

Kapitel 6:

Gesundheits- situation und chronische Erkrankungen

6.1 Indikatoren der körperlichen und psychischen Gesundheit

6.2 Diagnosen und Vermutungen chronischer Erkrankungen

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln zentrale Lebensumfelder sowie gesundheitsrelevante Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen betrachtet wurden, richtet sich der Blick nun auf ihre gesundheitliche Lage. Diese lässt sich nicht allein daran ablesen, ob eine Erkrankung diagnostiziert wurde. Ein differenziertes Bild entsteht vielmehr, wenn zentrale Indikatoren der körperlichen und psychischen Gesundheit gemeinsam mit diagnostizierten und vermuteten chronischen Erkrankungen betrachtet werden.

Zunächst stehen daher der subjektive Gesundheitszustand, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychosomatische Beschwerden im Mittelpunkt (s. Kapitel 6.1). Anschließend werden diagnostizierte und vermutete chronische Erkrankungen, die damit verbundenen Belastungen und Sorgen sowie der Umgang der Eltern mit Krankheitsvermutungen betrachtet (s. Kapitel 6.2).



Kapitel 6:

6.1 Indikatoren der körperlichen und psychischen Gesundheit

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse zu drei zentralen Indikatoren der Kindergesundheit dargestellt, deren Auswahl sich an etablierten Standards des Gesundheitsberichtswesens orientiert: Dies sind der subjektive Gesundheitszustand, die gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie psychosomatische Beschwerden der Kinder und Jugendlichen. Diese werden jeweils aus der Perspektive der Eltern auf Basis standardisierter, etablierter Instrumente erfasst, die auch in der internationalen Gesundheits-

forschung und im nationalen Gesundheitsmonitoring Anwendung finden. Daraus ergibt sich die Möglichkeit einer Einordnung der Ergebnisse mit Bezug auf Vergleichsdaten anderer Studien, etwa der AOK-Familienstudie 2022 und der HBSC-Studie (2017/18). Neben der Darstellung und Einordnung der Ergebnisse werden im Anschluss ausgewählte demografische und personenbezogene Merkmale betrachtet, die im Zusammenhang mit Unterschieden in diesen drei Kernindikatoren der Kindergesundheit stehen.



Zusammenfassung

Insgesamt geht es den Kindern und Jugendlichen aus dem Rheinland und Hamburg gesundheitlich gut.

Die drei Gesundheitsindikatoren fallen mit zunehmendem Alter tendenziell schlechter aus.

Ungünstige familiäre Lebenslagen gehen häufiger mit gesundheitlichen Belastungen der Kinder einher.

Subjektiver Gesundheitszustand (SRHS) aus Sicht der Eltern

- 56 % sehr gut; 38 % gut
- Mit zunehmendem Alter der Kinder wird der Gesundheitszustand schlechter eingeschätzt.
- Gruppen mit schlechterem Gesundheitszustand: Kinder von Eltern mit inadäquater Gesundheitskompetenz; Kinder von Eltern, die selbst nur über einen mittelmäßigen oder schlechten Gesundheitszustand verfügen; Kinder, die nicht bei beiden Eltern leben; Kinder von Eltern mit niedrigem Äquivalenzeinkommen

Gesundheitsbezogene Lebensqualität (KIDSCREEN-10)

- 29 % hohe Lebensqualität; 42 % mittlere Lebensqualität; 29 % niedrige Lebensqualität
- klarer Altersunterschied: 11- bis 17-Jährige häufiger mit niedriger Lebensqualität als 3- bis 10-Jährige
- 11- bis 13-Jährige besonders betroffen: geringster Anteil hoher Lebensqualität sowie höchster Anteil niedriger Lebensqualität
- Gruppen mit niedrigerer Lebensqualität: Kinder von Eltern mit inadäquater und problematischer Gesundheitskompetenz; Kinder von Eltern, die ihren eigenen Gesundheitszustand als mittelmäßig oder schlecht beschreiben; Kinder, die nicht bei beiden Eltern leben; Kinder von Eltern mit niedrigem Äquivalenzeinkommen

Psychosomatische Beschwerden (HBSC)

- 24 % mit multiplen psychosomatischen Beschwerden
- Altersgruppe der 11- bis 13-Jährigen mit höchstem Anteil multipler psychosomatischer Beschwerden (27%)
- Gruppen mit höherer Beschwerdelast: Kinder von Eltern mit inadäquater und problematischer Gesundheitskompetenz; Kinder von Eltern, die ihren eigenen Gesundheitszustand als mittelmäßig oder schlecht beschreiben; Kinder, die nicht bei beiden Eltern leben; Kinder von Eltern mit niedrigem Äquivalenzeinkommen

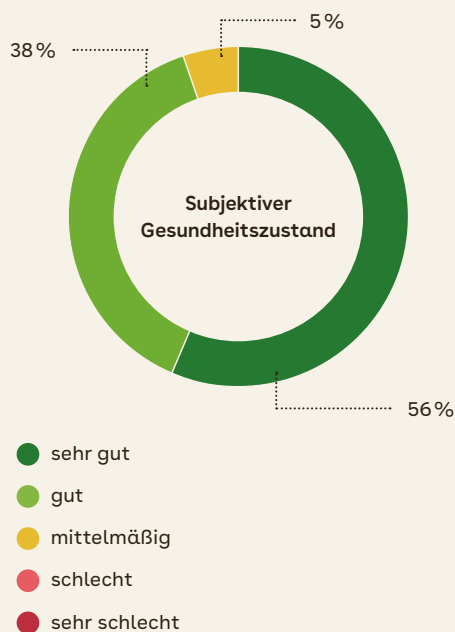
Subjektiver Gesundheitszustand (SRHS) der Kinder und Jugendlichen aus Sicht der Eltern

Der subjektive Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen wird in 56 Prozent der Fälle als *sehr gut* und in weiteren 38 Prozent als *gut* eingeschätzt (**s. Abb. 6.1.1**). Zusammengefasst berichten somit 94 Prozent von einem *guten* oder *sehr guten* Gesundheitszustand. Nur fünf Prozent der Eltern beurteilen den Gesundheitszustand ihres Kindes als *mittelmäßig*, weniger als ein Prozent als *schlecht* und die Einschätzung *sehr schlecht* wird in keinem einzigen Fall vergeben.

Frage: Wie würden Sie den derzeitigen Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben?

Abb. 6.1.1: Subjektiver Gesundheitszustand (SRHS) von Kindern und Jugendlichen

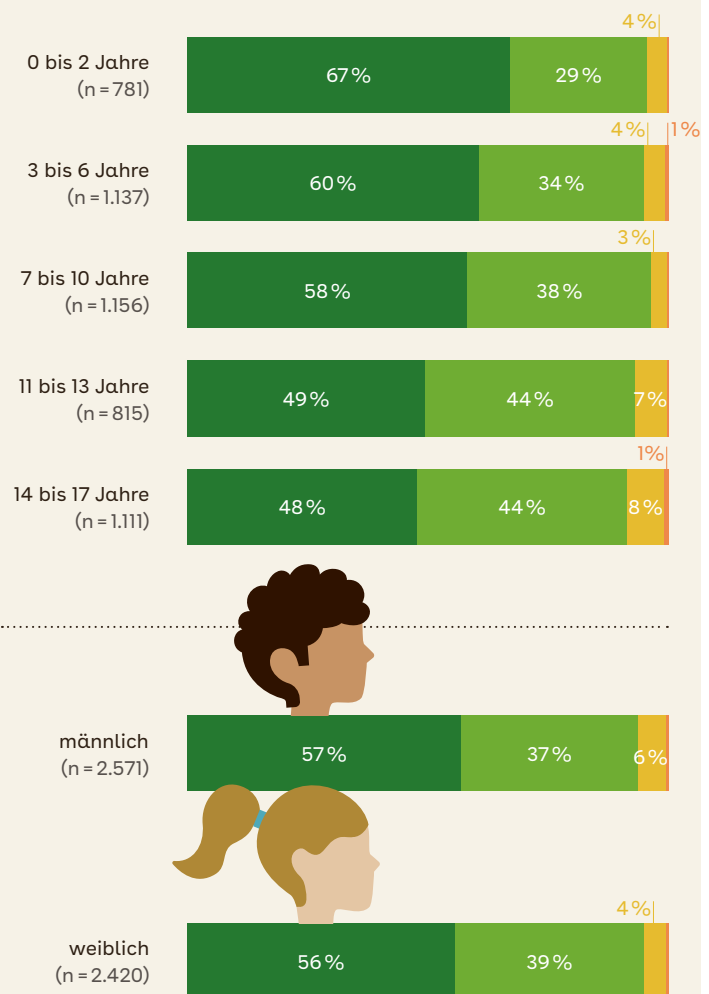
Basis: n = 5.000 (0- bis 17-jährige Kinder).



Mit zunehmendem Alter der Kinder wird deren Gesundheitszustand durch die Eltern als weniger gut eingeschätzt (**s. Abb. 6.1.2**). Für Kinder im Alter von 0 bis 2 Jahren geben besonders viele Eltern einen *sehr guten* Gesundheitszustand an (67%). Im Gegensatz dazu berichten Eltern signifikant seltener von einem *sehr guten* Gesundheitszustand bei Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren (48%). Im Vergleich zwischen der jüngsten und der ältesten Zielgruppe dieser Studie verdoppelt sich der relative Anteil der Kinder bzw. Jugendlichen mit von den Eltern als *mittelmäßig* beurteiltem Gesundheitszustand signifikant – von vier Prozent bei den 0- bis 2-jährigen Kindern auf acht Prozent bei den 14- bis 17-jährigen Jugendlichen. Die Angaben der Eltern zum Gesundheitszustand ihrer Kinder unterscheiden sich altersgruppenübergreifend nicht deutlich nach dem Geschlecht des Kindes.

Abb. 6.1.2: Subjektiver Gesundheitszustand (SRHS) nach Alter und Geschlecht des Kindes

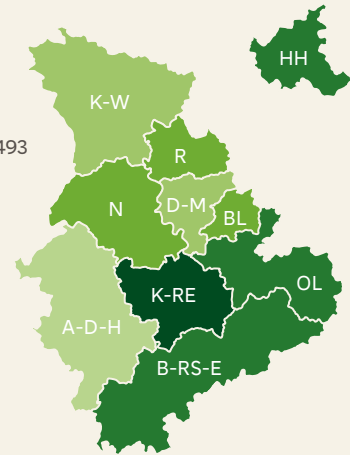
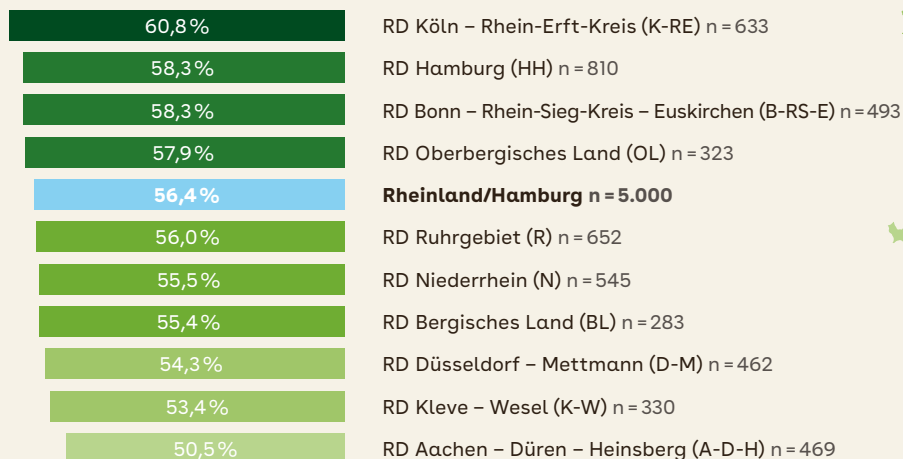
Basis: 0- bis 17-jährige Kinder.



Weiterhin treten signifikante regionale Unterschiede auf (**s. Abb. 6.1.3**): In der Regionaldirektion Köln – Rhein-Erft-Kreis nehmen mit 60,8 Prozent besonders viele Eltern den Gesundheitszustand ihres Kindes als *sehr gut* wahr. In der Regionaldirektion Aachen – Düren – Heinsberg sind es mit 50,5 Prozent deutlich weniger Eltern, die diese Angabe machen.

Abb. 6.1.3: Anteil von Kindern mit *sehr gutem* Gesundheitszustand (SRHS) nach Regionaldirektionen

Dargestellt wird Antwortoption *sehr gut*. Basis: 0- bis 17-jährige Kinder.



Frage: Wie würden Sie den derzeitigen Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben?

Exkurs

Einordnung des subjektiven Gesundheitszustands in die Studienlandschaft

Wie im AOK-Kindergesundheitsatlas für das Rheinland und Hamburg 2024 zeigt sich im Vergleich zu anderen Studien wieder ein ähnliches Bild: In der KiGGS-Erhebung (Welle 2, 2014-2017) fallen die Ergebnisse der 3- bis 17-Jährigen im Vergleich zur vorliegenden Studie ähnlich aus: 57 Prozent der Eltern beurteilen den Gesundheitszustand ihrer Kinder als *sehr gut*, weitere 39 Prozent als *gut*. In der vorliegenden Studie liegen diese Anteile in der gleichen Altersgruppe bei 54 Prozent (*sehr gut*) und 40 Prozent (*gut*).

Auch mit der aktuelleren AOK-Familienstudie 2022 sind die Ergebnisse vergleichbar: Bei den 4- bis 14-Jährigen schätzen 54 Prozent der Eltern den Gesundheitszustand ihres Kindes als *sehr gut* (vorliegende Studie: 56 % in der gleichen Altersgruppe) und 39 Prozent als *gut* ein (vorliegende Studie ebenfalls 39 %).

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

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird in Forschung und Praxis als subjektives, mehrdimensionales Konstrukt und als Indikator für das gesundheitliche Erleben und Verhalten verwendet (Baumgarten et al., 2019; Haverman et al., 2017). Studien weisen darauf hin, dass die gesundheitliche Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen und psychischen Auffälligkeiten geringer ist. Vor allem Asthma, Neurodermitis, ADHS und Adipositas wirken sich negativ auf die gesundheitliche Lebensqualität aus (Baumgarten et al., 2019).

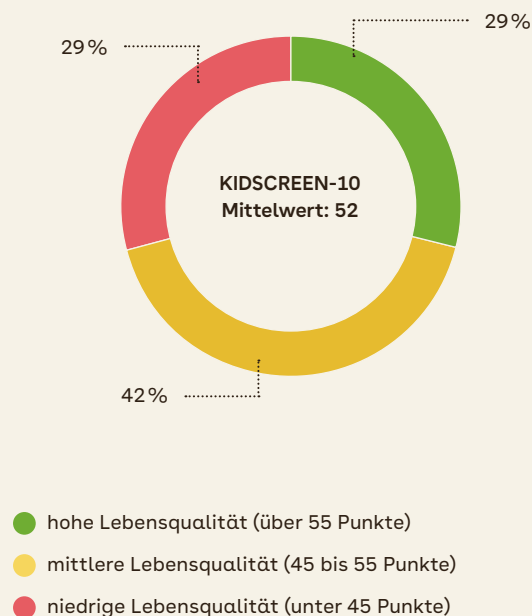
Zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wird bei den 3- bis 17-Jährigen der Kurzfragebogen KIDSCREEN-10 eingesetzt, dessen Werte zwischen 0 und 100 variieren können. Mittelwerte unter 45 Punkten gelten als niedrige Lebensqualität, zwischen 45 und 55 Punkten als mittlere und über 55 Punkten als hohe Lebensqualität.

Die von den Eltern eingeschätzte gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen im Rheinland und in Hamburg liegt im Mittel bei 52 Punkten (**s. Abb. 6.1.4**), gleichbedeutend mit einer mittleren Lebensqualität. Bei 29 Prozent der Kinder und Jugendlichen liegt der Mittelwert über 55 Punkten (= hohe Lebensqualität), bei ebenfalls 29 Prozent unter 45 Punkten (= niedrige Lebensqualität).

Abb. 6.1.4: Gesundheitsbezogene Lebensqualität der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen nach KIDSCREEN-10

Kategorisierung nach KIDSCREEN-10 Index.

Basis: n = 4.219 (3- bis 17-jährige Kinder).



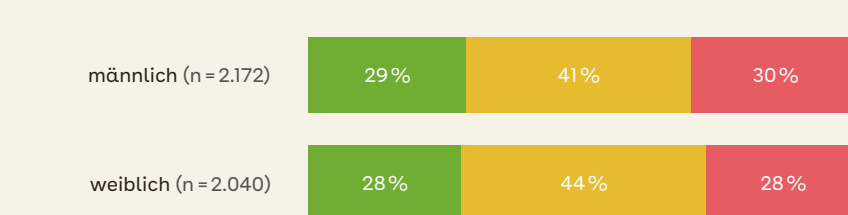
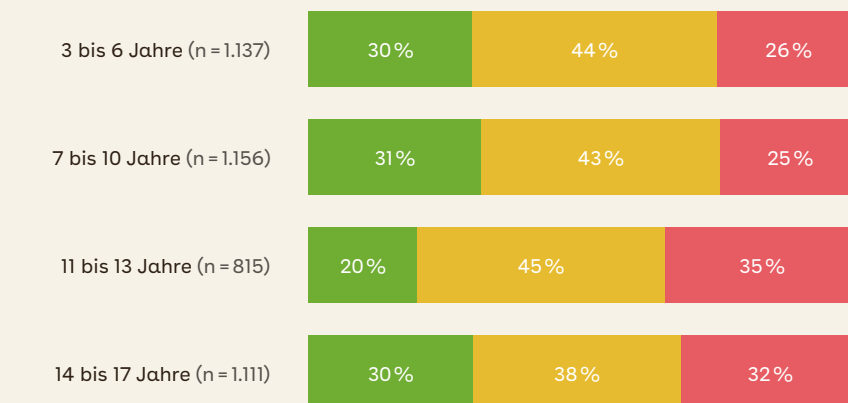
Signifikante Unterschiede treten abhängig vom Alter des Kindes auf (**s. Abb. 6.1.5**): Die gesundheitsbezogene Lebensqualität fällt in der Altersgruppe der 11- bis 13-jährigen Kinder und Jugendlichen geringer aus als in den übrigen Altersgruppen. So liegt nicht nur das Mittel in dieser Altersgruppe mit 49 Punkten deutlich unterhalb des Gesamtwertes (52 Punkte), auch die Anteile mit niedriger Lebensqualität (35 %) und hoher Lebensqualität (20 %) fallen im Vergleich zum Gesamtwert (jeweils 29 %) signifikant höher bzw. geringer aus. In der Gruppe der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen liegt zwar der Anteil mit hoher Lebensqualität mit 30 Prozent auf Gesamtwert-Niveau, allerdings befindet sich der Anteil

mit niedriger Lebensqualität in dieser Gruppe mit 32 Prozent signifikant oberhalb dessen (29 %) und sogar signifikant oberhalb der entsprechenden Werte in den Altersgruppen 3 bis 6 Jahre und 7 bis 10 Jahre (26 % bzw. 25 %).

Über alle Altersgruppen hinweg unterscheiden sich die Angaben der Eltern zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität ihrer Kinder nach dem Geschlecht des Kindes zwar signifikant, aber nur geringfügig (**s. Abb. 6.1.5**). Signifikant mehr Jungen haben nach Angabe ihrer Eltern eine niedrige Lebensqualität, während für die Mädchen signifikant häufiger eine mittlere Lebensqualität berichtet wird.

Abb. 6.1.5: Gesundheitsbezogene Lebensqualität auf Basis des KIDSCREEN-10 nach Alter und Geschlecht des Kindes

Kategorisierung nach KIDSCREEN-10
Basis: 3- bis 17-jährige Kinder.



● hohe Lebensqualität
(über 55 Punkte)

● mittlere Lebensqualität
(45 bis 55 Punkte)

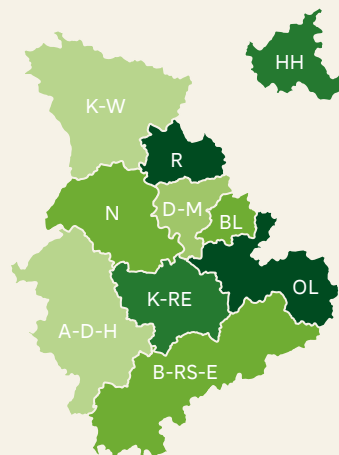
● niedrige Lebensqualität
(unter 45 Punkte)



Abb. 6.1.6: Anteil von Kindern mit hoher gesundheitsbezogener Lebensqualität auf Basis des KIDSCREEN-10 nach Regionaldirektionen

Anteile „hohe Lebensqualität: KIDSCREEN-Index > 55 Punkte“. **Basis:** 3- bis 17-jährige Kinder.

