauftrag eine wichtige Verantwortung im Bereich der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung zu. Darüber hinaus werden in diesen Kontexten etwa über Essensversorgung, Angebote zur körperlichen Betätigung sowie weitere gesundheitsrelevante Aktivitäten vielfältige Beiträge zu Gesundheitsförderung und Prävention geleistet.

Im folgenden Kapitel wird zunächst betrachtet, wie häufig Kinder und Jugendliche krankheitsbedingt in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen fehlen. Anschließend steht das Wohlbefinden in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen im Fokus. Dabei wird untersucht, ob sich Kinder auf ihre Einrichtung freuen, ob sie dort Spaß haben und ob sie die dortigen Aufgaben gut bewältigen. Im Anschluss werden mit Mobbing, Cybermobbing, Stress und Leistungsdruck zentrale Belastungen des Kindergarten- und Schulalltags beleuchtet.

### **Welche Rolle spielt Schule aus Ihrer Sicht für die gesundheitliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen – über den reinen Bildungsauftrag hinaus?**

Schule prägt Gesundheit weit über den Unterricht hinaus: Sie gestaltet soziale Beziehungen, Selbstwirksamkeit, Bewegungs- und Erholungsräume sowie emotionale Sicherheit. Eine gesundheitsförderliche Schule stärkt Kinder in ihrer Entwicklung und bereitet sie auf ihre Zukunft vor: In einer Welt im Wandel schafft eine gute gesunde Schule verlässliche Strukturen und vermittelt Zukunftskompetenzen wie Kreativität, kritisches Denken, Kollaboration und Kommunikation.

Katrin Hohmann, Landeskoordinatorin des Landesprogramms Bildung und Gesundheit NRW



## Zusammenfassung

Belastungen wie Mobbing, Cybermobbing, Stress und Leistungsdruck als Teil des Alltags – insbesondere im Schulalter

mit dem Übergang auf die weiterführende Schule sinkendes Wohlbefinden in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen und damit auch schlechterer subjektiver Gesundheitszustand

## Fehlzeiten in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

- 11% der Kinder und Jugendlichen hatten im vergangenen Jahr keinen krankheitsbedingten Fehltag, 37% fehlten an ein bis fünf Tagen, 18% an sechs bis zehn Tagen und 23% an mehr als zehn Tagen.
- Die durchschnittliche Zahl krankheitsbedingter Fehltage beträgt bei Kindern ohne diagnostizierte chronische Erkrankung acht Tage, bei einer Erkrankung elf und bei zwei oder mehr Erkrankungen 16 Tage. Dasselbe Muster zeigt sich bei vermuteten chronischen Erkrankungen.

## Wohlbefinden in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

- Insgesamt zeigt jedes siebte Kind (14%) mind. ein negatives Anzeichen für geringes Wohlbefinden in Kindergarten, (Vor-)Schule oder Ausbildung.
- Die Freude auf Kindergarten, (Vor-)Schule oder Ausbildung nimmt mit dem Alter deutlich ab, vor allem 14- bis 17-Jährige haben sich seltener hierauf gefreut.
- Ein geringes Wohlbefinden spiegelt sich im subjektiven Gesundheitszustand wider: Kinder, die sich selten oder nie auf Kindergarten oder Schule freuen, haben seltener einen sehr guten Gesundheitszustand als Kinder, die sich oft oder immer darauf freuen (37% vs. 60%).

## Belastungen durch Mobbing, Cybermobbing, Stress und Leistungsdruck bei 3- bis 17-Jährigen

- Belastung durch Offline-Mobbing: bei 7% konkret wahrgenommen, bei 17% vermutet.
- Belastung durch Cybermobbing: bei 4% konkret wahrgenommen, bei 8% vermutet.
- Belastung durch Stress: bei 10% konkret wahrgenommen, bei 31% vermutet.
- Belastung durch Leistungsdruck: bei 11% konkret wahrgenommen, bei 31% vermutet.
- Die vier Belastungen stehen im Zusammenhang mit geringerem Wohlbefinden in Kindergarten, (Vor-)Schule oder Ausbildung.

## Fehlzeiten und Wohlbefinden in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Von den 5.000 in der vorliegenden Studie befragten Eltern geben 88 Prozent an, dass ihr Kind den Kindergarten, die (Vor-)Schule oder die Berufsschule besucht. Erwartungsgemäß fällt dieser Anteil bei den 0- bis 2-Jährigen deutlich geringer aus (34 %) als bei den 3- bis 6-Jährigen (96 %). Von den 7- bis 13-Jährigen besuchen alle (100 %) eine Bildungs- und Betreuungseinrichtung; bei den 14- bis 17-Jährigen sind es 97 Prozent.

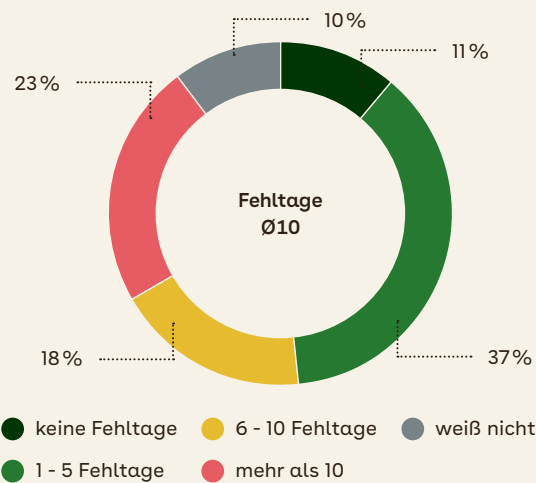
Die folgenden Angaben in diesem Kapitel beziehen sich überwiegend auf Eltern, deren Kinder den Kindergarten, die (Vor-)Schule oder die Berufsschule besuchen. Mit dem Ziel einer differenzierten Betrachtung wird im Rahmen der Ergebnisdarstellung eine Unterscheidung nach Kindern, die Kindergarten oder Vorschule besuchen (Altersgruppe 3- bis 6-Jährige) und Kindern und Jugendlichen, die Schule oder Berufsschule besuchen (Altersgruppe 7- bis 17-Jährige) vorgenommen.

Ein Hinweis auf die Gesundheit der Kinder ergibt sich aus den krankheitsbedingten Fehltagen (**s. Abb. 4.3.1**). Elf Prozent der Kinder und Jugendlichen hatten im vergangenen Jahr keinen Fehltag. 37 Prozent fehlten an ein bis fünf Tagen, 18 Prozent an sechs bis zehn Tagen und 23 Prozent an mehr als zehn Tagen. Hieraus ergeben sich im Durchschnitt zehn Fehltage im vergangenen Jahr.

Während Kindergarten- und Vorschulkinder (3- bis 6-Jährige) ebenfalls durchschnittlich zehn Tage fehlten, stellt sich die Situation bei den Schulkindern differenzierter dar: So wiesen Grundschul Kinder (7- bis 10-Jährige) im Schnitt signifikant weniger Fehltage auf (sieben Fehltage). Bei Kindern an weiterführenden Schulen steigt die Zahl der Fehltage im Vergleich zu den Grundschulkindern wieder signifikant an, bei 11- bis 13-Jährigen auf zehn Fehltage und für die 14- bis 17-Jährigen geben die Eltern insgesamt zwölf Fehltage an. Geschlechterspezifische Unterschiede zeigen sich hingegen nicht.

**Abb. 4.3.1: Fehltage**

**Basis:** n = 4.407 (0- bis 17-jährige Kinder, die Kindergarten, (Vor-)Schule oder Berufsschule besuchen).



**Frage:** Wie viele Fehltage hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten? Gemeint sind Tage, an denen Ihr Kind aus gesundheitlichen Gründen nicht im Kindergarten bzw. in der Schule war. Falls Sie die genaue Zahl nicht wissen, geben Sie bitte eine Schätzung an.

