



AOK-Kindergesundheitsatlas für das Rheinland und Hamburg 2024

Ergebnisse einer Befragung von Eltern mit
Kindern im Alter von 0 bis 17 Jahren

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse.



Impressum

Herausgeber

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse.

Autorinnen/Autoren der Studie (IMK – Institut für angewandte Marketing- und Kommunikationsforschung)

Sören Schiller
Anna Seufert
Sarah-Maria Steppe

Redaktionelle Verantwortung (AOK Rheinland/Hamburg)

Daniel Eich
Raphael Noll
Ina Wenzel

Wissenschaftliche Begleitung

Prof. Dr. Dr. Holger Muehlan
Professur für Medizinische Psychologie,
HMU Health and Medical University Erfurt

Gestaltung

ressourcenmangel Düsseldorf GmbH



Inhalt

1	Vorwort	3
2	Zentrale Ergebnisse	4
3	Hintergrund, Zielsetzung und Berichtsaufbau	34
4	Methodisches Vorgehen	38
5	Chronische Erkrankungen	46
5.1	Psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	48
5.2	Entwicklungsstörungen	60
5.3	ADHS	70
5.4	Adipositas / starkes Übergewicht	80
5.5	Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten	92
5.6	Heuschnupfen	102
5.7	Asthma / chronische Bronchitis	112
5.8	Neurodermitis / Dermatitis	126
5.9	Akne / chronische Hautausschläge	140
5.10	Migräne	150
6	Allgemeine Indikatoren der körperlichen und psychischen Gesundheit	162
7	Akute Erkrankungen und Symptome	178
8	Gesundheits-, Konsum- und Mediennutzungsverhalten	190
9	Wohlbefinden in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen sowie Mobbing	206
10	Emotionale Belastung durch gesellschaftliche Herausforderungen	216
11	Limitationen	224
12	Anhang	229
13	Literaturverzeichnis	236



Günter Wältermann
Günter Wältermann
 Vorsitzender des Vorstandes



Matthias Mohrmann
Matthias Mohrmann
 Stv. Vorsitzender des Vorstandes



Sabine Deutscher
Sabine Deutscher
 Mitglied des Vorstandes

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

Kinder und Jugendliche sind das Herz einer Familie, ihr Wohlbefinden spielt im Familienleben eine große Rolle. Die Gesundheit in der Kindheit und Jugend bildet die Grundlage für ein gesundes Leben im Erwachsenenalter. Das wissen viele Eltern – und setzen sich mit verschiedenen Gesundheitsthemen auseinander, um ihren Kindern ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen.

Für uns als Gesundheits- und Familienkasse war dies der Anlass, die Kinder- und Jugendgesundheit erstmalig aus einer anderen Perspektive in den Blick zu nehmen. Für den Kindergesundheitsatlas haben wir eine umfassende Studie durchgeführt, die den Fokus auf die Sicht der Eltern im Rheinland und in Hamburg legt. Die Ergebnisse der repräsentativen Befragung zeigen: Viele Eltern sorgen sich um die Gesundheit ihrer Kinder, weil bereits eine Erkrankung diagnostiziert wurde, weil sie eine Erkrankung ihrer Kinder vermuten oder weil sie eine solche für die Zukunft befürchten.

Basierend auf diesen Erkenntnissen wollen wir Familien noch gezielter darin unterstützen, den Grundstein für eine gesunde Zukunft und ein erfülltes Leben ihrer Kinder zu legen. Entscheidend ist, die Gesundheitskompetenz der Eltern zu stärken und ihnen das nötige Wissen zur körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit an die Hand zu geben.

Die ganzheitliche Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und kann nur gelingen, wenn alle zusammenwirken. Wir möchten dieser Verantwortung gerecht werden, indem wir die Anliegen und Bedürfnisse von Familien ernst nehmen und sie in allen Bereichen ihrer Gesundheit begleiten – ein Leben lang.

Ihre AOK Rheinland/Hamburg

Kapitel 2:

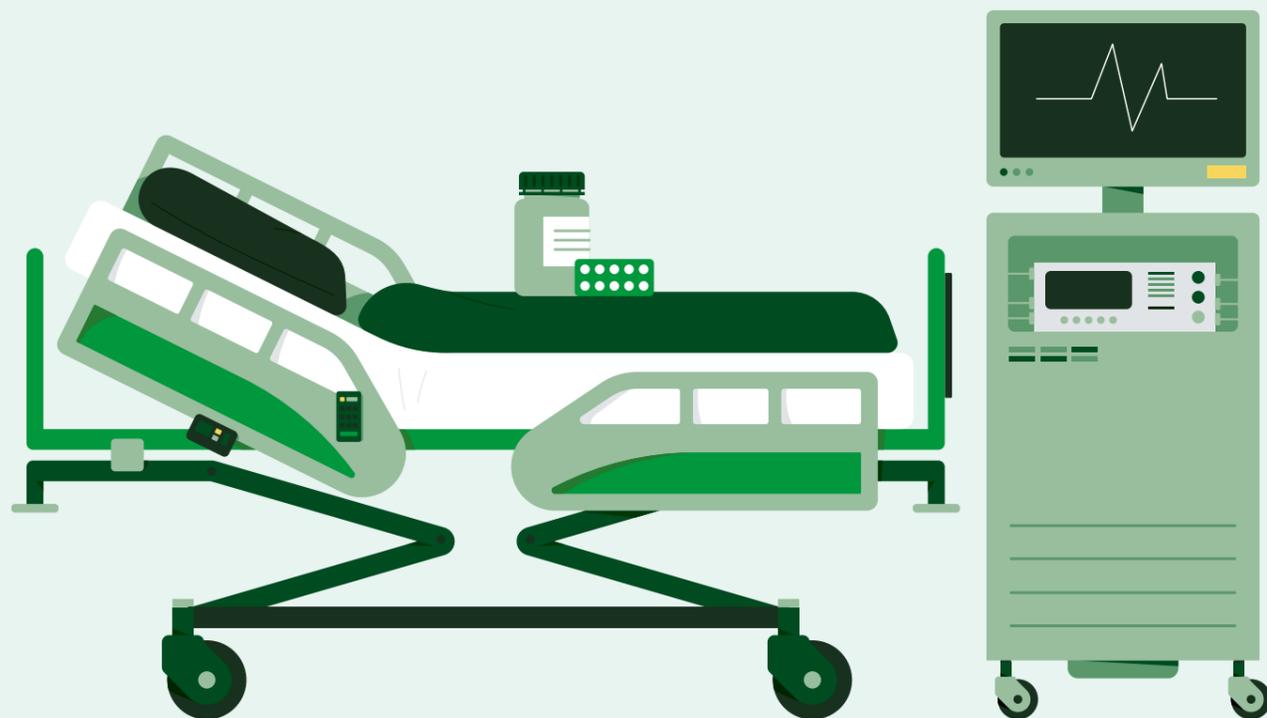
Zentrale Ergebnisse

„Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles Nichts.“

(Arthur Schopenhauer)

Dieses zumeist dem deutschen Philosophen Arthur Schopenhauer zugeordnete Zitat verdeutlicht, wie gerade bei ernsthaften Erkrankungen die Wahrnehmung der Lebensqualität und des Gesundheitszustands leiden kann. Insbe-

sondere chronische Erkrankungen, also Erkrankungen, die lange andauern, sich langsam entwickeln und schwer oder gar nicht geheilt werden können, haben einen starken Einfluss auf die Wahrnehmung des Gesundheitszustands (Noeker, 2022).



