

AOK-Familienstudie 2022

Eine Befragung von Eltern mit Kindern im Alter
von 4 bis 14 Jahren



STUDIEN
BERICHT

Autoren

Iris an der Heiden
Jannis Bernhard
Dr. Richard Ochmann
IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Wissenschaftliche Begleitung

Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberger
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Dr. med. Lisa Pörtner
Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit

Kristine Sörensen, PhD
Global Health Literacy Academy

Prof. Dr. med. Kai Kolpatzik, MPH, EMPH
AOK-Bundesverband, Abteilung Prävention

Verantwortliche des AOK-Bundesverbandes

Anke Tempelmann
Julia Sieland
Prof. Dr. med. Kai Kolpatzik
AOK-Bundesverband, Abteilung Prävention

Bericht

für den AOK-Bundesverband

Berlin, 22. Februar 2023

Inhalt

1.	Hintergrund, Zielsetzung und Berichtsaufbau	16
1.1	Hintergrund und Zielsetzung	16
1.2	Berichtsaufbau	18
2.	Methodisches Vorgehen	19
2.1	Design der Stichprobe	19
2.2	Fragebogenentwicklung	20
2.3	Zentrale Analysekonzepte	20
2.3.1	Vulnerable Familien	20
2.3.2	Kindergesundheit	23
2.3.3	Gesunde und nachhaltige Ernährung	23
2.4	Durchführung der Befragung	25
2.4.1	Pretest und Programmierung	25
2.4.2	Bevölkerungsrepräsentatives Onlinepanel	25
2.5	Datenauswertung	26
2.5.1	Auswertungen der Befragungsdaten	26
2.5.2	Erstellung und Auswertung von Zeitreihendaten	27
2.5.3	Bundeslandspezifische Auswertungen	27
3.	Beschreibung der Stichprobe	28
3.1	Alle Familien	28
3.1.1	Soziodemografische Merkmale	28
3.1.2	Haushaltskontext und Betreuung der Kinder	29
3.1.3	Erwerbstätigkeit und Einkommen	30
3.1.4	Sozioökonomischer Status (SES)	32
3.1.5	Armutsrisiko	32
3.1.6	Region	33
3.2	Vulnerable Familien	35
3.2.1	Niedriger sozioökonomischer Status	35
3.2.2	Alleinerziehende	37
3.2.3	Kinder mit chronischer Erkrankung oder Behinderung	39
3.2.4	Migrationshintergrund	41
4.	Gesundheit	44
4.1	Gesundheit der Kinder	44
4.1.1	Gesundheitszustand im Allgemeinen, Krankheitslast und BMI	44
4.1.2	Generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität	47
4.1.3	Gesundheitliche Beschwerden und psychische Beschwerdelast	50
4.2	Gesundheit der Eltern	54
4.2.1	Gesundheitszustand im Allgemeinen und BMI	54
4.2.2	Belastungsfaktoren	59
4.2.3	Gesundheitliche Einschränkungen	62
4.3	Gesundheits- und Risikoverhalten	64
4.3.1	Gesundheits- und Risikoverhalten der Kinder	64
4.3.2	Gesundheits- und Risikoverhalten der Eltern	73

4.3.3	Gesundheitsverhalten der Familien	80
4.4	Situation von vulnerablen Familien	83
4.4.1	Familien mit niedrigem SES	83
4.4.2	Alleinerziehende	84
4.4.3	Kinder mit chronischer Erkrankung oder Behinderung	84
4.4.4	Migrationsstatus	85
5.	Familienleben und -alltag	86
5.1	Zufriedenheit mit dem Familienleben	86
5.2	Tagesablauf und Herausforderungen	92
5.3	Feste Gewohnheiten im Familienalltag	103
5.4	Beziehung zum Kind und Elternrolle	106
5.5	Vereinbarkeit von Familie und Beruf	110
5.6	Situation von vulnerablen Familien	119
5.6.1	Familien mit niedrigem SES	119
5.6.2	Alleinerziehende Familien	121
5.6.3	Kinder mit chronischer Erkrankung oder Behinderung	122
5.6.4	Migrationsstatus	124
6.	Zukunft und Krisen	125
6.1	Zukunft	125
6.2	Krisen	128
6.2.1	Sorgen und Belastung durch Krisen	128
6.2.2	Strategien zum Umgang mit Belastungen und Sorgen	129
6.3	Situation von vulnerablen Familien	132
7.	Ernährung	135
7.1	Ernährungskompetenz	135
7.1.1	Gesundheitsstatus und Ernährungskompetenz	138
7.1.2	Familienleben und Ernährungskompetenz	139
7.2	Nachhaltige Ernährung	143
7.2.1	Einstellung	143
7.2.2	Wissen/Fertigkeiten	144
7.2.3	Verhalten	146
7.2.4	Hindernisse	150
7.2.5	Hilfen	152
7.2.6	Gesamtscore Bedeutung nachhaltige Ernährung	155
7.3	Situation von vulnerablen Familien	160
7.3.1	Ernährungskompetenz	160
7.3.2	Nachhaltige Ernährung	162
8.	Multivariate Analysen	167
8.1	Methodisches Vorgehen	167
8.2	Ergebnisse	168
9.	Fazit	170
9.1	Gesundheit	170
9.1.1	Gesundheit der Kinder und Eltern	170

9.1.2	Gesundheits- und Risikoverhalten der Kinder und Eltern	171
9.1.3	Situation von vulnerablen Familien	172
9.2	Familienleben und -alltag	173
9.3	Zukunft und Krisen	176
9.4	Ernährung	176
10.	Handlungsempfehlungen	178
11.	Anhang	180
A1	Auszug aus Variablenliste des Operationshandbuchs	181
	Literaturverzeichnis	183
	Abbildungen	6
	Tabellen	13
	Abkürzungsverzeichnis	14

Abbildungen

Abbildung 1:	Allgemeiner Gesundheitszustand der Kinder (2018 und 2022)	45
Abbildung 2:	Krankheitslast der Kinder (2018 und 2022)	45
Abbildung 3:	BMI der Kinder (2014, 2018 und 2022)	46
Abbildung 4:	Verteilung der Kinder nach KIDSCREEN-Score kategorisiert (2022)	48
Abbildung 5:	Anteil der Kinder mit einem normalen oder hohen KIDSCREEN-Wert nach Bundesland (2022)	49
Abbildung 6:	Psychosomatische Einzelbeschwerden in den letzten 6 Monaten (2022)	51
Abbildung 7:	Multiple psychosomatische Beschwerden nach BMI der Kinder (2022)	52
Abbildung 8:	Häufigkeit von Beschwerden der Kinder innerhalb der letzten sechs Monate (HBSC) (2018, 2022)	52
Abbildung 9:	Anteil der Kinder mit multiplen psychosomatischen Beschwerden nach Bundesland (2022)	53
Abbildung 10:	Allgemeiner Gesundheitszustand der Eltern (2022)	54
Abbildung 11:	Gesundheitszustand der Eltern im Allgemeinen (2022; unterteilt nach Geschlecht des befragten Elternteils)	54
Abbildung 12:	Gesundheitszustand der Eltern im Allgemeinen (2014, 2018 und 2022)	55
Abbildung 13:	BMI der Eltern (2018 und 2022)	56
Abbildung 14:	BMI der Eltern nach Geschlecht (2014, 2018 und 2022)	57
Abbildung 15:	Gesundheitszustand des Kindes nach Gesundheitszustand der Eltern (2022)	57
Abbildung 16:	BMI des Kindes nach BMI der Eltern (2022)	58
Abbildung 17:	Elterliche Belastungsfaktoren: finanzielle, zeitliche, körperliche, psychische oder partnerschaftliche Belastung (2022)	59
Abbildung 18:	Entwicklung starker elterliche Belastungsfaktoren und unzureichendem Gesundheitszustand* (2010, 2014, 2018, 2022)	60
Abbildung 19:	Schwierigkeiten bei der Arbeit oder alltäglichen Tätigkeiten aufgrund körperlicher Gesundheit oder seelischer Probleme bzw. Beeinträchtigung der sozialen Kontakte (2022)	62
Abbildung 20:	Körperliche Aktivität der Kinder pro Woche für mind. 60 Minuten (2022)	64

Abbildung 21:	Körperliche Aktivität pro Woche; Wege zu Fuß zurücklegen (2022)	65
Abbildung 22:	Körperliche Aktivität pro Woche; Wege mit dem Fahrrad/Roller/Laufrad zurücklegen (2022)	65
Abbildung 23:	Körperliche Aktivität pro Woche; Sport (2022)	66
Abbildung 24:	Körperliche Aktivität pro Woche; bewegungsorientiertes Spiel (2022)	66
Abbildung 25:	Schwimmfähigkeit der Kinder (2022)	67
Abbildung 26:	Allgemeiner Gesundheitszustand des Kindes nach Erfüllung der WHO Bewegungsempfehlung (2022)	68
Abbildung 27:	Krankheitslast der Kinder nach WHO-Bewegungsempfehlung (2022)	68
Abbildung 28:	BMI der Kinder nach WHO-Bewegungsempfehlung (2022)	69
Abbildung 29:	KIDSCREEN-Score kategorisiert nach WHO-Bewegungsempfehlung (2022)	69
Abbildung 30:	HBSC-Symptome (multiple psychosomatische Beschwerden) nach WHO-Bewegungsempfehlung (2022)	70
Abbildung 31:	Inanspruchnahme von Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen der Kinder (2022)	71
Abbildung 32:	Inanspruchnahme von Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen der Kinder nach multiplen psychosomatischen Beschwerden (2022)	72
Abbildung 33:	Alltagsbewegung der Eltern nach Geschlecht (2022)	73
Abbildung 34:	Sport an mindestens einem Tag/Woche nach Geschlecht (2022)	74
Abbildung 35:	Gesundheitszustand der Eltern nach Alltagsbewegung an 3 Tagen und mehr/Woche und Sport an mind. einem Tag/Woche (2022)	74
Abbildung 36:	BMI der Eltern nach Alltagsbewegung an 3 Tagen und mehr/Woche und Sport an mindestens einem Tag/Woche (2022)	75
Abbildung 37:	Rauchverhalten der Eltern (2022)	76
Abbildung 38:	Alkoholkonsum der Eltern (2022)	76
Abbildung 39:	Rauchverhalten der Eltern (2014, 2018 und 2022)	77
Abbildung 40:	Alkoholkonsum der Eltern (2014, 2018 und 2022)	77

Abbildung 41:	Alkoholkonsum und Rauchverhalten der Eltern nach Geschlecht (2022)	78
Abbildung 42:	Gesundheitszustand der Eltern im Allgemeinen nach Häufigkeit des Alkoholkonsum (2022)	79
Abbildung 43:	Gesundheitszustand der Eltern im Allgemeinen nach dem Rauchverhalten (2022)	79
Abbildung 44:	Tägliche gemeinsame Bewegung mit dem Kind (2018 und 2022)	81
Abbildung 45:	Gemeinsame körperliche Eltern-Kind-Aktivitäten (Wege zu Fuß zurücklegen; Wege mit dem Fahrrad zurücklegen; Sport; bewegungsorientiertes Spiel) (2022)	81
Abbildung 46:	Zufriedenheit mit dem Familienleben aller Familien und nach Geschlecht der Eltern (2022)	86
Abbildung 47:	Zufriedenheit mit dem Familienleben (2022)	87
Abbildung 48:	Zufriedenheit mit dem Familienleben nach Gesundheitsstatus der Kinder und Eltern (2022)	88
Abbildung 49:	Zufriedenheit mit dem Familienleben nach elterlichen Belastungsfaktoren (2022)	89
Abbildung 50:	Zufriedenheit mit dem Familienleben nach Alltagsbewegung der Eltern (2022)	89
Abbildung 51:	Zufriedenheit mit dem Familienleben nach Alkoholkonsum der Eltern (2022)	90
Abbildung 52:	Zufriedenheit mit dem Familienleben nach Rauchverhalten der Eltern (2022)	91
Abbildung 53:	Zufriedenheit mit dem Familienleben nach körperlicher Einschränkung der Eltern (2022)	91
Abbildung 54:	Einnahme gemeinsamer Mahlzeiten (2022)	92
Abbildung 55:	Gemeinsames Abendessen nach Alter der Kinder (2022)	92
Abbildung 56:	Einnahme gemeinsamer Mahlzeiten (2014, 2018 und 2022)	93
Abbildung 57:	Zeit mit Kindern nach Alter und Geschlecht der Kinder (2022)	94
Abbildung 58:	Zeit mit Kindern (2014, 2018 und 2022)	95
Abbildung 59:	Durchschnittliche Bildschirmzeit (unter der Woche) nach Alter und Geschlecht der Kinder (2022)	96
Abbildung 60:	Durchschnittliche Bildschirmzeit am Wochenende im Vergleich zu wochentags (2022)	97

Abbildung 61:	Begrenzung der Bildschirmzeit insgesamt und nach Alter (2022)	98
Abbildung 62:	Sicherheit bei Regelungen zum Umgang mit elektronischen Medien (2022)	98
Abbildung 63:	Sicherheit bei Regelungen zum Umgang mit elektronischen Medien (2018 und 2022)	99
Abbildung 64:	Bewältigung des Familienalltags (2022)	100
Abbildung 65:	Fehlende Aspekte, die den Familienalltag erleichtern würden (2022)	101
Abbildung 66:	Besonders schöne Zeit mit Familie (2022)	102
Abbildung 67:	Tägliche Rituale mit Kindern alle Familien und nach Alter und Geschlecht der Kinder (2022)	103
Abbildung 68:	Tägliche Rituale mit Kindern (2014, 2018 und 2022)	104
Abbildung 69:	Feste gemeinsame Regeln mit Kindern aller Familien und nach Alter und Geschlecht der Kinder (2018, 2022)	104
Abbildung 70:	Übernahme bestimmter Haushaltsaufgaben durch Kinder (2018, 2022) und nach Alter	105
Abbildung 71:	Beziehung zum Kind (2018, 2022)	106
Abbildung 72:	Beziehung zum Kind nach Gesundheitsstatus der Eltern (2022)	107
Abbildung 73:	Beziehung zum Kind nach elterlichen Belastungsfaktoren (2022)	107
Abbildung 74:	Beziehung zum Kind nach Gesundheitsstatus der Kinder (2022)	108
Abbildung 75:	Sicherheit in der Rolle als Mutter bzw. Vater (2018, 2022)	108
Abbildung 76:	Situation Arbeitsplatz (2018, 2022)	110
Abbildung 77:	Situation Arbeitsplatz nach Gesundheitsstatus der Eltern (2022)	111
Abbildung 78:	Belastung der Familie durch die Berufstätigkeit (2018, 2022)	112
Abbildung 79:	Auswirkungen der Berufstätigkeit auf familiäre Verpflichtungen nach Berufstätigkeit der Eltern (2022)	112
Abbildung 80:	Vereinbarkeit von Beruf und Familie nach Situation am Arbeitsplatz (2022)	113
Abbildung 81:	Auswirkungen der Berufstätigkeit auf familiäre Verpflichtungen nach elterlichen Belastungsfaktoren (2022)	114

Abbildung 82:	Auswirkungen der Berufstätigkeit auf familiäre Verpflichtungen nach familiären Eltern-Kind-Situationen und Zufriedenheit mit dem Familienleben (2022)	115
Abbildung 83:	Auswirkungen der Berufstätigkeit auf familiäre Verpflichtungen nach Gesundheitsstatus der Eltern (2022)	116
Abbildung 84:	Beeinträchtigung der Berufstätigkeit durch das Privatleben (2018, 2022)	116
Abbildung 85:	Beeinträchtigung Berufstätigkeit nach familiären Eltern-Kind-Situationen und Zufriedenheit mit dem Familienleben (2022)	117
Abbildung 86:	Auswirkungen der familiären Verpflichtungen auf die Berufstätigkeit nach Betreuungssituation der Kinder (2022)	118
Abbildung 87:	Zufriedenheit mit dem Familienleben nach SES der Familien (2022)	119
Abbildung 88:	Beziehung zum Kind nach SES der Familien (2022)	120
Abbildung 89:	Auswirkungen Berufstätigkeit auf familiäre Verpflichtungen nach SES der Familien (2022)	120
Abbildung 90:	Zufriedenheit mit dem Familienleben nach Familienform (2022)	121
Abbildung 91:	Zufriedenheit mit dem Familienleben nach Krankheitslast der Kinder (2022)	122
Abbildung 92:	Beziehung zum Kind nach Krankheitslast der Kinder (2022)	122
Abbildung 93:	Auswirkungen Berufstätigkeit auf familiäre Verpflichtungen nach Krankheitslast der Kinder (2022)	123
Abbildung 94:	Zufriedenheit mit dem Familienleben nach Migrationshintergrund der Familien (2022)	124
Abbildung 95:	Zukunftsoptimismus der Eltern	125
Abbildung 96:	Zukunftsoptimismus der Eltern nach ihrem Gesundheitsstatus	126
Abbildung 97:	Zukunftsoptimismus der Eltern nach Grad ihrer körperlichen Einschränkung (Lebensqualität)	127
Abbildung 98:	Krisenbedingte Sorgen der Eltern	128
Abbildung 99:	Belastung der Eltern durch Krisen	128
Abbildung 100:	Empfundene Belastung durch Krisen nach Gesundheitsstatus der Eltern	129
Abbildung 101:	Umgang mit Krisen nach Gesundheitsstatus der Eltern	130
Abbildung 102:	Umgang der Familien mit Krisen nach Belastungsintensität	131

Abbildung 103: Zukunftsoptimismus der Eltern nach SES	132
Abbildung 104: Empfundene Belastung durch Krisen nach SES	133
Abbildung 105: Umgang der Eltern mit Krisen nach SES	134
Abbildung 106: Ernährungskompetenz der Eltern (2022) im Vergleich zur erwachsenen Bevölkerung (2020)	135
Abbildung 107: Ernährungskompetenz der Eltern: Ergebnisüberblick	136
Abbildung 108: Exzellente und ausreichende Ernährungskompetenz der Eltern nach Bundesland	137
Abbildung 109: Höchster allgemeinbildender Schulabschluss der Eltern nach Ernährungskompetenz	138
Abbildung 110: Gesundheitsstatus Kinder nach Ernährungskompetenz der Eltern	139
Abbildung 111: Besonders schöne Familienzeit nach Ernährungskompetenz	140
Abbildung 112: Gemeinsame Mahlzeiten nach Ernährungskompetenz	141
Abbildung 113: Einstellungen der Familie zu Klima und Ernährung	143
Abbildung 114: Ranking Auswahlkriterien der Familien in Bezug auf die Ernährung	144
Abbildung 115: Einschätzung klimaschädlichstes Lebensmittel	144
Abbildung 116: Wissenstand zur klima- und umweltfreundlicher Ernährung	145
Abbildung 117: Veränderung des Essverhaltens der Familien aufgrund der Klimakrise	146
Abbildung 118: Einkaufsverhalten zur klima- und umweltfreundliche Ernährung	146
Abbildung 119: Fleischkonsum der Familien	147
Abbildung 120: Ernährungsformen in den Familien (Eltern, Kinder)	148
Abbildung 121: Häufigkeit des Fleischkonsums nach höchstem allgemeinbildenden Schulabschluss der Eltern	148
Abbildung 122: Anteil der Kinder, die fleischreduziert ernährt werden, nach Bundesland (2022)	149
Abbildung 123: Beachtung von umwelt- und klimafreundlicher Ernährung nach elterlichen Belastungsfaktoren (Auswahl)	150
Abbildung 124: Hindernde Einstellungen gegenüber klima- und umweltfreundlicher Ernährung	151
Abbildung 125: Hindernisse klima- und umweltfreundliche Ernährung nach Geschlecht der Eltern	152

Abbildung 126: Informations- und Unterstützungsbedarf zu klima- und umweltfreundlicher Ernährung	153
Abbildung 127: Einstellung zur Kennzeichnung von gesunden Lebensmitteln nach Ernährungskompetenz	154
Abbildung 128: Wichtigkeit von gesunder Schul- bzw. Kitaverpflegung des Kindes nach Ernährungskompetenz	154
Abbildung 129: Gesamtscore Bedeutung nachhaltige Ernährung	155
Abbildung 130: Gesamtscore sehr hohe und hohe Bedeutung nachhaltige Ernährung nach Bundesland	156
Abbildung 131: Gesamtscore Bedeutung nachhaltige Ernährung nach Ernährungskompetenz	157
Abbildung 132: Gesamtscore Bedeutung nachhaltige Ernährung nach täglichem gemeinsamen Abendessen	157
Abbildung 133: Gesamtscore Bedeutung nachhaltige Ernährung nach BMI der Eltern	158
Abbildung 134: Gesamtscore Bedeutung nachhaltige Ernährung nach Sportverhalten der Eltern	158
Abbildung 135: Gesamtscore Bedeutung nachhaltige Ernährung nach Lebensqualität der Kinder (KIDSCREEN)	159
Abbildung 136: Ernährungskompetenz nach sozioökonomischem Status	160
Abbildung 137: Ernährungskompetenz nach Familienform	161
Abbildung 138: Ernährungskompetenz von Familien mit chronisch erkrankten oder behinderten Kindern	161
Abbildung 139: Einstellung zu klima- und umweltfreundlicher Ernährung nach SES	162
Abbildung 140: Wunsch nach klima- und umweltfreundlicher Außer-Haus-Ernährung nach SES	163
Abbildung 141: Vermittlung von Wissen zu klima- und umweltfreundlicher Ernährung in Schule oder Kita nach SES	163
Abbildung 142: Häufigkeit von Fleisch auf dem Esstisch nach SES	164
Abbildung 143: Einschätzung der Klimaschädlichkeit von Lebensmitteln nach SES	164
Abbildung 144: Änderung des Essverhaltens aufgrund der Klimakrise nach SES	165
Abbildung 145: Beachtung der Saisonalität, des biologischen Anbaus und der Regionalität beim Lebensmittelkauf nach SES	166

Tabellen

Tabelle 1:	Stichprobenbeschreibung: soziodemografische Merkmale	28
Tabelle 2:	Stichprobenbeschreibung: Haushaltskontext, Kinderbetreuung	29
Tabelle 3:	Stichprobenbeschreibung: Erwerbstätigkeit und Einkommen	31
Tabelle 4:	Stichprobenbeschreibung: Sozioökonomischer Status (SES)	32
Tabelle 5:	Stichprobenbeschreibung: Region (gewichtet)	34
Tabelle 6:	Stichprobenbeschreibung: Familien mit niedrigem SES	36
Tabelle 7:	Stichprobenbeschreibung: Alleinerziehende	38
Tabelle 8:	Stichprobenbeschreibung: Familien mit Kindern, die eine chronische Erkrankung oder eine Behinderung haben	40
Tabelle 9:	Stichprobenbeschreibung: Familien mit Migrationshintergrund	41
Tabelle 10:	Gesundheitszustandes der Kinder im Allgemeinen nach Alter und Geschlecht (2022)	44
Tabelle 11:	BMI der Kinder nach Alter und Geschlecht (2022)	47
Tabelle 12:	KIDSCREEN-Score kategorisiert nach Alter und Geschlecht der Kinder (2022)	48
Tabelle 13:	Multiple psychosomatische Beschwerden (HBSC) nach Alter und Geschlecht der Kinder (2022)	50
Tabelle 14:	Mitgliedschaft in einem Sportverein der Kinder (2022)	67
Tabelle 15:	Gemeinsame Bewegung an mindestens 7 Tagen in der Woche mit dem Kind nach Alter der Kinder und Geschlecht der Eltern sowie der Kinder (2022)	80
Tabelle 16:	Fragebogen: Soziodemografische Variablen	181
Tabelle 17:	Fragebogen: Gesundheit der Kinder	182
Tabelle 18:	Fragebogen: Schwerpunktthema Ernährung	182

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BMI	Body-Mass-Index
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CAWI	Computergestützte Web-Interviews
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
EOS	erweiterte Oberschule
etc.	et cetera
GEDA	Studie Gesundheit in Deutschland aktuell
ggf.	gegebenenfalls
ggü.	gegenüber
GISD	German Index of Socioeconomic Deprivation
HBSC	Health Behaviour in School-Aged Children
INKAR	Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
Kita	Kindertagesstätte
KLUG Allianz	Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit
KV	Kassenärztliche Vereinigung
mind.	mindestens
o.Ä.	oder Ähnliche(s)
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
Q	Quintil
RKI	Robert Koch-Institut

Abkürzung	Erläuterung
SES	sozioökonomischer Status
SF-FLQ	Kurzfragenbogen Ernährungskompetenz

Ausschließlich zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsspezifische Schreibweise verzichtet. Alle personenbezogenen Bezeichnungen sind geschlechtsneutral und beziehen sich auf Angehörige aller Geschlechter.

1. Hintergrund, Zielsetzung und Berichtsaufbau

1.1 Hintergrund und Zielsetzung

Seit dem Jahr 2007 untersucht die AOK in bislang fünf Studien die Zusammenhänge relevanter Faktoren des Familienlebens zur Gesundheit der Familien, insbesondere der Kinder. Die Studien zeigen, dass zahlreiche Merkmale des Familienlebens einen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Kinder haben: Ein gesundheitsförderlicher Familienalltag kann maßgeblich von den Eltern in ihrer Vorbildfunktion gestaltet werden. So beeinflussen beispielsweise das Ernährungs- und Bewegungsverhalten in der Familie das Risiko für Übergewicht von Kindern und Jugendlichen. Eine mangelnde Interaktion und Zuwendung zeigen sich als Risikofaktor für psychische Probleme von Kindern und eine mangelnde Bewegung als Risikofaktor für körperliche Erkrankungen. Dagegen wirken sich geregelte Abläufe, Routinen und Rituale positiv auf körperliches und seelisches Wohlbefinden der Kinder aus (Sander et al., 2018, SINUS, 2014, AOK-Bundesverband, 2014, Settertobulte, 2010). Insbesondere die soziale Lage und die Rahmenbedingungen, in denen Eltern und Kinder leben und arbeiten, haben einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit der Familien (Lampert & Kuntz 2019).

Als ein zentrales Thema im Zusammenhang mit der Gesundheit von Kindern hat sich in den vergangenen Jahren das Übergewicht und Adipositas herausgestellt. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind häufiger von Übergewicht betroffen (Lampert & Kuntz 2019). Die KiGGS-Studie in der Welle 2 berichtet, dass im Jahr 2017 rund 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 3 und 17 Jahren übergewichtig waren und knapp 6 Prozent adipös (Robert Koch-Institut, 2018). Übergewichtige Kinder haben u. A. ein höheres Risiko, auch als Erwachsene übergewichtig zu bleiben.

Ein weiteres zentrales Thema im Kontext der Kindergesundheit sind die zunehmenden Sitzzeiten (Sitzen vor Bildschirmmedien, wie Fernsehen und Computer) und damit einhergehend ein Bewegungsmangel. Zum einen nehmen die Bildschirmzeiten der 4- bis 14-jährigen Kinder mit dem Alter stark zu und werden von den Eltern weniger kontrolliert (Sander et al., 2018). Zum anderen weisen Kinder in dieser Altersgruppe oft einen Bewegungsmangel auf, der ebenfalls mit dem Alter zunimmt.

Zuletzt verstärkt durch die COVID-19-Pandemie wurde darüber hinaus die Bedeutung von psychischen Erkrankungen für Kinder, die damit immer mehr in den Fokus rückt. Ersten Studien zufolge ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen zwischen 7- und 17- Jahren, die von psychischen Auffälligkeiten betroffen sind, bereits im ersten Pandemiejahr deutlich angestiegen (BZgA et al., 2020). Die vier Hauptproblembereiche dabei sind emotionale und soziale Probleme, Hyperaktivität, Verhaltensauffälligkeiten. Eltern stehen dabei vor der Herausforderung, mögliche Auffälligkeiten bei ihren Kindern schnell zu erkennen und diese mit einem Arzt zu besprechen. Dabei ist es wichtig, den Kindern Zeit für Gespräche und gedanklichen Austausch einzuräumen. Zudem zeigt sich, dass ein positives Familienklima und

soziale Unterstützung Schutzfaktoren sind, die das Risiko einer Erkrankung mindern. Das Vorhandensein sozialer Netzwerke kann hier eine unterstützende Funktion zur Prävention einnehmen.

Ein weiteres zentrales Thema für Familien sind die Fähigkeiten, die Ernährung für die Familienmitglieder gesund und nachhaltig zu gestalten. Hierbei stehen Alltagskompetenzen, soziale Fähigkeiten, Informationen über Lebensmittel und Widerstandsfähigkeit im Fokus. Die Studie der AOK „Ernährungskompetenz in Deutschland“ (Kolpatzik & Zaunbrecher, 2020) belegt, dass knapp 54 Prozent der Erwachsenen eine problematische oder inadäquate Ernährungskompetenz aufweisen. Darüber hinaus zeigt die Studie, dass mit zunehmendem Alter die Ernährungskompetenz steigt. So weisen rund 57 Prozent der 60- bis 69-Jährigen eine ausreichende oder exzellente Ernährungskompetenz auf, während es in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen nur 37 Prozent sind.

Weiter ist zu erkennen, dass die Ernährungskompetenz in direkter Verbindung zu Einkommen und Bildung stehen. Je höher das Einkommen beziehungsweise die Bildung der Befragten, desto besser ist die Ernährungskompetenz ausgeprägt. Nur 20 Prozent der Erwachsenen ohne Schulabschluss besitzen eine ausreichende Ernährungskompetenz. Bei den Erwachsenen mit Abitur verfügen dagegen 56 Prozent über eine ausreichende Ernährungskompetenz. In Bezug auf das Nettoeinkommen lässt sich ein ähnlicher Unterschied erkennen. So verfügen von den Erwachsenen mit geringen Nettoeinkommen (bis zu 999 Euro im Monat) nur 40 Prozent über eine ausreichende oder exzellente Ernährungskompetenz. Mit steigendem Einkommen erhöhte sich der Anteil der Erwachsenen, die ausreichend Kompetenz über die Ernährung nachweisen können, auf bis zu 58 Prozent (Nettoeinkommen von mehr als 5.000 Euro) (Kolpatzik & Zaunbrecher, 2020).

In Zusammenhang mit der hier untersuchten Zielgruppe der 4- bis 14-jährigen Kinder sind die Eltern die wichtigsten Personen für die Gestaltung der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen. Sie fungieren sowohl als Gesundheitserzieher als auch -berater, aber vor allem als Vorbild. Deshalb ist die besondere Unterstützung der Eltern in diesen Bereichen besonders wichtig. Grundvoraussetzung für eine hohe Handlungs- und Gesundheitskompetenz ist eine nachhaltige Förderung der eigenen Gesundheit der Eltern. Eltern kommt somit die zentrale Rolle der Förderung der Familiengesundheit zu. Ihre Gesundheit bildet die Grundlage für einen guten Gesundheitszustand und eine hohe Lebenserwartung der nachfolgenden Generationen.

Wie gut es Eltern gelingt, die Vorbildfunktion für das Gesundheitsverhalten (z. B. auch Ernährungsverhalten und Risikoverhaltensweisen) ihrer Kinder zu erfüllen, hängt im Allgemeinen maßgeblich davon ab, welche Ressourcen (Freizeit, Einkommen, etc.) ihnen zur Verfügung stehen und welchen körperlichen und psychischen bzw. psychosomatischen Belastungen sie in ihrem Alltag ausgesetzt sind. Sind bereits die Eltern solchen Störfaktoren in verstärktem Maß ausgesetzt, ergibt sich oft auch ein negativer Effekt auf die Gesundheit der Kinder. Gerade die psychischen

und psychosomatischen Belastungen haben in diesem Zusammenhang in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen.

Die AOK-Familienstudie 2022 verfolgt in diesem Zusammenhang im Wesentlichen drei Ziele:

1. Ansatzpunkte zur Förderung nachhaltiger Gesundheit von Kindern und Eltern innerhalb der Familie herauszuarbeiten und empirisch zu belegen,
2. zielgruppengerechte Empfehlungen für Eltern für eine dem Kindes- und Familienwohl förderliche Alltagsgestaltung abzuleiten sowie
3. sozial- und gesundheitspolitische Empfehlungen zu den Rahmenbedingungen der Lebenswelten von Familien abzuleiten.

Darüber hinaus sollen im Rahmen eines Schwerpunktthemas wissenschaftliche Erkenntnisse sowohl zur Ernährungskompetenz in Familien als auch zur klima- und umweltgerechten Ernährung generiert werden, um Unterstützungs- und Informationsbedarfe für eine nachhaltige Ernährung in Familien zu identifizieren.

1.2 Berichtsaufbau

Der AOK-Familienstudie 2022 liegt die Befragung von ca. 8.492 Familien mit Kindern im Alter von vier bis 14 Jahren zugrunde. Daher wird im Kapitel 1 zunächst das methodische Vorgehen der Studie beschrieben, insbesondere die Fragebogenentwicklung, zentrale Analysekonzepte, die Studiendurchführung und -auswertung.

Familien leben in unterschiedlichen gesellschaftlichen Zusammenhängen, die in der Auswertung der AOK-Familienstudie 2022 besondere Beachtung gefunden hat. In der Stichprobenbeschreibung in Kapitel 1 wird dafür über die soziodemografischen und sozioökonomischen Eigenschaften der befragten Elternteile hinaus auch verschiedene Dimensionen besonders vulnerabler Gruppen und deren Verteilung in der Stichprobe beschrieben.

Die Kapitel 4 bis 7 stellen die Ergebnisse der Studie vor. Diese gliedern sich in die Themen Gesundheit (Kapitel 4), Familienleben und -alltag (Kapitel 5) sowie Zukunft und Krisen (Kapitel 6) und Ernährung (Kapitel 7). Jedes dieser Kapitel beinhaltet Abschnitte zu den spezifischen Ergebnissen der vulnerablen Familien zu diesen Themen im Vergleich zu den Familien mit besseren Rahmenbedingungen. Multivariate Analysen, die Zusammenhänge zwischen den Aspekten der Familiengesundheit untersuchen, werden anschließend im Kapitel 8 beschrieben.

Der Studienbericht schließt mit Fazit und Handlungsempfehlungen (Kapitel 9 und 10).

2. Methodisches Vorgehen

2.1 Design der Stichprobe

Zielgruppe der Befragung sind, wie bereits in den AOK-Familienstudien 2010, 2014 und 2018, Eltern mit mindestens einem Kind im Alter von vier bis 14 Jahren. Beteiligt sind nur Elternteile, die zu gleichen Teilen, in der hauptsächlichen oder der alleinigen Erziehungsverantwortung stehen. Die Befragung sollte repräsentativ für die Grundgesamtheit der deutschsprachigen Wohnbevölkerung ab 18 Jahren in Privathaushalten sein, in denen Kinder in der angegebenen Altersgruppe leben.

Bei einer Grundgesamtheit von mehr als acht Millionen Familien in Deutschland mit Kindern zwischen vier und 14 Jahren liegt der niedrigste empfohlene Stichprobenumfang (netto) bei einer zugrunde gelegten Genauigkeit (Stichprobenfehler) von fünf Prozentpunkten und einer Sicherheit (Konfidenzintervall) von 95 Prozent bei ca. 385 an der Befragung teilnehmenden Familien (Nettostichprobenumfang). Um Auswertungen für Subgruppen zu ermöglichen, insbesondere auch Ergebnisse auf Ebene der KV-Regionen, so dass der Stichprobenumfang deutlich erhöht wurde und mit 8.500 angestrebten Befragungen einen ca. doppelt so großen Stichprobenumfang umfasst als die Studie im Jahr 2018. Bereits im Rahmen der AOK-Familienstudie 2018, die das IGES Institut erstellt hat, wurde ein Nettostichprobenumfang von 500 Familien für ausgewählte Bundesländer realisiert. Dieses Vorgehen wurde bei der diesjährigen Familienstudie ausgebaut und 500 Teilnahmen in allen Bundesländern, sowie in den beiden KV-Regionen Nordrhein und Westfalen-Lippe, erzielt werden, mindestens jedoch 385 Befragte.

Die Bewertung der Repräsentativität der Stichprobe erfolgt auf Grundlage des Mikrozensus. Die Befragung wurde quotiert und gewichtet, je nach der Verteilung der Familien nach ausgewählten Merkmalen des Mikrozensus in der Stichprobe: Auf der bundesweiten Ebene ist die Stichprobe nach dem Alter der Kinder, dem Bildungsabschluss der Eltern und den Bundesländern repräsentativ, auf Ebene der Bundesländer nach Alter der Kinder und Bildungsabschluss der Eltern (mit Ausnahme von Bremen und dem Saarland).¹ Für die Quotierung und Gewichtung auf Länderebene und für Familien mit Kindern in den spezifischen Altersklassen wurde vom IGES Institut beim Statistischen Bundesamt eine entsprechende Sonderauswertung des Mikrozensus eingeholt.

¹ Dieses Vorgehen wird verfolgt, da die Teilnahmewahrscheinlichkeit nicht nach allen relevanten Merkmalen verteilt ist. In den Studien der Jahre 2010, 2014 und 2018 zeigte sich beispielsweise, dass Eltern mit niedrigem Bildungsabschluss in einem geringeren Ausmaß zur Teilnahme an der Befragung bereit waren als Eltern mit einem höheren Bildungsabschluss. Für Bremen und das Saarland wird aufgrund der geringen Größe der Bundesländer auf eine Quotierung und Gewichtung verzichtet.

2.2 Fragebogenentwicklung

Die AOK-Familienstudie wurde im Jahr 2022 zum fünften Mal durchgeführt. Ein Teil der Befragung ist dabei explizit als Längsschnittbetrachtung angelegt mit überwiegend gleichbleibend vergleichbaren Fragen. Der zweite Teil der Studie behandelt aktuelle Schwerpunktthemen. Das Schwerpunktthema der AOK-Familienstudie 2022 ist Ernährungskompetenz und nachhaltige Ernährung.

Im Vergleich zur Befragung im Jahr 2018 wurden im Fragebogen für das Jahr 2022 neben den neuen Schwerpunktthemen die Erhebung vulnerabler Gruppen anhand etablierter Konzepte präzisiert: Der sozioökonomische Status wurde über den SES-Index erhoben (vgl. Kapitel 2.3.1.1) und die Fragen zum Status als Alleinerziehende im Vergleich zu Paarfamilien an die Definition des Statistischen Bundesamtes angepasst². Die Messung der Kindergesundheit wurde ergänzt um die KIDSCREEN-Skala zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder. Zudem wurden aus gegebenem Anlass drei Fragen zu Zukunft und Krisen integriert. Im Übrigen wurde der Großteil der Fragen zu Gesundheit und Familienleben konstant gehalten, um Entwicklungen im Längsschnitt beurteilen zu können. Die wissenschaftliche Begleitung der Studie erfolgte im Themenbereich Gesundheit, Familienleben sowie vulnerable Gruppen durch Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer. Die Expertin für psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen war bereits für vergangene AOK-Familienstudien tätig.

Im Folgenden werden diese Analysekonzepte, die dem Fragebogen zugrunde liegen, näher beschrieben. Eine Gesamtstruktur der Befragungskonzeption ist in Anhang A1 dokumentiert.

2.3 Zentrale Analysekonzepte

Der Befragung liegen eine Vielzahl etablierter Konstrukte und Skalen zugrunde, die in der Originalfassung der Fragen in den Fragebogen aufgenommen wurden und die im Rahmen der Datenauswertung entsprechend der jeweiligen Auswertungsmanuale für Scores und Cut-Off-Werte zur Kategorisierung der Ergebnisse ausgewertet wurden. Im Folgenden werden die zentralen Analysekonzepte beschrieben, die für die Auswertung und die Ergebnisse zur Familiengesundheit besonders relevant sind.

2.3.1 Vulnerable Familien

Es kann davon ausgegangen werden, dass der Zugang zu Gesundheit in den Familien in der deutschen Bevölkerung nicht gleichverteilt ist. Untersucht werden in der AOK-Familienstudie 2022 daher Unterschiede nach dem sozioökonomischen Sta-

² „Alleinerziehende sind Mütter und Väter, die ohne Ehe- oder Lebenspartner/-innen mit minder- oder volljährigen Kindern in einem Haushalt zusammenleben. Elternteile mit Lebenspartner/-innen im Haushalt zählen zu den Lebensgemeinschaften mit Kindern.“

tus der Familien, nach der Deprivation des regionalen Umfeldes sowie nach weiteren, die Situation der Familien ggf. prägenden Rahmenbedingungen wie der Status mancher Elternteile als alleinerziehend, eine chronische Erkrankung oder Behinderung von Kindern oder mögliche kulturelle und sprachliche Barrieren bei einem gegebenen Migrationshintergrund.

Die Operationalisierung des sozioökonomischen Status sowie der regionalen Deprivation in der Befragung werden im Folgenden näher beschrieben.

2.3.1.1 Sozioökonomischer Status (SES)

Der sozioökonomische Status wird in der aktuellen AOK-Familienstudie in Anlehnung an die KiGGS-Studie und weitere Studien des RKI berechnet. Im Jahr 2022 werden dafür erstmalig alle Bereiche des Indexes nach Winkler (WSI Schicht Index) in seiner durch das RKI aktualisierten Operationalisierung erfasst (Lampert et al. 2018). Der Index basiert auf Angaben der Eltern zu ihrem Bildungsniveau, ihrer beruflichen Stellung und ihrer Einkommenssituation basiert („Index des sozioökonomischen Status“, SES-Index).

Die drei Statusdimensionen Bildung, Beruf und Einkommen werden aus den Angaben der Eltern generiert. Sie gehen gleichwertig in den als Punktscore berechneten Index ein. Im Unterschied zur Operationalisierung in den Studien GEDA und DEGS werden in der KiGGS Studie sowie in der AOK-Familienstudie alle Merkmale als Haushaltsmerkmale operationalisiert. Dazu werden die Einzeldimensionen Bildung und Beruf für beide Eltern getrennt erhoben und mit Punktwerten versehen. Anschließend wird dem Haushalt das Maximum der Elternangaben zugewiesen.

Ebenfalls in Anlehnung an die Studien des RKI werden zusätzlich zum SES die subjektive Wahrnehmung und Bewertung der eigenen sozioökonomischen Situation erhoben, der subjektive soziale Status (SSS), da dieser eine eigenständige Bedeutung für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten haben kann (Lampert et al. 2018).

Haushaltsäquivalenzeinkommen

In die Berechnung des SES fließt das Einkommen der Eltern ein. Dieses wird nicht über das Haushaltsnettoeinkommen, sondern über das Haushaltsäquivalenzeinkommen bestimmt, da dies die finanzielle Situation von Haushalten mit mehreren Personen, insbesondere auch Familien, angemessener wiedergibt. Das verfügbare Äquivalenzeinkommen ist das Gesamteinkommen eines Haushalts nach Steuern und anderen Abzügen, das für Ausgaben und Sparen zur Verfügung steht, geteilt durch die Zahl der Haushaltsmitglieder, umgerechnet in Erwachsenenäquivalente; zur Ermittlung der Erwachsenenäquivalente wird eine Gewichtung der Haushaltsmitglieder nach ihrem Alter nach der modifizierten OECD-Äquivalenzskala vorgenommen.

Das verfügbare Äquivalenzeinkommen wird in drei Schritten berechnet:

1. Die gesamten monetären Einkommen sämtlicher Haushaltsmitglieder aus allen Quellen werden addiert; hierzu zählen Einkünfte aus Arbeit, Anlageerträgen und Sozialleistungen sowie sämtliche weiteren Einkünfte des Haushalts; die gezahlten Steuern und Sozialbeiträge werden von dieser Summe abgezogen. In dieser Studie wurde das unmittelbar erhobene Haushaltsnettoeinkommen verwendet.
2. Um den unterschiedlichen Haushaltsgrößen und Haushaltszusammensetzungen Rechnung zu tragen, wird das (Netto-)Gesamteinkommen des Haushalts anhand einer Standardäquivalenzskala durch die Zahl der 'Erwachsenenäquivalente' geteilt (bei dieser modifizierten OECD-Äquivalenzskala wird eine Gewichtung aller Haushaltsmitglieder vorgenommen (anschließend werden diese Gewichte zur Haushaltsäquivalenzgröße aufaddiert):
 - 1,0 für das erste erwachsene Haushaltsmitglied,
 - 0,5 für das zweite erwachsene Haushaltsmitglied und jedes weitere Haushaltsmitglied im Alter von 14 Jahren und darüber,
 - 0,3 für jedes Kind unter 14 Jahren.
3. Die daraus resultierende Zahl ist das verfügbare Äquivalenzeinkommen, das jedem Haushaltsmitglied in gleicher Höhe zugeordnet wird.

2.3.1.2 Deprivierte Kommunen (GISD)

Regionale Deprivationsindizes erlauben, Zusammenhänge zwischen sozialer Benachteiligung und Gesundheit mit Daten zu analysieren, die selbst keine Information über die sozioökonomische Position der Individuen enthalten (RKI 2022).

Der German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) misst das Ausmaß sozioökonomischer Deprivation anhand von Information der Bildungs-, Beschäftigungs- und Einkommenssituation in Kreisen und Gemeinden aus der Datenbank INKAR. Die Indikatoren werden vom RKI über Hauptkomponentenanalysen gewichtet und die regionale Verteilung wird kartografisch dargestellt. Zusammenhangsanalysen des RKI zu Unterschieden in den Regionen mit der höchsten und geringsten Deprivation (gemessen in Quintilen, Vergleich des 1. mit dem 5. Quintil) zeigen starke Bezüge zur Gesundheit. So konnte auf der Basis der in 2022 aktualisierten Regionalindizes gezeigt werden, dass Männer in Kreisen mit der niedrigsten Deprivation eine etwa sechs Jahre, Frauen eine bis zu drei Jahre längere mittlere Lebenserwartung aufweisen als Personen aus Kreisen mit der höchsten Deprivation. Ein ähnlicher sozialer Gradient zeigt sich bei der Herz-Kreislauf-Mortalität und Lungenkrebsinzidenz (Michalski et al. 2022).

In der vorliegenden Studie wird zu den Familien zwar, wie in Kapitel 2.3.1.1 beschrieben, der SES direkt erhoben. Ergänzend erfolgte über die Erhebung der Postleitzahlen in der Befragung eine Zuordnung zu den Regionen mit unterschiedlichem Deprivationsindex, um Einblicke in die Public Health-Dimension der

Familiengesundheit zu gewinnen. Dies ist besonders für die Aspekte der Familiengesundheit relevant, die durch die regionalen Rahmenbedingungen stark beeinflusst werden, wie z. B. die örtlichen Gegebenheiten für Sport und Bewegung.

2.3.2 Kindergesundheit

2.3.2.1 KIDSCREEN

Die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder wird anhand der KIDSCREEN-10-Skala erfasst (vgl. Ellert et al. 2014), der wie der SES auch in der KiGGS-Studie des RKI zum Einsatz kommt. Das Indexinstrument beinhaltet 10 Einzelitems und umfasst verschiedene Bereiche wie etwa das physische und psychische Wohlbefinden, die Lebenszufriedenheit der Kinder sowie die Beziehungen zu Eltern und Freunden. Dazu gehören Fragen, wie es den Kindern seelisch geht, wie die Beziehung zu ihren Freunden oder Eltern ist oder wie wohl sie sich in der Schule fühlen. Die Antwortkategorien der jeweiligen Items (z. B. „Hat sich Ihr Kind fit und wohl gefühlt?“) erfassen dabei die Intensität des Wohlbefindens und der Lebensqualität der Kinder (von „überhaupt nicht“ bis „sehr“ bzw. „immer“). Im Rahmen der AOK-Familienstudie wurde die Intensität von den Eltern für die Kinder eingeschätzt. Die Ergebnisse der Antworten können zu einem Gesamtscore aufaddiert und anschließend in drei Kategorien unterteilt werden. Höhere KIDSCREEN-Score-Werte bedeuten dabei eine bessere Lebensqualität. Vorliegend wurde der KIDSCREEN-10 in drei Kategorien unterteilt: ein niedriger KIDSCREEN ($\leq 44,99$) bedeutet eine niedrigere Lebensqualität, ein normaler KIDSCREEN (45,00 – 55,00) eine normale und ein hoher KIDSCREEN (55,01 +) eine hohe Lebensqualität.

2.3.2.2 HBSC

Um die gesundheitliche und psychische Beschwerdelast bei den Kindern zu erfassen, wurden zusätzlich verschiedene Symptome nach der „Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)“-Checkliste der WHO erfragt (Kaman et al. 2020). Die Checkliste umfasst acht Items mit den Symptomen Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, Niedergeschlagenheit, Gereiztheit, Nervosität, Einschlafproblemen und Benommenheit. Auf einer fünfstufigen Antwortskala (von „fast täglich“ bis „selten oder nie“) kann angegeben werden, wie häufig die Kinder unter den jeweiligen Beschwerden in den letzten sechs Monaten litten. Im Rahmen der AOK-Familienstudie wurde die Häufigkeit der Beschwerden von den Eltern für die Kinder eingeschätzt. Traten zwei oder mehr dieser Beschwerden mindestens fast wöchentlich auf, so wird von „multiplen psychosomatischen Beschwerden“ gesprochen.

2.3.3 Gesunde und nachhaltige Ernährung

Kristine Sørensen, PhD, von der Global Health Literacy Academy unterstützte zusammen mit Prof. Dr. med. Kai Kolpatzik, Leiter der Abteilung Prävention im AOK-

Bundesverband, bei der Entwicklung des Fragebogenteils zur Ernährungskompetenz. Zum Thema klima- und umweltbewusste Ernährung wurde der AOK-Bundesverband von Dr. med. Lisa Pörtner, Fachärztin für Innere Medizin mit dem Zusatz Ernährungsmedizin, von der KLUG Allianz (Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit) beraten.

2.3.3.1 Ernährungskompetenz

Die Ernährungskompetenz wird in der AOK-Familienstudie 2022 mit einer Kurzform des von Kolpatzik & Zaunbrecher (2020) anhand von internationalen Befragungsinstrumenten konzipierte deutsche Befragungsskala zur Ernährungskompetenz erhoben. Die Kurzform wurde in Zusammenarbeit des AOK-Bundesverbands und Frau Kristine Sørensen mit dem IGES Institut entwickelt und validiert. Sie umfasst Einzelitems der Kategorien „Gesund vergleichen“, „Selbst zubereiten“, „Wahl der Vorräte“, „Mahlzeiten planen“, „Gesund haushalten“, „Gemeinsam essen“, „Widerstehen können“, „Smart snacken“.

Gemessen wird das Einhalten einer gesunden Ernährungsweise als auch die Fähigkeit eines Menschen, seine Ernährung selbstbestimmt und verantwortungsbewusst zu gestalten. Dies umfasst individuelle Fähigkeiten sowie kontextspezifische Rahmenbedingungen. Konkret wird zudem die Fähigkeit gemessen, die komplexe Beschreibung eines Konsumprodukts lesen und verstehen zu können (Kolpatzik & Zaunbrecher 2020).

Der Kurzfragebogen beinhaltet alle Themenbereiche der Langform und ermöglicht in der Auswertung ebenfalls, einen Summenscore zu bilden, der in vier Kategorien das Ausmaß der Ernährungskompetenz des befragten Elternteils wiedergibt:

- ◆ 1,00–2,49: Ernährungskompetenz inadäquat,
- ◆ 2,50–3,49: Ernährungskompetenz problematisch,
- ◆ 3,50–4,49: Ernährungskompetenz ausreichend,
- ◆ 4,50–5,00: Ernährungskompetenz exzellent.

2.3.3.2 Nachhaltige Ernährung

Der AOK-Bundesverband hat für die der AOK-Familienstudie in Zusammenarbeit mit der Deutschen Allianz für Klimawandel und Gesundheit (KLUG) Fragen entwickelt, die nachhaltige Ernährung messen. Die Fragen umfassen Aspekte der Einstellung zu nachhaltiger Ernährung, zu Wissen bzw. Fertigkeiten sowie zu Verhaltensweisen in Bezug auf nachhaltige Ernährung. Weitere Fragen beinhalten Hindernisse für und mögliche Hilfen zur nachhaltigen Ernährung. Grundlage für die Definition einer nachhaltigen Ernährung bildet die sog. „Planetary Health Diet“ (Willet et al. 2019), die Vorgaben für eine gesunde und gleichzeitig in Bezug auf die Weltbevölkerung ökologische und nachhaltige Ernährung erarbeitet hat.

Zusätzlich zur Auswertung der einzelnen Fragen wurde vom AOK-Bundesverband in Zusammenarbeit mit dem IGES Institut ein Nachhaltigkeits-Score anhand des Datensatzes und der Ergebnisse der AOK-Familienstudie 2022 gebildet, der wiederum in die weitere Auswertung der AOK-Familienstudie einfließen konnte. Der Gesamtscore zur Nachhaltigen Ernährung erlaubt es, Personen hinsichtlich der Bedeutung, die sie nachhaltiger Ernährung beimessen, einzuordnen. Der Score umfasst Fragen zu diesen fünf Themenbereichen: generelle Nachhaltigkeit, spezifische Aspekte von Nachhaltigkeit, Fleischkonsum, Zubereitung von Speisen und Hindernisse.

2.4 Durchführung der Befragung

2.4.1 Pretest und Programmierung

Anschließend an die Konzeption des Fragebogens wurde ein Pretest des Fragebogens in Form von Expertenreviews durch das IGES Institut mit drei Elternteilen unterschiedlichen Bildungsniveaus durchgeführt, um die Verständlichkeit der Fragen sicherzustellen und etwaige missverständliche Fragen oder unvollständige Antwortmöglichkeiten im Vorfeld aufzudecken. Da überwiegend bestehende Fragen oder feststellende Fragebogenbatterien zum Einsatz kamen, wurde mit dem Pretest im Wesentlichen verfolgt, den Fluss der Befragung und notwendige Einleitungen und Erläuterungen entsprechend der Bedürfnisse der Befragten im Sinne einer reibungslosen Onlinebefragung zu gestalten.

Der mit der Durchführung der Interviews vom IGES Institut beauftragte Anbieter eines repräsentativen Onlinepanels (vgl. Kapitel 2.4.2) programmierte den finalen Fragebogen für die Befragung. Das IGES Institut erhielt den programmierten Fragebogen zur Qualitätssicherung, um diesen ausführlich im Hinblick auf die korrekte Umsetzung des Papierfragebogens (insb. Filterführungen) zu testen.

2.4.2 Bevölkerungsrepräsentatives Onlinepanel

Für die Durchführung der CAWI-Befragung beauftragte das IGES Institut das Bevölkerungspanel von Bilendi & Respondi. Das Panel zeichnet sich durch eine besonders hochwertige Rekrutierung ihrer Panel-Teilnehmer aus: Aktive Rekrutierung auf unterschiedlichen Kontaktwegen (nicht nur online), wobei die Auswahl der aktiv angesprochenen Teilnehmer auf der Basis der soziodemografischen Bevölkerungsstruktur erfolgt. Um die Anzahl teilnehmender Familien zu erreichen, wurden von Bilendi & Respondi mehrere Partner-Panelanbieter hinzugezogen. Nachbefragungen für Bremen und das Saarland waren ergänzend notwendig und wurden von konkret Marktforschung in Bremen im Auftrag des IGES-Institut betreut, um die angestrebte Mindest-Stichprobengröße von $n=385$ erreichen zu können (vgl. Kapitel 2.1).

Die Befragung von Eltern mit mindestens einem Kind im Alter von 4 bis 14 Jahren wurde als Computergestützte Web-Interviews (CAWI) eines Bevölkerungspanels

(Onlinepanel-Befragung) durchgeführt. Das IGES Institut erhielt im Befragungszeitraum Zugriff auf die Quotensteuerung des Panel zu Qualitätssicherungs- und Plausibilisierungszwecken sowie mehrere Zwischendatensätze nach einer vorab vereinbarten Anzahl abgeschlossener Teilnahmen.

Als Befragungsteilnehmende kam jeweils eine der Personen im Haushalt in Betracht, die hauptverantwortlich, alleine oder mindestens zu gleichen Teilen an der Erziehung des „Zielkindes“ beteiligt war. Das Zielkind wurde im Falle, dass es in dem Haushalt mehrere Kinder im Alter von vier bis 14 Jahren gab, zufällig sowie nach Füllstand der Quoten nach Alter, ausgewählt und die Befragung im Folgenden auf dieses Zielkind ausgerichtet („ihr [x]-jähriges Kind“). Die teilnehmenden Eltern wurden über den Hintergrund der Befragung in einem Begrüßungstext aufgeklärt und dann anhand des Fragebogens befragt.

Die Befragung erfolgte von Mitte August bis Oktober 2022, die ergänzenden Nacherhebungen in Bremen und im Saarland im November und Dezember 2022. Die Durchführungsdauer für das Ausfüllen der Onlinebefragung betrug im Median 22 Minuten.

2.5 Datenauswertung

2.5.1 Auswertungen der Befragungsdaten

Die Daten wurden während der Online-Befragung elektronisch erfasst und an das IGES Institut übermittelt. IGES überprüfte die Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität. Unplausible Daten zu Größe und Gewicht der befragten Elternteile zu sich selbst und zu ihren Kindern wurden bereinigt. Zusätzlich wurden Datensätze gelöscht, in denen grundsätzlich unplausible Angaben gemacht wurden (z. B. zu Alter und Schulbesuch).

Im Rahmen der Erhebung war es nicht möglich, durch Quotierungen die Repräsentativität der Stichprobe hinsichtlich aller Aspekte zu gewährleisten. Dies sind das Alter der Kinder, die Bildung der Elternteile sowie das Geschlecht der Kinder. Für das Alter der Kinder und die Bildung der Eltern (insbesondere für den Anteil der Elternteile mit Hauptschulabschluss) auf Bundeslandebene wurde der Datensatz gewichtet. Um die Komplexität der Gewichtung nicht weiter zu erhöhen, wurde nicht nach Geschlecht der Kinder gewichtet, so dass in der Auswertung relevante Geschlechtsunterschiede durchgängig für alle Fragen berichtet werden. Für die Auswertung auf Bundesebene erfolgte eine separate Gewichtung nach Alter der Kinder, Bildung der Eltern sowie Anteil der Familien mit Kindern im Alter von vier bis 14 Jahren in den Bundesländern.

Anschließend wurden die Befragungsdaten mit Hilfe einer Statistik-Software systematisch aufbereitet und ausgewertet. In einem ersten Auswertungsschritt wurden deskriptive univariate Häufigkeitsverteilungen zu allen Fragen sowie, wenn relevant, Lage- und Streuungsmaße in Bezug auf die erhobenen Merkmale ermittelt. Des Weiteren wurden deskriptive bivariate Verfahren angewendet, um mögliche

Zusammenhänge zwischen ausgewählten Merkmalspaaren herauszustellen (z. B. Kreuztabellierungen, ggf. Korrelationsanalysen, Abbildungen). Dabei standen Segmentierungen nach sozioökonomischem Status im Vordergrund. Die untersuchten Zusammenhänge wurden dabei eng an mit der AOK und der wissenschaftlichen Begleitung abgestimmten Forschungsfragen orientiert.

In einem zweiten Auswertungsschritt wurde mit geeigneten Signifikanztests (z. B. Chi-Quadrat-Test) untersucht, ob zwischen bestimmten Häufigkeitsverteilungen statistisch signifikante Unterschiede bestehen (z. B. zwischen bestimmten Merkmalen des Familienlebens sowie dem Gesundheitszustand der Kinder). Zusätzlich wurde mit Hilfe inferenzstatistischer Verfahren untersucht, inwieweit multivariate Zusammenhänge zwischen den erhobenen Aspekten der Familiengesundheit sowie mit soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen und weiteren Analysekonzepten bestehen (vgl. Kapitel 2.3).

2.5.2 Erstellung und Auswertung von Zeitreihendaten

Zusätzlich wurden in diesem Arbeitspaket für die Variablen, die auch Bestandteil der Befragungen in den Studien der Jahre 2010, 2014 und 2022 waren, Zeitreihen erstellt. Mit Hilfe geeigneter Signifikanztests wurde geprüft, inwieweit sich die Häufigkeitsverteilungen im Zeitverlauf signifikant verändert haben.

2.5.3 Bundeslandspezifische Auswertungen

Des Weiteren wurden die Ergebnisse der Befragung differenziert für die 16 Bundesländer (sowie unter Berücksichtigung der Aufteilung Nordrheinwestfalens auf die Gebiete Nordrhein und Westfalen-Lippe) ausgewertet und in Tabellenbänden mit den Häufigkeiten, Segmentierungen und deskriptiven Abbildungen entsprechend der Ergebnisse auf Bundesebene dargestellt. Es wurde dabei anhand geeigneter Signifikanztests geprüft, inwieweit signifikante Unterschiede in einzelnen Bundesländern im Vergleich zum Bundesdurchschnitt vorliegen.

3. Beschreibung der Stichprobe

3.1 Alle Familien

3.1.1 Soziodemografische Merkmale

Die Stichprobe umfasst insgesamt 8.492 Eltern mit Kindern im Alter von vier bis 14 Jahren und Wohnsitz in Deutschland. Befragt wurden Eltern, die sich entweder zu gleichen Teilen, überwiegend oder allein in der Erziehungsverantwortung befinden. Der Anteil der Väter an den befragten Eltern beträgt rund 40 Prozent (Tabelle 1) und ist damit größer als in früheren AOK-Familienstudien (37 Prozent in 2018, 24 Prozent in 2014 und 21 Prozent in 2010).

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung: soziodemografische Merkmale

Merkmal	Anteil in Stichprobe (%)
Geschlecht der befragten Eltern	
Väter	40 %
Mütter	60 %
Alter der Kinder in Jahren	
4 bis 6 Jahre	29,6 %
7 bis 10 Jahre	36,6 %
11 bis 14 Jahre	33,8 %
Geschlecht der Kinder	
Jungen	54 %
Mädchen	46 %
Bildung: Schulabschluss der Eltern	
Abitur bzw. allgemeine Hochschulreife	45,2 %
Realschulabschluss	29,5 %
Hauptschulabschluss	16,6 %
Anderer Schulabschluss (im Ausland oder nach 7 Schuljahren erworben)	7,1 %
(Noch) kein Schulabschluss	1,6 %
Bildung: höchster beruflicher Abschluss	
Universität oder Hochschule	24 %
Berufsausbildung bzw. Lehre	28 %
Anderer beruflicher Abschluss, u.a. Fachhochschule und (Berufs-)Fachschule	37 %
(Noch) kein beruflicher Abschluss	11 %
Migrationshintergrund der Eltern	
Ja	18 %
Nein	82 %

Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Anmerkungen: n=8.492 befragte Eltern; gewichtete Anteile

Die Stichprobe der Befragung repräsentiert die Grundgesamtheit der deutschsprachigen Wohnbevölkerung ab einem Alter von 18 Jahren in Privathaushalten in Deutschland, in denen Kinder im Alter zwischen vier und 14 Jahren leben. Die Kinder der befragten Eltern verteilen sich in etwa gleich auf die Altersgruppen „4 bis 6 Jahre“ (30 %), „7 bis 10 Jahre“ (37 %) und „11 bis 14 Jahre“ (34 %³). Etwas mehr als die Hälfte der Kinder sind Jungen und etwas weniger als die Hälfte Mädchen.

Knapp die Hälfte (45 %) der befragten Eltern hat als höchsten Schulabschluss das Abitur bzw. die allgemeine Hochschulreife, knapp ein Drittel (30 %) weist einen Realschulabschluss auf und 17 Prozent besitzen einen Hauptschulabschluss. Einen Universitäts- oder Hochschulabschluss als höchsten beruflichen Abschluss besitzen knapp ein Viertel der Eltern, während 28 Prozent eine Berufsausbildung bzw. Lehre abgeschlossen haben. Knapp ein Fünftel der befragten Eltern weisen einen Migrationshintergrund auf.

3.1.2 Haushaltskontext und Betreuung der Kinder

Von den teilnehmenden Eltern leben 38 Prozent in Haushalten mit einem Kind, 44 Prozent in Haushalten mit zwei Kindern und 18 Prozent in Haushalten mit drei oder mehr Kindern (Tabelle 2).

Tabelle 2: Stichprobenbeschreibung: Haushaltskontext, Kinderbetreuung

Merkmal	Anteil in Stichprobe (%)
Anzahl der Kinder im Haushalt	
Ein Kind	38 %
Zwei Kinder	44 %
Drei oder mehr Kinder	18 %
Familienform	
Paarfamilien	87 %
Alleinerziehende	13 %
Erziehungsverantwortung	
Zu gleichen Teilen verantwortlich	48 %
Überwiegend verantwortlich	31 %
Alleine verantwortlich	21 %
Betreuung der Kinder nach Einrichtungsform	
Schule	72 %
Kindergarten bzw. Kindertagesstätte (Kita)	27 %
In keiner Einrichtung	1 %

³ Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Merkmal	Anteil in Stichprobe (%)
Betreuung der Kinder nach Tageszeit	
Vormittags in Schule, nachmittags anderweitig	54,7 %
Nur vormittags (in Schule oder Kita)	26,1 %
Ganztags (in Schule oder Kita)	18,6 %
In keiner Einrichtung	0,7 %

Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkungen: n=8.492 befragte Eltern; gewichtete Anteile

Der weitüberwiegende Teil der befragten Eltern lebt in Paarfamilien (87 %), während 13 Prozent alleinerziehend sind. Knapp die Hälfte der Eltern geben an, zu gleichen Teilen für die Erziehung der Kinder verantwortlich zu sein, knapp ein Drittel hat die überwiegende Erziehungsverantwortung, und das verbleibende Fünftel ist alleine für die Erziehung der Kinder verantwortlich.

Knapp drei Viertel (72 %) der Kinder, die in den an der Befragung teilnehmenden Familien leben, gehen zur Schule, und rund ein Viertel (27 %) wird in einem Kindergarten bzw. einer Kindertagesstätte (Kita) betreut. Ein sehr geringer Teil der Kinder (etwa 1 %) aus der Altersgruppe der 4-bis-6-Jährigen wird in keiner Einrichtung betreut. Etwas mehr als die Hälfte der Kinder wird vormittags in der Schule und nachmittags anderweitig betreut. Rund ein Viertel der Kinder befinden sich nur vormittags in Betreuung durch eine Einrichtung (Schule oder Kita). Knapp ein Fünftel aller Kinder werden ganztags in einer Einrichtung (Schule oder Kita) betreut.

3.1.3 Erwerbstätigkeit und Einkommen

Bei knapp einem Drittel aller teilnehmenden Familien sind beide Elternteile Vollzeit erwerbstätig. Bei 40 Prozent der Familien sind beide Elternteile erwerbstätig, wobei mindestens ein Elternteil in Teilzeit tätig ist. Familien mit nur einem erwerbstätigen Elternteil sind im Umfang von knapp einem Viertel in der Stichprobe, und in 4 Prozent der Familien ist kein Elternteil erwerbstätig (Tabelle 3).

Innerhalb der Gruppe der derzeit nicht erwerbstätigen Eltern (11 Prozent der Eltern, die selbst an der Befragung teilgenommen haben) sind 27 Prozent arbeitssuchend und 73 Prozent nicht arbeitssuchend. Dies entspricht einem Anteil der arbeitssuchenden Eltern an den Eltern in der Stichprobe, die selbst an der Befragung teilgenommen haben, in Höhe von 3,0 Prozent.⁴

⁴ Dieser Anteil bezieht sich ausschließlich auf die Gruppe der Eltern, die selbst an der Befragung teilnahmen. Über ihre eigene Erwerbstätigkeit hinaus haben diese Eltern gegebenenfalls Angaben zur Erwerbstätigkeit ihrer Partnerin bzw. ihres Partners gemacht. Diese Angaben, die sich auf die Partner beziehen, wurden bei der Berechnung des Anteils der arbeitssuchenden Eltern nicht berücksichtigt. Es ist denkbar, dass der Anteil der Arbeitssuchenden in der Gruppe der Partner systematisch abweichend ausfällt, wenn sich die Wahrscheinlichkeit, an der Befragung teilzunehmen, zwischen den erwerbstätigen und den nicht erwerbstätigen Eltern unterscheidet.

Innerhalb der Gruppe der derzeit erwerbstätigen Eltern (89 Prozent der Eltern, die selbst an der Befragung teilnahmen haben rund die Hälfte der Eltern feste Arbeitszeiten. Ein Drittel in dieser Gruppe geht einer Erwerbstätigkeit nach, die von Gleitzeit gekennzeichnet ist. Rund ein Viertel der erwerbstätigen Eltern (27 %) hat die Option, von zu Hause aus zu arbeiten („Homeoffice“), und rund ein Fünftel berichten, häufig Überstunden zu machen.

Die Eltern haben darüber hinaus Angaben zum Nettoeinkommen ihres Haushalts gemacht. Ein Drittel aller Eltern berichten, dass ihrem Haushalt pro Monat nicht mehr als 2.900 € nach Abzug von Steuern und Sozialversicherungsabgaben zur Verfügung steht. Ein Fünftel der Eltern verfügt über ein Einkommen zwischen 2.900 € und 3.600 €, und rund ein Viertel der Eltern hat 3.600 € bis 5.000 € zur Verfügung. Ein weiteres Fünftel der Eltern gibt an, ein Haushaltsnettoeinkommen in Höhe von mehr als 5.000 € pro Monat zu haben.

Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung: Erwerbstätigkeit und Einkommen

Merkmal	Anteil in Stichprobe (%)
Erwerbstätigkeit der Eltern	
Beide Elternteile in Vollzeit erwerbstätig	32 %
Beide Elternteile erwerbstätig, mindestens eines in Teilzeit	40 %
Nur ein Elternteil erwerbstätig	24 %
Kein Elternteil erwerbstätig	4 %
Arbeitssuchend^{*)}	
Ja	27 %
Nein	73 %
Eigenschaften der Beschäftigung (Auszug)^{**)}	
Feste Arbeitszeiten	55 %
Gleitzeit	33 %
Homeoffice optional	27 %
Häufig Überstunden	22 %
(Netto-)Einkommen des Haushalts pro Monat	
unter 900 €	5 %
über 900 € bis 2.000 €	13 %
über 2.000 € bis 2.900 €	15 %
über 2.900 € bis 3.600 €	20 %
über 3.600 € bis 5.000 €	26 %
über 5.000 € bis 6.000 €	8 %
über 6.000 € bis 10.000 €	8 %
über 10.000 €	4 %

Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Anmerkungen: n=8.492 befragte Eltern; gewichtete Anteile. *) Die Verteilung des Merkmals „arbeitssuchend“ bezieht sich auf die Subgruppe der Eltern, die angaben, derzeit nicht erwerbstätig zu sein. (n=748) **) Die Verteilung des Merkmals „Eigenschaften der Beschäftigung“ bezieht sich auf die Subgruppe der Eltern, die angaben, derzeit erwerbstätig zu sein. (n=7.716). Mehrfachangaben möglich.

3.1.4 Sozioökonomischer Status (SES)

Für die Betrachtung des sozioökonomischen Status (SES) wurden die befragten Eltern in fünf gleich große Gruppen anhand der Ausprägung ihres sozioökonomischen Status eingeteilt (Quintile, vgl. zum methodischen Vorgehen bei der Bildung des Merkmals für den sozioökonomischen Status Kapitel 2.3.1).

Dabei wurde das erste Quintil als „niedriger SES“ interpretiert, die Quintile zwei bis vier zusammen als „mittlerer SES“ und das fünfte Quintil als „hoher SES“. Die Verteilung des SES wurde also an der vorliegenden Stichprobe normiert. Entsprechend dieser Einteilung ergibt sich gerade, dass ein Fünftel der Eltern einen niedrigen SES aufweisen, drei Fünftel einen mittleren SES und ein weiteres Fünftel einen hohen SES (Tabelle 4).

