

Kapitel 7:

Inhaltliche Vertiefung chronischer Erkrankungen

7.1 Adipositas (3 bis 17 Jahre)

7.2 ADHS (3 bis 17 Jahre)

**7.3 Psychische Erkrankungen,
Persönlichkeits- und Verhaltens-
störungen** (0 bis 17 Jahre)

7.4 Entwicklungsstörungen (0 bis 17 Jahre)

7.5 Verhaltenssuchte (11 bis 17 Jahre)

**7.6 Nahrungsmittelallergien und
-unverträglichkeiten** (0 bis 17 Jahre)



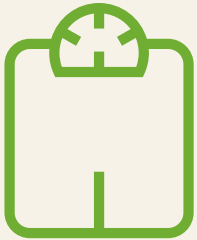
Nachdem in Kapitel 6 die gesundheitliche Lage der Kinder und Jugendlichen übergreifend betrachtet wurde, werden in den folgenden Kapiteln 7.1 bis 7.6 sechs ausgewählte chronische Erkrankungen vertiefend dargestellt. Erneut finden dabei sowohl ärztlich bestätigte Diagnosen als auch Krankheitsvermutungen der Eltern Berücksichtigung.

Für jedes Krankheitsbild bzw. Krankheitscluster werden das Auftreten sowie die Zusammenhänge mit dem Lebensumfeld der Kinder und Jugendlichen untersucht. Dazu zählen familiäre Rahmenbedingungen inklusive des Vertrauens der Eltern in

Informationsquellen und deren Nutzung sowie die Rolle von Bildungs- und Betreuungseinrichtungen. Zudem wird das diagnostizierte bzw. vermutete Auftreten der chronischen Erkrankungen mit dem Lebensstil der Kinder und Jugendlichen sowie zentralen Indikatoren ihrer Gesundheit verknüpft. Darüber hinaus richtet sich der Blick auf die Belastungen und Sorgen der Familien sowie den Umgang der Eltern mit Krankheitsvermutungen. Je nach Erkrankung werden unterschiedliche Altersgruppen berücksichtigt, abhängig davon, ab welchem Alter die jeweilige Erkrankung typischerweise relevant ist und diagnostiziert werden kann.

Kapitel 7:

7.1 Adipositas



Adipositas ist eine chronische Stoffwechselerkrankung, die meist über den Body-Mass-Index (BMI) definiert wird. Für die Diagnose im Kindes- und Jugendalter gelten alters- und geschlechtsspezifische Referenzwerte. Die Therapie folgt einem gestuften Vorgehen: Änderungen des Lebensstils (Ernährung, Bewegung, Verhalten), bei Bedarf multimodale Programme oder spezialisierte Behandlungen, wie sie die deutsche S3-Leitlinie Adipositas im Kindes- und Jugendalter empfiehlt (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter & Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2019, 2026). Adipositas verursacht relativ hohe Kosten für das deutsche Gesundheitssystem – auch weil sie selbst einen starken Risikofaktor für weitere chronische Erkrankungen, orthopädische Probleme und psychische Belastungen darstellt. Internationale Analysen zeigen, dass Adipositas-assoziierte Erkrankungen je nach Methode weltweit etwa zwei bis acht Prozent der Gesundheitsausgaben verursachen (OECD, 2019).

In Deutschland ist die Prävalenz von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahrzehnten in der Bilanz gestiegen (Kurth & Schaffrath Rosario, 2007). Laut der KiGGS-Studie des RKI sind etwa sechs bis sieben Prozent adipös, mit höheren Raten in sozial benachteiligten Gruppen (Hoebel et al., 2022). Weltweit hat sich die Zahl der Kinder und Jugendlichen mit Adipositas seit 1990 vervielfacht (WHO, 2025). Prognosen gehen davon aus, dass Adipositas im Kindes- und Jugendalter ohne wirksame Prävention weiter zunehmen wird und zu einer der bedeutendsten chronischen Erkrankungen der Zukunft gehört (WHO, 2025a).

Im vorliegenden Kapitel werden ausschließlich Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 17 Jahren betrachtet, da bei sehr jungen Kindern die BMI-basierte Einordnung von Adipositas aufgrund der dynamischen körperlichen Entwicklung weniger belastbar ist.

„Das Lebensumfeld prägt kindliches Verhalten jeden Tag und von klein auf. Stress, Zeitmangel, hohe Verfügbarkeit ungesunder Produkte, Werbung und wenige Bewegungsmöglichkeiten fördern Übergewicht. Adipositas ist daher nie nur individuell zu betrachten.“

Prof. Dr. med. Dr. Christine Joisten

Zusammenfassung

betroffene Kinder wachsen häufiger in gesundheitlich und sozial belasteten Lebenslagen auf

Belastungen betreffen Ernährung, Bewegung, Mediennutzung und psychische Gesundheit

ein Teil wird trotz BMI-Hinweisen von Eltern nicht als adipös erkannt

Auftreten

- Diagnose bei 2% / Vermutung bei 4%
- 11% der Kinder sind nach BMI (extrem) adipös.
- Bei problematischem BMI des Kindes ist eine inadäquate Gesundheitskompetenz der Eltern häufiger als bei normalem BMI.

Belastungen und Sorgen

- hohe Belastung der Kinder (56% vs. 36%) und Eltern (60% vs. 40%)

Größte Sorgen der Eltern:

- Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl (75% vs. 49%)
- dauerhafte Beeinträchtigungen (68% vs. 50%)
- Mobbing des Kindes (67% vs. 49%)

Lebensstil

Kinder mit Diagnose oder Vermutung

- nutzen Soziale Medien häufiger mindestens drei Stunden täglich: 45% vs. 32% vs. 19%,
- sind seltener an sieben Tagen in der Woche für mindestens 60 Minuten pro Tag aktiv: 8% vs. 5% vs. 13%,
- konsumieren häufiger täglich Softdrinks: 28% vs. 22% vs. 7%.

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

Lebensumfelder

Adipositas tritt häufiger auf bei Kindern

- aus gesundheitlich, sozial und ökonomisch stärker belasteten Familien (erkrankungsübergreifender Befund),
- von Eltern mit erhöhtem BMI; damit zeigt sich ein zusätzlicher krankheitsspezifischer Zusammenhang mit dem Gewichtsstatus der Eltern.

Kinder mit Diagnose oder Vermutung

- weisen in Kindergarten und Schule mehr Fehltage auf (19 vs. 11 vs. 9),
- schaffen ihre Aufgaben dort seltener (52% vs. 61% vs. 87%),
- sind häufiger von Offline-Mobbing (18% vs. 20% vs. 5%) und Cybermobbing (25% vs. 11% vs. 2%) betroffen.

Elterlicher Umgang mit Krankheitsvermutungen

- Hauptgrund für Vermutung: medizinische oder therapeutische Hinweise (31%)
- ärztliche Abklärung: überdurchschnittlich häufig erfolgt (45%)
- viele Eltern ohne Termin halten einen Arztbesuch / eine Diagnose (noch) nicht für nötig (41%)
- Krankenkassen überdurchschnittlich oft zur Information genutzt (27%)

Gesundheitszustand

Kinder mit Diagnose oder Vermutung haben

- seltener einen sehr guten subjektiven Gesundheitszustand (33% vs. 48% vs. 55%),
- häufiger eine niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität (66% vs. 53% vs. 25%),
- häufiger multiple psychosomatische Beschwerden (59% vs. 48% vs. 21%).

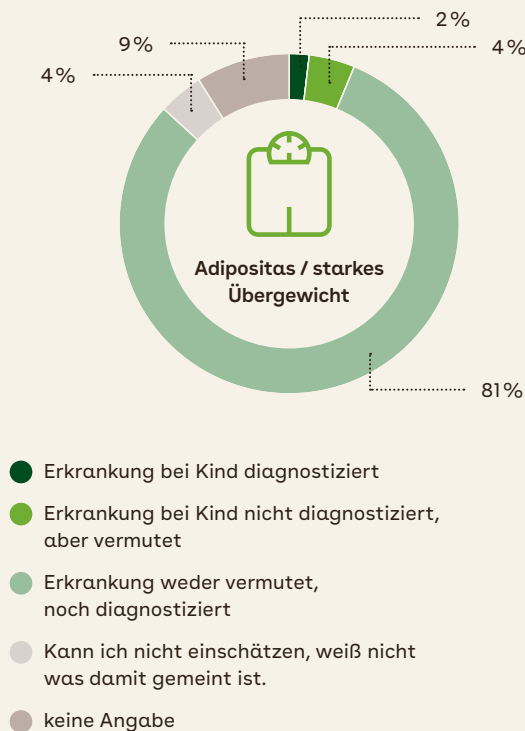
Auftreten und Verbreitung in unterschiedlichen Gruppen

Zwei Prozent der 3- bis 17-jährigen Kinder aus dem Rheinland und aus Hamburg haben laut den Aussagen der befragten Eltern diagnostizierte Adipositas (**s. Abb. 7.1.1**). Bei weiteren vier Prozent vermuten die befragten Eltern, dass ihr Kind an Adipositas erkranken könnte oder bereits erkrankt ist. Das bedeutet, dass nach Aussage der Eltern auf jedes Kind mit Adipositas-Diagnose zwei Kinder mit vermuteter Adipositas kommen.

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. 7.1.1: Auftreten von Adipositas/starkem Übergewicht laut Elterneinschätzung

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

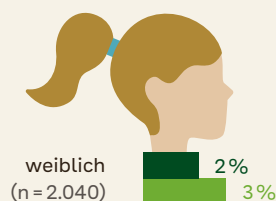
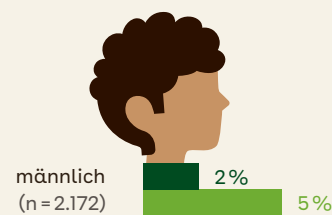
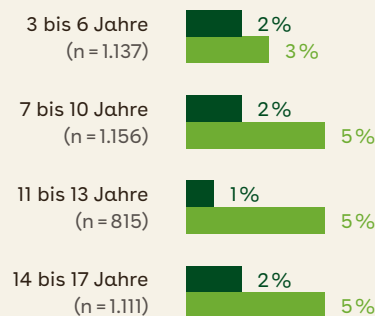


Das sind vergleichsweise hohe Anteile elterlicher Vermutungen. Solche finden sich unter anderem auch bei ADHS, psychischen Erkrankungen, Entwicklungsstörungen oder Verhaltenssüchten. Bei diesen Krankheitsbildern nehmen Eltern Anzeichen häufig frühzeitig bzw. noch vor einer fachlichen Abklärung oder diagnostischen Einordnung wahr, können diese aber nicht immer eindeutig bewerten.

Laut den Angaben der Eltern unterscheidet sich das Auftreten von Adipositas zwischen den Altersgruppen nicht nennenswert (**s. Abb. 7.1.2**): Für Jungen und Mädchen geben die Eltern in jeweils zwei Prozent der Fälle eine Adipositas-Diagnose an. Die Zahl der

Abb. 7.1.2: Auftreten von Adipositas/starkem Übergewicht als Diagnose oder Vermutung nach Alter und Geschlecht

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder.



Vermutungen liegt bei Jungen (5 %) nach Angabe der Eltern jedoch signifikant höher als bei Mädchen (3 %).

Regional betrachtet zeigen sich folgende Unterschiede: In der Regionaldirektion Niederrhein geben überdurchschnittlich viele Eltern an, dass ihr Kind eine Adipositas-Diagnose hat (3,4 %; **s. Abb. 7.1.3**). In Bezug auf die Krankheitsvermutungen fallen die Nennungshäufigkeiten in den Regionaldirektionen Oberbergisches Land (6,2 %) und Hamburg (6,1 %; signifikant) überdurchschnittlich aus. Dahingegen sind die Anteile sowohl für Diagnosen als auch für Vermutungen in den Regionaldirektionen Bergisches Land (0,8 % vs. 2,3 %) sowie Düsseldorf – Mettmann

(1,6 % vs. 1,9 %) unterdurchschnittlich. Den geringsten Anteil an Diagnosen weist die Regionaldirektion Kleve – Wesel auf (0,8 %).

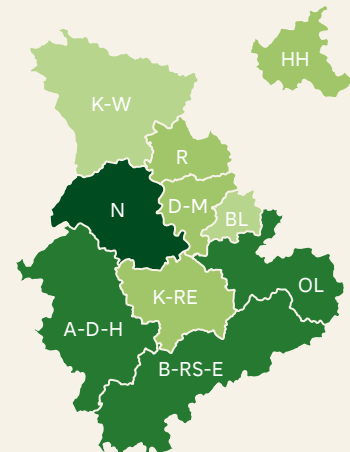
Vermuten die Eltern Adipositas bei ihrem Kind, äußern sie in ca. jedem dritten Fall auch die Vermutung einer Erkrankung an ADHS (35 %), einer Verhaltenssucht (33 %) oder anderen psychischen Erkrankungen (33 %). Die hohe Mitvermutung von ADHS, Verhaltenssuchten und anderen psychischen Erkrankungen spricht dafür, dass die elterliche Wahrnehmung von Adipositas oftmals über Fragen des Körpergewichts hinausgeht und auch psychische sowie verhaltensbezogene Aspekte umfasst.

Abb. 7.1.3: Diagnostizierte und vermutete Adipositas/starkes Übergewicht nach Regionaldirektion (RD)

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder.

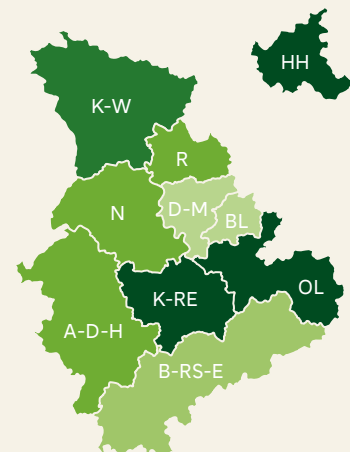
1) Dargestellt wird die Antwortoption Adipositas – Erkrankung bei Kind diagnostiziert.

3,4 %	RD Niederrhein (N) n = 465
2,6 %	RD Aachen – Düren – Heinsberg (A-D-H) n = 396
2,0 %	RD Oberbergisches Land (OL) n = 275
2,0 %	RD Bonn – Rhein-Sieg-Kreis – Euskirchen (B-RS-E) n = 419
1,9 %	Rheinland/Hamburg n = 4.219
1,8 %	RD Köln – Rhein-Erft-Kreis (K-RE) n = 530
1,7 %	RD Ruhrgebiet (R) n = 548
1,6 %	RD Hamburg (HH) n = 676
1,6 %	RD Düsseldorf – Mettmann (D-M) n = 390
0,8 %	RD Bergisches Land (BL) n = 240
0,8 %	RD Kleve – Wesel (K-W) n = 280



2) Dargestellt wird die Antwortoption Adipositas – Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet.

6,2 %	RD Oberbergisches Land (OL) n = 275
6,1 %	RD Hamburg (HH) n = 676
5,9 %	RD Köln – Rhein-Erft-Kreis (K-RE) n = 530
4,6 %	RD Kleve – Wesel (K-W) n = 280
4,4 %	Rheinland/Hamburg n = 4.219
4,2 %	RD Niederrhein (N) n = 465
4,0 %	RD Ruhrgebiet (R) n = 548
3,7 %	RD Aachen – Düren – Heinsberg (A-D-H) n = 396
3,0 %	RD Bonn – Rhein-Sieg-Kreis – Euskirchen (B-RS-E) n = 419
2,3 %	RD Bergisches Land (BL) n = 240
1,9 %	RD Düsseldorf – Mettmann (D-M) n = 390



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?

Exkurs

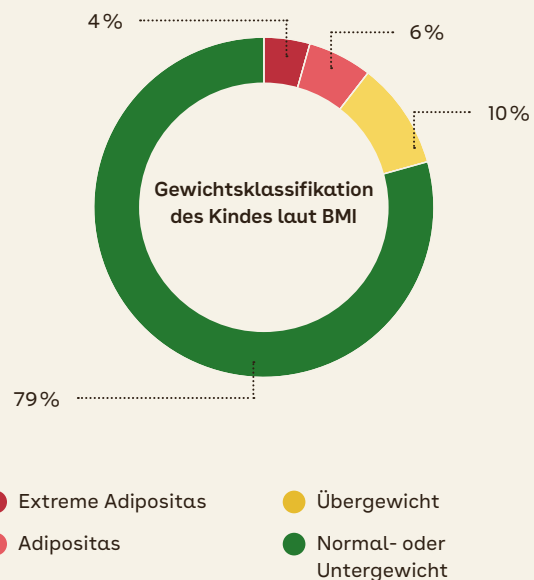
Vergleich mit Elternangaben zu BMI bzw. Körpergröße und Gewicht

Zusätzlich zur Frage, ob bei ihrem Kind Adipositas diagnostiziert ist oder vermutet wird, haben die Eltern Angaben zur Körpergröße und zum Gewicht ihres Kindes gemacht. Aus diesen Angaben lassen sich die BMI-Werte errechnen, anhand derer Übergewicht und Adipositas definiert sind. Den errechneten BMI-Werten zufolge sind knapp elf Prozent der Kinder und Jugendlichen von (extremer) Adipositas betroffen (**s. Abb. 7.1.4**), davon sechs Prozent von Adipositas und vier Prozent von extremer Adipositas. Der über den BMI ermittelte Anteil adipöser Kinder und Jugendlicher ist damit höher, als es die Angaben der Eltern zu Adipositas vermuten lassen (2% Diagnose, 4% Vermutung). Darüber hinaus sind weitere zehn Prozent der Kinder und Jugendlichen ihrem BMI zufolge übergewichtig.

Anhand der vorliegenden Daten lässt sich untersuchen, ob die Eltern sich der laut BMI vorliegenden Adipositas ihres Kindes bewusst sind (**s. Abb. 7.1.5**): Von allen Kindern, zu denen Angaben zur Berechnung des BMI vorliegen, haben elf Prozent (extreme) Adipositas. Von diesen elf Prozentpunkten entfällt ein Prozentpunkt auf Eltern, die eine vorliegende Adipositas-Diagnose berichten, zwei Prozentpunkte entfallen auf Eltern, die eine ernsthafte Vermutung

Abb. 7.1.4: Gewichtsklassifikation laut BMI

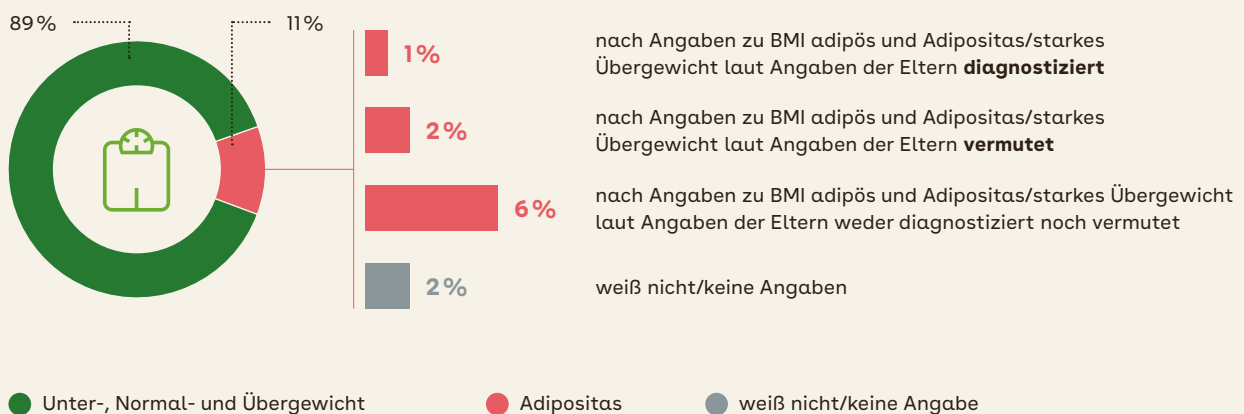
Basis: n = 3.446 (3- bis 17-jährige Kinder, bei denen Angaben zu Gewicht und Größe gemacht wurden).



berichten, und weitere zwei Prozentpunkte entfallen auf Eltern, die keine Angabe zu einer Diagnose oder Vermutung von Adipositas machen konnten. Daraus ergeben sich sechs Prozent der Kinder, welche laut BMI-Angaben der Eltern (extreme) Adipositas haben, bei denen die Eltern aber weder eine Diagnose noch eine Vermutung berichten. Diese Dunkelziffer von

Abb. 7.1.5: Vergleich der Elternangaben zum BMI des Kindes und Adipositas/starkem Übergewicht

Basis: n = 3.446 (3- bis 17-jährige Kinder mit vorliegenden Angaben zu Körpergröße und Gewicht des Kindes sowie Angabe, ob Adipositas/starkes Übergewicht diagnostiziert, nicht diagnostiziert, aber vermutet wird oder weder vermutet noch diagnostiziert ist).



sechs Prozent zeigt sich zur Vorgängerstudie aus 2024 vergleichbar (7%). Die Ergebnisse des AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 stehen im Einklang mit aktuellen epidemiologischen Befunden. So berichtet die WHO im Rahmen der sechsten Erhebungswelle der European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) für Deutschland eine Adipositasprävalenz von 11,9 Prozent bei achtjährigen Kindern; die deutschen COSI-Daten basieren hier ebenfalls auf gemessenen Körpergrößen und Gewichten (WHO Europe, 2025). Dieser Wert entspricht nahezu dem Anteil adipöser Kinder und Jugendlicher, der im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 anhand der von den Eltern berichteten BMI-Angaben ermittelt wurde (11%). Gleichzeitig zeigt die COSI-Studie, dass Adipositas insbesondere bei Jungen weiter zunimmt und Deutschland hier im europäischen Vergleich zu den Ländern mit den stärksten Zuwächsen seit der Vorwelle zählt (WHO Europe, 2025). Auch aktuelle Langzeitdaten aus Deutschland bestätigen diesen Trend:

Analysen von mehr als 1,4 Millionen Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen zwischen 2002 und 2023 zeigen insbesondere bei Jungen im Jugendalter einen anhaltenden Anstieg von Adipositas und schwerer Adipositas, der durch die COVID-19-Pandemie zusätzlich verstärkt wurde (Berisha et al., 2025). Vor diesem Hintergrund erscheint die im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 beobachtete Differenz zwischen BMI-basiert ermittelter Adipositas und den deutlich niedrigeren Anteilen elterlich berichteter Diagnosen oder Vermutungen weniger als methodische Besonderheit, sondern vielmehr als Hinweis darauf, dass ein Teil der betroffenen Kinder von seinen Eltern bislang nicht als adipös wahrgenommen wird. Die identifizierte Dunkelziffer kann damit als wichtiger Frühwarnindikator verstanden werden, der auf Potenziale für frühzeitige Aufklärung, Sensibilisierung und Prävention hinweist.

In Anbetracht der gesundheitlichen Folgen von Adipositas stellt die beobachtete Dunkelziffer eine besondere Herausforderung für die Früherkennung und Prävention dar: Adipositas zählt zu den bedeutenden chronischen Erkrankungen und Public-Health-Herausforderungen und ist mit erheblichen gesundheitlichen Risiken verbunden (WHO Europe, 2025). Neben genetischen Faktoren tragen insbesondere veränderbare Einflüsse wie Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie weitere Lebensstil- und Umweltfaktoren zur Entstehung von Adipositas bei (Masood & Moorthy, 2023; Verma et al., 2025). In Erweiterung der Vorgängerstudie wurde daher die Dunkelziffer im Rahmen der vorliegenden Studie vertiefend analysiert.

Dabei zeigt sich, dass Kinder mit (extrem) adipösem BMI ohne entsprechende elterliche Diagnose oder Vermutung häufiger jünger und männlich sind, öfter in sozial belasteteren Lebenslagen aufwachsen, häufiger ein ungesundes Ernährungsverhalten zeigen und ihre Eltern zugleich häufiger über eine geringe allgemeine Gesundheitskompetenz verfügen.

Vertiefende Informationen zur Dunkelziffer Adipositas

Kinder, die nach BMI (extrem) adipös sind, für die die Eltern aber weder eine Diagnose noch eine Vermutung angeben, ...



... sind häufiger in jüngeren Altersgruppen zu finden



... sind häufiger Jungen



... wohnen häufiger in (groß)städtischen Umgebungen



... nehmen mehr (zucker)gesüßte Getränke mindestens mehrmals pro Woche zu sich

Die Eltern dieser Kinder ...



... sind häufiger allein für die Erziehung des Kindes verantwortlich



... sind häufiger laut BMI-Angaben selbst adipös



... verfügen häufiger nur über ein geringes Äquivalenzeinkommen



... verfügen häufiger über eine nur inadäquate allgemeine Gesundheitskompetenz



Exkurs

Einordnung der Ergebnisse in Studien zur Kinder- und Jugendgesundheit

Die Ergebnisse des AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 fallen wie bereits in 2024 ähnlich zu den Ergebnissen anderer Studien aus: In der KiGGS-Studie, Befragungswelle 2 (2014-2017) waren rund sechs Prozent der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren von Adipositas betroffen (Schienkiewitz et al., 2018). In aktuelleren Daten der AOK-Familienstudie 2022 ist dieser Anteil höher, hier waren insgesamt 13 Prozent der Kinder im Alter von 4 bis 6 Jahren adipös. Der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Adipositas war mit höherem Alter der Kinder jeweils geringer (7 bis 10 Jahre: 9%; 11 bis 14 Jahre: 6%). Analog zur AOK-Familienstudie 2022 findet sich der höchste Anteil adipöser Kinder in der vorliegenden Studie nach BMI bei den 3- bis 6-Jährigen mit 14 Prozent (7 bis 10 Jahre: 13%; 11 bis 13 Jahre: 8%; 14 bis 17 Jahre: 7%). Der Anteil der Kinder mit Übergewicht fällt mit zehn Prozent in der Gruppe der 4- bis 14-Jährigen vergleichbar

zur AOK-Familienstudie 2022 (10 % bei 4- bis 14-Jährigen) aus. Im Abgleich mit den Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg (Datenbasis: 2024, **s. Tab. 9.3** im Anhang), wird deutlich, dass die in der vorliegenden Studie über den BMI errechneten Anteile von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren mit (extremer) Adipositas (11%) oberhalb der über die Routinedaten ermittelten Prävalenzen der AOK Rheinland/Hamburg (7% bei den 3- bis 17-Jährigen) liegen. Dafür liegen die in der vorliegenden Studie über die Eltern berichteten Diagnosen mit zwei Prozent deutlich darunter.

Siehe auch **Tab. 9.2** BMI-Grenzwerte mit Definitionen der BMI-Kategorien im Anhang auf Seite 410 und 411.



Die Ergebnisse zeigen, dass nach Angaben der Eltern zwei Prozent der Kinder und Jugendlichen eine Adipositas-Diagnose haben und bei weiteren vier Prozent eine entsprechende Erkrankung vermutet wird. Die anhand der BMI-Angaben der Eltern berechneten Werte weisen jedoch auf eine deutlich höhere Prävalenz hin: Elf Prozent der Kinder und Jugendlichen sind demnach adipös oder extrem adipös. Damit bleibt ein relevanter Teil der betroffenen Kinder aus Sicht der Eltern unerkannt. Diese Dunkelziffer bestätigt sich durch aktuelle nationale und internationale Studien und kann als wichtiger

Frühwarnindikator für Prävention und Früherkennung verstanden werden. Besonders häufig betrifft sie jüngere Kinder, Jungen sowie Kinder aus sozial belasteteren Lebenslagen. Zudem zeigen sich Zusammenhänge mit einem ungünstigeren Ernährungsverhalten der Kinder und einer geringeren Gesundheitskompetenz der Eltern. Die Ergebnisse verdeutlichen damit die Bedeutung frühzeitiger Sensibilisierung und Aufklärung, um Adipositas möglichst früh zu erkennen und geeignete Präventionsmaßnahmen einzuleiten.

Lebensumfelder

Unterschiedliche Faktoren stehen im Zusammenhang mit (starkem) Übergewicht oder können einen Einfluss darauf haben, ob Kinder und Jugendliche an Adipositas erkrankt sind oder ob die Eltern eine solche Erkrankung vermuten. Dazu gehören etwa das elterliche Lebensumfeld der Kinder und die Informationsquellen, denen die Eltern in Bezug auf die Gesundheit ihrer Kinder vertrauen und die sie nutzen, aber auch die Bildungs- und Betreuungseinrichtungen, in denen die Kinder und Jugendlichen einen großen Teil ihrer Zeit verbringen. Im Folgenden werden diese Einflüsse und Zusammenhänge genauer für Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 17 Jahren im Rheinland und in Hamburg dokumentiert.

Elterliches Lebensumfeld der Kinder

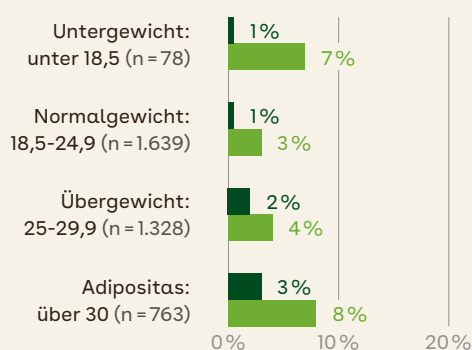
Die Ergebnisse zum elterlichen Lebensumfeld zeigen bei den im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 betrachteten chronischen Erkrankungen viele Gemeinsamkeiten: Diagnosen und Krankheitsvermutungen werden häufiger berichtet, wenn Eltern ihren eigenen Gesundheitszustand schlechter einschätzen, wenn die allgemeine Gesundheitskompetenz geringer ausgeprägt ist oder wenn Familien über geringere soziale, ökonomische und räumliche Ressourcen verfügen (s. Kapitel 6.2).

Auch bei Adipositas zeigt sich dieses Muster. Eltern berichten häufiger von einer Adipositas-Diagnose oder einer entsprechenden Vermutung, wenn die allgemeine Gesundheitskompetenz geringer ausgeprägt ist. Zudem treten Adipositas-Diagnosen und -Vermutungen häufiger bei Kindern von Eltern mit niedrigerem Bildungsabschluss auf. Auch beim Äquivalenzeinkommen zeigt sich ein entsprechender Zusammenhang: In Familien mit geringerem Einkommen werden Diagnosen und Vermutungen häufiger berichtet als in Familien mit höherem Einkommen. Ein weiterer Zusammenhang besteht mit der Wohnfläche. In Haushalten mit geringerer Wohnfläche werden Adipositas-Diagnosen und -Vermutungen häufiger berichtet als in Haushalten mit größerer Wohnfläche.

Deutliche Unterschiede zeigen sich außerdem nach familiärer Betreuungskonstellation. Leben Kinder bei beiden Elternteilen, berichten Eltern seltener von einer Adipositas-Diagnose oder -Vermutung. Höhere Anteile zeigen sich, wenn Kinder in einem Wechselmodell leben, nur bei einem Elternteil wohnen oder bei einem Elternteil und dessen Partnerin bzw. Partner leben.

Abb. 7.1.6: Auftreten von Adipositas/starkem Übergewicht laut Elterneinschätzung nach BMI der Eltern

Basis: 3- 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?

Eine Besonderheit bei Adipositas besteht darin, dass neben Merkmalen wie Gesundheitskompetenz, Bildung, Einkommen, Wohnfläche und familiärer Betreuungskonstellation auch der BMI der Eltern in engem Zusammenhang mit den berichteten Diagnosen und Vermutungen steht. Kinder von Eltern mit erhöhtem BMI sind häufiger von einer Adipositas-Diagnose oder -Vermutung betroffen (s. Abb. 7.1.6).

Insgesamt fügt sich Adipositas damit in das übergreifende Muster ein, dass chronische Erkrankungen häufiger in gesundheitlich, sozial und familiär belasteten Lebenslagen berichtet werden. Zugleich weist Adipositas mit dem elterlichen BMI einen zusätzlichen, krankheitsspezifisch besonders naheliegenden Zusammenhang auf.

Vertrauen in und Nutzung von Informationsquellen

Auch die Ergebnisse zum elterlichen Vertrauen in und zur Nutzung von Informationsquellen zur Gesundheit ihrer Kinder zeigen bei den im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 betrachteten chronischen Erkrankungen viele Gemeinsamkeiten: Im Vergleich zu Eltern von Kindern ohne diagnostizierte oder vermutete chronische Erkrankung nutzen Eltern von betroffenen Kindern sämtliche abgefragten Informationsquellen deutlich häufiger. In Sachen Vertrauen entfallen auf Kinder- und Fachärztinnen bzw. -ärzte sowie andere etablierte Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens und der Betreuung sowohl bei betroffenen als auch nicht betroffenen Eltern deutlich höhere zustimmende Nennungsanteile als auf digitale Informationsquellen wie Online-Suchportale, Künstliche Intelligenz (KI), Soziale Medien oder Gesundheits-Influencerinnen und -Influencer. Bei Eltern von Kindern mit mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung fällt jedoch auf, dass diese den vier genannten digitalen Informationsquellen ein höheres Vertrauen entgegenbringen, als dies bei Eltern mit einer diagnostizierten chronischen Erkrankung der Fall ist (s. Kapitel 4.2).

Dieses Muster zeigt sich auch bei Adipositas. Bei Eltern betroffener Kinder stehen Kinder- und Fachärztinnen bzw. -ärzte an erster Stelle der vertrauenswürdigen Informationsquellen, gefolgt von Krankenkassen und öffentlichen Institutionen. Zugleich werden digitale Informationsquellen häufig genutzt, obwohl ihnen weniger Vertrauen entgegengebracht wird.

Eine Besonderheit bei Adipositas besteht darin, dass Eltern mit einer Krankheitsvermutung digitalen Informationsquellen nicht stärker vertrauen als Eltern mit gesicherter Diagnose. Damit fällt der bei vielen Erkrankungen sichtbare Unterschied zwischen Diagnose und Vermutung hier weniger deutlich aus: Etablierte medizinische Akteurinnen und Akteure stehen beim Vertrauen klar im Vordergrund, während digitale Informationsquellen zwar häufig genutzt, aber von Eltern mit Krankheitsvermutung nicht als vertrauenswürdiger bewertet werden.

Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

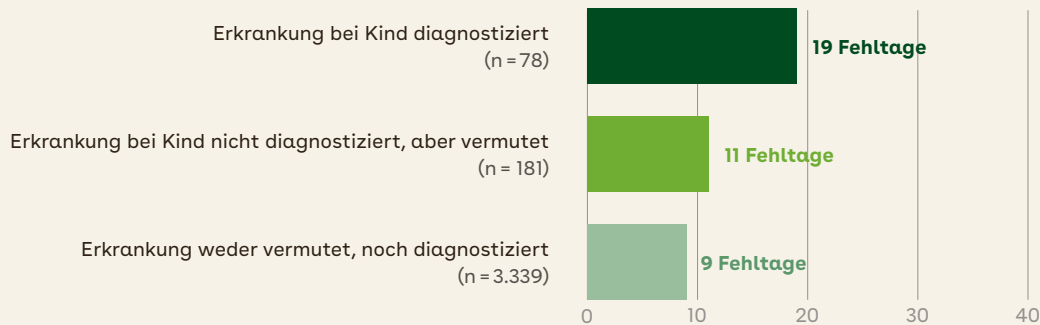
Eltern, bei deren Kindern Adipositas diagnostiziert ist, berichten signifikant häufiger von Fehltagen (19 Fehltagen) in Kindergarten, (Vor-)Schule oder Berufsschule im zurückliegenden Jahr als Eltern, die eine Erkrankung vermuten (11 Fehltagen) oder bei denen weder eine Diagnose noch eine Vermutung für eine Adipositas vorliegt (9 Fehltagen; s. **Abb. 7.1.7**). Die Zahl der Fehltagen im Fall einer diagnostizierten oder vermuteten Adipositas liegt höher als der Durchschnittswert aller im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 abgefragten chronischen Erkrankungen (bei mindestens einer Diagnose 11 Fehltagen, bei mindestens einer Vermutung 10 Fehltagen, s. Kapitel 4.3).

Auch die Situation in Schule oder Kindergarten gestaltet sich signifikant kritischer, wenn Adipositas diagnostiziert wurde oder vermutet wird: So geben nur 52 Prozent der Eltern von Kindern mit Diagnose und 61 Prozent der Eltern von Kindern mit Vermutung an, dass ihr Kind seine Aufgaben in Schule oder Kindergarten *oft* bzw. *immer* gut geschafft hat (**s. Abb. 7.1.8**). Liegen weder Diagnose noch Vermutung vor, stimmen die Eltern dieser Aussage signifikant häufiger zu (87%). Diese Nennungsanteile liegen im Fall einer Diagnose unter dem Durchschnittswert aller Kinder, für die ihre Eltern im Rahmen der Studie mindestens eine chronische Erkrankung berichten. Auch im Vergleich der in der Studie vertiefend betrachteten sechs chronischen Erkrankungen fallen die Nennungsanteile im Fall einer Diagnose bei Adipositas am geringsten aus.

Auch in Bezug auf den Spaß, den die Kinder in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen empfinden (Anteile für *oft* bzw. *immer*: Diagnose 55% und Vermutung 57%, jeweils signifikant niedriger vs. ohne Diagnose/Vermutung mit 73%) und darauf, ob sich die Kinder auf Schule oder Kindergarten gefreut haben (48% und 53%, jeweils signifikant niedriger vs. 68%), zeigen sich die elterlichen Zustimmungswerte bei Adipositas stets geringer als die Durchschnittswerte aller im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 abgefragten chronischen Erkrankungen. Gleichwohl werden für andere Erkrankungen vergleichsweise noch kritischere Einschätzungen berichtet, etwa für psychische Erkrankungen oder Verhaltenssüchte.

Abb. 7.1.7: Mittlere Anzahl an Fehltagen bei Adipositas nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne Adipositas

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder, die Kindergarten, (Vor-)Schule oder Berufsschule besuchen

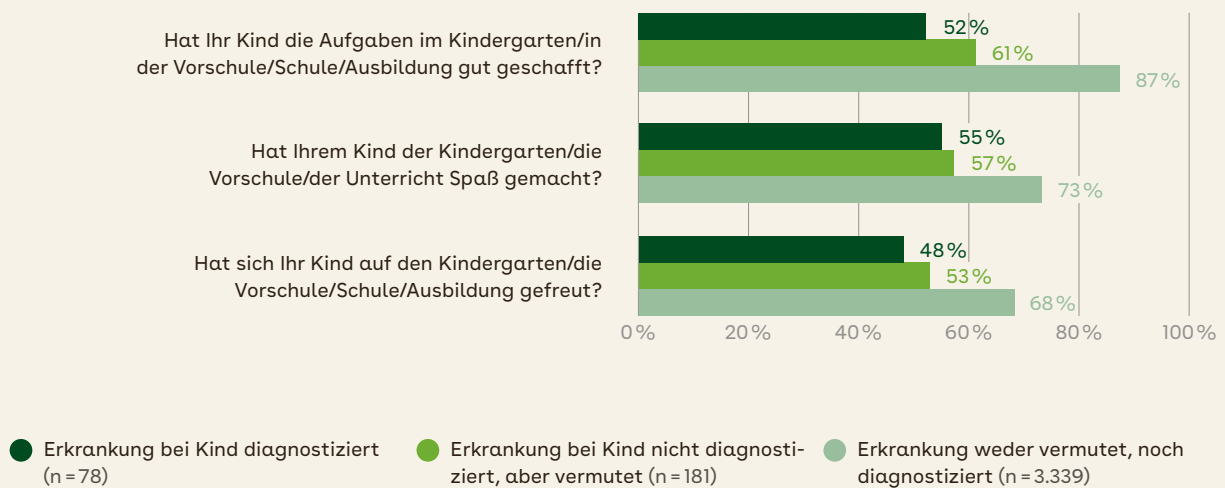


Frage: Wie viele Fehltage hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten?

Abb. 7.1.8: Schulisches Wohlbefinden bei Adipositas nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne Adipositas

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *immer + oft*.

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder, die Kindergarten, (Vor-)Schule oder Berufsschule besuchen.



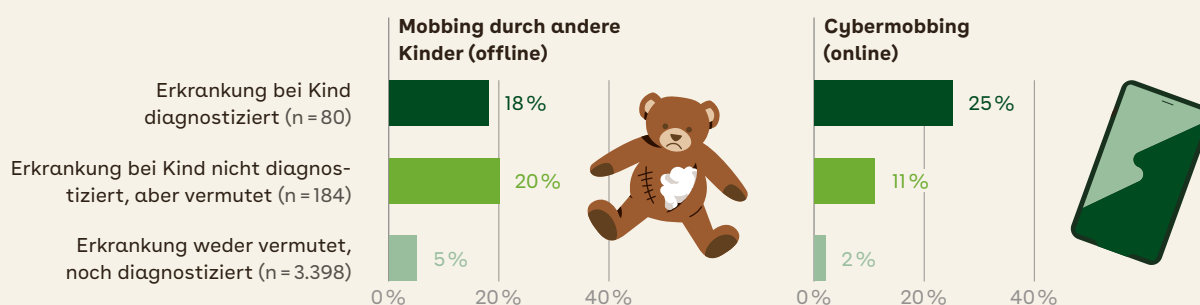
Frage: Wenn Sie an die letzte Woche denken ...

Dass Bildungs- und Betreuungseinrichtungen bei Adipositas eine wichtige Rolle zukommt, zeigt sich auch darin, dass Eltern von Kindern mit Diagnose oder Vermutung signifikant häufiger eine Belastung ihres Kindes aufgrund von Offline-Mobbing durch andere Kinder wahrnehmen (Diagnose 18 % vs. Vermutung 20 %) oder vermuten (Diagnose 41 % vs. Vermutung 32 %) als wenn keine Adipositas-Diagnose oder Vermutung vorliegt (Mobbing wahrgenommen: 5 % vs. vermutet: 16 %; s. **Abb. 7.1.9**). Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei Cybermobbing: Bei Diagnose oder Vermutung von Adipositas liegt der Anteil wahrgenommener Belastungen signifikant höher (Diagnose: 25 %; Vermutung: 11 %) als wenn keine Adipositas diagnostiziert ist bzw. vermutet wird (2 %), der Belastungsvermutungen ebenfalls (Diagnose 10 % vs. Vermutung 26 % vs. ohne

Diagnose/Vermutung 6 % – signifikant niedriger als bei Vermutung). Besonders relevant werden diese Ergebnisse dadurch, dass sie deutlich oberhalb der Durchschnittswerte aller im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 abgefragten chronischen Erkrankungen abschneiden und in Bezug auf die konkrete Wahrnehmung im Fall von Offline-Mobbing gemeinsam mit psychischen Erkrankungen sogar den Spitzenwert aller Erkrankungen markieren. Im Fall konkret wahrgenommenen Cybermobbings liegt der Nennungsanteil bei einer diagnostizierten Adipositas sogar allein an der Spitze und mit 25 Prozent sogar mehr als zehn Prozentpunkte oberhalb der Erkrankung mit der nächsthöheren Nennungshäufigkeit (Verhaltenssuchte) aus dem Spektrum der in der Studie vertiefend betrachteten Erkrankungen.

Abb. 7.1.9:**Wahrgenommene Mobbing-Belastung bei Adipositas nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne Adipositas**

Dargestellt wird die Antwortoption *nehme diese Belastung bei meinem Kind konkret wahr*. **Basis:** 3- bis 17-jährige Kinder.



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

Einen weiteren Hinweis auf die erhöhte Belastungssituation der Kinder und Jugendlichen ergibt sich aus folgendem Befund: Eltern berichten von Kindern mit Adipositas-Diagnose in 30 Prozent der Fälle von wahrgenommenem Leistungsdruck bei ihrem Kind, in Bezug auf Stress liegt dieser Anteil bei 24 Prozent. Liegt für das Kind eine Vermutung vor, sind die Anteile für wahrgenommenen Leistungsdruck mit 20 Prozent und 18 Prozent für wahrgenommenen Stress geringer. Ohne Diagnose oder Vermutung

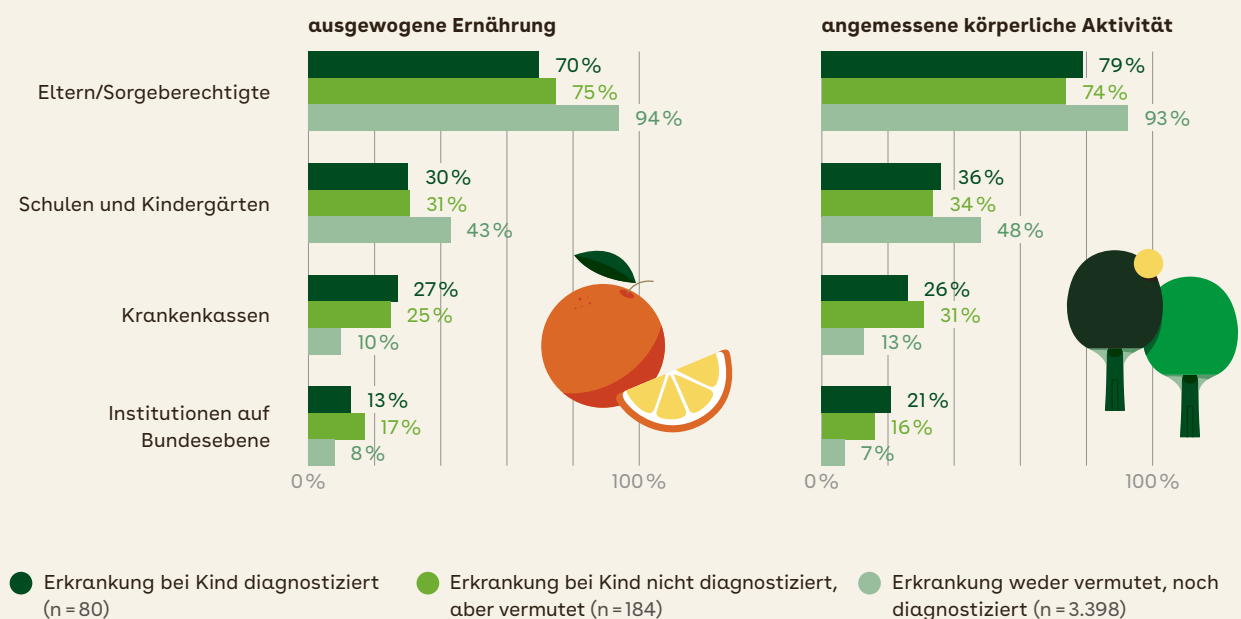
liegen sie für Leistungsdruck mit zehn Prozent und Stress mit neun Prozent signifikant unter den Werten für Diagnose oder Vermutung. Auch hier markieren die Nennungshäufigkeiten bei einer diagnostizierten Adipositas Spitzenwerte, die deutlich oberhalb des Durchschnittswerts aller Erkrankungen liegen und nur durch die Nennungsanteile im Fall einer diagnostizierten psychischen Erkrankung übertroffen werden. Im Fall einer Krankheitsvermutung fallen die Nennungsanteile jedoch durchschnittlich aus.

Vor dem Hintergrund der häufigeren Mobbing-erfahrungen und der zentralen Rolle von Schule und Kindergarten im Alltag der Kinder ließe sich erwarten, dass Eltern betroffener Kinder Bildungs- und Betreuungseinrichtungen eine größere Verantwortung für gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zuschreiben. Die Ergebnisse sprechen jedoch eher dagegen: So sind Eltern von Kindern mit Diagnose (30 %) oder Vermutung (31 %) signifikant seltener der Meinung, dass Kindergarten und Schule für eine gesunde und ausgewogene Ernährung Sorge tragen sollten (Vergleichsgruppe ohne Diagnose/ Vermutung: 43%; **s. Abb. 7.1.10**). Ähnlich sieht dies in Bezug auf das Sorge tragen für eine angemessene körperliche Aktivität der Kinder und Jugendlichen aus (36 % und 34 % jeweils signifikant niedriger vs. 48 %). Eltern betroffener Kinder sehen sich im Vergleich zu anderen Eltern für diese beiden Aufgaben (Ernährung und Bewegung) auch signifikant weniger selbst in der Verantwortung, dafür vergleichsweise häufiger Krankenkassen und öffentliche Institutionen auf Bundesebene (**s. Abb. 7.1.10**).

Für Kinder und Jugendliche mit Adipositas-Diagnose oder -Vermutung zeigen die Ergebnisse im Bildungs- und Betreuungsalltag ein erhöhtes Belastungsprofil. Eltern berichten häufiger von Fehlzeiten und bewerten Aufgabenbewältigung, Spaß sowie Vorfreude auf Schule oder Kindergarten kritischer. Besonders bei diagnostizierter Adipositas fallen einzelne Werte im Erkrankungsvergleich sehr niedrig aus. Zugleich werden Belastungen durch Offline-Mobbing und Cybermobbing häufiger berichtet. Bei diagnostizierter Adipositas erreichen insbesondere wahrgenommenes Cybermobbing sowie Leistungsdruck und Stress hohe Werte im Vergleich der betrachteten Erkrankungen. Auffällig ist außerdem, dass Eltern betroffener Kinder Verantwortung für Ernährung und Bewegung seltener im unmittelbaren Umfeld von Familie, Schule und Kindergarten verorten und häufiger bei Krankenkassen oder öffentlichen Institutionen sehen.

Abb. 7.1.10: Verantwortung für Ernährung und Sport bei Adipositas nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne Adipositas

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder.



Frage: Wer sollte im Alltag für das folgende Thema der Kindergesundheit Sorge tragen? (Mehrfachantwort möglich)

Adipositas und Lebensstil

Mediennutzung und Begleiterscheinungen

Da die Mediennutzung den Alltag von Kindern und Jugendlichen insbesondere ab einem Alter von 7 Jahren prägt, werden im Folgenden mögliche Zusammenhänge zwischen Mediennutzung und Adipositas ab dieser Altersgruppe betrachtet.

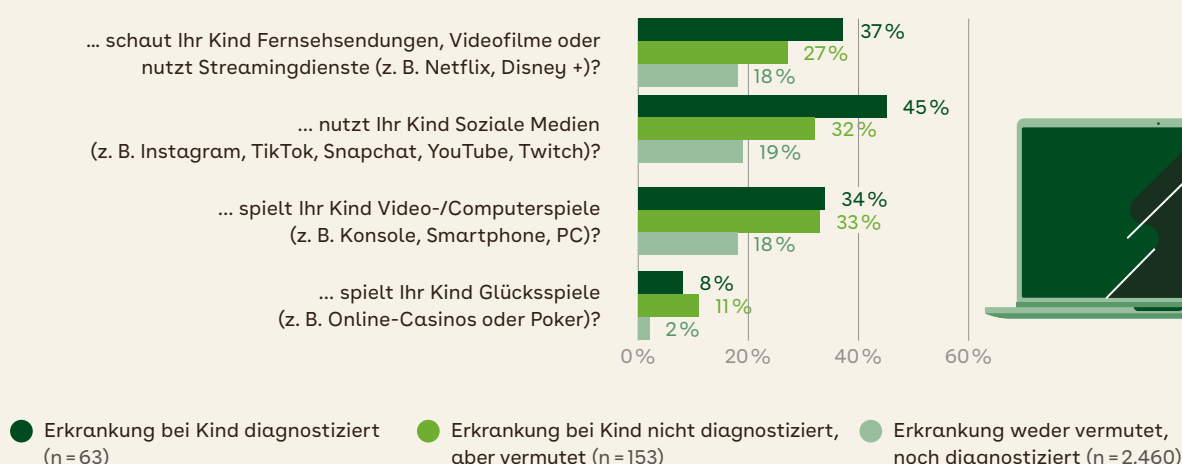
Nach Angaben der Eltern nutzen 7- bis 17-jährige Kinder mit Diagnose oder Vermutung einer Adipositas alle abgefragten Medien signifikant häufiger als Kinder ohne Diagnose oder Vermutung. Dies trifft insbesondere auf Soziale Medien (mindestens drei Stunden täglich: 45 % mit Diagnose; 32 % mit Vermutung) und Video- und Computerspiele (34 % mit Diagnose; 33 % mit Vermutung) zu (Vergleichsgruppe 19 % bzw. 18 % ohne Diagnose oder Vermutung; **s. Abb. 7.1.11**). Auch für Glücksspiele fällt dieser Gruppenunterschied signifikant aus (8 % und 11 % vs. 2 %). Für die Medien Fernsehen (37 %) und Soziale Medien (45 %) ist der Anteil an Kindern mit hoher Nutzungsdauer unter den Kindern, bei denen Adipositas nach Angabe ihrer Eltern bereits diagnostiziert ist, dabei noch einmal etwas höher. Die Ergebnisse weisen damit auf einen deutlich erhöhten Medienkonsum bei Kindern und Jugendlichen mit diagnostizierter oder vermuteter Adipositas hin. Am Beispiel Sozialer Medien zeigt sich, dass der Anteil mit mindestens dreistündiger täglicher Nutzung bei Kindern mit diagnostizierter Adipositas mit

45 Prozent deutlich über dem Durchschnitt aller Kinder und Jugendlichen mit mindestens einer diagnostizierten chronischen Erkrankung liegt (27 %, s. Kapitel 5.1). Auch bei vermuteter Adipositas fällt der Anteil mit 32 Prozent überdurchschnittlich aus und liegt oberhalb des Vergleichswerts für Kinder und Jugendliche mit mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung (28 %).

Auch zeigen sich nach Angabe der Eltern die Folgen der Nutzung Sozialer Medien bei den Kindern in vollem Umfang stärker und die Kompetenzen der Eltern in Bezug auf den Umgang mit Sozialen Medien sind in Teilen geringer ausgeprägt, wenn die Diagnose oder Vermutung einer Adipositas vorliegt, als wenn dies nicht der Fall ist. So nutzen Kinder mit Diagnose oder elterlicher Vermutung signifikant häufiger öfter und länger Soziale Medien, als dies vereinbart war (Anteil *stimme voll* bzw. *eher zu*: 45 % und 49 % vs. 31 %) als Kinder ohne Diagnose oder Vermutung (**s. Abb. 7.1.12**). Auch haben diese Kinder nach Angabe ihrer Eltern aufgrund der Mediennutzung Aussehen, Körperpflege und Gesundheit signifikant häufiger vernachlässigt (32 % und 30 % vs. 9 %) und auch Selbstwahrnehmung und Selbstwertgefühl haben sich signifikant häufiger negativ verändert (37 % und 29 % vs. 13 %). Ein ähnliches Bild zeigt sich für Video- und Computerspiele: Hier geben die Eltern (vermutlich) betroffener Kinder zudem signifikant häufiger an, dass sich ihr Kind durch das Spielen von Video-/Computerspielen weniger als andere Kinder in seinem Alter bewegt (39 % und 45 % vs. 14 %).

Abb. 7.1.11: Medienkonsum bei Adipositas nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne Adipositas

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *ca. 3-4 Stunden + mehr als 4 Stunden*. **Basis:** 7- bis 17-jährige Kinder.



Frage: An einem durchschnittlichen Tag in den letzten 6 Monaten: Wie lange ...

Abb. 7.1.12: Auswirkungen der Mediennutzung bei Adipositas nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne Adipositas

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *stimme voll zu* + *stimme eher zu*.

Basis: 7- bis 17-jährige Kinder, die Soziale Medien konsumieren.

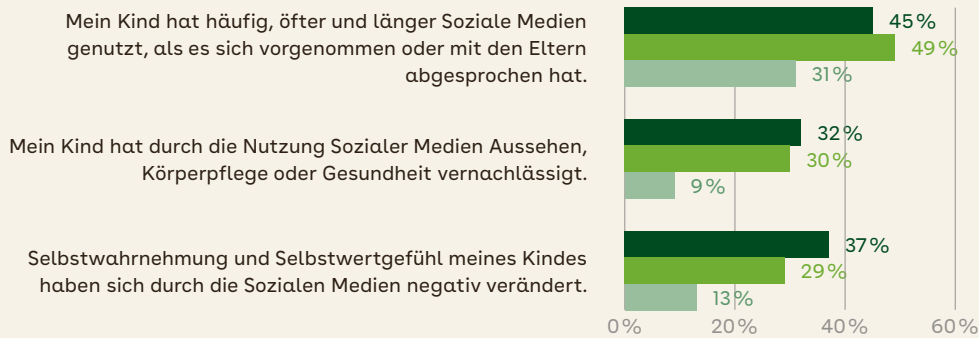
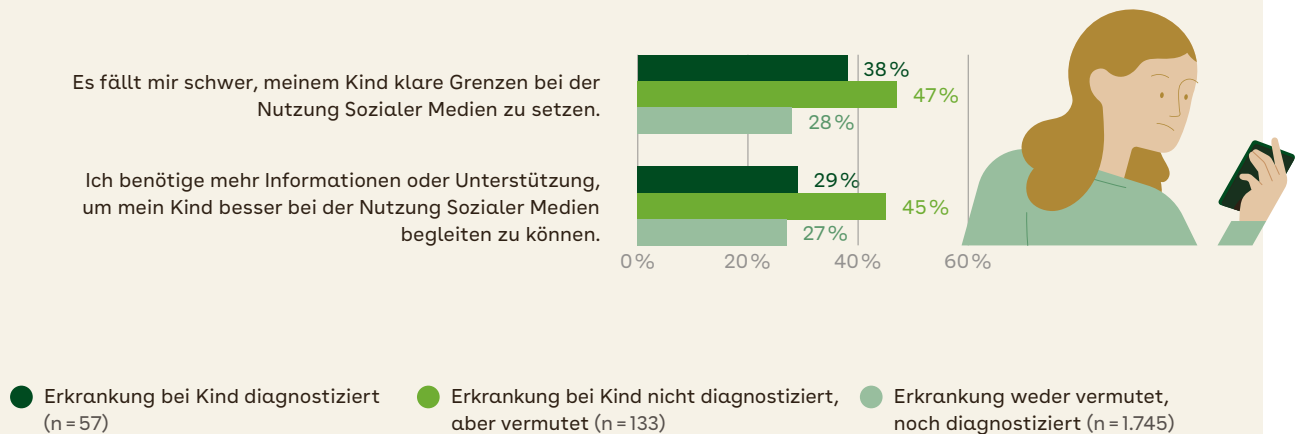


Abb. 7.1.13: Medienkompetenz der Eltern bezogen auf das Kind bei Adipositas nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne Adipositas

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *stimme voll zu* + *stimme eher zu*.

Basis: 7- bis 17-jährige Kinder, die Soziale Medien konsumieren.



Frage: Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

Eltern von Kindern mit Diagnose oder Vermutung berichten zudem häufiger, dass es ihnen schwerfällt, ihren Kindern bei der Nutzung Sozialer Medien klare Grenzen zu setzen (38% und 47% vs. 28%; Signifikanz zwischen Vermutung und ohne Diagnose/Vermutung; s. Abb. 7.1.13). Auch, dass sie mehr Informationen oder Unterstützung benötigen, um ihr Kind besser bei der Nutzung begleiten zu können, fällt besonders bei Adipositas-Vermutungen signifikant höher aus (45%) als bei Kindern ohne Diagnose/Vermutung (27%). Um diesen Nennungsanteil einzuordnen: Über alle im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 befragten Eltern mit Kindern im Alter von 7 bis 17 Jahren geben 30 Prozent an, dass sie mehr Informationen oder Unterstützung

benötigen, um ihr Kind besser bei der Nutzung Sozialer Medien begleiten zu können (s. Kapitel 5.1). Der hier im Fall der Krankheitsvermutungen berichtete Anteil liegt somit deutlich darüber. In ähnlichem Umfang trifft dies auch auf die weiteren hier abgefragten Kompetenzen und Unterstützungsbedarfe zu. Dies verdeutlicht, dass bei Kindern und Jugendlichen mit vermuteter Adipositas nicht nur ein erhöhter Medienkonsum berichtet wird, sondern Eltern zugleich häufiger Unsicherheiten und Unterstützungsbedarfe im Umgang mit der Mediennutzung ihres Kindes wahrnehmen.

Bewegung und körperliche Aktivität

Für Kinder im Alter von 3 bis 4 Jahren empfiehlt die WHO, sich täglich insgesamt mindestens 180 Minuten körperlich zu bewegen (WHO, 2019). Für Kinder ab 5 Jahren empfiehlt die WHO über die ganze Woche hinweg durchschnittlich mindestens 60 Minuten pro Tag mäßige bis starke körperliche Betätigung (WHO, 2020). Die Ergebnisse des AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 zeigen, dass nur 13 Prozent der 3- bis 17-Jährigen täglich aktiv sind (s. Kapitel 5.2).

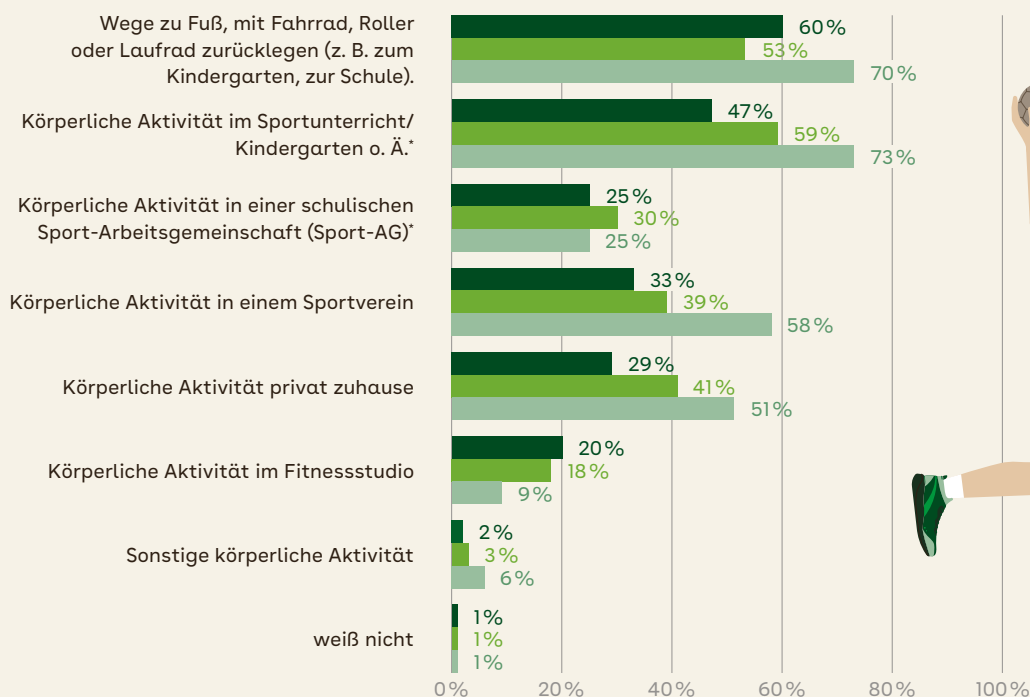
Der Anteil der Kinder mit diagnostizierter oder vermuteter Adipositas, die nach Angaben ihrer Eltern täglich mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind, liegt deutlich unter dem Durchschnitt aller in der Studie abgebildeten Kinder im Alter von 3 bis 17 Jahren. So sind nur acht Prozent der Kinder mit Adipositas-Diagnose und fünf Prozent der Kinder mit Adipositas-

Vermutung täglich mindestens eine Stunde körperlich aktiv, gegenüber 13 Prozent aller Kinder dieser Altersgruppe (s. Kapitel 5.2).

Gleichzeitig ist der Anteil der Kinder, die sich an maximal einem Tag pro Woche mindestens 60 Minuten körperlich betätigen, bei Adipositas erhöht: Dies betrifft 19 Prozent der Kinder mit Diagnose und 17 Prozent der Kinder mit Vermutung, gegenüber zehn Prozent aller Kinder im Alter von 3 bis 17 Jahren. Auch im Vergleich zu Kindern mit mindestens einer im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 betrachteten chronischen Erkrankung liegt der Anteil bei Adipositas höher: Unter Kindern mit mindestens einer Diagnose beträgt der Vergleichswert zwölf Prozent, unter Kindern mit mindestens einer Vermutung 13 Prozent. Damit zeigt sich bei Adipositas sowohl ein geringerer Anteil täglich aktiver Kinder als auch ein erhöhter Anteil von Kindern mit sehr geringer körperlicher Aktivität.

Abb. 7.1.14: Gewöhnlich ausgeübte körperlich-sportliche Aktivität bei Adipositas nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne Adipositas

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder; *diese Antwortoption wurde nur Eltern angezeigt, deren Kind Kindergarten, Vorschule, Schule oder Berufsschule besucht.



● Erkrankung bei Kind diagnostiziert (n = 80; *n = 78)

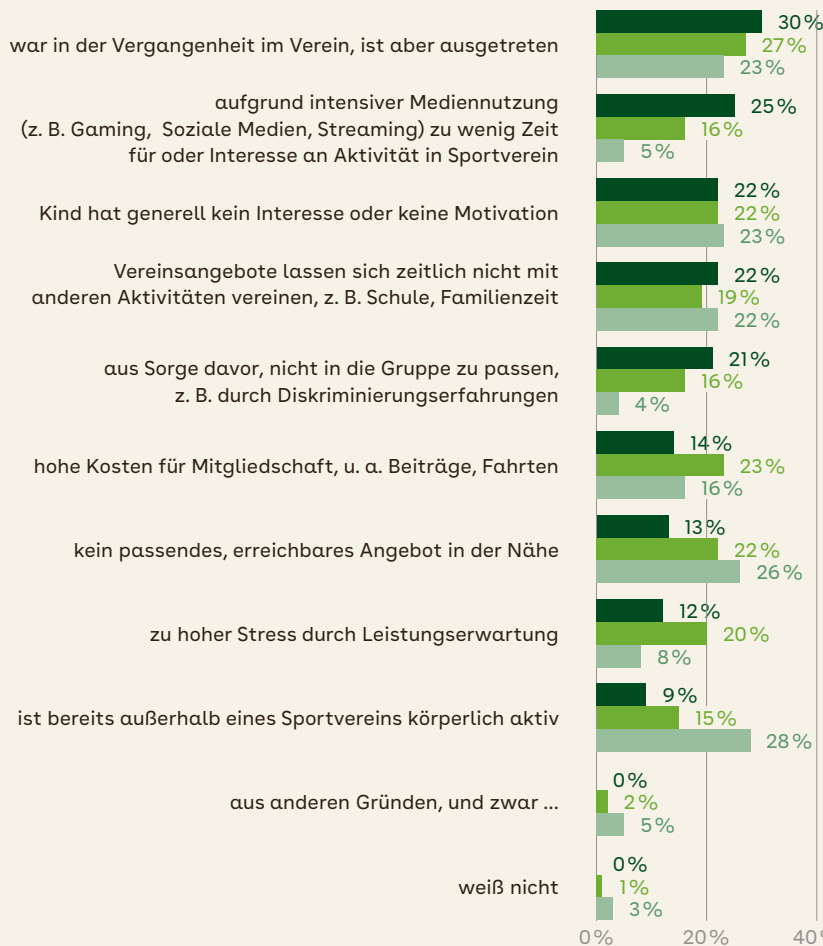
● Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet (n = 184; *n = 181)

● Erkrankung weder vermutet, noch diagnostiziert (n = 3.398; *n = 3.339)

Frage: Welche der folgenden körperlich-sportlichen Aktivitäten übt Ihr Kind gewöhnlich aus? (Mehrfachantwort möglich)

Abb. 7.1.15: Gründe, nicht in einem Sportverein aktiv zu sein, bei Adipositas nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne Adipositas

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder, die nicht in einem Sportverein sind.



● Erkrankung bei Kind diagnostiziert (n=53)

● Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet (n=110)

● Erkrankung weder vermutet, noch diagnostiziert (n=1.426)

Frage: Warum ist Ihr Kind nicht in einem Sportverein körperlich aktiv? (Mehrfachantwort möglich)

Hinsichtlich der ausgeübten körperlich-sportlichen Aktivitäten zeigen sich ebenfalls deutliche Unterschiede: So sind nur 33 Prozent der Kinder mit Diagnose und 39 Prozent mit Vermutung laut Angabe der Eltern in einem Sportverein aktiv (signifikant zur Vergleichsgruppe: 58%). Zum Vergleich: Von den Kindern, für die die Eltern im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 mindestens eine diagnostizierte chronische Erkrankung berichten, sind 53 Prozent in einem Sportverein aktiv, unter denen mit mindestens einer Krankheitsvermutung sind es 51 Prozent.

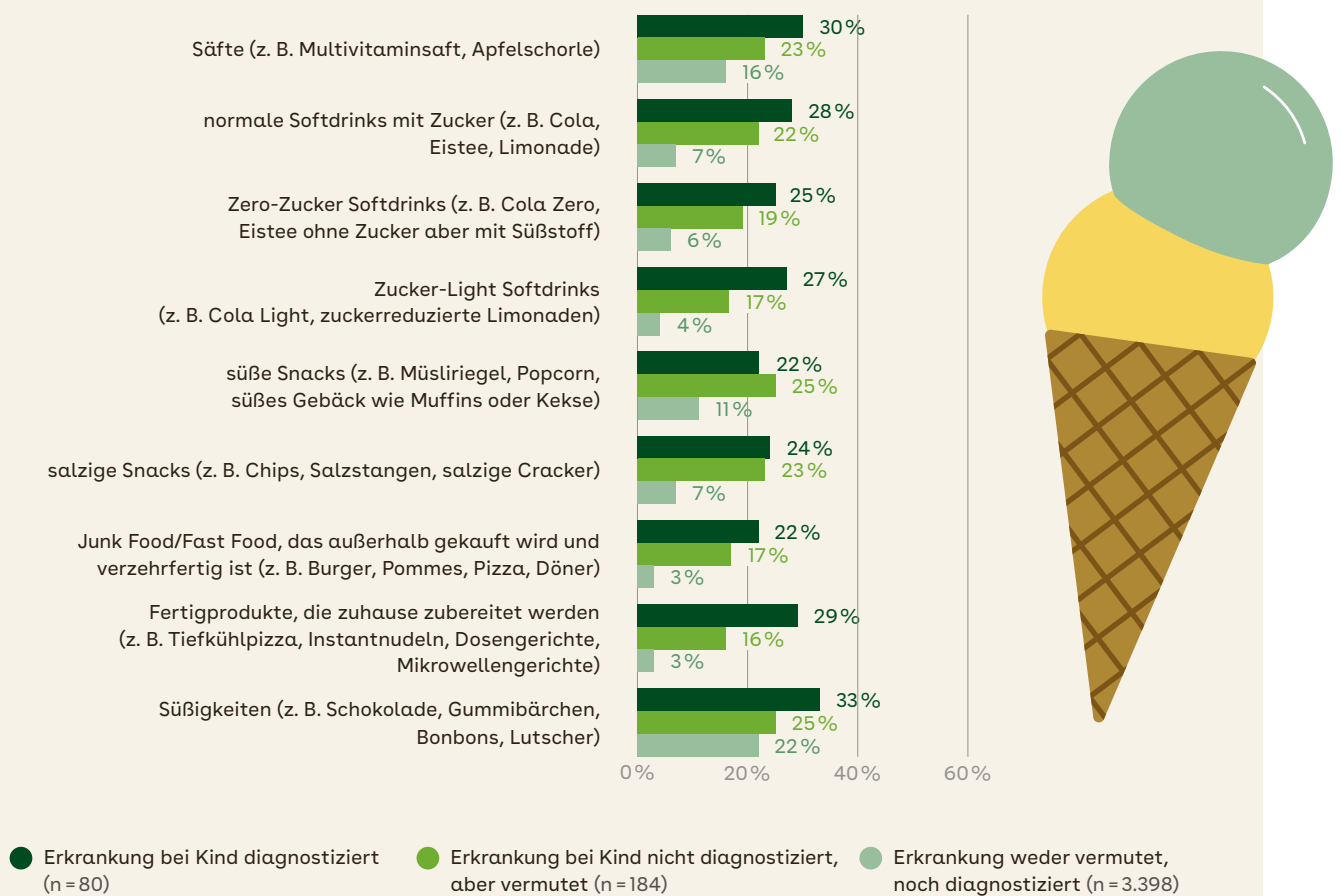
Nur 60 Prozent (nicht signifikant) bzw. 53 Prozent (signifikant) legen Wege zu Fuß, mit Fahrrad, Roller oder Laufrad zurück (Vergleichsgruppe: 70%), auch körperliche Aktivitäten zuhause (29% und 41% jeweils signifikant vs. 51%), in der Schule oder im Kindergarten sind nach Angabe der Eltern seltener (47% und 59% jeweils signifikant vs. 73%; s. Abb. 7.1.14). Interessant erscheint der gegensätzliche Befund eines zur Vergleichsgruppe signifikant höheren Anteils unter den Kindern mit Diagnose oder Vermutung, die ins Fitnessstudio gehen (20% und 18% vs. 9%).

Als Begründung für die ausbleibende Vereinsaktivität ihres (möglicherweise) von einer Diagnose betroffenen Kindes werden häufiger zu hoher Stress durch Leistungserwartung (12 % Diagnose; 20 % Vermutung; Vergleichsgruppe 8 % - signifikanter Unterschied zu Vermutung), eine intensive Mediennutzung und damit zu wenig Zeit/Interesse (25 % und 16 % jeweils signifikant vs. 5 %), aber insbesondere auch Sorgen vor Diskriminierung (21 % und 16 % jeweils signifikant vs. 4 %) angegeben als bei Kindern ohne Diagnose/Vermutung (**s. Abb. 7.1.15**). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass der Verzicht auf Vereinsaktivitäten bei Kindern mit Adipositas oder Adipositas-

Vermutung nicht allein auf mangelndes Interesse zurückzuführen ist. Vielmehr scheinen auch soziale Faktoren wie die Sorge vor Diskriminierung sowie wahrgenommene Leistungsanforderungen eine Rolle zu spielen. Der am häufigsten genannte Grund für die ausbleibende Vereinsaktivität ist bei Kindern mit Adipositas-Diagnose oder -Vermutung ein bereits erfolgter Austritt aus einem Sportverein (30 % vs. 27 %). Die Ursachen hierfür wurden zwar nicht erhoben, der Befund deutet jedoch auf Potenziale hin, Kinder langfristig an Vereinsangebote zu binden und Abbrüche besser zu verstehen bzw. zu vermeiden.

Abb. 7.1.16: Ernährung bei Adipositas nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne Adipositas

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *mehrmals täglich + täglich*. **Basis:** 3- bis 17-jährige Kinder.



Frage: Wie häufig konsumiert Ihr Kind ...?

Ernährungsverhalten

Ernährungsverhalten ist bei Adipositas ein zentraler Einflussbereich, da es sowohl mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von Übergewicht als auch mit möglichen Veränderungsansätzen im Alltag verbunden ist. Vor diesem Hintergrund wird betrachtet, wie sich Konsumgewohnheiten, bewusste Ernährungsanpassungen und die Nutzung von Nahrungsergänzungsmitteln bei Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter Adipositas darstellen.

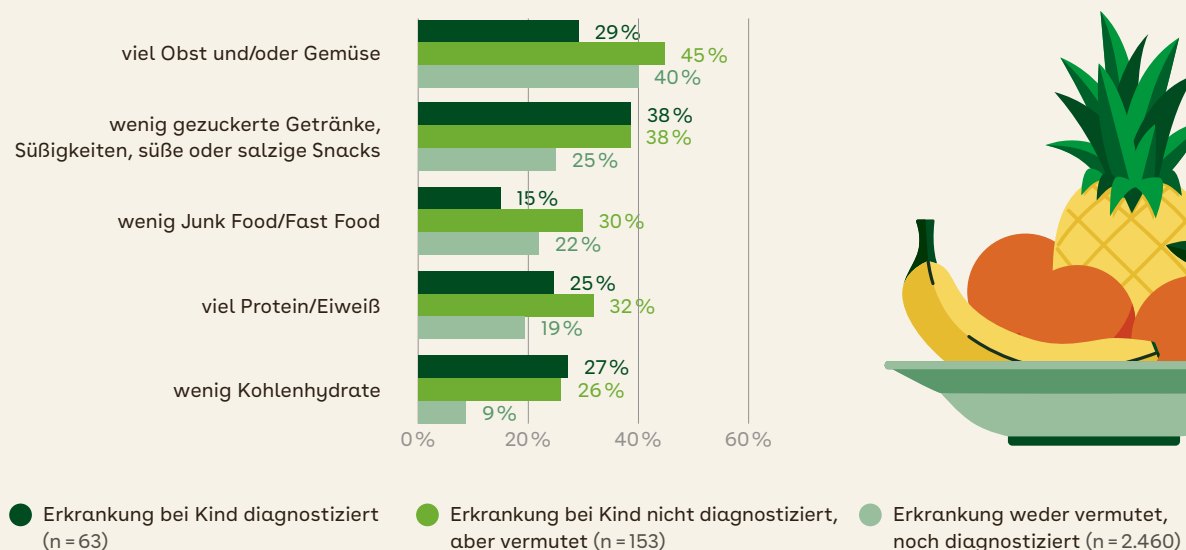
Liegt bei ihrem Kind eine diagnostizierte Adipositas oder eine diesbezügliche Vermutung vor, zeigen sich ein zur Vergleichsgruppe ohne Diagnose oder Vermutung signifikant erhöhter Konsum (zucker)gesüßter Getränke sowie ein übergreifend ungesünderes Ernährungsverhalten. So geben Eltern von Kindern mit Diagnose oder Vermutung deutlich häufiger an, dass ihr Kind (mehrmals) täglich Säfte (30 % und 23 % jeweils signifikant vs. 16 %), normale Softdrinks mit Zucker (28 % und 22 % jeweils signifikant vs. 7 %),

Zero-Zucker Softdrinks (25 % und 19 % jeweils signifikant vs. 6 %), Zucker-Light Softdrinks (27 % und 17 % jeweils signifikant vs. 4 %), aber auch süße Snacks (22 % und 25 % jeweils signifikant vs. 11 %), salzige Snacks (24 % und 23 % jeweils signifikant vs. 7 %), Junk Food/Fast Food (22 % und 17 % jeweils signifikant vs. 3 %) und/oder Fertigprodukte (29 % und 16 % jeweils signifikant vs. 3 %) zu sich nimmt (**s. Abb. 7.1.16**). Der Umfang der Ergebnisunterschiede verweist auf ein großes Problempotenzial, das in der Gruppe der Kinder, für die bereits eine Diagnose vorliegt, in Teilen noch höher liegt.

Im Vergleich zum Ernährungsverhalten der im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 abgebildeten Kinder im Alter von 3 bis 17 Jahren, für die nach Angabe der Eltern mindestens eine chronische Erkrankung diagnostiziert ist oder vermutet wird, fallen die Werte bei Kindern mit diagnostizierter Adipositas deutlich höher aus.

Abb. 7.1.17: Ernährungsumstellung bei Adipositas nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne Adipositas

Basis: 7- bis 17-jährige Kinder.



Frage: Hat Ihr Kind in den letzten 6 Monaten in den folgenden Bereichen besonders auf sein Ernährungsverhalten geachtet? (Mehrfachantwort möglich)

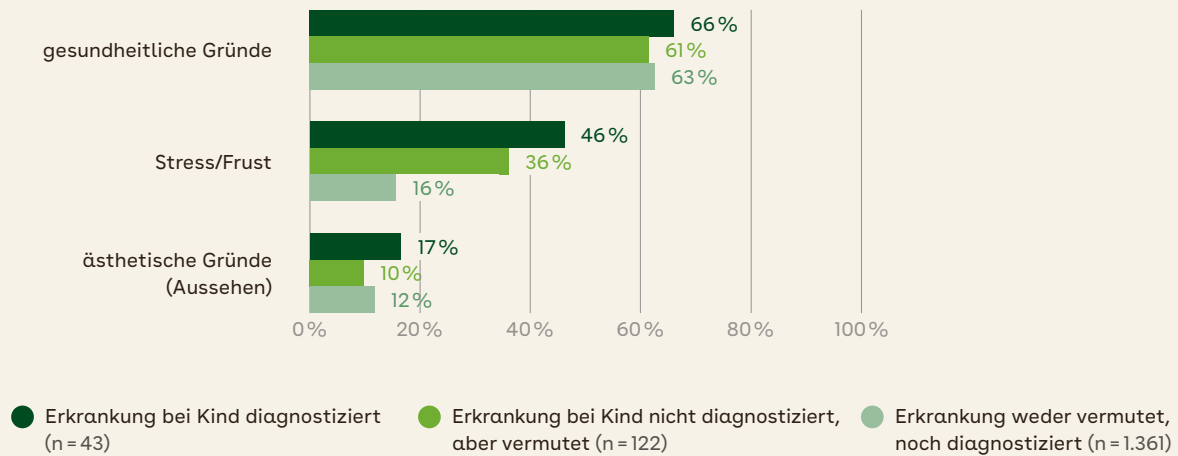
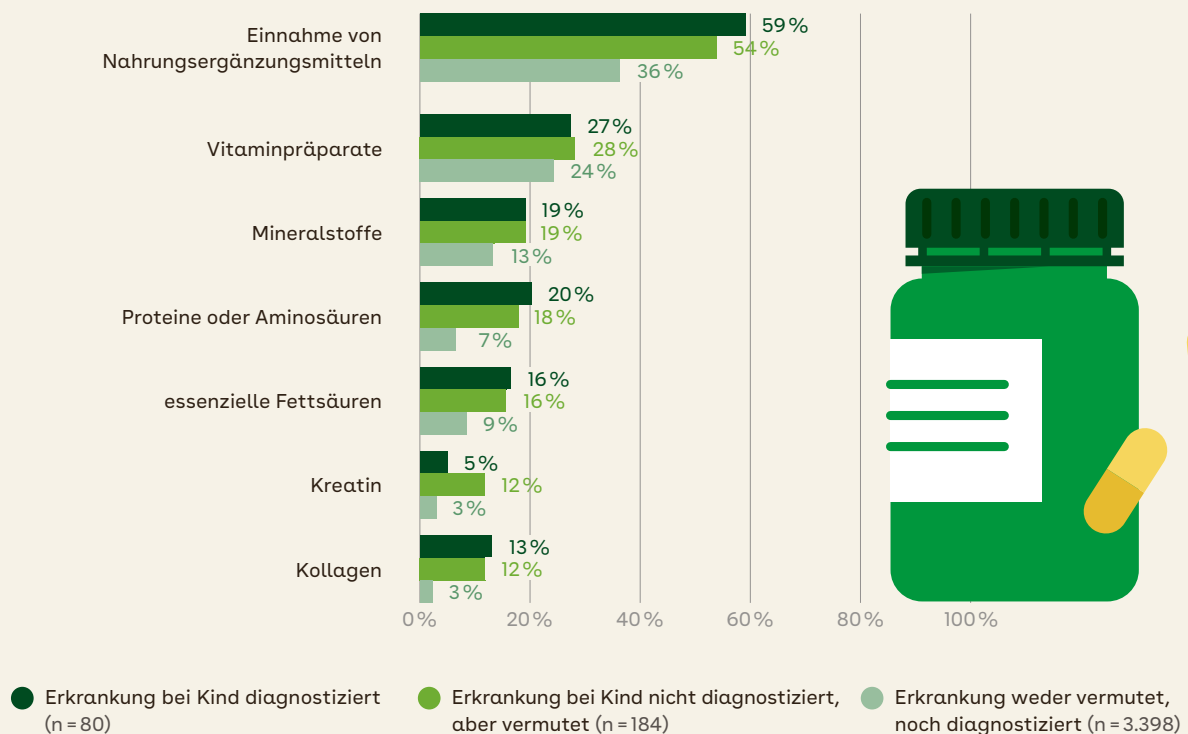
Abb. 7.1.18:
Gründe für die Ernährungsumstellung bei Adipositas nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne Adipositas
Basis: 7- bis 17-jährige Kinder, die eine besondere Ernährung verfolgen.