Bei Kindern und Jugendlichen kommen nicht nur Sorgen um die Einschränkungen in der Gegenwart, sondern auch um zukünftige Entwicklungen in Partnerschaft, Ausbildung/Beruf, Freizeit und Selbstständigkeit hinzu. Diese emotionalen und motivationalen Aspekte führen dazu, dass häufig auch die psychische Gesundheit von körperlichen Beschwerden beeinträchtigt wird (Noeker, 2022). Eine frühe und individuelle Behandlung von chronischen Erkrankungen ist demnach wichtig, denn sie kann das Risiko für mögliche negative Folgen verringern (Bundesministerium für Gesundheit, 2024; Erskine et al., 2016). Daher ist es relevant, Informations- und Unterstützungsangebote für Eltern von betroffenen Kindern möglichst niedrigschwellig anzubieten. Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich die vorliegende Studie intensiv mit der Perspektive der Eltern von chronisch erkrankten Kindern und Jugendlichen und erfragt deren Ängste, Sorgen, Informationsbedarfe und gewünschten Informationskanäle. Dabei berücksichtigt die Studie auch die Perspektive der Eltern, denen (noch) keine konkrete Diagnose einer chronischen Erkrankung ihrer Kinder vorliegt, sondern die diese (bislang) nur vermuten. So liefern die Ergebnisse ein ganzheitliches Bild der Bedürfnisse aller Eltern im Rheinland und in Hamburg, die sich mit chronischen Erkrankungen ihrer Kinder auseinandersetzen, und helfen, Informations- und Unterstützungsangebote bedarfsgerecht bereitzustellen.

Innerhalb dieser Studie wurden 5.000 Eltern von 0- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen aus dem Rheinland und aus Hamburg gefragt, ob ihr Kind zu 20 verschiedenen chronischen Erkrankungen eine Diagnose erhielt, ob die Eltern eine Erkrankung vermuten, aber keine Diagnose vorliegt, oder ob weder Diagnose noch Vermutung vorliegen. Die Auswahl der 20 in der Studie abgefragten chronischen Erkrankungen erfolgte im Vorfeld u. a. auf Basis der Häufigkeit ihres Auftretens (Prävalenz) laut Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg (s. Kapitel 4, Methodisches Vorgehen).

Das folgende Kapitel stellt die zentralen Ergebnisse der Studie mit Fokus auf chronische Erkrankungen dar. Dabei behandelt der erste Abschnitt die Perspektive aller betroffenen Eltern – also derjenigen, deren Kind eine Diagnose für eine chronische Erkrankung erhielt, und derjenigen, die lediglich vermuten, dass ihr Kind eine chronische Erkrankung hat. Im zweiten Abschnitt werden diese beiden Gruppen getrennt betrachtet.

Der Kindergesundheitsatlas betrachtet zudem zehn der 20 erfragten chronischen Erkrankungen in separaten Kapiteln (**s. Tab. 2.1.1**). In diesen Kapiteln wird auf Erkrankungen mit besonderer Relevanz, z. B. weil Eltern und Kinder besonders stark belastet sind, eingegangen.

Neben chronischen Erkrankungen behandelt der Kindergesundheitsatlas weitere Aspekte der Gesundheit, des Verhaltens sowie der Lebensumstände von Kindern und Jugendlichen, die jeweils in separaten Kapiteln dargestellt und eingeordnet werden.

Tab. 2.1.1: Überblick aller abgefragten chronischen Erkrankungen, inkl. Hinweis auf das jeweils zugehörige Kapitel

Chronische Erkrankung	Kapitel
Psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	5.1
Entwicklungsstörungen	5.2
ADHS	5.3
Adipositas/starkes Übergewicht	5.4
Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten	5.5
Heuschnupfen	5.6
Asthma/chronische Bronchitis	5.7
Neurodermitis/Dermatitis	5.8
Akne/chronische Hautausschläge	5.9
Migräne	5.10
Chronische Entzündung der Nasenschleimhaut oder des Rachens	-
Deformität der Extremitäten	-
Epilepsie	-
Skoliose	-
Intelligenzstörungen	-
Diabetes	-
Substanzsucht	-
Chronische Darmentzündung	-
Angeborener Herzfehler	-
Sehschwäche/Sehstörung	-

Perspektiven der Eltern von Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter chronischer Erkrankung – gemeinsame Betrachtung

Von welchen chronischen Erkrankungen berichten die Eltern?

Insgesamt ist jedes zweite Kind (50%) im Alter von 0 bis 17 Jahren aus dem Rheinland und aus Hamburg laut Aussage der Eltern von einer der abgefragten chronischen Erkrankungen betroffen. Von den abgefragten chronischen Erkrankungen hat Sehschwäche/Sehstörung die höchste Prävalenz: 15 Prozent der befragten Eltern geben an, dass ihr 0- bis 17-jähriges Kind daran (vermutlich) erkrankt ist (s. Abb. 2.1.1).

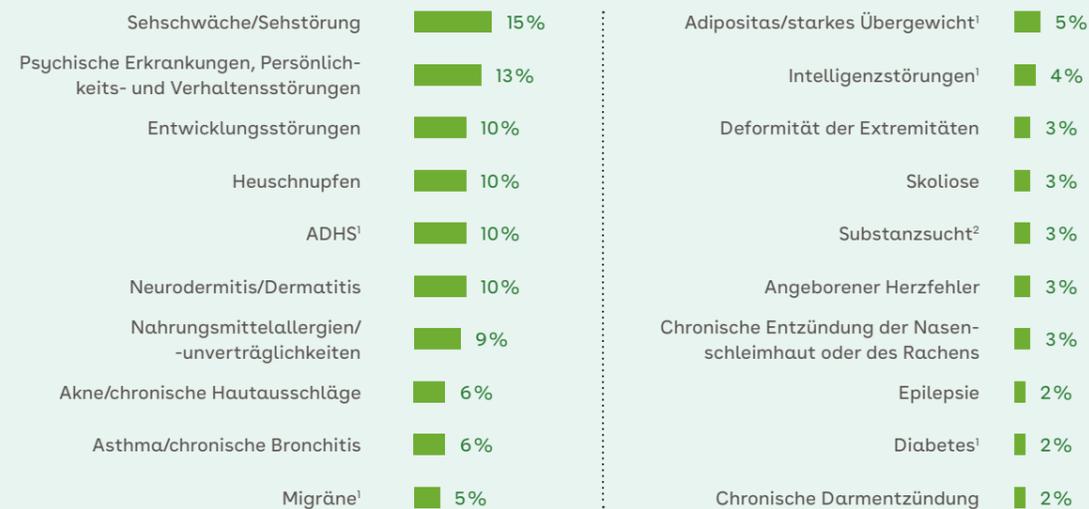
Psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (13%), Entwicklungsstörungen, Heuschnupfen, ADHS und Neurodermitis/Dermatitis

(je 10%) folgen danach. Dabei ist zu beachten, dass einige der abgefragten chronischen Erkrankungen erst ab einem bestimmten Alter diagnostiziert werden können. So wurden ADHS, Adipositas/starkes Übergewicht, Migräne, Intelligenzstörungen und Diabetes nur für Kinder ab drei Jahren untersucht und Substanzsucht nur für 14- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche.