Tabelle 4: Stichprobenbeschreibung: Sozioökonomischer Status (SES)

Klasse des sozioökonomischen Status	Anteil in Stichprobe (%)
Hoher SES (fünftes Quintil)	20 %
Mittlerer SES (Quintile zwei bis vier)	60 %
Niedriger SES (erstes Quintil)	20 %

Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Anmerkungen: n=8.492 befragte Eltern; gewichtete Anteile

3.1.5 Armutsrisiko

Die Armutsrisikoquote wird berechnet als 60 Prozent des Medians des Nettoäquivalenzeinkommens aller Haushalte in der Stichprobe.⁵ Dies ist ein anerkanntes Verteilungsmaß zur Ermittlung des Armutsrisikos in der Bevölkerung (vgl. Bundesministeriums für Arbeit, 2022). Die Haushalte, in denen diese Kinder leben, haben ein äquivalenzgewichtetes (pro-Kopf) Einkommen von weniger als 1.270 € pro Monat (*Haushaltsnettoäquivalenzeinkommen*, vgl. Kapitel 2.3.1). Dies entspricht –auf Basis einer eigenen Schätzung der Autoren dieser Studie zum aktuellen Median des Nettoäquivalenzeinkommens – in etwa dem Wert für die Armutsrisikoschwelle im Jahr 2022. n 17,1 Prozent der Haushalte der Stichprobe leben Kinder im Alter zwischen vier und 14 Jahren, die von Armut bedroht sind (Armutsrisikoquote).⁶

⁵ Als Äquivalenzskala zur Ermittlung des Haushaltsnettoäquivalenteinkommens wurde die anerkannte *neue OECD-Skala* verwendet. Gemäß der neuen OECD-Skala erhält die erste erwachsene Person im Haushalt ein Gewicht von 1,0. Weitere Personen im Alter von 14 Jahren oder älter erhalten ein Gewicht von 0,5 und Kinder und Jugendliche im Alter von bis zu 13 Jahren ein Gewicht von 0,3. Die Summe der Gewichte je Haushalt bildet das Äquivalenzgewicht des Haushalts. Wird das (berichtete) Haushaltsnettoeinkommen durch das Äquivalenzgewicht geteilt, ergibt sich das Haushaltsnettoäquivalenzeinkommen. Vgl. auch Kapitel 2.3.1

⁶ Dieser Wert der Armutsrisikoquote konnte für Kinder dieser Altersgruppe anhand einer externen Quelle nur sehr eingeschränkt validiert werden. Angaben zur Armutsrisikoquote der Kinder zwischen vier und 14 Jahren liegen repräsentativ erhoben nicht veröffentlicht vor. Im

Weitere Zusammenhänge zwischen dem Armutsrisiko bei Kindern und sozioökonomischen Merkmalen ihrer Eltern können aufgrund zu geringer Besetzungszahlen in der Subgruppe der von Armut bedrohten Kinder nicht belastbar vorgenommen werden oder sind bereits durch die Analysen zum sozioökonomischen Status hinreichend belegt (61 Prozent der Familien mit Armutsrisiko haben einen niedrigen sozioökonomischen Status). Auch die subjektive Wahrnehmung des sozioökonomischen Status, der SSS, korrespondiert stark mit dem SES und wird daher in den Analysen nicht näher betrachtet: Ca. 75 Prozent der Familien mit niedrigem SES ordnet sich auf der Skala von 1 bis 10 bei maximal 7 ein, im Schwerpunkt bei 4 bis 6. Familien mit mittlerem SES verortet sich zu 90 Prozent zwischen 4 und 8, die meisten bei 6 und 7, während Familien mit hohem SES sich zum Großteil in die Kategorien 6 bis 10 einordnet, mit Schwerpunkt bei 7 und 8.

3.1.6 Region

In jedem Bundesland nahmen jeweils 500 Eltern an der Befragung teil, mit der Ausnahme von Bremen und dem Saarland, wo ein Stichprobenumfang von n=395 (Bremen) bzw. n=426 (Saarland) erreicht wurde. Nordrhein-Westfalen wurde in Nordrhein und Westfalen-Lippe aufgeteilt, wo jeweils ebenfalls 500 Eltern teilnahmen.

Um Auswertungen der Befragungsergebnisse für einzelne Bundesländer zu ermöglichen, wurde die regionale Verteilung der Eltern nach dem Bundesland ihres Wohnsitzes bei der Konzeption des Gewichtungsschemas für die Stichprobe berücksichtigt. Entsprechend ergibt sich eine gewichtete regionale Verteilung der Stichprobe, die der Verteilung in der Grundgesamtheit entspricht. Rund die Hälfte der befragten Eltern hat beispielsweise ihren Wohnsitz in einem der drei gemessen an der Einwohnerzahl größten Bundesländer (Bayern, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen) (Tabelle 5).

Betrachtet man die Eltern nach der Größenklasse der Gemeinde ihres Wohnsitzes, ergibt sich ein Anteil von 61 Prozent aller Eltern, die gemessen an der Einwohnerzahl in mittel- bis großstädtischen Gemeinden leben, und ein Anteil von 39 Prozent der Eltern, die ihren Wohnsitz in ländlichen bis kleinstädtischen Gemeinden haben.

Und betrachtet man die Eltern schließlich nach dem Grad der Deprivation⁷ der Gemeinde ihres Wohnorts, zeigt sich, dass knapp ein Viertel der Eltern in Gemeinden lebt, die von einem geringen Deprivationsgrad gekennzeichnet sind (erstes Quintil), und ein Fünftel der Eltern in Gemeinden lebt, die von einem hohen Grad der Deprivation gekennzeichnet sind (fünftes Quintil).

Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung wird für Kinder unter 18 Jahren je nach Datengrundlage und Berichtsjahr (2017 bis 2019) eine Armutsrisikoquote zwischen 12 Prozent und 21 Prozent angegeben (Bundesministerium für Arbeit, 2022).

⁷ Anhand des GSID-Deprivationsindexes des Robert Koch-Instituts (vgl. Kapitel 2.3.1).

Tabelle 5: Stichprobenbeschreibung: Region (gewichtet)

Regionstyp	Anteil in Stichprobe (%)
Bundesland	
Bayern	16 %
Baden-Württemberg	14 %
Nordrhein-Westfalen	22 %
darunter Nordrhein	(11 %)
darunter Westfalen-Lippe	(11 %)
Niedersachsen	10 %
Hessen	8 %
Rheinland-Pfalz	5 %
Sachsen	5 %
Berlin	4 %
Schleswig-Holstein	3 %
Brandenburg	3 %
Sachsen-Anhalt	2 %
Thüringen	2 %
Hamburg	2 %
Mecklenburg-Vorpommern	2 %
Saarland	1 %
Bremen	1 %
Gemeindegrößenklasse	
Mittel- bis großstädtisch	61 %
Ländlich bis kleinstädtisch	39 %
Grad der Deprivation der Gemeinde^{*)}	
Geringe Deprivation	23 %
Mittlere Deprivation	57 %
Hohe Deprivation	20 %

Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Anmerkungen: n=8.492 befragte Eltern; gewichtete Anteile

^{*)} Anhand des GSID-Deprivationsindex des Robert Koch-Instituts.

Geringe Deprivation: Gemeinden im ersten Quintil

Mittlere Deprivation: Gemeinden in den Quintilen zwei bis vier

Hohe Deprivation: Gemeinden im fünften Quintil

3.2 Vulnerable Familien

Ein Fokus der AOK-Familienstudie 2022 liegt auf vulnerablen Familien. Als vulnerabel werden dabei solche Familien bezeichnet, die entweder

- ♦ einen niedrigen sozioökonomischen Status aufweisen oder
- ♦ deren Elternteil alleinerziehend ist oder
- ♦ in denen Kinder mit einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung leben oder
- ♦ die einen Migrationshintergrund haben.

Im Folgenden wird die Stichprobe in Bezug auf diese Subgruppen der vulnerablen Familien anhand wesentlicher Merkmale beschrieben.

3.2.1 Niedriger sozioökonomischer Status

Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status (SES), d. h. deren sozioökonomischer Status im niedrigsten Quintil der Stichprobe liegt (vgl. Kapitel 2.3.1.1) unterscheiden sich in Bezug auf viele soziodemografische und -ökonomische Merkmale grundlegend von allen Familien in der Stichprobe. Zu einem Teil sind diese Unterschiede systematisch bedingt, da der niedrige SES gerade über eine entsprechende Ausprägung definiert ist (Bildung, Einkommen, berufliche Qualifikation, berufliche Stellung).

Eltern in Familien mit einem niedrigen SES haben beispielsweise deutlich seltener das Abitur bzw. die allgemeine Hochschulreife als höchsten Schulabschluss als alle Eltern in der Stichprobe (7 % ggü. 45 %) und öfter einen Hauptschulabschluss (47 % ggü. 17 %) (Tabelle 6). Sie haben auch wesentlich seltener einen Universitäts- oder Hochschulabschluss als höchsten beruflichen Abschluss (1 %) als alle Eltern (24 %). Entsprechend haben sie öfter eine Berufsausbildung bzw. Lehre abgeschlossen (45 %) als alle Eltern der Stichprobe (28 %) und öfter (noch) überhaupt keinen beruflichen Abschluss erlangt (24 % ggü. 11 %).

Eltern in Familien mit einem niedrigen SES sind öfter alleinerziehend (24 %) als alle Eltern (13 %). Auch hinsichtlich der Erwerbstätigkeit unterscheiden sie sich wesentlich von allen Eltern der Stichprobe. In Familien mit einem niedrigen SES sind seltener beide Elternteile in Vollzeit erwerbstätig (11 % ggü. 32 % in allen Familien) und ebenfalls seltener beide Elternteile erwerbstätig, wobei mindestens einer in Teilzeit tätig ist (33 % ggü. 40 %). Entsprechend ist in Familien mit einem niedrigen SES öfter nur ein Elternteil erwerbstätig (46 % ggü. 24 %) oder kein Elternteil erwerbstätig (9 % ggü. 4 %). Darüber hinaus sind nicht erwerbstätige Eltern in Familien mit niedrigem SES öfter arbeitssuchend (35 %) als alle Eltern (27 %).

Deutlich ungünstigere Ausprägungen weisen Eltern in Familien mit geringem SES des Weiteren beim Einkommen auf. Mehr als die Hälfte dieser Eltern verfügt über ein Haushaltseinkommen von 2.000 € oder weniger pro Monat (dies trifft hingegen nur auf knapp ein Fünftel aller Eltern zu). So gut wie überhaupt keine Eltern in

Familien mit niedrigem SES haben ein Einkommen von mehr als 5.000 € zur Verfügung. Bezogen auf alle Eltern trifft dies hingegen auf immerhin ein Fünftel zu.

Tabelle 6: Stichprobenbeschreibung: Familien mit niedrigem SES

Merkmal	Anteil in Stichprobe (%)
Bildung: Schulabschluss der Eltern	
Abitur bzw. allgemeine Hochschulreife	7 %
Hauptschulabschluss	47 %
Bildung: höchster beruflicher Abschluss	
Universität oder Hochschule	1 %
Berufsausbildung bzw. Lehre	45 %
(Noch) kein beruflicher Abschluss	24 %
Familienform	
Alleinerziehende	24 %
Erwerbstätigkeit der Eltern	
Beide Elternteile in Vollzeit erwerbstätig	11 %
Beide Elternteile erwerbstätig, mindestens einer in Teilzeit	33 %
Nur ein Elternteil erwerbstätig	46 %
Kein Elternteil erwerbstätig	9 %
Arbeitssuchend^{*)}	
Ja	35 %
(Netto-)Einkommen des Haushalts pro Monat	
unter 900 €	12 %
über 900 € bis 2.000 €	42 %
über 2.000 € bis 2.900 €	30 %
über 2.900 € bis 3.600 €	11 %
über 3.600 € bis 5.000 €	5 %
über 5.000 € bis 6.000 €	0 %
über 6.000 € bis 10.000 €	0 %
über 10.000 €	0 %
Gemeindegrößenklasse	
Mittel- bis großstädtisch	56 %
Ländlich bis kleinstädtisch	44 %
Grad der Deprivation der Gemeinde^{*)}	
Geringe Deprivation	19 %
Mittlere Deprivation	56 %
Hohe Deprivation	25 %

Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Anmerkungen: n=1.698 befragte Eltern mit niedrigem sozioökonomischen Status (SES); gewichtete Anteile

^{*)} Subgruppe der Eltern, die angaben, derzeit nicht erwerbstätig zu sein.

^{**)} Subgruppe der Eltern, die angaben, derzeit erwerbstätig zu sein. Hier waren Mehrfachangaben möglich.

Eltern in Familien mit einem niedrigen SES leben etwas öfter in ländlichen bis kleinstädtischen Regionen (44 %) als alle Eltern der Stichprobe (39 %). Die Gemeinden ihres Wohnorts sind zudem etwas öfter von einer hohen Deprivation gekennzeichnet (25 %) als die Gemeinden aller Eltern insgesamt.

3.2.2 Alleinerziehende

Alleinerziehende Eltern werden nach Statistischem Bundesamt definiert als Mütter und Väter, die ohne Ehe- oder Lebenspartner mit minder- oder volljährigen Kindern in einem Haushalt zusammenleben. Elternteile mit Lebenspartnern im Haushalt zählen dagegen zu den Lebensgemeinschaften mit Kindern. In der Stichprobe sind 82 % der alleinerziehenden Elternteile weiblich.

Alleinerziehende Eltern haben in der Stichprobe seltener das Abitur bzw. die allgemeine Hochschulreife als höchsten Schulabschluss erlangt als alle Eltern in der Stichprobe (33 % ggü. 45 %) und öfter einen Hauptschulabschluss (24 % ggü. 17 %) (Tabelle 7). Sie haben ebenfalls seltener einen Universitäts- oder Hochschulabschluss als höchsten beruflichen Abschluss (13 %) als alle Eltern (24 %). Entsprechend haben sie etwas öfter eine Berufsausbildung bzw. Lehre abgeschlossen (31 %) als alle Eltern der Stichprobe (28 %) und auch etwas öfter (noch) überhaupt keinen beruflichen Abschluss erlangt (15 % ggü. 11 %).

Alleinerziehende Eltern sind oft in Vollzeit erwerbstätig (40 %) und in etwa genauso oft in Teilzeit erwerbstätig (43 %). Gegenüber allen Eltern in der Stichprobe (4 %), also inklusive Eltern in Paarfamilien, sind alleinerziehende Eltern deutlich häufiger nicht erwerbstätig (17 %). Von denjenigen alleinerziehenden Eltern, die nicht erwerbstätig sind, gaben etwas mehr als die Hälfte (54 %) an, dass sie derzeit arbeitssuchend sind. Damit fällt der Anteil der alleinerziehenden Eltern, die eine Arbeit suchen, doppelt so groß aus wie der entsprechende Anteil bezogen auf alle Eltern (27 %). Alleinerziehende Eltern sind also vergleichsweise oft nicht erwerbstätig und auf der Suche nach Arbeit.

Ähnlich wie Eltern mit einem niedrigen SES weisen auch alleinerziehende Eltern deutlich ungünstigere Ausprägungen beim Einkommen auf. Auch in der Gruppe der Alleinerziehenden verfügt mehr als die Hälfte der Eltern (55 %) über ein Haushaltsnettoeinkommen in Höhe von höchstens 2.000 € pro Monat (im Vergleich nur knapp ein Fünftel aller Eltern). Nur sehr wenige alleinerziehende Eltern (2 %) haben ein Einkommen von mehr als 5.000 € zur Verfügung (ein Fünftel aller Eltern). Zu beachten ist dabei allerdings, dass an dieser Stelle die Haushaltsgröße, also die Anzahl der Haushaltsmitglieder nicht berücksichtigt wurde. Da Alleinerziehende im Durchschnitt mit weniger weiteren Personen im Haushalt leben, sind ihre Einkommen nur eingeschränkt mit denen von Paarfamilien vergleichbar. Um eine Vergleichbarkeit zu erzielen, müssen die Haushaltseinkommen mit einer Äquivalenzskala gewichtet werden, wobei die Haushaltsgröße Berücksichtigung findet. Dies wurde im Rahmen der Bildung des sozioökonomischen Status gemacht. Insofern sind die Ergebnisse zum SES besser zwischen alleinerziehenden Eltern und allen Eltern vergleichbar als das Haushaltseinkommen.

Und dabei zeigt sich, dass auch bei Betrachtung des sozioökonomischen Status das Bild der sozioökonomisch benachteiligten alleinerziehenden Eltern erhalten bleibt. Denn alleinerziehende Eltern weisen deutlich öfter einen niedrigen SES auf (40 %) als alle Eltern (20 %). Zudem haben nur wenige alleinerziehende Eltern einen hohen SES (4 Prozent im Vergleich zu 20 Prozent von allen Eltern).

Tabelle 7: Stichprobenbeschreibung: Alleinerziehende

Merkmal	Anteil in Stichprobe (%)
Bildung: Schulabschluss des alleinerziehenden Elternteils	
Abitur bzw. allgemeine Hochschulreife	33 %
Hauptschulabschluss	24 %
Bildung: höchster beruflicher Abschluss	
Universität oder Hochschule	13 %
Berufsausbildung bzw. Lehre	31 %
(Noch) kein beruflicher Abschluss	15 %
Erwerbstätigkeit des alleinerziehenden Elternteils	
In Vollzeit erwerbstätig	40 %
In Teilzeit erwerbstätig (inkl. geringfügig beschäftigt)	43 %
Nicht erwerbstätig	17 %
Arbeitssuchend^{*)}	
Ja	54 %
(Netto-)Einkommen des Haushalts pro Monat	
unter 900 €	13 %
über 900 € bis 2.000 €	42 %
über 2.000 € bis 2.900 €	29 %
über 2.900 € bis 3.600 €	11 %
über 3.600 € bis 5.000 €	4 %
über 5.000 € bis 6.000 €	1 %
über 6.000 € bis 10.000 €	1 %
über 10.000 €	0 %
Sozioökonomischer Status	
Hoher SES (fünftes Quintil)	4 %
Mittlerer SES (Quintile zwei bis vier)	56 %
Niedriger SES (erstes Quintil)	40 %
Grad der Deprivation der Gemeinde^{*)}	
Geringe Deprivation	23 %
Mittlere Deprivation	53 %
Hohe Deprivation	24 %

Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Anmerkungen: n=1.107 befragte alleinerziehende Eltern; gewichtete Anteile

*) Subgruppe der Eltern, die angaben, derzeit nicht erwerbstätig zu sein.

**) Subgruppe der Eltern, die angaben, derzeit erwerbstätig zu sein. Hier waren Mehrfachangaben möglich.

Die Gemeinden des Wohnorts von alleinerziehenden Eltern sind öfter von einer hohen Deprivation gekennzeichnet als die Gemeinden des Wohnorts von allen Eltern. Allerdings fällt dieser Unterschied mit 24 Prozent (Alleinerziehende) gegenüber 20 Prozent verglichen zu anderen hier aufgezeigten Unterschieden gering aus.

3.2.3 Kinder mit chronischer Erkrankung oder Behinderung

Ein geringer Teil der Familien in der Stichprobe hatte Kinder mit einer chronischen Erkrankung (8 %) bzw. einer Behinderung (4 %). Inwieweit diese Familien dadurch eingeschränkt sind bzw. sich hinsichtlich relevanter Merkmale von allen Familien in der Stichprobe unterscheiden, wird im Folgenden dargestellt.

Eltern mit chronisch erkrankten oder behinderten Kindern hatten ähnlich oft das Abitur bzw. die allgemeine Hochschulreife als höchsten Schulabschluss erlangt wie alle Eltern in der Stichprobe (Tabelle 8). Auch einen Hauptschulabschluss besitzt ein ähnlich großer Teil dieser Gruppen. Allerdings haben sie öfter (noch) keinen Schulabschluss vorzuweisen, und zwar 7 Prozent der Eltern mit chronisch erkrankten Kindern und 9 Prozent der Eltern mit behinderten Kindern (hingegen nur 2 Prozent aller Eltern). Ähnlich sieht es beim höchsten beruflichen Abschluss aus, wo diese vulnerablen Gruppen ebenfalls ungünstigere Voraussetzungen mitbringen. Nur 18 Prozent der Eltern mit chronisch erkrankten Kindern haben einen Universitäts- oder Hochschulabschluss erlangt und 14 Prozent der Eltern mit behinderten Kindern (gegenüber 24 Prozent aller Eltern). Sie können demgegenüber deutlich öfter (noch) keinen beruflichen Abschluss vorweisen (21 Prozent der Eltern mit chronisch erkrankten Kindern und 29 Prozent der Eltern mit behinderten Kindern, gegenüber 11 Prozent aller Eltern).

Bei der Familienform hingegen zeigt sich kein eindeutiges Bild. Auf der einen Seite sind die Eltern mit chronisch erkrankten Kindern ein wenig öfter alleinerziehend (16 %) als alle Eltern (13 %), auf der anderen Seite sind jedoch die Eltern mit behinderten Kindern ein wenig seltener alleinerziehend (10 % ggü. 13 %).

Ähnlich heterogen stellt sich die Erwerbstätigkeit dieser vulnerablen Familien dar. Während von Familien mit chronisch erkrankten Kindern etwas öfter beide Elternteile in Vollzeit erwerbstätig sind (37 %) als von allen Familien (32 %) und entsprechend seltener in Teilzeit (32 % ggü. 40 %), sind von Familien mit behinderten Kindern etwas seltener beide Elternteile in Vollzeit erwerbstätig (26 %) und öfter in Teilzeit (44 %). Der Anteil der nicht erwerbstätigen Eltern fällt von diesen Gruppen nur geringfügig größer aus (5 Prozent bzw. 7 %) als von allen Familien (4 %).

Zudem sind Eltern mit chronisch erkrankten Kindern öfter arbeitssuchend. Von denjenigen Eltern mit chronisch erkrankten Kindern, die nicht erwerbstätig sind, gibt etwas mehr als ein Drittel (36 %) an, dass sie derzeit arbeitssuchend sind. Von allen nicht erwerbstätigen Eltern trifft dies nur auf 27 Prozent zu, und auch bei den Eltern mit behinderten Kindern zeigte sich ein ähnlicher Anteil.

Bei der Verteilung der Haushaltseinkommen (die hier aufgrund geringer Besetzungszahlen stärker komprimiert wurde als bei den Darstellungen für andere Gruppen) zeigte sich wiederum kein einheitliches Bild. Sowohl Familien mit chronisch erkrankten Kindern als auch Familien mit behinderten Kindern haben auf der einen Seite etwas öfter vergleichsweise geringe Einkommen (unter 2.000 € pro Monat), allerdings auf der anderen Seite auch etwas öfter hohe Einkommen (5.000 € oder mehr) zur Verfügung. Entsprechend ist auch das Bild beim sozioökonomischen Status dieser vulnerablen Gruppen uneinheitlich bzw. zeigen sich keine größeren Unterschiede zu der gesamten Stichprobe aller Familien.

Sowohl Familien mit chronisch erkrankten Kindern als auch Familien mit behinderten Kindern leben etwas öfter in mittel- bis großstädtischen Regionen als alle Familien. Und die Gemeinde ihres Wohnortes ist etwas seltener von hoher Deprivation gekennzeichnet als die Gemeinden der Wohnorte aller Familien.

Tabelle 8: Stichprobenbeschreibung: Familien mit Kindern, die eine chronische Erkrankung oder eine Behinderung haben

Merkmal	Anteil in Stichprobe (%)	
	Chronische Erkrankung	Behinderung
Bildung: Schulabschluss der Eltern		
Abitur bzw. allgemeine Hochschulreife	41 %	45 %
Hauptschulabschluss	17 %	13 %
(Noch) kein Schulabschluss	7 %	9 %
Bildung: höchster beruflicher Abschluss		
Universität oder Hochschule	18 %	14 %
(Noch) kein beruflicher Abschluss	21 %	29 %
Familienform		
Alleinerziehende	16 %	10 %
Erwerbstätigkeit der Eltern		
Beide Elternteile in Vollzeit erwerbstätig	36,5 %	25,6 %
Beide Elternteile erwerbstätig, mindestens einer in Teilzeit	32,0 %	43,8 %
Nur ein Elternteil erwerbstätig	26,8 %	23,8 %
Kein Elternteil erwerbstätig	4,7 %	6,7 %
Arbeitssuchend^{*)}		
Ja	36 %	26 %
(Netto-)Einkommen des Haushalts pro Monat		
unter 2.000 €	27 %	25 %
über 2.000 € bis 3.600 €	28 %	30 %
über 3.600 € bis 5.000 €	22 %	14 %
über 5.000 €	23 %	31 %

Merkmal	Anteil in Stichprobe (%)	
	Chronische Erkrankung	Behinderung
Sozioökonomischer Status		
Hoher SES (fünftes Quintil)	20 %	16 %
Mittlerer SES (Quintile zwei bis vier)	59 %	63 %
Niedriger SES (erstes Quintil)	21 %	21 %
Gemeindegrößenklasse		
Mittel- bis großstädtisch	68 %	64 %
Ländlich bis kleinstädtisch	32 %	36 %
Grad der Deprivation der Gemeinde^{*)}		
Geringe Deprivation	25,6 %	30,6 %
Mittlere Deprivation	56,5 %	52,9 %
Hohe Deprivation	17,8 %	16,5 %

Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkungen: n=556 befragte Eltern mit chronisch erkranktem Kind bzw. n=192 Eltern mit behindertem Kind; gewichtete Anteile
 *) Subgruppe der Eltern, die angaben, derzeit nicht erwerbstätig zu sein.
 **) Subgruppe der Eltern, die angaben, derzeit erwerbstätig zu sein. Hier waren Mehrfachangaben möglich.

3.2.4 Migrationshintergrund

Eltern mit Migrationshintergrund haben seltener das Abitur bzw. die allgemeine Hochschulreife als höchsten Schulabschluss (38 %) als alle Eltern (45 %) (Tabelle 9).

Tabelle 9: Stichprobenbeschreibung: Familien mit Migrationshintergrund

Merkmal	Anteil in Stichprobe (%)
Bildung: Schulabschluss der Eltern	
Abitur bzw. allgemeine Hochschulreife	38 %
Anderer Schulabschluss (im Ausland oder nach 7 Schuljahren erworben)	20 %
Bildung: höchster beruflicher Abschluss	
Universität oder Hochschule	26 %
Berufsausbildung bzw. Lehre	20 %
(Noch) kein beruflicher Abschluss	12 %
Familienform	
Alleinerziehende	12 %
Erwerbstätigkeit der Eltern	
Beide Elternteile in Vollzeit erwerbstätig	41 %
Beide Elternteile erwerbstätig, mindestens einer in Teilzeit	24 %
Nur ein Elternteil erwerbstätig	31 %
Kein Elternteil erwerbstätig	4 %
Arbeitssuchend*)	
Ja	22 %

Merkmal	Anteil in Stichprobe (%)
(Netto-)Einkommen des Haushalts pro Monat	
unter 900 €	3,9 %
über 900 € bis 2.000 €	13,1 %
über 2.000 € bis 2.900 €	15,5 %
über 2.900 € bis 3.600 €	19,0 %
über 3.600 € bis 5.000 €	24,4 %
über 5.000 €	24,3 %
Sozioökonomischer Status	
Hoher SES (fünftes Quintil)	15 %
Mittlerer SES (Quintile zwei bis vier)	62 %
Niedriger SES (erstes Quintil)	23 %
Gemeindegrößenklasse	
Mittel- bis großstädtisch	69 %
Ländlich bis kleinstädtisch	31 %
Grad der Deprivation der Gemeinde^{*)}	
Geringe Deprivation	26 %
Mittlere Deprivation	55 %
Hohe Deprivation	19 %

Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Anmerkungen: n=1.107 befragte Eltern mit Migrationshintergrund; gewichtete Anteile
^{*)} Subgruppe der Eltern, die angaben, derzeit nicht erwerbstätig zu sein.
^{**)} Subgruppe der Eltern, die angaben, derzeit erwerbstätig zu sein. Hier waren Mehrfachangaben möglich.

Sie haben öfter einen „anderen Schulabschluss“, beispielsweise einen im Ausland oder nach sieben Schuljahren erworbenen (20 %) als alle Eltern (7 %). Beim höchsten beruflichen Abschluss zeigen sich kaum Unterschiede. Eltern mit Migrationshintergrund haben etwa genauso oft einen Universitäts- oder Hochschulabschluss und nur etwas seltener eine Berufsausbildung bzw. Lehre abgeschlossen als alle Eltern. Sie sind zudem genauso oft alleinerziehend wie alle Eltern in der Stichprobe.

Unterschiede zeigen sich allerdings bei der Erwerbstätigkeit. In Familien mit Migrationshintergrund sind öfter beide Elternteile in Vollzeit erwerbstätig (41 %) als in allen Familien (32 %). Und die Arbeitsaufteilung, dass beide Elternteile erwerbstätig sind, wobei mindestens ein Elternteil in Teilzeit tätig ist, findet sich bei Familien mit Migrationshintergrund deutlich seltener (24 %) als bei allen Familien (40 %). Öfter hingegen ist nur ein Elternteil von Familien mit Migrationshintergrund erwerbstätig (31 %), als dies bei allen Familien zutrifft (24 %). Familien ohne erwerbstätige Elternteile finden sich mit Migrationshintergrund ähnlich oft wie in der gesamten Stichprobe. Nicht erwerbstätige Eltern mit Migrationshintergrund sind etwas seltener arbeitssuchend (22 %) als alle nicht erwerbstätigen Eltern (27 %).

Bezüglich des Einkommens stellen sich Familien mit Migrationshintergrund etwas ungünstiger dar. Tendenziell befinden sich Familien mit Migrationshintergrund etwas öfter in niedrigen Einkommensklassen als alle Familien. Knapp ein Viertel der Familien mit Migrationshintergrund haben bis zu 2.000 € Haushaltseinkommen pro Monat zur Verfügung. In der gesamten Stichprobe trifft dies nur auf knapp ein Fünftel (18 %) aller Familien zu. Mehr als 5.000 € pro Monat haben nur 15 Prozent der Familien mit Migrationshintergrund zur Verfügung, hingegen ein Fünftel aller Familien.

Familien mit Migrationshintergrund haben etwas öfter einen niedrigen SES (23 %) als alle Familien (20 %) und seltener einen hohen SES (15 %) als alle Familien (20 %). Sie leben häufiger in mittel- bis großstädtischen Regionen (69 %) als alle Familien (61 %). Hinsichtlich des Grads der Deprivation der Gemeinden der Wohnorte der Familien zeigen sich nur geringe Unterschiede. Familien mit Migrationshintergrund leben etwas öfter in Gemeinden mit einem geringen Grad der Deprivation (26 %) als alle Familien (23 %).

4. Gesundheit

4.1 Gesundheit der Kinder

4.1.1 Gesundheitszustand im Allgemeinen, Krankheitslast und BMI

Der Gesundheitszustand der Kinder im Allgemeinen wird im Jahr 2022 von etwas mehr als der Hälfte der befragten Eltern als sehr gut eingeschätzt (54 %) (Tabelle 10). 39 Prozent der Eltern bewerten den allgemeinen Gesundheitsstatus ihrer Kinder als gut. Fast alle Eltern (93 %) beschreiben den allgemeinen und körperlichen Gesundheitszustand ihres Kindes somit als sehr gut oder gut. In der Altersgruppe der 4- bis 6-jährigen Kinder ist der Anteil der Kinder mit einem sehr guten Gesundheitszustand im Allgemeinen mit 63 Prozent am höchsten (7 bis 10 Jahre: 54 Prozent; 11 bis 14 Jahre: 48 %). Bei Mädchen ist der Anteil der Kinder mit einem sehr guten Gesundheitszustand im Allgemeinen etwas höher (58 %) als bei Jungen (51 %).

Tabelle 10: Gesundheitszustand der Kinder im Allgemeinen nach Alter und Geschlecht (2022)

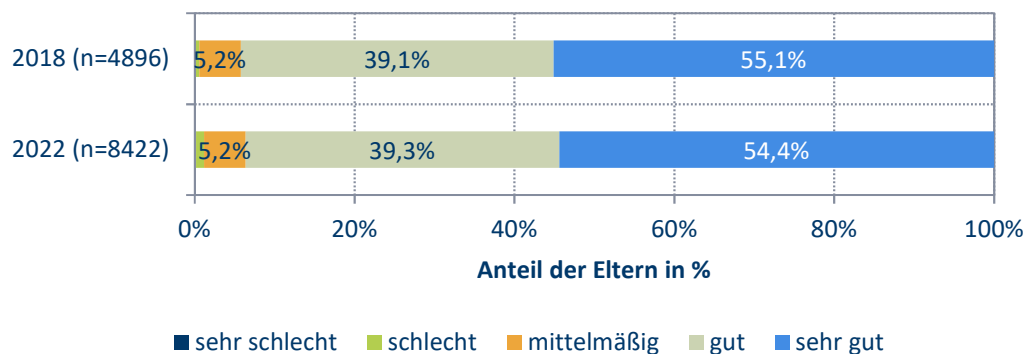
	sehr schlecht	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut
Alle Kinder	0 %	1 %	5 %	39 %	54 %
4 bis 6 Jahre	0,4 %	1,9 %	2,6 %	32,6 %	62,5 %
7 bis 10 Jahre	0,1 %	0,5 %	6,0 %	39,7 %	53,7 %
11 bis 14 Jahre	0,1 %	0,7 %	6,6 %	44,6 %	48,0 %
Jungen	0,1 %	1,4 %	5,5 %	41,8 %	51,1 %
Mädchen	0,2 %	0,5 %	4,8 %	36,4 %	58,1 %

Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Veränderungen beim allgemeinen Gesundheitszustand der Kinder zwischen den Jahren 2022 und 2018 sind nicht zu beobachten (Abbildung 1). Im Jahr 2022 hat ebenso wie bereits im Jahr 2018 rund die Hälfte der Kinder einen sehr guten Gesundheitszustand.

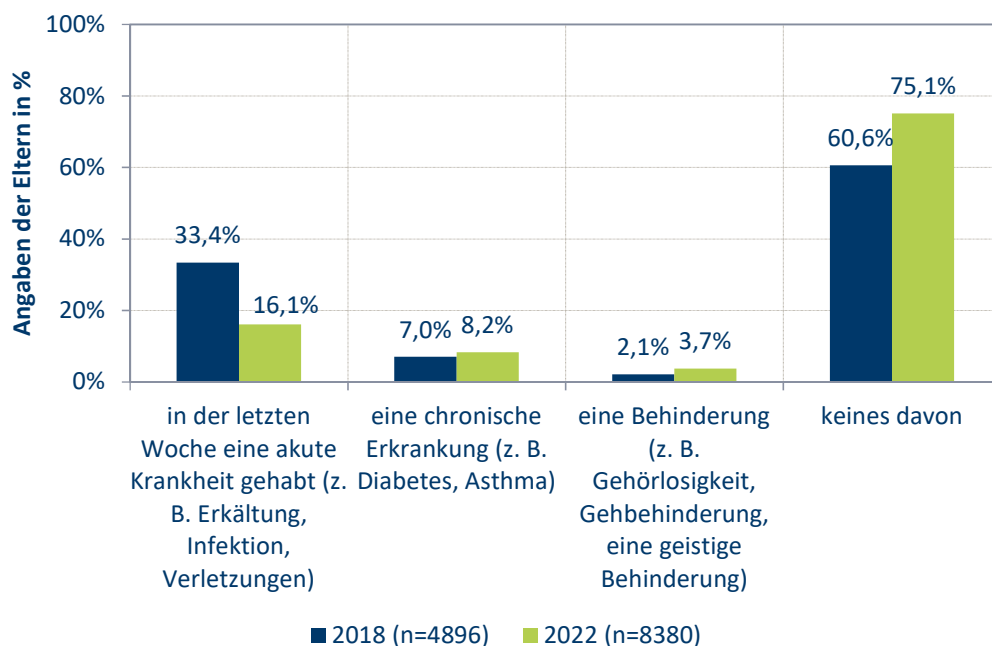
Demgegenüber zeigt sich die akute Krankheitslast der Kinder im Jahr 2022 deutlich geringer (Abbildung 2): Während 2018 ein Drittel der Eltern von einer akuten Krankheit (z. B. Erkältung, Infektion, Verletzungen) bei ihrem Kind in den letzten Wochen berichtete, waren es im Jahr 2022 nur 16 Prozent der Eltern. Dies ist vermutlich überwiegend auf den abweichenden Befragungszeitraum zurückzuführen (Winter in 2018 und Sommer in 2022).

Abbildung 1: Allgemeiner Gesundheitszustand der Kinder (2018 und 2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben?

Abbildung 2: Krankheitslast der Kinder (2018 und 2022)



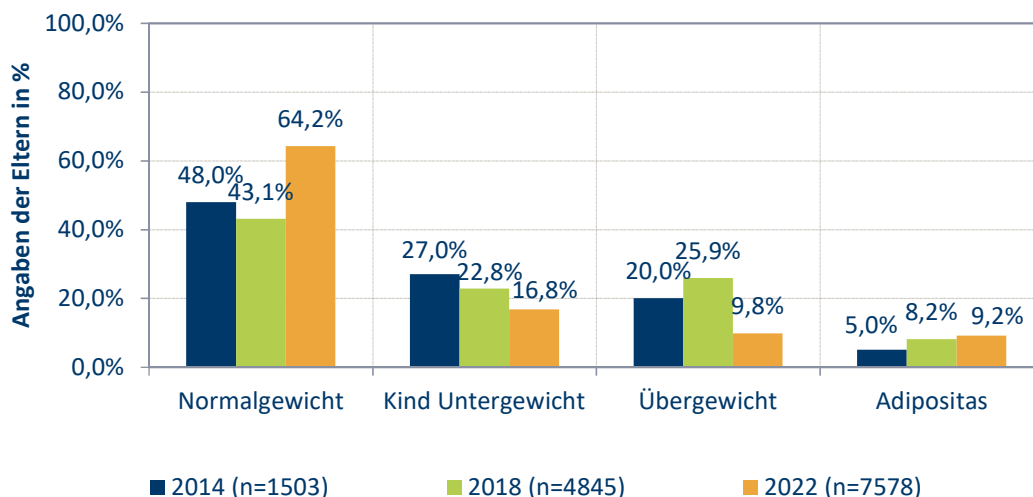
Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Hat Ihr Kind... in der letzten Woche eine akute Krankheit gehabt (z.B. Erkältung, Infektion, Verletzungen)? ... eine chronische Erkrankung (z.B. Diabetes, Asthma)? ... eine Behinderung (z.B. Gehörlosigkeit, Gehbehinderung, eine geistige Behinderung)?

Ein (leicht) höherer Anteil im Jahr 2022 im Vergleich zu 2018 ist bei den chronischen Erkrankungen und bei den Behinderungen zu beobachten: Während im Jahr

2018 rund 7 Prozent der Kinder in der Stichprobe unter einer chronischen Erkrankung litten, sind es im Jahr 2022 rund 8 Prozent; der Anteil der Kinder mit einer Behinderung liegt doppelt so hoch, anstatt 2 Prozent (2018) sind es nun 4 Prozent der Stichprobe (2022).

In der Tendenz ist auch eine Verbesserung des Body-Mass-Index (BMI) der Kinder⁸ über die Jahre hinweg festzustellen (Abbildung 3): Wiesen 2014 nur 48 Prozent der Kinder ein Normalgewicht auf, waren es 2018 bereits 64 Prozent und im Jahr 2022 sogar 66 Prozent. Dabei ist im Jahr 2022 in der Gruppe der 11- bis 14-jährigen Jungen der Anteil der Kinder mit Normalgewicht mit 70 Prozent im Vergleich zu den anderen Gruppen nach Alter und Geschlecht am höchsten. Geschlechtsspezifisch ist bei Mädchen der Anteil mit Adipositas in dieser Altersgruppe höher als bei Jungen (Mädchen: 8 Prozent; Jungen: 5 %).

Abbildung 3: BMI der Kinder (2014, 2018 und 2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Zusätzlich zeigen die Ergebnisse, dass 2022 bereits zum zweiten Mal in Folge der Anteil der Kinder mit Untergewicht auf nunmehr 17 Prozent gesunken ist (2014: 27 Prozent; 2018: 23 %). Der Anteil der Kinder mit Übergewicht blieb 2022 im Vergleich zu 2018 auf demselben Niveau (9 %). Im Vergleich zu 2014 (20 %) stellt dies jedoch nach wie vor eine Reduzierung von 11 Prozentpunkten dar. Allerdings ist ein stetiger Anstieg des Anteils der Kinder mit Adipositas festzustellen: Waren 2014

⁸ Aufgrund wachstumsbedingter Veränderungen des Verhältnisses von Körpergröße und -gewicht im Kindes- und Jugendalter gibt es – im Gegensatz zu den Erwachsenen – keinen für alle Altersgruppen einheitlichen Grenzwert, ab welchem ein Kind oder Jugendlicher als übergewichtig oder adipös einzustufen ist. Für diese Einteilung werden daher alters- und geschlechtsdifferenzierte Perzentilkurven verwendet (vgl. dazu Kromeyer-Hausschild, 2001).

noch 5 Prozent der Kinder mit Adipositas assoziiert, lag der Anteil 2018 bereits bei 8 Prozent und stieg im Jahr 2022 nochmals leicht auf 9 Prozent an.

Dabei ist im Jahr 2022 der Anteil der Kinder mit Adipositas in der Altersgruppe der 4- bis 6-Jährigen mit 13 Prozent am höchsten (7 bis 10 Jahre: 9 Prozent; 11 bis 14 Jahre: 6 %). Bei Jungen liegt der Anteil mit Adipositas mit 11 Prozent höher als bei Mädchen (7 %, Tabelle 11).

Tabelle 11: BMI der Kinder nach Alter und Geschlecht (2022)

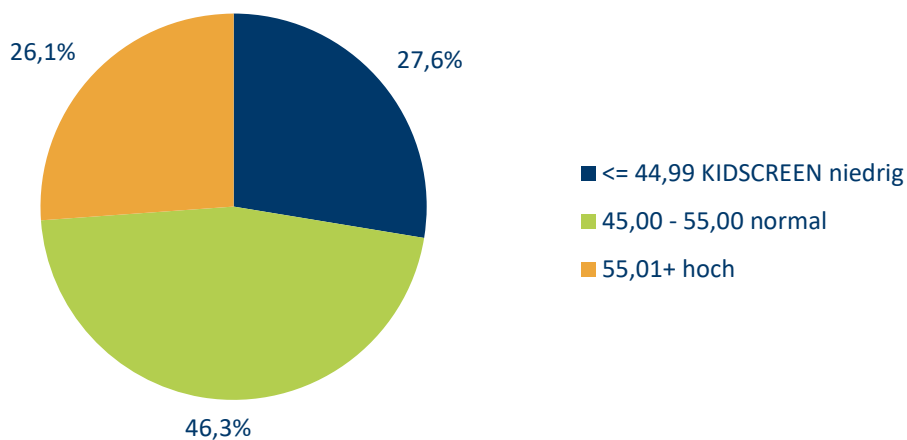
Merkmal	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas
Alter				
4 bis 6 Jahre	21,4 %	58,9 %	6,7 %	13,1 %
7 bis 10 Jahre	15,9 %	63,4 %	11,5 %	9,2 %
11 bis 14 Jahre	14,0 %	69,3 %	10,6 %	6,1 %
Geschlecht				
Junge	16 %	63 %	10 %	11 %
Mädchen	17 %	65 %	10 %	7 %

Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

4.1.2 Generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder wird anhand des KIDSCREEN erfasst (vgl. Kapitel 2.3.2.1). Die Befragungsergebnisse zeigen, dass in Deutschland 46 Prozent der Kinder mit einer normalen gesundheitsbezogenen Lebensqualität aufwachsen (Abbildung 4; Tabelle 12). 28 Prozent der Kinder weisen eine niedrige und knapp ein Viertel der Kinder (26 %) eine hohe Lebensqualität auf. Wesentliche Unterschiede bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen den Altersgruppen 4 bis 6 Jahre, 7 bis 10 Jahre und 11 bis 14 Jahre sind nicht zu beobachten. Auffällig ist jedoch, dass der Anteil der Kinder mit einer niedrigen Lebensqualität in der Altersgruppe der 11- bis 14-jährigen Kinder mit 29 Prozent am höchsten ist (4 bis 6 Jahre: 26 Prozent; 7 bis 10 Jahre: 27 %). Getrennt nach Geschlechtern kann beobachtet werden, dass bei Mädchen der Anteil der Kinder mit einer hohen Lebensqualität mit 27 Prozent höher ist als bei Jungen (25 %). Umgekehrt ist bei Jungen der Anteil der Kinder mit einer niedrigen gesundheitsbezogenen Lebensqualität höher als bei den Mädchen (Jungen: 30 Prozent; Mädchen: 25 %).

Abbildung 4: Verteilung der Kinder nach KIDSCREEN-Score kategorisiert (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: N=8.255

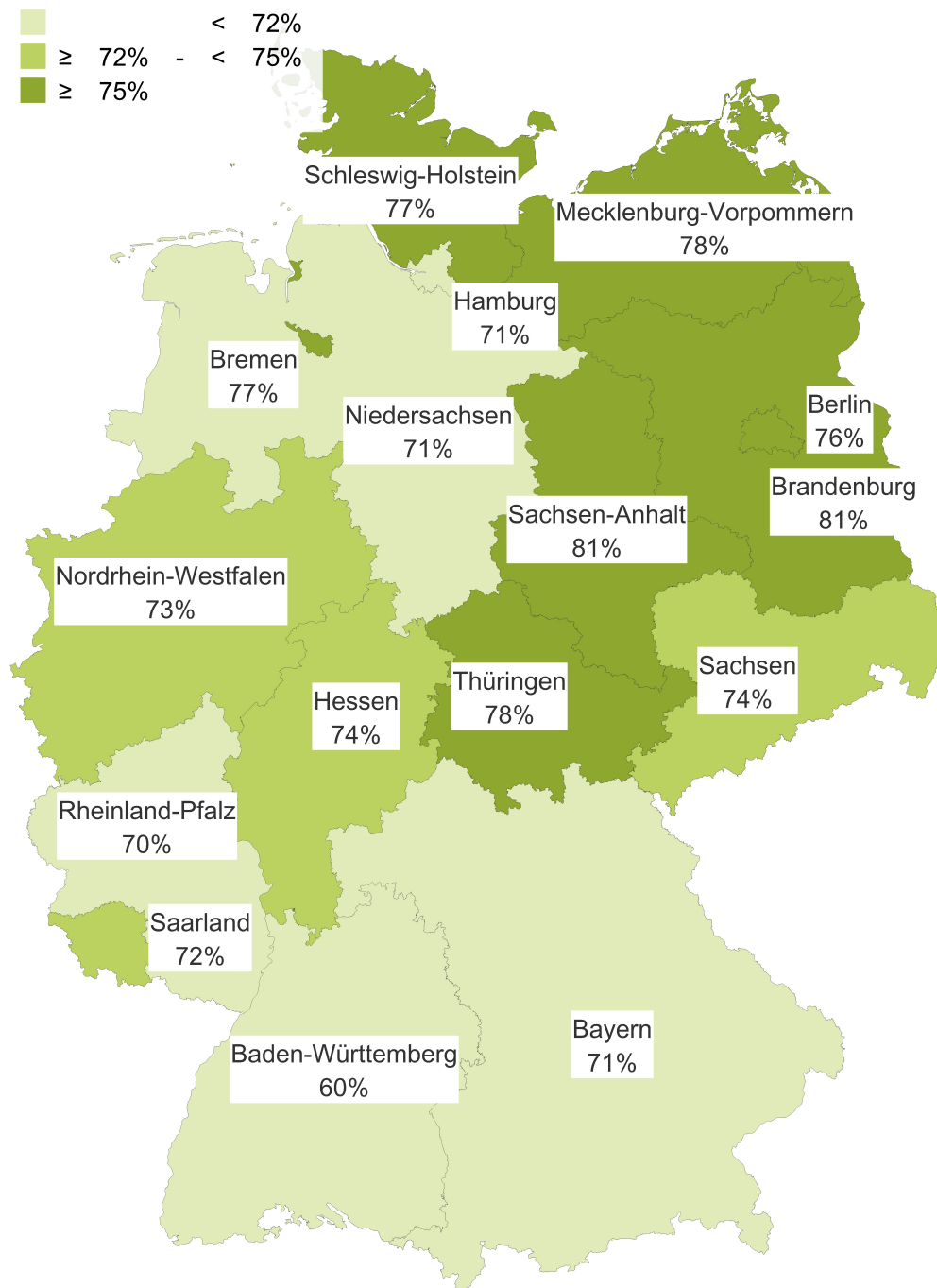
Tabelle 12: KIDSCREEN-Score kategorisiert nach Alter und Geschlecht der Kinder (2022)

	niedrige Lebensqualität	normale Lebensqualität	hohe Lebensqualität
Alle Kinder	28 %	46 %	26 %
4 bis 6 Jahre	26,3 %	48,3 %	25,4 %
7 bis 10 Jahre	27,4 %	46,8 %	25,8 %
11 bis 14 Jahre	28,9 %	44,0 %	27,1 %
Jungen	30 %	45 %	25 %
Mädchen	25 %	48 %	27 %

Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Die Ausprägung des KIDSCREEN-Indexes unterscheidet sich des Weiteren in der regionalen Perspektive. Der Anteil der Kinder mit einem normalen oder hohen KIDSCREEN-Wert fällt je nach Bundesland unterschiedlich aus. Am höchsten liegt der Anteil im Jahr 2022 in den ostdeutschen Bundesländern und Schleswig-Holstein (zwischen 76 Prozent in Berlin und 81 Prozent in Sachsen-Anhalt) (Abbildung 5). Hingegen haben in Rheinland-Pfalz nur 70 Prozent der Kinder und in Baden-Württemberg sogar nur 60 Prozent der Kinder einen normalen oder hohen KIDSCREEN-Wert.

Abbildung 5: Anteil der Kinder mit einem normalen oder hohen KIDSCREEN-Wert nach Bundesland (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten.

Anmerkung: KIDSCREEN-Index normal oder hoch: Index-Wert von über 45,00

4.1.3 Gesundheitliche Beschwerden und psychische Beschwerdelast

Um die gesundheitliche und psychische Beschwerdelast bei den Kindern zu erfassen, wurden zusätzlich verschiedene Symptome nach der „Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)“-Checkliste erfragt (vgl. Kapitel 2.3.2.2). Die Checkliste umfasst die Symptome Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, Niedergeschlagenheit, Gereiztheit, Nervosität, Einschlafprobleme und Benommenheit. Traten zwei oder mehr dieser Beschwerden mindestens fast wöchentlich auf, so wird von „multiplen psychosomatischen Beschwerden“ gesprochen.

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass bei 14 Prozent der Kinder multiple psychosomatische Beschwerden vorliegen (Tabelle 13). Altersspezifisch ist der Anteil der Kinder mit multiplen psychosomatischen Beschwerden in der Gruppe der 4- bis 6-jährigen Kinder mit 15 Prozent am höchsten (7 bis 10 Jahre: 13 Prozent; 11 bis 14 Jahre: 14 %). Bei Jungen fällt der Anteil der Kinder mit multiplen psychosomatischen Beschwerden mit 14 Prozent etwas größer aus als bei Mädchen (13 %).

Tabelle 13: Multiple psychosomatische Beschwerden (HBSC) nach Alter und Geschlecht der Kinder (2022)

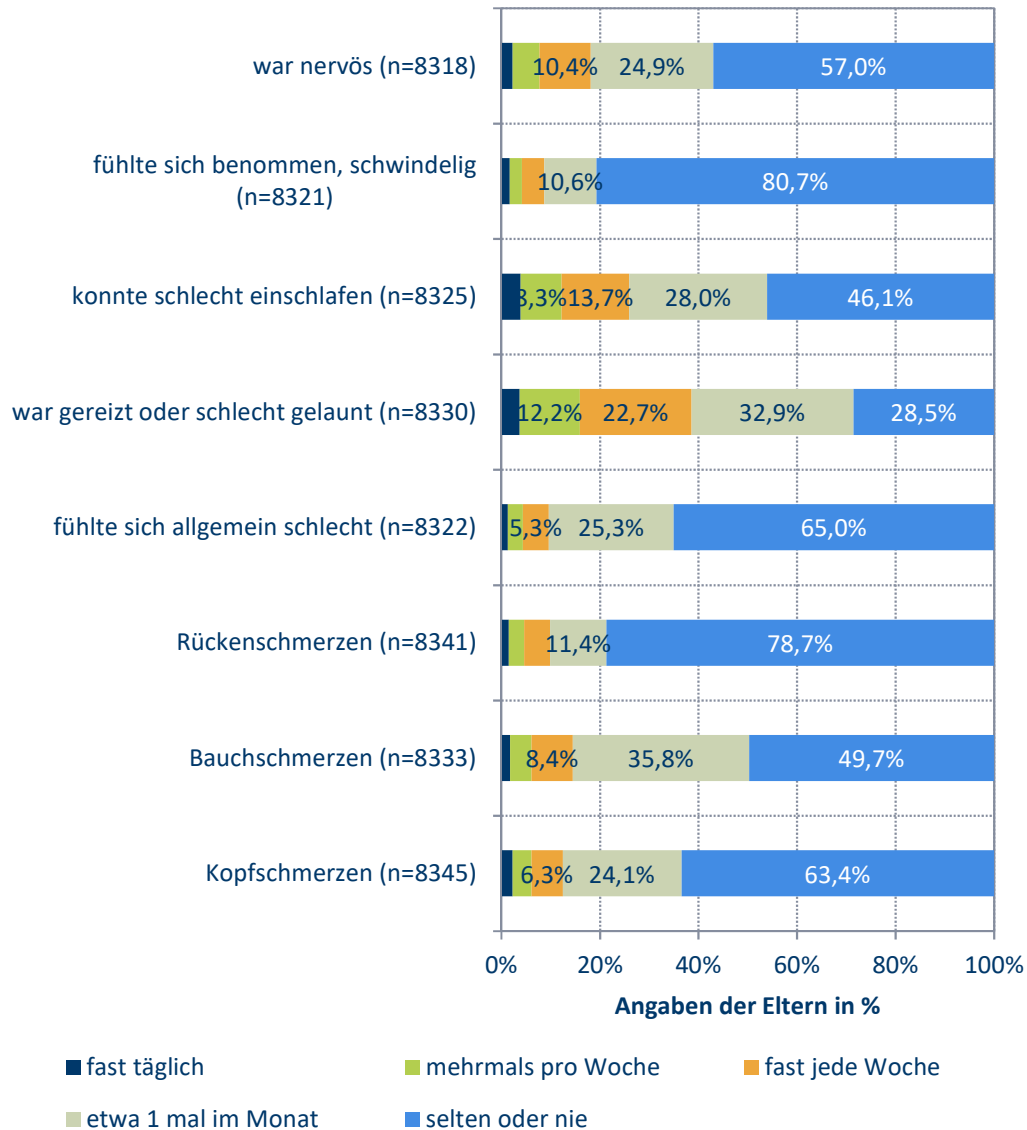
	multiple psychosomatische Beschwerden	keine gehäuften Beschwerden
Alle Kinder	14 %	86 %
4 bis 6 Jahre	15 %	85 %
7 bis 10 Jahre	13 %	87 %
11 bis 14 Jahre	14 %	86 %
Jungen	14 %	86 %
Mädchen	13 %	87 %

Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Anmerkung: Die multiplen psychosomatischen Beschwerden werden mit den Fragen des HBSC erhoben (vgl. Kapitel 2.3.2.2)

Insbesondere die Beschwerden der Gereiztheit, Nervosität, Einschlafprobleme treten bei Kindern traten dabei gehäuft auf (Abbildung 6). Selten oder nie leiden Kinder unter Rückenschmerzen (79 %) und Schwindel (81 %).

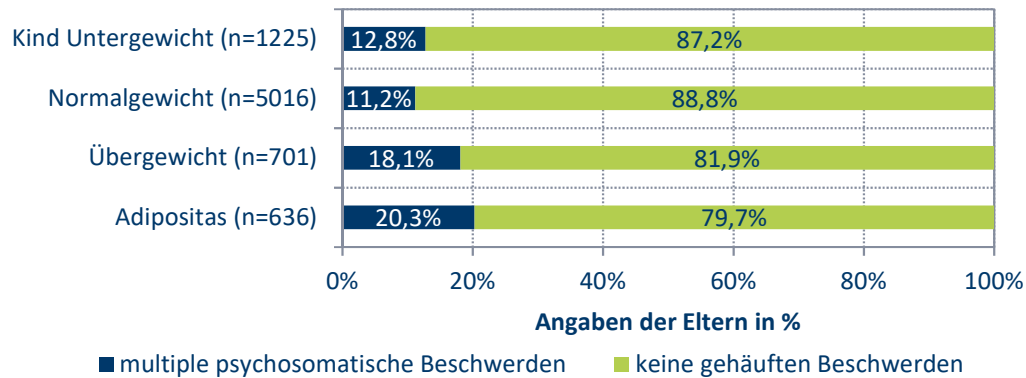
Abbildung 6: Psychosomatische Einzelbeschwerden in den letzten 6 Monaten (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Wie oft hatte Ihr Kind in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden?

Unter Berücksichtigung des BMI der Kinder (Kapitel 4.1.1) zeigt sich, dass das Gewicht die gesundheitliche Beschwerdelast der Kinder beeinflussen kann (Abbildung 7). Beispielsweise ist Anteil der Kinder mit multiplen psychosomatischen Beschwerden bei Kinder mit Adipositas am höchsten (20 %). Bei Kindern mit Normalgewicht ist der Anteil der Kinder mit multiplen psychosomatischen Beschwerden hingegen am geringsten (11 %).

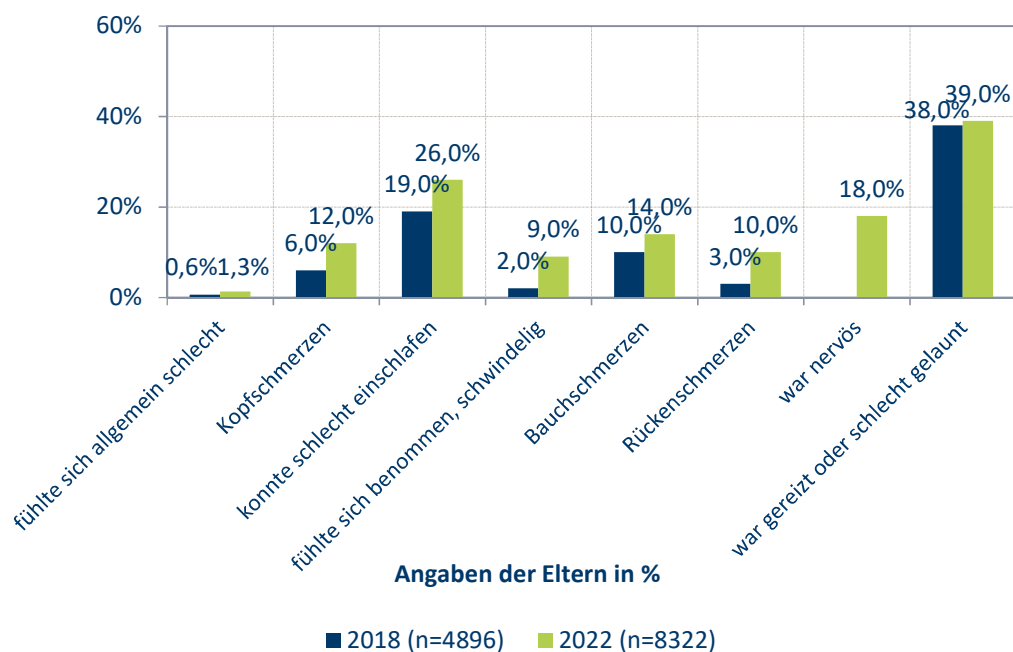
Abbildung 7: Multiple psychosomatische Beschwerden nach BMI der Kinder (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Zwei oder mehr der Beschwerden mind. wöchentlich: „multiplen psychosomatischen Beschwerden“ (HBSC, vgl. Kapitel 2.3.2.2)

Im Vergleich zum Jahr 2018 kann bei der aktuellen Befragung eine Verschlechterung der psychosomatischen Beschwerdesymptomatik festgestellt werden: Im Jahr 2022 leiden die Kinder im Vergleich zu 2018 häufiger an Kopf-, Rücken- und Bauchschmerzen sowie unter Benommenheit und Schlafproblemen (Abbildung 8).

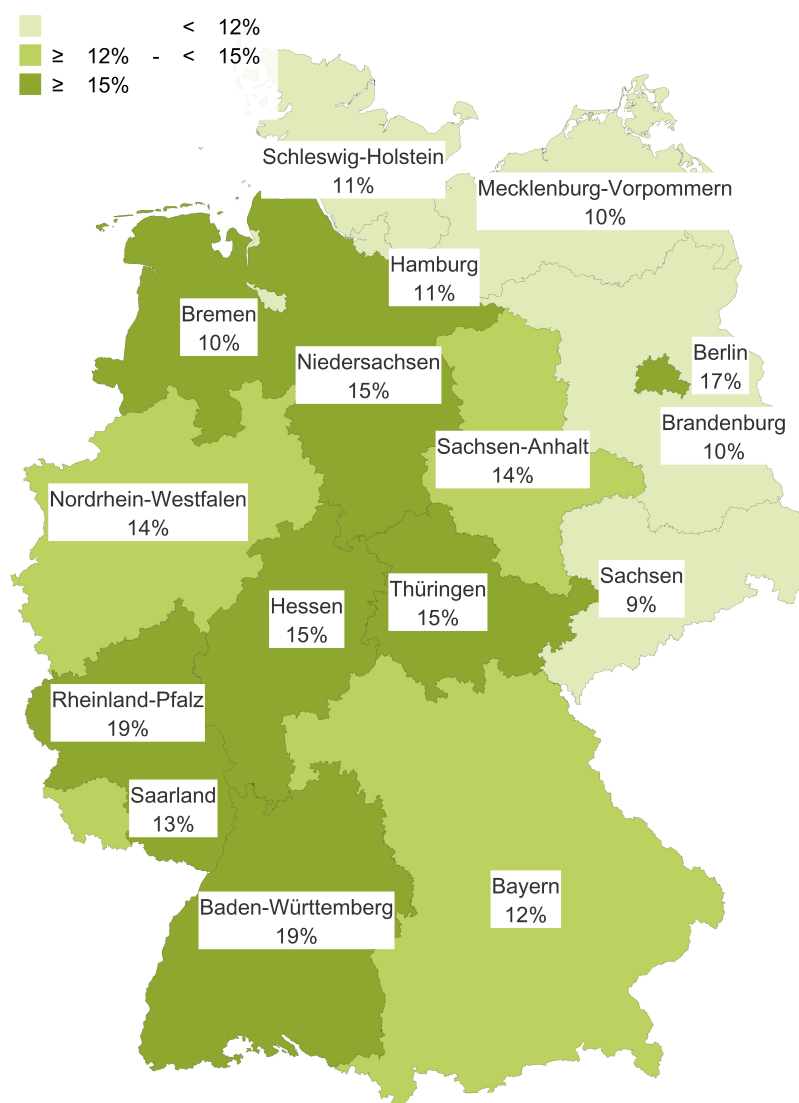
Abbildung 8: Häufigkeit von Beschwerden der Kinder innerhalb der letzten sechs Monate (HBSC) (2018, 2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Die Frage „war nervös“ ist im Jahr 2018 nicht gestellt worden.

Regionale Unterschiede zeigen sich beim Anteil der Kinder mit multiplen psychosomatischen Beschwerden. Der Anteil der Kinder mit multiplen psychosomatischen Beschwerden unterscheidet sich nach Bundesland. Am höchsten liegt er im Jahr 2022 in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz (jeweils 19 %) (Abbildung 9). Hingegen haben in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern nur jeweils 10 Prozent der Kinder mindestens zwei Beschwerden mindestens wöchentlich.

Abbildung 9: Anteil der Kinder mit multiplen psychosomatischen Beschwerden nach Bundesland (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten.

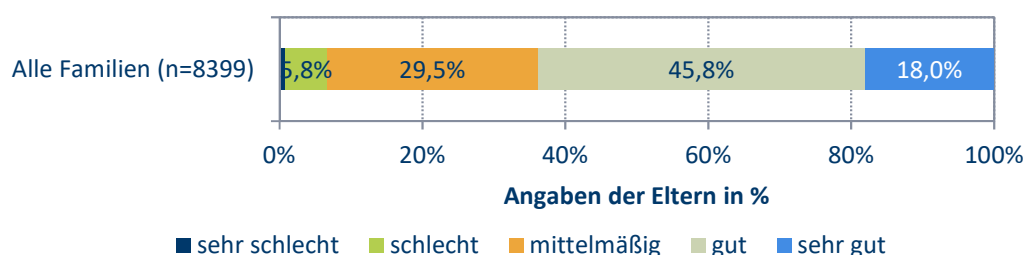
Anmerkung: Multiple psychosomatische Beschwerden sind im HBSC definiert als mindestens zwei Beschwerden mindestens wöchentlich

4.2 Gesundheit der Eltern

4.2.1 Gesundheitszustand im Allgemeinen und BMI

Der eigene allgemeine Gesundheitszustand wird von den meisten Eltern laut Selbstauskunft als überwiegend positiv eingeschätzt (Abbildung 10): 64 Prozent der Eltern bewerten ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut. 29 Prozent der Eltern schätzen ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig und 7 Prozent als schlecht oder sehr schlecht ein.

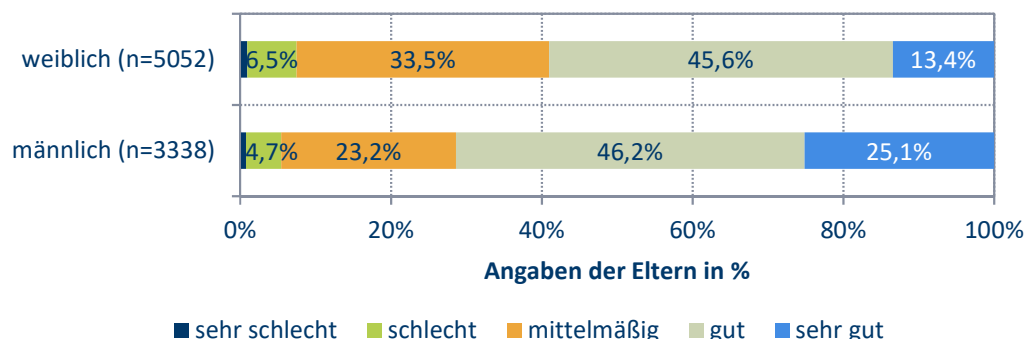
Abbildung 10: Allgemeiner Gesundheitszustand der Eltern (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

Geschlechtsspezifisch ist zu beobachten, dass der Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einschätzen, bei Vätern um 12 Prozentpunkte höher ist als bei Müttern (Abbildung 11): 71 Prozent der Väter bewerten ihren derzeitigen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut; bei den Müttern sind es hingegen nur 59 Prozent.

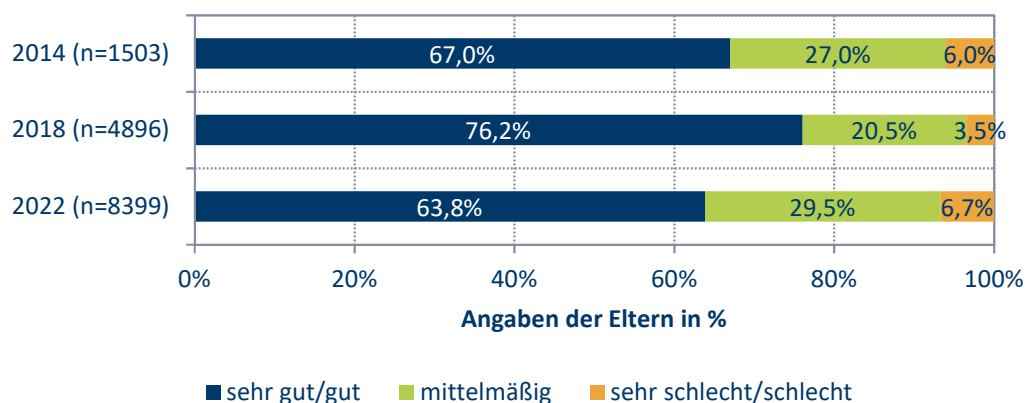
Abbildung 11: Gesundheitszustand der Eltern im Allgemeinen (2022; unterteilt nach Geschlecht des befragten Elternteils)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

Die Befragungsergebnisse zeigen jedoch eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Eltern im Vergleich zu den Jahren 2014 und 2018 (Abbildung 12). Im Jahr 2018 haben 76 Prozent der Eltern ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut eingeschätzt – 12 Prozentpunkte höher als im Jahr 2022. Auch ist der Anteil der Personen mit nur einem mittelmäßigen Gesundheitszustand im Jahr 2022 höher als in den vorherigen Jahren (2022: 29 Prozent; 2018: 20 Prozent; 2014: 27 %). Dabei wird eine Trendumkehr ins Negative deutlich. Immer mehr Eltern schätzen ihren Gesundheitszustand eher mittelmäßig bis (sehr) schlecht ein.

Abbildung 12: Gesundheitszustand der Eltern im Allgemeinen (2014, 2018 und 2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
Anmerkung: Frage: Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

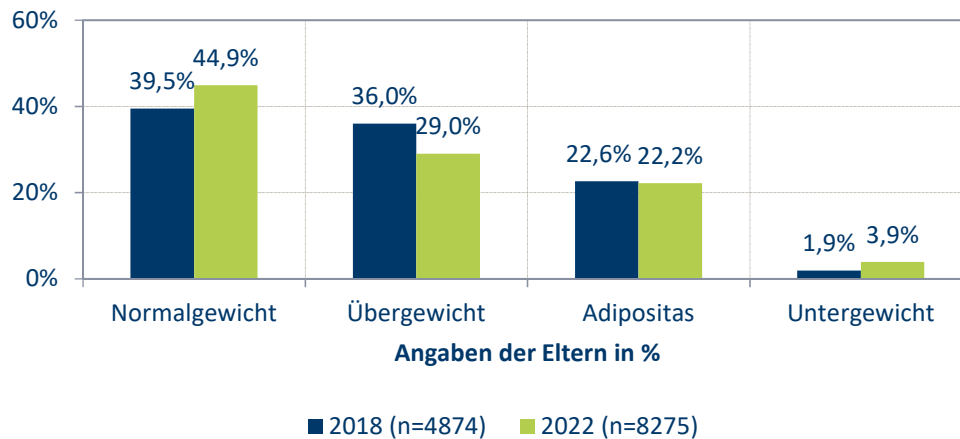
In Bezug auf die Ergebnisse des BMI der Eltern⁹ konnte im Jahresvergleich allerdings keine eindeutige Verschlechterung des Körpergewichts in der Tendenz beobachtet werden (Abbildung 13). Der Anteil der Eltern mit Normalgewicht stieg sogar um 6 Prozentpunkte von 39 Prozent im Jahr 2018 auf 45 Prozent im Jahr 2022 an. Auch sank im Vergleich zu 2018 der Anteil der Eltern mit Übergewicht (2018: 36 Prozent; 2022: 29 %) und Adipositas (2018: 23 Prozent; 2022: 22 %).

Geschlechtsspezifisch sind in der Trendentwicklung jedoch wesentliche Unterschiede beim BMI zwischen Müttern und Vätern zu beobachten (Abbildung 14): Während bei Müttern der Anteil der Personen mit Normalgewicht von 63 Prozent im Jahr 2014 zunächst auf 50 Prozent im Jahr 2018 sank und dann nur leicht auf einen Anteil von 52 Prozent im Jahr 2022 anstieg, ist bei Vätern im Jahr 2022 im

⁹ Die Eltern wurden nach ihrer Größe und nach ihrem Gewicht gefragt. Auf Grundlage dieser Angaben wurde der sog. Body-Mass-Index (BMI) errechnet. Die Werte wurden entsprechend der folgenden Zuordnung in vier Gruppen eingeteilt: Normalgewicht (BMI 16,1 bis 24,9), Übergewicht (BMI 25 bis 29,9), Adipositas (BMI 30 und mehr), Untergewicht (BMI >= 16).

Vergleich zu 2014 und 2018 hingegen ein deutlicher Zuwachs des Anteils mit Normalgewicht zu beobachten (2014: 37 Prozent; 2018: 28 Prozent; 2022: 45 %). Im direkten Vergleich ist des Anteils mit Übergewicht und Adipositas bei Vätern in allen Jahresvergleichen allerdings höher als bei Müttern.