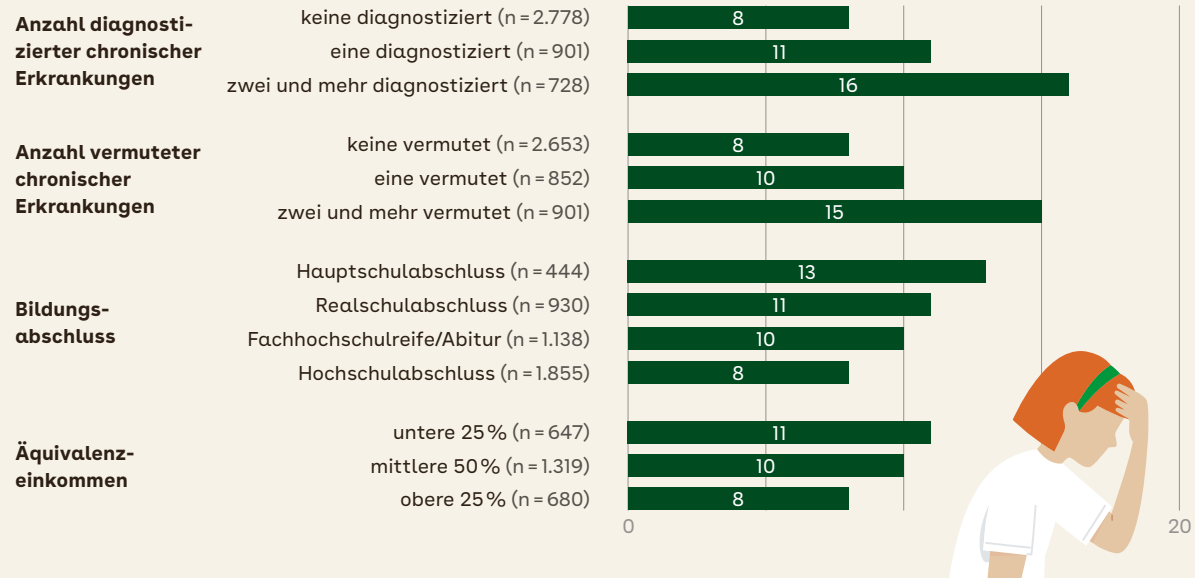
Mit Zunahme diagnostizierter bzw. vermuteter chronischer Erkrankungen erhöht sich auch die Zahl der durchschnittlichen Fehltage (**s. Abb. 4.3.2**). Kinder ohne Diagnose fehlen durchschnittlich an acht Tagen aus gesundheitlichen Gründen, Kinder mit einer Diagnose an durchschnittlich elf Tagen und Kinder mit mindestens zwei Diagnosen an durchschnittlich 16 Tagen. Auch bei vermuteten Erkrankungen steigt die durchschnittliche Anzahl der Fehltage mit der Anzahl der vermuteten Erkrankungen an: Kinder ohne vermutete chronische Erkrankung fehlen durchschnittlich an acht Tagen, Kinder mit einer vermuteten chronischen Erkrankung an zehn Tagen und Kinder mit mindestens zwei vermuteten chronischen Erkrankungen an durchschnittlich 15 Tagen.

Darüber hinaus fehlen Kinder von Eltern mit höherem Bildungsabschluss tendenziell seltener krankheitsbedingt (**s. Abb. 4.3.2**): Während Kinder von Eltern mit Hauptschulabschluss im Durchschnitt an 13 Tagen krankheitsbedingt fehlen, sind es bei Kindern von Eltern mit Hochschulabschluss durchschnittlich acht Tage. Auch das Äquivalenzeinkommen hängt mit den Fehltagen zusammen (**s. Abb. 4.3.2**): Bei niedrigem Äquivalenzeinkommen werden durchschnittlich elf Fehltage berichtet, bei hohem Äquivalenzeinkommen durchschnittlich acht Tage.



**Abb. 4.3.2: Durchschnittliche Anzahl an Fehltagen nach Anzahl (vermuteter) Erkrankungen bei Kindern sowie Bildungsabschluss und Äquivalenzeinkommen der Eltern**

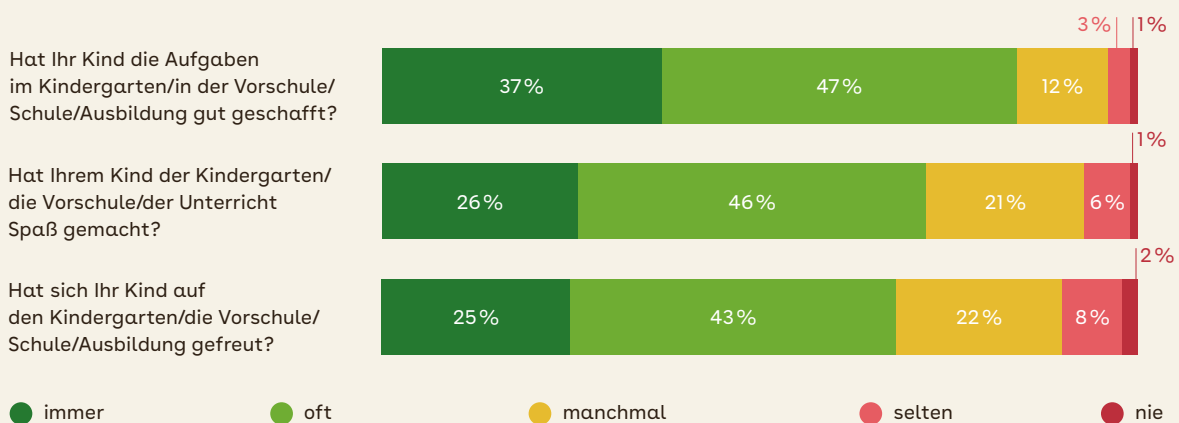
**Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder, die Kindergarten, (Vor-)Schule oder Berufsschule besuchen.



**Frage:** Wie viele Fehltage hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten?

**Abb. 4.3.3: Wohlbefinden in Kindergarten, (Vor-)Schule oder Ausbildung**

**Basis:** n = 4.407 (0- bis 17-jährige Kinder, die Kindergarten, (Vor-)Schule oder Berufsschule besuchen).



**Frage:** Wenn Sie an die letzte Woche denken...

Des Weiteren wird betrachtet, wie Eltern das Wohlbefinden ihrer Kinder in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen einschätzen (**s. Abb. 4.3.3**). Insgesamt geben zehn Prozent der Eltern an, dass sich ihr Kind in der letzten Woche *selten* oder *nie* auf den Kinder-

garten, die (Vor-)Schule oder die Ausbildung gefreut hat. Sieben Prozent geben an, dass ihr Kind in der letzten Woche *selten* oder *nie* Spaß daran hatte. Außerdem geben vier Prozent an, dass ihr Kind die Aufgaben dort *selten* oder *nie* gut geschafft hat.