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

Abb. 2.1.1: Anteile diagnostizierter und vermuteter (aber nicht diagnostizierter) chronischer Erkrankungen

Darstellung Anteile *Erkrankung bei Kind diagnostiziert + Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet.*
Basis: n = 5.000 / n = 4.163 (nur 3- bis 17-jährige Kinder) / n = 1.079 (nur 14- bis 17-jährige Kinder)



Über alle Altersgruppen hinweg sind Jungen etwas häufiger von den in dieser Studie erfragten 20 chronischen Erkrankungen betroffen (52%) als Mädchen (48%). Dabei unterscheidet sich vor allem die Prävalenz von ADHS (12% bei Jungen, 7% bei Mädchen) und Entwicklungsstörungen (12%/9%).

Mit dem Alter der Kinder und Jugendlichen steigt nicht nur der Anteil an Betroffenen (s. Abb. 2.1.2), sondern auch die durchschnittliche Anzahl an chronischen Erkrankungen (im Schnitt 2,2), von denen die Eltern mindestens vermuten, dass ihr Kind davon betroffen ist (s. Abb. 2.1.3). Laut Aussagen der Eltern liegt bei den 37 Prozent betroffener 0- bis 2-Jähriger eine Diagnose oder Vermutung für durchschnittlich 1,9 der abgefragten chronischen Erkrankungen vor – am häufigsten wird in dieser Altersgruppe Neurodermitis/Dermatitis (12%) vermutet bzw. diagnostiziert. Die 49 Prozent der betroffenen 3- bis 6-Jährigen sind im Schnitt von 2,2 chronischen Erkrankungen betroffen – hier wurden insbesondere Entwicklungsstörungen (14%), Neurodermitis/Dermatitis (12%) und

Sehschwäche/Sehstörung (12%) vermutet bzw. diagnostiziert. Jedes zweite Kind (51%) im Alter von 7 bis 10 Jahren ist laut Aussage der Eltern im Schnitt von 2,2 chronischen Erkrankungen betroffen – am häufigsten kommen in dieser Altersgruppe Sehschwäche/Sehstörung (14%) sowie psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (14%) vor. Bei den 11- bis 13-Jährigen sind ebenfalls 51 Prozent der Kinder laut Aussage der Eltern von im Schnitt 2,3 chronischen Erkrankung betroffen – am häufigsten von Sehschwäche/Sehstörung (18%). Psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (14%) sowie Heuschnupfen (12%) betreffen ebenfalls mehr als jedes zehnte Kind in dieser Altersgruppe. Bei den 60 Prozent der von einer chronischen Erkrankung betroffenen 14- bis 17-Jährigen liegt im Schnitt für 2,4 Erkrankungen eine Diagnose bzw. eine Vermutung vor. Insbesondere Sehschwäche/Sehstörung (21%), psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (17%) sowie Heuschnupfen (17%) treten innerhalb dieser Altersgruppe häufig auf.

Abb. 2.1.2: Von chronischen Erkrankungen Betroffene nach Altersgruppen und Geschlecht

Darstellung Anteile *Erkrankung bei Kind diagnostiziert + Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet.*

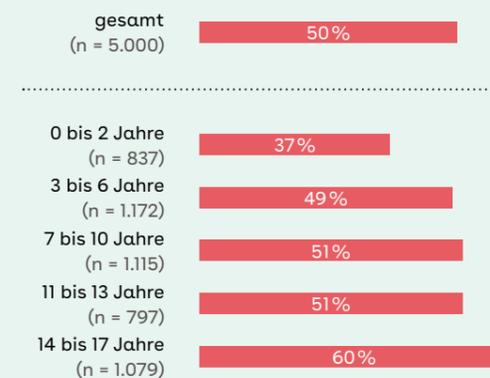
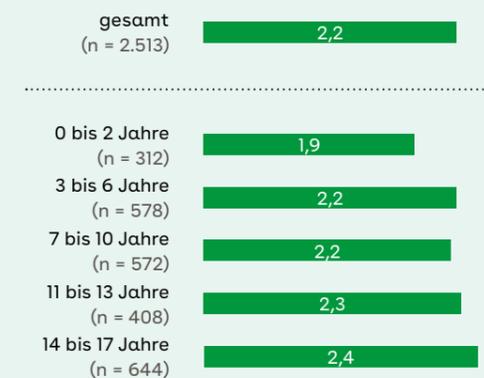


Abb. 2.1.3: Anzahl von chronischen Erkrankungen nach Altersgruppen und Geschlecht

Darstellung der durchschnittlichen Anzahl an Diagnosen + Vermutungen je Kind. **Basis:** nur, wenn Kind betroffen ist



Das Auftreten eines chronischen Krankheitsbildes zeigt nicht nur einen Zusammenhang mit dem Alter des Kindes, sondern auch mit dem Auftreten verschiedener weiterer chronischer Erkrankungen. Dies nennt man Komorbidität, d. h. zu einer Grunderkrankung kommt eine weitere Diagnose dazu, die eigene Auswirkungen auf die erkrankte Person hat, aber trotzdem im Zusammenhang mit der ersten Diagnose stehen kann.