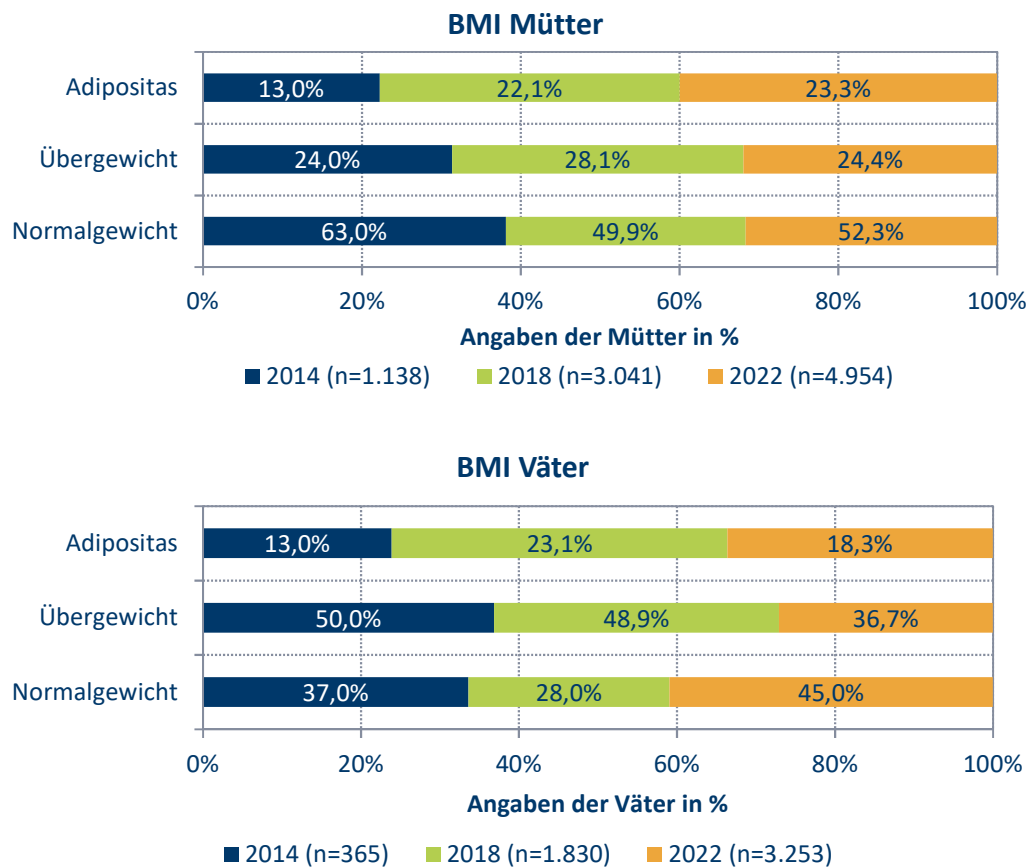
Abbildung 13: BMI der Eltern (2018 und 2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
Anmerkung: BMI = Body-Mass-Index

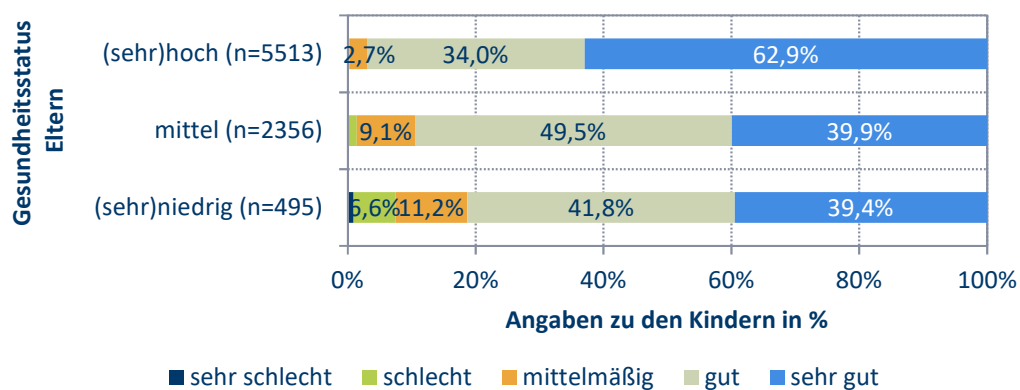
Auffällig ist der zu beobachtende Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Gesundheitszustand der Kinder (Kapitel 4.1.1) und der Eltern (Abbildung 15): Je höher der eigene allgemeine Gesundheitszustand der Eltern ist, desto höher ist auch der Gesundheitszustand der Kinder und umgekehrt. Es ist daher zu vermuten, dass die Gesundheit der Eltern auch die Gesundheit der Kinder beeinflusst. Beispielsweise liegt der Anteil der Kinder mit einem (sehr) guten Gesundheitszustand bei Eltern mit einem hohen Gesundheitsstatus bei 97 Prozent. Bei Eltern mit einem mittleren Gesundheitsstatus sinkt der Anteil der Kinder mit einem (sehr) guten Gesundheitszustand auf 90 Prozent und bei Eltern mit einem niedrigen Gesundheitszustand sogar auf 81 Prozent.

Abbildung 14: BMI der Eltern nach Geschlecht (2014, 2018 und 2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Abbildung 15: Gesundheitszustand des Kindes nach Gesundheitszustand der Eltern (2022)

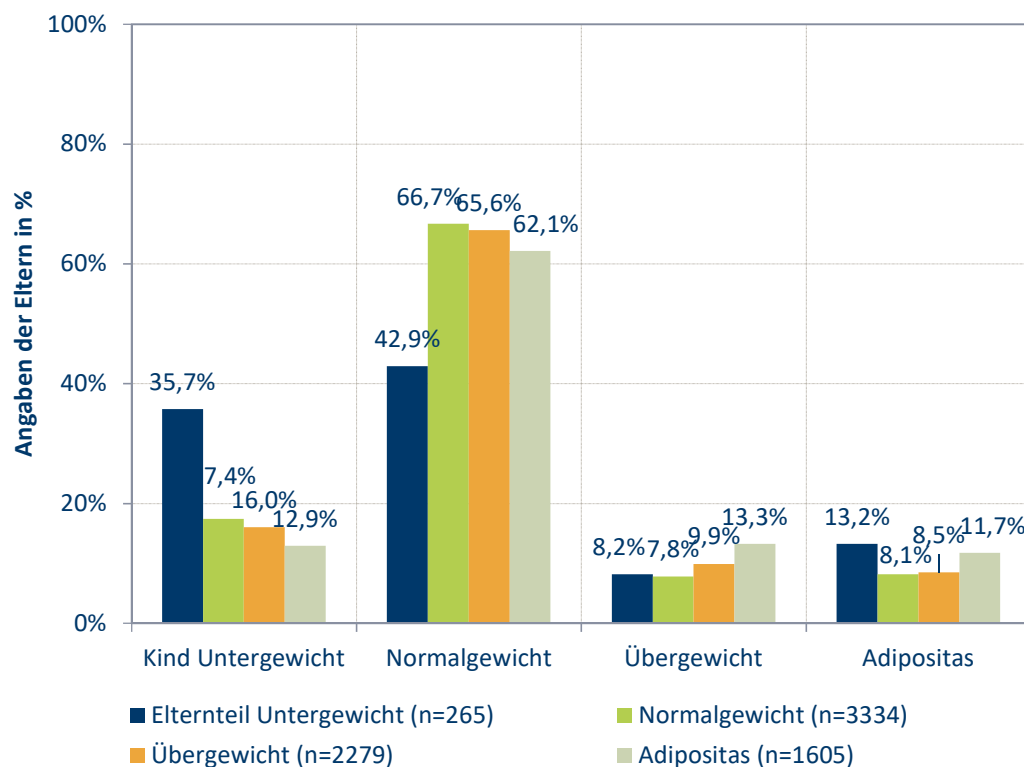


Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

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

In der Tendenz ist auch Zusammenhang zwischen dem Gewichtsstatus der Kinder und dem Gewicht der Eltern zu beobachten: Bei den Eltern mit Untergewicht ist der Anteil der Kinder ebenfalls mit Untergewicht und Adipositas am höchsten; bei Adipositas der Eltern sind auch häufiger die Kinder von Übergewicht oder Adipositas betroffen. Bei den Eltern mit Normalgewicht ist der Anteil der Kinder entsprechend mit Normalgewicht am höchsten.

Abbildung 16: BMI des Kindes nach BMI der Eltern (2022)

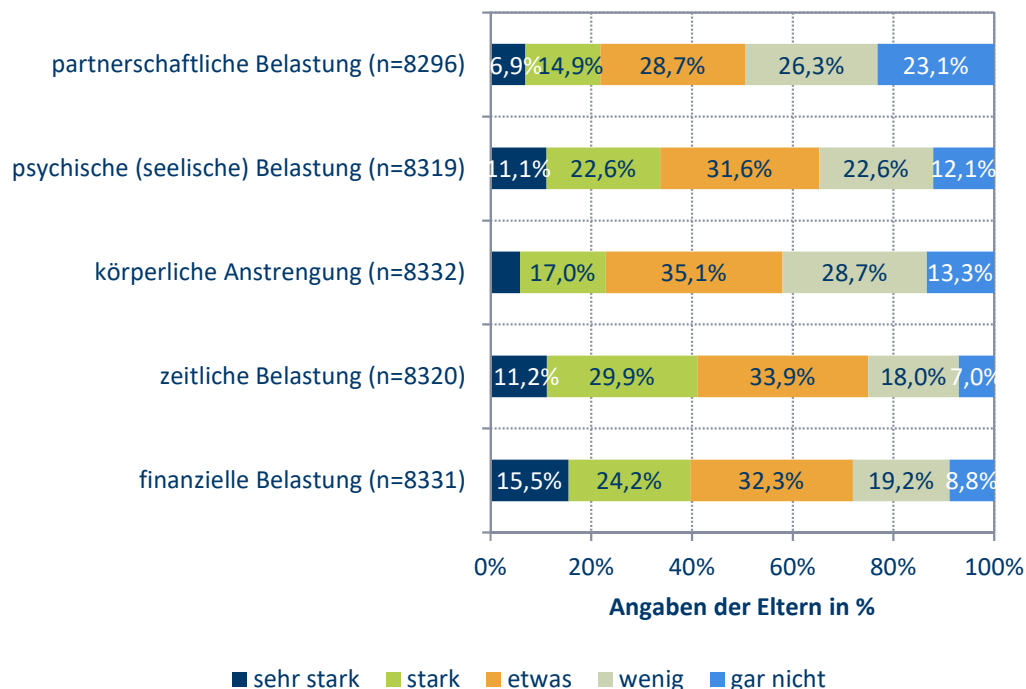


Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

4.2.2 Belastungsfaktoren

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass die Eltern vielfältigen Belastungen ausgesetzt sind. Insbesondere leiden die Eltern im Durchschnitt unter einer (sehr) starken finanziellen und zeitlichen Belastung (Abbildung 17): 40 Prozent der Eltern berichteten von einer (sehr) starken finanziellen und 41 Prozent von einer (sehr) starken zeitlichen Belastung. 34 Prozent der Eltern berichten von einer (sehr) starken psychischen Belastung. Im Vergleich dazu leiden weniger Eltern unter Belastungen körperlicher und partnerschaftlicher Art.

Abbildung 17: Elterliche Belastungsfaktoren: finanzielle, zeitliche, körperliche, psychische oder partnerschaftliche Belastung (2022)



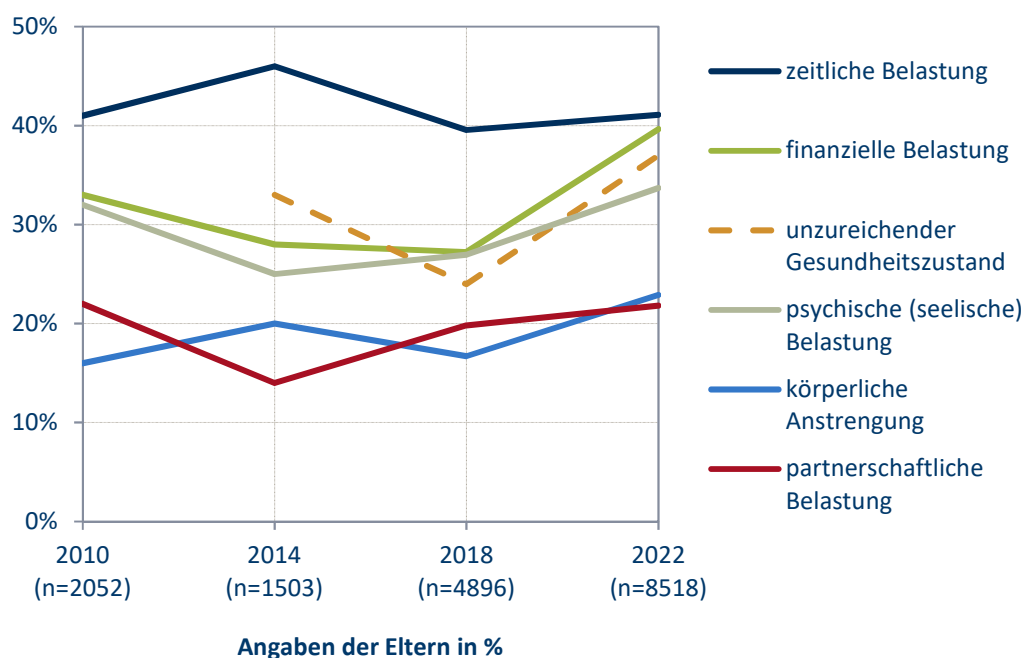
Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
Anmerkung: Frage: Wie stark belasten Sie als Elternteil die folgenden Faktoren?

Geschlechtsspezifisch ist zu beobachten, dass bei allen Faktoren der Anteil derjenigen Personen, die von einer (sehr) starken Belastung berichten, bei Frauen im Vergleich größer ist als bei Männern. Auch sind Zusammenhänge zwischen den Belastungsfaktoren untereinander zu beobachten: Beispielsweise ist bei Eltern mit einer (sehr) starken finanziellen Belastung auch der Anteil der Eltern mit einer (sehr) starken zeitlichen Belastung im Vergleich deutlich höher. Dies lässt vermuten, dass viele Eltern parallel durch verschiedene Faktoren gleichzeitig belastet sind, die in einer Wechselwirkung zueinanderstehen und sich gegenseitig bedingen.

Im Vergleich zu den Jahren 2014 bzw. 2018 sind die Belastungen im Jahr 2022 für Eltern dabei zumeist gestiegen oder gleichgeblieben (Abbildung 18):

- ◆ Insbesondere die finanzielle Belastung bei Eltern ist angestiegen. Während im Jahr 2018 nur 19 Prozent der Eltern einer starken und 8 Prozent der Eltern einer sehr starken finanziellen Belastung ausgesetzt waren, litten im Jahr 2022 bereits 24 Prozent der Eltern unter einer starken und 16 Prozent sogar unter einer sehr starken Belastung.
- ◆ Auch die psychische Belastung ist im Vergleich zum Jahr 2018 leicht gestiegen. Der Anteil der Eltern, die von einer starken psychischen Belastung berichteten, ist von 19 Prozent im Jahr 2018 auf 23 Prozent im Jahr 2022 angestiegen. Der Anteil derer, die die eigene psychische Belastung als sehr stark einschätzen, stieg im Jahresvergleich zwischen 2018 und 2022 von 8 Prozent auf 11 Prozent an.
- ◆ Ebenso ist der Anteil der Eltern angestiegen, die eine sehr starke zeitliche Belastung empfinden (2018: 9 Prozent; 2022: 11 %).
- ◆ Auch die empfundene körperliche Belastung ist von 2018 zu 2022 um 6 Prozentpunkte gestiegen.

Abbildung 18: Entwicklung starker elterliche Belastungsfaktoren und unzureichendem Gesundheitszustand* (2010, 2014, 2018, 2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Anmerkung: Gesundheitszustand der Eltern erst ab 2014 erhoben.
 * „Unzureichender Gesundheitszustand“: Allgemeiner Gesundheitszustand mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht.

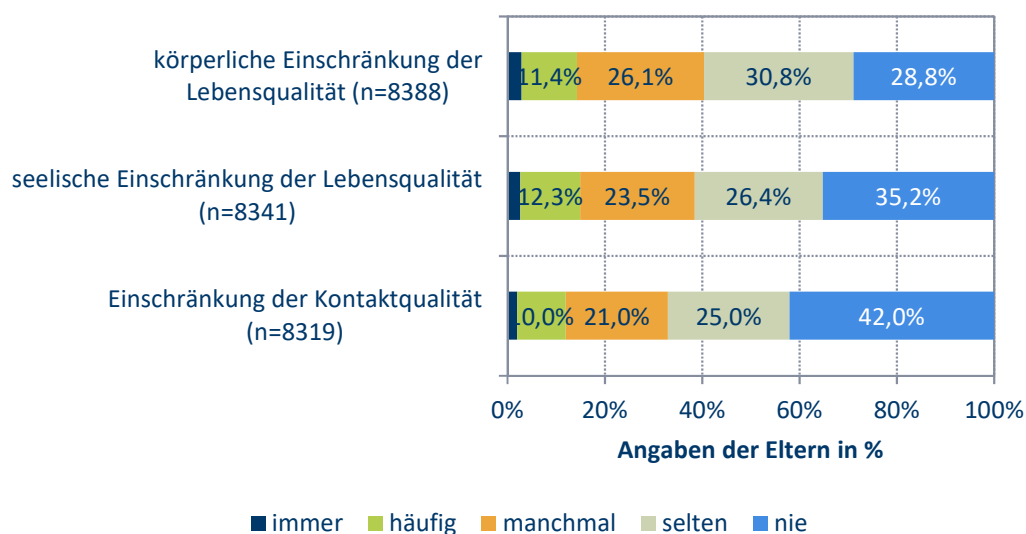
Unterschiede im Ausmaß der finanziellen, zeitlichen, körperlichen, psychischen oder partnerschaftlichen Belastung je nach Altersgruppe oder Geschlecht des Kindes können nicht beobachtet werden. Allerdings zeigen sich deutliche Unterschiede im Ausmaß der elterlichen Belastung auch in der gesundheitlichen Beschwerdelast des Kindes (Kapitel 4.1.3): Bei allen Faktoren ist der Anteil der Eltern mit einer (sehr) starken Belastung bei Kindern mit einem multiplen psychosomatischen Beschwerdebild höher als bei Kindern mit keinen gehäuften Beschwerden. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass eine erhöhte Belastung bei Eltern zu einem Anstieg der gesundheitlichen Beschwerdelast der Kinder führt und ggf. auch umgekehrt.

Deutliche Zusammenhänge sind auch zwischen dem Ausmaß der elterlichen Belastung und dem eigenen Gesundheitsstatus der Eltern festzustellen. Zum einen ist zu beobachten, dass Eltern, die unter einer (sehr) starker finanziellen, zeitlichen, partnerschaftlichen, körperlichen oder psychischen Belastung leiden, im Vergleich deutlich häufiger von einem schlechten und auch sehr schlechten allgemeinen Gesundheitsstatus berichteten (Kapitel 4.2.1). Beispielsweise schätzen 10 Prozent der Eltern mit einer (sehr) starken finanziellen Belastung ihren derzeitigen Gesundheitsstatus im Allgemeinen als (sehr) schlecht und 40 Prozent als mittelmäßig ein. Bei Eltern mit keiner (sehr) starken finanzielle Belastung liegt der Anteil der Eltern mit einem (sehr) schlechten Gesundheitsstatus hingegen nur bei 5 Prozent und mit einem mittelmäßigen Gesundheitsstatus bei 23 Prozent.

4.2.3 Gesundheitliche Einschränkungen

Die allermeisten Eltern hatten in den letzten vier Wochen weder aufgrund ihrer körperlichen Gesundheit oder aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (Abbildung 19).

Abbildung 19: Schwierigkeiten bei der Arbeit oder alltäglichen Tätigkeiten aufgrund körperlicher Gesundheit oder seelischer Probleme bzw. Beeinträchtigung der sozialen Kontakte (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: "Frage: Wie oft hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen/seelischen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause? Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?"

Auch wurden die meisten Eltern weder durch ihre körperliche Gesundheit noch durch seelische Probleme in den vergangenen vier Wochen in ihren Kontakten zu anderen Menschen beeinträchtigt. Allerdings berichteten 14 Prozent der Eltern von ständigen bzw. häufigen Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause aufgrund ihrer körperlichen Gesundheit, 15 Prozent der Eltern berichteten von Schwierigkeiten aufgrund seelischer Probleme, und bei 12 Prozent der Eltern beeinträchtigt die körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den letzten vier Wochen den Kontakt zu anderen Menschen.

Die Befragungsergebnisse zeigen dabei deutliche Zusammenhänge zwischen bestehenden Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten aufgrund der körperlichen Gesundheit oder seelischen Problemen bzw. Beeinträchtigungen beim Kontakt zu anderen Menschen auf der einen Seite und allen

elterlichen Belastungsfaktoren finanzieller, zeitlicher, partnerschaftlicher, körperlicher oder psychischer Art auf der anderen Seite (Kapitel 4.2.2): Der Anteil der Personen, die immer oder häufig aufgrund ihre körperlichen Gesundheit oder seelischen Problemen Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf oder zu Hause haben, liegt bei den Personen mit (sehr) starken Belastungsfaktoren im Vergleich jeweils deutlich höher. Ebenso ist der Anteil der Personen, die immer oder häufig aufgrund ihre körperlichen Gesundheit oder seelischen Problemen im Kontakt zu den anderen Menschen beeinträchtigt sind, bei den Personen mit (sehr) starken Belastungsfaktoren im Vergleich jeweils deutlich höher.

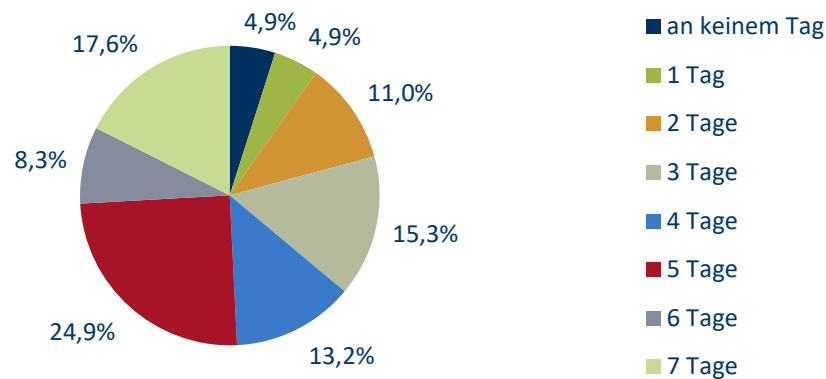
4.3 Gesundheits- und Risikoverhalten

4.3.1 Gesundheits- und Risikoverhalten der Kinder

4.3.1.1 Bewegungsverhalten

Die meisten Kinder (64 %) sind mindestens an vier Tagen in der Woche so aktiv, dass Atmung und Puls mindestens leicht zunehmen und es sie moderat anstrengt (Abbildung 20). Nur 18 Prozent erfüllen jedoch die Empfehlungen der WHO für eine tägliche Bewegung in diesem Umfang.

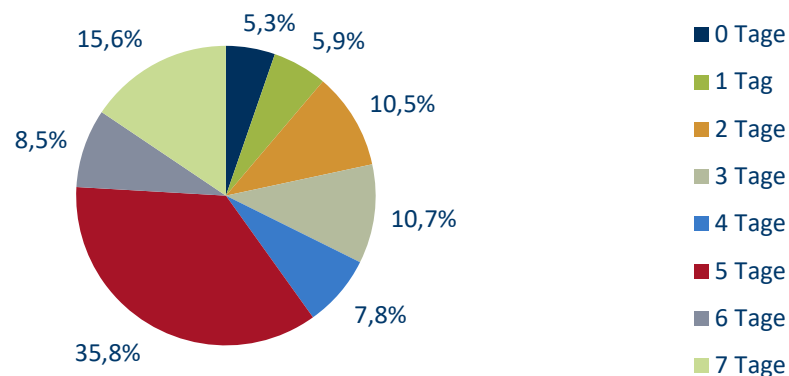
Abbildung 20: Körperliche Aktivität der Kinder pro Woche für mind. 60 Minuten (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: An wie vielen Tagen in einer typischen Woche ist Ihr Kind in Kita, Schule, Freizeit, oder durch Fortbewegung von Ort zu Ort für mindestens 60 Minuten körperlich so aktiv, dass Atmung und Puls mindestens leicht zunehmen und es sich moderat anstrengt? (n=8403)

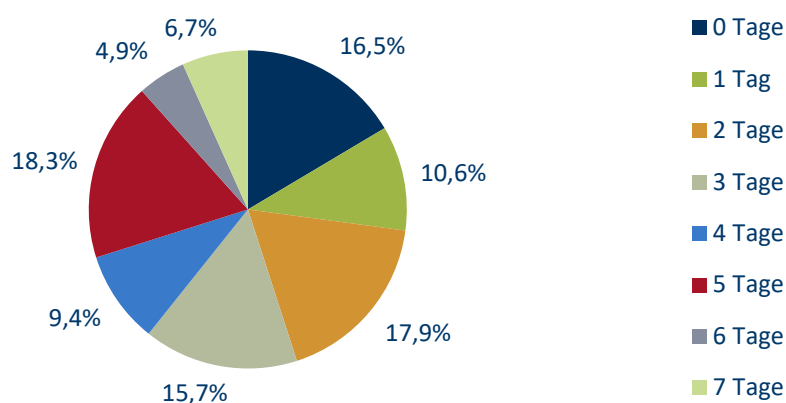
Dabei bewegen sich die meisten Kinder auch mindestens an vier Tagen in der Woche aktiv zu Fuß (z. B. zur Schule gehen oder zum Einkauf) (69 %) (Abbildung 21). Etwas weniger häufig bewegen sich im Vergleich dazu die Kinder in einer Woche mit dem Fahrrad/Roller/Laufrad fort: Nur 39 Prozent der Kinder bewegen sich an mindestens vier Tagen in der Woche bei diesen Aktivitäten; 16 Prozent der Kinder bewegen sich sogar an keinem Wochentag mit dem Fahrrad/Roller/Laufrad fort (Abbildung 22).

Abbildung 21: Körperliche Aktivität pro Woche; Wege zu Fuß zurücklegen (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: An wie vielen Tagen in der Woche bewegt sich Ihr Kind bei folgenden Aktivitäten: Wege zu Fuß zurücklegen (z.B. zur Schule, zum Einkaufen)?

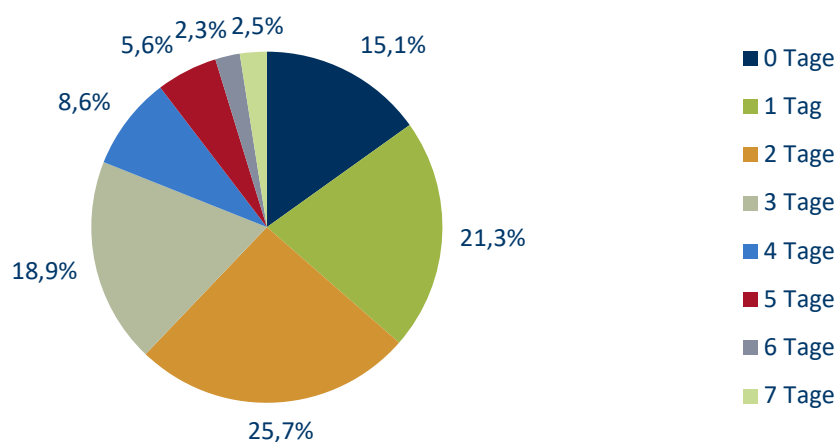
Abbildung 22: Körperliche Aktivität pro Woche; Wege mit dem Fahrrad/Roller/Laufrad zurücklegen (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: An wie vielen Tagen in der Woche bewegt sich Ihr Kind bei folgenden Aktivitäten: Wege mit dem Fahrrad/Roller/Laufrad zurücklegen (z.B. zur Schule, zum Einkaufen)? (n=8403)

Deutlich eingeschränkter ist auch das Bewegungsverhalten der Kinder bei sportlichen Aktivitäten: Die meisten Kinder (81 %) bewegen sich nur max. bis zu drei Wochentage in einem sportlichen Rahmen (Abbildung 23). Häufiger bewegen sich die Kinder hingegen beim bewegungsorientiertem Spiel (z. B. Ballspielen, Toben oder Inlinern): 63 Prozent der Kinder sind an mindestens drei Tagen in Woche bewegungsspielerisch aktiv (Abbildung 24).

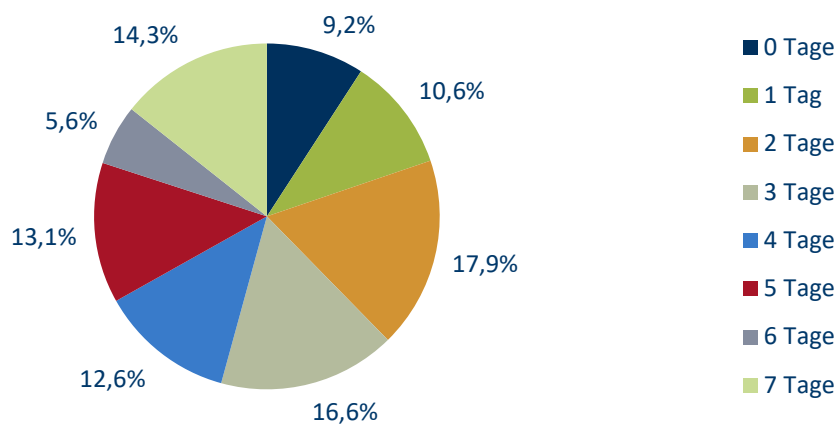
Abbildung 23: Körperliche Aktivität pro Woche; Sport (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Anmerkung: "Frage: An wie vielen Tagen in der Woche bewegt sich Ihr Kind bei folgenden Aktivitäten: Sport (z.B. Schwimmen, Joggen)? (n=8403)"

Abbildung 24: Körperliche Aktivität pro Woche; bewegungsorientiertes Spiel (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Anmerkung: "Frage: An wie vielen Tagen in der Woche bewegt sich Ihr Kind bei folgenden Aktivitäten: bewegungsorientiertes Spiel (z.B. Ballspiel, Toben, Inliner)? (n=8403)"

Altersspezifisch sind bei den körperlichen Aktivitäten pro Woche teilweise eindeutige Unterschiede zwischen den Altersgruppen zu erkennen: Beispielsweise ist in der Altersgruppe der 4- bis 6-jährigen Kinder der Anteil derjenigen, die mindestens an fünf Tagen in der Woche für 60 Minuten körperlich oder beim bewegungsorientiertem Spiel aktiv sind, höher als bei älteren Kindern. Demgegenüber ist in der Altersgruppe der 11 bis 14-jährigen Kinder der Anteil der Personen, die Wege zu

Fuß zurücklegen (z. B. zur Schule, zum Einkaufen), am höchsten. Wesentliche geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen sind hingegen bei den körperlichen Aktivitäten nicht zu beobachten.

Mehr als die Hälfte der Kinder (58 %) sind Mitglied in einem Sportverein (Tabelle 14). Bei den 7- bis 10-Jährigen ist der Anteil der Kinder, die in einem Sportverein Mitglied sind, mit 61 Prozent im Vergleich zu den anderen Altersgruppen am höchsten (4 bis 6 Jahre: 58 Prozent; 11 bis 14 Jahre: 55 %). Mädchen haben etwas seltener eine Mitgliedschaft als Jungen: 55 Prozent der Mädchen sind Mitglied in einem Sportverein; bei Jungen sind es hingegen 61 Prozent.

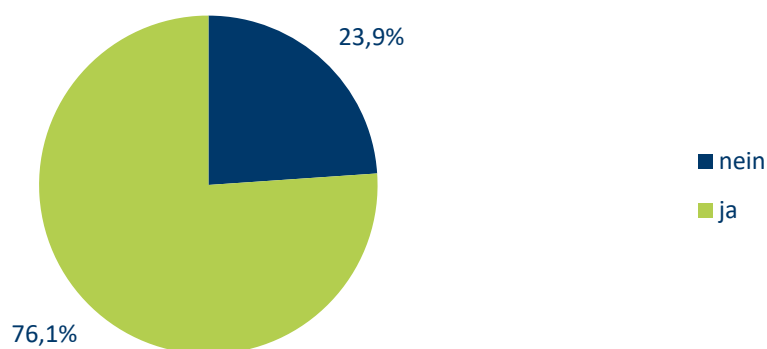
Tabelle 14: Mitgliedschaft in einem Sportverein der Kinder (2022)

	nein	ja
Alle Kinder	42 %	58 %
4 bis 6 Jahre	42 %	58 %
7 bis 10 Jahre	39 %	61 %
11 bis 14 Jahre	45 %	55 %
Jungen	39 %	61 %
Mädchen	45 %	55 %

Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Etwas mehr als drei Viertel der 4- bis 14-jährigen Kinder (76 %) können schwimmen (Abbildung 25). Auffällig ist, dass bereits in der Altersgruppe der 4- bis 6-jährigen Kinder knapp die Hälfte schwimmen kann. In der Altersgruppe der 7- bis 10-jährigen Kinder können 82 Prozent und bei den 11 bis 14-jährigen Kindern können 95 Prozent schwimmen. Der Anteil der Nicht-Schwimmer ist bei Jungen mit 26 Prozent etwas höher als bei Mädchen (21 %).

Abbildung 25: Schwimmfähigkeit der Kinder (2022)

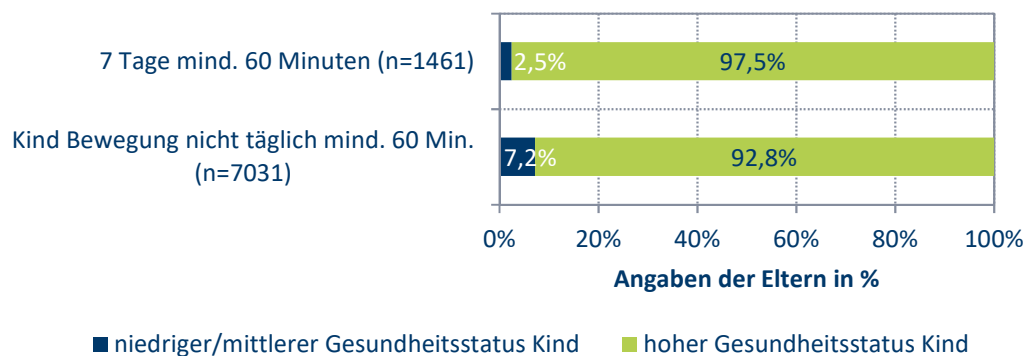


Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Anmerkung: Frage: Kann Ihr Kind schwimmen? (n=8362)

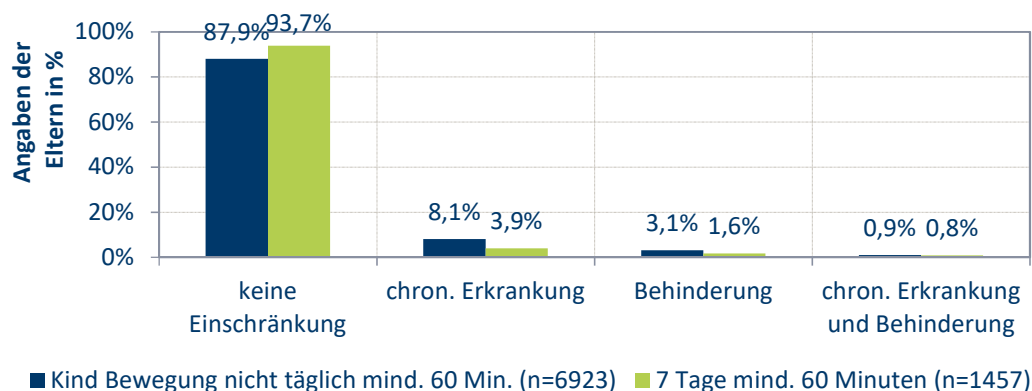
Die Befragungsergebnisse zeigen dabei auch einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Bewegungsverhalten der Kinder und ihrem Gesundheitszustand (Abbildung 26; Abbildung 27; Abbildung 28; Abbildung 29; Abbildung 30): Sowohl in Bezug auf den Gesundheitszustand im Allgemeinen, der (chronischen) Krankheitslast, dem BMI, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (KIDSCREEN-Score) als auch in Bezug auf die gesundheitliche Beschwerdelast ist zu beobachten, dass bei Kindern, die die Bewegungsempfehlung der WHO erfüllen und mehr körperlich aktiv sind, der Anteil derer, denen es gesundheitlich besser geht, jeweils (deutlich) höher ist als bei Kindern, die sich weniger bewegen. Die Ergebnisse zeigen, dass eine stetige körperliche und sportliche Aktivität der Kinder auf vielen Ebenen, auch den psychischen, mit einem besseren Gesundheitszustand assoziiert ist.

Abbildung 26: Allgemeiner Gesundheitszustand des Kindes nach Erfüllung der WHO Bewegungsempfehlung (2022)



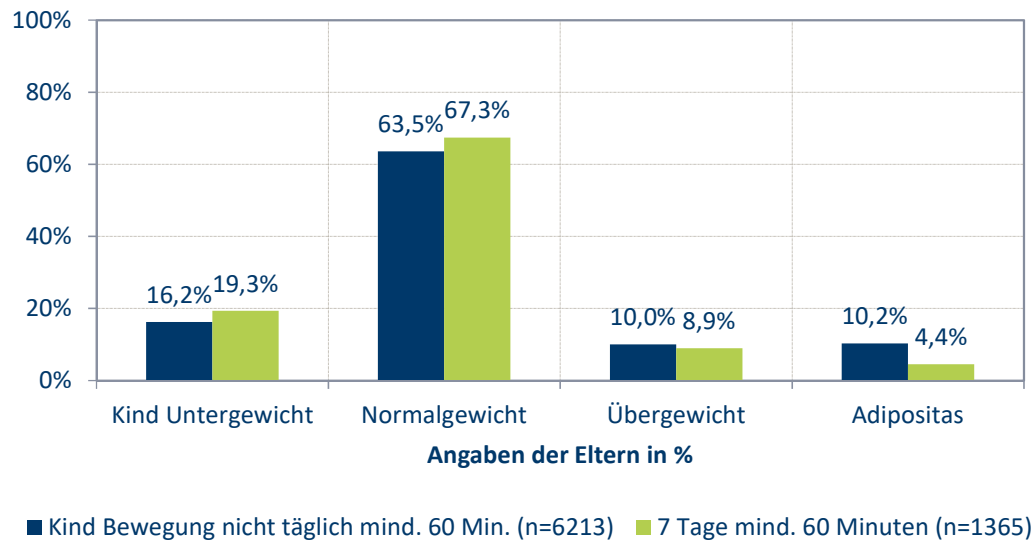
Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
Anmerkung: Frage: Was denken Sie: Wie würde Ihr Kind seine Gesundheit im Allgemeinen beschreiben?

Abbildung 27: Krankheitslast der Kinder nach WHO-Bewegungsempfehlung (2022)



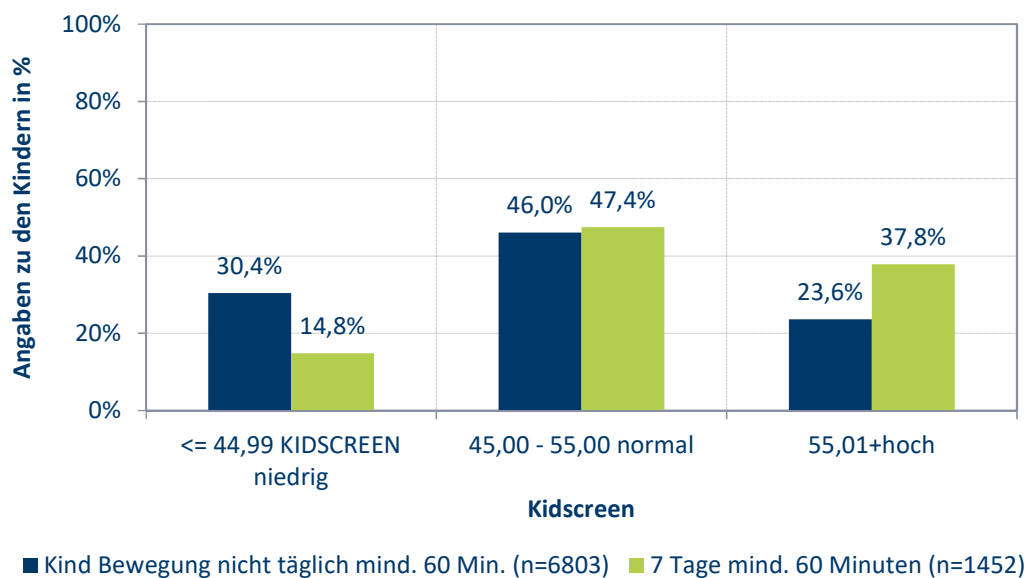
Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Abbildung 28: BMI der Kinder nach WHO-Bewegungsempfehlung (2022)



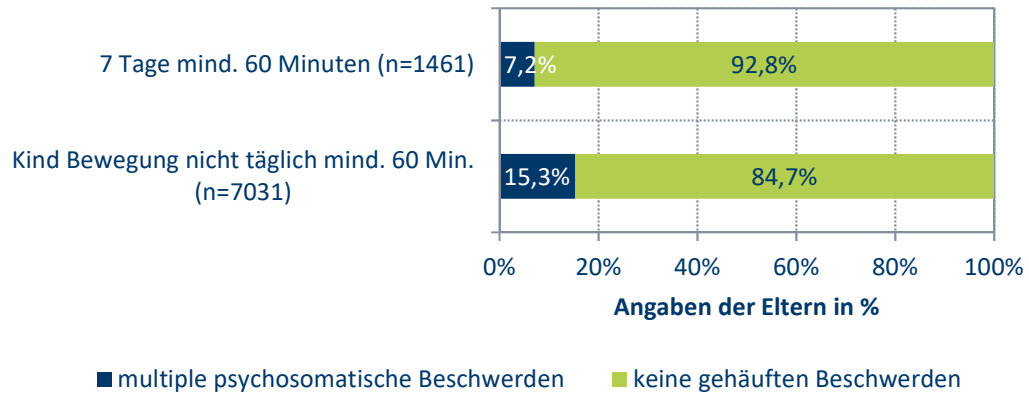
Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Abbildung 29: KIDSCREEN-Score kategorisiert nach WHO-Bewegungsempfehlung (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Abbildung 30: HBSC-Symptome (multiple psychosomatische Beschwerden) nach WHO-Bewegungsempfehlung (2022)

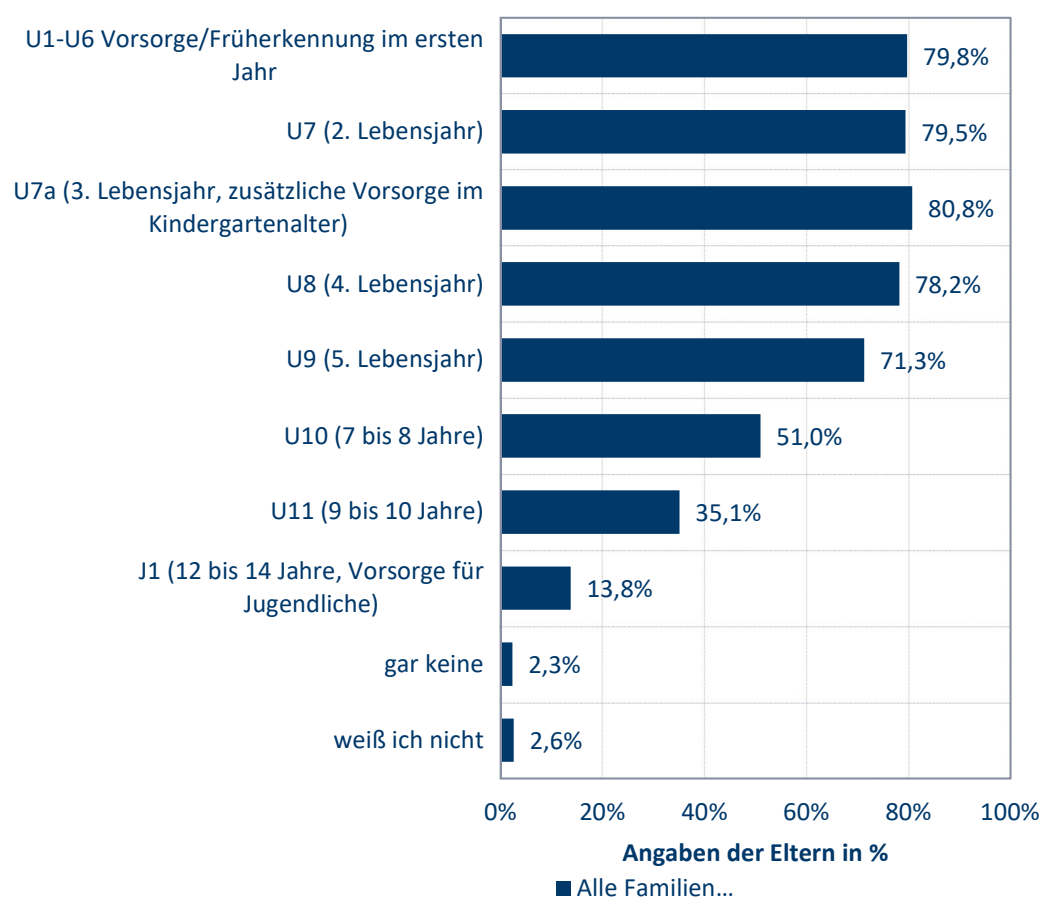


Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
Anmerkung: Multiple psychosomatische Beschwerden: mindestens zwei Beschwerden mindestens wöchentlich

4.3.1.2 Inanspruchnahme von Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass die meisten Eltern mit ihren Kindern die Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen U1-U6, U7, U7a, U8 und U9 in Anspruch nehmen (Abbildung 31). Ab der Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchung U10 sinkt jedoch der Anteil derer, die die entsprechende Untersuchung in Anspruch nehmen. 14 Prozent der Eltern nehmen mit ihren Kindern die Vorsorgeuntersuchung für Jugendliche J1 (12 bis 14 Jahre) in Anspruch. Nur 2 Prozent der Eltern 4- bis 14-jähriger Kinder nehmen gar keine Untersuchung in Anspruch.

Abbildung 31: Inanspruchnahme von Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen der Kinder (2022)

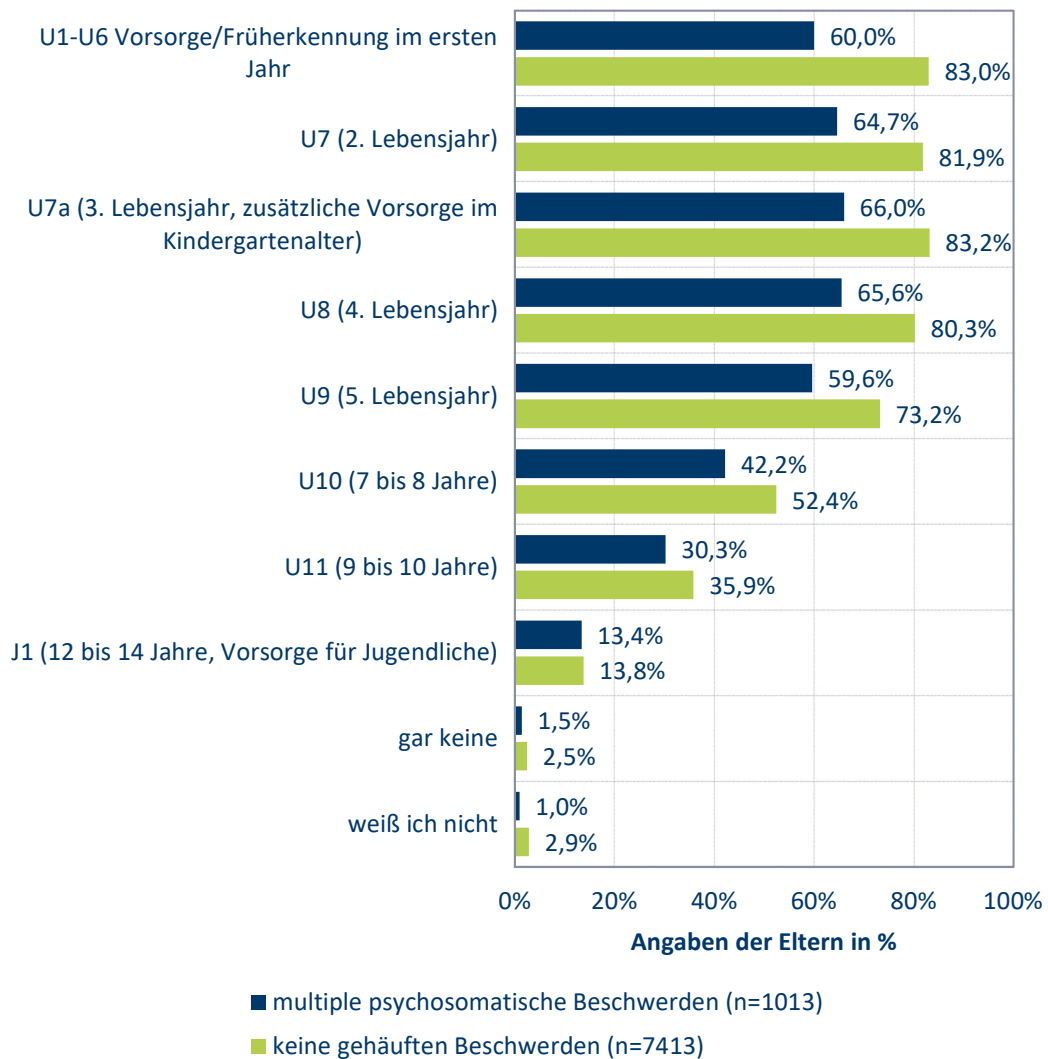


Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Mehrfachnennungen waren möglich.
 Anmerkung: Frage: Welche Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen haben Sie für Ihr Kind bereits in Anspruch genommen? N=8.426

Auffällig ist, dass bei der Inanspruchnahme der Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen der Anteil der Kinder, bei denen eine höhere gesundheitliche Be-

schwerdelast mit multiplen psychosomatischen Beschwerden (Kapitel 4.1.3) vorliegt, niedriger ist im Vergleich zu den Kindern ohne gehäufte Beschwerdelast (Abbildung 32).

Abbildung 32: Inanspruchnahme von Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen der Kinder nach multiplen psychosomatischen Beschwerden (2022)



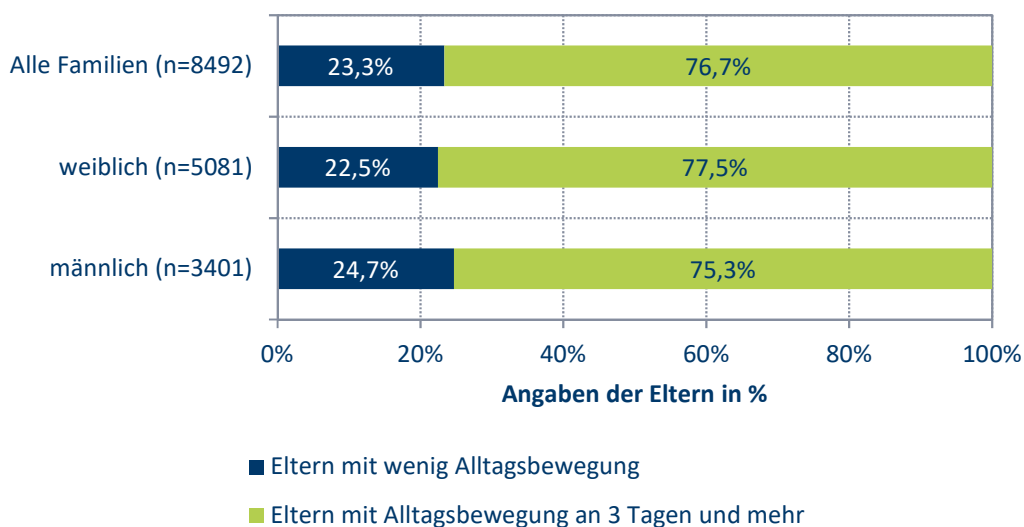
Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Mehrfachnennungen waren möglich.
Anmerkung: Frage: Welche Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen haben Sie für Ihr Kind bereits in Anspruch genommen?

4.3.2 Gesundheits- und Risikoverhalten der Eltern

4.3.2.1 Bewegungsverhalten

Etwas mehr als drei Viertel der Eltern (77 %) bewegen sich im Alltag an drei Tagen und mehr in der Woche (Abbildung 33). Bei Müttern ist dabei der Anteil der Personen, die sich entsprechend häufig bewegen, im Vergleich zu Vätern etwas höher (Mütter: 78 Prozent; Väter: 75 %). Auffällig ist, dass bei den auf die Kinder bezogenen Einzelaktivitäten Fahrradfahren, Sporttreiben und bewegungsorientiertes Spiel der Anteil der Eltern, die keine dieser Aktivitäten in der Woche betreiben, jeweils am höchsten ist. Am häufigsten bewegen sich Eltern zu Fuß: 56 Prozent der Eltern legen dabei an mindestens vier Tagen in der Woche Wege zu Fuß zurück (z. B. zum Einkaufen). Geschlechtsspezifisch ist zu beobachten, dass der Anteil der Elternteile, die sich nicht bewegen, bei Müttern jeweils etwas höher ist als bei Vätern.

Abbildung 33: Alltagsbewegung der Eltern nach Geschlecht (2022)



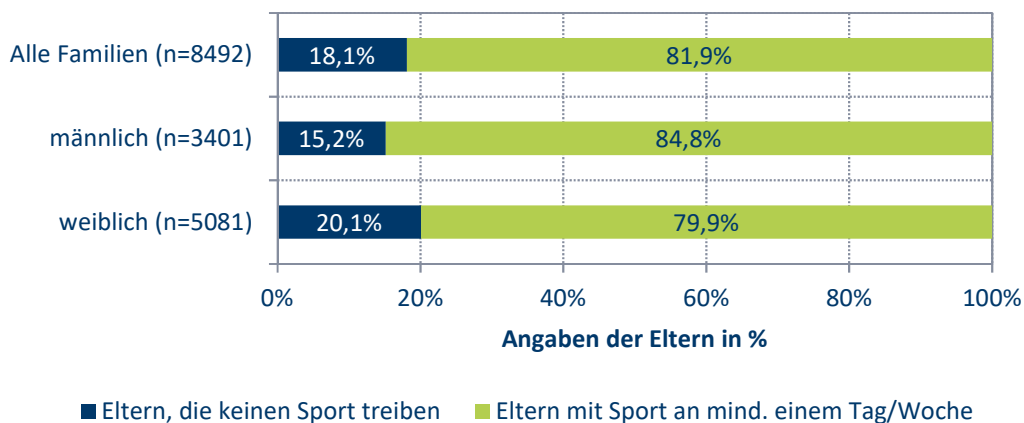
Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
Anmerkung: Fragen: An wie vielen Tagen in der Woche bewegen Sie selbst sich bei folgenden Aktivitäten: Wege zu Fuß zurücklegen (z.B. zum Einkaufen)? Wege mit dem Fahrrad zurücklegen (z.B. zum Einkaufen)?

Mehr als vier von fünf Elternteilen (82 %) treiben zudem mindestens an einem Tag in der Woche Sport (Abbildung 34). Bei Vätern ist dabei der Anteil der Personen, die Sport an mindestens einem Tag in der Woche betreiben, mit 85 Prozent etwas höher als bei Müttern (80 %).

Auch bei den Eltern ist ein Zusammenhang zwischen dem Bewegungsverhalten, ihrem allgemeinen Gesundheitsstatus und ihrem BMI (Kapitel 4.2.1) feststellbar: In Bezug auf den Gesundheitszustand im Allgemeinen ist zu beobachten, dass bei

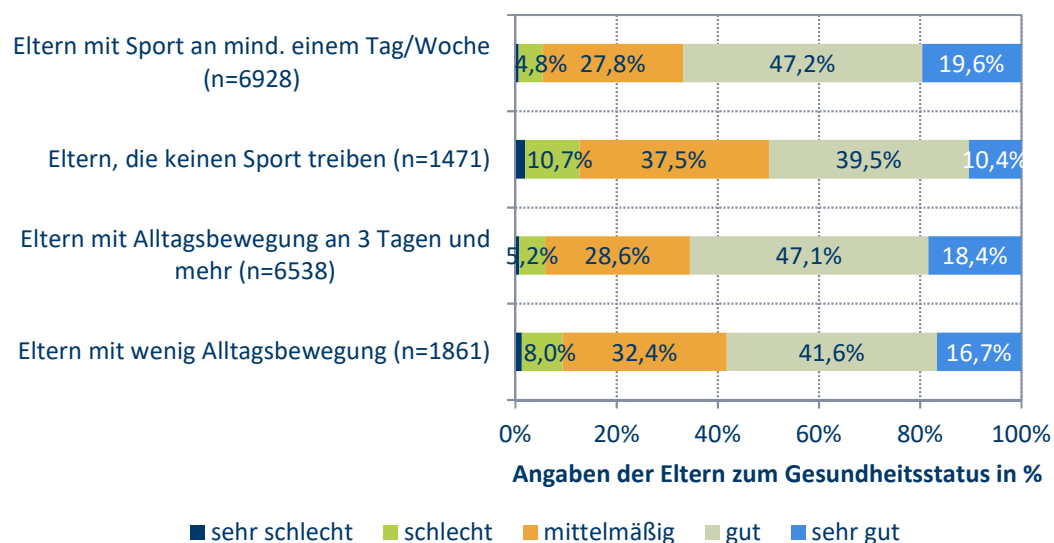
Eltern, die sich mindestens an drei Tagen in der Woche im Alltag bewegen oder mindestens an einem Tag in der Woche Sport treiben, der Anteil der Personen mit (sehr) guten allgemeinen Gesundheitszustand im Vergleich zu den Personen die sich weniger aktiv bewegen etwas höher ist (Abbildung 35). Ebenso ist der Anteil der Personen mit Normalgewicht bei den Eltern, die sich regelmäßig bewegen, im Vergleich (wesentlich) höher (Abbildung 36).

Abbildung 34: Sport an mindestens einem Tag/Woche nach Geschlecht (2022)



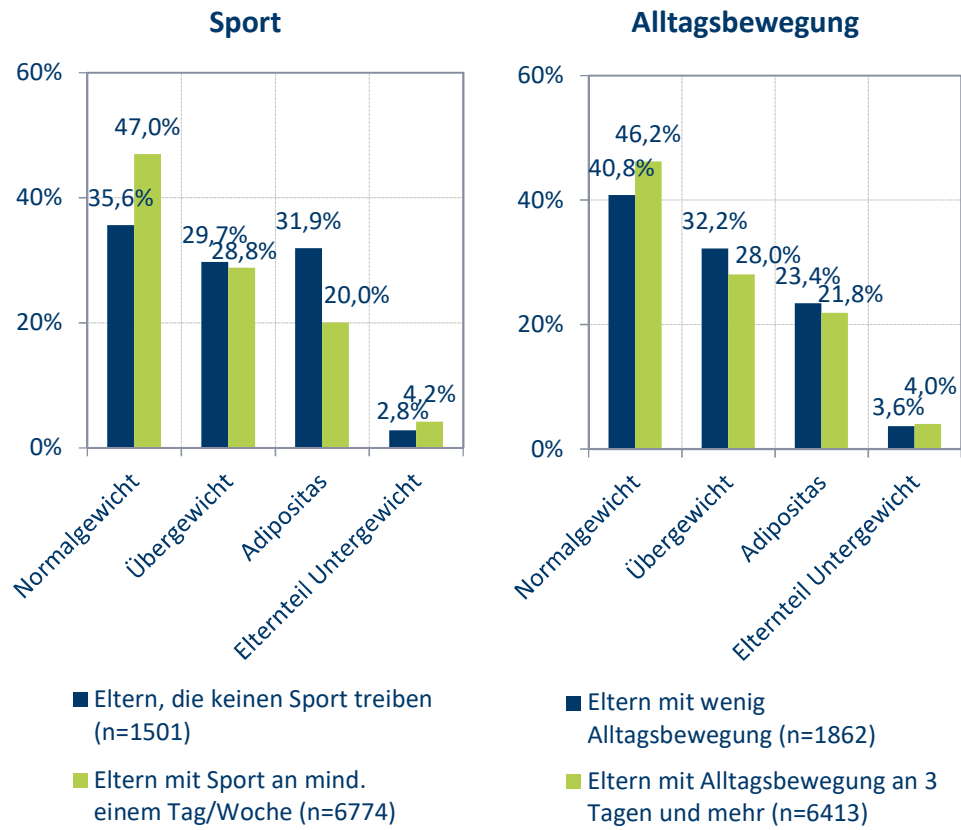
Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Fragen: An wie vielen Tagen in der Woche bewegen Sie selbst sich bei folgenden Aktivitäten: Sport? Bewegungsorientiertes Spiel?

Abbildung 35: Gesundheitszustand der Eltern nach Alltagsbewegung an 3 Tagen und mehr/Woche und Sport an mind. einem Tag/Woche (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Abbildung 36: BMI der Eltern nach Alltagsbewegung an 3 Tagen und mehr/Woche und Sport an mindestens einem Tag/Woche (2022)

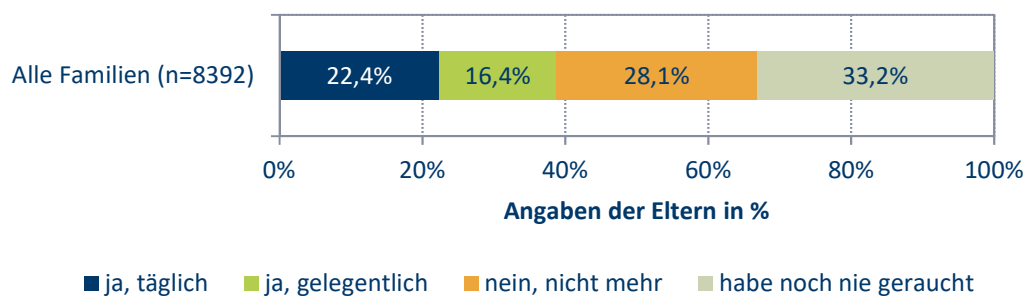


Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

4.3.2.2 Suchtverhalten

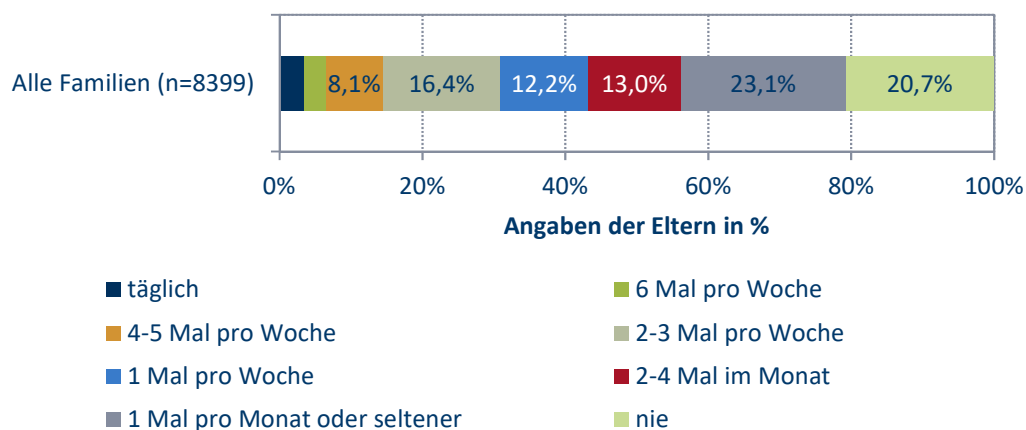
Die Befragungsergebnisse zeigen, dass im Jahr 2022 der überwiegende Teil der Eltern nicht (mehr) raucht (61 Prozent; Abbildung 37) und höchstens einmal pro Woche oder seltener Alkohol trinkt (69 Prozent; Abbildung 38).

Abbildung 37: Rauchverhalten der Eltern (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
Anmerkung: Frage: Rauchen Sie zurzeit – wenn auch nur gelegentlich?

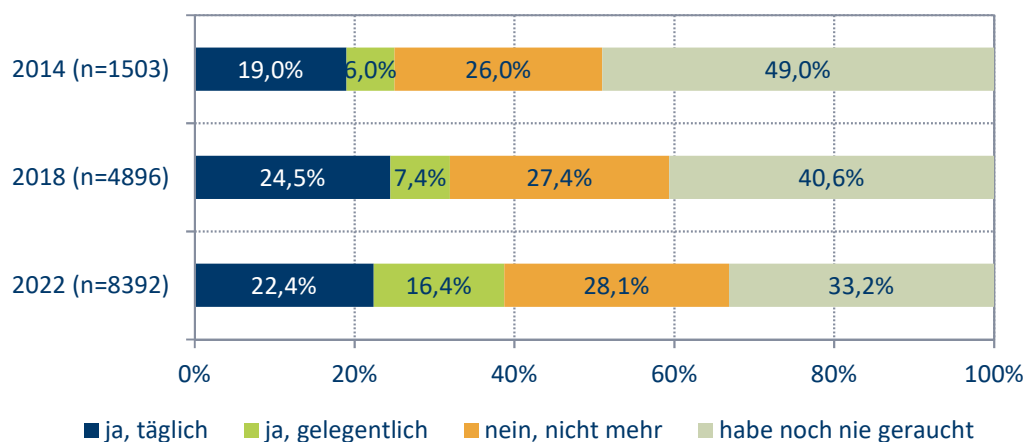
Abbildung 38: Alkoholkonsum der Eltern (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
Anmerkung: Frage: Wie häufig trinken Sie Alkohol?

Im Vergleich zu den Jahren 2014 und 2018 zeigt sich im Jahr 2022 ein verändertes Rauchverhalten bei den Eltern (Abbildung 39): Obgleich der Anteil der Eltern, welche täglich rauchen, seit 2018 von 25 Prozent auf 22 Prozent leicht gesunken ist, zeigt sich eine deutliche Zunahme bei dem Anteil derjenigen, die gelegentlich rauchen, von 7 Prozent im Jahr 2018 auf 17 Prozent im Jahr 2022.

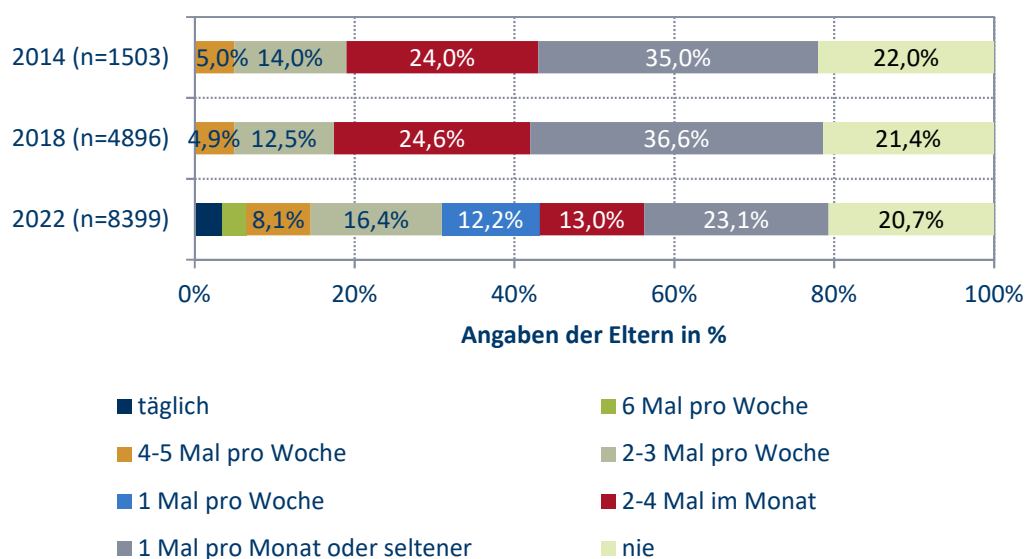
Abbildung 39: Rauchverhalten der Eltern (2014, 2018 und 2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Rauchen Sie zurzeit - wenn auch nur gelegentlich?

Auch die Häufigkeit des Alkoholkonsums der Eltern ist im Jahr 2022 im Vergleich zu 2014 und 2018 stark angestiegen (Abbildung 40): Während im Jahr 2018 12 Prozent der Eltern zwei- bis dreimal pro Woche und 6 Prozent viermal pro Woche oder öfter Alkohol konsumierten, tranken im Jahr 2022 18 Prozent der Eltern zwei- bis dreimal und sogar 15 Prozent viermal pro Woche oder häufiger Alkohol.

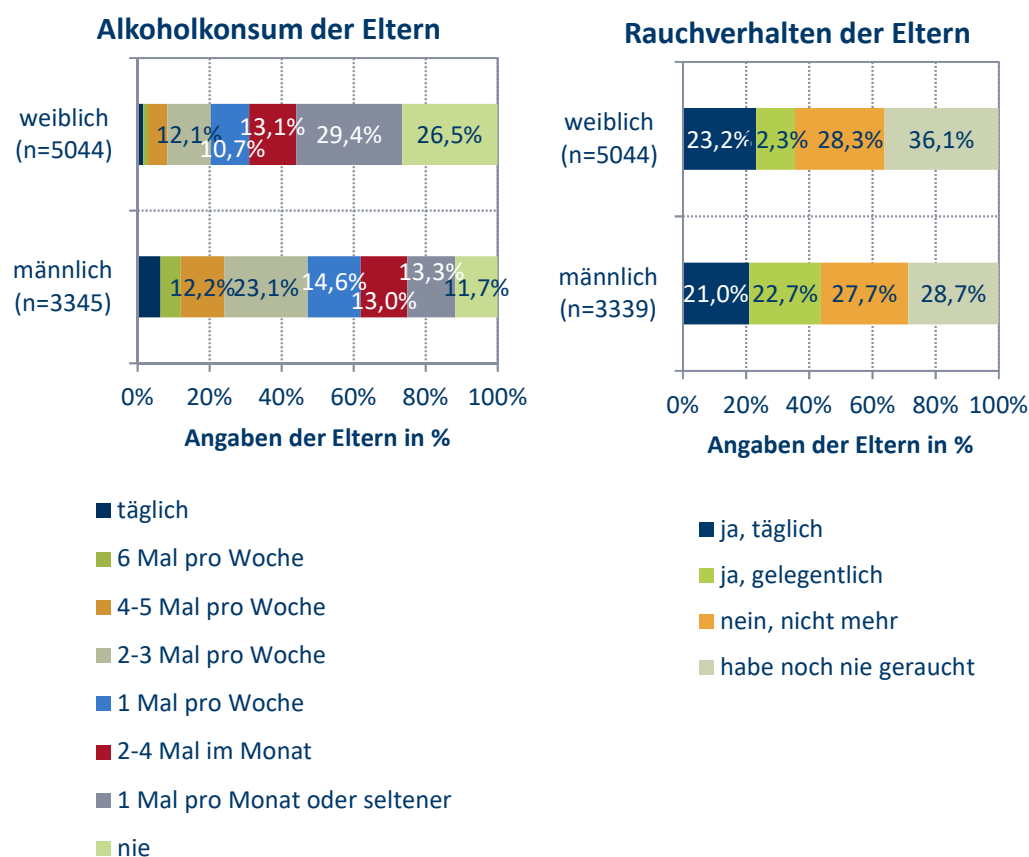
Abbildung 40: Alkoholkonsum der Eltern (2014, 2018 und 2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Wie häufig trinken Sie Alkohol?
 Im Jahr 2018 war die höchstmögliche Kategorie „4 Mal pro Woche und mehr“

Auffällig ist der geschlechtsspezifische Unterschied zwischen Vätern und Müttern beim Alkoholkonsum und Rauchverhalten im Jahr 2022 (Abbildung 41): Während bei Müttern 8 Prozent mindestens 4-5 Mal pro Woche oder noch häufiger Alkoholkonsumieren, sind es bei den Männern immerhin 24 Prozent. Bei Müttern ist der Anteil der Raucherinnen (täglich oder gelegentlich) mit 35 Prozent etwas niedriger als der Anteil der Raucher bei Vätern (44 %).

Abbildung 41: Alkoholkonsum und Rauchverhalten der Eltern nach Geschlecht (2022)



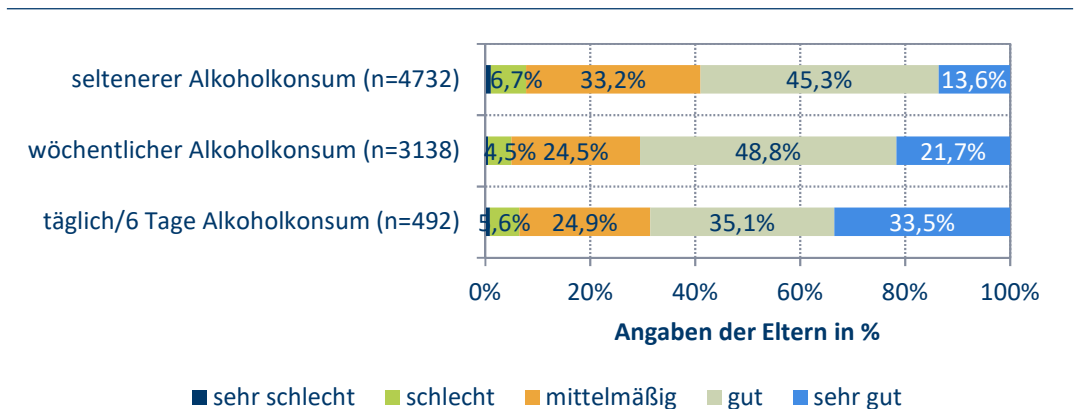
Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Anmerkung: Fragen: Wie häufig trinken Sie Alkohol? Rauchen Sie zurzeit - wenn auch nur gelegentlich?