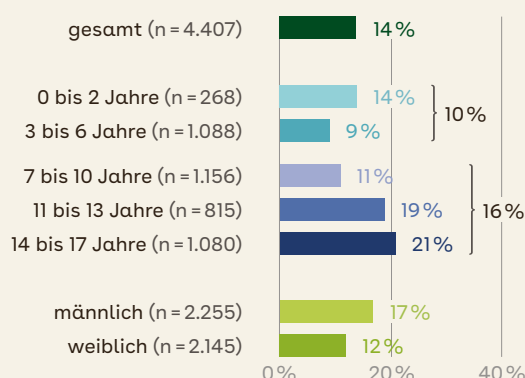
Insgesamt tritt bei jedem siebten Kind (14%) mindestens ein negatives Anzeichen für geringes Wohlbefinden (keine Freude, kein Spaß oder Aufgaben nicht geschafft) auf (**s. Abb. 4.3.4**). Unter den Kindern im Alter von 0 bis 2 Jahren, die bereits eine Betreuungseinrichtung besuchen, berichten ebenfalls 14 Prozent der Eltern von mindestens einem solchen Anzeichen. Im Kindergarten- und Vorschulalter (3- bis 6-Jährige) sowie im Grundschulalter (7- bis 10-Jährige) werden negative Anzeichen dagegen vergleichsweise selten berichtet (9% bzw. 11%). Bei Kindern an weiterführenden Schulen steigt der Anteil deutlich an: 19 Prozent der 11- bis 13-Jährigen und 21 Prozent der 14- bis 17-Jährigen zeigen nach Angaben der Eltern mindestens ein negatives Anzeichen für geringes Wohlbefinden in ihrer Bildungs- oder Betreuungseinrichtung. Zudem werden entsprechende Anzeichen bei Jungen häufiger wahrgenommen als bei Mädchen (17% vs. 12%).

Vor allem die wahrgenommene Freude auf die Bildungs- und Betreuungseinrichtungen variiert mit dem Alter der Kinder (**s. Abb. 4.3.5**): Eltern von Kindergarten- und Vorschulkindern (3- bis 6-Jährige) gaben in nur sechs Prozent der Fälle an, dass sich ihre Kinder nie oder nur selten auf Kindergarten oder Vorschule gefreut haben. Bei Grundschulkindern, also den 7- bis 10-Jährigen, bleibt dieser Wert zunächst stabil (6%). Die 11- bis 13-Jährigen (13%) und die 14- bis 17-Jährigen (17%) haben sich nach Angaben der Eltern in der letzten Woche jedoch signifikant seltener auf ihre Bildungs- und Betreuungseinrichtungen gefreut. Die Freude der Kinder ist also in Kindergarten und Vorschule und auch in der Grundschule noch sehr hoch, ab dem Alter von 11 Jahren nimmt sie dann schrittweise ab. Ähnliches zeigt sich in Bezug auf Spaß am Unterricht bzw. im Kindergarten. Beim Schaffen der Aufgaben gibt es keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Altersgruppen.

Frage: Wenn Sie an die letzte Woche denken ...

**Abb. 4.3.4: Auftreten von mind. einem Anzeichen für geringes Wohlbefinden in Kindergarten, (Vor-)Schule und Ausbildung**

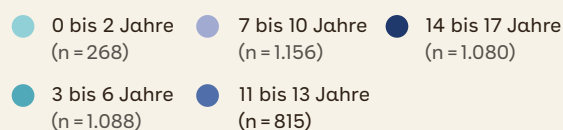
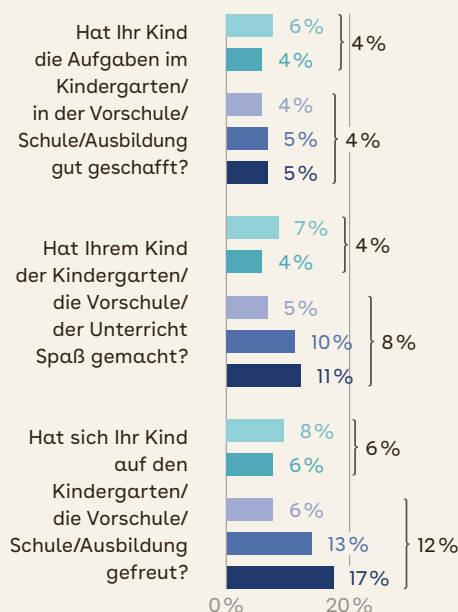
Dargestellt wird die Häufigkeit des Auftretens mind. eines negativen Anzeichens (Anteile an *nie* + *selten*).  
**Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder, die Kindergarten, (Vor-)Schule oder Berufsschule besuchen.



**Abb. 4.3.5: Anteile an Kindern mit geringem Wohlbefinden in Kindergarten, (Vor-)Schule oder Ausbildung nach Alter des Kindes**

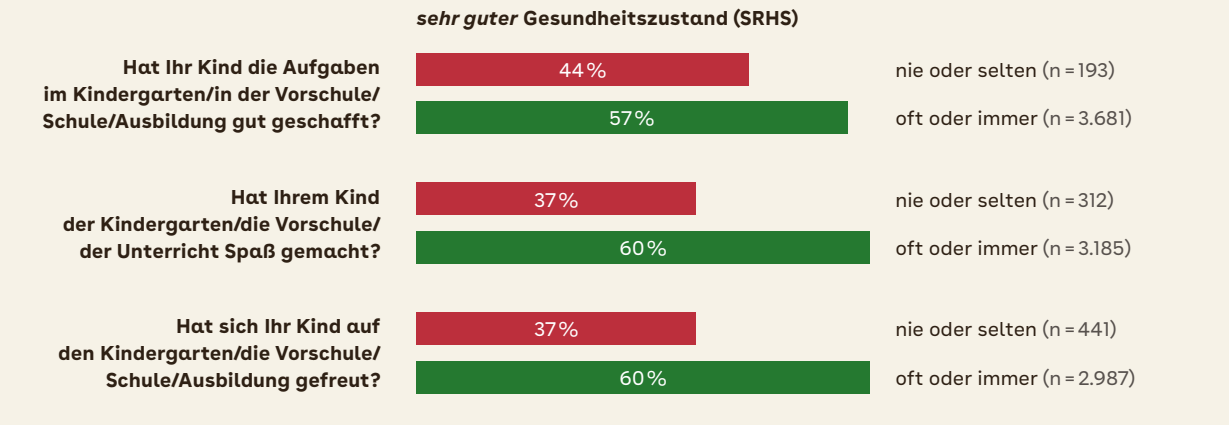
Dargestellt werden Antwortoptionen *nie* + *selten*.

**Basis:** n = 4.407 (0- bis 17-jährige Kinder, die Kindergarten, (Vor-)Schule oder Berufsschule besuchen).



**Abb. 4.3.6: Anteil des *sehr guten* subjektiven Gesundheitszustands nach dem Wohlbefinden in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen**

**Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder, die Kindergarten, (Vor-)Schule oder Berufsschule besuchen.



**Frage:** Wenn Sie an die letzte Woche denken ... / Wie würden Sie den derzeitigen Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben?

Wie eng Wohlbefinden in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen und subjektiver Gesundheitszustand zusammenhängen, zeigt sich an folgendem Befund: Wenn Kinder die Aufgaben in Kindergarten, (Vor-)Schule oder Ausbildung in der letzten Woche nach Angabe der Eltern *selten* bzw. *nie* gut geschafft haben, berichten die Eltern signifikant seltener von einem *sehr guten* Gesundheitszustand ihres Kindes (44 % vs. 57 % unter Kindern, die es laut Elternangaben *oft* bzw. *immer gut* geschafft haben, s. Abb. 4.3.6). Ebenso ist der Gesundheitszustand der Kinder, denen laut Angaben ihrer Eltern der Kindergarten, die (Vor-)Schule oder die Ausbildung *selten* bzw. *nie* Spaß gemacht hat, signifikant seltener *sehr gut* (37 % vs. 60 % unter Kindern, denen es *oft* bzw. *immer* Spaß gemacht hat).