Innerhalb dieser Studie werden folgende chronische Erkrankungen häufig gemeinsam von den Eltern angegeben:

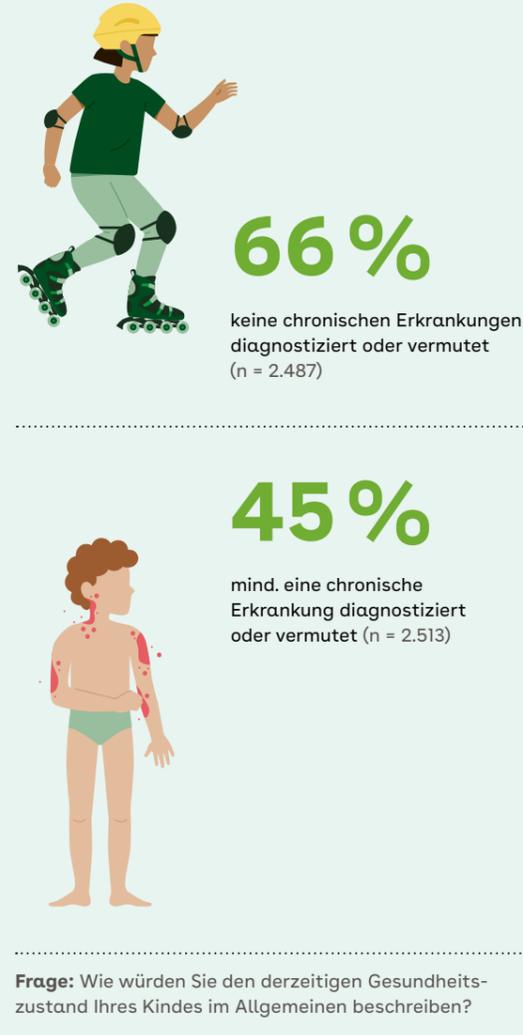
- 37% der Eltern, deren Kind von einer psychischen Erkrankung, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung betroffen ist, geben an, dass ihr Kind auch von ADHS betroffen ist.
- 34% der Eltern, deren Kind von Skoliose betroffen ist, geben an, dass ihr Kind auch von einer Deformität der Extremitäten betroffen ist.
- 27% der Eltern, deren Kind von Neurodermitis/Dermatitis betroffen ist, geben an, dass ihr Kind auch von Akne/chronischen Hautausschlägen betroffen ist.
- 24% der Eltern, deren Kind von einer Entwicklungsstörung betroffen ist, geben an, dass ihr Kind auch von einer Intelligenzstörung betroffen ist.

Diese Angaben der Eltern weisen zum einen auf eine Nähe und Überlappung der einzelnen Krankheitsbilder hin, zum anderen aber auch darauf, dass die Eltern die Begrifflichkeiten nicht eindeutig zuordnen konnten. Beispielsweise zählt ADHS zu den psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, weshalb eine gemeinsame Angabe durch die Eltern wahrscheinlich ist.

Unabhängig davon, ob verschiedene chronische Erkrankungen gemeinsam auftreten oder nicht, schätzen Eltern von Kindern, für die für mindestens eine der abgefragten chronischen Erkrankungen ein Verdacht oder eine Diagnose besteht, den Gesundheitszustand ihres Kindes signifikant weniger gut ein (45% *sehr gut*) als Eltern von Kindern, bei denen weder eine Diagnose noch ein Verdacht für eine der abgefragten chronischen Erkrankungen besteht (66%, s. **Abb. 2.1.4**).

Abb. 2.1.4: Anteile *sehr guter* Gesundheitszustand (nach WHO) des Kindes nach Auftreten chronischer Erkrankungen

Darstellung des Anteiles *sehr gut*.
Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Besonders kritisch schätzen Eltern von Kindern, die von Asthma/chronischer Bronchitis betroffen sind, den Gesundheitszustand ihres Kindes ein (lediglich 31% *sehr gut*), im Vergleich zu Eltern, deren Kind nicht von dieser Erkrankung betroffen ist (57%). Ebenso unterscheidet sich die elterliche Wahrnehmung des Gesundheitszustands von Kindern, die von Adipositas/starkem Übergewicht betroffen sind (30% *sehr gut*), signifikant von der elterlichen Einschätzung des Gesundheitszustands von Kindern, die davon nicht betroffen sind (55%). Bei zwei weiteren Erkrankungen wird eine Differenz von über 20 Prozentpunkten in der Wahrnehmung des Gesundheitszustands des Kindes erreicht: Ist ein Kind von psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen betroffen, dann schätzen lediglich 35 Prozent der Eltern den Gesundheitszustand als *sehr gut* ein, ist das Kind davon nicht betroffen, sind es 59 Prozent. Ähnliches zeigt sich bei ADHS: Ist das Kind betroffen, schätzen 35 Prozent der Eltern den Gesundheitszustand des Kindes als *sehr gut* ein, ist das Kind nicht betroffen, sind es 56 Prozent.

Die häufigsten der in dieser Studie abgefragten chronischen Erkrankungen sind Sehschwäche, psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Entwicklungsstörungen, Heuschnupfen, ADHS und Neurodermitis. Die Prävalenz der abgefragten chronischen Erkrankungen hängt häufig vom Alter des Kindes ab – insbesondere bei psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Sehschwäche/Sehstörung und Heuschnupfen.

Aber auch das Geschlecht des Kindes ist relevant. So sind laut Aussage der Eltern Jungen etwas häufiger von ADHS und Entwicklungsstörungen betroffen als Mädchen. Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen schätzen den Gesundheitszustand ihrer Kinder deutlich schlechter ein als Eltern von nicht betroffenen Kindern. Dies gilt besonders bei Asthma, Adipositas/starkem Übergewicht, psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie ADHS.

Wie geht es den Eltern von betroffenen Kindern?

Persönlicher Wissensstand und allgemeiner Informationsbedarf

Bei der Betrachtung der Angaben aller 5.000 befragten Eltern – also auch derjenigen, deren Kind nicht betroffen ist – zeigt sich, dass 27 Prozent ihren persönlichen Wissensstand zu einer chronischen Erkrankung als *sehr hoch* oder *eher hoch* einschätzen (s. **Abb. 2.1.5**). Vergleichsweise hoch wird das Wissen zu Heuschnupfen (36%), Adipositas/starkem Übergewicht (34%) und Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten (32%) eingeschätzt. Wenn das Kind betroffen ist, ist der Anteil an Eltern, die ihr Wissen als *sehr hoch* oder *eher hoch* einschätzen, größer (48%), als bei Eltern nicht betroffener Kinder.

Auf die Frage, wie hoch der persönliche Bedarf eingeschätzt wird, zu einer chronischen Erkrankung mehr oder besser informiert zu sein, gaben – unabhängig davon, ob das Kind betroffen ist oder nicht – 17 Prozent aller befragten Eltern einen *sehr hohen* oder *eher hohen* Informationsbedarf an (s. **Abb. 2.1.5**). Dies trifft vor allem auf psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (27%) und Entwicklungsstörungen (23%) zu. Wenn das Kind von der Erkrankung betroffen ist, steigt der Informationsbedarf der Eltern im Schnitt um 18 Prozentpunkte auf 35 Prozent.

Der persönliche Wissensstand zu chronischen Erkrankungen wird von Eltern betroffener Kinder deutlich höher eingeschätzt als von Eltern, deren Kind nicht betroffen ist. Dieser erhöhte Wissensstand führt aber scheinbar keineswegs zu einer Sättigung des Informationsbedarfs. Denn auch dieser wird von Eltern betroffener Kinder als deutlich höher eingeschätzt als von Eltern, deren Kind nicht betroffen ist.