Im Zusammenhang mit dem allgemeinen Gesundheitszustand (Kapitel 4.2.1) ist zu beobachten, dass Eltern, die täglich bzw. 6 Tage in der Woche Alkohol konsumieren, am häufigsten einen sehr guten allgemeinen Gesundheitszustand angeben, Eltern mit Alkoholkonsum, der seltener als wöchentlich erfolgt, häufiger einen mittelmäßigen Gesundheitszustand angeben (Abbildung 42). Dieses Ergebnis sind jedoch nicht dahingehend zu bewerten, dass Alkoholkonsum gesund ist: Beim Alkohol wurde lediglich die Häufigkeit, nicht die Menge erfragt. Zudem zeigt sich ein

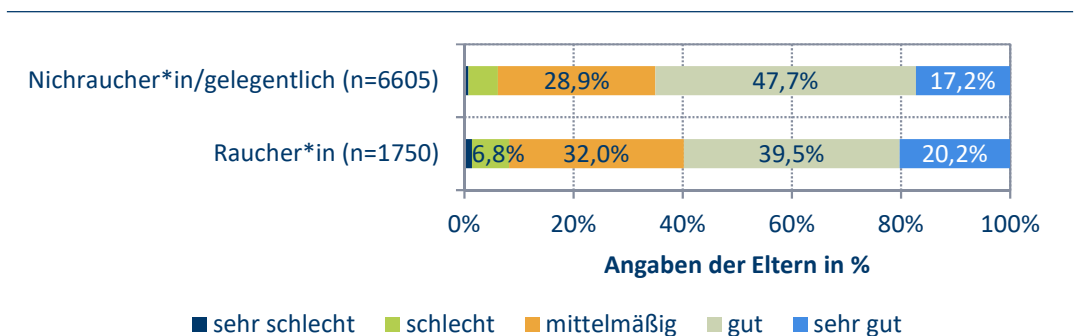
positiver Zusammenhang von häufigem Alkoholkonsum und hohem sozioökonomischen Status, der wiederum positiv mit dem allgemeinen Gesundheitszustand gekoppelt ist und somit voraussichtlich den Zusammenhang überlagert. In der Benennung des allgemeinen Gesundheitszustands wird zudem, wie in Bezug auf die Kinder, in der Regel die körperliche Gesundheit stärker in den Blick genommen als die psychische Gesundheit. Krankheiten können zudem eine Einschränkung des Alkoholkonsums erfordern, so dass in diesem Fall ein seltenerer Alkoholkonsum mit einem geringeren Gesundheitsstatus einhergeht. Unter den Rauchern ist der Anteil der Eltern mit einem sehr guten Gesundheitszustand ebenfalls etwas höher als bei Nichtrauchern oder Gelegenheitsrauchern, jedoch in größerem Maße der Anteil derer, die nur einen mittelmäßigen oder schlechten allgemeinen Gesundheitszustand berichten (Abbildung 43).

Abbildung 42: Gesundheitszustand der Eltern im Allgemeinen nach Häufigkeit des Alkoholkonsum (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? Der Zusammenhang ist nicht kausal zu interpretieren (s. Text)

Abbildung 43: Gesundheitszustand der Eltern im Allgemeinen nach dem Rauchverhalten (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

Überraschenderweise zeigen sich in der Tendenz zudem keine wesentlichen Unterschiede beim Rauchverhalten je nach Intensität und Ausmaß der Belastungsfaktoren zeitlicher, partnerschaftlicher, körperlicher oder psychischer Art. Nur bei Eltern, die starke finanzielle Belastungen haben, ist der Anteil der Rauchenden höher. Teilweise führt auch eine starke Belastung zu einem geringeren Rauchverhalten: Beispielweise ist der Anteil der rauchenden Eltern, bei den Eltern ohne starke zeitliche Belastung höher als bei Eltern mit einer starken zeitlichen Belastung. Beim Alkoholkonsum zeigt sich ein gemischtes Bild: bei höherer finanzieller Belastung liegt bemerkenswerterweise seltener ein mehrmaliger Alkoholkonsum vor als ohne finanzielle Belastung, bei partnerschaftlichen Belastungen dagegen ist erwartungsgemäß tendenziell der Alkoholkonsum häufiger.

4.3.3 Gesundheitsverhalten der Familien

Der überwiegende Teil der Eltern (63 %) bewegt sich an mindestens sieben Tagen in der Woche mit dem Kind gemeinsam (Tabelle 15). Die Befragungsergebnisse zeigen, dass sich die Eltern dabei häufiger mit dem Kind bewegen, wenn das Kind jünger ist: Der Anteil der Eltern, die sich mit ihrem Kind täglich bewegen, liegt bei den 4 bis 6-jährigen Kinder bei 82 Prozent; bei den 11 bis 14-jährigen Kinder hingegen nur bei einem Wert von 43 Prozent. Unterschiede in der Bewegungshäufigkeit je nach Geschlecht des Kindes sind hingegen nicht zu beobachten. Väter bewegen sich dabei etwas häufiger mit den Kindern als Mütter.

Tabelle 15: Gemeinsame Bewegung an mindestens 7 Tagen in der Woche mit dem Kind nach Alter der Kinder und Geschlecht der Eltern sowie der Kinder (2022)

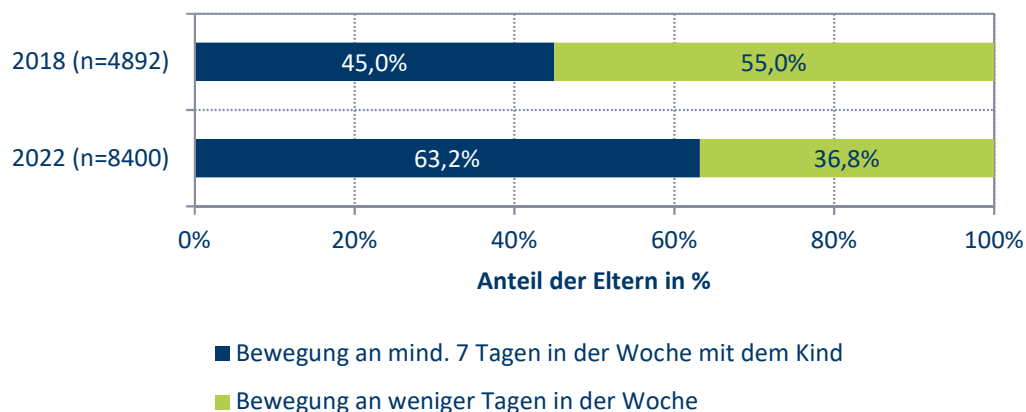
	Bewegung an mind. 7 Tage mit dem Kind	Bewegung an weniger Tagen in der Woche mit dem Kind
Alle Kinder	63 %	37 %
4 bis 6 Jahre	82 %	18 %
7 bis 10 Jahre	68 %	32 %
11 bis 14 Jahre	43 %	57 %
Jungen	64 %	36 %
Mädchen	63 %	37 %
Väter	67 %	33 %
Mütter	61 %	39 %

Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Im Vergleich mit den Ergebnissen der Familienstudien aus dem Jahr 2018 zeigt sich, dass im Jahr 2022 die gemeinsame tägliche Bewegung der Eltern mit dem Kind zugenommen hat (Abbildung 44): Während im Jahr 2018 noch etwas weniger als

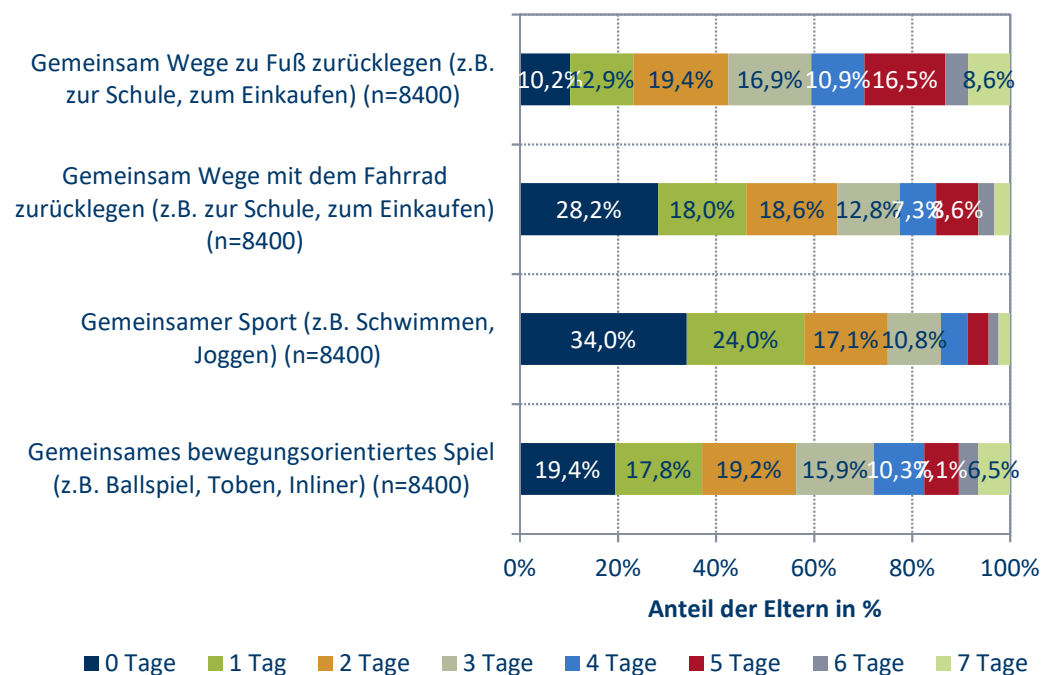
die Hälfte der Eltern (45 %) sich täglich gemeinsam mit ihrem Kind bewegt hatten, sind es im Jahr 2022 fast zwei Drittel der Eltern (63 %).

Abbildung 44: Tägliche gemeinsame Bewegung mit dem Kind (2018 und 2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Abbildung 45: Gemeinsame körperliche Eltern-Kind-Aktivitäten (Wege zu Fuß zurücklegen; Wege mit dem Fahrrad zurücklegen; Sport; bewegungsorientiertes Spiel) (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Anmerkung: Frage: An wie vielen Tagen in der Woche bewegen Sie sich gemeinsam mit Ihrem Kind bei folgenden Aktivitäten

Am häufigsten aktiv sind die Eltern mit den Kindern beim Zurücklegen gemeinsamer Wege zu Fuß (z. B. zur Schule, zum Einkaufen) (Abbildung 45): 41 Prozent der Familien legen an mindestens vier Tagen in der Woche per Fuß gemeinsam mit den Kindern Wege zurück. Demgegenüber machen nur 13 Prozent der Familien mit den Kindern an mindestens vier Tagen in der Woche Sport. 28 Prozent der Familien fahren nicht mit ihren Kindern zusammen Fahrrad. 34 Prozent der Familien machen an überhaupt keinem Wochentag gemeinsamen Sport mit den Kindern.

Die Ergebnisse zeigen dabei einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit gemeinsamer körperlicher Eltern-Kind-Aktivitäten und dem Gesundheitsstatus des Kindes (Kapitel 4.1.1): Es zeigt sich, dass bei allen Einzelaktivitäten bei Kindern mit einem hohen Gesundheitsstatus der Anteil der Familien, die häufiger in der Woche gemeinsam Sport machen im Vergleich zu den Kindern mit niedrigen bzw. mittleren Gesundheitsstatus höher ist. Umgekehrt ist bei den Kindern mit einem niedrigen bzw. mittleren Gesundheitsstatus der Anteil der Familien, die an keinem Tag in der Woche gemeinsam sich körperliche Bewegungen jeweils am höchsten.

4.4 Situation von vulnerablen Familien

4.4.1 Familien mit niedrigem SES

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass ein niedrigerer sozioökonomischer Status (SES) der Familien teilweise auch mit einem niedrigeren Gesundheitsstatus der Kinder einhergeht. Bei Familien mit niedrigem SES ist beispielsweise der Gesundheitszustand der Kinder im Allgemeinen im Vergleich zu Familien mit mittlerem oder hohem SES seltener gut oder sehr gut. Bei Familien mit einem niedrigen SES weist knapp die Hälfte der Kinder einen sehr guten allgemeinen Gesundheitszustand auf, bei Familien mit einem hohen SES sind dies hingegen 60 Prozent. Auch ist bei Familien mit einem niedrigen SES der Anteil der Kinder ohne gesundheitliche Einschränkung mit 88 Prozent leicht niedriger als bei Familien mit mittlerem SES (90 %) bzw. hohem SES (90 %).

In Familien mit niedrigem SES ist der Anteil der Kinder mit Übergewicht bzw. Adipositas (24 %) im Vergleich zu Familien mit mittlerem oder hohem SES (17 %/19 %) am höchsten. Auffällig ist allerdings, dass bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität keine wesentlichen Unterschiede zwischen Familien mit niedrigem SES und Familien mit mittlerem/hohem SES bestehen. Allerdings ist andersrum bei Familien mit niedrigem SES der Anteil der Kinder mit einem niedrigen KIDSCREEN leicht höher und der Anteil der Kinder mit einem normalen KIDSCREEN leicht niedriger. Bei Familien mit einem niedrigen SES ist der Anteil der Kinder mit multiplen psychosomatischen Beschwerden mit 13 Prozent sogar etwas niedriger als bei Familien mit einem hohen SES (15 %).

Auch die Gesundheitssituation der Eltern steht in einem deutlichen Zusammenhang mit ihrem SES: Eltern aus Familien mit einem niedrigen SES haben häufiger einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand (50 % mittelmäßig und schlechterer Gesundheitszustand im Vergleich zu entsprechenden Anteilen von 36 % und 19 % der Eltern bei mittlerem und hohem SES), sind öfter von Adipositas betroffen (31 % vs. 22 % bzw. 13 %) und leiden häufiger unter elterlichen Belastungsfaktoren finanzieller (55 % vs. 41 % bzw. 20 %), körperlicher (32 % vs. 21 % bzw. 17 %) oder psychischer Art (39 % vs. 34 % bzw. 28 %). Die zeitliche Belastung ist dagegen bei mittlerem SES am höchsten (45 % belastet, bei niedrigem SES 36 %, bei hohem SES 38 %). Familien mit niedrigem SES geben zudem am häufigsten an, gar keine partnerschaftliche Belastung zu haben (28 % vs. 21 % bzw. 23 %), die Anteile der Eltern mit starken partnerschaftlichen Belastungen liegen unabhängig vom SES bei ca. 20 %.

Auffällig beim Suchtverhalten der Eltern ist, dass Eltern aus Familien mit niedrigem SES häufiger täglich rauchen (34 % vs. 20 % bzw. 15 %), aber seltener täglich oder an 6 Tagen in der Woche Alkohol konsumieren als Eltern aus Familien mit mittlerem oder hohem SES (5 % vs. 5 % bzw. 8 %).

4.4.2 Alleinerziehende

Im Hinblick auf alleinerziehende Eltern wurde beobachtet, dass der Anteil der Kinder mit gesundheitlichen Problemen teilweise höher ist als bei Paarfamilien. Wesentliche Unterschiede sind jedoch zwischen den beiden Familienformen in Bezug auf die gesundheitliche Situation der Kinder nicht zu beobachten. Beispielsweise ist bei Paarfamilien der allgemeine Gesundheitszustand der Kinder im Vergleich zu Alleinerziehenden häufiger sehr gut (Paarfamilien: 55 Prozent; Alleinerziehende: 49 %). Hingegen ist der Anteil der Kinder mit einem guten Gesundheitszustand bei Alleinerziehenden mit 44 Prozent etwas höher als bei Paarfamilien (39 %). Wesentliche Unterschiede in Bezug auf eine gesundheitliche Einschränkung der Kinder zwischen Paarfamilien und Alleinerziehenden sind nicht zu beobachten. Allerdings ist bei alleinerziehenden Eltern der Anteil der Kinder mit chronischen Erkrankungen (9 %) etwas höher als bei Paarfamilien (7 %). Der Anteil der Kinder mit Adipositas ist bei alleinerziehenden Eltern wiederum etwas niedriger als bei Paarfamilien (7 % vs. 10 %).

Auch sind keine wesentlichen Unterschiede im Hinblick auf die gesundheitliche Lebensqualität der Kinder zwischen beiden Familienformen zu beobachten. Bei Paarfamilien ist der Anteil der Kinder mit einer hohen gesundheitlichen Lebensqualität (26 %) etwas höher als bei alleinerziehenden Eltern (24 %). In Bezug auf den HBSC sind keine Unterschiede zwischen beiden Familienformen festzustellen: Sowohl bei Paarfamilien als auch bei Alleinerziehenden leiden 14 Prozent der Kinder unter multiplen psychosomatischen Beschwerden.

Alleinerziehende geben jedoch zu sich selbst häufiger einen eher schlechten Gesundheitszustand im Vergleich zu Elternteilen aus Paarfamilien: alleinerziehende Eltern haben etwas häufiger einen mittelmäßig bis (sehr) schlechten Gesundheitszustand (46 % vs. 35 %), sind öfter von Adipositas betroffen (28 % vs. 21 %) und leiden häufiger unter elterlichen Belastungsfaktoren finanzieller (55 % vs. 37 %), körperlicher (26 % vs. 22 %) oder psychischer Art (40 % vs. 33 %). Die zeitliche Belastung wird nicht häufiger hoch angegeben als in Paarfamilien. Obwohl der Anteil der Alleinerziehenden, die gar keine partnerschaftliche Belastung benennen, deutlich höher ist (39 % vs. 21 %), ist der Anteil der Alleinerziehenden mit starken partnerschaftlichen Belastungen genauso hoch wie in Paarfamilien (22 % bis 23 %). Auffällig beim Suchtverhalten der Eltern ist, dass Alleinerziehende häufiger rauchen (27 % vs. 22 %), aber weniger häufig täglich oder an 6 Tagen Alkohol konsumieren als Eltern aus Paarfamilien (3 % vs. 7 %), vermutlich aufgrund der Tatsache, dass die meisten alleinerziehenden Elternteile weiterhin weiblich sind (vgl. Kapitel 3.2.2).

4.4.3 Kinder mit chronischer Erkrankung oder Behinderung

Eltern von Kindern mit einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung haben häufiger einen etwas schlechteren Gesundheitszustand (44 % bzw. 51 % vs.

35 % ohne Einschränkungen) und leiden häufiger unter elterlichen Belastungsfaktoren partnerschaftlicher (28 % bzw. 35 % vs. 21 %), körperlicher (31 % bzw. 36 % vs. 22 %) oder psychischer Art (38 % bzw. 44 % vs. 33 %).

Wesentliche Unterschiede in Bezug auf den BMI der Eltern sind jedoch im Vergleich dieser beiden Gruppen nicht zu beobachten. Auffällig beim Suchtverhalten der Eltern ist, dass Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen häufiger gelegentlich rauchen als Eltern von Kindern ohne Einschränkungen oder mit Behinderung (29 % der Eltern vs. 15 % bzw. 16 %) und häufiger mehrmals pro Woche Alkohol trinken (50 % der Eltern vs. 29 % vs. 42 %).

4.4.4 Migrationsstatus

Wesentliche Unterschiede in Bezug auf den Gesundheitszustand der Kinder sind zwischen Familien mit Migrationshintergrund und Familien ohne Migrationshintergrund nicht zu beobachten. Bei Familien ohne Migrationshintergrund ist der Anteil der Kinder mit einem sehr guten allgemeinen Gesundheitszustand zwar etwas höher (Familien ohne Migrationshintergrund: 55 %; Familien mit Migrationshintergrund: 51 %). Allerdings ist wiederum der Anteil der Kinder mit einem guten Gesundheitszustand bei Familien mit Migrationshintergrund etwas höher (41 %) als bei Familien ohne Migrationshintergrund (39 %).

Auch sind keine wesentlichen Unterschiede in Bezug auf eine gesundheitliche Einschränkung der Kinder zwischen Familien ohne Migrationshintergrund und Familien mit Migrationshintergrund zu beobachten. Bei Familien mit Migrationshintergrund ist der Anteil der Kinder mit chronischen Erkrankungen mit etwas niedriger (6 %) als bei Familien ohne Migrationshintergrund (8 %). Wesentliche Unterschiede beim BMI der Kinder zwischen Familien ohne Migrationshintergrund und Familien mit Migrationshintergrund sind nicht zu beobachten. Allerdings nehmen Eltern mit Migrationshintergrund Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen seltener wahr (ca. 5 Prozentpunkte je U/J-Untersuchung, z. B. U1-U6 75 % vs. 81 %).

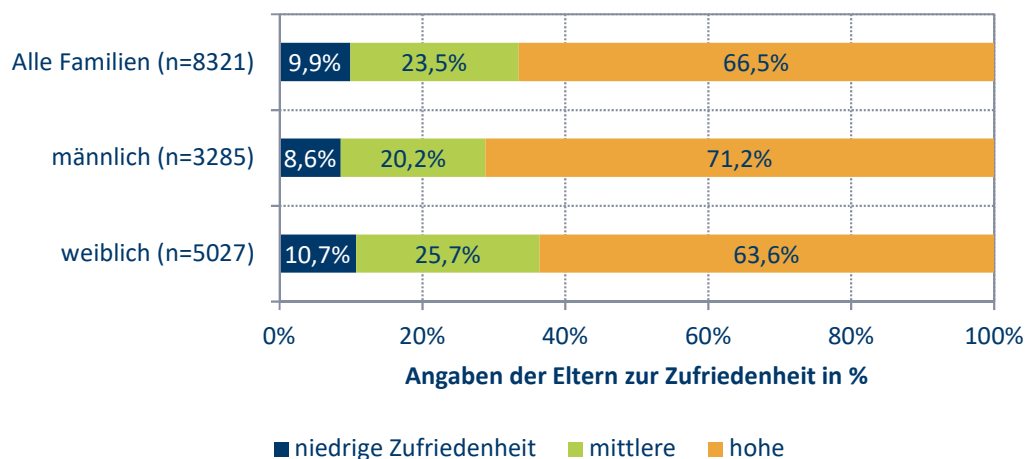
In Bezug auf die gesundheitliche Lebensqualität der Kinder kann beobachtet werden, dass der Anteil der Kinder mit einem niedrigen KIDSCREEN bei Familien mit Migrationshintergrund vergleichbar bei ca. 28 % liegt wie bei Familien ohne Migrationshintergrund. Bei Familien mit Migrationshintergrund ist der Anteil der Kinder mit multiplen psychosomatischen Beschwerden ebenfalls vergleichbar bei ca. 13 % wie bei Familien ohne Migrationshintergrund. Auch in Bezug auf den allgemeinen Gesundheitszustand der Eltern, den BMI oder elterliche Belastungsfaktoren sind keine Unterschiede zwischen Familien mit Migrationshintergrund und Familien ohne Migrationshintergrund zu beobachten. Auffällig beim Suchtverhalten der Eltern ist, dass Eltern aus Familien mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Eltern aus Familien ohne Migrationshintergrund seltener rauchen (19 % vs. 23 %) und seltener täglich oder an 6 Tagen pro Woche Alkohol trinken (3 % vs. 7 %). Diese Unterschiede sind nur begrenzt auf das Geschlecht der Befragten zurückzuführen, da Frauen bei den Befragten mit Migrationshintergrund nur leicht überrepräsentiert sind (67 % vs. 60 %).

5. Familienleben und -alltag

5.1 Zufriedenheit mit dem Familienleben

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass knapp zwei Drittel der Familien (67 %) eine hohe Zufriedenheit mit ihrem Familienleben haben (Abbildung 46). 24 Prozent der Familien berichten von einer mittleren und 10 Prozent von einer niedrigen Zufriedenheit. Geschlechtsspezifisch ist zu beobachten, dass der Anteil der Personen mit einer hohen Zufriedenheit mit dem Familienleben bei Vätern mit 71 Prozent etwas höher ist als bei Müttern (64 %).

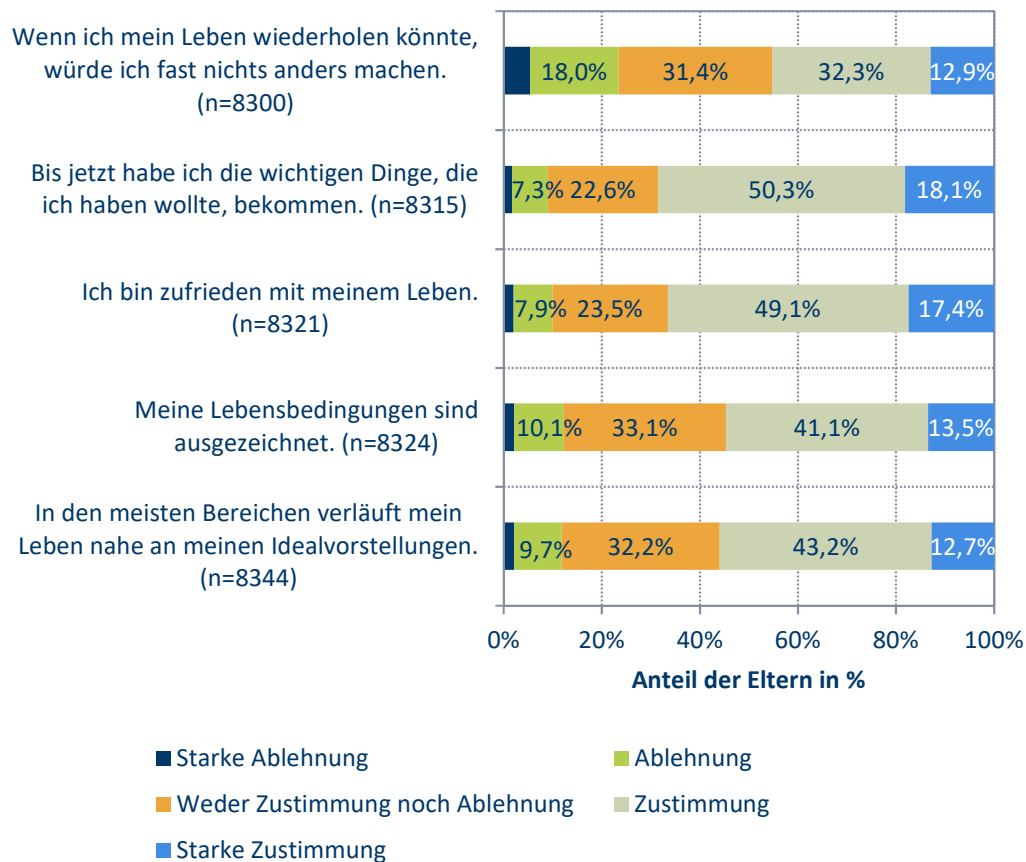
Abbildung 46: Zufriedenheit mit dem Familienleben aller Familien und nach Geschlecht der Eltern (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Wie zufrieden sind Sie derzeit mit Ihrem Familienleben: „Ich bin zufrieden mit meinem Leben.“: Kategorisierung: (Starke) Ablehnung = niedrige Zufriedenheit Familienleben; Weder Zustimmung noch Ablehnung = mittlere Zufriedenheit; (Starke) Zustimmung = hohe Zufriedenheit

Die grundsätzliche Zufriedenheit der Familien mit ihrem Leben drückt sich auch im Antwortverhalten zu verschiedenen Zustimmungsfrazen aus (Abbildung 47): 56 Prozent der Familien stimmen zu bzw. stark zu, dass in den meisten Bereichen ihr Leben nah an ihrer Idealvorstellung läuft. 54 Prozent der Familien stimmen der Aussage zu bzw. stark zu, dass ihre Lebensbedingungen ausgezeichnet sind. 66 Prozent der Familien sind mit ihrem Leben generell zufrieden. 68 Prozent haben zu meist die wichtigen Dinge im Leben bekommen, die sie haben wollten; allerdings nur 45 Prozent der Familien stimmen der Aussage zu bzw. stark zu, dass sie in ihrem Leben fast nichts anders machen würden, wenn sie es wiederholen könnten.

Abbildung 47: Zufriedenheit mit dem Familienleben (2022)

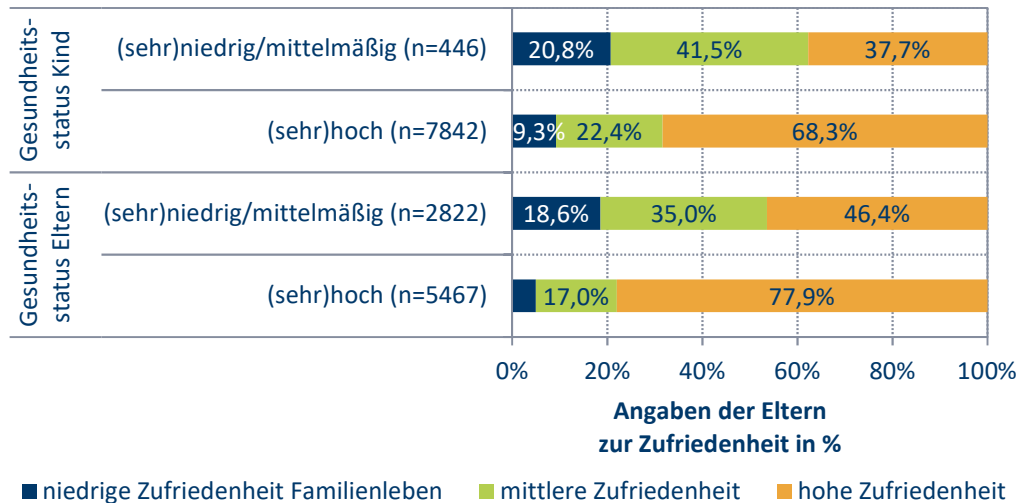


Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Die Befragungsergebnisse zeigen darüber hinaus, dass die Lebenszufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitsstatus und dem der Kinder zusammenhängt (Abbildung 48): Der Anteil der Eltern, die von einer hohen Lebenszufriedenheit berichten, ist bei Familien mit Kindern mit einem hohen Gesundheitsstatus wesentlich höher als bei Familien mit Kindern mit einem niedrigen oder mittleren Gesundheitsstatus.

In Bezug auf den Gesundheitsstatus der Eltern zeigt sich diese Tendenz noch deutlicher: Eltern mit einem hohen Gesundheitsstatus haben eine wesentlich höhere Lebenszufriedenheit als Eltern mit einem mittleren bzw. niedrigen Gesundheitsstatus.

Abbildung 48: Zufriedenheit mit dem Familienleben nach Gesundheitsstatus der Kinder und Eltern (2022)

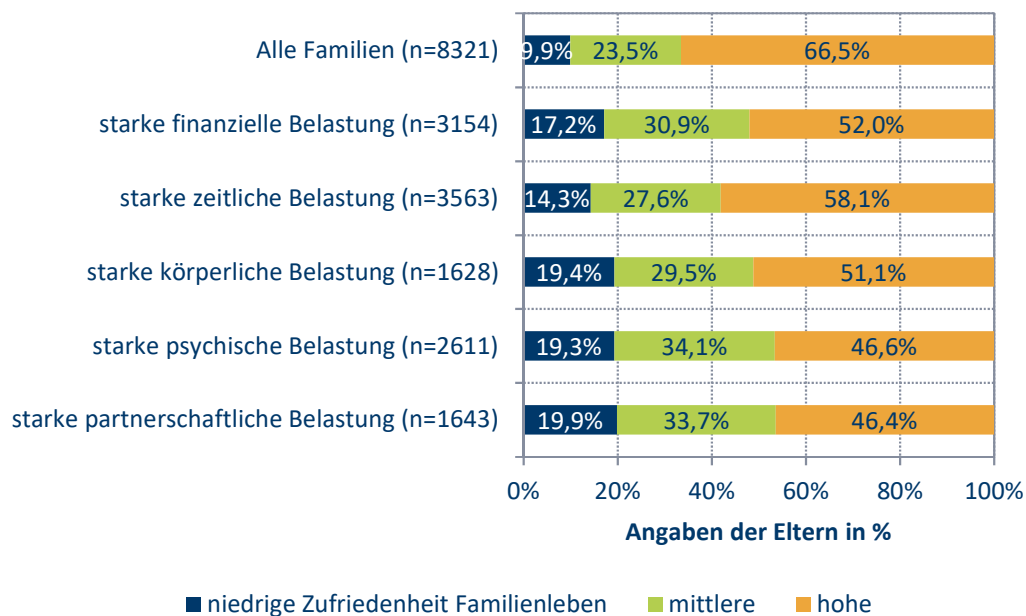


Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Wie zufrieden sind Sie derzeit mit Ihrem Familienleben: „Ich bin zufrieden mit meinem Leben.“: Kategorisierung: (Starke) Ablehnung = niedrige Zufriedenheit Familienleben; Weder Zustimmung noch Ablehnung = mittlere Zufriedenheit; (Starke) Zustimmung = hohe Zufriedenheit

Auch der Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit dem Familienleben und dem Ausmaß elterlicher Belastungsfaktoren finanzieller, zeitlicher, partnerschaftlicher, körperlicher oder psychischer Art ist deutlich zu beobachten (Abbildung 49): Eltern mit keiner starken Belastung haben wesentlich häufiger eine hohe Lebenszufriedenheit in Bezug auf die Familie als Eltern mit einer starken Belastung.

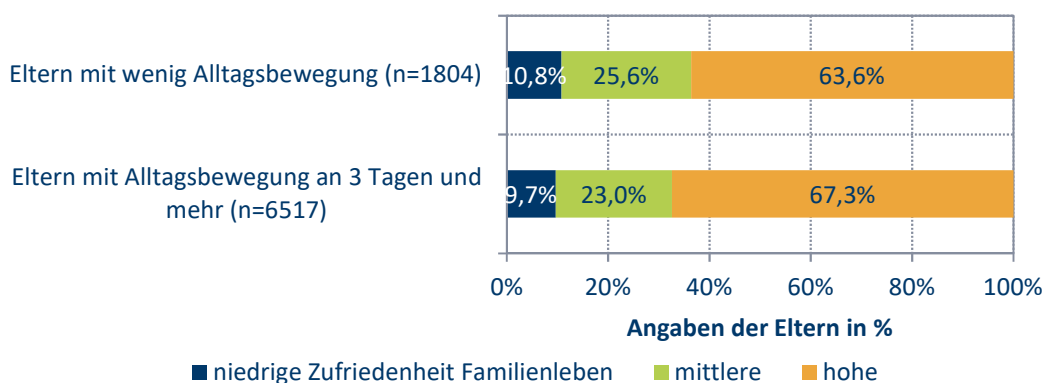
Demgegenüber ist ein Zusammenhang zwischen dem Bewegungsverhalten der Eltern und der Zufriedenheit nur in der Tendenz erkennbar (Abbildung 50): Eltern mit einer Alltagsbewegung an 3 Tagen und mehr weisen nur einen leicht höheren Anteil mit hoher Zufriedenheit mit dem Familienleben auf als Eltern mit weniger Alltagsbewegung.

Abbildung 49: Zufriedenheit mit dem Familienleben nach elterlichen Belastungsfaktoren (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Wie zufrieden sind Sie derzeit mit Ihrem Familienleben: „Ich bin zufrieden mit meinem Leben.“: Kategorisierung: (Starke) Ablehnung = niedrige Zufriedenheit Familienleben; Weder Zustimmung noch Ablehnung = mittlere Zufriedenheit; (Starke) Zustimmung = hohe Zufriedenheit

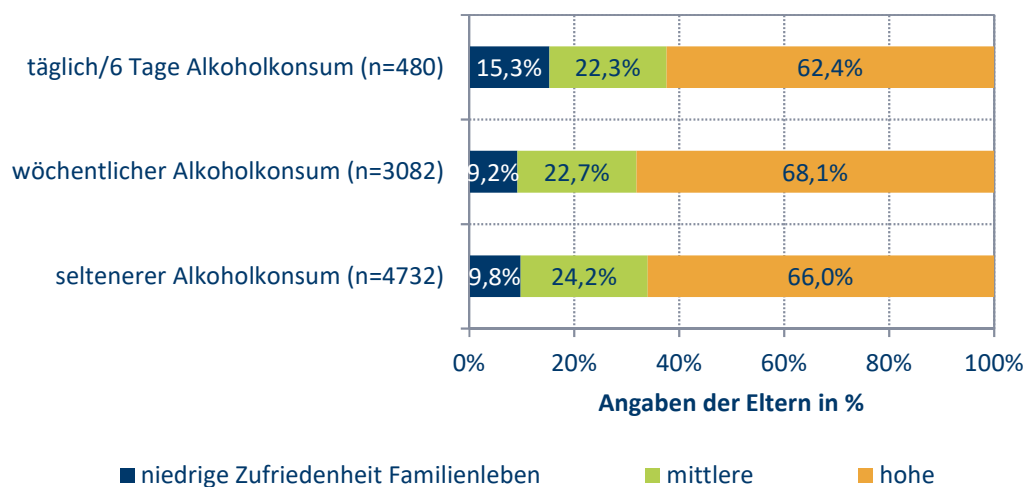
Abbildung 50: Zufriedenheit mit dem Familienleben nach Alltagsbewegung der Eltern (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Wie zufrieden sind Sie derzeit mit Ihrem Familienleben: „Ich bin zufrieden mit meinem Leben.“: Kategorisierung: (Starke) Ablehnung = niedrige Zufriedenheit Familienleben; Weder Zustimmung noch Ablehnung = mittlere Zufriedenheit; (Starke) Zustimmung = hohe Zufriedenheit

Ein Zusammenhang zwischen dem Alkoholkonsum der Eltern und deren Zufriedenheit mit dem Familienleben ist deutlicher zu beobachten (Abbildung 51): Die Zufriedenheit der Eltern ist deutlich häufiger niedrig, wenn täglich oder an 6 Tagen in der Woche Alkohol konsumiert wird, auch wenn die Anteile der Eltern mit hoher Zufriedenheit auf vergleichbarem Niveau ist, unabhängig vom Alkoholkonsum.

Abbildung 51: Zufriedenheit mit dem Familienleben nach Alkoholkonsum der Eltern (2022)

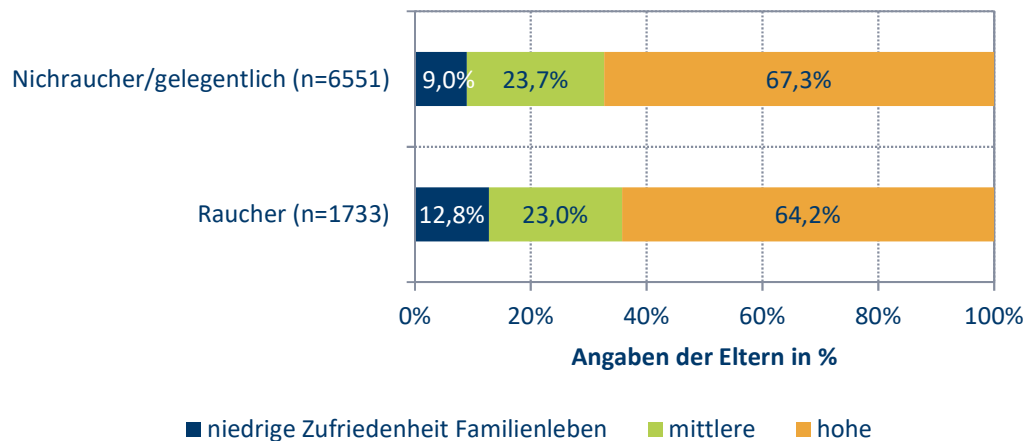


Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Wie zufrieden sind Sie derzeit mit Ihrem Familienleben: „Ich bin zufrieden mit meinem Leben.“: Kategorisierung: (Starke) Ablehnung = niedrige Zufriedenheit Familienleben; Weder Zustimmung noch Ablehnung = mittlere Zufriedenheit; (Starke) Zustimmung = hohe Zufriedenheit

Bei den Eltern, die rauchen, zeigen sich vergleichbare Effekte wie beim Alkoholkonsum hinsichtlich erhöhten Werten bei niedriger Zufriedenheit mit dem Familienleben %)(Abbildung 52).

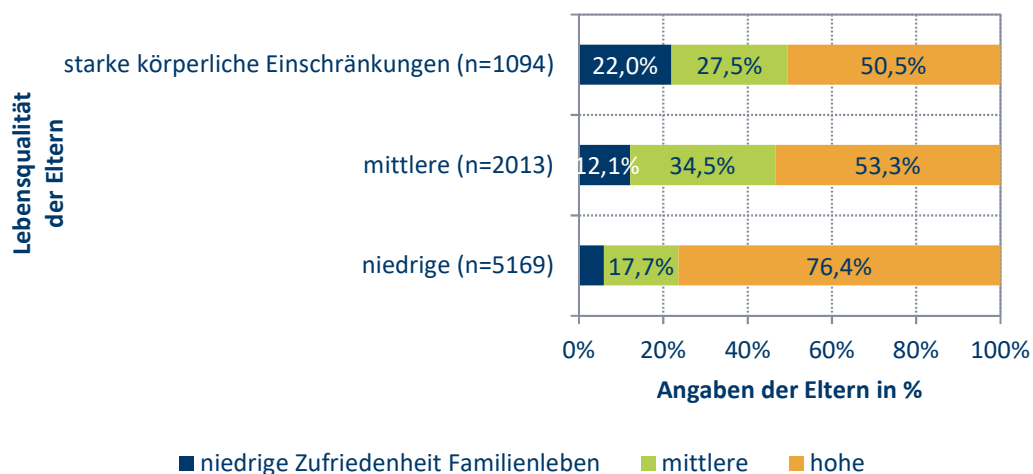
Sehr deutlich belegen die Befragungsergebnisse einen Zusammenhang zwischen der Lebensqualität der Eltern in Form von körperlichen Einschränkungen und der Zufriedenheit mit dem Familienleben (Abbildung 53): Eltern mit nur einer niedrigen körperlichen Einschränkung berichten wesentlich häufiger von einer hohen Zufriedenheit als Eltern mit mittleren bzw. starken körperlichen Einschränkungen.

Abbildung 52: Zufriedenheit mit dem Familienleben nach Rauchverhalten der Eltern (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Wie zufrieden sind Sie derzeit mit Ihrem Familienleben: „Ich bin zufrieden mit meinem Leben.“: Kategorisierung: (Starke) Ablehnung = niedrige Zufriedenheit Familienleben; Weder Zustimmung noch Ablehnung = mittlere Zufriedenheit; (Starke) Zustimmung = hohe Zufriedenheit

Abbildung 53: Zufriedenheit mit dem Familienleben nach körperlicher Einschränkung der Eltern (2022)

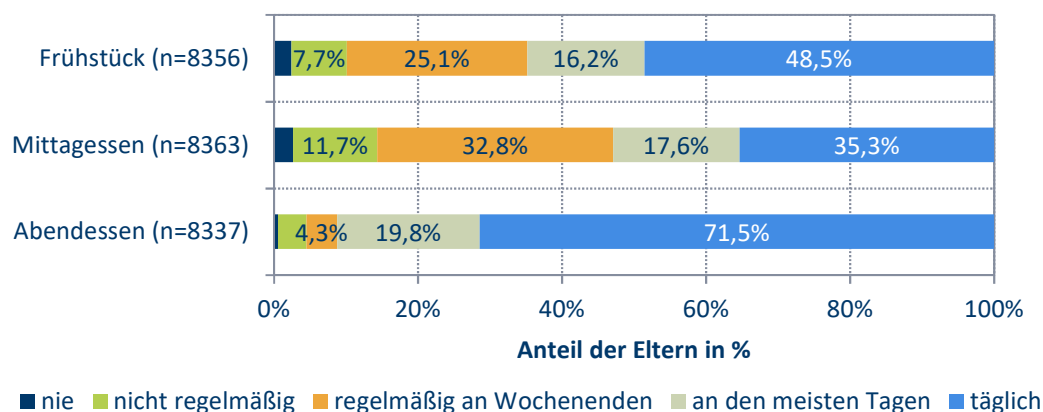


Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Wie zufrieden sind Sie derzeit mit Ihrem Familienleben: „Ich bin zufrieden mit meinem Leben.“: Kategorisierung: (Starke) Ablehnung = niedrige Zufriedenheit Familienleben; Weder Zustimmung noch Ablehnung = mittlere Zufriedenheit; (Starke) Zustimmung = hohe Zufriedenheit

5.2 Tagesablauf und Herausforderungen

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass die Familien oft gemeinsam zu Abend essen (Abbildung 54): 71 Prozent der Familien essen täglich und 20 Prozent der Familien an den meisten Tagen in der Woche gemeinsam zu Abend.

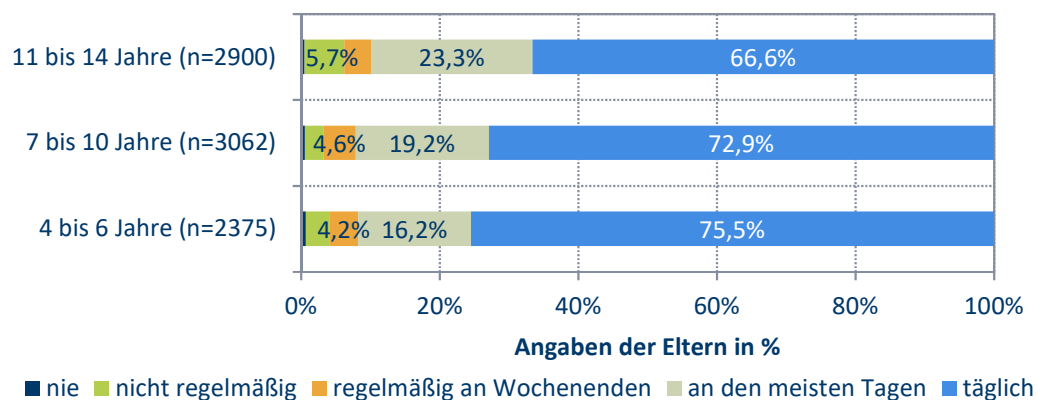
Abbildung 54: Einnahme gemeinsamer Mahlzeiten (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
Anmerkung: Frage: Welche Mahlzeiten nehmen Sie zusammen mit Ihrem Kind ein?

Dabei ist der Anteil der Familien, die gemeinsam täglich zu Abend essen, bei den jüngeren die Kindern am größten (Abbildung 55): In der Altersgruppe der 4- bis 6-jährigen Kinder essen 75 Prozent der Familien gemeinsam zu Abend; in der Altersgruppe der 11- bis 14-jährigen Kinder sind es hingegen nur noch 67 Prozent der Familien. Am wenigsten häufig essen die Familien gemeinsam zu Mittag. Nur 35 Prozent der Familien nehmen gemeinsam täglich das Mittagessen ein.

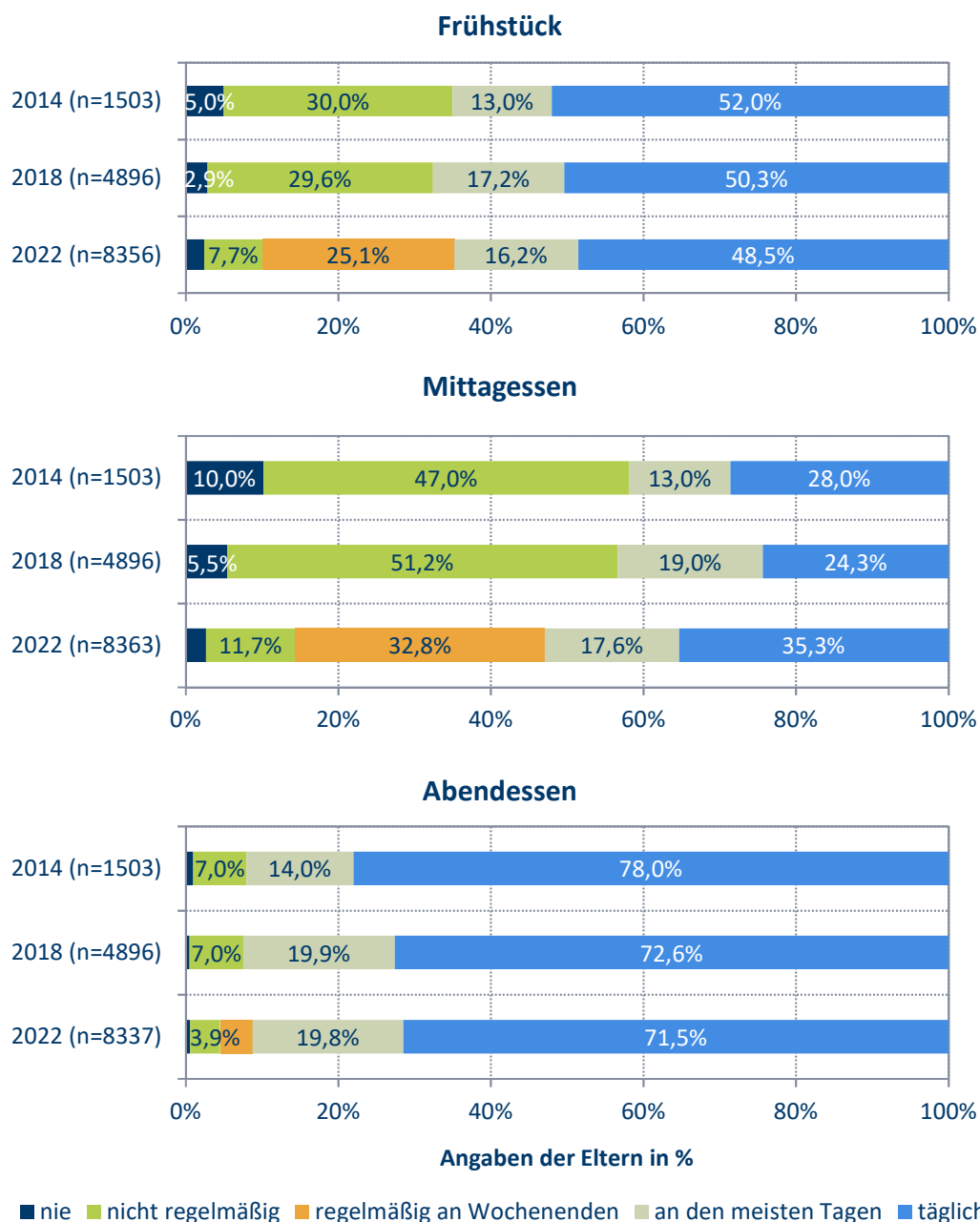
Abbildung 55: Gemeinsames Abendessen nach Alter der Kinder (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
Anmerkung: Frage: Welche Mahlzeiten nehmen Sie zusammen mit Ihrem Kind ein: Abendessen?

Im Jahresvergleich mit den Jahren 2014 und 2018 zeigen sich im Jahr 2022 teilweise wesentlichen Änderungen bei der Einnahme gemeinsamer Mahlzeiten (Abbildung 56): Während auch im Jahr 2014 und 2018 die Familien in der Regel gemeinsam zu Abend gegessen haben, hat im Jahr 2022 der Anteil an Familien, die gemeinsam Mittagessen deutlich zugenommen.

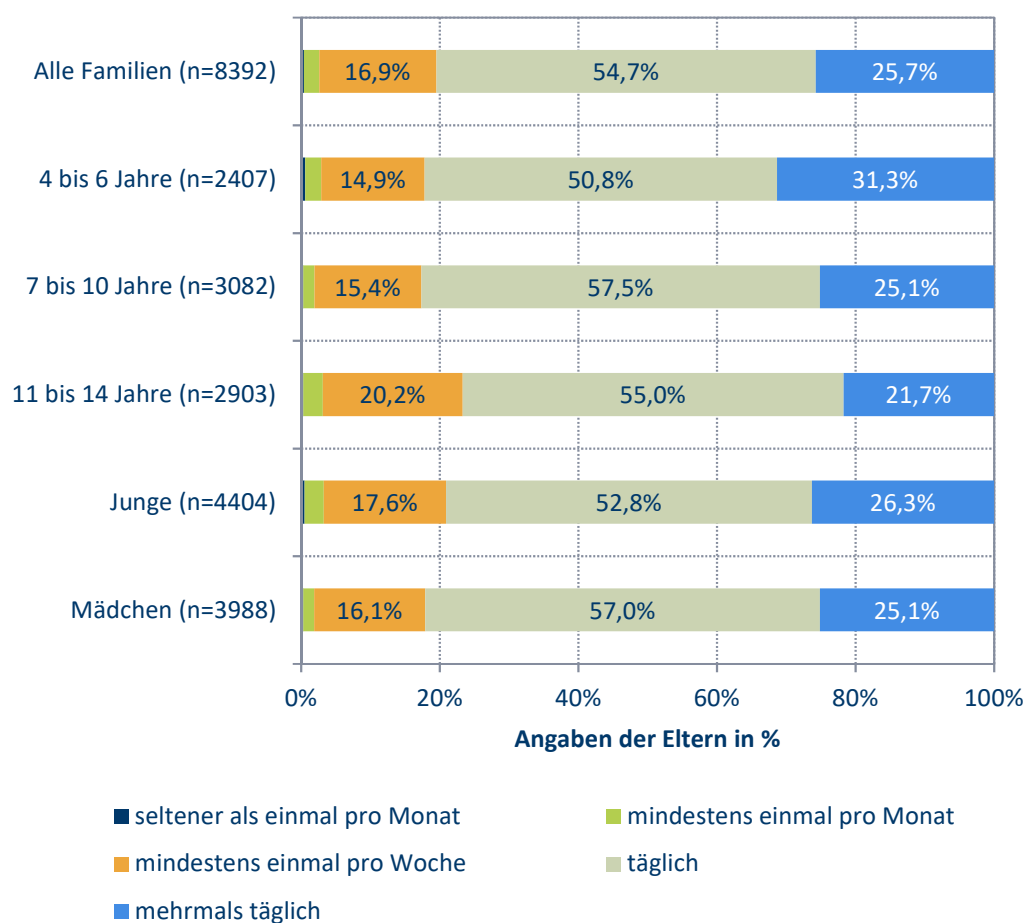
Abbildung 56: Einnahme gemeinsamer Mahlzeiten (2014, 2018 und 2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Welche Mahlzeiten nehmen Sie zusammen mit Ihrem Kind ein: Abendessen? Antwort „regelmäßig an Wochenenden“ nur in 2022 gestellt

Knapp ein Viertel der Eltern (26 %) verbringt mehrmals täglich mit ihren Kindern Zeit, in der das Kind die volle Aufmerksamkeit der Eltern hat (Abbildung 57). 55 Prozent der Eltern verbringen täglich Zeit mit ihren Kindern und widmen ihren Kindern die volle Aufmerksamkeit. Altersspezifisch ist dabei zu beobachten, dass der Anteil der Eltern, die mehrmals täglich Zeit mit ihren Kindern verbringen, über die Altersgruppen hinweg sinkt: In der Altersgruppe der 4- bis 6-jährigen Kinder liegt der Anteil der Eltern noch bei 31 Prozent und sinkt in der Altersgruppe der 11- bis 14-jährigen Kinder auf 22 Prozent. Geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen sind hingegen nicht zu beobachten.

Abbildung 57: Zeit mit Kindern nach Alter und Geschlecht der Kinder (2022)

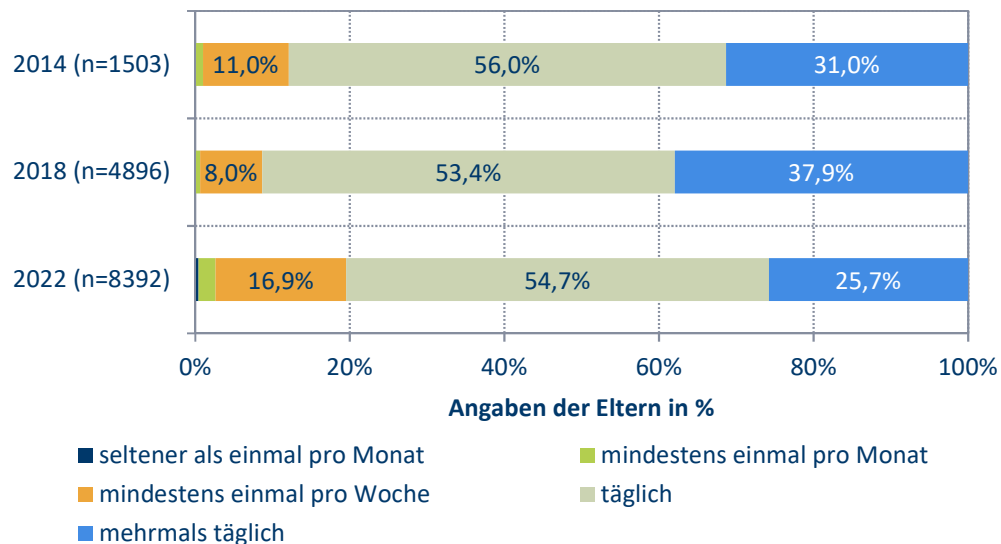


Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Wie häufig verbringen Sie Zeit mit Ihrem Kind, in der das Kind Ihre volle Aufmerksamkeit hat?

Im Jahresvergleich zu den Jahren 2014 und 2018 zeigt sich dabei, dass im Jahr 2022 Eltern deutlich seltener mehrmals täglich Zeit mit ihren Kindern verbringen (Abbildung 58): Im Jahr 2018 lag der Anteil der Eltern, die mehrmals täglich Zeit mit ihren Kindern verbringen, bei 37 Prozent und damit um 15 Prozentpunkte höher als 2022. Parallel dazu steigt der Anteil der Eltern, die mindestens einmal pro Woche

Zeit mit ihren Kindern verbringen, von 8 Prozent im Jahr 2018 auf 17 Prozent im Jahr 2022.

Abbildung 58: Zeit mit Kindern (2014, 2018 und 2022)



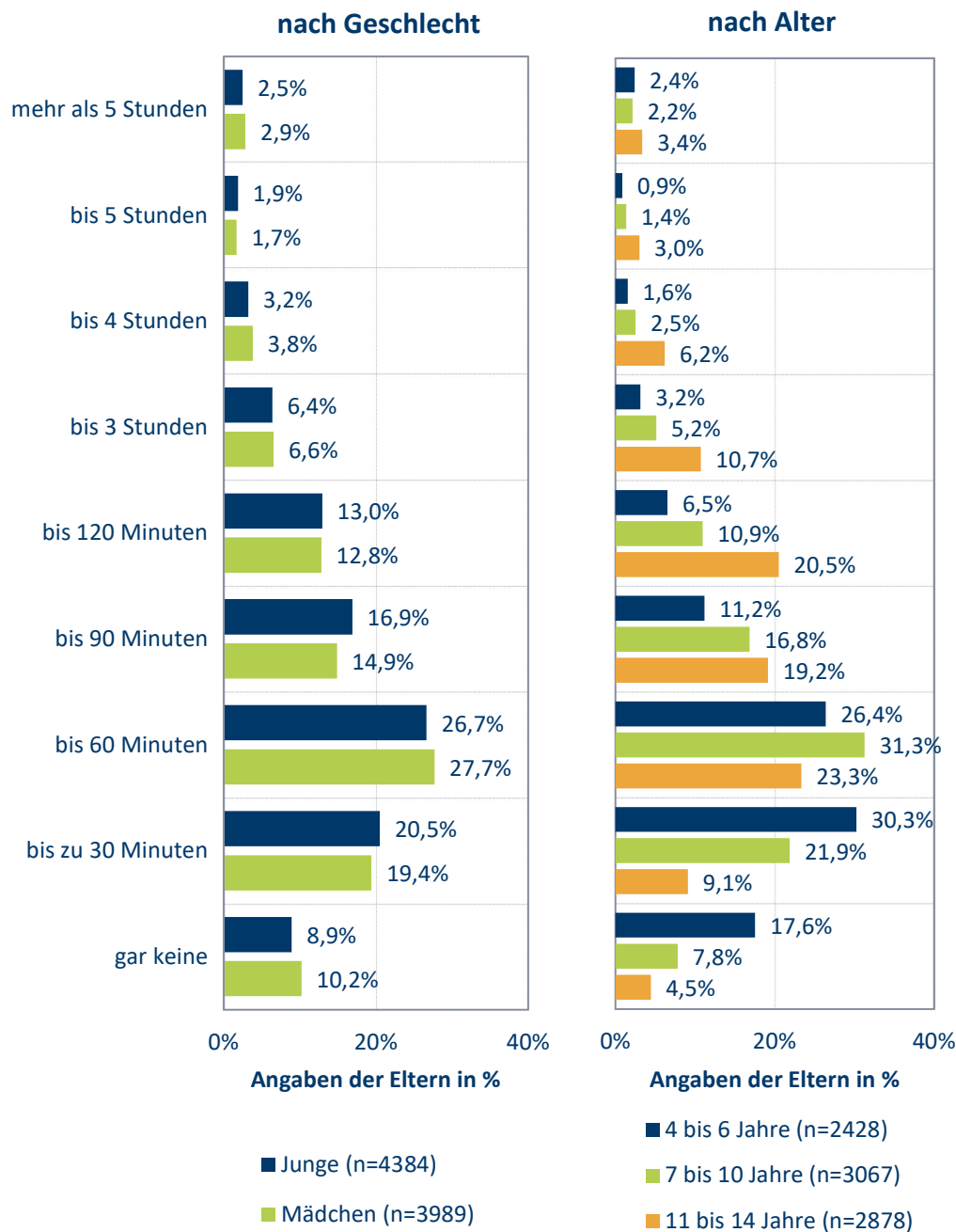
Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Anmerkung: Frage: Wie häufig verbringen Sie Zeit mit Ihrem Kind, in der das Kind Ihre volle Aufmerksamkeit hat?

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass etwas über die Hälfte der Kinder (57 %) bis zu 60 Minuten pro Tag vor dem Bildschirm (z. B. Fernseher, Computer, Spielkonsole, Smartphone) verbringt (Abbildung 59), die anderen 43 Prozent länger, in der Regel bis zu 120 Minuten.

Während es keinen substantiellen Unterschied zwischen den Bildschirmzeiten von Jungen und Mädchen gibt, ist altersspezifisch ein kontinuierlicher Anstieg über die Altersgruppen hinweg hinsichtlich der täglichen Bildschirmzeiten über eine Stunde sowie ein Rückgang des Anteils an Kindern in den älteren Altersgruppen, die gar nicht, oder nur 30 Minuten Zeit vor dem Bildschirm verbringen.

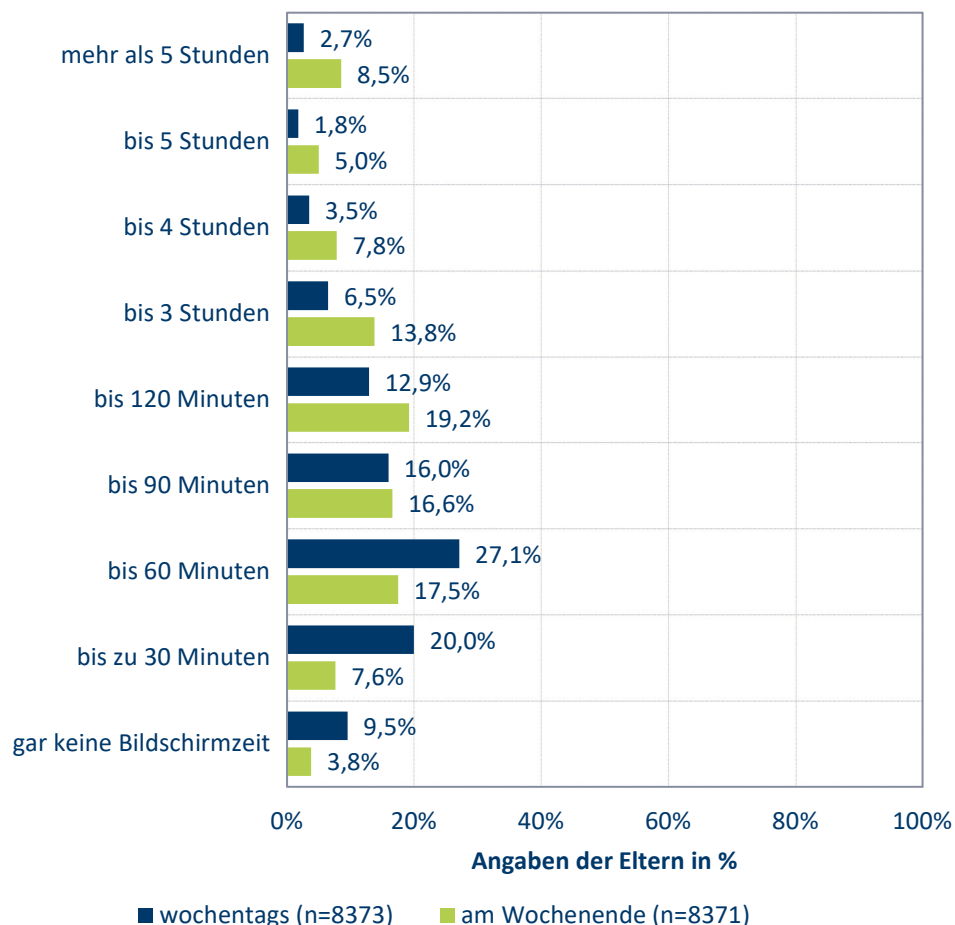
Abbildung 59: Durchschnittliche Bildschirmzeit (unter der Woche) nach Alter und Geschlecht der Kinder (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
Anmerkung: Frage: Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind durchschnittlich in einer typischen alltäglichen Woche pro Tag vor dem Bildschirm (z. B. Fernseher, Computer, Spielkonsole, Smartphone)? (unter der Woche)

Am Wochenende verbringen Kinder im Allgemeinen hingegen deutlich mehr Zeit vor dem Bildschirm. Hier ist der Anteil der Kinder, die bis zu 120 Minuten vor dem Bildschirm verbringen, am höchsten (Abbildung 60).

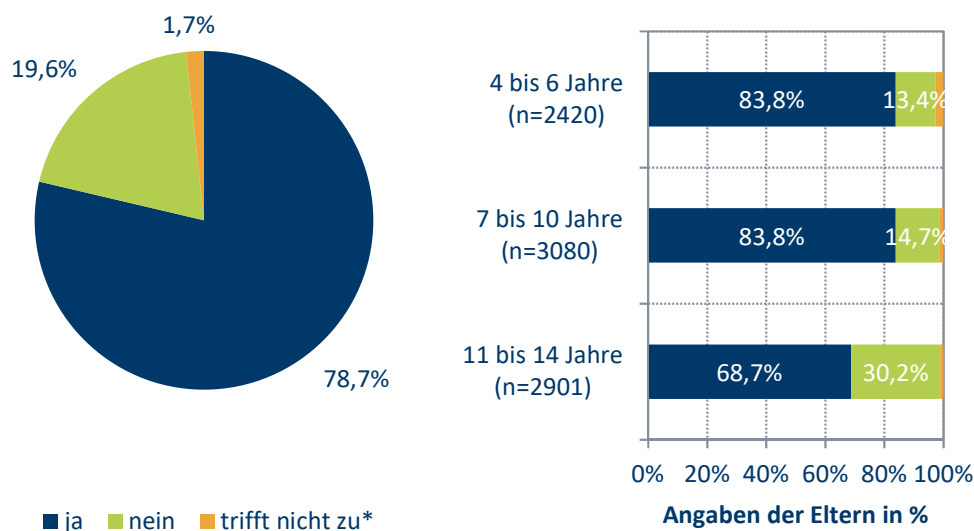
Abbildung 60: Durchschnittliche Bildschirmzeit am Wochenende im Vergleich zu wochentags (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind durchschnittlich in einer typischen all-täglichen Woche pro Tag vor dem Bildschirm (z. B. Fernseher, Computer, Spiel-konsole, Smartphone)? (am Wochenende)
 N=8.371

Dabei begrenzen immerhin 79 Prozent der Eltern die Bildschirmzeit ihrer Kinder. 20 Prozent der Eltern tun dies hingegen nicht. Der Anteil der Kinder, bei denen die Bildschirmzeit von Eltern nicht begrenzt wird, ist dabei in der Altersgruppe der 11 bis 14-jährigen Kinder am höchsten (Abbildung 61). Nach Geschlecht der Kinder gibt es keine Unterschiede in der Bildschirmzeitbegrenzung (bei Jungen 80 Prozent, bei Mädchen 77 Prozent).

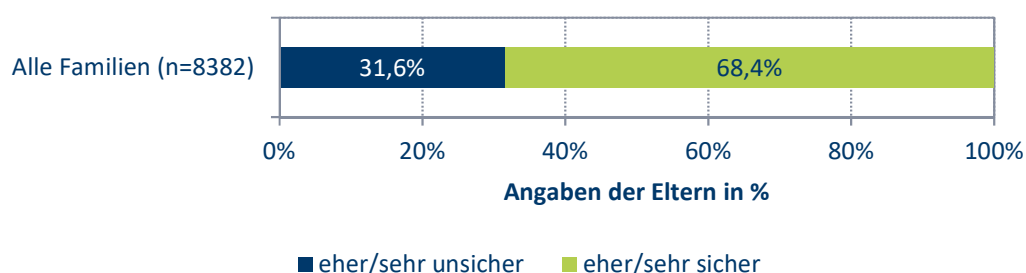
Abbildung 61: Begrenzung der Bildschirmzeit insgesamt und nach Alter (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Begrenzen Sie die Zeit, die Ihr Kind vor dem Bildschirm (Fernseher, Smartphone, Computer, Spielkonsole) verbringt?
 * (z. B., wenn keine Bildschirmgeräte vorhanden sind)

Dabei kommen mehr als zwei Drittel der Eltern (68 %) zu der Einschätzung, dass sie bei den Regelungen im Umgang ihres Kindes mit elektronischen Medien richtig handeln (Abbildung 62).

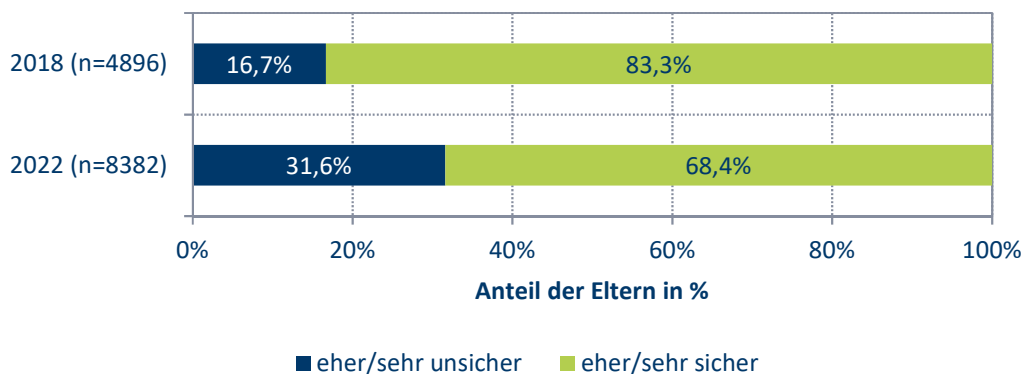
Abbildung 62: Sicherheit bei Regelungen zum Umgang mit elektronischen Medien (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Wie sicher sind Sie, dass Sie bei den Regelungen zum Umgang Ihres Kindes mit elektronischen Medien (z. B. Fernseher, Smartphone, Computer, Spielkonsole) richtig handeln?

Im Vergleich zum Jahr 2018 hat sich im Jahr 2022 der Anteil der Eltern, die sich in den Regelungen zum Umgang Ihrer Kinder mit elektronischen Medien unsicher sind, nahezu verdoppelt: Waren im Jahr 2018 nur ca. ein Fünftel der Eltern (17 %) unsicher bei den Regelungen, ist es im Jahr 2022 etwa ein Drittel der Eltern (Abbildung 63).

Abbildung 63: Sicherheit bei Regelungen zum Umgang mit elektronischen Medien (2018 und 2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

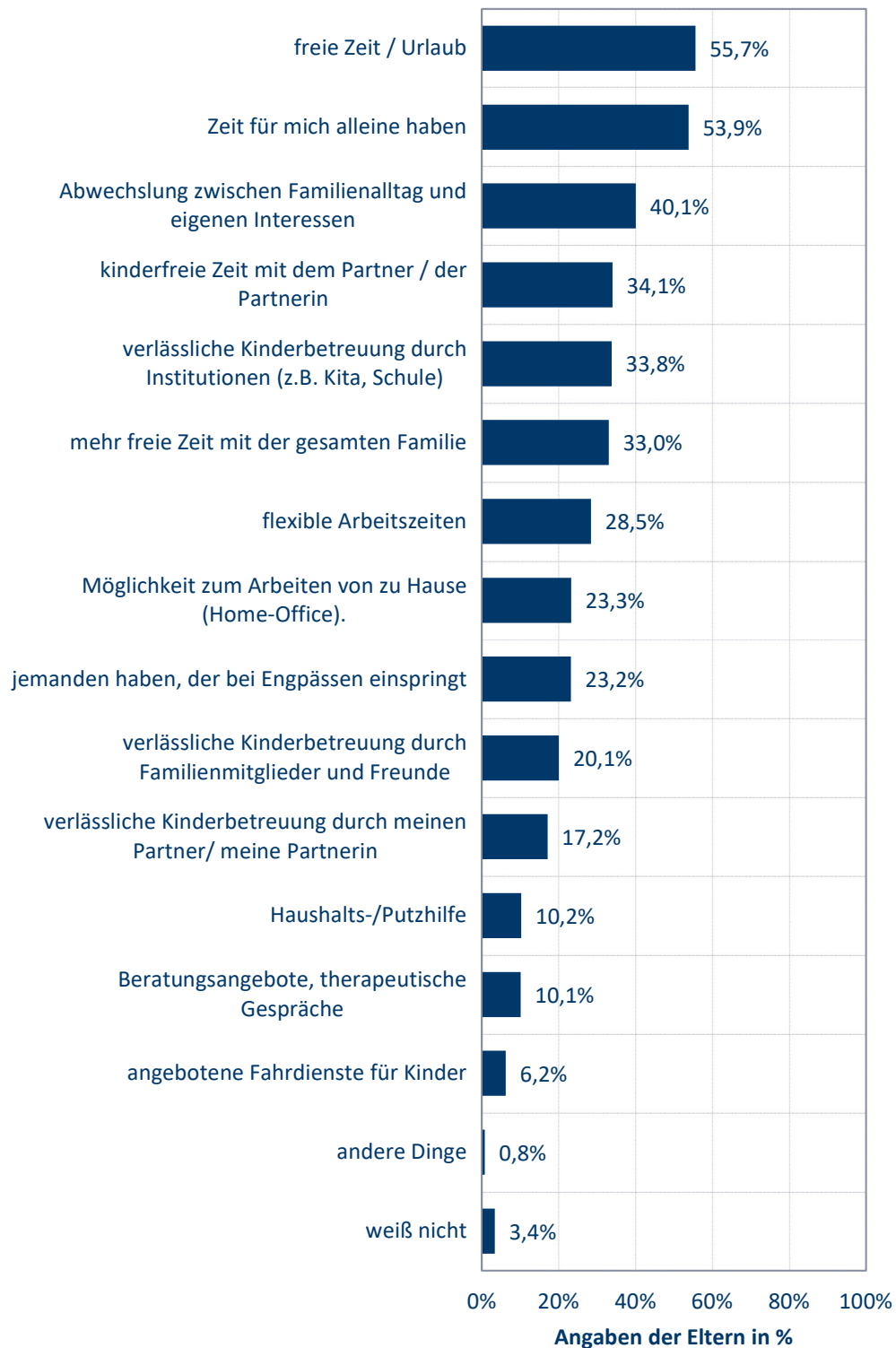
Anmerkung: Frage: Wie sicher sind Sie, dass Sie bei den Regelungen zum Umgang Ihres Kindes mit elektronischen Medien (z. B. Fernseher, Smartphone, Computer, Spielkonsole) richtig handeln?