Dasselbe signifikante Muster zeigt sich auch im Vergleich der Kinder, die sich laut Elternangaben *selten* bzw. *nie* auf ihre Bildungs- oder Betreuungseinrichtung gefreut haben (37 % vs. 60 % unter Kindern, die sich *oft* bzw. *immer* darauf gefreut haben). Auch wenn sowohl der subjektive Gesundheitszustand (s. Kapitel 6.1) als auch das Wohlbefinden in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen einzeln betrachtet (s. Abb. 4.3.4) mit dem Alter der Kinder zusammenhängen, zeigt sich der hier gefundene Zusammenhang beider Variablen auch altersunabhängig.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse somit, dass sich ein geringes Wohlbefinden in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen im subjektiven Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen widerspiegelt.



## Belastungen in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Neben dem allgemeinen Wohlbefinden in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen wurde ergänzend eine mögliche Belastung durch Mobbing, Cybermobbing, Stress oder Leistungsdruck betrachtet.

### Offline-Mobbing und Cybermobbing

Mobbing ist eine besondere Form von Gewalt, die unter Jugendlichen gehäuft vorkommt und darauf abzielt, anderen zu schaden, z. B. durch Ausgrenzung, Beleidigungen und Verbreitung von Gerüchten. Eine spezifische Form davon stellt Cybermobbing dar, hier findet dies in sozialen Netzwerken, Chatgruppen und anderen digitalen Medien statt (Fischer & Bilz, 2024). Folgen von Mobbing umfassen einerseits Schulabstimmung und Leistungsabfall sowie andererseits Risiken für die mentale Gesundheit, z. B. psychosomatische Beschwerden, psychische Störungen und selbstverletzendes Verhalten (Fischer & Bilz, 2024). In der vorliegenden Studie wurden die Eltern gebeten, für die zwei Varianten des Mobblings zu beurteilen, inwiefern ihr Kind davon betroffen ist. Um ein einheitliches Verständnis zu schaffen, wurde Offline-Mobbing als *Mobbing durch andere Kinder (offline)* (dies bedeutet, dass sich andere Kinder über Ihr Kind lustig machen, es schikanieren oder tyrannisieren, belästigen oder ausgrenzen) beschrieben und Cybermobbing dagegen als *Cybermobbing (online)* (dies bedeutet, dass Ihr Kind über das Handy oder im Internet belästigt, gemobbt oder ausgegrenzt wird) erläutert.

In der vorliegenden Studie wird eine Belastung durch Offline-Mobbing bei 3- bis 17-Jährigen von sieben Prozent der Eltern konkret wahrgenommen (**s. Abb. 4.3.7**). Weitere 17 Prozent vermuten, dass ihr Kind betroffen sein könnte.

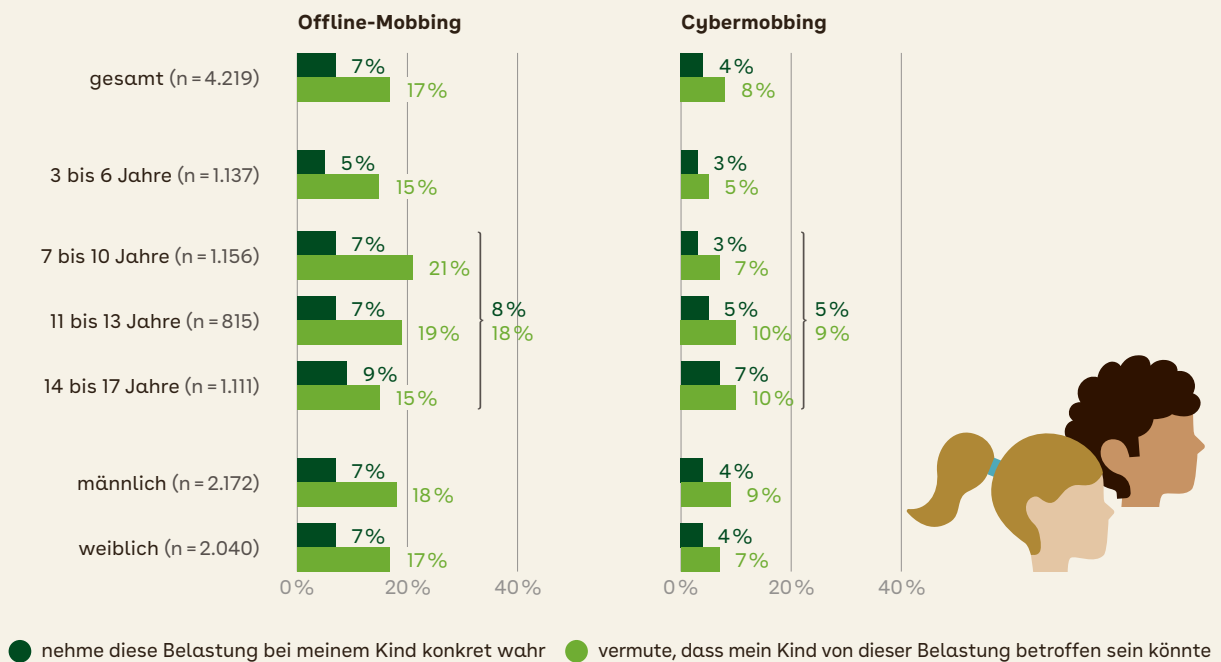
Der Anteil konkret wahrgenommener Belastungen durch Offline-Mobbing steigt mit dem Alter an: Während Eltern von Kindergarten- und Vorschulkindern (3- bis 6-Jährige) in fünf Prozent der Fälle eine Belastung durch Offline-Mobbing bei ihrem Kind wahrnehmen, fällt dieser Wert bei Grundschulkindern im Alter von 7 bis 10 Jahren mit sieben Prozent bereits signifikant höher aus, für 11- bis 13-Jährige berichten ebenfalls sieben Prozent Belastungserfahrungen, bei den 14- bis 17-Jährigen sind es sogar neun Prozent. In den Altersgruppen 7 bis 10 Jahre (21%) und 11 bis 13 Jahre (19%) fällt der Anteil mit Belastungsvermutungen signifikant höher aus als bei den 3- bis 6- und 14- bis 17-Jährigen (jeweils 15%).

### Welche Rolle spielen Belastungen – etwa Stress, familiäre Konflikte oder schulische Anforderungen – für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Ihrer praktischen Erfahrung?

Stress spielt eine zentrale Rolle bei der Entstehung von Beschwerden und Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen. Viele seelische und auch körperliche Erkrankungen entstehen im bio-psycho-sozialen Modell: Man hat vielleicht eine Veranlagung zu einer Erkrankung, geht individuell mit seinen Belastungen um und findet in seinem sozialen Umfeld Unterstützung oder wiederum zusätzliche Belastungen. Die Summe entscheidet dann, ob eine Erkrankung ausbricht oder nicht. An dieser Stelle spielt Stress eine große Rolle! So haben z. B. Kopfschmerzerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren massiv zugenommen.

Dr. Stefan Grothe, Chefarzt und Leiter des Sozialpädiatrischen Zentrums am St. Marien-Hospital Düren



**Abb. 4.3.7: Aufkommen von Offline- und Cybermobbing nach Alter und Geschlecht des Kindes****Basis:** 3- bis 17-jährige Kinder.

**Frage:** Nehmen Sie bei Ihrem Kind eine oder mehrere der folgenden Belastungen konkret wahr oder vermuten Sie, dass Ihr Kind möglicherweise von dieser Belastung betroffen sein könnte?