Abb. 2.1.5: Persönlicher Wissensstand und Informationsbedarf nach Betroffenheit des Kindes

Dargestellt werden die Antwortoptionen *sehr hoch* + *eher hoch*, Mittelwert aller abgefragten chronischen Erkrankungen.



Frage: Wie hoch schätzen Sie Ihren persönlichen Wissensstand bezüglich dieser Themen ein? / Wie hoch schätzen Sie Ihren persönlichen Bedarf ein, zu diesen Themen der Kindergesundheit mehr oder besser informiert zu sein?

Detailanalysen für Eltern von Kindern mit Diagnose oder Verdacht

Bei allen weiteren Analysen dieses Abschnitts werden ausschließlich die Angaben von Eltern betrachtet, die bezüglich der jeweiligen chronischen Erkrankung bei ihrem Kind von einer Diagnose oder einem Verdacht berichten. Dabei werden die folgend aufgeführten Erkrankungen aufgrund ihres geringen Auftretens und der daraus resultierenden niedrigen Fallzahl von den Analysen ausgeschlossen: chronische Entzündung der Nasenschleimhaut oder des Rachens, Epilepsie, Intelligenzstörungen, Diabetes, Substanzsucht, chronische Darmentzündung, angeborener Herzfehler. Daher beziehen sich die Detailanalysen in diesem Abschnitt auf 13 statt auf 20 chronische Erkrankungen.

Belastungen von Kind und Eltern durch die Erkrankung

Jedes dritte Elternteil, bei dessen Kind eine der abgefragten chronischen Erkrankungen diagnostiziert ist oder vermutet wird, schätzt die Belastung des Kindes (32%) sowie die eigene Belastung (34%) durch die Erkrankung des Kindes als *sehr stark* bzw. *eher stark* ein (s. **Abb. 2.1.6**).

Abb. 2.1.6: Belastung der Kinder und Eltern durch die chronische Erkrankung des Kindes

Darstellung der Anteile *sehr stark* + *eher stark*. **Basis:** n = 2.450 (nur Eltern von Kindern mit Diagnose oder Verdacht einer der abgefragten chronischen Erkrankungen)



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

Bei fünf von 13 der hier betrachteten chronischen Erkrankungen schätzen Eltern ihre eigene Belastung höher ein als die ihres Kindes, z. B. bei ADHS und Entwicklungsstörungen (s. **Tab. 2.1.2**). Im Gegenzug wird die Belastung des Kindes bei drei Erkrankungen – Migräne, Akne/chronischer Hautausschlag und Heuschnupfen – etwas höher eingeschätzt als die eigene Belastung.

Einige der abgefragten chronischen Erkrankungen gehen mit zunehmendem Alter des Kindes mit einer stärkeren wahrgenommenen Belastung für das Kind einher, während die Belastung für die Eltern abnimmt. Dies trifft zum Beispiel auf Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten und Neurodermitis/Dermatitis zu. Wiederum gibt es Erkrankungen, bei denen die wahrgenommene Belastung sowohl für die Kinder als auch die Eltern mit dem Alter der Kinder tendenziell steigt, wie etwa bei psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

Tab. 2.1.2: Differenzen zwischen der Belastung des Kindes und der Belastung der Eltern nach chronischer Erkrankung

	Belastung
ADHS	--
Entwicklungsstörungen	--
Adipositas/starkes Übergewicht	-
Skoliose	-
Psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	-
Deformität der Extremitäten	+/-
Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten	+/-
Asthma/chronische Bronchitis	+/-
Sehchwäche/Sehstörung	+/-
Neurodermitis/Dermatitis	+/-
Migräne	+
Akne/chronische Hautausschläge	+
Heuschnupfen	+

---	Belastung bei Eltern viel stärker ($\Delta < -20\%P$)	+	Belastung bei Kind eher stärker ($\Delta > 5\%P$)
--	Belastung bei Eltern stärker ($\Delta < -10\%P$)	++	Belastung bei Kind stärker ($\Delta > 10\%P$)
-	Belastung bei Eltern eher stärker ($\Delta < -5\%P$)	+++	Belastung bei Kind viel stärker ($\Delta > 20\%P$)
+/-	Belastung auf gleichem Niveau		

Dargestellt wird die Tendenz der Differenz (Δ) zwischen der Belastung für das Kind und der Belastung für die Eltern – je chronischer Erkrankung und bezogen auf die Angaben *sehr hoch + eher hoch*

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

Je nach chronischer Erkrankung schätzen Eltern teils die eigene Belastung und teils die Belastung des Kindes als höher ein. Dabei hängt die Wahrnehmung von eigener Belastung und Belastung des Kindes auch – je nach Erkrankung – mit dem Alter des Kindes zusammen. Vor allem bei psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen nehmen Eltern von älteren Kindern und Jugendlichen die eigene und die Belastung des Kindes als stärker wahr.

Sorgen und Ängste von Eltern

Eltern von betroffenen Kindern und Jugendlichen haben in Bezug auf die Erkrankung des Kindes am häufigsten die Sorge, dass sich die Erkrankung verschlimmern könnte (im Schnitt 43% *stimme voll und ganz zu + stimme eher zu*, s. **Abb. 2.1.7**) und dass eine dauerhafte Beeinträchtigung des Kindes entstehen könnte (42%). Weitere elterliche Sorgen sind die Angst vor sozialer Benachteiligung (29%), Bedenken, ob man selbst ausreichend informiert ist, wie man dem Kind am besten hilft (29%), die eigene Überforderung (23%) und das Gefühl von Mitschuld an der Erkrankung des Kindes (16%).

In Summe sind diese Ängste und Sorgen am stärksten bei Eltern ausgeprägt, deren Kind von psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Adipositas/starkem Übergewicht, ADHS oder Entwicklungsstörungen

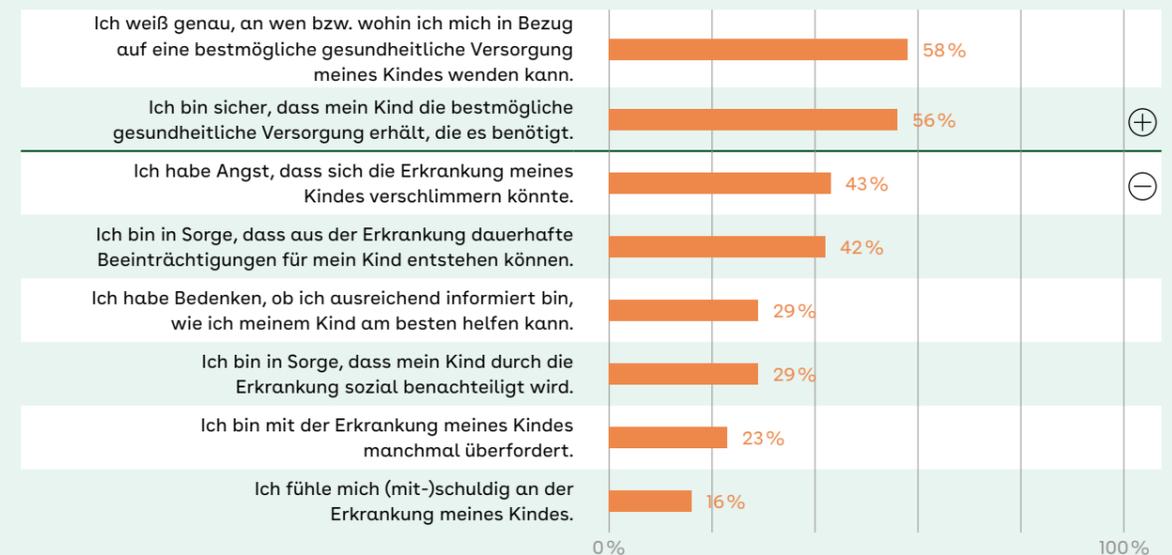
betroffen ist. Am wenigsten Sorgen machen sich Eltern von Kindern mit (vermuteter) Sehchwäche/ Sehstörung oder (vermutetem) Heuschnupfen.