Im Hinblick auf den Familienalltag zeigt sich, dass Zeit für die Familie ein relevanter Faktor für ein gelingendes Familienleben ist (Abbildung 64): Für die meisten Familien sind „freie Zeit/Urlaub“ (56 %) bzw. „Zeit für mich alleine zu haben“ (54 %) wesentliche Aspekte, um den Familienalltag zu bewältigen. Angebote von dritten Personen oder Hilfsangeboten erleichtern nur für wenige Familien den Familienalltag.

Entsprechend berichten Eltern auch hinsichtlich fehlender Ressourcen, die zur Erleichterung ihres Familienalltags beitragen könnten, zumeist von fehlender Zeit. Dies gilt insbesondere für die Zeit für sich alleine oder für Urlaub und/oder kinderfreie Zeit mit dem Partner die fehlt und bei der Bewältigung des Familienalltags hilfreich wären und den Alltag deutlich erleichtern würden. Jedes 10. befragte Elternteil wünscht sich Beratungsangebote oder therapeutische Gespräche (Abbildung 65).

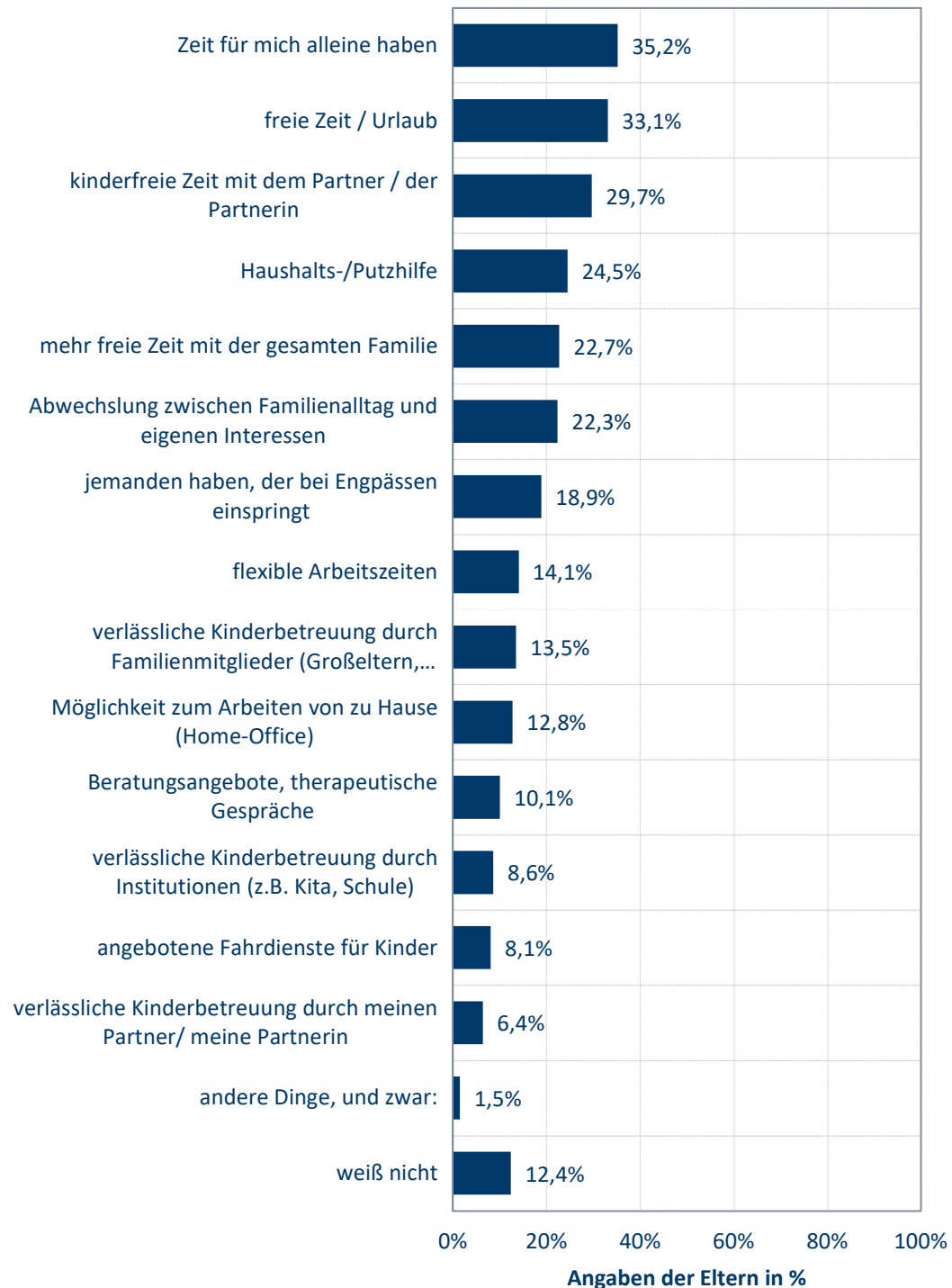
Eine besonders schöne Zeit mit der Familie haben die meisten Familien, wenn sie Zeit für gemeinsame Aktivitäten mit dem Kind, für einen gemeinsamen Urlaub oder für gemeinsame Mahlzeiten mit der Familie nutzen (Abbildung 66).

Abbildung 64: Bewältigung des Familienalltags (2022)



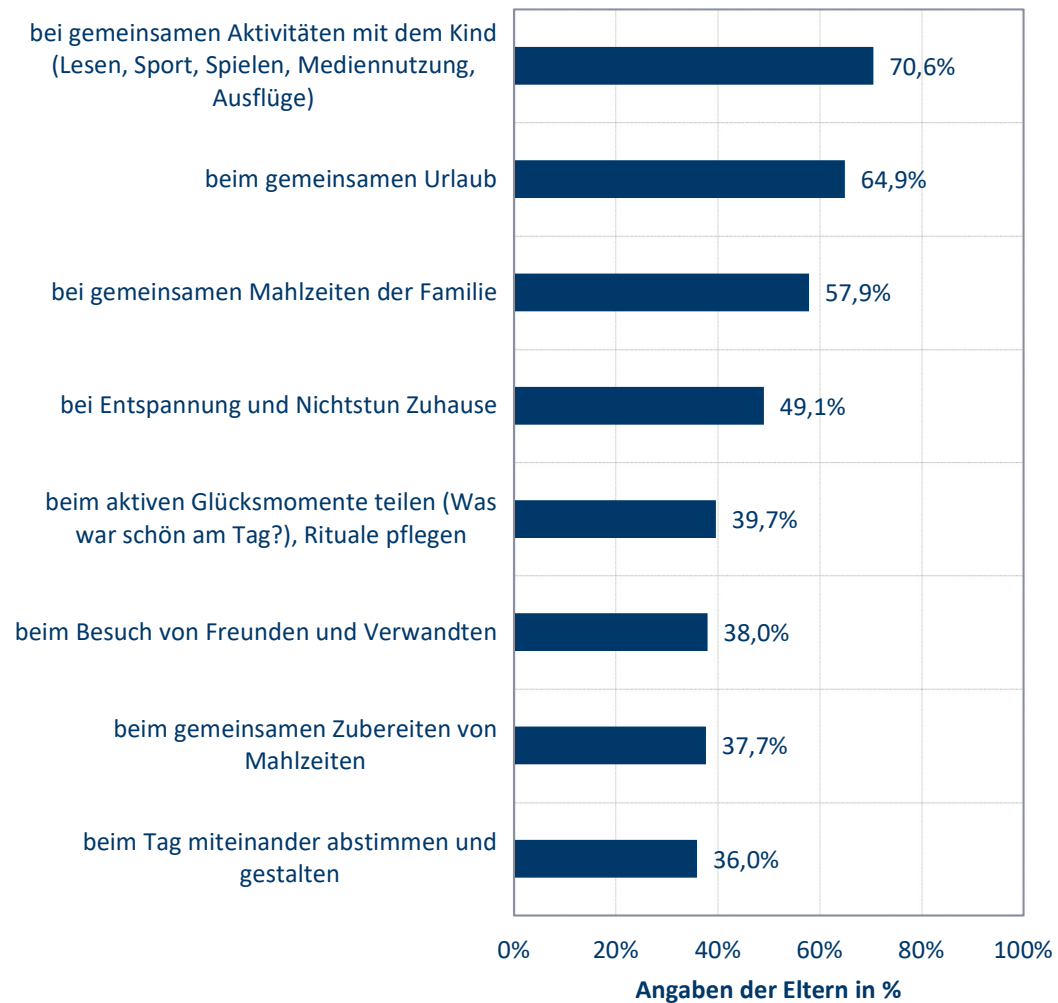
Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Mehrfachnennungen waren möglich.
 Anmerkung: Frage: Was erleichtert Ihnen die Bewältigung des Familienalltags?
 N=8.407

Abbildung 65: Fehlende Aspekte, die den Familienalltag erleichtern würden (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Mehrfachnennungen waren möglich.
 Anmerkung: Welche der folgenden Dinge fehlen Ihnen besonders und würden Ihnen die Bewältigung des Familienalltags deutlich erleichtern?
 N=8.364

Abbildung 66: Besonders schöne Zeit mit Familie (2022)

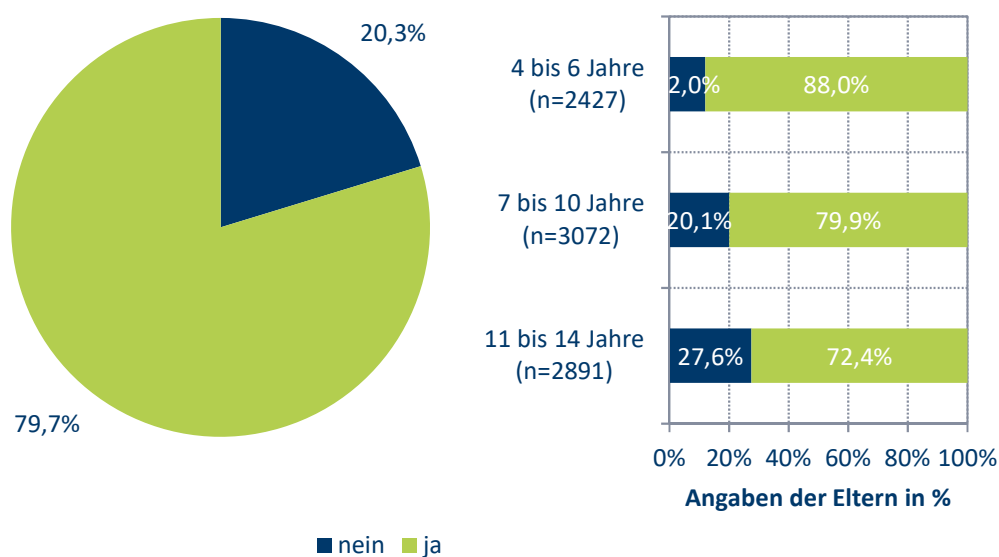


Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Mehrfachnennungen waren möglich.
Anmerkung: Frage: Wann haben Sie eine besonders schöne Zeit in der Familie?
N=8.394

5.3 Feste Gewohnheiten im Familienalltag

Vier Fünftel der Familien in Deutschland (80 %) haben bestimmte tägliche Gewohnheiten (Rituale) gemeinsam mit den Kindern. Der Anteil der Familien mit solchen Ritualen ist dabei in der Altersgruppe der 4- bis 6-jährigen Kinder mit 88 Prozent am höchsten (Abbildung 67). Geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen Familien mit Jungen und Familien mit Mädchen sind nicht zu beobachten.

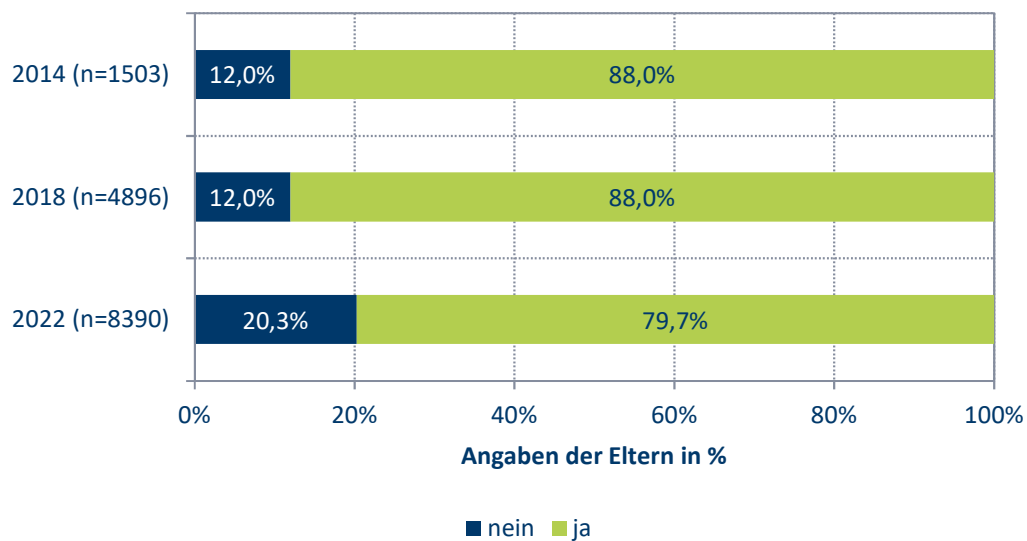
Abbildung 67: Tägliche Rituale mit Kindern alle Familien und nach Alter und Geschlecht der Kinder (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Haben Sie in Ihrer Familie im Zusammenhang mit Ihrem Kind bestimmte tägliche Gewohnheiten (Rituale)? (n=8390)

Im Vergleich zu 2018 haben tägliche Gewohnheiten im Familienalltag jedoch abgenommen (Abbildung 68): Im Jahr 2018 berichteten noch fast neun von zehn Eltern (88 %) davon, bestimmten täglichen Gewohnheiten mit ihren Kindern zu haben, im Jahr 2022 nur noch jede fünfte Familie (80 %).

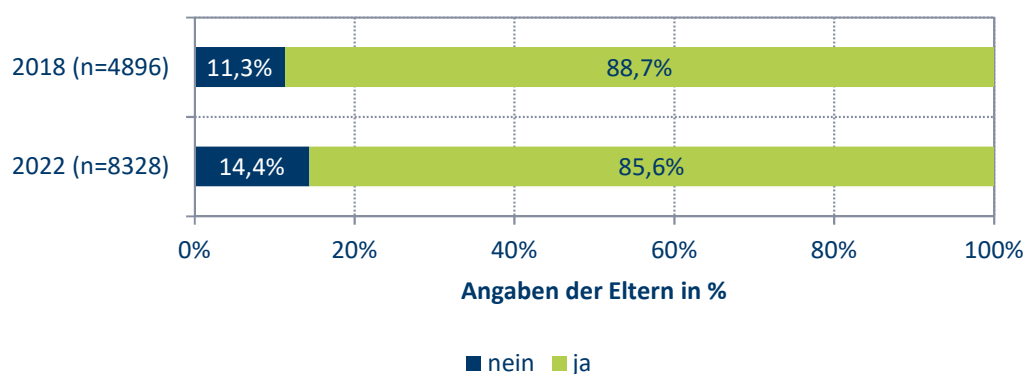
Abbildung 68: Tägliche Rituale mit Kindern (2014, 2018 und 2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Haben Sie in Ihrer Familie im Zusammenhang mit Ihrem Kind bestimmte tägliche Gewohnheiten (Rituale)?

Auch gibt es in den meisten Familien (86 %) feste Regeln für das Familienleben, die zwischen den Eltern und den Kindern vereinbart wurden (Abbildung 69). Wesentliche alters- oder geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen Familien mit Jungen und Familien mit Mädchen sind dabei nicht zu beobachten.

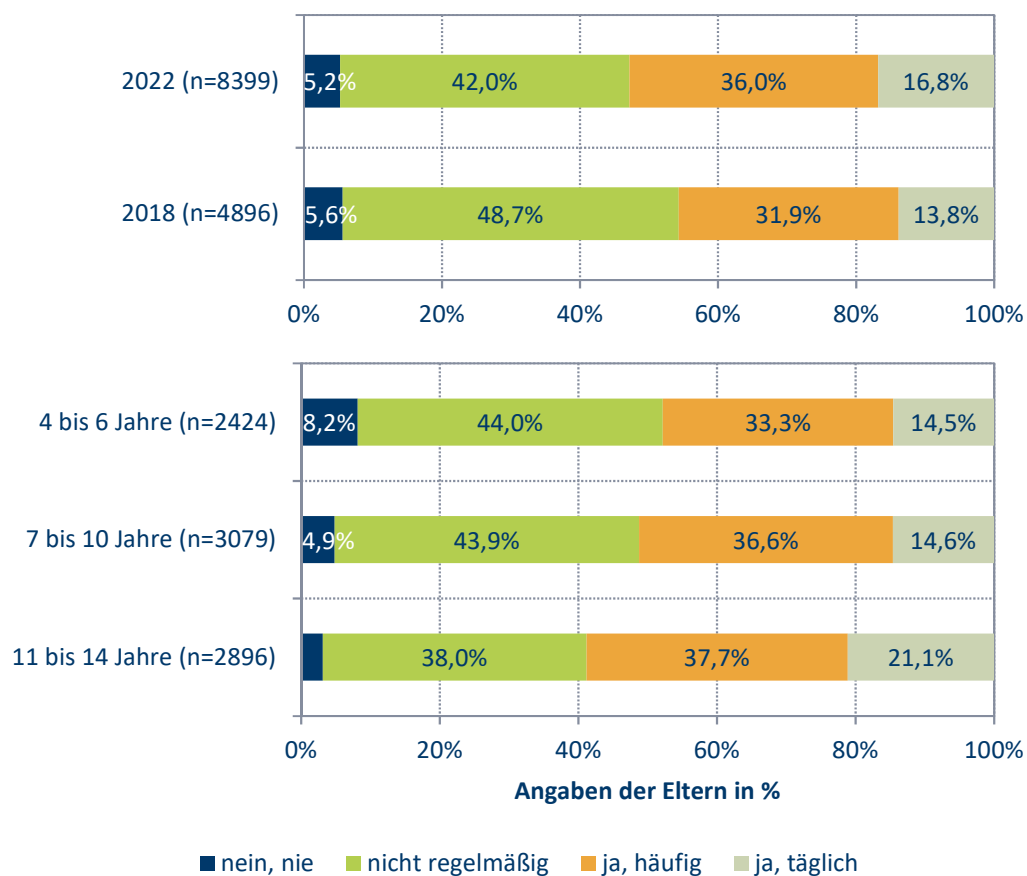
Abbildung 69: Feste gemeinsame Regeln mit Kindern aller Familien und nach Alter und Geschlecht der Kinder (2018, 2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Gibt es in Ihrem Familienleben feste Regeln, die zwischen Ihnen (den Eltern) und Ihrem Kind vereinbart wurden?

Aufgaben im Haushalt übernehmen Kinder in den Familien eher seltener regelmäßig (Abbildung 70): 5 Prozent übernehmen nie und 42 Prozent übernehmen unregelmäßig Aufgaben im Haushalt. Nur 17 Prozent der Kinder übernehmen täglich Aufgaben im Haushalt. Im Vergleich zum Jahr 2018 hat die regelmäßige Hilfe im Haushalt durch Kinder jedoch bereits zugenommen. Die Häufigkeit nimmt mit dem Alter zu, Unterschiede nach Geschlecht der Kinder bestehen nicht.

Abbildung 70: Übernahme bestimmter Haushaltsaufgaben durch Kinder (2018, 2022) und nach Alter

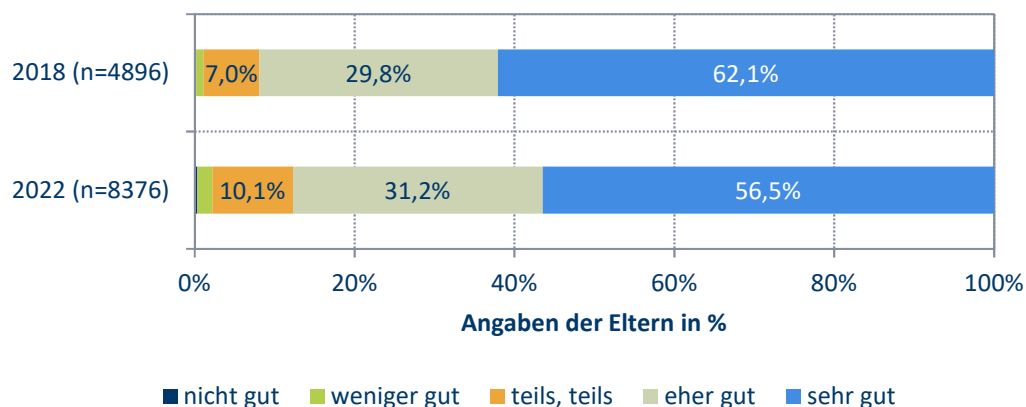


Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Übernimmt Ihr Kind regelmäßig bestimmte Aufgaben im Haushalt?

5.4 Beziehung zum Kind und Elternrolle

Der größte Teil der Eltern (87 %) beschreibt die Beziehung zu ihrem Kind als eher gut bzw. sehr gut, im Vergleich zum Jahr 2018 jedoch fünf Prozent weniger Eltern (Abbildung 71). Wesentliche alters- bzw. geschlechtsspezifische Unterschiede sind nicht zu beobachten.

Abbildung 71: Beziehung zum Kind (2018, 2022)



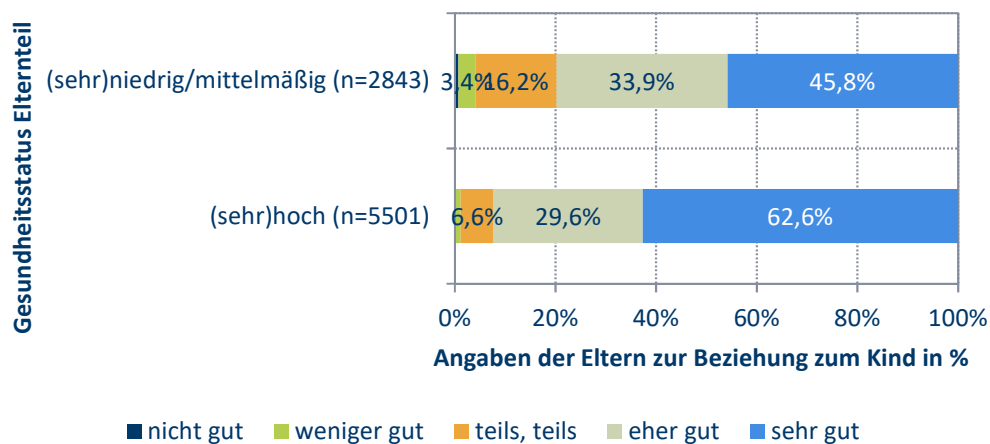
Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
Anmerkung: Frage: Wie würden Sie Ihre Beziehung zu Ihrem Kind im Moment beschreiben?

Dabei ist ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand der Eltern (Kapitel 4.2.1) bzw. den elterlichen Belastungsfaktoren (Kapitel 4.2.2) und der Beziehung zu ihrem Kind zu beobachten:

- ♦ Die Befragungsergebnisse zeigen, dass je höher der Gesundheitsstatus der Eltern ist, desto höher ist auch der Anteil der Eltern die von einer sehr guten Beziehung zu ihren Kindern berichten (Abbildung 72).
- ♦ Des Weiteren ist zu beobachten, dass eine starke Belastung körperlicher, psychischer oder partnerschaftlicher Art einhergeht mit einem niedrigeren Anteil der Eltern, die (sehr) gut mit ihren Kindern zurechtkommen. Bei Eltern mit starken finanziellen oder zeitlichen Belastung ist hingegen der Anteil derer, die von einer sehr guten Beziehung zu ihren Kindern berichten, etwas größer (Abbildung 73).

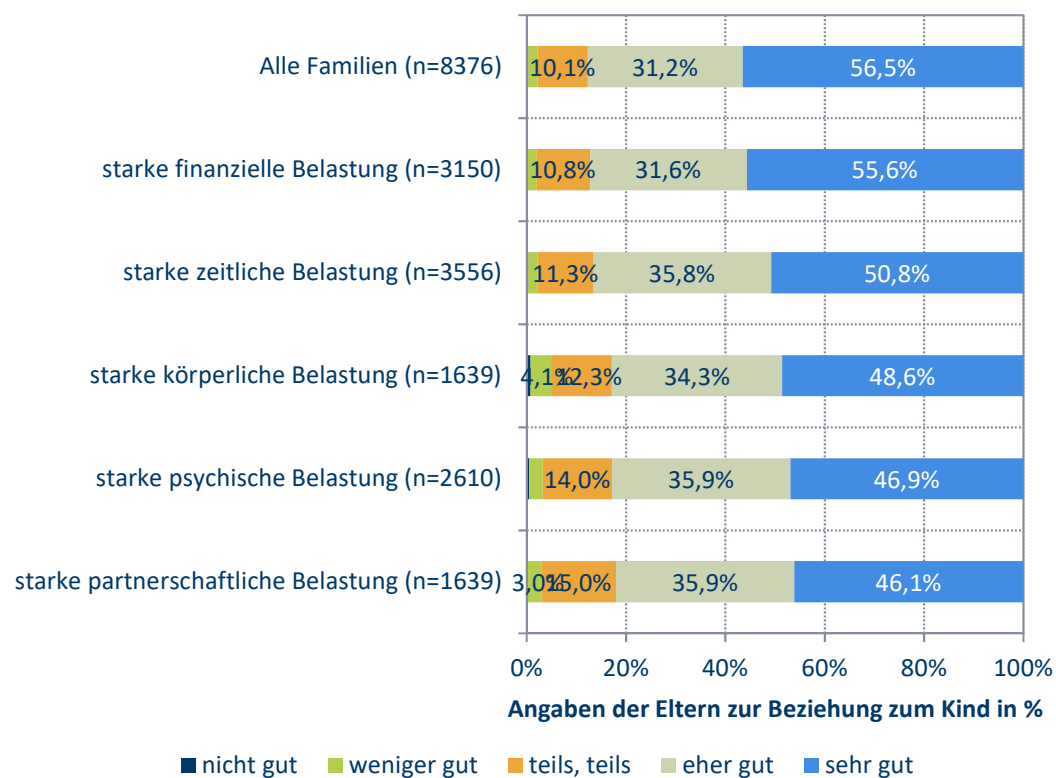
Die Ergebnisse lassen vermuten, dass die elterliche Belastung bzw. der gesundheitliche Zustand einen direkten Einfluss auf das Familienleben und die Beziehung zu den Kindern haben.

Abbildung 72: Beziehung zum Kind nach Gesundheitsstatus der Eltern (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Wie würden Sie Ihre Beziehung zu Ihrem Kind im Moment beschreiben?

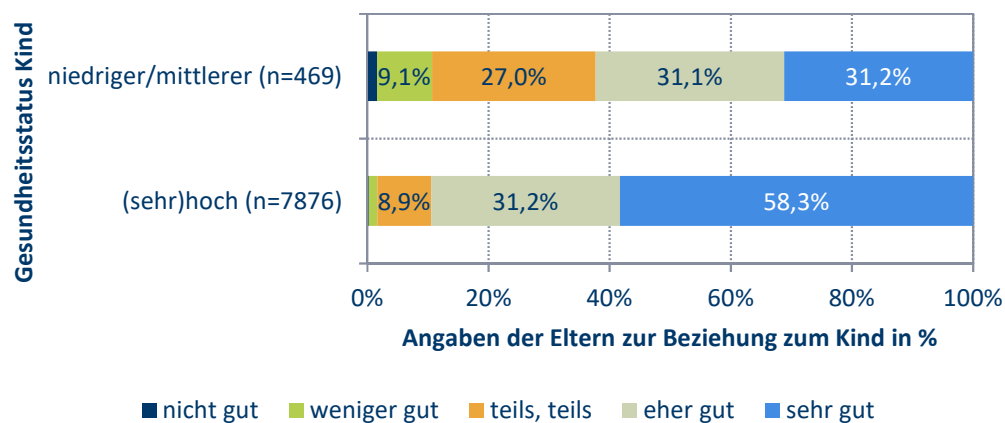
Abbildung 73: Beziehung zum Kind nach elterlichen Belastungsfaktoren (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Wie würden Sie Ihre Beziehung zu Ihrem Kind im Moment beschreiben?

Auch der Gesundheitsstatus der Kinder (Kapitel 4.1.1) steht in Zusammenhang mit der Eltern-Kind-Beziehung (Abbildung 74): Bei Familien mit Kindern mit einem (sehr) hohen Gesundheitsstatus ist der Anteil der Eltern, die von einer sehr guten Beziehung zu ihren Kindern berichten, deutlich höher als bei Familien, deren Kinder einen niedrigen bzw. mittleren Gesundheitsstatus aufweisen.

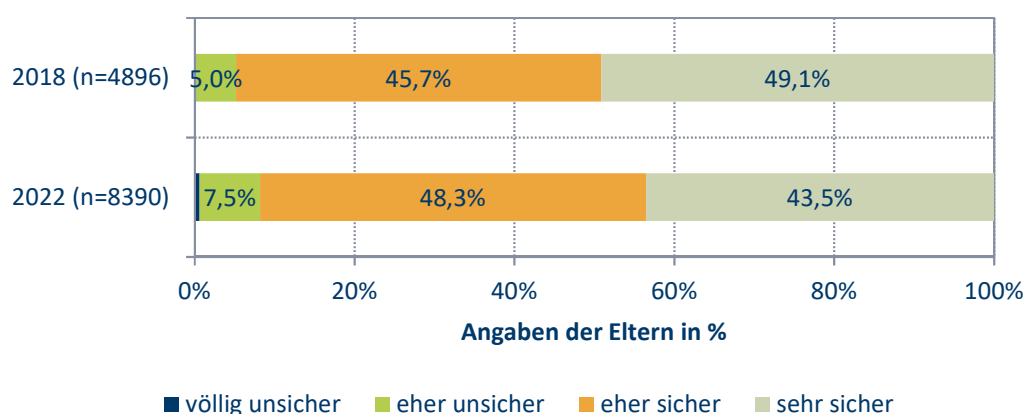
Abbildung 74: Beziehung zum Kind nach Gesundheitsstatus der Kinder (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
Anmerkung: Frage: Wie würden Sie Ihre Beziehung zu Ihrem Kind im Moment beschreiben?

Die Befragungsergebnisse zeigen darüber hinaus, dass die meisten Eltern sich in ihrer Rolle als Mutter/Vater eher sicher bzw. sehr sicher fühlen, etwas häufiger unsicher als noch im Jahr 2018 (Abbildung 75).

Abbildung 75: Sicherheit in der Rolle als Mutter bzw. Vater (2018, 2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
Anmerkung: Frage: Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrer Rolle als Mutter / Vater/ Erziehende/r?

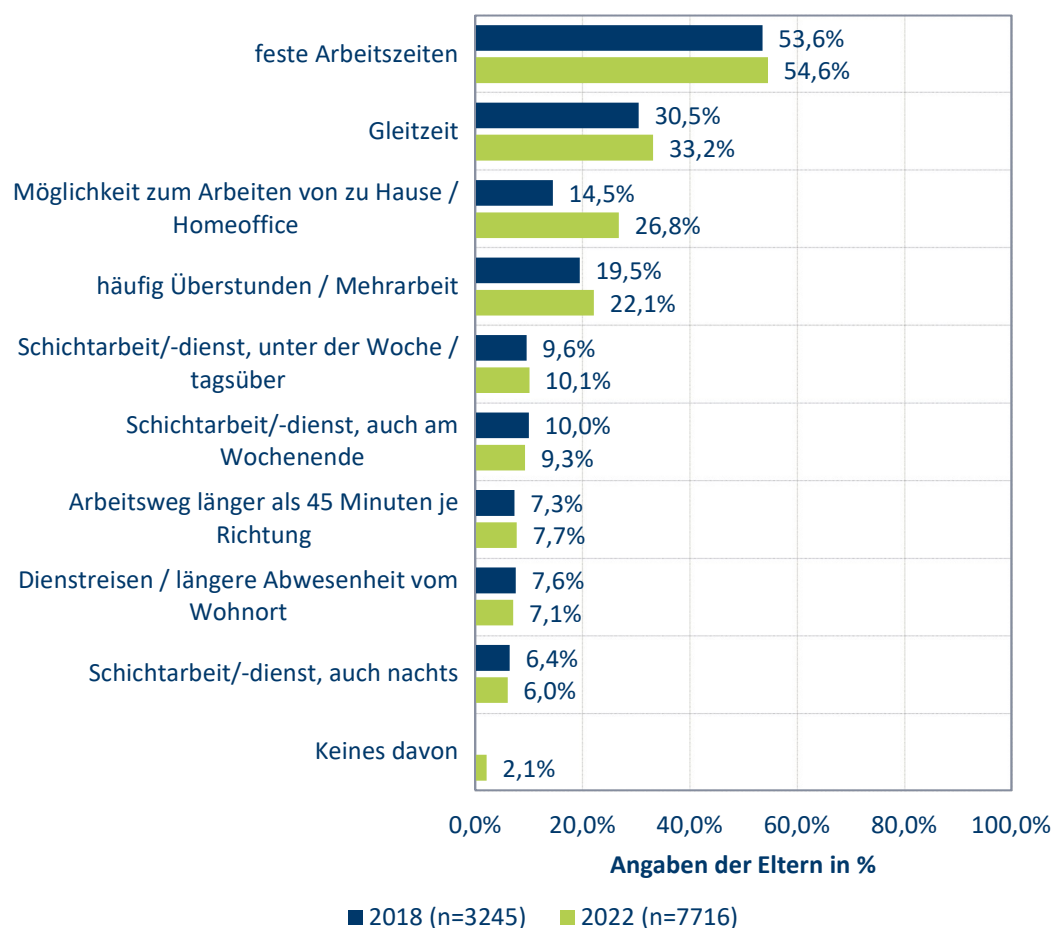
Auch zur Sicherheit in der Elternrolle bestehen signifikante Unterschiede hinsichtlich des Gesundheitsstatus von Eltern und Kindern sowie den elterlichen Belastungsfaktoren in ähnlichem Ausmaß wie bei der Beziehung der Eltern zum Kind. Auch hier gehen starke psychische oder partnerschaftliche Belastungen mit einer geringeren Sicherheit einher als finanzielle oder zeitliche Belastungen. Starke körperliche Belastungen wirken sich stärker auf die Beziehung zum Kind aus und weniger stark auf die Sicherheit der Elternrolle (17 % schlechte Beziehung zum Kind vs. 13 % geringe Sicherheit in der Elternrolle).

5.5 Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Etwas über die Hälfte der Eltern mit Kindern im Alter von 4 bis 14 Jahren hat feste Arbeitszeiten (55 %). Seit 2018 hat die Möglichkeit, im Homeoffice zu arbeiten, deutlich zugenommen (von 14 % auf 27 % der befragten Elternteile) (Abbildung 76).

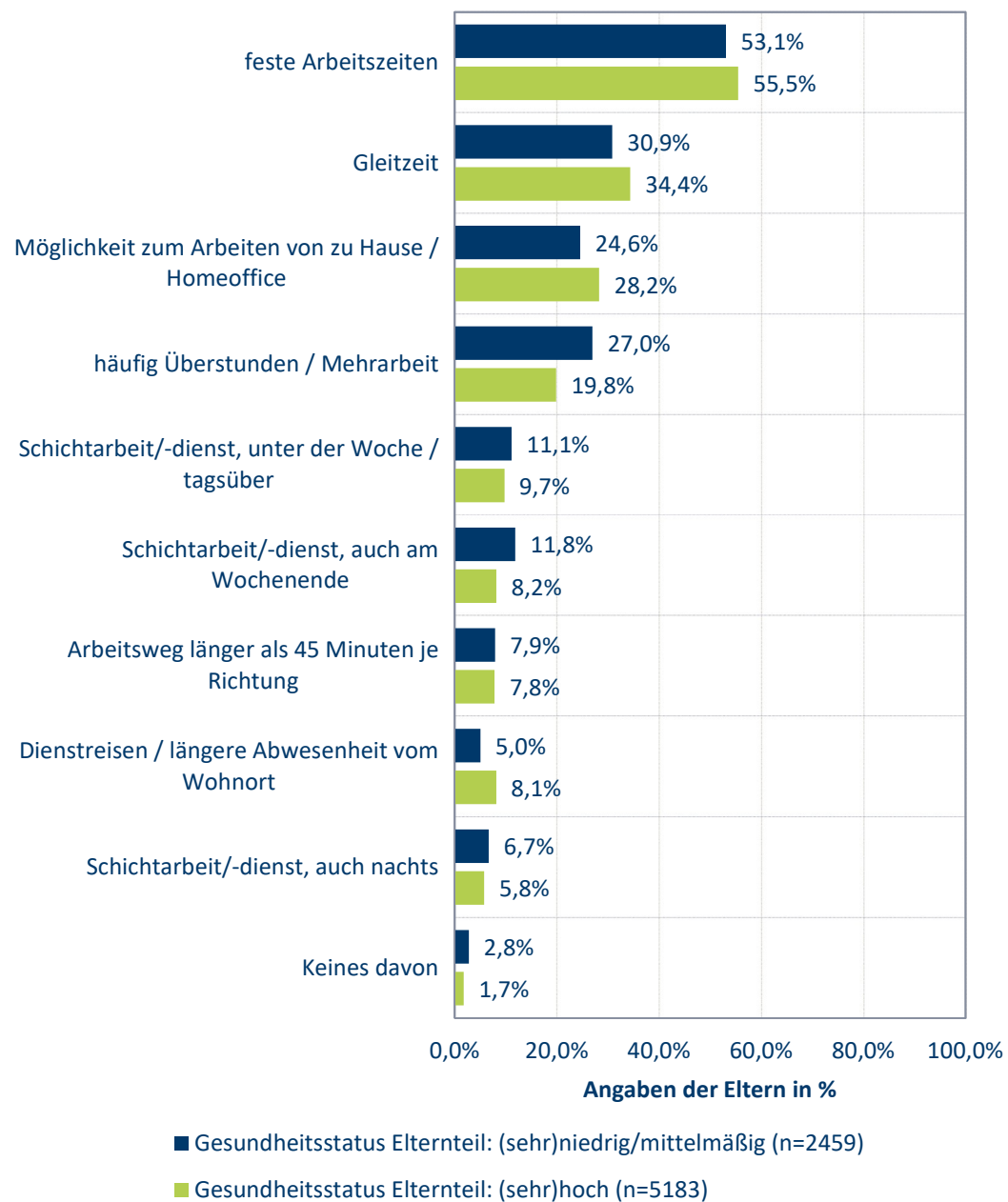
Häufige Mehrarbeit benennt ca. jedes 5. befragte Elternteil. Dabei zeigen die Befragungsergebnisse, dass bei Eltern, die feste Arbeitszeiten haben, mit Gleitzeit oder im Homeoffice arbeiten, der Anteil mit einem hohen Gesundheitsstatus höher ist als in belastenderen Arbeitsverhältnissen wie häufiger Mehrarbeit oder Schichtarbeit auch am Wochenende (Abbildung 77). Dienstreisen stehen dagegen in einem positiven Zusammenhang mit dem Gesundheitsstatus der Eltern, vermutlich aufgrund eines damit verbundenen höheren sozioökonomischen Status sowie einer guten Gesundheit als Voraussetzung für regelmäßige Reisetätigkeit.

Abbildung 76: Situation Arbeitsplatz (2018, 2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Mehrfachnennungen waren möglich.
 Anmerkung: Frage: Was trifft auf Ihre Erwerbstätigkeit zu? „Keines davon“ nur in 2022 erfragt.

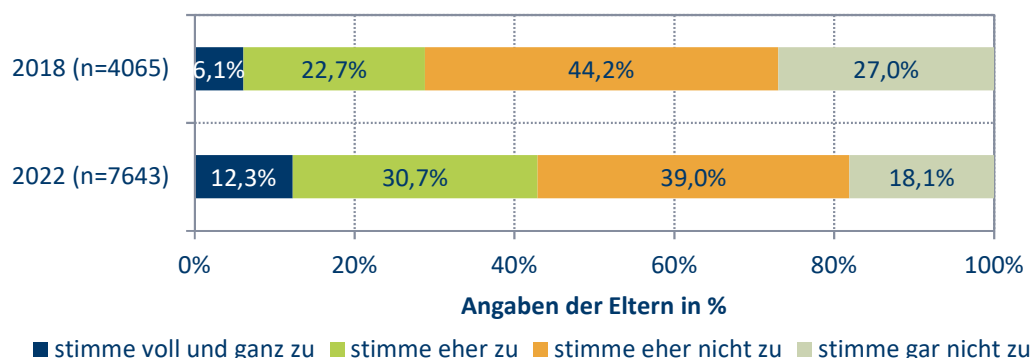
Abbildung 77: Situation Arbeitsplatz nach Gesundheitsstatus der Eltern (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Mehrfachnennungen waren möglich.
 Anmerkung: Frage: Was trifft auf Ihre Erwerbstätigkeit zu?

Die Befragungsergebnisse zeigen darüber hinaus, dass bei einem großen Teil der Eltern (43 %) die Berufstätigkeit so viele Belastungen erzeugt, dass sie ihren familiären Verpflichtungen nur schwer nachkommen können. Dies benennt somit ein erheblich höherer Anteil an Eltern als noch 2018 (29 %, Abbildung 78).

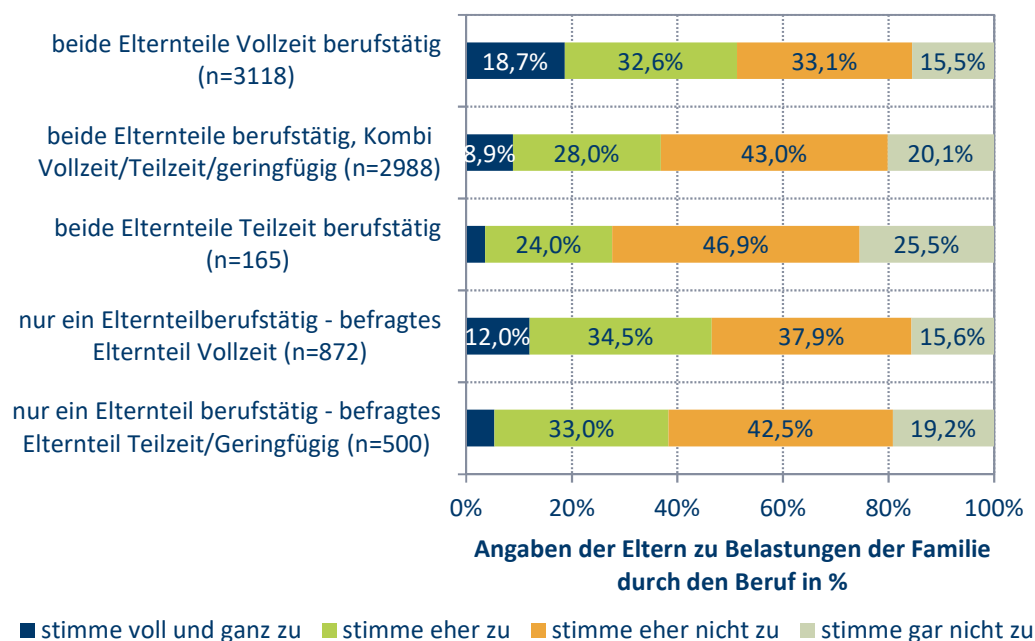
Abbildung 78: Belastung der Familie durch die Berufstätigkeit (2018, 2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Inwiefern stimmen Sie den folgenden Aussagen zu: Meine Berufstätigkeit erzeugt viele Belastungen, so dass ich meinen familiären Verpflichtungen nur schwer nachkommen kann.

Bei Familien mit nur einem Vollzeit berufstätigen Elternteil und bei Familien mit zwei Vollzeit berufstätigen Elternteilen ist die Belastung der Familie durch den Beruf höher als bei anderen Familien (Abbildung 79).

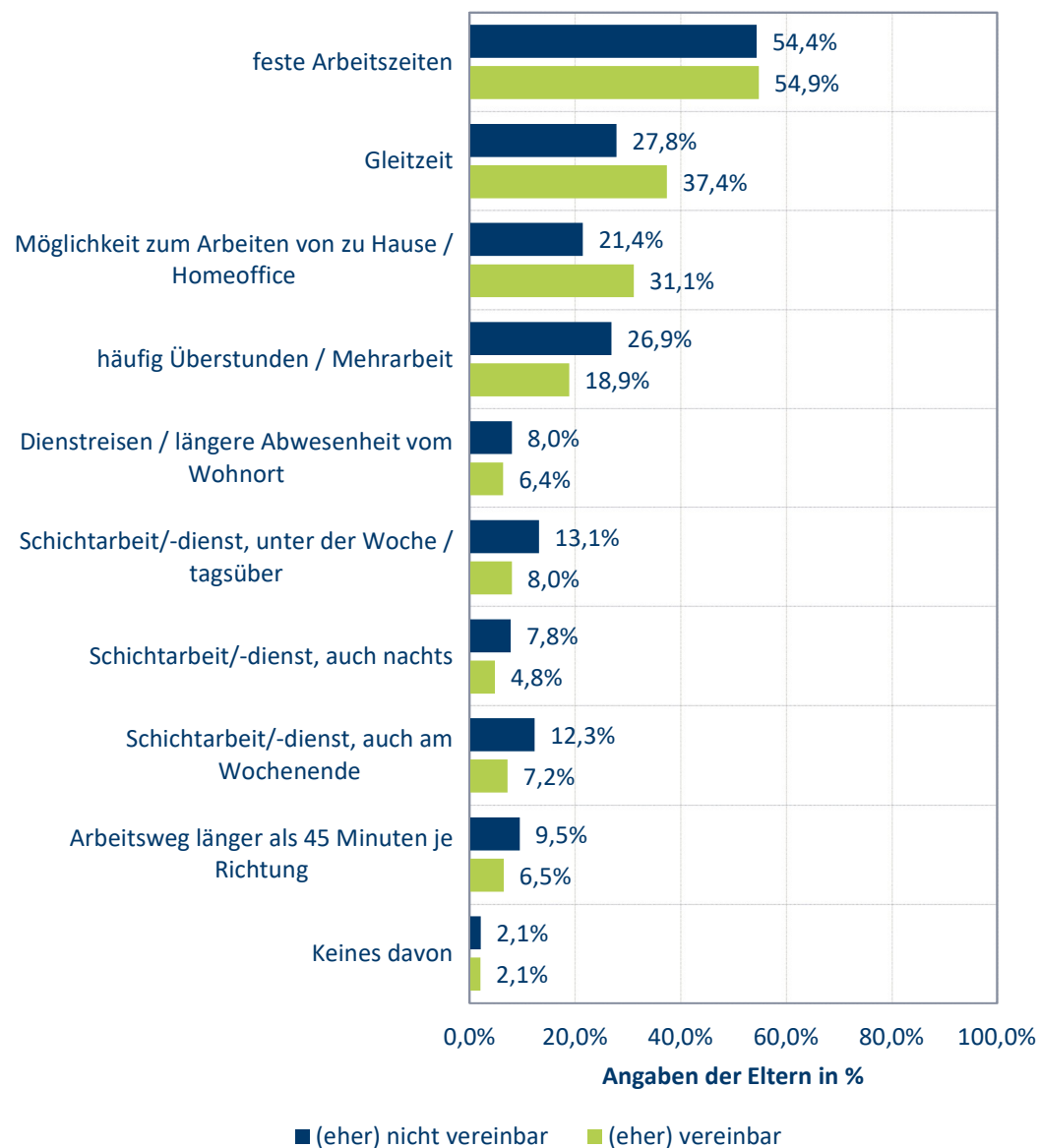
Abbildung 79: Auswirkungen der Berufstätigkeit auf familiäre Verpflichtungen nach Berufstätigkeit der Eltern (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Inwiefern stimmen Sie den folgenden Aussagen zu: Meine Berufstätigkeit erzeugt viele Belastungen, so dass ich meinen familiären Verpflichtungen nur schwer nachkommen kann.

Zudem hat die Arbeitsplatzsituation erheblichen Einfluss auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Tätigkeiten, die in Gleitzeit und mit Möglichkeit zum Homeoffice ausgeübt werden können, belasten Familien weniger stark (Abbildung 80). Häufige Überstunden und Mehrarbeit, Schichtarbeit/-dienst und Arbeitswege über 45 Minuten hingegen belasten die Eltern und das Familienleben.

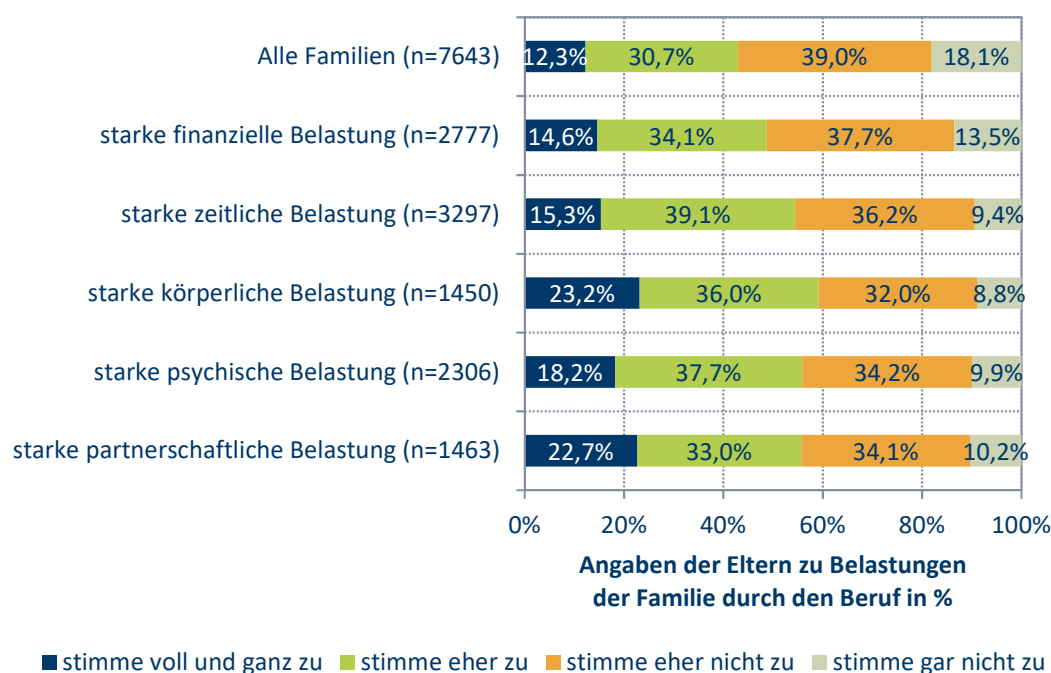
Abbildung 80: Vereinbarkeit von Beruf und Familie nach Situation am Arbeitsplatz (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Mehrfachnennungen waren möglich.
 Anmerkung: Frage: Was trifft auf Ihre Erwerbstätigkeit zu?
 Kategorisiert: Inwiefern stimmen Sie den folgenden Aussagen zu: Meine Berufstätigkeit erzeugt viele Belastungen, so dass ich meinen familiären Verpflichtungen nur schwer nachkommen kann: stimme (eher) zu = (eher) nicht vereinbar; stimme (eher) nicht zu = (eher) vereinbar

Die Befragungsergebnisse zeigen darüber hinaus, dass bei belasteten Eltern, insbesondere bei Eltern mit starken Belastungen körperlicher, psychischer oder partnerschaftlicher Art jeweils der Anteil der Eltern höher ist, die der Aussage „Meine Berufstätigkeit erzeugt viele Belastungen, so dass ich meinen familiären Verpflichtungen nur schwer nachkommen kann“ voll und ganz bzw. eher zustimmen und somit bis zu knapp 60 Prozent dieser belasteten Eltern negative Auswirkungen des Berufs auf ihre Familie benennen (Abbildung 81).

Abbildung 81: Auswirkungen der Berufstätigkeit auf familiäre Verpflichtungen nach elterlichen Belastungsfaktoren (2022)

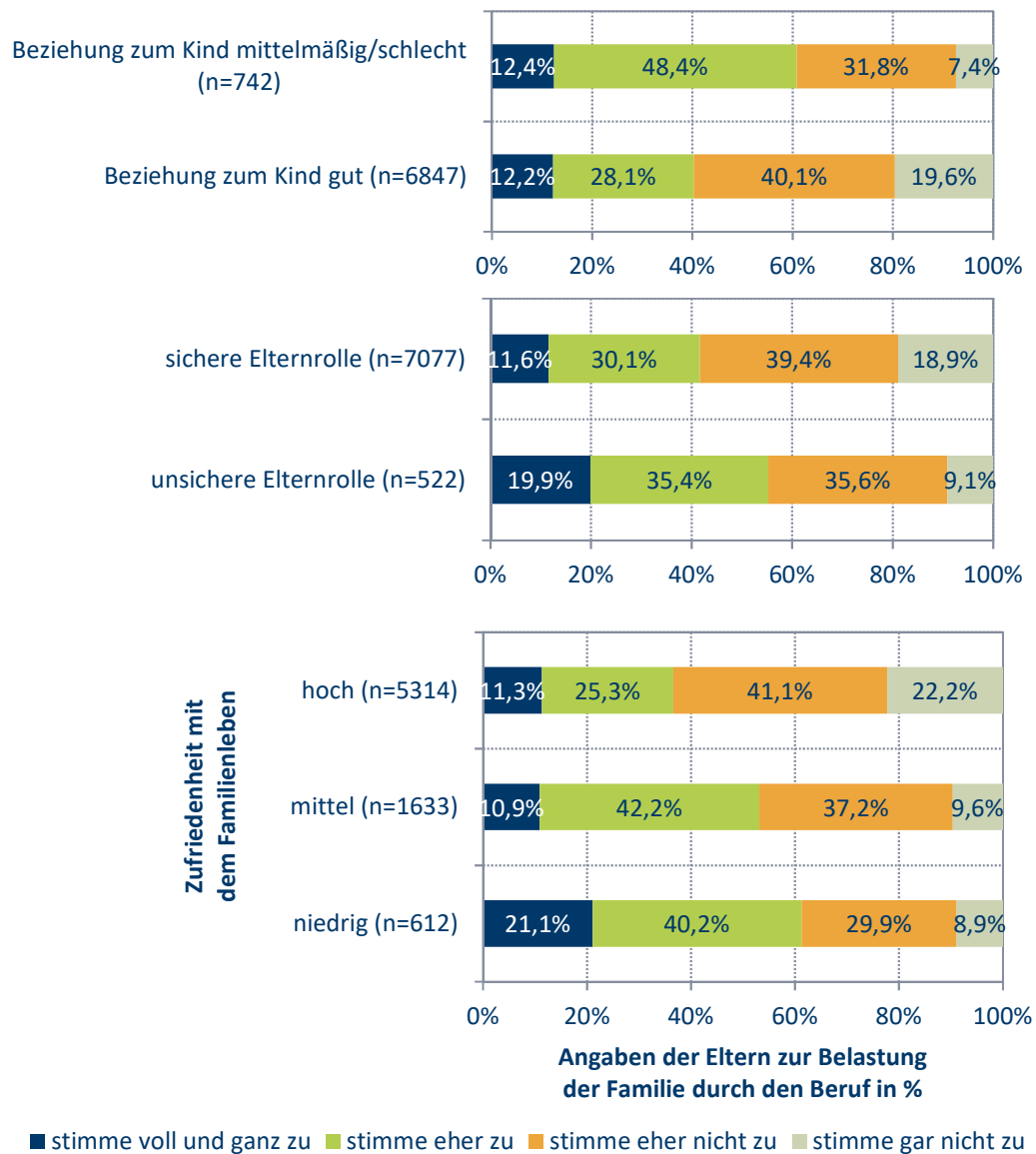


Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Anmerkung: Frage: Inwiefern stimmen Sie den folgenden Aussagen zu: Meine Berufstätigkeit erzeugt viele Belastungen, so dass ich meinen familiären Verpflichtungen nur schwer nachkommen kann.

Auch belegen die Befragungsergebnisse einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Einschränkung der familiären Verpflichtung durch viele berufliche Belastungen und dem Familienleben: Der Anteil der Eltern, die der Aussage „Meine Berufstätigkeit erzeugt viele Belastungen, so dass ich meinen familiären Verpflichtungen nur schwer nachkommen kann“ voll und ganz bzw. eher zustimmen, ist dann wesentlich höher, wenn auch die Beziehung zum Kind mittelmäßig oder schlecht anstatt gut benannt wird, Eltern eine unsichere anstatt sichere Elternrolle haben oder Eltern nur eine niedrige Zufriedenheit mit dem Familienleben aufweisen (Abbildung 82).

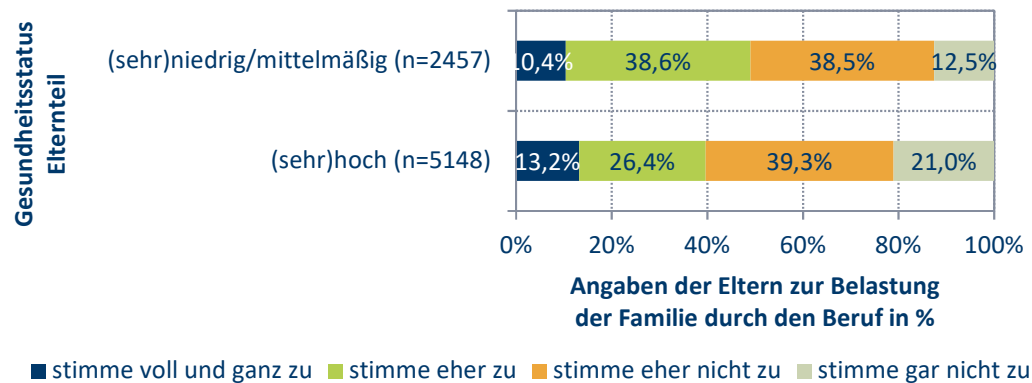
Abbildung 82: Auswirkungen der Berufstätigkeit auf familiäre Verpflichtungen nach familiären Eltern-Kind-Situationen und Zufriedenheit mit dem Familienleben (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Inwiefern stimmen Sie den folgenden Aussagen zu: Meine Berufstätigkeit erzeugt viele Belastungen, so dass ich meinen familiären Verpflichtungen nur schwer nachkommen kann.

Auch ist zu beobachten, dass der Anteil bei Eltern, bei denen die berufliche Belastung die familiären Verpflichtungen einschränkt, bei Eltern mit einem niedrigen Gesundheitsstatus wesentlich höher ist (Abbildung 83).

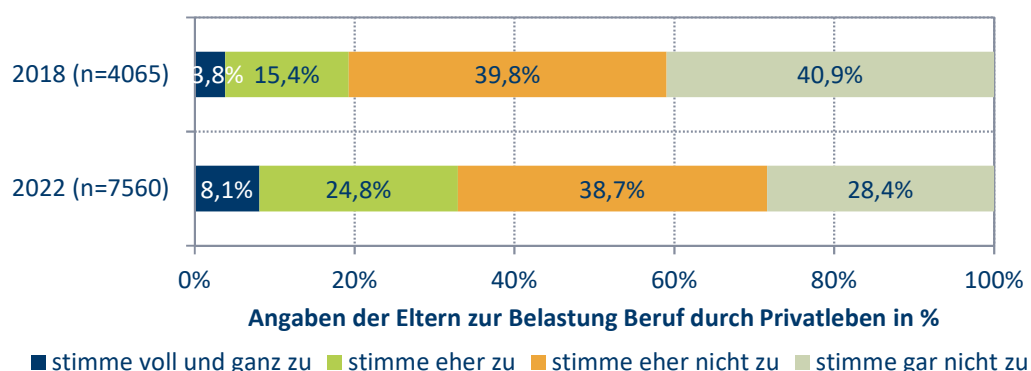
Abbildung 83: Auswirkungen der Berufstätigkeit auf familiäre Verpflichtungen nach Gesundheitsstatus der Eltern (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Inwiefern stimmen Sie den folgenden Aussagen zu: Meine Berufstätigkeit erzeugt viele Belastungen, so dass ich meinen familiären Verpflichtungen nur schwer nachkommen kann.

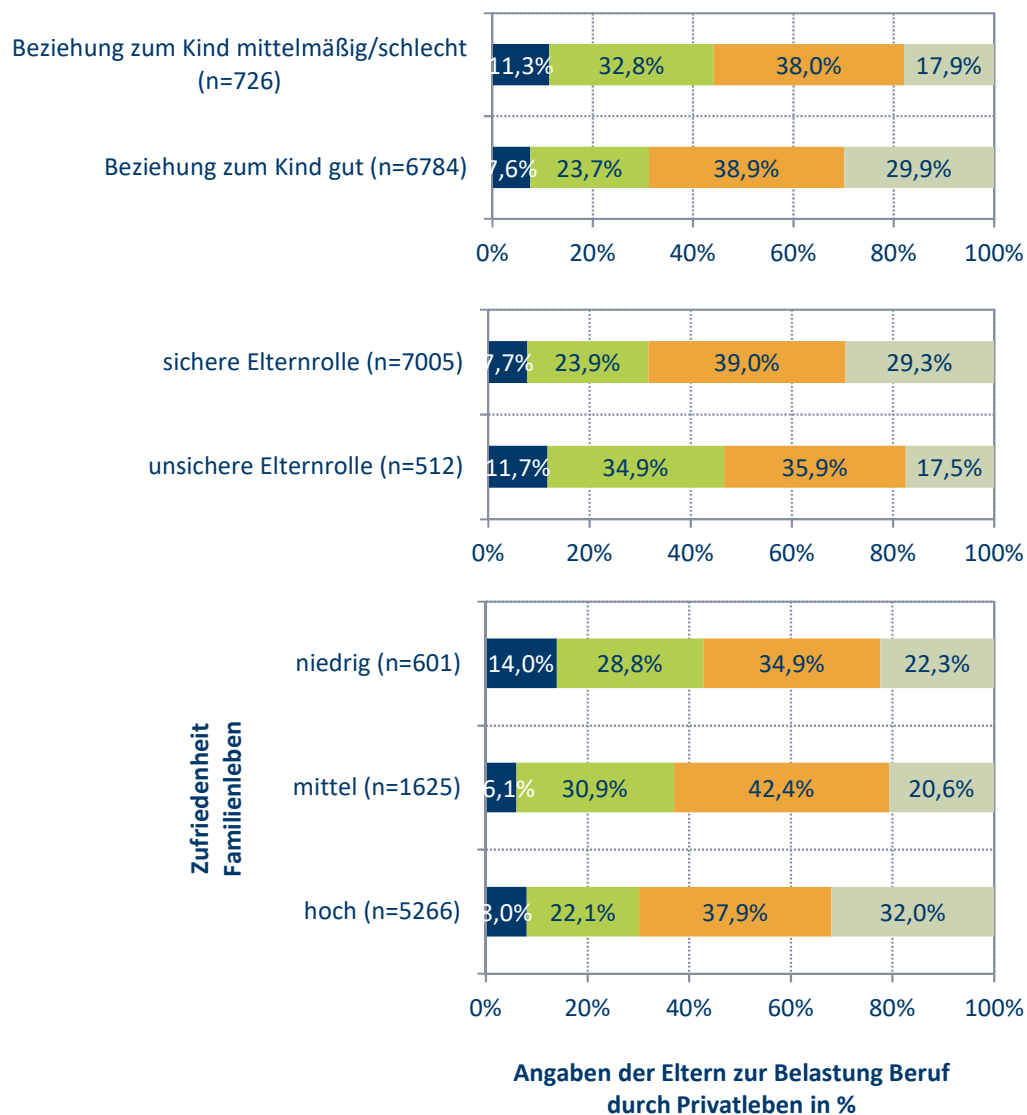
Umgekehrt zeigen die Befragungsergebnisse, dass bei 33 Prozent der Eltern auch das Berufsleben durch ihre familiären Verpflichtungen beeinträchtigt wird. Auch dieser Anteil ist seit dem Jahr 2018 deutlich gestiegen (von 19 %, Abbildung 84). Der Anteil der Eltern, die der Aussage „Mein Privatleben beeinträchtigt meine beruflichen Verpflichtungen“ voll und ganz bzw. eher zustimmen, ist zudem wesentlich höher, wenn die Beziehung zum Kind mittelmäßig oder schlecht anstatt gut ist, sie eine unsichere anstatt sichere Elternrolle haben und sie nur eine niedrige Zufriedenheit mit dem Familienleben aufweisen (Abbildung 85).

Abbildung 84: Beeinträchtigung der Berufstätigkeit durch das Privatleben (2018, 2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Inwiefern stimmen Sie den folgenden Aussagen zu: Mein Privatleben beeinträchtigt meine beruflichen Verpflichtungen (z. B. meine Arbeit rechtzeitig zu erledigen, oder Überstunden zu machen)

Abbildung 85: Beeinträchtigung Berufstätigkeit nach familiären Eltern-Kind-Situationen und Zufriedenheit mit dem Familienleben (2022)

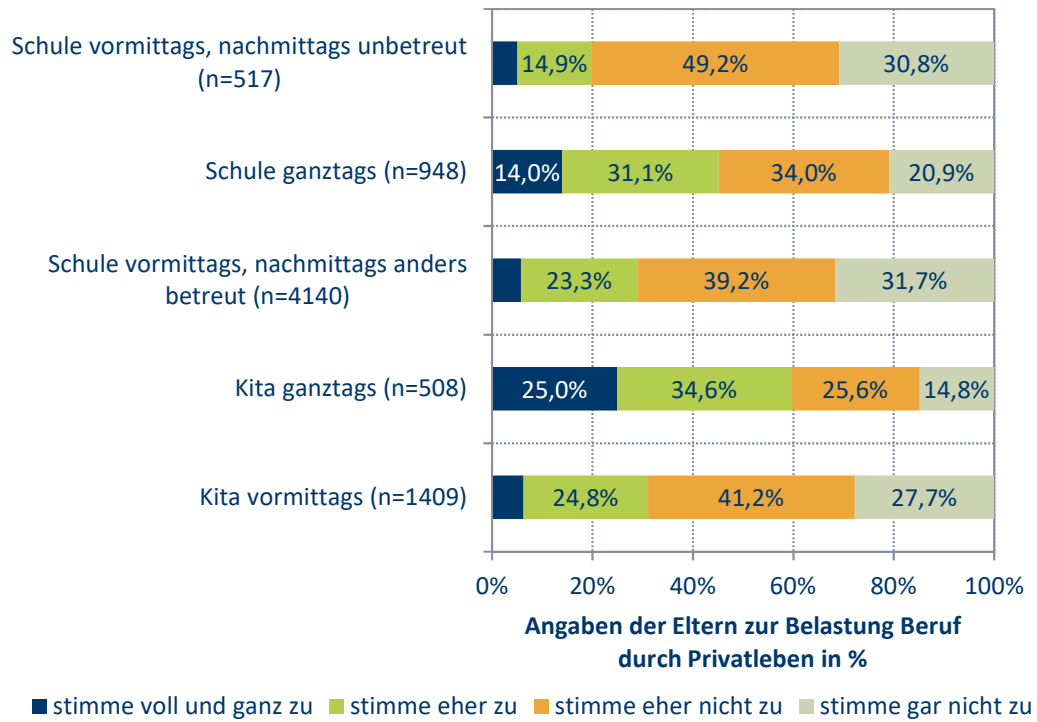


■ stimme voll und ganz zu ■ stimme eher zu ■ stimme eher nicht zu ■ stimme gar nicht zu

Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Inwiefern stimmen Sie den folgenden Aussagen zu: Mein Privatleben beeinträchtigt meine beruflichen Verpflichtungen (z. B. meine Arbeit rechtzeitig zu erledigen, oder Überstunden zu machen)

Dabei zeigen die Befragungsergebnisse, dass bei Eltern, die ihr Kind ganztags betreuen lassen, dennoch der Anteil derjenigen, die von einer starken Beeinträchtigung ihres Berufs durch die familiäre Situation berichten, jeweils am höchsten ist (Abbildung 86).

Abbildung 86: Auswirkungen der familiären Verpflichtungen auf die Berufstätigkeit nach Betreuungssituation der Kinder (2022)



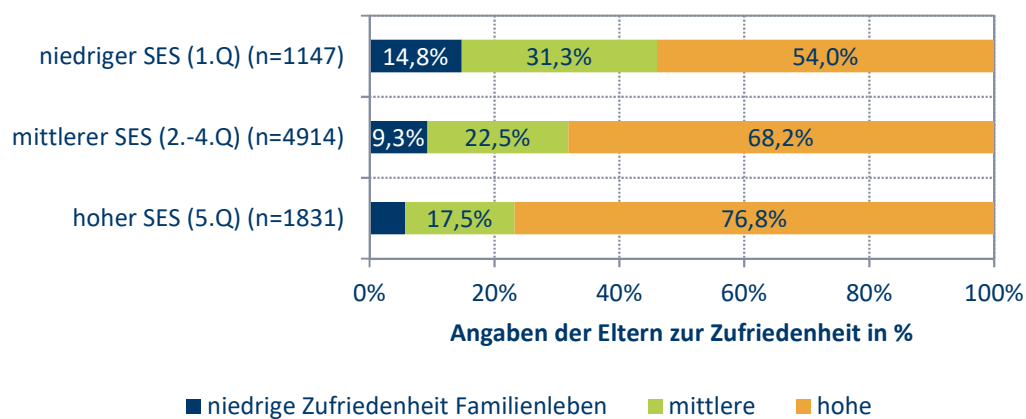
Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Mein Privatleben beeinträchtigt meine beruflichen Verpflichtungen (z. B. meine Arbeit rechtzeitig zu erledigen, oder Überstunden zu machen).

5.6 Situation von vulnerablen Familien

5.6.1 Familien mit niedrigem SES

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass Familien mit niedrigen SES weniger häufig mit dem Familienleben zufrieden sind als Familien mit einem höheren SES. Es ist demnach zu vermuten, dass der soziale Status der Familie unmittelbar die Zufriedenheit mit dem Familienleben beeinflusst (Abbildung 87).

Abbildung 87: Zufriedenheit mit dem Familienleben nach SES der Familien (2022)

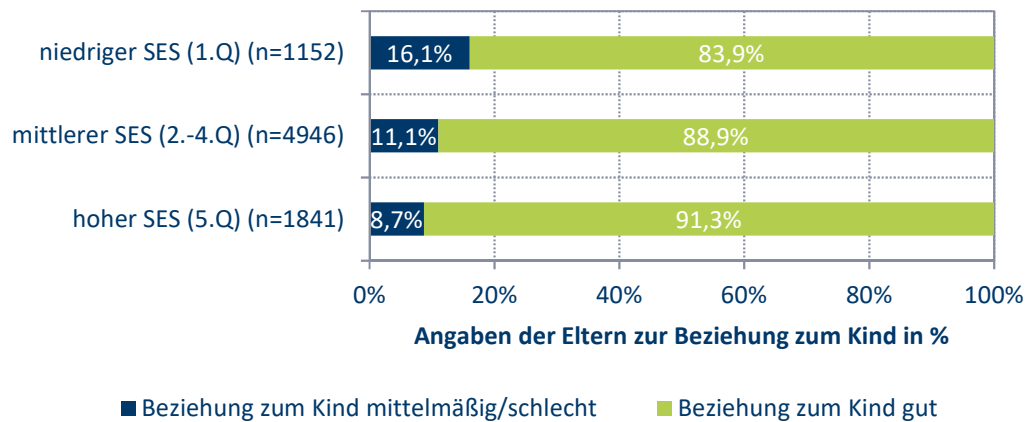


Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Wie zufrieden sind Sie derzeit mit Ihrem Familienleben: „Ich bin zufrieden mit meinem Leben.“: Kategorisierung: (Starke) Ablehnung = niedrige Zufriedenheit Familienleben; Weder Zustimmung noch Ablehnung = mittlere Zufriedenheit; (Starke) Zustimmung = hohe Zufriedenheit

Keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich des sozioökonomischen Status sind in Bezug auf feste gemeinsame Regeln mit den Kindern zu beobachten

Allerdings zeigen die Befragungsergebnisse deutlich, dass je höher der soziale Status der Familien ist, desto besser die Beziehung zum Kind ist (Abbildung 88). Es ist daher zu vermuten, dass der soziale Status der Familien nicht nur einen Einfluss auf die Gesundheit von Eltern und Kindern hat, sondern auch das Familienleben und die Eltern-Kind-Beziehung prägen.