Frage: Was sind die wichtigsten Gründe für dieses Ernährungsverhalten? (Mehrfachantwort möglich)

Abb. 7.1.19: Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln bei Adipositas nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne Adipositas
Basis: 3- bis 17-jährige Kinder.

Frage: Nimmt Ihr Kind Nahrungsergänzungsmittel zu sich? Wenn ja, welche? (Mehrfachantwort möglich)

Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse, dass entsprechende Bemühungen durchaus vorhanden sind. So berichten Eltern von Kindern mit Adipositas-Diagnose oder -Vermutung deutlich häufiger, dass ihr Kind in den vergangenen sechs Monaten bewusst auf sein Ernährungsverhalten geachtet hat. Auffällig ist dabei, dass diese Verhaltensänderungsversuche trotz der berichteten Anstrengungen mit weiterhin deutlich höheren Konsumhäufigkeiten gesundheitlich ungünstiger Lebensmittel und Getränke einhergehen als in der Vergleichsgruppe. Dies deutet darauf hin, dass Problembewusstsein und Veränderungsabsichten zwar vorhanden sind, bestehende Ernährungsgewohnheiten jedoch häufig nur schwer nachhaltig verändert werden können.

Konkret geben die Eltern in mehr als jedem dritten Fall an, dass ihr Kind in den letzten sechs Monaten darauf geachtet hat, wenig gezuckerte Getränke, Süßigkeiten, süße oder salzige Snacks zu sich zu nehmen (je 38 % und signifikant vs. 25 %; **s. Abb. 7.1.17**). Ähnlich zeigt sich dies für die Einschränkung des Konsums von Kohlenhydraten (27 % und 26 % jeweils signifikant vs. 9 %) und bei der Ausweitung des Konsums von Protein (25 % und 32 % vs. 19 % - signifikanter Unterschied zu Vermutung). Die Veränderung des Ernährungsverhaltens erfolgt dabei sowohl in der Gruppe mit Diagnose/Vermutung als auch in der Gruppe ohne diese vor allem aus gesundheitlichen Gründen (66 % und 61 % vs. 63 %), in der Gruppe mit Diagnose oder Vermutung jedoch signifikant häufiger aus dem Motiv Stress bzw. Frust (46 % und 36 % vs. 16 %; **s. Abb. 7.1.18**). Der deutlich erhöhte Stellenwert von Stress und Frust als Motiv für Ernährungsveränderungen verweist darauf, dass bei betroffenen

Kindern und ihren Familien neben gesundheitlichen auch psychosoziale Belastungen eine relevante Rolle spielen können. Dieser Befund unterstreicht die Bedeutung eines ganzheitlichen Blicks auf Adipositas, der neben Ernährungs- und Bewegungsverhalten auch psychosoziale Faktoren und damit auch die Lebensumfelder der Kinder berücksichtigt.

Im Übrigen fällt der Anteil der Eltern, die für ihr Kind insgesamt ein verändertes Ernährungsverhalten berichten, im Fall einer diagnostizierten oder vermuteten Adipositas (68 % bzw. 80 %) im Vergleich zum Durchschnitt aller Kinder im Alter von 3 bis 17 Jahren, für die nach Angabe der Eltern mindestens eine chronische Erkrankung diagnostiziert ist (58 %) oder vermutet wird (63 %), deutlich höher aus.

Der Konsum von Nahrungsergänzungsmitteln fällt nach Angabe der Eltern in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit Diagnose oder Vermutung einer Adipositas signifikant höher aus als in der Vergleichsgruppe (59 % und 54 % vs. 36 %; **s. Abb. 7.1.19**). Auch im Vergleich zum Durchschnitt aller Kinder im Alter von 3 bis 17 Jahren, für die nach Angabe der Eltern mindestens eine chronische Erkrankung diagnostiziert ist (44 %) oder vermutet wird (49 %), liegt der Konsumanteil bei Adipositas höher. Dabei bezieht sich die Mehrnutzung auf nahezu alle abgefragten Nahrungsergänzungsmittel, vor allem jedoch auf Proteine (20 % und 18 % jeweils signifikant vs. 7 %), essenzielle Fettsäuren (je 16 % und jeweils signifikant vs. 9 %), Kollagen (13 % und 12 % jeweils signifikant vs. 3 %) und Kreatin (5 % und 12 % vs. 3 % - signifikanter Unterschied zu Vermutung).

Deutlich wird: Kinder und Jugendliche mit einer Adipositas-Diagnose oder einer entsprechenden elterlichen Vermutung zeigen nach Angaben ihrer Eltern in mehreren gesundheitsrelevanten Bereichen ein erhöhtes Belastungsprofil. Auffällig sind insbesondere eine intensivere Mediennutzung, geringere körperliche Aktivität sowie ein insgesamt ungünstigeres Ernährungsverhalten mit häufigerem Konsum zuckerhaltiger Getränke, ungesunder Snacks und von

Fertigprodukten, bei gleichzeitig stärkerer Verbreitung von Nahrungsergänzungsmitteln. Außerdem berichten Eltern häufiger von Schwierigkeiten, die Mediennutzung ihrer Kinder zu begleiten und zu begrenzen sowie von weiteren Hindernissen für einen aktiven Lebensstil. So werden etwa Stress, Diskriminierungserfahrungen und weitere psychosoziale Belastungen häufiger berichtet.

Umgang mit Adipositas-Vermutungen

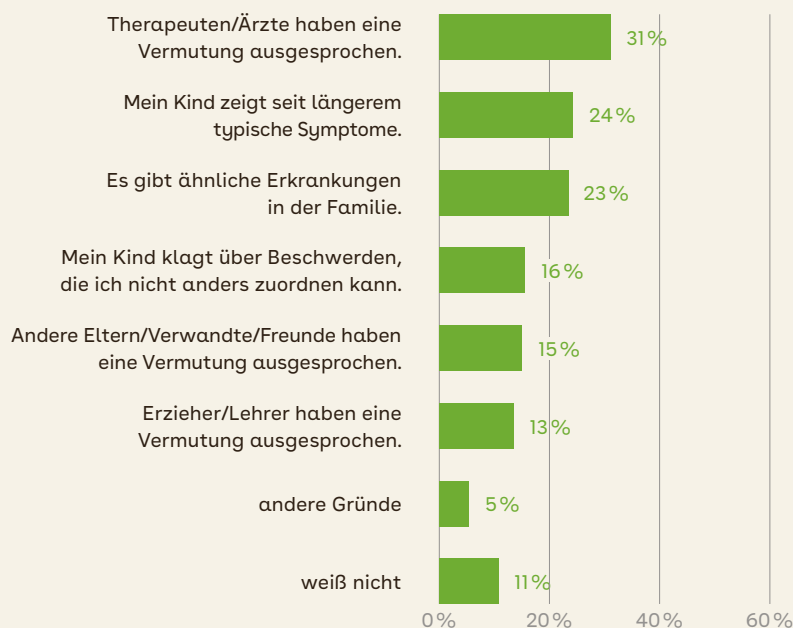
Eltern, die Adipositas bei ihrem Kind vermuten, führen diese Vermutung vor allem auf Hinweise von Therapeutinnen/Therapeuten und Ärztinnen/Ärzten zurück (31%), haben seit längerem bereits Anzeichen bzw. Symptome bei ihrem Kind bemerkt (24%) und/oder verweisen auf ähnliche Erkrankungen in der Familie (23%; **s. Abb. 7.1.20**). Insbesondere Hinweise von Therapeutinnen/Therapeuten und Ärztinnen/Ärzten werden durch die Eltern häufiger berichtet als im Durchschnitt aller chronischen Erkrankungen

(24%, **s. Abb. 6.2.12** in Kapitel 6.2), was insofern bemerkenswert ist, als Adipositas über Körpergröße und Gewicht grundsätzlich vergleichsweise klar bestimmbar ist.

In fast jedem zweiten Fall fand bereits ein Arztbesuch zur Abklärung statt (45%; **s. Abb. 7.1.21**). Dieser Nennungsanteil liegt oberhalb des Durchschnittswerts aller in der Studie abgefragten chronischen Erkrankungen (37%; **s. Abb. 6.2.13**).

Abb. 7.1.20: Grund für Adipositas-Vermutung

Basis: n = 181 (3- bis 17-jährige Kinder, bei denen Adipositas vermutet wird).



Frage: Weshalb vermuten Sie, dass Ihr Kind Adipositas haben könnte? (Mehrfachantwort möglich)

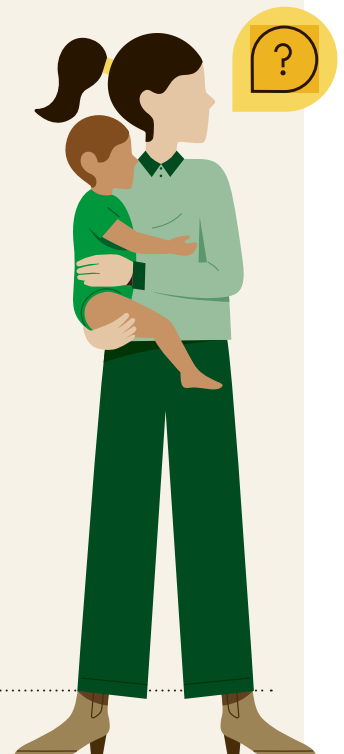
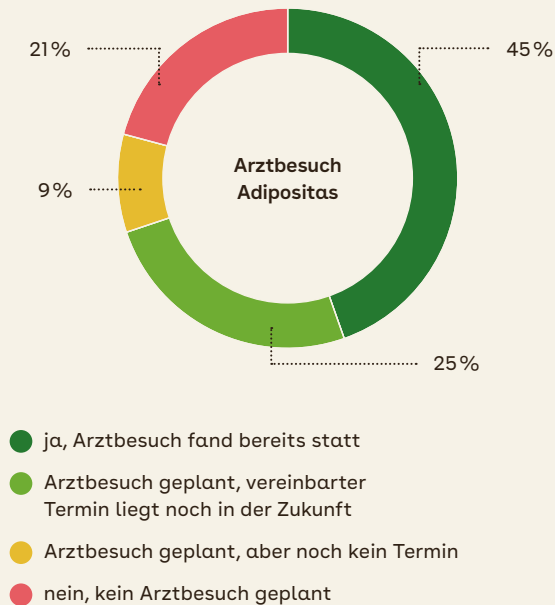


Abb. 7.1.21: Arztbesuch für Adipositas-Vermutung

Basis: n = 181 (3- bis 17-jährige Kinder, bei denen Adipositas vermutet wird).



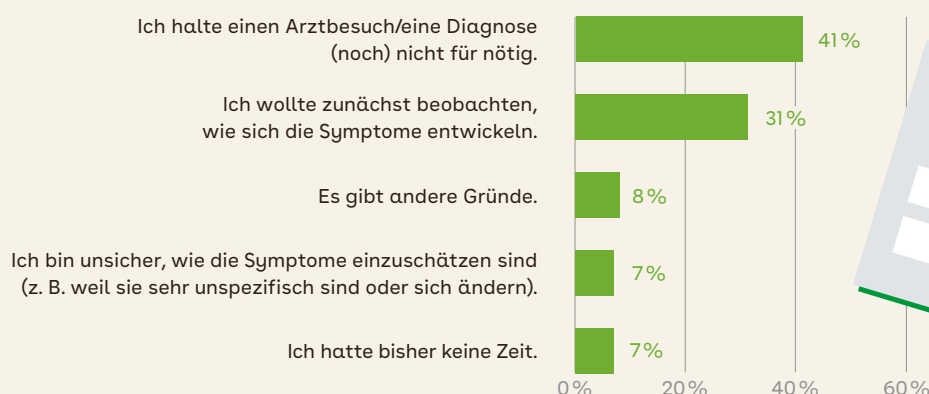
Frage: Haben Sie zur Abklärung der Symptome bereits einen Kinder- oder Facharzt konsultiert, um eine Diagnose zu erhalten?

Bei einem weiteren Viertel der Fälle ist dieser zumindest schon terminiert (25%). Bei jedem fünften Fall hingegen (21%) ist bisher kein Arztbesuch geplant. Wurde bisher kein Arzttermin vereinbart oder ist ein Arztbesuch gar nicht geplant, ist dafür zumeist verantwortlich, dass die Eltern einen Arztbesuch bzw. eine Diagnose (noch) nicht für nötig halten (41%) oder zunächst beobachten wollen, wie sich die Symptome entwickeln (31%; s. Abb. 7.1.22). Insbesondere die Tatsache, dass die Eltern einen Arztbesuch bzw. eine Diagnose (noch) nicht für nötig halten, wird im Fall einer vermuteten Adipositas deutlich häufiger genannt als im Durchschnitt aller in der Studie abgefragten chronischen Erkrankungen (26%, s. Abb. 6.2.14 in Kapitel 6.2). Die Ergebnisse sprechen dafür, dass die Phase zwischen ersten Auffälligkeiten und einer ärztlichen Abklärung eine zentrale Orientierungsphase für Eltern darstellt.

Die Ergebnisse zeigen zudem, dass sich die Vermutung im Rahmen bereits erfolgter Arztbesuche nicht immer diagnostisch bestätigt (32%), dieser Wert liegt leicht oberhalb des in Kapitel 6.2 berichteten Durchschnitts aller vermuteten chronischen Erkrankungen (29%; s. Abb. 6.2.15). In Teilen (17%) war keine Diagnose möglich (z. B. aufgrund des zu geringen Alters des Kindes oder fehlender Symptome), in 44 Prozent der Fälle dauern die Untersuchungen noch an (s. Abb. 7.1.23).

Abb. 7.1.22: Häufigste Gründe gegen einen Arzttermin bei Adipositas-Vermutung

Basis: n = 55 (3- bis 17-jährige Kinder, bei denen Adipositas vermutet wird, aber (noch) kein Arzttermin vereinbart oder geplant wurde).



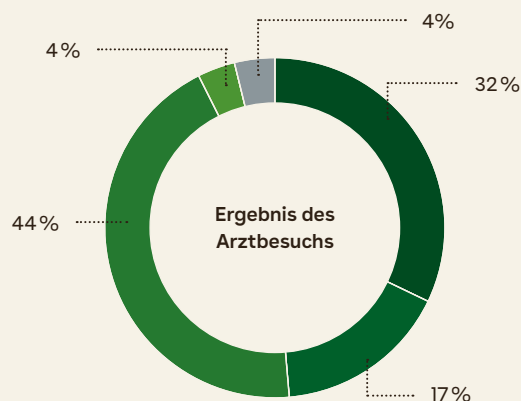
Frage: Aus welchen Gründen haben Sie bisher noch keinen Kinder- oder Facharzt zur Abklärung der Symptome konsultiert? (Mehrfachantwort möglich)

Eltern mit einer Krankheitsvermutung haben zur Information über die mögliche Erkrankung ihres Kindes neben Kinder- und Fachärztinnen bzw. -ärzten insbesondere Krankenkassen (27%), Online-Suchportale (24%), KI und/oder Soziale Medien (beide 17%) genutzt (s. Abb. 7.1.24). Krankenkassen erscheinen demnach im Fall einer Adipositas-Vermutung als Informationsquelle relevanter als im Durchschnitt aller im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 abgefragten chronischen Erkrankungen (19%, s. Abb. 6.2.16 in Kapitel 6.2).

Aus dem berichteten Umgang mit Krankheitsvermutungen wird erkennbar, dass ein Großteil der Eltern bereits eine ärztliche Abklärung eingeleitet hat, ein relevanter Anteil jedoch zunächst noch keinen unmittelbaren Handlungsbedarf sieht und die Entwicklung weiter beobachten möchte. Die Informationsschwerpunkte Krankenkassen und digitale Informationsquellen unterstreichen deren Bedeutung bei der Einordnung von Krankheitsvermutungen.

Abb. 7.1.23: Ergebnis des Arztbesuchs bei Adipositas-Vermutung

Basis: n = 81 (3- bis 17-jährige Kinder, bei denen Adipositas vermutet wird und ein Arztbesuch 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?

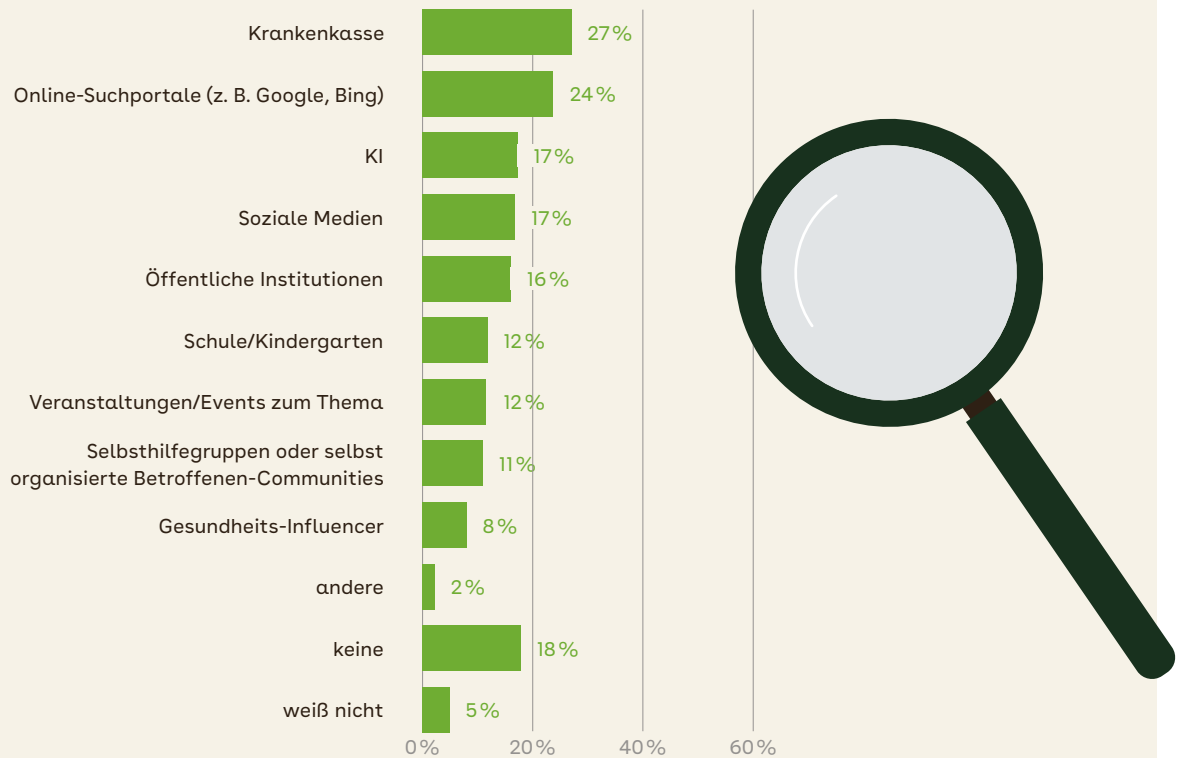
„Problematisch ist die Annahme, Übergewicht ‚wachse sich schon aus‘ oder sei vor allem eine Frage von Disziplin und Willenskraft.“

Prof. Dr. med. Dr. Christine Joisten



Abb. 7.1.24: Verwendete Informationsquellen bei Adipositas-Vermutung

Basis: n = 181 (3- bis 17-jährige Kinder, bei denen Adipositas 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? (Mehrfachantwort möglich)

Gesundheit der Kinder mit Adipositas

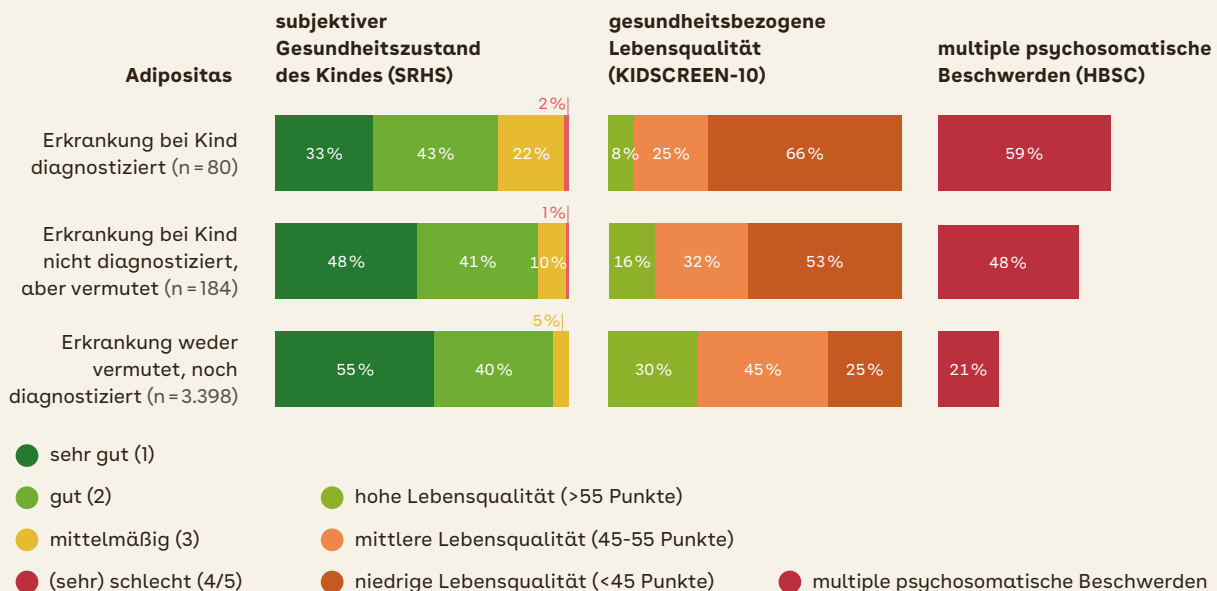
Um die gesundheitliche Situation von Kindern mit chronischen Erkrankungen differenziert einzuordnen, werden neben dem subjektiven Gesundheitszustand auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität (KIDSCREEN-10) und psychosomatische Beschwerden (HBSC) betrachtet. Während der subjektive Gesundheitszustand eine übergreifende elterliche Einschätzung abbildet, ergänzen KIDSCREEN-10 und HBSC diese Perspektive um Aspekte des Wohlbefindens, der psychischen Belastung und der Alltagsbeschwerden.

Liegt eine Adipositas-Diagnose für ihr Kind vor, berichten die Eltern nur in 33 Prozent der Fälle von einem *sehr guten* subjektiven Gesundheitszustand ihres Kindes, in 22 Prozent der Fälle wird dieser als

nur *mittelmäßig* beurteilt (**s. Abb. 7.1.25**). Liegt eine Krankheitsvermutung vor, ist der Anteil der Kinder mit *sehr gutem* Gesundheitszustand signifikant größer mit 48 Prozent, in zehn Prozent der Fälle ist dieser nach Elternangaben nur *mittelmäßig* (signifikant niedriger als bei Adipositas-Diagnose). Liegt weder eine Diagnose noch eine Vermutung vor, belaufen sich diese Anteile auf 55 Prozent (signifikant höher als bei Adipositas-Diagnose) bzw. fünf Prozent (signifikant niedriger als bei Diagnose und Vermutung). Damit liegt der Anteil der Kinder mit *sehr gutem* Gesundheitszustand bei diagnostizierter Adipositas deutlich unter dem Vergleichswert aller 3- bis 17-jährigen Kinder mit mindestens einer diagnostizierten chronischen Erkrankung (33 % vs. 45 %); bei vermuteter Adipositas entspricht er dagegen nahezu dem Vergleichswert mit mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung (48 % vs. 47 %).

Abb. 7.1.25: Subjektiver Gesundheitszustand, gesundheitsbezogene Lebensqualität und multiple psychosomatische Beschwerden des Kindes bei Adipositas nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne Adipositas

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder.



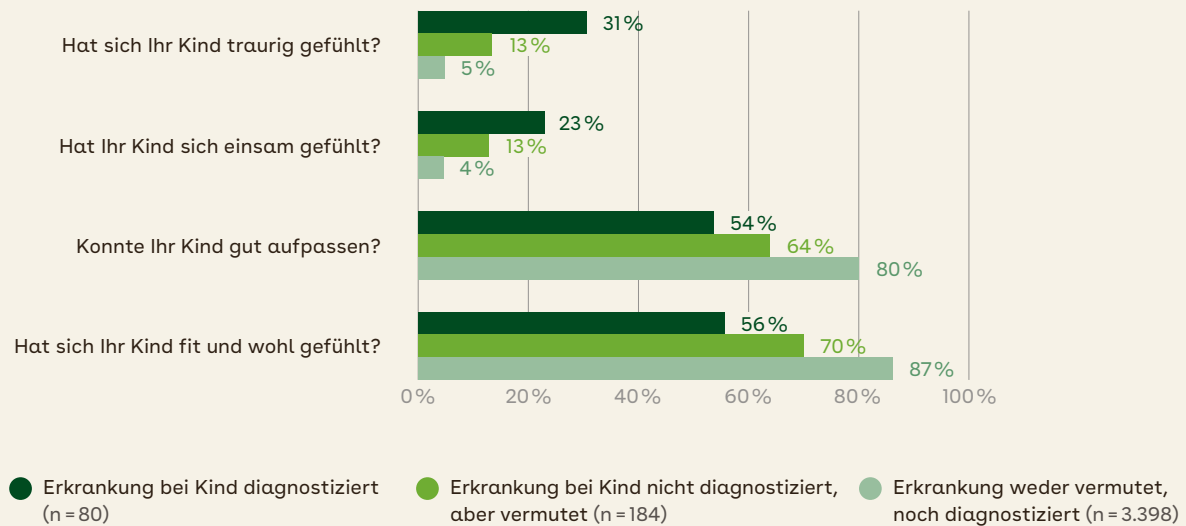
Frage: SRHS: Wie würden Sie den derzeitigen Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben? / KIDSCREEN-10: Kategorisierung nach KIDSCREEN-10 / HBSC: Wie oft hatte Ihr Kind in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden?

Die von den Eltern eingeschätzte gesundheitsbezogene Lebensqualität (auf Basis des KIDSCREEN-10) fällt bei Kindern mit Adipositas-Diagnose besonders kritisch aus: 66 Prozent der Eltern schätzen die Lebensqualität ihres Kindes mit Adipositas-Diagnose als niedrig ein, lediglich acht Prozent bewerten sie als hoch (**s. Abb. 7.1.25**). Wird Adipositas nur vermutet, ist der Anteil für die niedrige Lebensqualität signifikant geringer (53%), der Anteil für eine hohe Lebensqualität ist doppelt so groß (16%) und damit signifikant unterschiedlich. Ohne Adipositas-Diagnose oder -Vermutung bewerten signifikant weniger Eltern (nur 25%) die Lebensqualität ihres Kindes als niedrig und fast ein Drittel als hoch (30%, signifikant höher als bei Diagnose oder Vermutung). Adipositas geht damit insbesondere bei gesicherter Diagnose mit einer deutlich niedrigeren gesundheitsbezogenen Lebensqualität einher. Im Vergleich zu 3- bis 17-jährigen Kindern mit mindestens einer

diagnostizierten chronischen Erkrankung insgesamt weisen Kinder mit diagnostizierter Adipositas deutlich häufiger eine niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität auf (66% vs. 39%). Auch bei vermuteter Adipositas liegt der Anteil über dem Vergleichswert aller 3- bis 17-jährigen Kinder mit mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung (53% vs. 43%). Damit zählt Adipositas mit Blick auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu den besonders belastenden Erkrankungen im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026. Betroffene Eltern berichten häufiger davon, dass sich ihr Kind *oft* bzw. *immer* traurig gefühlt hat (Diagnose: 31% und Vermutung: 13% jeweils signifikant vs. ohne: 5%), sich *oft* bzw. *immer* einsam gefühlt hat (23% und 13% jeweils signifikant vs. 4%) bzw. seltener davon, dass es sich *oft* bzw. *immer* fit und wohl gefühlt hat (56% und 70% jeweils signifikant vs. 87%) oder gut aufpassen konnte (54% und 64% jeweils signifikant vs. 80%; **s. Abb. 7.1.26**).

Abb. 7.1.26: Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Adipositas nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne Adipositas

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *immer* + *oft*. **Basis:** 3- bis 17-jährige Kinder.



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

Im Vergleich zu den anderen betrachteten Erkrankungen zeigt sich bei diagnostizierter Adipositas ein besonders hoher Anteil an Kindern, die sich nach Angaben der Eltern *oft* oder *immer* traurig gefühlt haben. Auch Einsamkeit wird bei diagnostizierter Adipositas besonders häufig berichtet, während der Anteil der Kinder, die sich *oft* oder *immer* fit und wohl gefühlt haben, zu den niedrigsten zählt. Das unterstreicht nicht nur, dass psychosoziale Belastungen bei Adipositas vor allem bei gesicherter Diagnose besonders stark ausgeprägt sind, sondern auch, dass gerade die emotionalen und subjektiven Indikatoren des Wohlbefindens bei Adipositas stärker belastet sind als bei vielen anderen betrachteten Erkrankungen.



Ähnlich zeigen sich die Auswirkungen einer Adipositas-Diagnose in Bezug auf die Häufigkeit des Auftretens multipler psychosomatischer Beschwerden (HBSC, s. Abb. 7.1.25): Ist eine Erkrankung weder diagnostiziert noch vermutet, liegt dieser Anteil unter den Kindern nach Angabe der Eltern bei knapp über 20 Prozent (21%). Im Fall einer Krankheitsvermutung (48%) oder -diagnose (59%) sind die Anteile signifikant größer. Diese Nennungsanteile liegen oberhalb der Durchschnittswerte für alle 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen mit mindestens einer Diagnose (36%) oder Vermutung (38%) einer chronischen Erkrankung. Damit zählt Adipositas insbesondere bei einer Krankheitsdiagnose zu den Erkrankungen mit deutlich höherer psychosomatischer Beschwerdelast.

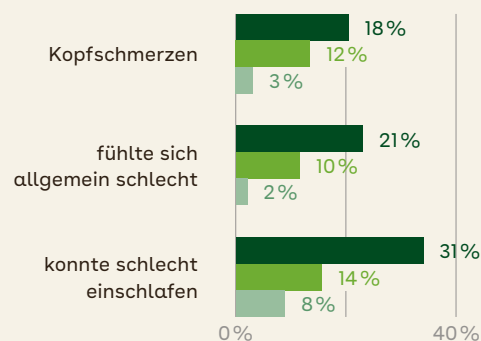
Eltern berichten hierbei besonders häufig davon, dass ihr Kind in den letzten sechs Monaten mindestens *mehrmals pro Woche* Kopfschmerzen hatte (Diagnose: 18% und Vermutung: 12% jeweils signifikant vs. ohne: 3%), sich allgemein schlecht fühlte (21% und 10% jeweils signifikant vs. 2%) oder schlecht einschlafen konnte (31% und 14% jeweils signifikant vs. 8%; s. Abb. 7.1.27).

Für fast alle abgefragten psychosomatischen Beschwerden zeigen sich bei einer Adipositas-Diagnose im Vergleich der in der Studie betrachteten Erkrankungen die höchsten Nennungsanteile, die alle auch insgesamt deutlich überdurchschnittlich einzuschätzen sind. Besonders deutlich wird dies bei Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, allgemeinem Wohlbefinden, Einschlafproblemen und Benommenheit/Schwindel.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass Adipositas nach Angaben der Eltern mit deutlichen gesundheitlichen Einschränkungen verbunden ist. Besonders bei diagnostizierter Adipositas werden Kinder seltener in einem *sehr guten* subjektiven Gesundheitszustand beschrieben, weisen häufiger eine niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität auf und sind häufiger von multiplen psychosomatischen Beschwerden betroffen. Im Vergleich aller betrachteten Erkrankungen fällt Adipositas vor allem bei den Indikatoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität besonders kritisch auf.

Abb. 7.1.27: Psychosomatische Beschwerden bei Adipositas nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne Adipositas

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *mehrmals pro Woche + (fast) täglich*. **Basis:** 3- bis 17-jährige Kinder.



- Erkrankung bei Kind diagnostiziert (n=80)
- Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet (n=184)
- Erkrankung weder vermutet, noch diagnostiziert (n=3.398)

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

Bei diagnostizierter Adipositas werden Traurigkeit und Einsamkeit besonders häufig berichtet; zugleich geben Eltern besonders selten an, dass sich ihr Kind fit und wohl gefühlt hat. Auch die multiplen psychosomatischen Beschwerden liegen deutlich über dem Durchschnitt aller Kinder mit mindestens einer chronischen Erkrankung. Damit gehört Adipositas zu den Erkrankungen mit den stärksten Einschränkungen des subjektiven Wohlbefindens. Bei einer Vermutung sind die Belastungen weniger ausgeprägt, aber ebenfalls deutlich sichtbar.

Krankheitsbezogene Belastung von Kindern und Eltern

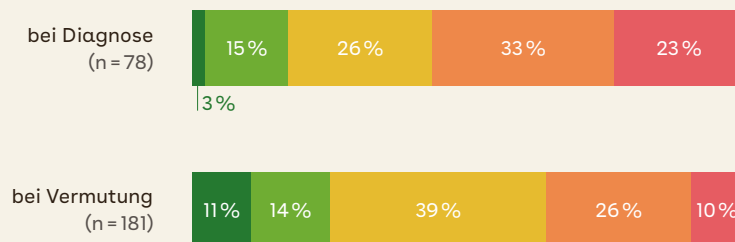
Im Vergleich zu anderen im Rahmen der vorliegenden Studie betrachteten diagnostizierten oder vermuteten Erkrankungen berichten die Eltern im Fall von Adipositas häufiger von krankheitsbezogenen Belastungen von Kindern und Eltern. Ein Drittel der befragten Eltern gibt *sehr* bzw. *eher starke* Belastungen für das Kind an, wenn eine Adipositas vermutet ist (36 %; **s. Abb. 7.1.28**). Dieser Anteil liegt signifikant um 20 Prozentpunkte höher, wenn Adipositas bereits diagnostiziert wurde (56 %). *Sehr* bzw. *eher gering* belastet sind nach Aussage der Eltern nur weniger als ein Fünftel der Kinder mit Diagnose (17 %), was auf die Schwere dieser Erkrankung

verweist. Aber auch die Eltern betroffener Kinder geben für sich selbst zu großen Teilen eine hohe Belastung durch die Erkrankung ihres Kindes (60 %) bzw. aufgrund einer entsprechenden Vermutung (40 %; signifikant niedriger als bei Diagnose) an. Die dargestellten Belastungen für Adipositas zählen neben denen für psychische Erkrankungen zu den höchsten durch die Eltern im Rahmen des AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 betrachteten und liegen deutlich über den Durchschnittswerten, die Eltern für ihre Kinder mit mindestens einer Krankheitsdiagnose oder -vermutung berichten.

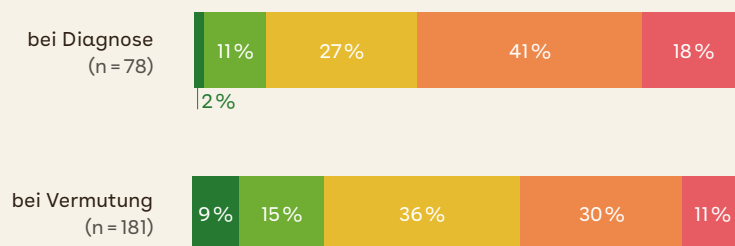
Abb. 7.1.28:
Belastung von Kindern und Eltern durch diagnostizierte oder vermutete Adipositas der Kinder

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder, bei denen Adipositas diagnostiziert ist oder vermutet wird.

Belastung der Kinder



Belastung der Eltern



● sehr gering ● eher gering ● teils/teils ● eher stark ● sehr stark

Frage: Wie belastet Sie bzw. Ihr Kind diese (vermutete) Erkrankung?

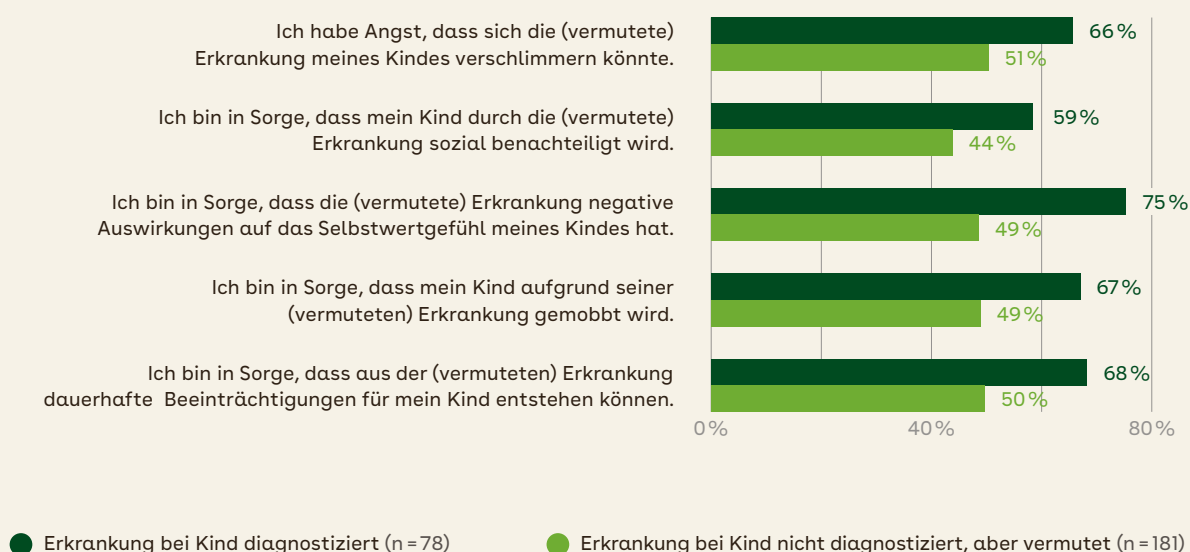
Krankheitsbezogene Sorgen der Eltern und Unterstützungsempfinden

Im Vergleich zu anderen im Rahmen der vorliegenden Studie betrachteten diagnostizierten oder vermuteten Erkrankungen berichten die Eltern im Fall von Adipositas am stärksten von wahrgenommenen Sorgen oder Unterstützungsdefiziten. Eine der größten Sorgen ist dabei im Fall einer vorliegenden Diagnose oder Vermutung die, dass die Erkrankung negative Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl des Kindes hat (Anteile von *stimme voll* bzw. *stimme eher zu*: bei Diagnose 75 %, bei Vermutung: 49 %; **s. Abb. 7.1.29**). Die Sorge, dass aus der (vermuteten) Erkrankung dauerhafte Beeinträchtigungen für das Kind entstehen können (68 % vs. 50 %), schließt sich daran an, sowie die Sorge, dass das Kind gemobbt wird (67 % vs. 49 %), und die Angst, dass sich die (vermutete) Erkrankung des Kindes verschlimmern könnte (66 % vs. 51 %). Die genannten Sorgen werden durch die Eltern bei einer diagnostizierten Adipositas häufiger geäußert als bei allen anderen im Rahmen des AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 betrachteten Erkrankungen.

Gleichwohl halten sich die befragten Eltern mit der Diagnose ihres Kindes überwiegend für gut informiert: So *stimmen* 75 Prozent dieser Eltern der Aussage *voll* bzw. *eher zu*, genau zu wissen, an wen bzw. wohin sie sich in Bezug auf eine bestmögliche gesundheitliche Versorgung ihres Kindes wenden können (**s. Abb. 7.1.30**). Äußern die Eltern nur eine Krankheitsvermutung, liegt dieser Anteil hingegen nur bei 62 Prozent. In beiden Gruppen überwiegt zwar das Gefühl, dass das Kind die bestmögliche gesundheitliche Versorgung erhält, die es benötigt, und dass es im Umfeld der Eltern (möglicherweise) betroffener Kinder auch Menschen gibt, mit denen sie offen über die (vermutete) Erkrankung ihres Kindes sprechen können (jeweils: bei Diagnose 68 % vs. bei Vermutung 64 %). Gleichwohl wird für alle abgefragten Unterstützungsempfindungen deutlich, dass relevante Anteile der Eltern diesen nur eingeschränkt oder nicht zustimmen. Dieser Anteil beläuft sich in beiden Gruppen auf ca. ein Drittel der Befragten. Im Vergleich zu anderen im Rahmen der vorliegenden Studie betrachteten diagnostizierten oder vermuteten Erkrankungen berichten die Eltern im Fall von Adipositas am stärksten von wahrgenommenen Sorgen oder Unterstützungsdefiziten.

Abb. 7.1.29: Sorgen bei Adipositas nach Diagnose und Vermutung

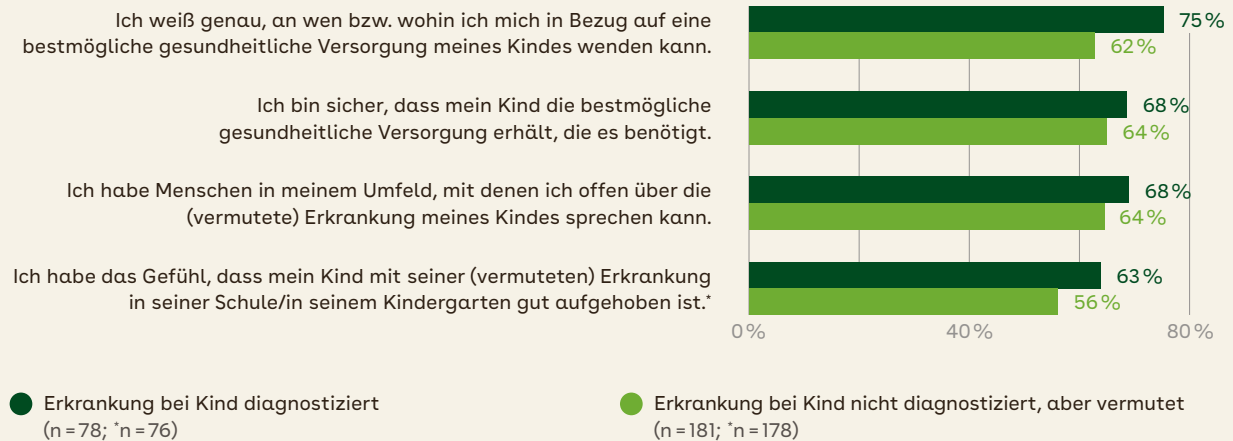
Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *stimme voll zu* + *stimme eher zu*. **Basis:** 3- bis 17-jährige Kinder, bei denen Adipositas diagnostiziert ist oder vermutet wird.



Frage: Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

Abb. 7.1.30: Unterstützungssituation bei Adipositas nach Diagnose und Vermutung

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *stimme voll zu* + *stimme eher zu*. **Basis:** 3- bis 17-jährige Kinder, bei denen Adipositas diagnostiziert ist oder vermutet wird; ***reduzierte Basis:** Nur, wenn Kind zusätzlich Kindergarten, (Vor-)Schule oder Berufsschule besucht.



Frage: Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

Ein großer Teil der Eltern hat zwar das Gefühl, dass ihr Kind mit seiner (vermuteten) Adipositas in Schule oder Kindergarten gut aufgehoben ist (Diagnose: 63%, Vermutung: 56%). Gleichzeitig äußert jedoch ein erheblicher Anteil Vorbehalte oder Unsicherheiten: 37 Prozent der Eltern von Kindern mit Diagnose und 44 Prozent der Eltern von Kindern mit Vermutung stimmen dieser Einschätzung nur *teils/teils*, *eher nicht* bzw. *überhaupt nicht* zu. Auch wenn die Einschätzungen der Eltern im Vergleich zu anderen betrachteten Erkrankungen wie etwa psychischen Erkrankungen und ADHS positiver ausfallen, wird die

besondere Bedeutung von Bildungs- und Betreuungseinrichtungen im Umgang mit Adipositas dennoch sichtbar. Diese übernehmen nicht nur eine wichtige Rolle für Gesundheitsförderung und soziale Teilhabe, sondern sind zugleich zentrale Orte, an denen Mobbing- und Ausgrenzungserfahrungen auftreten können. Vor dem Hintergrund der von den Eltern berichteten Sorgen um Selbstwertgefühl, Mobbing und soziale Benachteiligung wird deutlich, dass die Erwartungen und Unterstützungsbedarfe vieler Familien noch nicht vollständig erfüllt werden.



Die Ergebnisse zeigen, dass Eltern von Kindern mit einer Adipositas-Diagnose oder entsprechenden Vermutung häufig von Sorgen um die gesundheitliche, soziale und emotionale Entwicklung ihres Kindes berichten, insbesondere mit Blick auf Selbstwertgefühl, Mobbing und langfristige Folgen der Erkrankung. Gleichzeitig fühlt sich zwar die Mehrheit der Eltern grundsätzlich orientiert und unterstützt, dennoch bestehen bei einem relevanten Teil Unsicherheiten hinsichtlich der Versorgung ihrer Kinder und deren Situation in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen.





Nachgefragt bei ...

Prof. Dr. med. Dr. Christine Joisten, Leiterin der Abteilung für Bewegungs- und Gesundheitsförderung an der Deutschen Sporthochschule Köln und Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP). Expertin für Prävention, Bewegungsförderung und gesunde Ernährung, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen.



Welche verbreiteten Annahmen von Eltern über Ernährung, Bewegung und Übergewicht bzw. Adipositas bei Kindern halten Sie für problematisch oder irreführend?

Irreführend ist die Annahme, Übergewicht ‚wachse sich schon aus‘ oder sei vor allem eine Frage von Disziplin und Willenskraft. Irreführend ist auch, einzelne Lebensmittel pauschal als ‚gesund‘ oder ‚ungesund‘ einzuordnen oder zu glauben, ein Sporttermin pro Woche gleiche einen sonst bewegungsarmen Alltag aus. Kinder brauchen kein schlechtes Gewissen, sondern verlässliche Routinen, feste Regeln für Medienzeiten und gute Vorbilder.



Welche ernährungs- und bewegungsbedingten Risiken sollten im Rahmen von Präventions- und Aufklärungsarbeit besonders in den Fokus genommen werden?

Besonders im Fokus sollten der regelmäßige Konsum stark verarbeiteter, energiedichter Lebensmittel und zuckerhaltiger Getränke, langes Sitzen sowie zu wenig Alltagsbewegung stehen. Hinzu kommen Schlafmangel und frühe Bildschirmroutinen, weil sie Essverhalten, Aktivität und Gewicht mit beeinflussen. Prävention muss deshalb früh, lebensweltnah und ohne Stigmatisierung ansetzen.



Fazit: Adipositas zählt zu den in dieser Studie betrachteten Erkrankungen, bei denen sich die umfassendsten Belastungen über verschiedene Lebensbereiche hinweg zeigen. Kinder mit Adipositas wachsen häufiger in gesundheitlich und sozial belasteten Lebenslagen auf und weisen zugleich Auffälligkeiten bei Ernährung, Bewegung, Mediennutzung sowie ihrem psychischen Wohlbefinden auf. Besonders auffällig ist, dass sich die ungünstigsten Werte nicht auf einzelne Bereiche beschränken, sondern sich über nahezu alle untersuchten Gesundheits- und Lebensstilindikatoren hinweg zeigen. Hinzu kommen Sorgen der Eltern um Selbstwertgefühl, Mobbing und langfristige Folgen der Erkrankung. Die Ergebnisse deuten zudem darauf hin, dass ein Teil der betroffenen Kinder von ihren Eltern nicht als adipös erkannt wird, obwohl entsprechende Hinweise anhand der BMI-Angaben vorliegen. Darüber hinaus verweisen sie auf Potenziale zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Eltern sowie auf Unterstützungsbedarfe bei der Begleitung der Mediennutzung ihrer Kinder. Dies unterstreicht die Bedeutung frühzeitiger Sensibilisierung und Prävention sowie eines ganzheitlichen Ansatzes, der Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit und soziale Teilhabe gemeinsam in den Blick nimmt.

Kapitel 7:

7.2 ADHS



ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung) ist eine neuroentwicklungsbedingte Erkrankung, die sich durch anhaltende Auffälligkeiten in den Bereichen Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität äußern kann. Je nach Ausprägung stehen vor allem Konzentrations- und Organisationsschwierigkeiten, ausgeprägte Unruhe oder eine Kombination dieser Merkmale im Vordergrund. Nach der ICD-11 werden entsprechend eine vorwiegend unaufmerksame, eine vorwiegend hyperaktiv-impulsive sowie eine kombinierte Form unterschieden (WHO, 2024a). Die früher häufig verwendete Bezeichnung ADS beschreibt dabei im Wesentlichen eine Ausprägung, bei der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme im Vordergrund stehen, ohne dass Hyperaktivität besonders ausgeprägt sein muss. In der ICD-11 wird diese Form jedoch unter ADHS gefasst; auch im vorliegenden Kapitel wird daher keine Trennung zwischen ADS und ADHS vorgenommen. Für eine Diagnose müssen die Symptome über mindestens sechs Monate bestehen, bereits in der Kindheit begonnen haben und den Alltag der Kinder und Jugendlichen in mehreren Lebensbereichen deutlich beeinträchtigen (DGKJP et al., 2018).

ADHS zählt seit einigen Jahren zu den am intensivsten diskutierten Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters. Neben einer zunehmenden Sensibilisierung in Medizin, Schule und Öffentlichkeit tragen auch (Soziale) Medien dazu bei, dass Eltern Auffälligkeiten ihrer Kinder heute bewusster wahrnehmen. Gleichzeitig erschwert die Vielzahl an Informationen und teils widersprüchlichen Darstellungen die Einordnung erster Symptome. Hinzu kommt, dass sich ADHS

in ihren Anzeichen mit anderen Entwicklungs- und psychischen Erkrankungen überschneiden kann, die in der öffentlichen Diskussion häufig unter dem Begriff der Neurodivergenz zusammengefasst werden. Gerade im frühen Stadium besteht daher häufig die Unsicherheit, dass eine Auffälligkeit vorliegt, nicht jedoch, welcher Erkrankung sie zuzuordnen ist.

Diese diagnostische Unsicherheit zeigt sich auch im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026. Bereits 2024 berichteten Eltern deutlich häufiger von einer Vermutung einer ADHS als von einer gesicherten Diagnose. Auch in der aktuellen Erhebung treten bei Kindern mit einer vermuteten ADHS besonders häufig weitere Krankheitsvermutungen auf, insbesondere zu psychischen Erkrankungen und Entwicklungsstörungen. Die Einordnung erster Verhaltensauffälligkeiten stellt für Eltern häufig eine Herausforderung dar, was die Bedeutung einer sorgfältigen diagnostischen Abklärung unterstreicht.

Im vorliegenden Kapitel werden ausschließlich Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 17 Jahren betrachtet. Hintergrund ist, dass sich zwar bereits im frühen Kindesalter erste Anzeichen von ADHS zeigen können, eine belastbare Einordnung jedoch voraussetzt, dass Auffälligkeiten über längere Zeit bestehen und den Alltag in mehreren Lebensbereichen beeinträchtigen. Dies lässt sich ab dem Kindergartenalter verlässlicher beurteilen als in den ersten Lebensjahren. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich daher ausschließlich auf Kinder und Jugendliche ab 3 Jahren.

„ADHS kann bei starker Ausprägung die Entwicklung von Kindern erheblich belasten und stellt auch eine erhebliche Belastung für Familien und für das schulische Umfeld dar.“

Univ.-Prof. a.D. Dr. Manfred Döpfner

Zusammenfassung

mehr ADHS-
Vermutungen
als 2024

gesundheitsbezogene Lebens-
qualität bei Vermutung und
Diagnose ähnlich niedrig

Bildungs- und Betreuungsein-
richtungen spielen eine Schlüs-
selrolle bei der Früherkennung

Auftreten

- Diagnose bei 6% / Vermutung bei 10%
- Diagnosen häufiger bei Jungen (8% vs. 4%); Vermutungen ähnlich häufig
- ADHS und ADS ähnlich häufig berichtet

Belastungen und Sorgen

- hohe Belastung der Kinder (39% vs. 19%) und Eltern (48% vs. 29%), aber geringer als bei anderen psychischen Erkrankungen

Größte Sorgen der Eltern:

- dauerhafte Beeinträchtigungen (49% vs. 34%)
- andere nehmen (vermutete) Erkrankung nicht ernst (41% vs. 36%)
- Benachteiligung (32% vs. 32%)
- Verschlimmerung der (vermuteten) Erkrankung des Kindes (32% vs. 32%)

Lebensstil

Kinder mit Vermutung

- nutzen Soziale Medien (21% vs. 32% vs. 19%) und Streaming- / Video- / TV-Angebote (19% vs. 29% vs. 18%) häufiger mindestens drei Stunden täglich,
- konsumieren häufiger mindestens fast wöchentlich Energydrinks (26% vs. 46% vs. 24%) als Kinder mit bzw. ohne eine ADHS-Diagnose, aber auch als der Durchschnitt aller Kinder, bei denen Eltern mindestens eine chronische Erkrankung vermuten.

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

Lebensumfelder

ADHS tritt häufiger auf bei Kindern

- aus gesundheitlich, sozial und ökonomisch stärker belasteten Familien (erkrankungsübergreifender Befund),
- in belasteteren Alltags- und Betreuungskonstellationen; Unterschiede nach allgemeiner Gesundheitskompetenz fallen dagegen weniger stark aus.

Kinder mit Diagnose oder Vermutung

- weisen in Kindergarten und Schule mehr Fehltage auf (13 vs. 13 vs. 9),
- haben dort deutlich weniger Spaß (52% vs. 59% vs. 75%),
- schaffen ihre Aufgaben dort seltener (62% vs. 61% vs. 89%).

Elterlicher Umgang mit Krankheitsvermutungen

- Hauptgrund für Vermutung: länger beobachtete typische Symptome (46%)
- Hinweise aus Schule und Kindergarten überdurchschnittlich wichtig (29%)
- Gründe gegen Arzttermin: Abwarten wollen und Unsicherheit (39% bzw. 29%)
- Informationssuche vor allem über Online-Suchportale (30%) sowie Schule und Kindergarten (28%)

Gesundheitszustand

Kinder mit Diagnose oder Vermutung haben

- seltener einen sehr guten subjektiven Gesundheitszustand (39% vs. 49% vs. 56%),
- häufiger eine niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität (55% vs. 55% vs. 22%),
- deutlich häufiger multiple psychosomatische Beschwerden (56% vs. 51% vs. 18%).

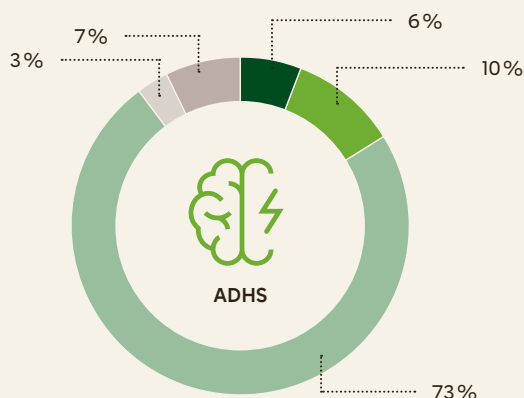
Auftreten und Verbreitung in unterschiedlichen Gruppen

Sechs Prozent der 3- bis 17-jährigen Kinder aus dem Rheinland und aus Hamburg haben laut den Aussagen der befragten Eltern eine diagnostizierte ADHS (**s. Abb. 7.2.1**). Bei weiteren zehn Prozent vermuten die befragten Eltern, dass ihr Kind an ADHS erkranken könnte oder bereits erkrankt ist. Das bedeutet, dass nach Aussage der Eltern zum Zeitpunkt der Befragung insgesamt fast jedes sechste Kind aus dem Rheinland und aus Hamburg an ADHS erkrankt sein könnte (gemeinsamer Anteil diagnostizierter und vermuteter ADHS: 16%).

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

Abb. 7.2.1:
Auftreten von ADHS laut Elterneinschätzung

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

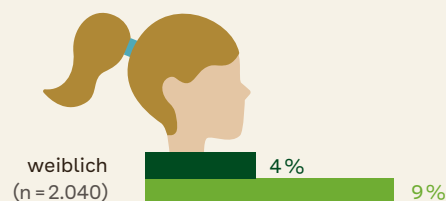
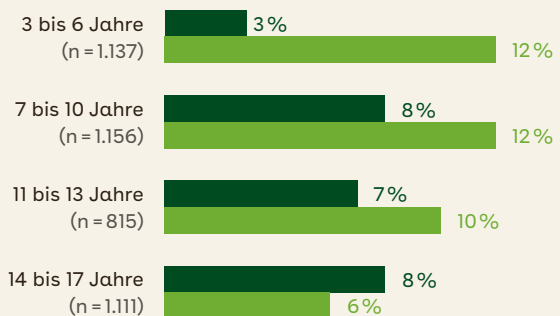


- Erkrankung bei Kind diagnostiziert
- Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet
- Erkrankung weder vermutet, noch diagnostiziert
- Kann ich nicht einschätzen, weiß nicht was damit gemeint ist.
- keine Angabe

Vergleichbar hohe Anteile elterlicher Vermutungen finden sich unter anderem auch bei psychischen Erkrankungen, Entwicklungsstörungen oder Verhaltensstörungen. Bei diesen Krankheitsbildern nehmen Eltern Anzeichen häufig frühzeitig bzw. noch vor einer fachlichen Abklärung oder diagnostischen Einordnung wahr, können diese aber nicht immer eindeutig bewerten. Gleichzeitig verweist der hohe Anteil an Vermutungen auf die in der Einleitung beschriebene hohe öffentliche Aufmerksamkeit für Entwicklungsauffälligkeiten, die dazu beitragen kann, dass Eltern mögliche Anzeichen frühzeitig beobachten und einordnen möchten.

Abb. 7.2.2: Diagnostizierte und vermutete ADHS nach Alter und Geschlecht des Kindes

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder.



Um die Art der (vermuteten) ADHS zu spezifizieren, wurden die Eltern nach der konkreten (vermuteten) Diagnose gefragt: Bei fünf Prozent der 3- bis 17-Jährigen ist eine Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) diagnostiziert, bei sechs Prozent wird eine solche durch die Eltern vermutet. Bei drei Prozent der 3- bis 17-jährigen Kinder ist nach Angabe der Eltern ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) diagnostiziert, bei fünf Prozent wird ein solches vermutet.

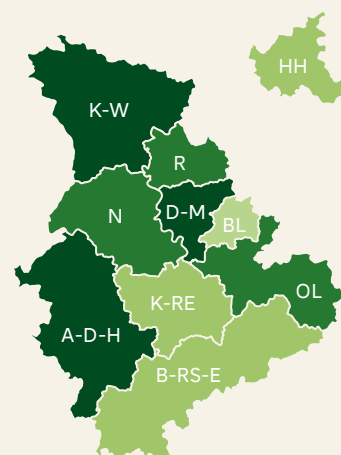
Den Angaben der Eltern zufolge unterscheidet sich das Auftreten von ADHS zwischen den Altersgruppen (**s. Abb. 7.2.2**): Auffällig ist, dass der Diagnoseanteil im Vorschulalter signifikant am niedrigsten ausfällt

(3- bis 6-Jährige: 3%), im Grundschulalter jedoch deutlich höher ausfällt und dann auf einem Niveau von sieben bis acht Prozent verbleibt. Der Anteil der Erkrankungsvermutungen ist bei älteren Kindern hingegen geringer: Liegt er bei den 3- bis 6-Jährigen und den 7- bis 10-Jährigen bei zwölf Prozent, beträgt er bei den 11- bis 13-Jährigen zehn Prozent und fällt dann bei den 14- bis 17-Jährigen signifikant am niedrigsten aus (6%). Dies spricht für eine besondere Aufmerksamkeit der Eltern von Kindern im Vor- und Grundschulalter für diesbezügliche Auffälligkeiten bei ihren Kindern. Für Jungen (8%) werden doppelt so häufig ADHS-Diagnosen berichtet wie für Mädchen (4%; signifikanter Unterschied), die jeweiligen Anteile der Vermutungen sind für beide Geschlechter

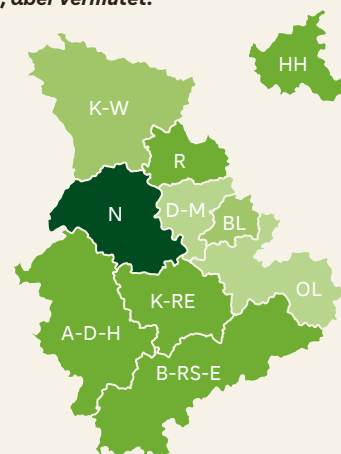
Abb. 7.2.3: Diagnostizierte und vermutete ADHS nach Regionaldirektion (RD)

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder.

1) Dargestellt wird die Antwortoption ADHS - Erkrankung bei Kind diagnostiziert.



2) Dargestellt wird die Antwortoption ADHS - Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet.



größer – auch hier etwas mehr bei den Jungen (11 %) als bei den Mädchen (9 %; signifikanter Unterschied), jedoch fällt hier der geschlechterbezogene Unterschied geringer aus.

Die Anteile von Krankheitsdiagnosen und -vermutungen bezüglich ADHS variieren auch regional: Die Regionaldirektion mit dem geringsten Anteil an Diagnosen ist das Bergische Land (3,1 %), in Aachen – Düren – Heinsberg hingegen berichten nahezu dreimal so viele Eltern von ADHS-Diagnosen ihrer Kinder (8,5 %; **s. Abb. 7.2.3**) – in beiden Fällen sind die Anteilsunterschiede zum Durchschnittswert (6,2 %) signifikant. Den geringsten Anteil an Krankheitsvermutungen haben die Regionaldirektionen Düsseldorf – Mettmann und Oberbergisches Land (jeweils 6,9 %; **s. Abb. 7.2.3**). Mit fast doppelt so vielen berichteten

Vermutungen hat die Regionaldirektion Niederrhein hier den größten Anteil (13,5 %), beide Werte weichen signifikant vom Durchschnitt ab (10,1 %).

Vermuten die Eltern eine ADHS bei ihrem Kind, vermuten sie in jedem dritten Fall auch eine psychische Erkrankung (33 %) und in jedem vierten Fall (25 %) auch eine Entwicklungsstörung (s. Kapitel 7.3 und 7.4). Dies deutet darauf hin, dass Eltern in Phasen diagnostischer Unsicherheit unterschiedliche Erklärungen für die Auffälligkeiten ihres Kindes in Betracht ziehen. Die Ergebnisse fügen sich damit in die aktuelle öffentliche Diskussion um Neurodivergenz ein, unter der verschiedene Entwicklungs- und psychische Besonderheiten häufig gemeinsam betrachtet werden.

Exkurs

Einordnung der Ergebnisse in Studien zur Kinder- und Jugendgesundheit

Die Ergebnisse des AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 zeigen für ADHS einen deutlichen Anstieg sowohl der diagnostizierten als auch insbesondere der vermuteten Erkrankungen gegenüber der Vorgängerstudie 2024. Während der Anteil der durch die Eltern berichteten Diagnosen von vier auf sechs Prozent steigt, erhöht sich der Anteil der Vermutungen noch deutlicher von sechs auf zehn Prozent. Damit weist ADHS unter den im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 betrachteten Erkrankungen einen der stärksten Anstiege elterlicher Krankheitsvermutungen auf. Auf mögliche Ursachen, von einem intensiveren Bewusstsein für diese Erkrankung bei Eltern, Lehrenden und Erziehenden über eine Enttabuisierung bis hin zu einer intensiven Information, wurde in Kapitel 6.2 bereits eingegangen. Gleichzeitig zeigen sich bei Kindern mit einer vermuteten ADHS besonders häufig weitere Vermutungen psychischer Erkrankungen oder Entwicklungsstörungen. Dies deutet darauf hin, dass Eltern Auffälligkeiten ihrer

Kinder zwar häufig früh wahrnehmen, diese zunächst jedoch einem breiteren Spektrum von Entwicklungs- und psychischen Besonderheiten zuordnen, die derzeit in Öffentlichkeit und Sozialen Medien häufig unter dem Begriff der Neurodivergenz diskutiert werden.

Im Abgleich mit den Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg aus 2024 zeigt sich bei 3- bis 17-jährigen Kindern für die Diagnosehäufigkeiten eine hohe Übereinstimmung. Während im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 sechs Prozent der Eltern von einer diagnostizierten ADHS berichten, liegt die Prävalenz in den Routinedaten bei 6,3 Prozent (ADHS: 5,2 %, ADS: 1,6 %). Die deutlich höheren Vermutungsanteile sprechen daher weniger für eine veränderte Diagnostik als vielmehr für einen gestiegenen Orientierungsbedarf der Eltern bei der Einordnung früher Verhaltensauffälligkeiten.

Lebensumfelder

Unterschiedliche Faktoren stehen im Zusammenhang damit oder können einen Einfluss darauf haben, ob Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 17 Jahren im Rheinland und in Hamburg an einer ADHS erkrankt sind oder ob die Eltern eine solche Erkrankung vermuten. Im Folgenden werden das elterliche Lebensumfeld der Kinder, die Informationsquellen, denen die Eltern in Bezug auf die Gesundheit ihrer Kinder vertrauen und die sie nutzen sowie die Bildungs- und Betreuungseinrichtungen, in denen die Kinder und Jugendlichen einen großen Teil ihrer Zeit verbringen, genauer betrachtet.

Elterliches Lebensumfeld der Kinder

Die Ergebnisse zum elterlichen Lebensumfeld zeigen bei den im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 betrachteten chronischen Erkrankungen viele Gemeinsamkeiten: Diagnosen und Krankheitsvermutungen werden häufiger berichtet, wenn Eltern ihren eigenen Gesundheitszustand schlechter einschätzen, wenn die allgemeine Gesundheitskompetenz geringer ausgeprägt ist oder wenn Familien über geringere soziale, ökonomische und räumliche Ressourcen verfügen (s. Kapitel 6.2).

Auch bei ADHS zeigt sich dieses Muster. Eltern berichten häufiger von einer ADHS-Diagnose oder einer entsprechenden Vermutung, wenn sie ihren eigenen Gesundheitszustand schlechter einschätzen. Zudem nehmen die berichteten Anteile mit höherem Bildungsabschluss der Eltern ab. Auch beim Einkommen zeigt sich ein entsprechender Zusammenhang: In Familien mit geringerem Äquivalenzeinkommen werden ADHS-Diagnosen und -Vermutungen häufiger berichtet als in Familien mit

höherem Einkommen. Ein weiterer Zusammenhang besteht mit der verfügbaren Wohnfläche. In Haushalten mit sehr geringer Wohnfläche werden ADHS-Diagnosen und -Vermutungen häufiger berichtet als in Haushalten mit größerer Wohnfläche.

Deutliche Unterschiede zeigen sich außerdem nach familiärer Betreuungskonstellation. Leben Kinder bei beiden Elternteilen, berichten Eltern seltener von einer ADHS-Diagnose oder -Vermutung. Höhere Anteile zeigen sich, wenn Kinder in einem Wechselmodell leben, nur bei einem Elternteil wohnen oder bei einem Elternteil und dessen Partnerin bzw. Partner leben. Besonders auffällig hoch sind die Krankheitsvermutungen in Wechselmodell- und Patchworkkonstellationen.

Eine Besonderheit bei ADHS besteht darin, dass die Unterschiede nach allgemeiner Gesundheitskompetenz der Eltern weniger stark hervortreten als bei einigen anderen betrachteten Erkrankungen. Deutlicher zeigen sich die Zusammenhänge mit dem subjektiven Gesundheitszustand der Eltern, dem Bildungsabschluss, dem Einkommen, der Wohnfläche und der familiären Betreuungskonstellation. Insgesamt fügt sich ADHS damit in das übergreifende Muster ein, dass chronische Erkrankungen häufiger in gesundheitlich, sozial und familiär belasteten Lebenslagen berichtet werden.



Vertrauen in und Nutzung von Informationsquellen

Auch die Ergebnisse zum elterlichen Vertrauen in Informationsquellen und zur Nutzung dieser zur Gesundheit ihrer Kinder zeigen bei den im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 betrachteten chronischen Erkrankungen viele Gemeinsamkeiten: Im Vergleich zu Eltern von Kindern ohne diagnostizierte oder vermutete chronische Erkrankung nutzen Eltern von betroffenen Kindern sämtliche abgefragte Informationsquellen deutlich häufiger. In Sachen Vertrauen entfallen auf Kinder- und Fachärztinnen bzw. -ärzte sowie andere etablierte Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens und der Betreuung sowohl bei betroffenen als auch bei nicht betroffenen Eltern deutlich höhere zustimmende Nennungsanteile als auf digitale Informationsquellen wie Online-Suchportale, Künstliche Intelligenz (KI), Soziale Medien oder Gesundheits-Influencerinnen bzw. -Influencer. Bei Eltern von Kindern mit mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung fällt jedoch auf, dass diese den vier genannten digitalen Informationsquellen ein höheres Vertrauen entgegenbringen, als dies bei Eltern von Kindern mit einer diagnostizierten chronischen Erkrankung der Fall ist (s. Kapitel 4.2).

Dieses Muster zeigt sich auch bei ADHS. Bei Eltern betroffener Kinder stehen Kinder- und Fachärztinnen bzw. -ärzte an erster Stelle der vertrauenswürdigen Informationsquellen. Zugleich nutzen Eltern mit einer Krankheitsvermutung nahezu alle abgefragten Informationsquellen häufiger als Eltern, deren Kind

bereits eine ADHS-Diagnose erhalten hat. Besonders deutlich zeigt sich dies bei digitalen Angeboten, aber auch Schulen und Kindergärten, Krankenkassen und öffentliche Institutionen werden in der Phase der Vermutung häufiger genutzt.

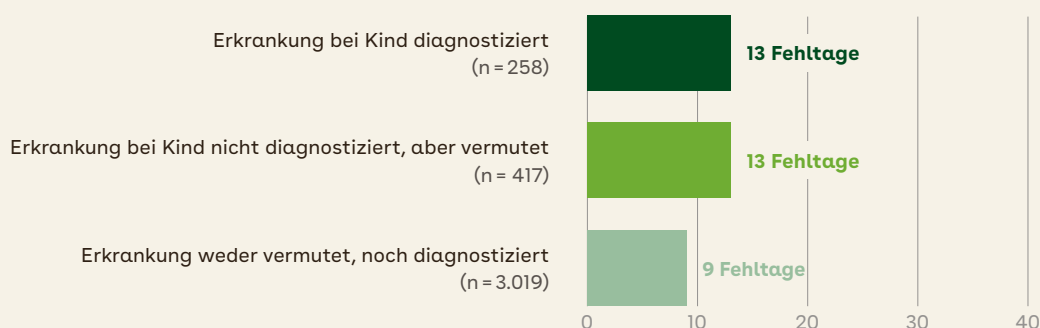
Eine Besonderheit bei ADHS besteht darin, dass Eltern mit Krankheitsvermutung digitalen Informationsangeboten noch einmal häufiger vertrauen als Eltern von Kindern mit mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung. Dies ist insbesondere hinsichtlich Online-Suchportalen, Sozialen Medien und Gesundheits-Influencerinnen bzw. -Influencern der Fall.

Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Eltern, bei deren Kindern eine ADHS diagnostiziert ist, berichten von durchschnittlich etwa 13 Fehltagen im zurückliegenden Jahr in Kindergarten, Vorschule, Schule oder Berufsschule. Vermuten die Eltern bisher nur eine Erkrankung an ADHS, sind es ebenfalls etwa 13 Fehltag. Liegt weder die Diagnose noch die Vermutung einer ADHS vor, werden im Mittel etwa neun Tage berichtet – somit signifikant weniger als bei den beiden anderen Gruppen (**s. Abb. 7.2.4**). Die Zahl der Fehltag im Fall einer diagnostizierten oder vermuteten ADHS liegt höher als der Durchschnittswert aller im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 abgefragten chronischen Erkrankungen (bei mindestens einer Diagnose 11 Fehltag, bei mindestens einer Vermutung 10 Fehltag, s. Kapitel 4.3).

Abb. 7.2.4: Mittlere Anzahl an Fehltagen bei ADHS nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne ADHS

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder, die Kindergarten, (Vor-)Schule oder Berufsschule besuchen.

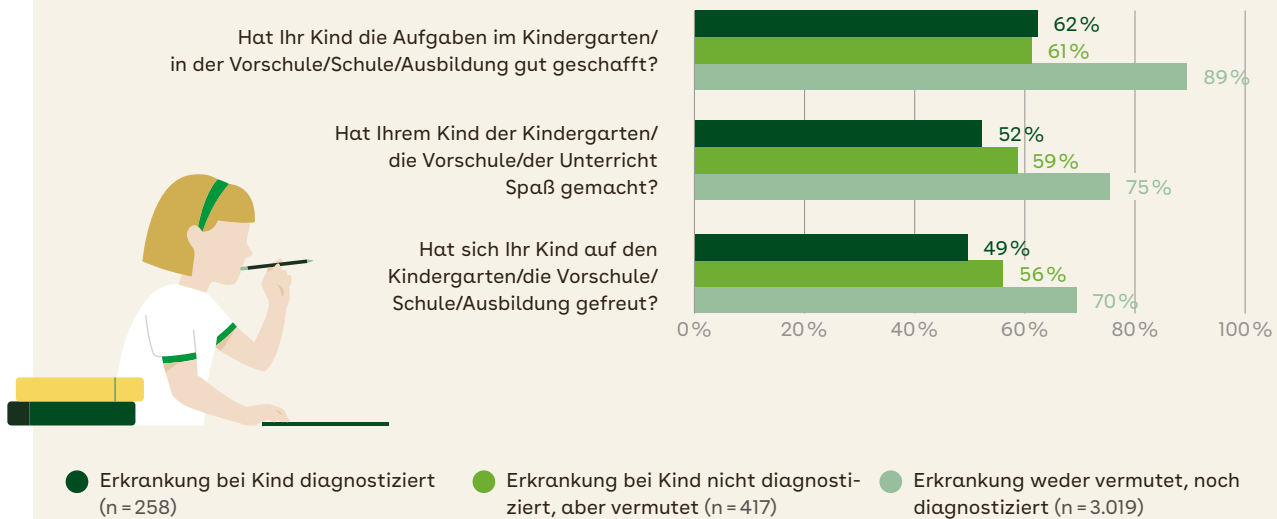


Frage: Wie viele Fehltag hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten?

Abb. 7.2.5: Schulisches Wohlbefinden bei ADHS nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne ADHS

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *immer* + *oft*.

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder, die Kindergarten, (Vor-)Schule oder Berufsschule besuchen.



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

Auch das Wohlbefinden in Schule oder Kindergarten gestaltet sich kritischer, wenn eine ADHS diagnostiziert wurde oder vermutet wird (**s. Abb. 7.2.5**): So geben nur jeweils über 60 Prozent der Eltern von Kindern mit Diagnose (62%) oder Vermutung (61%) an, dass ihr Kind seine Aufgaben in Schule oder Kindergarten *oft* bzw. *immer* gut geschafft hat. Liegen weder Diagnose noch Vermutung vor, stimmen fast 90 Prozent der Eltern dieser Aussage zu (89%; signifikanter Unterschied). Diese Nennungsanteile liegen deutlich unterhalb der Durchschnittswerte aller im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 abgefragten chronischen Erkrankungen und zeugen damit von einer besonderen Belastungssituation der Kinder. Im Vergleich der sechs in der Studie vertiefend betrachteten Erkrankungen wird sichtbar, dass lediglich die Bewertungen im Fall einer diagnostizierten Adipositas noch einmal deutlich kritischer ausfallen.

Auch in Bezug auf den Spaß, den die Kinder in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen empfinden (Anteile für *oft* bzw. *immer*: 52% und 59% jeweils signifikant vs. 75%) und darauf, ob sich die Kinder auf Schule oder Kindergarten gefreut haben (49% und 56% jeweils signifikant vs. 70%), zeigen sich die elterlichen Zustimmungswerte bei ADHS stets geringer als die Durchschnittswerte aller im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 abgefragten chronischen

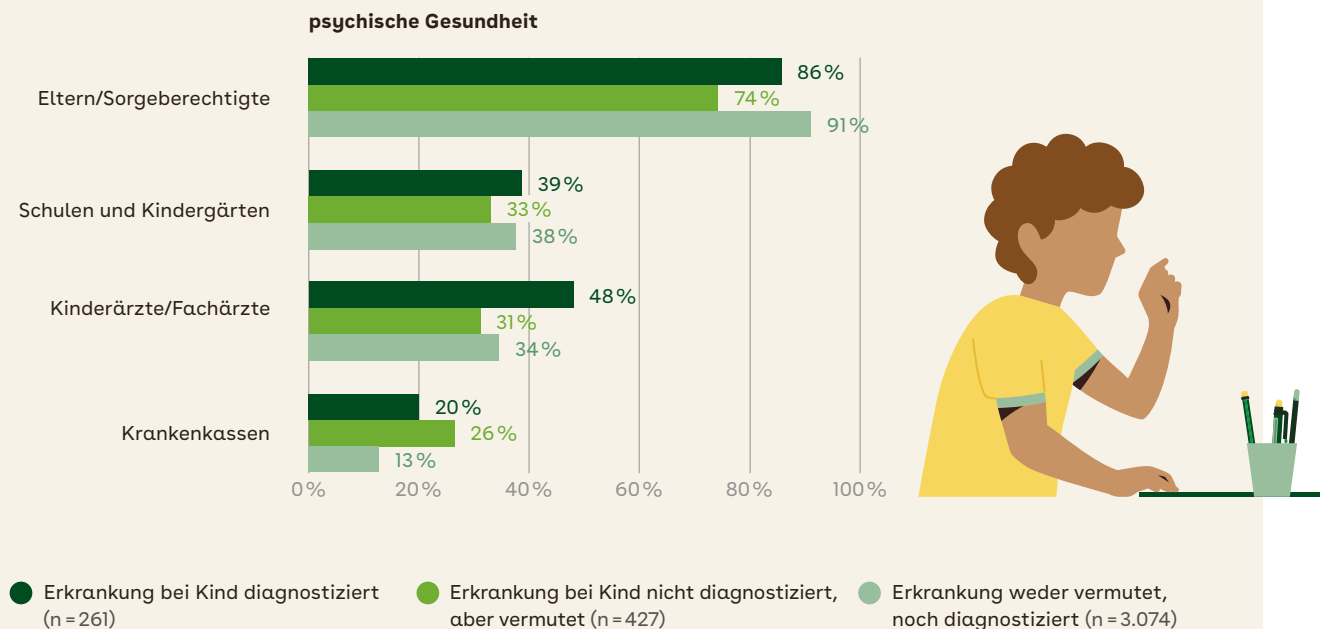
Erkrankungen. Gleichwohl werden für die sechs vertiefend betrachteten Erkrankungen vergleichsweise noch kritischere Einschätzungen berichtet, etwa für psychische Erkrankungen oder Verhaltenssuchte.