Eine Belastung durch Cybermobbing wird bei vier Prozent der 3- bis 17-Jährigen von den Eltern konkret wahrgenommen; weitere acht Prozent der Eltern vermuten, dass ihr Kind betroffen sein könnte. Je älter die Kinder sind, desto häufiger nehmen die Eltern Cybermobbing konkret wahr oder vermuten dieses. Auch hier zeigt sich, dass (ältere) Schulkinder (signifikant) häufiger belastet sind als Kindergarten- oder Vorschulkinder (3- bis 6-Jährige). So geben sieben Prozent der Eltern von 14- bis 17-Jährigen eine Belastung durch Cybermobbing bei ihrem Kind an, bei den 11- bis 13-Jährigen sind es fünf Prozent, bei den Grundschulkindern (7 bis 10 Jahre) und den Kindergarten- und Vorschulkindern (3 bis 6 Jahre) hingegen nur drei

Prozent. Die elterliche Wahrnehmung von Cybermobbing hängt auch mit der Nutzungsintensität Sozialer Medien zusammen: Je länger Kinder oder Jugendliche Soziale Medien pro Tag nutzen, desto häufiger vermuten Eltern eine Belastung durch Cybermobbing oder nehmen sie konkret wahr (s. Kapitel 5.1).

Das Geschlecht der Kinder und Jugendlichen und das Auftreten von Offline-Mobbing oder Cybermobbing hängen nicht bedeutsam zusammen.



## Exkurs

### Cybermobbing und Medien

Die Nutzung Sozialer Medien kann mit wahrgenommenen negativen Folgen zusammenhängen. Da Cybermobbing im digitalen Raum auch oder insbesondere in Sozialen Medien stattfinden kann, wird hier dieser Zusammenhang genauer betrachtet. Dafür wurde ausgewertet, ob sich Unterschiede in der Wahrnehmung der Eltern bezüglich der negativen Folgen zeigen zwischen Kindern, bei denen Cybermobbing (vermutlich) besteht und Kindern, bei denen dies nicht wahrgenommen wird. Es wurden nur die Kinder ab 7 Jahren berücksichtigt, die Soziale Medien mindestens 30 Minuten täglich nutzen.

Wenn Eltern eine Belastung durch Cybermobbing bei ihrem Kind konkret wahrnehmen oder diese Belastung vermuten, geben sie gleichzeitig auch signifikant häufiger an, dass sich bei ihrem Kind die Selbstwahrnehmung und das Selbstwertgefühl durch die Nutzung Sozialer Medien negativ verändert hat (bei konkreter Belastung durch Cybermobbing, Anteil *stimme voll* bzw. *eher* zu 45 %, bei vermuteter Belastung 38 %, ohne Belastungswahrnehmung 10 %; **s. Abb. 4.3.8**). Ähnlich signifikante Unterschiede zeigen sich auch in Bezug darauf, dass das Kind durch die Nutzung Sozialer Medien in Kindergarten, Vorschule oder Schule Nachteile erlebt hat. Im Fall einer konkret wahrgenommenen Belastung durch Cybermobbing (40 %) oder einer diesbezüglichen Vermutung (33 %) werden die Nachteile aus Sicht der Eltern häufiger erlebt als wenn keine Belastung wahrgenommen wird (8 %). Zwischen konkreter und nur vermuteter Belastung durch Cybermobbing besteht hier kein signifikanter Unterschied. Auch zwischen von Cybermobbing betroffenen Mädchen und Jungen besteht kein Unterschied darin, inwiefern diese von den hier berichteten negativen Folgen Sozialer Medien betroffen sind.

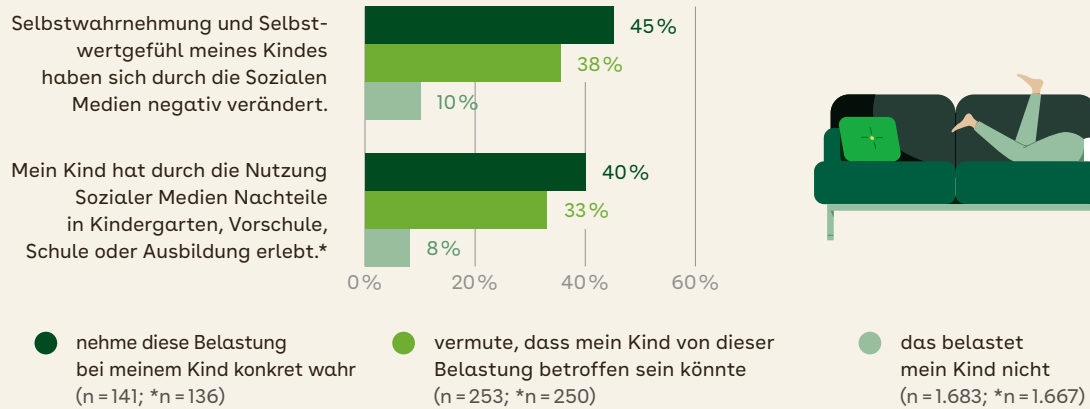
Den Eltern fällt es signifikant schwerer, ihrem Kind klare Grenzen bei der Nutzung Sozialer Medien zu setzen, wenn sie eine konkrete Belastung durch Cybermobbing bei ihrem Kind wahrnehmen (49 %) oder sie diese vermuten (48 %), als wenn dies nicht der Fall ist (26 %; **s. Abb. 4.3.9**). Zwischen konkreter und nur vermuteter Belastung durch Cybermobbing besteht hier kein signifikanter Unterschied.

Ein vergleichbares Bild, auch für die berichteten Signifikanzen, zeigt sich dafür, ob Eltern angeben, mehr Informationen oder Unterstützung zu benötigen, um ihr Kind besser bei der Nutzung Sozialer Medien begleiten zu können (bei konkret wahrgenommener Belastung 46 %, bei vermuteter Belastung 50 %, ohne Belastungswahrnehmung 25 %).



**Abb. 4.3.8: Auswirkung Sozialer Medien unter Berücksichtigung von Cybermobbing**

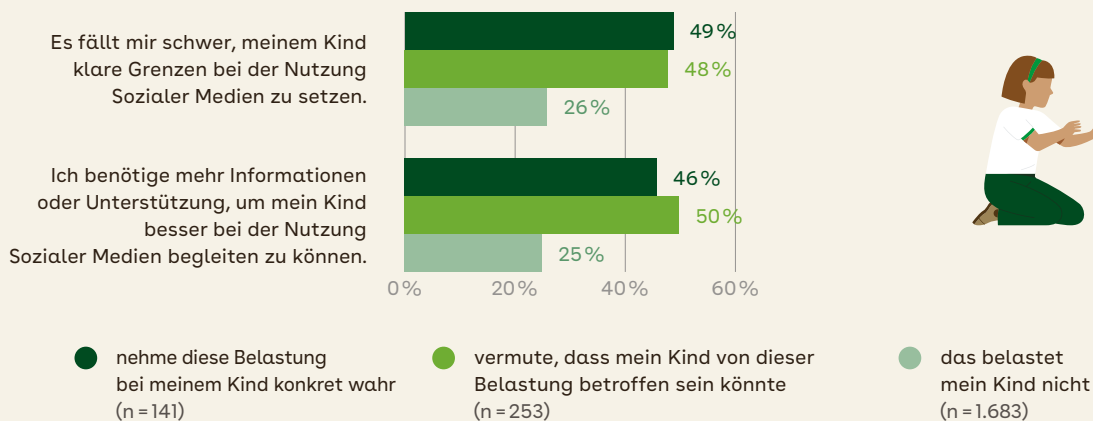
Dargestellt werden Antwortoptionen *stimme voll zu + stimme eher zu*. **Basis:** 7- bis 17-jährige Kinder mit mind. 30 Minuten Nutzung von Sozialen Medien pro Tag. \*reduzierte Basis: Kind besucht zusätzlich Kindergarten, (Vor-)Schule oder Berufsschule.