Abbildung 88: Beziehung zum Kind nach SES der Familien (2022)

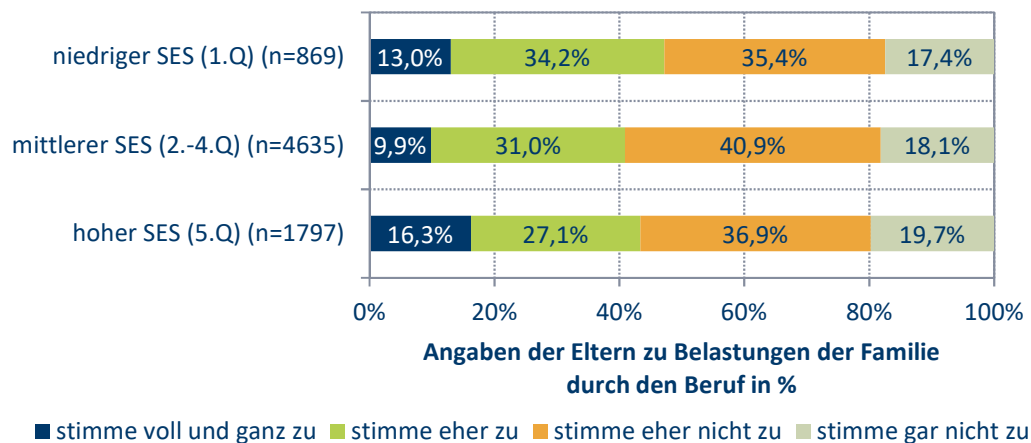


Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Anmerkung: Frage: Wie würden Sie Ihre Beziehung zu Ihrem Kind im Moment beschreiben?

Ebenso ist ein leichter U-förmiger Zusammenhang zwischen den Auswirkungen der Berufstätigkeiten auf die Familie und dem sozialen Status der Familien zu beobachten: Ist der soziale Status hoch oder niedrig, ist der Anteil der Eltern, die angeben, die Berufstätigkeit hat einen negativen Einfluss auf die familiären Verpflichtungen, größer als bei Eltern mit mittlerem SES (Abbildung 89).

Abbildung 89: Auswirkungen Berufstätigkeit auf familiäre Verpflichtungen nach SES der Familien (2022)



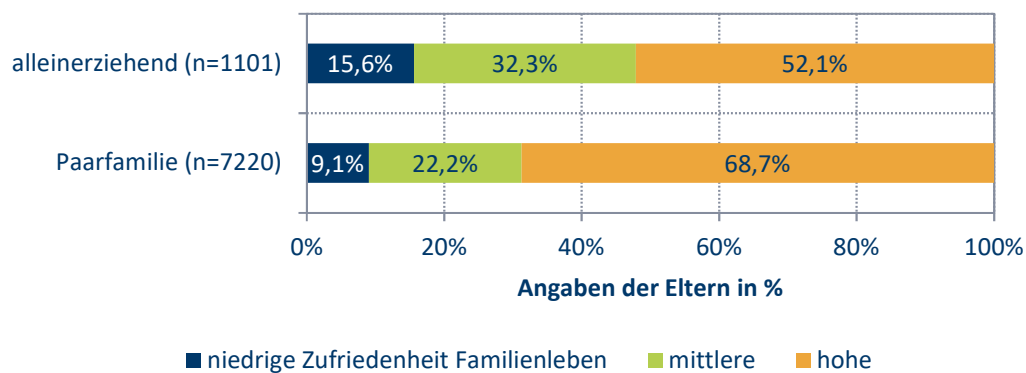
Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Anmerkung: Inwiefern stimmen Sie den folgenden Aussagen zu: Meine Berufstätigkeit erzeugt viele Belastungen, so dass ich meinen familiären Verpflichtungen nur schwer nachkommen kann.

5.6.2 Alleinerziehende Familien

Die Befragungsergebnisse zeigen des Weiteren, dass alleinerziehende Eltern seltener mit dem Familienleben zufrieden sind als Eltern in Paarfamilien. Es besteht demnach offenbar ein Zusammenhang zwischen der Familienform und der Zufriedenheit mit dem Familienleben (Abbildung 90). Keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich der Familienform sind in Bezug auf feste gemeinsame Regeln mit den Kindern zu beobachten. Auch zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede bei der Beziehung zum Kind. Zudem ist ein kein deutlicher Zusammenhang zwischen den Auswirkungen der Berufstätigkeiten auf familiäre Verpflichtungen und der Familiensituation zu beobachten.

Abbildung 90: Zufriedenheit mit dem Familienleben nach Familienform (2022)

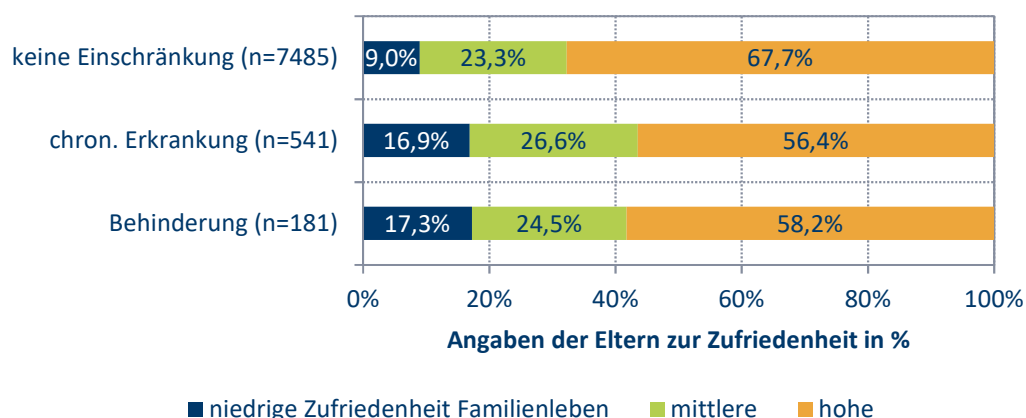


Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
Anmerkung: Frage: Wie zufrieden sind Sie derzeit mit Ihrem Familienleben: „Ich bin zufrieden mit meinem Leben.“: Kategorisierung: (Starke) Ablehnung = niedrige Zufriedenheit Familienleben; Weder Zustimmung noch Ablehnung = mittlere Zufriedenheit; (Starke) Zustimmung = hohe Zufriedenheit

5.6.3 Kinder mit chronischer Erkrankung oder Behinderung

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass Familien mit chronisch erkrankten oder behinderten Kindern seltener mit dem Familienleben zufrieden sind als Familien mit Kindern ohne entsprechende Einschränkungen (Abbildung 91).

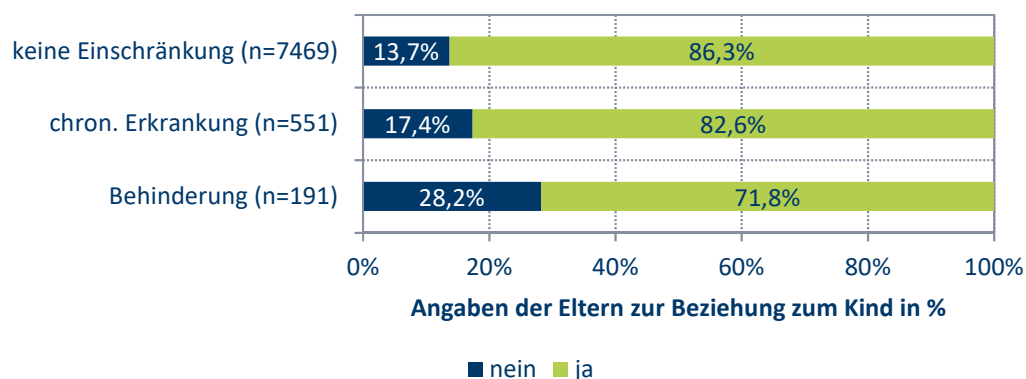
Abbildung 91: Zufriedenheit mit dem Familienleben nach Krankheitslast der Kinder (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Wie zufrieden sind Sie derzeit mit Ihrem Familienleben: „Ich bin zufrieden mit meinem Leben.“: Kategorisierung: (Starke) Ablehnung = niedrige Zufriedenheit Familienleben; Weder Zustimmung noch Ablehnung = mittlere Zufriedenheit; (Starke) Zustimmung = hohe Zufriedenheit

Des Weiteren zeigen die Befragungsergebnisse deutlich, dass bei Familien mit Kindern ohne gesundheitliche Einschränkungen der Anteil der Familien mit einer guten Eltern-Kind-Beziehung höher ist (Abbildung 92).

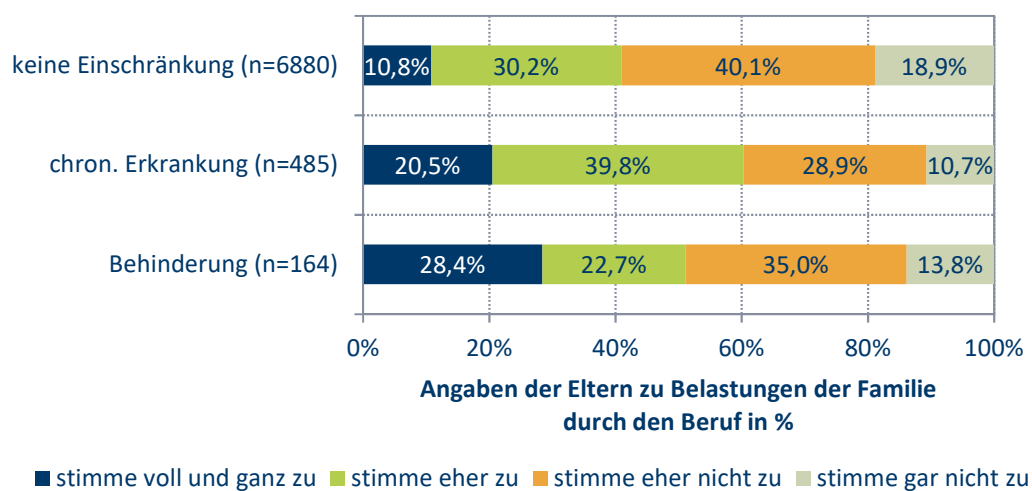
Abbildung 92: Beziehung zum Kind nach Krankheitslast der Kinder (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Wie würden Sie Ihre Beziehung zu Ihrem Kind im Moment beschreiben?

Ebenso ist ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Vereinbarkeit von Beruf und Familie und der Krankheitslast der Kinder zu beobachten: Bei Familien mit Kindern ohne gesundheitliche Einschränkungen ist der Anteil der Eltern, die der Aussage „Meine Berufstätigkeit erzeugt viele Belastungen, so dass ich meinen familiären Verpflichtungen nur schwer nachkommen kann“ voll und ganz bzw. eher zustimmen, geringer als bei Familien mit Kindern mit gesundheitlichen Einschränkungen (Abbildung 93).

Abbildung 93: Auswirkungen Berufstätigkeit auf familiäre Verpflichtungen nach Krankheitslast der Kinder (2022)

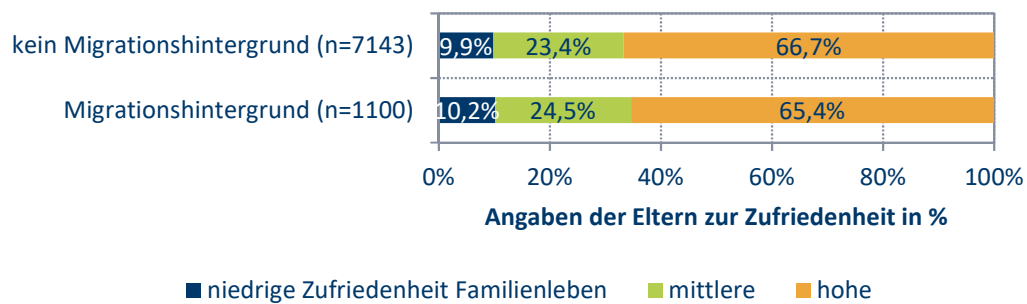


Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Inwiefern stimmen Sie den folgenden Aussagen zu: Meine Berufstätigkeit erzeugt viele Belastungen, so dass ich meinen familiären Verpflichtungen nur schwer nachkommen kann.

5.6.4 Migrationsstatus

Wesentliche Unterschiede in Bezug auf die Zufriedenheit mit dem Familienleben zwischen Familien mit und ohne Migrationshintergrund sind nicht zu beobachten (Abbildung 94). Insgesamt finden sich in den Ergebnissen keine substantiellen Unterschiede zwischen Familien mit Migrationsstatus oder ohne.

Abbildung 94: Zufriedenheit mit dem Familienleben nach Migrationshintergrund der Familien (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
Anmerkung: Frage: Wie zufrieden sind Sie derzeit mit Ihrem Familienleben: „Ich bin zufrieden mit meinem Leben.“: Kategorisierung: (Starke) Ablehnung = niedrige Zufriedenheit Familienleben; Weder Zustimmung noch Ablehnung = mittlere Zufriedenheit; (Starke) Zustimmung = hohe Zufriedenheit

6. Zukunft und Krisen

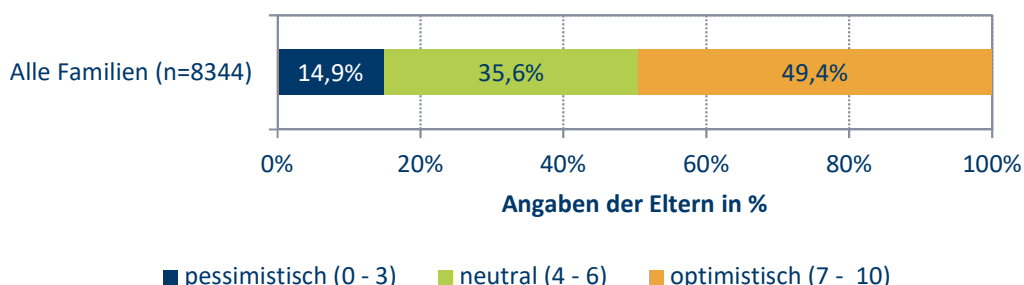
Die Zeit seit der letzten Befragung im Jahr 2018 inklusive der drei Jahre Pandemie ist nicht spurlos an den Familien vorbeigegangen. Von den befragten Eltern schätzen nur noch 64 Prozent ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen als sehr gut oder gut ein, 2018 hingegen waren es noch 76 Prozent der befragten Eltern. Gleichzeitig haben die Belastungen, denen sich die Familien ausgesetzt sehen, zugenommen. Seit dem Jahr 2018 hat beispielsweise der Anteil der Eltern, die angaben, stark finanziell belastet zu sein, von 27 Prozent auf 40 Prozent und auch der Anteil der Eltern, die angaben, stark psychisch belastet zu sein, von 27 Prozent auf 34 Prozent zugenommen. Außerdem trägt zur vermehrten Belastung sicher auch bei, dass aus Sicht der Eltern mittlerweile seltener Familie und Beruf gut miteinander vereinbar sind. Eltern haben zwar heutzutage öfter die Möglichkeit, im Homeoffice zu arbeiten. Dennoch erzeugt der Job bei 43 Prozent der Eltern starke Belastungen, sodass sie den familiären Verpflichtungen nicht immer so nachkommen können, wie sie es sich wünschen.

Vor diesem Hintergrund wird in diesem Kapitel näher auf die Themen „Zukunft“ und „Krisen“ eingegangen. Es wird aufgezeigt, wie optimistisch die Familien in die Zukunft blicken, wie belastet sich die Familien durch Krisen fühlen und welche Familien sich vergleichsweise viele Sorgen machen bzw. stark belastet fühlen. Darüber hinaus haben die Eltern angegeben, was ihnen im Umgang mit Krisen besonders hilft.

6.1 Zukunft

Generell blickt die Mehrheit der Eltern der Zukunft neutral bis optimistisch entgegen. Auf der einen Seite ist die Hälfte der befragten Elternteile der Zukunft gegenüber optimistisch gestimmt und rund ein Drittel zumindest neutral bis optimistisch. Auf der anderen Seite stehen jedoch immerhin 14 Prozent der befragten Eltern der Zukunft pessimistisch gegenüber (Abbildung 95).

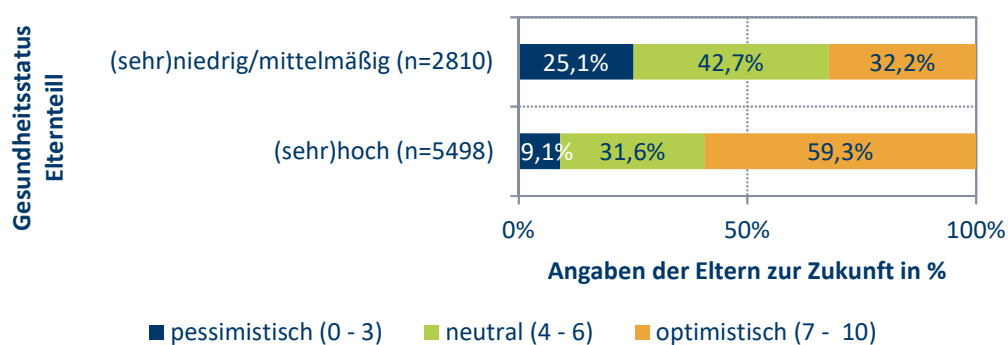
Abbildung 95: Zukunftsoptimismus der Eltern



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: „Wenn Sie an die Zukunft denken, sind Sie dann eher...?“ -0 pessimistisch bis 10 optimistisch

Eltern mit einem niedrigen Gesundheitsstatus blicken pessimistischer in die Zukunft als Eltern mit einem hohen Gesundheitsstatus. Während bei den Eltern mit niedrigem Gesundheitsstatus etwa ein Drittel der Zukunft eher pessimistisch gegenübersteht, ist es bei den Eltern mit hohem Gesundheitsstatus nur etwa jedes zehnte Elternteil. Die Mehrheit der Eltern mit hohem Gesundheitsstatus blickt optimistisch in die Zukunft; insgesamt 59 Prozent stufen sich auf der Skala als optimistisch ein, mit niedrigem Gesundheitsstatus nur knapp die Hälfte davon (32 %, Abbildung 96).

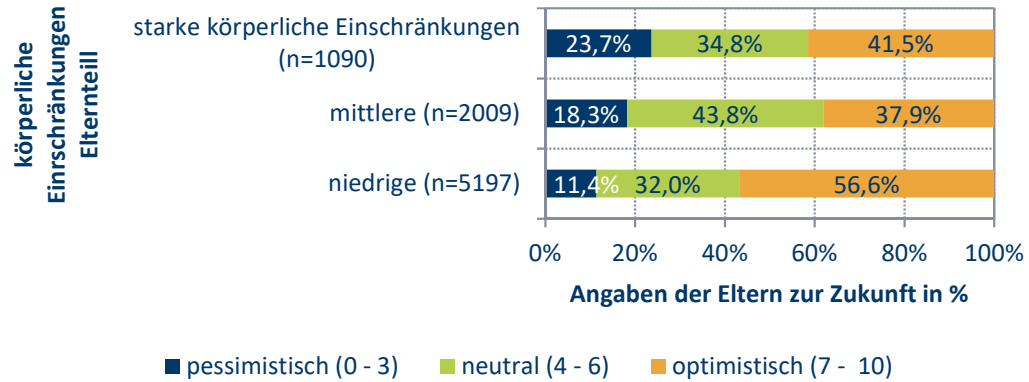
Abbildung 96: Zukunftsoptimismus der Eltern nach ihrem Gesundheitsstatus



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: „Wenn Sie an die Zukunft denken, sind Sie dann eher?“ - 0 pessimistisch bis 10 optimistisch

Elternteile mit geringen körperlichen Einschränkungen blicken der Zukunft tendenziell optimistischer gegenüber als Elternteile mit mittleren oder starken körperlichen Einschränkungen. So gab gut die Hälfte der Eltern mit geringen körperlichen Einschränkungen an, dass sie der Zukunft gegenüber optimistisch eingestellt seien, von den Eltern mit starken körperlichen Einschränkungen hingegen traf dies nur auf 42 Prozent zu (Abbildung 97). Gleichzeitig ist bei Eltern mit starken körperlichen Einschränkungen der Anteil derer, die pessimistisch in die Zukunft schauen, höher als in den anderen beiden Gruppen. Von den Elternteilen mit starken körperlichen Einschränkungen gab nur knapp ein Viertel an, dass sie der Zukunft pessimistisch gegenüberstünden, bei den Eltern mit mittleren körperlichen Einschränkungen war es knapp ein Fünftel und bei Eltern mit geringen körperlichen Einschränkungen nur 13 Prozent.

Abbildung 97: Zukunftsoptimismus der Eltern nach Grad ihrer körperlichen Einschränkung (Lebensqualität)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

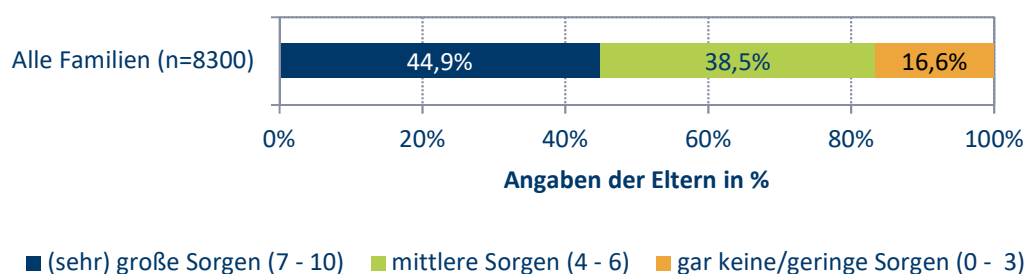
Anmerkung: Frage: „Wenn Sie an die Zukunft denken, sind Sie dann eher?“ - 0 pessimistisch bis 10 optimistisch

6.2 Krisen

6.2.1 Sorgen und Belastung durch Krisen

Die Befragungsergebnisse zeigen des Weiteren, dass Krisen wie die Corona-Pandemie, der Klimawandel oder der Krieg in der Ukraine Spuren bei den Familien hinterlassen und sich negativ auf die Zuversicht der Eltern auswirken. So macht sich die Mehrheit der befragten Eltern Sorgen hinsichtlich derzeitiger Krisen. Allgemein macht sich knapp die Hälfte der befragten Elternteile sogar sehr große Sorgen und nur 16 Prozent der befragten Elternteile machen sich kaum oder gar keine Sorgen (Abbildung 98).

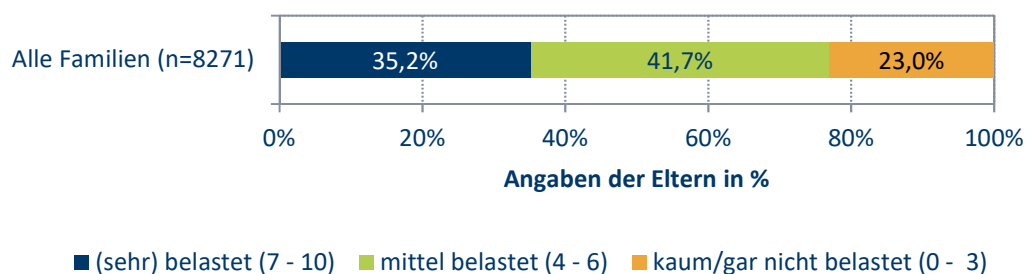
Abbildung 98: Krisenbedingte Sorgen der Eltern



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: „Wenn Sie an derzeitige Krisen wie zum Beispiel die Corona-Pandemie, den Klimawandel, den Krieg in der Ukraine denken, wie sehr macht Ihnen das Sorgen?“ - 0 gar keine Sorgen bis 10 sehr große Sorgen

Hinzu kommt, dass sich die Mehrheit der befragten Elternteile durch Krisen leicht bis stark belastet fühlt. Allgemein fühlt sich rund ein Drittel der Eltern durch Krisen stark bis sehr stark belastet. Auf der anderen Seite fühlt sich nur knapp ein Viertel der Befragten durch die Krisen kaum bis gar nicht belastet. (Abbildung 99).

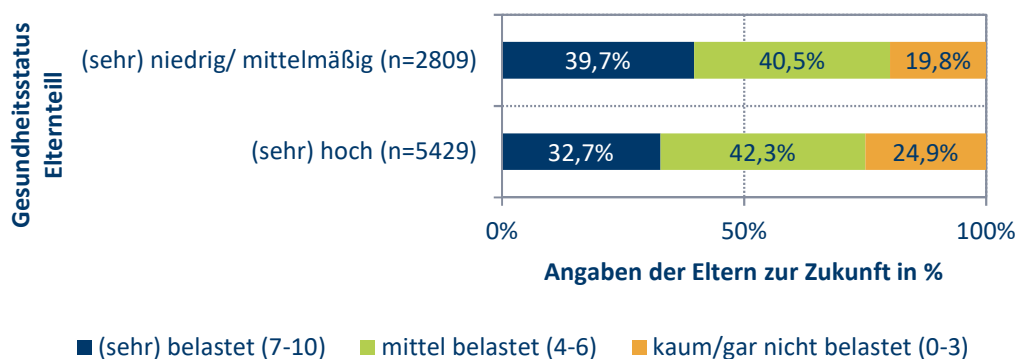
Abbildung 99: Belastung der Eltern durch Krisen



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: „Wie sehr fühlen Sie sich durch solche Krisen belastet?“ - 0 gar nicht belastet bis 10 sehr stark belastet

Die Befragungsergebnisse zeigen außerdem, dass sich Eltern mit niedrigem bis mittleren Gesundheitsstatus durch Krisen etwas stärker belastet fühlen als Eltern mit einem hohen Gesundheitsstatus. Von den befragten Eltern, die über einen niedrigen bis mittleren Gesundheitsstatus verfügen, fühlen sich 40 % durch Krisen stark belastet und nur 20 Prozent fühlen sich kaum bis gar nicht belastet (Abbildung 100). Hingegen fühlen sich von den Elternteilen, die über einen hohen Gesundheitsstatus verfügen, nur knapp ein Drittel stark durch Krisen belastet und rund ein Viertel kaum bis gar nicht.

Abbildung 100: Empfundene Belastung durch Krisen nach Gesundheitsstatus der Eltern



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: „Wie sehr fühlen Sie sich durch solche Krisen belastet?“ - 0 gar nicht belastet bis 10 sehr stark belastet

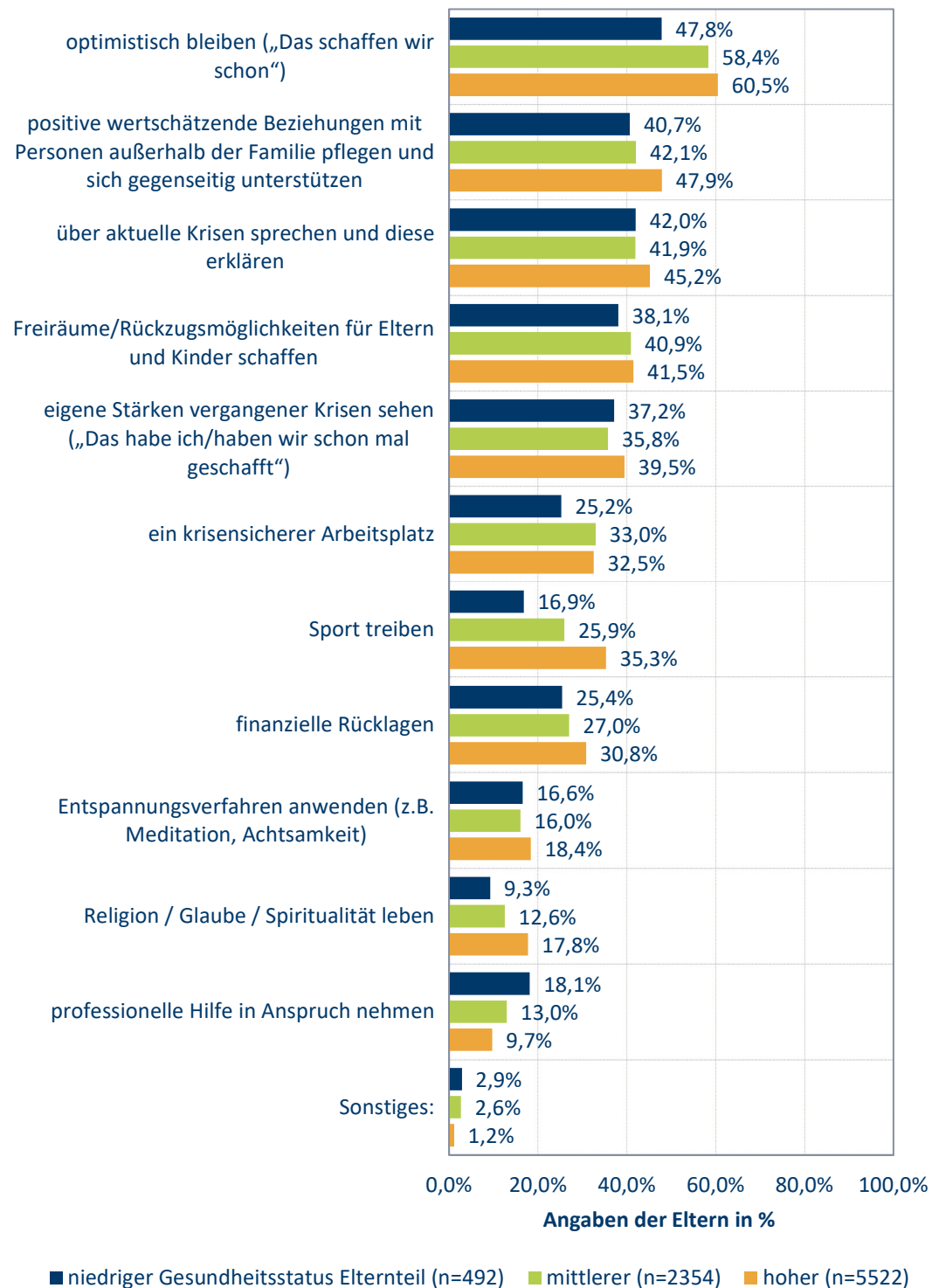
6.2.2 Strategien zum Umgang mit Belastungen und Sorgen

Beim Umgang mit Belastungen und Sorgen im Familienalltag hilft es den meisten Eltern, optimistisch zu bleiben, positive, wertschätzende Beziehungen zu führen, über aktuelle Krisen zu sprechen, Freiräume und Rückzugsorte zu schaffen sowie auf die eigenen Stärken vergangener Krisen zurückzugreifen. Darüber hinaus helfen Sport zu treiben, finanzielle Rücklagen und Religion/Glaube/Spiritualität besonders solchen Eltern, die über einen hohen Gesundheitsstatus verfügen. Eltern mit einem niedrigen Gesundheitsstatus greifen hingegen weniger selten auf fast allen der genannten Ressourcen zurück und orientieren sich hingegen öfter auf professionelle Hilfe als Elternteile mit mittlerem oder hohem Gesundheitsstatus (Abbildung 101).

In der Betrachtung des Umgangs mit den Belastungen durch Krisen differenziert nach dem Grad der Belastung zeigt, welche Strategien besonders erfolgreich sind. Zunächst gibt es nur geringe Unterschiede zwischen mehr oder weniger stark durch die Krisen belastete Familien. Ähnliche Strategien helfen, um mit Krisen umzugehen. Die meisten Befragten geben z. B. an, dass es Ihnen hilft „optimistisch zu bleiben“. Weniger belasteten Familien gelingt dies jedoch häufiger. Sie können sich zudem häufiger an die eigenen Stärken aus vergangenen Krisen zu erinnern, haben

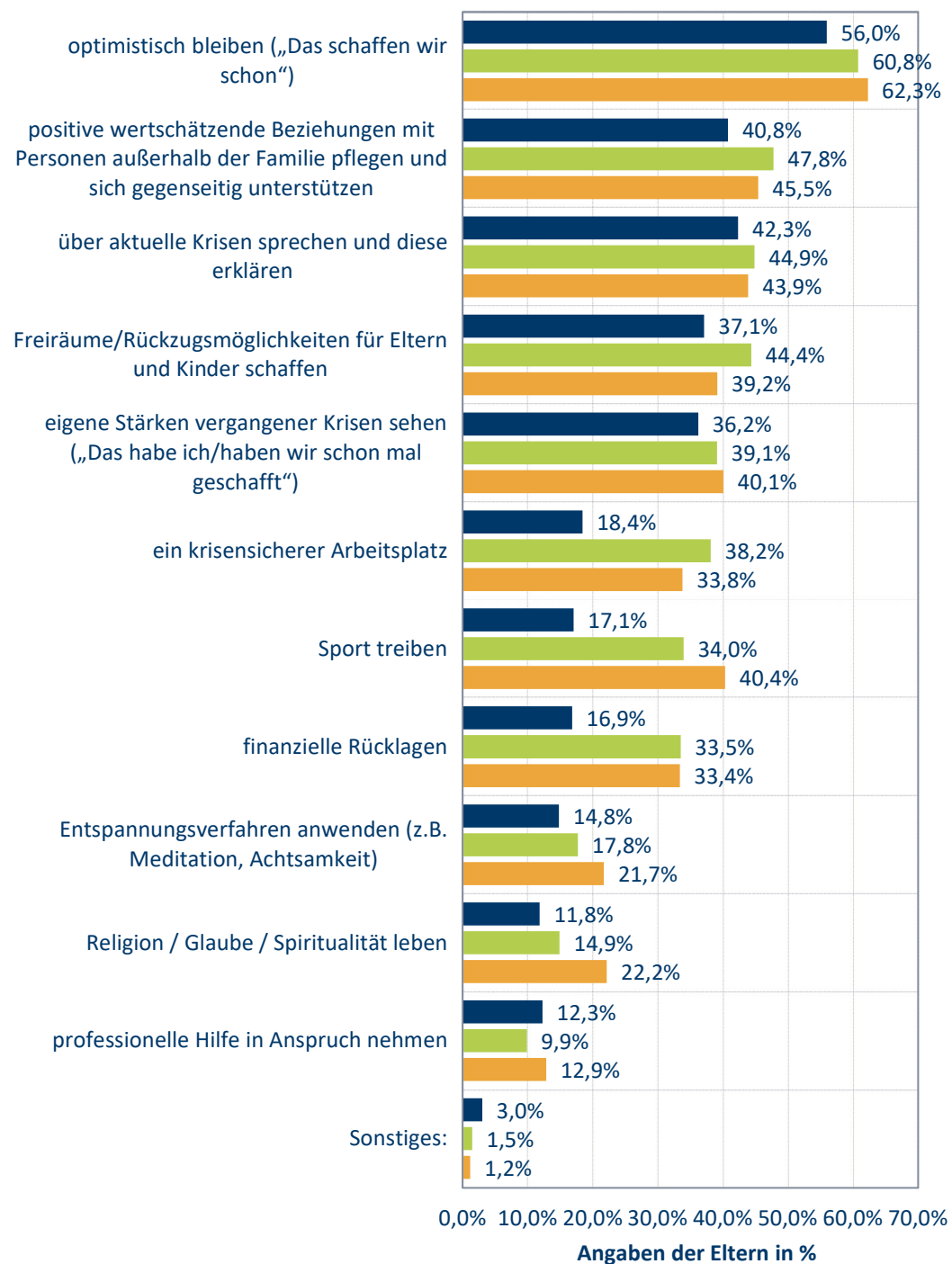
häufiger finanzielle Rücklagen und verfügen öfter über einen krisensicheren Arbeitsplatz (Abbildung 102).

Abbildung 101: Umgang mit Krisen nach Gesundheitsstatus der Eltern



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Mehrfachnennungen waren möglich.
 Anmerkung: Frage: „Was hilft Ihnen im Familienalltag, mit solchen Krisen gut umzugehen?“

Abbildung 102: Umgang der Familien mit Krisen nach Belastungsintensität



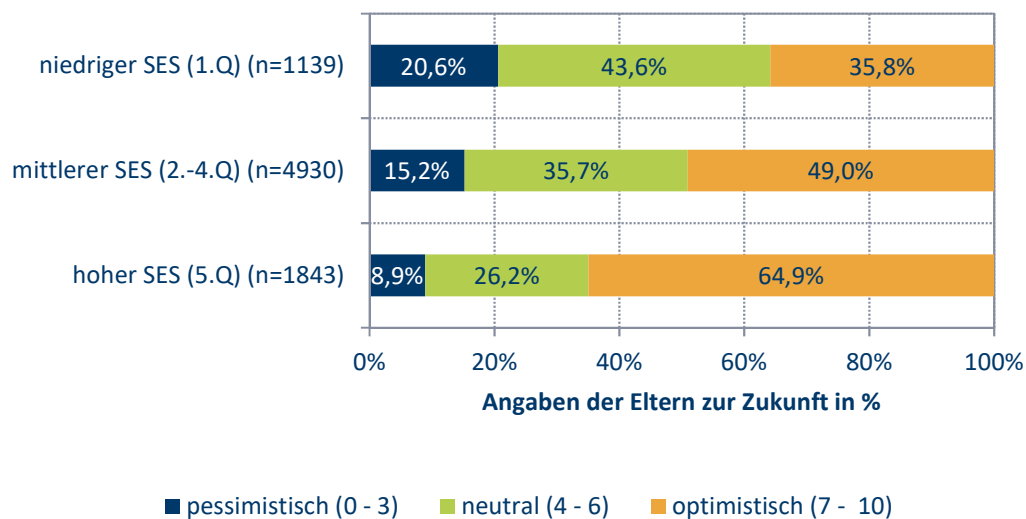
■ niedriger SES (1.Q) (n=1156) ■ mittlerer SES (2.-4.Q) (n=4953) ■ hoher SES (5.Q) (n=1860)

Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Mehrfachnennungen waren möglich.
 Anmerkung: Frage: „Was hilft Ihnen im Familienalltag, mit solchen Krisen gut umzugehen?“
 hohe Belastung durch Krisen = 7-10; neutral 4-6; niedrige Belastung = 0 bis 3

6.3 Situation von vulnerablen Familien

Des Weiteren zeigen sich Unterschiede beim Zukunftsoptimismus hinsichtlich des sozioökonomischen Status (SES) der Eltern. Zu beobachten ist, dass der Grad des Zukunftsoptimismus mit zunehmendem SES ansteigt. Während von den befragten Elternteilen mit niedrigem SES 36 Prozent optimistisch in die Zukunft blicken, sind es bei denen mit mittlerem SES 49 Prozent und bei den befragten Elternteilen mit hohem SES immerhin 65 Prozent (Abbildung 103).

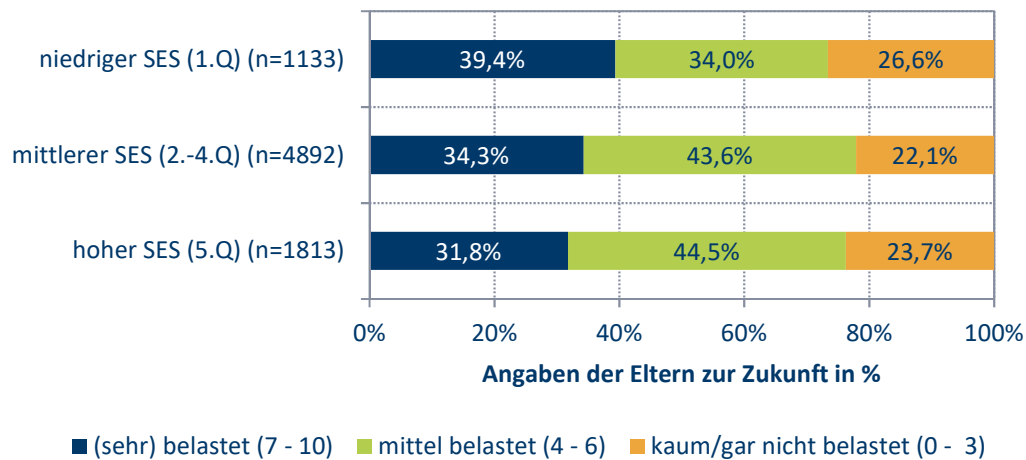
Abbildung 103: Zukunftsoptimismus der Eltern nach SES



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: „Wenn Sie an die Zukunft denken, sind Sie dann eher?“ - 0 pessimistisch bis 10 optimistisch; Niedriger SES: 1. Quintil; Mittlerer SES: 2. bis 4. Quintil; Hoher SES: 5. Quintil

In der Wahrnehmung der Krise als Belastung zeigen sich Unterschiede nach dem sozioökonomischen Status. Von den Eltern, die über einen niedrigen SES verfügen, geben 39 Prozent an, dass sie sich durch Krisen (stark) belastet fühlen, von denen mit hohem SES sind es nur 32 Prozent. Allerdings geben Eltern mit niedrigem SES gleichzeitig am häufigsten an kaum oder gar nicht von Krisen belastet zu sein (27 % vs. 22 % bzw. 24 %, Abbildung 104).

Abbildung 104: Empfundene Belastung durch Krisen nach SES



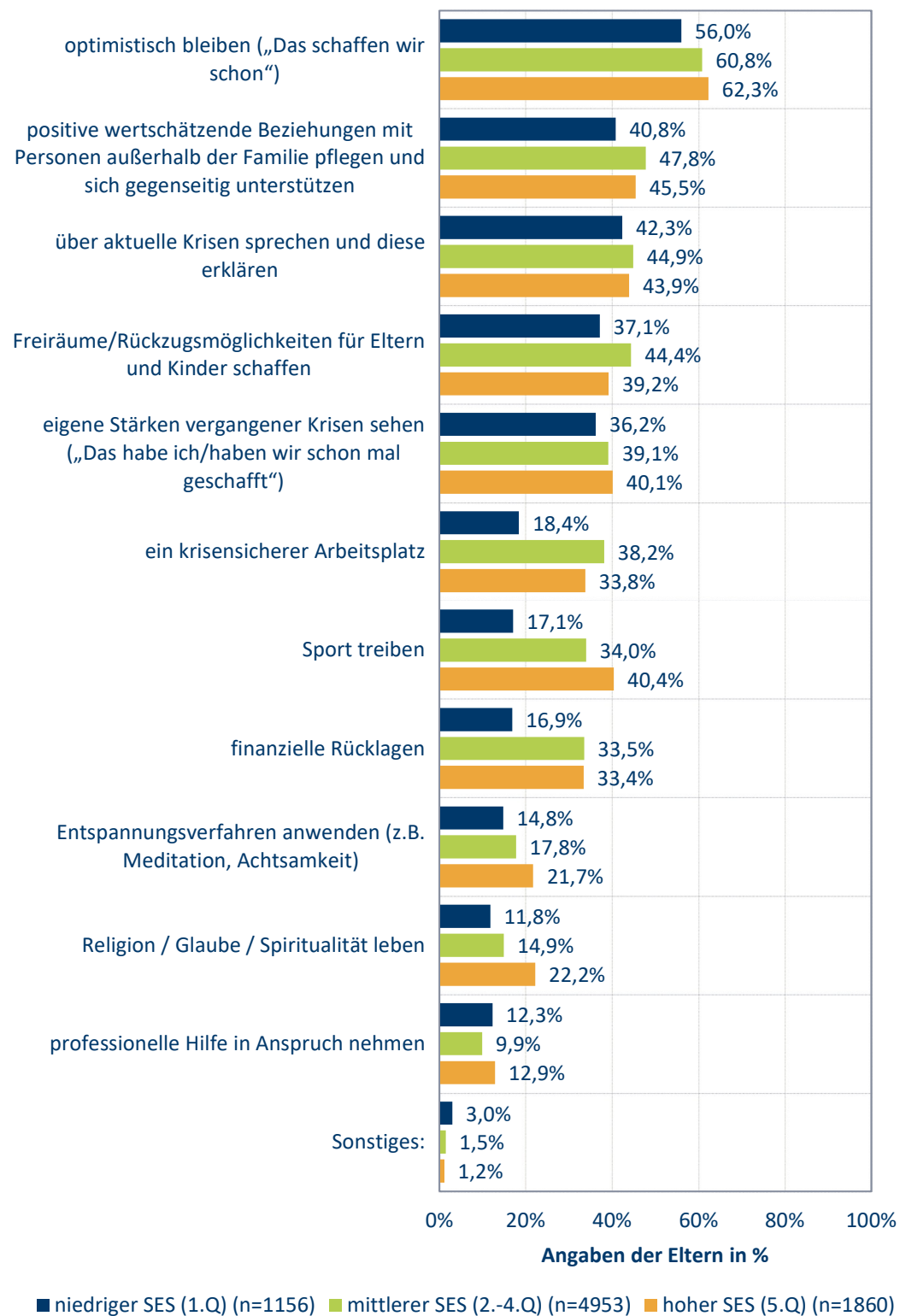
Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: „Wie sehr fühlen Sie sich durch solche Krisen belastet?“ - 0 gar nicht belastet bis 10 sehr stark belastet; Niedriger SES: 1. Quintil; Mittlerer SES: 2. bis 4. Quintil; Hoher SES: 5. Quintil

Außerdem zeigen sich Unterschiede beim Umgang der Familien mit Krisen nach ihrem sozioökonomischen Status (SES). Eltern mit niedrigem SES verhalten sich im Umgang mit Krisen grundsätzlich anders als Eltern mit mittlerem oder hohem SES. Besonders groß ist der Unterschied bei den folgenden Ansätzen: Während ein krisensicherer Arbeitsplatz gut einem Drittel der Eltern mit mittlerem oder hohem SES hilft, konnten nur 18 Prozent der Eltern mit niedrigem SES darauf zurückgreifen. Ähnlich verhält es sich mit Sport treiben und finanziellen Rücklagen: Von den Eltern mit mittlerem SES gaben 34 Prozent an, dass Sport ihnen beim Umgang mit Krisen helfe. Von Eltern mit hohem SES gaben dies 40 Prozent an, während nur 17 Prozent der Eltern mit niedrigem SES Sport als Hilfe im Umgang mit Krisen in Erwägung ziehen (Abbildung 105).

Betrachtet man die alleinerziehenden Eltern, zeigt sich, dass diese sich in Krisen häufiger als Eltern in Paarfamilien von Personen außerhalb der Familie unterstützen lassen (50 % vs. 45 %). Auf der anderen Seite gaben von den Alleinerziehenden weniger Eltern an, dass es ihnen in Krisen helfe, Sport zu treiben (28 % vs. 32 %), optimistisch zu bleiben (56 % vs. 59 %) oder auf finanzielle Rücklagen zugreifen zu können (26 % vs. 30 %).

Des Weiteren fühlen sich Eltern mit Kindern, die eine chronische Erkrankung oder eine Behinderung haben, durch Krisen stärker belastet als Eltern von Kindern ohne eine entsprechende gesundheitliche Einschränkung: Während von den Eltern mit Kindern ohne eine dahingehende Einschränkung 35 Prozent angaben, dass sie sich durch Krisen belastet fühlen, waren es bei den Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen 39 Prozent und bei den Eltern von Kindern mit Behinderung sogar 47 Prozent, auf die dies zutraf.

Abbildung 105: Umgang der Eltern mit Krisen nach SES



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Mehrfachnennungen waren möglich.
 Anmerkung: Frage: „Was hilft Ihnen im Familienalltag, mit solchen Krisen gut umzugehen?“
 Niedriger SES: 1. Quintil; Mittlerer SES: 2. bis 4. Quintil; Hoher SES: 5. Quintil

7. Ernährung

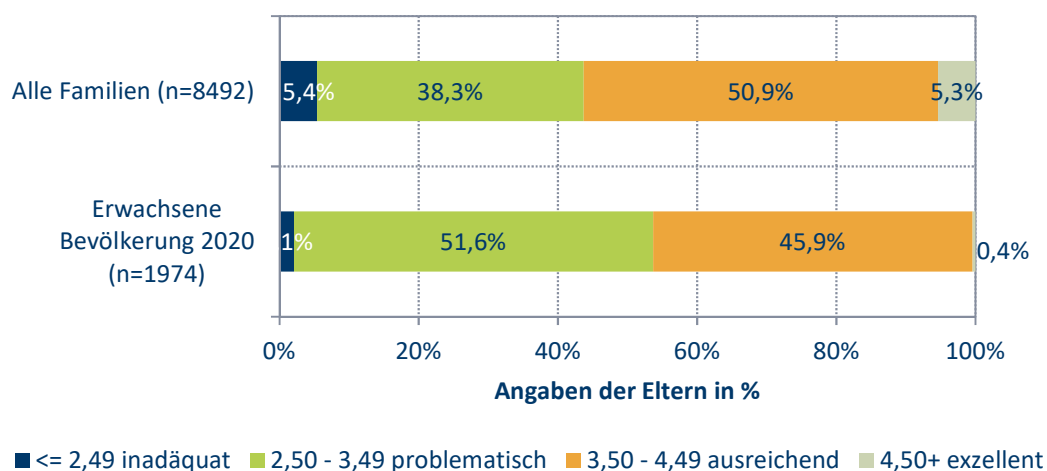
7.1 Ernährungskompetenz

Das Schwerpunktthema der AOK-Familienstudie 2022 ist zum einen die Ernährungskompetenz der Familien (vgl. Kapitel 1.1 und 2.3.1.2.)

Abbildung 107 gibt einen Ergebnisüberblick über die Aspekte der Ernährungskompetenz und ihre Ausprägung in den Familien. Die Familien geben an, dass sie überwiegend in der Lage sind, frisches Gemüse zuzubereiten, Rezepte abzuwandeln, nicht zu viele zuckergesüßte Getränke im Haushalt zu haben und gesunde Lebensmittel auch dann zu kaufen, wenn sie etwas teurer sind. Der Mehrheit der Familien ist es zudem wichtig, am Esstisch gemeinsam zu essen. Viele Familien achten jedoch nicht regelmäßig auf die Nährwertangaben von Lebensmitteln. Vielen Familien fällt es zudem schwer, ihre Ernährung an veränderte Alltagsbedingungen anzupassen, sei es bei Abweichungen vom Tagesablauf, bei Stress oder in Hinblick auf die Mahlzeiten, die über den Tag bereits zu sich genommen wurden.

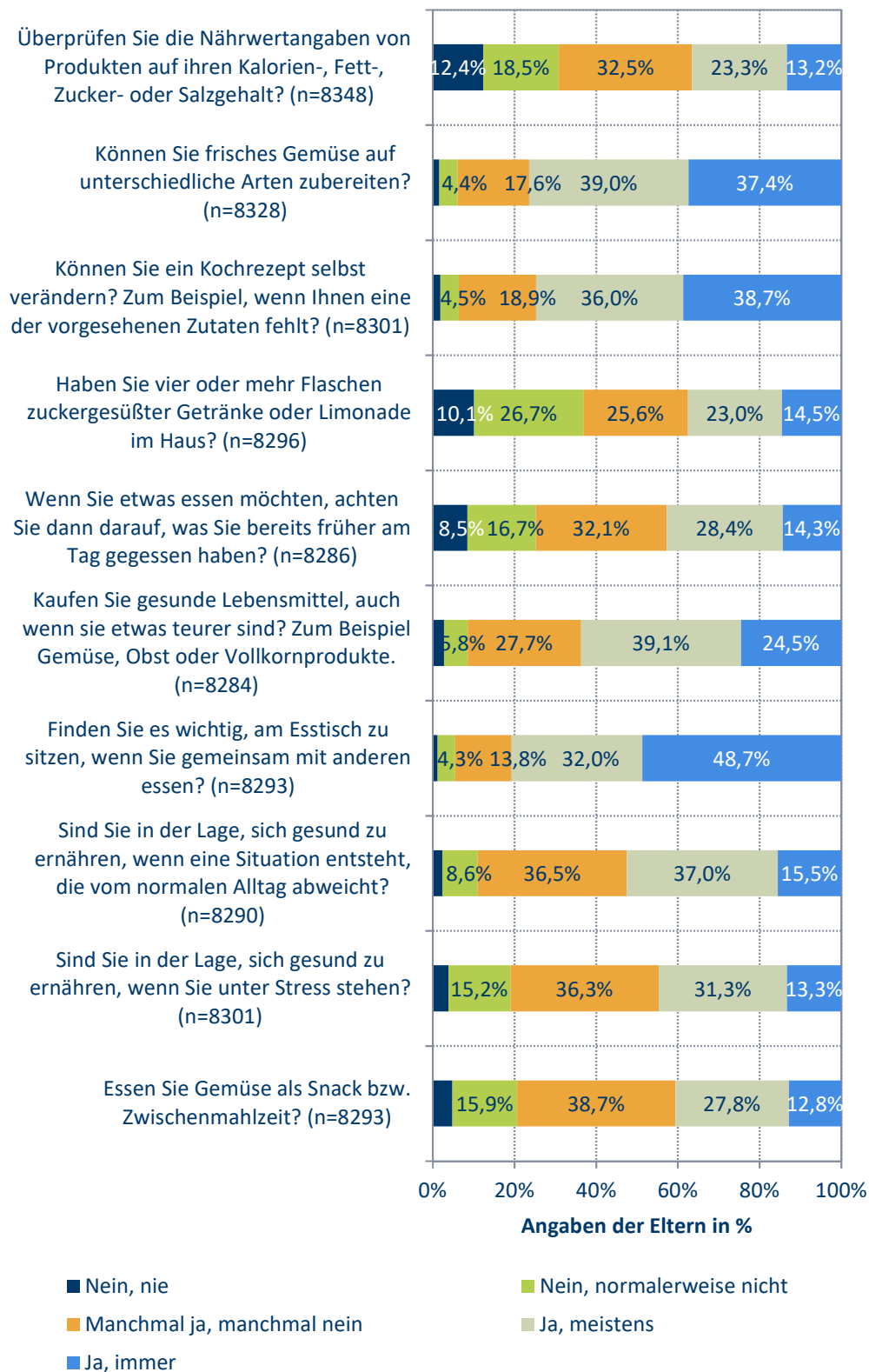
Die Antworten zu den Fragen zur Ernährungskompetenz lassen sich zu einer Gesamtbewertung der Ernährungskompetenz der befragten Familien zusammenfassen. Vier von zehn befragten Eltern haben demnach eine inadäquate oder problematische Ernährungskompetenz, über die Hälfte der Befragten verfügt hingegen über eine mindestens ausreichende Ernährungskompetenz. Damit weisen die Familien im Großteil etwas besserer Ernährungskompetenz auf, als dies für die erwachsene Bevölkerung Anfang 2020 erhoben wurde (Kolpatzik und Zaunbrecher 2020). Mit 5 % der Familien zeigt sich jedoch auch eine etwas größere Teilgruppe mit inadäquater Ernährungskompetenz (Abbildung 106).

Abbildung 106: Ernährungskompetenz der Eltern (2022) im Vergleich zur erwachsenen Bevölkerung (2020)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.; erwachsene Bevölkerung 2020: Kolpatzik und Zaunbrecher (2020)

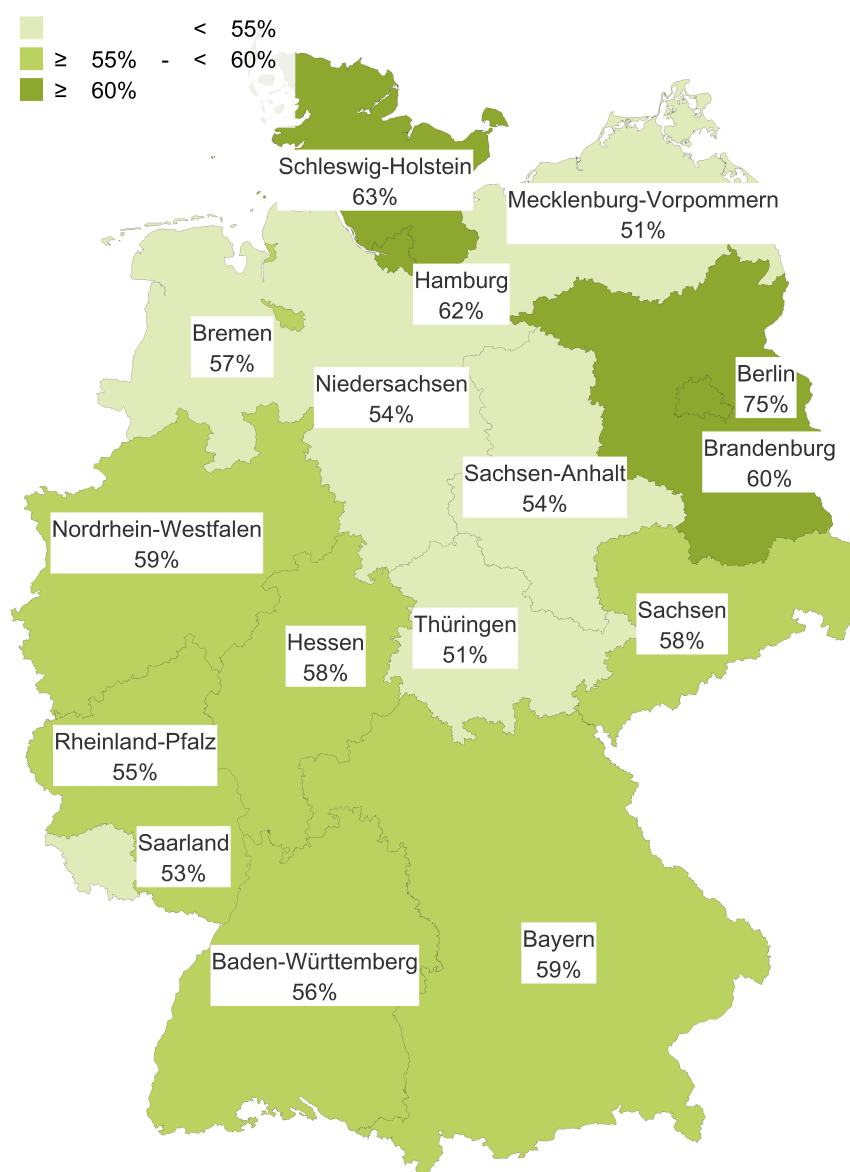
Abbildung 107: Ernährungskompetenz der Eltern: Ergebnisüberblick



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Fragen zur Ernährungskompetenz

Auch regional zeigen sich Unterschiede in der Ernährungskompetenz. In Berlin und Brandenburg sowie Schleswig-Holstein und Hamburg haben die Eltern überdurchschnittlich häufig eine ausgeprägte oder exzellente Ernährungskompetenz, in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Saarland und Niedersachsen dagegen etwas häufiger nur eine inadäquate oder problematische Ernährungskompetenz (Abbildung 108).

Abbildung 108: Exzellente und ausreichende Ernährungskompetenz der Eltern nach Bundesland

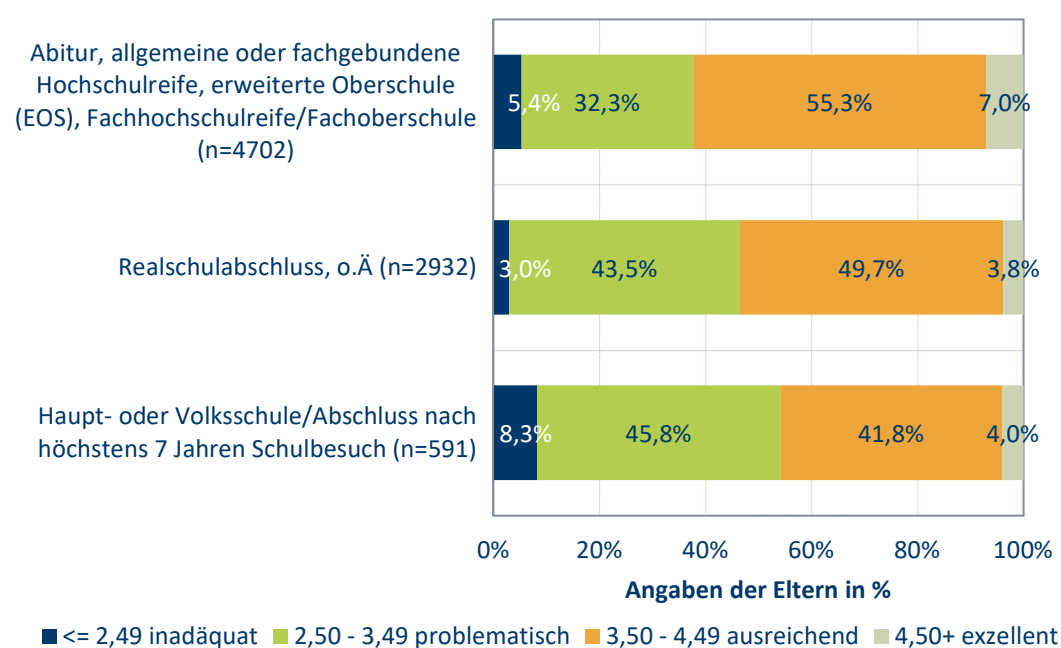


Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten.

Anmerkung: Anteile der Familien mit exzellenter oder ausreichender Ernährungskompetenz

Ein Zusammenhang zwischen der Ernährungskompetenz der Eltern und ihrem höchsten Schulabschluss ist deutlich erkennbar. Während 62 Prozent der Eltern mit Abitur oder vergleichbaren Bildungsabschlüssen mindestens eine ausreichende Ernährungskompetenz aufweisen, ist dies nur bei 46 Prozent der Eltern mit Hauptschulabschlüssen und vergleichbaren Abschlüssen der Fall (Abbildung 109). Die Verteilung der Ernährungskompetenz unterscheidet sich davon kaum, wenn der höchste allgemeine Schulabschluss der Partner betrachtet wird.

Abbildung 109: Höchster allgemeinbildender Schulabschluss der Eltern nach Ernährungskompetenz



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
Anmerkung: Frage: Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

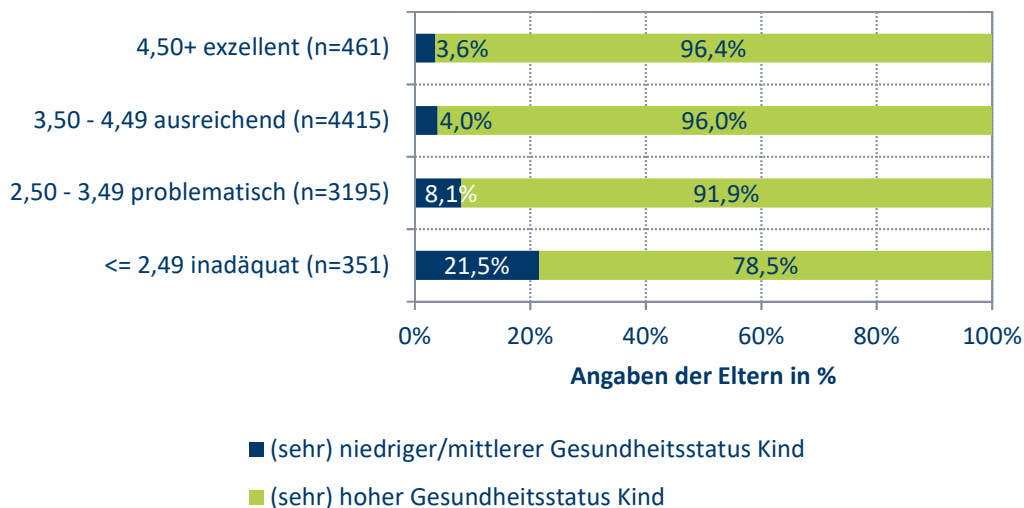
7.1.1 Gesundheitsstatus und Ernährungskompetenz

Nur wenige Kinder haben einen niedrigen oder mittleren Gesundheitsstatus (6 %). Der Gesundheitszustand des Kindes hängt mit der Ernährungskompetenz der Eltern zusammen. Rund ein Fünftel (22 %) der Kinder aus Familien mit einer inadäquaten Ernährungskompetenz hat nur einen mittleren oder niedrigen Gesundheitsstatus (Abbildung 110).

Etwas mehr als ein Drittel der Eltern hat einen niedrigen oder mittleren Gesundheitsstatus. Die Ernährungskompetenz der Eltern hängt mit ihrem Gesundheitsstatus zusammen. Der Anteil an Eltern mit einem niedrigen Gesundheitsstatus ist in der Gruppe mit inadäquater Ernährungskompetenz deutlich höher (19 %) als in den Gruppen mit problematischer (8 %), ausreichender (5 %), oder exzellenter

(6 %) Ernährungskompetenz. Der Anteil der Eltern mit einem hohen Gesundheitsstatus ist in der Gruppe mit exzellenter Ernährungskompetenz am höchsten (85 %) und wird mit abnehmender Ernährungskompetenz geringer. In den Gruppen mit problematischer und inadäquater Ernährungskompetenz hat nur etwa die Hälfte der Eltern einen hohen Gesundheitsstatus.

Abbildung 110: Gesundheitsstatus Kinder nach Ernährungskompetenz der Eltern



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
Anmerkung: Frage: Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben?

7.1.2 Familienleben und Ernährungskompetenz

Die Ernährungskompetenz der Eltern spielt eine wesentliche Rolle im Ernährungsverhalten. Beispielsweise geben nur 7 Prozent der Eltern mit inadäquater Ernährungskompetenz an, meistens oder immer gesunde Lebensmittel zu kaufen, während es in der Gruppe mit einer exzellenten Ernährungskompetenz 99 Prozent sind.

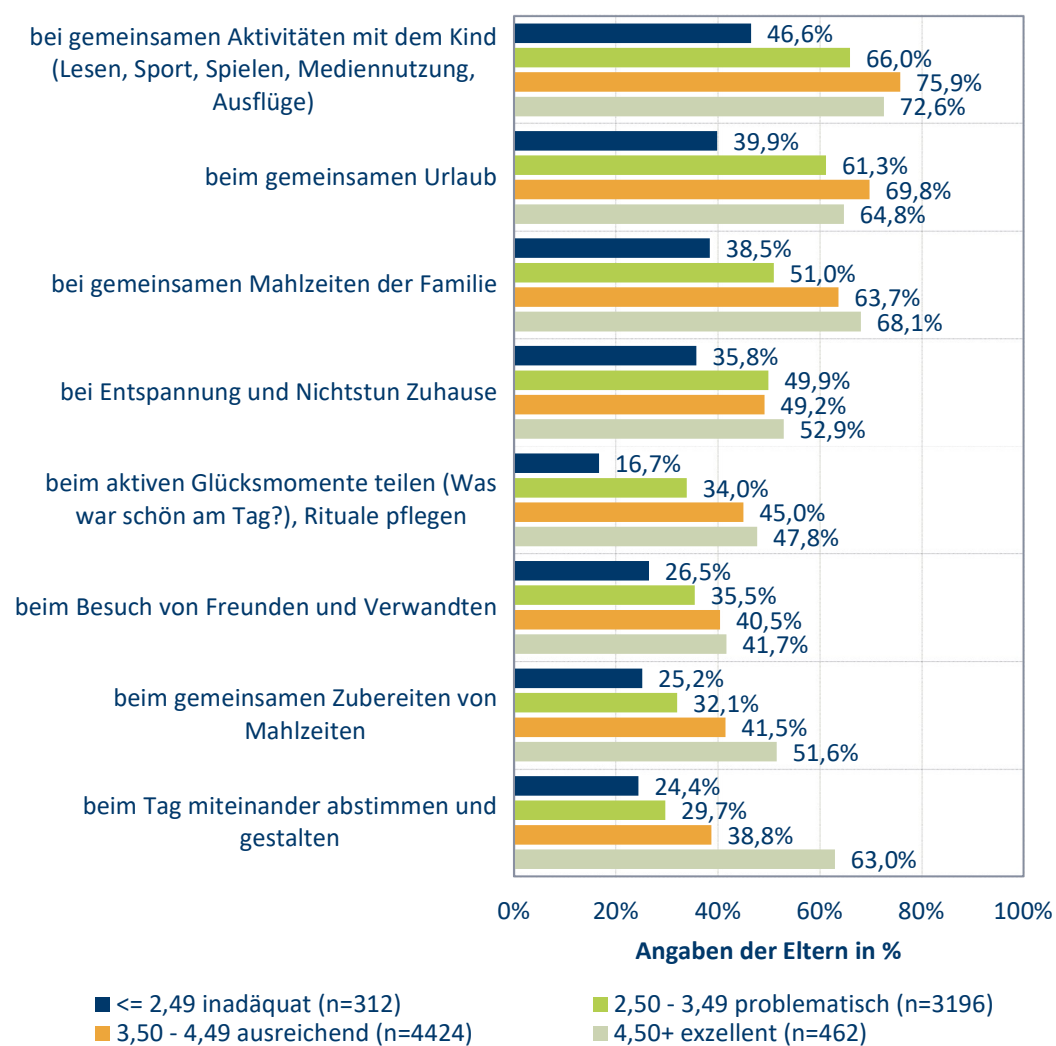
Je höher die Ernährungskompetenz der Eltern ist, desto häufiger übernehmen ihre Kinder bestimmte Aufgaben im Haushalt. Etwas mehr als die Hälfte der Kinder aus Familien mit inadäquater oder problematischer Ernährungskompetenz übernehmen keine regelmäßigen Aufgaben im Haushalt. Bei Kindern aus Familien mit exzellenter Ernährungskompetenz hingegen übernehmen drei Viertel der Kinder regelmäßig bestimmte Haushaltsaufgaben.

Auch das Vorhandensein von täglichen Gewohnheiten (Rituale) nimmt mit steigender Ernährungskompetenz zu. Während sieben von zehn Eltern unter den Familien mit inadäquater Ernährungskompetenz angeben, mit ihrem Kind tägliche feste Gewohnheiten zu haben, sind es bei Eltern mit exzellenter Ernährungskompetenz hingegen neun von zehn. Das Vorhandensein von festen, gemeinsam vereinbarten Regeln zwischen Eltern und Kindern ist ähnlich verteilt. Bei neun von zehn Familien

mit exzellenter Ernährungskompetenz gibt es feste Regeln, wohingegen das bei Familien mit inadäquater Ernährungskompetenz nur bei sieben von zehn der Fall ist.

Familien mit einer inadäquaten Ernährungskompetenz haben seltener eine besonders schöne Zeit in der Familie (Abbildung 111). Am seltensten empfanden Eltern mit einer inadäquaten Ernährungskompetenz das aktive Teilen von Glücksmomenten als besonders schöne Familienzeit. Auffällig ist, dass Eltern mit exzellenter Ernährungskompetenz im Vergleich mit den anderen Gruppen das aktive Abstimmen und Gestalten des Tages mit Abstand besonders schönfinden.

Abbildung 111: Besonders schöne Familienzeit nach Ernährungskompetenz



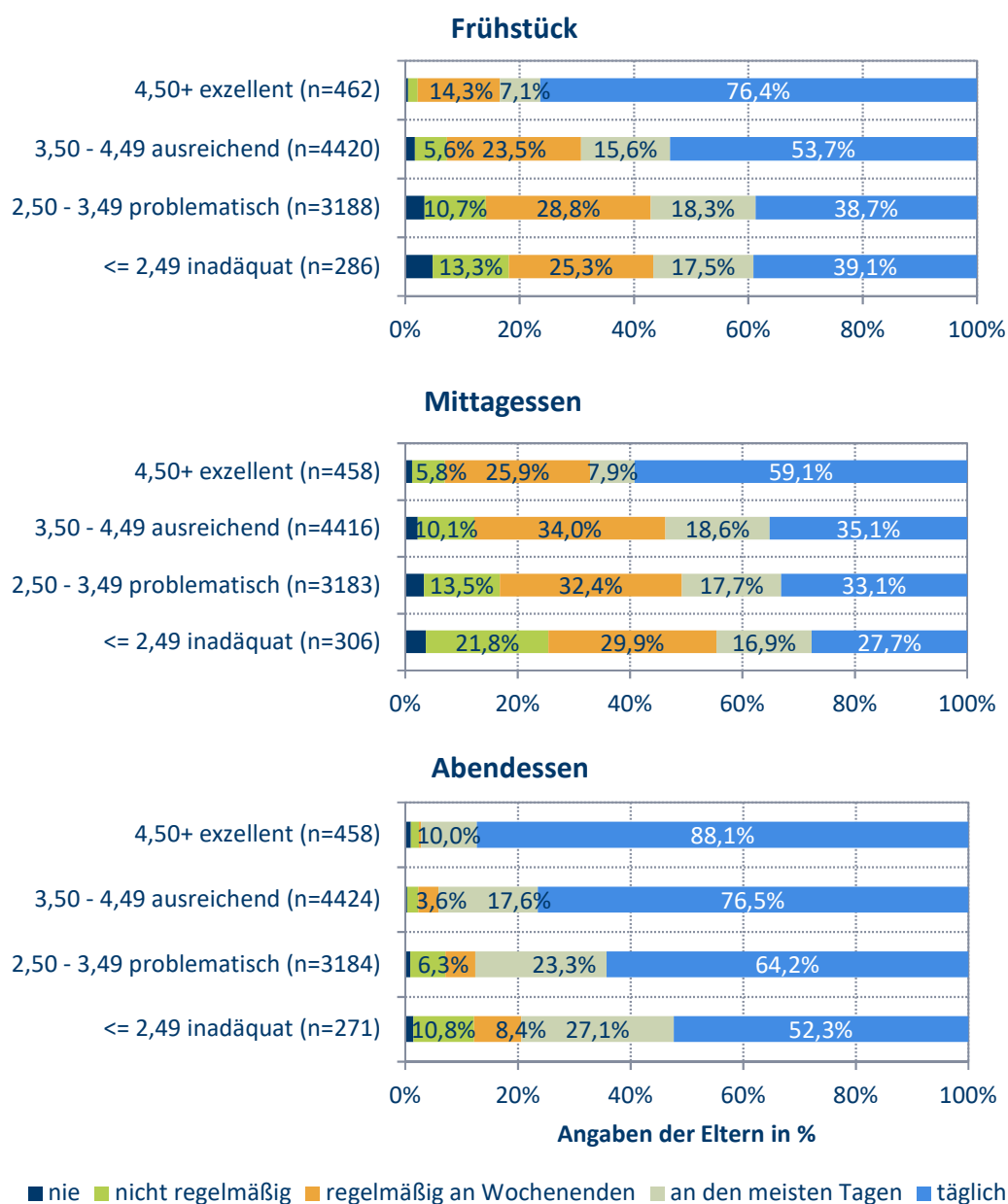
Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Mehrfachnennungen waren möglich.