32,0 %	RD Ruhrgebiet (R) n = 548
31,7 %	RD Oberbergisches Land (OL) n = 275
30,3 %	RD Hamburg (HH) n = 676
29,3 %	RD Köln – Rhein-Erft-Kreis (K-RE) n = 530
28,5 %	Rheinland/Hamburg n = 4.219
28,3 %	RD Bonn – Rhein-Sieg-Kreis – Euskirchen (B-RS-E) n = 419
28,1 %	RD Bergisches Land (BL) n = 240
27,2 %	RD Niederrhein (N) n = 465
26,5 %	RD Düsseldorf – Mettmann (D-M) n = 390
24,8 %	RD Kleve – Wesel (K-W) n = 280
23,9 %	RD Aachen – Düren – Heinsberg (A-D-H) n = 396



Unabhängig von Alter und Geschlecht treten auf regionaler Ebene signifikante Unterschiede auf (**s. Abb. 6.1.6**): Im Vergleich zum Durchschnittswert für Rheinland/Hamburg (28,5%) ist der Anteil an Kindern und Jugendlichen, bei denen die Lebensqualität hoch eingeschätzt wird, in der Regionaldirektion Aachen – Düren – Heinsberg am geringsten (23,9%) und in der

Regionaldirektion Ruhrgebiet (32,0%) am höchsten. Zusätzlich fällt in der Regionaldirektion Ruhrgebiet der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit niedriger Lebensqualität (25,4%) signifikant geringer aus als im Gesamtgebiet Rheinland/Hamburg (29,1%). Am höchsten fällt dieser Wert mit 34,8 Prozent in der Regionaldirektion Niederrhein aus.

Exkurs

Einordnung gesundheitsbezogener Lebensqualität (KIDSCREEN-10) in die Studienlandschaft

Die KiGGS-Erhebung (Welle 2, 2014-2017) verweist für die Gruppe der 7- bis 10-Jährigen auf einen Gesamtskalenwert von 56 Punkten und für die Gruppe der 11- bis 13-Jährigen von 54 Punkten. Diese Werte liegen in der vorliegenden Studie mit 52 bzw. 49 Punkten wie bereits in der Vorgängerstudie 2024 etwas unterhalb dieses Niveaus. Im Abgleich mit der aktuelleren AOK-Familienstudie 2022 zeigen sich wie schon in 2024 eher ähnliche Werte: In der Altersgruppe der

4- bis 6-Jährigen (AOK-Familienstudie 2022) bzw. 3- bis 6-Jährigen (vorliegende Studie) liegen die Häufigkeiten für niedrige (26 % vs. 26 %), mittlere (48 % vs. 44 %) und hohe Lebensqualität (25 % vs. 30 %) nah beieinander. Bei den 7- bis 10-Jährigen zeigen sich ebenfalls homogene Ergebnisse: niedrige Lebensqualität 27 Prozent (AOK-Familienstudie 2022) vs. 25 Prozent (vorliegende Studie), mittlere Lebensqualität 47 Prozent vs. 43 Prozent, hohe Lebensqualität 26 Prozent vs. 31 Prozent. Bei den 11- bis 14-Jährigen (AOK-Familienstudie 2022) bzw. 11- bis 13-Jährigen (vorliegende Studie) ist der Anteil an Kindern mit niedriger Lebensqualität in der AOK-Familienstudie mit 29 Prozent etwas geringer als in der vorliegenden Studie (35 %), während der Anteil von Kindern mit mittlerer Lebensqualität in beiden Studien vergleichbar ist (AOK-Familienstudie: 44 %; vorliegende Studie: 45 %). Der Anteil an Kindern mit hoher Lebensqualität ist in der AOK-Familienstudie mit 27 Prozent etwas höher als in der vorliegenden Studie (20 %).

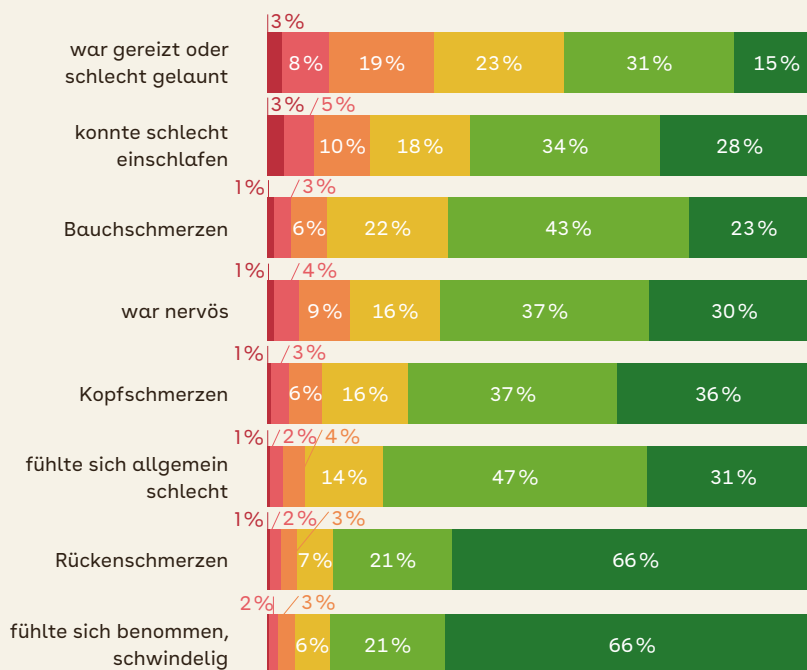
Psychosomatische Beschwerden der Kinder und Jugendlichen aus Sicht der Eltern (HBSC)

Gesundheitsbeschwerden wurden bei den 3- bis 17-Jährigen mithilfe der HBSC-Symptom-Checkliste erhoben. Diese umfasst acht psychosomatische Beschwerden. Der Begriff psychosomatisch beschreibt die Wechselwirkungen zwischen psychischen Belastungen und körperlichen Beschwerden. So können sich emotionale Belastungen in körperlichen Reaktionen wie Bauchschmerzen, Kopfschmerzen oder Schlafproblemen äußern. Von multiplen psychosomatischen Beschwerden wird im HBSC-Kontext gesprochen, wenn ein Kind oder eine jugendliche Person innerhalb der vergangenen sechs Monate mindestens zwei der abgefragten Beschwerden mindestens *fast jede Woche* erlebt hat.

Von den erfassten Beschwerden treten laut Angaben der Eltern Gereiztheit bzw. schlechte Laune am häufigsten auf – bei elf Prozent der Kinder und Jugendlichen mindestens *mehrmals pro Woche* (s. Abb. 6.1.7). Außerdem geben neun Prozent der Eltern an, dass ihr Kind mindestens *mehrmals pro Woche* schlecht einschlafen kann und sechs Prozent berichten, dass ihr Kind *mehrmals pro Woche* nervös ist.

Abb. 6.1.7: Auftreten von psychosomatischen Beschwerden bei 3- bis 17-Jährigen

Basis: n = 4.219 (3- bis 17-jährige Kinder).



● (fast) täglich
 ● mehrmals pro Woche
 ● fast jede Woche
 ● ungefähr einmal im Monat
 ● seltener
 ● nie

Frage: Wie oft hatte Ihr Kind in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden?

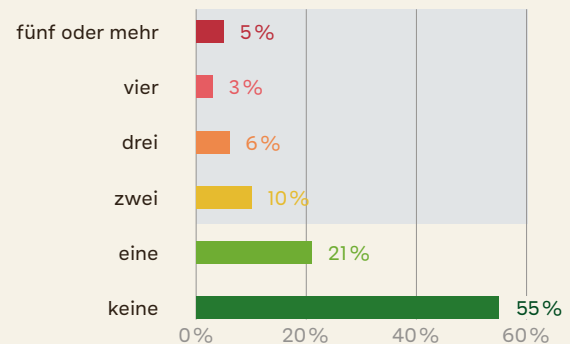


Laut Angaben der Eltern treten multiple psychosomatische Beschwerden – also mehrere der in **Abbildung 6.1.7** genannten Beschwerden mindestens *fast jede Woche* – bei einem von vier Kindern und Jugendlichen (24%) auf (**s. Abb. 6.1.8**). Bei 21 Prozent wird zumindest noch von einer psychosomatischen Beschwerde berichtet. Nach Angaben der Eltern treten bei 55 Prozent der Kinder innerhalb der vergangenen sechs Monate keine der abgefragten psychosomatischen Beschwerden mindestens fast wöchentlich auf.

Abb. 6.1.8: Häufigkeit psychosomatischer Beschwerden

Darstellung der Häufigkeit des Vorkommens psychosomatischer Beschwerden (s. Abb. 6.1.7), die *fast jede Woche*, *mehrmals pro Woche* oder *(fast) täglich* auftreten.

Basis: n = 4.219 (3- bis 17-jährige Kinder).



● 24% mit mind. zwei psychosomatischen Beschwerden

Frage: Wie oft hatte Ihr Kind in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden? (s. Abb. 6.1.7)

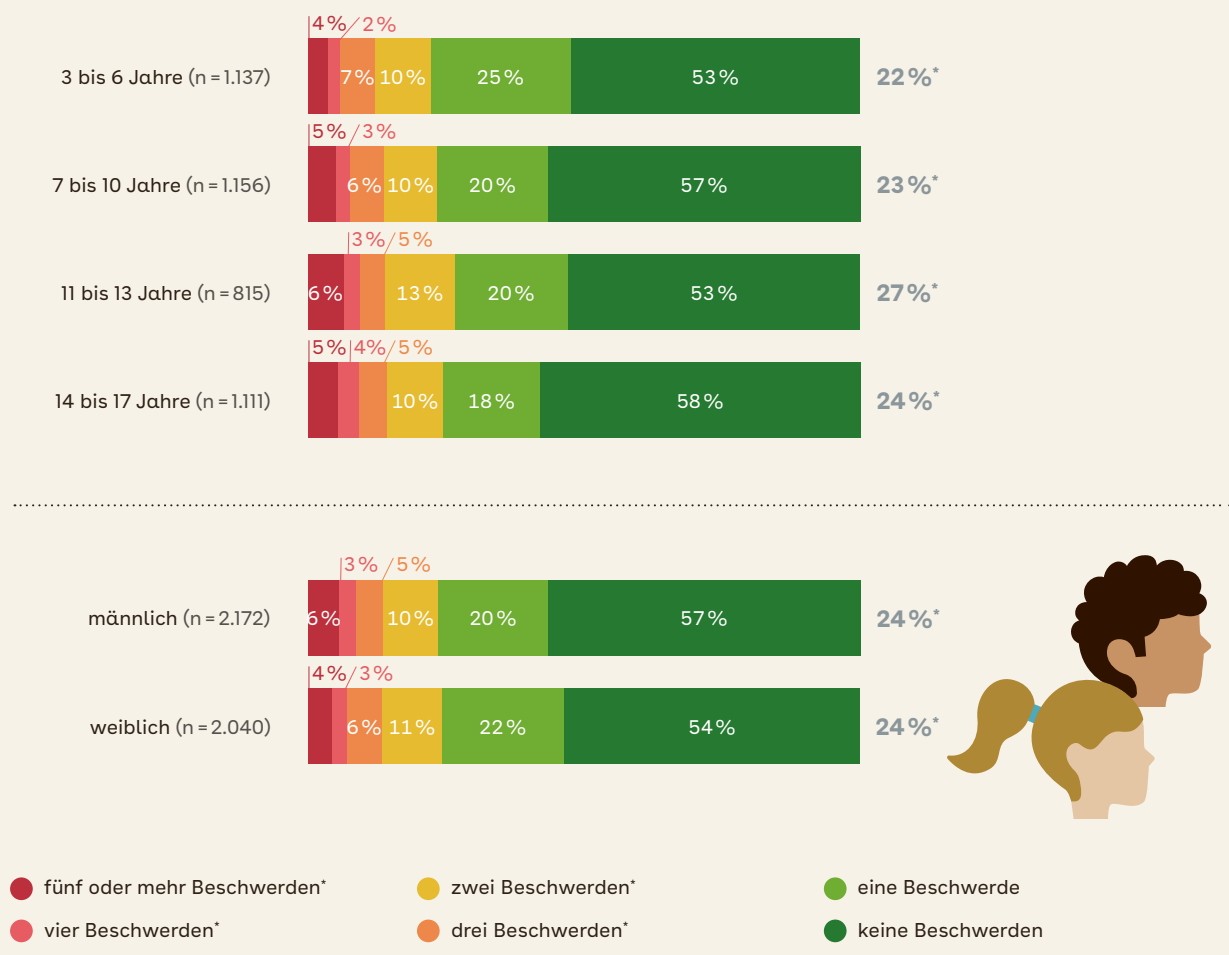


Nach Angaben der Eltern treten multiple psychosomatische Beschwerden bei den 11- bis 13-jährigen Kindern und Jugendlichen häufiger auf als in den weiteren Altersgruppen (**s. Abb. 6.1.9**). Unter älteren Kindern und Jugendlichen ab 11 Jahren ist der Anteil derer höher, bei denen die Eltern vier und mehr Beschwerden angeben. So sind es bei den 11- bis 13-Jährigen und den 14- bis 17-Jährigen jeweils neun Prozent, während es bei den 3- bis 6-Jährigen nur sechs Prozent sind.

Für Mädchen im Alter von 11 bis 13 Jahren berichten die Eltern den höchsten Anteil multipler psychosomatischer Beschwerden (30%), während bei Jungen der Höchstwert in der Altersgruppe 7 bis 10 Jahre erreicht wird (26%). Grundsätzlich fällt die wahrgenommene Beschwerdelast bei Mädchen in den beiden älteren Altersgruppen höher aus als in den beiden jüngeren, bei Jungen gestaltet sich das Bild mit Ausnahme der Altersgruppe 7 bis 10 Jahre ausgeglichen.

Abb. 6.1.9: Anteil und Häufigkeit psychosomatischer Beschwerden (HBSC) nach Alter und Geschlecht des Kindes

Darstellung der Häufigkeit des Vorkommens psychosomatischer Beschwerden (s. Abb. 6.1.7), die *fast jede Woche, mehrmals pro Woche* oder (*fast*) *täglich* auftreten sowie der Häufigkeit multipler psychosomatischer Beschwerden, d.h. mind. zwei Beschwerden treten *fast jede Woche, mehrmals pro Woche* oder (*fast*) *täglich* auf. **Basis:** 3- bis 17-jährige Kinder.



Frage: Wie oft hatte Ihr Kind in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden? (s. Abb. 6.1.7)

*multiple psychosomatische Beschwerden

Abb. 6.1.10: Anteil multipler psychosomatischer Beschwerden (HBSC) nach Regionaldirektionen

Anteil multipler psychosomatischer Beschwerden, d.h. mind. zwei Beschwerden (s. Abb. 6.1.8) treten *fast jede Woche, mehrmals pro Woche* oder *(fast) täglich* auf. **Basis:** 3- bis 17-jährige Kinder.



Frage: Wie oft hatte Ihr Kind in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden? (s. Abb. 6.1.7)

Es zeigen sich signifikante regionale Unterschiede (**s. Abb. 6.1.10**): In der Regionaldirektion Bergisches Land (29,7%) treten multiple psychosomatische Beschwerden im Vergleich zum Gesamtwert (23,9%) signifikant häufiger auf. Dafür ist der Anteil an Kindern mit multiplen psychosomatischen

Beschwerden in den Regionaldirektionen Bonn – Rhein-Sieg-Kreis – Euskirchen und Ruhrgebiet (21,1% bzw. 21,2%) unterdurchschnittlich.

Exkurs

Einordnung psychosomatischer Beschwerden (HBSC) in die Studienlandschaft

In Bezug auf das Auftreten multipler psychosomatischer Beschwerden zeigt sich im Vergleich zu anderen Studien im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 wie bereits in der Vorgängerstudie ein etwas anderes Bild: Laut HBSC-Studie (2017/18) berichteten 27 Prozent der 11-, 13- und 15-Jährigen selbst von multiplen psychosomatischen Beschwerden. In 2022 (direkt nach der Corona-Pandemie) stieg der Anteil sprunghaft auf 42 Prozent an.

In der vorliegenden Studie nehmen 27 Prozent der Eltern von 11- bis 13-Jährigen und 24 Prozent der Eltern von 14- bis 17-Jährigen multiple psychosomatische Beschwerden bei ihrem Kind wahr.

In der AOK-Familienstudie 2022 berichten dahingegen 14 Prozent der befragten Eltern von 4- bis 14-Jährigen von multiplen psychosomatischen Beschwerden. Auch innerhalb der einzelnen Altersgruppen gibt es Differenzen: So liegt der Anteil an 4- bis 6-Jährigen mit multiplen psychosomatischen Beschwerden in der AOK-Familienstudie bei 15 Prozent (22 % in der vorliegenden Studie in der Altersgruppe der 3- bis 6-Jährigen), der Anteil an 7- bis 10-Jährigen bei 13 Prozent (23 %) und bei 11- bis 14-Jährigen sind es 14 Prozent.

Subjektiver Gesundheitszustand (SRHS), gesundheitsbezogene Lebensqualität (KIDSCREEN-10) und multiple psychosomatische Beschwerden (HBSC) anhand der Lebensumstände des Kindes

Eine ganze Reihe von Lebensumständen und demografischen Merkmalen der Eltern können sich belastend auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auswirken (Gossmann et al., 2023; Hähnle et al., 2020). Zu den Risikofaktoren für die Gesundheit der Kinder zählen bspw. die Erwerbslosigkeit oder eine psychische Erkrankung der Eltern, die alleinige Erziehung durch eine Mutter oder einen Vater (Hähnle et al., 2020) sowie ein niedriges Bildungsniveau der Eltern. Kinder von Eltern mit diesen Merkmalen sind u. a. besonders gefährdet, psychische Störungen zu entwickeln (Gossmann et al., 2023; Hähnle et al., 2020).

In der vorliegenden Studie wurden folgende Aspekte erfasst, die eine Auswirkung auf das gesunde Aufwachsen von Kindern haben könnten:

- **Allgemeine Gesundheitskompetenz der Eltern**
53 Prozent der Eltern verfügen über eine ausreichende, 28 Prozent über eine problematische sowie 18 Prozent über eine inadäquate Gesundheitskompetenz.
- **Subjektiver Gesundheitszustand der Eltern**
Während 28 Prozent der Eltern ihren eigenen Gesundheitszustand als *sehr gut* beschreiben, geben 47 Prozent diesen als *gut*, 21 Prozent als *mittelmäßig*, drei Prozent als *schlecht* und null Prozent als *sehr schlecht* an.
- **Familiäre Wohnsituation**
76 Prozent der Kinder leben permanent bei beiden Elternteilen in einem gemeinsamen Haushalt, 12 Prozent ausschließlich bei der Mutter (9%) oder dem Vater (3%) und fünf Prozent zu gleichen Teilen bei beiden Elternteilen im Wechsel.
- **Äquivalenzeinkommen der Eltern**
Das untere Viertel der Befragungss Stichprobe verfügt über ein Äquivalenzeinkommen von bis zu 1.522 EUR, während das einkommensstärkste Viertel über ein Äquivalenzeinkommen von mindestens 2.692 EUR verfügt.
- **Wohnfläche des Haushalts**
Nach Elternangaben leben vier Prozent der Kinder auf einer Wohnfläche von unter 60 qm, 19 Prozent auf einer Fläche zwischen 60 und 79 qm, weitere 21 Prozent auf einer Wohnfläche zwischen 80 und 99 qm sowie 20 Prozent auf einer Fläche von 100 bis 120 qm und 28 Prozent auf einer Fläche von mehr als 120 qm.

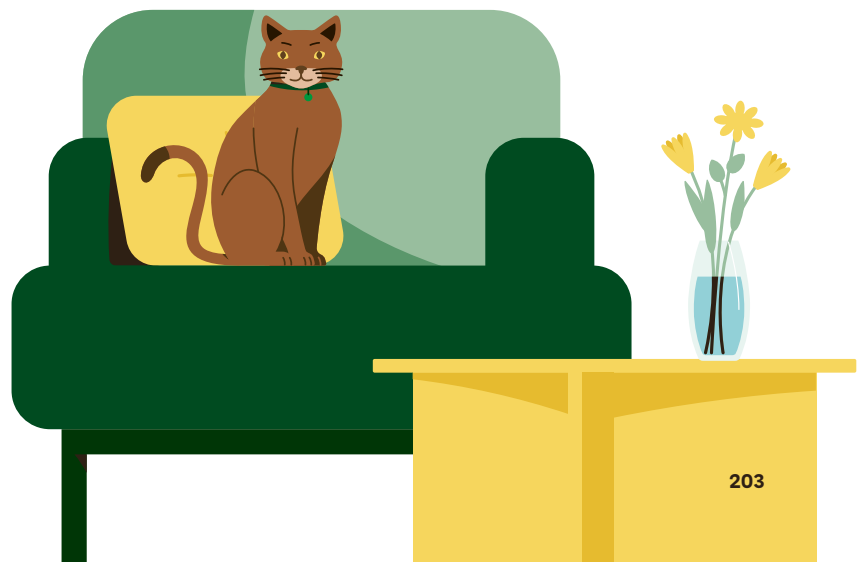
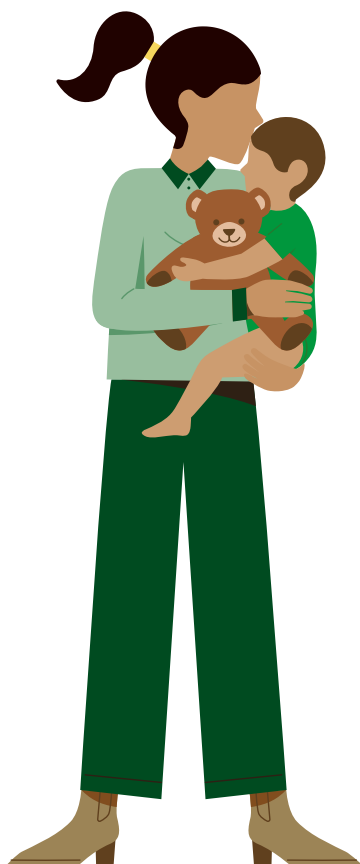


Abb. 6.1.11: Indikatoren der Gesundheit nach allgemeiner Gesundheitskompetenz der Eltern

Basis: 3- bis 17-Jährige, für SRHS 0- bis 17-jährige Kinder.