Auch die verstärkte Auseinandersetzung der Eltern mit verschiedenen Ängsten und Sorgen in Bezug auf bestimmte chronische Erkrankungen ist abhängig vom Alter des Kindes. Beispielsweise äußern Eltern von 0- bis 2-jährigen Kindern mit (vermuteter) Neurodermitis/Dermatitis häufiger die Sorge, dass sich die Erkrankung des Kindes verschlimmern könnte (72% *stimme voll und ganz zu + stimme eher zu*), als Eltern älterer Kinder mit dieser (vermuteten) Erkrankung. Im Gegenzug ist die Angst vor Verschlimmerung bei Eltern von 14- bis 17-Jährigen, die (vermutlich) von psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen betroffen sind, deutlich höher (58%) als in jüngeren Altersgruppen.

Abb. 2.1.7: Sorgen und Ängste von Eltern betroffener Kinder

Darstellung der Anteile *stimme voll und ganz zu + stimme eher zu*.

Basis: n = 2.450 (nur Eltern von Kindern mit Diagnose oder Verdacht einer der abgefragten chronischen Erkrankungen)



Frage: Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

⊕ niedrige Zustimmung ist negativ zu bewerten

⊖ hohe Zustimmung ist negativ zu bewerten

Im Zusammenhang mit den erfassten Ängsten und Sorgen wurde gefragt, ob die Eltern sich sicher sind, dass ihr Kind die bestmögliche gesundheitliche Versorgung erhält und ob sie genau wissen, an wen bzw. wohin sie sich diesbezüglich wenden können. Im Schnitt stimmte jedes zweite Elternteil, bei dessen Kind eine Diagnose oder ein Verdacht für eine der betrachteten chronischen Erkrankungen vorliegt, zu, dass sein Kind die bestmögliche gesundheitliche Versorgung erhält (56% *stimme voll und ganz zu + stimme eher zu*) und dass bekannt ist, an wen bzw. wohin man sich diesbezüglich wenden kann (58%). Demgegenüber stehen also 44 bzw. 42 Prozent der Eltern, die sich dessen nicht sicher waren.

Auch in Bezug auf diese beiden Aspekte sind vor allem Eltern von Kindern mit (vermuteten) psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, (vermutetem) ADHS und (vermuteten) Entwicklungsstörungen diejenigen, die am häufigsten Orientierung und Hilfe benötigen. In Bezug auf Sehschwäche/Sehstörung, Heuschnupfen oder Asthma/chronischer Bronchitis werden diese Sorgen seltener geäußert.

Zudem zeigen sich auch hier deutliche Alters-effekte: Eltern von jüngeren Kindern mit (vermuteter) Sehschwäche/Sehstörung und (vermuteten) psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen wissen seltener, an wen sie sich wenden können, als Eltern älterer Kinder mit gleichem Erkrankungsbild.

Insbesondere Eltern von Kindern, die von psychischen Erkrankungen, Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen sowie ADHS betroffen sind, haben besonders stark ausgeprägte Ängste und Sorgen. Zudem fehlt es diesen Eltern an Orientierung – insbesondere, weil sie glauben, dass ihr Kind nicht bestmöglich gesundheitlich versorgt wird. Eltern von Kindern, die eher von körperlichen Erkrankungen betroffen sind, wie Heuschnupfen, Asthma oder Akne, äußern seltener Ängste und Sorgen. Wenn Ängste und Sorgen auftreten, dann tendenziell eher bei jüngeren Kindern.

Spezifische Informations- und Unterstützungsbedarfe und gewünschte Informationskanäle

Die vorausgehenden Ergebnisse zeigen, dass bei Eltern von (vermutlich) chronisch erkrankten Kindern und Jugendlichen spezifische Informations- und Unterstützungsbedarfe bestehen (**s. Abb. 2.1.8**). Dabei ist bei allen betrachteten chronischen Erkrankungen besonders der Bedarf an Informationen zur Auswahl von und zum Zugang zu spezifischen medizinischen und therapeutischen Behandlungen (z. B. zu Fachärztinnen und -ärzten, Spezialkliniken sowie zu Therapeutinnen und Therapeuten) am stärksten (im Schnitt 40% *sehr stark + eher stark*). Daneben sind den Eltern von betroffenen Kindern und Jugendlichen Informationen und Unterstützung bezüglich Ursachen, Krankheitsverlauf, Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten (34%), möglicher finanzieller Unter-

stützung, wie Kostenübernahmen von Behandlungen (31%) und passender Angebote und Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung (31%) wichtig.

Vereinzelte werden je nach Erkrankungsbild des Kindes besondere Informations- und Unterstützungsbedarfe angegeben: Der Bedarf an Informationen und Unterstützung hinsichtlich des Themas Rehabilitationsmaßnahmen, Förderangebote und Integrationshilfen ist bei Eltern von Kindern mit (vermuteten) Entwicklungsstörungen (37%) oder Adipositas/starkem Übergewicht (37%) besonders hoch. Eltern von Kindern mit ADHS-Diagnose oder -Verdacht haben einen vergleichsweise starken Bedarf bezüglich der Organisation des Alltagslebens mit der Erkrankung (42%) informiert bzw. unterstützt zu werden.

Abb. 2.1.8: Spezifische Informations- und Unterstützungsbedarfe von Eltern betroffener Kinder

Darstellung der Anteile *sehr stark + eher stark*.

Basis: n = 2.450 (nur Eltern von Kindern mit Diagnose oder Verdacht einer der abgefragten chronischen Erkrankungen)



Frage: Wie stark schätzen Sie Ihren Informations- oder Unterstützungsbedarf zu folgenden Themen ein?