Anmerkung: Frage: „Wann haben Sie eine besonders schöne Zeit in der Familie?“ (Mehrfachnennungen möglich)

Außerdem nehmen Familien mit inadäquater oder problematischer Ernährungskompetenz seltener gemeinsame Mahlzeiten ein (Abbildung 112). Im Gegensatz

dazu nehmen Familien mit exzellenter Ernährungskompetenz im Vergleich deutlich häufiger gemeinsame Mahlzeiten ein. Acht von zehn Eltern mit exzellenter Ernährungskompetenz geben an, täglich gemeinsam mit ihren Kindern zu frühstücken und Abendessen einzunehmen. Das Mittagessen nehmen immerhin sechs von zehn Familien mit exzellenter Ernährungskompetenz gemeinsam ein, etwa doppelt so häufig wie Familien mit inadäquater, problematischer oder ausreichender Ernährungskompetenz.

Abbildung 112: Gemeinsame Mahlzeiten nach Ernährungskompetenz



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Welche Mahlzeiten nehmen Sie zusammen mit Ihrem Kind ein: Abendessen

Je höher die Ernährungskompetenz, desto häufiger empfinden Eltern ihr Privat- und Berufsleben als gut miteinander vereinbar (und umgekehrt). Während über die Hälfte der Eltern mit einer inadäquaten Ernährungskompetenz eher oder voll und ganz zustimmen, dass ihre Berufstätigkeit ihr Familienleben belastet, ist es bei Eltern mit exzellenter Ernährungskompetenz etwas über ein Drittel. Jedoch sind der Anteil der Eltern, die voll und ganz zustimmen, dass ihre Berufstätigkeit ihren familiären Verpflichtungen im Weg steht, sowie der Anteil, der empfindet, dass ihr Familienleben mit ihren beruflichen Verpflichtungen im Konflikt steht, in der Gruppe der Eltern mit exzellenter Ernährungskompetenz am größten. Unter den Eltern mit exzellenter Ernährungskompetenz stimmt ein Viertel voll und ganz zu, dass ihre Berufstätigkeit Belastungen erzeugt, die sie beim Nachkommen ihrer familiären Verpflichtungen behindern und ein Fünftel der Eltern mit exzellenter Ernährungskompetenz stimmt voll und ganz zu, dass ihr Privatleben ihr Berufsleben beeinträchtigt.

Eltern mit problematischer Ernährungskompetenz sind am häufigsten stark durch unterschiedliche Faktoren belastet. Vier von zehn Eltern mit problematischer Ernährungskompetenz leiden unter starker psychischer Belastung, bei Eltern mit inadäquater oder ausreichender Kompetenz sind drei von zehn Eltern von starker psychischer Belastung betroffen und bei Eltern mit exzellenter Ernährungskompetenz sind es bloß zwei von zehn.

Auch der Anteil von starker partnerschaftlicher Belastung ist in der Gruppe mit problematischer Ernährungskompetenz am höchsten. Während knapp ein Viertel der Eltern mit problematischer Ernährungskompetenz angibt, dass eine starke partnerschaftliche Belastung vorliegt, ist es in den anderen Gruppen etwa ein Fünftel der Eltern, bei denen dieser Belastungsfaktor stark ausgeprägt ist.

Von starker finanzieller und zeitlicher Belastung sind Eltern mit problematischer und ausreichender Ernährungskompetenz gleichermaßen häufig betroffen. Vier von zehn Eltern mit problematischer oder ausreichender Ernährungskompetenz fühlen sich stark finanziell oder zeitlich belastet, während diese Belastungen bei Eltern mit inadäquater oder exzellenter Ernährungskompetenz nur bei etwa drei von zehn stark ausfallen.

Starke körperliche Belastung betrifft etwa ein Viertel der Eltern mit problematischer oder inadäquater Ernährungskompetenz, während es bei Eltern mit ausreichender oder exzellenter Ernährungskompetenz nur ein Fünftel ist.

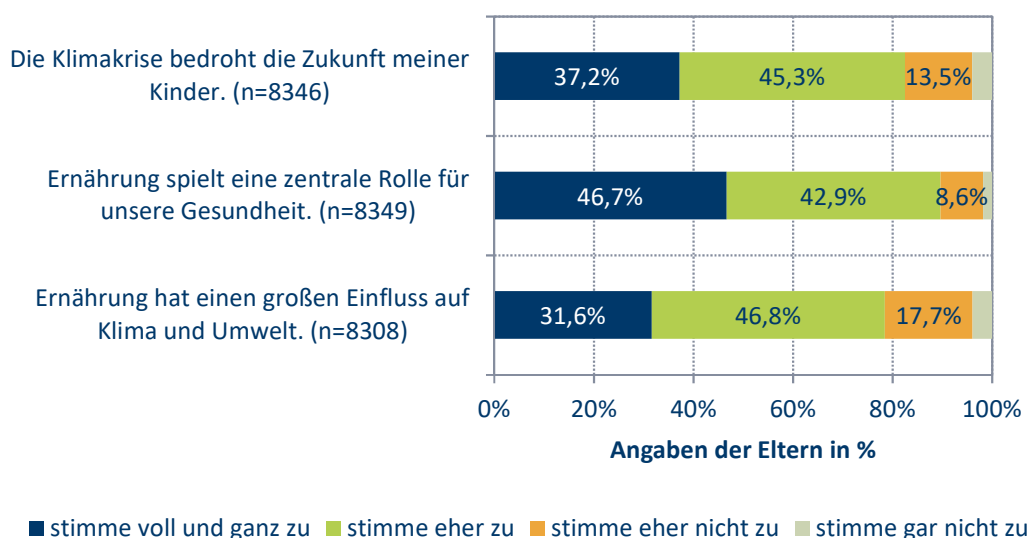
7.2 Nachhaltige Ernährung

Zum Schwerpunkt Ernährung der AOK-Familienstudie 2022 wurde neben der Ernährungskompetenz auch das Thema Nachhaltige Ernährung erfasst. Der Stand der Familien hinsichtlich einer nachhaltigen Ernährung im Jahr 2022 kann anhand der Befragungsergebnisse zu fünf Themen berichtet werden: Der Einstellung der Familien zu nachhaltiger Ernährung, dem Wissen bzw. den Fertigkeiten, die Familien besitzen, ihrem Verhalten sowie der Hindernisse und Hilfen, die der nachhaltigen Ernährung der Familien förderlich bzw. hinderlich sind.

7.2.1 Einstellung

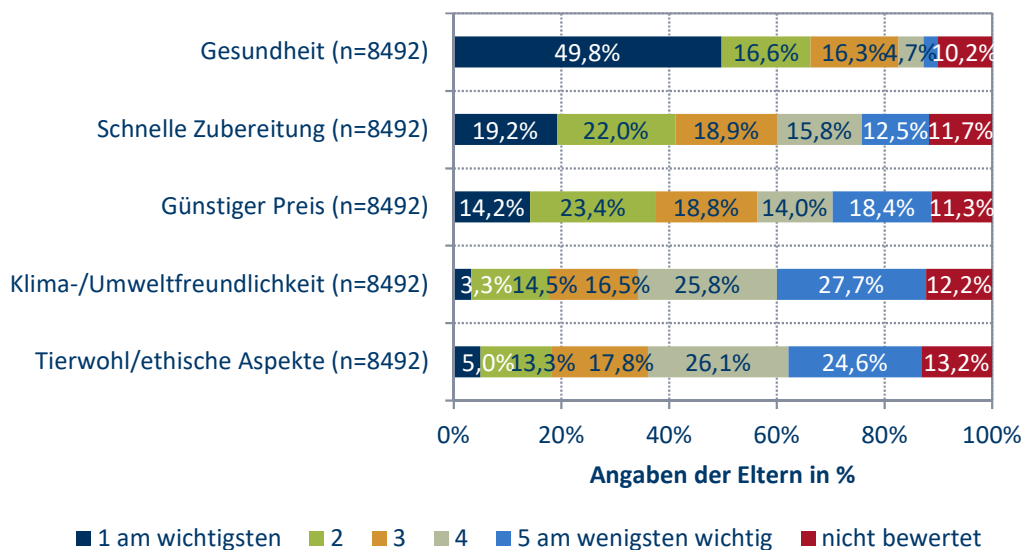
Dem überwiegenden Teil der Familien ist bewusst, dass die Klimakrise eine Bedrohung darstellt und die Ernährung nicht nur für die Gesundheit, sondern auch für Klima und Umwelt hohe Relevanz besitzt (Abbildung 113). Der Anteil der Eltern, die die Ernährung für zentral für die Gesundheit halten, ist jedoch deutlich höher als der Anteil, die die Relevanz für Klima und Umwelt hoch bewerten (47 % vs. 32 %). Lässt man die Eltern, ohne Betrachtung von Qualität und Geschmack, Aspekte der Essensauswahl in eine Rangfolge bringen, sind den meisten Eltern Gesundheit, eine schnelle Zubereitung und der Preis wichtiger als Klima- und Umweltfreundlichkeit oder Tierwohl und andere ethische Aspekte. Bei immerhin 17 Prozent bis 18 Prozent der Eltern belegen diese nachhaltigen Aspekte den wichtigsten oder zweitwichtigsten von fünf Plätzen (Abbildung 114). Es wird deutlich, dass die wahrgenommene Bedrohung der Klimakrise sowie das bestehende Bewusstsein für die Relevanz der Ernährung für Klima und Umwelt noch nicht in gleichem Maße die Essensauswahl bestimmt.

Abbildung 113: Einstellungen der Familie zu Klima und Ernährung



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu:

Abbildung 114: Ranking Auswahlkriterien der Familien in Bezug auf die Ernährung

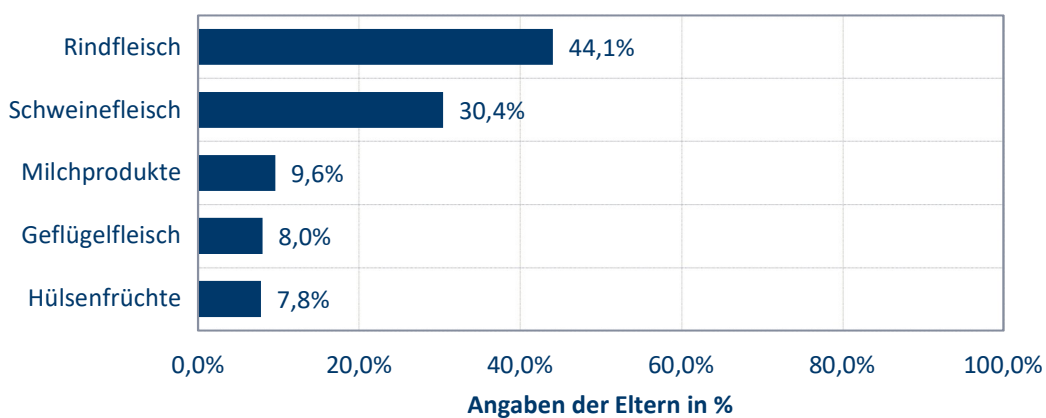


Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Welche der folgenden Aspekte sind Ihnen - unabhängig von Qualität und Geschmack - beim Essen am wichtigsten:

7.2.2 Wissen/Fertigkeiten

Das Wissen zu klimafreundlicher Ernährung ist unter Eltern eingeschränkt. Weniger als die Hälfte der befragten Eltern weiß, dass Rindfleisch das klimaschädlichste Lebensmittel ist. Fast ein Drittel hält Schweinefleisch und jeweils knapp ein Zehntel Milchprodukte, Geflügelfleisch oder Hülsenfrüchte für die klimaschädlichsten Produkte (Abbildung 115).

Abbildung 115: Einschätzung klimaschädlichstes Lebensmittel

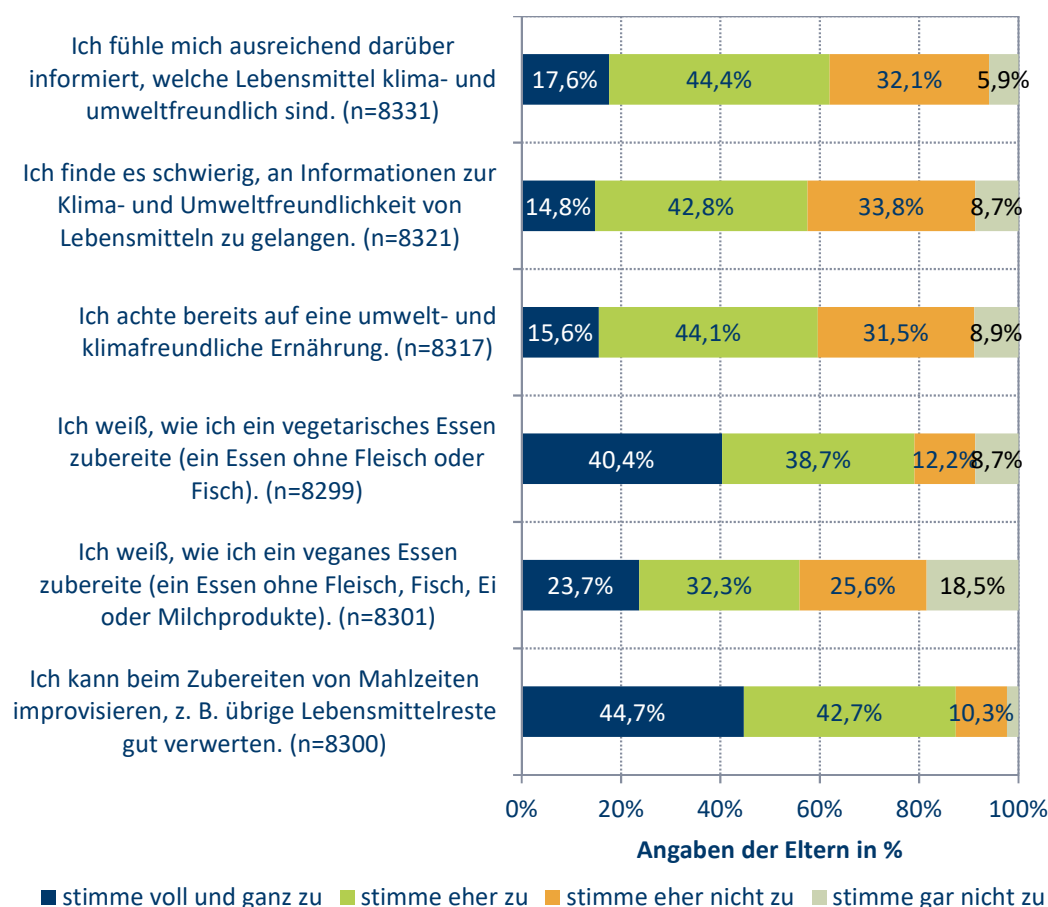


Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Fragestellung: Welches Lebensmittel aus der folgenden Liste ist Ihrer Einschätzung nach das klimaschädlichste? (n=8332)

Eltern mit einer inadäquaten Ernährungskompetenz wissen am seltensten, welche Lebensmittel am klimaschädlichsten sind. So ist der Anteil der Eltern mit inadäquater Ernährungskompetenz in der Gruppe derer, die Hülsenfrüchte für die klimaschädlichste Lebensmittelgruppe hält, mit Abstand am größten (17 %). Der Anteil derer, die Rindfleisch für das klimaschädlichste Lebensmittel halten, beträgt unter Eltern mit inadäquater Ernährungskompetenz etwa ein Viertel, während dieser Anteil in Gruppen mit einer höheren Ernährungskompetenz fast doppelt so hoch ist.

Neben dieser „harten“ Wissensfrage wurde der Informations- und Wissensstand der Eltern anhand von Zustimmungsskalen erfragt. Auch hier zeigt sich Potenzial dahingehend, dass ca. 60 Prozent der Eltern es schwierig finden, Informationen zur Klima- und Umweltfreundlichkeit von Lebensmitteln zu erhalten. Mit 40 Prozent der Eltern, die sich nicht ausreichend darüber informiert fühlen, welche Lebensmittel klima- und umweltfreundlich sind, besteht auch ein grundsätzlicher Wissensbedarf. Die meisten Eltern benennen jedoch Kompetenzen, vegetarische oder vegane Gerichte zuzubereiten und Lebensmittelreste zu verwerten (Abbildung 116).

Abbildung 116: Wissenstand zur klima- und umweltfreundlicher Ernährung

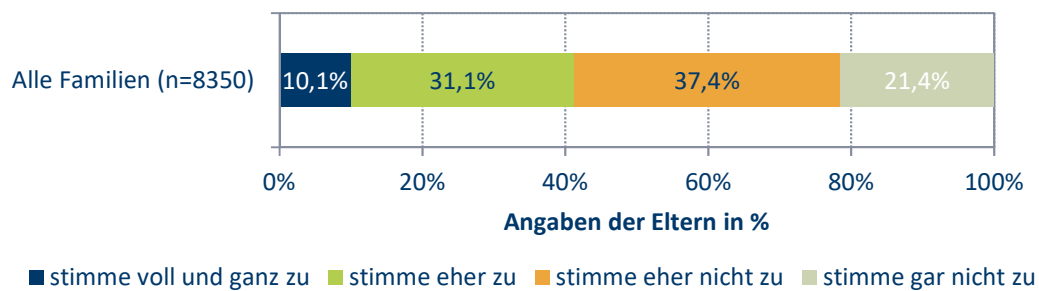


Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu:

7.2.3 Verhalten

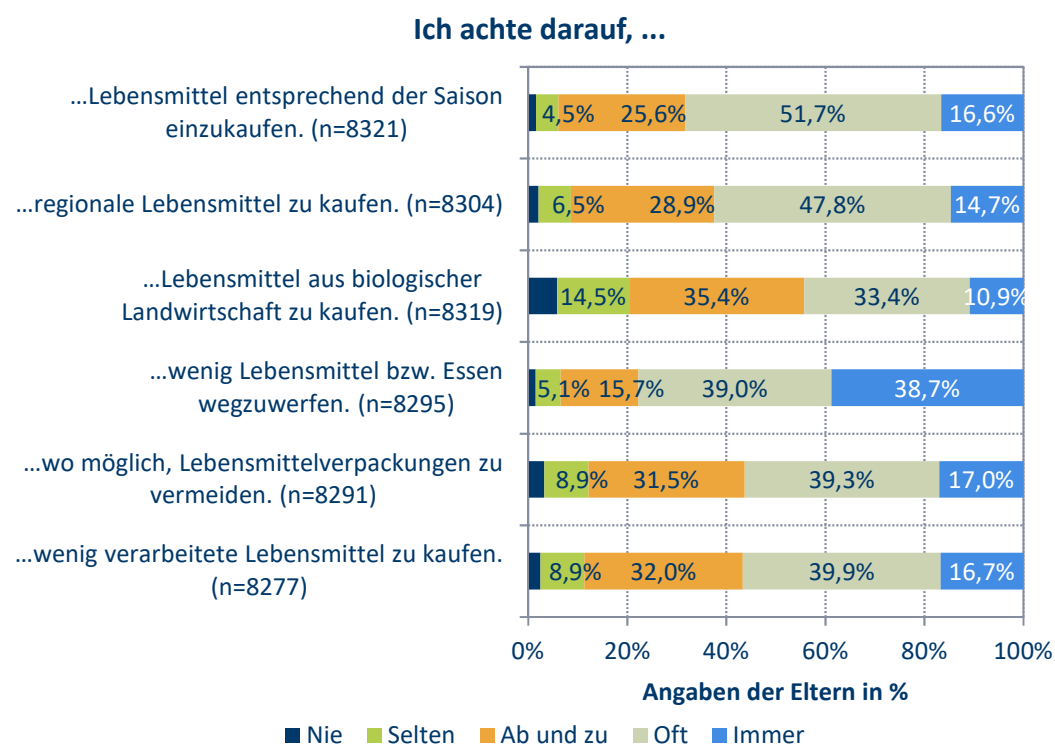
41 Prozent der Eltern gibt an, ihr Essverhalten bereits aufgrund der Klimakrise angepasst zu haben (Abbildung 117).

Abbildung 117: Veränderung des Essverhaltens der Familien aufgrund der Klimakrise



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
Anmerkung: Frage: Inwiefern stimmen Sie der folgenden Aussage zu? Unsere Familie hat ihr Essverhalten aufgrund der Klimakrise verändert.

Abbildung 118: Einkaufsverhalten zur klima- und umweltfreundliche Ernährung

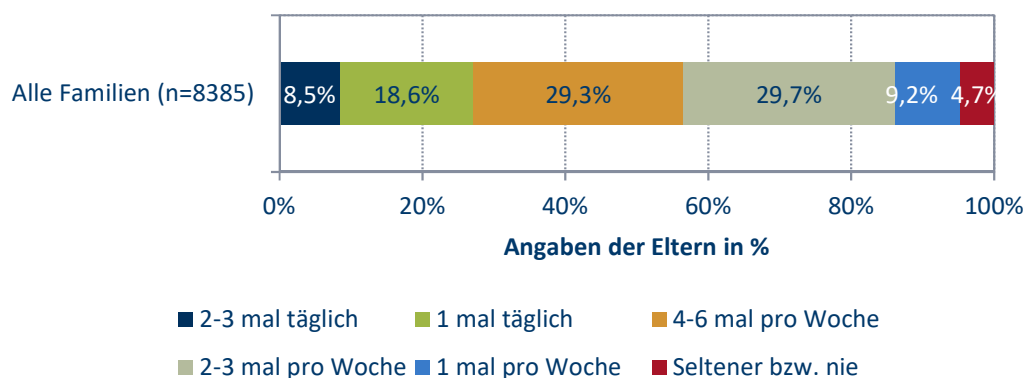


Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
Anmerkung: Frage: Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu: Ich achte darauf, ...

Viele Familien achten darauf, Lebensmittel saisonal und regional einzukaufen und wenig Lebensmittel wegzuerwerfen. Nur ca. die Hälfte der befragten Elternteile gibt jedoch an, oft oder immer Lebensmittelverpackungen zu vermeiden oder regelmäßig wenig verarbeitete Lebensmittel oder Lebensmittel aus biologischer Landwirtschaft zu kaufen (Abbildung 118).

Der Fleischkonsum der Familien liegt bei 86 Prozent der Familien über den Empfehlungen für eine nachhaltige Ernährung von einmal pro Woche oder seltener (Abbildung 119). Auch in den Angaben der Eltern zum klimafreundlichen Ernährungsverhalten zeigt sich demnach, vergleichbar zu den Einstellungen, eine Lücke zwischen dem Anteil der Familien, die angegeben haben, bereits ihre Ernährung an die Klimakrise angepasst zu haben (41 %), zu dem Anteil derjenigen, die den Konsum des dahingehend wichtigsten Lebensmittels Fleisch bereits entsprechend der Empfehlungen niedrig halten (14 %).

Abbildung 119: Fleischkonsum der Familien



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Wie oft steht Fleisch auf Ihrem Esstisch (auch Aufschnitt, Streichwurst, Würstchen)?

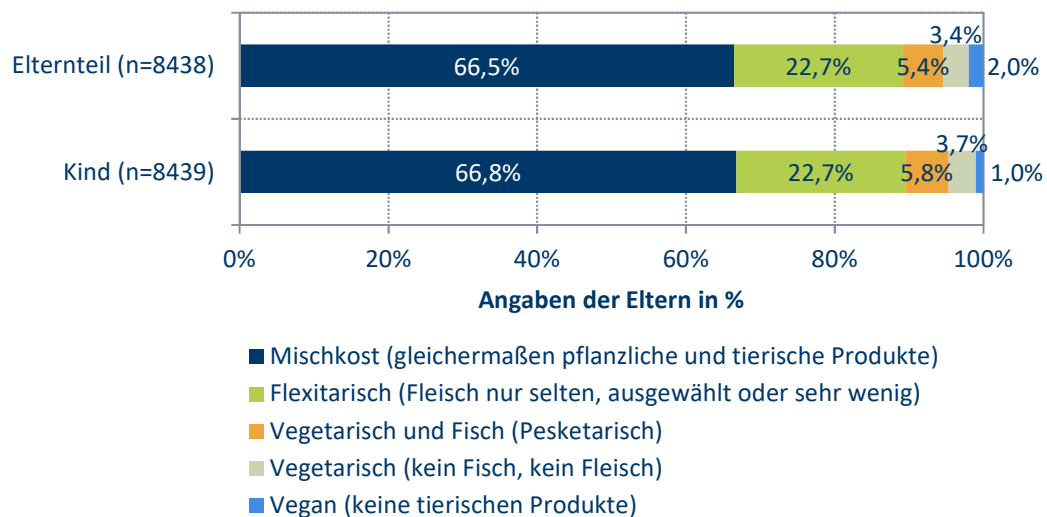
Ein Drittel der Familien ernährt sich fleischreduziert, d.h. flexitarisch, pesketarisch, vegetarisch oder vegan (Abbildung 120).

Die Häufigkeit des Fleischkonsums unterscheidet sich nach dem höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss des befragten Elternteils. Je höher der Bildungsabschluss, desto seltener ist täglicher Fleischkonsum. Der Anteil an Eltern, die nicht häufiger als einmal pro Woche Fleisch konsumieren, ist jedoch bei Hauptschulabschlüssen und vergleichbaren Abschlüssen am höchsten (Abbildung 121).

Der Anteil der Kinder, die fleischreduziert ernährt werden, unterscheidet sich nach Bundesland. Am höchsten ist er im Jahr 2022 in den Stadtstaaten Berlin (47 %), Bremen (41 %) und Hamburg (39 %) (Abbildung 122). Hingegen wurden in den ost-deutschen Bundesländern – Berlin ausgenommen – lediglich zwischen etwa einem

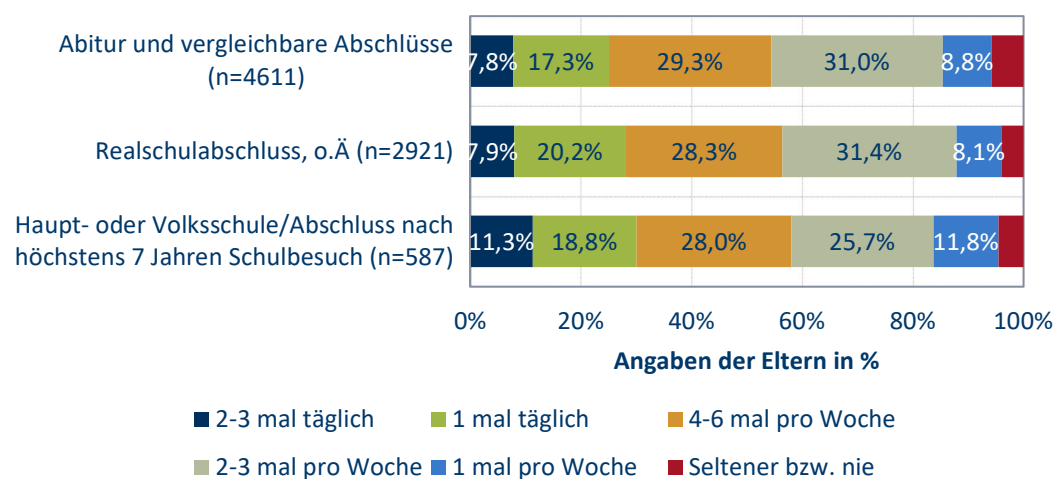
Fünftel (Mecklenburg-Vorpommern) und einem Viertel (Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen) der Kinder fleischreduziert ernährt.

Abbildung 120: Ernährungsformen in den Familien (Eltern, Kinder)



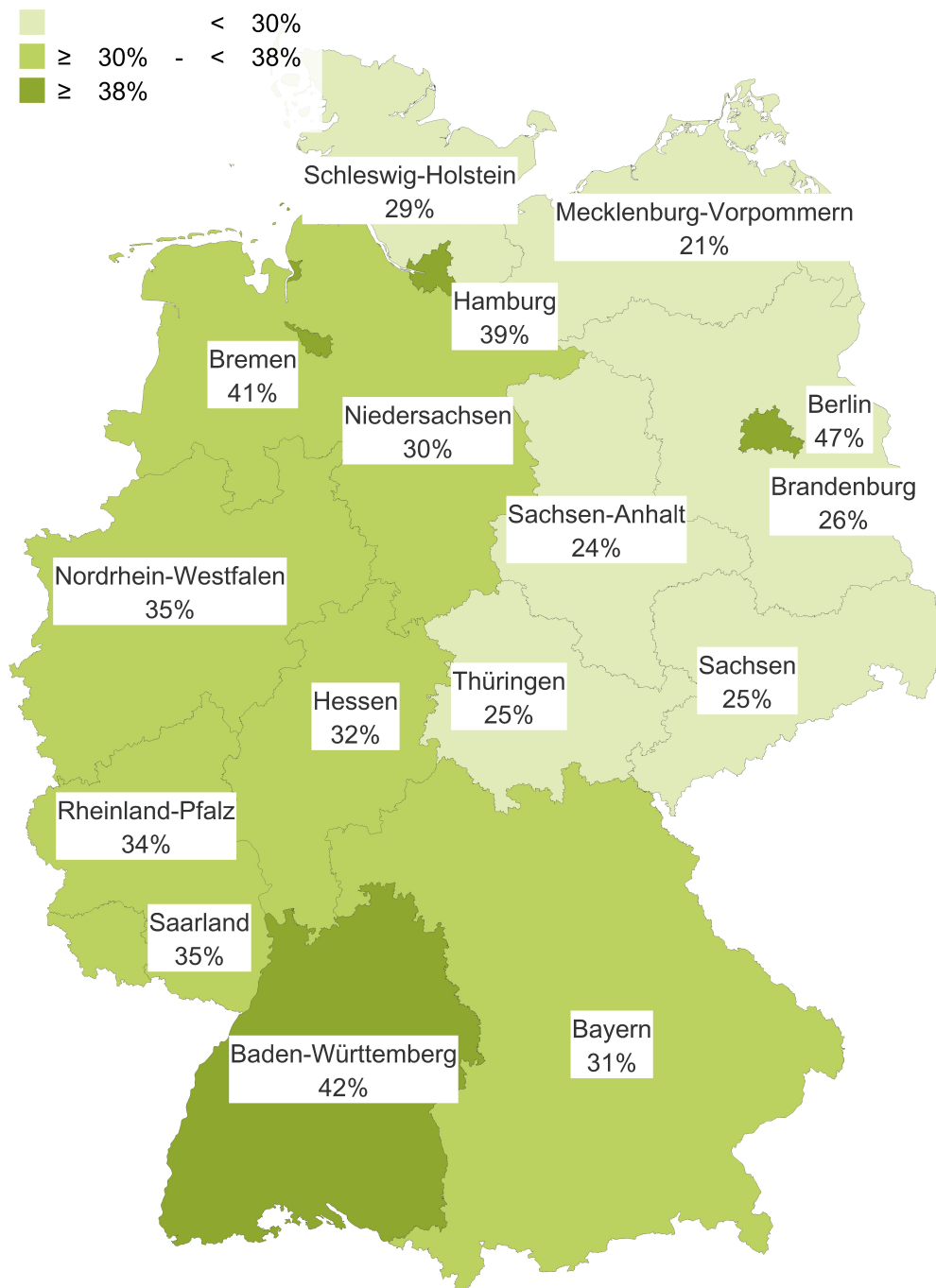
Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
Anmerkung: Frage: Wie ernähren Sie sich und Ihr Kind?

Abbildung 121: Häufigkeit des Fleischkonsums nach höchstem allgemeinbildenden Schulabschluss der Eltern



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
Anmerkung: Frage: Wie oft steht Fleisch auf Ihrem Esstisch (auch Aufschnitt, Streichwurst, Würstchen)?

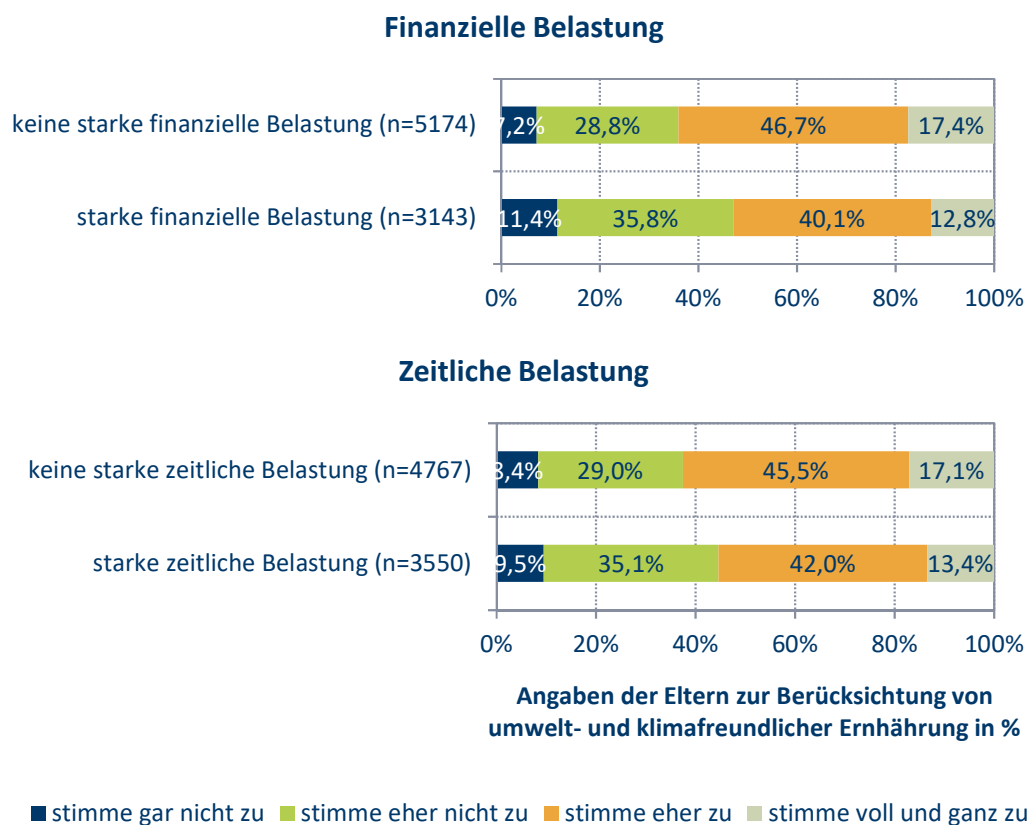
Abbildung 122: Anteil der Kinder, die fleischreduziert ernährt werden, nach Bundesland (2022)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
Anmerkung: Frage: Wie ernähren Sie Ihr Kind?

Neben der Bildung sind die Belastungen der Eltern Einflussfaktoren für eine umwelt- und klimafreundliche Ernährung. Eltern, die unter starker zeitlicher und finanzieller Belastung stehen, achten seltener auf umwelt- und klimafreundliche Ernährung (Abbildung 123).

Abbildung 123: Beachtung von umwelt- und klimafreundlicher Ernährung nach elterlichen Belastungsfaktoren (Auswahl)



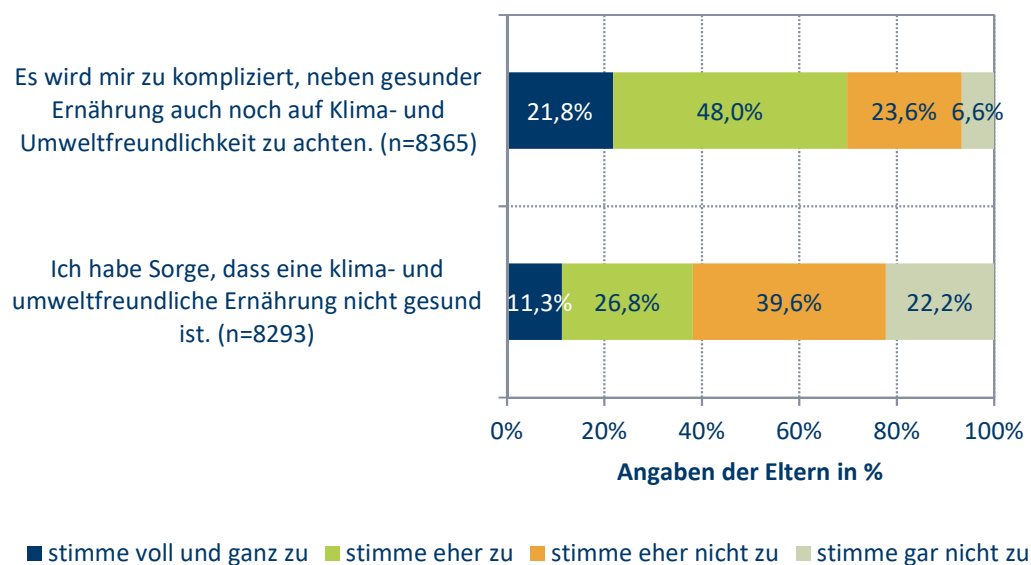
Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Fragestellung: Ich achte bereits auf eine umwelt- und klimafreundliche Ernährung.

7.2.4 Hindernisse

Ein Großteil aller befragten Eltern (70 %) findet es zu kompliziert, neben gesunder Ernährung auch noch auf Klima- und Umweltfreundlichkeit zu achten. Viele Eltern haben zudem Sorge, eine klima- und umweltfreundliche Ernährung sei nicht gesund (Abbildung 124). Diese Sorge unterscheidet sich deutlich nach Geschlecht der Elternteile: 47 Prozent der Männer und dagegen nur 33 Prozent der Frauen teilen diese Sorge. Dieses Ergebnis ist ggf. auf Wissenslücken zur Planetary Health Diet

zurückzuführen, da einer klimafreundlichen Ernährung von den Eltern ggf. ein vollständiger Verzicht auf tierische Lebensmittel zugeschrieben wird und nicht, wie in der Planetary Health Diet vorgesehen, nur um eine deutliche Reduktion des Fleischkonsums zugunsten einer stärker pflanzenbasierten Ernährung. Diese Hypothese ist in zukünftigen Studien genauer zu untersuchen.

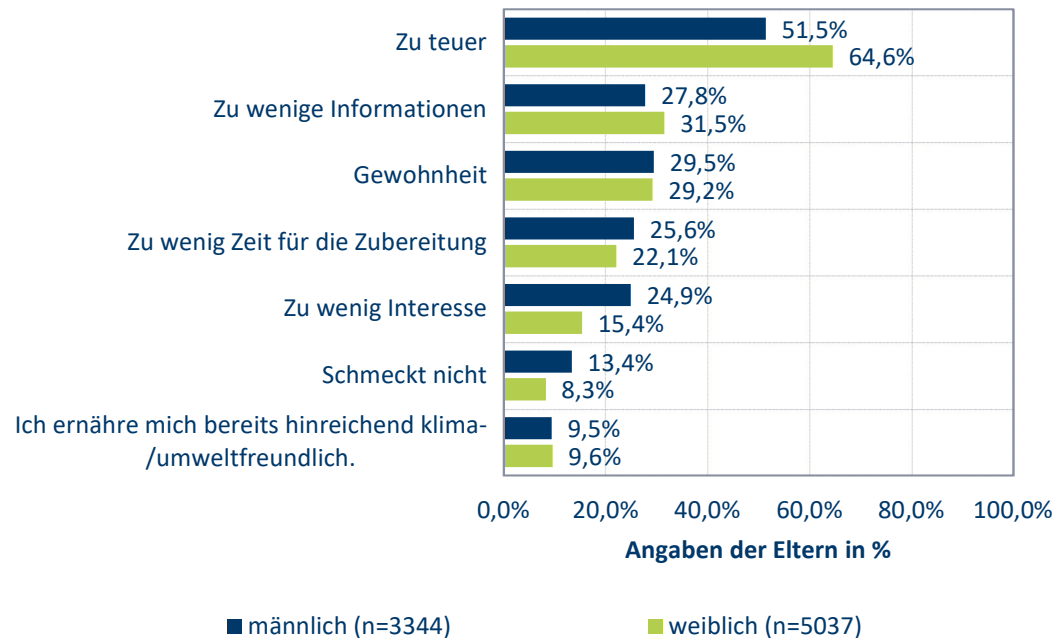
Abbildung 124: Hindernde Einstellungen gegenüber klima- und umweltfreundlicher Ernährung



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
Anmerkung: Frage: Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu:

Über die Hälfte der befragten Eltern (59 %) empfindet zudem die Kosten für eine klima- und umweltfreundliche Ernährung als zu hoch. Als weitere Barrieren für eine klima- und umweltfreundliche Ernährung gibt etwa ein Drittel der Eltern an, über zu wenig Informationen zu verfügen. Ebenfalls einem Drittel stehen Gewohnheiten der Ernährungsform entgegen, ein Viertel hat zu wenig Zeit für die Zubereitung und etwa ein Fünftel hat kein ausreichendes Interesse. Nur ein Elternteil von zehn sagt, dass ihnen eine klimafreundliche Ernährung „nicht schmecken“ würde und ebenso viele Eltern geben an, sich bereits hinreichend klima- und umweltfreundlich zu ernähren. Väter und Mütter unterscheiden sich dabei in der Bewertung: Während Müttern eine klimafreundliche Ernährung häufiger zu teuer ist, geben Väter eher an, kein Interesse daran zu haben oder dass ihnen klimafreundliche Ernährung nicht schmeckt (Abbildung 125). Nach Ausprägung der Ernährungskompetenz zeigt sich, dass Eltern mit einer inadäquaten Ernährungskompetenz im Vergleich zu den anderen Gruppen am häufigsten angeben, zu wenig Zeit für die Zubereitung oder kein Interesse zu haben, dass ihre Gewohnheiten sie hindern würden, nicht genug Informationen zu haben oder dass diese Ernährungsweise zu teuer sei.

Abbildung 125: Hindernisse klima- und umweltfreundliche Ernährung nach Geschlecht der Eltern

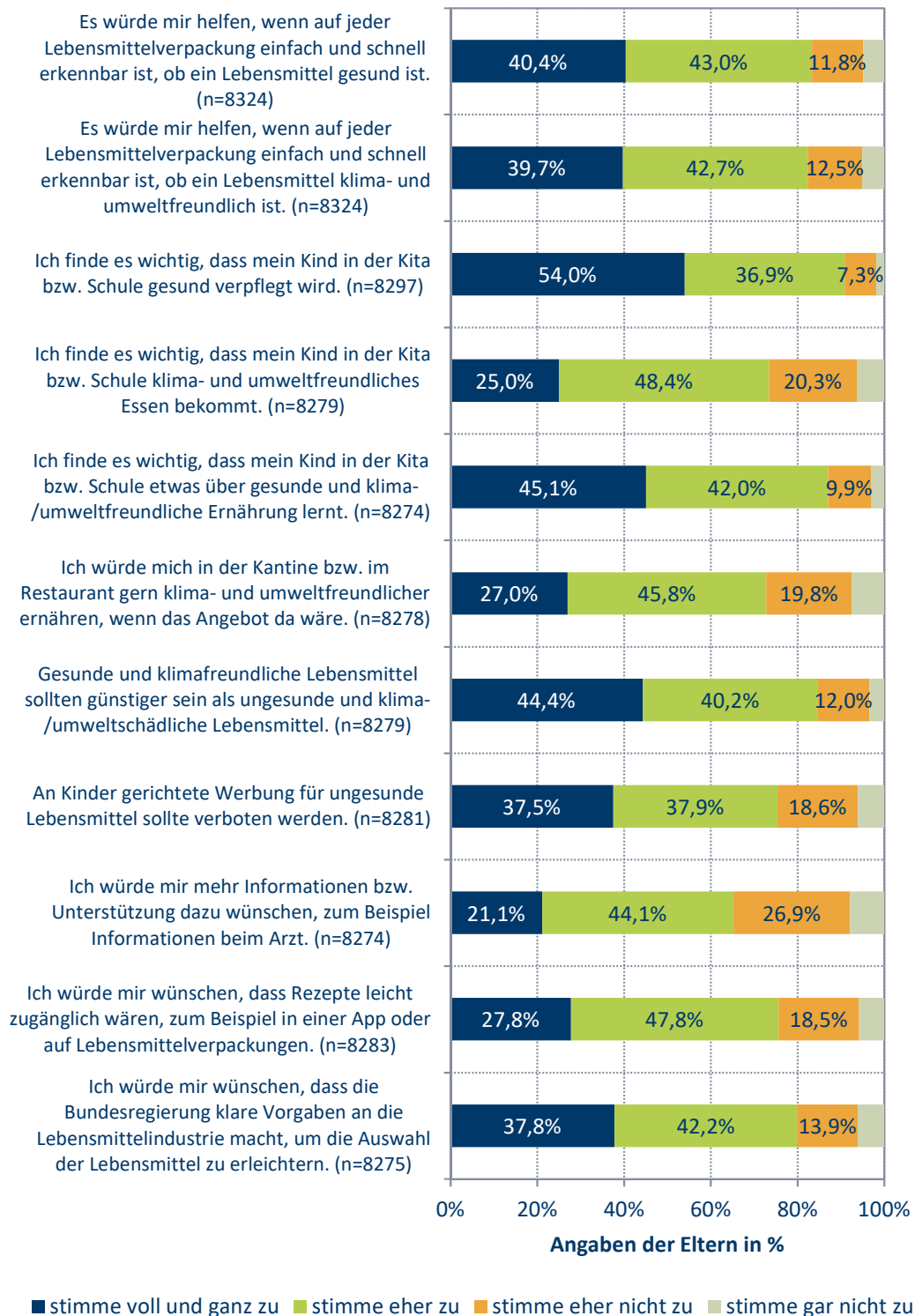


Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Mehrfachnennungen waren möglich.
 Anmerkung: Fragestellung: Welche Hindernisse stehen für Sie persönlich einer klima-/umweltfreundlichen Ernährung im Weg?

7.2.5 Hilfen

Die meisten Eltern wünschen sich mehr Informationen und Unterstützung für eine klima- und umweltfreundliche Ernährung. Am wichtigsten ist den Eltern hier wiederum die gesunde Ernährung und entsprechende Wissensvermittlung ihrer Kinder in Kita und Schule. Im Vergleich dazu ist den Eltern die klimafreundliche Ernährung der Kinder sowie die Verbesserung des nachhaltigen Angebots für die eigene auswärtige Ernährung nur nachgelagert wichtig. Vier von fünf Elternteilen stimmen staatlichen Fördermaßnahmen zu, die die Kennzeichnung von gesunden und klimafreundlichen Lebensmitteln verbessern und diese im Vergleich zu ungesunden oder klimaschädlichen Lebensmitteln preisgünstiger gestalten sollen (Abbildung 126).

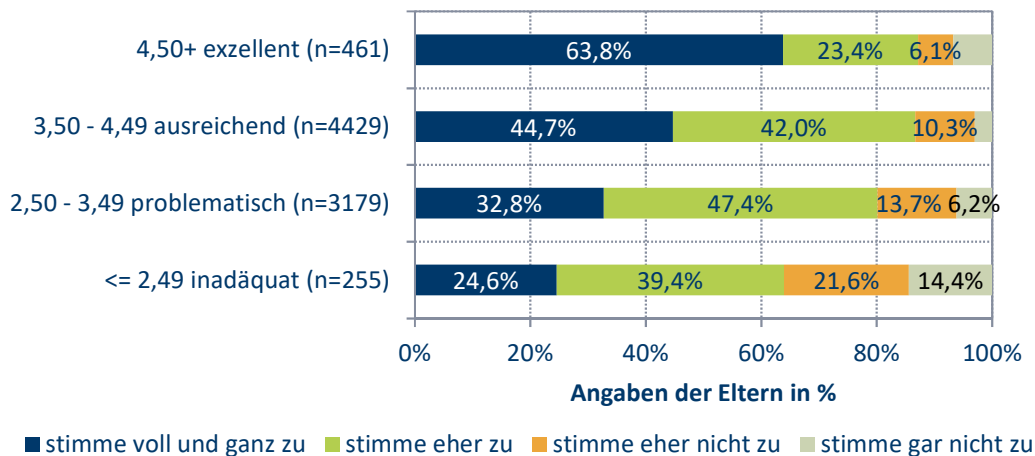
Abbildung 126: Informations- und Unterstützungsbedarf zu klima- und umweltfreundlicher Ernährung



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu:

Eltern mit einer inadäquaten Ernährungskompetenz stimmen seltener zu, dass es ihnen helfen würde, wenn auf der Lebensmittelverpackung leicht zu erkennen wäre, ob ein Lebensmittel gesund ist (Abbildung 127).

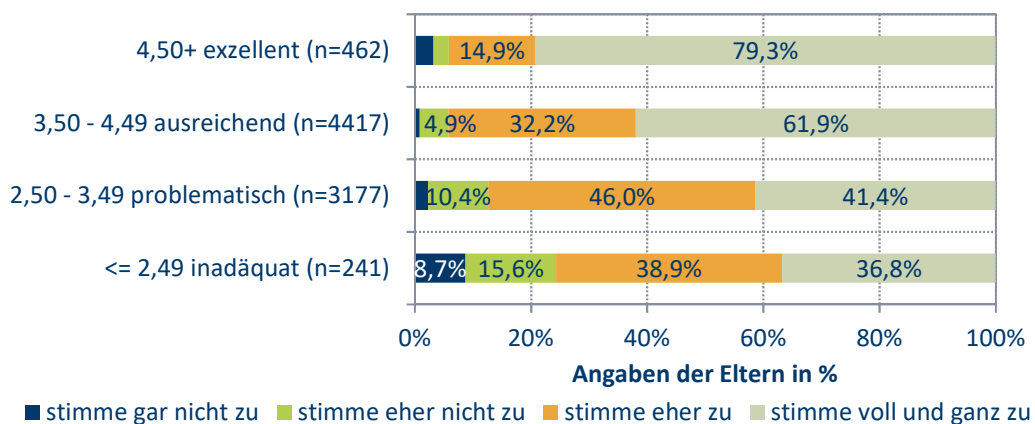
Abbildung 127: Einstellung zur Kennzeichnung von gesunden Lebensmitteln nach Ernährungskompetenz



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
Anmerkung: Frage: „Es würde mir helfen, wenn auf jeder Lebensmittelverpackung einfach und schnell erkennbar ist, ob ein Lebensmittel gesund ist.“

Auch findet es ein Viertel der Eltern mit einer inadäquaten Ernährungskompetenz eher nicht wichtig oder unwichtig, dass ihr Kind in der Kita bzw. Schule gesund gepflegt wird (Abbildung 128).

Abbildung 128: Wichtigkeit von gesunder Schul- bzw. Kitaverpflegung des Kindes nach Ernährungskompetenz



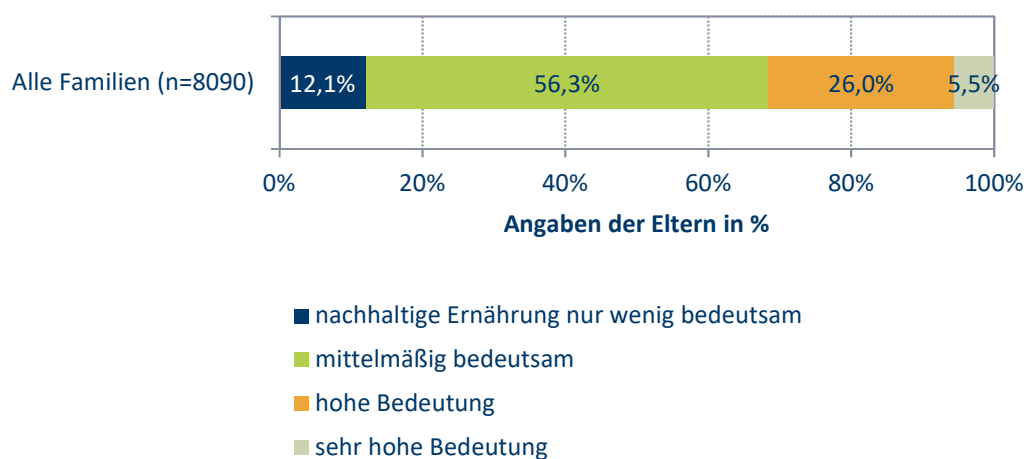
Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
Anmerkung: Frage: „Ich finde es wichtig, dass mein Kind in der Kita bzw. Schule gesund gepflegt wird.“

7.2.6 Gesamtscore Bedeutung nachhaltige Ernährung

Fragen zu spezifischen Aspekten der nachhaltigen Ernährung, zum Fleischkonsum sowie zur Zubereitung von Speisen und Hindernisse in Zusammenhang mit der Umsetzung einer nachhaltigen Ernährung wurden zu einem Gesamtscore zusammengefasst, der ein allgemeines Maß für die Bedeutung der nachhaltigen Ernährung einer Familie darstellt (vgl. Kapitel 2.3.3.2).

Abbildung 129 zeigt zunächst, wie sich alle Familien in der Bedeutung der nachhaltigen Ernährung darstellen. In ca. einem Drittel der Familien nimmt eine nachhaltige Ernährung eine hohe bis sehr hohe Bedeutung ein. Diese Bedeutung unterscheidet sich leicht regional nach Bundesländern: Im Süden Deutschlands sowie in den Stadtstaaten ist die Bedeutung nachhaltiger Ernährung etwas höher als im Norden (Abbildung 130).

Abbildung 129: Gesamtscore Bedeutung nachhaltige Ernährung

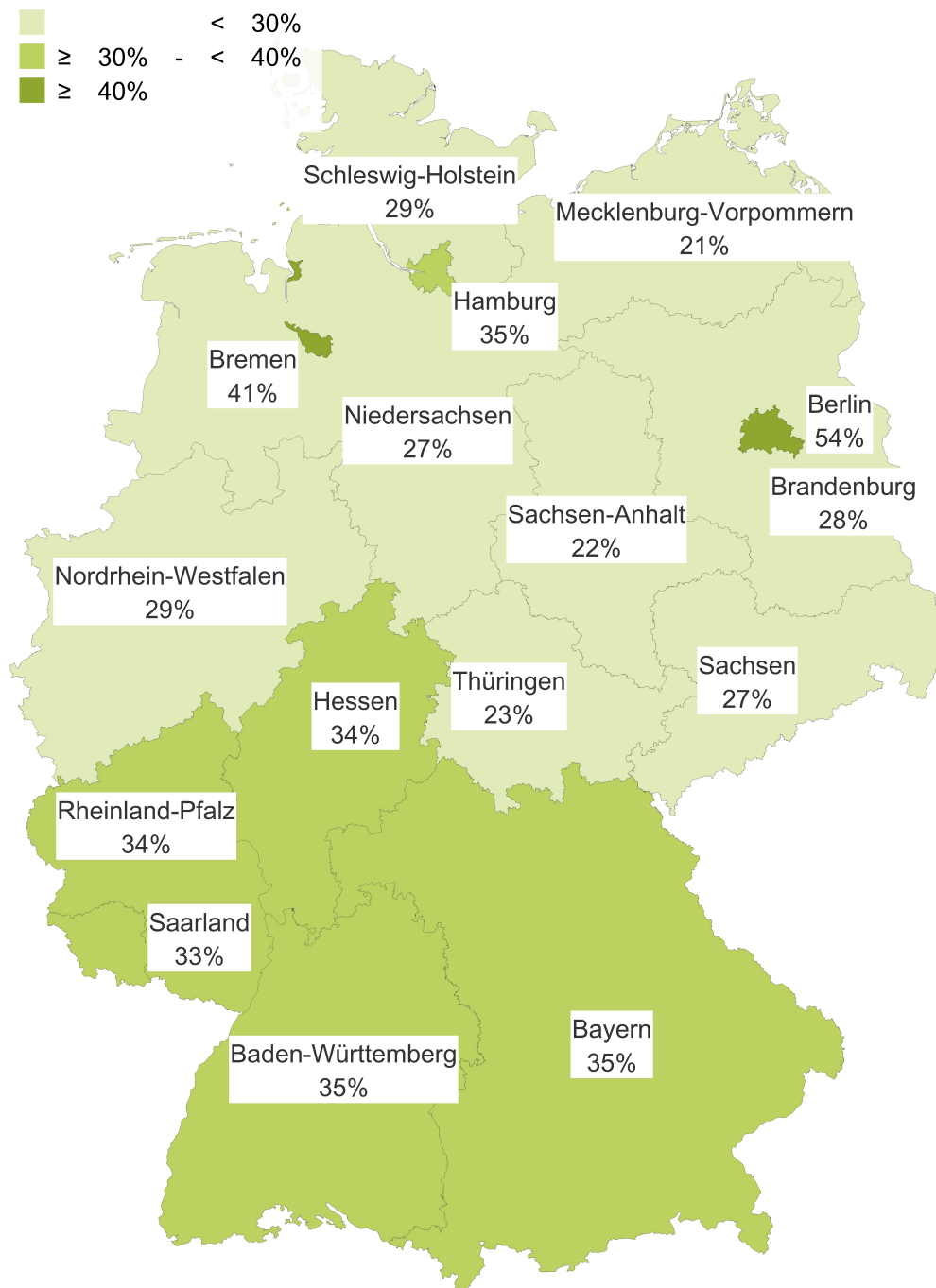


Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
Anmerkung: Berechneter Gesamtscore (vgl. Kapitel 2.3.3.2)

Der Gesamtscore zur Bedeutung der nachhaltigen Ernährung steht wie die betrachteten Einzelaspekte in Zusammenhang mit dem Bildungsstand und dem Gesundheitszustand der Eltern sowie der finanziellen Belastung der Familien. Besonders deutlich wird anhand des Gesamtscores der enge Zusammenhang der Bedeutung nachhaltiger Ernährung mit der Ernährungskompetenz: Je höher die Ernährungskompetenz, desto höher ist auch die Bedeutung nachhaltiger Ernährung (Abbildung 131).

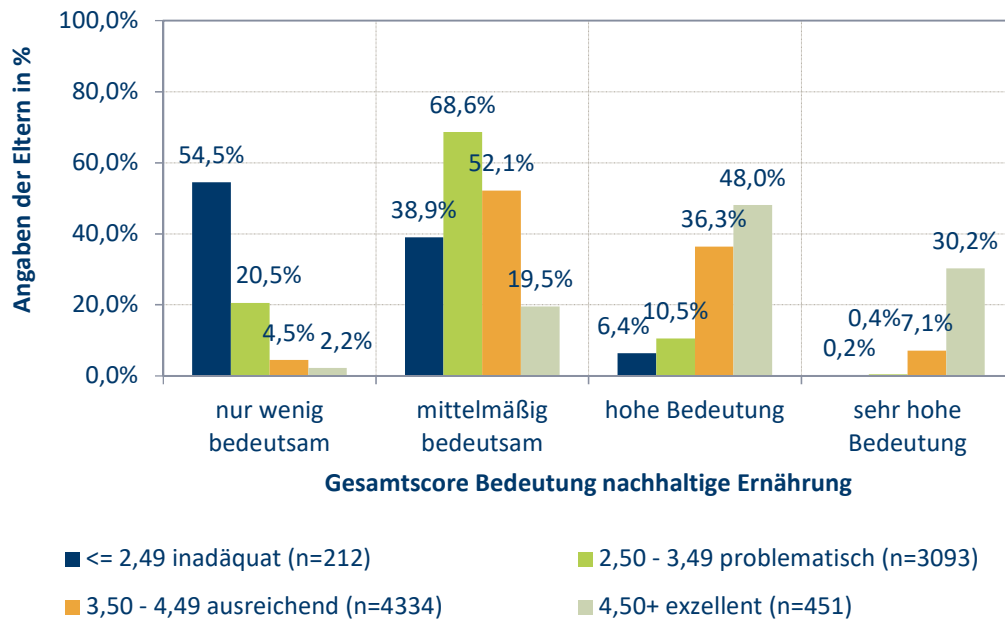
Weitere wesentliche Unterschiede sind sichtbar hinsichtlich eines regelmäßigen gemeinsamen Abendessens (Abbildung 132) und eines Normalgewichts der Eltern (Abbildung 133), ihres Sportverhaltens (Abbildung 134) sowie der Lebensqualität der Kinder (KIDSCREEN, Abbildung 135). Die Belastung durch Krisen ist dagegen kein Indikator für eine hohe Bedeutung nachhaltiger Ernährung.

Abbildung 130: Gesamtscore sehr hohe und hohe Bedeutung nachhaltige Ernährung nach Bundesland



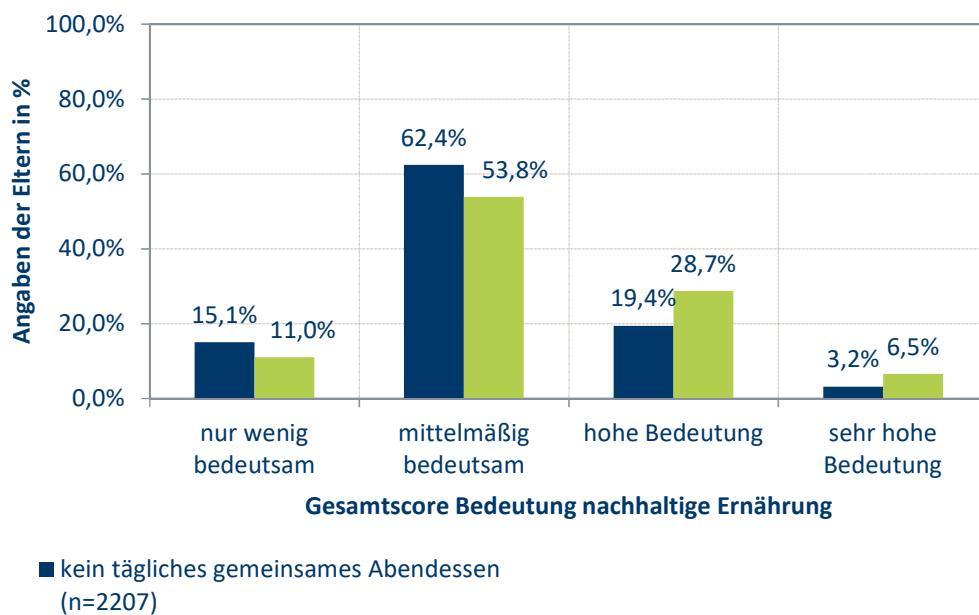
Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Berechneter Gesamtscore (vgl. Kapitel 2.3.3.2). Anteil der Eltern mit (sehr) hoher Bedeutung von nachhaltiger Ernährung

Abbildung 131: Gesamtscore Bedeutung nachhaltige Ernährung nach Ernährungs-kompetenz



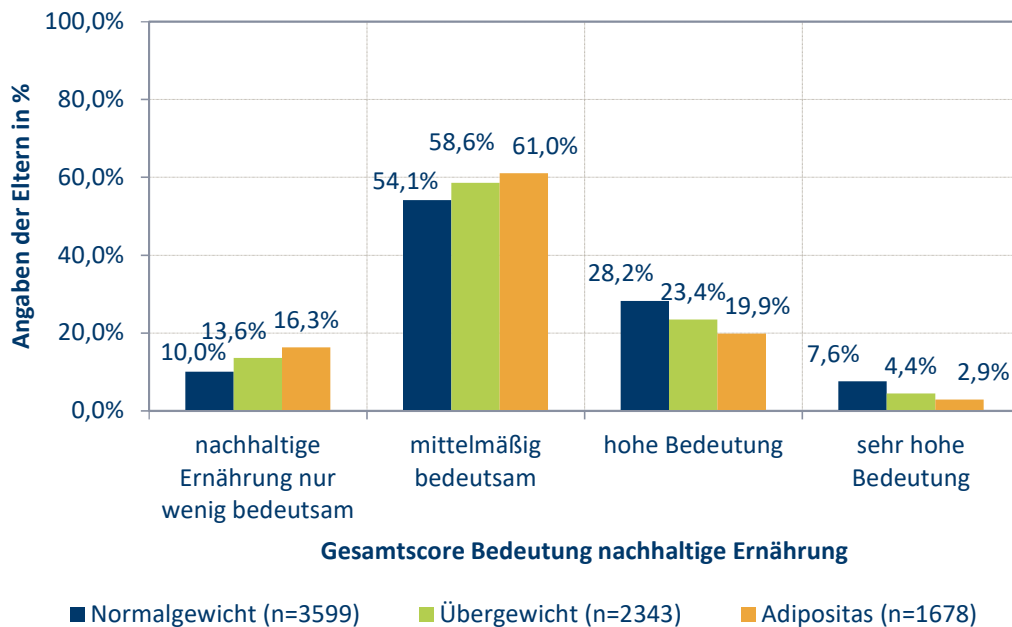
Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Berechneter Gesamtscore (vgl. Kapitel 2.3.3.2)

Abbildung 132: Gesamtscore Bedeutung nachhaltige Ernährung nach täglichem gemeinsamen Abendessen



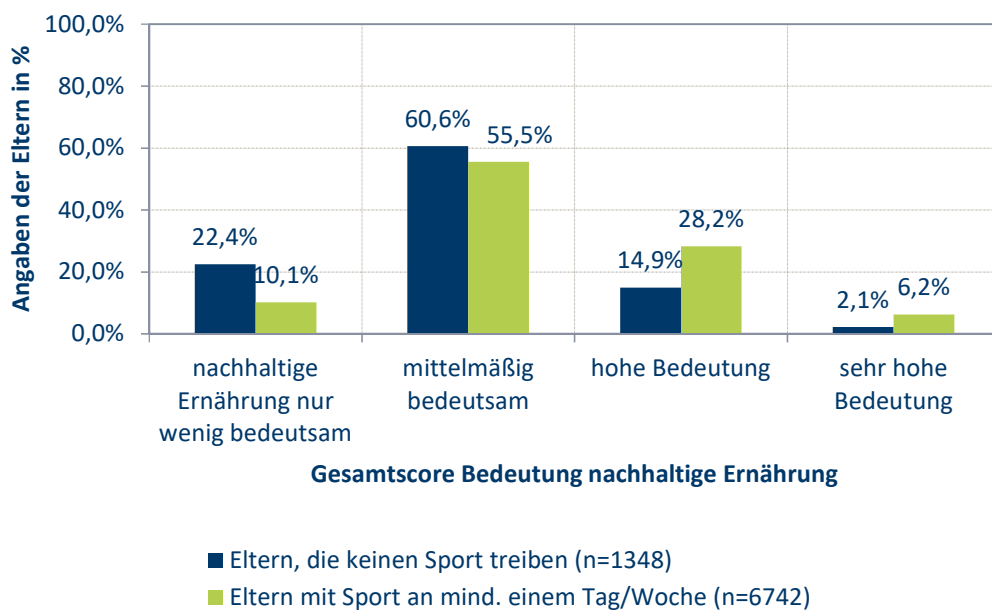
Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Berechneter Gesamtscore (vgl. Kapitel 2.3.3.2)

Abbildung 133: Gesamtscore Bedeutung nachhaltige Ernährung nach BMI der Eltern



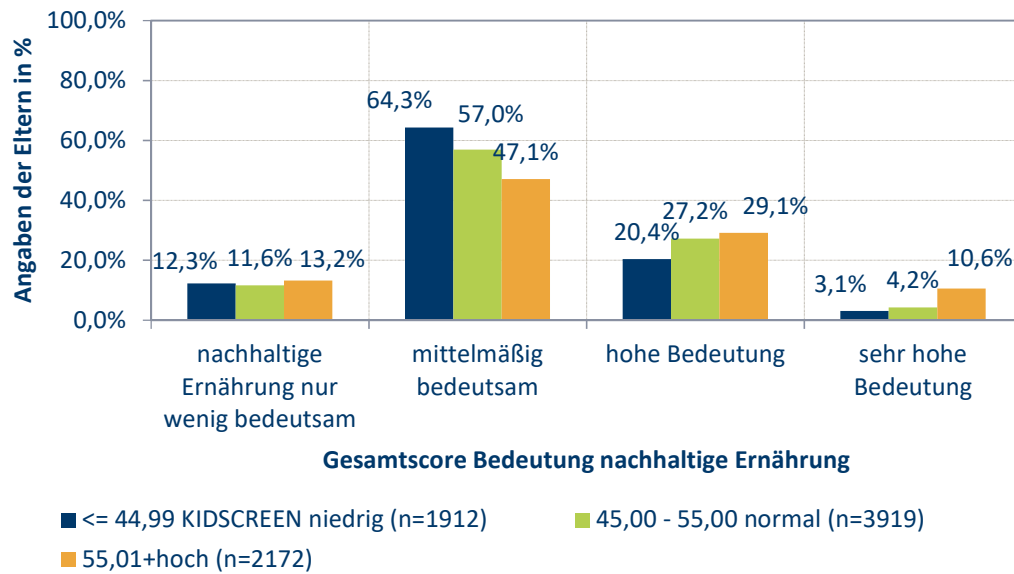
Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Berechneter Gesamtscore (vgl. Kapitel 2.3.3.2)

Abbildung 134: Gesamtscore Bedeutung nachhaltige Ernährung nach Sportverhalten der Eltern



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Berechneter Gesamtscore (vgl. Kapitel 2.3.3.2)

Abbildung 135: Gesamtscore Bedeutung nachhaltige Ernährung nach Lebensqualität der Kinder (KIDSCREEN)



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Berechneter Gesamtscore (vgl. Kapitel 2.3.3.2)

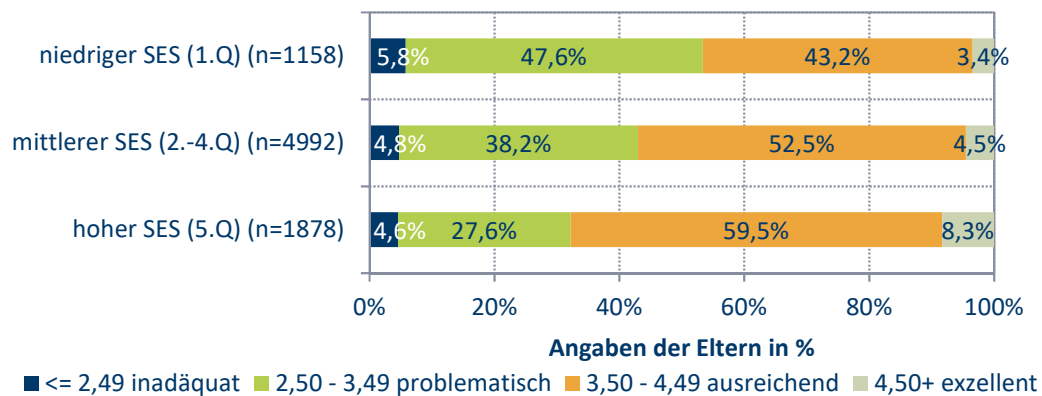
7.3 Situation von vulnerablen Familien

7.3.1 Ernährungskompetenz

Familien mit niedrigem SES

Eltern mit einem niedrigen sozioökonomischen Status (SES, unterstes Quintil) haben im Vergleich zu Eltern mit einem mittleren oder hohen SES häufiger eine inadäquate oder problematische Ernährungskompetenz (Abbildung 136). Mehr als die Hälfte der Eltern (54 %) mit einem niedrigen SES hat eine problematische oder inadäquate Ernährungskompetenz. Dies trifft hingegen nur auf ein Drittel der Eltern mit einem hohen SES zu.