In Bezug auf die Belastungsfaktoren Offline-Mobbing und Cybermobbing zeigen sich für ADHS im Vergleich zu den Durchschnittswerten aller Erkrankungen keine Auffälligkeiten. Die Nennungsanteile für wahrgenommenen Stress (bei Diagnose und Vermutung jeweils 20%) und Leistungsdruck (bei Diagnose 21%, bei Vermutung 20%) liegen hingegen leicht oberhalb der Durchschnittswerte aller Erkrankungen.

Sprechen Eltern von Kindern mit ADHS-Diagnose oder -Vermutung den Schulen und Kindergärten eine größere Verantwortung für das Wohlergehen ihrer Kinder zu als dies Eltern tun, die keine Erkrankungsdiagnosen oder -vermutungen haben? Offenbar nicht, denn 39 Prozent der Eltern von Kindern mit Diagnose und 33 Prozent mit Vermutung sind der Meinung, dass Kindergarten und Schule für die psychische Gesundheit Sorge tragen sollten (Vergleichsgruppe ohne Diagnose/Vermutung: 38%; **s. Abb. 7.2.6**). Hier werden natürlich auch die Kinder- und Fachärztinnen bzw. -ärzte in der Verantwortung gesehen, insbesondere von Eltern von Kindern mit diagnostizierter ADHS (48%), aber auch den Krankenkassen wird hier von

Abb. 7.2.6:**Verantwortung für psychische Gesundheit bei ADHS nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne ADHS**

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder.



Frage: Wer sollte im Alltag für das folgende Thema der Kindergesundheit Sorge tragen? (Mehrfachantwort möglich)

Seiten dieser Eltern eine wichtige Rolle zugeschrieben. Etwa ein Fünftel der Eltern von Kindern mit diagnostizierter ADHS sowie über ein Viertel der Eltern von Kindern mit vermuteter ADHS sehen diese in der Verantwortung – jeweils signifikant höher als bei Eltern von Kindern ohne diagnostizierte oder vermutete ADHS (13%).



Für Kinder und Jugendliche mit ADHS-Diagnose oder -Vermutung zeigen die Ergebnisse im Bildungs- und Betreuungsalltag ein erhöhtes Belastungsprofil. Eltern berichten mehr Fehltage und bewerten Aufgabenbewältigung, Spaß sowie Vorfreude auf Schule oder Kindergarten kritischer als im Durchschnitt aller Erkrankungen. Zwischen diagnostizierter und vermuteter ADHS zeigen sich dabei nur geringe Unterschiede. Die Einschränkungen im Bildungs- und Betreuungsalltag werden also bei einer elterlichen Vermutung ähnlich deutlich berichtet wie bei einer gesicherten Diagnose. Bei der Verantwortungszuschreibung sehen Eltern von Kindern mit ADHS neben Kinder- und Fachärztinnen bzw. -ärzten auch Krankenkassen häufiger in der Verantwortung; Schulen und Kindergärten werden dagegen nicht stärker hervorgehoben.

„Frühe Ansatzpunkte sind notwendig und die Forschung zeigt, dass frühere Hilfen tatsächlich einen günstigeren Verlauf fördern können. An erster Stelle stehen hier Elterntrainings und gezielte Interventionen im Kindergarten und in der Schule, die auch schon durchgeführt werden sollten, wenn die Problematik noch nicht voll ausgeprägt ist.“

Univ.-Prof. a.D. Dr. Manfred Döpfner

ADHS und Lebensstil

Mediennutzung und Begleiterscheinungen

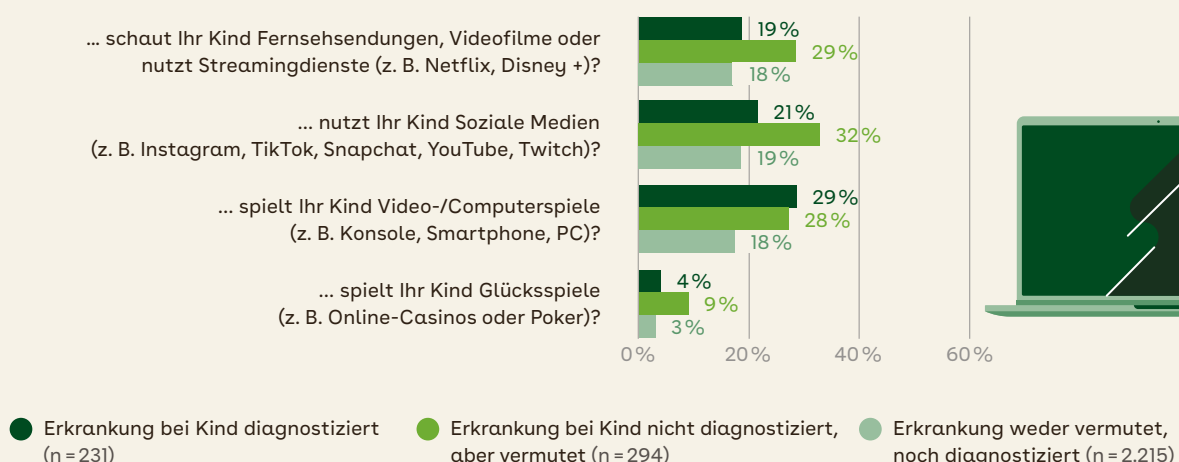
Da ADHS häufig mit Fragen der Aufmerksamkeit, Selbstregulation und Alltagsstruktur verbunden ist, stellt sich auch die Frage nach der Mediennutzung der betroffenen Kinder und Jugendlichen ab einem Alter von 7 Jahren. Im Folgenden wird daher untersucht, inwieweit diagnostizierte oder vermutete ADHS mit der Nutzung Sozialer Medien sowie Video- und Computerspielen und weiteren Medien zusammenhängt.

Im Hinblick auf den Medienkonsum zeigt sich ein bemerkenswertes Muster: Eltern von Kindern mit einer ADHS-Diagnose bzw. von Kindern ohne eine

ADHS-Diagnose berichten mit einer Ausnahme über das identische Medienkonsumverhalten – Eltern von Kindern mit vermuteten Diagnosen heben sich dagegen von beiden Gruppen signifikant ab (**s. Abb. 7.2.7**): So berichten diese über jeweils etwa zehn Prozentpunkte häufigere Nutzung von Sozialen Medien (32 %), Streaming-/Video-/TV-Angeboten (29 %) und Gaming (28 %) sowie eine mehrfach höhere Nutzung von Glücksspielen (9 %). Jedoch besteht beim Gamingverhalten die Besonderheit, dass ein vergleichbar hoher Anteil der Kinder mit diagnostizierter ADHS berichtet wird (29 %; Anteile für Diagnose bzw. Vermutung jeweils höher als in der Gruppe ohne Diagnose/Vermutung). Am Beispiel Sozialer Medien zeigt sich, dass der Medienkonsum vor allem bei Kindern und Jugendlichen mit vermuteter ADHS erhöht ist: 32 Prozent nutzen Soziale Medien

Abb. 7.2.7: Medienkonsum bei ADHS nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne ADHS

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *ca. 3-4 Stunden + mehr als 4 Stunden*. **Basis:** 7- bis 17-jährige Kinder.

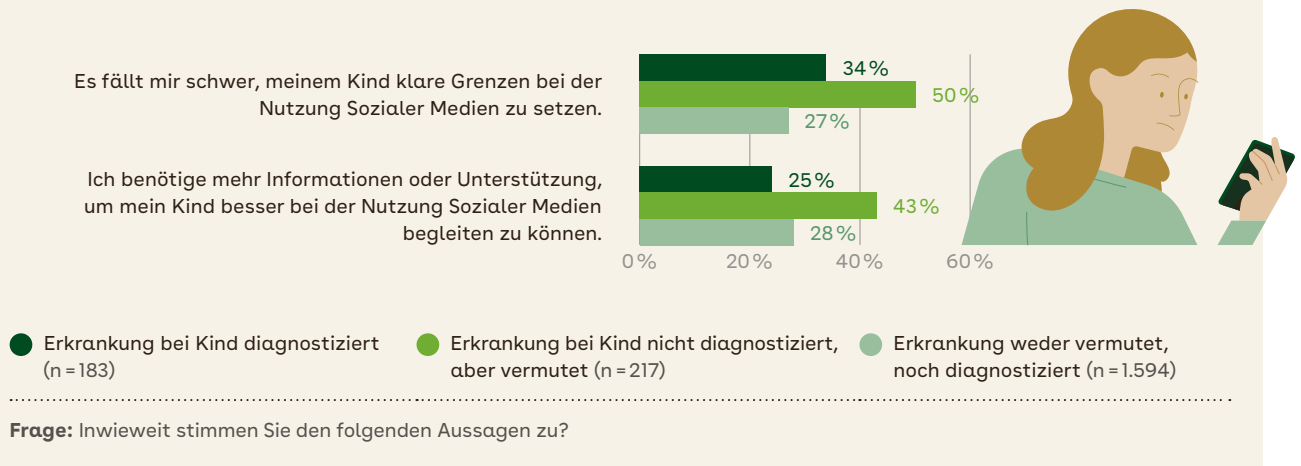


Frage: An einem durchschnittlichen Tag in den letzten 6 Monaten: Wie lange ...

Abb. 7.2.8: Medienkompetenz der Eltern bei ADHS nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne ADHS

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *stimme voll zu* + *stimme eher zu*.

Basis: 7- bis 17-jährige Kinder, die Soziale Medien konsumieren.



mindestens drei Stunden täglich und damit häufiger als im Durchschnitt aller Kinder und Jugendlichen mit mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung (28 %, s. Kapitel 5.1). Bei diagnostizierter ADHS ist der Anteil dagegen nicht erhöht.

Auch im Hinblick auf die selbstberichtete Medienkompetenz der Eltern zeigt sich ein vergleichbares Bild: Erneut sind vor allem die Anteile der Eltern mit Krankheitsvermutungen deutlich gegenüber den anderen beiden Gruppen signifikant erhöht (**s. Abb. 7.2.8**) – etwa die Hälfte berichtet von Schwierigkeiten, den Kindern klare Grenzen bei der Nutzung Sozialer Medien setzen zu können und über 40 Prozent geben an, mehr Informationen und Unterstützung bezüglich Sozialer Medien zu benötigen. Um diesen Nennungsanteil einzuordnen: Über alle im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 befragten Eltern mit Kindern im Alter von 7 bis 17 Jahren geben 30 Prozent an, dass sie mehr Informationen oder Unterstützung benötigen, um ihr Kind besser bei der Nutzung Sozialer Medien begleiten zu können (s. Kapitel 5.1). Der hier im Fall der Krankheitsvermutungen berichtete Anteil liegt deutlich darüber. In ähnlichem Umfang trifft dies auch auf die weiteren hier abgefragten Kompetenzen und Unterstützungsbedarfe zu. Dies verdeutlicht, dass speziell bei Kindern mit vermuteter ADHS nicht nur ein erhöhter Medienkonsum berichtet wird, sondern Eltern zugleich häufiger Unsicherheiten und Unterstützungsbedarfe im Umgang mit der Mediennutzung ihres Kindes wahrnehmen.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich vor allem Kinder mit einer vermuteten ADHS durch einen besonders intensiven Medienkonsum und deren Eltern sich durch einen höheren Unterstützungsbedarf bei der Medienbegleitung auszeichnen. Dieses Muster zeigt sich bereits bei mehreren Erkrankungen des sogenannten neurodivergenten Spektrums und spricht dafür, dass Eltern in Phasen diagnostischer Unsicherheit häufiger von Schwierigkeiten im Umgang mit der Mediennutzung ihrer Kinder berichten. Gleichzeitig deuten die Ergebnisse darauf hin, dass der Medienkonsum insbesondere in einer Phase diagnostischer Unsicherheit einen besonderen Stellenwert im Familienalltag einnehmen kann.

Bewegung und körperliche Aktivität

Da ADHS häufig mit Unruhe, Konzentrationsschwierigkeiten und Schwierigkeiten der Selbstregulation verbunden ist, stellt sich auch die Frage nach dem Bewegungsverhalten der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Im Folgenden wird daher untersucht, inwieweit diagnostizierte oder vermutete ADHS mit Bewegung und körperlicher Aktivität zusammenhängt.

Für Kinder im Alter von 3 bis 4 Jahren empfiehlt die WHO (2019), sich täglich insgesamt mindestens 180 Minuten körperlich zu bewegen. Für Kinder ab

5 Jahren empfiehlt die WHO über die ganze Woche hinweg durchschnittlich mindestens 60 Minuten pro Tag mäßige bis starke körperliche Betätigung. Die Ergebnisse des AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 zeigen, dass nur 13 Prozent der 3- bis 17-Jährigen täglich aktiv sind (s. Kapitel 5.2).

Der Anteil der Kinder mit diagnostizierter oder vermuteter ADHS, die nach Angaben ihrer Eltern täglich mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind, liegt nahezu auf dem Niveau aller in der Studie abgebildeten Kinder im Alter von 3 bis 17 Jahren. So sind elf Prozent der Kinder mit ADHS-Diagnose und zwölf Prozent mit Vermutung täglich mindestens eine Stunde körperlich aktiv, gegenüber 13 Prozent aller Kinder dieser Altersgruppe (s. Kapitel 5.2). Gleichzeitig ist der Anteil der Kinder, die sich nur an maximal einem Tag pro Woche mindestens 60 Minuten körperlich betätigen, bei ADHS erhöht: Dies betrifft 16 Prozent der Kinder mit Diagnose und 15 Prozent der Kinder mit Vermutung, gegenüber zehn Prozent aller Kinder im Alter von 3 bis 17 Jahren. Auch im Vergleich zu Kindern mit mindestens einer im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 betrachteten chronischen Erkrankung liegt der Anteil bei ADHS höher: Unter Kindern mit mindestens einer Diagnose beträgt der Vergleichswert zwölf Prozent, unter Kindern mit mindestens einer Vermutung 13 Prozent. Damit zeigt sich bei ADHS weniger ein Unterschied beim Anteil täglich aktiver Kinder, sondern vor allem ein erhöhter Anteil von Kindern mit sehr geringer körperlicher Aktivität.

Hinsichtlich der ausgeübten körperlich-sportlichen Aktivitäten zeigen sich auch Unterschiede: So sind signifikant weniger Kinder mit Diagnose (47%) und Krankheitsvermutung (45%) laut Angabe der Eltern in einem Sportverein aktiv (Vergleichsgruppe ohne ADHS-Diagnose 58%), nur 62 Prozent der Kinder mit Diagnose und 61 Prozent der Kinder mit Vermutung legen Wege zu Fuß, mit Fahrrad, Roller oder Laufrad zurück (jeweils signifikant zur Vergleichsgruppe 70%), bei allen weiteren Aktivitäten zeigen sich keine berichtenswerten Unterschiede.

Die Ergebnisse zeigen, dass Kinder mit diagnostizierter oder vermuteter ADHS seltener körperlich aktiv sind und sich insgesamt weniger an alltäglichen Bewegungsangeboten beteiligen. Die Unterschiede zwischen diagnostizierter und vermuteter ADHS sind dabei gering.

„Regelmäßiger Sport scheint auch eine positive Auswirkung auf die Symptomatik zu haben.“

Univ.-Prof. a.D. Dr. Manfred Döpfner



Substanzkonsum

Neben den bereits dargestellten Zusammenhängen mit Mediennutzung und Bewegung stellt sich auch die Frage, ob ADHS mit weiteren Formen gesundheitlich riskanten Konsumverhaltens einhergeht. Im Folgenden wird daher untersucht, inwieweit Zusammenhänge zwischen diagnostizierter oder vermuteter ADHS und dem Konsum von bspw. Alkohol, Nikotin oder Energydrinks bestehen.

Für ihre 14- bis 17-jährigen Kinder berichten die Eltern signifikant häufiger von einem mindestens fast wöchentlichen Konsum von Energydrinks, wenn sie eine ADHS bei ihrem Kind vermuten, als wenn hierfür bereits eine Diagnose besteht oder weder Diagnose noch Vermutung vorliegen (26 % Diagnose vs. 46 % Vermutung vs. 24 % ohne). Zur Einordnung: Damit fällt der Energydrink-Konsum bei einer vermuteten ADHS auch höher aus als im Durchschnitt der Jugendlichen mit mindestens einer diagnostizierten chronischen Erkrankung: Bei mindestens einer diagnostizierten chronischen Erkrankung liegt der Vergleichswert bei 27 Prozent, bei mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung bei 32 Prozent (s. Kapitel 5.4).

In Bezug auf die Nennungsanteile vermindert, aber dennoch mit signifikant erhöhten Nennungsanteilen für Jugendliche mit Krankheitsvermutung, berichten die Eltern einen ebenfalls mindestens fast wöchentlichen Konsum für E-Zigaretten/Vapes/E-Shisha (18 % und 29 % jeweils signifikant vs. 7 %), Alkohol (5 % vs. 15 % vs. 4 %; Anteil Vermutung signifikant höher als bei Diagnose oder ohne Diagnose/Vermutung) und Cannabis (9 % und 14 % jeweils signifikant vs. 2 %). Die in Kapitel 5.4 berichteten Ergebnisse verweisen auf einen allgemein höheren Konsum von Substanzen, wenn Kinder und Jugendliche nach Angabe ihrer Eltern mindestens eine chronische Erkrankung aufweisen oder eine solche vermutet wird (s. Kapitel 5.4). In den Kontext dieses übergreifenden Befundes sind die Ergebnisse für ADHS einzuordnen.

Das erkennbare Muster, dass insbesondere Jugendliche mit einer vermuteten ADHS häufiger Substanzen konsumieren, fügt sich in die übrigen Ergebnisse des Kapitels ein und deutet darauf hin, dass vor allem in der Phase diagnostischer Unsicherheit mehrere gesundheitliche Belastungen gleichzeitig auftreten können. Das unterscheidet den Befund bei ADHS von dem bei psychischen Erkrankungen: Dort unterscheidet sich der Konsum in Abhängigkeit einer Diagnose oder Krankheitsvermutung kaum. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass ein erhöhter Substanzkonsum bei Jugendlichen mit vermuteter ADHS ein relevantes Begleitphänomen sein kann und daher berücksichtigt werden sollte.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS insbesondere in den Bereichen Mediennutzung, Bewegung und Substanzkonsum Unterschiede zu Gleichaltrigen ohne ADHS zeigen. Charakteristisch ist dabei, dass diese Auffälligkeiten vor allem bei Kindern mit einer vermuteten ADHS auftreten und sich häufig deutlicher zeigen als bei diagnostizierter ADHS. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass gerade in Phasen diagnostischer Unsicherheit der Begleitung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen eine besondere Bedeutung zukommen kann. Hierzu zählen insbesondere die Unterstützung der Mediennutzung, die Förderung von Bewegung sowie die frühzeitige Ansprache riskanter Konsummuster.



Umgang mit ADHS-Vermutungen

Wie bereits zu Beginn des Kapitels beschrieben, ist der Anteil der von den Eltern berichteten ADHS-Vermutungen gegenüber der Erhebung 2024 deutlich gestiegen. Mögliche Ursachen hierfür reichen von einer höheren öffentlichen Aufmerksamkeit für ADHS und Neurodivergenz bis hin zu einer stärkeren Sensibilisierung für entsprechende Verhaltensauffälligkeiten (s. auch Kapitel 6.2). Die folgenden Ergebnisse geben einen Einblick, worauf Eltern ihre Vermutungen stützen, welche Informationsquellen sie nutzen und wie sie mit ersten Anzeichen einer möglichen ADHS umgehen.

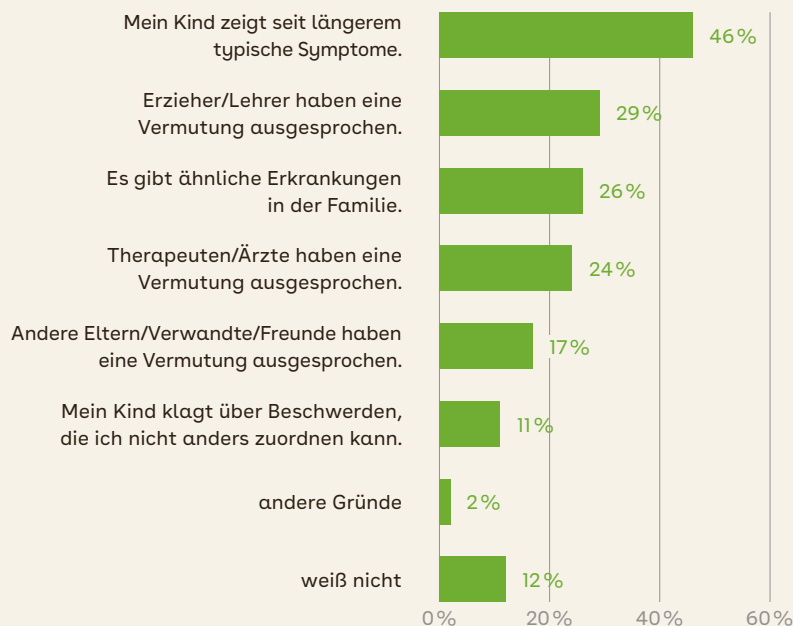
Eltern, die eine ADHS bei ihrem Kind vermuten, stützen ihre Vermutung vor allem darauf, dass sie seit längerer Zeit entsprechende Anzeichen bzw. Symptome bei ihrem Kind beobachten (46 %; s. Abb. 7.2.9). Darüber hinaus nennen sie ähnliche Erkrankungen in der Familie (26 %) oder Hinweise von Lehrkräften und Erziehenden (29 %), Therapeutinnen bzw. Therapeuten sowie Ärztinnen bzw. Ärzten (24 %) oder anderen Eltern, Bekannten und Verwandten (17 %) als Auslöser ihrer Vermutung. Im Vergleich zu anderen

im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 untersuchten Erkrankungen spielt das Wahrnehmen vermeintlich typischer Symptome insbesondere bei ADHS, psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen eine deutlich größere Rolle (Durchschnittswert 30 %, s. Abb. 6.2.12 in Kapitel 6.2). Dies unterstreicht die Bedeutung einer guten Gesundheitskompetenz der Eltern für die Einordnung erster Auffälligkeiten. Gleichzeitig zeigt sich, dass Lehrkräfte und Erziehende insbesondere bei ADHS, Entwicklungsstörungen und psychischen Erkrankungen überdurchschnittlich häufig Hinweise auf mögliche Auffälligkeiten geben. Dies verdeutlicht die wichtige Rolle von Bildungs- und Betreuungseinrichtungen sowohl für das frühzeitige Erkennen möglicher Erkrankungen als auch als Informations- und Orientierungsquelle für Eltern (s. Kapitel 6.2).

In mehr als jedem dritten Fall fand bereits ein Arztbesuch zur Abklärung statt (37 %). Für jeweils ein Viertel der Betroffenen ist eine ärztliche Konsultation entweder schon terminiert (24 %) oder überhaupt nicht geplant (25 %) und 14 Prozent berichten, dass der Termin zwar geplant, aber noch nicht vereinbart worden sei (s. Abb. 7.2.10).

Abb. 7.2.9: Grund für Vermutung von ADHS

Basis: n = 251 (3- bis 17-jährige Kinder, bei denen ADHS vermutet wird).



Frage: Weshalb vermuten Sie, dass Ihr Kind ADHS haben könnte? (Mehrfachantwort möglich)

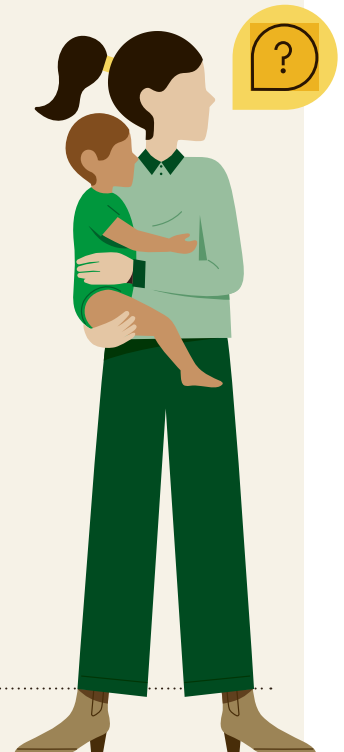
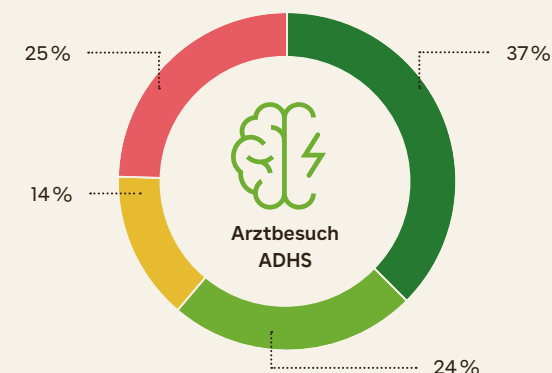


Abb. 7.2.10: Arztbesuch für Vermutung von ADHS

Basis: n = 251 (3- bis 17-jährige Kinder, bei denen ADHS 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?



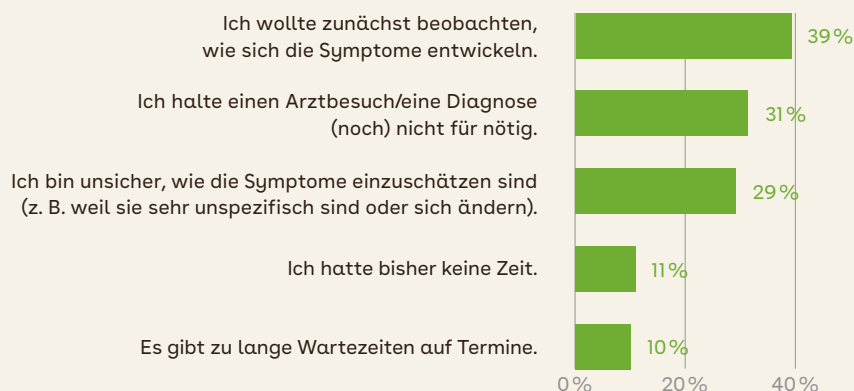
Diese Nennungsanteile entsprechen weitestgehend dem Muster, das sich im Durchschnitt aller in der Studie abgefragten chronischen Erkrankungen findet (**s. Abb. 6.2.13** in Kapitel 6.2).

Wurde bisher kein Arzttermin vereinbart oder ist ein Arztbesuch gar nicht geplant, ist dafür zumeist verantwortlich, dass die Eltern zunächst beobachten wollen, wie sich die Symptome entwickeln (39%), dass sie einen Arztbesuch bzw. eine (mögliche) Diagnose (noch) nicht für nötig halten (31%) und/oder sich unsicher sind, wie die Symptome einzuschätzen sind (29%; **s. Abb. 7.2.11**). Insbesondere der Wunsch nach weiterer Beobachtung (39% vs. 29%) und auch die Unsicherheit bezüglich der Einschätzung der Symptome (29% vs. 13%) werden im Fall einer vermuteten ADHS häufiger genannt als im Durchschnitt aller in der Studie abgefragten chronischen Erkrankungen (**s. Abb. 6.2.14** in Kapitel 6.2). Die Ergebnisse sprechen dafür, dass die Phase zwischen ersten Auffälligkeiten und einer ärztlichen Abklärung eine zentrale Orientierungsphase für Eltern darstellt. Umso wichtiger erscheinen eine gute Gesundheitskompetenz der Eltern sowie Informationsangebote, die Eltern dabei unterstützen, Symptome angemessen einzuordnen und den Zeitpunkt einer ärztlichen Abklärung besser einschätzen zu können.

Tatsächlich erfolgte Arztbesuche führten dazu, dass die Vermutungen der Eltern in etwa einem Viertel der Fälle (noch) nicht diagnostisch bestätigt werden konnten (28%; **s. Abb. 7.2.12**). Dieser Wert ist vergleichbar zu dem in Kapitel 6.2 berichteten Durchschnitt aller vermuteten chronischen Erkrankungen (29%; **s. Abb. 6.2.15**). In etwa einem Fünftel der Fälle konnte keine Diagnose aufgrund des zu geringen Alters des Kindes oder fehlender Symptome erfolgen (21%); für etwa die Hälfte der Betroffenen konnte jedoch die Diagnostik bisher noch nicht abgeschlossen werden, da die Untersuchungen nach Elternberichten noch andauern (48%). Die sich hieraus ergebende Summe von 69 Prozent noch nicht abgeschlossener Vermutungsklärunge liegt über dem Durchschnittswert aller vermuteten Erkrankungen (62%) und verdeutlicht, dass der diagnostische Klärungsprozess bei ADHS vergleichsweise häufig noch offen ist. Dieser Befund passt zur deutlich höheren Zahl elterlicher Vermutungen als tatsächlich bestätigter Erkrankungen. Die Ergebnisse sprechen damit weniger für Fehleinschätzungen der Eltern als vielmehr für die besondere Schwierigkeit, Beschwerden und Symptome bei einer vermuteten ADHS zuverlässig einzuordnen.

Abb. 7.2.11: Häufigste Gründe gegen einen Arzttermin bei ADHS-Vermutung

Basis: n = 97 (3- bis 17-jährige Kinder, bei denen ADHS vermutet wird, aber (noch) kein Arzttermin vereinbart oder geplant wurde).

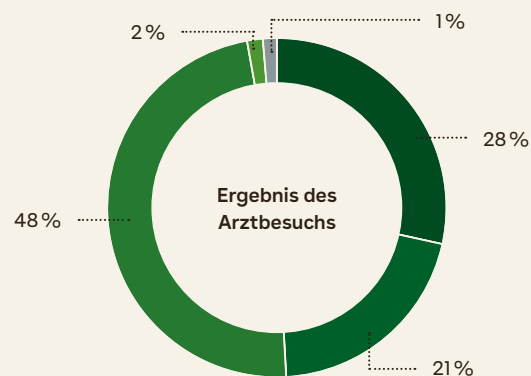


Frage: Aus welchen Gründen haben Sie bisher noch keinen Kinder- oder Facharzt zur Abklärung der Symptome konsultiert? (Mehrfachantwort möglich)

Unabhängig von einem Arztbesuch nutzen Eltern mit einer Krankheitsvermutung eine breite Palette an Informationsquellen. Am häufigsten werden Online-Suchportale genutzt (30%), gefolgt von Schule bzw. Kindergarten (28%) und KI-Anwendungen (21%; **s. Abb. 7.2.13**). Ebenfalls bedeutsam sind Informationen der Krankenkassen und öffentlicher Institutionen (jeweils 17%). Soziale Medien spielen mit 16 Prozent ebenfalls eine relevante Rolle. Schulen und Kindergärten spielen bei der Information zu Krankheitsvermutungen über alle im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 betrachteten Erkrankungen hinweg eher eine nachgelagerte Rolle (12%; **s. Abb. 6.2.16** in Kapitel 6.2) – im Fall vermuteter Entwicklungsstörungen, ADHS oder psychischer Erkrankungen werden sie durch die Eltern jedoch überdurchschnittlich häufig genutzt. Auch Online-Suchportale (Durchschnittswert 24%; **s. Abb. 6.2.17** in Kapitel 6.2) werden im Fall einer ADHS-Vermutung häufiger genutzt.

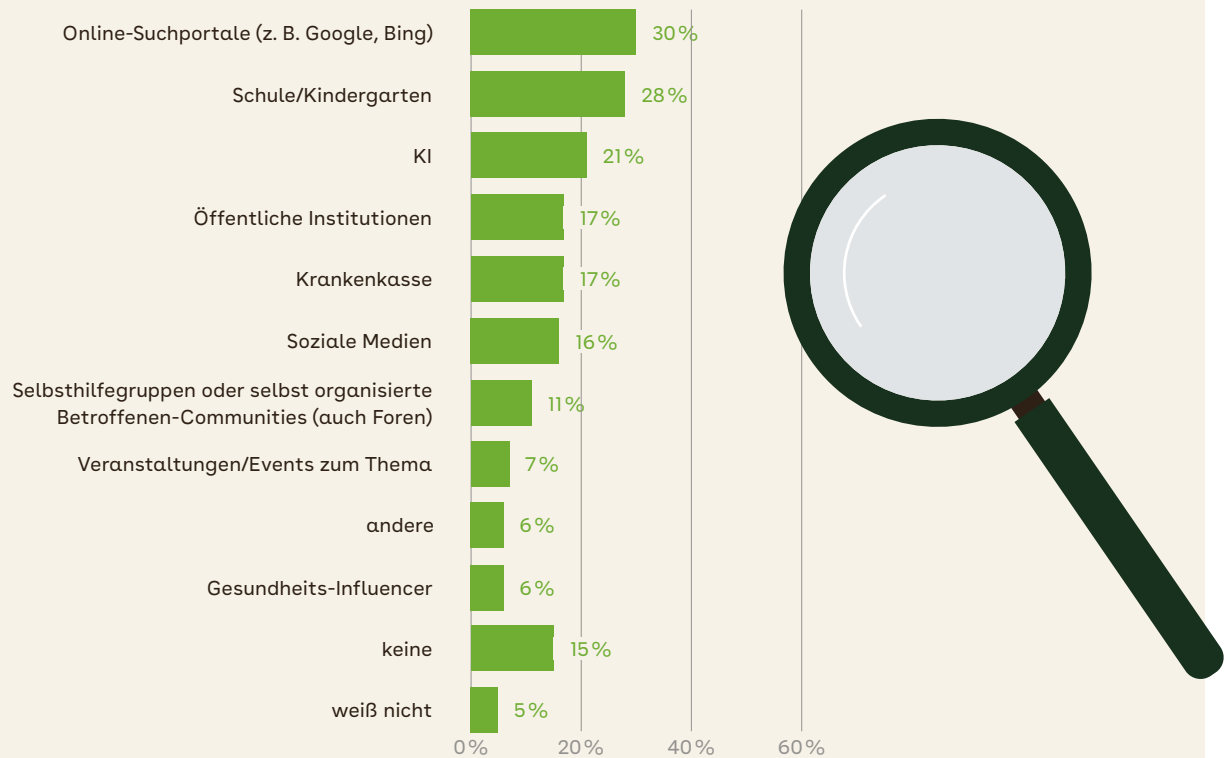
Abb. 7.2.12: Ergebnis des Arztbesuchs bei Vermutung von ADHS

Basis: n = 94 (3- bis 17-jährige Kinder, bei denen ADHS vermutet wird und ein Arztbesuch 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?

Abb. 7.2.13: Verwendete Informationsquellen bei ADHS-Vermutung**Basis:** n = 251 (3- bis 17-jährige Kinder, bei denen ADHS 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? (Mehrfachantwort möglich)

Die Ergebnisse zeigen, dass der deutliche Anstieg elterlicher ADHS-Vermutungen mit einem hohen Informations- und Orientierungsbedarf einhergeht. Eltern stützen ihre Vermutungen häufig auf selbst beobachtete Auffälligkeiten ihres Kindes sowie auf Hinweise aus Bildungs- und Betreuungseinrichtungen und dem medizinischen Umfeld. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Wahrnehmung gesundheitlicher Auffälligkeiten, deren Ursachen zunächst unklar sind, für viele Familien mit Unsicherheit verbunden ist: Ein Teil der Eltern verzichtet zunächst auf eine ärztliche Abklärung oder beobachtet die weitere Entwicklung des Kindes,

während bei vielen Familien die Diagnostik noch andauert. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung einer guten Gesundheitskompetenz der Eltern sowie niedrigschwelliger, fundierter Informationsangebote, die eine angemessene Einordnung erster Auffälligkeiten unterstützen können. Gleichzeitig zeigen sie, dass Bildungs- und Betreuungseinrichtungen insbesondere bei ADHS, Entwicklungsstörungen und psychischen Erkrankungen eine wichtige Rolle für das frühzeitige Erkennen möglicher Auffälligkeiten sowie als Informations- und Orientierungsquelle für Eltern einnehmen.

„Lange Zeit haben wir uns Sorgen über die stigmatisierenden Effekte einer ADHS-Diagnose gemacht. Die kann es auch immer noch geben. Aber immer häufiger treffen wir mittlerweile auf Menschen, die einer ADHS-Diagnose hauptsächlich etwas Positives abgewinnen können.“

Univ.-Prof. a.D. Dr. Manfred Döpfner



Gesundheit der Kinder mit ADHS

Um die gesundheitliche Situation von Kindern mit chronischen Erkrankungen differenziert einzuordnen, werden neben dem subjektiven Gesundheitszustand auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität (KIDSCREEN-10) und psychosomatische Beschwerden (HBSC) betrachtet. Während der subjektive Gesundheitszustand eine übergreifende elterliche Einschätzung abbildet, ergänzen KIDSCREEN-10 und HBSC diese Perspektive um Aspekte des Wohlbefindens, der psychischen Belastung und der Alltagsbeschwerden.

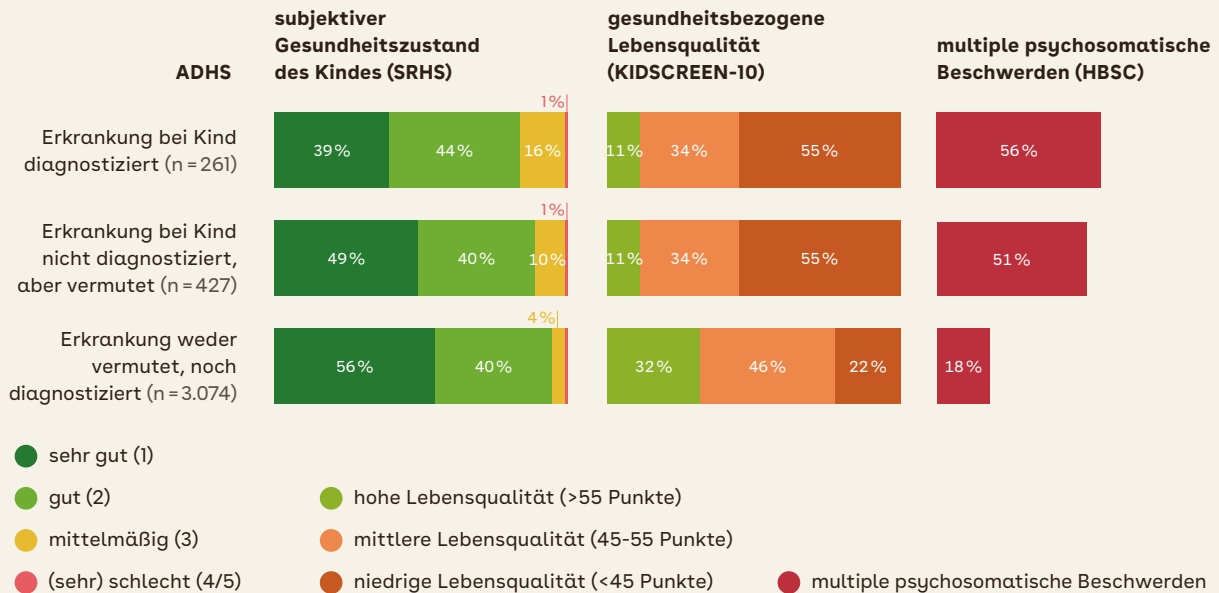
Liegt eine ADHS-Diagnose des Kindes vor, berichten die betroffenen Eltern in 39 Prozent der Fälle von einem *sehr guten* subjektiven Gesundheitszustand ihres Kindes, in 44 Prozent wird dieser als *gut* und in 16 Prozent der Fälle als *mittelmäßig* beurteilt (**s. Abb. 7.2.14**). Bei einer Krankheitsvermutung bewerten 49 Prozent der Eltern den Gesundheitszustand ihres Kindes als *sehr gut* (signifikant höher als bei Diagnose), 40 Prozent als *gut* und zehn Prozent als *mittelmäßig* (signifikant niedriger als bei Diagnose). Der größte Unterschied ergibt sich im Hinblick auf den Gesundheitszustand im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne diagnostizierte oder vermutete Erkrankung, vor allem im Hinblick auf den mit 56 Prozent höheren Anteil mit *sehr gutem* Gesundheitszustand (jeweils signifikant höher als Anteile bei diagnostiziert oder vermutet).

Damit liegt der Anteil der Kinder mit *sehr gutem* subjektiven Gesundheitszustand bei diagnostizierter ADHS deutlich unter dem Vergleichswert aller Kinder von 3 bis 17 Jahren mit mindestens einer diagnostizierten chronischen Erkrankung (39 % vs. 45 %); bei vermuteter ADHS entspricht er dagegen nahezu dem Vergleichswert aller Kinder mit mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung (49 % vs. 47 %).

Die von den Eltern eingeschätzte gesundheitsbezogene Lebensqualität (auf Basis des KIDSCREEN-10) fällt bei Kindern mit einer bisher nur vermuteten ADHS vergleichbar kritisch aus wie bei einer bereits diagnostizierten Erkrankung: 55 Prozent der Eltern von Kindern mit Diagnose schätzen die Lebensqualität ihres Kindes mit Diagnose als niedrig ein, unter den Eltern mit Vermutung liegt dieser Anteil vergleichbar hoch (**s. Abb. 7.2.14**). Das bedeutet, dass die Lebensqualität der betroffenen Kinder in vergleichbarem Maße eingeschränkt ist, unabhängig davon, ob eine ADHS diagnostiziert wurde oder diese bisher vermutet wird. Ohne Diagnose oder Vermutung bewerten signifikant weniger Eltern (nur 22 %) die Lebensqualität ihres Kindes als niedrig. Entsprechend fällt auch der Anteil mit einer hohen Lebensqualität bei Kindern ohne Diagnose/Vermutung (32 %) signifikant größer aus als bei Kindern mit Vermutung oder Diagnose (jeweils 11 %).

Abb. 7.2.14: Subjektiver Gesundheitszustand, gesundheitsbezogene Lebensqualität und multiple psychosomatische Beschwerden des Kindes bei ADHS nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne ADHS

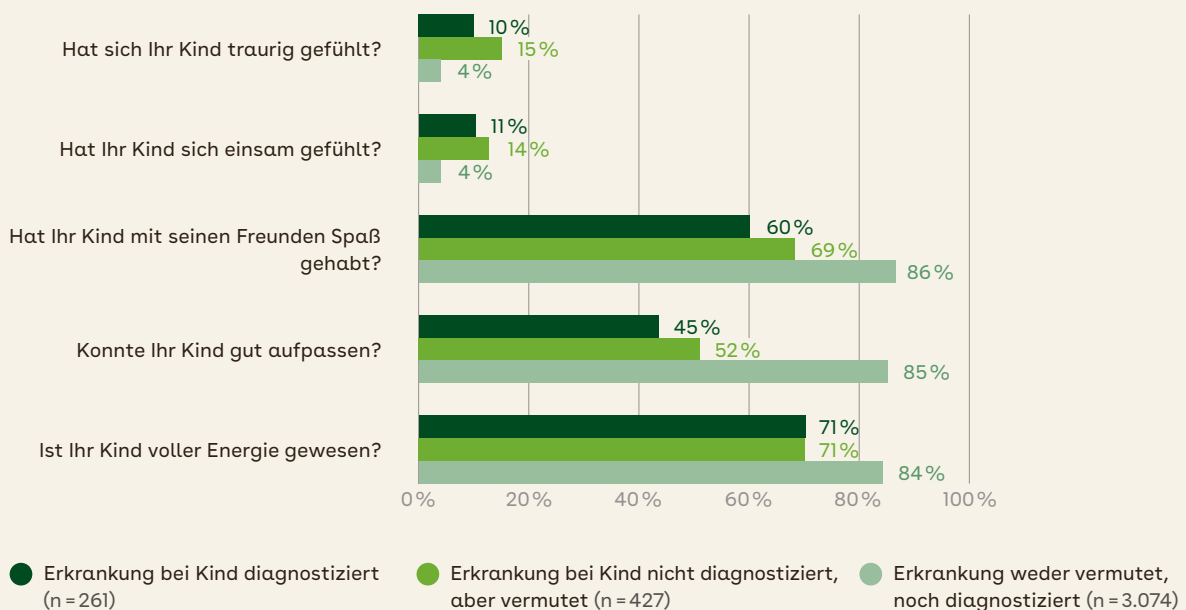
Basis: 3- bis 17-jährige Kinder.



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. 7.2.15: Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei ADHS nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne ADHS

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *immer + oft*. **Basis:** 3- bis 17-jährige Kinder.



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

Im Vergleich zum Durchschnitt der 3- bis 17-jährigen Kinder mit mindestens einer diagnostizierten chronischen Erkrankung weisen Kinder mit diagnostizierter ADHS deutlich häufiger eine niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität auf (55 % vs. 39 %). Auch bei vermuteter ADHS liegt der Anteil über dem Vergleichswert aller Kinder mit mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung (55 % vs. 43 %). Damit zählt ADHS zu den Erkrankungen mit deutlich eingeschränkter gesundheitsbezogener Lebensqualität.

Mit Blick auf die mit dem KIDSCREEN im Einzelnen erfassten Indikatoren (**s. Abb. 7.2.15**) berichten Eltern betroffener Kinder signifikant häufiger davon, dass sich ihr Kind *oft* bzw. *immer* traurig gefühlt hat (Diagnose: 10 %, Vermutung: 15 %, ohne: 4 %), sich *oft* bzw. *immer* einsam gefühlt hat (11 % vs. 14 % vs. 4 %) und seltener davon, dass es *oft* bzw. *immer* voller Energie gewesen ist (71 % vs. 71 % vs. 84 %), Spaß mit seinen Freunden hatte (60 % vs. 69 % vs. 86 %) oder gut aufpassen konnte (45 % vs. 52 % vs. 85 %).

Im Vergleich mit allen anderen im Rahmen des AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 vertiefend betrachteten Erkrankungen zeigen sich für den Einzelindikator zum guten Aufpassen bei den Antwortoptionen *oft* bzw. *immer* im Fall einer ADHS-Diagnose oder -Vermutung die geringsten Nennungsanteile, die auch deutlich unterhalb der Durchschnittswerte für alle Kinder mit mindestens einer elterlich berichteten Diagnose oder Vermutung liegen. Bei allen weiteren Indikatoren zeigen sich zwar durchweg kritischere Einschätzungen zum Durchschnitt, jedoch keine Besonderheiten im Vergleich zu den weiteren betrachteten Erkrankungen.

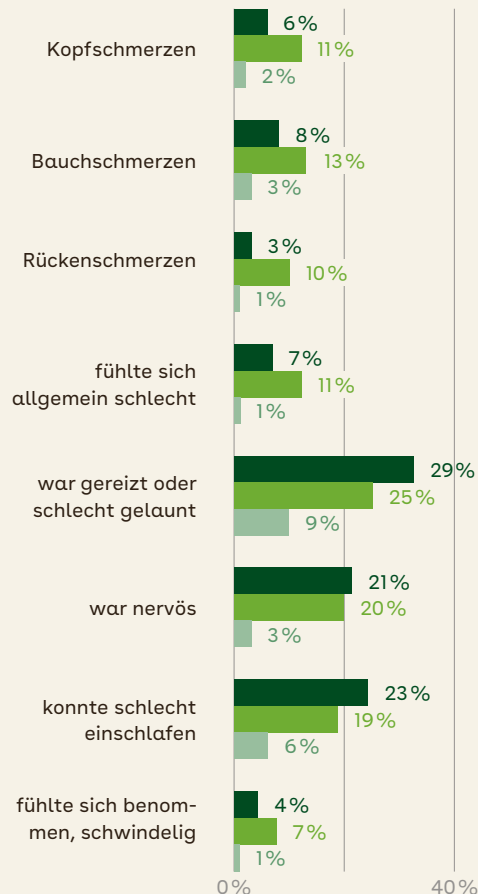
Jeweils über die Hälfte der Kinder mit einer diagnostizierten oder vermuteten ADHS-Erkrankung weisen psychosomatische Beschwerden auf (56 % bzw. 51 %; **s. Abb. 7.2.14**), das entspricht etwa einem dreimal so hohen Anteil gegenüber der Vergleichsgruppe ohne ADHS (18 %; signifikanter Unterschied). Diese Nennungsanteile liegen oberhalb der Durchschnittswerte für alle Kinder und Jugendlichen von 3 bis 17 Jahren mit mindestens einer Diagnose oder Vermutung einer chronischen Erkrankung (36 % bzw. 38 %). Damit zählt ADHS zu den Erkrankungen mit deutlich höherer psychosomatischer Beschwerdelast.



Abb. 7.2.16: Psychosomatische Beschwerden bei ADHS nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne ADHS

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *mehrmals pro Woche + (fast) täglich*.

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder.



- Erkrankung bei Kind diagnostiziert (n = 261)
- Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet (n = 427)
- Erkrankung weder vermutet, noch diagnostiziert (n = 3.074)

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

Die psychosomatische Beschwerdelast ergibt sich bei den Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS-Diagnose vor allem aus drei Symptomen (**s. Abb. 7.2.16**) – Gereiztheit (29%), Nervosität (21%) und Einschlafschwierigkeiten (23%). Insbesondere die Nennungsanteile für Gereiztheit und Nervosität gehören mit zu den höchsten im Vergleich der in dieser Studie vertiefend betrachteten Erkrankungen und sind auch als deutlich überdurchschnittlich einzuschätzen. Charakteristisch für ADHS ist zugleich, dass sich die Gesamtbelastung zwischen Diagnose und Vermutung nur wenig unterscheidet, Eltern bei Krankheitsvermutungen aber häufiger ein breiteres Spektrum psychosomatischer Beschwerden berichten, darunter Bauch-, Kopf- und Rückenschmerzen.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass ADHS nach Angaben der Eltern weniger beim subjektiven Gesundheitszustand als vielmehr bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und psychosomatischen Beschwerden deutlich hervortritt. Kinder mit diagnostizierter oder vermuteter ADHS weisen deutlich häufiger eine niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität auf als Kinder ohne Diagnose oder Vermutung und liegen auch über den Vergleichswerten aller Kinder mit mindestens einer chronischen Erkrankung. Besonders charakteristisch ist, dass sich die Befunde zwischen Diagnose und Vermutung teils wenig unterscheiden. Kinder mit ADHS-Vermutung zeigen bereits ein ähnlich kritisches Profil wie Kinder mit gesicherter Diagnose. Auffällig sind vor allem Gereiztheit, Nervosität und Einschlafschwierigkeiten. Zudem zeigt sich beim KIDSCREEN-Indikator zum guten Aufpassen ein besonders niedriger Wert im Erkrankungsvergleich. Die Ergebnisse sprechen damit dafür, bereits Krankheitsvermutungen ernst zu nehmen, da Einschränkungen des Wohlbefindens und belastungsbezogene Beschwerden hier bereits deutlich sichtbar werden.

Krankheitsbezogene Belastung von Kindern und Eltern

Im Vergleich zu anderen im Rahmen der vorliegenden Studie betrachteten diagnostizierten oder vermuteten Erkrankungen berichten die Eltern im Fall einer diagnostizierten ADHS von erhöhten krankheitsbezogenen Belastungen von Kindern und Eltern. Diese liegen über den Durchschnittswerten, die Eltern für ihre Kinder mit mindestens einer Krankheitsdiagnose oder -vermutung berichten, aber unterhalb derer, die von den Eltern von Kindern mit psychischen Erkrankungen oder Adipositas berichtet werden. Knapp zwei Fünftel der befragten Eltern von Kindern mit diagnostizierter ADHS geben für ihr Kind an, dass dieses *sehr* bzw. *eher stark* durch die ADHS-Erkrankung

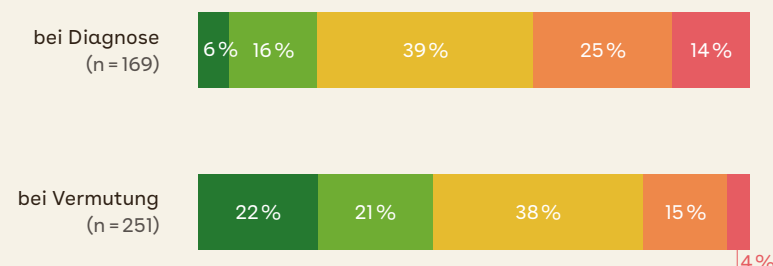
belastet ist (39%; s. **Abb. 7.2.17**). Wird bisher nur eine ADHS vermutet, gibt nur knapp ein Fünftel der Eltern eine Belastung des Kindes an (19%; signifikanter Unterschied). Fast jedes zweite Elternteil (48 %) gibt für sich selbst eine *sehr* bzw. *eher starke* Belastung durch die diagnostizierte ADHS-Erkrankung des Kindes an. Liegt bisher nur eine Krankheitsvermutung vor, fällt dieser Anteil mit 29 Prozent wie bei den Kindern signifikant geringer aus. Die Ergebnisse zeigen, dass die Eltern vor allem dann Belastungen berichten, wenn bereits eine Diagnose gestellt wurde. Liegt aktuell nur eine Krankheitsvermutung vor, werden geringere Belastungen berichtet.

Abb. 7.2.17:

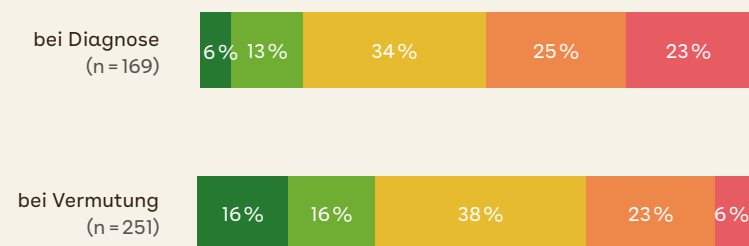
Belastung von Kindern und Eltern durch diagnostizierte oder vermutete ADHS der Kinder

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder, bei denen ADHS diagnostiziert ist oder vermutet wird.

Belastung der Kinder



Belastung der Eltern



● sehr gering ● eher gering ● teils/teils ● eher stark ● sehr stark

Frage: Wie belastet Sie bzw. Ihr Kind diese (vermutete) Erkrankung?

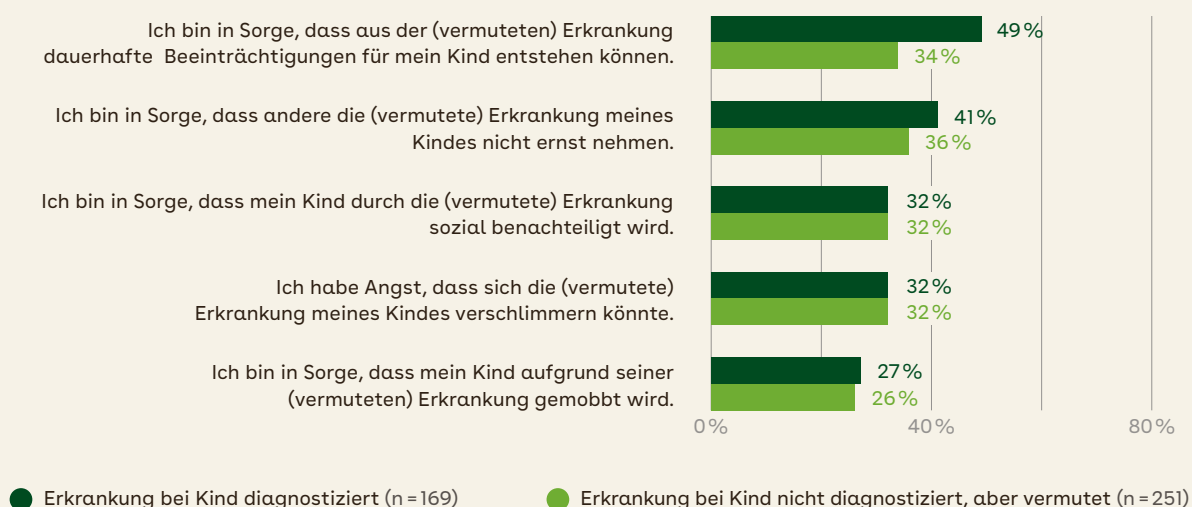
Krankheitsbezogene Sorgen der Eltern und Unterstützungsempfinden

Im Vergleich zu anderen im Rahmen der vorliegenden Studie vertiefend betrachteten diagnostizierten oder vermuteten Erkrankungen berichten die Eltern im Fall von ADHS seltener von wahrgenommenen Sorgen als bei psychischen Erkrankungen, Adipositas und Entwicklungsstörungen. Gleichwohl zeigen sich relevante Anteile der Eltern besorgt. Eine der größten Sorgen der Eltern ist, dass aus der (vermuteten) Erkrankung dauerhafte Beeinträchtigungen für das Kind entstehen können (bei Diagnose 49 % vs. bei Vermutung 34 %; signifikanter Unterschied), sowie die Sorge, dass andere die (vermutete) Erkrankung des Kindes nicht ernst nehmen könnten (41 % vs. 36 %; **s. Abb. 7.2.18**). Für Eltern mit diagnostizierten und vermuteten ADHS-Erkrankungen ihrer Kinder gleichermaßen häufig sind sowohl Sorgen bezüglich einer weiteren Verschlimmerung der (vermuteten) Erkrankung (jeweils 32 %) als auch Sorgen bezüglich möglicher sozialer Benachteiligungen der Kinder durch die (vermutete) Erkrankung (jeweils 32 %). Der Sorge, dass das Kind aufgrund der (vermuteten) Erkrankung gemobbt wird, stimmen jeweils etwa ein Viertel der betroffenen Eltern voll bzw. eher zu (27 % vs. 26 %).

Nur zwei Drittel der Eltern, die von einer ADHS-Diagnose ihres Kindes berichten, halten sich für gut informiert (**s. Abb. 7.2.19**): So *stimmen* 67 Prozent dieser Eltern der Aussage *voll* bzw. *eher zu*, genau zu wissen, an wen bzw. wohin sie sich in Bezug auf eine bestmögliche gesundheitliche Versorgung ihres Kindes wenden können. Äußern die Eltern nur eine Krankheitsvermutung, liegt dieser Anteil noch etwas niedriger bei 60 Prozent. Nur knapp drei Viertel der Eltern von diagnostizierten Kindern (73 %) und nur etwa zwei Drittel der Eltern, die eine Erkrankung ihres Kindes vermuteten (64 %), *stimmen* der Aussage *voll* bzw. *eher zu*, dass es in ihrem Umfeld auch Menschen gibt, mit denen sie offen über die (vermutete) Erkrankung ihres Kindes sprechen können (signifikanter Unterschied). Ebenfalls nur etwa zwei Drittel beider Gruppen haben das Gefühl, dass ihre Kinder die bestmögliche gesundheitliche Versorgung erhalten, die sie benötigen (66 % vs. 64 %). Ähnliches zeigt sich hinsichtlich der Zustimmung der Eltern dazu, dass sie das Gefühl haben, dass ihr Kind mit seiner (vermuteten) Erkrankung in der jeweiligen Bildungs- und Betreuungseinrichtung gut aufgehoben ist. Hier stimmen nur knapp 60 Prozent der Eltern

Abb. 7.2.18: Sorgen bei ADHS nach Diagnose bzw. Vermutung

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *stimme voll zu* + *stimme eher zu*. **Basis:** 3- bis 17-jährige Kinder, bei denen ADHS diagnostiziert ist oder vermutet wird.



Frage: Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

mit vorliegender Diagnose bei ihrem Kind zu (59%), bei einer Krankheitsvermutung liegt dieser Anteil bei etwas mehr als der Hälfte der betroffenen Eltern (52%). Die Ergebnisse deuten auf relevante Elternanteile hin, die umfassende Unterstützungsbedarfe haben. Diese fallen im Vergleich zu anderen in dieser Studie betrachteten Erkrankungen gemeinsam mit psychischen Erkrankungen und Verhaltenssüchten tendenziell am höchsten aus.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Sorgen der Eltern von Kindern mit ADHS vor allem auf die langfristige Entwicklung ihres Kindes, mögliche Benachteiligungen sowie mangelndes Verständnis im sozialen Umfeld richten. Gleichzeitig fühlen sich viele Eltern zwar grundsätzlich orientiert und berichten von einer guten gesundheitlichen Versorgung ihres Kindes, dennoch sieht sich etwa ein Drittel nicht ausreichend informiert. Auch die Betreuung in Schule oder Kindergarten wird von einem erheblichen Teil der Eltern kritisch bewertet. Die Ergebnisse verdeutlichen damit, dass trotz vorhandener Unterstützungsangebote weiterhin erhebliche Potenziale bestehen, insbesondere in Bezug auf Orientierung, Begleitung und Teilhabe im Alltag.

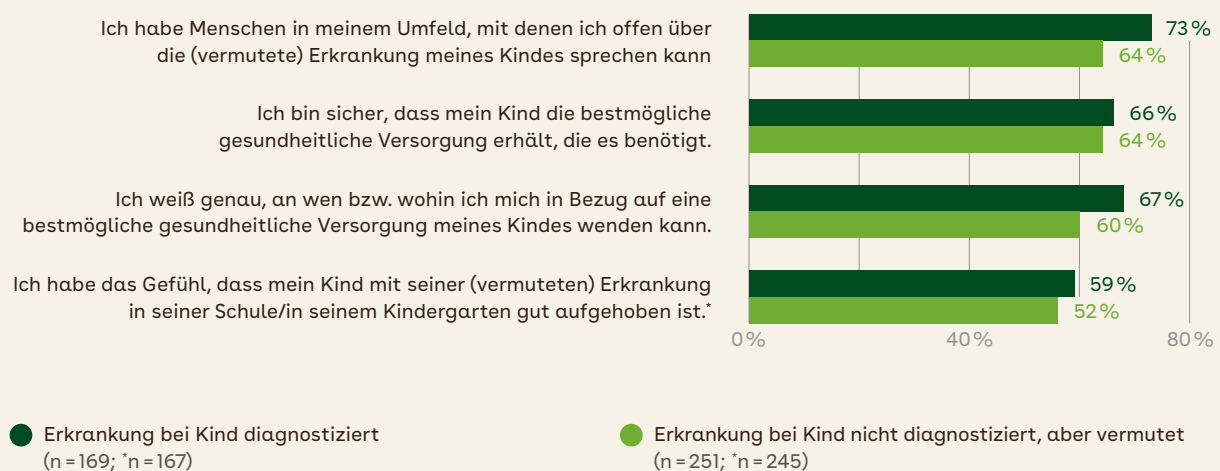
Welche konkreten Auswirkungen hat ADHS auf den Alltag von Kindern und ihren Familien – und welche Ansatzpunkte ergeben sich daraus für frühzeitige Unterstützung?

ADHS geht in der Regel mit erheblichen Einschränkungen in der psychosozialen Funktionsfähigkeit der Betroffenen, der Fähigkeit zur Teilhabe und der Lebensqualität einher. Darüber hinaus besteht ein hohes Chronifizierungsrisiko. Das heißt, ADHS-Symptome entwickeln sich häufig schon im Vorschulalter und können bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben, wobei sich bei einem deutlichen Anteil der Kinder mit dieser Problematik im Verlauf der Pubertät zumindest einige Symptome vermindern können, aber nicht müssen. Frühe Ansatzpunkte sind daher notwendig.

Univ.-Prof. a.D. Dr. Manfred Döpfner, emeritierter Professor für Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der medizinischen Fakultät der Universität zu Köln

Abb. 7.2.19: Unterstützungssituation bei ADHS nach Diagnose bzw. Vermutung

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *stimme voll zu* + *stimme eher zu*. **Basis:** 3- bis 17-jährige Kinder, bei denen ADHS diagnostiziert ist oder vermutet wird; ***reduzierte Basis:** Nur, wenn Kind zusätzlich Kindergarten, (Vor-)Schule oder Berufsschule besucht.



Frage: Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?



Nachgefragt bei ...

Univ.-Prof. a.D. Dr. Manfred Döpfner, emeritierter Professor für Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der medizinischen Fakultät der Universität zu Köln. Experte für ADHS sowie psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter.



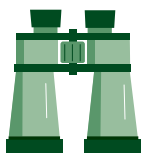
Was sind aus Ihrer Sicht aktuell die größten Herausforderungen für Kindergesundheit in Deutschland im Hinblick auf ADHS?

Obwohl ich mir wünsche, dass unsere Behandlungsmethoden noch wirkungsvoller sein könnten, stehen jedoch recht wirkungsvolle pharmakologische und psychologische Methoden zur Verfügung. Da diese jedoch nicht allen Betroffenen zu jeder Zeit zur Verfügung stehen, müssen wir daher die klassischen Formen der Verhaltenstherapie durch neue Methoden ergänzen, die die Selbsthilfe von Eltern, Lehrkräften und auch von den Patienten selbst stärker fokussieren. Das gelingt mit dem Einsatz einer digitalen Unterstützung. Diesen Weg müssen wir konsequent weitergehen.



Was ist aus Ihrer Sicht der wichtigste Ansatzpunkt, mit dem Eltern ihre Kinder im Umgang mit Unruhe, Konzentrationsproblemen oder impulsivem Verhalten unterstützen können?

Aufgrund der verminderten Selbststeuerungsfähigkeit von Kindern mit ADHS ist es notwendig, dass das Umfeld diesen Kindern eine erhöhte Außensteuerung anbietet. Wichtig ist dabei auch, dass wir die Anforderungen an das Kind entsprechend seinen aktuellen Fähigkeiten gestalten und schrittweise vorgehen. Dazu gibt es Therapieprogramme, die unterstützen können. Bei Kindern und Jugendlichen, die sehr stark von der Problematik betroffen sind, ist eine zusätzliche pharmakologische Behandlung meist sehr hilfreich. Regelmäßiger Sport scheint auch eine positive Auswirkung auf die Symptomatik zu haben.



Welche verbreiteten Annahmen von Eltern über ADHS bei Kindern halten Sie für problematisch oder irreführend?

Lange Zeit haben wir uns Sorgen über die stigmatisierenden Effekte einer ADHS-Diagnose gemacht. Aber immer häufiger treffen wir mittlerweile auf Menschen, die einer ADHS-Diagnose hauptsächlich etwas Positives abgewinnen können. Manche Eltern haben aber auch noch häufig große Sorgen, wenn eine medikamentöse Therapie ins Spiel gebracht wird. Es gibt viele Fehlinformationen darüber, vor allem im Internet. Eine gut durchgeführte medikamentöse Therapie kann eine große Hilfe sein und auch die Langzeiteffekte der Behandlung sind gut untersucht. Sie bedarf aber einer regelmäßigen fachärztlichen Kontrolle.



Fazit: ADHS ist ein Thema, welches sowohl von früher Wahrnehmung, diagnostischer Unsicherheit als auch hohem Unterstützungsbedarf geprägt ist. Auffällig ist der deutliche Anstieg elterlicher Vermutungen gegenüber 2024; zugleich sind Kinder mit vermuteter ADHS in Schule, Alltag und Gesundheit oft ähnlich belastet wie Kinder mit gesicherter Diagnose. Hinweise aus Schule und Kindergarten spielen dabei eine wichtige Rolle: Bildungs- und Betreuungseinrichtungen sind nicht nur Orte, an denen Belastungen sichtbar werden, sondern auch wichtige Partner bei Beobachtung, Orientierung und Unterstützung. Die Ergebnisse legen daher nahe, frühe Auffälligkeiten ernst zu nehmen und Eltern bei der Einordnung verlässlich zu begleiten. Zugleich spricht vieles dafür, Schule, Versorgung und Familie stärker gemeinsam zu betrachten, damit Unterstützungsbedarfe frühzeitig erkannt werden können.

Kapitel 7:

7.3 Psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen



„Zu den größten Herausforderungen, wenn es um die Förderung von Kindergesundheit in Deutschland geht, zählt die anhaltend hohe psychische Belastung vieler Kinder und Jugendlicher durch Krisen, Zukunftsängste und Leistungsdruck.“

Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer

Psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen umfassen eine große Gruppe von Erkrankungen, die mit klinisch bedeutsamen Beeinträchtigungen des Denkens, der Emotionsregulation oder des Verhaltens verbunden sein können (WHO, 2025b). Im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 wurden die Eltern zusammengefasst zu psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen befragt (z. B. Anpassungsstörungen, Angststörungen, Bindungsstörungen, Depressionen, Essstörungen, Störungen des Sozialverhaltens). Im Folgenden wird dieses Erkrankungscluster als psychische Erkrankungen bezeichnet. ADHS, Entwicklungsstörungen und Verhaltenssüchte werden in eigenen Kapiteln behandelt.

Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter stehen seit einigen Jahren verstärkt im öffentlichen Fokus. Die gestiegene Aufmerksamkeit trägt dazu bei, dass Eltern Auffälligkeiten ihrer Kinder bewusster wahrnehmen. Zugleich erschwert sie die Einordnung erster Symptome, da sich psychische Erkrankungen und Entwicklungsbesonderheiten in ihren Anzeichen nicht immer eindeutig abgrenzen lassen.

Bereits im AOK-Kindergesundheitsatlas 2024 berichteten Eltern häufiger von einer Vermutung einer psychischen Erkrankung als von einer gesicherten Diagnose; die aktuelle Erhebung bestätigt dies. Bei Kindern mit vermuteter psychischer Erkrankung zeigen sich zudem häufig weitere Vermutungen, etwa einer ADHS oder Entwicklungsstörung. Die Ergebnisse zeigen, dass Eltern zwar oft wahrnehmen, dass etwas nicht stimmen könnte, die eindeutige Zuordnung der Symptome jedoch schwierig sein kann. Dies macht psychische Erkrankungen zu einem zentralen Thema der Kinder- und Jugendgesundheit. Zusätzlich werden Depressionen und Angststörungen ausdrücklich als führende Ursachen von Krankheit und Behinderung bei Jugendlichen eingeordnet (WHO, 2024b; OECD, 2021).

Da psychische Belastungen und Auffälligkeiten bereits früh auftreten oder von Eltern wahrgenommen werden können, werden im folgenden Kapitel Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren betrachtet.

Zusammenfassung

höchste Belastung
bei psychischen
Erkrankungen

gesundheitliche
Einschränkungen oft
schon vor der Diagnose

Schule und Kindergarten
zentral für Früherkennung und
Orientierung

Auftreten

- **Diagnose bei 4% / Vermutung bei 8%**
- bei Jungen und Mädchen gleich häufig
- am häufigsten: Angst- oder Anpassungsstörung, Depression / depressive Episode

Belastungen und Sorgen

- im Vergleich zu allen anderen chronischen Erkrankungen höchste Belastung der Kinder (**61% vs. 47%**) und Eltern (**69% vs. 56%**)

Größte Sorgen der Eltern:

- dauerhafte Beeinträchtigungen (**61% vs. 52%**)
- Verschlimmerung der (vermuteten) Erkrankung (**63% vs. 50%**)
- andere nehmen (vermutete) Erkrankung des Kindes nicht ernst (**57% vs. 48%**)

Lebensstil

Kinder mit Diagnose oder Vermutung

- nutzen Soziale Medien (mind. drei Stunden täglich: **34% vs. 33% vs. 18%**), Video- bzw. Computerspiele (**29% vs. 28% vs. 18%**) sowie Streaming- / Video- / TV-Angebote (**26% vs. 22% vs. 18%**) intensiver,
- konsumieren häufiger mind. fast wöchentlich Energydrinks (**42% vs. 34% vs. 23%**) und / oder Zigaretten (**22% vs. 19% vs. 2%**).

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

Lebensumfelder

- Diagnosen und vor allem Vermutungen treten häufiger bei Kindern aus gesundheitlich, sozial und ökonomisch stärker belasteten Familien auf (erkrankungsübergreifender Befund).

Kinder mit Diagnose oder Vermutung

- weisen in Kindergarten und Schule viel mehr Fehltage auf (**22 vs. 15 vs. 9**),
- haben dort deutlich weniger Spaß (**47% vs. 49% vs. 76%**),
- schaffen ihre Aufgaben dort seltener (**59% vs. 60% vs. 89%**).

Elterlicher Umgang mit Krankheitsvermutungen

- Hauptgründe für Vermutung: länger beobachtete typische Symptome (**51%**), Hinweise aus dem professionellen Versorgungssystem (**29%**) sowie Kindergarten und Schule (**28%**)
- ärztliche Abklärung: überdurchschnittlich häufig erfolgt (**44%**)
- Informationssuche vor allem über Online-Suchportale (**29%**), KI (**25%**) sowie Kindergarten und Schule (**25%**)

Gesundheitszustand

Kinder mit Diagnose oder Vermutung haben

- seltener einen sehr guten subjektiven Gesundheitszustand (**29% vs. 42% vs. 59%**),
- häufiger eine niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität (**70% vs. 63% vs. 22%**),
- häufiger multiple psychosomatische Beschwerden (**70% vs. 64% vs. 17%**).

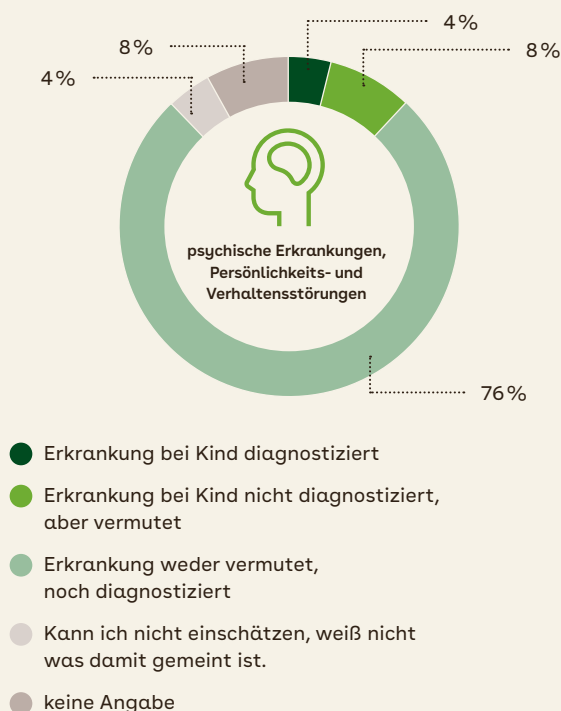
Auftreten und Verbreitung in unterschiedlichen Gruppen

Vier Prozent der 0- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen aus Hamburg und dem Rheinland haben laut Angabe der befragten Eltern eine diagnostizierte psychische Erkrankung, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung (**s. Abb. 7.3.1**). Für weitere acht Prozent vermuten die befragten Eltern, dass ihr Kind an einer psychischen Erkrankung leiden könnte bzw. bereits daran erkrankt ist. Das bedeutet, dass aus Sicht der Eltern auf jedes Kind mit Diagnose einer psychischen Erkrankung zwei Kinder mit vermuteter psychischer Erkrankung kommen.

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. 7.3.1: Auftreten von psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen laut Elterneinschätzung

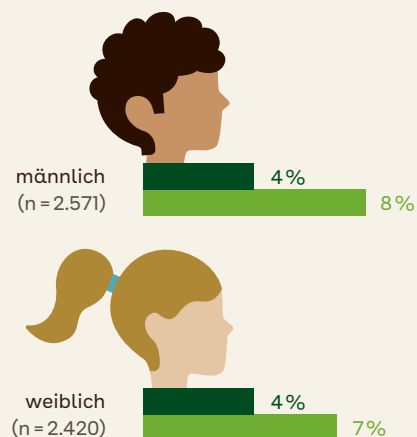
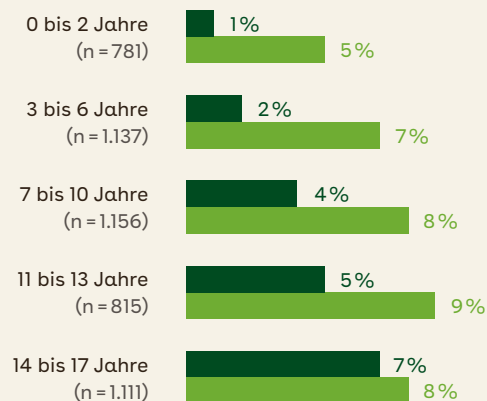
Basis: n = 5.000 (0- bis 17-jährige Kinder).



Vergleichbar hohe Anteile elterlicher Vermutungen finden sich auch bei ADHS, Entwicklungsstörungen oder Verhaltenssuchten. Bei diesen Krankheitsbildern nehmen Eltern Anzeichen häufig frühzeitig bzw. noch vor einer fachlichen Abklärung oder diagnostischen Einordnung wahr, können diese aber nicht immer eindeutig bewerten.

Abb. 7.3.2: Diagnostizierte und vermutete psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen nach Alter und Geschlecht des Kindes

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder.

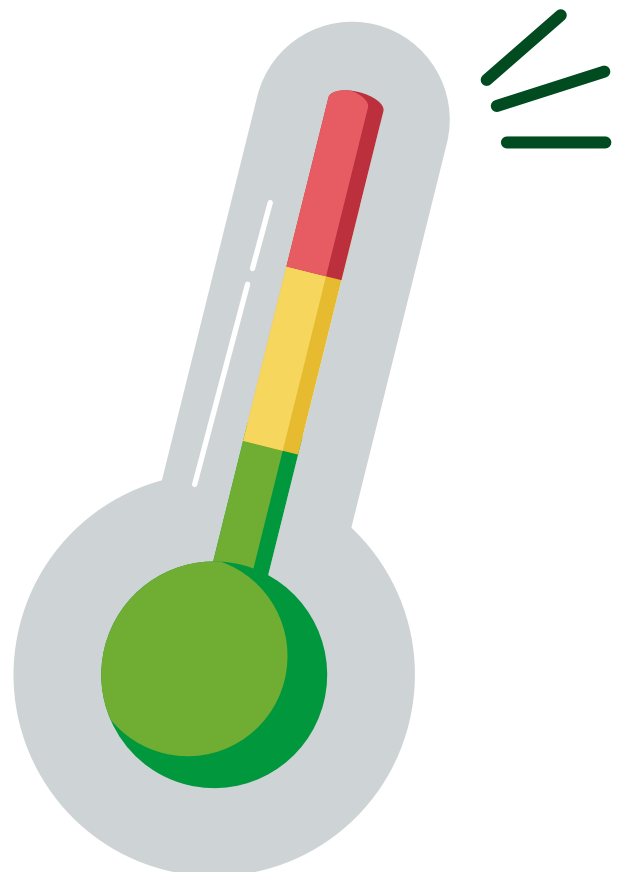


Gleichzeitig verweist der hohe Anteil an Vermutungen auf die in der Einleitung beschriebene hohe öffentliche Aufmerksamkeit für Entwicklungsauffälligkeiten, die dazu beitragen kann, dass Eltern mögliche Anzeichen frühzeitig beobachten und einordnen möchten.

Um die Art der (vermuteten) psychischen Erkrankung zu konkretisieren, wurden die Eltern nach der konkreten (vermuteten) Diagnose gefragt: Bei zwei Prozent der 0- bis 17-Jährigen ist eine Angst- oder Anpassungsstörung diagnostiziert, bei drei Prozent wird eine solche durch die Eltern vermutet. Auf eine Depression/depressive Episode entfallen laut Elternangaben ebenfalls zwei Prozent Diagnosen sowie drei Prozent Vermutungen. Im Weiteren werden auch Störungen des Sozialverhaltens/oppositionelles Verhalten (1% Diagnose, 3% Vermutung), starke emotionale Instabilität/impulsives Verhalten (1% Diagnose, 3% Vermutung) und Bindungs- oder Beziehungsstörung/Persönlichkeitsprobleme (1% Diagnose, 3% Vermutung) benannt. Bei Essstörungen, Zwangsverhalten/Tic-Störungen/anderen seltenen Verhaltensstörungen und Schlafstörungen belaufen sich die Anteile für Diagnose jeweils auf ein Prozent und bei Vermutung auf jeweils zwei Prozent.

Laut den Angaben der Eltern steht das Auftreten von psychischen Erkrankungen in einem systematischen Zusammenhang mit dem Alter der Kinder – je älter das Kind, desto größer der Anteil diagnostizierter psychischer Störungen (**s. Abb. 7.3.2**). So liegt der Diagnoseanteil unter den 0- bis 2-Jährigen bei einem Prozent, unter den 3- bis 6-Jährigen bei zwei Prozent, unter den 7- bis 10-Jährigen bei vier Prozent, unter den 11- bis 13-Jährigen bei fünf Prozent und unter den 14- bis 17-Jährigen signifikant am höchsten bei sieben Prozent. Anders ist es jedoch bei den von den Eltern berichteten Vermutungen: Deren Anteil variiert über die unterschiedlichen Altersgruppen hinweg weniger und zwar zwischen fünf (0- bis 2-Jährige) und neun Prozent (11- bis 13-Jährige; signifikanter Unterschied). Diagnostizierte Angst- oder Anpassungsstörungen und Depressionen/depressive Episoden betreffen laut Elternangaben vor allem 14- bis 17-Jährige (jeweils 4%). Dahingegen zeigen sich diagnostizierte Störungen des Sozialverhaltens/oppositionelles Verhalten, Bindungs- oder Beziehungsstörungen/Persönlichkeitsprobleme sowie starke emotionale Instabilität/impulsives Verhalten vor allem bei 7- bis 10-Jährigen (je 2%). Für Jungen und Mädchen gibt es keine nennenswerten Unterschiede.