Die Kanäle, über die sich Eltern von betroffenen Kindern am häufigsten Informations- und Unterstützungsangebote wünschen, sind Kinderarzt- und Facharztpraxen (64% bzw. 60%, s. **Abb. 2.1.9**). Nach Ärztinnen und Ärzten möchten Eltern von Kindern mit Verdacht oder Diagnose einer chronischen Erkrankung über verschiedene Kontaktkanäle der Krankenkasse entsprechende Informations- und Unterstützungsangebote erhalten – vor allem über Apps und Internetangebote der Krankenkasse (je 36%). Jedes vierte Elternteil eines betroffenen Kindes (24%) würde auf eine persönliche oder telefonische Beratung bei der Krankenkasse zurückkommen.

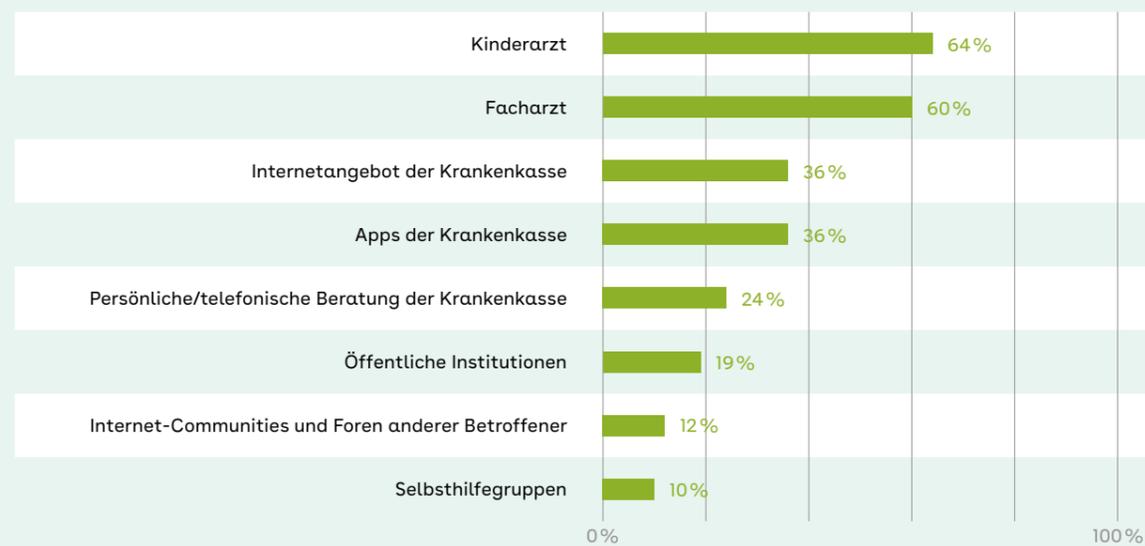
Je nach Alter des betroffenen Kindes variiert auch der elterliche Wunsch, ob Informations- und Unterstützungsangebote lieber in Facharzt- oder Kinderarztpraxen angeboten werden sollten: Je älter das betroffene Kind – unabhängig von der Erkrankung –, desto häufiger wünschen sich die Eltern Informations- und Unterstützungsangebote bei der Fachärztin bzw. beim Facharzt. Besonders deutlich wird dies bei Sehschwäche/Sehstörung: Eltern von 0- bis 2-jährigen Kindern mit Verdacht oder Diagnose einer Sehschwäche/Sehstörung hätten entsprechende Informationen in 72 Prozent der Fälle gern von der

Kinderärztin bzw. dem Kinderarzt. Bei Eltern von betroffenen 14- bis 17-Jährigen möchten nur 33 Prozent diese Informationen von der Kinderärztin oder dem Kinderarzt, aber dafür wünschen sich 70 Prozent Informationen und Unterstützung von der Fachärztin bzw. dem Facharzt.

Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen wünschen sich entsprechende Informations- und Unterstützungsangebote vor allem in Kinder- und Facharztpraxen. Bei bestimmten Erkrankungen wie Akne/chronischem Hautausschlag bevorzugen sie Fachärztinnen bzw. Fachärzte gegenüber Kinderärztinnen bzw. Kinderärzten. Zudem sind Apps und Internetangebote der Krankenkassen beliebte Informationsquellen, gefolgt von persönlicher oder telefonischer Beratung. Der Wunsch nach Angeboten von Fachärztinnen bzw. Fachärzten nimmt mit dem Alter der betroffenen Kinder zu. Innerhalb dieser Kanäle sind Informationen zur Auswahl von und Zugang zu spezifischen medizinischen und therapeutischen Behandlungen die am häufigsten gewünschten.

Abb. 2.1.9: Gewünschte Kanäle für Informations- und Unterstützungsangebote von Eltern betroffener Kinder

Basis: n = 2.450 (nur Eltern von Kindern mit Diagnose oder Verdacht einer der abgefragten chronischen Erkrankungen)



Frage: Wo sollten Ihnen Informations- oder Unterstützungsangebote speziell zu dieser Erkrankung Ihres Kindes unterbreitet werden? (Mehrfachnennung möglich).



Fazit: Jedes zweite Elternteil beschäftigt sich mit mindestens einer der abgefragten chronischen Erkrankungen, weil diese beim eigenen Kind diagnostiziert ist oder vermutet wird. Dennoch schätzen nicht einmal die Hälfte dieser Eltern ihren persönlichen Wissensstand als hoch ein und jedes dritte Elternteil hat Bedarf, mehr oder besser informiert zu sein. Dies zeigt die hohe Relevanz von Informationsangeboten für Eltern mit chronisch kranken Kindern. Aber auch jedes fünfte Elternteil ohne betroffenes Kind bekundet Bedarf an Informationen.

Dabei bringen unterschiedliche Erkrankungen auch unterschiedliche Schwerpunkte hinsichtlich des Informationsbedarfs, aber auch der Sorgen, Ängste und Belastungen von Eltern und Kindern mit sich. Eine allgemeine Informationskampagne würde nur im ersten Schritt helfen, Informations- und Wissensbedarfe von Eltern zu schließen. Im zweiten Schritt ist es wichtig, sich mit Eltern von betroffenen Kindern auseinanderzusetzen und erkrankungsspezifische Angebote zu entwerfen. Denn Eltern von Kindern mit ADHS haben zum Teil natürlich ganz andere Sorgen und Ängste als Eltern von Kindern mit Heuschnupfen. Auffällig ist der geringe Anteil an Eltern, die wissen, an wen bzw. wohin sie sich wenden können. Dies deutet darauf hin, dass Eltern häufig das Gefühl haben, alleingelassen zu werden. Niedrigschwellige Informations- und Unterstützungsangebote sind eine gute Möglichkeit, um diese Eltern zu erreichen. Es zeigt sich, dass vor allem Krankenkassen bei den Informations- und Unterstützungsangeboten eine wichtige Rolle spielen. Neben Ärztinnen und Ärzten sehen die Eltern die Krankenkasse als zentrale Institution der Wissensvermittlung und möchten, dass diese Informationen über verschiedene Kanäle bereitstellt.