Abbildung 136: Ernährungskompetenz nach sozioökonomischem Status



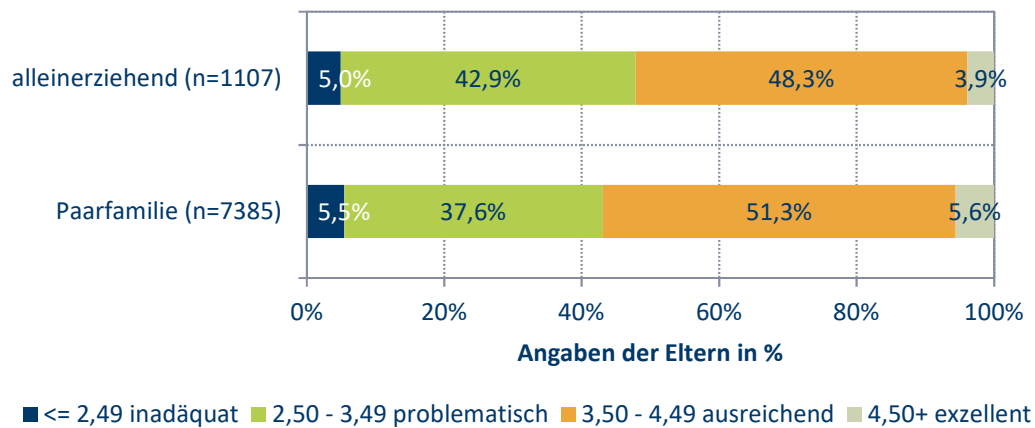
Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Anmerkung: Niedriger SES: 1. Quintil; Mittlerer SES: 2. bis 4. Quintil; Hoher SES: 5. Quintil

Alleinerziehende Familien

Die Ernährungskompetenz von Alleinerziehenden ist etwas häufiger problematisch als bei Paarfamilien (Abbildung 137). Knapp die Hälfte der alleinerziehenden Eltern hat eine problematische Ernährungskompetenz, hingegen nur 43 Prozent der Eltern in Paarfamilien.

Abbildung 137: Ernährungskompetenz nach Familienform

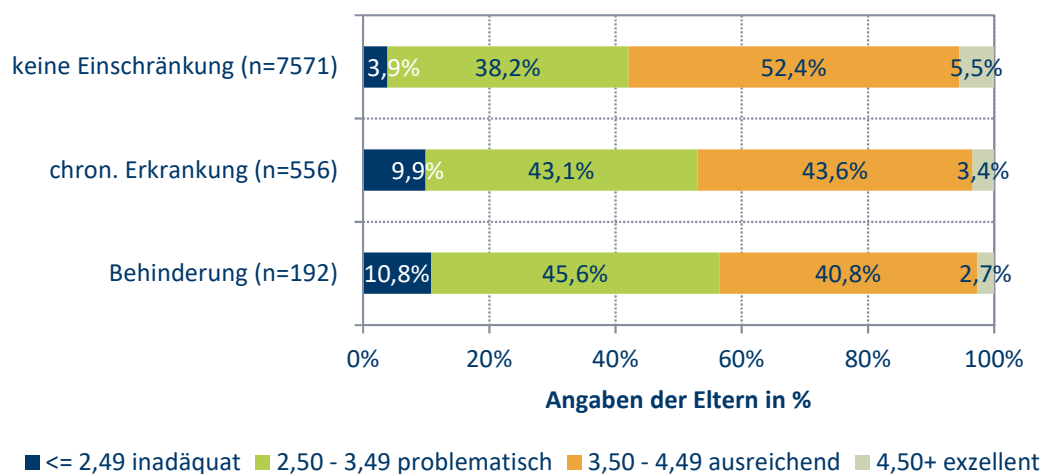


Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

Kinder mit chronischer Erkrankung oder Behinderung

Familien mit Kindern, die eine chronische Erkrankung oder Behinderung haben, weisen im Vergleich zu anderen Familien häufiger eine inadäquate oder problematische Ernährungskompetenz auf (Abbildung 138). Dies trifft auf mehr als die Hälfte der Eltern mit chronisch erkrankten oder behinderten Kindern zu.

Abbildung 138: Ernährungskompetenz von Familien mit chronisch erkrankten oder behinderten Kindern



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.

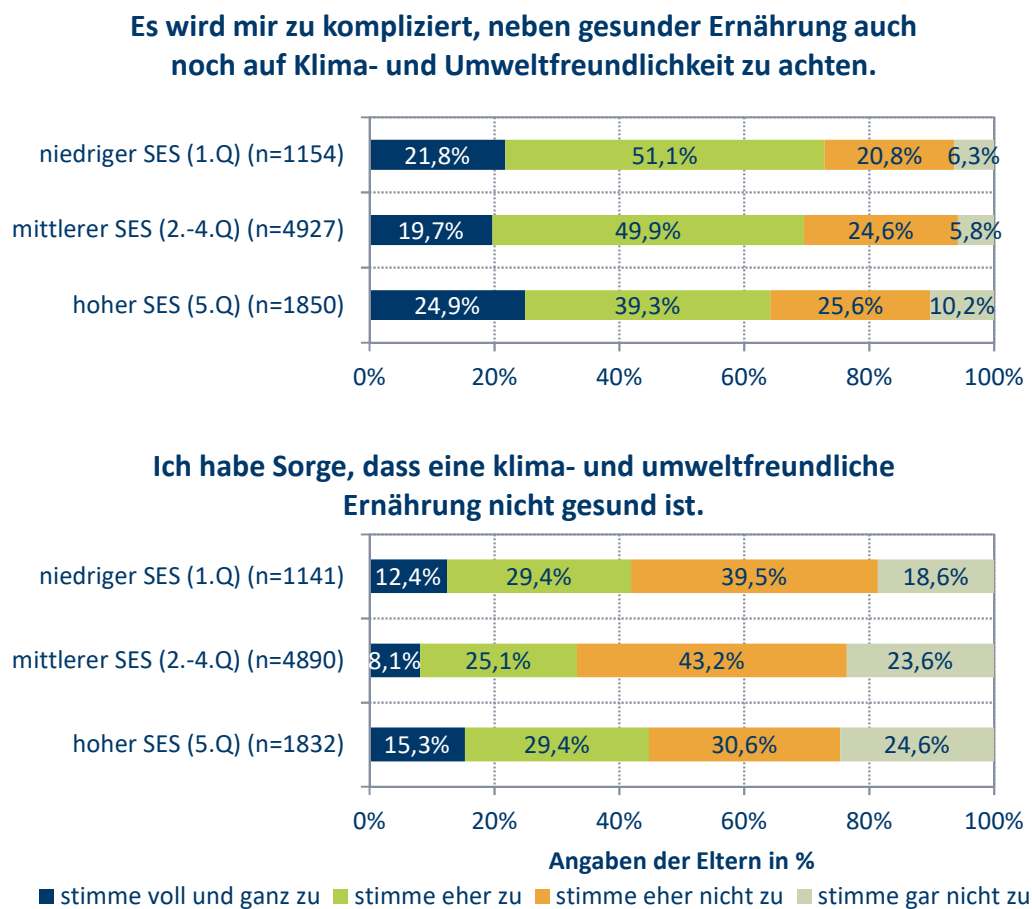
Migrationshintergrund

Der Anteil der Eltern mit inadäquater oder exzellenter Ernährungskompetenz unterscheidet sich nicht nach dem Migrationshintergrund.

7.3.2 Nachhaltige Ernährung

Familien mit niedrigem SES achten seltener auf eine umwelt- und klimafreundliche Ernährung als Familien mit einem mittleren oder hohen SES (53 % vs. 57 % bzw. 74 %, ohne Abbildung). Für Familien mit niedrigem SES ist es zudem am häufigsten zu kompliziert, neben gesunder Ernährung auch noch auf die Klima- und Umweltfreundlichkeit der Ernährung zu achten (73 % vs. 70 % bzw. 64 %; Abbildung 139). Familien mit mittlerem SES haben am seltensten die Sorge, dass eine klima- und umweltfreundliche Ernährung nicht gesund sei (34 % bei mittlerem SES vs. 41 % bei niedrigem SES bzw. 44 % bei hohem SES).

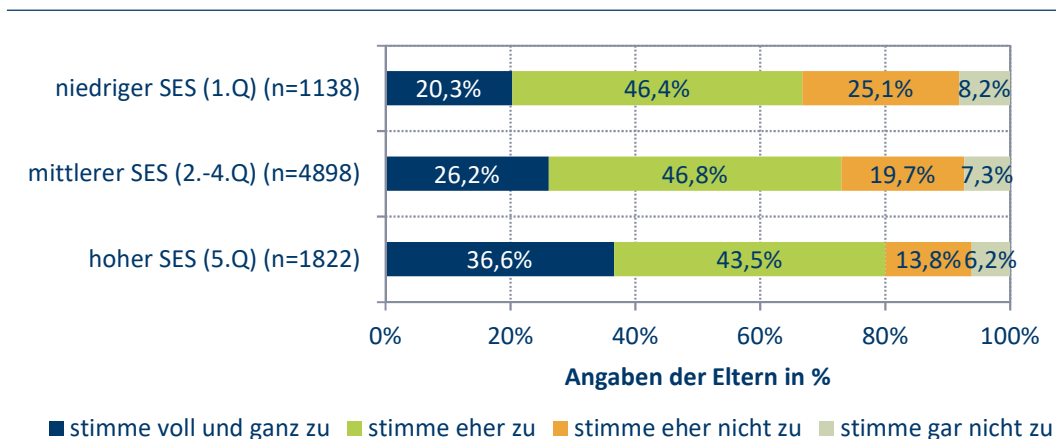
Abbildung 139: Einstellung zu klima- und umweltfreundlicher Ernährung nach SES



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Inwiefern stimmen Sie den folgenden Aussagen zu:
 Niedriger SES: 1. Quintil; Mittlerer SES: 2. bis 4. Quintil; Hoher SES: 5. Quintil

Eltern mit niedrigem SES stimmen seltener zu, dass sie sich gerne klima- und umweltfreundlicher ernähren würden, wenn das Angebot im Restaurant oder in der Kantine gegeben wäre (Abbildung 140).

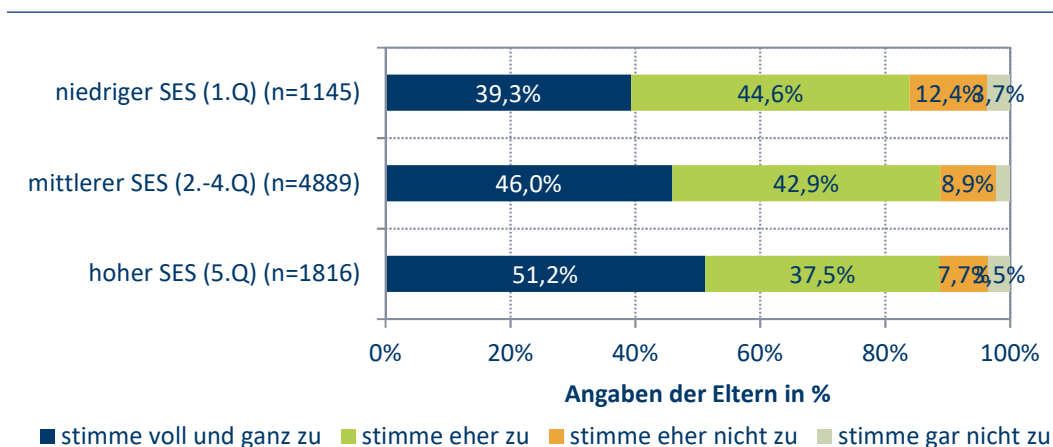
Abbildung 140: Wunsch nach klima- und umweltfreundlicher Außer-Haus-Ernährung nach SES



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Ich würde mich in der Kantine bzw. im Restaurant gern klima- und umweltfreundlicher ernähren, wenn das Angebot da wäre.
 Niedriger SES: 1. Quintil, Mittlerer SES: 2.-4. Quintil, Hoher SES: 5. Quintil

Außerdem finden Eltern mit niedrigem SES es weniger wichtig, dass ihre Kinder etwas über klima- und umweltfreundliche Ernährung in der Schule bzw. Kita lernen (Abbildung 141).

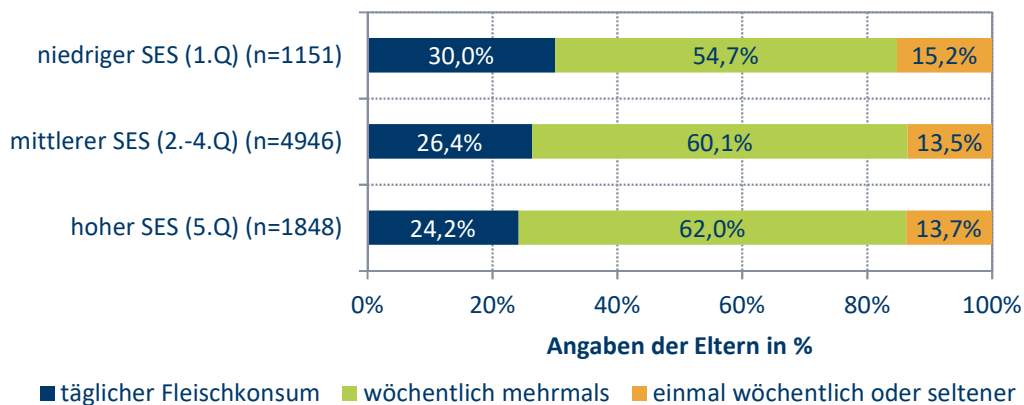
Abbildung 141: Vermittlung von Wissen zu klima- und umweltfreundlicher Ernährung in Schule oder Kita nach SES



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Fragestellung: Ich finde es wichtig, dass mein Kind in der Kita bzw. Schule etwas über gesunde und klima-/umweltfreundliche Ernährung lernt.
 Niedriger SES: 1. Quintil; Mittlerer SES: 2. bis 4. Quintil; Hoher SES: 5. Quintil

In Familien mit niedrigem SES steht am häufigsten täglich Fleisch auf dem Esstisch (Abbildung 142), hingegen nur bei etwa einem Viertel der Familien mit einem mittleren oder hohen SES.

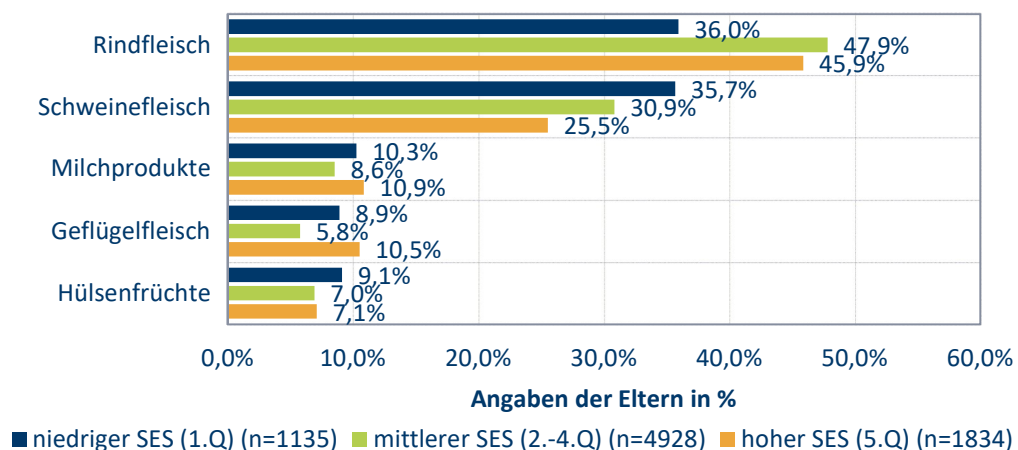
Abbildung 142: Häufigkeit von Fleisch auf dem Esstisch nach SES



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Wie oft steht Fleisch auf Ihrem Esstisch (auch Aufschnitt, Streichwurst, Würstchen)? Niedriger SES: 1. Quintil, Mittlerer SES: 2.-4. Quintil, Hoher SES: 5. Quintil

Eltern aus Familien mit niedrigem SES wissen seltener als Familien mit mittlerem oder hohem SES, dass Rindfleisch das klimaschädlichste Lebensmittel ist und schätzen insbesondere Schweinefleisch häufiger fälschlicherweise als das klimaschädlichste Lebensmittel ein (Abbildung 143).

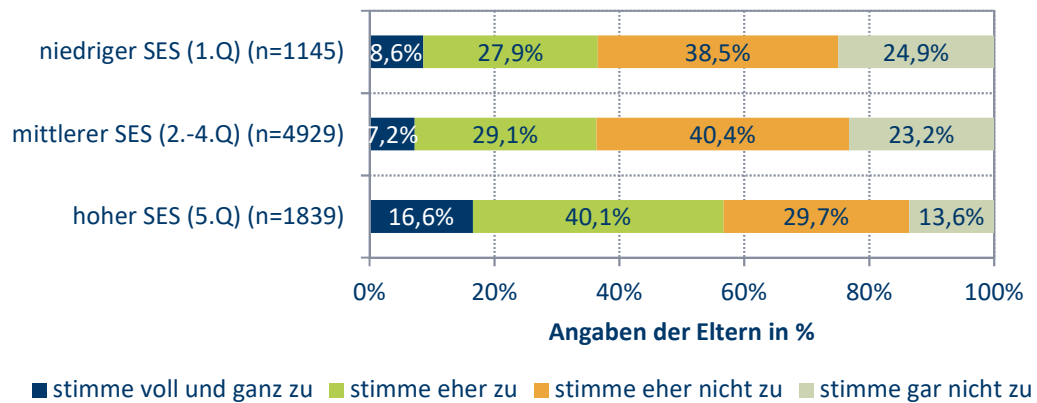
Abbildung 143: Einschätzung der Klimaschädlichkeit von Lebensmitteln nach SES



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Welches Lebensmittel aus der folgenden Liste ist Ihrer Einschätzung nach das klimaschädlichste? Niedriger SES: 1. Quintil, Mittlerer SES: 2.-4. Quintil, Hoher SES: 5. Quintil

Zudem haben Familien mit mittlerem SES ihr Essverhalten am seltensten aufgrund der Klimakrise verändert (Abbildung 144).

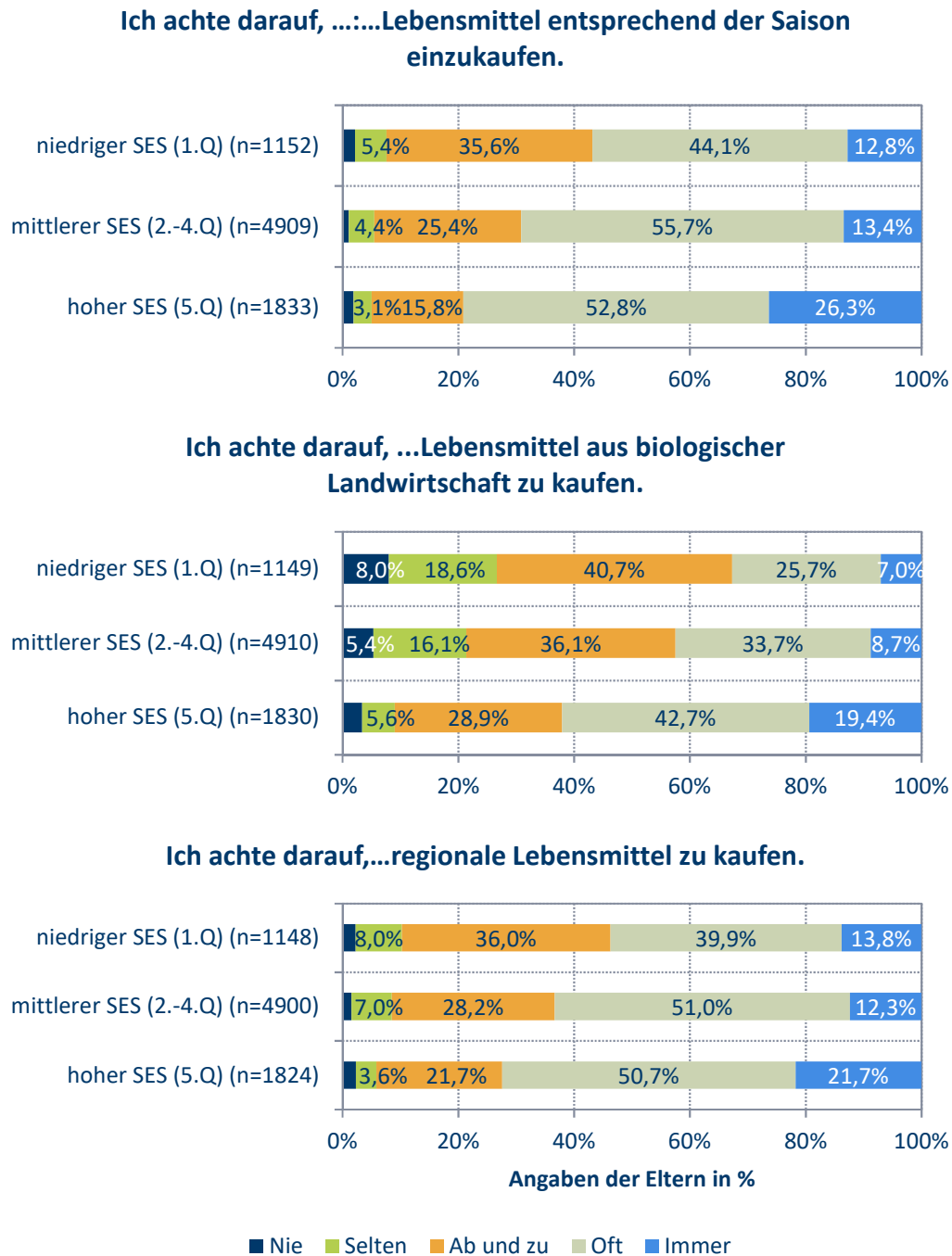
Abbildung 144: Änderung des Essverhaltens aufgrund der Klimakrise nach SES



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Unsere Familie hat ihr Essverhalten aufgrund der Klimakrise verändert.
 Niedriger SES: 1. Quintil; Mittlerer SES: 2. bis 4. Quintil; Hoher SES: 5. Quintil

Beim Einkauf von Lebensmitteln achten Familien mit niedrigem SES seltener auf Saisonalität und seltener darauf, Lebensmittel aus biologischer Landwirtschaft zu kaufen als Familien mit mittlerem oder hohem SES (Abbildung 145). Familien mit niedrigem SES geben des Weiteren seltener an, dass es ihnen helfen würde, wenn die Klima- und Umweltfreundlichkeit eines Lebensmittels auf der Packung einfach und schnell erkennbar wäre. Beim Bemühen, regionale Lebensmittel zu kaufen, zeigen sich hingegen kaum Unterschiede nach dem SES.

Abbildung 145: Beachtung der Saisonalität, des biologischen Anbaus und der Regionalität beim Lebensmittelkauf nach SES



Quelle: IGES auf Basis der erhobenen Daten. Differenz zu 100 % rundungsbedingt.
 Anmerkung: Frage: Ich achte darauf, ...
 Niedriger SES: 1. Quintil; Mittlerer SES: 2. bis 4. Quintil; Hoher SES: 5. Quintil

8. Multivariate Analysen

8.1 Methodisches Vorgehen

Um die bivariaten Analysen und deskriptiven Ergebnisse der AOK-Familienstudie um Zusammenhangs- bzw. Abhängigkeitsstrukturen zwischen den verschiedenen Faktoren zu erweitern, wurden zusätzlich multivariate Regressionsanalyse durchgeführt. Als Zielgrößen (abhängige Variable) wurden betrachtet:

- ◆ die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder (KIDSCREEN),
 - ◆ die gesundheitlichen Beschwerden der Kinder (psychische Beschwerdelast) (HBSC),
 - ◆ der allgemeine Gesundheitsstatus des Kindes,
 - ◆ der allgemeine Gesundheitsstatus der Eltern,
- sowie
- ◆ die finanzielle und psychische Belastung der Eltern.

Als unabhängige Variablen wurden die jeweiligen anderen abhängigen Variablen einbezogen sowie darüber hinaus:

- ◆ Belastungen (Chronische Erkrankung des Kindes, Behinderung des Kindes, zeitliche Belastung, körperliche Belastung, partnerschaftliche Belastung, Belastung durch Krisen, körperlich und seelische eingeschränkte Lebensqualität der Eltern),
 - ◆ soziodemografische und sozioökonomische Aspekte (Altersgruppe des Kindes, Sozioökonomischer Status (Quintile kategorisiert), Deprivationsindex, Familienstatus Alleinerziehend),
 - ◆ die Berufstätigkeit der Eltern (Berufsstatus, Vereinbarkeit von Beruf und Familie (negative Einflüsse auf die Familie oder den Beruf)),
 - ◆ das Familienleben (Beziehung der Eltern zum Kind, Sicherheit in der Elternrolle, Zufriedenheit mit dem Familienleben) sowie
 - ◆ gesundheitsförderliches Verhalten (Bewegungsempfehlung WHO, Mitgliedschaft in einem Sportverein (Kind) und Begrenzung der Bildschirmzeit des Kindes, Ernährungsstil des Kindes, BMI des Kindes, BMI der Eltern, gemeinsames Abendessen, Alkoholkonsum, Rauchverhalten, Alltagsbewegung der Eltern, Sportaktivitäten der Eltern) und
 - ◆ gesunde und nachhaltige Ernährung (Fleischkonsum, Ernährungskompetenz, Ernährungsstil der Eltern).
-

8.2 Ergebnisse

Allgemeiner Gesundheitsstatus des Kindes

Kinder, deren Eltern einen schlechten Gesundheitszustand haben, haben selbst oft einen schlechteren Gesundheitszustand. Die Familien haben insgesamt einen erhöhten BMI und einen niedrigeren SES. Je älter die Kinder sind, desto häufiger wird ein schlechter Gesundheitszustand benannt. Auch chronische Erkrankungen oder Behinderungen sind signifikante Gründe für einen schlechten Gesundheitszustand. Je besser die Werte in HBSC und KIDSCREEN, desto höher ist auch der Gesundheitszustand der Kinder. Hilfreich ist zudem seltener Fleischkonsum, eine mindestens ausreichende Ernährungskompetenz und eine gute Beziehung zum Kind.

Multiple psychosomatische Beschwerden der Kinder (psychische Beschwerdelast) (HBSC):

Der HBSC ist bei Kindern mit geringem Gesundheitsstatus, chronischer Erkrankung und geringem KIDSCREEN hoch, d.h. diese Kinder haben häufiger psychosomatische Beschwerden. Es zeigen sich jedoch auch Zusammenhänge, die nicht in Zusammenhang mit dem allgemeinen Gesundheitsstatus und Erkrankungen stehen und teilweise gegenläufig zu den Risikofaktoren für einen schlechten Gesundheitszustand sind: In weniger privilegierten Familienverhältnisse (nicht privilegiertes Wohnumfeld, Rauchen und Übergewicht bei den Eltern) werden seltener psychosomatische Beschwerden der Kinder benannt. Negativ wirkt sich jedoch täglicher Alkoholkonsum der Eltern aus, der im Vergleich zum Rauchen eher in Familien mit hohem SES und Wohnumfeldern mit geringer Deprivation benannt wird. Eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie geringe psychische Belastungen der Eltern stellen wichtige Einflussfaktoren für eine geringe gesundheitliche Beschwerdelast der Kinder dar, weniger dagegen finanzielle Belastungen. Signifikant positive Zusammenhänge mit geringen psychosomatischen Beschwerden der Kinder bestehen mit einer guten Beziehung zum Kind und einer sicheren Elternrolle, sowie mit positivem Gesundheitsverhalten des Kindes (tägliche Bewegung der Kinder). Es entsteht der Eindruck, dass psychosomatische Beschwerden dann verstärkt von Kindern benannt oder von Eltern wahrgenommen werden, wenn es zwar weniger materielle Probleme in den Familien gibt und das Verhalten bereits gesundheitsorientiert ist, jedoch psychische Stressfaktoren vorliegen, z. B. fehlende Vereinbarkeit von Beruf und Familie oder psychische Belastungen der Eltern.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder (KIDSCREEN Gesamtscore, kategorisiert)

Der KIDSCREEN-Score und damit die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist niedrig, wenn ein hoher HBSC, ein hoher BMI oder eine chronische Erkrankung vorliegt. Des Weiteren gehen (sehr) starke finanzielle und körperliche Belastungen in der Familie mit einem niedrigem KIDSCREEN einher. Je älter die Kinder, desto eingeschränkter die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Positive Faktoren sind tägliche Bewegung des Kindes, volle Berufstätigkeit der Eltern - jedoch bei guter Vereinbarkeit von Familie und Beruf - eine sichere Elternrolle, eine gute Beziehung

zum Kind und hohe Familienzufriedenheit. In deprivierten Wohnumfeldern wird, vergleichbar zu den multivariaten Ergebnissen zum HBSC, unerwartet signifikant häufiger eine hohe Lebensqualität der Kinder nach KIDSCREEN berichtet.

Ein niedriger SES sowie ein Familienstatus als Alleinerziehende oder Alleinerziehender zeigen in multivariaten Analysen keinen negativen Einfluss auf eine eingeschränkte Lebensqualität der Kinder.

Allgemeiner Gesundheitsstatus der Eltern

Ein **niedriger Gesundheitsstatus** der Eltern ist bei starker körperlicher Belastung, seelischen und körperlichen Einschränkungen der Lebensqualität und einem hohen BMI gegeben. Fehlende Vereinbarkeit von Beruf und Familie wirkt sich ebenfalls negativ aus. Positive Faktoren für hohen Gesundheitsstatus sind Berufstätigkeit, eine gute Beziehung zum Kind und mittlere oder hohe Familienzufriedenheit sowie normalgewichtige Kinder. Ein **mittlerer Gesundheitsstatus** besteht eher als ein hoher oder niedriger, wenn keine Ganztagsbetreuung da ist, finanzielle oder zeitliche Belastung vorliegt, wenn die Vereinbarkeit von Beruf und Familie weniger gegeben ist und die Ernährungskompetenz gering ist.

Finanzielle Belastung der Eltern

Nur von Familien in der obersten Kategorie des SES, wenn beide Elternteile berufstätig oder ein Elternteil mind. Vollzeit arbeitet und keine körperlichen Einschränkungen vorhanden sind, werden zum Befragungszeitpunkt signifikant weniger finanzielle Belastung benannt. Finanzielle Belastung geht einher mit gesundheitsschädlichem Verhalten (Rauchen), psychischen, zeitlichen und partnerschaftlichen Belastungen sowie stärkerer Belastung durch Krisen. Finanzielle Belastungen stehen in signifikantem Zusammenhang mit einer niedrigeren gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder und geringerer Familienzufriedenheit, jedoch auch mit geringeren psychosomatischen Beschwerden der Kinder.

Psychische Belastung der Eltern

Psychische Belastung der Eltern gehen multivariat signifikant einher mit einer erhöhten psychosomatischen Beschwerdelast der Kinder, einer unsicheren Familienrolle des Elternteils und einer geringeren Zufriedenheit mit dem Familienleben. Eltern mit psychischen Belastungen haben oft auch erhöhte körperliche, zeitliche, partnerschaftliche und finanzielle Belastungen und sind von seelischen Belastungen, die das Arbeitsleben und soziale Kontakte negativ beeinflussen, betroffen.

9. Fazit

9.1 Gesundheit

9.1.1 Gesundheit der Kinder und Eltern

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass der überwiegende Teil der Kinder im Alter zwischen vier und 14 Jahren mit einer guten gesundheitlichen Konstitution und in einer gesundheitsförderlichen Umgebung aufwächst. 93 Prozent der Kinder haben im Jahr 2022 nach Aussage der Eltern einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand. Jedoch weisen nur knapp drei Viertel der Kinder (74 %) eine normale bzw. hohe gesundheitsbezogene Lebensqualität auf und 14 Prozent der Kinder leiden unter multiplen psychosomatischen Beschwerden, d. h. mind. zwei Beschwerden, die mindestens wöchentlich auftreten. Im Vergleich zum Jahr 2018 ist im Jahr 2022 eine Verschlechterung der psychosomatischen Beschwerden und somit der psychischen Beschwerdelast feststellbar: Im Jahr 2022 leiden die Kinder öfter an Kopf-, Rücken- und Bauchschmerzen sowie unter Benommenheit und Schlafproblemen als im Jahr 2018.

Auch die Eltern von Kindern im Alter zwischen 4 und 14 Jahren weisen überwiegend eine positive gesundheitliche Konstitution auf: Von den meisten Eltern wird der eigene allgemeine Gesundheitszustand als überwiegend gut oder sehr gut eingeschätzt. Die Befragungsergebnisse zeigen jedoch eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Eltern im Vergleich zu 2018. Im Jahr 2018 haben 76 Prozent der Eltern ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut eingeschätzt. Im Jahr 2022 sind es nur noch 64 Prozent. Auffällig ist der zu beobachtende Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Gesundheitszustand der Kinder und dem allgemeinen Gesundheitszustand der Eltern: Je höher der allgemeine eigene Gesundheitszustand der Eltern ist, desto höher ist auch der Gesundheitszustand der Kinder und umgekehrt. Es ist daher zu vermuten, dass die Gesundheit der Eltern auch die Gesundheit der Kinder beeinflusst.

Die Befragungsergebnisse belegen, dass Eltern vielfältigen Belastungen ausgesetzt sind. Insbesondere leiden Eltern zu einem großen Teil unter einer starken oder sehr starken finanziellen und zeitlichen Belastung. Im Vergleich zum Jahr 2014 und insbesondere im Vergleich zu 2018 sind die Belastungen im Jahr 2022 für Eltern zu meist gestiegen. Auffällig ist, dass Zusammenhänge zwischen den Belastungsfaktoren untereinander zu beobachten sind: Beispielsweise ist bei Eltern mit einer starken oder sehr starken finanziellen Belastung auch der Anteil der Eltern mit einer starken oder sehr starken zeitlichen Belastung deutlich höher. Dies lässt vermuten, dass viele Eltern durch verschiedene Faktoren gleichzeitig belastet sind, die in einer Wechselwirkung zueinanderstehen stehen und sich gegenseitig bedingen.

Des Weiteren zeigen sich deutliche Unterschiede im Ausmaß der gesundheitlichen Beschwerdelast der Kinder nach elterlicher Belastung: Bei allen Faktoren ist der

Anteil der Eltern mit einer starken oder sehr starken Belastung bei Kindern mit einem multiplen psychosomatischen Beschwerdebild höher als bei Kindern mit keinen gehäuften Beschwerden. Ebenso sind deutliche Zusammenhänge auch zwischen dem Ausmaß der elterlichen Belastung und ihrem Gesundheitsstatus festzustellen. Zum einen ist zu beobachten, dass Eltern, die unter einer starken oder sehr starken finanziellen, zeitlichen, partnerschaftlichen, körperlichen oder psychischen Belastung leiden, häufiger von einem schlechten allgemeinen Gesundheitsstatus berichteten.

In der regionalen Perspektive zeigen sich Hinweise, dass es den Kindern im Alter zwischen vier und 14 Jahren in den ostdeutschen Bundesländern gemessen am KIDSCREEN-Index und am HBSC-Index etwas besser geht als in den meisten westdeutschen Bundesländern. Multivariate Analysen verweisen ebenfalls darauf, dass es – im Gegensatz zum allgemeinen Gesundheitszustand – hinsichtlich der Lebensqualität und psychosomatischen Beschwerden der Kinder stärker auf die psychischen Belastungen in der Familie ankommt, als auf materiellen Wohlstand und eine gesundheitsorientierte Ernährung, der in den Bundesländern im Osten gemessen am sozioökonomischen Status der Eltern geringer ist.

9.1.2 Gesundheits- und Risikoverhalten der Kinder und Eltern

Die Mehrheit der Kinder im Alter zwischen vier und 14 Jahren (64 %) sind mindestens an vier Tagen in der Woche zumindest so aktiv, dass Atmung und Puls leicht zunehmen, und es sie moderat anstrengt. Bei den körperlichen Aktivitäten pro Woche sind teilweise eindeutige Unterschiede zwischen den Altersgruppen zu erkennen: Beispielsweise ist in der Altersgruppe der 4- bis 6-jährigen Kinder der Anteil derjenigen, die mindestens an fünf Tagen in der Woche für 60 Minuten körperlich oder beim bewegungsorientiertem Spiel aktiv sind, am höchsten.

Insgesamt ist das Bewegungsverhalten der Kinder in den deutschen Familien jedoch nicht ausreichend: 82 Prozent der Kinder erfüllen die Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nicht. Dennoch sind mehr als die Hälfte der Kinder (58 %) Mitglied in einem Sportverein. Die Befragungsergebnisse zeigen dabei auch einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Bewegungsverhalten der Kinder und ihrem Gesundheitszustand: Sowohl in Bezug auf den Gesundheitszustand im Allgemeinen, der aktuell bestehenden Krankheitslast, dem BMI, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als auch in Bezug auf die gesundheitliche Beschwerdelast ist zu beobachten, dass bei den Kindern, die die Bewegungsempfehlung der WHO erfüllen und mehr körperlich aktiv sind, der Anteil derer, denen es gesundheitlich besser geht, jeweils höher ist als bei den Kindern, die sich weniger bewegen. Die Ergebnisse zeigen, dass eine stetige körperliche und sportliche Aktivität der Kinder sich auf vielen Ebenen, auch den psychischen, positiv auf deren Gesundheit auswirkt bzw. in Wechselwirkung mit einer guten Gesundheit steht.

Bei den Eltern konnte in Bezug auf ihr Bewegungsverhalten festgestellt werden, dass etwas mehr als drei Viertel der Eltern (77 %) sich im Alltag an drei Tagen und

mehr in der Woche bewegen. Auch bei Eltern ist ein Zusammenhang zwischen dem Bewegungsverhalten und ihrem allgemeinen Gesundheitszustand bzw. ihrem BMI festzustellen: In Bezug auf den allgemeinen Gesundheitszustand ist zu beobachten, dass bei Eltern, die sich mindestens an drei Tagen in der Woche im Alltag bewegen oder mindestens an einem Tag in der Woche Sport treiben, der Anteil der Eltern mit einem guten oder sehr guten allgemeinen Gesundheitszustand im Vergleich zu Eltern, die sich weniger aktiv bewegen, etwas höher ist.

In Bezug auf das Suchtverhalten der Eltern belegen die Befragungsergebnisse, dass der überwiegende Teil der Eltern nicht (mehr) raucht (61 %) und höchstens einmal pro Woche oder seltener Alkohol trinkt (69 %). Im Vergleich zu den Jahren 2014 und 2018 zeigt sich im Jahr 2022 ein verändertes Rauchverhalten der Eltern: Obgleich der Anteil der Eltern, welche täglich rauchen, seit 2018 von 25 Prozent auf 22 Prozent leicht gesunken ist, zeigt sich eine deutliche Zunahme bei dem Anteil der Gelegenheitsraucher von 7 Prozent im Jahr 2018 auf 17 Prozent im Jahr 2022. Auch die Häufigkeit des Alkoholkonsums der Eltern ist im Jahr 2022 im Vergleich zu den Jahren 2014 und 2018 deutlich angestiegen.

9.1.3 Situation von vulnerablen Familien

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass ein niedrigerer sozioökonomischer Status (SES) der Familien oft auch mit einem niedrigen Gesundheitszustand der Kinder einhergeht. Auch der Gesundheitszustand der Eltern steht in einem deutlichen Zusammenhang zum SES: Eltern aus Familien mit einem niedrigen SES haben häufiger einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand, sind öfter von Adipositas und Übergewicht betroffen und leiden häufiger unter Belastungsfaktoren finanzieller, zeitlicher, partnerschaftlicher, körperlicher oder psychischer Art. Auffällig beim Suchtverhalten der Eltern ist, dass Eltern aus Familien mit niedrigem SES häufiger rauchen, aber weniger häufiger Alkohol konsumieren als Eltern aus Familien mit mittlerem oder hohem SES.

Im Hinblick auf alleinerziehende Eltern wurde beobachtet, dass der Anteil der Kinder mit gesundheitlichen Problemen teilweise höher ist als bei Paarfamilien. Wesentliche Unterschiede sind jedoch zwischen den beiden Familienformen in Bezug auf den gesundheitlichen Zustand der Kinder nicht zu beobachten. Der Gesundheitszustand der Eltern ist wiederum auch bei den alleinerziehenden Eltern eher schlecht: alleinerziehende Eltern haben ebenso etwas häufiger einen schlechten Gesundheitszustand, sind öfter von Adipositas und betroffen und leiden auch wie Eltern aus Familien mit einem niedrigen SES häufiger unter Belastungsfaktoren finanzieller, zeitlicher, partnerschaftlicher, körperlicher oder psychischer Art. Auffällig beim Suchtverhalten der Eltern ist, dass Alleinerziehende häufiger rauchen, aber weniger häufiger Alkohol konsumieren als Eltern aus Paarfamilien. Letzteres ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass Alleinerziehende überwiegend Frauen sind.

Ebenso ist der Gesundheitszustand der Eltern mit chronisch erkrankten oder behinderten Kindern etwas schlechter als bei Eltern mit Kindern ohne entsprechende

Einschränkungen. Auffällig beim Suchtverhalten der Eltern ist, dass Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen im Vergleich häufiger gelegentlich rauchen und häufiger mindestens zwei- bis dreimal pro Woche oder öfter Alkohol trinken.

Wesentliche Unterschiede in Bezug auf den Gesundheitszustand der Kinder sind zwischen Familien mit Migrationshintergrund und Familien ohne Migrationshintergrund nicht zu beobachten. Auch in Bezug auf den allgemeinen Gesundheitszustand der Eltern, ihren BMI und die elterlichen Belastungsfaktoren sind keine Unterschiede zwischen Familien mit Migrationshintergrund und Familien ohne Migrationshintergrund festzustellen. Auffällig beim Suchtverhalten der Eltern ist, dass Eltern aus Familien ohne Migrationshintergrund im Vergleich zu Eltern aus Familien mit Migrationshintergrund häufiger zumindest gelegentlich rauchen und häufiger mindestens einmal pro Woche oder öfter Alkohol trinken.

9.2 Familienleben und -alltag

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass knapp zwei Drittel der Familien (67 %) eine hohe Zufriedenheit mit ihrem Familienleben haben und entsprechend, dass dies für ein Drittel der Familien nicht gilt. Des Weiteren zeigt sich, dass die Lebenszufriedenheit mit dem Gesundheitsstatus der Eltern und dem Gesundheitsstatus der Kinder zusammenhängt: Der Anteil der Eltern, die von einer hohen Lebenszufriedenheit berichten, ist bei Familien mit Kindern, die einen hohen Gesundheitsstatus aufweisen, wesentlich höher als bei Familien mit Kindern, die nur einen mittleren oder einen niedrigen Gesundheitsstatus haben. In Bezug auf den Gesundheitsstatus der Eltern zeigt sich diese Tendenz noch deutlicher: Eltern mit einem hohen Gesundheitsstatus haben eine wesentlich höhere Lebenszufriedenheit als Eltern mit einem mittleren oder niedrigeren Gesundheitsstatus.

Darüber hinaus zeigt sich, dass Eltern mit keiner starken elterlichen Belastung finanzieller, zeitlicher, partnerschaftlicher, körperlicher oder psychischer Art wesentlich häufiger eine hohe Lebenszufriedenheit haben als Eltern mit einer starken Belastung. Sehr deutlich belegen die Befragungsergebnisse auch einen Zusammenhang zwischen der Lebensqualität der Eltern in Form von körperlichen Einschränkungen und ihrer Familienzufriedenheit: Eltern mit niedrigen körperlichen Einschränkungen berichten wesentlich häufiger von einer hohen Familienzufriedenheit als Eltern mit mittleren oder starken körperlichen Einschränkungen.

Die Befragungsergebnisse zeigen darüber hinaus, dass die Familien in der Regel gemeinsam zu Abend essen. Gut ein Viertel der Eltern (26 %) verbringt zudem mehrmals täglich mit ihren Kindern Zeit, in der das Kind ihre volle Aufmerksamkeit hat. 55 Prozent der Eltern verbringen täglich Zeit mit ihren Kindern und widmen ihren Kindern die volle Aufmerksamkeit, jedes fünfte Kind bekommt nach Aussage seiner Eltern seltener die volle Aufmerksamkeit. Etwas mehr als die Hälfte der Kinder (57 %) verbringt unter der Woche bis zu 60 Minuten pro Tag vor dem Bildschirm (z. B. Fernseher, Computer, Spielkonsole, Smartphone), die übrigen häufiger (in der Regel bis zu 120 Minuten pro Tag). Am Wochenende verbringen Kinder

hingegen deutlich mehr Zeit vor dem Bildschirm. Dann verbringen die meisten Kinder bis zu 120 Minuten vor dem Bildschirm. Dabei begrenzen 79 Prozent der Familien die Bildschirmzeit ihrer Kinder.

Im Hinblick auf einen gelingenden Familienalltag zeigt sich, dass mehr Zeit für die eigene Familie ein relevanter Faktor ist: Für die meisten Eltern sind „freie Zeit/Urlaub“ (56 %) bzw. „Zeit für mich alleine zu haben“ (54 %) wesentliche Aspekte, um den Familienalltag zu bewältigen. Vier Fünftel der Familien (80 %) haben bestimmte tägliche Rituale und feste Gewohnheiten gemeinsam mit den Kindern im Familienalltag, die zwischen den Eltern und den Kindern vereinbart wurden. Im Haushalt übernehmen Kinder allerdings eher selten regelmäßige Aufgaben.

Der Großteil der Eltern (87 %) beschreibt die Beziehung zu ihren Kindern als eher gut oder sehr gut. Dabei ist ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Gesundheitssituation der Eltern, den elterlichen Belastungsfaktoren und der Beziehung zu ihren Kindern zu beobachten: Je höher der Gesundheitsstatus der Eltern ist, desto höher ist auch der Anteil der Eltern, die von einer sehr guten Beziehung zu ihren Kindern berichten. Starke Belastung finanzieller, zeitlicher, körperlicher, psychischer oder partnerschaftlicher Art geht einher mit einem niedrigeren Anteil an Eltern, die sehr gut mit ihren Kindern zurechtkommen. Bei Eltern mit keiner starken Belastung ist hingegen der Anteil derer, die von einer sehr guten Beziehung zu ihren Kindern berichten, größer. Die Befragungsergebnisse zeigen darüber hinaus, dass die meisten Eltern sich in ihrer Elternrolle eher sicher oder sehr sicher fühlen. Dabei kann beobachtet werden, dass in Familien mit einer positiven Gesundheitssituation der Eltern oder der Kinder oder mit keiner starken elterlichen Belastung, sich die Eltern deutlich häufiger eher sicher oder sehr sicher in ihrer Elternrolle fühlen.

Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass die elterliche Belastung und ihre gesundheitlichen Voraussetzungen einen direkten Einfluss auf das Familienleben und die Beziehung zu den Kindern haben. Aber auch der Gesundheitsstatus der Kinder steht offenbar in einem Zusammenhang mit der Eltern-Kind-Beziehung: Bei Familien mit Kindern, die einen hohen Gesundheitsstatus haben, ist der Anteil der Eltern, die von einer sehr guten Beziehung zu ihren Kindern berichten, deutlich höher als bei Familien mit Kindern, die einen niedrigen oder mittleren Gesundheitsstatus aufweisen.

Im Jahr 2022 erzeugt bei 43 Prozent der Eltern die Berufstätigkeit so viele Belastungen, dass sie ihren familiären Verpflichtungen nur schwer nachkommen können. Der Anteil dieser Eltern ist bei Familien, in denen nur ein Elternteil berufstätig ist (47 %), und bei Familien, in denen beide Elternteile in Vollzeit berufstätig sind (52 %), höher als bei anderen Familien. Auch belegen die Befragungsergebnisse einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Einschränkung der familiären Verpflichtung durch viele berufliche Belastungen und dem Familienleben.

Umgekehrt zeigen die Befragungsergebnisse, dass bei 38 Prozent der Eltern das Berufsleben durch ihre familiären Verpflichtungen beeinträchtigt wird. Dabei ist

ebenfalls ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Einschränkung der beruflichen Verpflichtung durch das Privatleben zu beobachten: Der Anteil der Eltern, die der Aussage „Mein Privatleben beeinträchtigt meine beruflichen Verpflichtungen“ voll und ganz oder eher zustimmen, ist wesentlich höher, wenn die Beziehung zum Kind mittelmäßig oder schlecht anstatt gut ist, sie eine unsichere anstatt sichere Elternrolle haben und sie nur eine niedrige Zufriedenheit mit dem Familienleben aufweisen.

Im Vergleich zum Jahr 2018 haben sich fast alle genannten Indikatoren für ein gutes Familienleben deutlich verschlechtert. Dies verweist ebenfalls darauf, dass die zunehmenden Belastungen der Familien sich umfassend auf die Familiengesundheit und das Familienleben auswirken.

Die Befragungsergebnisse deuten zudem bezüglich vulnerabler Familien auf einen Zusammenhang mit einem belasteten Familienleben bzw. Familienalltag hin. Dies gilt insbesondere bei Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status (SES) und bei Familien mit chronisch erkrankten oder behinderten Kindern: Familien mit niedrigen SES sind weniger häufig mit dem Familienleben zufrieden als Familien mit einem höheren SES. Auch zeigen die Befragungsergebnisse deutlich, dass je höher der soziale Status der Familien ist, desto besser ist die Beziehung zum Kind. Ebenso ist ein deutlicher Zusammenhang zwischen den Auswirkungen der Berufstätigkeiten auf familiäre Verpflichtungen und dem sozialen Status der Familien zu beobachten. Je niedriger der soziale Status, desto höher ist der Anteil der Eltern, bei denen die Berufstätigkeit einen negativen Einfluss auf die familiären Verpflichtungen hat.

Des Weiteren zeigt sich, dass Familien mit chronisch erkrankten oder behinderten Kinder weniger häufig mit dem Familienleben zufrieden sind als Familien mit Kinder ohne gesundheitliche Einschränkungen. Auch sind wesentliche Unterschiede zwischen den Familien je nach Krankheitslast in Bezug auf feste gemeinsame Regeln mit den Kindern zu beobachten. Bei Familien mit Kindern ohne gesundheitliche Einschränkungen ist der Anteil der Familien mit fest vereinbarten Regeln zwischen Eltern und Kindern höher. Darüber hinaus ist bei Familien mit Kindern ohne gesundheitliche Einschränkungen der Anteil der Familien mit einer guten Eltern-Kind-Beziehung höher. Ebenso ist ein deutlicher Zusammenhang zwischen den Auswirkungen der Berufstätigkeiten auf familiäre Verpflichtungen und der Krankheitslast der Kinder zu beobachten: Bei Familien mit Kindern ohne gesundheitliche Einschränkungen ist der Anteil der Eltern, die der Aussage „Meine Berufstätigkeit erzeugt viele Belastungen, so dass ich meinen familiären Verpflichtungen nur schwer nachkommen kann“ voll und ganz bzw. eher zustimmen, geringer als bei Familien mit Kindern mit gesundheitlichen Einschränkungen.

Wesentliche Unterschiede in Bezug auf den Familienalltag und das Familienleben zwischen Eltern in alleinerziehenden Familien und Eltern in Paarfamilien bzw. zwischen Familien mit Migrationshintergrund und Familien ohne Migrationshinter-

grund sind in der Tendenz nicht zu beobachten. Allerdings zeigen die Befragungsergebnisse, dass alleinerziehende Eltern in Familien weniger häufig mit dem Familienleben zufrieden sind als Eltern in Paarfamilien.

9.3 Zukunft und Krisen

Die Befragungsergebnisse deuten darauf hin, dass die Familien durch zeitliche und finanzielle Rahmenbedingungen stark belastet sind und sich diese Belastung negativ auf die Gesundheit von Eltern und Kindern auswirkt. Über die Bewältigung der beruflichen Aufgaben und die Organisation des Familienalltags hinaus, stellte die Corona-Pandemie für die Familien eine zusätzliche Herausforderung dar. Hinzu kommen Verunsicherungen durch die Klimakrise, den Krieg in der Ukraine sowie finanzielle Belastungen. Die Mehrheit der befragten Eltern gab an, sich aufgrund derzeitiger Krisen wie die Corona-Pandemie oder den Krieg in der Ukraine Sorgen zu machen und sich dadurch belastet zu fühlen. Besonders stark belastet fühlen sich Eltern, die über einen niedrigen Gesundheitsstatus verfügen und die meisten von ihnen sind pessimistisch, wenn sie an die Zukunft denken. Während bei Eltern mit niedrigem Gesundheitsstatus etwa ein Drittel der Zukunft eher pessimistisch gegenübersteht, ist es bei Eltern mit hohem Gesundheitsstatus nur etwa jedes zehnte Elternteil. Die Mehrheit der Eltern mit hohem Gesundheitsstatus blickt optimistisch in die Zukunft; insgesamt 58 Prozent stufen sich auf der Skala als optimistisch ein.

Unterscheidet man die befragten Eltern nach ihrem sozioökonomischen Status (SES), so fällt auf, dass sich die Eltern jeder Gruppe, egal ob mit niedrigem, mittlerem oder hohem SES, durch derzeitige Krisen ähnlich stark belastet fühlen. Im Detail fühlen sich Eltern mit einem niedrigen SES allerdings öfter hoch belastet und die Befragungsergebnisse machen deutlich, dass ein höherer SES mit dem Grad des Zukunftsoptimismus der Eltern zusammenhängt.

Des Weiteren zeigt sich für den Umgang mit Krisen, dass es vielen Eltern hilft, optimistisch zu bleiben, positive wertschätzende Beziehungen außerhalb der Familie zu führen, über aktuelle Krisen zu sprechen und diese zu erklären sowie Freiräume und Rückzugsorte zu schaffen, sowohl für die Eltern als auch für die Kinder.

9.4 Ernährung

Nur etwas mehr als die Hälfte der Eltern von Kindern im Alter zwischen vier und 14 Jahren weist eine mindestens ausreichende **Ernährungskompetenz** auf. Bei rund vier von zehn Eltern hingegen ist die Ernährungskompetenz problematisch oder sogar inadäquat. Eine inadäquate Ernährungskompetenz geht vergleichsweise oft mit einem niedrigen sozioökonomischen Status und einem mittleren oder schlechten Gesundheitszustand der Kinder einher. Gemeinsamen Mahlzeiten in der Familie sind bei inadäquater Ernährungskompetenz ebenfalls seltener. Alleinerziehende Eltern und Eltern mit chronischen kranken Kindern haben öfter eine inadäquate Ernährungskompetenz.

Hinsichtlich einer **nachhaltigen Ernährung** äußern die Familien zwar ein Bewusstsein für die Bedrohung durch die Klimakrise und sehen auch einen Zusammenhang der Ernährung mit dem Schutz des Klimas und der Umwelt. Die Familien, die einer nachhaltigen Ernährung einen hohen Stellenwert einräumen, sind bisher jedoch noch in der Minderheit. Dies wird u. a. am Fleischkonsum deutlich sowie im Vergleich mit der höher bewerteten gesunden Ernährung.

Potenzial für die Förderung einer nachhaltigen Ernährung wird auf allen betrachteten Ebenen deutlich: den Einstellungen, dem Verhalten, dem Wissen bzw. den Fertigkeiten der Eltern sowie dem Abbau von Hindernissen im Alltag. Etwa ein Drittel der Eltern hat beispielsweise Sorge, dass eine klima- und umweltfreundliche Ernährung ungesund sein könnte. Diese Sorge besteht weitestgehend unabhängig von der Ausprägung der Ernährungskompetenz, ist jedoch bei Vätern stärker ausgeprägt als bei Müttern. Ein Großteil aller befragten Eltern findet es zudem zu kompliziert, neben einer gesunden Ernährung auch noch auf die Klima- und Umweltfreundlichkeit im Zusammenhang mit der Ernährung zu achten. Über die Hälfte der Eltern empfindet die Kosten für eine klima- und umweltfreundliche Ernährung als zu hoch. Als weitere Hindernisse, die einer klima- und umweltfreundlichen Ernährung entgegenstehen, werden fehlende Informationen und Gewohnheiten bei der Ernährung am häufigsten angeführt.

Eltern finden es zudem wichtiger, dass ihre Kinder gesund und klimafreundlich ernährt werden, als dass die eigene Außer-Haus-Ernährung nachhaltiger gestaltet wird. Dennoch geben mehr als die Hälfte der Eltern an, dass sie sich in Kantine oder Restaurant gerne klima- und umweltfreundlicher ernähren würden, wenn ein entsprechendes Angebot gegeben wäre. Staatlichen Maßnahmen zur Kennzeichnung und zu günstigen Preisen von klimafreundlichen Lebensmitteln sowie Vorgaben an die Lebensmittelindustrie stimmt die große Mehrheit der Eltern zu.

Eltern mit einer hohen Ernährungskompetenz und einem hohen sozioökonomischen Status achten häufiger auf eine klima- und umweltfreundliche Ernährung als Eltern mit einer inadäquaten Ernährungskompetenz oder niedrigem sozioökonomischen Status. Im konkreten Verhalten, z. B. dem Fleischkonsum, fallen die Unterschiede geringer aus.

Fragen zur allgemeinen und spezifischen Einstellung zur klima- und umweltfreundlichen Ernährung, zum Fleischkonsum sowie zur Zubereitung von Speisen und Hindernissen in Zusammenhang mit nachhaltiger Ernährung wurden zu einem Gesamtscore, der ein allgemeines Maß für die Bedeutung der nachhaltigen Ernährung einer Familie darstellt, zusammengefasst. Es wird deutlich, dass nachhaltige Ernährung für ca. ein Drittel der Familien eine hohe bis sehr hohe Bedeutung einnimmt. Die Bedeutung von nachhaltiger Ernährung ist dabei besonders dann hoch, wenn die Ernährungskompetenz der Familien hoch ist und sie ein positives Gesundheitsverhalten aufweisen (BMI der Eltern normal, Sportverhalten der Eltern mind. einmal pro Woche, tägliches gemeinsames Abendessen und hohe gesundheitliche Lebensqualität der Kinder).

10. Handlungsempfehlungen

Die Ergebnisse der AOK-Familienstudie 2022 zeigen eine komplexe gesundheitliche Situation der Familien nach der Pandemie und in Angesicht der Preissteigerungen in Zusammenhang mit dem Ukraine-Krieg und der Herausforderungen des Klimawandels. Die Belastungen der Eltern haben in zeitlicher, finanzieller, körperlicher, psychischer und partnerschaftlicher Hinsicht zugenommen, die psychosomatischen Beschwerden der Kinder haben sich im Vergleich zu 2018 ebenfalls erhöht. Die im Jahr 2022 erstmals erhobene gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder ist bei über einem Viertel der Kinder niedrig. Die Ergebnisse bestätigen, dass vulnerable Familien stärker von Gesundheitsrisiken betroffen sind. Allerdings werden insbesondere auch bei Familien mit hohem sozioökonomischen Status verstärkt psychische Belastungen für Eltern und Kinder deutlich.

Ein wesentlicher Einflussfaktor für ein gesundes Familienleben ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Ganztagsangebote in der Kinderbetreuung helfen den Familien, stellen jedoch auch teilweise Belastungsfaktoren für Kinder dar. Eltern von ganztagsbetreuten Kindern benennen häufiger psychosomatische Beschwerden oder Anpassungsschwierigkeiten, die ihre Lebensqualität beeinflussen. Gleichzeitig hat die zunehmende Möglichkeit, Arbeit im Homeoffice zu erledigen, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ebenfalls nur teilweise verbessert. Insgesamt verbringen die Eltern im Vergleich zu 2018 weniger Zeit mit ihren Kindern. Eine Umstellung auf eine gesunde und nachhaltige Ernährung stellt für viele Familien eine Herausforderung dar.

Aus den Studienergebnissen lassen sich folgende Handlungsempfehlungen ableiten:

1. Ansatzpunkte zur Förderung nachhaltiger Gesundheit von Kindern und Eltern liegen weiterhin in den relevanten gesundheitsfördernden Faktoren der regelmäßigen Bewegung und einer Ernährung, die ein Normalgewicht von Eltern und Kindern begünstigt.
2. Gleichzeitig sind psychische Belastungen und psychische Problemlagen auch bei Kindern stärker in den Blick zu nehmen. Diese Belastungen werden zwar ebenfalls durch regelmäßige (gemeinsame) Bewegung und gesunde Ernährung reduziert, aber auch diese Faktoren werden unter Stress herausgefordert. Ein Schlüsselement, auch um weitere Schutzfaktoren wie Zeit für die Kinder, Rituale und gemeinsame Mahlzeiten zu fördern, ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Dafür sind sowohl die Bedingungen der Arbeit als auch die Qualität der Ganztagsbetreuung weiter zu verbessern und ggf. auch stärker zu individualisieren. Für viele Familien bestehen heute schon gute Lösungen, aber für ca. ein Fünftel der Familien stellen sich in beiden Kontexten Herausforderungen, die auch zu gesundheitlichen Problemen führen können.
3. Um zielgruppengerecht eine Kindes- und Familienwohl fördernde Alltagsgestaltung zu unterstützen, sind Barrieren für vulnerable Familien noch stärker

zu reduzieren. In vielen Bereichen, insbesondere hinsichtlich Bewegung und Ernährung, zeigen sich verstärkt Risikofaktoren bei Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status. Die Ergebnisse zeigen jedoch ebenfalls, dass auch Familien mit höherem sozioökonomischem Status oder mit Kindern in Ganztagsbetreuung psychischen Belastungen ausgesetzt sein können, die multiple psychosomatische Beschwerden und eine geringe Lebensqualität der Kinder bedingen können. Für beide Gruppen gilt es zielgerichtete Unterstützungsangebote zu entwickeln, die Belastbarkeit der Familien zu erhöhen und Ressourcen zu stärken.

4. Zur Förderung von Schutzfaktoren für Familien sind daher sozial- und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen so zu verbessern, dass Lebenswelten von Familien in vielfältiger Hinsicht familienfreundlicher werden. Beispielsweise können die Rahmenbedingungen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessert, vielfältige, alle Bevölkerungsgruppen ansprechende, Sport-, Bewegungs- und Kulturangebote gefördert, sowie niedrigschwellige Unterstützung bei psychischen Belastungen ausgebaut werden.
5. Um eine nachhaltige Ernährung in weiten Teilen der Bevölkerung zu fördern, ist neben der Erhöhung der Ernährungskompetenz insgesamt auch das Wissen darüber zu vermitteln, was eine nachhaltige Ernährung auszeichnet und was sie darüber hinaus gesund macht. Bedenken, dass eine nachhaltige Ernährung ungesund sei, müssen ausgeräumt werden. Ein weiterer Ansatzpunkt liegt in der Unterstützung der Familien beim Kauf von Lebensmitteln. Beispielsweise könnten Lebensmittel informativer gekennzeichnet werden, aber auch gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, die die Verfügbarkeit und Sichtbarkeit nachhaltiger Lebensmittel zulasten weniger nachhaltiger Lebensmittel zu erhöhen. Des Weiteren sollte auch in Bezug auf die Ernährung in Kitas, Schulen, Kantinen und Restaurants die Bedingungen für nachhaltige Ernährung verbessert werden, beispielsweise durch die Verpflichtung zu einer entsprechenden Information zu ihrem Essensangebot.

11. Anhang

A1 Variablenliste aus Operationshandbuch

A1 Auszug aus Variablenliste des Operationshandbuchs

Tabelle 16: Fragebogen: Soziodemografische Variablen

Frage (2022)	Konstrukt/Variable	Standardisierte Messinstrumente/Spezifische Items	2010	2014	2018	2022
	Sozioökonomischer Status (SES)	Messinstrument/Auswertung nach				
	Netto-Äquivalenzeinkommen:					
1.6	Haushaltsgröße	Lampert & Kroll				
1.11	Haushaltsnettoeinkommen	(2009); GEDA				x
1.12	Anzahl der Kinder unter 14	2019/2020				
	Bildung:	CASMIN-Klassifikation (Brauns et al. 2003); KiGGS Welle 2				
1.8	Schulabschluss					
5.1	Beruflicher Abschluss	Winkler & Stolzenberg (1999), Lampert et al. (2018); KiGGS Welle 2				x
	Berufsstand:	International Socio-Economic Index of Occupational Status (ISEI) nach Ganzeboom et al. (1992); KiGGS Welle 2				
1.9	Beschäftigungsstatus					
5.2						x
5.4	Berufliche Stellung Führungsaufgaben					
	Subjektiver sozioökonomischer Status (SSS)	MacArthur Scale				
8.1		Euthener et al. (2014)				x
	Migrationsstatus:					
8.3	Geburtsland					
8.4	Staatsbürgerschaft	Einzelitems	x	x	x	x
8.5	Geburtsland der Eltern					

Quelle: Sieland, J., Tempelmann, A. (AOK-Bundesverband 2022)

Tabelle 17: Fragebogen: Gesundheit der Kinder

Frage (2022)	Konstrukt/Vari- able	Standardisierte Messin- strumente/Spezifische Items	2010	2014	2018	2022
2.1 2.2	Body-Mass-Index (BMI): Größe Gewicht	KiGGS	x	x	x	x
2.4 2.5	Bewegung: Sportliche Aktivität Alltagsbewegung	Entwickelt aus „Nationale Empfehlungen zur Bewe- gung und Bewegungsför- derung“			x	x
2.8	Generelle gesund- heitsbezogene Le- bensqualität	KIDSCREEN-10 (Ravens-Sieberer et al. (2005), The KIDSCREEN Group Europe. (2006), Ra- vens-Sieberer et al. (2014)				x
2.9	Gesundheitliche Beschwerden der Kinder (psychische Beschwerdelast)	HBSC-Checklist (Currie et al., 2010)	x	x	x	x

Quelle: Sieland, J., Tempelmann, A. (AOK-Bundesverband 2022)

Tabelle 18: Fragebogen: Schwerpunktthema Ernährung

Frage (2022)	Konstrukt/Variable	Standardisierte Messinstru- mente/Spezifische Items	2010	2014	2018	2022
6.	Ernährungskompetenz: Gesund vergleichen Zubereitungstechniken Gesunde Vorratshaltung Nahrungsmittelplanung Gesund haushalten Gemeinsam und bedacht essen Gesunder Umgang und Wi- derstand Energiearme Snacks essen	SF-FLQ nach Kol- patzik & Sörensen (2022), nach Poelmann et al. (2018)				x
7. 7.1, 7.2 7.3, 7.4 7.5 – 7.8 7.9, 7.10 7.11	Nachhaltige Ernährung: Einstellung Wissen/Fertigkeiten Verhalten Hindernisse Hilfen	Entwickelt von Lisa Pörtner (KLUG-Alli- anz); AOK-Bundes- verband (2022)				x

Quelle: Sieland, J., Tempelmann, A. (AOK-Bundesverband 2022)

Literaturverzeichnis

- AOK-Bundesverband (Hrsg.) (2014): Erfolgreich Kommunizieren in der Kinder- und Hausarztpraxis. Ergebnisse einer qualitativen Befragung von Kinderärzten und Eltern zu Prävention und Compliance im Rahmen der AOK-Familienstudie 2014
- Brauns, H., Scherer, S., & Steinmann, S. (2003): The CASMIN Educational Classification in International Comparative Research. In J. H. P. Hoffmeyer-Zlotnik & C. Wolf (Eds.), *Advances in Cross-National Comparison: A European Working Book for Demographic and Socio-Economic Variables* (pp. 221-244). Boston, MA: Springer US
- Bullinger, M., & Kirchberger, I. (1998): SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand – Handanweisung. In J. Bengel, M. Wirtz, & C. Zwingmann (Eds.), *Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation*. Göttingen: Hogrefe
- Bundesministerium für Arbeit (2022): Lebenslagen in Deutschland – Der Sechste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Abteilung Effektivität und Effizienz der gesundheitlichen Aufklärung (Hrsg.), Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Zentrum für Psychosoziale Medizin, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik, Forschungssektion Child Public Health (Hrsg.) [BzgA et al.](2020): Auswirkung der COVID-19-Pandemie und der Eindämmungsmaßnahmen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, in: *Journal of Health Monitoring*, 2020, 5 (4), Berlin
- Currie, C., Griebler, R., Inchley, J., Theunissen, A., Molcho, M., Samdal, O., & Dür, W. (2010): Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study protocol: Background, methodology and mandatory items for the 2009/10 survey. Edinburgh & Vienna: CAHRU & LBIHPR
- Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess.* 1985 Feb; 49(1):71-5. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13. PMID: 16367493
- Ellert, U., Brettschneider, A. K., & Ravens-Sieberer, U. (2014). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 57(7), 798-806.
- Eurostat (2021): Glossar. Verfügbares Äquivalenzeinkommen. Glossar:Verfügbares Äquivalenzeinkommen - Statistics Explained (europa.eu)
- Euteneuer, Frank & Süssenbach, Philipp & Schäfer, Sarina & Rief, Winfried. (2014): Subjektiver sozialer Status. MacArthur-Skalen zur Erfassung des wahrgenommenen sozialen Status im sozialen Umfeld (SSS-U) und in Deutschland (SSS-D). *Verhaltenstherapie*. 10.1159/000371558
- Kaman, A., Ottová-Jordan, V., Bilz, L., Sudeck, G., Moor, I., & Ravens-Sieberer, U. (2020). Subjektive Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in Deutschland–Aktuelle Ergebnisse der HBSC-Studie 2017/18.
-

- Kolpatzik, K. & Zaunbrecher, R. (Hrsg.) (2020): Ernährungskompetenz in Deutschland, Berlin: KomPart
- Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D., Geller, F., Geiß, H. C., Hesse, V., Hebebrand, J. (2001): Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 149(8), 807-818. doi:10.1007/s001120170107
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B, Müters, S., Kroll, L. E. (2018): Messung des sozioökonomischen Status und des subjektiven sozialen Status in KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*. 3. 114-133. 10.17886/RKI-GBE-2018-016
- Lampert, T., Kroll, L.E. (2009): Die Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (eds) *Gesundheitliche Ungleichheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91643-9_18
- Lampert, T. & Kuntz, B. (2019). Auswirkungen von Armut auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 62(10), 1263-74.
- Michalski, N., Reis, M., Tetzlaff, F., Herber, M., Kroll, L. E., Hövener, C., Nowossadeck, E. & Hoebel, J. (2022). German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD): Revision, Aktualisierung und Anwendungsbeispiele.
- Morfeld, M., Kirchberger, I., & Bullinger, M. (2011): SF-36 - Fragebogen zum Gesundheitszustand - Manual. 2. ergänzte und überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe
- Poelman, M.P., Dijkstra, S.C., Sponselee, H. et al. (2018): Towards the measurement of food literacy with respect to healthy eating: the development and validation of the self perceived food literacy scale among an adult sample in the Netherlands. *Int J Behav Nutr Phys Act* 15, 54 <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0687-z>
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auquier, P., Power, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmo, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. and the European KIDSCREEN Group. (2005): KID-SCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Re-view of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5 (3), 353-364
- Ravens-Sieberer, U., Herdman, M., Devine, J., Otto, C., Bullinger, M., Rose, M., & Klasen, F. (2014): The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: Development, current application, and future advances. *Quality of Life Research*, 23(3)
- Ravens-Sieberer U, Klasen F & Petermann F (2016): Psychische Kindergesundheit – Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie. *Kindheit und Entwicklung*, 25, S. 4-9
-

- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2018): KIGGS Welle 2 – Erste Ergebnisse aus Querschnitt- und Kohortenanalysen, in: Journal of Health Monitoring, 2018, 3 (1), Berlin
- Sander M, Ochmann R, Marschall J, Schiffhorst G & M Albrecht (2018): AOK-Familienstudie 2018. Eine quantitative und qualitative Befragung von Eltern mit Kindern im Alter von 4 bis 14 Jahren
- Settertobulte W (2010): AOK-Familienstudie 2010 – Routinen und Rituale fördern die Gesundheit der Kinder
- Sieland, J., Tempelmann, A. (2022): Operationshandbuch zur AOK-Familienstudie 2022. Interne Projektunterlagen. AOK-Bundesverband.
- SINUS (2014): AOK-Familienstudie 2014. Teil 1: Repräsentativbefragung von Eltern mit Kindern von 4 bis 14 Jahren. Forschungsbericht des SINUS-Instituts im Auftrag des AOK-Bundesverbands
- The KIDSCREEN Group Europe. (2006): The KIDSCREEN Questionnaires – Quality of life questionnaires for children and adolescents. Handbook. Lengerich: Pabst Science Publishers
- WHO (2016): Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behavior in School-aged Children (HBSC) Study – International report from the 2013/2014 survey. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf. Abruf am 22.12.2022
- WHO (2000): Obesity: preventing and managing the global epidemic. Technical Report Series 894. WHO, Geneva
- WHO (2001): AUDIT: The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary health care (No. WHO/MSD/MSB/01.6 a). World Health Organization
- Willett, W.; Rockstrom, J.; Loken, B.; Springmann, M.; Lang, T.; Vermeulen, S.; Garnett, T.; Tilman, D.; DeClerck, F.; Wood, A.; et al. (2019): Food in the Anthropocene: The EAT-Lancet Commission on Healthy Diets from Sustainable Food Systems. Lancet 2019, 393, 447–492.
- Winkler, J., & Stolzenberg, H. (1999): Der Sozialschichtindex im Bundes-Gesundheitssurvey. Das Gesundheitswesen, 61(2), 178 - 183
-

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com