An ausgewählten Stellen in diesem Kapitel werden konkrete Diagnosen miteinander verglichen. Hierbei ist zu beachten, dass die jeweilige Frage immer nur allgemein für psychische Erkrankungen gestellt wurde (bspw. Wie belastet Sie bzw. Ihr Kind diese Erkrankung?). Wenn also das Ergebnis spezifisch für eine konkrete Diagnose berichtet wird, liegt diese zwar nach Elternangabe vor, aber es ist nicht auszuschließen, dass noch weitere Diagnosen im Spektrum psychischer Erkrankungen bestehen könnten.



Hinsichtlich des regionalen Auftretens von psychischen Erkrankungen zeigen sich keine signifikanten Abweichungen einzelner Regionaldirektionen vom Durchschnitt. Dennoch lassen sich tendenzielle Unterschiede erkennen: In den Regionaldirektionen Niederrhein und Düsseldorf – Mettmann (2,6 % bzw. 2,7%) ist der Anteil von Eltern, die angeben, dass für ihr Kind die Diagnose einer psychischen Erkrankung vorliegt, am geringsten, in der Regionaldirektion Bonn-Rhein-Sieg-Kreis – Euskirchen (5,5%) am größten (**s. Abb. 7.3.3**). In den Regionaldirektionen Oberbergisches Land und Düsseldorf – Mettmann

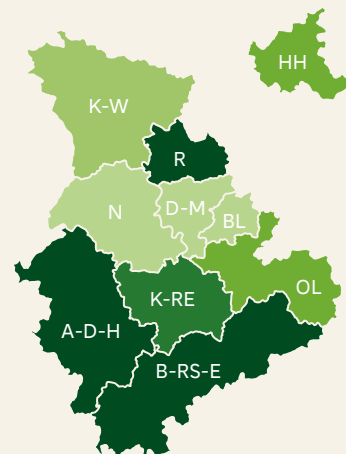
(5,7% bzw. 5,8%) ist der Anteil der von den Eltern vermuteten psychischen Erkrankungen ihrer Kinder am geringsten, dahingegen ist der Anteil der Vermutungen in den Regionaldirektionen Kleve – Wesel und Bergisches Land (9,9% bzw. 9,5%) am größten (**s. Abb. 7.3.3**). Berichtenswert ist zudem, dass der kumulierte Nennungsanteil aus Diagnosen und Vermutungen in der Regionaldirektion Düsseldorf – Mettmann mit knapp neun Prozent (8,5%) deutlich unterhalb dem anderer Regionaldirektionen liegt (bspw. Kleve – Wesel 13,3%).

Abb. 7.3.3: Diagnostizierte und vermutete psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen nach Regionaldirektion (RD)

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder.

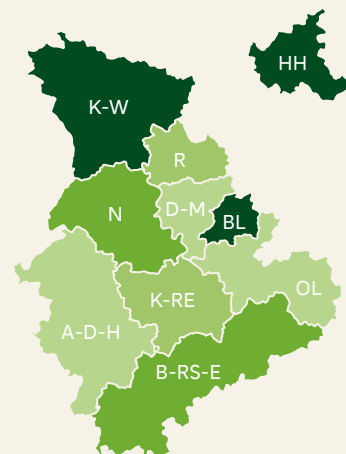
1) Dargestellt wird die Antwortoption psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen – Erkrankung bei Kind diagnostiziert.

5,5%	RD Bonn – Rhein-Sieg-Kreis – Euskirchen (B-RS-E) n = 493
5,1%	RD Ruhrgebiet (R) n = 652
4,9%	RD Aachen – Düren – Heinsberg (A-D-H) n = 469
4,6%	RD Köln – Rhein-Erft-Kreis (K-RE) n = 633
4,1%	Rheinland/Hamburg n = 5.000
4,1%	RD Hamburg (HH) n = 810
4,0%	RD Oberbergisches Land (OL) n = 323
3,4%	RD Kleve – Wesel (K-W) n = 330
2,9%	RD Bergisches Land (BL) n = 283
2,7%	RD Düsseldorf – Mettmann (D-M) n = 462
2,6%	RD Niederrhein (N) n = 545



2) Dargestellt wird die Antwortoption psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen – Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet.

9,9%	RD Kleve – Wesel (K-W) n = 330
9,5%	RD Bergisches Land (BL) n = 283
9,1%	RD Hamburg (HH) n = 810
7,7%	RD Bonn – Rhein-Sieg-Kreis – Euskirchen (B-RS-E) n = 493
7,6%	Rheinland/Hamburg n = 5.000
7,5%	RD Niederrhein (N) n = 545
7,2%	RD Ruhrgebiet (R) n = 652
7,1%	RD Köln – Rhein-Erft-Kreis (K-RE) n = 633
6,3%	RD Aachen – Düren – Heinsberg (A-D-H) n = 469
5,8%	RD Düsseldorf – Mettmann (D-M) n = 462
5,7%	RD Oberbergisches Land (OL) n = 323



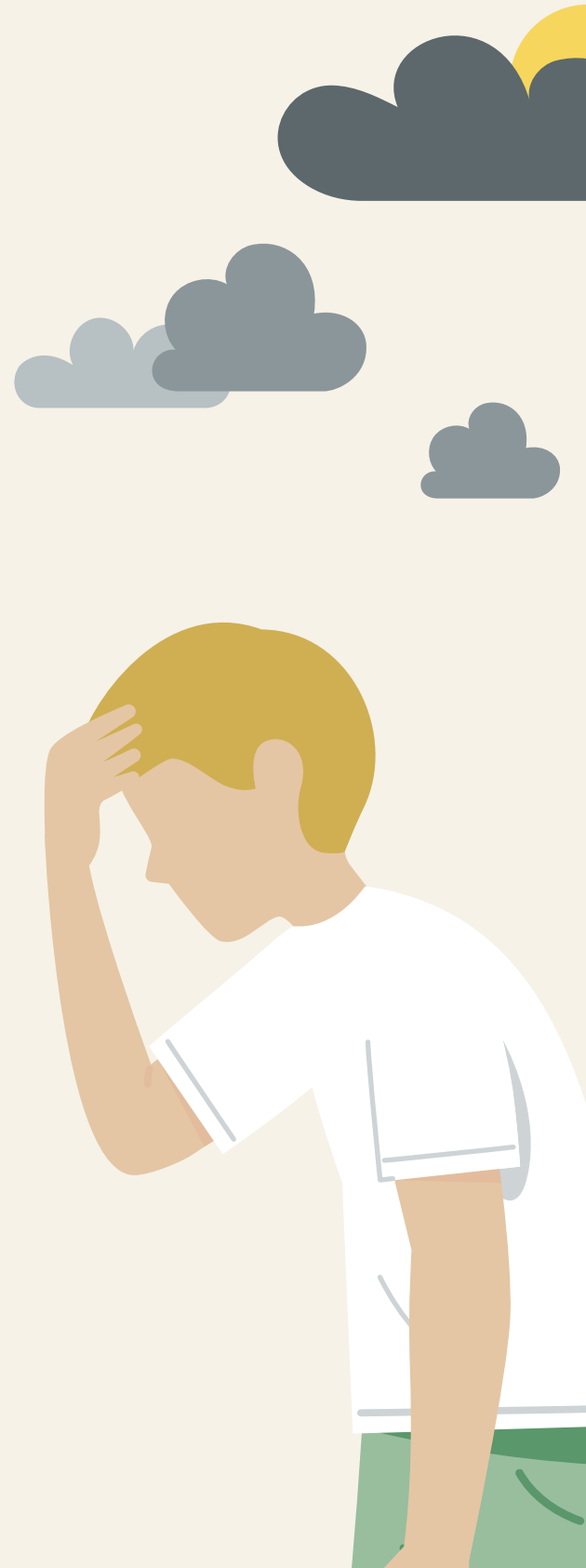
Vermuten die Eltern eine psychische Erkrankung bei ihrem Kind, äußern sie in vier von zehn Fällen auch eine Vermutung bezüglich ADHS (41%) und in jedem dritten Fall (32%) auch eine Vermutung bezüglich Entwicklungsstörungen (s. Kapitel 7.2 und 7.4). Dies deutet darauf hin, dass Eltern in Phasen diagnostischer Unsicherheit unterschiedliche Erklärungen für die Auffälligkeiten ihres Kindes in Betracht ziehen. Die Ergebnisse stehen damit zugleich im Kontext einer breiteren öffentlichen Diskussion über psychische und entwicklungsbezogene Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen.

Exkurs

Einordnung der Ergebnisse in Studien zur Kinder- und Jugendgesundheit

Die Ergebnisse des AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 fallen für psychische Erkrankungen in Bezug auf den Anteil der Diagnosen mit vier Prozent vergleichbar zur Vorgängerstudie 2024 aus (5%), die elterlichen Vermutungen hingegen haben sich von sieben Prozent in 2024 auf acht Prozent in 2026 erhöht. Damit bestätigt sich der bereits in der ersten Erhebung beobachtete Befund einer ausgeprägten diagnostischen Unsicherheit bei den Eltern.

Im Abgleich mit den Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg aus 2024 wird deutlich, dass die in der vorliegenden Studie ausgewiesenen Diagnoseanteile (4%) deutlich unterhalb der Prävalenzen laut Routinedaten liegen (14%). Mögliche Gründe für diese Abweichungen liegen unter anderem darin, dass psychische Erkrankungen im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 aus der Perspektive der Eltern und als Erkrankungscluster erfasst werden, während Routinedaten einzelne ärztlich dokumentierte Diagnosen abbilden (s. Kapitel 8). Auch andere Studien zeigen, dass psychische Erkrankungen zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter gehören und insbesondere Angststörungen und Depressionen in den vergangenen Jahren verstärkt in den Fokus gerückt sind (WHO, 2024b; OECD, 2021). Gleichzeitig weisen verschiedene Untersuchungen darauf hin, dass Eltern psychische Auffälligkeiten ihrer Kinder häufig bereits wahrnehmen, bevor eine gesicherte Diagnose vorliegt. Die Ergebnisse des AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 bestätigen dies und verdeutlichen die besondere Bedeutung früher Orientierung und diagnostischer Abklärung.



Lebensumfelder

Diagnostizierte oder vermutete psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen stehen mit unterschiedlichen Merkmalen ihres Lebensumfelds in Zusammenhang. Im Folgenden werden das elterliche Lebensumfeld der Kinder, die Informationsquellen, denen die Eltern in Bezug auf die Gesundheit ihrer Kinder vertrauen und die sie nutzen, sowie Bildungs- und Betreuungseinrichtungen näher betrachtet. Diese Lebensumfelder spielen eine wichtige Rolle bei der Wahrnehmung, Einordnung und Bewältigung gesundheitlicher Auffälligkeiten und können den Alltag betroffener Kinder und ihrer Familien maßgeblich prägen.

Elterliches Lebensumfeld der Kinder

Die Ergebnisse zum elterlichen Lebensumfeld zeigen bei den im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 betrachteten chronischen Erkrankungen viele Gemeinsamkeiten: Diagnosen und Krankheitsvermutungen werden häufiger berichtet, wenn Eltern ihren eigenen Gesundheitszustand schlechter einschätzen, wenn die allgemeine Gesundheitskompetenz geringer ausgeprägt ist oder wenn Familien über geringere soziale, ökonomische und räumliche Ressourcen verfügen (s. Kapitel 6.2).

Bei psychischen Erkrankungen zeigt sich dieses Muster besonders deutlich. Eltern berichten häufiger von einer Diagnose oder Vermutung, wenn sie ihren eigenen Gesundheitszustand schlechter einschätzen. Auch die allgemeine Gesundheitskompetenz steht mit den berichteten Diagnosen und Vermutungen in Zusammenhang. Eltern mit geringerer Gesundheitskompetenz berichten häufiger von psychischen Erkrankungen ihres Kindes oder vermuten diese häufiger als Eltern mit ausreichender Gesundheitskompetenz.

Nach Bildungsabschluss und Einkommen zeigen sich vor allem bei den Krankheitsvermutungen deutliche Unterschiede. Eltern mit niedrigerem Bildungsabschluss vermuten häufiger eine psychische Erkrankung ihres Kindes als Eltern mit höherem Bildungsabschluss. Ein ähnliches Muster zeigt sich beim Äquivalenzeinkommen: Mit geringerem Einkommen werden Vermutungen häufiger berichtet. Bei den Diagnosen fallen die Unterschiede nach Bildung und Einkommen dagegen

weniger eindeutig aus. Auch die verfügbare Wohnfläche steht in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen. In Haushalten mit geringer Wohnfläche werden Diagnosen und Vermutungen häufiger berichtet als in Haushalten mit größerer Wohnfläche.

Deutliche Unterschiede zeigen sich außerdem nach familiärer Betreuungskonstellation. Leben Kinder bei beiden Elternteilen, berichten Eltern seltener von einer Diagnose oder Vermutung. Höhere Anteile zeigen sich, wenn Kinder in einem Wechselmodell leben oder bei einem Elternteil und dessen Partnerin bzw. Partner wohnen.

Bei psychischen Erkrankungen zeigen sich Zusammenhänge mit dem elterlichen Lebensumfeld vor allem bei Krankheitsvermutungen besonders deutlich. Eltern mit niedrigerem Bildungsabschluss, geringerem Einkommen oder geringerer Gesundheitskompetenz vermuten häufiger eine psychische Erkrankung ihres Kindes. Bei gesicherten Diagnosen fallen einzelne soziale Unterschiede weniger eindeutig aus. Insgesamt fügen sich psychische Erkrankungen damit in das übergreifende Muster ein, dass chronische Erkrankungen häufiger in gesundheitlich, sozial und familiär belasteten Lebenslagen berichtet werden. Zugleich verweisen die Ergebnisse darauf, dass gerade die elterliche Vermutung psychischer Auffälligkeiten stark mit den Rahmenbedingungen des familiären Umfelds zusammenhängt.

Vertrauen in und Nutzung von Informationsquellen

Auch die Ergebnisse zum elterlichen Vertrauen in und der Nutzung von Informationsquellen zur Gesundheit ihrer Kinder zeigen bei den im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 betrachteten chronischen Erkrankungen viele Gemeinsamkeiten: Im Vergleich zu Eltern von Kindern ohne diagnostizierte oder vermutete chronische Erkrankung nutzen Eltern von betroffenen Kindern sämtliche abgefragten Informationsquellen deutlich

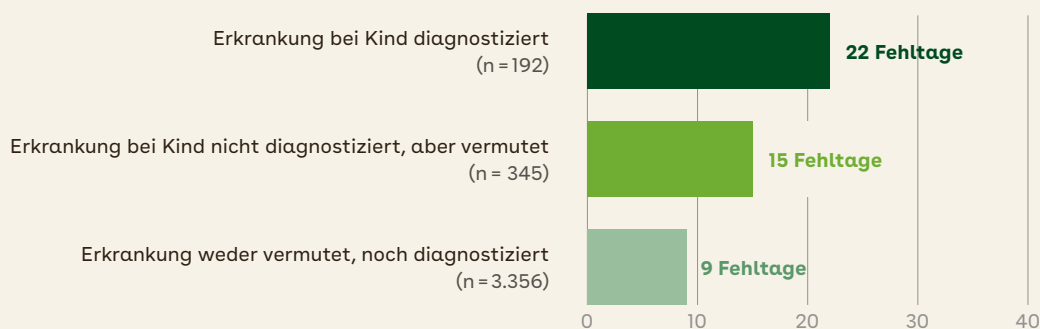
häufiger. In Sachen Vertrauen entfallen auf Kinder- und Fachärztinnen bzw. -ärzte sowie andere etablierte Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens und der Betreuung sowohl bei betroffenen als auch bei nicht betroffenen Eltern deutlich höhere zustimmende Nennungsanteile als auf digitale Informationsquellen wie Online-Suchportale, Künstliche Intelligenz (KI), Soziale Medien oder Gesundheits-Influencerinnen und -Influencer.

Bei Eltern von Kindern mit mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung fällt jedoch auf, dass diese den vier genannten digitalen Informationsquellen ein höheres Vertrauen entgegenbringen, als dies bei Eltern mit einer diagnostizierten chronischen Erkrankung der Fall ist (s. Kapitel 4.2).

Eine klar abgrenzbare Besonderheit gegenüber dem Gesamtmuster zeigt sich bei psychischen Erkrankungen nicht. Wie auch grundsätzlich im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 feststellbar, vertrauen Eltern etablierten Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens stärker als digitalen Informationsquellen. Zugleich werden digitale Angebote, insbesondere Online-Suchportale, KI und Soziale Medien, häufig genutzt.

Abb. 7.3.4: Mittlere Anzahl an Fehltagen bei psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne diese

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



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

Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Eltern, bei deren Kindern eine psychische Erkrankung diagnostiziert ist, berichten von durchschnittlich 22 Fehltagen in Kindergarten, Vorschule, Schule oder Berufsschule im zurückliegenden Jahr, somit mehr als doppelt so viele Fehltage wie bei Kindern ohne psychische Erkrankung (9 Fehltage; signifikanter Unterschied). Vermuten die Eltern eine Erkrankung, sind es dagegen 15 Fehltage (**s. Abb. 7.3.4**). Die Zahl der Fehltage im Fall diagnostizierter oder vermuteter psychischer Erkrankungen liegt damit deutlich höher als der Durchschnittswert aller im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 abgefragten chronischen Erkrankungen (bei mindestens einer Diagnose 11 Fehltage, bei mindestens einer Vermutung 10 Fehltage, s. Kapitel 4.3) und markiert damit auch den Höchstwert aller in der Studie betrachteten chronischen Erkrankungen.

Auch das Wohlbefinden in Schule oder Kindergarten gestaltet sich kritischer, wenn eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde oder vermutet wird (**s. Abb. 7.3.5**): So ist der Anteil der Eltern, die angeben, dass ihr Kind seine Aufgaben in Schule oder Kindergarten oft bzw. immer gut geschafft hat, ca. 30 Prozentpunkte signifikant geringer, wenn die Diagnose oder Vermutung einer psychischen Störung berichtet wird (59 % bzw. 60 %) als wenn diese nicht berichtet werden (89 %). Diese Nennungsanteile liegen deutlich unterhalb der Durchschnittswerte aller im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 abgefragten chronischen Erkrankungen und zeugen damit von einer besonderen Belastungssituation der Kinder. Im Vergleich der sechs in der Studie vertiefend betrachteten Erkrankungen wird sichtbar, dass die Bewertungen lediglich im Fall einer diagnostizierten Adipositas noch deutlich kritischer ausfallen.

Deutlicher wird die Belastungssituation der Kinder in Bezug auf den von den Eltern wahrgenommenen Spaß, den die Kinder in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen empfinden (47% und 49% jeweils signifikant vs. 76%) und auch im Hinblick darauf, ob sich die Kinder auf Schule oder Kindergarten gefreut haben (41% und 46% jeweils signifikant vs. 72%). Die durch die Eltern für ihre Kinder berichteten Zustimmungswerte fallen nicht nur zu den Durchschnittswerten aller in der Studie betrachteten chronischen Erkrankungen geringer aus, sie weisen sogar gemeinsam mit Verhaltensstörungen die geringsten Nennungsanteile aller betrachteten Erkrankungen auf. Diese geringen Zustimmungswerte verweisen auf eine im Vergleich besonders kritische schulische und soziale Alltagssituation von Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter psychischer Erkrankung.

Dass Bildungs- und Betreuungseinrichtungen bei psychischen Erkrankungen eine wichtige Rolle zukommt, zeigt sich etwa auch darin, dass Eltern von Kindern mit Diagnose oder Vermutung in etwa jedem fünften Fall (22% bzw. 17%) eine Belastung ihres Kindes aufgrund von Mobbing durch andere Kinder (Offline-Mobbing) wahrnehmen, ca. ein weiteres Drittel (30% bzw. 33%) vermutet dies. Liegt weder eine Diagnose noch eine Vermutung vor, sind die entsprechenden Anteile signifikant geringer (4% bzw. 15%). Besonders relevant werden diese Ergebnisse dadurch, dass sie deutlich oberhalb der Durchschnittswerte aller im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 abgefragten chronischen Erkrankungen liegen.

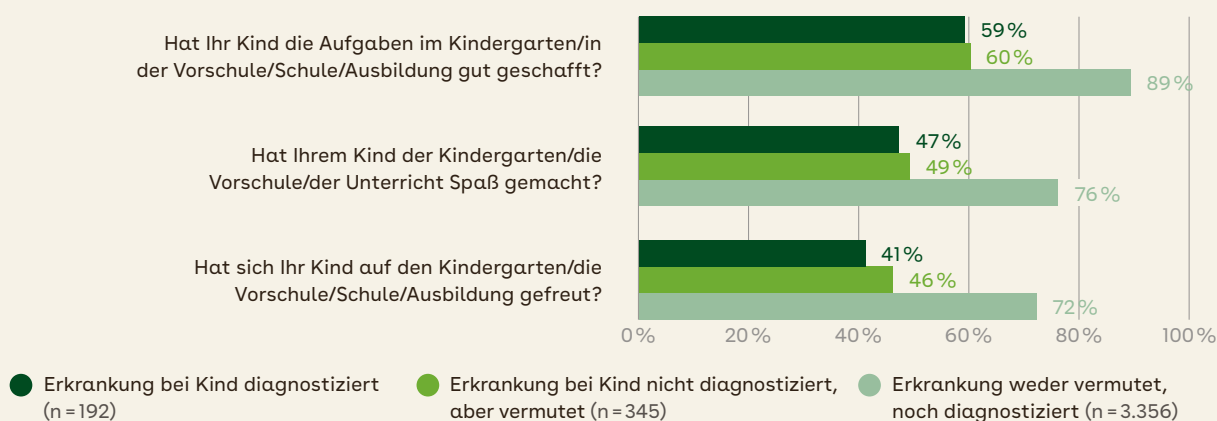
Im Fall einer diagnostizierten psychischen Erkrankung markiert der Nennungsanteil der Eltern sogar den Höchstwert zu Offline-Mobbing unter allen in dieser Studie betrachteten chronischen Erkrankungen.

Die Nennungsanteile der Eltern für konkret wahrgenommenes oder vermutetes Cybermobbing ihres Kindes fallen im Gegensatz zu Offline-Mobbing nur durchschnittlich aus. Dahingegen zeigen sich für die psychischen Belastungen Stress und Leistungsdruck wiederum Ergebnisse, die deutlich oberhalb des Durchschnitts liegen und im Fall einer bereits diagnostizierten psychischen Erkrankung des Kindes sogar die Höchstwerte unter den betrachteten chronischen Erkrankungen markieren. So berichten Eltern von Kindern mit diagnostizierter psychischer Erkrankung in 33 Prozent der Fälle von wahrgenommenem Leistungsdruck ihres Kindes. Im Hinblick auf Stress liegt dieser Anteil sogar bei 36 Prozent. Liegt bislang lediglich eine Krankheitsvermutung vor, fallen die entsprechenden Anteile mit 23 Prozent (Leistungsdruck) bzw. 24 Prozent (Stress) zwar etwas geringer aus, liegen jedoch weiterhin signifikant über denen von Kindern ohne Diagnose oder Vermutung (8% bzw. 6%; s. Abb. 7.3.6) und auch oberhalb der Durchschnittswerte für alle in der Studie betrachteten Erkrankungen. Ähnliches trifft auch auf Zukunftsangst zu: So nehmen Eltern von Kindern mit Diagnose oder Vermutung einer psychischen Erkrankung signifikant häufiger eine Belastung durch Zukunftsangst wahr, wenn eine Krankheitsdiagnose (28%) oder -vermutung

Abb. 7.3.5: Schulisches Wohlbefinden bei psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne diese

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *immer* + *oft*.

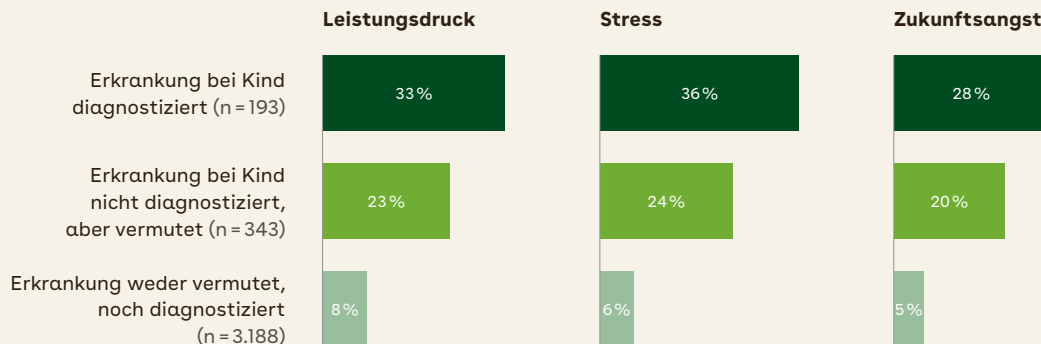
Basis: 0- bis 17-jährige Kinder, die Kindergarten, (Vor-)Schule oder Berufsschule besuchen.



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

Abb. 7.3.6: Leistungsdruck, Stress und Zukunftsangst bei psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne diese

Dargestellt wird die Antwortoption *nehme diese Belastung bei meinem Kind konkret wahr*. **Basis:** 3- bis 17-jährige Kinder.



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

(20%) vorliegt, als wenn dies nicht der Fall ist (5%). Für die Vergleichsgruppe aller Kinder mit mindestens einer diagnostizierten oder vermuteten chronischen Erkrankung wird jeweils ein Anteil von nur zwölf Prozent berichtet.

Sprechen Eltern von Kindern mit einer diagnostizierten oder vermuteten psychischen Erkrankung den Schulen und Kindergärten eine größere Verantwortung für das Wohlergehen ihrer Kinder zu als dies Eltern tun, die keine Erkrankungsdiagnosen oder -vermutungen haben? Offenbar nicht, denn nur 30 Prozent der Eltern von Kindern mit Diagnose und 29 Prozent der Eltern von Kindern mit vermuteter Erkrankung sind der Meinung, dass Kindergarten und Schule für die psychische Gesundheit Sorge tragen sollten (jeweils signifikant zur Vergleichsgruppe ohne Diagnose/Vermutung: 39%; s. **Abb. 7.3.7**). Stärker werden die Kinder- und Fachärztinnen bzw. -ärzte in der Verantwortung gesehen, insbesondere von Eltern von Kindern mit Diagnose (45%). Aber auch den Krankenkassen wird von Seiten der Eltern eine wichtige Rolle zugeschrieben. Jeweils ein Viertel der Eltern von Kindern mit diagnostizierter (25%) oder vermuteter psychischer Erkrankung (26%) sieht diese in der Verantwortung – signifikant häufiger als Eltern von Kindern ohne diagnostizierte oder vermutete psychische Erkrankung (13%). Ähnliches trifft auf Institutionen auf Bundesebene zu (17% und 15% jeweils signifikant vs. 9%). Dies verweist darauf, dass übergeordnete Informations-, Präventions- und Unterstützungsangebote im Umgang mit psychischer Gesundheit erwartet werden.

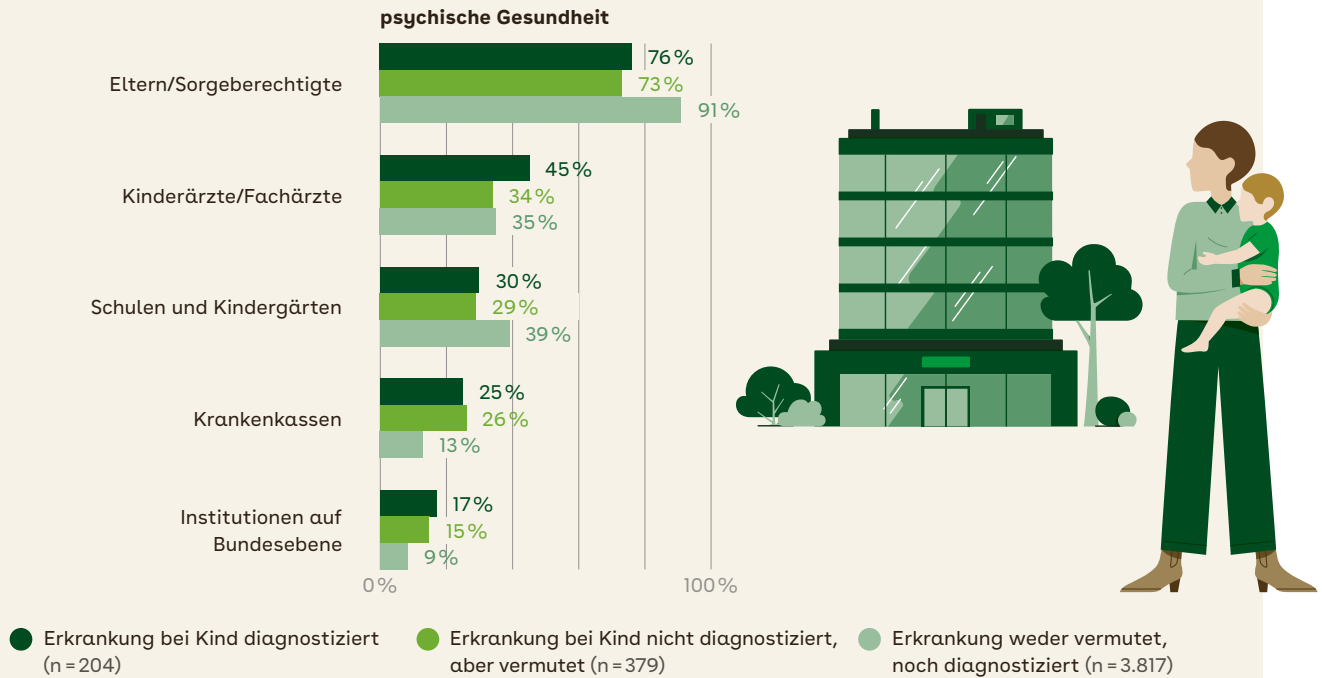
Welche Rolle spielen emotionale Belastungen wie Stress, Zukunftsängste oder soziale Unsicherheiten für die psychische und körperliche Gesundheit von Kindern und Jugendlichen?

Emotionale Belastungen wirken sich sehr direkt auf die psychische und körperliche Gesundheit aus. Dauerhafter Stress, Zukunftsängste oder soziale Unsicherheit können Ängste, depressive Symptome, Schlafprobleme oder psychosomatische Beschwerden wie Kopf- und Bauchschmerzen verstärken. Viele Kinder und Jugendliche erleben heute ein Gefühl von dauerhafter Unsicherheit. Sie brauchen deshalb nicht nur Schutz vor Belastungen, sondern auch Zuversicht, Orientierung und das Vertrauen, Zukunft gestalten zu können.

Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberger, Forschungs-
direktorin und Leiterin der Forschungssektion
„Child Public Health“ am Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Abb. 7.3.7: Verantwortung für psychische Gesundheit bei psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne diese

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder.



Frage: Wer sollte im Alltag für das folgende Thema der Kindergesundheit Sorge tragen? (Mehrfachantwort möglich)

„Kinder brauchen das Gefühl, mit Sorgen, Ängsten oder Unsicherheiten ernst genommen zu werden. Gerade in einer Krisengesellschaft mit vielen Zukunftsunsicherheiten ist emotionale Stabilität ein zentraler Schutzfaktor.“

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

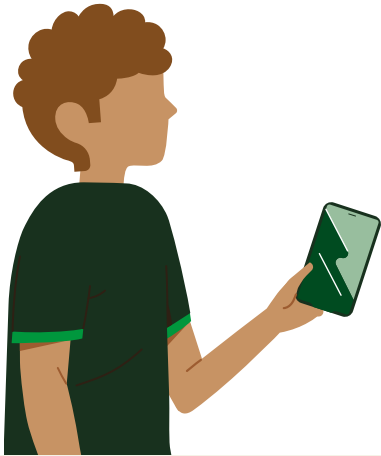
Für Kinder und Jugendliche mit diagnostizierter oder vermuteter psychischer Erkrankung zeigen die Ergebnisse im Bildungs- und Betreuungsalltag ein besonders ausgeprägtes Belastungsprofil. Eltern berichten deutlich mehr Fehltag als bei Kindern ohne Diagnose oder Vermutung; bei diagnostizierten psychischen Erkrankungen wird im Erkrankungsvergleich sogar der höchste Wert erreicht. Auch Aufgabenbewältigung, Spaß sowie Vorfreude auf Schule oder Kindergarten werden deutlich kritischer bewertet. Besonders die Angaben zu Spaß und Vorfreude fallen im Vergleich der betrachteten Erkrankungen sehr niedrig aus und verweisen auf eine besonders belastete schulische und soziale

Alltagssituation. Hinzu kommen überdurchschnittlich häufig berichtete Belastungen durch Offline-Mobbing, Stress, Leistungsdruck und Zukunftsangst. Bei diagnostizierten psychischen Erkrankungen erreichen insbesondere Fehltag, Stress, Leistungsdruck und Offline-Mobbing Spitzenwerte im Erkrankungsvergleich. Insgesamt werden psychische Erkrankungen damit im Bildungs- und Betreuungsalltag besonders deutlich sichtbar. Gleichzeitig sehen Eltern die Hauptverantwortung für Unterstützung neben sich selbst bzw. Sorgeberechtigten auch hier eher bei Kinder- und Fachärztinnen bzw. -ärzten als bei Schulen und Kindergärten.

Psychische Erkrankungen und Lebensstil

Mediennutzung und Begleiterscheinungen

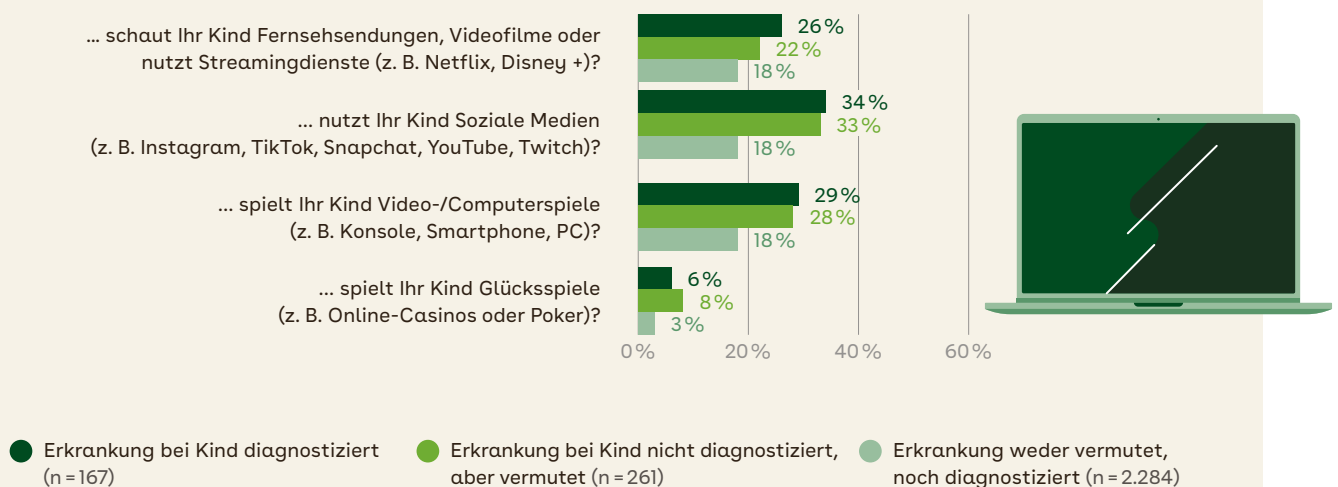
Da psychische Erkrankungen mit Belastungen im Alltag und einer eingeschränkten Lebensqualität einhergehen können, stellt sich auch die Frage nach der Mediennutzung der betroffenen Kinder und Jugendlichen ab einem Alter von 7 Jahren. Im Folgenden wird daher untersucht, inwieweit diagnostizierte oder vermutete psychische Erkrankungen mit der Nutzung Sozialer Medien sowie Video- und Computerspielen und weiteren Medien zusammenhängen.



Eltern von 7- bis 17-jährigen betroffenen Kindern berichten einen intensiveren Medienkonsum ihrer Kinder als Eltern von Kindern ohne entsprechende Diagnose oder Vermutung (**s. Abb. 7.3.8**). Über alle abgefragten Medien hinweg (außer Glücksspiele) gibt knapp jedes fünfte Elternteil eines Kindes ohne Vermutung oder Diagnose an, dass ihr Kind mindestens drei Stunden täglich diese Medien nutzt. Eltern betroffener Kinder berichten für ihre Kinder von einer noch intensiveren Nutzungsintensität: Bei Streaming etc. sind es über vier Prozentpunkte mehr, bei Gaming etwa zehn Prozentpunkte mehr und bei Sozialen Medien etwa 15 Prozentpunkte mehr. Am Beispiel Sozialer Medien zeigt sich, dass der Anteil mit mindestens dreistündiger täglicher Nutzung bei Kindern mit diagnostizierter psychischer Erkrankung mit 34 Prozent über dem Durchschnitt aller Kinder und Jugendlichen mit mindestens einer diagnostizierten chronischen Erkrankung liegt (27%, s. Kapitel 5.1). Auch bei vermuteter psychischer Erkrankung fällt der Anteil mit 33 Prozent überdurchschnittlich aus und liegt oberhalb des Vergleichswerts für Kinder und Jugendliche mit mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung (28%).

Abb. 7.3.8: Medienkonsum bei psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne diese

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *ca. 3-4 Stunden + mehr als 4 Stunden*. **Basis:** 7- bis 17-jährige Kinder.

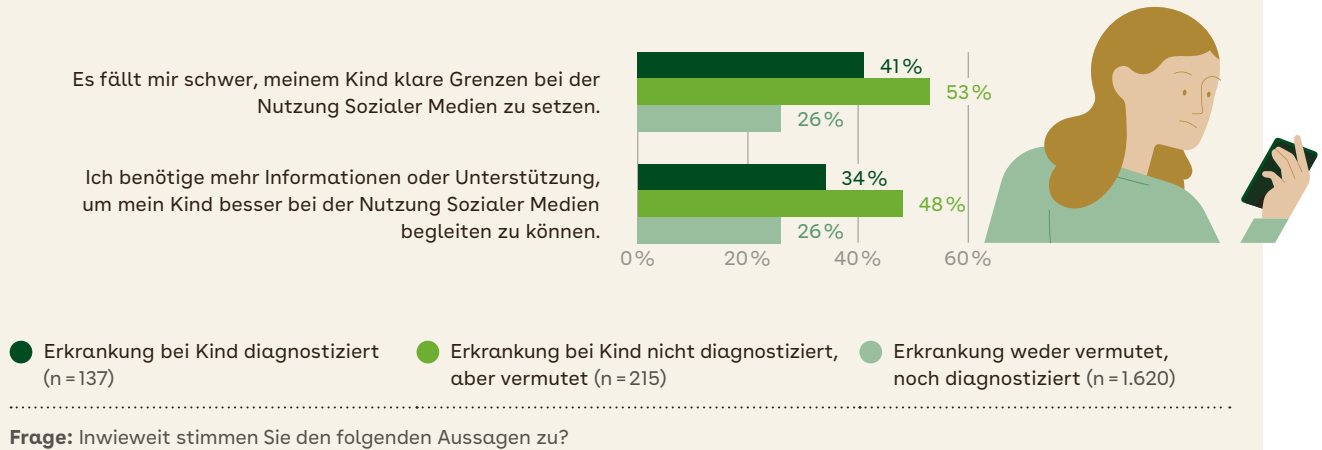


Frage: An einem durchschnittlichen Tag in den letzten 6 Monaten: Wie lange ...

Abb. 7.3.9: Medienkompetenz der Eltern bei psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne diese

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *stimme voll zu* + *stimme eher zu*.

Basis: 7- bis 17-jährige Kinder, die Soziale Medien konsumieren.



Auch im Hinblick auf die selbstberichtete Medienkompetenz der Eltern zeigt sich ein vergleichbares Bild: Erneut sind vor allem die Anteile der Eltern mit Krankheitsvermutungen deutlich gegenüber den anderen beiden Gruppen erhöht (**s. Abb. 7.3.9**) – etwa die Hälfte (53%) berichtet von Schwierigkeiten, den Kindern klare Grenzen bei der Nutzung Sozialer Medien setzen zu können und 48 Prozent geben an, mehr Informationen und Unterstützung bezüglich Sozialer Medien zu benötigen. Um diesen Nennungsanteil einzuordnen: Von allen im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 befragten Eltern mit Kindern im Alter von 7 bis 17 Jahren geben 30 Prozent an, dass sie mehr Informationen oder Unterstützung benötigen, um ihr Kind besser bei der Nutzung Sozialer Medien begleiten zu können (s. Kapitel 5.1). Der hier im Fall der Krankheitsvermutungen berichtete Anteil liegt deutlich darüber. In ähnlichem Umfang trifft dies auch auf die weiteren hier abgefragten Kompetenzen und Unterstützungsbedarfe zu. Dies verdeutlicht, dass bei Kindern mit vermuteter psychischer Erkrankung nicht nur ein erhöhter Medienkonsum berichtet wird, sondern Eltern zugleich häufiger Unsicherheiten und Unterstützungsbedarfe im Umgang mit der Mediennutzung ihres Kindes wahrnehmen.

Die Ergebnisse zeigen, dass Kinder mit diagnostizierter oder vermuteter psychischer Erkrankung über nahezu alle Medienformen hinweg häufiger einen intensiven Medienkonsum aufweisen als Kinder ohne entsprechende Erkrankung bzw. Vermutung. Gleichzeitig berichten insbesondere Eltern mit Krankheitsvermutungen häufiger von Schwierigkeiten bei der Begleitung der Mediennutzung und einem erhöhten Informations- und Unterstützungsbedarf. Ähnlich wie bei ADHS und Entwicklungsstörungen spricht dies dafür, dass Mediennutzung gerade in Phasen diagnostischer Unsicherheit eine besondere Rolle im Familienalltag spielt und Eltern verstärkt nach Orientierung im Umgang mit der Mediennutzung ihrer Kinder suchen.

Substanzkonsum

Neben den bereits dargestellten Zusammenhängen mit Mediennutzung stellt sich auch die Frage, ob psychische Erkrankungen mit weiteren Formen gesundheitlich riskanten Konsumverhaltens einhergehen. Im Folgenden wird daher untersucht, inwieweit Zusammenhänge zwischen diagnostizierten oder vermuteten psychischen Erkrankungen und dem Konsum von beispielsweise Alkohol, Nikotin oder Energydrinks bestehen.

Für ihre 14- bis 17-jährigen Kinder berichten die Eltern signifikant häufiger von einem mindestens fast wöchentlichen Konsum von Energydrinks, wenn sie eine diagnostizierte psychische Erkrankung ihres Kindes angeben oder eine solche vermuten, als wenn dies nicht der Fall ist (42 % vs. 34 % vs. 23 %). Zur Einordnung: Damit fällt der Energydrink-Konsum bei psychischen Erkrankungen auch höher aus als im Durchschnitt der Jugendlichen mit mindestens einer diagnostizierten chronischen Erkrankung: Hier liegt der Vergleichswert bei 27 Prozent, bei mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung bei 32 Prozent (s. Kapitel 5.4).

Auch beim mindestens fast wöchentlichen Konsum von Zigaretten und E-Zigaretten/Vapes/E-Shishas zeigen sich höhere Anteile bei Jugendlichen mit diagnostizierter oder vermuteter psychischer Erkrankung als bei Jugendlichen ohne Diagnose oder Vermutung, wenngleich die Anteile insgesamt geringer ausfallen (Zigaretten: 22 % bei Diagnose vs. 19 % bei Vermutung vs. 2 % ohne Diagnose oder Vermutung; E-Zigaretten/Vapes/E-Shishas: 20 % vs. 29 % vs. 6 %).

Die Ergebnisse zeigen, dass Jugendliche mit diagnostizierter oder vermuteter psychischer Erkrankung häufiger regelmäßig Energydrinks sowie Nikotinprodukte konsumieren als Jugendliche ohne entsprechende Erkrankung. Nach diagnostizierten und vermuteten psychischen Erkrankungen bestehen dabei geringe Unterschiede. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass ein erhöhter Substanzkonsum bei Jugendlichen mit vermuteter psychischer Erkrankung ein relevantes Begleitphänomen der Erkrankung bzw. ihrer Abklärung sein kann und daher im diagnostischen Prozess berücksichtigt werden sollte.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Kinder und Jugendliche mit diagnostizierter oder vermuteter psychischer Erkrankung häufiger einen intensiven Medienkonsum und einen regelmäßigen Konsum ausgewählter Substanzen aufweisen als Kinder ohne entsprechende Erkrankung. Anders als bei ADHS unterscheiden sich diagnostizierte und vermutete psychische Erkrankungen dabei nur gering. Dies spricht dafür, dass die beschriebenen Verhaltensweisen eng mit psychischen Belastungen verbunden sind und bereits im Fall einer Krankheitsvermutung auftreten können. Ein konsistentes Muster zeigt sich besonders beim Medien- als auch beim Substanzkonsum. Die Ergebnisse heben die Bedeutung hervor, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen bei psychischen Belastungen frühzeitig mitzudenken und Kinder sowie Eltern bereits bei bestehender Krankheitsvermutung durch geeignete Informations- und Unterstützungsangebote zu begleiten.



Umgang mit Vermutung einer psychischen Erkrankung

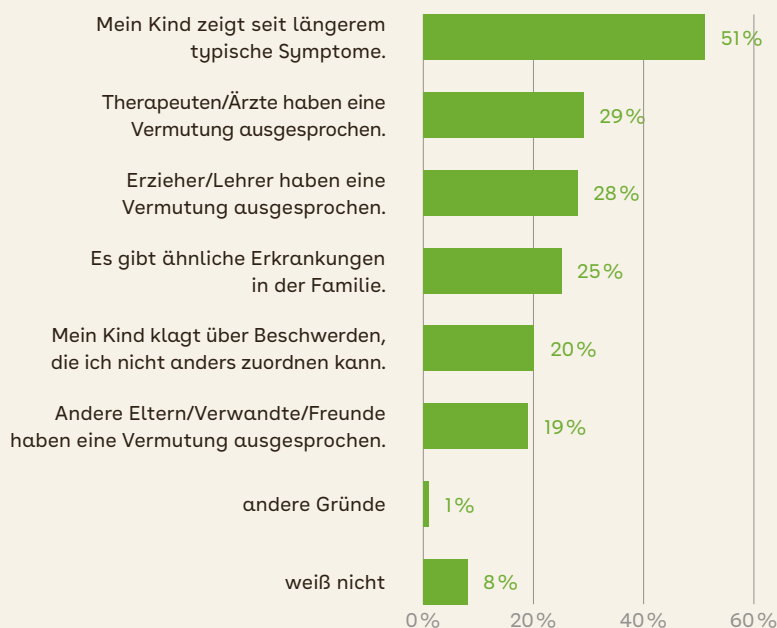
Mehr als die Hälfte der Eltern, die eine psychische Erkrankung bei ihrem Kind vermuten, begründen dies damit, dass sie bereits seit längerer Zeit Anzeichen bzw. Symptome bei ihrem Kind beobachten (51%; **s. Abb. 7.3.10**). Jedes fünfte Elternteil berichtet zudem, dass sein Kind über Beschwerden klagt, die sich aus Sicht der Eltern nicht anders erklären lassen (20%). Daneben spielen Hinweise von Therapeutinnen bzw. Therapeuten und Ärztinnen bzw. Ärzten (29%), Lehrkräften und Erziehenden (28%), Kenntnis von ähnlichen Erkrankungen in der Familie (25%) sowie Hinweise aus dem persönlichen Umfeld (19%) eine wichtige Rolle für die Entstehung einer Krankheitsvermutung. Im Vergleich zu anderen im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 untersuchten Erkrankungen stützen Eltern ihre Vermutungen insbesondere bei psychischen Erkrankungen und ADHS häufig auf selbst beobachtete Auffälligkeiten ihres Kindes (Durchschnittswert 30%; **s. Abb. 6.2.12** in Kapitel 6.2). Dies unterstreicht die Bedeutung einer guten Gesundheitskompetenz der Eltern für die Einordnung erster Anzeichen. Gleichzeitig zeigt sich, dass Lehrkräfte

sowie Erzieherinnen und Erzieher insbesondere bei Entwicklungsstörungen, ADHS und psychischen Erkrankungen überdurchschnittlich häufig Hinweise auf mögliche Auffälligkeiten geben (Durchschnittswert 13%; **s. Abb. 6.2.12**). Bildungs- und Betreuungseinrichtungen nehmen damit eine wichtige Rolle bei der frühen Wahrnehmung möglicher Erkrankungen sowie als Informations- und Orientierungsquelle für Eltern ein. Besonders deutlich wird dies bei Störungen des Sozialverhaltens bzw. oppositionellem Verhalten: Hier berichten Eltern mit 47 Prozent am häufigsten von Hinweisen durch Lehrkräfte sowie Erzieherinnen und Erzieher.

Knapp die Hälfte der Eltern berichtet, dass bereits ein Arztbesuch zur Abklärung stattfand (44%), dieser Nennungsanteil liegt oberhalb des Durchschnittswerts aller in der Studie abgefragten chronischen Erkrankungen (37%, **s. Abb. 6.2.13**). Bei einem weiteren Viertel ist ein Arztbesuch bereits terminiert (26%). Demgegenüber ist bisher nur in etwa jedem achten Fall kein Arztbesuch geplant (12%; **s. Abb. 7.3.11**).

Abb. 7.3.10: Grund für Vermutung von psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Basis: n = 247 (0- bis 17-jährige Kinder, bei denen psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen vermutet werden).



Frage: Weshalb vermuten Sie, dass Ihr Kind psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen haben könnte? (Mehrfachantwort möglich)

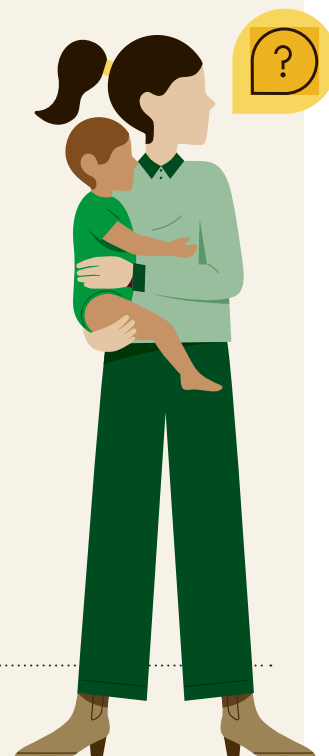
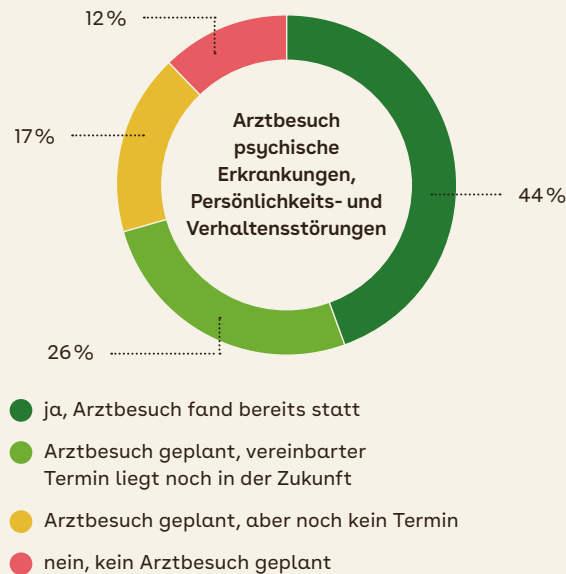


Abb. 7.3.11: Arztbesuch für Vermutung von psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Basis: n = 247 (0- bis 17-jährige Kinder, bei denen psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen vermutet werden).



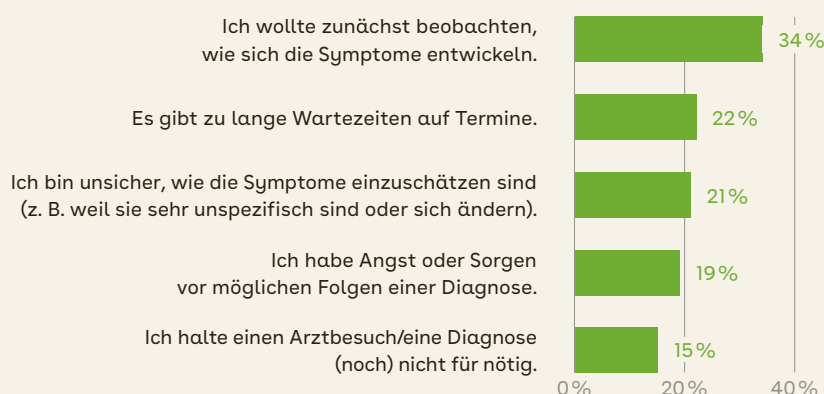
Frage: Haben Sie zur Abklärung der Symptome bereits einen Kinder- oder Facharzt konsultiert, um eine Diagnose zu erhalten?

Dieser Anteil liegt deutlich unter dem Durchschnitt aller vermuteten chronischen Erkrankungen. Damit zeigt sich, dass Eltern bei vermuteten psychischen Erkrankungen vergleichsweise häufig eine ärztliche Abklärung einleiten oder bereits konkret geplant haben.

Wurde bisher kein Arzttermin vereinbart oder ist ein Arztbesuch gar nicht geplant, ist der Grund dafür zumeist, dass die Eltern zunächst beobachten wollen, wie sich die Symptome entwickeln (34 %). In jeweils jedem fünften Fall geben die Eltern zu lange Wartezeiten auf Termine an (22 %), sind sich unsicher, wie die Symptome einzuschätzen sind (21 %) oder haben Angst oder Sorgen vor möglichen Folgen einer Diagnose (19 %; s. Abb. 7.3.12). Insbesondere der Wunsch nach weiterer Beobachtung (34 %) und auch die Unsicherheit bezüglich der Einschätzung der Symptome (21 %) werden im Fall einer vermuteten psychischen Erkrankung häufiger genannt als im Durchschnitt aller in der Studie abgefragten chronischen Erkrankungen (29 % vs. 13 %, s. Abb. 6.2.14 in Kapitel 6.2). Die Ergebnisse sprechen dafür, dass die Phase zwischen ersten Auffälligkeiten und einer ärztlichen Abklärung eine zentrale Orientierungsphase für Eltern darstellt. Umso wichtiger erscheinen eine gute Gesundheitskompetenz der Eltern sowie Informationsangebote, die Eltern dabei unterstützen, Symptome angemessen einzuordnen und den Zeitpunkt einer ärztlichen Abklärung besser einschätzen zu können.

Abb. 7.3.12: Häufigste Gründe gegen einen Arzttermin bei Vermutung von psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Basis: n = 74 (0- bis 17-jährige Kinder, bei denen psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen vermutet werden, aber (noch) kein Arzttermin vereinbart oder geplant wurde).



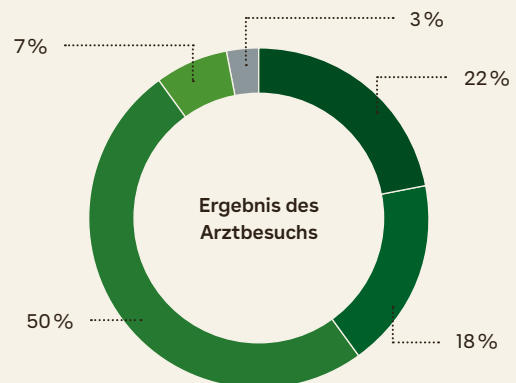
Frage: Aus welchen Gründen haben Sie bisher noch keinen Kinder- oder Facharzt zur Abklärung der Symptome konsultiert? (Mehrfachantwort möglich)

Die Eltern, die mit ihrer Vermutung bereits eine Ärztin/einen Arzt besucht haben, berichten in der Hälfte der Fälle von noch laufenden Untersuchungen bzw. davon, dass die Diagnostik noch nicht abgeschlossen ist (50%; **s. Abb. 7.3.13**). Nur in weniger als einem Viertel der Fälle führte der Besuch dazu, dass die Vermutung nicht diagnostisch bestätigt wurde (22%). Dieser Wert liegt unterhalb des berichteten Durchschnitts aller vermuteten chronischen Erkrankungen (29%; **s. Abb. 6.2.15** in Kapitel 6.2). In weiteren Fällen war keine Diagnose möglich, etwa aufgrund des geringen Alters des Kindes oder fehlender Symptome (18%). Zusammen mit dem vergleichsweise hohen Anteil bereits erfolgter oder geplanter Arztbesuche zeigt sich damit: Eltern gehen vermutete psychische Erkrankungen häufig aktiv an, die diagnostische Einordnung bleibt jedoch oft noch offen. Die Ergebnisse sprechen daher weniger für Fehleinschätzungen der Eltern als für die besondere Schwierigkeit, psychische Beschwerden und Symptome zuverlässig einzuordnen.

Unabhängig von einem Arztbesuch nutzen Eltern mit einer Krankheitsvermutung eine breite Palette an Informationsquellen zur Einordnung möglicher psychischer Erkrankungen ihres Kindes. Am häufigsten werden Online-Suchportale genutzt (29%), gefolgt von KI-Anwendungen (25%; **s. Abb. 7.3.14**). Ebenfalls bedeutsam sind Hinweise aus Schule bzw. Kindergarten (25%) sowie Informationen der Krankenkassen (20%). Soziale Medien spielen mit 18 Prozent ebenfalls eine relevante Rolle. Hier sei auf Kapitel 6.2 verwiesen, in dem Ergebnisse einer Inhaltsanalyse zu 177 deutschsprachigen TikTok-Videos zu psychischen Erkrankungen in der Form beschrieben wurden, dass etwa die Hälfte der Beiträge falsche oder irreführende Inhalte vermittelte, wodurch Fehleinschätzungen psychischer Symptome sowie Selbstdiagnosen begünstigt werden.

Abb. 7.3.13: Ergebnis des Arztbesuchs bei Vermutung von psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Basis: n = 110 (0- bis 17-jährige Kinder, bei denen psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen vermutet werden und ein Arztbesuch 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?

Deutlich wird, dass digitale Informationsangebote für viele Eltern im Falle einer Krankheitsvermutung die erste Anlaufstelle sind und teilweise häufiger genutzt werden als etablierte Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens. Schulen und Kindergärten spielen bei der Information zu Krankheitsvermutungen über alle im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 betrachteten Erkrankungen hinweg eher eine nachgelagerte Rolle (12%; **s. Abb. 6.2.16** in Kapitel 6.2) – im Fall vermuteter Entwicklungsstörungen, ADHS oder psychischer Erkrankungen werden sie durch die Eltern jedoch überdurchschnittlich häufig genutzt. Auch KI-Anwendungen werden im Fall einer vermuteten psychischen Erkrankung häufiger genutzt als im Durchschnitt (Durchschnittswert 19%; **s. Abb. 6.2.16** in Kapitel 6.2).

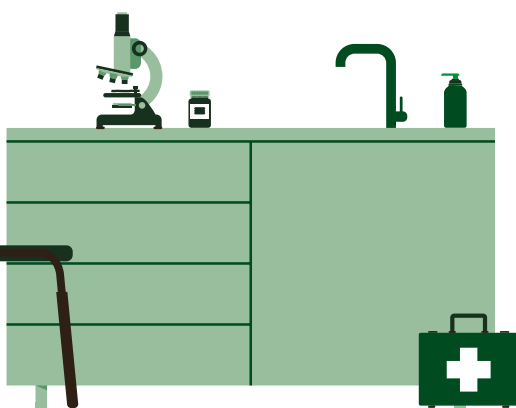
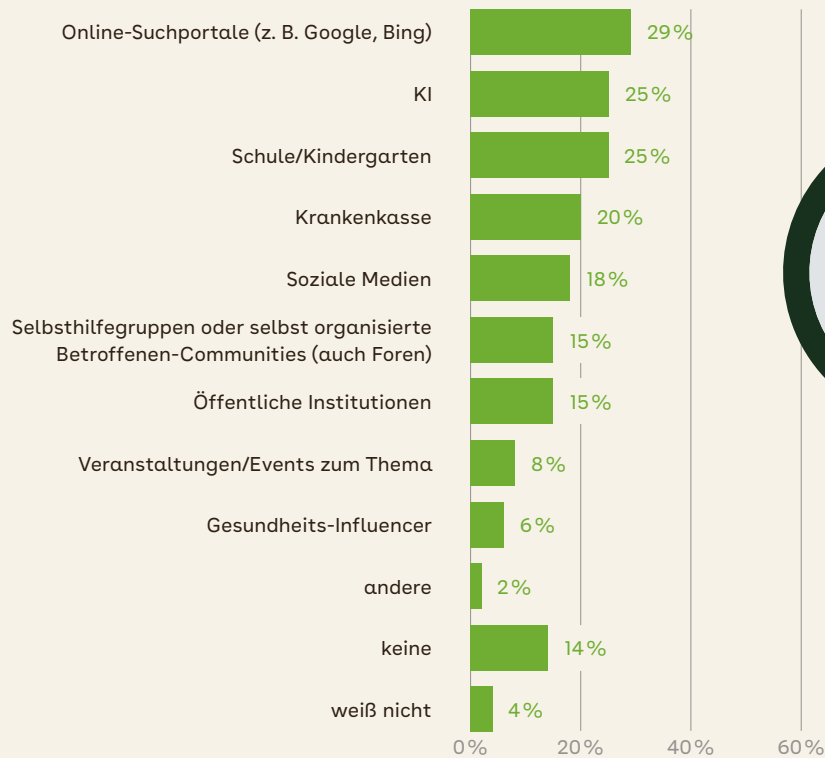


Abb. 7.3.14: Verwendete Informationsquellen bei Vermutung von psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Basis: n = 247 (0- bis 17-jährige Kinder, bei denen psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen vermutet werden).



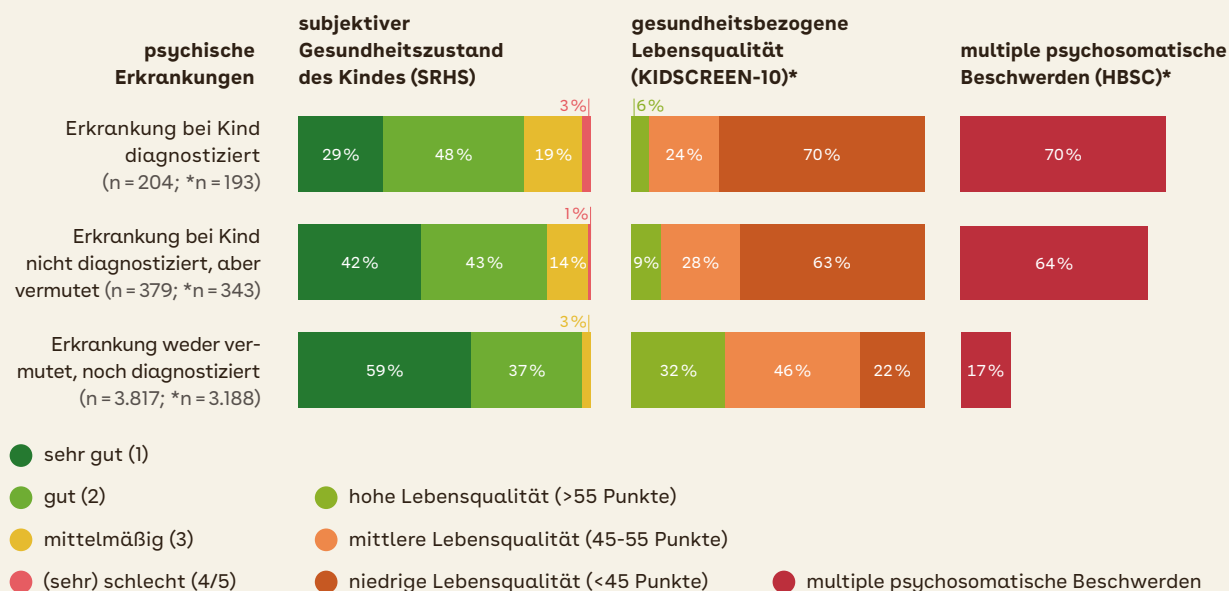
Frage: (...) unabhängig davon, ob Sie (...) einen Kinder- oder Facharzt aufgesucht haben (...): Welche (weiteren) Informationsquellen haben Sie genutzt, um sich zur vermuteten Erkrankung Ihres Kindes (...) zu informieren bzw. um Orientierung zu erhalten? (Mehrfachantwort möglich)

Die Ergebnisse zeigen, dass psychische Erkrankungen häufig bereits vor einer gesicherten Diagnose im Alltag der Kinder sichtbar werden. Bildungs- und Betreuungseinrichtungen kommt dabei eine Schlüsselrolle zu: Sie sind häufig der Ort, an dem erste Auffälligkeiten erkannt werden und zugleich eine wichtige Informationsquelle für Eltern. Dies gilt insbesondere für Störungen des Sozialverhaltens bzw. oppositionelles Verhalten, deren Auffälligkeiten nach Angaben der Eltern häufiger als bei anderen psychischen Erkrankungen erstmals

im Bildungsalltag wahrgenommen werden. Die Ergebnisse verdeutlichen zugleich, dass die Phase zwischen ersten Auffälligkeiten und einer diagnostischen Abklärung für viele Familien eine wichtige Orientierungsphase darstellt. Umso bedeutsamer erscheinen niedrigschwellige, fundierte Informationsangebote sowie eine gute Gesundheitskompetenz der Eltern, um psychische Auffälligkeiten frühzeitig einordnen und den Bedarf einer weiteren Abklärung besser einschätzen zu können.

Abb. 7.3.15: Subjektiver Gesundheitszustand, gesundheitsbezogene Lebensqualität und multiple psychosomatische Beschwerden des Kindes bei psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne diese

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder, ***Basis:** 3- 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?

Gesundheit der Kinder mit psychischer Erkrankung

Um die gesundheitliche Situation von Kindern mit chronischen Erkrankungen differenziert einzuordnen, werden neben dem subjektiven Gesundheitszustand auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität (KIDSCREEN-10) und psychosomatische Beschwerden (HBSC) betrachtet. Während der subjektive Gesundheitszustand eine übergreifende elterliche Einschätzung abbildet, ergänzen KIDSCREEN-10 und HBSC diese Perspektive um Aspekte des Wohlbefindens, der psychischen Belastung und der Alltagsbeschwerden.

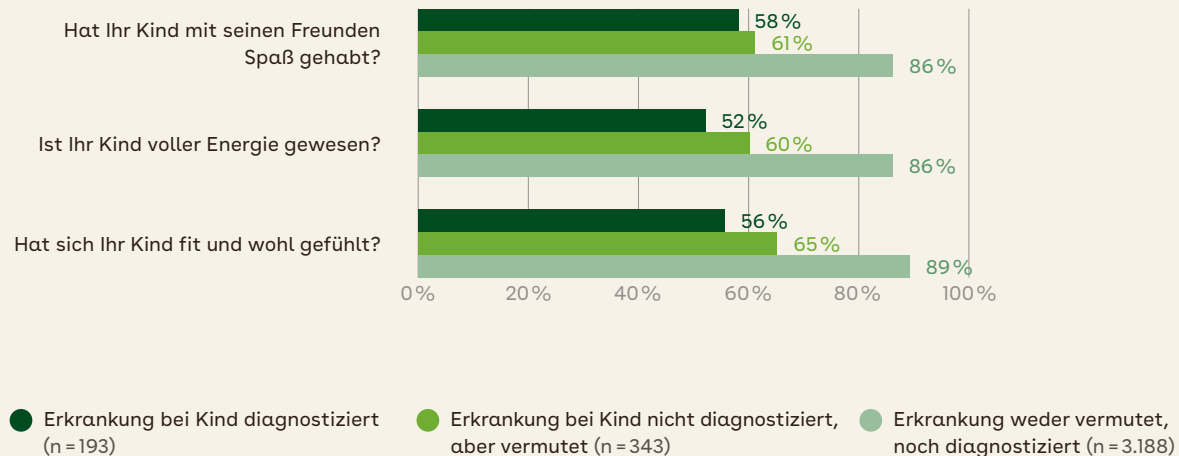
Liegt die Diagnose einer psychischen Erkrankung für ihr Kind vor, berichten die Eltern nur in 29 Prozent der Fälle von einem *sehr guten* Gesundheitszustand ihres Kindes, in 19 Prozent der Fälle wird dieser als *mittelmäßig* beurteilt (s. Abb. 7.3.15). Liegt eine Krankheitsvermutung vor, liegt der Anteil der Kinder mit *sehr gutem* Gesundheitszustand bei 42 Prozent (signifikant höher als bei Diagnose), in 14 Prozent der Fälle ist dieser nach Elternangaben nur *mittelmäßig*. Liegt weder eine Diagnose noch eine Vermutung vor,

belaufen sich diese Anteile auf 59 Prozent bzw. drei Prozent (signifikant höher bzw. niedriger als bei Diagnose oder Vermutung). Die Ergebnisse zeigen damit, dass sowohl im Fall einer diagnostizierten psychischen Erkrankung als auch bereits im Fall einer entsprechenden Krankheitsvermutung nicht nur ein geringerer Anteil *sehr guter* Gesundheit, sondern zugleich ein deutlich höherer Anteil nur *mittelmäßig* eingeschätzter Gesundheit sichtbar werden.

Zum allgemeinen Vergleich: Der Anteil der Kinder mit *sehr gutem* subjektiven Gesundheitszustand liegt bei einer diagnostizierten psychischen Erkrankung deutlich unter dem Vergleichswert aller Kinder mit mindestens einer diagnostizierten chronischen Erkrankung (29 % vs. 45 %). Damit grenzen sich psychische Erkrankungen bereits im subjektiven Gesundheitszustand besonders deutlich von anderen Erkrankungen ab. Bei einer vermuteten psychischen Erkrankung liegt der Nennungsanteil hingegen näher am Vergleichswert aller Kinder mit mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung (42 % vs. 49 %).

Abb. 7.3.16: Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne diese

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *immer* + *oft*. Basis: 3- bis 17-jährige Kinder.



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

Die von den Eltern eingeschätzte gesundheitsbezogene Lebensqualität (auf Basis des KIDSCREEN-10) fällt bei Kindern mit einer bisher nur vermuteten psychischen Erkrankung ähnlich kritisch aus wie bei einer bereits diagnostizierten Erkrankung: 70 Prozent der Eltern von Kindern mit Diagnose schätzen die Lebensqualität ihres Kindes mit Diagnose als niedrig ein, unter den Eltern mit Vermutung liegt dieser Anteil bei 63 Prozent (**s. Abb. 7.3.15**). Das bedeutet, dass die Lebensqualität der betroffenen Kinder im vergleichbaren Maße eingeschränkt ist, unabhängig davon, ob eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde oder diese bisher vermutet wird. Ohne Diagnose oder Vermutung bewerten signifikant weniger Eltern (22%) die Lebensqualität ihres Kindes als niedrig. Auch die Einschätzung der hohen Lebensqualität fällt bei Kindern ohne Diagnose/Vermutung (32%) signifikant höher aus als bei Kindern mit Vermutung (9%) oder Diagnose (6%).

Im Vergleich zu Kindern mit mindestens einer diagnostizierten chronischen Erkrankung insgesamt weisen Kinder mit diagnostizierter psychischer Erkrankung deutlich häufiger eine niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität auf (70% vs. 39%). Auch bei einer vermuteten psychischen Erkrankung liegt der Anteil über dem Vergleichswert aller Kinder mit mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung (63% vs. 43%). Damit weisen psychische

Erkrankungen die stärksten Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität aller in dieser Studie betrachteten Erkrankungen auf.

Auf Ebene der im Rahmen der Lebensqualität erfassten Einzelmerkmale (**s. Abb. 7.3.16**) zeigt sich, dass sich die Anteile zwischen den beiden Gruppen mit Diagnosen und Vermutungen nur wenig unterscheiden, dagegen jedoch deutlich in ausgewählten Merkmalen von der Gruppe ohne Diagnose/Vermutungen abweichen: So berichten Eltern von Kindern mit Diagnosen bzw. Vermutungen seltener davon, dass ihr Kind *oft* bzw. *immer* voller Energie gewesen ist (Diagnose: 52%, Vermutung: 60%, ohne: 86%; alle zueinander signifikant unterschiedlich), mit seinen Freunden *oft* bzw. *immer* Spaß gehabt hat (58% und 61% jeweils signifikant vs. 86%) sowie sich fit und wohl gefühlt hat (56% vs. 65% vs. 89%; alle zueinander signifikant unterschiedlich).

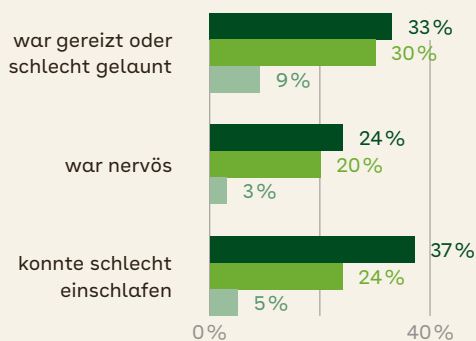
Im Vergleich mit anderen Erkrankungen zeigen sich bei diesen Indikatoren nicht nur generell unterdurchschnittliche Nennungsanteile, sondern auch die niedrigsten Nennungsanteile unter allen im Rahmen der Studie betrachteten Erkrankungen.

Ähnlich zeigen sich die Auswirkungen einer Diagnose einer psychischen Erkrankung in Bezug auf die Häufigkeit des Auftretens multipler psychosomatischer Beschwerden: Ist eine Erkrankung weder diagnostiziert noch vermutet, liegt dieser Anteil unter den Kindern nach Angabe der Eltern bei 17 Prozent (**s. Abb. 7.3.15**). Im Fall einer Krankheitsdiagnose liegt der entsprechende Anteil dagegen bei 70 Prozent und bei einer Vermutung bei 64 Prozent. Diese Nennungsanteile liegen oberhalb der Durchschnittswerte für alle Kinder und Jugendlichen mit mindestens einer Diagnose (36%) oder Vermutung (38%). Psychische Erkrankungen weisen zudem unter den in der Studie vertiefend betrachteten Erkrankungen die höchste psychosomatische Beschwerdelast auf.

Eltern berichten besonders häufig davon (**s. Abb. 7.3.17**), dass ihr Kind in den letzten sechs Monaten mindestens mehrmals pro Woche nervös gewesen ist (Diagnose 24 % und Vermutung 20 % jeweils signifikant vs. ohne: 3 %), gereizt bzw. schlecht gelaunt war (33 % und 30 % jeweils signifikant vs. 9 %) oder schlecht einschlafen konnte (37 % und 24 % jeweils signifikant vs. 5 %). Für die genannten Beschwerden zeigen sich im Vergleich der in der Studie vertiefend betrachteten Erkrankungen mit die höchsten Nennungsanteile bei einer diagnostizierten oder vermuteten psychischen Erkrankung, die auch insgesamt deutlich überdurchschnittlich einzuschätzen sind.

Abb. 7.3.17: Psychosomatische Beschwerden bei psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne diese

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *mehrmals pro Woche + (fast) täglich*. **Basis:** 3- bis 17-jährige Kinder.



- Erkrankung bei Kind diagnostiziert (n = 193)
- Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet (n = 343)
- Erkrankung weder vermutet, noch diagnostiziert (n = 3.188)

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

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass psychische Erkrankungen nach Angaben der Eltern mit besonders starken gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen verbunden sind. Bereits beim subjektiven Gesundheitszustand fallen die Einschätzungen bei diagnostizierten psychischen Erkrankungen deutlich kritischer aus als im Durchschnitt der Kinder mit mindestens einer chronischen Erkrankung. Besonders ausgeprägt sind die Einschränkungen bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und den multiplen psychosomatischen Beschwerden. Psychische Erkrankungen weisen hier im Vergleich aller im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 betrachteten Erkrankungen die höchsten Belastungswerte auf.

Auch bei den Einzelbeschwerden zeigen sich Spitzenwerte: Nervosität, Gereiztheit bzw. schlechte Laune und Einschlafschwierigkeiten werden bei diagnostizierter oder vermuteter psychischer Erkrankung am häufigsten berichtet. Charakteristisch ist zudem, dass sich die Belastungen zwischen Diagnose und Vermutung teils nur wenig unterscheiden. Kinder mit Krankheitsvermutung zeigen bereits ein ähnlich kritisches Profil wie Kinder mit gesicherter Diagnose. Die Befunde sprechen dafür, Krankheitsvermutungen bei psychischen Erkrankungen ernst zu nehmen, da Einschränkungen des Wohlbefindens und belastungsbezogene Beschwerden bereits hier deutlich sichtbar werden.

Krankheitsbezogene Belastung von Kindern und Eltern

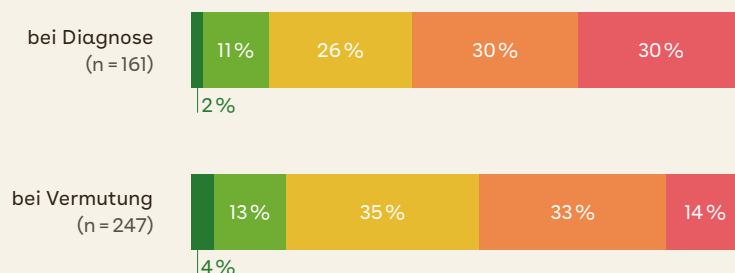
Im Vergleich zu den anderen im Rahmen der vorliegenden Studie betrachteten diagnostizierten oder vermuteten Erkrankungen berichten die Eltern im Fall von psychischen Erkrankungen am häufigsten von krankheitsbezogenen Belastungen der Kinder und Eltern. Fast die Hälfte der befragten Eltern gibt *sehr starke* oder *eher starke* Belastungen für das Kind an, wenn eine psychische Erkrankung vermutet wird (47%), bei einer bereits diagnostizierten psychischen Erkrankung sind es drei Fünftel (61%; signifikanter Unterschied; **s. Abb. 7.3.18**). Die Eltern betroffener Kinder berichten sogar noch häufiger von *eher starken*

bzw. *sehr starken* eigenen Belastungen: Im Falle vermuteter Erkrankungen berichten dies etwas mehr als die Hälfte der betroffenen Eltern (56 %), bei bestehenden diagnostizierten Erkrankungen liegt der entsprechende Anteil bei über zwei Dritteln (69 %; signifikanter Unterschied) – somit ist die berichtete Belastung der Eltern betroffener Kinder sogar größer als bei den Kindern selbst. Im Vergleich der im Spektrum der psychischen Erkrankungen durch die Eltern genannten Diagnosen bzw. Vermutungen werden für die Eltern besonders hohe Belastungen berichtet, wenn eine Angst- oder Anpassungsstörung bei dem Kind vermutet wird (68 %). Die höchste Belastung für die Kinder berichten Eltern im Fall einer diagnostizierten emotionalen Instabilität/eines impulsiven Verhaltens (67 %).

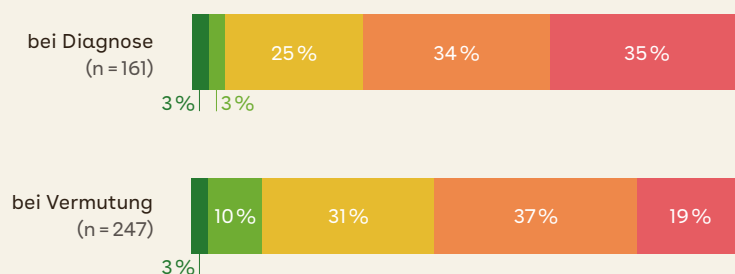
Abb. 7.3.18: Belastung von Kindern und Eltern durch diagnostizierte oder vermutete psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen der Kinder

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder, bei denen psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen diagnostiziert sind oder vermutet werden.

Belastung für das Kind



Belastung für die Eltern



● sehr gering ● eher gering ● teils/teils ● eher stark ● sehr stark

Frage: Wie belastet Sie bzw. Ihr Kind diese (vermutete) Erkrankung?

Krankheitsbezogene Sorgen der Eltern und Unterstützungsempfinden

Im Vergleich zu anderen im Rahmen der vorliegenden Studie vertiefend betrachteten diagnostizierten oder vermuteten Erkrankungen berichten die Eltern im Fall von psychischen Erkrankungen neben Adipositas am häufigsten von wahrgenommenen Sorgen oder Unterstützungsdefiziten. Konkret berichten die Eltern häufig von der Sorge, dass sich die (vermutete) Erkrankung des Kindes verschlimmern könnte (Anteile von *stimme voll* bzw. *eher zu*: bei Diagnose 63%, bei Vermutung 50%; signifikanter Unterschied; **s. Abb. 7.3.19**).

Auch die Sorge, dass durch die (vermutete) Erkrankung dauerhafte Einschränkungen für das Kind entstehen könnten, wird häufig genannt (bei Diagnose 61%, bei Vermutung 52%); danach die Sorge, dass die (vermutete) Erkrankung des Kindes nicht ernst genommen wird (57% vs. 48%), sowie die Sorge, dass das Kind sozial benachteiligt wird (50% vs. 48%) und schließlich, dass das Kind gemobbt wird (44% vs. 42%).