**Frage:** Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

**Abb. 4.3.9: Umgang der Eltern mit dem Medienkonsum ihrer Kinder unter Berücksichtigung von Cybermobbing**

Dargestellt werden Antwortoptionen *stimme voll zu + stimme eher zu*. **Basis:** 7- bis 17-jährige Kinder mit mind. 30 Minuten Nutzung von Sozialen Medien pro Tag.



**Frage:** Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

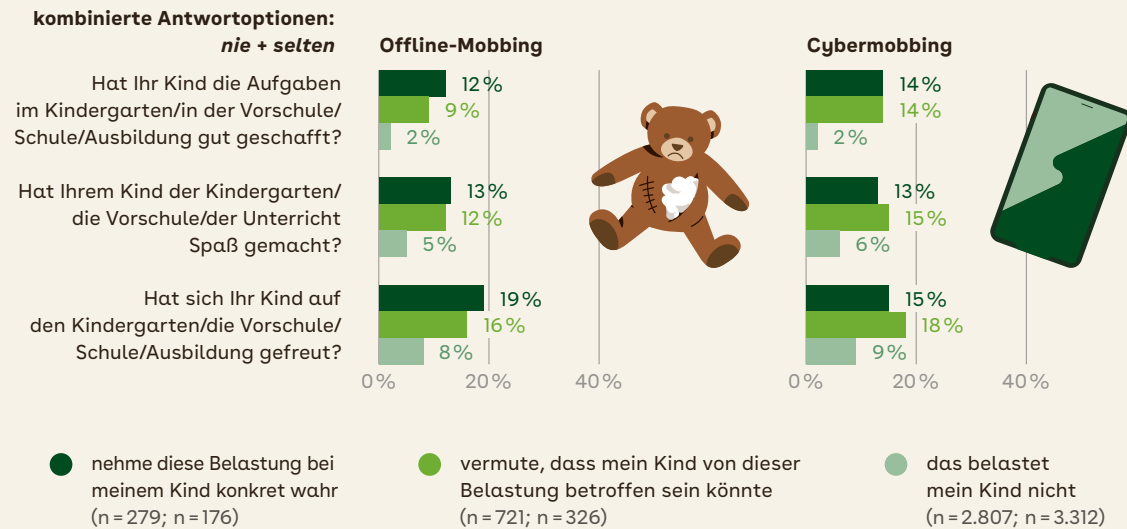


Die Ergebnisse zeigen: Bei Kindern, die nach Einschätzung ihrer Eltern von Cybermobbing betroffen sind oder sein könnten, werden deutlich häufiger negative Auswirkungen Sozialer Medien auf Selbstwertgefühl, Selbstwahrnehmung und die Situation in Schule oder

Kindergarten berichtet. Gleichzeitig fällt es den Eltern dieser Kinder häufiger schwer, die Mediennutzung zu begrenzen und sie äußern häufiger Unterstützungsbedarf bei der Begleitung ihres Kindes im Umgang mit Sozialen Medien.

**Abb. 4.3.10: Zusammenhang von Offline- und Cybermobbing mit dem Wohlbefinden in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen**

Dargestellt werden Antwortoptionen *nie + selten*. **Basis:** 3- bis 17-jährige Kinder, die Kindergarten, (Vor-)Schule oder Berufsschule besuchen.



**Frage:** Wenn Sie an die letzte Woche denken ... / Nehmen Sie bei Ihrem Kind eine oder mehrere der folgenden Belastungen konkret wahr oder vermuten Sie, dass Ihr Kind möglicherweise von dieser Belastung betroffen sein könnte?

### Mobbing in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Sowohl Offline- als auch Cybermobbing kann mit negativen Verhaltensweisen und Einstellungen von Kindern und Jugendlichen gegenüber Kindergarten, (Vor-)Schule oder Ausbildung zusammenhängen (s. Abb. 4.3.10). So berichten Eltern, die bei ihrem 3- bis 17-jährigen Kind eine Belastung durch Offline-Mobbing konkret wahrnehmen oder vermuten, signifikant häufiger, dass ihrem Kind der Kindergarten, die (Vor-)Schule oder die Ausbildung *nie* oder *selten* Spaß gemacht hat (konkret wahrgenommen: 13%; vermutet: 12%) als Eltern, die keine Belastung durch Offline-Mobbing wahrnehmen (5%). Auch in Bezug auf Freude auf die Bildungs- und Betreuungseinrichtungen ist ähnliches zu beobachten: Nehmen Eltern eine Belastung durch Offline-Mobbing konkret wahr (19%) oder vermuten diese (16%), freuen sich die (vermutlich) betroffenen 3- bis 17-Jährigen signifikant häufiger *nie* oder *selten* auf die Schule bzw. den Kindergarten als diejenigen, bei denen die Eltern keine Belastung durch Offline-Mobbing wahrnehmen (8%). Bei einer konkret wahrgenommenen oder vermuteten Belastung durch Offline-Mobbing geben die Eltern zudem signifikant häufiger an, dass ihre Kinder die Aufgaben in Kindergarten, (Vor-)Schule oder Ausbildung *selten* oder *nie* gut geschafft haben (konkret wahrgenommen: 12%; vermutet: 9%; keine Belastung: 2%).

Ein ähnliches Bild zeichnet sich auch für Cybermobbing ab: Eltern, die eine Belastung durch Cybermobbing bei ihrem 3- bis 17-jährigen Kind konkret wahrnehmen, sowie auch Eltern, die vermuten, dass ihr Kind von einer Belastung durch Cybermobbing betroffen ist, geben signifikant häufiger an, dass ihrem Kind der Kindergarten, die (Vor-)Schule oder die Ausbildung *selten* oder *nie* Spaß gemacht hat (konkret wahrgenommen: 13%; vermutet: 15%) und es sich *selten* bzw. *nie* darauf gefreut hat (15%; 18%) als Eltern von Kindern, bei denen diese Belastung nicht wahrgenommen wird (Spaß: 6%, darauf gefreut: 9%). Auch das Schaffen der Aufgaben in Kindergarten, (Vor-)Schule oder Ausbildung bewerten die Eltern signifikant häufiger mit *selten* oder *nie*, wenn eine Belastung durch Cybermobbing konkret wahrgenommen oder vermutet wird (konkret wahrgenommen: 14%; vermutet: 14%; keine Belastung: 2%).