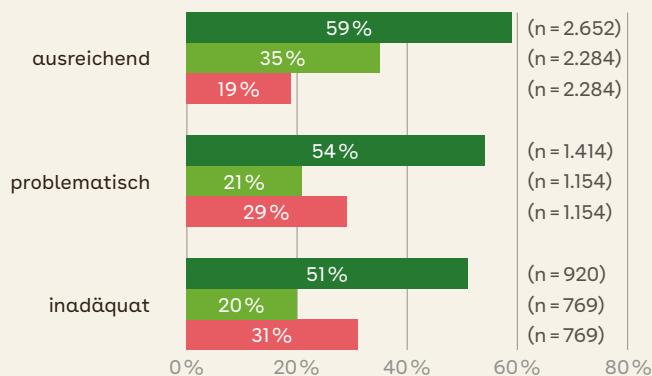
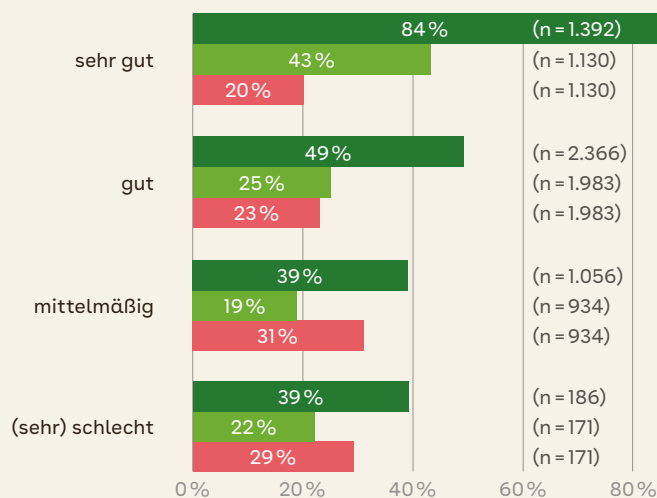


Abb. 6.1.12: Indikatoren der Gesundheit nach subjektivem Gesundheitszustand der Eltern

Basis: 3- bis 17-Jährige, für SRHS 0- bis 17-jährige Kinder.



⊕ Anteil *sehr guter* subjektiver Gesundheitszustand des Kindes (SRHS)

⊕ Anteil hoher gesundheitsbezogener Lebensqualität (KIDSCREEN-10)

⊖ Anteil multipler psychosomatischer Beschwerden (HBSC)

Frage: (SRHS) Wie würden Sie den derzeitigen Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben? / (KIDSCREEN-10) Kategorisierung nach KIDSCREEN-10 / (HBSC) Wie oft hatte Ihr Kind in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden?

Gesundheitskompetenz der Eltern

Verfügen die Eltern nur über eine inadäquate Gesundheitskompetenz, berichten sie signifikant seltener von einem *sehr guten* Gesundheitszustand ihres Kindes als Eltern mit ausreichender Gesundheitskompetenz (**s. Abb. 6.1.11**). Auch für die weiteren Indikatoren der körperlichen und psychischen Gesundheit der Kinder zeigen sich vergleichbare Befunde: So fällt die gesundheitliche Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen (KIDSCREEN-10) geringer aus, wenn die Gesundheitskompetenz der Eltern problematisch oder gar inadäquat ist. Auch ist der Anteil multipler psychosomatischer Beschwerden (HBSC) signifikant höher, wenn die Gesundheitskompetenz der Eltern geringer ist.

Subjektiver Gesundheitszustand der Eltern

Wenn Eltern ihren eigenen Gesundheitszustand als *mittelmäßig* oder *schlecht* beschreiben, fällt auch der wahrgenommene Gesundheitszustand der Kinder schlechter aus. So berichten Eltern mit *sehr gutem* Gesundheitszustand auch in 84 Prozent der Fälle von einem *sehr guten* Gesundheitszustand ihres Kindes. Zum Vergleich: Wird der Gesundheitszustand der Befragten nur als *mittelmäßig* angegeben, berichten nur 39 Prozent von einem *sehr guten* Gesundheitszustand ihres Kindes (**s. Abb. 6.1.12**). Sehr ähnlich sieht dies sowohl für die gesundheitliche Lebensqualität der Kinder (KIDSCREEN-10) als auch den Anteil multipler psychosomatischer Beschwerden (HBSC) aus: Ist der empfundene Gesundheitszustand der Eltern schlechter, fallen auch diese Indikatoren für die Kindergesundheit kritischer aus.

Familiäre Wohnsituation

Kinder und Jugendliche, die bei beiden Eltern leben, haben vergleichsweise signifikant häufiger einen als *sehr gut* wahrgenommenen Gesundheitszustand (58 %) als jene, die z. B. in einem Wechselmodell (50 %) oder nur bei einem Elternteil und dessen Partner oder Partnerin (49 %) oder nur bei Mutter oder Vater leben (50 %; s. **Abb. 6.1.13**).

Ein vergleichbares Bild zeigt sich bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder (KIDSCREEN-10) und beim Anteil multipler psychosomatischer Beschwerden (HBSC). Deren Werte sind insbesondere dann kritischer, wenn die Kinder zwischen den Eltern hin und her wechseln oder bei einem Elternteil mit neuem Partner bzw. neuer Partnerin leben. Sie fallen dahingegen positiver aus, wenn das Kind bei beiden Eltern lebt oder ausschließlich bei einem Elternteil ohne neuen Partner bzw. neuer Partnerin.

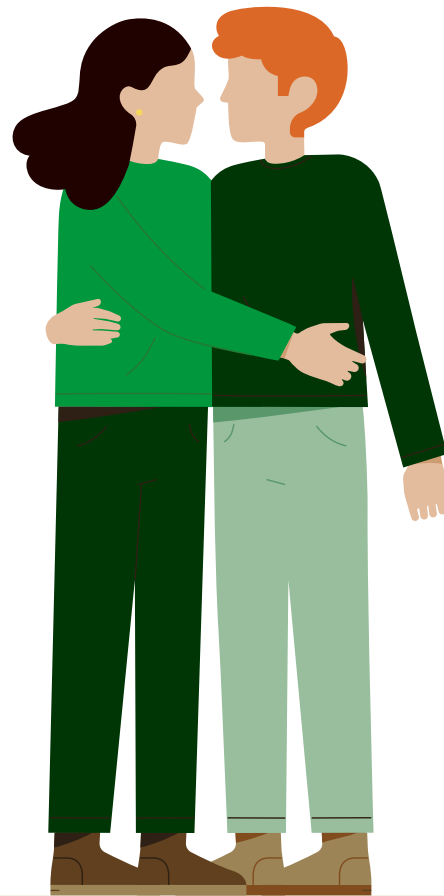
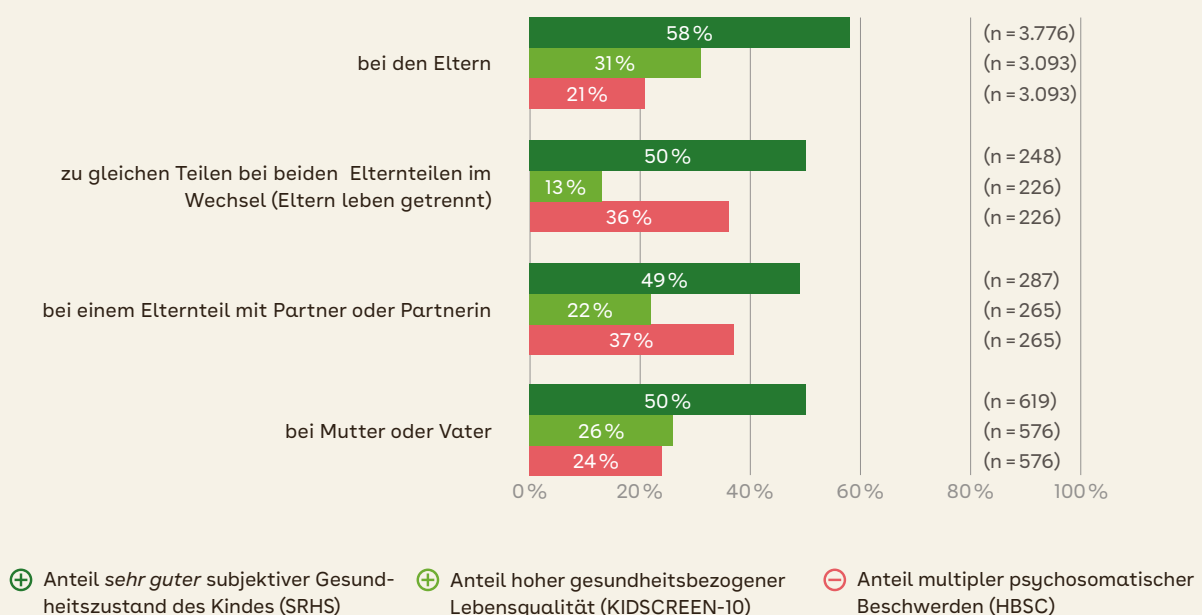


Abb. 6.1.13: Indikatoren der Gesundheit nach familiärer Wohnsituation

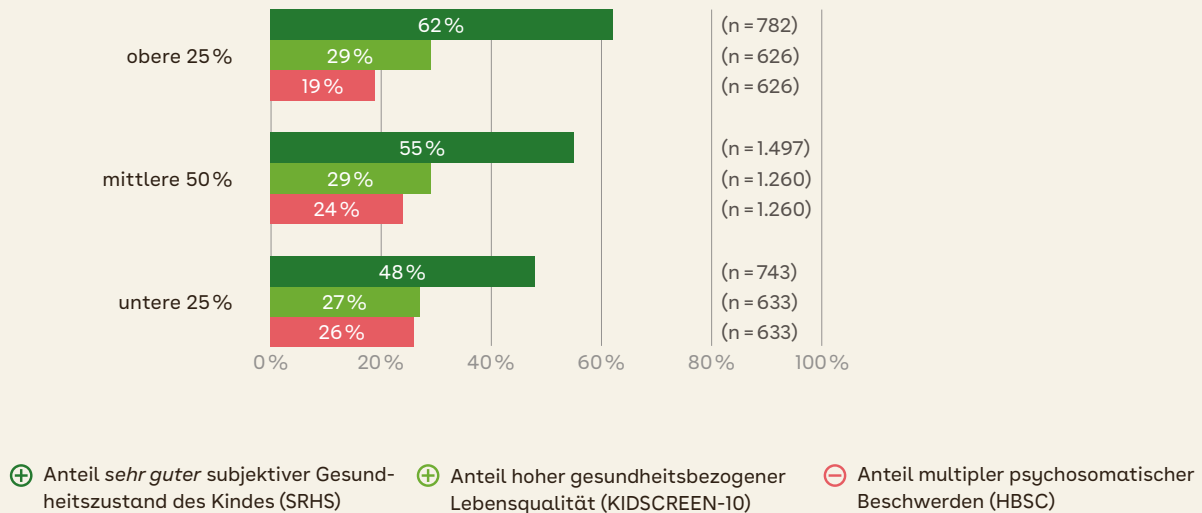
Basis: 3- bis 17-Jährige, für SRHS 0- bis 17-jährige Kinder.



Frage: (SRHS) Wie würden Sie den derzeitigen Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben? / (KIDSCREEN-10) Kategorisierung nach KIDSCREEN-10 / (HBSC) Wie oft hatte Ihr Kind in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden?

Abb. 6.1.14: Indikatoren der Gesundheit nach Äquivalenzeinkommen

Basis: 3- bis 17-Jährige, für SRHS 0- bis 17-jährige Kinder.



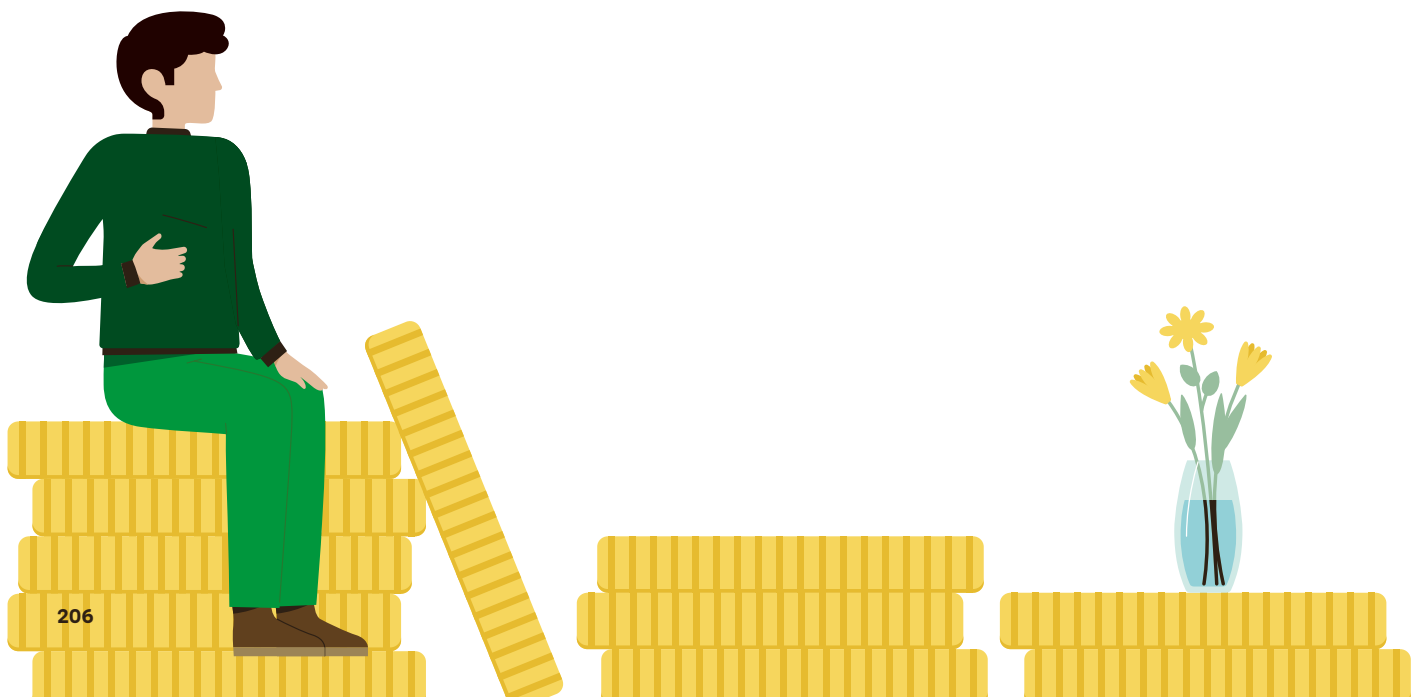
Frage: (SRHS) Wie würden Sie den derzeitigen Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben? / (KIDSCREEN-10) Kategorisierung nach KIDSCREEN-10 / (HBSC) Wie oft hatte Ihr Kind in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden?

Äquivalenzeinkommen der Eltern

Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass bei Kindern von Eltern mit niedrigem Äquivalenzeinkommen signifikant seltener von einem *sehr guten* Gesundheitszustand berichtet wird (48%) als bei Kindern von Eltern mit einem hohen Äquivalenzeinkommen (62%; s. **Abb. 6.1.14**). Vergleichbares lässt sich für die gesundheitliche Lebensqualität der Kinder (KIDSCREEN-10) und den Anteil multipler psychosomatischer Beschwerden (HBSC) berichten: Ist das Äquivalenzeinkommen der Eltern geringer, fallen auch diese Indikatoren kritischer aus.

Wohnfläche des Haushalts

Während sich in Abhängigkeit der Wohnfläche, auf der die Kinder leben, keine konsistenten Befunde für das Auftreten eines *sehr guten* Gesundheitszustandes zeigen, wird deutlich, dass die Häufigkeit multipler psychosomatischer Beschwerden (HBSC) und auch das Auftreten einer nur niedrigen Lebensqualität (KIDSCREEN-10) mit zunehmender Wohnfläche tendenziell rückläufig sind (s. **Abb. 6.1.15**). Insbesondere bei einer Wohnfläche unter 60 qm berichten Eltern häufiger von multiplen psychosomatischen Beschwerden sowie einer niedrigen Lebensqualität (jeweils 36%).



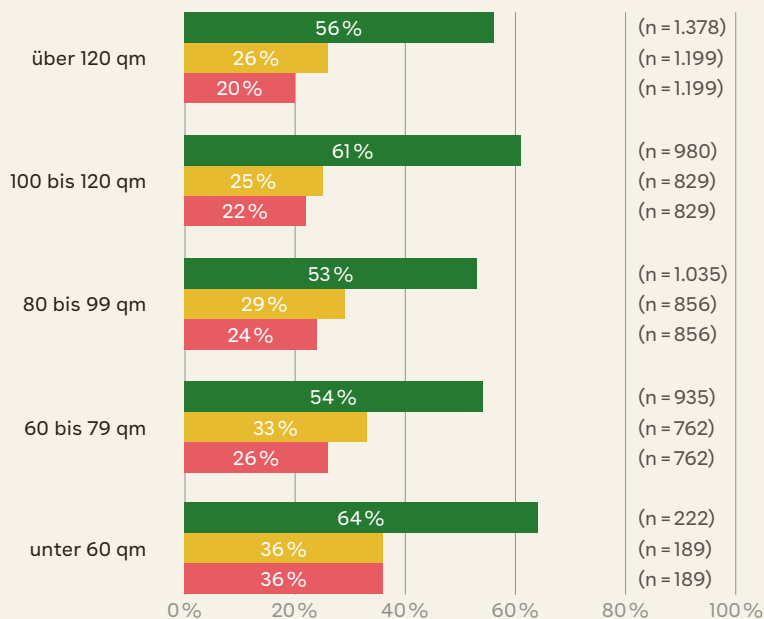
Insgesamt wird deutlich: Je mehr dieser belastenden Lebensumstände auftreten, desto geringer wird der wahrgenommene Gesundheitszustand des Kindes durch die Eltern beurteilt. Ebenso steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Eltern von psychosomatischen Beschwerden ihrer Kinder berichten sowie deren gesundheitsbezogene Lebensqualität niedriger einschätzen.

Die Wahrnehmung des Gesundheitszustandes und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

des Kindes, aber auch die Wahrscheinlichkeit des Auftretens psychosomatischer Beschwerden stehen im Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz der Eltern, deren Gesundheitszustand und der Wohnfläche des Haushalts. Auch werden Kinder und Jugendliche, die bei beiden Eltern oder dauerhaft bei nur einem Elternteil leben, als gesünder eingeschätzt als solche, die in einem Wechselmodell leben. Ebenso wird die Gesundheit der Kinder von Eltern mit geringem Äquivalenzeinkommen kritischer bewertet.

Abb. 6.1.15: Indikatoren der Gesundheit nach Wohnfläche

Basis: 3- bis 17-Jährige, für SRHS 0- bis 17-jährige Kinder.



⊕ Anteil *sehr guter* subjektiver Gesundheitszustand des Kindes (SRHS) ⊖ Anteil niedriger gesundheitsbezogener Lebensqualität (KIDSCREEN-10) ⊖ Anteil multipler psychosomatischer Beschwerden (HBSC)

Frage: (SRHS) Wie würden Sie den derzeitigen Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben? / (KIDSCREEN-10) Kategorisierung nach KIDSCREEN-10 / (HBSC) Wie oft hatte Ihr Kind in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden?





Nachgefragt bei ...

Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberger, Forschungsdirektorin und Leiterin der Forschungssektion „Child Public Health“ am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Expertin für psychische Gesundheit, Lebensqualität und Gesundheitsforschung bei Kindern und Jugendlichen.



Welche familiären Lebensbedingungen haben aus Ihrer Sicht den größten Einfluss auf die Gesundheit von Kindern?

Am wichtigsten sind stabile Beziehungen, emotionale Sicherheit und verlässliche Strukturen im Alltag. Kinder brauchen das Gefühl, gesehen, unterstützt und ernst genommen zu werden. Auch gemeinsame Rituale wie Mahlzeiten, Gespräche oder feste Tagesabläufe stärken ihre Gesundheit. Gleichzeitig spielen finanzielle Sicherheit und die psychische Gesundheit der Eltern eine große Rolle. Wenn Eltern stark belastet sind, wirkt sich das häufig auch auf die Kinder aus.