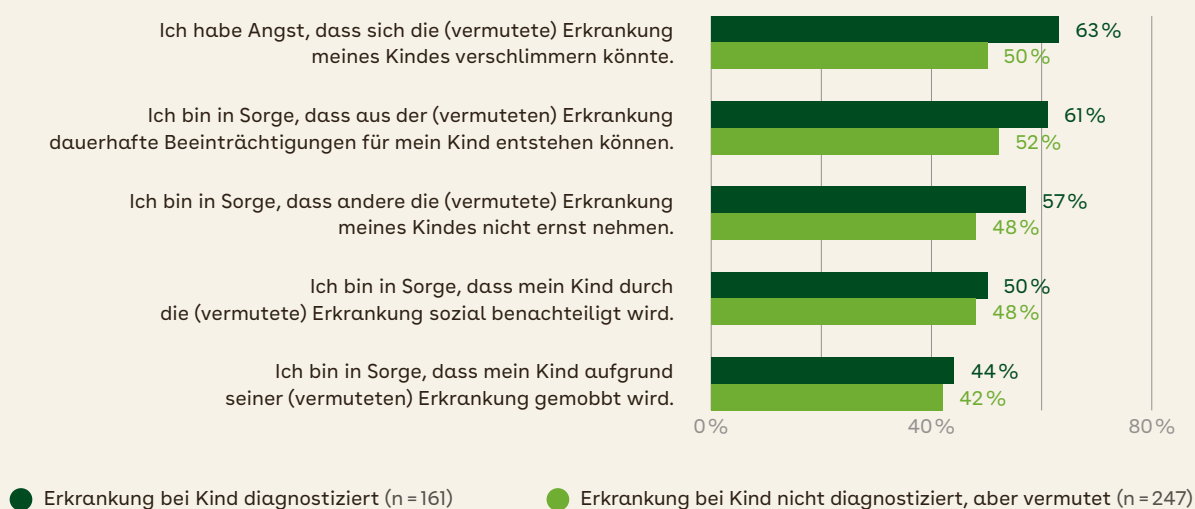
Besonders ausgeprägt sind die aufgeführten Sorgen, wenn die Eltern von einer Störung des Sozialverhaltens/oppositionellem Verhalten oder starker emotionaler Instabilität/impulsivem Verhalten ihres

Kindes berichten. So stimmen etwa 81 Prozent der Eltern von Kindern mit einer diagnostizierten Störung des Sozialverhaltens/oppositionellem Verhalten und damit 31 Prozentpunkte über dem Durchschnittswert für alle psychischen Erkrankungen der Aussage *voll* oder *eher zu*, dass ihr Kind durch die Erkrankung sozial benachteiligt wird. Auch bei den diesbezüglichen Vermutungen liegt der Anteil besorgter Eltern zehn Prozentpunkte über dem Durchschnitt (58%). Des Weiteren sind 74 Prozent der Eltern mit einer diagnostizierten starken emotionalen Instabilität/impulsivem Verhalten bei ihrem Kind in Sorge, dass aus der Erkrankung dauerhafte Beeinträchtigungen entstehen können.

Im Hinblick auf verfügbare Unterstützungsangebote geben nur knapp drei Viertel der Eltern betroffener Kinder und knapp zwei Drittel der Eltern mit Krankheitsvermutungen an, dass es in deren persönlichem Umfeld auch Menschen gibt, mit denen sie offen über die (vermutete) Erkrankung ihrer Kinder sprechen können (bei Diagnose 73% vs. bei Vermutung 64%; **s. Abb. 7.3.20**). Auch halten sich nur zwei Drittel der

Abb. 7.3.19: Sorgen bei psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen nach Diagnose bzw. Vermutung

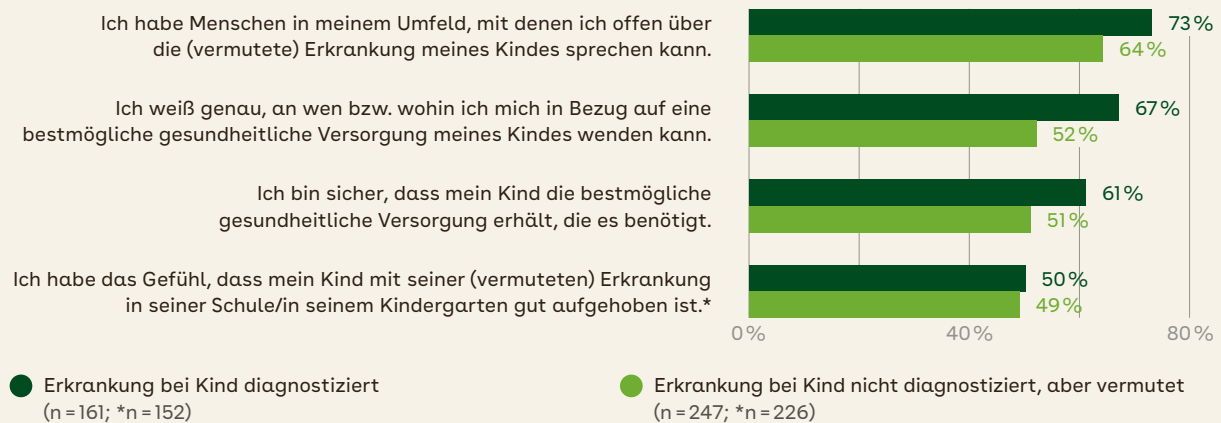
Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *stimme voll zu* + *stimme eher zu*. **Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder, bei denen psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen diagnostiziert sind oder vermutet werden.



Frage: Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

Abb. 7.3.20: Unterstützungssituationen bei psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen nach Diagnose bzw. Vermutung

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *stimme voll zu* + *stimme eher zu*. **Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder, bei denen psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen diagnostiziert sind oder vermutet werden; ***reduzierte Basis:** Nur, wenn Kind zusätzlich Kindergarten, (Vor-)Schule oder Berufsschule besucht.



Frage: Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

befragten Eltern mit Diagnose ihres Kindes überwiegend für gut informiert: So stimmen 67 Prozent dieser Eltern der Aussage *voll* oder *eher zu*, genau zu wissen, an wen bzw. wohin sie sich in Bezug auf eine bestmögliche gesundheitliche Versorgung ihres Kindes wenden können. Äußern die Eltern nur eine Krankheitsvermutung, liegt dieser Anteil signifikant niedriger bei nur 52 Prozent. Die Ergebnisse verweisen somit auf einen relevanten Anteil an Eltern, die sich nicht angemessen informiert fühlen.

In beiden Gruppen überwiegt zwar das Gefühl, dass das Kind die bestmögliche gesundheitliche Versorgung erhält, die es benötigt (bei Diagnose 61% vs. bei Vermutung 51%; signifikanter Unterschied; s. Abb. 7.3.20). Aber dies impliziert auch, dass substanzielle Anteile der Eltern dem nur eingeschränkt oder nicht zustimmen. Dieser Anteil beläuft sich bei den Eltern der Kinder mit Diagnosen auf über ein Drittel, bei Eltern mit Krankheitsvermutungen auf knapp die Hälfte. Ähnliches zeigt sich hinsichtlich der Zustimmung der Eltern dazu, dass sie das Gefühl haben, dass ihr Kind mit der (vermuteten) Erkrankung in der Schule/im Kindergarten gut aufgehoben ist. Hier stimmen jeweils nur etwa die Hälfte der Eltern zu (bei Diagnose 50% vs. bei Vermutung 49%).

Vergleichsweise hohe Unterstützungsbedarfe signalisieren Eltern von Kindern, bei denen eine Störung des Sozialverhaltens/oppositionelles Verhalten vermutet ist: Hier geben nur 45 Prozent der Eltern an, dass sie wissen, an wen bzw. wohin sie sich in Bezug auf eine bestmögliche gesundheitliche Versorgung ihres Kindes wenden können und auch, dass das Kind mit seiner Erkrankung in Schule oder Kindergarten gut aufgehoben ist.

Die Ergebnisse zeigen, dass Eltern von Kindern mit psychischen Erkrankungen unter den vertieft betrachteten Erkrankungen neben Adipositas die größten Sorgen und neben Verhaltensstörungen die größten Unterstützungsbedarfe berichten. Im Vordergrund stehen dabei Sorgen vor einer Verschlechterung der Erkrankung, dauerhaften Beeinträchtigungen sowie sozialer Benachteiligung ihrer Kinder. Gleichzeitig fühlt sich ein relevanter Teil der Eltern nicht ausreichend orientiert oder unterstützt und äußert Zweifel daran, dass ihr Kind die bestmögliche gesundheitliche Versorgung erhält oder in Schule und Kindergarten gut aufgehoben ist. Die Ergebnisse verdeutlichen damit, dass psychische Erkrankungen nicht nur mit einer hohen Belastung, sondern auch mit einem besonderen Bedarf an Information, Orientierung und bedarfsgerechter Unterstützung für die betroffenen Familien verbunden sind.





Nachgefragt bei ...

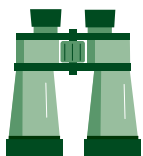
Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberger, Forschungsdirektorin und Leiterin der Forschungssektion „Child Public Health“ am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Expertin für psychische Gesundheit, Lebensqualität und Gesundheitsforschung bei Kindern und Jugendlichen.



Wo sehen Sie aktuell die 3 größten Herausforderungen, wenn es um die Förderung von Kindergesundheit in Deutschland geht?

Zu den drei größten Herausforderungen zählt einerseits die anhaltend hohe psychische Belastung vieler Kinder und Jugendlicher durch Krisen, Zukunftsängste und Leistungsdruck. Hinzu kommt die soziale Ungleichheit: Kinder aus belasteten Familien haben deutlich schlechtere Gesundheitschancen. Drittens fehlt es oft an niedrigschwelligen, frühzeitigen Unterstützungsangeboten in Schule, Familie und sozialem Umfeld. Prävention muss deutlich früher ansetzen – nicht erst, wenn Probleme bereits chronisch geworden sind.

Dr. Stefan Grothe, Chefarzt und Leiter des Sozialpädiatrischen Zentrums am St. Marien-Hospital Düren. Experte für Entwicklungsauffälligkeiten und sozialpädiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen.



Wo sehen Sie aktuell die 3 größten Herausforderungen, wenn es um die gesellschaftliche Teilhabe von Kindern mit besonderen gesundheitlichen Herausforderungen in Deutschland geht?

Gerade junge Menschen werden im sozialen Miteinander, in Schule und Beruf häufig an ihren Schwächen gemessen, und nicht an ihren Stärken. Junge Menschen mit gesundheitlichen Herausforderungen haben durch diesen Normativitätsdruck häufig Schwierigkeiten, ihren Platz in der Gesellschaft zu finden. Die Sozialen Medien verstärken diesen Trend. In einer realitätsfernen Scheinwelt, in der Perfektion kompromisslos gefordert wird, müssen individuelle und gesundheitsbedingte Schwächen verborgen werden. In einer Welt des schnellen Wandels und der nicht vorhergesehenen Bedrohungen fällt die Entwicklung eigener Lebensperspektiven generell schwerer denn je.



Fazit: Psychische Erkrankungen nehmen unter den im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 betrachteten Erkrankungen eine besondere Stellung ein. Sie gehen mit den höchsten Einschränkungen des subjektiven Gesundheitszustands und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie den größten Belastungen und Sorgen von Kindern und Eltern einher. Bemerkenswert ist, dass sich diese Belastungen häufig bereits bei einer reinen Krankheitsvermutung zeigen und sich teils nur gering von denen diagnostizierter Erkrankungen unterscheiden. Bildungs- und Betreuungseinrichtungen kommt dabei eine Schlüsselrolle zu: Sie sind häufig die ersten Orte, an denen Auffälligkeiten sichtbar werden, und zugleich wichtige Ansprechpersonen für Eltern. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung einer frühzeitigen Orientierung und diagnostischen Abklärung sowie einer verlässlichen Begleitung der betroffenen Familien bereits vor einer gesicherten Diagnose.

Kapitel 7:

7.4 Entwicklungsstörungen



Kinder entwickeln sich unterschiedlich schnell. Manche lernen früher laufen, beginnen aber später zu sprechen, andere zeigen früh sprachliche Stärken, benötigen jedoch mehr Zeit bei motorischen Fertigkeiten. Solche Unterschiede im Entwicklungstempo gehören zur normalen Entwicklung von Kindern (BIÖG, 2026a). Bei einem Teil der Kinder zeigen sich jedoch deutliche Verzögerungen oder Auffälligkeiten, die über die normale Spannweite der kindlichen Entwicklung hinausgehen und fachkundig untersucht sowie gegebenenfalls unterstützt werden sollten (BIÖG, 2026b). Entwicklungsbeeinträchtigungen können zudem mit Einschränkungen der Gesundheit, Bildung und sozialen Teilhabe verbunden sein (WHO & UNICEF, 2023).

Entwicklungsstörungen umfassen Beeinträchtigungen der kognitiven, sprachlichen, motorischen, sozialen oder emotionalen Entwicklung, die meist bereits im Kindesalter beginnen (WHO, 2024a). Die Auswirkungen von Entwicklungsstörungen können je nach Art und Ausprägung erheblich variieren und sowohl die schulische, soziale als auch die gesundheitliche Entwicklung beeinflussen. Darüber hinaus weisen betroffene Kinder und Jugendliche ein erhöhtes Risiko für weitere psychische Belastungen und Erkrankungen auf, insbesondere wenn Entwicklungsauffälligkeiten spät erkannt oder unzureichend unterstützt werden (WHO, 2024a).

In den vergangenen Jahren haben Entwicklungsauffälligkeiten, die in der Öffentlichkeit häufig unter dem Begriff der Neurodivergenz diskutiert werden, deutlich an Aufmerksamkeit gewonnen. Der Begriff dient dabei meist als Sammelbezeichnung für unterschiedliche Entwicklungs- und Verhaltensbesonderheiten,

ist jedoch weder ein eigenständiges Krankheitsbild noch eine medizinische Diagnose. Dazu zählen in der öffentlichen Diskussion häufig auch ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung) oder andere psychische bzw. verhaltensbezogene Auffälligkeiten, die Eltern im Alltag nicht immer klar voneinander abgrenzen können. Die zunehmende Aufmerksamkeit wird unter anderem mit einer stärkeren öffentlichen Sensibilisierung, Fortschritten bei der Identifikation und Diagnostik sowie der wachsenden Bedeutung neurodiversitätsorientierter Perspektiven in Verbindung gebracht (Pellicano & den Houting, 2022; Zeidan et al., 2022). Gleichzeitig führt die hohe öffentliche Aufmerksamkeit dazu, dass Entwicklungsauffälligkeiten häufiger wahrgenommen und diskutiert werden. Nicht selten stehen Eltern vor der Frage, ob beobachtete Besonderheiten Teil einer normalen Entwicklung sind oder auf eine Entwicklungsstörung hindeuten könnten. Vor diesem Hintergrund berücksichtigt die vorliegende Studie sowohl diagnostizierte als auch von Eltern vermutete Entwicklungsstörungen.

Im Rahmen des AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 wurden die Eltern zusammengefasst zu Entwicklungsstörungen (dies umfasst z. B. Sprach- und Sprechstörungen, Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten, Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen) befragt. Da sich Entwicklungsstörungen typischerweise bereits in den frühen Phasen der kindlichen Entwicklung manifestieren, werden im folgenden Kapitel Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren betrachtet.

Zusammenfassung

Vermutungen zu Entwicklungsstörungen, ADHS und psychischen Erkrankungen überschneiden sich häufig

Krankheitsvermutungen oft auf Schule / Kindergarten zurückzuführen

Zentrale Informationsquellen bei Vermutungen: Schule und Kindergarten

Auftreten

- **Diagnose bei 5 % / Vermutung bei 7 %**
- Diagnosen häufiger bei Jungen als bei Mädchen (7 % vs. 4 %).
- häufigste Nennungen: Sprachentwicklungsstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen

Belastungen und Sorgen

- im Vergleich mittlere Belastung der Kinder (35 % vs. 25 %) und erhöhte der Eltern (47 % vs. 38 %)

Größte Sorgen der Eltern:

- dauerhafte Beeinträchtigungen (58 % vs. 46 %)
- soziale Benachteiligung des Kindes (51 % vs. 40 %)

Lebensstil

Kinder mit Diagnose, besonders mit Vermutung

- nutzen Soziale Medien (mind. drei Stunden täglich: 23 % vs. 36 % vs. 19 %) und schauen Fernsehen (19 % vs. 30 % vs. 18 %) intensiver,
- vernachlässigen dadurch Aussehen, Körperpflege oder Gesundheit (25 % vs. 37 % vs. 8 %) und erleiden negative Veränderungen von Selbstwahrnehmung und Selbstwertgefühl (28 % vs. 37 % vs. 12 %),
- sind durchschnittlich häufig in Vereinen sportlich aktiv, für ausbleibende Vereinsaktivität wird jedoch häufiger Stress durch Leistungserwartungen (16 % vs. 16 % vs. 8 %) angegeben (Schwierigkeiten bei der Teilhabe).

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

Lebensumfelder

- Entwicklungsstörungen treten häufiger auf bei Kindern aus gesundheitlich, sozial und ökonomisch stärker belasteten Familien (erkrankungsübergreifender Befund).
- Besonderheit: Krankheitsvermutungen weitgehend unabhängig vom subjektiven Gesundheitszustand der Eltern, aber Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz, Bildungsabschluss, Einkommen, Wohnfläche und familiärer Betreuungskonstellation.

Kinder mit Diagnose oder Vermutung

- schaffen ihre Aufgaben in Kindergarten und Schule seltener gut (58 % vs. 64 % vs. 88 %).

Elterlicher Umgang mit Krankheitsvermutungen

- Hauptgrund für Vermutung: Hinweise aus Kindergarten und Schule (32 %)
- ärztliche Abklärung: überdurchschnittlich häufig erfolgt (42 %)
- Unsicherheit bei der Symptomeinordnung: überdurchschnittlich häufiger Grund gegen einen Arztbesuch (17 %)
- Informationssuche vor allem über Schule und Kindergarten (27 %) und KI (26 %)

Gesundheitszustand

Kinder mit Diagnose oder Vermutung haben

- häufiger eine niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität (55 % vs. 57 % vs. 24 %),
- häufiger multiple psychosomatische Beschwerden (49 % vs. 49 % vs. 20 %).

Auftreten und Verbreitung in unterschiedlichen Gruppen

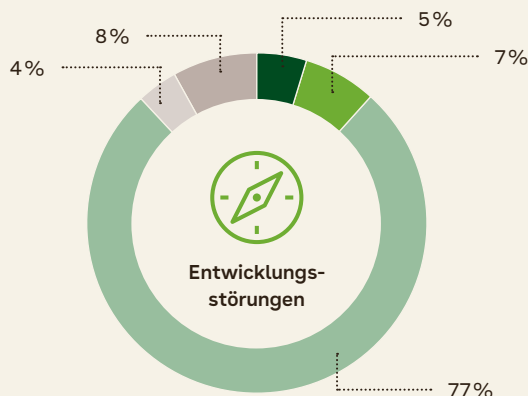
Fünf Prozent der 0- bis 17-jährigen Kinder aus dem Rheinland und aus Hamburg haben laut den Aussagen der befragten Eltern eine diagnostizierte Entwicklungsstörung (**s. Abb. 7.4.1**). Bei weiteren sieben Prozent vermuten die befragten Eltern, dass ihr Kind an einer Entwicklungsstörung erkranken könnte oder bereits erkrankt ist. Vermutungen werden also um zwei Prozentpunkte häufiger berichtet als tatsächliche Diagnosen. Die vergleichsweise hohen Anteile elterlicher Vermutungen finden sich auch bei anderen im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 abgefragten

Erkrankungen, wie etwa ADHS, psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörungen oder Verhaltenssüchten. Hierbei handelt es sich um Krankheitsbilder, deren Anzeichen für Eltern häufig zwar wahrnehmbar, aber nicht immer eindeutig einzuordnen sind. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Eltern entsprechende Auffälligkeiten oftmals bereits wahrnehmen, bevor eine fachliche Abklärung oder diagnostische Einordnung erfolgt ist. Gleichzeitig verweist der hohe Anteil an Vermutungen auf die in der Einleitung beschriebene hohe öffentliche

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. 7.4.1: Auftreten von Entwicklungsstörungen laut Elterneinschätzung

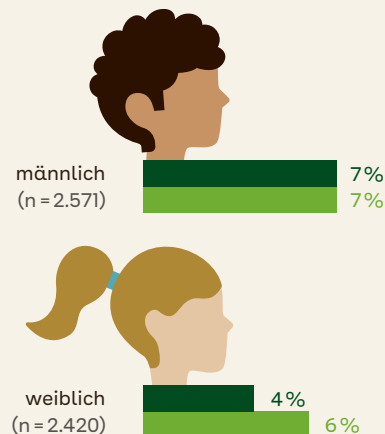
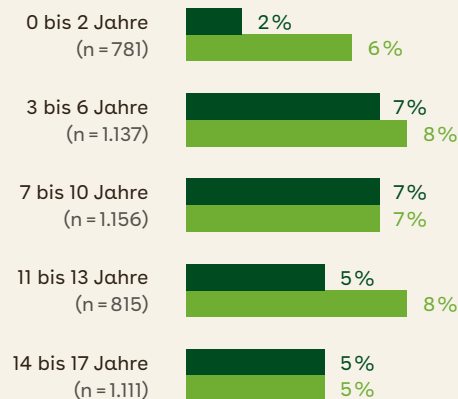
Basis: n = 5.000 (0- bis 17-jährige Kinder).



- Erkrankung bei Kind diagnostiziert
- Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet
- Erkrankung weder vermutet, noch diagnostiziert
- Kann ich nicht einschätzen, weiß nicht was damit gemeint ist.
- keine Angabe

Abb. 7.4.2: Diagnostizierte und vermutete Entwicklungsstörungen nach Alter und Geschlecht des Kindes

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder.



Aufmerksamkeit für Entwicklungsauffälligkeiten, die dazu beitragen kann, dass Eltern mögliche Anzeichen frühzeitig beobachten und einordnen möchten.

Um die Art der (vermuteten) Entwicklungsstörung zu spezifizieren, wurden die Eltern nach der konkreten (vermuteten) Diagnose gefragt: Bei drei Prozent der 0- bis 17-Jährigen ist laut Elternangaben eine Sprachentwicklungsstörung diagnostiziert, bei ebenfalls drei Prozent wird eine solche durch die Eltern vermutet. Autismus-Spektrum-Störungen werden durch die Eltern in zwei Prozent der Fälle als diagnostiziert und in drei Prozent der Fälle als vermutet berichtet. Auf eine Lese-Rechtschreib-Störung (LRS) oder motorische Entwicklungsstörungen entfallen laut Elternangaben jeweils zwei Prozent Diagnosen und Vermutungen bezogen auf die Gesamtheit der 0- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen. Des Weiteren werden auch Rechenstörung/Dyskalkulie und andere Entwicklungsstörungen genannt, jeweils mit Nennungsanteilen unter einem Prozent.



An ausgewählten Stellen im Kapitel werden spezifische Entwicklungsstörungen (bspw. Lese-Rechtschreib-Störung, Rechenstörung/Dyskalkulie) miteinander verglichen. Hierbei ist zu beachten, dass die jeweilige Frage immer nur allgemein für Entwicklungsstörungen gestellt wurde (bspw. Wie belastet Sie bzw. Ihr Kind diese Erkrankung?). Wenn also das Ergebnis konkret für Rechenstörung/Dyskalkulie berichtet wird, liegt diese zwar vor, aber es ist nicht auszuschließen, dass noch weitere Entwicklungsstörungen bestehen könnten.

Laut den Angaben der Eltern unterscheidet sich die Häufigkeit diagnostizierter Entwicklungsstörungen zwischen den Altersgruppen signifikant: So liegt der Diagnoseanteil in der Altersgruppe der 0- bis 2-Jährigen bei nur zwei Prozent, in der Gruppe der 3- bis 6-Jährigen und auch der 7- bis 10-Jährigen hingegen bei sieben Prozent (**s. Abb. 7.4.2**). Bei älteren Kindern fallen die Diagnoseanteile wieder mit fünf Prozent etwas geringer aus. Der Anteil an Vermutungen liegt in den Altersgruppen mit im Minimum fünf Prozent (14- bis 17-Jährige) und im Maximum acht Prozent (3- bis 6-Jährige und 11- bis 13-Jährige) in einem engeren Spektrum. Nach konkreten Diagnosen zeigt sich ein differenziertes Bild: Diagnostizierte Sprachentwicklungsstörungen betreffen laut Elternangaben vor allem 3- bis 6-Jährige und 7- bis 10-Jährige (je 5%) und damit Kinder im Kindergarten- und Grundschulalter. Dagegen zeigen sich diagnostizierte Lese-Rechtschreib-Störungen vor allem unter 7- bis 10-Jährigen (2%), 11- bis 13-Jährigen (3%) und 14- bis 17-Jährigen (2%) häufiger als in den jüngeren Altersgruppen. Nach Geschlechtern wird deutlich, dass bei Jungen der Anteil an Diagnosen (7%) signifikant höher liegt als bei Mädchen (4%; **s. Abb. 7.4.2**). Der Anteil an Vermutungen ist in etwa vergleichbar hoch (7% bei Jungen und 6% bei Mädchen).



Hinsichtlich des regionalen Auftretens von Entwicklungsstörungen zeigen sich keine signifikanten Abweichungen einzelner Regionaldirektionen vom Durchschnitt. Dennoch lassen sich tendenzielle Unterschiede erkennen: In der Regionaldirektion Hamburg geben vier Prozent der Eltern eine Diagnose ihres Kindes an (4,3%), in der Regionaldirektion Oberbergisches Land sind es hingegen knapp sieben Prozent (6,8%; **s. Abb. 7.4.3**). Hinsichtlich der Krankheitsvermutungen weist die Regionaldirektion Bergisches Land mit vier Prozent (3,9%) den geringsten und die Regionaldirektion Bonn – Rhein-Sieg-Kreis –

Euskirchen mit acht Prozent (8,4%) den höchsten Wert auf (**s. Abb. 7.4.3**). Bemerkenswert ist, dass der kumulierte Nennungsanteil aus Diagnosen und Vermutungen in der Regionaldirektion Bergisches Land mit knapp neun Prozent (8,9%) deutlich niedriger liegt als in anderen Regionaldirektionen.

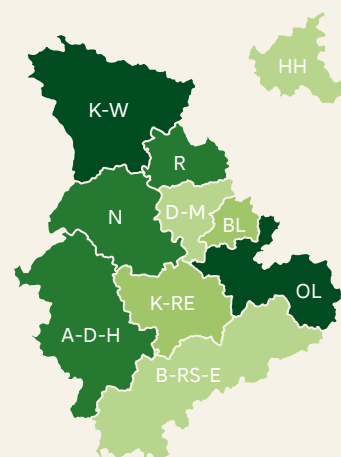
Vermuten die Eltern eine Entwicklungsstörung bei ihrem Kind, äußern sie häufig auch Vermutungen hinsichtlich ADHS und psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörungen (jeweils 37%, s. Kapitel 7.2 und 7.3).

Abb. 7.4.3: Diagnostizierte und vermutete Entwicklungsstörungen nach Regionaldirektion (RD)

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder.

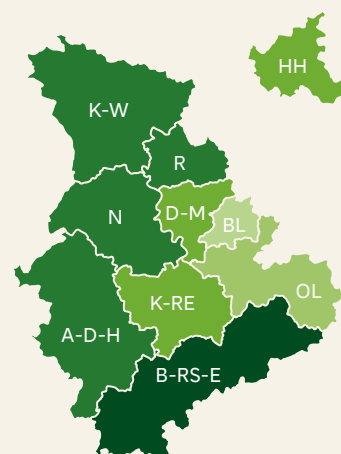
1) Dargestellt wird die Antwortoption Entwicklungsstörung – Erkrankung bei Kind diagnostiziert.

6,8%	RD Oberbergisches Land (OL) n = 323
6,4%	RD Kleve – Wesel (K-W) n = 330
6,1%	RD Niederrhein (N) n = 545
6,1%	RD Aachen – Düren – Heinsberg (A-D-H) n = 469
6,0%	RD Ruhrgebiet (R) n = 652
5,4%	Rheinland/Hamburg n = 5.000
5,1%	RD Köln – Rhein-Erft-Kreis (K-RE) n = 633
5,0%	RD Bergisches Land (BL) n = 283
4,7%	RD Düsseldorf – Mettmann (D-M) n = 462
4,5%	RD Bonn – Rhein-Sieg-Kreis – Euskirchen (B-RS-E) n = 493
4,3%	RD Hamburg (HH) n = 810



2) Dargestellt wird die Antwortoption Entwicklungsstörung – Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet.

8,4%	RD Bonn – Rhein-Sieg-Kreis – Euskirchen (B-RS-E) n = 493
7,1%	RD Aachen – Düren – Heinsberg (A-D-H) n = 469
7,1%	RD Kleve – Wesel (K-W) n = 330
7,0%	RD Ruhrgebiet (R) n = 652
6,8%	RD Niederrhein (N) n = 545
6,6%	Rheinland/Hamburg n = 5.000
6,5%	RD Hamburg (HH) n = 810
6,4%	RD Köln – Rhein-Erft-Kreis (K-RE) n = 633
5,9%	RD Düsseldorf – Mettmann (D-M) n = 462
5,6%	RD Oberbergisches Land (OL) n = 323
3,9%	RD Bergisches Land (BL) n = 283



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?

Dies deutet darauf hin, dass Eltern in Phasen diagnostischer Unsicherheit mehrere mögliche Erklärungen für die Beschwerden ihres Kindes in Betracht ziehen. Gleichzeitig spricht die hohe Mitvermutung der genannten Erkrankungen für eine thematische Nähe dieser Krankheitsbilder in der Wahrnehmung der Eltern. Dies knüpft an die in der Einleitung beschriebene öffentliche Diskussion um Entwick-

lungsauffälligkeiten an, die häufig unter dem Begriff der Neurodivergenz zusammengefasst werden. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Eltern Auffälligkeiten ihres Kindes häufig nicht einzelnen Diagnosen zuordnen, sondern zunächst als Teil eines breiteren Spektrums möglicher Entwicklungs- und Verhaltensbesonderheiten wahrnehmen.

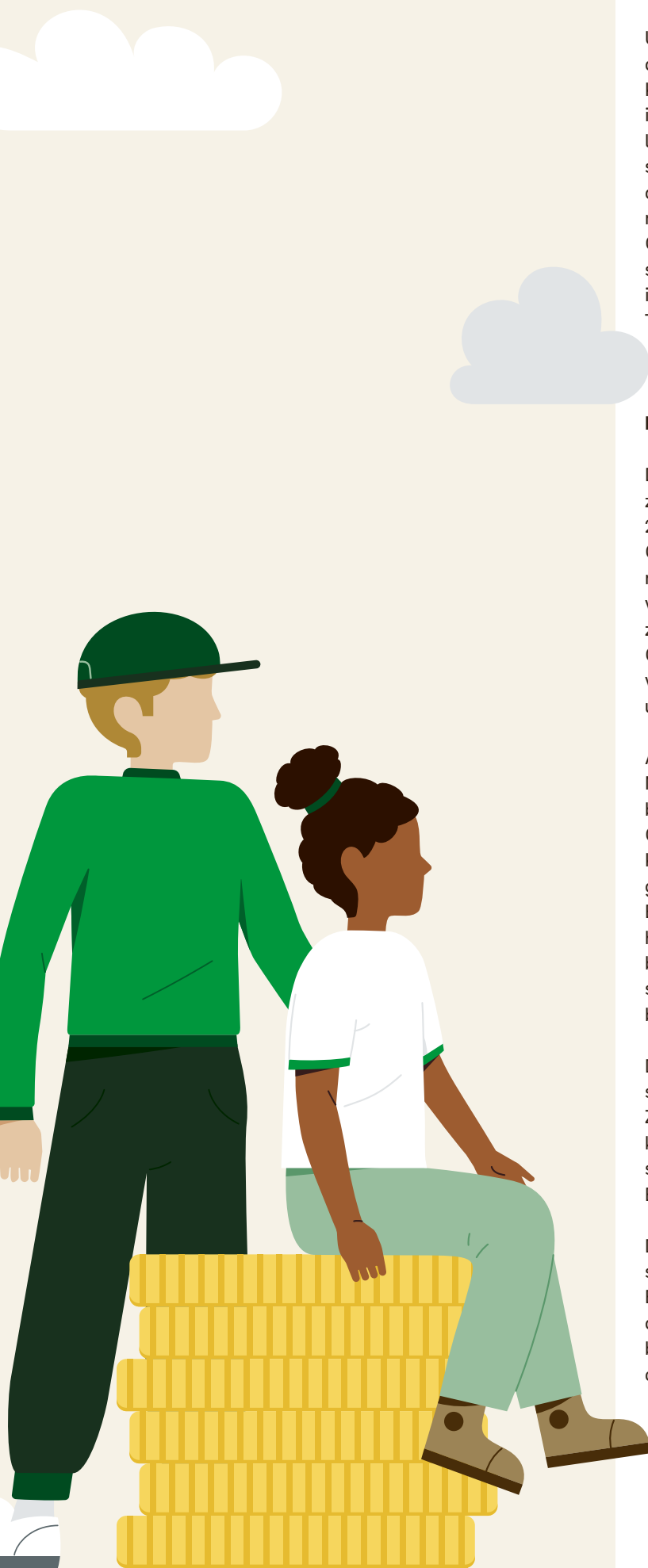
Exkurs

Einordnung der Ergebnisse in Studien zur Kinder- und Jugendgesundheit

Die Ergebnisse des AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 fallen für Entwicklungsstörungen in Bezug auf den Anteil der Diagnosen mit fünf Prozent vergleichbar zur Vorgängerstudie 2024 aus, die elterlichen Vermutungen hingegen haben sich von fünf Prozent in 2024 auf sieben Prozent in 2026 erhöht.

Im Abgleich mit den Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg wird deutlich, dass die in der vorliegenden Studie ausgewiesenen Diagnoseanteile (5%) deutlich unterhalb der Prävalenzen laut Routinedaten liegen (22%). Mögliche Gründe für diese Abweichungen liegen unter anderem darin, dass Entwicklungsstörungen im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 aus der Perspektive der Eltern und als Erkrankungscluster erfasst werden, während Routinedaten einzelne ärztlich dokumentierte Diagnosen abbilden (s. Kapitel 8). Zudem unterscheiden sich Entwicklungsstörungen von vielen anderen Erkrankungen insofern, als Diagnosen häufig bereits im frühen Kindesalter gestellt werden und später trotz fortbestehender Dokumentation in Routinedaten nicht mehr als aktuelle Erkrankung wahrgenommen werden. Insbesondere Sprachentwicklungsstörungen können nach erfolgreicher Förderung im Alltag der Familien an Bedeutung verlieren, obwohl sie weiterhin in den Abrechnungsdaten sichtbar bleiben.





Lebensumfelder

Unterschiedliche Faktoren stehen im Zusammenhang damit oder können einen Einfluss darauf haben, ob Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren im Rheinland und in Hamburg an einer Entwicklungsstörung erkrankt sind oder ob die Eltern eine solche Erkrankung vermuten. Im Folgenden werden das elterliche Lebensumfeld der Kinder, die Informationsquellen, denen die Eltern in Bezug auf die Gesundheit ihrer Kinder vertrauen und die sie nutzen sowie die Bildungs- und Betreuungseinrichtungen, in denen die Kinder und Jugendlichen einen großen Teil ihrer Zeit verbringen, genauer betrachtet.

Elterliches Lebensumfeld der Kinder

Die Ergebnisse zum elterlichen Lebensumfeld zeigen bei den im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 betrachteten chronischen Erkrankungen viele Gemeinsamkeiten: Diagnosen und Krankheitsvermutungen werden häufig dann verstärkt berichtet, wenn Eltern ihren eigenen subjektiven Gesundheitszustand schlechter einschätzen, wenn die allgemeine Gesundheitskompetenz geringer ausgeprägt ist oder wenn Familien über geringere soziale, ökonomische und räumliche Ressourcen verfügen (s. Kapitel 6.2).

Auch bei Entwicklungsstörungen zeigt sich dieses Muster in weiten Teilen. Diagnosen werden häufiger berichtet, wenn Eltern ihren eigenen subjektiven Gesundheitszustand schlechter einschätzen. Krankheitsvermutungen zeigen sich dagegen weitgehend unabhängig vom Gesundheitszustand der Eltern: Sie werden ähnlich häufig berichtet, unabhängig davon, ob Eltern ihren Gesundheitszustand besser oder schlechter einschätzen. Dies unterscheidet Entwicklungsstörungen von vielen anderen betrachteten chronischen Erkrankungen.

Die allgemeine Gesundheitskompetenz steht hingegen sowohl mit Diagnosen als auch mit Vermutungen in Zusammenhang. Eltern mit inadäquater Gesundheitskompetenz berichten häufiger von einer Entwicklungsstörung ihres Kindes oder vermuten diese häufiger als Eltern mit ausreichender Gesundheitskompetenz.

Darüber hinaus zeigen sich klare soziale Unterschiede. Entwicklungsstörungen werden häufiger von Eltern mit niedrigerem Bildungsabschluss berichtet als von Eltern mit höherem Bildungsabschluss. Auch beim Äquivalenzeinkommen zeigt sich ein entsprechender Zusammenhang: In Familien mit geringerem

Einkommen werden Diagnosen und Vermutungen häufiger berichtet als in Familien mit höherem Einkommen. Ein weiterer Zusammenhang besteht mit der Wohnfläche. In Haushalten mit geringerer Wohnfläche werden Entwicklungsstörungen häufiger berichtet oder vermutet als in Haushalten mit größerer Wohnfläche.

„Gesundheitskompetenz ist sehr stark von der sozio-ökonomischen Situation abhängig. Das flächendeckende Erreichen aller Kinder und Jugendlichen z.B. durch ein Schulfach ‚Gesundheit‘ könnte dem entgegenwirken.“

Prof. Dr. Jörg Dötsch

Unterschiede zeigen sich außerdem nach familiärer Betreuungskonstellation. Leben Kinder bei beiden Elternteilen, berichten Eltern seltener von einer vermuteten Entwicklungsstörung als in anderen familiären Wohn- und Betreuungsformen. Bei Diagnosen fallen diese Unterschiede weniger stark aus, bei Vermutungen treten sie deutlicher hervor.

Eine Besonderheit bei Entwicklungsstörungen besteht darin, dass Krankheitsvermutungen anders als bei vielen anderen betrachteten Erkrankungen nicht vom subjektiven Gesundheitszustand der Eltern abhängen. Zugleich zeigen sich für Gesundheitskompetenz, Bildungsabschluss, Einkommen, Wohnfläche und familiäre Betreuungskonstellation weiterhin deutliche Zusammenhänge. Insgesamt fügen sich Entwicklungsstörungen damit in das übergreifende Muster sozialer und familiärer Unterschiede ein, weisen aber beim Zusammenhang mit dem elterlichen Gesundheitszustand ein eigenständiges Profil auf.

Vertrauen in und Nutzung von Informationsquellen

Auch die Ergebnisse zum elterlichen Vertrauen in und zur Nutzung von Informationsquellen zur Gesundheit ihrer Kinder zeigen bei den im AOK-Kinder-gesundheitsatlas 2026 betrachteten chronischen Erkrankungen viele Gemeinsamkeiten: Im Vergleich zu Eltern von Kindern ohne diagnostizierte oder vermutete chronische Erkrankung nutzen Eltern von betroffenen Kindern sämtliche abgefragten Informationsquellen deutlich häufiger. In Sachen Vertrauen entfallen auf Kinder- und Fachärztinnen bzw. -ärzte sowie andere etablierte Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens und der Betreuung sowohl bei betroffenen als auch bei nicht betroffenen Eltern deutlich höhere zustimmende Nennungsanteile als auf digitale Informationsquellen wie Online-Suchportale, Künstliche Intelligenz (KI), Soziale Medien oder Gesundheits-Influencerinnen bzw. -Influencer. Bei Eltern von Kindern mit mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung fällt jedoch auf, dass diese den vier genannten digitalen Informationsquellen ein höheres Vertrauen entgegenbringen, als dies bei Eltern mit einer diagnostizierten chronischen Erkrankung der Fall ist (s. Kapitel 4.2).

Dieses Muster zeigt sich auch bei Entwicklungsstörungen. Bei Eltern betroffener Kinder stehen Kinder- und Fachärztinnen bzw. -ärzte beim Vertrauen an erster Stelle. Zugleich bringen Eltern mit Krankheitsvermutung digitalen Informationsquellen wie Online-Suchportalen, KI, Sozialen Medien und Gesundheits-Influencerinnen bzw. -Influencern häufiger Vertrauen entgegen als Eltern von Kindern mit Diagnose. Auch die Nutzung vieler Informationsquellen ist bei Vermutungen höher.

Eine Besonderheit bei Entwicklungsstörungen besteht darin, dass Schulen und Kindergärten als Informationsquelle eine besonders große Rolle spielen. Zudem bleibt die Nutzung digitaler Informationsangebote auch bei gesicherter Diagnose vergleichsweise hoch. Damit unterscheidet sich das Informationsverhalten bei Entwicklungsstörungen weniger stark zwischen Diagnose und Vermutung als bei einigen anderen Erkrankungen.

Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Eltern, bei deren Kindern eine Entwicklungsstörung diagnostiziert ist, berichten von durchschnittlich 16 Fehltagen in Kindergarten, Vorschule, Schule oder Berufsschule im zurückliegenden Jahr (**s. Abb. 7.4.4**). Vermuten die Eltern eine Erkrankung, sind es dagegen 13 Fehltag. Liegt weder eine Diagnose noch eine Vermutung zu einer Entwicklungsstörung vor, werden im Mittel nur etwas mehr als neun Fehltag berichtet. Die Zahl der Fehltag im Fall einer diagnostizierten oder vermuteten Entwicklungsstörung liegt höher als der Durchschnittswert aller im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 abgefragten chronischen Erkrankungen (bei mindestens einer Diagnose 11 Fehltag, bei mindestens einer Vermutung 10 Fehltag, s. Kapitel 4.3).

Auch für den Alltag in Schule oder Kindergarten lassen sich Unterschiede beobachten, wenn eine Entwicklungsstörung diagnostiziert wurde oder vermutet wird: So geben nur 58 Prozent der Eltern von Kindern mit Diagnose und 64 Prozent der Eltern von Kindern mit Vermutung an, dass ihr Kind seine Aufgaben in Schule oder Kindergarten *oft* bzw. *immer* gut geschafft hat (**s. Abb. 7.4.5**). Liegen weder Diagnose noch Vermutung vor, stimmen die Eltern dieser Aussage signifikant häufiger zu (88%). Diese Nennungsanteile liegen deutlich unterhalb der Durchschnittswerte aller im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 abgefragten chronischen Erkrankungen und zeugen damit von einer besonderen Belastungssituation der Kinder. Im Vergleich der sechs in der Studie vertiefend betrachteten Erkrankungen wird sichtbar, dass die Bewertungen lediglich im Fall einer diagnostizierten Adipositas noch kritischer ausfallen.

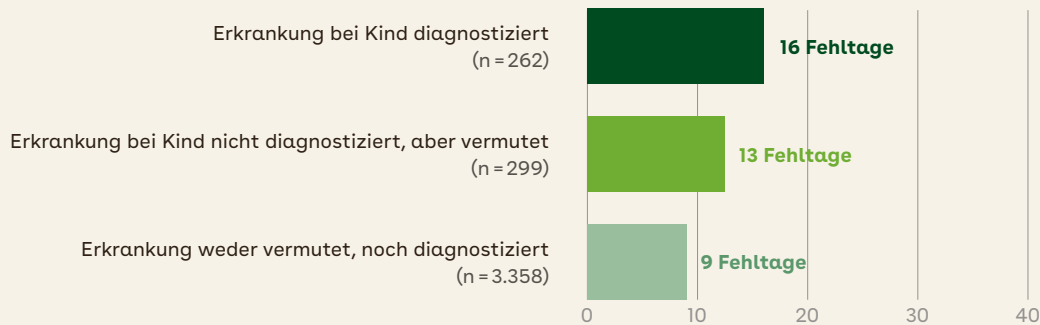
Auch in Bezug auf den Spaß, den die Kinder in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen empfinden (Anteile für *oft* bzw. *immer*: Diagnose 56% und Vermutung 62% jeweils signifikant vs. ohne Diagnose/Vermutung 75%) und darauf, ob sich die Kinder auf Schule oder Kindergarten gefreut haben (54% und 55% jeweils signifikant vs. 70%), zeigen sich die elterlichen Zustimmungswerte bei Entwicklungsstörungen stets geringer als die Durchschnittswerte aller im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 abgefragten chronischen Erkrankungen, wenngleich nicht in dem Ausmaß wie in Bezug auf die Bewältigung der Aufgaben in Schule und Kindergarten.

Dass Bildungs- und Betreuungseinrichtungen bei Entwicklungsstörungen eine wichtige Rolle zukommt, zeigt sich etwa auch darin, dass Eltern von Kindern mit Diagnose bzw. Vermutung in ca. jedem siebten Fall eine Belastung ihres Kindes aufgrund von Mobbing durch andere Kinder wahrnehmen (12% bzw. 17%). Etwa drei von zehn Elternteilen (34% bei Diagnose, 29% bei Vermutung) vermuten dies. Liegt weder eine Diagnose noch eine Vermutung vor, sind die entsprechenden Anteile signifikant geringer (5% bzw. 15%). Der Nennungsanteil für eine konkret wahrgenommene Belastung durch Offline-Mobbing ist dabei insbesondere bei einer bestehenden Vermutung einer Entwicklungsstörung als überdurchschnittlich einzuschätzen. In Bezug auf die Belastungsfaktoren Cybermobbing, Stress und Leistungsdruck zeigen sich für Entwicklungsstörungen im Vergleich zu den Durchschnittswerten aller Erkrankungen hingegen keine Auffälligkeiten bzw. nur geringfügig überdurchschnittliche Nennungsanteile.

Für Kinder mit diagnostizierter oder vermuteter Entwicklungsstörung zeigen die Ergebnisse im Bildungs- und Betreuungsalltag ein erhöhtes Belastungsprofil. Eltern berichten mehr Fehltag und bewerten Aufgabenbewältigung, Spaß sowie Vorfreude auf Schule oder Kindergarten deutlich kritischer als Eltern ohne Diagnose oder Vermutung. Besonders deutlich fällt die geringere Zustimmung zur Aufgabenbewältigung aus; hier liegen die Werte klar unter dem Durchschnitt der betrachteten chronischen Erkrankungen. Auch Belastungen durch Offline-Mobbing werden häufiger berichtet oder vermutet, vor allem bei Kindern mit vermuteter Entwicklungsstörung. Im Vergleich zu anderen Erkrankungen zeigt sich kein ausschließlich für Entwicklungsstörungen spezifisches Einzelmerkmal. Deutlich wird vielmehr, dass Entwicklungsstörungen eng mit Einschränkungen im Bildungs- und Betreuungsalltag verbunden sind. Dies betrifft vor allem Fehlzeiten, Aufgabenbewältigung und das Erleben von Schule oder Kindergarten; Cybermobbing, Stress und Leistungsdruck treten im Erkrankungsvergleich dagegen weniger stark hervor.

Abb. 7.4.4: Mittlere Anzahl an Fehltagen bei Entwicklungsstörung nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne diese

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

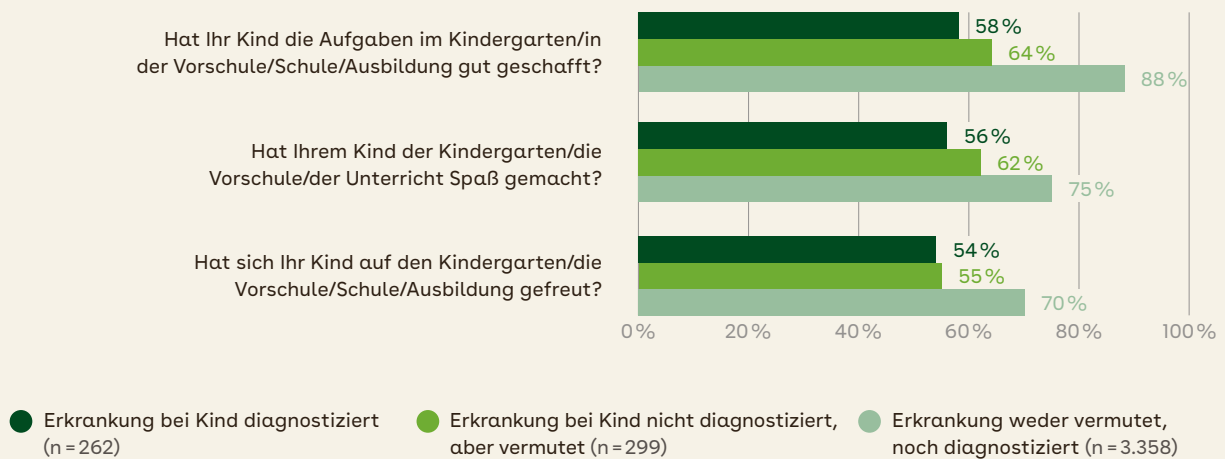


Frage: Wie viele Fehltage hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten?

Abb. 7.4.5: Schulisches Wohlbefinden bei Entwicklungsstörung nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne diese

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *immer + oft*.

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



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

Entwicklungsstörungen und Lebensstil

Da Entwicklungsstörungen häufig Bereiche betreffen, die auch für die Teilnahme an Freizeit-, Sport- und Gruppenaktivitäten bedeutsam sind, erscheint ein Blick auf die Alltagsgestaltung der Kinder besonders relevant. Körperliche Aktivität und Sportvereine bieten wichtige Möglichkeiten für Bewegung, soziale Erfahrungen und Teilhabe. Gleichzeitig kommt digitalen Medien für viele Kinder und Jugendliche ein hoher Stellenwert im Alltag zu. Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden untersucht, ob sich Kinder mit diagnostizierten oder vermuteten Entwicklungsstörungen hinsichtlich ihrer Mediennutzung und ihres Bewegungsverhaltens von Kindern ohne entsprechende Diagnose oder Vermutung unterscheiden.

Mediennutzung und Begleiterscheinungen

Da die Mediennutzung den Alltag von Kindern und Jugendlichen insbesondere ab einem Alter von 7 Jahren prägt, werden im Folgenden mögliche Zusammenhänge zwischen Mediennutzung und Entwicklungsstörungen ab dieser Altersgruppe betrachtet.

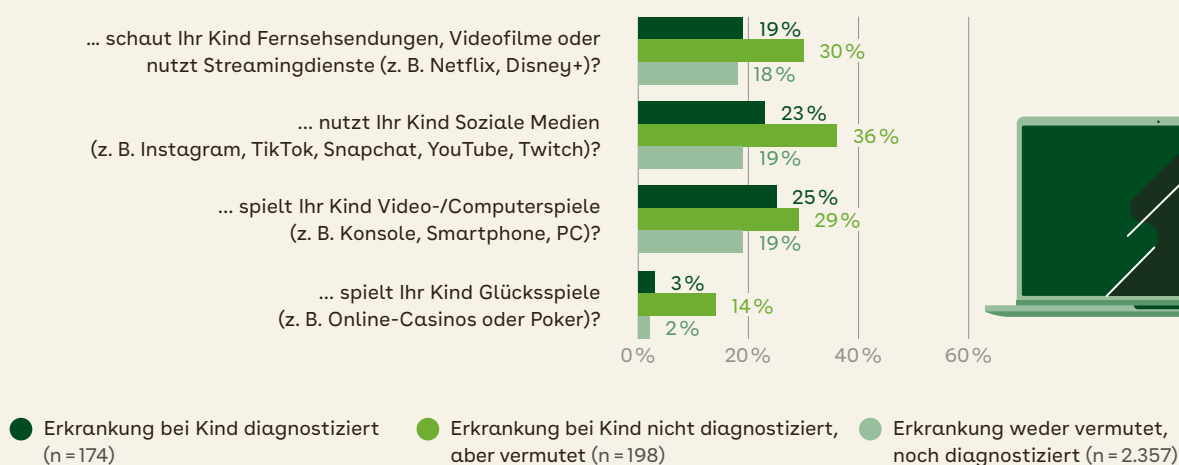
Die Anteile der 7- bis 17-jährigen Kinder, die nach Angabe ihrer Eltern Medien mindestens drei Stunden täglich nutzen, sind über alle abgefragten Medien

hinweg grundsätzlich erhöht, wenn durch die Eltern eine Entwicklungsstörung vermutet wird. Im Fall einer diagnostizierten Entwicklungsstörung werden erhöhte Nutzungsanteile in Bezug auf Video- und Computerspiele und Soziale Medien sichtbar. So wird am Beispiel von Sozialen Medien deutlich, dass Eltern von Kindern mit einer vermuteten Entwicklungsstörung in 36 Prozent der Fälle von einer mindestens dreistündigen täglichen Nutzung berichten. Bei einer Diagnose berichten sie nur in 23 Prozent der Fälle davon. Liegt weder eine Diagnose noch eine Vermutung vor, liegt dieser Anteil bei nur 19 Prozent (**s. Abb. 7.4.6**). Am selben Beispiel Sozialer Medien zeigt sich, dass der Anteil mit mindestens dreistündiger täglicher Nutzung in dieser Gruppe mit 36 Prozent deutlich über dem Durchschnitt aller Kinder und Jugendlichen mit mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung liegt (28%, s. Kapitel 5.1). Bei diagnostizierter Entwicklungsstörung fällt der Anteil mit 23 Prozent dagegen niedriger aus und liegt unter dem Vergleichswert aller Kinder und Jugendlichen mit mindestens einer diagnostizierten chronischen Erkrankung (27%). Die Ergebnisse weisen demnach insgesamt auf einen erhöhten Medienkonsum bei Kindern hin, für die von den Eltern eine Entwicklungsstörung vermutet wird.

Auch zeigen sich nach Angabe der Eltern die Folgen der Nutzung Sozialer Medien bei den Kindern in vollem Umfang stärker und die Kompetenzen der Eltern in Bezug auf den Umgang mit Sozialen Medien in Teilen geringer ausgeprägt, wenn die Diagnose oder

Abb. 7.4.6: Medienkonsum bei Entwicklungsstörung nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne diese

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *ca. 3-4 Stunden + mehr als 4 Stunden*. **Basis:** 7- bis 17-jährige Kinder.



Frage: An einem durchschnittlichen Tag in den letzten 6 Monaten: Wie lange ...

Abb. 7.4.7: Auswirkung der Mediennutzung bei Entwicklungsstörung nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne diese

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *stimme voll zu* + *stimme eher zu*. **Basis:** 7- bis 17-jährige Kinder, die *Soziale Medien konsumieren bzw. **Video-/Computerspiele konsumieren.

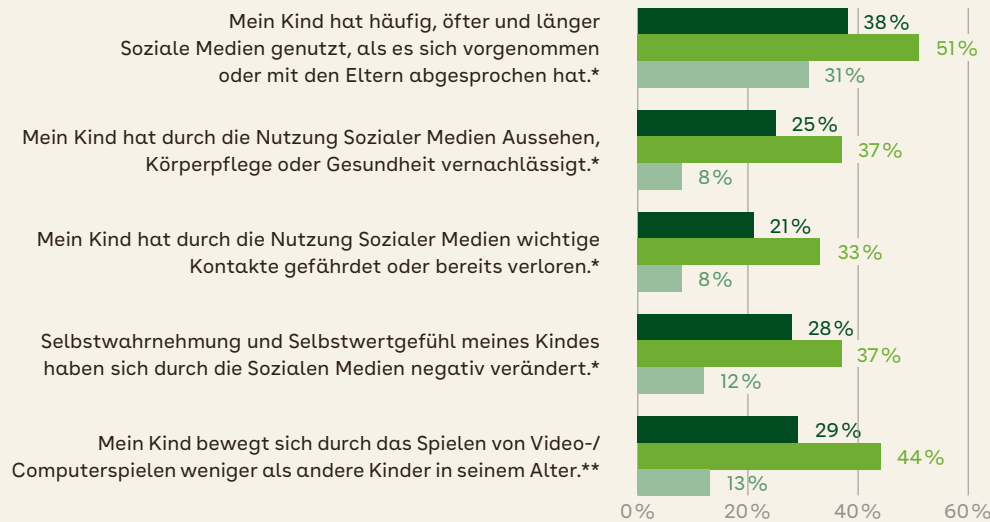
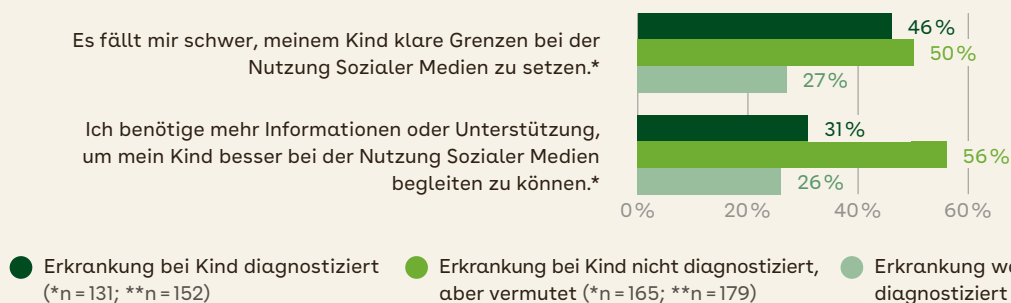


Abb. 7.4.8: Medienkompetenz der Eltern bei Entwicklungsstörung nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne diese

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *stimme voll zu* + *stimme eher zu*.

Basis: 7- bis 17-jährige Kinder, die *Soziale Medien konsumieren.



Frage: Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

Vermutung einer Entwicklungsstörung vorliegt, als wenn dies nicht der Fall ist. So nutzen Kinder mit Diagnose (38%) oder elterlicher Vermutung (51%) häufiger öfter und länger Soziale Medien, als dies vereinbart war (jeweils Anteil *stimme voll* bzw. *stimme eher zu*) als Kinder ohne Diagnose oder Vermutung (31%; s. **Abb. 7.4.7**). Auch hier fallen insbesondere die Kinder auf, für die bisher nur eine Krankheitsvermutung besteht (signifikant höhere Werte als bei Kindern mit Diagnose und ohne). Auch haben Kinder mit Diagnose bzw. Vermutung nach Angabe ihrer Eltern Aussehen, Körperpflege und Gesundheit signifikant häufiger vernachlässigt (25%

bei Diagnose, 37% bei Vermutung, 8% ohne Diagnose oder Vermutung), durch die Nutzung Sozialer Medien wichtige Kontakte signifikant häufiger gefährdet oder bereits verloren (21% vs. 33% vs. 8%) und auch Selbstwahrnehmung und Selbstwertgefühl haben sich signifikant häufiger negativ verändert (28% vs. 37% vs. 12%). Ein ähnliches Bild zeigt sich für Video- und Computerspiele: Hier geben die Eltern betroffener Kinder zudem an, dass sich ihr Kind durch das Spielen von Video-/Computerspielen weniger als andere Kinder in seinem Alter bewegt (29% vs. 44% vs. 13%; alle zueinander signifikant unterschiedlich).

Eltern von Kindern mit Diagnose oder Vermutung berichten zudem signifikant häufiger, dass es ihnen schwerfällt, ihren Kindern bei der Nutzung Sozialer Medien klare Grenzen zu setzen (46 % bei Diagnose vs. 50 % bei Vermutung vs. 27 % ohne Diagnose oder Vermutung) und auch, dass sie mehr Informationen oder Unterstützung benötigen, um ihr Kind besser bei der Nutzung begleiten zu können (31 % vs. 56 % vs. 26 %; s. Abb. 7.4.8). Letzteres trifft wieder insbesondere auf die Eltern zu, die eine Entwicklungsstörung bei ihrem Kind bisher nur vermuten (signifikant höher als bei Diagnose oder ohne Diagnose/Vermutung). Um diesen Nennungsanteil einzuordnen: Über alle im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 befragten Eltern mit 7- bis 17-jährigen Kindern geben 30 Prozent an, dass sie mehr Informationen oder Unterstützung benötigen, um ihr Kind besser bei der Nutzung Sozialer Medien begleiten zu können (s. Kapitel 5.1). Der hier im Fall der Krankheitsvermutungen berichtete Anteil liegt deutlich darüber. In ähnlichem Umfang trifft dies auch auf die weiteren hier abgefragten Kompetenzen und Unterstützungsbedarfe zu. Dies verdeutlicht, dass bei Kindern mit vermuteter Entwicklungsstörung nicht nur ein erhöhter Medienkonsum berichtet wird, sondern Eltern zugleich häufiger Unsicherheiten und Unterstützungsbedarfe im Umgang mit der Mediennutzung ihres Kindes wahrnehmen.

Die Ergebnisse zeigen, dass Kinder mit diagnostizierter oder vermuteter Entwicklungsstörung häufiger einen auffälligen Medienkonsum sowie negative Begleiterscheinungen der Mediennutzung aufweisen als Kinder ohne Diagnose oder Vermutung und auch als der Durchschnitt aller Kinder, für die die Eltern mindestens eine Krankheitsdiagnose oder eine Vermutung berichten. Besonders ausgeprägt sind diese Befunde wiederum bei Kindern, für die bislang lediglich eine Entwicklungsstörung vermutet wird. Dieses Muster zeigt sich bereits bei mehreren Erkrankungen des sogenannten neurodivergenten Spektrums. Bei Entwicklungsstörungen erscheint der Zusammenhang jedoch besonders plausibel, da sich Entwicklungsauffälligkeiten häufig unmittelbar auf schulische Anforderungen, soziale Interaktionen und Teilhabemöglichkeiten auswirken. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Medien für diese Kinder einen besonders hohen Stellenwert im Alltag einnehmen können. Gleichzeitig berichten deren Eltern häufiger von Schwierigkeiten bei der Begleitung der Mediennutzung und einem erhöhten Informations- und Unterstützungsbedarf.

„Die Digitalisierung verändert familiäre Lebensbedingungen tiefgreifend. Eltern stehen vor der Herausforderung, Medienutzung sinnvoll zu begleiten, ohne selbst immer ausreichend Orientierung zu besitzen. Hier entstehen neue Anforderungen an Erziehung und Gesundheitsförderung.“

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

Bewegung und körperliche Aktivität

Da Entwicklungsstörungen unterschiedliche Bereiche wie Motorik, Sprache, Lernen, Verhalten oder soziale Interaktion betreffen können, stellt sich auch die Frage nach dem Bewegungsverhalten der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Im Folgenden wird daher untersucht, inwieweit diagnostizierte oder vermutete Entwicklungsstörungen mit Bewegung und körperlicher Aktivität zusammenhängen.

Für Kinder im Alter von 3 bis 4 Jahren empfiehlt die WHO, sich täglich insgesamt mindestens 180 Minuten körperlich zu bewegen (WHO, 2019). Für Kinder ab 5 Jahren

empfiehlt die WHO (2020) über die ganze Woche hinweg durchschnittlich mindestens 60 Minuten pro Tag mäßige bis starke körperliche Betätigung. Die Ergebnisse des AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 zeigen, dass nur 13 Prozent der 3- bis 17-Jährigen täglich aktiv sind (s. Kapitel 5.2). Der Anteil der Kinder mit diagnostizierter oder vermuteter Entwicklungsstörung, die nach Angaben ihrer Eltern täglich mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind, liegt nahezu auf dem Niveau aller in der Studie abgebildeten Kinder im Alter von 3 bis 17 Jahren. So sind zwölf Prozent der Kinder mit Diagnose und elf Prozent der Kinder mit Vermutung täglich mindestens eine Stunde körperlich aktiv, gegenüber

13 Prozent aller Kinder dieser Altersgruppe (s. Kapitel 5.2). Gleichzeitig ist der Anteil der Kinder, die sich an maximal einem Tag pro Woche mindestens 60 Minuten körperlich betätigen, bei Entwicklungsstörungen erhöht: Dies betrifft 14 Prozent der Kinder mit Diagnose und 18 Prozent der Kinder mit Vermutung, gegenüber zehn Prozent aller Kinder im Alter von 3 bis 17 Jahren. Auch im Vergleich zu Kindern mit mindestens einer im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 betrachteten chronischen Erkrankung liegt der Anteil bei Entwicklungsstörungen höher: Unter Kindern mit mindestens einer Diagnose beträgt der Vergleichswert zwölf Prozent, unter Kindern mit mindestens einer Vermutung 13 Prozent. Damit zeigt sich bei Entwicklungsstörungen weniger ein Unterschied beim Anteil täglich aktiver Kinder, sondern vor allem ein erhöhter Anteil von Kindern mit sehr geringer körperlicher Aktivität.

Hinsichtlich der ausgeübten körperlich-sportlichen Aktivitäten zeigen sich dagegen Unterschiede. So sind hier insbesondere die Kinder, für die bisher nur eine Krankheitsvermutung besteht, auffällig: Sie legen signifikant weniger Wege zu Fuß, mit Fahrrad, Roller oder Laufrad zurück (53 %) als diejenigen, bei denen eine Diagnose vorliegt (65 %) oder weder eine Vermutung noch eine Diagnose bestehen (69 %). Anders verhält es sich bei der Mitgliedschaft in einem Sportverein sowie bei körperlichen Aktivitäten zuhause oder im Fitnessstudio: Hier zeigen sich keine relevanten Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne diagnostizierte oder vermutete Entwicklungsstörung. Als Begründung für eine ausbleibende Vereinsaktivität ihres Kindes nennen Eltern mit diagnostizierter oder vermuteter Entwicklungsstörung häufiger einen als zu hoch empfundenen Stress durch Leistungserwartungen (jeweils 16 % gegenüber 8 % bei Kindern ohne Diagnose oder Vermutung).

Deutlich wird: Bei Entwicklungsstörungen zeigt sich keine geringere tägliche Aktivität, wohl aber ein erhöhter Anteil sehr bewegungsarmer Kinder, besonders bei Krankheitsvermutung. Kinder mit vermuteter Entwicklungsstörung legen zudem seltener aktive Wege zurück. Bei Sportvereinen, Aktivitäten zuhause oder im Fitnessstudio zeigen sich dagegen keine relevanten Unterschiede. Für ausbleibende Vereinsaktivität wird häufiger Stress durch Leistungserwartungen genannt.

Die Ergebnisse zeigen, dass Entwicklungsstörungen mit Besonderheiten in der Alltagsgestaltung von Kindern und Jugendlichen verbunden sind. Besonders deutlich wird dies bei Kindern, für die bislang nur eine Entwicklungsstörung vermutet wird: Sie weisen häufiger einen erhöhten Medienkonsum, negative Begleiterscheinungen der Mediennutzung sowie elterliche Unterstützungsbedarfe im Umgang mit Sozialen Medien auf. Auch bei der körperlichen Aktivität zeigt sich weniger ein Unterschied beim Anteil täglich aktiver Kinder, sondern vor allem ein erhöhter Anteil mit sehr geringer Bewegung. Zugleich sprechen die Befunde dafür, dass Einschränkungen nicht primär durch fehlende Bewegungsangebote entstehen, sondern durch erschwerte Teilhabe, etwa wenn die Teilnahme im Sportverein mit als belastend empfundenen Leistungserwartungen einhergeht.

Wo sehen Sie konkrete Ansatzpunkte, um Kinder und Jugendliche wieder stärker für Bewegung zu gewinnen und ihr Wohlbefinden zu fördern – und wie können digitale Angebote dabei sinnvoll unterstützen?

Konkrete Ansatzpunkte sehe ich dort, wo Bewegung niederschwellig in den Alltag integriert werden kann: in Schulen, Kitas, Vereinen, im Quartier und in sicheren öffentlichen Räumen. Entscheidend ist die Kombination aus Verhältnis- und Verhaltensänderung. Wir brauchen bewegungsfreundliche Strukturen, aber auch Angebote, die Kinder motivieren und stärken. Digitale Medien können dabei helfen, wenn sie nicht zusätzliches Sitzen fördern, sondern Bewegung anregen – etwa durch spielerische Challenges, kreative Trainingsideen, soziale Vernetzung oder Feedback zum eigenen Verhalten.

Prof. Dr. Marco Giurgiu, Inhaber der Stiftungsprofessur für bewegungsbezogene Präventionsforschung an der Deutschen Sporthochschule Köln



Umgang mit der Vermutung einer Entwicklungsstörung

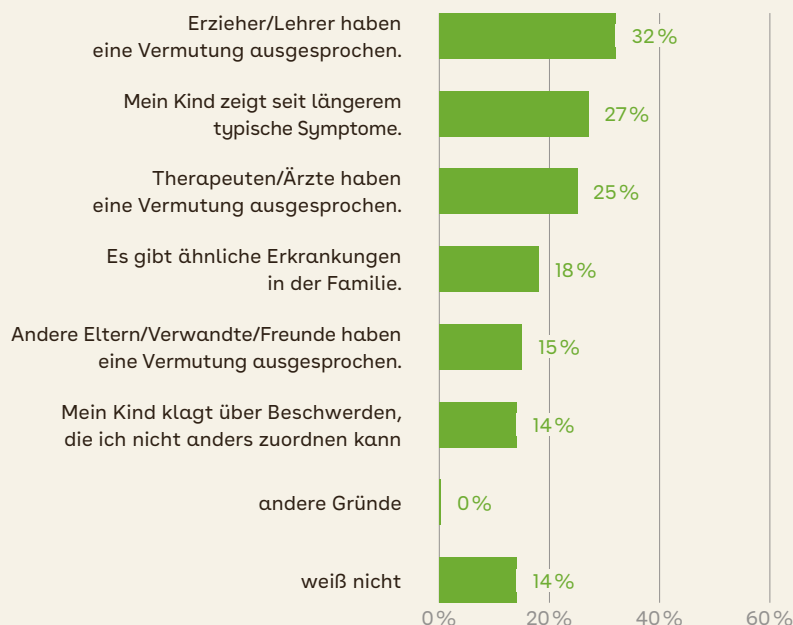
Eltern, die eine Entwicklungsstörung bei ihrem Kind vermuten, führen diese Vermutung vor allem auf Hinweise von Erziehenden und Lehrenden zurück (32 %), haben seit längerem bereits Anzeichen bzw. Symptome bei ihrem Kind bemerkt (27 %) und/oder haben Hinweise von Therapeutinnen bzw. Therapeuten und Ärztinnen bzw. Ärzten erhalten (25 %), mitunter verweisen sie auch auf ähnliche Erkrankungen in der Familie (18 %; **s. Abb. 7.4.9**). Im Vergleich zu anderen im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 untersuchten Erkrankungen zeigt sich, dass Lehrkräfte und Erziehende insbesondere bei Entwicklungsstörungen, ADHS und psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörungen überdurchschnittlich häufig Hinweise auf mögliche Auffälligkeiten geben (Durchschnittswert aller chronischen Erkrankungen 13 %, **s. Abb. 6.2.12** in Kapitel 6.2). Insbesondere, wenn eine Lese-Rechtschreib-Störung (53 %) oder eine Sprachentwicklungsstörung (37 %) vermutet wird, berichten die Eltern

Hinweise von Lehrenden und Erziehenden. Des Weiteren wird sichtbar, dass eine Rückführung der Vermutung auf ähnliche Erkrankungen in der Familie bei vermuteten Entwicklungsstörungen deutlich seltener genannt wird (18 %) als im Durchschnitt aller chronischen Erkrankungen (30 %; **s. Abb. 6.2.12** in Kapitel 6.2). Auch Beschwerden des Kindes werden vergleichsweise weniger als Grund benannt (14 % vs. 19 %; **s. Abb. 6.2.12**).

In vier von zehn Fällen fand bereits ein Arztbesuch zur Abklärung statt (42 %; **s. Abb. 7.4.10**), dieser Nennungsanteil liegt oberhalb des Durchschnittswerts aller in der Studie abgefragten chronischen Erkrankungen (37 %, **s. Abb. 6.2.13** in Kapitel 6.2). Bei einem weiteren Drittel der Fälle ist ein Arztbesuch zumindest schon terminiert (32 %). Bei jedem sechsten Fall hingegen (16 %) ist bisher kein Arztbesuch geplant. Dieser Nennungsanteil ist als unterdurchschnittlich einzuschätzen (Durchschnitt: 22 %).

Abb. 7.4.9: Grund für Vermutung von Entwicklungsstörungen

Basis: n = 208 (0- bis 17-jährige Kinder, bei denen eine Entwicklungsstörung vermutet wird).



Frage: Weshalb vermuten Sie, dass Ihr Kind Entwicklungsstörungen haben könnte?
(Mehrfachantwort möglich)

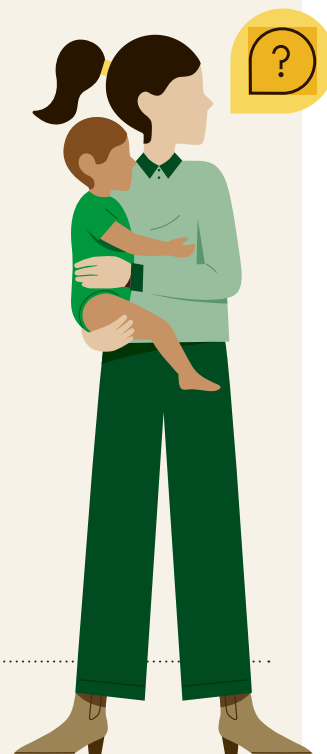
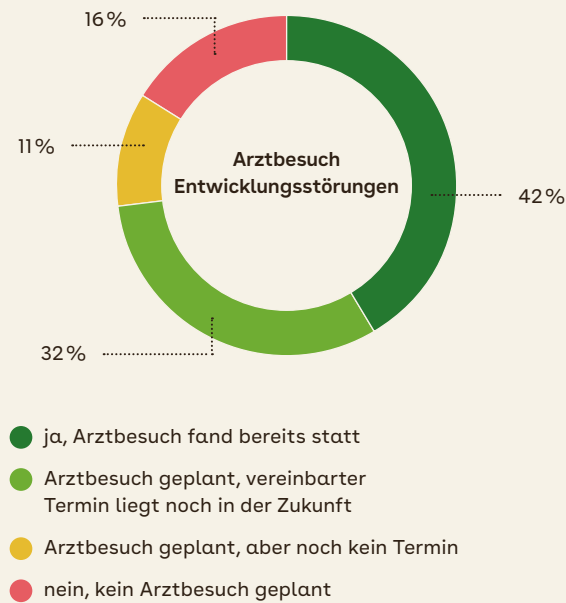


Abb. 7.4.10: Arztbesuch bei Vermutung von Entwicklungsstörungen

Basis: n = 208 (0- bis 17-jährige Kinder, bei denen eine Entwicklungsstörung vermutet wird).



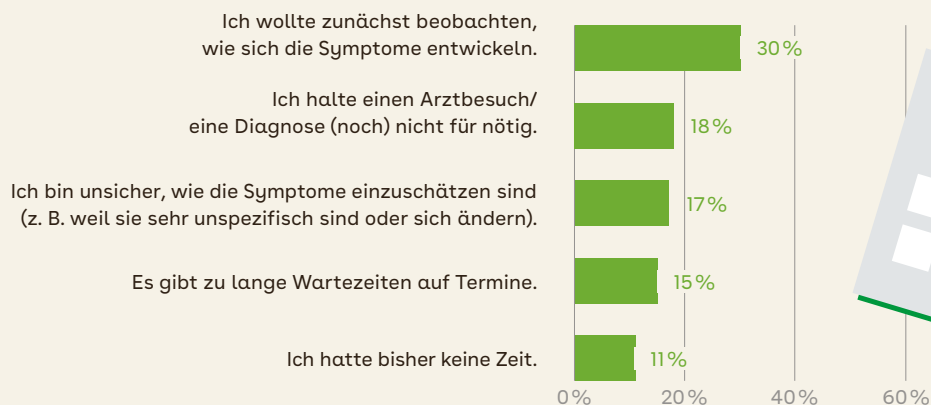
Frage: Haben Sie zur Abklärung der Symptome bereits einen Kinder- oder Facharzt konsultiert, um eine Diagnose zu erhalten?

In Verbindung mit den hohen Nennungsanteilen für eine bereits erfolgte bzw. geplante ärztliche Abklärung spricht dies dafür, dass Eltern mit der Vermutung einer Entwicklungsstörung bei ihrem Kind vergleichsweise häufig eine medizinische Abklärung suchen oder bereits konkret angestoßen haben.

Wurde bisher kein Arzttermin vereinbart oder ist ein Arztbesuch gar nicht geplant, ist dafür zumeist verantwortlich, dass die Eltern zunächst beobachten wollen, wie sich die Symptome entwickeln (30%) oder dass sie einen Arztbesuch/eine Diagnose (noch) nicht für nötig halten (18%; s. Abb. 7.4.11). Auch sind sie sich in Teilen unsicher, wie die Symptome einzuschätzen sind (17%). Während die Unsicherheit bezüglich der Einschätzung der Symptome im Fall einer vermuteten Entwicklungsstörung häufiger genannt wird als im Durchschnitt aller in der Studie abgefragten chronischen Erkrankungen (17% vs. 13%, s. Abb. 6.2.14 in Kapitel 6.2), ist der Anteil derer, die einen Arztbesuch (noch) nicht für nötig halten, bei einer vermuteten Entwicklungsstörung geringer (18% vs. 26%).

Abb. 7.4.11: Häufigste Gründe gegen einen Arzttermin bei Vermutung von Entwicklungsstörungen

Basis: n = 56 (0- bis 17-jährige Kinder, bei denen eine Entwicklungsstörung 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)

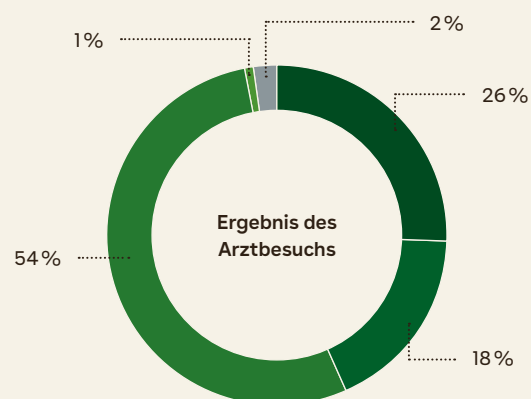
Die Ergebnisse zeigen zudem, dass sich die Vermutung im Rahmen bereits erfolgter Arztbesuche nicht immer diagnostisch bestätigt (26 %), dieser Wert liegt leicht unterhalb des in Kapitel 6.2 berichteten Durchschnitts aller vermuteten chronischen Erkrankungen (29 %; s. Abb. 6.2.15 in Kapitel 6.2). In Teilen war keine Diagnose aufgrund des zu geringen Alters des Kindes oder fehlender Symptome möglich (18 %), in 54 Prozent der Fälle dauern die Untersuchungen noch an (s. Abb. 7.4.12). Die sich hieraus ergebende Summe von 72 Prozent noch nicht abgeschlossener Vermutungskklärungen liegt über dem Durchschnittswert aller vermuteten Erkrankungen (62 %) und verdeutlicht, dass der diagnostische Klärungsprozess bei Entwicklungsstörungen vergleichsweise häufig noch offen ist. Dieser Befund passt zur höheren Zahl elterlicher Vermutungen als tatsächlich bestätigter Erkrankungen. Die Ergebnisse sprechen damit weniger für Fehleinschätzungen der Eltern als vielmehr für die besondere Schwierigkeit, Beschwerden und Symptome im Bereich der Entwicklungsstörungen zuverlässig einzuordnen.

Eltern mit einer Krankheitsvermutung haben zur Information über die mögliche Erkrankung ihres Kindes neben Kinder- oder Fachärztinnen bzw. -ärzten insbesondere Schule und Kindergarten (27 %), KI (26 %), Online-Suchportale (22 %) und/oder Soziale Medien (20 %) genutzt (s. Abb. 7.4.13). Schule und Kindergarten, aber auch KI erscheinen demnach im Fall einer vermuteten Entwicklungsstörung als Informationsquelle relevanter als im Durchschnitt aller im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 abgefragten chronischen Erkrankungen (12 % bzw. 19 %, s. Abb. 6.2.16 in Kapitel 6.2). Schule und Kindergarten sind dabei vor allem im Fall einer vermuteten Sprachentwicklungsstörung (41 %) die Hauptinformationsquelle.

Die Ergebnisse zeigen, dass Entwicklungsstörungen häufig bereits vor einer diagnostischen Einordnung im Alltag der Kinder sichtbar werden. Im Unterschied zu vielen körperlichen Erkrankungen spielen dabei Bildungs- und Betreuungseinrichtungen eine zentrale Rolle: Hinweise von Lehrkräften und Erziehenden gehören zu den wichtigsten Auslösern elterlicher Krankheitsvermutungen und stellen zugleich eine bedeutende Informationsquelle dar. Dies gilt insbesondere für Sprachentwicklungs- und Lese-Rechtschreibstörungen, deren Auffälligkeiten häufig erstmals im Bildungsalltag erkennbar werden.

Abb. 7.4.12: Ergebnis des Arztbesuchs bei Vermutung von Entwicklungsstörungen

Basis: n = 86 (0- bis 17-jährige Kinder, bei denen eine Entwicklungsstörung vermutet wird und ein Arztbesuch stattfand).