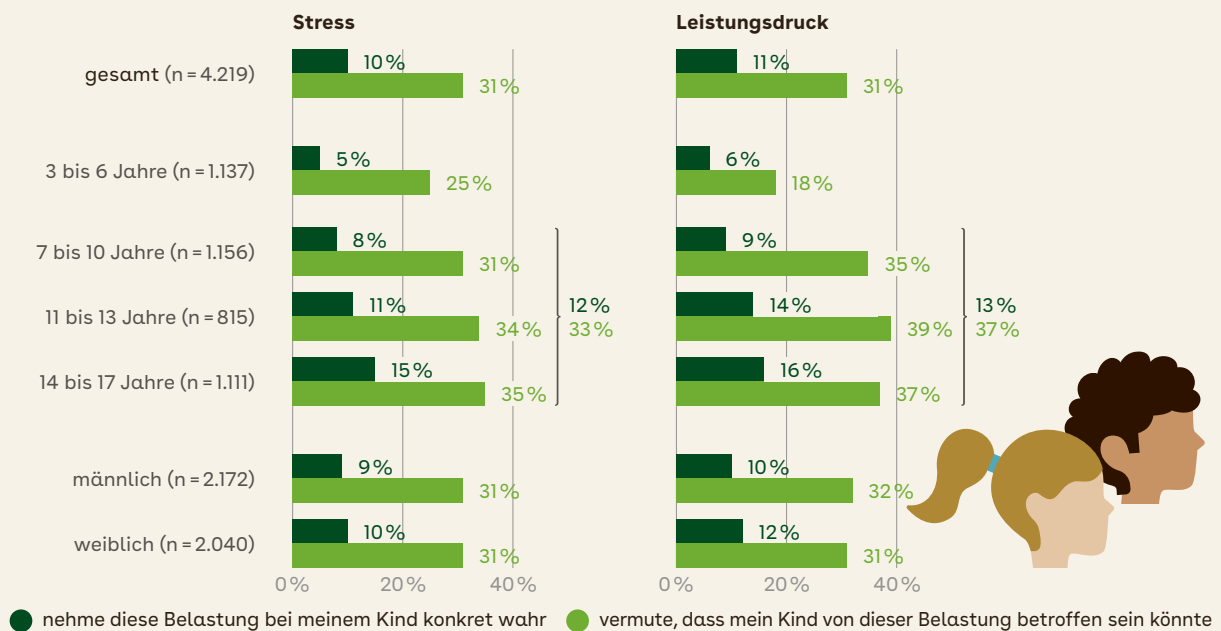
Des Weiteren weisen 3- bis 17-Jährige signifikant häufiger multiple psychosomatische Beschwerden auf, wenn deren Eltern eine Belastung durch Cybermobbing konkret wahrnehmen (47%) oder vermuten (49%), als Gleichaltrige, deren Eltern nicht von einer Belastung durch Cybermobbing berichten (20%).

Wie Cybermobbing steht ebenso Offline-Mobbing in diesem Zusammenhang. Insgesamt liegt der Anteil an Kindern und Jugendlichen, deren Eltern Offline-Mobbing konkret wahrnehmen und die von multiplen psychosomatischen Beschwerden betroffen sind, bei

47 Prozent. Wenn Eltern nur vermuten, dass ihr Kind von Offline-Mobbing betroffen ist, sind es nur noch 39 Prozent und wenn kein Offline-Mobbing bei dem Kind wahrgenommen wird, 17 Prozent.

**Abb. 4.3.11: Aufkommen von Stress und Leistungsdruck nach Alter und Geschlecht des Kindes**

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder.



**Frage:** Nehmen Sie bei Ihrem Kind eine oder mehrere der folgenden Belastungen konkret wahr oder vermuten Sie, dass Ihr Kind möglicherweise von dieser Belastung betroffen sein könnte?

### Stress und Leistungsdruck

Eine Belastung durch Stress wird von zehn Prozent der Eltern, die zu ihrem Kind im Alter von 3 bis 17 Jahren befragt wurden, konkret wahrgenommen (s. Abb. 4.3.11). Weitere 31 Prozent vermuten, dass ihr Kind betroffen ist. Eine Belastung durch Leistungsdruck wird bei elf Prozent der 3- bis 17-jährigen Kinder konkret wahrgenommen, bei weiteren 31 Prozent vermuten die Eltern diese (s. Abb. 4.3.11). Je älter die Kinder sind, desto häufiger treten tendenziell Belastungen durch Stress und Leistungsdruck auf. Während Eltern von Kindergarten- und Vorschulkindern (3- bis 6-Jährige) in sechs Prozent der Fälle eine Belastung durch Leistungsdruck und in fünf Prozent der Fälle durch Stress konkret wahrnehmen und weitere 18 Prozent bzw. 25 Prozent diese Belastung vermuten, zeigen sich für die Schulkinder signifikant höhere Werte. Von den 7- bis 10-Jährigen

sind nach Angaben der Eltern neun Prozent von Leistungsdruck betroffen (Vermutung: 35%), acht Prozent von Stress (31% Vermutung), für die 11- bis 13-Jährigen berichten dies für Leistungsdruck schon 14 Prozent der Eltern (Vermutung: 39%), für Stress elf Prozent (Vermutung: 34%). Von den 14- bis 17-Jährigen sind laut Angaben der Eltern 16 Prozent von einer Belastung durch Leistungsdruck betroffen, in weiteren 37 Prozent vermuten die Eltern diese. Von einer Belastung durch Stress berichten 15 Prozent der Eltern von Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren und weitere 35 Prozent vermuten diese. Mit Eintritt in die Schule und dort mit steigendem Alter nehmen also Belastungen durch Leistungsdruck und Stress für Kinder und Jugendliche deutlich zu.

Das Geschlecht der Kinder und Jugendlichen und das Auftreten von Stress oder Leistungsdruck hängen nicht bedeutsam zusammen.

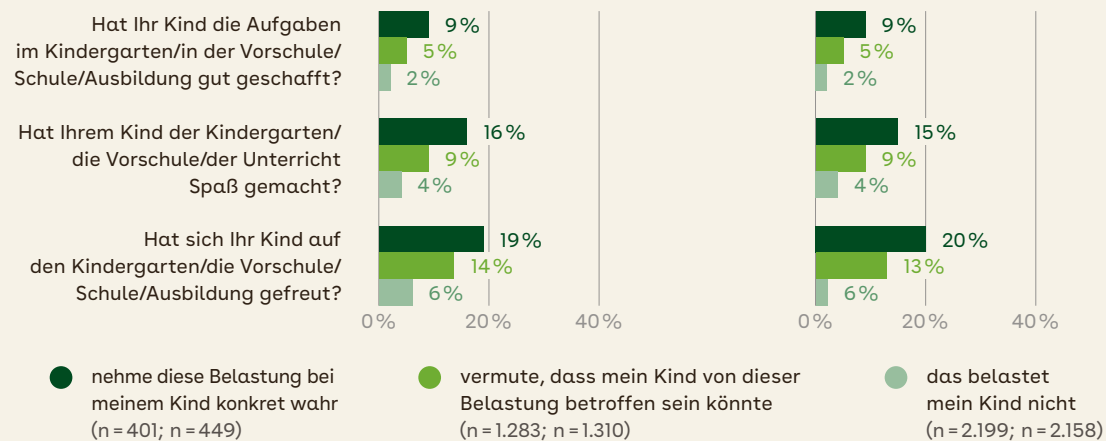


**Abb. 4.3.12: Zusammenhang von Stress und Leistungsdruck mit dem Wohlbefinden in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen**

Dargestellt werden Antwortoptionen *nie + selten*. **Basis:** 3- bis 17-jährige Kinder, die Kindergarten, (Vor-)Schule oder Berufsschule besuchen.

**kombinierte Antwortoptionen:**

*nie + selten*



**Frage:** Wenn Sie an die letzte Woche denken ... / Nehmen Sie bei Ihrem Kind eine oder mehrere der folgenden Belastungen konkret wahr oder vermuten Sie, dass Ihr Kind möglicherweise von dieser Belastung betroffen sein könnte?

Stress und Leistungsdruck gehen häufig mit einem geringeren Wohlbefinden der 3- bis 17-Jährigen in Kindergarten, (Vor-)Schule oder Ausbildung einher (**s. Abb. 4.3.12**). Eltern, die bei ihrem Kind eine Belastung durch Stress konkret wahrnehmen oder vermuten, berichten signifikant häufiger, dass ihrem Kind Kindergarten, (Vor-)Schule oder Ausbildung *selten* oder *nie* Spaß gemacht hat (konkret wahrgenommen: 16%; vermutet: 9%; keine Belastung: 4%). Außerdem freuen sich diese Kinder laut Aussage der Eltern signifikant häufiger *selten* oder *nie* auf ihre Bildungs- und Betreuungseinrichtungen (konkret wahrgenommen: 19%; vermutet: 14%; keine Belastung: 6%). Die Eltern geben bei einer Belastung durch Stress darüber hinaus signifikant häufiger an, dass ihr Kind die dortigen Aufgaben *selten* oder *nie gut* geschafft hat (konkret wahrgenommen: 9%; vermutet: 5%; keine Belastung: 2%).