Was können Eltern konkret tun, um die Gesundheit ihrer Kinder zu stärken – auch dann, wenn die eigenen Lebensumstände herausfordernd sind?

Entscheidend sind Verlässlichkeit, Aufmerksamkeit und echtes Interesse am Alltag des Kindes. Schon kleine Dinge wie gemeinsame Zeit, Zuhören, feste Rituale oder klare Strukturen wirken sehr stärkend. Wichtig ist auch, Gefühle ernst zu nehmen und offen über Sorgen zu sprechen. Kinder brauchen das Gefühl: Ich bin nicht allein. Gerade in belasteten Lebensphasen sind Liebe, Geborgenheit und ein stabiles Gegenüber oft der wichtigste Schutzfaktor.



Welche verbreiteten Annahmen über „gute“ oder „schlechte“ Bedingungen für das gesunde Aufwachsen von Kindern halten Sie für zu einfach oder irreführend?

Zu einfach ist die Annahme, dass gute Kindergesundheit vor allem eine Frage individueller Erziehung oder „richtiger“ Elternentscheidungen ist. Gesundheit entsteht immer im Zusammenspiel von Familie, Schule, sozialem Umfeld und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Auch finanzielle Sicherheit, Bildungschancen und Teilhabe prägen das Aufwachsen stark. Ebenso irreführend ist die Vorstellung, Resilienz sei angeboren – sie entwickelt sich vor allem dort, wo Kinder stabile Unterstützung erfahren.



Fazit: Insgesamt geht es den Kindern und Jugendlichen aus dem Rheinland und Hamburg gesundheitlich gut. Je älter die Kinder und Jugendlichen werden, desto schlechter wird ihr subjektiver Gesundheitszustand beurteilt, auch ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität sinkt. Zudem steigt mit dem Alter die Wahrscheinlichkeit psychosomatischer Beschwerden.

Darüber hinaus stehen auch bestimmte Lebensumstände der Eltern, wie eine geringe Gesundheitskompetenz, ein schlechter Gesundheitszustand, geringe Wohnfläche, geringes Einkommen, eine familiäre Wohnsituation im Wechselmodell oder mit einem Elternteil und dessen Partnerin bzw. Partner, im Zusammenhang mit möglichen gesundheitlichen Einschränkungen des Kindes.

Kapitel 6:

6.2 Diagnosen und Vermutungen chronischer Erkrankungen

Im Rahmen der vorliegenden Studie werden chronische Erkrankungen als lang andauernde Erkrankungen verstanden, die häufig mit einer längerfristig erhöhten Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems einhergehen. Von einer chronischen Erkrankung wird dabei bei einer Dauer von mindestens drei bis sechs Monaten gesprochen. Dieses Verständnis orientiert sich hinsichtlich der Berücksichtigung von Dauer und Versorgungsbedarf an dem Ansatz, der auch im Rahmen der nationalen KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts (RKI) unter anderem zur Erfassung chronischer gesundheitlicher Beeinträchtigungen im Kindes- und Jugendalter herangezogen wurde (Kurth et al., 2008). Der Fokus liegt damit nicht allein auf dem Vorliegen einer konkreten ärztlichen Diagnose, sondern auch auf durch die Eltern wahrgenommenen längerfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und dem resultierenden Versorgungsbedarf der Kinder und Jugendlichen.

Darüber hinaus haben chronische Erkrankungen einen starken Einfluss auf die Wahrnehmung des Gesundheitszustands (Noeker, 2022). Eine frühe und individuelle Behandlung von chronischen Erkrankungen ist demnach wichtig, denn sie kann das Risiko für mögliche negative Folgen verringern

(Bundesministerium für Gesundheit, 2024b; Erskine et al., 2016). Daher ist es relevant, Informations- und Unterstützungsangebote für Eltern von betroffenen Kindern möglichst niedrigschwellig anzubieten, um Eltern in allen Lebenslagen beim gesunden Aufwachsen ihrer Kinder zu unterstützen. Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich die vorliegende Studie intensiv mit der Perspektive der Eltern von chronisch erkrankten Kindern und Jugendlichen. Dabei berücksichtigt die Studie auch die Perspektive der Eltern, denen (noch) keine konkrete Diagnose einer chronischen Erkrankung ihrer Kinder vorliegt, sondern die diese (bislang) nur vermuten. So liefern die Ergebnisse ein ganzheitliches Bild der Bedürfnisse aller Eltern im Rheinland und in Hamburg, die sich mit den chronischen Erkrankungen ihrer Kinder auseinandersetzen, und helfen, Informations- und Unterstützungsangebote bedarfsgerecht bereitzustellen.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden 21 chronische Krankheitsbilder berücksichtigt, wobei der Umfang der bereits in der Vorgängerstudie 2024 enthaltenen Krankheitsbilder um ein Krankheitsbild erweitert wurde: Verhaltenssuchte, die im ICD-11 eigenständig klassifiziert werden können, wurden nun ebenfalls berücksichtigt.



Zusammenfassung

Krankheitsvermutungen nehmen gegenüber 2024 deutlich zu.

Bereits Krankheitsvermutungen gehen häufig mit Belastungen, Sorgen und einem hohen Informationsbedarf der Eltern einher.

Gesundheitskompetenz, Gesundheitszustand und soziale Lage der Eltern hängen eng mit Diagnosen und Krankheitsvermutungen zusammen.

Auftreten

- 34 % der Eltern berichten mind. eine Diagnose, 38 % mind. eine Krankheitsvermutung
- häufigste Diagnosen und Vermutungen: Sehschwäche / Sehstörungen, Heuschnupfen, ADHS, Entwicklungsstörungen
- Krankheitsvermutungen seit 2024 stärker angestiegen als Diagnosen – vor allem bei ADHS

Belastungen und Sorgen

- hohe Belastungen für Eltern und Kinder, je nach Erkrankung unterschiedlich stark ausgeprägt
- geringste Belastung: Sehschwächen / Sehstörungen (jeweils 7 % bzw. 7 % Eltern, 6 % Kinder)
- höchste Belastung: psychische Erkrankungen (69 % und 61 % bzw. 56 % und 47 %)
- größte Sorgen: dauerhafte Beeinträchtigungen (höchste Werte: 68 % bei Adipositas; 52 % bei psychischen Erkrankungen) und Verschlimmerung der (vermuteten) Erkrankung (höchste Werte: 66 % bei Adipositas; 51 % bei Adipositas)
- Viele Eltern bezweifeln, dass ihr Kind mit seiner (vermuteten) Erkrankung in der Schule / im Kindergarten gut aufgehoben ist (niedrigste Werte: 50 % bei psychischen Erkrankungen; 49 % bei psychischen Erkrankungen).

Lebensumfelder

- Diagnosen und Vermutungen treten häufiger bei Eltern mit niedriger allgemeiner Gesundheitskompetenz, schlechtem Gesundheitszustand, niedrigem Bildungsabschluss und geringem Äquivalenzeinkommen auf.

Elterlicher Umgang mit Krankheitsvermutungen

- häufigste Gründe: beobachtete Symptome (30 %), Kenntnis familiärer Vorbelastungen (30 %), Hinweise von Ärzten und Ärztinnen sowie Therapeuten und Therapeutinnen (24 %)
- Ein Drittel der Eltern hat trotz Vermutung noch keinen Arzttermin vereinbart – meist, weil sie die Symptome zunächst weiter beobachten wollen (29 %).
- Eltern informieren sich häufig online über die jeweilige Erkrankung (24 % Online-Suchportale, 19 % KI) – ein Hinweis auf die wachsende Bedeutung digitaler Gesundheitskompetenz.

- Erkrankung bei Kind diagnostiziert
- Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet

Diagnostizierte und vermutete chronische Erkrankungen der Kinder und Jugendlichen aus Sicht der Eltern

Je nach Erkrankung werden unterschiedliche Altersgruppen berücksichtigt, abhängig davon, ab welchem Alter die jeweilige Erkrankung typischerweise relevant ist und diagnostiziert werden kann. Die betrachteten Altersgruppen werden in Kapitel 3 (S. 32) sowie in Kapitel 7 (S. 236) spezifiziert.

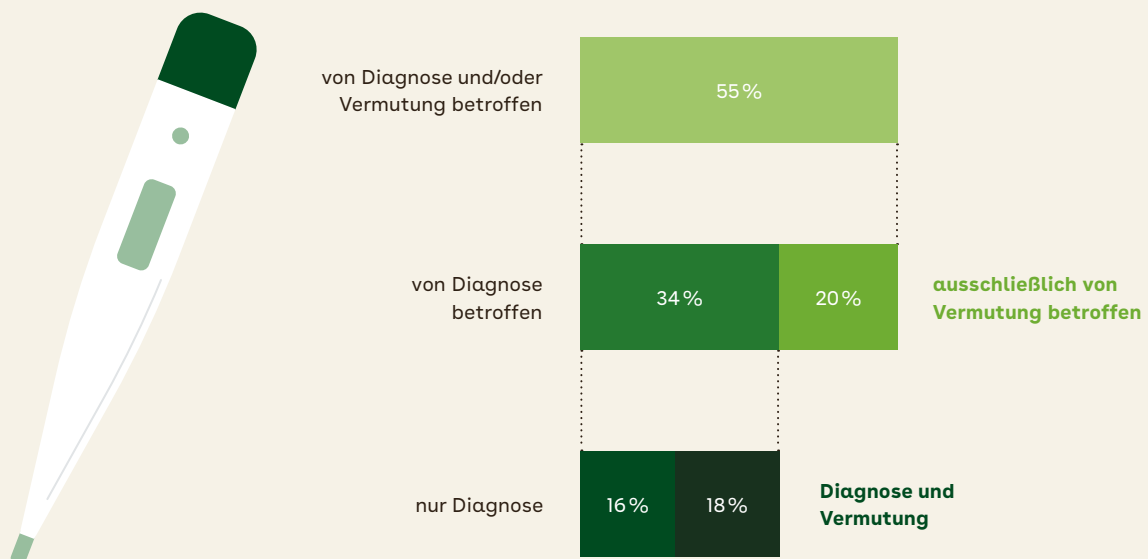


Im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 wurden Eltern von 0- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen aus dem Rheinland und Hamburg danach gefragt, ob bei ihrem Kind aktuell eine oder mehrere von 21 chronischen körperlichen oder psychischen Krankheiten, Allergien oder Gesundheitsproblemen diagnostiziert wurden oder ob eine ernsthafte Vermutung besteht, dass ihr Kind an einer solchen erkrankt sein könnte.

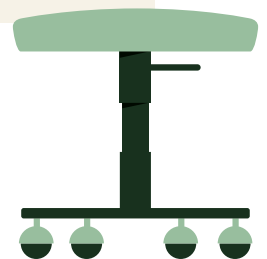
Die vorliegende Studie zeigt, dass sich 55 Prozent der Eltern mit mindestens einer chronischen Erkrankung ihres Kindes auseinandersetzen – in 16 Prozent der Fälle liegt dabei mindestens eine Diagnose, aber keine weitere Vermutung vor, in 18 Prozent der Fälle liegen sowohl mindestens eine Diagnose als auch mindestens eine ernsthafte Vermutung vor und in weiteren 20 Prozent der Fälle liegt mindestens eine ernsthafte Vermutung, aber keine weitere Diagnose vor (**s. Abb. 6.2.1**).

Abb. 6.2.1: Anteile (vermutlich) betroffener Kinder

Dargestellt werden die Anteile der Kinder mit mind. einer Diagnose oder mit mind. einer Vermutung für die 21 abgefragten chronischen Krankheitsbilder. **Basis:** n = 5.000 (0- bis 17-jährige Kinder).



Frage: Ist bei Ihrem Kind aktuell eine oder mehrere der folgenden chronischen körperlichen oder psychischen Krankheiten, Allergien oder Gesundheitsprobleme diagnostiziert? Haben Sie bei einer oder mehreren dieser Krankheitsbilder die ernsthafte Vermutung, dass Ihr Kind an dieser erkranken könnte oder bereits ist, es liegt aber keine Diagnose vor?



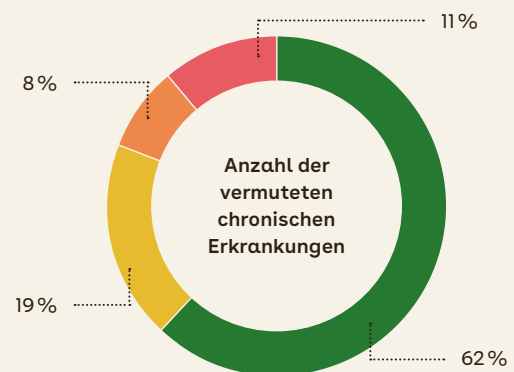
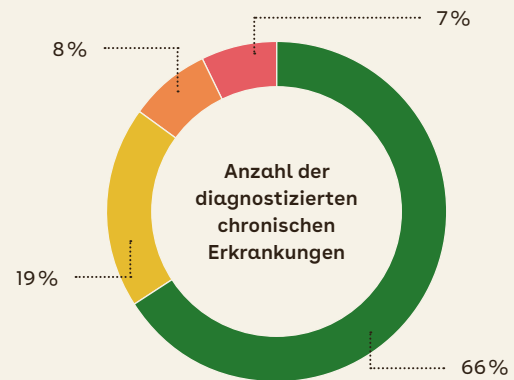
Insgesamt geben 34 Prozent der Eltern an, dass für ihr Kind mindestens eine der 21 abgefragten chronischen Erkrankungen diagnostiziert wurde, 66 Prozent geben keine Diagnose an (**s. Abb. 6.2.2**). Unter den Eltern mit Diagnoseangabe befinden sich 19 Prozent, die lediglich eine Diagnose angeben, acht Prozent, die zwei Diagnosen angeben und weitere sieben Prozent, die drei und mehr Diagnosen berichten. Der Anteil der Eltern mit einer Krankheitsvermutung ist ähnlich: So vermuten 38 Prozent der Eltern mindestens eine chronische Erkrankung bei ihrem Kind, davon 19 Prozent genau eine, acht Prozent zwei und weitere elf Prozent drei Erkrankungen und mehr.

Beim Blick auf regionale Unterschiede zeigt sich zwar, dass in der Regionaldirektion Oberbergisches Land überdurchschnittlich viele Eltern (38,9%) und in der Regionaldirektion Köln – Rhein-Erft-Kreis unterdurchschnittlich viele Eltern angeben (31,1%), dass ihr Kind mindestens eine diagnostizierte chronische Erkrankung aufweist, allerdings unterscheiden sich diese Ergebnisse nicht signifikant vom Durchschnitt (**s. Abb. 6.2.3**).

In der Regionaldirektion Bonn – Rhein-Sieg-Kreis – Euskirchen fällt der Anteil der Eltern mit Krankheitsvermutung mit 41,9 Prozent am höchsten und in der Regionaldirektion Düsseldorf-Mettmann mit 36,1 Prozent am geringsten aus, wobei beide Werte im Vergleich zum Durchschnittswert ebenfalls nicht signifikant werden (**s. Abb. 6.2.3**).

Abb. 6.2.2: Anzahl der diagnostizierten und vermuteten chronischen Erkrankungen der Kinder

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



- keine chronischen Erkrankungen
- eine chronische Erkrankung
- zwei chronische Erkrankungen
- drei oder mehr chronische Erkrankungen

Frage: Ist bei Ihrem Kind aktuell eine oder mehrere der folgenden chronischen körperlichen oder psychischen Krankheiten, Allergien oder Gesundheitsprobleme diagnostiziert? Haben Sie bei einer oder mehreren dieser Krankheitsbilder die ernsthafte Vermutung, dass Ihr Kind an dieser erkranken könnte oder bereits ist, es liegt aber keine Diagnose vor?



Von den abgefragten chronischen Erkrankungen hat Sehschwäche/Sehstörung die höchste Prävalenz (Häufigkeit des Auftretens): 12 Prozent der befragten Eltern geben an, dass für ihr Kind hierfür eine ärztliche Diagnose vorliegt (**s. Abb. 6.2.4**), Heuschnupfen mit einem Diagnose-Anteil von sieben Prozent folgt danach. Bei ADHS berichten sechs Prozent von einer

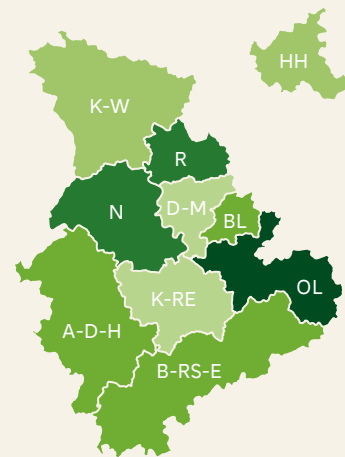
Diagnose und auf Entwicklungsstörungen (dies umfasst z. B. Sprach- und Sprechstörungen, Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten, Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen) entfällt eine Prävalenz von fünf Prozent, auf Neurodermitis/Dermatitis und Nahrungsmittelallergien/Nahrungsmittelenverträglichkeiten ebenfalls.

Abb. 6.2.3: Anteil mind. einer diagnostizierten und vermuteten chronischen Erkrankung nach Regionaldirektion (RD)

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder.

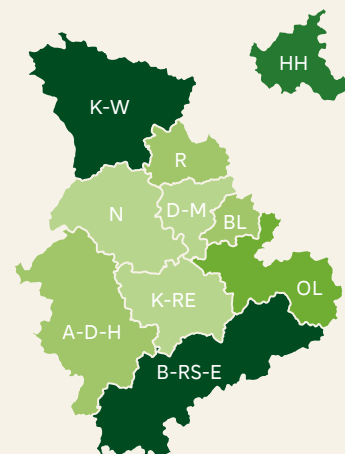
1) Dargestellt wird Antwortoption mind. eine Erkrankung bei Kind diagnostiziert.

38,9%	RD Oberbergisches Land (OL) n = 323
36,6%	RD Ruhrgebiet (R) n = 652
36,4%	RD Niederrhein (N) n = 545
35,6%	RD Bergisches Land (BL) n = 283
35,5%	RD Aachen – Düren – Heinsberg (A-D-H) n = 469
34,4%	Rheinland/Hamburg n = 5.000
34,3%	RD Bonn – Rhein-Sieg-Kreis – Euskirchen (B-RS-E) n = 493
33,7%	RD Kleve – Wesel (K-W) n = 330
32,7%	RD Hamburg (HH) n = 810
31,5%	RD Düsseldorf – Mettmann (D-M) n = 462
31,1%	RD Köln – Rhein-Erft-Kreis (K-RE) n = 633



2) Dargestellt wird Antwortoption mind. eine Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet.

41,9%	RD Bonn – Rhein-Sieg-Kreis – Euskirchen (B-RS-E) n = 493
41,7%	RD Kleve – Wesel (K-W) n = 330
40,2%	RD Hamburg (HH) n = 810
38,8%	RD Oberbergisches Land (OL) n = 323
38,5%	Rheinland/Hamburg n = 5.000
38,0%	RD Bergisches Land (BL) n = 283
37,5%	RD Aachen – Düren – Heinsberg (A-D-H) n = 469
37,4%	RD Ruhrgebiet (R) n = 652
37,2%	RD Köln – Rhein-Erft-Kreis (K-RE) n = 633
36,5%	RD Niederrhein (N) n = 545
36,1%	RD Düsseldorf – Mettmann (D-M) n = 462



Frage: Ist bei Ihrem Kind aktuell eine oder mehrere der folgenden chronischen körperlichen oder psychischen Krankheiten, Allergien oder Gesundheitsprobleme diagnostiziert? Haben Sie bei einer oder mehreren dieser Krankheitsbilder die ernsthafte Vermutung, dass Ihr Kind an dieser erkranken könnte oder bereits ist, es liegt aber keine Diagnose vor?

Der Anteil der Vermutungen liegt zum Teil deutlich darüber: So berichten zehn Prozent der Eltern von einer Krankheitsvermutung ihres Kindes bezüglich ADHS, neun Prozent der Eltern von 11- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen berichten von einer vermuteten Verhaltenssucht (dies umfasst z. B. Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung oder Computerspielsstörung) und acht Prozent von einer Vermutung bezüglich einer psychischen Erkrankung, Persönlichkeits- und Verhaltensstörung sowie sieben Prozent von einer Vermutung bezüglich Heuschnupfen.