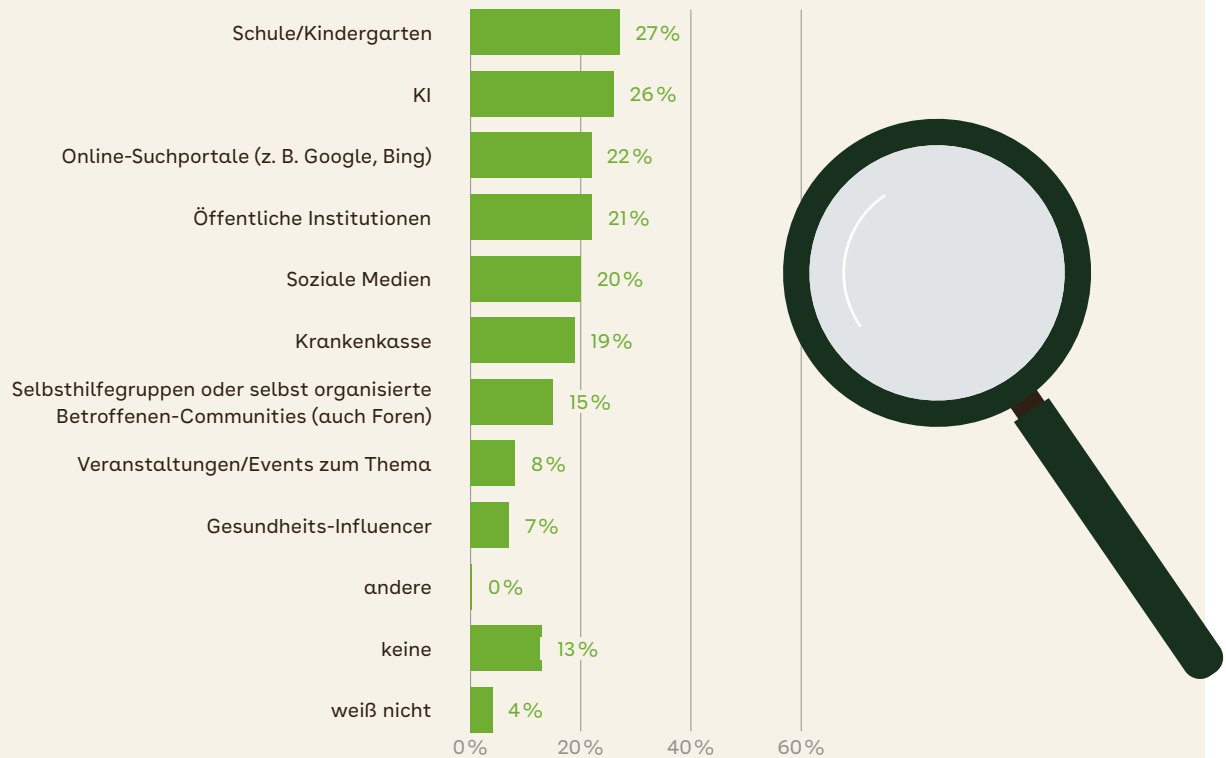
- Die Krankheitsvermutung wurde durch den Arzt nicht über eine medizinische Diagnose bestätigt.
- Eine medizinische Diagnose war nicht möglich, z. B. weil das Kind noch zu jung ist oder beim Arztbesuch keine Symptome zeigte.
- Die Untersuchungen laufen noch, die Diagnostik ist noch nicht abgeschlossen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

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

Ein Großteil der Eltern hat bereits Schritte zur diagnostischen Abklärung eingeleitet oder plant dies. Die hohe Zahl laufender Untersuchungen lässt vermuten, dass Entwicklungsstörungen oftmals einen längeren Beobachtungs- und Diagnoseprozess erfordern. Wie bei vielen weiteren betrachteten Krankheitsvermutungen ist auch bei Entwicklungsstörungen die Nutzung digitaler Informationsquellen wie KI, Online-Suchportale oder Soziale Medien weit verbreitet. Zusammen mit den Ergebnissen der vorangegangenen Kapitel deutet dies auf einen erhöhten Informations- und Orientierungsbedarf von Eltern mit Krankheitsvermutung hin.

Abb. 7.4.13: Verwendete Informationsquellen bei Vermutung von Entwicklungsstörungen

Basis: n = 208 (0- bis 17-jährige Kinder, bei denen eine Entwicklungsstörung 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? (Mehrfachantwort möglich)

Gesundheit der Kinder mit Entwicklungsstörungen

Um die gesundheitliche Situation von Kindern mit chronischen Erkrankungen differenziert einzuordnen, werden neben dem subjektiven Gesundheitszustand auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität (KIDSCREEN-10) und psychosomatische Beschwerden (HBSC) betrachtet. Während der subjektive Gesundheitszustand eine übergreifende elterliche Einschätzung abbildet, ergänzen KIDSCREEN-10 und HBSC diese Perspektive um Aspekte des Wohlbefindens, der psychischen Belastung und der Alltagsbeschwerden.

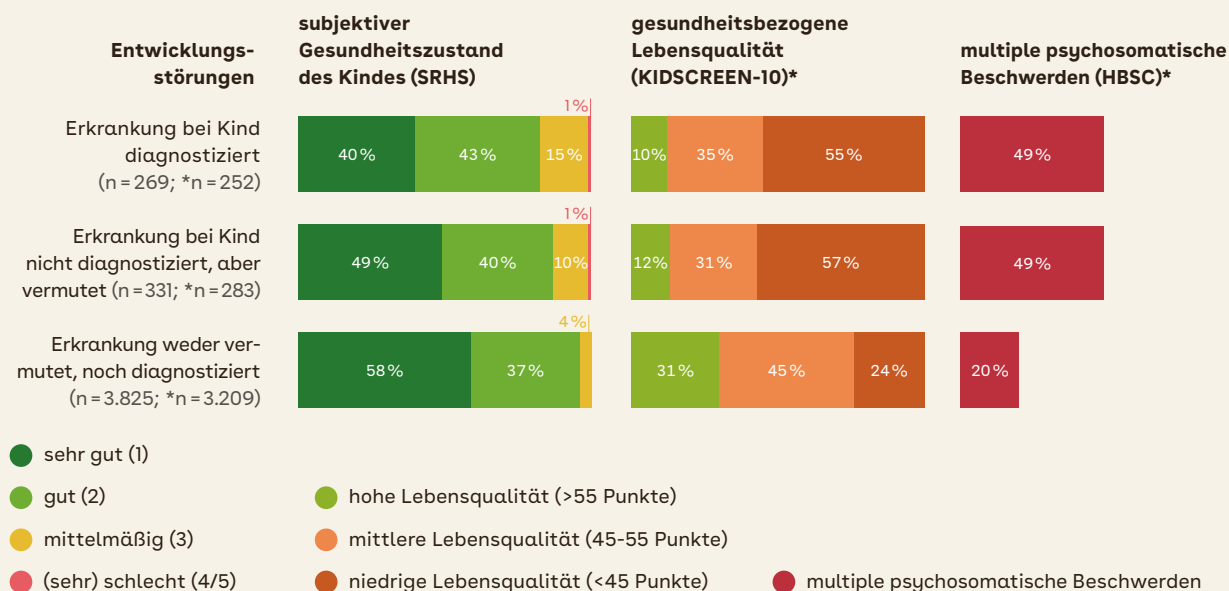
Bei einer diagnostizierten Entwicklungsstörung ihres Kindes berichten die Eltern in 40 Prozent der Fälle von einem *sehr guten* Gesundheitszustand ihres Kindes, in 15 Prozent der Fälle wird dieser als nur

mittelmäßig beurteilt (**s. Abb. 7.4.14**). Liegt hingegen eine Krankheitsvermutung vor, liegt der Anteil der Kinder mit *sehr gutem* Gesundheitszustand bei 49 Prozent, in zehn Prozent der Fälle ist dieser nach Elternangaben nur *mittelmäßig*. Liegt weder eine Diagnose noch eine Vermutung vor, belaufen sich diese Anteile auf 58 bzw. vier Prozent (jeweils signifikant höher bzw. niedriger im Vergleich zu Diagnose und Vermutung).

Zum allgemeinen Vergleich: Der Anteil der Kinder mit *sehr gutem* Gesundheitszustand liegt bei einer diagnostizierten Entwicklungsstörung leicht unter dem Vergleichswert aller Kinder mit mindestens einer diagnostizierten chronischen Erkrankung (40 % vs. 45 %). Bei einer vermuteten Entwicklungsstörung entspricht er dagegen dem Vergleichswert aller Kinder mit mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung (49 % vs. 49 %).

Abb. 7.4.14: Subjektiver Gesundheitszustand, gesundheitsbezogene Lebensqualität und multiple psychosomatische Beschwerden des Kindes bei Entwicklungsstörung nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne diese

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder, ***Basis:** 3- 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?

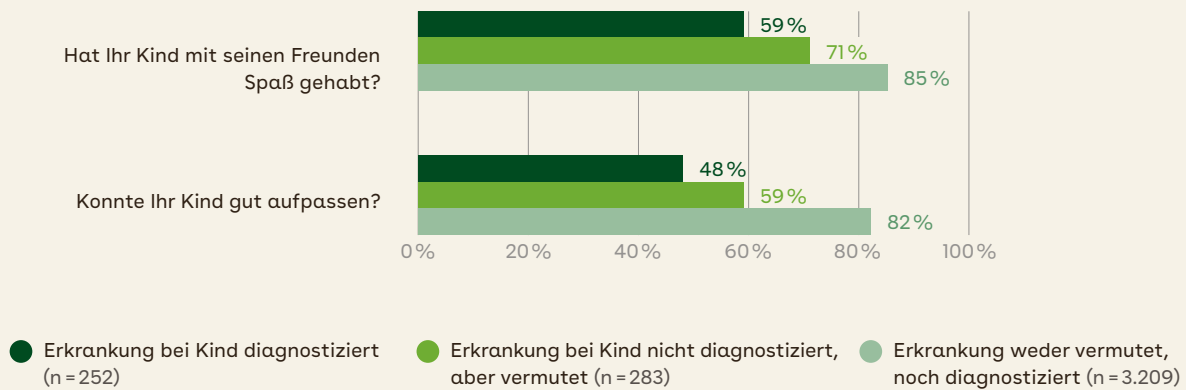


Die von den Eltern eingeschätzte gesundheitsbezogene Lebensqualität (auf Basis des KIDSCREEN-10) fällt bei Kindern mit einer bisher nur vermuteten Entwicklungsstörung nahezu vergleichbar kritisch aus wie bei einer bereits diagnostizierten Erkrankung: 55 Prozent der Eltern von Kindern mit Diagnose schätzen die Lebensqualität ihres Kindes mit Diagnose als niedrig ein. Unter den Eltern mit Vermutung liegt dieser Anteil mit 57 Prozent nahezu vergleichbar hoch (**s. Abb. 7.4.14**). Ohne Diagnose oder Vermutung bewerten jedoch signifikant weniger Eltern (nur 24 %) die Lebensqualität ihres Kindes als niedrig. Auch der Anteil der hohen Lebensqualität fällt bei Kindern ohne Diagnose/Vermutung signifikant größer aus als bei Kindern mit Vermutung oder Diagnose (31 % vs. 12 % vs. 10 %).

Im Vergleich zu Kindern mit mindestens einer diagnostizierten chronischen Erkrankung weisen Kinder mit diagnostizierter Entwicklungsstörung deutlich häufiger eine niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität auf (55 % vs. 39 %). Auch bei einer vermuteten Entwicklungsstörung liegt der Anteil über dem Vergleichswert aller Kinder mit mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung (57 % vs. 43 %).

Abb. 7.4.15: Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Entwicklungsstörung nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne diese

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *immer* + *oft*. **Basis:** 3- bis 17-jährige Kinder.



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

Damit zählen Entwicklungsstörungen zu den Erkrankungen mit deutlich eingeschränkter gesundheitsbezogener Lebensqualität.

Konkret berichten Eltern von Kindern mit Diagnose bzw. Vermutung einer Entwicklungsstörung seltener davon, dass ihr Kind *oft* bzw. *immer* mit seinen Freunden Spaß gehabt hat (59% vs. 71% vs. 85%; alle zueinander signifikant) und *oft* bzw. *immer* gut aufpassen konnte (48% vs. 59% vs. 82%; alle zueinander signifikant) als wenn weder eine Diagnose noch eine Vermutung vorliegen (**s. Abb. 7.4.15**). Im Vergleich mit anderen Erkrankungen zeigen sich im Fall einer diagnostizierten Entwicklungsstörung bei diesen Indikatoren nicht nur generell unterdurchschnittliche Nennungsanteile, sondern auch mit die niedrigsten Nennungsanteile unter allen im Rahmen der Studie betrachteten Erkrankungen. Für alle anderen Indikatoren zeigen sich im Vergleich zu anderen Erkrankungen keine Auffälligkeiten, gleichwohl fallen die Nennungsanteile stets kritischer als im Durchschnitt aller Erkrankungen aus.

Ähnlich zeigt sich dies hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens multipler psychosomatischer Beschwerden: Ist eine Erkrankung weder diagnostiziert noch vermutet, liegt dieser Anteil unter den Kindern nach Angabe der Eltern bei 20 Prozent (**s. Abb. 7.4.14**). Im Fall einer Krankheitsvermutung, aber auch bei Vorliegen einer Diagnose, liegt der entsprechende Anteil signifikant höher bei



49 Prozent. Diese Nennungsanteile liegen oberhalb der Durchschnittswerte für alle Kinder und Jugendlichen mit mindestens einer Diagnose oder Vermutung (bei Diagnose: 36 % vs. bei Vermutung: 38 %). Eine Besonderheit bei Entwicklungsstörungen ist, dass sich kaum Unterschiede zwischen Diagnose und Vermutung zeigen, sondern beide Gruppen in vergleichbarem Maße psychosomatisch belastet sind.

Hinsichtlich konkreter Beschwerden zeigen sich bei Entwicklungsstörungen zu anderen Erkrankungen keine auffälligen Besonderheiten. Die Nennungsanteile sind zwar überdurchschnittlich hoch, liegen aber unterhalb derer von Adipositas oder psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörungen. Zum Durchschnitt aller Kinder, für die die Eltern mindestens eine Erkrankung als diagnostiziert oder vermutet angeben, können vergleichsweise höhere Nennungsanteile für die Beschwerden Bauchschmerzen (Diagnose 14 % vs. Vermutung 12 %), Gereiztheit (25 % vs. 24 %), Nervosität (19 % vs. 16 %) und Einschlafschwierigkeiten (23 % vs. 20 %) berichtet werden (**s. Abb. 7.4.16**).

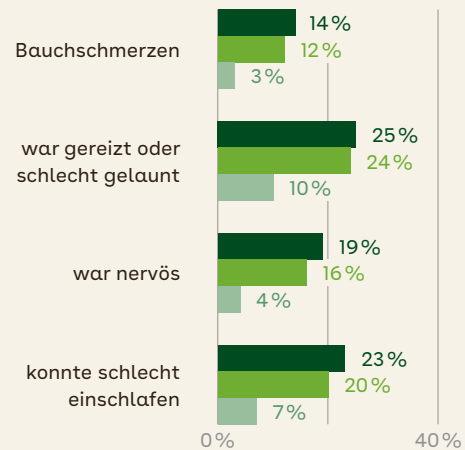


Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass Entwicklungsstörungen nach Angaben der Eltern mit deutlichen gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen verbunden sind. Beim subjektiven Gesundheitszustand fallen die Unterschiede im Vergleich zu anderen Erkrankungen eher moderat aus; deutlichere Einschränkungen zeigen sich bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und bei multiplen psychosomatisch geprägten Beschwerden. Im Vergleich aller betrachteten Erkrankungen zählen Entwicklungsstörungen bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu den stärker belasteten Erkrankungen. Besonders kritisch fallen die Angaben dazu aus, ob Kinder mit ihren Freundinnen und Freunden Spaß hatten oder gut aufpassen konnten. Bei beiden Indikatoren

Abb. 7.4.16: Psychosomatische Beschwerden bei Entwicklungsstörung nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne diese

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *mehrmals pro Woche + (fast) täglich*.

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder.



- Erkrankung bei Kind diagnostiziert (n = 252)
- Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet (n = 283)
- Erkrankung weder vermutet, noch diagnostiziert (n = 3.209)

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

gehören die Werte bei diagnostizierter Entwicklungsstörung zu den niedrigsten im Erkrankungsvergleich. Auch multiple psychosomatisch geprägte Beschwerden werden bei diagnostizierter oder vermuteter Entwicklungsstörung häufiger berichtet als im Durchschnitt der Kinder mit mindestens einer chronischen Erkrankung. Einzelne Beschwerden wie Bauchschmerzen, Gereiztheit, Nervosität und Einschlafschwierigkeiten treten überdurchschnittlich häufig auf, ohne jedoch die Spitzenwerte von Adipositas oder psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörungen zu erreichen. Charakteristisch ist, dass sich Diagnose und Vermutung nur wenig unterscheiden: Bei gesundheitsbezogener Lebensqualität und multiplen Beschwerden sind beide Gruppen nahezu gleichermaßen belastet.

Krankheitsbezogene Belastung von Kindern und Eltern

Im Vergleich zu anderen im Rahmen der vorliegenden Studie betrachteten diagnostizierten oder vermuteten Erkrankungen berichten die Eltern im Fall von Entwicklungsstörungen seltener von krankheitsbezogenen Belastungen von Kindern und Eltern. Ein Drittel der befragten Eltern gibt eine *sehr* bzw. *eher starke* Belastung für das Kind an, wenn eine Entwicklungsstörung diagnostiziert ist (35%; s. **Abb. 7.4.17**). Dieser Anteil liegt um zehn Prozentpunkte signifikant niedriger, wenn eine solche Erkrankung bisher nur vermutet wird (25%). Diese Belastungen liegen unterhalb der von Eltern für ihr Kind angegebenen Belastungen bei bspw. psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörungen oder Adipositas, aber in etwa auf dem Niveau von ADHS. Die durch die Eltern berichtete eigene Belastung im

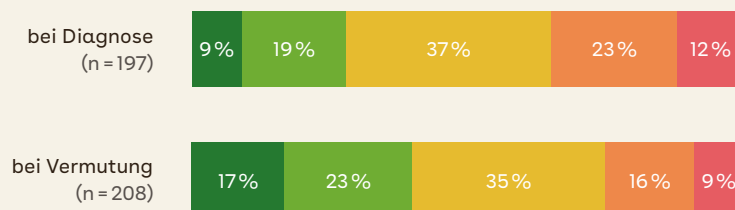
Fall einer Krankheitsdiagnose oder -vermutung bei ihrem Kind fällt vergleichsweise höher aus als die der Kinder (bei Diagnose 47% vs. bei Vermutung 38%). Auch hier liegen die Anteile bei bspw. psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörungen oder Adipositas – hier zumindest im Fall einer Diagnose – deutlich höher. Im Vergleich zu ADHS etwa werden vergleichbare Anteile im Fall einer Diagnose, aber höhere Anteile im Fall einer Krankheitsvermutung berichtet.

Belastungen für Kinder und Eltern werden insbesondere dann häufiger als *sehr* bzw. *eher stark* berichtet, wenn eine Lese-Rechtschreib-Störung vorliegt: So geben die Eltern im Fall einer Diagnose in 40 Prozent der Fälle eine *sehr* bzw. *eher starke* Belastung für das Kind und sogar in 63 Prozent der Fälle für sich selbst an. Liegt bisher nur eine Krankheitsvermutung vor, liegen die Anteile mit 48 Prozent höher bzw. mit 53 Prozent niedriger.

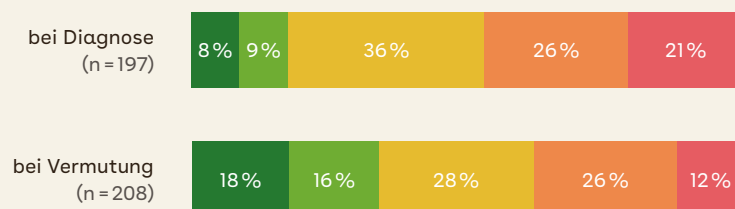
Abb. 7.4.17: Belastung von Kindern und Eltern durch diagnostizierte oder vermutete Entwicklungsstörung der Kinder

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder, bei denen eine Entwicklungsstörung diagnostiziert ist oder vermutet wird.

Belastung für das Kind



Belastung für die Eltern



● sehr gering ● eher gering ● teils/teils ● eher stark ● sehr stark

Frage: Wie belastet Sie bzw. Ihr Kind diese (vermutete) Erkrankung?

Krankheitsbezogene Sorgen der Eltern und Unterstützungsempfinden

Im Vergleich zu anderen im Rahmen der vorliegenden Studie betrachteten diagnostizierten oder vermuteten Erkrankungen berichten die Eltern im Fall von Entwicklungsstörungen häufiger von wahrgenommenen Sorgen oder Unterstützungsdefiziten. Sie liegen zwar unterhalb des Niveaus von psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörungen und Adipositas, dafür aber oberhalb dessen von ADHS oder Nahrungsmittelallergien bzw. -unverträglichkeiten.

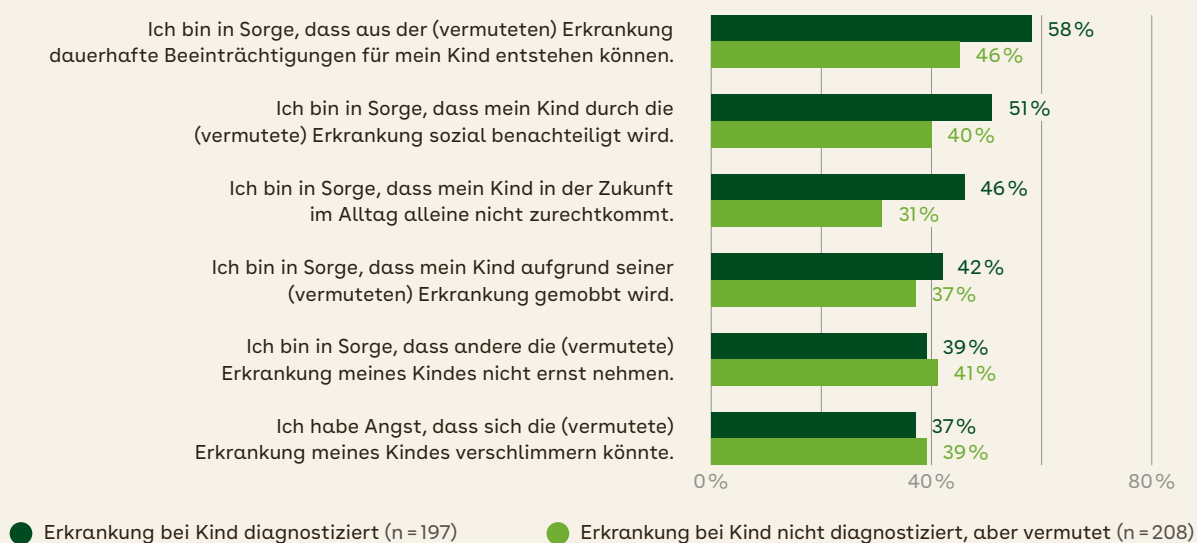


Besonders häufige Sorgen sind dabei im Fall einer vorliegenden Diagnose oder Vermutung einer Entwicklungsstörung, dass aus der (vermuteten) Erkrankung dauerhafte Beeinträchtigungen für das Kind entstehen können (Anteile von *stimme voll* bzw. *stimme eher zu*: bei Diagnose 58 %, bei Vermutung: 46 %) und dass das Kind durch die (vermutete) Erkrankung sozial benachteiligt werden könnte (51 % vs. 40 %; **s. Abb. 7.4.18**). Besonders hoch ist die Sorge der Eltern vor dauerhaften Beeinträchtigungen im Fall einer vermuteten Rechenstörung/Dyskalkulie (62 %) und einer Lese-Rechtschreib-Störung (Diagnose und Vermutung jeweils 68 %).

Auch zeigen sich die Eltern nur zu einem eingeschränkten Teil darüber informiert, an wen bzw. wohin sie sich in Bezug auf eine bestmögliche gesundheitliche Versorgung ihres Kindes wenden können: Dem *stimmen* nur 66 Prozent der befragten Eltern *voll* bzw. *eher zu*, die für ihr Kind eine diagnostizierte Entwicklungsstörung angeben und sogar nur 57 Prozent der Eltern, die eine solche Erkrankung bei ihrem Kind vermuten (**s. Abb. 7.4.19**). Auch sind

Abb. 7.4.18: Sorgen bei Entwicklungsstörung nach Diagnose und Vermutung

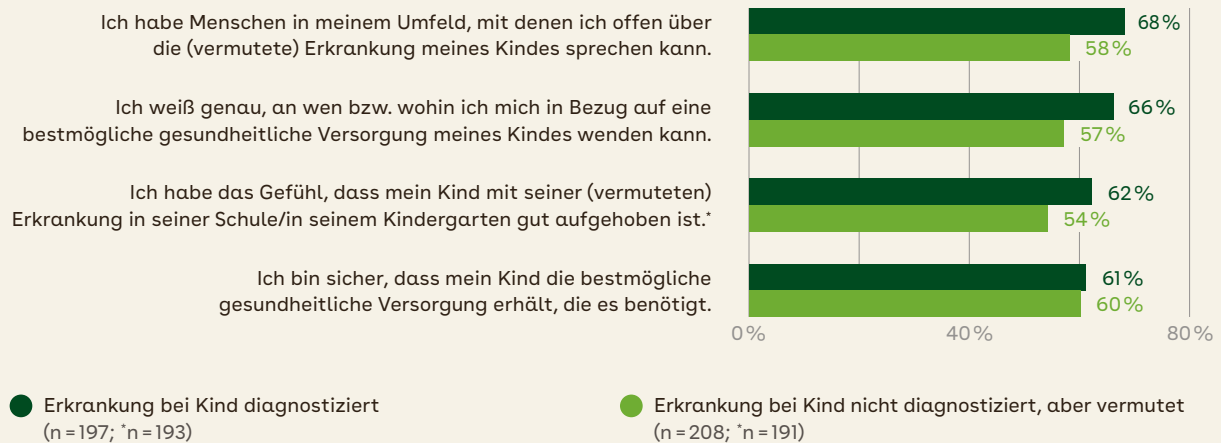
Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *stimme voll zu* + *stimme eher zu*. **Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder, bei denen eine Entwicklungsstörung diagnostiziert ist oder vermutet wird.



Frage: Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

Abb. 7.4.19: Unterstützungssituation bei Entwicklungsstörung nach Diagnose und Vermutung

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *stimme voll zu + stimme eher zu*. **Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder, bei denen eine Entwicklungsstörung diagnostiziert ist oder vermutet wird; ***reduzierte Basis:** Nur, wenn Kind zusätzlich Kindergarten, (Vor-)Schule oder Berufsschule besucht.



Frage: Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

sich nur 61 Prozent der Eltern (bei Diagnose) und 60 Prozent der Eltern (bei Vermutung) sicher, dass ihr Kind die bestmögliche gesundheitliche Versorgung erhält, die es benötigt. Auch Antworten auf die Aussage, dass es im Umfeld der Eltern (möglicherweise) betroffener Kinder auch Menschen gibt, mit denen die Eltern offen über die (vermutete) Erkrankung ihres Kindes sprechen können (bei Diagnose 68% vs. bei Vermutung 58%; signifikanter Unterschied), lassen auf Potenziale schließen. Für alle abgefragten Unterstützungsempfindungen wird deutlich, dass relevante Anteile der Eltern diesen nur eingeschränkt oder nicht zustimmen. Auf Ebene der Einzeldiagnosen zeigen sich hier keine berichtenswerten Besonderheiten.

Ähnliches zeigt sich hinsichtlich der Zustimmung der Eltern dazu, dass sie das Gefühl haben, dass ihr Kind mit seiner (vermuteten) Erkrankung in seiner Schule bzw. in seinem Kindergarten gut aufgehoben ist. Hier stimmen knapp zwei Drittel der Eltern mit vorliegender Diagnose bei ihrem Kind zu (62%), bei einer Krankheitsvermutung liegt dieser Anteil nur bei 54 Prozent. Im Vergleich zu anderen in dieser Studie vertiefend betrachteten Erkrankungen fallen diese Anteile durchschnittlich aus.



Die Ergebnisse zeigen, dass Eltern von Kindern mit diagnostizierten oder vermuteten Entwicklungsstörungen häufig langfristige Auswirkungen auf die Entwicklung, Bildungschancen und gesellschaftliche Teilhabe ihrer Kinder befürchten. Im Vergleich zu vielen anderen im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 betrachteten Erkrankungen fallen die Sorgen hoch aus und werden lediglich von den Ergebnissen zu psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörungen und Adipositas übertroffen. Gleichzeitig bestehen bei vielen Eltern Unsicherheiten hinsichtlich geeigneter Anlaufstellen, der gesundheitlichen Versorgung und der Unterstützung ihrer Kinder im Alltag. Auffällig ist dabei die zentrale Rolle von Bildungs- und Betreuungseinrichtungen. Bereits die Entstehung von Krankheitsvermutungen wird häufig durch Hinweise aus Schule oder Kindergarten angestoßen. Gleichzeitig berichten Eltern hier Sorgen bezüglich Mobbing, Teilhabebeeinträchtigungen und davon, dass sich das Kind in seiner Schule oder seinem Kindergarten nicht immer gut aufgehoben fühlt. Die Ergebnisse unterstreichen die besondere Bedeutung von Schulen und Kindergärten als Orte früher Wahrnehmung, Begleitung und Unterstützung von Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten und ihren Familien.

Wo stoßen bestehende Unterstützungsangebote aus Ihrer Sicht an ihre Grenzen – insbesondere im Zusammenspiel von medizinischer Versorgung, Schule und Sozial- und Jugendhilfe?

Die an sich guten Unterstützungsangebote sind häufig untereinander zu wenig anschlussfähig. Schule und Gesundheitssystem treten nur sporadisch miteinander in Kontakt. Das sollte sich ändern!

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





Fazit: Entwicklungsstörungen nehmen im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 eine besondere Stellung ein. Auffällig sind der hohe Anteil elterlicher Krankheitsvermutungen und die enge Verbindung zu Bildungs- und Betreuungseinrichtungen: Hinweise von Lehrkräften und Erziehenden zählen zu den häufigsten Auslösern solcher Vermutungen, zugleich zeigen sich dort besondere Herausforderungen für betroffene Kinder. Dies passt zur aktuellen Aufmerksamkeit für Entwicklungsauffälligkeiten, die häufig als Teil eines neurodivergenten Spektrums diskutiert werden, ohne Entwicklungsstörungen damit gleichzusetzen. Überschneidungen mit Vermutungen zu ADHS, psychischen oder verhaltensbezogenen Auffälligkeiten zeigen, dass Eltern Besonderheiten im Alltag wahrnehmen, diese aber nicht immer eindeutig einordnen können. Eltern berichten häufig von Mobbing, eingeschränkter Teilhabe und niedrigerer gesundheitsbezogener Lebensqualität. Belastungen treten oft bereits bei Vermutung ähnlich deutlich hervor wie bei Diagnose. Das unterstreicht die Bedeutung früher Orientierung, Diagnostik und Unterstützung.

Kapitel 7:

7.5 Verhaltenssüchte



Verhaltenssüchte beschreiben Verhaltensweisen, bei denen bestimmte Aktivitäten trotz negativer Folgen zunehmend die Kontrolle über den Alltag der Betroffenen gewinnen. Im Rahmen des AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 wurden die Eltern übergreifend zu Verhaltenssüchten (dies umfasst z. B. Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung, Computerspielstörung) befragt. Während die Computerspielstörung bereits als eigenständige Diagnose in die ICD-11 aufgenommen wurde, werden problematische Formen der Nutzung Sozialer Medien bislang überwiegend als Forschungs- und Versorgungsthema diskutiert (WHO, 2024a; Boniel-Nissim et al., 2024). Die Gemeinsamkeit beider Phänomene ist, dass sie mit Kontrollverlust, einer zunehmenden Vernachlässigung anderer Lebensbereiche sowie Beeinträchtigungen in Schule, Freizeit und sozialen Beziehungen einhergehen können (Boniel-Nissim et al., 2024; Paulus et al., 2018).

In den vergangenen Jahren haben Verhaltenssüchte bei Kindern und Jugendlichen erheblich an Aufmerksamkeit gewonnen. Hintergrund ist unter anderem die zunehmende Bedeutung digitaler Medien im Alltag junger Menschen. So nutzen Jugendliche Soziale Medien, Messenger-Dienste, Streaming-Angebote und digitale Spiele heute selbstverständlich und oft über mehrere Stunden täglich (mpfs, 2024). Parallel dazu wird der Umgang mit Sozialen Medien zunehmend auch politisch diskutiert. Australien hat bereits ein Mindestalter von 16 Jahren für die Nutzung ausgewählter Sozialer Medien eingeführt. Auch in mehreren europäischen Ländern wie Griechenland, Frankreich oder Spanien werden vergleichbare Maßnahmen diskutiert oder vorbereitet. Begründet werden diese unter anderem mit dem Schutz von Kindern und Jugendlichen vor suchtfördernden

Plattformmechanismen sowie möglichen negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und Entwicklung (Australian Government, 2026; Government of Spain, 2025). So zeigen etwa nationale und internationale Studien, dass ein Teil der Jugendlichen problematische oder suchttähnliche Nutzungsmuster entwickelt. Die DAK-Mediensucht-Studien berichten seit mehreren Jahren von erhöhten Anteilen problematischer Nutzung von Sozialen Medien und von Video-/Computerspielen unter Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Wiedemann et al., 2025). Auch internationale Übersichtsarbeiten weisen darauf hin, dass problematische Nutzungsformen digitaler Medien mit psychosozialen Belastungen, schulischen Schwierigkeiten und Einschränkungen der Lebensqualität verbunden sein können (Paulus et al., 2018; Boniel-Nissim et al., 2024).

Verhaltenssüchte weisen dabei zahlreiche Überschneidungen mit anderen psychischen Störungen und psychosozialen Belastungen auf. Studien zeigen Zusammenhänge mit ADHS, depressiven Symptomen, Ängsten, Einsamkeit, Aufmerksamkeitsproblemen sowie einer verminderten gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Paulus et al., 2018; Kuss & Griffiths, 2017; Boniel-Nissim et al., 2024).

Im Fokus der Betrachtung stehen die Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung sowie die Computerspielstörung. Da Soziale Medien und digitale Spiele insbesondere im Jugendalter einen zentralen Bestandteil des Alltags darstellen, konzentriert sich die vorliegende Analyse auf Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren.

Zusammenfassung

Verhaltenssüchte
häufig vermutet,
aber selten
ärztlich abgeklärt

Eltern (vermutlich) betroffener
Kinder berichten häufiger
Fear Of Missing Out (FOMO),
Leistungsdruck, Stress und
Schwierigkeiten im Schulalltag

(vermutlich) betroffene
Kinder tun sich schwer,
Soziale Medien sicher
und selbstbestimmt
zu nutzen

Auftreten

- **Diagnose bei 1% / Vermutung bei 9%** (im Weiteren zusammengefasst)
- am häufigsten: Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung (SNN), Computerspielstörung (CS)

Belastungen und Sorgen

- hohe Belastung (Kinder 32 %, Eltern 44 %)

Größte Sorgen der Eltern:

- dauerhafte Beeinträchtigungen: 53 % (SNN: 61 % bzw. CS: 60 %)
- Vernachlässigung von Schule und sozialen Kontakten: 45 % (SNN: 56 % bzw. CS: 52 %)
- Verschlimmerung der Erkrankung: 43 % (SNN: 55 % bzw. CS: 54 %)

Lebensstil

Kinder mit Diagnose oder Vermutung

- betätigen sich seltener regelmäßig körperlich,
- konsumieren häufiger Energydrinks,
- weisen nach Angabe der Eltern Defizite im Umgang mit Sozialen Medien auf.

- Erkrankung bei Kind diagnostiziert
- Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet
- Erkrankung bei Kind diagnostiziert oder vermutet
- Erkrankung bei Kind weder diagnostiziert noch vermutet

Lebensumfelder

Verhaltenssüchte häufiger bei Kindern

- aus gesundheitlich, sozial und ökonomisch belasteten Familien (übergreifender Befund),
- aus Familien mit geringer Gesundheitskompetenz, geringer Wohnfläche und komplexeren Betreuungskonstellationen.

Kinder mit Diagnose oder Vermutung

- schaffen ihre schulischen Aufgaben seltener gut (61 % vs. 84 %),
- weisen häufiger Belastungen durch FOMO auf (29 % vs. 8 %),
- empfinden häufiger Leistungsdruck (26 % vs. 13 %) und Stress (27 % vs. 11 %).

Elterlicher Umgang mit Krankheitsvermutungen

- Hauptgrund für Vermutung: länger beobachtete typische Symptome (42 %)
- ärztliche Abklärung: unterdurchschnittlich häufig erfolgt (23 %)
- Gründe gegen Arzttermin: fehlende Dringlichkeit (32 %), Abwarten wollen (30 %), Wartezeiten (19 %)
- Information über Online-Suchportale (32 %), Krankenkassen (23 %), Soziale Medien (19 %)

Gesundheitszustand

Kinder mit Diagnose oder Vermutung haben

- seltener einen sehr guten subjektiven Gesundheitszustand (39 % vs. 50 %),
- häufiger eine niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität (64 % vs. 28 %),
- häufiger multiple psychosomatische Beschwerden (53 % vs. 22 %).

Auftreten und Verbreitung in unterschiedlichen Gruppen

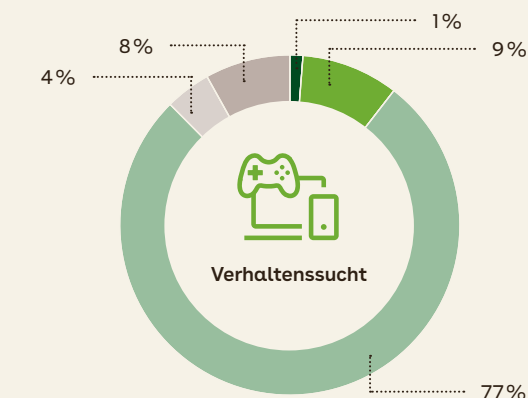
Ein Prozent der 11- bis 17-jährigen Kinder aus dem Rheinland und aus Hamburg haben laut den Aussagen der befragten Eltern eine diagnostizierte Verhaltenssucht (**s. Abb. 7.5.1**). Bei weiteren neun Prozent vermuten die befragten Eltern, dass ihr Kind an einer Verhaltenssucht erkranken könnte oder bereits erkrankt ist. Damit liegt der Anteil elterlicher Vermutungen deutlich über dem Anteil berichteter Diagnosen. Dieser Abstand ist bei Verhaltenssüchten besonders vorsichtig zu interpretieren:

Einerseits können Eltern problematische Mediennutzungsmuster im Alltag häufig beobachten, andererseits ist damit noch keine diagnostische Einordnung verbunden. Hinzu kommt, dass Verhaltenssüchte als Krankheitsbild vergleichsweise neu sind, eine ärztliche Abklärung seltener erfolgt und Eltern Auffälligkeiten häufig zunächst selbst einordnen. Die hohen Vermutungsanteile verweisen daher vor allem auf eine große Aufmerksamkeit und einen erhöhten Orientierungsbedarf im Umgang mit problematischer Mediennutzung.

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. 7.5.1: Auftreten von Verhaltenssucht laut Elterneinschätzung

Basis: n = 1.926 (11- bis 17-jährige Kinder).

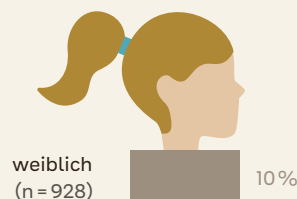
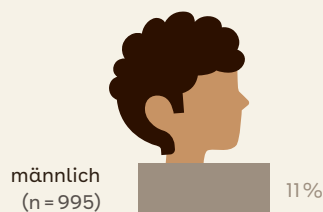


- Erkrankung bei Kind diagnostiziert
- Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet
- Erkrankung weder vermutet, noch diagnostiziert
- Kann ich nicht einschätzen, weiß nicht was damit gemeint ist.
- keine Angabe

Abb. 7.5.2: Anteil diagnostizierter oder vermuteter Verhaltenssucht nach Alter und Geschlecht des Kindes

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen Erkrankung bei Kind diagnostiziert + Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet.

Basis: 11- bis 17-jährige Kinder.



Um die Art der (vermuteten) Verhaltenssucht zu konkretisieren, wurden die Eltern nach der konkreten (vermuteten) Diagnose gefragt: Bei einem Prozent der 11- bis 17-Jährigen ist eine Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung diagnostiziert, bei fünf Prozent wird eine solche durch die Eltern vermutet. Ebenfalls ein Prozent der Eltern berichtet von einer diagnostizierten Computerspielstörung, bei vier Prozent wird eine solche durch die Eltern vermutet. Beide Störungen weisen Überschneidungen auf, so berichten vier Prozent der Eltern, dass ihre Kinder von beiden Störungen (vermutlich) betroffen sind. Des Weiteren werden durch die Eltern in deutlich weniger Fällen Glücksspielstörung (d. h. Spielsucht bezogen auf Glücksspiel) und andere Verhaltenssuchte angegeben. Zudem berichten einige Eltern zwar von einer diagnostizierten oder vermuteten Verhaltenssucht ihres Kindes, ohne diese jedoch näher zu benennen. Für Kinder mit nicht näher bezeichneten Verhaltenssuchten geben die Eltern insgesamt deutlich geringere Belastungen an als für Kinder mit einer Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung oder Computerspielstörung.

Vor dem Hintergrund der geringen Fallzahlen für diese Diagnosen erfolgen weitere Betrachtungen sowohl auf Ebene der Vermutungen als auch auf Ebene konkreter Diagnosen im Folgenden ausschließlich für eine kumulierte Gesamtgruppe von Verhaltenssuchten, bestehend aus von den Eltern berichteten Diagnosen und Vermutungen. Bei der Interpretation ist daher zu berücksichtigen, dass sich die Aussagen vordergründig auf durch die Eltern berichtete Krankheitsvermutungen beziehen.



An ausgewählten Stellen in diesem Kapitel werden dennoch spezifische Verhaltenssuchte, wie Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung und Computerspielstörung, miteinander verglichen. Hierbei ist zu beachten, dass die jeweilige Frage immer nur allgemein für Verhaltenssuchte gestellt wurde (bspw. Wie belastet Sie bzw. Ihr Kind diese Erkrankung?). Wenn also das Ergebnis konkret für bspw. Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung berichtet wird, liegt diese zwar vor, aber es ist nicht auszuschließen, dass auch noch eine Computerspielstörung vorliegen könnte.

Den Angaben der Eltern zufolge unterscheidet sich das Auftreten diagnostizierter und vermuteter Verhaltenssuchte zwischen den Altersgruppen nur gering (**s. Abb. 7.5.2**): Während in der Altersgruppe der 11- bis 13-Jährigen durch die befragten Eltern eine Diagnose oder Vermutung in zwölf Prozent der Fälle berichtet wird, geht dieser Anteil in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen leicht auf zehn Prozent zurück. Der Blick auf die konkreten Diagnosen lässt keine altersgruppenbezogenen Entwicklungen erkennen. Für Jungen und Mädchen werden durch die Eltern mit elf bzw. zehn Prozent vergleichbare Anteile an Diagnosen und Vermutungen für Verhaltenssuchte berichtet, die sich jedoch nach konkreten Diagnosen unterscheiden: So liegt der Anteil an Diagnosen und Vermutungen einer Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung bei Jungen im Alter von 11 bis 17 Jahren mit sieben Prozent oberhalb des Nennungsanteils für Mädchen (4 %; signifikanter Unterschied). Noch deutlicher zeigt sich dies bei der Computerspielstörung (6 % vs. 2 %; signifikanter Unterschied).

Die Anteile von Krankheitsdiagnosen und -vermutungen bezüglich Verhaltenssuchten variieren auch regional (**s. Abb. 7.5.3**): Die Regionaldirektion mit dem geringsten Anteil an Diagnosen und Vermutungen ist Niederrhein (6,6 %), in Bonn – Rhein-Sieg-Kreis – Euskirchen hingegen berichten mehr als doppelt so viele Eltern von einer diagnostizierten oder vermuteten Verhaltenssucht ihres Kindes (14,0 %).

Vermuten die Eltern eine Verhaltenssucht bei ihrem Kind, äußern sie überdurchschnittlich häufig auch Vermutungen hinsichtlich ADHS (35 %) und psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (31 %). Die hohe Mitvermutung der genannten Erkrankungen spricht für eine thematische Nähe dieser Krankheitsbilder in der Wahrnehmung der Eltern. Gleichzeitig deuten die Ergebnisse darauf hin, dass Eltern Auffälligkeiten ihres Kindes häufig nicht nur einzelnen Diagnosen zuordnen, sondern zunächst als Teil eines breiteren Spektrums möglicher Entwicklungs- und Verhaltensbesonderheiten wahrnehmen.

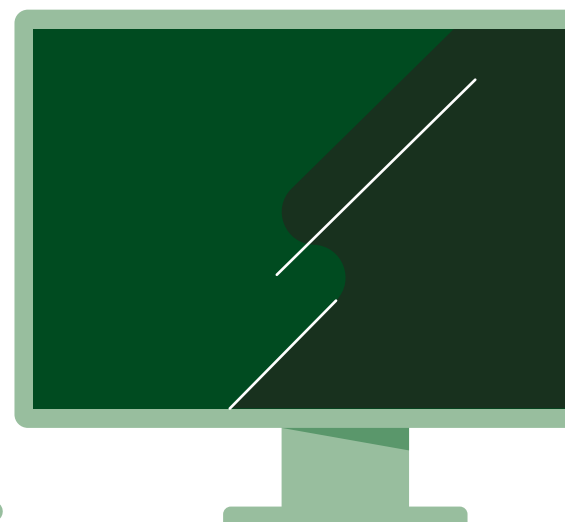
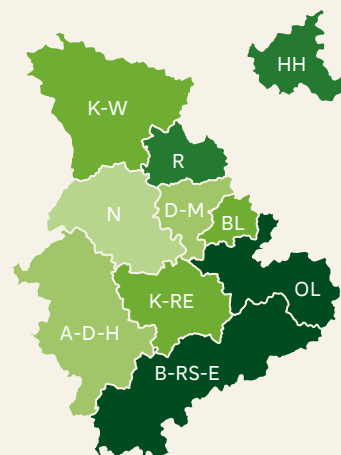


Abb. 7.5.3: Diagnostizierte oder vermutete Verhaltenssucht nach Regionaldirektion (RD)

Dargestellt werden die Antwortoptionen Verhaltenssucht-Erkrankung bei Kind diagnostiziert oder vermutet.

Basis: 11- bis 17-jährige Kinder.

14,0 %	RD Bonn – Rhein-Sieg-Kreis – Euskirchen (B-RS-E) n = 195
13,2 %	RD Oberbergisches Land (OL) n = 128
11,5 %	RD Hamburg (HH) n = 302
11,3 %	RD Ruhrgebiet (R) n = 248
10,5 %	RD Köln – Rhein-Erft-Kreis (K-RE) n = 244
10,5 %	Rheinland/Hamburg n = 1.926
10,3 %	RD Bergisches Land (BL) n = 111
9,7 %	RD Kleve – Wesel (K-W) n = 128
9,2 %	RD Aachen – Düren – Heinsberg (A-D-H) n = 180
8,3 %	RD Düsseldorf – Mettmann (D-M) n = 179
6,6 %	RD Niederrhein (N) n = 211



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?

Exkurs

Einordnung der Ergebnisse in Studien zur Kinder- und Jugendgesundheit

Im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 berichten die Eltern in einem Prozent der Fälle von einer diagnostizierten Verhaltenssucht ihres Kindes, in neun Prozent der Fälle vermuten sie eine solche. In der Vorgängerstudie 2024 wurden Verhaltenssuchte aufgrund einer unklaren Diagnosehandhabung (ICD-10 bzw. ICD-11) und Verständnisschwierigkeiten der Eltern in der Berichtslegung nicht berücksichtigt. Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg aus 2024 zeigen eine Diagnoseprävalenz von unter einem Prozent bei Kindern und Jugendlichen, basierend auf abgerechneten ICD-10-Diagnosen.

Die Ergebnisse des AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 liegen damit in Bezug auf die berichteten Diagnosen im Bereich der in Routinedaten beobachtbaren Prävalenzen. Gleichzeitig weisen die deutlich höheren Anteile elterlicher Krankheitsvermutungen darauf hin, dass problematische Mediennutzungsmuster von Eltern wesentlich häufiger wahrgenommen werden, als sie sich in ärztlich dokumentierten Diagnosen (bislang) widerspiegeln. Ähnliche Befunde zeigen

auch aktuelle Studien: Die DAK-Mediensucht-Studie 2024 berichtet, dass rund fünf Prozent der 10- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen eine pathologische Nutzung Sozialer Medien aufweisen, weitere 21 Prozent zeigen riskante Nutzungsmuster (Wiedemann et al., 2025). Für Computerspiele werden Anteile von rund drei Prozent für eine pathologische und rund neun Prozent für eine riskante Nutzung berichtet. Die dort ausgewiesenen Prävalenzen liegen damit deutlich oberhalb der in Routinedaten dokumentierten Diagnosen und verdeutlichen die bekannte Diskrepanz zwischen auffälligem Nutzungsverhalten und formaler Diagnosestellung.

Auch internationale Ergebnisse weisen in eine ähnliche Richtung. Der aktuelle HBSC-Bericht der WHO zeigt für zahlreiche europäische Länder, dass elf Prozent der Jugendlichen eine problematische Nutzung Sozialer Medien aufweisen, weitere 32 Prozent nutzen Soziale Medien auch intensiv, ohne aber die Kriterien einer problematischen Nutzung zu erfüllen (Boniel-Nissim et al., 2024). Gleichzeitig berichten betroffene Jugendliche häufiger von psychischen Belastungen und einem verminderten Wohlbefinden. Vor diesem Hintergrund erscheinen die im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 beobachteten hohen Anteile elterlicher Krankheitsvermutungen plausibel und sprechen dafür, dass problematische Mediennutzungsmuster im Alltag vieler Familien bereits wahrgenommen werden, bevor eine diagnostische Einordnung erfolgt.

Lebensumfelder

Unterschiedliche Faktoren stehen im Zusammenhang damit oder können einen Einfluss darauf haben, ob Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren im Rheinland und in Hamburg an einer Verhaltenssucht erkrankt sind oder ob die Eltern eine solche Erkrankung vermuten. Im Folgenden werden das elterliche Lebensumfeld der Kinder, die Informationsquellen, denen die Eltern in Bezug auf die Gesundheit ihrer Kinder vertrauen und die sie nutzen sowie die Bildungs- und Betreuungseinrichtungen, in denen die Kinder und Jugendlichen einen großen Teil ihrer Zeit verbringen, genauer betrachtet.

Elterliches Lebensumfeld der Kinder

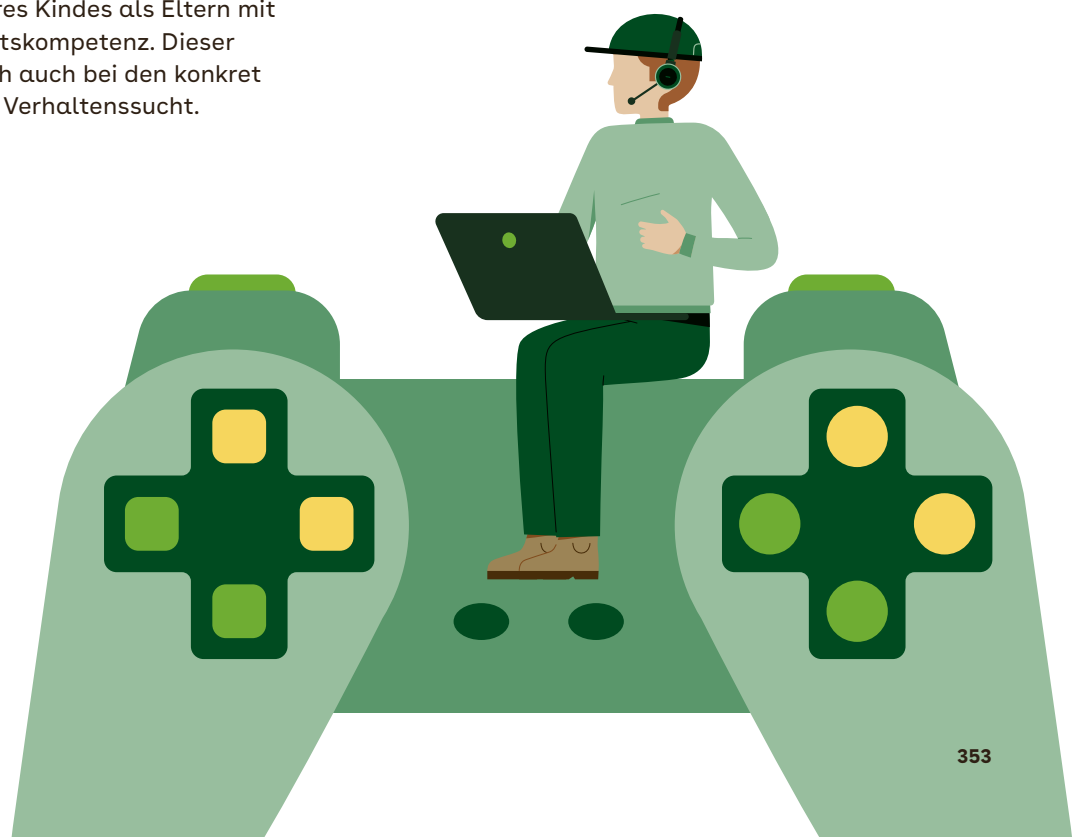
Die Ergebnisse zum elterlichen Lebensumfeld zeigen bei den im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 betrachteten chronischen Erkrankungen viele Gemeinsamkeiten: Diagnosen und Krankheitsvermutungen werden häufiger berichtet, wenn Eltern ihren eigenen Gesundheitszustand schlechter einschätzen, wenn die allgemeine Gesundheitskompetenz geringer ausgeprägt ist oder wenn Familien über geringere soziale, ökonomische und räumliche Ressourcen verfügen (s. Kapitel 6.2).

Auch bei Verhaltenssuchten zeigt sich dieses Muster. Eltern berichten häufiger von einer Diagnose oder Vermutung, wenn sie ihren eigenen Gesundheitszustand schlechter einschätzen. Besonders deutlich ist zudem der Zusammenhang mit der allgemeinen Gesundheitskompetenz. Eltern mit inadäquater Gesundheitskompetenz berichten häufiger von einer diagnostizierten oder vermuteten Verhaltenssucht ihres Kindes als Eltern mit ausreichender Gesundheitskompetenz. Dieser Zusammenhang zeigt sich auch bei den konkret betrachteten Formen der Verhaltenssucht.

Darüber hinaus zeigen sich soziale Unterschiede. Verhaltenssuchte werden häufiger von Eltern mit niedrigerem Bildungsabschluss berichtet als von Eltern mit höherem Bildungsabschluss. Beim Äquivalenzeinkommen zeigt sich ein ähnliches, aber weniger stark ausgeprägtes Muster. Besonders deutlich ist der Zusammenhang mit der Wohnfläche: In Haushalten mit sehr geringer Wohnfläche werden Verhaltenssuchte häufiger berichtet oder vermutet als in Haushalten mit größerer Wohnfläche.

Auch die familiäre Betreuungskonstellation steht mit Verhaltenssuchten in Zusammenhang. Leben Kinder bei beiden Elternteilen, berichten Eltern seltener von einer Diagnose oder Vermutung. Höhere Anteile zeigen sich, wenn Kinder in einem Wechselmodell leben oder bei einem Elternteil und dessen Partnerin bzw. Partner wohnen.

Eine Besonderheit bei Verhaltenssuchten besteht darin, dass die Zusammenhänge mit Gesundheitskompetenz, Wohnfläche und familiärer Betreuungskonstellation besonders deutlich hervortreten. Der Zusammenhang mit dem Äquivalenzeinkommen fällt dagegen weniger stark aus. Insgesamt fügen sich Verhaltenssuchte damit in das übergreifende Muster ein, dass chronische Erkrankungen häufiger in gesundheitlich, sozial und familiär belasteten Lebenslagen berichtet werden, weisen aber innerhalb dieses Musters ein besonders ausgeprägtes Profil bei Gesundheitskompetenz, Wohnsituation und Betreuungskonstellation auf.



Vertrauen in und Nutzung von Informationsquellen

Auch die Ergebnisse zum elterlichen Vertrauen in und zur Nutzung von Informationsquellen zur Gesundheit ihrer Kinder zeigen bei den im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 betrachteten chronischen Erkrankungen viele Gemeinsamkeiten: Im Vergleich zu Eltern von Kindern ohne diagnostizierte oder vermutete chronische Erkrankung nutzen Eltern von betroffenen Kindern sämtliche abgefragten Informationsquellen deutlich häufiger. In Sachen Vertrauen entfallen auf Kinder- und Fachärztinnen bzw. -ärzte sowie andere etablierte Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens und der Betreuung sowohl bei betroffenen als auch bei nicht betroffenen Eltern deutlich höhere zustimmende Nennungsanteile als auf digitale Informationsquellen wie Online-Suchportale, Künstliche Intelligenz (KI), Soziale Medien oder Gesundheits-Influencerinnen bzw. -Influencer. Bei Eltern von Kindern mit mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung fällt jedoch auf, dass diese den vier genannten digitalen Informationsquellen ein höheres Vertrauen entgegenbringen, als dies bei Eltern von Kindern mit einer diagnostizierten chronischen Erkrankung der Fall ist (s. Kapitel 4.2).

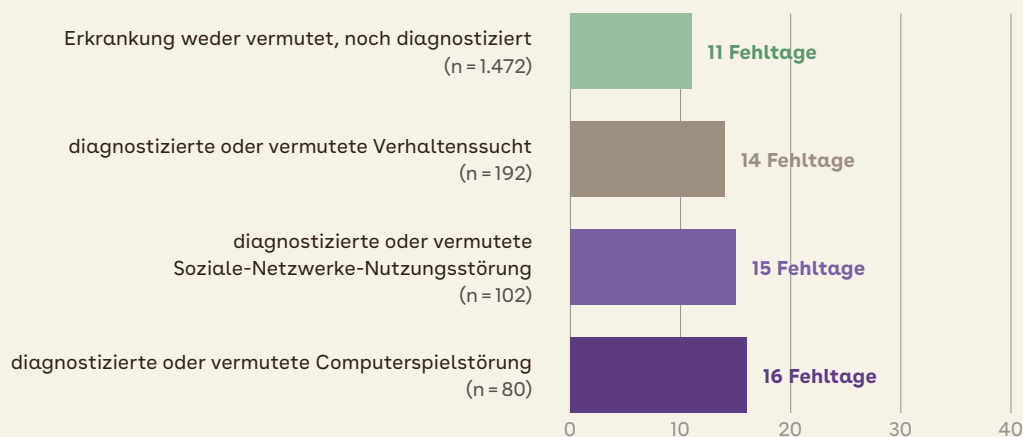
Eine klar abgrenzbare Besonderheit gegenüber dem Gesamtmuster zeigt sich bei Verhaltenssüchten nicht. Wie insgesamt vertrauen Eltern etablierten Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens stärker als digitalen Informationsquellen. Zugleich werden digitale Angebote, insbesondere Online-Suchportale, KI und Soziale Medien, häufig genutzt.

Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Eltern, bei deren Kindern eine Verhaltenssucht diagnostiziert ist oder durch die Eltern vermutet wird, berichten von durchschnittlich etwa 14 Fehltagen im zurückliegenden Jahr in Kindergarten, Vorschule, Schule oder Berufsschule (**s. Abb. 7.5.4**). Im Fall einer diagnostizierten oder vermuteten Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung liegt die Zahl der Fehlitage bei 15 Tagen, im Fall einer Computerspielstörung mit 16 Tagen nur unwesentlich darüber. Liegen weder eine Diagnose noch eine Vermutung vor, werden durchschnittlich nur elf Fehlitage berichtet. Die Zahl der Fehlitage im Fall einer diagnostizierten oder vermuteten Verhaltenssucht liegt höher als der Durchschnittswert aller im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 abgefragten chronischen Erkrankungen (bei mindestens einer Diagnose elf Fehlitage, bei mindestens einer Vermutung zehn Fehlitage, s. Kapitel 4.3).

Abb. 7.5.4: Mittlere Anzahl an Fehltagen nach Verhaltenssucht, Soziale-Netzwerke-Nutzungs- und Computerspielstörung

Basis: 11- bis 17-jährige Kinder, die Kindergarten, (Vor-)Schule oder Berufsschule besuchen.

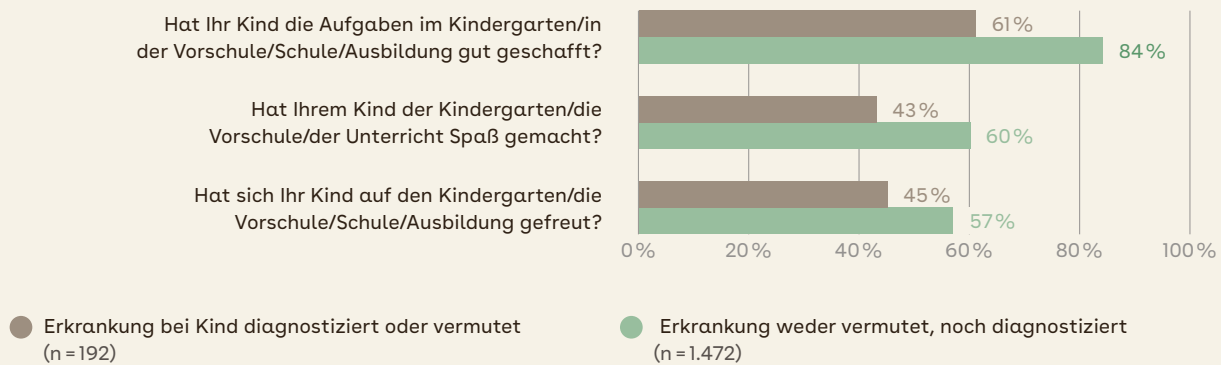


Frage: Wie viele Fehlitage hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten?

Abb. 7.5.5: Schulisches Wohlbefinden nach Verhaltenssucht

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *immer* + *oft*.

Basis: 11- bis 17-jährige Kinder, die Kindergarten, (Vor-)Schule oder Berufsschule besuchen.



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

Auch für den Alltag in Schule oder Kindergarten werden Belastungen für Kinder und Jugendliche sichtbar, wenn eine Verhaltenssucht diagnostiziert ist oder vermutet wird: So geben nur 61 Prozent der Eltern von Kindern mit Diagnose oder Vermutung an, dass ihr Kind seine Aufgaben in der Schule oder Ausbildung *oft* bzw. *immer* gut geschafft hat (**s. Abb. 7.5.5**). Liegen weder Diagnose noch Vermutung vor, stimmen die Eltern dieser Aussage signifikant häufiger zu (84 %). Diese Nennungsanteile liegen deutlich unterhalb der Durchschnittswerte aller im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 abgefragten chronischen Erkrankungen und zeugen damit von einer besonderen Belastungssituation der Kinder.

Deutlicher wird die Belastungssituation der Kinder in Bezug auf den Spaß, den die Kinder und Jugendlichen beim Unterricht empfinden (Anteile für *oft* bzw. *immer*: Diagnose oder Vermutung 43 % vs. ohne Diagnose/Vermutung 60 %; signifikanter Unterschied) und auch im Hinblick darauf, ob sich die Kinder auf Schule oder Ausbildung gefreut haben (45 % vs. 57 %; signifikanter Unterschied). Die durch die Eltern für ihre Kinder berichteten Zustimmungswerte im Fall einer diagnostizierten oder vermuteten Verhaltenssucht fallen nicht nur zum Durchschnittswert aller in der Studie betrachteten chronischen Erkrankungen deutlich geringer aus, auch weisen sie gemeinsam mit Adipositas die geringsten Zustimmungswerte aller betrachteten Erkrankungen auf.

Eltern von Kindern mit Diagnose oder Vermutung nehmen bei ihrem Kind signifikant häufiger eine Belastung durch Fear Of Missing Out (FOMO) wahr

(29 %), wenn eine Krankheitsdiagnose oder -vermutung vorliegt, als wenn dies nicht der Fall ist (8 %). Weitere 37 Prozent der Eltern, die für ihr Kind eine diagnostizierte oder vermutete Verhaltenssucht angeben, vermuten aktuell eine Belastung durch FOMO. Hervorzuheben ist dies für Verhaltenssüchte, da insbesondere der Anteil der Kinder mit Diagnose oder Vermutung, für die die Eltern die Belastung durch FOMO konkret wahrnehmen, deutlich oberhalb der Durchschnittswerte aller in der Studie betrachteten Erkrankungen liegt. Bei beiden im Detail betrachteten Störungen fällt der Anteil der aus Sicht der Eltern bereits belasteten Kinder vergleichbar aus (Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung 36 % vs. Computerspielsucht 35 %).

Des Weiteren berichten die Eltern von Kindern mit Diagnose oder Vermutung auch von einer Belastung der Kinder durch Zukunftsangst (24 %), in der Vergleichsgruppe ohne Diagnose oder Vermutung liegt dieser Anteil nur bei acht Prozent (**s. Abb. 7.5.6**; signifikanter Unterschied). Die im Fall einer Diagnose oder Vermutung berichteten Anteile liegen deutlich oberhalb der Durchschnittswerte aller Erkrankungen. Dasselbe gilt für die Belastungsfaktoren Offline-Mobbing (wahrgenommene Belastung 15 % vs. 6 %; vermutete Belastung 31 % vs. 14 %) und Cybermobbing (wahrgenommene Belastung 14 % vs. 3 %; vermutete Belastung 20 % vs. 8 %; alle genannten Vergleiche signifikant), auch diese Belastungen treten bei Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter Verhaltenssucht überdurchschnittlich häufig auf.

„Dauerhafter Stress, Zukunftsängste oder soziale Unsicherheit können Ängste, depressive Symptome, Schlafprobleme oder psychosomatische Beschwerden verstärken. Kinder brauchen deshalb nicht nur Schutz vor Belastungen, sondern auch Zuversicht, Orientierung und das Vertrauen, Zukunft gestalten zu können.“

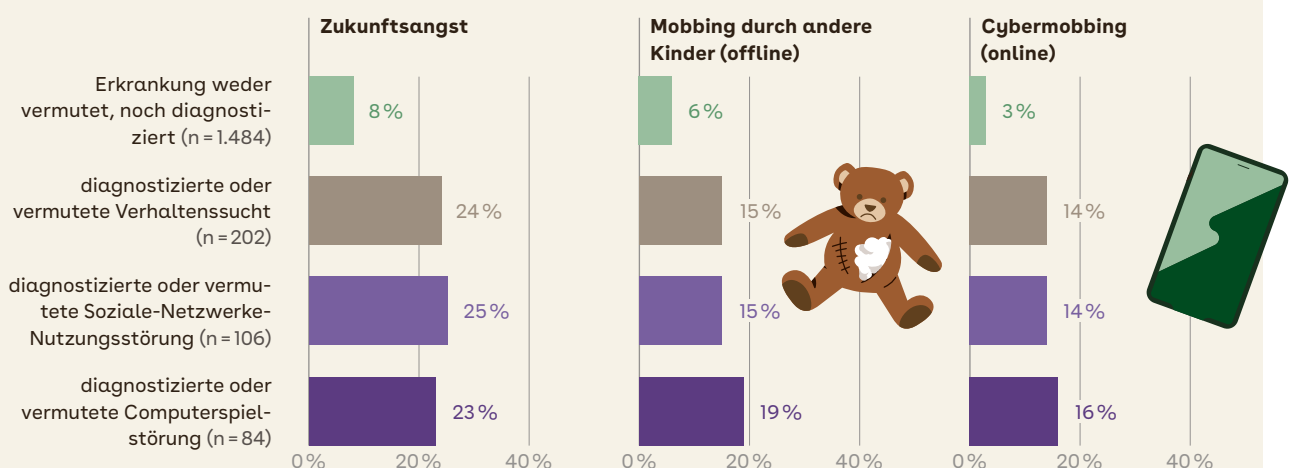
Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberger

Ein weiterer Hinweis auf die erhöhte Belastungssituation der Kinder und Jugendlichen ergibt sich aus folgendem Befund: So berichten Eltern von Kindern mit Diagnose oder Vermutung einer Verhaltenssucht in 26 Prozent der Fälle von wahrgenommenem Leistungsdruck bei ihrem Kind, in Bezug auf Stress liegt dieser Anteil bei 27 Prozent. Liegt für das Kind weder eine Diagnose noch eine Vermutung vor, liegen die Anteile für Leistungsdruck und empfundenen Stress mit 13 Prozent bzw. elf Prozent signifikant darunter. Zur allgemeineren Einordnung: Geben Eltern mindestens eine diagnostizierte chronische Erkrankung für ihr 11- bis 17-jähriges Kind an oder vermuten sie mindestens eine solche, berichten sie in 20 bzw. 21 Prozent der Fälle bei ihrem Kind von wahrgenommenem Leistungsdruck und in 16 Prozent bzw. 20 Prozent der Fälle von wahrgenommenem Stress. Diese Anteile liegen im Fall einer Verhaltenssucht deutlich höher.

Abb. 7.5.6:

Ängste und Mobbing nach Verhaltenssucht, Soziale-Netzwerke-Nutzungs- und Computerspielstörung

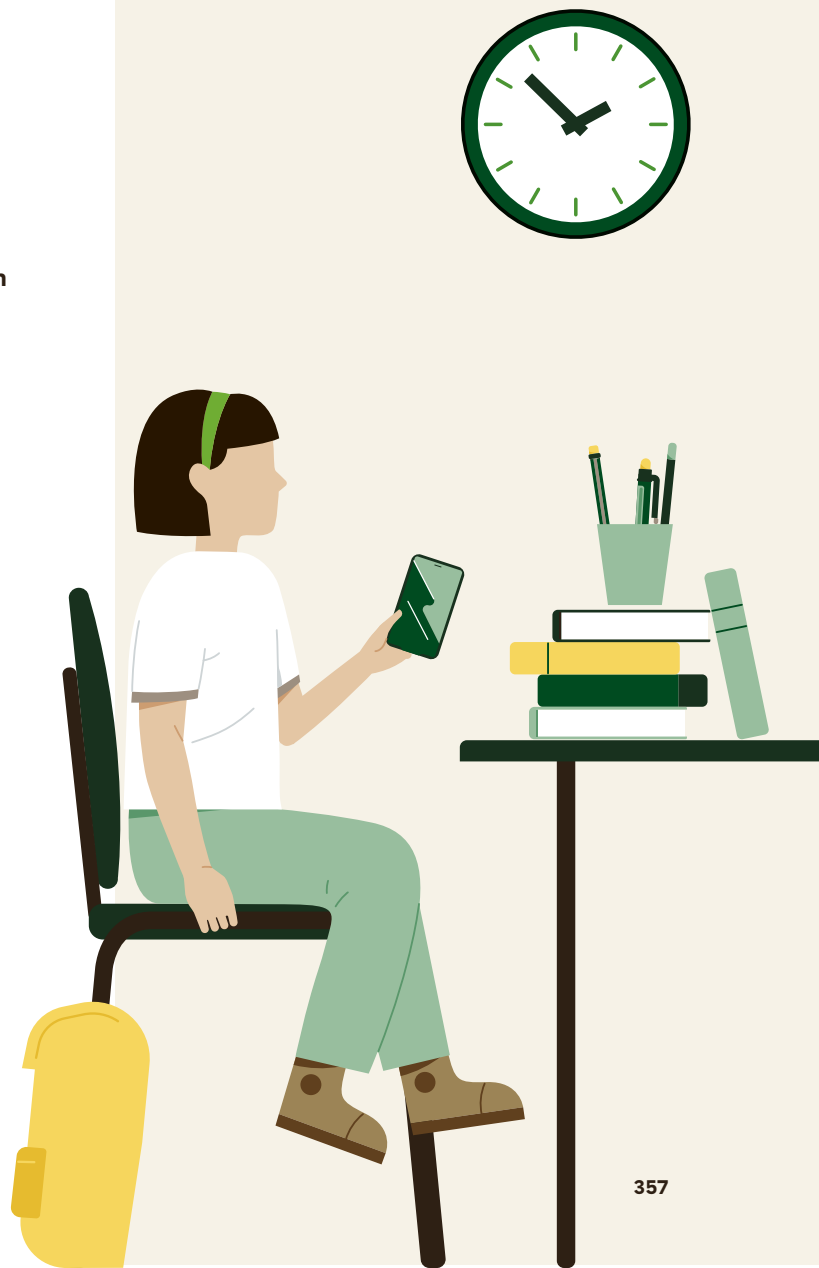
Dargestellt wird die Antwortoption *nehme diese Belastung bei meinem Kind konkret wahr*. **Basis:** 11- bis 17-jährige Kinder.



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

Wenn es um eine verantwortungsvolle Nutzung von Medien, unter anderem Sozialen Medien und Gaming geht, unterscheiden sich die Eltern von mit einer Verhaltenssucht (vermutlich) betroffenen Kindern nicht grundsätzlich von allen anderen Eltern: In erster Linie sehen sie sich selbst in der Verantwortung (81 % vs. 93 % in der Vergleichsgruppe ohne Diagnose oder Vermutung; signifikanter Unterschied). Allerdings sprechen sie Institutionen auf Bundesebene (19 % vs. 12 %; signifikanter Unterschied) und Krankenkassen (17 % vs. 7 %) mehr Verantwortung zu. Dies verweist auf Erwartungen an übergeordnete Informations-, Präventions- und Unterstützungsangebote im Umgang mit problematischer Mediennutzung.

Die Ergebnisse zeigen, dass Verhaltenssüchte mit spürbaren Belastungen im schulischen und sozialen Alltag der Kinder und Jugendlichen einhergehen. Im Vergleich zu Kindern ohne Diagnose oder Vermutung berichten Eltern häufiger von Fehltagen, schulischen Schwierigkeiten, geringerem Spaß an Schule und Ausbildung sowie von Belastungen durch FOMO, Zukunftsängste, Mobbing, Leistungsdruck und Stress. Diese Belastungen sind nicht ausschließlich für Verhaltenssüchte charakteristisch, sondern zeigen sich in unterschiedlicher Ausprägung auch bei anderen chronischen Erkrankungen. Besonders bemerkenswert sind jedoch die im Vergleich zu anderen betrachteten Erkrankungen erhöhten Belastungen durch FOMO. Der hohe Anteil fügt sich in den aktuellen Forschungsstand ein, der problematische Nutzung der Sozialen Medien häufig mit der Sorge verbindet, soziale Ereignisse oder wichtige Informationen zu verpassen (Wiedemann et al., 2025). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Verhaltenssüchte eng mit sozialen und emotionalen Belastungen verbunden sind, die über die eigentliche Mediennutzung hinausreichen. Gleichzeitig verweisen die Ergebnisse darauf, dass sich die Auswirkungen von Verhaltenssüchten nicht auf die digitale Lebenswelt beschränken, sondern auch im Schul- und Ausbildungsalltag sichtbar werden. Bildungs- und Betreuungseinrichtungen kommt damit eine wichtige Rolle bei der frühzeitigen Erkennung von Belastungen sowie der Unterstützung betroffener Kinder und Jugendlicher zu.



Verhaltenssüchte und Lebensstil

Mediennutzung

Da Verhaltenssüchte unmittelbar mit bestimmten Formen der Mediennutzung verbunden sein können, stellt sich die Frage nach dem konkreten Nutzungsverhalten der betroffenen Kinder und Jugendlichen ab einem Alter von 11 Jahren. Im Folgenden wird daher untersucht, inwieweit diagnostizierte oder vermutete Verhaltenssüchte mit der Nutzung insbesondere Sozialer Medien und von Video- und Computerspielen zusammenhängen.

Im Fall einer durch die Eltern berichteten diagnostizierten oder vermuteten Verhaltenssucht richtet sich der Blick in Bezug auf die Mediennutzung vor allem auf die Nutzung Sozialer Medien und von Video- und Computerspielen. 48 Prozent der Eltern berichten für ihr (vermutlich) betroffenes Kind eine mindestens dreistündige tägliche Nutzung Sozialer Medien (**s. Abb. 7.5.7**). Liegt eine Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung vor, sind es sogar 54 Prozent, im Fall einer Computerspielstörung 49 Prozent. Die Ergebnisse weisen damit auf einen deutlich erhöhten Konsum Sozialer Medien bei Kindern und Jugendlichen mit diagnostizierter oder vermuteter Verhaltenssucht hin. Am Beispiel Sozialer Medien zeigt sich, dass der Anteil mit mindestens dreistündiger täglicher Nutzung in dieser Gruppe mit 48 Prozent deutlich über dem Durchschnitt aller 11- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen mit mindes-

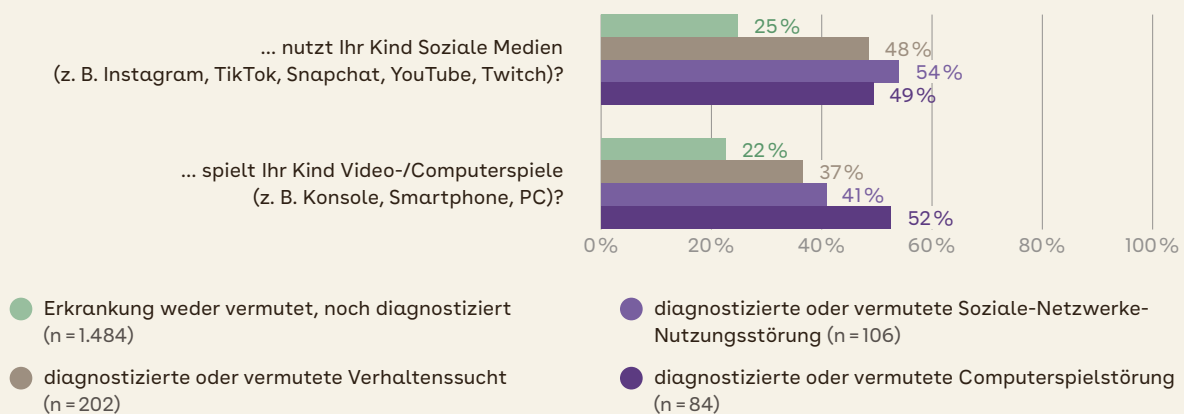
tens einer vermuteten chronischen Erkrankung liegt (36 %). Für die Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung fällt der Anteil mit 54 Prozent nochmals höher aus. Liegt nach Angabe der Eltern für ihr Kind keine Diagnose oder Vermutung für eine Verhaltenssucht vor, fällt der Nennungsanteil für eine täglich mindestens dreistündige Nutzung Sozialer Medien mit 25 Prozent deutlich geringer aus.

Am meisten wird durch die Kinder und Jugendlichen YouTube genutzt. Interessant ist, dass sich die Rangfolge der genutzten Sozialen Medien unterscheidet, je nachdem, ob Eltern eine Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung berichten oder nicht. So werden insbesondere für TikTok (71% vs. 59%), Snapchat (57% vs. 46%), Discord (27% vs. 14%), Twitch (21% vs. 12%) und X (16% vs. 7%) signifikant höhere Nennungsanteile der Kinder mit Diagnose oder Vermutung sichtbar, während diese für Facebook (18% vs. 24%) in dieser Gruppe kleiner ausfallen als in der der Kinder ohne Diagnose oder Vermutung (**s. Abb. 7.5.8**). Für Instagram (jeweils 55%) und Pinterest (17% vs. 16%) zeigen sich keine Gruppenunterschiede. Insbesondere die im Vergleich stärker genutzten Plattformen TikTok, Snapchat, Discord und Twitch zeichnen sich durch eine hohe Dynamik, kontinuierlich verfügbare Inhalte sowie eine starke soziale Vernetzung und Interaktion aus.