Ein ähnliches Muster zeigt sich bei einer Belastung durch Leistungsdruck. Eltern, die bei ihrem 3- bis 17-jährigen Kind Leistungsdruck konkret wahrnehmen oder vermuten, berichten signifikant häufiger, dass ihrem Kind Kindergarten, (Vor-)Schule oder Ausbildung *selten* oder *nie* Spaß gemacht hat (konkret wahrgenommen: 15%; vermutet: 9%; keine Belastung: 4%). Ebenso freuen sich diese Kinder signifikant häufiger *selten* oder *nie* auf den Kindergarten, die (Vor-)Schule oder die Ausbildung (20% bzw. 13% vs. 6%). Auch das gute Schaffen der dortigen Aufgaben wird bei Kindern mit wahrgenommenem oder vermutetem Leistungsdruck signifikant häufiger *selten* oder *nie* berichtet (konkret wahrgenommen: 9%; vermutet: 5%; keine Belastung: 2%).



# Nachgefragt bei ...

Ursula Kraus, Bereich Präventionsketten & Ingrid Jahn-Lutkewitz, Bereich Pädagogischer Grundsatz in der Abteilung Tageseinrichtungen für Kinder, Amt für Soziales und Jugend der Stadt Düsseldorf. Expertinnen für Gesundheitsförderung, Präventionsketten, kommunale Unterstützungssysteme und pädagogische Qualität.



## Wo sehen Sie aktuell die 3 größten Herausforderungen, wenn es um die Förderung von Kindergesundheit im Kita-Alltag in Deutschland geht?

Herausforderungen sehen wir vor allem in sozialen Unterschieden der Kitas je nach Standort. Ressourcen, die darauf abzielen, soziale Ungleichheit abzufedern, stehen nicht an allen Standorten in gleicher Weise zur Verfügung. Weiterhin ergeben sich Herausforderungen aus einer spürbaren Zunahme von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern, die einhergehen mit einer deutlichen Verunsicherung bei Eltern und Familien. Die aktuelle ausschließlich projekt-basierte Förderung kann hier nur wenig bewirken. Ziel muss es sein, Kinder und Familien in diesen Sozialräumen ganzheitlich zu begleiten und bestehende Strukturen dauerhaft zu stärken.



## Wo sehen Sie Unklarheiten in der Verantwortung für die Gesundheit von Kindern zwischen Eltern, Kitas und weiteren Akteuren?

Kindergesundheit ist eine gemeinsame Aufgabe von Eltern, Kitas, Jugendhilfe, dem Gesundheitssystem, Stadtplanung und weiteren Ressorts. Wichtig ist es, fortwährend die Zusammenarbeit an den Schnittstellen zwischen Eltern, Kita, Gesundheitswesen und Jugendhilfe jeweils gut aufeinander abzustimmen, insbesondere dann, wenn Kinder zusätzliche gesundheitliche oder entwicklungsbezogene Unterstützung benötigen. Entscheidend ist daher, Kooperationen weiter zu stärken, Kommunikationswege transparent zu gestalten und bestehende Unterstützungsstrukturen gut miteinander zu verzahnen.



## Welchen konkreten Rat würden Sie Eltern mitgeben, wie sie Kita- und kommunale Angebote gezielt nutzen können, um gesunde Ernährung und Bewegung im Alltag ihrer Kinder zu fördern?

Eltern sollten die Kita aktiv als Partner nutzen und regelmäßig im Austausch mit den Fachkräften bleiben. Insbesondere Kitas, die sich zu Familienzentren weiterentwickelt haben, bieten ein vielfältiges Beratungsangebot für Eltern. Hier können sie sich Hilfen und Unterstützung holen, wie sie zum Beispiel einfache Routinen zu Ernährung und Bewegung im Alltag zu Hause etablieren können.



## Nachgefragt bei ...

Katrin Hohmann, Landeskoordinatorin des Landesprogramms Bildung und Gesundheit NRW. Expertin für gesundheitsförderliche Schulentwicklung und Prävention im schulischen Kontext.



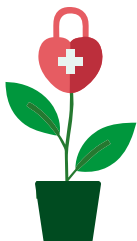
### **Wo sehen Sie aktuell die 3 größten Herausforderungen, wenn es um die Förderung von Kindergesundheit im schulischen Kontext in Deutschland geht?**

Aktuell stehen Schulen vor drei zentralen Herausforderungen: der deutlichen Zunahme psychosozialer Belastungen von Schülerinnen, Schülern und Lehrkräften, stark ausgeprägten sozialen Ungleichheiten in der Schülerschaft und begrenzten Ressourcen schulischer Systeme, die im Widerspruch zu steigenden Erwartungen stehen. Bundesweite Befragungen zeigen, wie sehr emotionale Belastungen und Stress im Alltag zunehmen – und wie wichtig stabile, gesundheitsförderliche Strukturen in Schulen geworden sind.



### **Was ist aus Ihrer Sicht der wichtigste Ansatzpunkt, mit dem Eltern ihre Kinder im Schulalltag bzgl. Stress und Leistungsdruck gut unterstützen können?**

Eltern unterstützen ihre Kinder am wirksamsten, indem sie ein vertrauensvolles Umfeld schaffen, Vergleiche vermeiden und realistische Erwartungen formulieren. Entscheidend ist ein stabiler, wertschätzender Rahmen, der Druck reduziert und Kindern hilft, eigene Grenzen wahrzunehmen und zu benennen. Zugleich stärkt es Kinder, wenn Eltern sowohl Stärken als auch Schwächen anerkennen – und beides als Teil ihrer Persönlichkeit wertschätzen.



### **Wenn Sie eine politische oder gesellschaftliche Forderung stellen dürften, um die Gesundheitsförderung in Schulen nachhaltig zu stärken – welche wäre das, und warum?**

Ich halte eine verbindliche Verankerung von Gesundheitsförderung in der Schulentwicklung für sinnvoll und notwendig – mit Ressourcen für multiprofessionelle Teams, datengestützte Qualitätsentwicklung und Lernräume, die sich an den aktuellen Erkenntnissen der Lernforschung orientieren. Nur wenn Gesundheit strukturell mitgedacht und finanziell abgesichert ist, können Schulen langfristig Orte werden, die Lernen und Wohlbefinden gleichermaßen stärken.



**Fazit: Bildungs- und Betreuungseinrichtungen prägen den Gesundheitsalltag vieler Kinder und Jugendlicher deutlich. Häufigere krankheitsbedingte Fehlzeiten zeigen sich insbesondere bei gesundheitlich stärker belasteten Kindern sowie in sozial benachteiligten Familienkontexten. Gleichzeitig berichtet ein Teil der Eltern von eingeschränktem Wohlbefinden ihrer Kinder in Schule oder Kindergarten – vor allem im Jugendalter. Belastungen durch Mobbing, Cybermobbing, empfundenen Stress und Leistungsdruck stehen dabei in engem Zusammenhang mit geringerer Freude auf Kindergarten oder Schule sowie mit weniger Spaß und mit einem allgemein schlechteren Zurechtkommen im Bildungsalltag.**