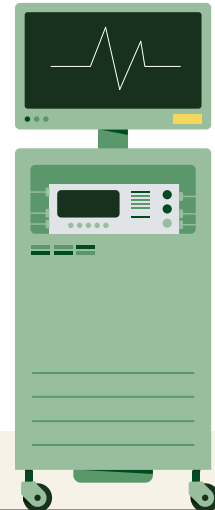
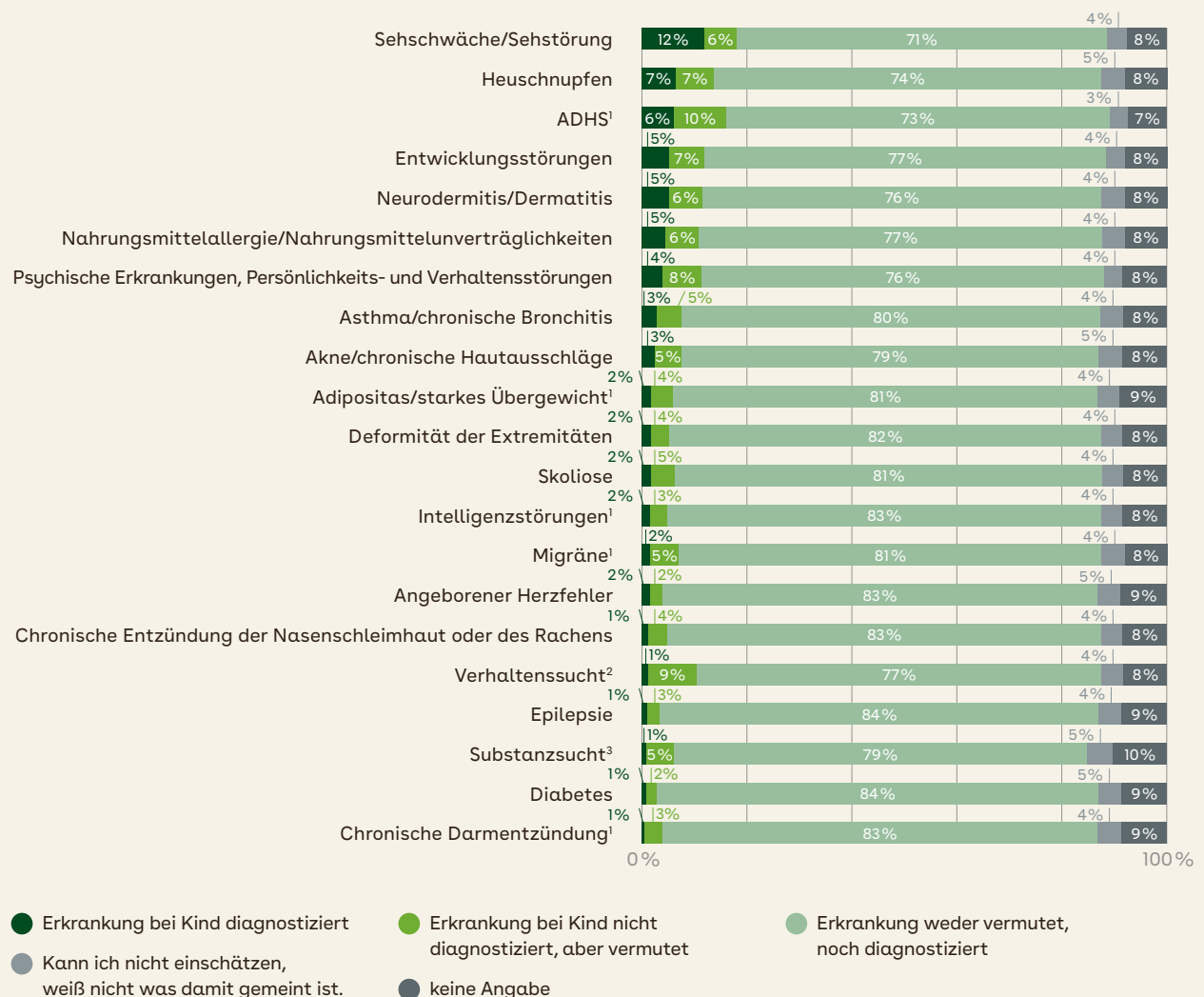


Abb. 6.2.4: Diagnose oder Vermutung von chronischen Erkrankungen der Kinder

Basis: n = 5.000 (0- bis 17-jährige Kinder), ¹ n = 4.219 (3 bis 17-jährige Kinder), ² n = 1.926 (11 bis 17-jährige Kinder), ³ n = 1.111 (14 bis 17-jährige Kinder).



Frage: Ist bei Ihrem Kind aktuell eine oder mehrere der folgenden chronischen körperlichen oder psychischen Krankheiten, Allergien oder Gesundheitsprobleme diagnostiziert? Haben Sie bei einer oder mehreren dieser Krankheitsbilder die ernsthafte Vermutung, dass Ihr Kind an dieser erkranken könnte oder bereits ist, es liegt aber keine Diagnose vor?

Hoher und im Vergleich zu 2024 weiter gestiegener Anteil von Krankheitsvermutungen

Im Vergleich zur Vorgängerstudie aus 2024 zeigt sich nicht nur der Anteil der Eltern erhöht, die sich mit mindestens einer chronischen Erkrankung ihres Kindes auseinandersetzen müssen (Anteil 2024: 50 %, 2026: 55 %). Deutlich wird auch ein moderater Anstieg bei den durch die Eltern berichteten Diagnosen und ein sogar deutlicher Anstieg bei den berichteten Krankheitsvermutungen: Während in 2024 in 32 Prozent der Fälle Eltern mindestens eine Diagnose bei ihrem Kind berichteten, sind es in der vorliegenden Studie 34 Prozent. Bei den Vermutungen stehen 31 Prozent mit mindestens einer berichteten Vermutung in der Vorgängerstudie 38 Prozent berichteten Vermutungen in diesem Jahr gegenüber. Der starke Anstieg der Vermutungen erfolgt weitgehend über alle abgefragten Erkrankungen in einem Umfang zwischen ein und zwei Prozentpunkten. Ein vergleichsweise höherer Anstieg der Vermutungen um vier Prozentpunkte wird jedoch für ADHS ersichtlich (**s. Abb. 6.2.5**), gefolgt von Heuschnupfen mit einem Zuwachs von drei Prozentpunkten.

Mögliche Ursachen für diesen besonders hohen Anstieg der Vermutungen bei ADHS sind vielfältig: von einem intensiveren Bewusstsein für diese Erkrankung bei Eltern, Lehrenden und Erziehenden über eine Enttabuisierung bis hin zu einer intensiven Information der Eltern in einem breiten und nicht immer fehlerfreien Medienangebot. Eine aktuelle Inhaltsanalyse von 177 deutschsprachigen TikTok-Videos zu psychischen Erkrankungen (ADHS, Depression, Autismus, Angststörung, narzisstische Persönlichkeitsstörung und posttraumatische Belastungsstörung) zeigt, dass nur rund jedes fünfte Video fachlich korrekte Informationen enthält. Etwa die Hälfte der Beiträge vermittelt hingegen falsche oder irreführende Inhalte (Mross et al., 2026). Dadurch können Fehleinschätzungen psychischer Symptome sowie Selbstdiagnosen begünstigt werden.

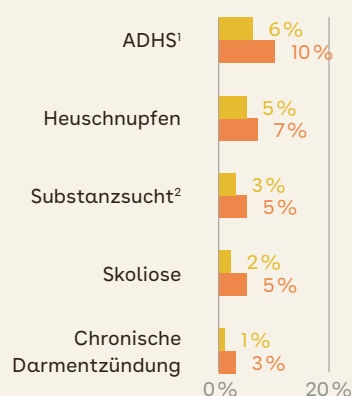
Abb. 6.2.5: Top-5 der vermuteten chronischen Erkrankungen mit den stärksten Unterschieden zwischen den Jahren 2024 und 2026

Dargestellt wird die Antwortoption Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet.

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder (2024 und 2026: n = 5.000),

¹ 3- bis 17-jährige Kinder (2024: n = 4.163, 2026: n = 4.219),

² 14- bis 17-jährige Kinder (2024: n = 1.079, 2026: n = 1.111).



● 2024

● 2026

Frage: Haben Sie bei einer oder mehreren dieser Krankheitsbilder die ernsthafteste Vermutung, dass Ihr Kind an dieser erkranken könnte oder bereits ist, es liegt aber keine Diagnose vor?

Dies kann auch dazu beitragen, dass Eltern Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder häufiger als Hinweise auf eine psychische Erkrankung oder ADHS interpretieren. Passend dazu zeigt der AOK-Kindergesundheitsatlas 2026, dass Eltern mit ADHS-Vermutung bei ihrem Kind häufig auf Soziale Medien und Gesundheits-Influencerinnen bzw. -Influencer als Informationsquelle zurückgreifen – sowohl als generelle Quelle für die Gesundheit ihres Kindes als auch als Quelle in Bezug auf die konkrete Vermutung. Zudem setzen sie auch Vertrauen in beide Quellen (s. Kapitel 7.2 ADHS). Der AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 verweist somit nicht nur auf ein Sorgen- und Unsicherheitspotenzial bei den Eltern möglicherweise betroffener Kinder und Jugendlicher, sondern insbesondere auch auf ein Handlungsfeld in Bezug auf eine verbesserte Unterstützung dieser Eltern im sicheren Umgang mit ihrer Krankheitsvermutung.

„Plötzlich ist ADHS in und wird von Influencern im Internet propagiert. So kommt es immer häufiger vor, dass Eltern zu uns kommen und sich eine Diagnose wünschen, obwohl die Kriterien, die wir für eine solche Diagnose anlegen, gar nicht erfüllt sind. Eine Diagnose kann auch entlastende Effekte haben, eine Erklärung sein, für Probleme, die man im Alltag hat. Das ist bei Menschen, die tatsächlich diese Kriterien erfüllen auch sehr erwünscht. Die Diagnose darf nur nicht zu einer Erklärung für alle möglichen Probleme werden, denen man im Leben begegnet.“

Univ.-Prof. a.D. Dr. Manfred Döpfner



Altersgruppen- und geschlechterspezifische Unterschiede im Auftreten chronischer Erkrankungen

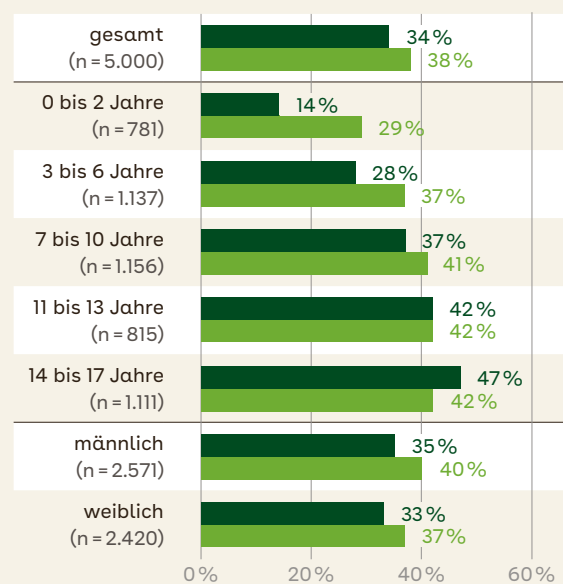
Über alle Altersgruppen hinweg ist der Anteil der Jungen, bei denen mindestens eine der in dieser Studie erfragten 21 chronischen Erkrankungen diagnostiziert ist, etwas höher (35 %), als der der Mädchen (33 %). Dies trifft gleichermaßen auf den Anteil der Vermutungen zu (40 % vs. 37 %, signifikanter Unterschied). Signifikante Differenzen bestehen dabei zwischen Mädchen und Jungen vor allem bei ADHS (8 % Diagnose und 11 % Vermutungen bei Jungen sowie 4 % Diagnose und 9 % Vermutung bei Mädchen im Alter von 3 bis 17 Jahren), Sehschwäche/Sehstörungen (10 % Diagnose und 7 % Vermutungen bei Jungen sowie 14 % Diagnose und 5 % Vermutung bei Mädchen) und Entwicklungsstörungen (7 % Diagnose und 7 % Vermutungen bei Jungen sowie 4 % Diagnose und 6 % Vermutung bei Mädchen).

Mit dem Alter der Kinder und Jugendlichen steigt nicht nur der Anteil der von Diagnosen oder Vermutungen betroffenen Kinder (**s. Abb. 6.2.6**), sondern auch die durchschnittliche Anzahl an diagnostizierten chronischen Erkrankungen (im Schnitt um 0,7) und bis zur Altersgruppe der 11- bis 13-Jährigen auch die Anzahl der Vermutungen (im Schnitt um 0,5).

Laut Aussagen der Eltern ist bei den 0- bis 2-Jährigen Neurodermitis/Dermatitis am häufigsten diagnostiziert (3 %) bzw. wird vermutet (10 %), gefolgt von Sehschwäche/Sehstörung (3 % Diagnose vs. 7 % Vermutung). Sehschwäche/Sehstörung wird auch in den übrigen Altersgruppen als eine der häufigsten Diagnosen oder Vermutungen genannt, wird im Weiteren jedoch nicht intensiver betrachtet, da seitens der Eltern nur wenig Belastungen oder Sorgen berichtet werden. Bei den 3- bis 6-Jährigen treten daneben am häufigsten bspw. Entwicklungsstörungen (7 % Diagnose vs. 8 % Vermutung), gefolgt von Neurodermitis/Dermatitis (6 % vs. 7 %) auf. Nach Elternangaben liegen bei den 7- bis 10-Jährigen vor allem ADHS (8 % vs. 12 %), Heuschnupfen (6 % vs. 9 %) und Entwicklungsstörungen (7 % vs. 7 %) als Diagnose vor bzw. werden vermutet. Die 11- bis 13-Jährigen weisen am häufigsten Heuschnupfen (10 % vs. 8 %) auf, danach folgt ADHS (7 % vs. 10 %). Bei den 14- bis 17-Jährigen liegt Heuschnupfen am häufigsten vor (12 % vs. 8 %), gefolgt von psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (7 % vs. 8 %).

Abb. 6.2.6: Mind. eine chronische Erkrankung diagnostiziert oder vermutet nach Alter und Geschlecht

Dargestellt sind die Anteile mit mind. einer diagnostizierten bzw. vermuteten chronischen Erkrankung (Antwortoption Erkrankung bei Kind diagnostiziert bzw. Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet mind. einmal ausgewählt). **Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder.



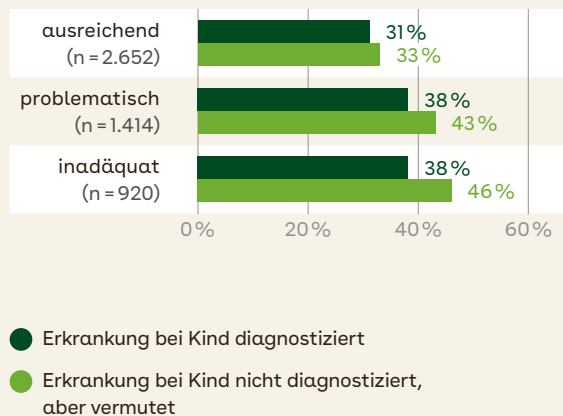
● Erkrankung bei Kind diagnostiziert

● Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet

Frage: Ist bei Ihrem Kind aktuell eine oder mehrere der folgenden chronischen körperlichen oder psychischen Krankheiten, Allergien oder Gesundheitsprobleme diagnostiziert? Haben Sie bei einer oder mehreren dieser Krankheitsbilder die ernsthafteste Vermutung, dass Ihr Kind an dieser erkranken könnte oder bereits ist, es liegt aber keine Diagnose vor?

Abb. 6.2.7: Mind. eine chronische Erkrankung diagnostiziert oder vermutet nach der allgemeinen Gesundheitskompetenz der Eltern

Dargestellt sind die Anteile mit mind. einer diagnostizierten bzw. vermuteten chronischen Erkrankung (Antwortoption Erkrankung bei Kind diagnostiziert bzw. Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet mind. einmal ausgewählt). **Basis:** wenn mind. 14 der 16 Items beantwortet wurden; 0- bis 17-jährige Kinder.



Frage: Ist bei Ihrem Kind aktuell eine oder mehrere der folgenden chronischen körperlichen oder psychischen Krankheiten, Allergien oder Gesundheitsprobleme diagnostiziert? Haben Sie bei einer oder mehreren dieser Krankheitsbilder die ernsthafte Vermutung, dass Ihr Kind an dieser erkranken könnte oder bereits ist, es liegt aber keine Diagnose vor?

Lebensumfelder

Ob bei Kindern und Jugendlichen im Rheinland und in Hamburg chronische Erkrankungen diagnostiziert sind oder ob diese bei ihnen vermutet werden, hängt von unterschiedlichen Einflussfaktoren ab. Im Folgenden werden insbesondere die allgemeine Gesundheitskompetenz der Eltern, ihr Gesundheitszustand, ihr Bildungsabschluss und ihr Einkommen sowie daneben auch die familiäre Wohnsituation und das Wohnumfeld der Kinder betrachtet.

Allgemeine Gesundheitskompetenz der Eltern

Verfügen die Eltern nur über eine inadäquate oder eine problematische allgemeine Gesundheitskompetenz, geben sie signifikant häufiger eine Diagnose für ihr Kind an (jeweils 38%), als wenn sie über eine ausreichende Gesundheitskompetenz verfügen (31%; s. Abb. 6.2.7). Bezogen auf die Vermutungen zeigt sich dieser signifikante Zusammenhang noch viel deutlicher: Eltern mit inadäquater allgemeiner Gesundheitskompetenz vermuten in 46 Prozent der Fälle mindestens eine chronische Erkrankung bei ihrem Kind. Ist die allgemeine Gesundheitskompetenz problematisch, sinkt dieser Wert bereits leicht auf 43 Prozent ab. Ist die Gesundheitskompetenz der Eltern dahingegen ausreichend, vermuten die Eltern nur noch in 33 Prozent der Fälle mindestens eine chronische Erkrankung bei ihrem Kind.

„Eltern mit niedriger Gesundheitskompetenz fällt es häufig schwerer, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und einzuordnen. Gleichzeitig haben sie häufiger Probleme, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden. Vorsorgeangebote werden seltener genutzt und Krankheitssymptome oft später erkannt. Dadurch erhalten Kinder notwendige Unterstützung nicht immer rechtzeitig.“

Prof. Dr. Stephanie Stock

Subjektiver Gesundheitszustand der Eltern

Wenn die Eltern ihren eigenen Gesundheitszustand mit *sehr gut* beschreiben, geben sie für ihre Kinder in nur 27 Prozent der Fälle eine Krankheitsdiagnose und in 34 Prozent eine Krankheitsvermutung an (**s. Abb. 6.2.8**). Diese Werte steigen signifikant leicht an, wenn die Eltern ihren eigenen Gesundheitszustand nur als *gut* einschätzen (33 % vs. 37 %) und signifikant deutlich an, wenn sie diesen als nur *mittelmäßig* (44 % vs. 45 %) oder gar als (*sehr*) *schlecht* einschätzen (56 % vs. 54 %).

Bildungsabschluss und Äquivalenzeinkommen der Eltern

Ein geringerer Bildungsabschluss der Eltern und ein geringeres Äquivalenzeinkommen treten gemeinsam mit einem erhöhten Anteil diagnostizierter und vermuteter chronischer Erkrankungen der Kinder und Jugendlichen auf. So geben Eltern, die über einen Hauptschulabschluss verfügen, in 43 Prozent der Fälle an, dass bei ihrem Kind mindestens eine chronische Erkrankung diagnostiziert ist (**s. Abb. 6.2.9**). In 40 Prozent der Fälle berichten sie von

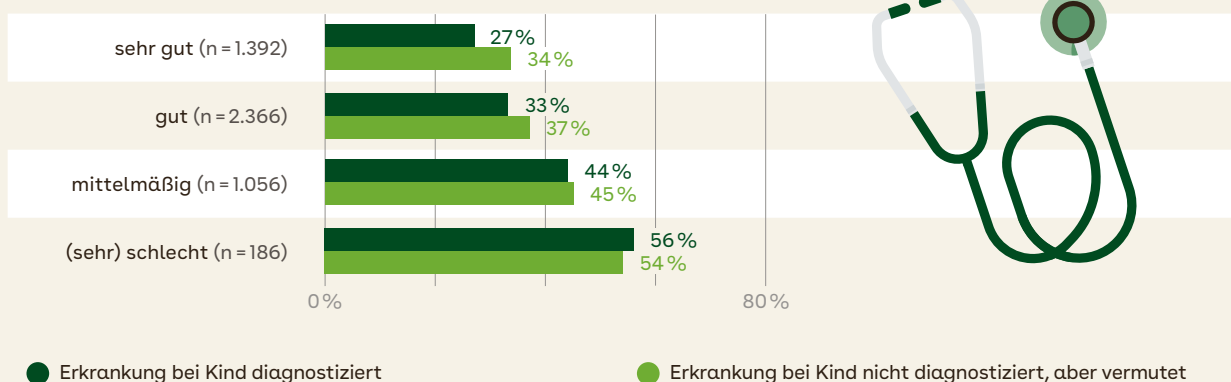
mindestens einer Krankheitsvermutung. Verfügen die Eltern über einen Hochschulabschluss, fallen diese Einschätzungen mit nur 29 Prozent bzw. 34 Prozent signifikant geringer aus. Verfügen die Eltern nach eigenen Angaben nur über ein geringes Äquivalenzeinkommen, berichten sie für ihr Kind in 39 Prozent der Fälle von mindestens einer Diagnose und in 42 Prozent der Fälle von mindestens einer Vermutung. Diese Werte fallen bei oberem Äquivalenzeinkommen signifikant geringer aus.