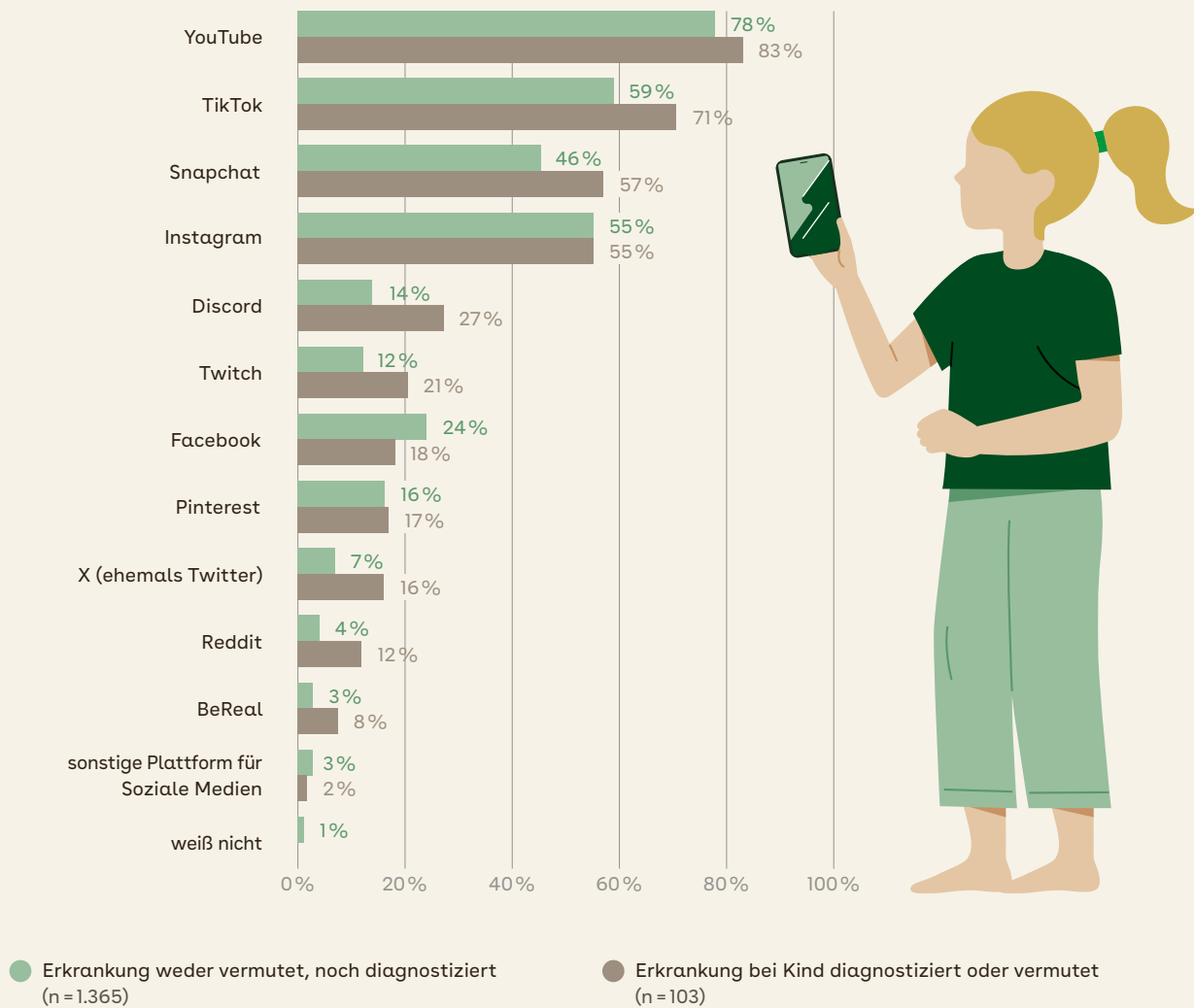
Abb. 7.5.7:

Medienkonsum nach Verhaltenssucht, Soziale-Netzwerke-Nutzungs- und Computerspielstörung

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *ca. 3-4 Stunden + mehr als 4 Stunden*. **Basis:** 11- bis 17-jährige Kinder.



Frage: An einem durchschnittlichen Tag in den letzten 6 Monaten: Wie lange ...

Abb. 7.5.8: Nutzung Sozialer Medien nach Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung**Basis:** 11- bis 17-jährige Kinder, die täglich Soziale Medien nutzen.**Frage:** Welche Sozialen Medien nutzt Ihr Kind genau? (Mehrfachantwort möglich)

Hinsichtlich der täglichen Nutzung von Video- und Computerspielen zeichnet sich ein ähnliches Bild ab: 37 Prozent der Eltern von Kindern mit einer diagnostizierten oder vermuteten Verhaltenssucht berichten für ihr Kind eine mindestens dreistündige tägliche Nutzung von Video- und Computerspielen (**s. Abb. 7.5.7**). Liegt eine Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung vor, sind es 41 Prozent, im Fall einer Computerspielsstörung 52 Prozent. Die Nutzungsanteile bei diagnostizierter bzw. vermuteter Computerspielsstörung

liegen deutlich über den Vergleichswerten für Kinder mit mindestens einer diagnostizierten bzw. vermuteten chronischen Erkrankung, die im Durchschnitt über alle abgefragten Erkrankungen bei 27 Prozent bzw. 28 Prozent liegen. Liegt nach Angabe der Eltern für ihr Kind keine Diagnose oder Vermutung für eine Verhaltenssucht vor, fällt der Nennungsanteil für eine täglich mindestens dreistündige Nutzung von Video- und Computerspielen mit 22 Prozent ebenfalls deutlich geringer aus.

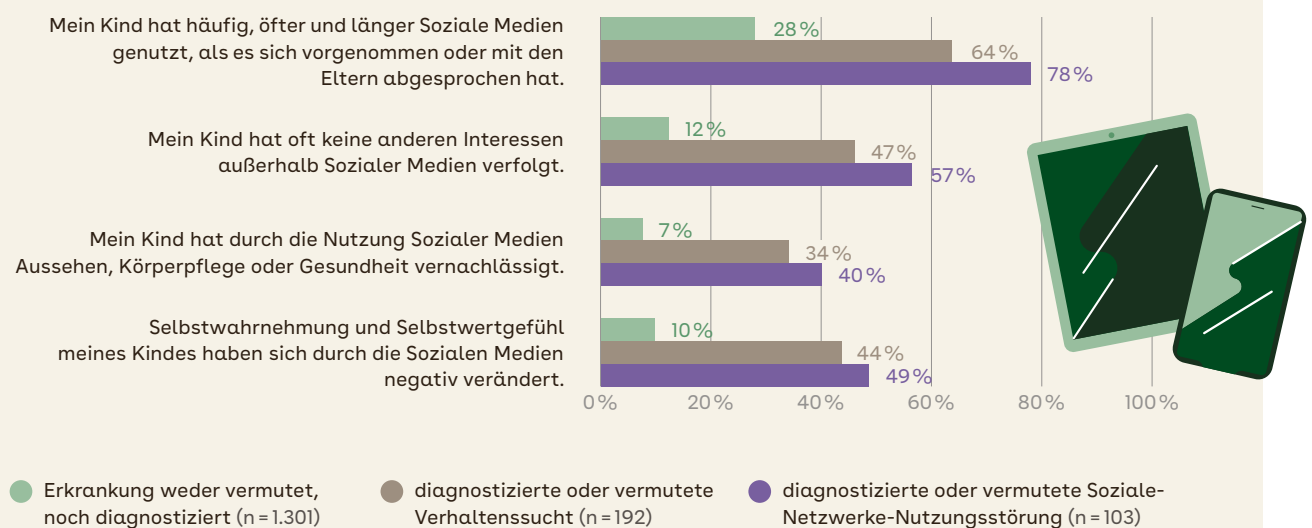
Auswirkungen der Mediennutzung

Kinder mit Diagnose oder elterlicher Vermutung einer Verhaltenssucht nutzen signifikant häufiger öfter und länger Soziale Medien, als dies vereinbart war (64%; jeweils Anteil *stimme voll* bzw. *eher zu*) als Kinder ohne Diagnose oder Vermutung (28%; **s. Abb. 7.5.9**). Auch hier fallen insbesondere die Kinder auf, für die eine Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung besteht oder vermutet wird (78%). Ebenso haben Kinder mit Diagnose/Vermutung einer Verhaltenssucht und konkret einer Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung oft keine anderen Interessen außerhalb Sozialer Medien verfolgt (47% bzw. 57%; signifikanter Unterschied zur Vergleichsgruppe ohne Diagnose oder Vermutung: 12%). Ein ähnliches Bild zeigt sich für die Vernachlässigung von Aussehen, Körperpflege oder Gesundheit (Verhaltenssucht 34% vs. SNN 40% vs. ohne Diagnose oder Vermutung einer Verhaltenssucht 7%; signifikant unterschiedlich zur Vergleichsgruppe) und eine negative Veränderung von Selbstwahrnehmung und Selbstwertgefühl der Kinder (44% vs. 49% vs. 10%; signifikant unterschiedlich zur Vergleichsgruppe).

Betrachtet man die Auswirkungen der Nutzung von Video- und Computerspielen, zeigt sich ein ähnliches Bild: Hier geben die Eltern (vermutlich) betroffener Kinder an, dass sich ihr Kind durch das Spielen von Video- und Computerspielen weniger als andere Kinder in seinem Alter bewegt (41% vs. 46% vs. 15%; signifikanter Unterschied zur Vergleichsgruppe) und dass es oft keine anderen Interessen außerhalb von Video- und Computerspielen verfolgt hat (44% vs. 51% vs. 13%; signifikanter Unterschied zur Vergleichsgruppe; **s. Abb. 7.5.10**).

Abb. 7.5.9: Auswirkungen der Nutzung Sozialer Medien nach Verhaltenssucht und Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *stimme voll zu* + *stimme eher zu*. **Basis:** 11- bis 17-jährige Kinder, die täglich Soziale Medien konsumieren.

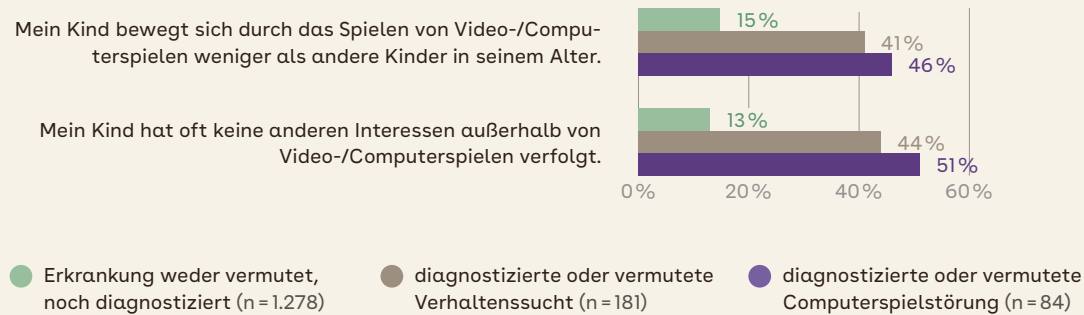


Frage: Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

Abb. 7.5.10: Auswirkungen des Computerspielens nach Verhaltenssucht und Computerspielstörung

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *stimme voll zu* + *stimme eher zu*.

Basis: 11- bis 17-jährige Kinder, die täglich Computerspiele spielen.



Frage: Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

Exkurs

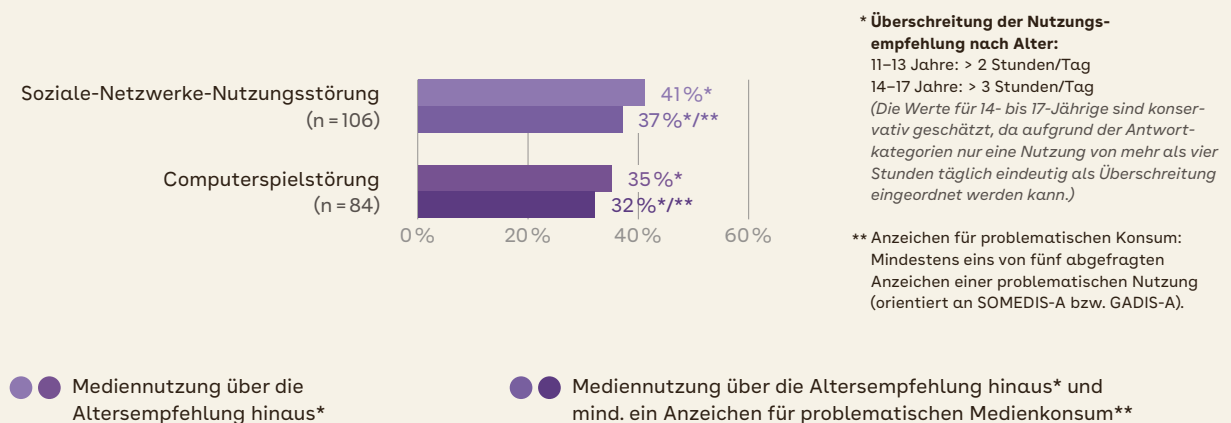
Abgleich mit Anzeichen problematischer Nutzung bei Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung und Computerspielstörung

In Kapitel 5.1 wurden Empfehlungen der Initiative SCHAU HIN! (SCHAU HIN!, n. d.) zur täglichen Bildschirmzeit von Kindern ab 10 Jahren in der Form berichtet, dass etwa zehn Minuten Medienzeit pro Lebensjahr und Tag angemessen erscheinen. Für 14-Jährige bedeutet dies 140 Minuten, für 17-Jährige 170 Minuten täglich (s. Kapitel 5.1). Setzt man diese Empfehlungen in Zusammenhang mit den hier berichteten Ergebnissen, wird deutlich, dass 41 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit einer durch die Eltern berichteten diagnostizierten oder vermuteten Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung diese Empfehlungen zur täglichen Bildschirmzeit allein mit der Nutzung Sozialer Medien überschreiten (**s. Abb. 7.5.11**). Dasselbe trifft bezüglich der Nutzung von Video- und Computerspielen auf 35 Prozent der Kinder und Jugendlichen zu, für die die Eltern eine Computerspielstörung berichten bzw. vermuten. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass sich

die Krankheitsvermutungen der Eltern häufig auf ein tatsächlich auffälliges Mediennutzungsverhalten stützen. Im Weiteren zeigt sich, dass ein die Empfehlungen überschreitender Medienkonsum bei Kindern und Jugendlichen mit einer vermuteten oder diagnostizierten Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung bzw. Computerspielstörung nur selten isoliert auftritt. Vielmehr berichten die Eltern in diesen Fällen nahezu immer zusätzlich mindestens eines der im Rahmen dieser Studie abgefragten Anzeichen einer problematischen Nutzung. Die berücksichtigten fünf Anzeichen basieren auf den Skalen SOMEDIS-A bzw. GADIS-A (Social Media Use Disorder Scale for Adolescents bzw. Gaming Disorder Scale for Adolescents; Paschke et al., 2020; Wiedemann et al., 2025), welche sich an den ICD-11-Kriterien für Verhaltenssuchte orientieren. Beides zusammen – ein die Empfehlungen überschreitender Medienkonsum (Soziale Medien bzw. Video- und Computerspiele) und mindestens ein Anzeichen einer problematischen Nutzung – trifft nach Angaben der Eltern auf 37 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit einer vermuteten oder diagnostizierten Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung sowie auf 32 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit einer vermuteten oder diagnostizierten Computerspielstörung zu.

Abb. 7.5.11: Problematische Mediennutzung nach Soziale-Netzwerke-Nutzungs- und Computerspielstörung

Basis: 11- bis 17-jährige Kinder, die täglich Soziale Medien [bzw. Video- und Computerspiele] konsumieren.



Frage: *An einem durchschnittlichen Tag in den letzten 6 Monaten: Wie lange nutzt Ihr Kind Soziale Medien (z. B. Instagram, TikTok, Snapchat, YouTube, Twitch)? [bzw. Video-/Computerspiele (z. B. Konsole, Smartphone, PC)] / **Wenn Sie an den Konsum von Sozialen Medien (z. B. Instagram, TikTok, Snapchat, YouTube, Twitch) Ihres Kindes in den letzten 12 Monaten denken: Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? [bzw. Nun geht es um den Umgang Ihres Kindes mit Video-/Computerspielen. Wenn Sie an die letzten 12 Monate denken: Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?]

Durch Eltern berichtete Kompetenz der Kinder und Eltern im Umgang mit Sozialen Medien

Die durch die Eltern berichtete Kompetenz der Kinder im Umgang mit Sozialen Medien, die nach ihrer Angabe eine Verhaltenssucht (vermutet) aufweisen, ist ebenfalls berichtenswert: So *stimmen* nur 56 Prozent dieser Eltern der Aussage *eher* bzw. *voll* zu, dass ihr Kind erkennt, wenn Inhalte in Sozialen Medien unangemessen, verletzend oder manipulativ sind – in der Vergleichsgruppe ohne Diagnose oder Vermutung sind dies 69 Prozent (**s. Abb. 7.5.12**). Liegt eine Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung oder eine Computerspielstörung vor oder wird eine solche vermutet, fallen die Nennungsanteile mit 49 Prozent bzw. 48 Prozent nochmals geringer aus. Ähnlich fällt dies auch bei der Aussage aus, dass das Kind weiß, wie es sich emotional distanzieren kann, wenn es negative Inhalte sieht (54 % vs. 66 %) oder dass das Kind versteht, dass Menschen in Sozialen Medien meist nur ausgewählte Ausschnitte ihres Lebens zeigen und diese teilweise bearbeiten oder inszenieren (57 % vs. 74 %).

Auch im Hinblick auf die selbstberichtete Kompetenz der Eltern im Umgang mit Sozialen Medien zeigt sich ein vergleichbares Bild: Erneut sind vor allem die Anteile der Eltern deutlich erhöht, die für ihr Kind eine Verhaltenssucht als diagnostiziert angeben oder diese vermuten, im Vergleich zu Eltern nicht betroffener Kinder. So berichten Eltern von betroffenen Kindern signifikant häufiger, dass es ihnen schwerfällt, ihren Kindern bei der Nutzung Sozialer Medien klare Grenzen zu setzen (62 % vs. 25 %), und auch, dass sie signifikant mehr Informationen oder Unterstützung benötigen, um ihr Kind besser bei der Nutzung begleiten zu können (48 % vs. 25 %). Dies verdeutlicht, dass bei Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter Verhaltenssucht nicht nur ein erhöhter Medienkonsum berichtet wird, sondern Eltern zugleich häufiger Unsicherheiten und Unterstützungsbedarfe im Umgang mit der Mediennutzung ihres Kindes wahrnehmen.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich Verhaltenssüchte im Vergleich zu allen anderen im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 betrachteten Erkrankungen am unmittelbarsten im Mediennutzungsverhalten der Kinder und Jugendlichen widerspiegeln. Auch wenn Eltern bei mehreren anderen Erkrankungen von einer intensiveren Nutzung digitaler Medien berichten, werden die höchsten Nutzungszeiten bei Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung bzw. Computerspielstörung beobachtet. Auffällig sind dabei nicht nur die längeren Nutzungszeiten, sondern auch Hinweise auf eine problematische Einbindung Sozialer Medien oder von Video- und Computer-

spielen in den Alltag, etwa durch das Vernachlässigen anderer Interessen, Schwierigkeiten bei der Selbstregulation oder negative Auswirkungen auf Selbstwahrnehmung und Wohlbefinden. Gleichzeitig berichten Eltern sowohl für ihre Kinder als auch für sich selbst über geringere Kompetenzen in Bezug auf den Umgang mit Sozialen Medien und einen diesbezüglich erhöhten Unterstützungsbedarf. Die Ergebnisse verdeutlichen damit, dass Verhaltenssüchte eng mit Herausforderungen im Umgang mit Bildschirmzeiten verbunden sind und die Förderung entsprechender Kompetenzen eine besondere Bedeutung für Prävention und Unterstützung betroffener Familien besitzt.

Welche Verhaltens- oder Konsumgewohnheiten bei Kindern und Jugendlichen bereiten Ihnen mit Blick auf Aufmerksamkeit und Selbstregulation aktuell Sorgen?

Die Flut an Reizen, die täglich auf uns hereinströmt, macht es schwerer, unsere Aufmerksamkeit zu fokussieren. Erhöhte Freiräume fordern daher auch ein erhöhtes Maß an Selbstregulation. Die aktuelle Diskussion über die schädlichen Effekte Sozialer Netzwerke vor allem für Kinder ist nur ein Beispiel. Allerdings wissen wir oft nicht, was Henne und was Ei ist, oder genauer ausgedrückt: Kinder und Jugendliche geraten häufig in einen Teufelskreis, bei dem erhöhter Internetkonsum stärkere Unaufmerksamkeit und Impulsivität auslösen kann und diese wiederum den Internetkonsum steigern kann.

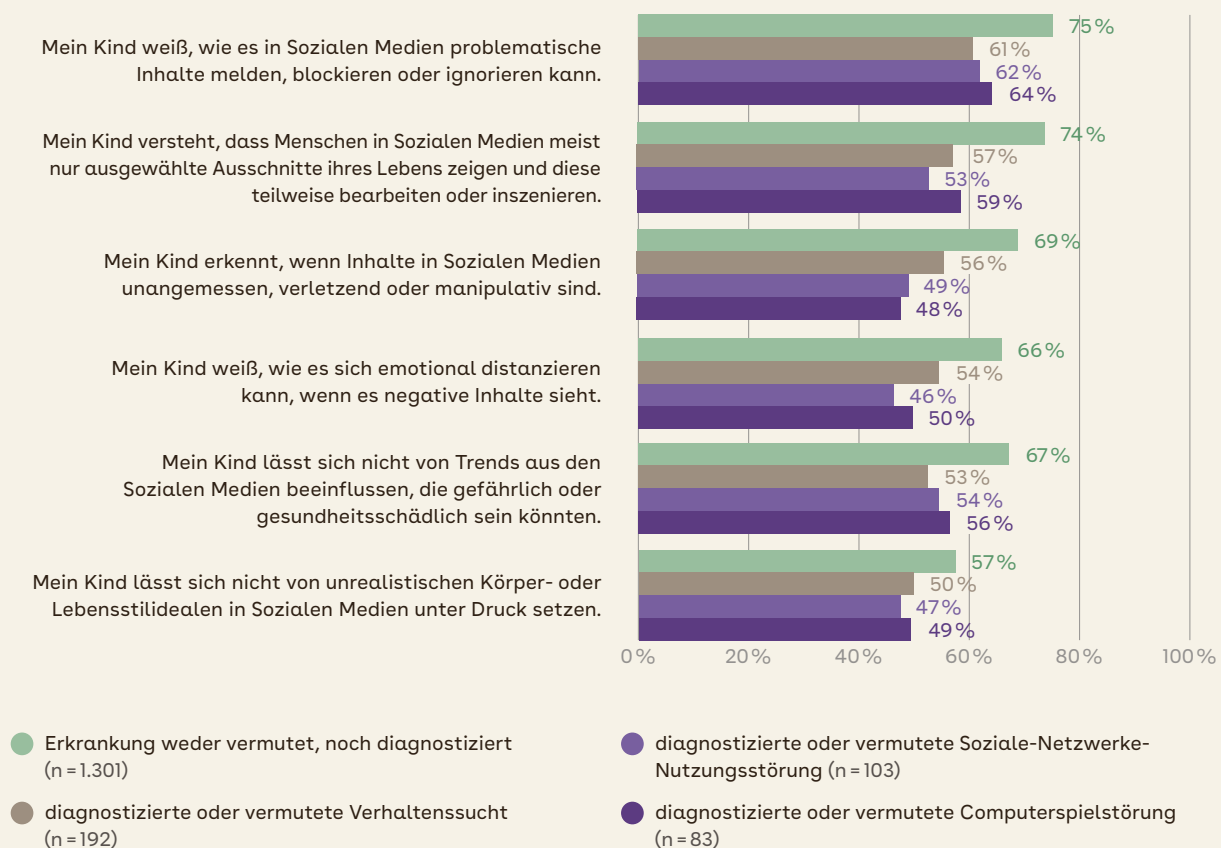
Univ.-Prof. a.D. Dr. Manfred Döpfner, emeritierter Professor für Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der medizinischen Fakultät der Universität zu Köln



Abb. 7.5.12: Medienkompetenz der Kinder nach Verhaltenssucht, Soziale-Netzwerke-Nutzungs- und Computerspielstörung

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *stimme voll zu* + *stimme eher zu*.

Basis: 11- bis 17-jährige Kinder, die täglich Soziale Medien konsumieren.



Frage: Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

Bewegung und körperliche Aktivität

Da vermutete oder diagnostizierte Verhaltenssüchte insbesondere im Kontext einer intensiven Nutzung Sozialer Medien und von Computerspielen betrachtet werden, stellt sich auch die Frage nach dem Bewegungsverhalten der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Im Folgenden wird daher untersucht, inwieweit sich Zusammenhänge zwischen Verhaltenssüchten und körperlicher Aktivität zeigen.

Kinder mit Diagnose oder Vermutung einer Verhaltenssucht sind nach Angaben ihrer Eltern weniger körperlich aktiv als Kinder, bei denen dies nicht der Fall ist. So liegt der Anteil der Kinder, die sich an höchstens einem Tag pro Woche mindestens eine Stunde körperlich betätigen, bei Kindern mit Verhaltenssucht etwa doppelt so hoch wie in der

Vergleichsgruppe (21% vs. 10%). Bereits in Kapitel 5.1 wurde gezeigt, dass Kinder und Jugendliche mit intensiver Mediennutzung seltener körperlich aktiv sind. Im Vergleich dazu fallen die Anteile körperlich inaktiver Kinder und Jugendlicher mit einer diagnostizierten oder vermuteten Verhaltenssucht nochmals höher aus. Gleichzeitig zeigt sich, dass Verhaltenssüchte mit diesem Befund nicht alleinstehen: Auch bei anderen chronischen Erkrankungen werden durch die Eltern betroffener Kinder und Jugendlicher im Alter von 11 bis 17 Jahren ähnlich hohe Anteile körperlicher Inaktivität berichtet, etwa bei psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Entwicklungsstörungen oder ADHS (alle je 20%). Bei 11- bis 17-jährigen Kindern mit mindestens einer im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026

betrachteten, diagnostizierten chronischen Erkrankung (Durchschnitt) liegt der Anteil derer, die sich an höchstens einem Tag pro Woche mindestens eine Stunde körperlich betätigen, bei 14 Prozent, unter Kindern mit mindestens einer Vermutung bei 15 Prozent.

Die Ergebnisse zeigen, dass Verhaltenssüchte zu den Erkrankungen gehören, bei denen körperliche Inaktivität besonders häufig auftritt. Gleichzeitig verdeutlichen sie, dass Bewegungsmangel kein ausschließliches Merkmal von Verhaltenssüchten ist, sondern auch bei einigen weiteren chronischen Erkrankungen eine wichtige Rolle spielt.

Substanzkonsum

Da Verhaltenssüchte zu den suchtbezogenen Erkrankungen zählen, stellt sich die Frage, ob sie gemeinsam mit anderen Formen gesundheitlich riskanten Konsumverhaltens auftreten. Im Folgenden wird daher untersucht, inwieweit Zusammenhänge zwischen diagnostizierten oder vermuteten Verhaltenssüchten und dem Konsum von Nikotinprodukten oder Energydrinks bestehen.

Für ihre 14- bis 17-jährigen Kinder berichten Eltern bei diagnostizierter oder vermuteter Verhaltenssucht signifikant häufiger von einem mindestens fast wöchentlichen Konsum von Zigaretten (21% vs. 4%) sowie E-Zigaretten, Vapes oder E-Shishas (30% vs. 7%) als Eltern ohne entsprechende Diagnose oder Vermutung. Diese Unterschiede sind auffällig, sollten jedoch im Kontext des übergreifenden Befundes eingeordnet werden, dass der Konsum solcher Substanzen auch dann erhöht ist, wenn Kinder und Jugendliche nach Angabe ihrer Eltern mindestens eine chronische Erkrankung aufweisen oder eine solche vermutet wird (s. Kapitel 5.4). Der erhöhte Konsum von Nikotinprodukten ist damit relevant, erscheint aber nicht als ausschließlich für Verhaltenssüchte spezifisches Muster.

Deutlicher tritt der Zusammenhang bei Energydrinks hervor. Eltern berichten bei diagnostizierter oder vermuteter Verhaltenssucht signifikant häufiger von einem mindestens fast wöchentlichen Energydrink-Konsum ihres Kindes als Eltern ohne Diagnose oder Vermutung (39% vs. 24%). Der Anteil liegt zudem über dem Durchschnitt der Jugendlichen mit mindestens einer chronischen Erkrankung: Bei Jugendlichen ab 14 Jahren mit mindestens einer diagnostizierten chronischen Erkrankung beträgt der Vergleichswert 27 Prozent, bei mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung 32 Prozent (s. Kapitel 5.4).

Energydrinks bilden damit innerhalb des betrachteten Konsumverhaltens den auffälligsten Befund bei Verhaltenssüchten. Dieser Befund liegt sogar leicht oberhalb dessen der Jugendlichen, für die ihre Eltern täglich eine mindestens dreistündige Nutzung Sozialer Medien (36%) oder von Video- und Computerspielen (33%) berichten (s. Kapitel 5.1).

Hinzu kommt, dass Eltern von Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter Verhaltenssucht beim Thema Energydrinks seltener angeben, einen guten Überblick darüber zu haben, was und wie viel ihr Kind konsumiert (44% vs. 59% ohne Diagnose oder Vermutung; Vergleichsgruppe: 61% bei Kindern ab 14 Jahren mit mindestens einer diagnostizierten chronischen Erkrankung). Zugleich berichten sie häufiger, dass es ihnen schwerfällt, klare Grenzen für den Konsum zu setzen (46% vs. 21%; Vergleichsgruppe: 28%) und dass sie seltener offen mit ihrem Kind über den Konsum sprechen (55% vs. 70%; Vergleichsgruppe: 74%). Damit zeigt sich bei Energydrinks nicht nur ein erhöhter Konsum, sondern auch ein im Vergleich besonders erschwerter elterlicher Umgang mit diesem Konsum.



Die Ergebnisse zum Lebensstil der Kinder und Jugendlichen mit einer diagnostizierten oder vermuteten Verhaltenssucht zeigen, dass Verhaltenssüchte nicht nur mit einer auffälligen Mediennutzung, sondern auch mit weiteren gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen verbunden sind. Im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne Diagnose oder Vermutung, aber auch zu Jugendlichen mit mindestens einer chronischen Krankheitsdiagnose oder -vermutung verbringen von einer Verhaltenssucht Betroffene laut Elternangaben in erster Linie deutlich mehr Zeit mit Sozialen Medien und Video- bzw. Computerspielen – insbesondere dann, wenn eine Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung oder eine Computerspielstörung vorliegen oder vermutet werden. Darüber hinaus betätigen sie sich seltener körperlich und konsumieren häufiger Energydrinks. Die Ergebnisse deuten damit auf ein über einzelne Verhaltensweisen hinausgehendes Muster gesundheitlich riskanten Konsumverhaltens mit Fokus Mediennutzung hin und unterstreichen die Bedeutung einer frühzeitigen Förderung von Medien-, Gesundheits- und Selbstregulationskompetenzen.

Umgang mit vermuteten Verhaltenssüchten

Eltern, die eine Verhaltenssucht bei ihrem Kind vermuten, stützen dies vor allem darauf, dass sie seit längerer Zeit Anzeichen bzw. Symptome bei ihrem Kind bemerkt haben (42 %). Im Vergleich zu anderen im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 untersuchten Erkrankungen spielt das Wahrnehmen vermeintlich typischer Symptome insbesondere bei ADHS, psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen und Verhaltenssüchten eine deutlich größere Rolle (Durchschnittswert 30 %, **s. Abb. 6.2.12** in Kapitel 6.2). Des Weiteren geben die Eltern an, dass das Kind über Beschwerden klagt (21%; **s. Abb. 7.5.13**). Zwischen den konkret betrachteten Verhaltenssüchten zeigen sich keine Unterschiede. Dahingegen spielen ähnliche Erkrankungen in der Familie oder die Aussprache von Vermutungen durch Ärztinnen bzw. Ärzte oder Therapeutinnen bzw. Therapeuten bei Verhaltenssüchten nur eine unterdurchschnittliche Rolle und grenzen Verhaltenssüchte von anderen Erkrankungen ab.

In nur etwas mehr als jedem fünften Fall fand nach Angabe der Eltern bereits ein Arztbesuch zur Abklärung statt (23 %; **s. Abb. 7.5.14**) – dieser Anteil liegt deutlich unter dem Durchschnittswert aller im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 berichteten Erkrankungen (37 %, **s. Abb. 6.2.13** in Kapitel 6.2). In knapp vier von zehn Fällen wird zum aktuellen Zeitpunkt auch kein Arztbesuch geplant (38 %), dieser Nennungsanteil liegt deutlich oberhalb des Durchschnittswerts (22 %). Diese Eltern halten einen Arztbesuch bzw. eine (mögliche) Diagnose (noch) nicht für nötig (32 %), möchten zunächst beobachten, wie sich die Symptome weiterentwickeln (30 %) oder geben zu lange Wartezeiten auf Termine an (19 %; **s. Abb. 7.5.15**). Insbesondere die Gründe, dass ein Arztbesuch oder eine Diagnose (noch) nicht für nötig gehalten werden (32 % vs. 26 %) und lange Wartezeiten auf Termine (19 % vs. 13 %, **s. Abb. 6.2.14** in Kapitel 6.2) werden im Fall einer vermuteten Verhaltenssucht häufiger genannt als im Durchschnitt aller in der Studie abgefragten chronischen Erkrankungen.

Abb. 7.5.13: Grund für Vermutung von Verhaltenssucht

Basis: n = 166 (11- bis 17-jährige Kinder, bei denen Verhaltenssucht vermutet wird).



Frage: Weshalb vermuten Sie, dass Ihr Kind Verhaltenssucht haben könnte? (Mehrfachantwort möglich)

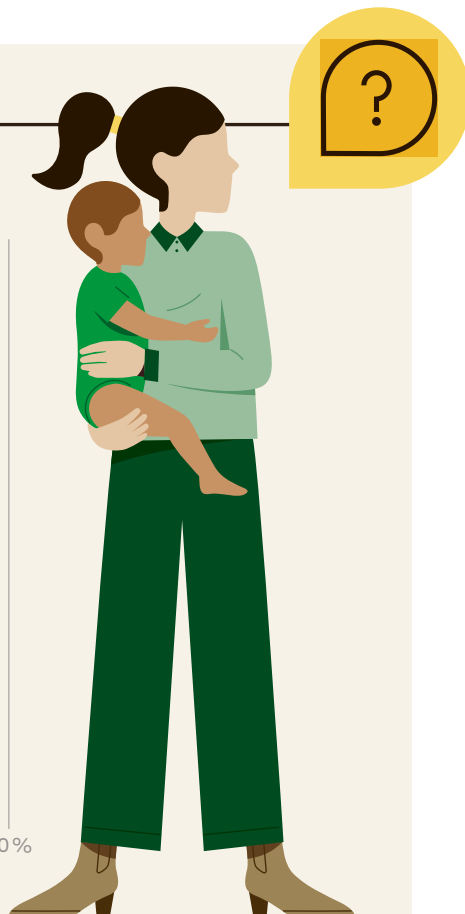
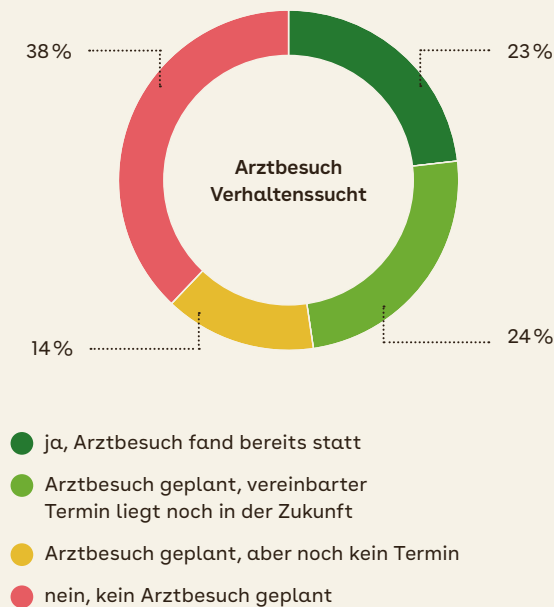


Abb. 7.5.14: Arztbesuch für Vermutung von Verhaltenssucht

Basis: n = 166 (11- bis 17-jährige Kinder, bei denen Verhaltenssucht vermutet wird).

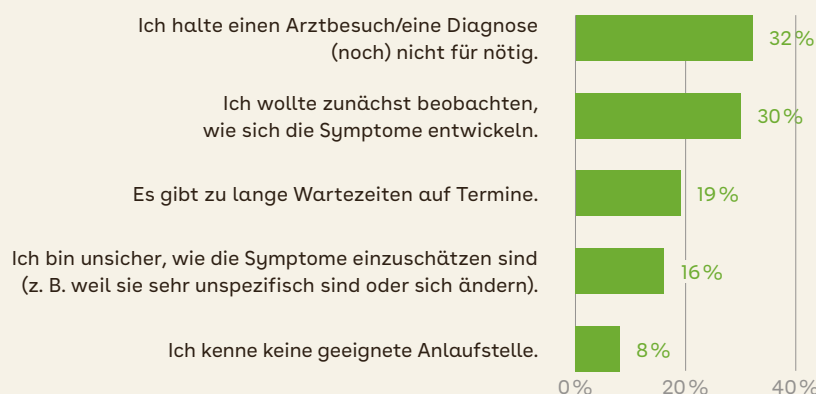


Frage: Haben Sie zur Abklärung der Symptome bereits einen Kinder- oder Facharzt konsultiert, um eine Diagnose zu erhalten?

Die Ergebnisse zeigen zudem, dass sich die Vermutung im Rahmen bereits erfolgter Arztbesuche nicht immer diagnostisch bestätigt. Rund jeder dritte Arztbesuch (31%; s. Abb. 7.5.16) führte nicht zu einer Diagnose. Dieser Anteil liegt knapp oberhalb des in Kapitel 6.2 berichteten Durchschnitts aller vermuteten chronischen Erkrankungen (29%; s. Abb. 6.2.15). Gleichzeitig befanden sich bei 40 Prozent der betroffenen Kinder die Untersuchungen noch im Gange. Dieser Befund passt zur deutlich höheren Zahl elterlicher Vermutungen als tatsächlich bestätigter Erkrankungen.

Abb. 7.5.15: Häufigste Gründe gegen einen Arzttermin bei Vermutung von Verhaltenssucht

Basis: n = 87 (11- bis 17-jährige Kinder, bei denen Verhaltenssucht vermutet wird, aber (noch) kein Arzttermin vereinbart oder geplant wurde)

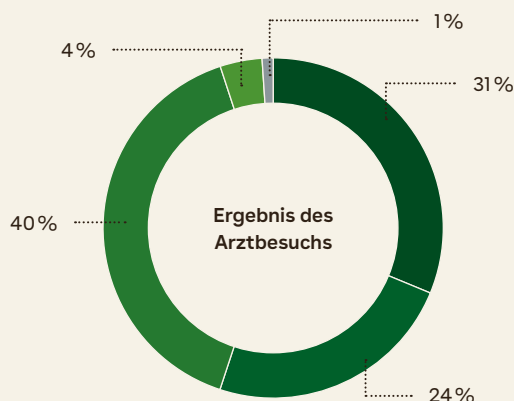


Frage: Aus welchen Gründen haben Sie bisher noch keinen Kinder- oder Facharzt zur Abklärung der Symptome konsultiert? (Mehrfachantwort möglich)

Eltern mit einer Krankheitsvermutung haben zur Information über eine mögliche Erkrankung ihres Kindes neben Kinder- oder Fachärztinnen bzw. -ärzten insbesondere Online-Suchportale (32 %), die Krankenkasse (23 %), Soziale Medien und öffentliche Institutionen (jeweils 19 %) sowie KI (16 %) genutzt (**s. Abb. 7.5.17**). Die Nutzung von Online-Suchportalen erfolgt vergleichsweise häufiger als im Durchschnitt aller im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 abgefragten chronischen Erkrankungen (24 %, **s. Abb. 6.2.16** in Kapitel 6.2), gleiches trifft auf die Nutzung Sozialer Medien zu (14 %).

Abb. 7.5.16: Ergebnis des Arztbesuchs bei Vermutung von Verhaltenssucht

Basis: n = 38 (11- bis 17-jährige Kinder, bei denen Verhaltenssucht vermutet wird und ein Arztbesuch stattfand).



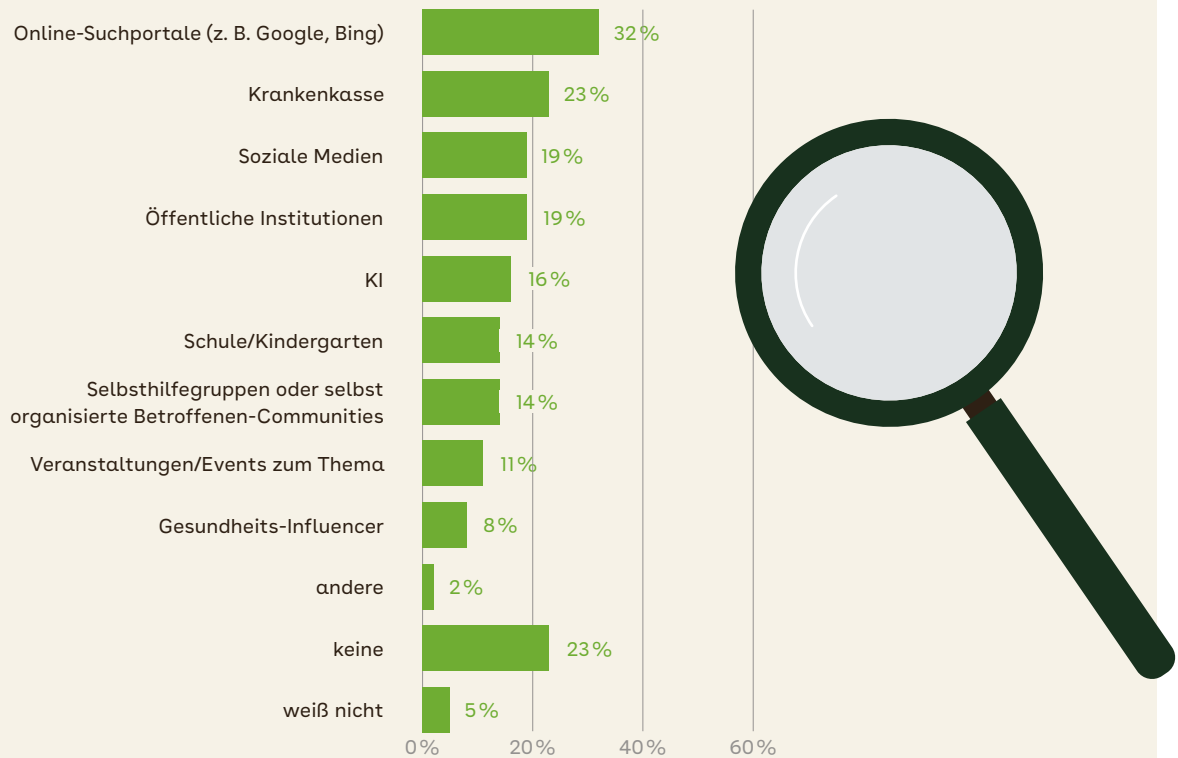
- Die Krankheitsvermutung wurde durch den Arzt nicht über eine medizinische Diagnose bestätigt.
- Eine medizinische Diagnose war nicht möglich, z. B. weil das Kind noch zu jung ist oder beim Arztbesuch keine Symptome zeigte.
- Die Untersuchungen laufen noch, die Diagnostik ist noch nicht abgeschlossen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

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

Die Ergebnisse zeigen: Eltern mit einer Krankheitsvermutung begründen diese vor allem mit länger beobachteten Auffälligkeiten und Beschwerden ihres Kindes. Auffällig ist jedoch, dass eine ärztliche Abklärung im Vergleich zu anderen vermuteten chronischen Erkrankungen deutlich seltener erfolgt. Stattdessen beobachten viele Eltern die weitere Entwicklung zunächst selbst und greifen zur Orientierung vor allem auf digitale Informationsquellen, Krankenkassen und öffentliche Institutionen zurück. Dies deutet darauf hin, dass Verhaltenssüchte von Eltern zwar häufig wahrgenommen werden, die Auffälligkeiten jedoch oftmals nicht unmittelbar als behandlungsbedürftige gesundheitliche Problematik eingeordnet werden. Dies kann möglicherweise auch damit zusammenhängen, dass die hier untersuchten Verhaltenssüchte als Krankheitsbild noch vergleichsweise neu sind. Während die Computerspielstörung erst mit der ICD-11 als eigenständige Diagnose aufgenommen wurde und problematische Formen der Nutzung Sozialer Medien bislang überwiegend als Forschungs- und Versorgungsthema gelten, hat das Thema in der öffentlichen Diskussion bereits erheblich an Aufmerksamkeit gewonnen. Dies könnte dazu beitragen, dass Eltern problematische Mediennutzungsmuster zunächst selbst einordnen, bevor sie eine ärztliche Abklärung veranlassen.

Gesundheit der Kinder mit Verhaltenssüchten

Um die gesundheitliche Situation von Kindern mit chronischen Erkrankungen differenziert einzuordnen, werden neben dem subjektiven Gesundheitszustand auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität (KIDSCREEN-10) und psychosomatische Beschwerden (HBSC) betrachtet. Während der subjektive Gesundheitszustand eine übergreifende elterliche Einschätzung abbildet, ergänzen KIDSCREEN-10 und HBSC diese Perspektive um Aspekte des Wohlbefindens, der psychischen Belastung und der Alltagsbeschwerden.

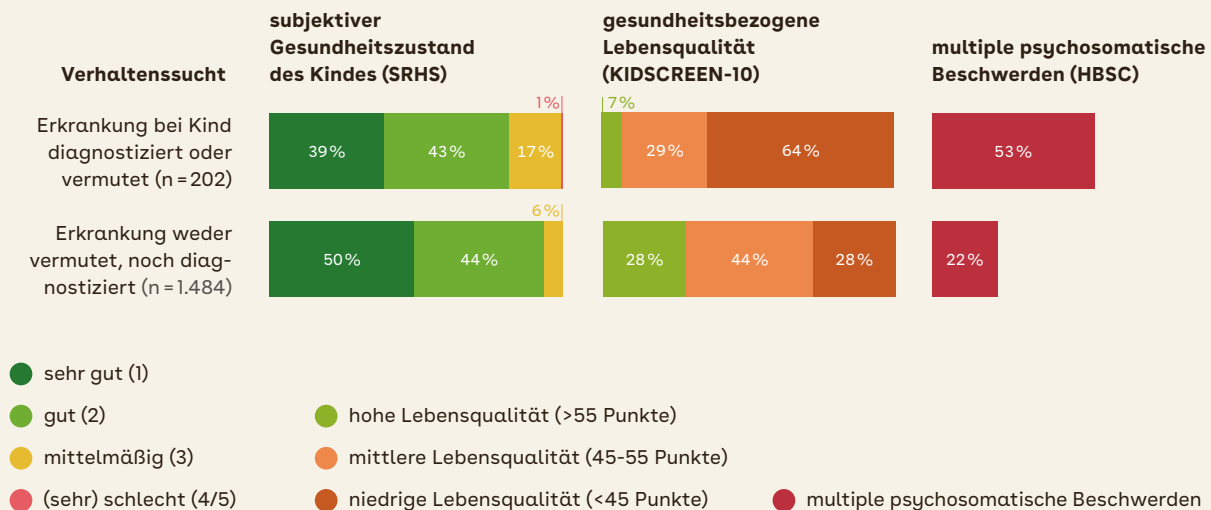
Abb. 7.5.17: Verwendete Informationsquellen bei Vermutung von Verhaltenssucht**Basis:** n = 166 (11- bis 17-jährige Kinder, bei denen Verhaltenssucht vermutet wird).

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? (Mehrfachantwort möglich)

Liegt bei ihrem Kind die Diagnose oder Vermutung einer Verhaltenssucht vor, berichten die betroffenen Eltern in 39 Prozent der Fälle von einem *sehr guten* Gesundheitszustand ihres Kindes, in 43 Prozent wird dieser als *gut* und in 17 Prozent der Fälle als *mittelmäßig* beurteilt (**s. Abb. 7.5.18**). Liegt dahingegen weder eine Krankheitsdiagnose noch eine -vermutung vor, liegt der Anteil der Kinder mit *sehr gutem* Gesundheitszustand bei 50 Prozent (signifikanter Unterschied), der mit *gutem* bei 44 Prozent und der mit nur *mittelmäßigem* bei nur sechs Prozent der Fälle (signifikanter Unterschied). Im Fall einer Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung berichten die Eltern häufiger von einem *sehr guten* Gesundheitszustand ihres Kindes als bei einer Computerspielsstörung (35% vs. 29%), dafür seltener von einem nur *mittelmäßigen*. Deutlich wird, dass der subjektive Gesundheitszustand der Kinder mit einer diagnostizierten oder vermuteten Verhaltenssucht nicht nur im Allgemeinen ungünstiger ausfällt als bei

Kindern ohne Diagnose oder Vermutung, sondern auch, dass er im Fall einer Computerspielsstörung vergleichsweise noch einmal ungünstiger ist. Zum allgemeinen Vergleich: Der Anteil der Kinder mit *sehr gutem* Gesundheitszustand liegt bei einer diagnostizierten oder vermuteten Verhaltenssucht leicht unter dem Vergleichswert aller Kinder im Alter von 11 bis 17 Jahren mit mindestens einer diagnostizierten chronischen Erkrankung (39% vs. 42%).

Die von den Eltern eingeschätzte gesundheitsbezogene Lebensqualität (auf Basis des KIDSCREEN-10) fällt bei Kindern mit einer diagnostizierten oder vermuteten Verhaltenssucht deutlich kritischer aus als wenn eine solche Erkrankung weder diagnostiziert ist noch vermutet wird: Für 64 Prozent der Kinder mit Diagnose oder Vermutung fällt die gesundheitsbezogene Lebensqualität niedrig aus. Unter den Kindern ohne Diagnose oder Vermutung liegt dieser Anteil mit 28 Prozent signifikant niedriger (**s. Abb. 7.5.18**).

Abb. 7.5.18: Subjektiver Gesundheitszustand, gesundheitsbezogene Lebensqualität und multiple psychosomatische Beschwerden des Kindes nach Verhaltenssucht**Basis:** 11- 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?

Demgegenüber steht ein Anteil von sieben Prozent der Kinder mit Diagnose oder Vermutung, für die eine hohe Lebensqualität berichtet werden kann (Vergleichsgruppe 28%; signifikanter Unterschied). Die Diagnose oder Vermutung einer Verhaltenssucht bedeutet somit eine sehr deutliche Einschränkung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen. Nach konkreten Diagnosen oder Vermutungen zeigen sich hier keine Unterschiede.

Im Vergleich zu Kindern im Alter von 11 bis 17 Jahren mit mindestens einer diagnostizierten chronischen Erkrankung weisen Kinder mit diagnostizierter oder vermuteter Verhaltenssucht deutlich häufiger eine niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität auf (64 % vs. 40 %). Damit zählen Verhaltenssüchte zu den in dieser Studie betrachteten Erkrankungen, welche die stärksten Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität aufweisen.

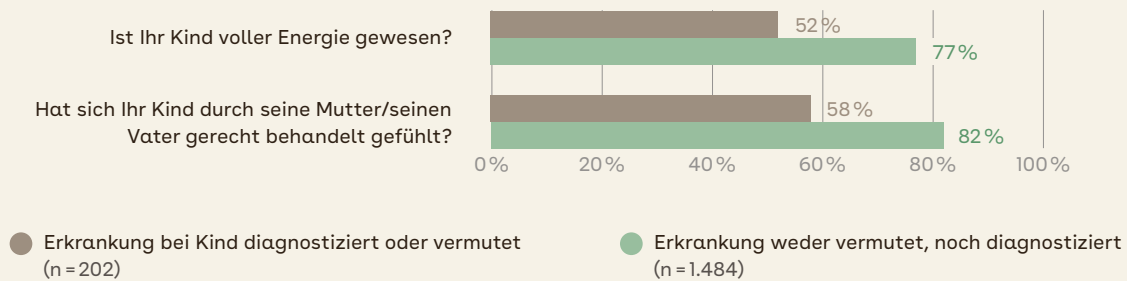
Konkret berichten Eltern von Kindern mit Diagnose bzw. Vermutung einer Verhaltenssucht seltener davon, dass ihr Kind *oft* bzw. *immer* voller Energie gewesen ist (52 % vs. 77 %; signifikanter Unterschied) und sich *oft* bzw. *immer* durch seine Mutter/seinen

Vater gerecht behandelt gefühlt hat (58 % vs. 82 %; signifikanter Unterschied), als wenn weder eine Diagnose noch eine Vermutung vorliegen (**s. Abb. 7.5.19**). Im Vergleich mit anderen Erkrankungen zeigen sich bei diesen Indikatoren nicht nur generell unterdurchschnittliche Nennungsanteile, sondern auch die niedrigsten Nennungsanteile unter allen im Rahmen der Studie betrachteten Erkrankungen. Für die übrigen KIDSCREEN-Indikatoren zeigen sich im Vergleich der betrachteten Erkrankungen keine besonderen Spitzen- oder Tiefstwerte. Gegenüber Kindern ohne Diagnose oder Vermutung fallen die Einschätzungen jedoch durchweg kritischer aus.

Über die Hälfte der Kinder mit diagnostizierter oder vermuteter Verhaltenssucht weist multiple psychosomatische Beschwerden auf (53 %; **s. Abb. 7.5.18**), das entspricht einem mehr als doppelt so hohen Anteil gegenüber der Vergleichsgruppe ohne Diagnose oder Vermutung (22 %; signifikanter Unterschied). Diese Nennungsanteile liegen oberhalb der Durchschnittswerte für alle Kinder und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren mit mindestens einer Diagnose (36 %) oder Vermutung (40 %).

Abb. 7.5.19: Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach Verhaltenssucht

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *immer + oft*. **Basis:** 11- bis 17-jährige Kinder.

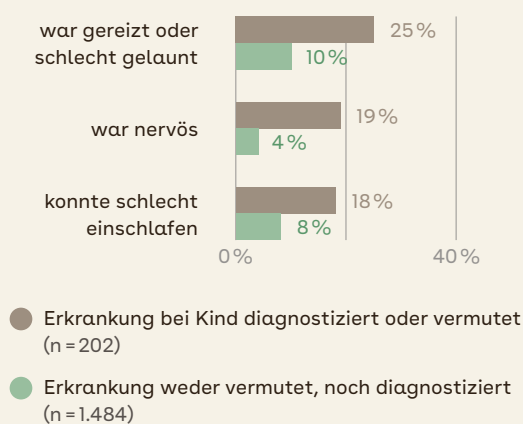


Frage: Wenn Sie an die letzte Woche denken ...

Hinsichtlich konkreter Beschwerden zeigen sich bei Verhaltenssüchten zu anderen Erkrankungen keine auffälligen Besonderheiten. Die Nennungsanteile sind zwar überdurchschnittlich hoch, liegen aber unterhalb derer von Adipositas und psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Zum Durchschnitt aller Kinder, für die die Eltern mindestens eine Erkrankung als diagnostiziert oder vermutet angeben, können vergleichsweise höhere Nennungsanteile für die Beschwerden Gereiztheit (25%), Nervosität (19%) und Einschlafschwierigkeiten (18%) berichtet werden (s. Abb. 7.5.20).

Abb. 7.5.20: Psychosomatische Beschwerden nach Verhaltenssucht

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *mehrmals pro Woche + (fast) täglich*. **Basis:** 11- bis 17-jährige Kinder.



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

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass Verhaltenssüchte nach Angaben der Eltern mit deutlichen gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen verbunden sind. Bereits der subjektive Gesundheitszustand wird bei diagnostizierter oder vermuteter Verhaltenssucht kritischer eingeschätzt als bei Kindern ohne Diagnose oder Vermutung; bei Computerspielstörungen fällt er nochmals ungünstiger aus. Besonders deutlich zeigen sich die Einschränkungen bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Verhaltenssüchte zählen hier zu den Erkrankungen mit den stärksten Belastungswerten. Im Erkrankungsvergleich fallen vor allem zwei Einzelindikatoren besonders kritisch aus: Kinder mit diagnostizierter oder vermuteter Verhaltenssucht werden seltener als voller Energie beschrieben und fühlen sich nach Angaben der Eltern seltener durch Mutter oder Vater gerecht behandelt. Auch multiple psychosomatische Beschwerden werden deutlich häufiger berichtet als bei Kindern ohne Diagnose oder Vermutung und liegen über dem Durchschnitt der Kinder mit mindestens einer chronischen Erkrankung. Einzelne Beschwerden wie Gereiztheit, Nervosität und Einschlafschwierigkeiten treten überdurchschnittlich häufig auf, ohne jedoch die Spitzenwerte anderer Erkrankungen zu erreichen. Die Befunde zeigen damit, dass Verhaltenssüchte nicht nur mit intensiver Mediennutzung einhergehen, sondern auch mit deutlichen Einschränkungen des Wohlbefindens, der Alltagsbewältigung und psychosomatischen Beschwerden verbunden sind.



Krankheitsbezogene Belastung von Kindern und Eltern

Im Hinblick auf die Belastung, welche die Kinder und Eltern durch die (vermutete) Erkrankung an einer Verhaltenssucht erleben, gibt ein Drittel der befragten Eltern an, dass die Kinder *sehr stark* bzw. *eher stark* belastet sind (32 %), dagegen jedoch 44 Prozent der Eltern (**s. Abb. 7.5.21**). Im Fall einer Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung (36 % vs. 53 %) oder einer Computerspielstörung (35 % vs. 58 %) fallen die Belastungsanteile für Kinder und Eltern noch einmal höher aus. Im Vergleich zu weiteren im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 vertiefend betrachteten Erkrankungen zeigen sich für betroffene Kinder und Jugendliche mit Verhaltenssucht durchschnittliche Belastungswerte, wobei die Belastung der Eltern vergleichsweise überdurchschnittlich eingeschätzt wird.

Krankheitsbezogene Sorgen der Eltern und Unterstützungsempfinden

Im Vergleich zu anderen im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 behandelten Erkrankungen berichten die Eltern im Fall von Verhaltenssuchten in etwa vergleichbar häufig von wahrgenommenen Sorgen oder Unterstützungsdefiziten. Die größten Sorgen sind dabei im Fall einer vorliegenden Diagnose oder Vermutung die, dass aus der (vermuteten) Erkrankung dauerhafte Beeinträchtigungen für das Kind entstehen können (Nennungsanteile mit *stimme voll* bzw. *eher zu*: 53 %), dass das Kind andere Lebensbereiche wie Schule und soziale Kontakte vernachlässigt (45 %) und dass sich die (vermutete) Erkrankung des Kindes verschlimmern könnte (43 %; **s. Abb. 7.5.22**). Diese Sorgen zeigen sich noch einmal verstärkt, wenn konkret eine Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung oder Computerspielstörung diagnostiziert ist oder vermutet wird, so in Bezug auf Sorgen vor dauerhaften Beeinträchtigungen (61 % bzw. 60 %), Vernachlässigung anderer Lebensbereiche und sozialer Kontakte (56 % bzw. 52 %) und vor Verschlimmerung (55 % bzw. 54 %). Bei diesen konkreten Diagnosen oder Vermutungen zeigen sich die Sorgen auch im Vergleich der oben genannten Erkrankungen noch einmal stärker.



Abb. 7.5.21: Belastung von Kindern und Eltern durch diagnostizierte oder vermutete Verhaltenssucht der Kinder

Basis: n = 187 (11- bis 17-jährige Kinder, bei denen Verhaltenssucht diagnostiziert ist oder vermutet wird)

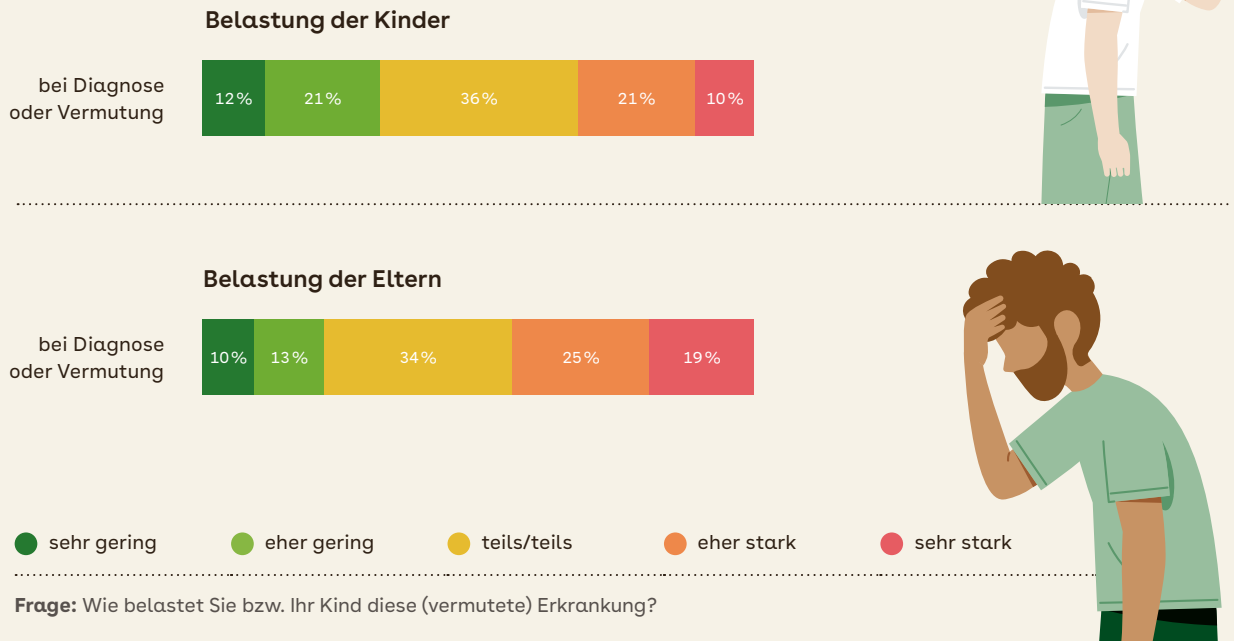
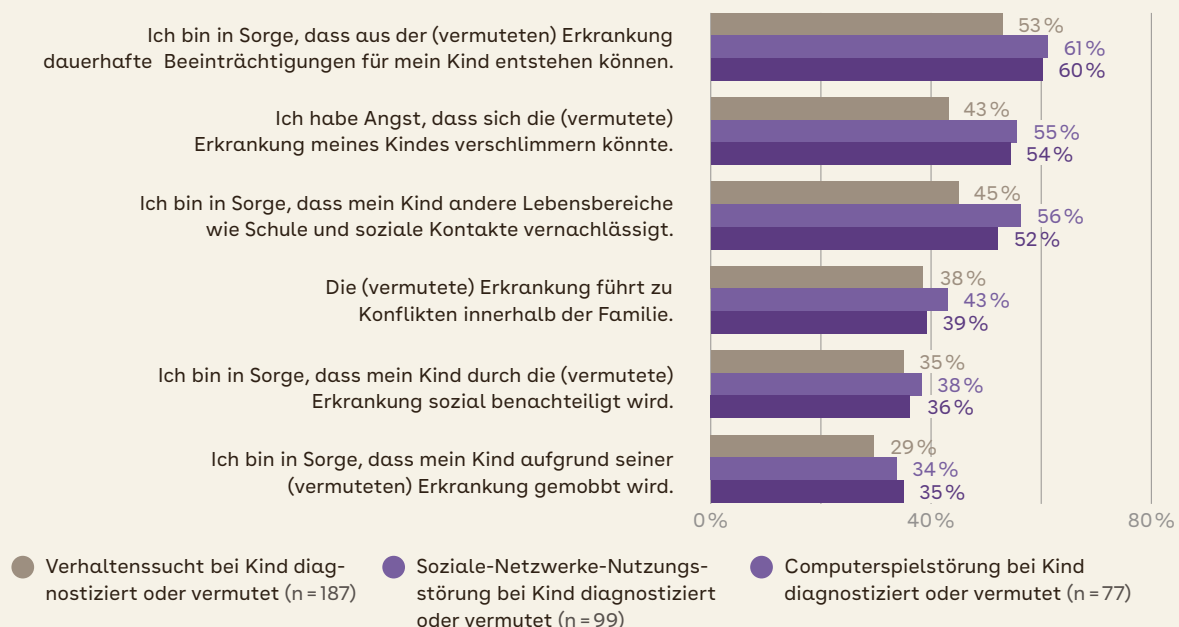


Abb. 7.5.22: Sorgen nach Verhaltenssucht, Soziale-Netzwerke-Nutzungs- und Computerspielstörung

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *stimme voll zu* + *stimme eher zu*. **Basis:** 11- bis 17-jährige Kinder, bei denen Verhaltenssucht diagnostiziert ist oder vermutet wird.



Frage: Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

Eltern, die von einer diagnostizierten oder vermuteten Verhaltenssucht ihres Kindes berichten, halten sich nur in 56 Prozent der Fälle für gut darüber informiert, an wen bzw. wohin sie sich in Bezug auf eine bestmögliche gesundheitliche Versorgung ihres Kindes wenden können und sind sich auch nur in 55 Prozent der Fälle sicher, dass ihr Kind die bestmögliche gesundheitliche Versorgung erhält, die es benötigt (jeweils Nennungsanteile mit *stimme voll* bzw. *eher zu*). Nur in etwas mehr als jedem zweiten Fall (53 %) geben die Eltern betroffener Kinder an, dass sie Menschen in ihrem Umfeld haben, mit denen sie offen über die (vermutete) Erkrankung ihres Kindes sprechen können und gar nur in jedem zweiten Fall (50 %) geben sie an, dass sie das Gefühl haben, dass ihr Kind mit seiner (vermuteten) Erkrankung in seiner Schule gut aufgehoben ist. Die Bewertungen unterscheiden sich nicht nach konkreter Diagnose und liegen in etwa auf vergleichbarem Niveau wie bei anderen in der Studie berichteten Erkrankungen.

Die Ergebnisse zeigen, dass Eltern von Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter Verhaltenssucht ähnlich häufig wie Eltern von Kindern mit anderen chronischen Erkrankungen oder Krankheitsvermutungen von Sorgen und Unterstützungsbedarfen berichten. Im Vordergrund stehen dabei Befürchtungen vor dauerhaften Beeinträchtigungen, einer Vernachlässigung von Schule und sozialen Kontakten sowie einer Verschlimmerung der Erkrankung. Besonders ausgeprägt fallen diese Sorgen aus, wenn konkret eine Soziale-Netzwerk-Nutzungsstörung oder eine Computerspielstörung vorliegt oder vermutet wird; hier liegen die Anteile teilweise sogar oberhalb der für andere chronische Erkrankungen berichteten Werte. Gleichzeitig fühlen sich viele Eltern nur eingeschränkt über geeignete Anlaufstellen und die gesundheitliche Versorgung informiert und erleben auch die Unterstützung ihres Kindes im schulischen Umfeld als ausbaufähig.





Fazit: Verhaltenssüchte zählen in dieser Studie zu den Erkrankungen mit einem besonders großen Abstand zwischen elterlichen Vermutungen und berichteten Diagnosen. Dies verweist darauf, dass problematische Mediennutzungsmuster im Familienalltag häufig wahrgenommen werden, ihre gesundheitliche Einordnung aber oft unsicher bleibt. Zugleich zeigen sich deutliche Belastungen: Kinder und Jugendliche mit diagnostizierter oder vermuteter Verhaltenssucht weisen häufiger Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, psychosomatische Beschwerden, Schwierigkeiten im Schul- und Sozialalltag sowie Belastungen durch FOMO, Stress, Leistungsdruck und Zukunftsangst auf. Besonders prägend ist die enge Verbindung zu intensiver Mediennutzung und zu Hinweisen auf problematische Nutzungsmuster, etwa längere Nutzung als vereinbart, Vernachlässigung anderer Interessen oder Schwierigkeiten der Selbstregulation. Die Ergebnisse unterstreichen den Bedarf an früher Sensibilisierung, verlässlicher Orientierung und alltagsnaher Unterstützung für Familien.

Kapitel 7:

7.6 Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten



Nahrungsmittelallergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten gehören zu den Nahrungsmittelüberempfindlichkeiten, bei denen bestimmte Lebensmittel oder deren Bestandteile gesundheitliche Beschwerden auslösen können. Grundsätzlich wird zwischen immunologisch vermittelten Reaktionen, also Nahrungsmittelallergien, und nicht immunologisch vermittelten Reaktionen, also Nahrungsmittelunverträglichkeiten bzw. -intoleranzen, unterschieden. Bei Unverträglichkeiten kann der Körper bestimmte Nahrungsbestandteile nicht ausreichend verdauen, aufnehmen oder verarbeiten, was etwa zu Bauchschmerzen, Blähungen oder Durchfall führen kann (Bischoff, 2013). Nahrungsmittelallergien beruhen hingegen auf einer Reaktion des Immunsystems auf eigentlich harmlose Nahrungsbestandteile, die vom Körper wie Fremdkörper behandelt werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2024c).

Die diagnostische Einordnung von Nahrungsmittelüberempfindlichkeiten ist häufig anspruchsvoll. Beschwerden können sehr unterschiedlich ausfallen, mit anderen Erkrankungen in Zusammenhang stehen oder auch nur vorübergehend auftreten. Zudem umfasst das Spektrum zahlreiche Krankheitsbilder, die sich diagnostisch nicht immer eindeutig voneinander abgrenzen lassen. Auch die medizinische Dokumentation entwickelt sich weiter: Die ICD-11 bietet gegenüber der ICD-10 eine größere klinische Detailtiefe und ermöglicht durch zusätzliche allergologische Kategorien und Allergencodes eine differenziertere Erfassung (WHO, 2024c). Die verpflichtende Einführung der ICD-11 in Deutschland steht für die vertragsärztliche Versorgung allerdings noch aus, sodass die vorliegenden Routinedaten weiterhin auf der ICD-10 beruhen.

Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass Eltern häufiger von Vermutungen als von gesicherten Diagnosen berichten. Anders als bei vielen anderen Erkrankungen können mögliche Zusammenhänge zwischen bestimmten Lebensmitteln und Beschwerden im Alltag unmittelbar beobachtet werden. Treten beispielsweise wiederholt Beschwerden nach dem Verzehr bestimmter Lebensmittel auf, werden diese von Familien häufig zunächst eigenständig vermieden, bevor eine medizinische Abklärung erfolgt. Gleichzeitig hat das Thema in den vergangenen Jahren deutlich an Sichtbarkeit gewonnen. Dazu tragen die verpflichtende Kennzeichnung von Allergenen auf Lebensmitteln sowie die zunehmende Berücksichtigung entsprechender Bedürfnisse in Gastronomie, Gemeinschaftsverpflegung, Kindertageseinrichtungen und Schulen bei.

Die hohe Zahl elterlicher Vermutungen macht Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten zu einem interessanten Untersuchungsgegenstand. Ähnlich wie bei Entwicklungsstörungen, ADHS oder psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörungen zeigt sich, dass gesundheitliche Auffälligkeiten häufig wahrgenommen werden, auch wenn keine diagnostische Abklärung vorliegt.

Da Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten bereits in frühen Phasen der kindlichen Entwicklung auftreten oder von Eltern wahrgenommen werden können, werden im folgenden Kapitel Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren betrachtet.

Zusammenfassung

Beschwerden oft erkannt, Ursachen häufig ungeklärt

Kinder mit Vermutung: auffälligeres Ernährungs- und Belastungsprofil

Nussallergien auffällig durch große Alltags- und Teilhabeeinschränkungen

Auftreten

- Diagnose bei 5% / Vermutung bei 6%
- häufigste Nennungen: Laktoseintoleranz / Milchzuckerunverträglichkeit, Nussallergien

Belastungen und Sorgen

- geringere Belastungen der Kinder (32% vs. 22%) und Eltern (24% vs. 19%)

Größte Sorgen der Eltern:

- Verschlimmerung der Erkrankung (29% vs. 31%)
- dauerhafte Beeinträchtigungen des Kindes (24% vs. 28%)
- Belastungen des Familienalltags durch die Ernährung (29% vs. 21%)

Lebensstil

Kinder mit Diagnose und vor allem Vermutung

- konsumieren häufiger Süßigkeiten, süße Getränke, Junk Food und Fertigprodukte,
- achten häufiger bewusst auf ihre Ernährung (weniger gezuckerte Getränke / Snacks: 38% vs. 34% vs. 25%; weniger Junk Food: 35% vs. 29% vs. 21%),
- nutzen häufiger Nahrungsergänzungsmittel (54% vs. 62% vs. 38%), insbesondere Vitaminpräparate, Mineralstoffe und Proteine.

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

Lebensumfelder

Nahrungsmittelallergien bzw. -unverträglichkeiten treten häufiger auf bei Kindern

- aus gesundheitlich, sozial und ökonomisch stärker belasteten Familien (erkrankungsübergreifender Befund),
- unterschiedliche Muster: Diagnosen stärker bei schlechterem elterlichen subjektiven Gesundheitszustand, Vermutungen bei geringerer allgemeiner Gesundheitskompetenz und höherer Bildung

Kinder mit Diagnose oder Vermutung

- weisen in Kindergarten und Schule mehr Fehltage auf (15 vs. 17 vs. 9),
- erleben im Fall einer Krankheitsvermutung häufiger Offline-Mobbing.

Elterlicher Umgang mit Krankheitsvermutungen

- Hauptgrund für Vermutung: länger beobachtete typische Symptome (35%) oder Beschwerden (34%)
- Beschwerden dabei als Vermutungsgrund überdurchschnittlich relevant
- ärztliche Abklärung: überdurchschnittlich häufig erfolgt (45%)
- Online-Suchportale (30%) und KI (24%) überdurchschnittlich häufig genutzt

Gesundheitszustand

Kinder mit Diagnose bzw. vor allem mit Vermutung haben

- häufiger eine niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität (39% vs. 48% vs. 25%),
- häufiger multiple psychosomatische Beschwerden (39% vs. 49% vs. 20%).

Auftreten und Verbreitung in unterschiedlichen Gruppen

Fünf Prozent der 0- bis 17-jährigen Kinder aus dem Rheinland und aus Hamburg haben laut den Aussagen der befragten Eltern eine diagnostizierte Nahrungsmittelallergie oder -unverträglichkeit (**s. Abb. 7.6.1**). Bei weiteren sechs Prozent vermuten die befragten Eltern, dass ihr Kind an einer Nahrungsmittelallergie oder -unverträglichkeit erkranken könnte oder bereits erkrankt ist.

Das Muster, dass die Eltern häufiger von einer Krankheitsvermutung als von einer Diagnose berichten,

zeigt sich im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 insbesondere auch bei Entwicklungsstörungen, ADHS, psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörungen und Verhaltenssüchten. Anders als bei diesen Erkrankungen dürfte die Ursache hier jedoch weniger in der Schwierigkeit liegen, Auffälligkeiten grundsätzlich wahrzunehmen, sondern vielmehr in der anspruchsvollen diagnostischen Abgrenzung zwischen Allergien, Unverträglichkeiten und anderen Ursachen gesundheitlicher Beschwerden (Allergieinformationsdienst, 2023). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass viele Eltern Symptome ihrer Kinder frühzeitig erkennen, eine abschließende diagnostische Einordnung jedoch häufig noch aussteht (s. auch Kapitel 6.2).

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. 7.6.1:
Auftreten von Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten laut Elterneinschätzung

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

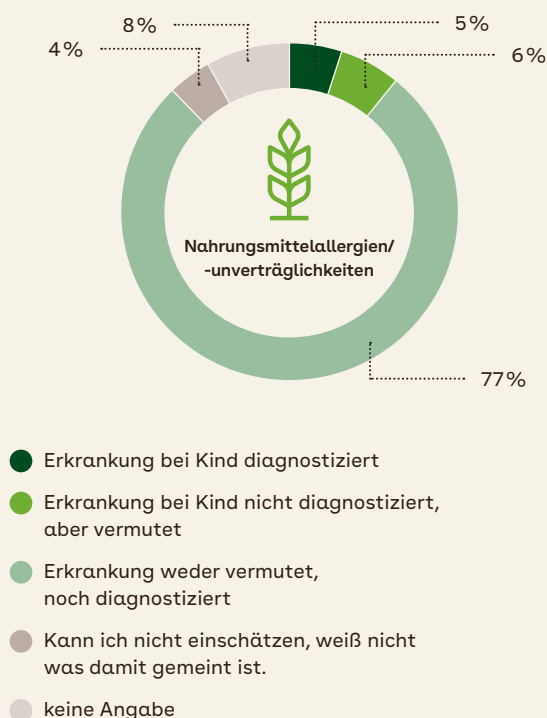
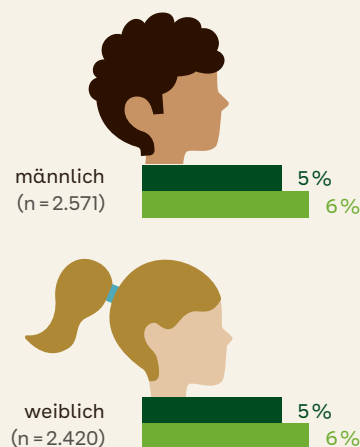
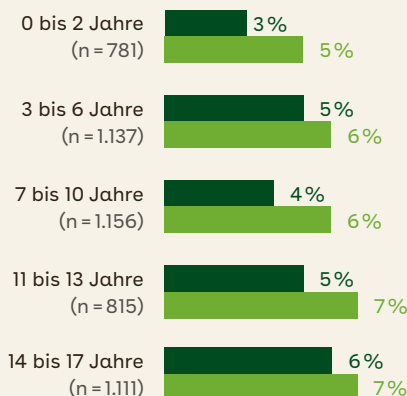


Abb. 7.6.2: Diagnostizierte und vermutete Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten nach Alter und Geschlecht des Kindes

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Um die Art der (vermuteten) Nahrungsmittelallergie und -unverträglichkeit zu konkretisieren, wurden die Eltern nach der konkreten (vermuteten) Diagnose gefragt: Bei zwei Prozent der 0- bis 17-Jährigen ist eine Laktoseintoleranz/Milchzuckerunverträglichkeit diagnostiziert, bei weiteren zwei Prozent wird eine solche durch die Eltern vermutet (**s. Abb. 7.6.3**). Auf eine Nussallergie entfallen laut Elternangaben ein Prozent Diagnosen sowie ein Prozent Vermutungen, auf eine Früchte-/Gemüseallergie sind es ein Prozent Diagnosen sowie zwei Prozent Vermutungen.

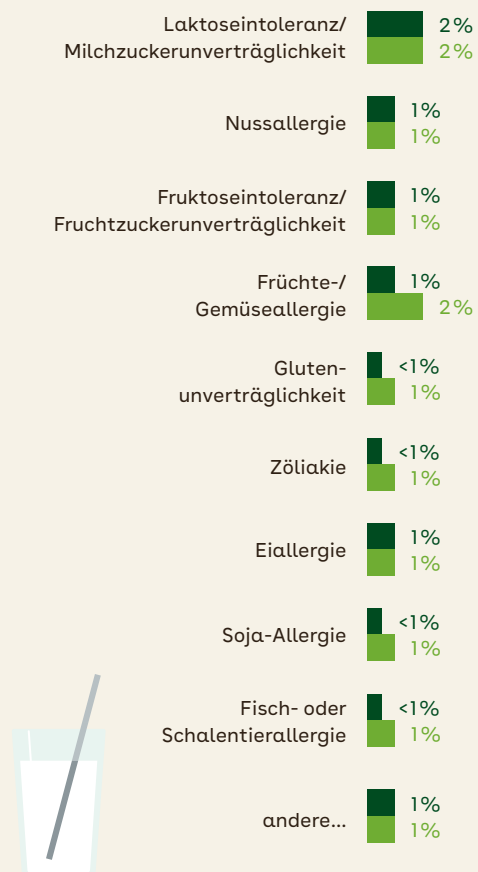


An ausgewählten Stellen im Kapitel werden spezifische Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten (bspw. Laktoseintoleranz, Nussallergie) miteinander verglichen. Hierbei ist zu beachten, dass die jeweilige Frage immer nur allgemein für Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten gestellt wurde (bspw. Wie belastet Sie bzw. Ihr Kind diese Erkrankung?). Wenn also das Ergebnis spezifisch für Laktoseintoleranz berichtet wird, liegt diese zwar vor, aber es ist nicht auszuschließen, dass noch weitere Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten bestehen könnten.

Nach Angaben der Eltern zeigen sich für die Häufigkeiten diagnostizierter Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten nach Altersgruppen Unterschiede (**s. Abb. 7.6.2**): So liegt der Diagnoseanteil in der Altersgruppe der 0- bis 2-Jährigen bei nur drei Prozent, in der Gruppe der 3- bis 6-Jährigen und der 7- bis 10-Jährigen hingegen bei fünf bzw. vier Prozent. Bei älteren Kindern fallen die Diagnoseanteile mit fünf (11- bis 13-Jährige) bzw. sechs Prozent (14- bis 17-Jährige) signifikant höher aus als bei den 0- bis 2-Jährigen – der Anteil der Diagnosen nimmt also mit steigendem Alter der Kinder tendenziell zu (s. Exkurs, S. 381: zur Einordnung der Ergebnisse in Studien zur Kinder- und Jugendgesundheit). Der Anteil an Vermutungen liegt in den Altersgruppen mit im Minimum fünf Prozent (0- bis 2-Jährige) und im Maximum sieben Prozent (11- bis 13-Jährige und 14- bis 17-Jährige) in einem engeren Spektrum, allerdings auch wiederum bei den älteren Kindern höher als bei den jüngeren. Nach Geschlechtern werden keine Ergebnisunterschiede deutlich.

Abb. 7.6.3: Auftreten konkreter Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten laut Elterneinschätzung

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



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

Frage: Welche Diagnose wurde bei Ihrem Kind genau gestellt bzw. welche Diagnose vermuten Sie?