Familiäre Wohnsituation

Für Kinder und Jugendliche, die bei beiden Eltern leben, fallen die durch die Eltern berichteten Werte für eine Krankheitsdiagnose (32 %) oder Vermutung (35 %) geringer aus als für Kinder und Jugendliche, die in einer anderen familiären Wohnsituation leben (**s. Abb. 6.2.10**). Bei Kindern und Jugendlichen, die etwa in einem Wechselmodell (44 % bzw. 60 %), nur bei einem Elternteil und dessen Partner bzw. Partnerin (41 % bzw. 55 %) oder nur bei einem allein-erziehenden Elternteil (Mutter oder Vater) leben (38 % bzw. 42 %), werden entsprechend signifikant häufiger Diagnosen oder Vermutungen angegeben.

Abb. 6.2.8: Mind. eine chronische Erkrankung diagnostiziert oder vermutet nach dem subjektiven Gesundheitszustand der Eltern

Dargestellt sind die Anteile mit mind. einer diagnostizierten bzw. vermuteten chronischen Erkrankung (Antwortoption Erkrankung bei Kind diagnostiziert bzw. Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet mind. einmal ausgewählt).
Basis: 0- bis 17-jährige Kinder.

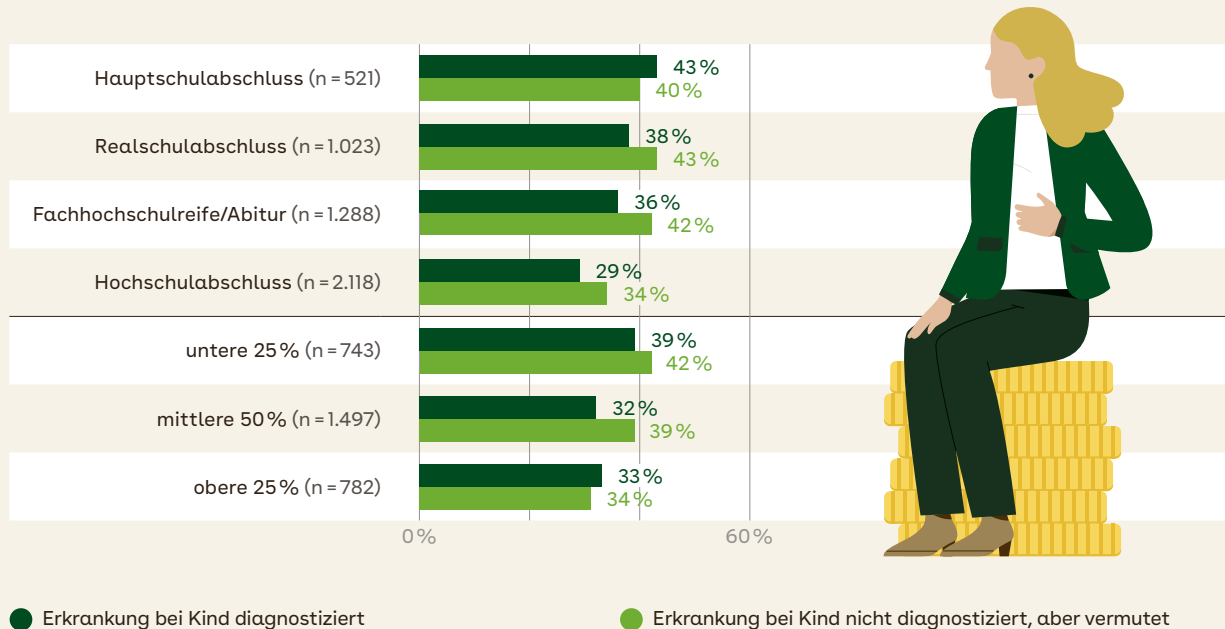


Frage: Ist bei Ihrem Kind aktuell eine oder mehrere der folgenden chronischen körperlichen oder psychischen Krankheiten, Allergien oder Gesundheitsprobleme diagnostiziert? Haben Sie bei einer oder mehreren dieser Krankheitsbilder die ernsthafte Vermutung, dass Ihr Kind an dieser erkranken könnte oder bereits ist, es liegt aber keine Diagnose vor?

Abb. 6.2.9: Mind. eine chronische Erkrankung diagnostiziert oder vermutet nach dem Bildungsabschluss und Äquivalenzeinkommen der Eltern

Dargestellt sind die Anteile mit mind. einer diagnostizierten bzw. vermuteten chronischen Erkrankung (Antwortoption Erkrankung bei Kind diagnostiziert bzw. Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet mind. einmal ausgewählt).

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder.



Frage: Ist bei Ihrem Kind aktuell eine oder mehrere der folgenden chronischen körperlichen oder psychischen Krankheiten, Allergien oder Gesundheitsprobleme diagnostiziert? Haben Sie bei einer oder mehreren dieser Krankheitsbilder die ernsthafte Vermutung, dass Ihr Kind an dieser erkranken könnte oder bereits ist, es liegt aber keine Diagnose vor?

Urbanisierung/Wohnumfeld

Eltern von Kindern und Jugendlichen, die in ländlicher Umgebung wohnen (bis 5.000 Einwohnende), geben für ihr Kind signifikant häufiger an, dass mindestens eine chronische Erkrankung diagnostiziert ist (44%), als jene in kleinstädtischen (36%) oder (groß-)städtischen Wohnumgebungen (32%; s. Abb. 6.2.10). In Bezug auf die Krankheitsvermutungen wird kein Unterschied zwischen ländlicher und (groß)städtischer Umgebung sichtbar.



Wohnfläche des Haushalts

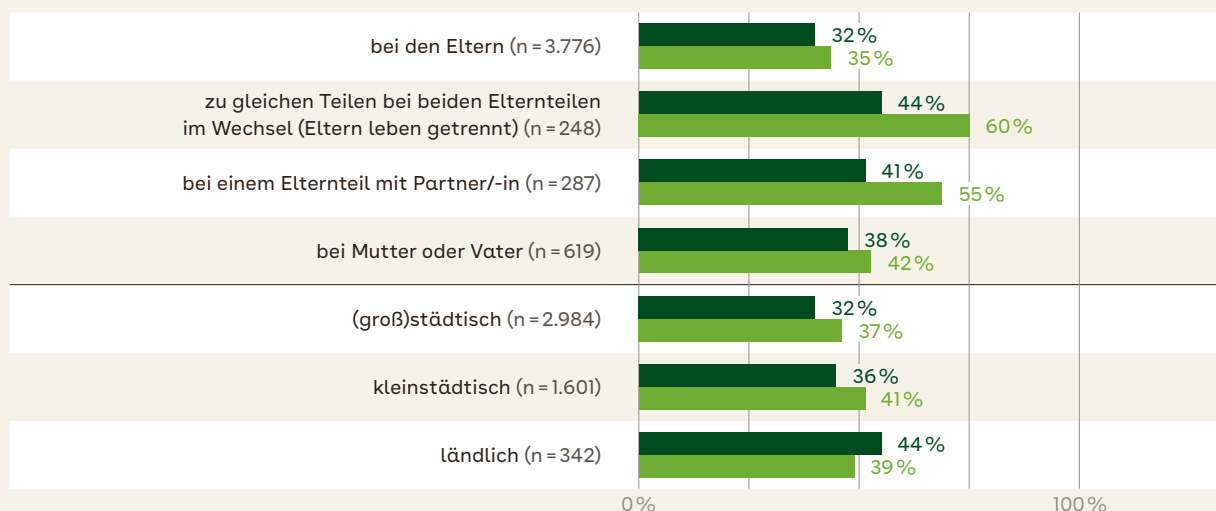
Für die Wohnfläche ergibt sich lediglich für die Krankheitsvermutungen ein eindeutiger Befund: So nimmt der Anteil der Eltern, der angibt, dass bei ihrem Kind mindestens eine chronische Erkrankung vermutet wird, mit zunehmender Wohnfläche ab (**s. Abb. 6.2.11**). Liegt dieser Anteil bei einer Wohnfläche unter 60 qm noch bei 50 Prozent, geht er bei 80 bis 99 qm bereits auf 38 Prozent signifikant zurück. Bei einer Wohnfläche größer als 120 qm liegt dieser Anteil nur noch bei 34 Prozent. Dahingegen zeigt sich der Anteil der Eltern, die für ihr Kind mindestens eine Krankheits-

diagnose angeben, nach Wohnfläche weitestgehend unsensitiv – Ausnahme bildet die Wohnungsgröße unter 60 qm.

Übergreifend wird deutlich, dass die beschriebenen Lebensumstände der Eltern nicht nur in großen Teilen, wie bereits in Kapitel 6.1 dargestellt, Einfluss auf die Indikatoren der körperlichen und psychischen Gesundheit der Kinder nehmen, sie stehen auch in unmittelbarem Zusammenhang mit einer tatsächlichen oder vermuteten chronischen Krankheitslast.

Abb. 6.2.10: Mind. eine chronische Erkrankung diagnostiziert oder vermutet nach familiärer Wohnsituation und Urbanisierung

Dargestellt sind die Anteile mit mind. einer diagnostizierten bzw. vermuteten chronischen Erkrankung (Antwortoption Erkrankung bei Kind diagnostiziert bzw. Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet mind. einmal ausgewählt).
Basis: 0- bis 17-jährige Kinder.



● Erkrankung bei Kind diagnostiziert

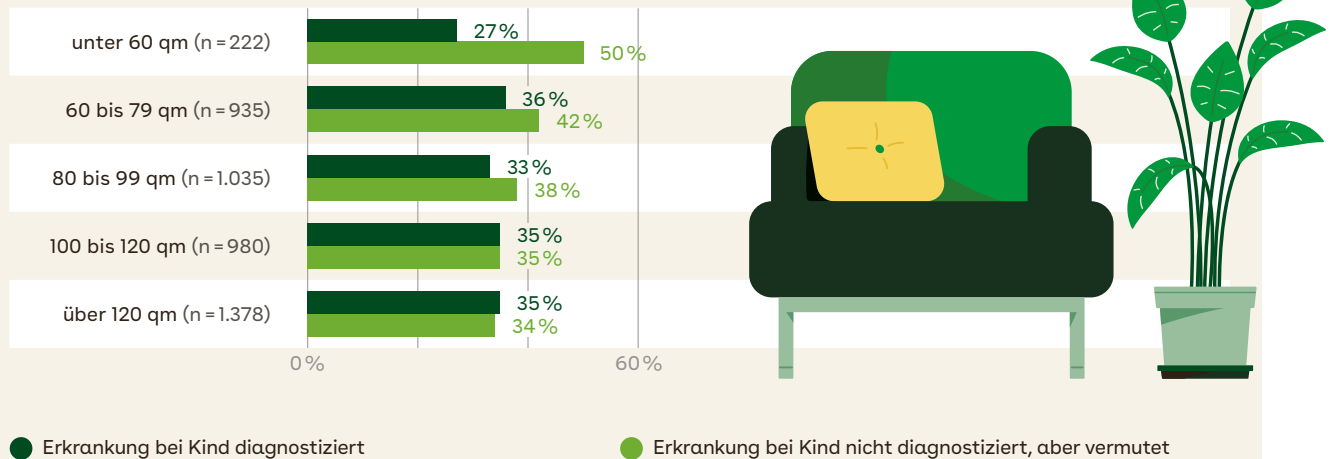
● Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet

Frage: Ist bei Ihrem Kind aktuell eine oder mehrere der folgenden chronischen körperlichen oder psychischen Krankheiten, Allergien oder Gesundheitsprobleme diagnostiziert? Haben Sie bei einer oder mehreren dieser Krankheitsbilder die ernsthafte Vermutung, dass Ihr Kind an dieser erkranken könnte oder bereits ist, es liegt aber keine Diagnose vor?

Abb. 6.2.11: Mind. eine chronische Erkrankung diagnostiziert oder vermutet nach der Wohnfläche

Dargestellt sind die Anteile mit mind. einer diagnostizierten bzw. vermuteten chronischen Erkrankung (Antwortoption Erkrankung bei Kind diagnostiziert bzw. Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet mind. einmal ausgewählt).

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder.



Frage: Ist bei Ihrem Kind aktuell eine oder mehrere der folgenden chronischen körperlichen oder psychischen Krankheiten, Allergien oder Gesundheitsprobleme diagnostiziert? Haben Sie bei einer oder mehreren dieser Krankheitsbilder die ernsthafte Vermutung, dass Ihr Kind an dieser erkranken könnte oder bereits ist, es liegt aber keine Diagnose vor?

Umgang der Eltern mit bisher nur vermuteten Erkrankungen

Ursachen für die Vermutungen der Eltern

Wenn Eltern eine chronische Erkrankung bei ihrem Kind vermuten, basiert dies nach Angabe der Eltern häufig darauf, dass das Kind seit Längerem typische Symptome zeigt (30%), es in der Familie bereits ähnliche Erkrankungen gab oder gibt (30%) und/oder Ärzte bzw. Ärztinnen oder Therapeuten bzw. Therapeutinnen eine entsprechende Vermutung ausgesprochen haben (24%; s. **Abb. 6.2.12**). Besonders hoch fällt das (vermeintliche) Erkennen von Symptomen neben Akne (62%) und Migräne (55%) vor allem bei psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörungen (51%) und ADHS (46%) aus, was die Bedeutung der Kompetenz der Eltern zu einer richtigen Einordnung der Symptome unterstreicht. Zudem interessant: Erzieher/-innen und Lehrer/-innen sprechen insbesondere bei Entwicklungsstörungen (32%), ADHS (29%) und psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörungen (28%) überdurchschnittlich häufig Vermutungen aus, was die Bedeutung der Bildungs- und Betreuungseinrichtungen bei der Identifikation potenzieller Erkrankungen und als Informationsplattform für Eltern hervorhebt.

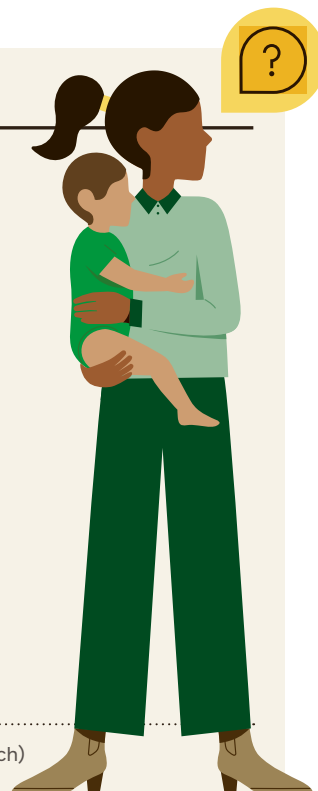


Abb. 6.2.12: Häufigste Gründe für die Vermutung von chronischen Erkrankungen

Basis: n = 2.288 (0- bis 17-jährige Kinder, bei denen eine chronische Erkrankung vermutet wird).



Frage: Weshalb vermuten Sie, dass Ihr Kind [diese Krankheit] haben könnte? (Mehrfachantwort möglich)



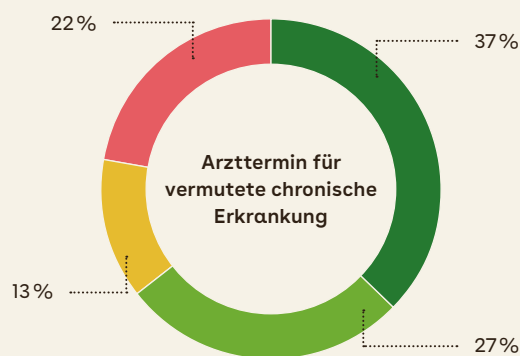
Ärztliche Abklärung der Symptome und Befundlage

In knapp vier von zehn Fällen haben Eltern mit Krankheitsvermutung bereits einen Arztbesuch zur Symptomklärung mit ihrem Kind realisiert (37%; **s. Abb. 6.2.13**). Ein weiteres Viertel hat bereits einen Termin vereinbart (27%), in etwa jeder Achte plant einen solchen Arztbesuch, hat aber noch keinen Termin vereinbart (13%). Etwas mehr als jeder Fünfte hat bisher trotz Krankheitsvermutung noch keinen Termin geplant (22%).

Besonders hoch ist der Anteil derer ohne bisher geplanten Arztbesuch unter den Eltern, die bei ihren Kindern bzw. Jugendlichen eine Substanzsucht (63%) oder eine Verhaltenssucht (38%) vermuten. In den meisten Fällen, nicht nur bei diesen beiden Erkrankungen, wollen die Eltern zunächst beobachten, wie sich die Symptome entwickeln (29%) oder halten einen Arztbesuch bzw. eine mögliche Diagnose (noch) nicht für nötig (26%; **s. Abb. 6.2.14**). Eine zu lange Wartezeit auf einen Arzttermin geben mit 13 Prozent vergleichsweise weniger Eltern an, 13 Prozent der Eltern fühlen sich unsicher, wie die Symptome einzuschätzen sind. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass aus Sicht der Eltern weniger der Zugang zur Versorgung einen Engpass zur Abklärung der Vermutung darstellt, sondern Eltern vielmehr eine kompetente Entscheidungsunterstützung dafür benötigen, wann ein Arztbesuch angemessen ist.

Abb. 6.2.13: Ärztliche Abklärung vermuteter chronischer Erkrankungen

Basis: n = 2.288 (0- bis 17-jährige Kinder, bei denen eine chronische Erkrankung vermutet wird).

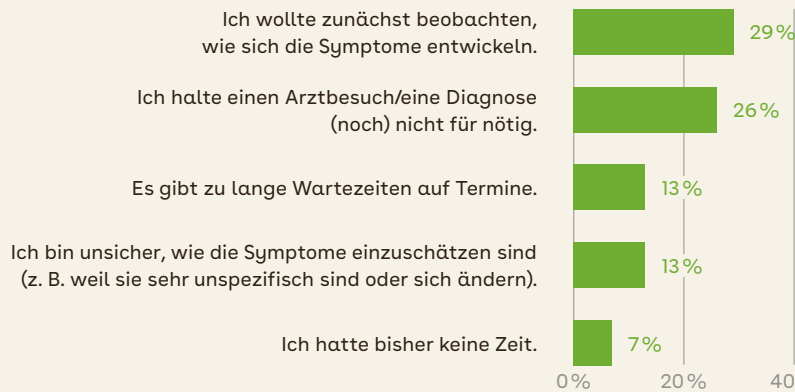


- ja, Arztbesuch fand bereits statt
- Arztbesuch geplant, vereinbarter Termin liegt noch in der Zukunft
- Arztbesuch geplant, aber noch kein Termin
- nein, kein Arztbesuch geplant

Frage: Haben Sie zur Abklärung der Symptome bereits einen Kinder- oder Facharzt konsultiert, um eine Diagnose zu erhalten?

Abb. 6.2.14: Häufigste Gründe gegen einen Arzttermin für die vermutete chronische Erkrankung

Basis: n = 770 (0- bis 17-jährige Kinder, bei denen eine chronische Erkrankung vermutet wird, aber (noch) kein Arzttermin vereinbart oder geplant wurde).



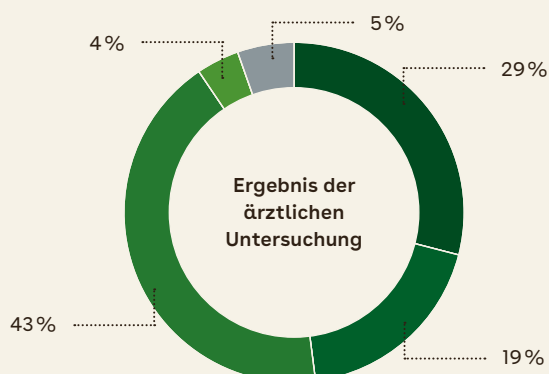
Frage: Aus welchen Gründen haben Sie bisher noch keinen Kinder- oder Facharzt zur Abklärung der Symptome konsultiert? (Mehrfachantwort möglich)

Suchten Eltern mit einer Krankheitsvermutung mit ihrem Kind bereits einen Arzt bzw. eine Ärztin auf, lag bis zum Tag der Befragung in mehr als vier von zehn Fällen noch keine Diagnose vor (43%), in mehr als einem Viertel der Fälle wurde die Vermutung durch

den Arzt bzw. die Ärztin nicht mit einer Diagnose bestätigt (29%), in jedem fünften Fall war eine medizinische Diagnose nicht möglich, z. B. weil das Kind noch zu jung ist oder beim Arztbesuch keine Symptome zeigte (19%; s. Abb. 6.2.15).

Abb. 6.2.15: Ergebnis der ärztlichen Abklärung vermuteter chronischer Erkrankungen

Basis: n = 937 (0- bis 17-jährige Kinder, bei denen eine chronische Erkrankung vermutet wird und deren Arzttermin bereits stattfand).



- Die Krankheitsvermutung wurde durch den Arzt nicht über eine medizinische Diagnose bestätigt.
- Eine medizinische Diagnose war nicht möglich, z. B. weil das Kind noch zu jung ist oder beim Arztbesuch keine Symptome zeigte.
- Die Untersuchungen laufen noch, die Diagnostik ist noch nicht abgeschlossen (ggf. auch Einbezug weiterer Ärzte).
- anderes Ergebnis
- weiß nicht

Frage: Zu welchem Ergebnis kam der Kinder- oder Facharzt?

Nutzung von Informationsquellen zur Abklärung der Krankheitsvermutung

Neben Kinder- oder Fachärzten bzw. -ärztinnen sind Online-Suchportale wie Google und Bing (24%), Krankenkassen (19%) und Künstliche Intelligenz (KI) wie z. B. ChatGPT oder Google Gemini (19%) die Hauptquellen, in denen sich Eltern mit Krankheitsvermutungen gezielt zur vermuteten Erkrankung ihres Kindes informieren oder Orientierung suchen (**s. Abb. 6.2.16**). KI wird dabei überdurchschnittlich häufig vor allem von Eltern genutzt, die bei ihrem Kind Entwicklungsstörungen, psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörungen oder Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten vermuten (26% vs. 25% vs. 24%). Bei Entwicklungsstörungen spielen auch Soziale Medien eine überdurchschnittliche Rolle (20%). Dies trifft auch auf andere Erkrankungen zu – so auf Verhaltenssüchte (19%), psychische Erkrankungen (18%), Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten und Adipositas (jeweils 17%) sowie ADHS (16%). Die hohe Affinität der Eltern mit Krankheitsvermutung für digitale Informationsquellen unterstreicht die Bedeutung einer hohen digitalen Gesundheitskompetenz der Eltern. Dabei ist zu beachten, dass fast die Hälfte der Eltern, die mindestens eine Erkrankung vermuten, eine problematische oder inadäquate digitale Gesundheitskompetenz aufweist (47%). Das sind fünf Prozentpunkte mehr als in der Gesamtstichprobe (42%).

Die Bedeutsamkeit digitaler Informationsquellen zeigt sich im Fall von Krankheitsvermutungen im Übrigen nicht nur bei den zur Abklärung der Krankheitsvermutung genutzten Kanälen, sondern auch bei der generellen Kanalpräferenz zum Thema Kindergesundheit: Eltern, die nicht nur eine, sondern gleich mehrere chronische Erkrankungen bei ihrem Kind vermuten, nutzen Online-Suchportale, KI und Soziale Medien deutlich häufiger als Quelle zum Thema Kindergesundheit. Am Beispiel der KI-Nutzung: Vermuten die Eltern keine Erkrankung ihres Kindes, nutzen sie KI rund um die Gesundheit ihres Kindes in sieben Prozent der Fälle (*mehrmals*) *täglich*, werden eine oder zwei Erkrankungen vermutet, steigt dieser Wert zunächst moderat auf jeweils neun Prozent an (**s. Abb. 6.2.17**). Vermuten die Eltern jedoch drei bis fünf Erkrankungen, steigt der Anteil der (*mehrmals*) *täglich* KI-nutzenden Eltern signifikant sprunghaft auf 21 Prozent an, bei mehr als fünf Vermutungen gar auf 39 Prozent. Diese Dynamik ist zwar auch bei anderen Informationsquellen zu erkennen, allerdings zeichnen sich diese in den meisten Fällen auch durch stärker qualitätsgesicherte Informationen aus.

Abb. 6.2.16: Informationsquellen zu vermuteten chronischen Erkrankungen

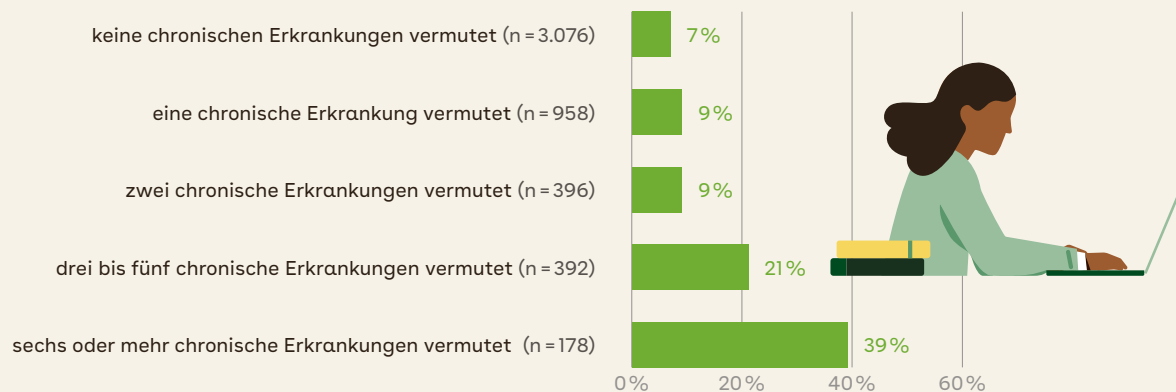
Basis: n = 2.288 (0- bis 17-jährige Kinder, bei denen eine chronische Erkrankung vermutet wird).



Frage: (...) unabhängig davon, ob Sie (...) einen Kinder- oder Facharzt aufgesucht haben (...): Welche (weiteren) Informationsquellen haben Sie genutzt, um sich zur vermuteten Erkrankung Ihres Kindes [...] zu informieren bzw. um Orientierung zu erhalten? (Mehrfachnennung möglich)

Abb. 6.2.17: Nutzungshäufigkeit von KI als Gesundheitsinformationsquelle nach Anzahl vermuteter chronischer Erkrankungen

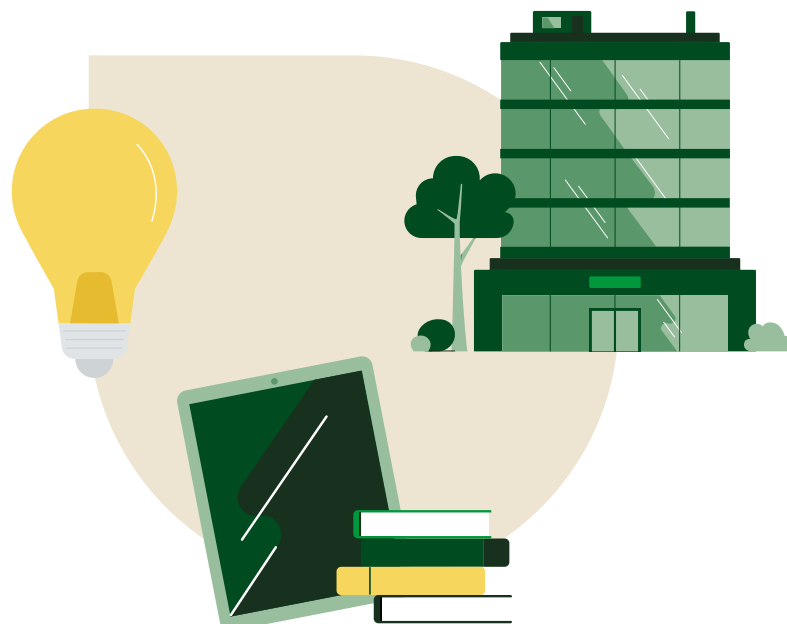
Darstellung der kombinierten Anteile der Antwortoptionen *mehrmals täglich* + *täglich*. Basis: 0- bis 17-jährige Kinder.



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

Für die in Kapitel 7 betrachteten chronischen Erkrankungen wird mit wenigen Ausnahmen deutlich, dass Eltern, die bei ihrem Kind eine Erkrankung vermuten, allen abgefragten digitalen Informationsquellen rund um die Gesundheit ihrer Kinder nicht nur häufiger vertrauen, sondern diese auch intensiver nutzen als Eltern mit Diagnose oder ohne Betroffenheit (s. Kapitel 7). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Eltern in Phasen diagnostischer Unsicherheit verstärkt nach Informationen und Orientierung suchen und dabei digitalen Informationsquellen eine besonders wichtige Rolle zukommt – ein Befund, der sich auch für zahlreiche der in Kapitel 7 betrachteten Erkrankungen bestätigt.

Ein tieferer Blick in die Nutzung von Informationsquellen bei Krankheitsvermutungen zeigt weiter, dass Schulen und Kindergärten insgesamt nur eine nachgeordnete Rolle spielen (12%). Sie werden durch Eltern im Fall einer vermuteten Entwicklungsstörung (27%), ADHS (28%) oder einer psychischen Erkrankung, Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörung (25%) jedoch überdurchschnittlich häufig genutzt. Dies ist ein weiterer Beleg dafür, dass den Bildungs- und Betreuungseinrichtungen bei Krankheitsvermutungen nicht nur in Bezug auf die Ansprache dieser gegenüber den Eltern, sondern auch in puncto Auskunftserteilung bei Nachfragen durch Eltern eine wichtige Rolle zukommt.



Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen in Abhängigkeit von diagnostizierten und vermuteten chronischen Erkrankungen

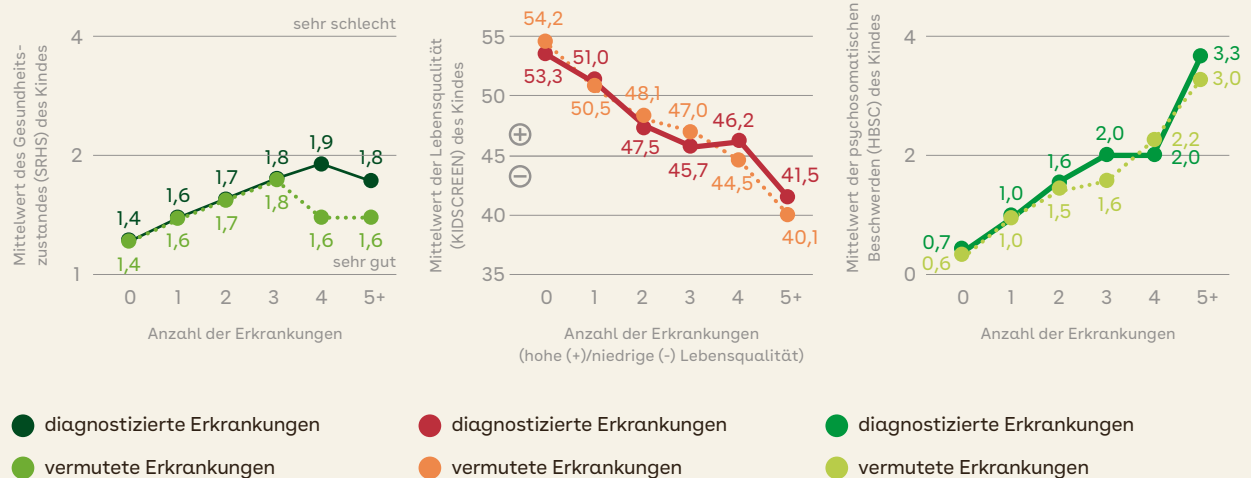
Berichten die Eltern für ihr Kind von keiner Krankheitsdiagnose, berichten sie gleichzeitig auch in 62 Prozent der Fälle von einem *sehr guten* Gesundheitszustand ihres Kindes. Liegt für das Kind eine Erkrankungsdiagnose vor, berichten sie in 50 Prozent der Fälle von einem *sehr guten* Gesundheitszustand, bei zwei Erkrankungen liegt der Anteil der Kinder mit *sehr gutem* Gesundheitszustand bei 43 Prozent, bei drei bis fünf Diagnosen nur noch bei 34 Prozent. Ähnlich zeigt sich dies für die Krankheitsvermutungen: Liegt nach Angabe der Eltern keine Vermutung vor, berichten sie auch in 61 Prozent der Fälle von einem *sehr guten* Gesundheitszustand ihres Kindes. Liegt eine Vermutung vor, geben sie in 52 Prozent der Fälle einen *sehr guten* Gesundheitszustand ihres Kindes an, bei zwei Vermutungen liegt dieser Anteil bei 43 Prozent und bei drei bis fünf Vermutungen bei 44 Prozent.

Für die gesundheitsbezogene Lebensqualität (KIDSCREEN-10) der Kinder und den Anteil der Kinder mit multiplen psychosomatischen Beschwerden (HBSC) zeigt sich ein vergleichbares Bild: Berichten die Eltern von einer zunehmenden Anzahl an Krankheitsdiagnosen oder -vermutungen, berichten sie gleichermaßen auch kritischere Werte für diese Indikatoren.

Im Weiteren wurde geprüft, ob das Auftreten einer zunehmenden Anzahl an Krankheitsdiagnosen und -vermutungen auch in einem statistischen Zusammenhang mit einer kritischeren Einschätzung des Gesundheitszustands steht. Dies konnte über eine Regressionsanalyse bestätigt werden: Mit Zunahme der Häufigkeit diagnostizierter Erkrankungen, die die Eltern für ihr Kind angeben, verschlechtert sich der durch die Eltern berichtete Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen signifikant ($p < 0.01$; korrigiertes $R^2 = 0,042$; $\beta = 0,206$; s. **Abb. 6.2.18**).

Abb. 6.2.18: Indikatoren der Gesundheit nach Anzahl der diagnostizierten und vermuteten chronischen Erkrankungen

Darstellung in Mittelwerten des Gesundheitszustandes (SRHS) auf einer Skala von 1 = *sehr gut* bis 5 = *sehr schlecht*, Mittelwert der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (KIDSCREEN) und Mittelwert der psychosomatischen Beschwerden (HBSC) von 0-8. **Basis¹:** 0- bis 17-jährige Kinder, n = 84 bis 3.282 (diagnostiziert), n = 111 bis 3.076 (vermutet), **Basis²:** 3- bis 17-jährige Kinder, n = 78 bis 2.614 (diagnostiziert), n = 102 bis 2.521 (vermutet).



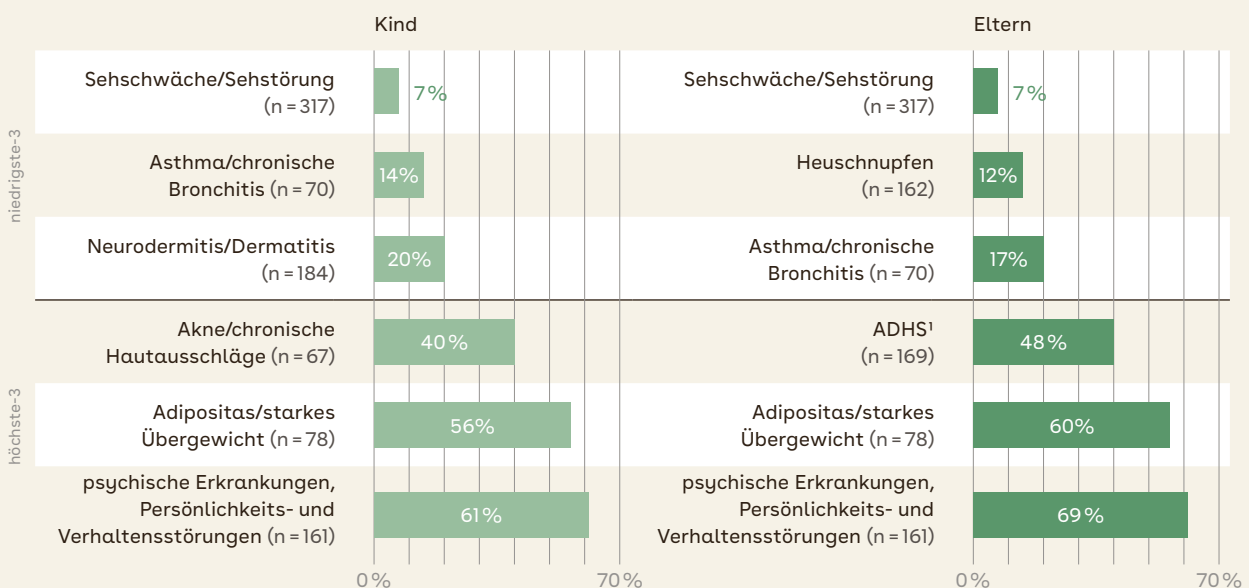
Frage: Wie würden Sie den derzeitigen Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben? / (KIDSCREEN-10) Kategorisierung nach KIDSCREEN-10 / (HBSC) Wie oft hatte Ihr Kind in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden?

Gleiches trifft auf ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität (KIDSCREEN-10) ($p < 0.01$; korrigiertes $R^2 = 0,056$; $\beta = -0,237$) und die Last der psychosomatischen Beschwerden (HBSC) zu, die sich signifikant erhöht ($p < 0.01$; korrigiertes $R^2 = 0,127$; $\beta = 0,356$). Die Anzahl der diagnostizierten Erkrankungen besitzt dabei für KIDSCREEN-10 und HBSC eine höhere Erklärungsstärke als für den berichteten Gesundheitszustand der Kinder (korrigiertes R^2 Gesundheitszustand = $0,042$ vs. korrigiertes R^2 KIDSCREEN-10 = $0,056$ vs. korrigiertes R^2 HBSC = $0,127$). Dasselbe Bild wie bei den Diagnosen zeigt sich auch für die Krankheitsvermutungen. Mit steigender Anzahl an durch die Eltern vermuteten chronischen Erkrankungen ihres Kindes sinken sowohl der berichtete Gesundheitszustand ($p < 0.01$; korrigiertes $R^2 = 0,012$; $\beta = 0,109$) als auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität (KIDSCREEN-10) ($p < 0.01$; korrigiertes $R^2 = 0,090$; $\beta = -0,300$) signifikant, gleichzeitig steigt der HBSC-Wert (psychosomatische Beschwerden) als Ausdruck der Beschwerdelast der Kinder und Jugendlichen signifikant an ($p < 0.01$; korrigiertes $R^2 = 0,165$; $\beta = 0,406$).

Die Ergebnisse zeigen, dass eine zunehmende Zahl diagnostizierter oder vermuteter Erkrankungen mit einer spürbaren Eintrübung des körperlichen und psychischen Wohlbefindens der Kinder und Jugendlichen einhergeht. Je mehr Erkrankungen oder Krankheitsvermutungen vorliegen, desto ungünstiger fallen die Bewertungen von Gesundheitszustand, gesundheitsbezogener Lebensqualität und psychosomatischer Beschwerdelast aus. Die Grafik zeigt für diagnostizierte Erkrankungen und Krankheitsvermutungen nahezu identische Zusammenhänge: Bereits Krankheitsvermutungen gehen in vergleichbarer Weise mit gesundheitlichen Belastungen und Einschränkungen des Wohlbefindens einher wie diagnostizierte Erkrankungen. Dies unterstreicht die bereits im AOK-Kindergesundheitsatlas 2024 formulierte Schlussfolgerung, dass Krankheitsvermutungen keine bloßen Verdachtsmomente darstellen. Vielmehr zeigen sich die Auswirkungen vermuteter Erkrankungen auf Gesundheit und Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen in einer Größenordnung, die den diagnostizierten Erkrankungen ähnlich ist.

Abb. 6.2.19: Belastung der Kinder und Eltern durch diagnostizierte chronische Erkrankungen

Darstellung der kombinierten Anteile der Antwortoptionen *sehr stark* + *eher stark* der drei am wenigsten belastendsten und den drei belastendsten Erkrankungen jeweils für Kinder und Eltern mit $n > 30$. **Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder, bei denen die chronische Krankheit diagnostiziert wurde, 13-17-jährige Kinder.



Frage: Wie belastet Sie bzw. Ihr Kind diese [diagnostizierte] Erkrankung?

Belastungen und Sorgen von Kindern und Eltern bei chronischen Erkrankungen der Kinder

Belastungen von Kindern und Eltern

Wurde bei den Kindern der befragten Eltern mindestens eine chronische Erkrankung diagnostiziert oder wird das Vorliegen einer entsprechenden Erkrankung ernsthaft vermutet, belastet dies sowohl Kinder als auch Eltern.

Diagnosen

Nach Angabe der Eltern zeigen sich über alle 21 betrachteten Erkrankungen hinweg bei Vorliegen einer Diagnose durch die Erkrankung jeweils mindestens sieben Prozent der Kinder und Eltern (beides Sehschwäche/Sehstörung) und im Maximum 61 Prozent der Kinder und 69 Prozent der Eltern (beides psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörungen) *sehr* bzw. *eher stark* belastet (**s. Abb. 6.2.19**). Aber auch eine Adipositas-

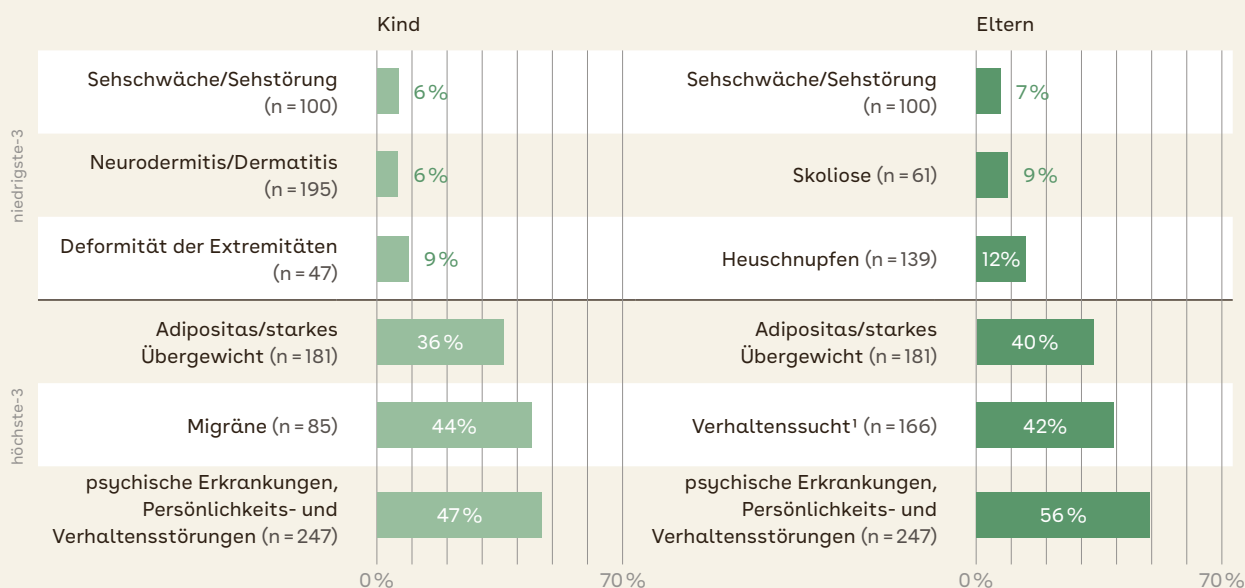
Diagnose belastet sowohl Kinder (56 %) als auch Eltern (60 %) nach deren Einschätzung in mehr als jedem zweiten Fall *sehr* bzw. *eher stark*.