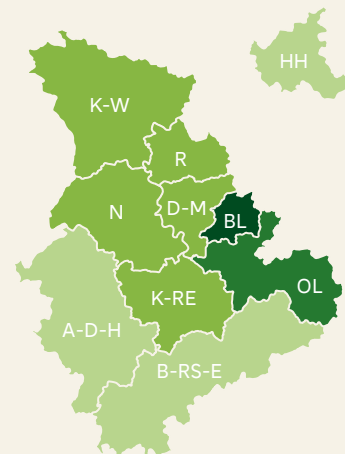
Hinsichtlich des regionalen Auftretens von Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten zeigen sich signifikante Abweichungen vom Durchschnitt: So geben in der Regionaldirektion Bonn – Rhein-Sieg-Kreis – Euskirchen nur ca. drei Prozent der Eltern eine Diagnose ihres Kindes an (2,9%; signifikanter Unterschied), in der Regionaldirektion Bergisches Land sind es hingegen ca. neun Prozent (9,4%; signifikanter Unterschied; **s. Abb. 7.6.4**). In Bezug auf die Vermutungen liegen die Nennungsanteile nach

Regionaldirektionen ebenfalls weiter auseinander, mit dem niedrigsten Wert in der Regionaldirektion Bergisches Land (3,6%) und dem höchsten Wert in Hamburg (9,3%; signifikanter Unterschied; **s. Abb. 7.6.4**). Für die Regionaldirektionen Bergisches Land auf der einen und Hamburg sowie Bonn – Rhein-Sieg-Kreis – Euskirchen auf der anderen Seite zeigt sich damit ein gegensätzliches Bild: jeweils hohe bzw. niedrige Diagnoseanteile stehen dabei geringen bzw. hohen Vermutungsanteilen gegenüber.

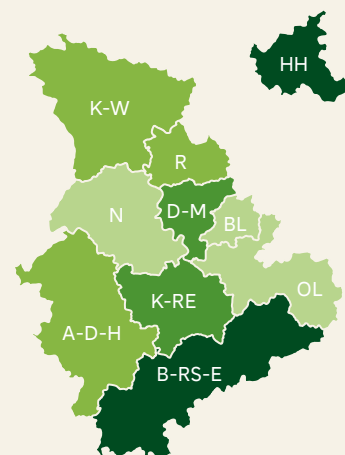
Abb. 7.6.4: Diagnostizierte und vermutete Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten nach Regionaldirektion (RD)

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder.

1) Dargestellt wird die Antwortoption Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten - Erkrankung bei Kind diagnostiziert.



2) Dargestellt wird die Antwortoption Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten 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?

Vermuten die Eltern eine Nahrungsmittelallergie oder -unverträglichkeit bei ihrem Kind, äußern sie in jedem fünften bzw. achten Fall auch Vermutungen hinsichtlich chronischer Darmentzündungen (20 %) oder Diabetes (13 %). Dies deutet darauf hin, dass Eltern in Phasen diagnostischer Unsicherheit mehrere mögliche Erklärungen für die Beschwerden ihres Kindes in Betracht ziehen. Insbesondere Erkrän-

kungen mit Bezug zu Verdauung, Stoffwechsel und Ernährung scheinen dabei aus Sicht der Eltern eng miteinander verknüpft zu sein. Die Ergebnisse deuten auf einen hohen Orientierungs- und Informationsbedarf von Familien hin, wenn Beschwerden zwar wahrgenommen werden, deren Ursache oder Krankheitswert jedoch (noch) nicht eingeordnet werden kann.

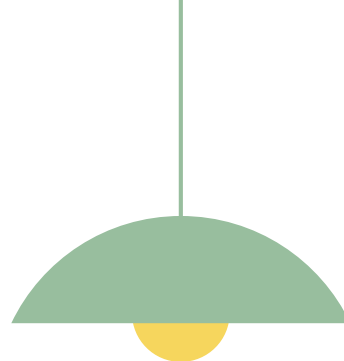
Exkurs

Einordnung der Ergebnisse in Studien zur Kinder- und Jugendgesundheit

Die Ergebnisse des AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 lassen sich entlang dreier wesentlicher Punkte einordnen. Erstens zeigt sich gegenüber der Vorgängerstudie aus dem Jahr 2024 ein leichter Anstieg sowohl der durch die Eltern berichteten Diagnosen als auch der Krankheitsvermutungen. Während 2024 vier Prozent der Eltern von einer Diagnose und fünf Prozent von einer Vermutung berichteten, liegen die entsprechenden Anteile in der vorliegenden Studie bei fünf bzw. sechs Prozent.

Zweitens fallen die durch die Eltern berichteten Diagnoseanteile höher aus als die Prävalenzen in den Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg (s. Anhang: Kapitel 9). Dort liegt die Prävalenz entsprechender Diagnosen bei rund einem Prozent. Dieser Unterschied dürfte unter anderem dadurch zustande kommen, dass Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten in den derzeit noch verwendeten ICD-10-Klassifikationen nur eingeschränkt differenziert erfasst werden (s. Kapiteleinleitung). Zugleich zeigt sich jedoch eine inhaltliche Übereinstimmung zwischen beiden Datenquellen: Sowohl in den Routinedaten als auch in den Angaben der Eltern stellt die Laktoseintoleranz die häufigste berichtete Erkrankungsform dar. Eine weitere mögliche Erklärung für die Abweichung von den Routinedaten liegt darin, dass Eltern auch Ergebnisse aus frei verfügbaren Selbsttests als diagnostische Abklärung einordnen könnten.

Drittens stimmt die Beobachtung, dass Eltern häufiger von Vermutungen als von Diagnosen berichten, mit den Befunden anderer Studien überein. So lagen die Anteile diagnostizierter Nahrungsmittelallergien in zwei deutschen Langzeitstudien, die Kinder seit ihrer Geburt begleiten, bei ein- bis zweijährigen Kindern bei lediglich zwei bis drei Prozent. Gleichzeitig berichteten etwa 13 bis 14 Prozent der Eltern entsprechende Symptome bei ihren Kindern (Röhl et al., 2021). Auch europäische Daten bei sechs- bis zehnjährigen Kindern zeigen eine vergleichbare Diskrepanz: Während Eltern bei rund 16 Prozent der Kinder allergische Reaktionen auf Lebensmittel berichteten, konnte nur bei einem deutlich kleineren Teil der Kinder tatsächlich eine Nahrungsmittelallergie bestätigt werden (Grabenhenrich et al., 2020). Die Ergebnisse des AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 fügen sich damit in ein Muster ein, das auch andere Studien beschreiben: Beschwerden und Verdachtsmomente werden von Eltern häufig wahrgenommen, während eine medizinische Abklärung und diagnostische Einordnung oftmals erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen. Gleichzeitig ist denkbar, dass eine formale Diagnose nicht in jedem Fall unmittelbar angestrebt wird. Besteht aus Sicht der Eltern ein plausibler Zusammenhang zwischen bestimmten Lebensmitteln und den Beschwerden ihres Kindes, können entsprechende Anpassungen des Ernährungsverhaltens häufig bereits im Alltag umgesetzt werden. Eine medizinische Abklärung gewinnt insbesondere dann an Bedeutung, wenn Beschwerden anhalten, schwer einzuordnen sind oder weitergehende Konsequenzen für die Versorgung und Betreuung des Kindes entstehen.



Lebensumfelder

Diagnostizierte oder vermutete Nahrungsmittelallergien bzw. -unverträglichkeiten bei Kindern und Jugendlichen stehen mit unterschiedlichen Merkmalen ihres Lebensumfelds in Zusammenhang. Im Folgenden werden das elterliche Lebensumfeld der Kinder, die Informationsquellen, denen die Eltern in Bezug auf die Gesundheit ihrer Kinder vertrauen und die sie nutzen, sowie Bildungs- und Betreuungseinrichtungen näher betrachtet. Diese Lebensumfelder spielen eine wichtige Rolle bei der Wahrnehmung, Einordnung und Bewältigung gesundheitlicher Auffälligkeiten und können den Alltag betroffener Kinder und ihrer Familien maßgeblich prägen.

Elterliches Lebensumfeld der Kinder

Die Ergebnisse zum elterlichen Lebensumfeld zeigen bei den im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 betrachteten chronischen Erkrankungen viele Gemeinsamkeiten: Diagnosen und Krankheitsvermutungen werden bei vielen Erkrankungen häufiger berichtet, wenn Eltern ihren eigenen Gesundheitszustand schlechter einschätzen, wenn ihre allgemeine Gesundheitskompetenz geringer ausgeprägt ist oder wenn Familien über geringere soziale, ökonomische und räumliche Ressourcen verfügen (s. Kapitel 6.2).

Bei Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten zeigen sich ebenfalls Zusammenhänge mit dem elterlichen Lebensumfeld, diese fallen jedoch weniger einheitlich aus als bei vielen anderen betrachteten Erkrankungen. Diagnosen werden häufiger berichtet, wenn Eltern ihren eigenen Gesundheitszustand schlechter einschätzen. Für Krankheitsvermutungen zeigt sich dieser Zusammenhang dagegen kaum, sie werden weitgehend unabhängig vom elterlichen subjektiven Gesundheitszustand berichtet.

Auch bei der allgemeinen Gesundheitskompetenz zeigt sich ein spezifisches Muster. Während sich für Diagnosen kein klarer Zusammenhang zeigt, berichten Eltern mit inadäquater Gesundheitskompetenz häufiger von einer Vermutung. Dies unterscheidet Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten von Erkrankungen, bei denen Gesundheitskompetenz sowohl mit Diagnosen als auch mit Vermutungen deutlicher zusammenhängt.

Besonders auffällig ist das unterschiedliche Muster nach Bildungsabschluss und Einkommen. Ein höherer Bildungsabschluss geht eher mit häufigeren Krankheitsvermutungen einher. Beim Einkommen zeigt sich dagegen ein anderes Bild: In Familien mit geringerem Äquivalenzeinkommen werden sowohl Diagnosen als auch Vermutungen häufiger berichtet als in Familien mit höherem Einkommen. Bildungsabschluss und Einkommen zeigen damit kein gleichgerichtetes Muster: Höhere Bildung geht vor allem mit mehr Vermutungen einher, geringeres Einkommen dagegen mit mehr Diagnosen und Vermutungen. Zudem berichten Eltern im ländlichen Raum seltener von Diagnosen und Vermutungen als Eltern in kleinstädtischen oder städtischen Räumen.

Eine Besonderheit bei Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten besteht damit darin, dass die Unterscheidung zwischen Diagnose und Vermutung besonders wichtig ist. Anders als bei vielen anderen chronischen Erkrankungen verlaufen die Zusammenhänge mit elterlicher Gesundheit, Gesundheitskompetenz, Bildung und Einkommen nicht durchgehend in dieselbe Richtung. Insgesamt sind Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten zwar ebenfalls nicht losgelöst vom familiären und sozialen Umfeld zu betrachten, sie zeigen jedoch ein eigenständiges Profil, bei dem Krankheitsvermutungen anders mit Merkmalen des elterlichen Lebensumfelds zusammenhängen als Diagnosen.



Vertrauen in und Nutzung von Informationsquellen

Auch die Ergebnisse zum elterlichen Vertrauen in und zur Nutzung von Informationsquellen zur Gesundheit ihrer Kinder zeigen bei den im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 betrachteten chronischen Erkrankungen viele Gemeinsamkeiten: Im Vergleich zu Eltern von Kindern ohne diagnostizierte oder vermutete chronische Erkrankung nutzen Eltern von betroffenen Kindern sämtliche abgefragten Informationsquellen deutlich häufiger. In Sachen Vertrauen entfallen auf Kinder- und Fachärztinnen bzw. -ärzte sowie andere etablierte Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens und der Betreuung sowohl bei betroffenen als auch bei nicht betroffenen Eltern deutlich höhere zustimmende Nennungsanteile als auf digitale Informationsquellen wie Online-Suchportale, Künstliche Intelligenz (KI), Soziale Medien oder Gesundheits-Influencerinnen bzw. -Influencer. Bei Eltern von Kindern mit mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung fällt jedoch auf, dass diese den vier genannten digitalen Informationsquellen ein höheres Vertrauen entgegenbringen, als dies bei Eltern mit einer diagnostizierten chronischen Erkrankung der Fall ist (s. Kapitel 4.2).

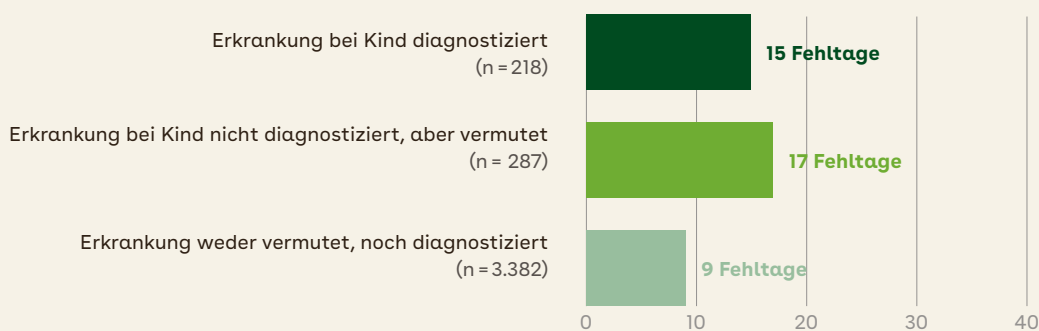
Eine klar abgrenzbare Besonderheit gegenüber dem Gesamtmuster zeigt sich bei Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten nicht. Wie insgesamt vertrauen Eltern etablierten Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens stärker als digitalen Informationsquellen. Zugleich werden digitale Angebote, insbesondere Online-Suchportale, KI und Soziale Medien, häufig genutzt.

Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

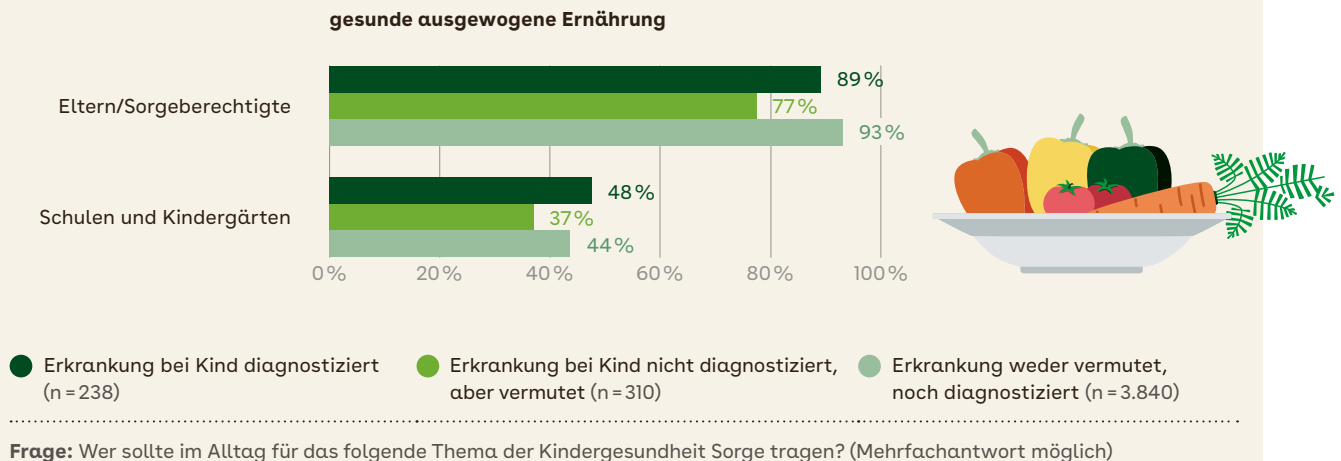
Eltern, bei deren Kindern eine Nahrungsmittelallergie oder -unverträglichkeit diagnostiziert ist, berichten von durchschnittlich 15 Fehltagen in Kindergarten, Vorschule, Schule oder Berufsschule im zurückliegenden Jahr (**s. Abb. 7.6.5**). Vermuten die Eltern eine entsprechende Erkrankung, liegt die Zahl mit durchschnittlich 17 Fehltagen nochmals höher. Dies deutet darauf hin, dass sich die Belastungen durch Beschwerden und deren Folgen nicht nur mit einer Diagnose zeigen, sondern auch bei bestehenden Krankheitsvermutungen relevant sein können. Die Zahl der Fehltag im Fall einer diagnostizierten oder vermuteten Nahrungsmittelallergie oder -unverträglichkeit liegt somit auch höher als der Durchschnittswert aller im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 abgefragten chronischen Erkrankungen (bei mindestens einer Diagnose elf Fehltag, bei mindestens einer Vermutung zehn Fehltag, s. Kapitel 4.3).

Abb. 7.6.5: Mittlere Anzahl an Fehltagen bei Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne diese

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



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

Abb. 7.6.6: Verantwortung für eine gesunde Ernährung von Kindern bei Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne diese**Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder.

Ein kleiner Teil der Eltern von Kindern mit Diagnose einer Nahrungsmittelallergie oder -unverträglichkeit (7%), ein deutlich größerer jedoch im Fall einer Vermutung (17%), nimmt eine Belastung ihres Kindes aufgrund von Mobbing (Offline-Mobbing) durch andere Kinder wahr. Ein weiteres Viertel (jeweils 25% bei Diagnose und Vermutung) vermutet dies. Der Nennungsanteil ist dabei insbesondere bei einer bestehenden Krankheitsvermutung im Vergleich zu anderen chronischen Erkrankungen überdurchschnittlich einzuschätzen. In Bezug auf die Belastungsfaktoren Cybermobbing, Stress und Leistungsdruck zeigen sich für Nahrungsmittelallergien oder -unverträglichkeiten im Vergleich zu den Durchschnittswerten aller Erkrankungen hingegen keine Auffälligkeiten bzw. nur geringfügig überdurchschnittliche Nennungsanteile. Die konkrete Wahrnehmung von Stress als Belastungsfaktor wird lediglich im Fall einer Krankheitsdiagnose (21%) überdurchschnittlich häufig durch die Eltern angegeben.

Wie bereits in Kapitel 5.3 beschrieben, sehen die befragten Eltern die Hauptverantwortung für eine gesunde und ausgewogene Ernährung in erster Linie bei sich selbst. Gleichzeitig schreiben sie Bildungs- und Betreuungseinrichtungen eine wichtige unterstützende Rolle zu. Auch sehen 89 Prozent der Eltern von Kindern mit diagnostizierter Nahrungsmittelallergie bzw. -unverträglichkeit die Verantwortung für eine gesunde Ernährung bei sich selbst, 48 Prozent nennen darüber hinaus Schulen und Kindergärten als wichtige Akteure (**s. Abb. 7.6.6**). Bei Eltern mit einer Krankheitsvermutung liegen diese Anteile jedoch

jeweils signifikant niedriger bei 77 bzw. 37 Prozent. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass Eltern die Hauptverantwortung für die Ernährung ihrer Kinder zwar klar bei sich selbst verorten, Bildungs- und Betreuungseinrichtungen jedoch als wichtige Partner bei der Förderung gesunder Ernährungsgewohnheiten insbesondere dann wahrgenommen werden, wenn die Erkrankung diagnostiziert ist. Dies spricht dafür, dass Bildungs- und Betreuungseinrichtungen vor allem dann als relevante Akteure in den Blick geraten, wenn die Erkrankung im Alltag konkret berücksichtigt werden muss.

Für Kinder mit diagnostizierter oder vermuteter Nahrungsmittelallergie oder -unverträglichkeit zeigen die Ergebnisse vor allem erhöhte Fehlzeiten. Diese liegen über dem Durchschnitt der betrachteten chronischen Erkrankungen und fallen bei Krankheitsvermutungen sogar etwas höher aus als bei einer Diagnose. Offline-Mobbing wird vor allem bei Krankheitsvermutung häufiger wahrgenommen; Cybermobbing, Stress und Leistungsdruck treten insgesamt weniger stark hervor. Bei der Verantwortung für gesunde Ernährung sehen Eltern vor allem sich selbst in der Pflicht. Bildungs- und Betreuungseinrichtungen werden stärker von Eltern mit Diagnose genannt als von Eltern mit Krankheitsvermutung.

Nahrungsmittelallergien / -unverträglichkeiten und Ernährung

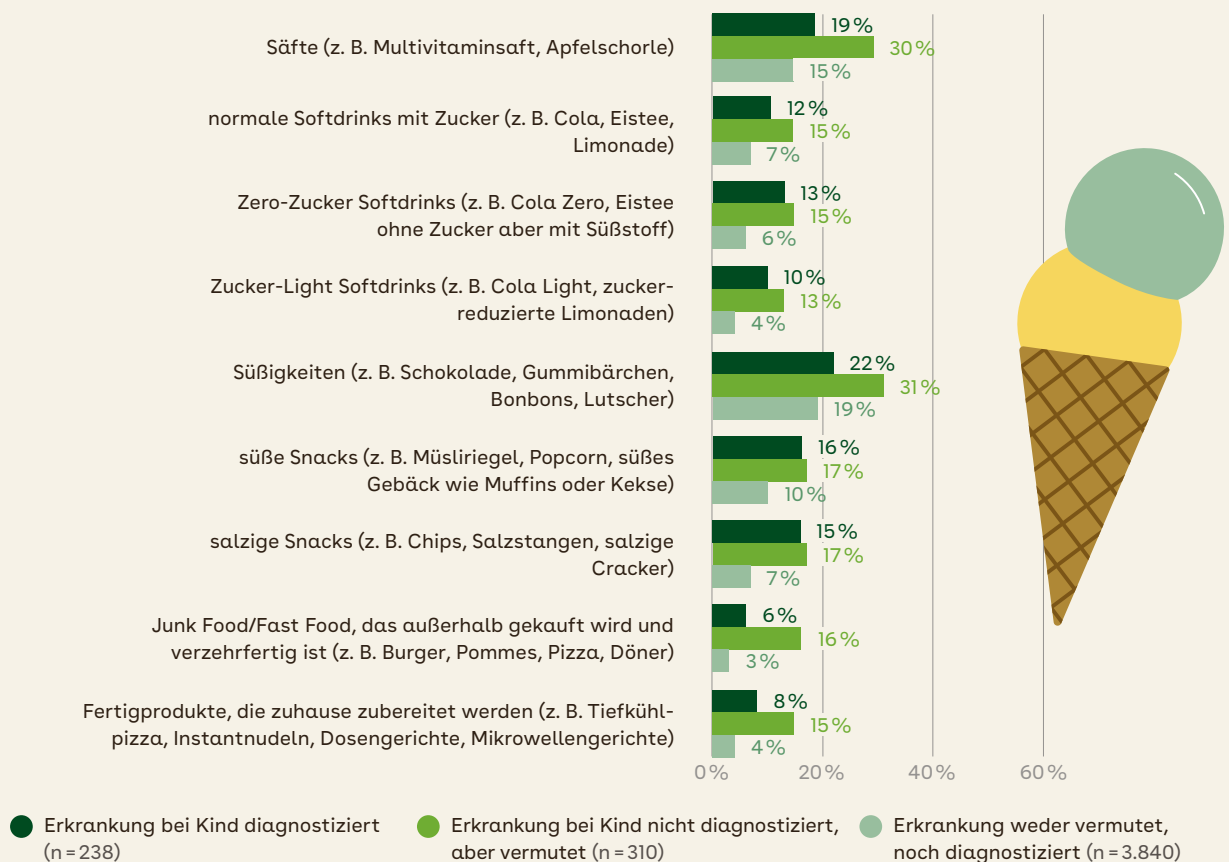
Ernährungsverhalten

Wie bereits in Kapitel 5.3 gezeigt wurde, geht ein erhöhter Konsum von zuckerhaltigen Getränken, Süßigkeiten, Snacks, Junk Food und Fertigprodukten häufig mit einem schlechteren subjektiven Gesundheitszustand, einer geringeren gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie einer höheren Zahl psychosomatischer Beschwerden einher. Darüber hinaus treten ungünstige Ernährungsgewohnheiten bei verschiedenen chronischen Erkrankungen, darunter Adipositas, psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- bzw.

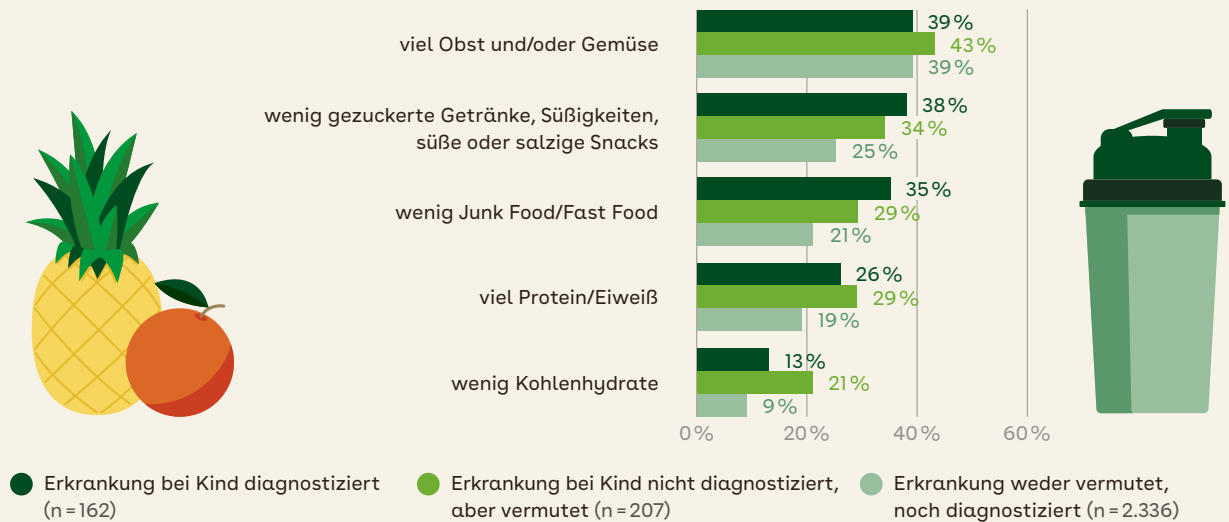
Verhaltensstörungen sowie Hauterkrankungen, häufiger auf. Vor diesem Hintergrund erscheint die Frage relevant, ob sich auch bei Kindern mit diagnostizierten oder vermuteten Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten Auffälligkeiten im Ernährungsverhalten zeigen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Ernährung bei dieser Erkrankungsgruppe eine wichtige Rolle einnimmt, da vermutete oder diagnostizierte Unverträglichkeiten häufig direkte Anpassungen des Ess- und Trinkverhaltens nach sich ziehen.

Abb. 7.6.7: Ernährung bei Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne diese

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *mehrmals täglich + täglich*. **Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder.



Frage: Wie häufig konsumiert Ihr Kind ...?

Abb. 7.6.8: Ernährungsumstellung bei Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne diese**Basis:** 7- bis 17-jährige Kinder.

Frage: Hat Ihr Kind in den letzten 6 Monaten in den folgenden Bereichen besonders auf sein Ernährungsverhalten geachtet?
(Mehrfachantwort möglich)

Eltern von Kindern mit vermuteter Nahrungsmittelallergie oder -unverträglichkeit berichten häufiger von einem (*mehrmals*) *täglichen* Konsum bestimmter Lebensmittel als Eltern von Kindern mit Diagnose. Dies betrifft Säfte (Vermutung 30% vs. Diagnose 19%), Süßigkeiten (31% vs. 22%), Junk Food (16% vs. 6%) und Fertigprodukte (15% vs. 8%; alle genannten Vergleiche signifikant; s. Abb. 7.6.7).

Damit fallen die Nennungsanteile vor allem bei Krankheitsvermutungen höher aus als im Durchschnitt aller Kinder und Jugendlichen mit mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung (s. Kapitel 5.3). Besonders deutlich zeigt sich dies bei Säften: Während bei Kindern mit mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung insgesamt 22 Prozent *täglich* oder *mehrmals täglich* Säfte konsumieren, liegt der Anteil bei vermuteter Nahrungsmittelallergie oder -unverträglichkeit bei 30 Prozent. Bei diagnostizierter Nahrungsmittelallergie oder -unverträglichkeit entspricht der Anteil dagegen dem Durchschnitt der Kinder mit mindestens einer Diagnose (jeweils 19%).

Ein ähnliches Muster zeigt sich auch bei Junk Food und Fertigprodukten. Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, dass vor allem Kinder mit

vermuteter Nahrungsmittelallergie oder -unverträglichkeit häufiger Ernährungsmuster zeigen, die vom Durchschnitt der Kinder mit chronischer Erkrankung abweichen.

Denkbar ist, dass die beobachteten Unterschiede teilweise mit den Herausforderungen zusammenhängen, die Eltern im Umgang mit vermuteten Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten erleben. Wenn Beschwerden wahrgenommen werden, mögliche Auslöser jedoch noch nicht eindeutig zugeordnet werden können, kann die Gestaltung einer ausgewogenen Ernährung erschwert sein. Die Ergebnisse könnten darauf hindeuten, dass Familien in dieser Situation einen erhöhten Bedarf an Orientierung und alltagsnahen Informationen haben, wie trotz vermuteter Unverträglichkeiten eine ausgewogene Ernährung sichergestellt werden kann.

Verändertes Ernährungsverhalten

In Bezug darauf, ob 7- bis 17-jährige Kinder in den letzten sechs Monaten besonders auf ihr Ernährungsverhalten geachtet haben, zeigen sich für die berichteten Gruppen ebenfalls Unterschiede: So geben 38 Prozent der Eltern, nach deren Angabe eine diagnostizierte Nahrungsmittelallergie oder -unver-

träglichkeit bei ihrem Kind vorliegt, an, dass ihr Kind weniger gezuckerte Getränke, Süßigkeiten, süße oder salzige Snacks zu sich genommen hat. In der Gruppe der Kinder mit Krankheitsvermutung liegt dieser Anteil bei 34 Prozent, in der Gruppe ohne Diagnose oder Vermutung liegt er signifikant niedriger bei nur 25 Prozent (**s. Abb. 7.6.8**).

Ähnlich verhält es sich in Bezug auf das Achten auf einen reduzierten Konsum von Junk Food (35 % bei Diagnose und 29 % bei Vermutung jeweils signifikant vs. 21 % ohne Diagnose oder Vermutung) sowie eine erweiterte Proteinzufuhr (26 % und 29 % jeweils signifikant vs. 19 %). Der Anteil der Eltern, die für ihr Kind berichten, dass dieses in den letzten sechs Monaten nicht in besonderer Weise auf seine Ernährung geachtet hat, ist in der Gruppe der Kinder mit Krankheitsvermutung mit 23 Prozent am geringsten. In der Gruppe mit Diagnose liegt der Anteil bei 32 Prozent, in der Gruppe ohne Diagnose oder Vermutung weicht der Anteil signifikant ab und ist mit 44 Prozent am größten. Damit fallen die Nennungsanteile vor allem bei Krankheitsvermutungen auch hier wieder geringer aus als im Durchschnitt aller Kinder und Jugendlichen mit mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung (63 %, bei mindestens einer diagnostizierten Erkrankung 58 %). Das heißt: Für Kinder mit diagnostizierter oder vermuteter Nahrungsmittelallergie bzw. -unverträglichkeit berichten Eltern überdurchschnittlich häufig von einem veränderten Ernährungsverhalten.

Hinsichtlich der Gründe für ein verändertes Ernährungsverhalten dominiert über alle Betrachtungsgruppen hinweg in nahezu vergleichbarer Höhe der Gesundheitsaspekt (67 % bei Diagnose vs. 67 % bei Vermutung vs. 62 % ohne Diagnose oder Vermutung). Für die Gruppe derer mit Krankheitsvermutung geben die Eltern jedoch signifikant häufiger Stress bzw. Frust als Auslöser an (20 % vs. 32 % vs. 17 %). Auch dieser Befund spricht dafür, dass Ernährungsanpassungen in dieser Gruppe häufig im Kontext einer belastenden Suche nach Erklärungen und Lösungen für wahrgenommene Beschwerden erfolgen.

Konsum von Nahrungsergänzungsmitteln

Auch der Konsum von Nahrungsergänzungsmitteln fällt nach Angabe der Eltern in der Gruppe der Kinder mit Vermutung (62 %) höher aus als in der Gruppe der Kinder mit Diagnose (54 %) und in der Vergleichsgruppe ohne Diagnose oder Vermutung (38 %). Damit fallen die Nennungsanteile nur bei Krankheitsvermutungen höher aus als im Durchschnitt aller Kinder und Jugendlichen mit mindestens einer vermuteten

chronischen Erkrankung (50 %, bei mindestens einer diagnostizierten Erkrankung 45 %). Die Mehrnutzung der Kinder mit Krankheitsvermutung bezieht sich vor allem auf Proteine (14 % bei Vermutung jeweils signifikant häufiger vs. 8 % bei Diagnose und 7 % ohne Diagnose oder Vermutung) und Kollagen (8 % und 5 % jeweils signifikant vs. 3 %). Insgesamt werden jedoch am häufigsten Vitaminpräparate (37 % und 40 % jeweils signifikant vs. 27 %) und Mineralstoffe (24 % und 22 % jeweils signifikant vs. 12 %) supplementiert, verstärkt von Kindern mit elterlich berichteter Diagnose oder Vermutung. Auch bei der Nutzung von Nahrungsergänzungsmitteln setzt sich das bereits in den vorangegangenen Ausführungen erkennbare Muster fort: Die höchsten Nutzungsanteile zeigen sich bei Kindern mit Krankheitsvermutung. Dies spricht dafür, dass Familien bei entsprechenden Auffälligkeiten verstärkt Maßnahmen ergreifen, um Beschwerden zu begegnen oder die Ernährung ihres Kindes gezielt anzupassen.



Die Ergebnisse zeigen bei Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten vor allem bei Krankheitsvermutungen Auffälligkeiten im Ernährungsverhalten. Eltern berichten hier häufiger von einem täglichen Konsum von Säften, Süßigkeiten, Junk Food und Fertigprodukten als bei einer Diagnose; teils liegen die Werte auch über dem Durchschnitt der Kinder mit mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung. Zugleich werden bei Diagnose oder Vermutung häufiger bewusste Ernährungsanpassungen berichtet, etwa ein reduzierter Konsum gezuckerter Getränke, Süßigkeiten, Snacks oder Junk Food. Bei Krankheitsvermutungen treten zudem Stress bzw. Frust als Auslöser veränderten Ernährungsverhaltens häufiger auf. Auch Nahrungsergänzungsmittel werden häufiger genutzt, insbesondere bei Krankheitsvermutung. Insgesamt zeigt sich damit bei vermuteten Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten ein besonderes Muster aus ungünstigerem Konsum, bewusster Ernährungsanpassung und stärkerer Supplementierung.

Umgang mit der Vermutung einer Nahrungsmittelallergie bzw. -unverträglichkeit

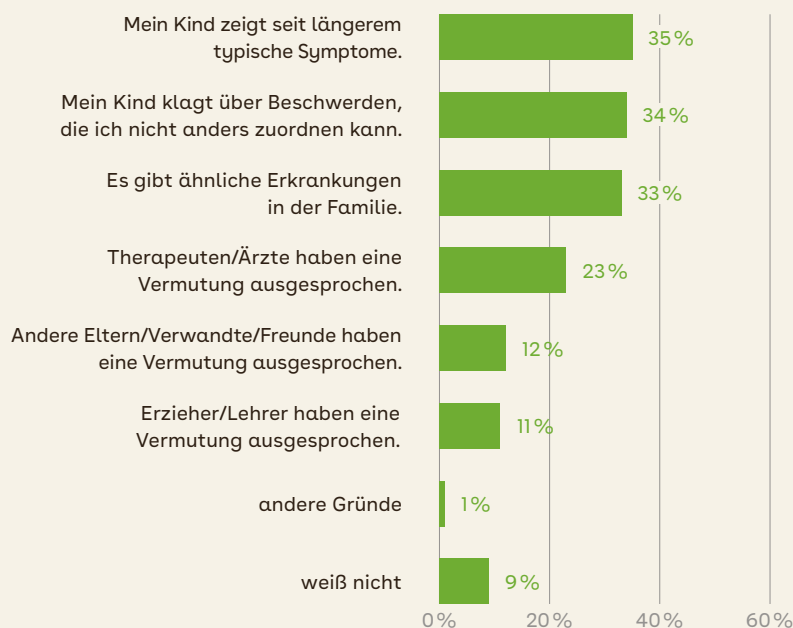
Da insbesondere für die Kinder, für die ihre Eltern eine vermutete Nahrungsmittelallergie bzw. -unverträglichkeit angeben, stärker auffällige Ergebnisse zu möglichen Einflussfaktoren und den Lebensstil betreffend berichtet werden konnten, ist der folgende Blick auf den elterlichen Umgang mit Vermutungen von besonderem Interesse.

Der Umgang der Eltern mit Krankheitsvermutungen fügt sich in das bereits in der Einleitung und im Exkurs zur Einordnung der Ergebnisse in Studien zur Kinder- und Jugendgesundheit beschriebene Bild ein: Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten gehören zu den Erkrankungen, bei denen Beschwerden häufig wahrgenommen und entsprechende Vermutungen gebildet werden, ohne dass diese zwangsläufig in eine medizinisch bestätigten Diagnose münden. Eltern, die eine Nahrungsmittelallergie oder -unverträglichkeit bei ihrem Kind

vermuten, führen diese Vermutung im Kern auf drei Gründe zurück: Das Kind zeigt seit längerem typische Symptome (35%), es klagt über Beschwerden, welche die Eltern nicht anders zuordnen können (34%) und in der Familie gibt es ähnliche Erkrankungen (33%; **s. Abb. 7.6.9**). Insbesondere das Klagen über Beschwerden wird durch die Eltern deutlich häufiger berichtet als im Durchschnitt aller chronischen Erkrankungen (19%, **s. Abb. 6.2.12** in Kapitel 6.2). Dabei zeigen sich auch Unterschiede je nach konkreter Allergie/Unverträglichkeit: Bei Laktoseintoleranz sind Klagen des Kindes über Beschwerden der Hauptgrund für die elterliche Vermutung (48%), ebenso bei einer Glutenunverträglichkeit (41%). Bei einer Nussallergie ist die Vermutung vor allem in der elterlichen Beobachtung von typischen Symptomen begründet (46%).

Abb. 7.6.9: Grund für Vermutung von Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten

Basis: n = 225 (0- bis 17-jährige Kinder, bei denen Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten vermutet werden).



Frage: Weshalb vermuten Sie, dass Ihr Kind Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten haben könnte? (Mehrfachantwort möglich)

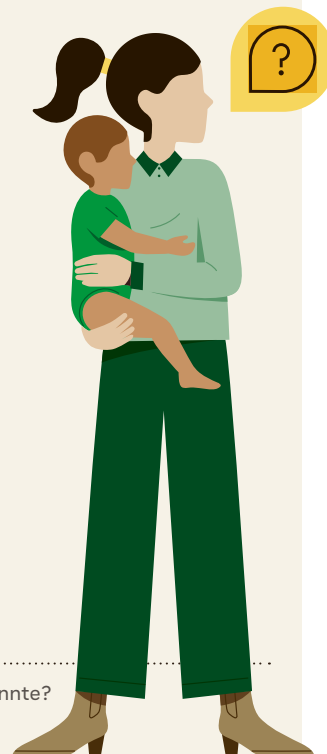
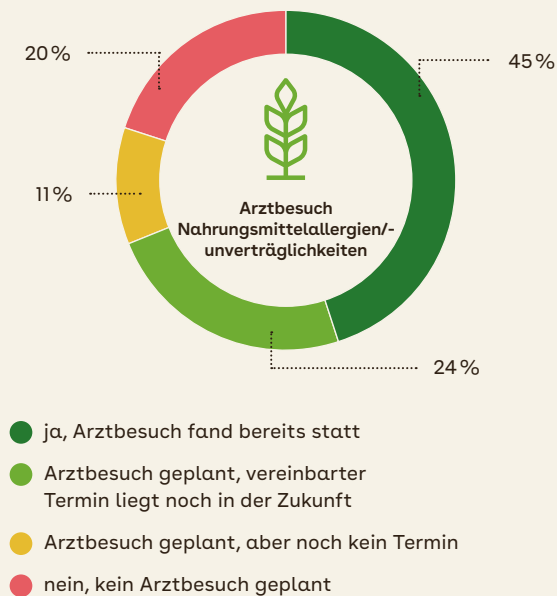


Abb. 7.6.10: Arztbesuch für Vermutung von Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten

Basis: n = 225 (0- bis 17-jährige Kinder, bei denen Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten vermutet werden).

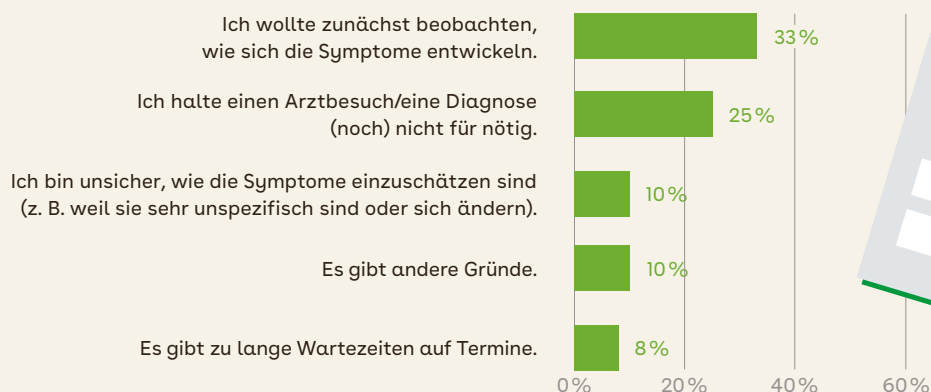


Frage: Haben Sie zur Abklärung der Symptome bereits einen Kinder- oder Facharzt konsultiert, um eine Diagnose zu erhalten?

Gleichzeitig wird deutlich, dass ein Großteil der Eltern bereits eine medizinische Abklärung eingeleitet hat oder plant. In mehr als vier von zehn Fällen fand bereits ein Arztbesuch zur Abklärung statt (45%), dies häufiger bei einer Nussallergie oder Glutenunverträglichkeit (jeweils 52%) und einer Früchte-/Gemüseallergie (50%) als bei einer Laktoseintoleranz (41%). Dieser Nennungsanteil fällt höher aus als der Durchschnittswert für alle im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 behandelten chronischen Erkrankungen (37%, s. Abb. 6.2.13 in Kapitel 6.2). Bei einem weiteren Viertel der Fälle ist ein Arztbesuch zumindest schon terminiert (24%; s. Abb. 7.6.10). Bei jedem fünften Fall hingegen (20%) ist bisher kein Arztbesuch geplant. Häufig begründen die Eltern dies damit, dass sie zunächst beobachten möchten, wie sich die Symptome entwickeln (33%), oder einen Arztbesuch bzw. eine Diagnose aktuell nicht für erforderlich halten (25%; s. Abb. 7.6.11).

Abb. 7.6.11: Häufigste Gründe gegen einen Arzttermin bei Vermutung von Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten

Basis: n = 68 (0- bis 17-jährige Kinder, bei denen Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten vermutet werden, 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)

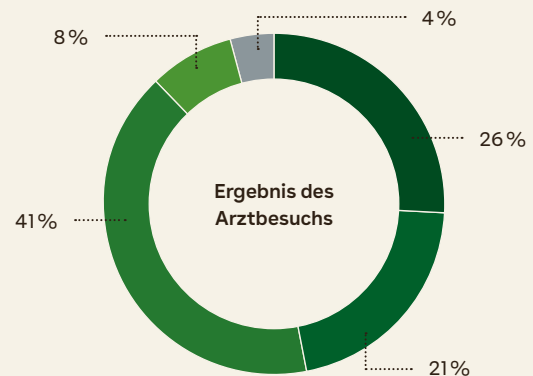
Die Ergebnisse zeigen zudem, dass sich die Vermutung im Rahmen bereits erfolgter Arztbesuche nicht immer diagnostisch bestätigt. Etwa jeder vierte Arztbesuch (26 %) führte zu diesem Ergebnis. Dieser Wert liegt knapp unterhalb des berichteten Durchschnitts aller vermuteten chronischen Erkrankungen (29 %; **s. Abb. 6.2.15** in Kapitel 6.2). Gleichzeitig befanden sich bei 41 Prozent der betroffenen Kinder die Untersuchungen noch im Gange (**s. Abb. 7.6.12**). Dieser Befund passt zu den im Exkurs (Einordnung der Ergebnisse in Studien zur Kinder- und Jugendgesundheit) dargestellten Studien, die ebenfalls auf eine deutlich höhere Zahl elterlicher Vermutungen als tatsächlich bestätigter Erkrankungen hinweisen. Die Ergebnisse sprechen damit weniger für Fehleinschätzungen der Eltern als vielmehr für die besondere Schwierigkeit, Beschwerden und Symptome im Bereich der Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten zuverlässig einzuordnen.

Eine wichtige Rolle spielt in diesem Zusammenhang die Informationssuche. Eltern mit einer Krankheitsvermutung haben für Informationen zu einer möglichen Erkrankung ihres Kindes insbesondere Online-Suchportale (30 %), KI (24 %) oder die Krankenkasse (21 %) genutzt, aber auch Öffentliche Institutionen (18 %) und Soziale Medien (17 %) spielen bei der Informationssuche im Fall einer Krankheitsvermutung eine nennenswerte Rolle (**s. Abb. 7.6.13**). Die Nutzung von Online-Suchportalen und von KI erfolgt vergleichsweise häufiger als im Durchschnitt aller im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 abgefragten chronischen Erkrankungen (24 % bzw. 19 %, **s. Abb. 6.2.16** in Kapitel 6.2).

Zusammen mit den zuvor berichteten erhöhten Vertrauens- und Nutzungswerten digitaler Informationsquellen unterstreicht dies den hohen Informations- und Orientierungsbedarf in einer Phase, in der Beschwerden bereits wahrgenommen werden, eine diagnostische Einordnung jedoch noch aussteht. Umso wichtiger erscheinen eine gute allgemeine Gesundheitskompetenz der Eltern sowie Informationsangebote, die Eltern dabei unterstützen, Symptome angemessen einzuordnen und den Zeitpunkt einer ärztlichen Abklärung besser einschätzen zu können.

Abb. 7.6.12:
Ergebnis des Arztbesuchs bei Vermutung von Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten

Basis: n = 102 (0- bis 17-jährige Kinder, bei denen Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten vermutet werden und ein Arztbesuch stattfand).

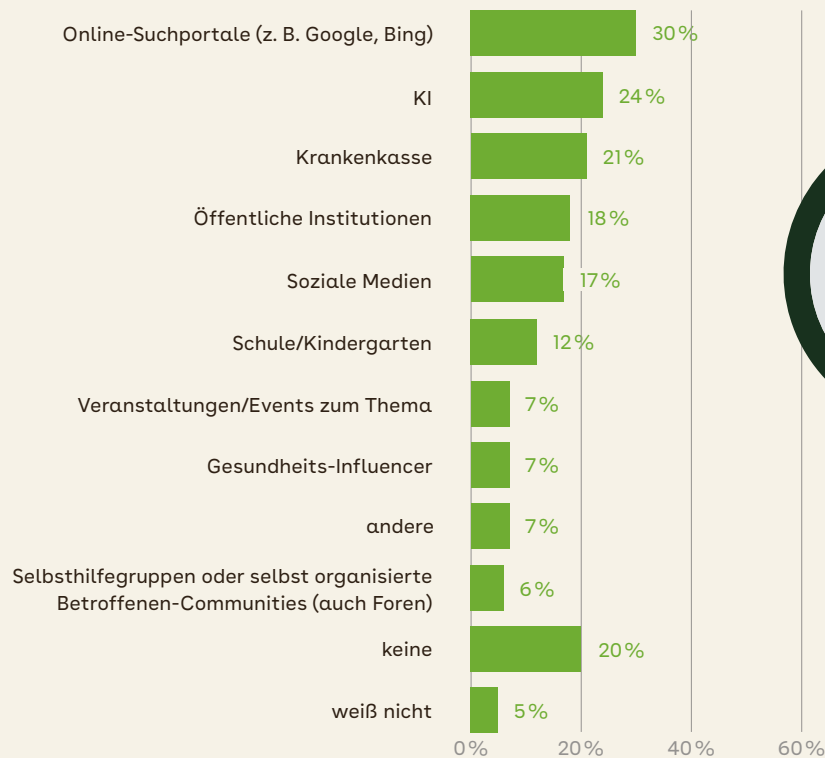


- Die Krankheitsvermutung wurde durch den Arzt nicht über eine medizinische Diagnose bestätigt.
- Eine medizinische Diagnose war nicht möglich, z. B. weil das Kind noch zu jung ist oder beim Arztbesuch keine Symptome zeigte.
- Die Untersuchungen laufen noch, die Diagnostik ist noch nicht abgeschlossen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

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

Abb. 7.6.13: Verwendete Informationsquellen bei Vermutung von Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten

Basis: n = 225 (0- bis 17-jährige Kinder, bei denen Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten vermutet werden).



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? (Mehrfachantwort möglich)

Die Ergebnisse zeigen, dass Eltern Vermutungen zu Nahrungsmittelallergien bzw. -unverträglichkeiten vor allem auf länger beobachtete Symptome, nicht eindeutig zuordenbare Beschwerden und ähnliche Erkrankungen in der Familie stützen. Ein Großteil der Eltern hat bereits eine ärztliche Abklärung eingeleitet oder plant diese; zugleich dauern viele Untersuchungen noch an oder führen nicht zu einer bestätigten Diagnose. Dies kann auf Schwierigkeiten bei der zuverlässigen Einordnung von Beschwerden hindeuten. Gleichzeitig nutzen

Eltern, wie bei vielen weiteren betrachteten Krankheitsvermutungen, vergleichsweise häufig digitale Informationsquellen wie Online-Suchportale und KI. Die Befunde weisen damit auf einen hohen Informations- und Orientierungsbedarf hin. Umso wichtiger sind verlässliche Informationsangebote und eine gute allgemeine Gesundheitskompetenz der Eltern, um Beschwerden angemessen einzuschätzen und den Bedarf einer ärztlichen Abklärung besser beurteilen zu können.

Gesundheit der Kinder mit Nahrungsmittelallergie bzw. -unverträglichkeit

Um die gesundheitliche Situation von Kindern mit chronischen Erkrankungen differenziert einzuordnen, werden neben dem subjektiven Gesundheitszustand auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität (KIDSCREEN-10) und psychosomatische Beschwerden (HBSC) betrachtet. Während der subjektive Gesundheitszustand eine übergreifende elterliche Einschätzung abbildet, ergänzen KIDSCREEN-10 und HBSC diese Perspektive um Aspekte des Wohlbefindens, der psychischen Belastung und der Alltagsbeschwerden.

Bei einer diagnostizierten Nahrungsmittelallergie bzw. -unverträglichkeit ihres Kindes berichten die Eltern in 37 Prozent der Fälle von einem *sehr guten* subjektiven Gesundheitszustand ihres Kindes und in 51 Prozent der Fälle von einem *guten* Gesundheitszustand. In 12 Prozent der Fälle wird dieser als nur *mittelmäßig* beurteilt (**s. Abb. 7.6.14**). Liegt eine Krankheitsvermutung vor, liegt der Anteil der Kinder mit *sehr gutem* Gesundheitszustand bei 50 Prozent (signifikant höher als bei Diagnose), in 39 Prozent der Fälle ist der Gesundheitszustand *gut* (signifikant niedriger als bei Diagnose), in elf Prozent der Fälle nach Elternangaben nur *mittelmäßig*. Liegt weder eine Diagnose noch eine Vermutung vor, belaufen sich diese Anteile auf 58 Prozent (zu beiden Vergleichsgruppen signifikant), 38 Prozent (signifikant niedriger als bei Diagnose) bzw. vier Prozent (ebenfalls jeweils signifikant). Das heißt: Beim subjektiven Gesundheitszustand zeigen sich Einschränkungen vor allem bei Kindern mit diagnostizierter Nahrungsmittelallergie bzw. -unverträglichkeit, während Kinder mit Krankheitsvermutung von ihren Eltern noch deutlich häufiger als sehr gesund beschrieben werden.

Zum allgemeinen Vergleich: Der Anteil der Kinder mit *sehr gutem* subjektiven Gesundheitszustand liegt bei einer diagnostizierten Nahrungsmittelallergie oder -unverträglichkeit deutlich unter dem Vergleichswert aller Kinder mit mindestens einer diagnostizierten chronischen Erkrankung (37 % vs. 45 %); bei einer Krankheitsvermutung entspricht er dagegen nahezu dem Vergleichswert aller Kinder mit mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung (50 % vs. 49 %).

Vergleichsweise stärkere Unterschiede zeigen sich bei den sensibleren Indikatoren des Wohlbefindens und der psychosozialen Belastung. So fällt die von den Eltern eingeschätzte gesundheitsbezogene

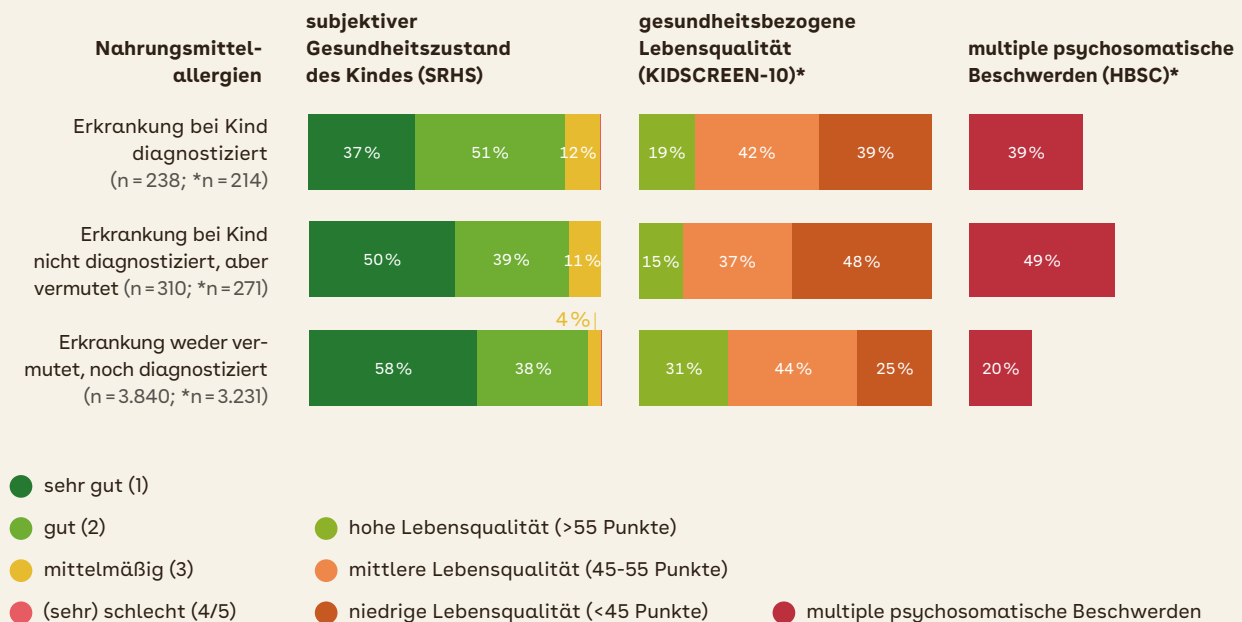
Lebensqualität (auf Basis des KIDSCREEN-10) bei Kindern mit einer vermuteten Nahrungsmittelallergie bzw. -unverträglichkeit am kritischsten aus: 48 Prozent der Eltern schätzen die Lebensqualität ihres Kindes als niedrig ein, lediglich 15 Prozent bewerten sie als hoch (**s. Abb. 7.6.14**). Ist die Erkrankung diagnostiziert, geben signifikant weniger Eltern eine niedrige Lebensqualität ihres Kindes an (39 %), der Anteil für hohe Lebensqualität liegt bei 19 Prozent. Ohne Diagnose oder Vermutung bewerten jedoch signifikant weniger Eltern (nur 25 %) die Lebensqualität ihres Kindes als niedrig und fast ein Drittel als hoch (31 %; signifikant höher als bei Diagnose oder Vermutung).

Im Vergleich zu Kindern mit mindestens einer diagnostizierten chronischen Erkrankung insgesamt fällt der Anteil mit niedriger gesundheitsbezogener Lebensqualität bei diagnostizierter Nahrungsmittelallergie oder -unverträglichkeit nicht erhöht aus (39 % vs. 39 %). Anders zeigt sich dies bei Krankheitsvermutungen: Hier liegt der Anteil mit niedriger Lebensqualität über dem Vergleichswert aller Kinder mit mindestens einer vermuteten chronischen Erkrankung (48 % vs. 43 %). Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten sind damit vor allem bei elterlicher Vermutung mit einer überdurchschnittlich häufig berichteten niedrigen gesundheitsbezogenen Lebensqualität verbunden. Dieses Muster unterscheidet Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten von anderen im Rahmen der Studie betrachteten Erkrankungen.

Bei den einzelnen Indikatoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigen sich bei Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten insgesamt keine besonders ausgeprägten Auffälligkeiten. Bei einer Diagnose liegen die Werte meist relativ nah an denen von Kindern ohne Diagnose oder Vermutung. Kritischer fallen die Einschätzungen dagegen bei Krankheitsvermutungen aus. Dies zeigt sich insbesondere daran, ob das Kind *oft* bzw. *immer* gut aufpassen konnte (Diagnose: 76 %, Vermutung: 65 %, ohne Diagnose/Vermutung: 80 %), ob es sich fit und wohl gefühlt hat (81 % vs. 72 % vs. 87 %), ob es mit seinen Freundinnen und Freunden Spaß gehabt hat (79 % vs. 71 % vs. 84 %) oder ob es in seiner Freizeit die Dinge machen konnte, die es tun wollte (82 % vs. 74 % vs. 88 %; **s. Abb. 7.6.15**). Damit wird vor allem sichtbar, dass Krankheitsvermutungen bei Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten häufiger mit Einschränkungen des Wohlbefindens einhergehen als Diagnosen; ein besonders ausgeprägtes Belastungsprofil im Vergleich zu anderen Erkrankungen ergibt sich daraus jedoch nicht.

Abb. 7.6.14: Subjektiver Gesundheitszustand, gesundheitsbezogene Lebensqualität und multiple psychosomatische Beschwerden des Kindes bei Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne diese

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder, ***Basis:** 3- 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?

Auch im Hinblick auf die berichteten Häufigkeiten multipler psychosomatischer Beschwerden scheinen Kinder mit Krankheitsvermutungen gesundheitlich belasteter: Ist eine Erkrankung weder diagnostiziert noch vermutet, liegt dieser Anteil unter den Kindern nach Angabe der Eltern bei 20 Prozent. Im Fall einer durch die Eltern berichteten Diagnose einer Nahrungsmittelallergie oder -unverträglichkeit liegt dieser Anteil bei 39 Prozent, im Fall einer Krankheitsvermutung liegt er mit 49 Prozent jedoch signifikant darüber (**s. Abb. 7.6.14**). Diese Nennungsanteile liegen im Fall einer Diagnose vergleichbar zum Durchschnittswert für alle Kinder und Jugendlichen mit mindestens einer Diagnose (36 %), im Fall einer Vermutung jedoch deutlich darüber (38 %). Auch im konkreten Vergleich mit anderen Erkrankungen wird die Besonderheit von Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten sichtbar: So findet sich die Konstellation eines im Fall einer Diagnose (39 %) signifikant geringeren Nennungsanteils für multiple psychosomatische Beschwerden im Vergleich zu

einer Krankheitsvermutung (49 %) weder bei psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörungen (70 % vs. 64 %), noch bei Adipositas (59 % vs. 48 %) oder ADHS (56 % vs. 51 %). Lediglich bei Entwicklungsstörungen sind die Nennungsanteile bei Diagnosen und Vermutungen identisch (jeweils 49 %).

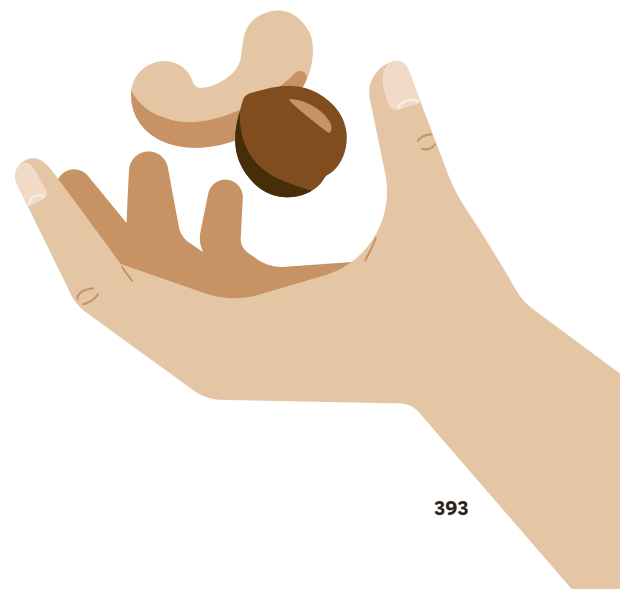
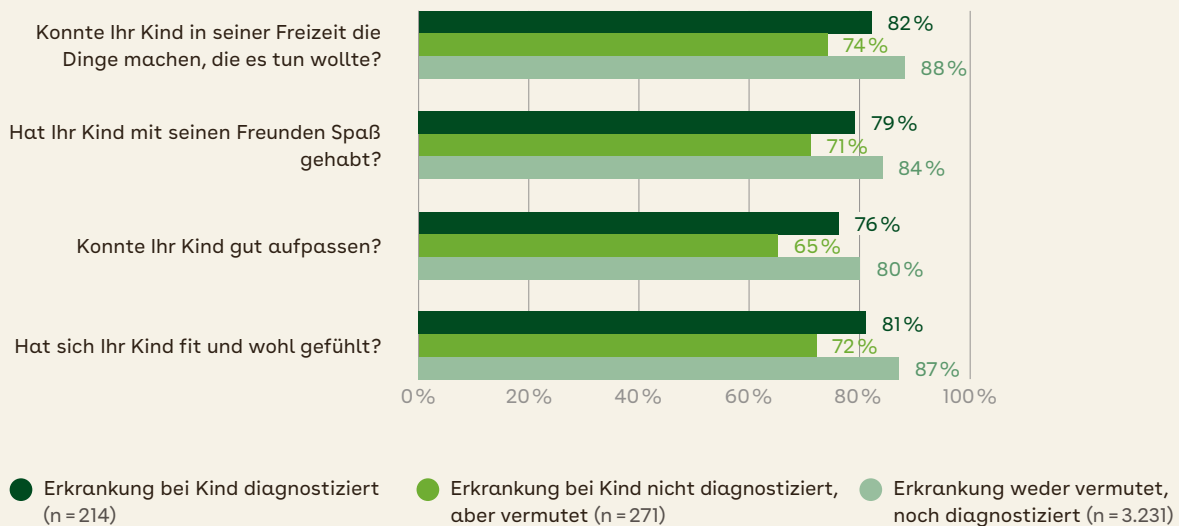


Abb. 7.6.15: Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne diese

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *immer + oft*. Basis: 3- bis 17-jährige Kinder.



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

Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten gehen nach Angaben der Eltern häufiger mit konkreten Beschwerden einher als dies bei Kindern ohne Diagnose oder Vermutung der Fall ist. Die Nennungsanteile für Kinder mit Diagnose oder Vermutung liegen bei mehreren Beschwerden deutlich höher als in der Vergleichsgruppe ohne Diagnose oder Vermutung. Im Vergleich zu anderen chronischen Erkrankungen zeigt sich jedoch überwiegend kein spezifisches Beschwerdepotential. Die Werte liegen zwar häufig über dem Durchschnitt aller Kinder mit mindestens einer Diagnose oder Vermutung, bleiben aber deutlich unter den besonders hohen Belastungswerten etwa bei Adipositas oder psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörungen. Eine Ausnahme bilden Bauchschmerzen: Bei vermuteter Nahrungsmittelallergie oder -unverträglichkeit werden sie mit 14 Prozent vergleichsweise häufig berichtet und erreichen damit ein Niveau, das eher den stärker belasteten Erkrankungen entspricht (s. Abb. 7.6.16). Auch Kopfschmerzen und Einschlafschwierigkeiten liegen über dem Durchschnitt, ohne jedoch ein ähnlich spezifisches Profil zu zeigen.

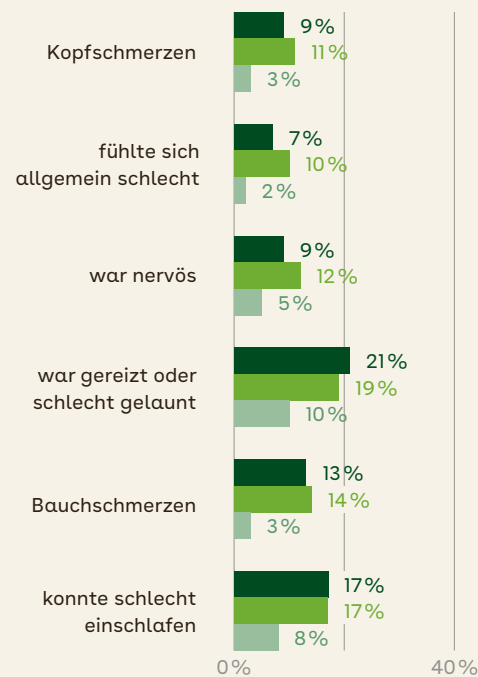
Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten mit gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen verbunden sind, jedoch je nach Diagnose- oder Vermutungsstatus unterschiedlich. Beim subjektiven Gesundheitszustand zeigen sich Einschränkungen vor allem bei einer Diagnose. Bei gesundheitsbezogener Lebensqualität und multiplen psychosomatischen Beschwerden fallen dagegen Krankheitsvermutungen kritischer aus als Diagnosen. Auch einzelne Indikatoren des Wohlbefindens sind vor allem bei Vermutungen eingeschränkt, ohne dass sich insgesamt ein besonders starkes Belastungsprofil im Erkrankungsvergleich zeigt.

Auffällig ist damit weniger die Höhe einzelner Belastungswerte als das Muster: Bei Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten treten stärkere Belastungen häufig bereits bei elterlicher Vermutung hervor, insbesondere bei Bauchschmerzen, Kopfschmerzen und Nervosität.

Abb. 7.6.16: Psychosomatische Beschwerden bei Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten nach Diagnose, Vermutung bzw. ohne diese

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *mehrmals pro Woche + (fast) täglich*.

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder.



- Erkrankung bei Kind diagnostiziert (n = 214)
- Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet (n = 271)
- Erkrankung weder vermutet, noch diagnostiziert (n = 3.231)

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

Krankheitsbezogene Belastung von Kindern und Eltern

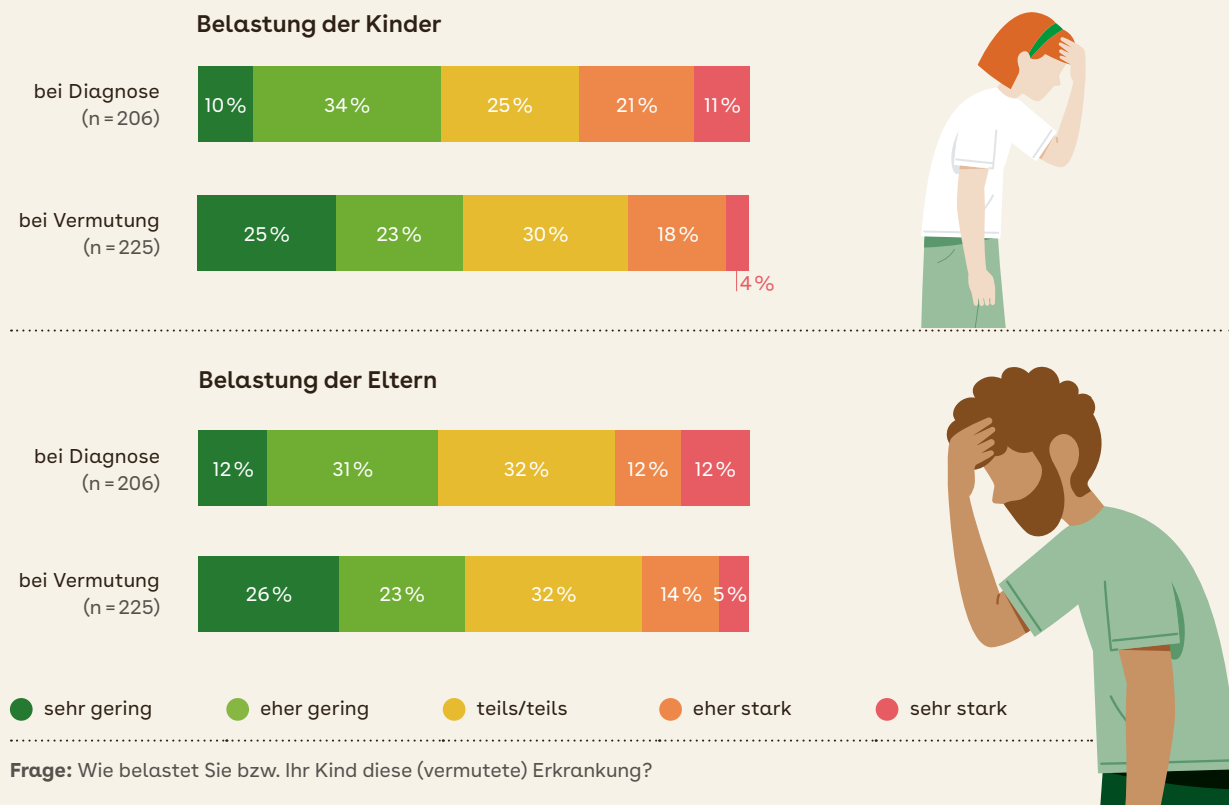
Im Vergleich zu anderen im Rahmen der vorliegenden Studie betrachteten diagnostizierten oder vermuteten Erkrankungen berichten die Eltern im Fall von Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten seltener von krankheitsbezogenen Belastungen von Kindern und Eltern. Ein Drittel der befragten Eltern gibt eine *sehr* bzw. *eher starke* Belastung für das Kind an, wenn eine Nahrungsmittelallergie oder -unverträglichkeit diagnostiziert ist (32%; s. Abb. 7.6.17). Dieser Anteil liegt um zehn Prozentpunkte signifikant niedriger, wenn eine Nahrungsmittelallergie oder -unverträglichkeit bisher nur vermutet wird (22%). Diese Belastungen liegen deutlich unterhalb der durch die Eltern für ihr Kind berichteten Belastung im Fall psychischer Erkrankungen, Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörungen oder einer Adipositas und entsprechen in etwa dem Niveau aller im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 betrachteten chronischen Erkrankungen. Die durch die Eltern selbst berichtete eigene Belastung im Fall einer Krankheitsdiagnose oder -vermutung bei ihrem Kind fällt vergleichsweise geringer aus als die der Kinder (bei Diagnose 24% vs. bei Vermutung 19%). Auch hier liegen die Anteile bei anderen im AOK-Kindergesundheitsatlas 2026 betrachteten chronischen Erkrankungen, wie bspw. psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörungen oder Adipositas, deutlich höher.

Bei Betrachtung konkreter Nahrungsmittelallergien bzw. -unverträglichkeiten zeigen sich hohe Belastungen insbesondere bei Laktoseintoleranz und Nussallergie. Im Fall einer diagnostizierten Laktoseintoleranz berichten 42 Prozent der Eltern von einer starken Belastung ihres Kindes (bei Vermutung: 27%), bei einer diagnostizierten Nussallergie sind es jeweils 44 Prozent. Auch die Belastung der Eltern fällt bei diesen Erkrankungen hoch aus, insbesondere bei Nussallergien (33% Diagnose bzw. 43% Vermutung).



Abb. 7.6.17: Belastung von Kindern und Eltern durch diagnostizierte oder vermutete Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten der Kinder

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder, bei denen Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten diagnostiziert sind oder vermutet werden.



Krankheitsbezogene Sorgen der Eltern und Unterstützungsempfinden

Im Vergleich zu anderen im Rahmen der vorliegenden Studie betrachteten diagnostizierten oder vermuteten Erkrankungen berichten die Eltern im Fall von Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten seltener von wahrgenommenen Sorgen oder Unterstützungsdefiziten.

Besonders häufige Sorgen sind dabei im Fall einer vorliegenden Diagnose oder Vermutung, dass sich die (vermutete) Erkrankung des Kindes verschlimmern könnte (Anteile von *stimme voll* bzw. *eher zu*: bei Diagnose 29 %, bei Vermutung: 31 %) oder aus der (vermuteten) Erkrankung dauerhafte Beeinträchtigungen für das Kind entstehen könnten (24 % vs. 28%; **s. Abb. 7.6.18**). Zudem gibt auch ein relevanter Teil der Eltern an, dass die (vermutete) Erkrankung den Alltag der Familie beeinträchtigt, z. B. durch erhöhte Aufwände

einer angemessenen Ernährung (29 % vs. 21 %). In vergleichsweise erhöhtem Umfang trifft dies auf die Kinder zu, für die ihre Eltern von einer Nussallergie (Diagnose 31 % vs. Vermutung 34 %) berichten.

Auch der Aussage, dass ihr Kind an bestimmten Aktivitäten nicht teilnehmen kann, weil seine Bedürfnisse aufgrund der (vermuteten) Erkrankung nicht ausreichend berücksichtigt werden, *stimmen* relevante Anteile der Eltern *voll* oder *eher zu* (19 % vs. 15 %), vor allem dann, wenn eine Nussallergie (24 % vs. 39 %) berichtet wird.

Drei Viertel der befragten Eltern wissen im Fall einer vorliegenden Diagnose einer Nahrungsmittelallergie oder -unverträglichkeit genau, an wen bzw. wohin sie sich in Bezug auf eine bestmögliche gesundheitliche Versorgung ihres Kindes wenden können (Nennungsanteil mit *stimme voll* bzw. *eher zu* 78 %; **s. Abb. 7.6.19**). Dieser Anteil fällt bei Eltern, die bisher nur eine Krankheitsvermutung bei ihrem Kind äußern, signifikant geringer aus (67 %), was auf ein mögliches Potenzial

hinsichtlich einer Unterstützung bei Orientierung und Navigation hindeutet. Auf Ebene einzelner konkreter Diagnosen wird deutlich, dass der Anteil gut informierter Eltern mit Krankheitsvermutung im Fall einer Laktoseintoleranz (74 %) oder Früchte-/Gemüseallergie (78 %) höher liegt als etwa bei Vermutung einer Nussallergie, Fruktoseintoleranz oder Glutenunverträglichkeit (alle jeweils 62 %). Auch sind sich nur 80 Prozent der Eltern (bei Diagnose) und 71 Prozent der Eltern (bei Vermutung) sicher, dass ihr Kind die bestmögliche gesundheitliche Versorgung erhält, die es benötigt.

Für alle abgefragten Unterstützungsempfindungen wird deutlich, dass relevante Anteile der Eltern diesen nur eingeschränkt oder nicht zustimmen. So zeigen die Antworten auf die Aussage, dass es im Umfeld der Eltern Menschen gibt, mit denen sie offen über die (vermutete) Erkrankung ihres Kindes sprechen können (Nennungsanteil mit *stimme voll* bzw. *eher zu* bei Diagnose 75 % bzw. bei Vermutung 71 %), dass nicht alle Familien über entsprechende Austausch- und Unterstützungsmöglichkeiten verfügen. Die Ergebnisse verweisen damit auf Unterstützungs- und Vernetzungsbedarfe, die über die medizinische Versorgung hinausgehen und beispielsweise durch Informations-,

Beratungs- oder Austauschangebote adressiert werden können. Dieser Befund fügt sich in die bereits in den vorangegangenen Kapiteln erkennbare Situation vieler Familien mit Krankheitsvermutung(en) ein: Obwohl die gesundheitlichen Belastungen insgesamt geringer ausfallen als bei vielen anderen chronischen Erkrankungen, besteht häufig Unsicherheit hinsichtlich der Einordnung von Beschwerden, möglicher Auslöser und des angemessenen Umgangs damit.

Ähnliches zeigt sich hinsichtlich der Zustimmung der Eltern dazu, dass ihr Kind mit seiner (vermuteten) Erkrankung in Schule oder Kindergarten gut aufgehoben ist. Hier *stimmen* 70 Prozent der Eltern mit vorliegender Diagnose und 64 Prozent der Eltern mit Krankheitsvermutung *voll* oder *eher zu*. Umgekehrt äußert damit rund ein Drittel der Eltern zumindest teilweise Zweifel daran, dass die Bedürfnisse ihres Kindes im Alltag von Bildungs- und Betreuungseinrichtungen ausreichend berücksichtigt werden (30 % bzw. 36 % Nennungsanteil mit *teils/teils* bis *stimme überhaupt nicht zu*). Auch dies unterstreicht die Bedeutung von Orientierung, Kommunikation und Unterstützung im direkten Lebensumfeld der betroffenen Familien.

Abb. 7.6.18: Sorgen bei Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten nach Diagnose und Vermutung

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *stimme voll zu* + *stimme eher zu*.

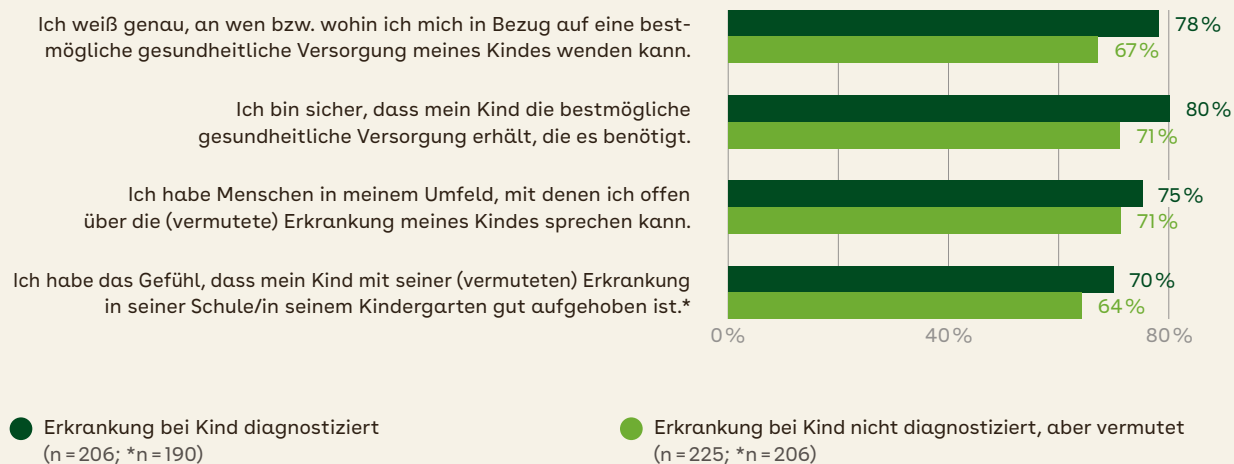
Basis: 0- bis 17-jährige Kinder, bei denen Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten diagnostiziert sind oder vermutet werden.



Frage: Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

Abb. 7.6.19: Unterstützungssituation bei Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten nach Diagnose und Vermutung

Dargestellt werden die kombinierten Antwortoptionen *stimme voll zu* + *stimme eher zu*. **Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder, bei denen Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten diagnostiziert sind oder vermutet werden; ***reduzierte Basis:** Nur, wenn Kind zusätzlich Kindergarten, (Vor-)Schule oder Berufsschule besucht.



Frage: Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

Im Vergleich zu anderen chronischen Erkrankungen fallen die Sorgen und Unterstützungsbedarfe der Eltern bei Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten zwar insgesamt geringer aus – gleichwohl berichtet ein relevanter Teil der Eltern von Sorgen hinsichtlich einer möglichen Verschlimmerung der Erkrankung, langfristiger Folgen sowie von Belastungen im Familienalltag und Einschränkungen der Teilhabe ihrer Kinder. Dabei zeigen sich zwischen einzelnen Diagnosen – etwa Laktoseintoleranz oder Nussallergie – deutliche Unterschiede, was die Notwendigkeit eines differenzierten Informations- und Unterstützungsangebotes für konkrete Krankheitsbilder unter dem Oberbegriff der Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten unterstreicht.





Fazit: Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten gehören zu den häufigen gesundheitlichen Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter. Die Ergebnisse zeigen, dass Eltern entsprechende Erkrankungen häufiger vermuten, als ärztlich diagnostiziert werden und dass sich hinter dem Oberbegriff sehr unterschiedliche Krankheitsbilder mit jeweils eigenen Belastungs- und Unterstützungsbedarfen verbergen. Besonders auffällig ist die Gruppe der Kinder mit Krankheitsvermutung: Sie weist häufiger Auffälligkeiten im Ernährungsverhalten auf und für sie wird eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität und häufiger multiple psychosomatische Beschwerden berichtet. Gleichzeitig zeigen ihre Eltern einen erhöhten Informations- und Orientierungsbedarf und nutzen digitale Informationsquellen besonders häufig. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung einer frühzeitigen diagnostischen Einordnung sowie verlässlicher Informations- und Unterstützungsangebote.