Vermutungen

Die Belastung für Kinder und ihre Eltern ist nach deren Angabe auch häufig *sehr* bzw. *eher stark*, wenn die Erkrankung nur vermutet wird. Im Besonderen trifft dies bei Kindern und Jugendlichen im Fall einer durch die Eltern vermuteten psychischen Erkrankung, Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörung zu (47 %), ähnlich hohe Belastungswerte geben die Eltern für ihre Kinder bei Migräne an (44 %; **s. Abb. 6.2.20**). Vergleichsweise geringe Belastungen ihrer Kinder geben die Eltern für eine vermutete Sehschwäche/ Sehstörung (6 %) oder Neurodermitis/Dermatitis an (6 %). Die Belastung der Eltern ist bei einer vermuteten psychischen Erkrankung, Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörung ihres Kindes am höchsten (56 %), bei einer Sehschwäche/Sehstörung (7 %) hingegen am geringsten.

Abb. 6.2.20: Belastung der Kinder und Eltern durch vermutete chronische Erkrankungen

Darstellung der kombinierten Anteile der Antwortoptionen *sehr stark* + *eher stark* der drei am wenigsten belastendsten und den drei belastendsten Erkrankungen jeweils für Kinder und Eltern mit $n > 30$. **Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder, bei denen die chronische Krankheit vermutet wird, ¹ 11 bis 17-jährige Kinder.



Frage: Wie belastet Sie bzw. Ihr Kind diese [vermutete] Erkrankung?

Deutlich wird: Zwischen den Erkrankungen variiert die Belastung von Kindern und Eltern erheblich, innerhalb einer Erkrankung zeigen sich jedoch teilweise vergleichbare Belastungsniveaus für beide Gruppen. Zwar gehen diagnostizierte Erkrankungen in der Regel mit höheren Belastungen einher als bloße Vermutungen, doch auch Krankheitsvermutungen sind häufig mit einer spürbaren Belastung für Kinder und Eltern verbunden.

Gleichwohl zeigen sich bei einigen Erkrankungen unterschiedliche Muster in der Verteilung der Belastungen zwischen Kindern und Eltern. Während bei einigen Erkrankungen die Belastung der Kinder nach Einschätzung der Eltern deutlich stärker ausgeprägt ist als die eigene Belastung der Eltern, verhält es sich bei anderen Erkrankungen genau umgekehrt. Im Fall einer diagnostizierten Akne bzw. eines chronischen Hautausschlags etwa sehen die befragten Eltern die Belastung des Kindes deutlich höher (Nennungsanteil *sehr* bzw. *eher stark* 40 %) als bei sich selbst (24 %), ähnlich fällt dies bei Heuschnupfen aus (26 % vs. 12 %; **s. Abb. 6.2.21**). Umgekehrt gestaltet sich dies bei diagnostizierter ADHS (Belastung der Eltern 48 %, Belastung des Kindes 39 %) oder Entwicklungsstörung (47 % vs. 35 %).

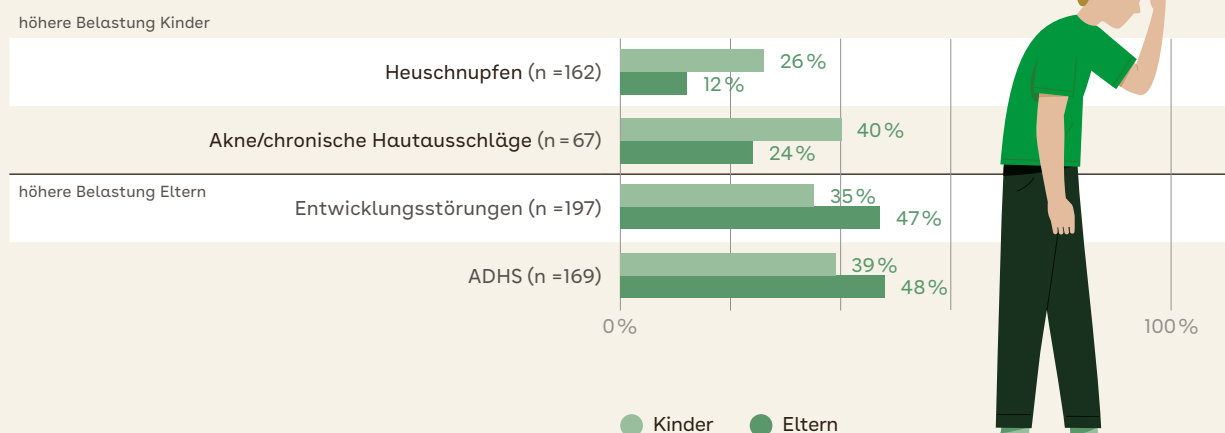
Auch eine Krankheitsvermutung belastet nicht immer Kinder und Eltern gleichermaßen: Die Vermutung einer Migräne bei ihrem Kind belastet das möglicherweise erkrankte Kind stärker (44 %) als die Eltern (34 %), ähnlich verhält es sich bei einer vermuteten Akne (21 % vs. 14 %; **s. Abb. 6.2.22**). Umgekehrt gestaltet sich dies bei einer vermuteten Entwicklungsstörung bei ihrem Kind (Belastung der Eltern 38 %, Belastung des Kindes 25 %) oder bei einer vermuteten chronischen Entzündung der Nasenschleimhaut oder des Rachens (32 % vs. 20 %).

Übergreifend zeigen die Ergebnisse, dass chronische Erkrankungen und Krankheitsvermutungen je nach Krankheitsbild mit sehr unterschiedlichen Belastungen für Kinder und Eltern verbunden sind. Dabei variiert nicht nur die Höhe der Belastung, sondern auch, ob diese stärker bei den Kindern oder bei ihren Eltern liegt. Dies spricht für einen erkrankungsspezifischen Blick auf Unterstützungsbedarfe betroffener Familien im Rahmen von Informations-, Beratungs- und Versorgungsangeboten, bspw. durch gesetzliche Krankenkassen oder Kinderärzte und Kinderärztinnen.

Abb. 6.2.21: Größte Unterschiede im Belastungsempfinden zwischen Kindern und Eltern durch diagnostizierte Erkrankungen

Darstellung der kombinierten Anteile der Antwortoptionen *sehr stark* + *eher stark*.

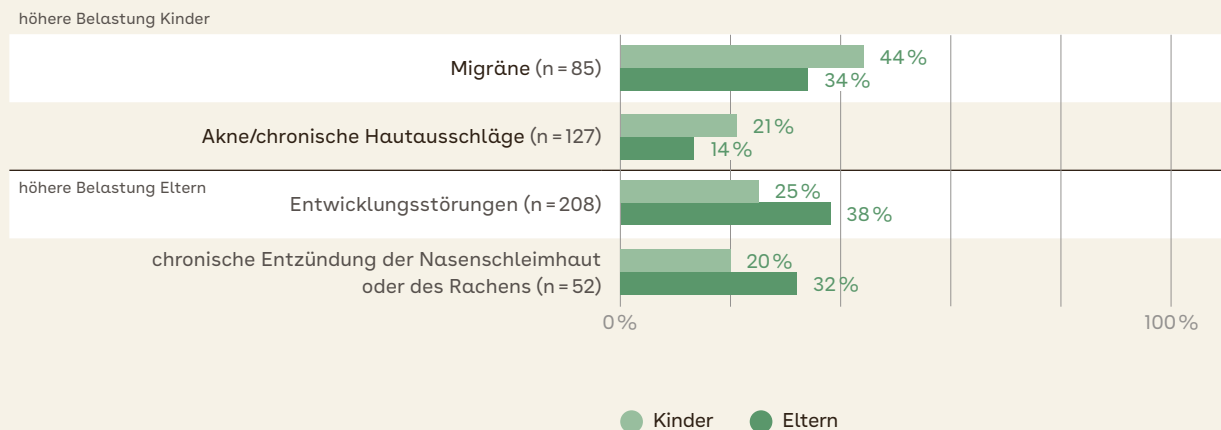
Basis: 0- bis 17-jährige Kinder, bei denen die chronische Krankheit diagnostiziert wurde.



Frage: Wie belastet Sie bzw. Ihr Kind diese [diagnostizierte] Erkrankung?

Abb. 6.2.22: Größte Unterschiede im Belastungsempfinden zwischen Kindern und Eltern durch vermutete Erkrankungen

Darstellung der kombinierten Anteile der Antwortoptionen *sehr stark* + *eher stark*. **Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder, bei denen die chronische Krankheit vermutet wird.



Frage: Wie belastet Sie bzw. Ihr Kind diese [vermutete] Erkrankung?

Sorgen der Eltern von Kindern und Jugendlichen mit ausgewählten Diagnosen oder Vermutungen

Für ausgewählte Erkrankungen wurden Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Diagnosen oder Vermutungen tiefergehend zu ihren Sorgen und ihrer Einschätzung der Unterstützungssituation befragt. Im Folgenden werden davon Entwicklungsstörungen, psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörungen, ADHS, Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten, Adipositas und Verhaltenssucht näher betrachtet. Für letztere werden aufgrund geringer Fallzahlen nur die Ergebnisse zu vermuteter Verhaltenssucht berichtet.

Übergreifend zeigt sich, dass Sorgen vor allem dahingehend bestehen, dass sich die (vermutete) Erkrankung des Kindes verschlimmern könnte und dass aus der (vermuteten) Erkrankung dauerhafte Beeinträchtigungen für das Kind entstehen können (s. Abb. 6.2.23 und 6.2.24). Eine mögliche Verschlimmerung befürchten vor allem Eltern von Kindern, bei denen eine Adipositas diagnostiziert ist (66%, Nennungsanteil *stimme voll* bzw. *eher zu*) oder vermutet wird (51%). Am geringsten treibt diese Sorge Eltern um, bei deren Kindern eine Nahrungsmittelallergie/-unverträglichkeit diagnostiziert ist (29%). Die Sorge vor dauerhaften Beeinträchtigungen wird vor allem von

Eltern geteilt, bei deren Kindern Adipositas diagnostiziert ist (68%) oder vermutet wird (50%) oder eine psychische Erkrankung (52%) bzw. Verhaltenssucht vermutet wird (50%).

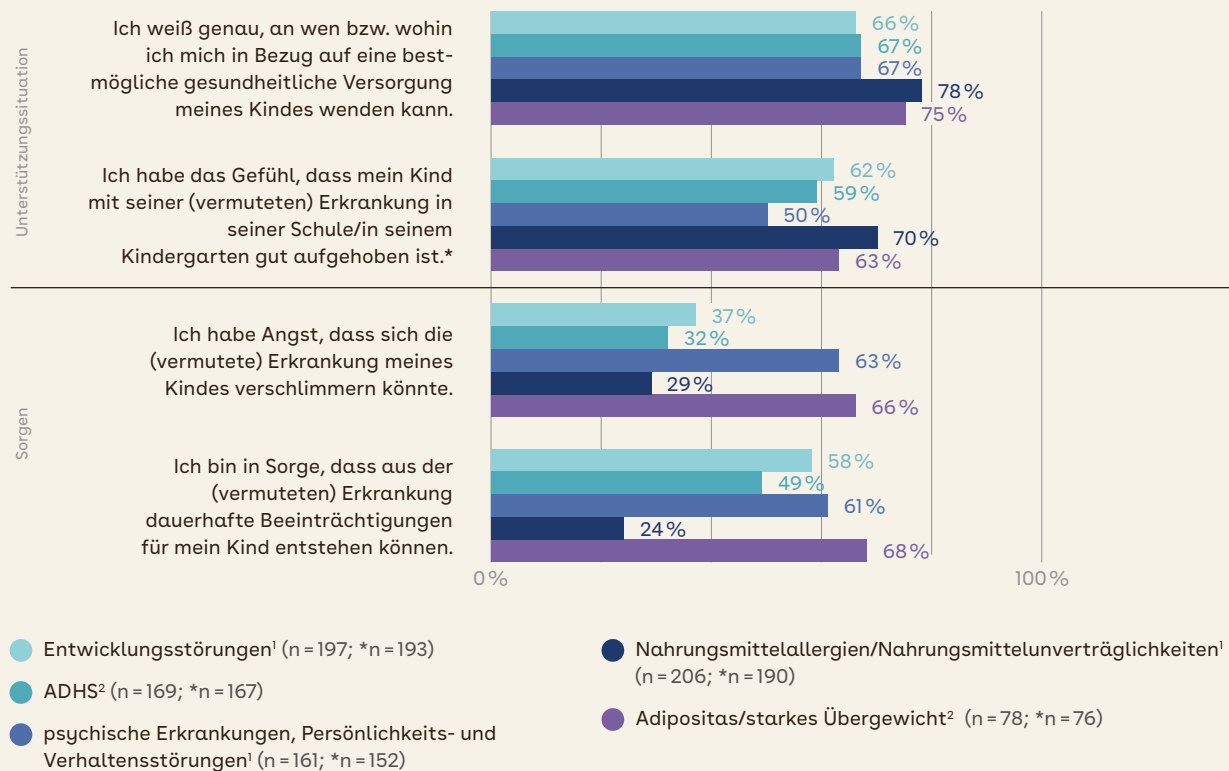
Die befragten Eltern wissen oft nicht, an wen sie sich in Bezug auf eine bestmögliche gesundheitliche Versorgung ihres Kindes wenden können. Ist bspw. eine Entwicklungsstörung (66% *stimme voll* bzw. *eher zu*), ADHS oder eine psychische Erkrankung diagnostiziert (jeweils 67%), weiß ca. jeder Dritte nicht, an wen er sich wenden kann. Ähnlich bei den Krankheitsvermutungen: Besteht die Vermutung einer psychischen Erkrankung (52%), Verhaltenssucht oder Entwicklungsstörung (jeweils 57%), liegt der Anteil der informierten Eltern nur bei etwas über der Hälfte.

In noch geringerem Umfang haben die befragten Eltern das Gefühl, dass ihr Kind mit seiner (vermuteten) Erkrankung in seiner Schule bzw. in seinem Kindergarten gut aufgehoben ist. Ist bei ihrem Kind eine Nahrungsmittelallergie/-unverträglichkeit diagnostiziert, *stimmen* sie dieser Aussage noch in 70 Prozent der Fälle *voll* bzw. *eher zu*, im Fall einer psychischen Erkrankung liegt dieser Anteil bei nur noch 50 Prozent (bzw. 49% bei einer vermuteten psychischen Erkrankung).



Abb. 6.2.23: Unterstützungssituation und Sorgen um Kinder mit diagnostizierter Erkrankung

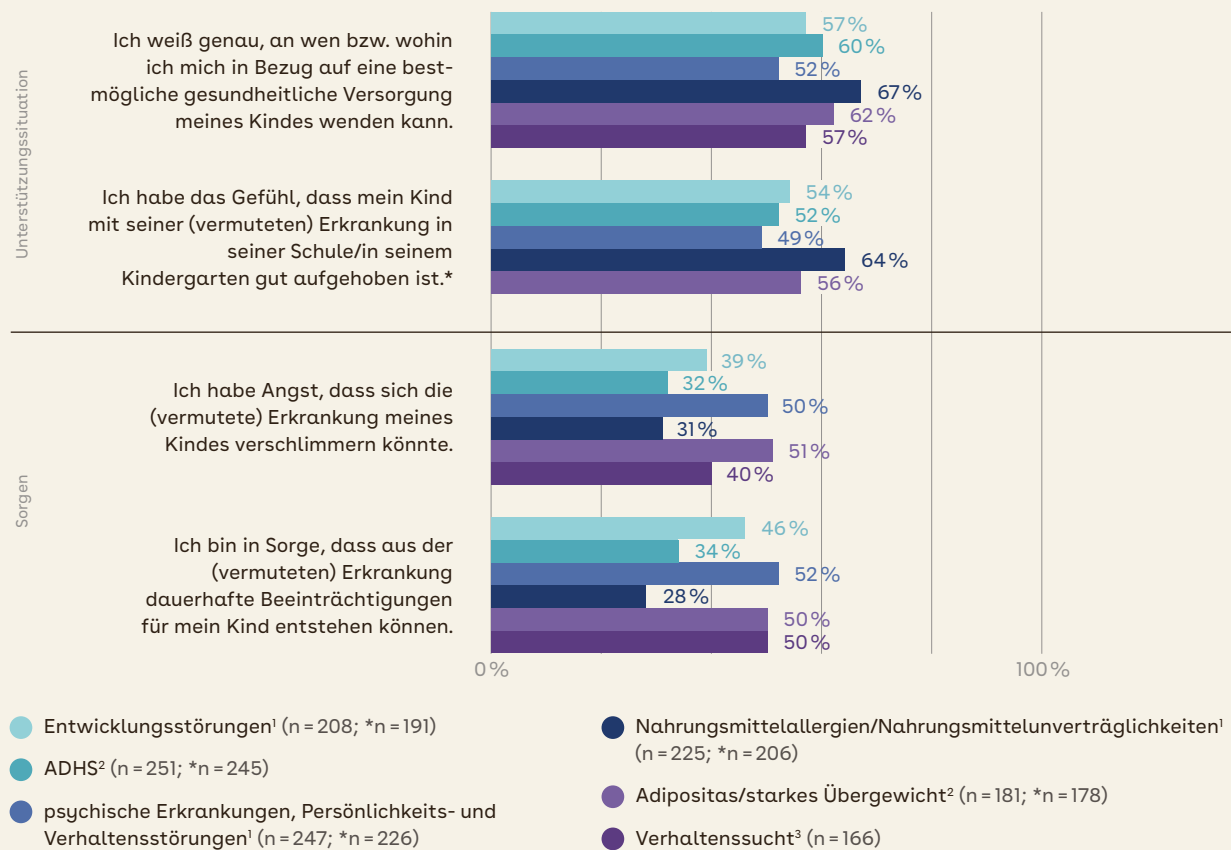
Darstellung der kombinierten Anteile der Antwortoptionen *stimme voll zu* + *stimme eher zu*. **Basis:** Kinder, bei denen die chronische Krankheit diagnostiziert wurde mit [Erkrankung]¹: 0- bis 17-jährige Kinder, [Erkrankung]²: 3- bis 17-jährige Kinder.
*reduzierte Basis: Wenn zusätzlich Kinder den Kindergarten, die (Vor-)Schule oder Berufsschule besuchen.



Frage: Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

Abb. 6.2.24: Unterstützungssituation und Sorgen um Kinder mit vermuteter Erkrankung

Darstellung der kombinierten Anteile der Antwortoptionen *stimme voll zu* und *stimme eher zu*. **Basis:** Kinder, bei denen die chronische Krankheit vermutet wird [Erkrankung]¹: 0- bis 17-jährige Kinder, [Erkrankung]²: 3- bis 17-jährige Kinder, [Erkrankung]³: 11- bis 17-jährige Kinder. *reduzierte Basis: Wenn zusätzlich Kinder den Kindergarten, die (Vor-) Schule oder Berufsschule besuchen.



Frage: Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

„Das Bewusstsein für frühe Förderung und Prävention ist deutlich gestiegen. Gleichzeitig erleben wir aber auch eine zunehmende Verunsicherung. Die Vielzahl an Informationen erzeugt häufig den Eindruck, jederzeit optimale Entscheidungen treffen zu müssen.“

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



Fazit: Eltern von Kindern und Jugendlichen im Rheinland und in Hamburg vermuten deutlich häufiger als noch in 2024, dass ihr Kind an einer chronischen Erkrankung leidet. Besonders häufig beziehen sich die Vermutungen auf psychische Erkrankungen. Viele Eltern berichten bereits bei einer bloßen Vermutung von spürbaren Belastungen und Sorgen im Familienalltag. Zur Einordnung möglicher Symptome nutzen Eltern häufig Suchmaschinen und KI-Anwendungen, aber auch Krankenkassen und Bildungs- und Betreuungseinrichtungen spielen eine wichtige Rolle. Gleichzeitig zeigen sich Unterschiede nach Gesundheitskompetenz, Bildungsabschluss und sozialer Lage der Eltern. Eine höhere allgemeine Gesundheitskompetenz der Eltern geht dabei mit deutlich weniger Krankheitsvermutungen einher.