Perspektiven von Eltern mit diagnostizierten Kindern im Vergleich zu Eltern mit vermutlich erkrankten Kindern

Im Gegensatz zu vielen anderen Untersuchungen, wie beispielsweise der KIGGS-Studie (Welle 2, 2017), werden in der vorliegenden Studie auch jene Eltern berücksichtigt, die lediglich vermuten, ihr Kind könnte von einer chronischen Erkrankung betroffen sein. In dem Zuge werden im folgenden Abschnitt die Anforderungen, Ängste und Sorgen sowie Informationsbedarfe der Eltern, deren Kind schon diagnostiziert und ggf. auch schon in Behandlung ist, denen der Eltern gegenübergestellt, die diese Diagnose lediglich vermuten. Ziel ist es herauszustellen, welche (unterschiedlichen) Informations- und Unterstützungsangebote beide Elterngruppen benötigen, um die bestmögliche gesundheitliche Versorgung

des Kindes zu gewährleisten. Dabei rücken vor allem Eltern, die nur vermuten, dass ihr Kind erkrankt ist, in den Vordergrund, da diese ggf. noch gar keine Ansprechpersonen im Gesundheitssystem haben und demnach mehr oder andere Hilfe benötigen.

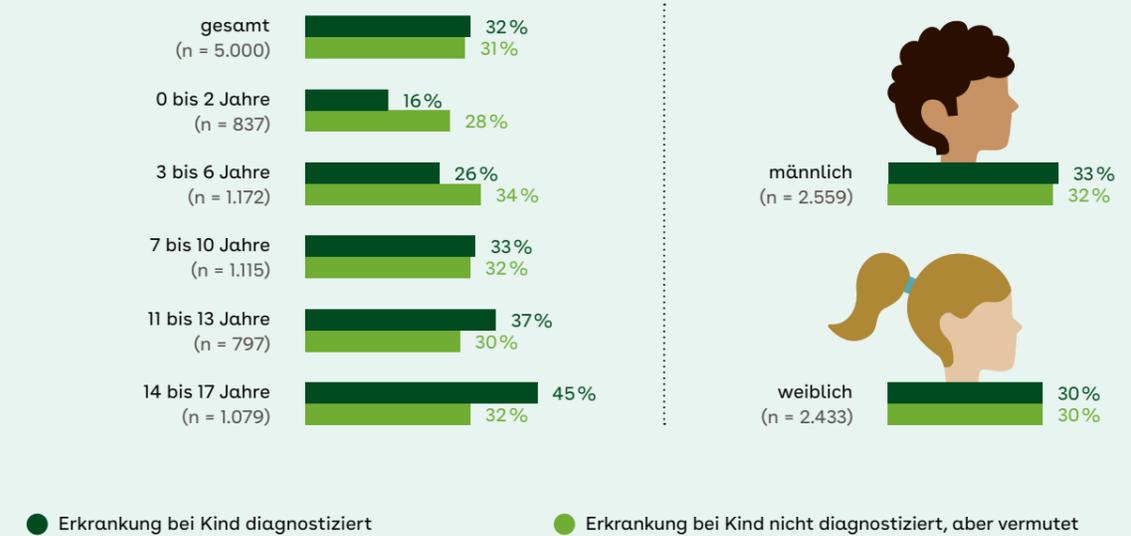
Wie auch schon im ersten Abschnitt dieses Kapitels werden zunächst alle 5.000 befragten Eltern von 0- bis 17-Jährigen in den Fokus genommen, wobei ADHS, Adipositas/starkes Übergewicht, Migräne, Intelligenzstörungen und Diabetes nur für Kinder ab drei Jahren untersucht werden und Substanzsucht nur für 14- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche betrachtet wird.

Von welchen chronischen Erkrankungen berichten die Eltern?

Knapp 3 von 10 Elternteilen (31%) geben an, dass ihr Kind vermutlich von mindestens einer der abgefragten chronischen Erkrankungen betroffen ist (s. Abb. 2.2.1). Dabei spielt das Alter eine vergleichsweise untergeordnete Rolle: So äußern 28 Prozent der Eltern von 0- bis 2-Jährigen mind. eine Vermutung, bei 3- bis 6-Jährigen sind es 34 Prozent, bei 7- bis 10-Jährigen 32 Prozent, bei 11- bis 13-Jährigen 30 Prozent und 32 Prozent bei den 14- bis 17-Jährigen. Eine klare Tendenz ist damit nicht ersichtlich. Auch der altersgruppenunabhängige Unterschied nach Geschlecht des Kindes ist nicht signifikant.

Ebenfalls ca. 3 von 10 Elternteilen (32%) geben an, dass ihr Kind für mindestens eine der abgefragten chronischen Erkrankungen eine Diagnose erhielt. Dieser Anteil steigt signifikant mit dem Alter des Kindes: Während nur 16 Prozent der Eltern von 0- bis 2-Jährigen angeben, dass ihr Kind mind. eine diagnostizierte chronische Erkrankung hat, sind es bei den 3- bis 6-Jährigen schon 26 Prozent, bei den 7- bis 10-Jährigen 33 Prozent, bei den 11- bis 13-Jährigen 37 Prozent und bei den 14- bis 17-Jährigen 45 Prozent. Zudem geben – altersgruppenunabhängig – Eltern von Jungen signifikant häufiger an, dass ihr Kind mind. eine Diagnose erhielt (33%) als Eltern von Mädchen (30%).

Abb. 2.2.1: Anteile diagnostizierter und vermuteter (aber nicht diagnostizierter) chronischer Erkrankungen



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

Insgesamt geben 13 Prozent der Eltern an, dass sie mindestens eine der abgefragten chronischen Erkrankungen bei ihrem Kind vermuten und mindestens eine der abgefragten chronischen Erkrankungen bei ihrem Kind schon diagnostiziert wurde (s. **Abb. 2.2.2**). Es besteht also eine Schnittmenge zwischen Eltern von Kindern mit diagnostizierter Erkrankung und Eltern mit vermutlich erkranktem Kind. Dies ist vor allem bei Analysen zu Komorbiditäten und dem Gesundheitszustand zu beachten.

Des Weiteren berichten 18 Prozent aller befragten Eltern, dass sie eine der abgefragten chronischen Erkrankungen bei ihrem Kind vermuten, aber keine dieser Erkrankungen bei ihrem Kind diagnostiziert wurde. Schließlich geben 19 Prozent der Eltern an, dass sie keine der abgefragten chronischen Erkrankungen bei ihrem Kind vermuten, aber mindestens eine dieser Erkrankungen bei ihrem Kind diagnostiziert wurde. Diese Zahlen zeigen: Durch die zusätzliche Betrachtung von Eltern, die bei ihrem Kind ernsthaft eine der abgefragten chronischen Erkrankungen vermuten, vergrößert sich die Gruppe der betroffenen Eltern von 32% auf 50%.

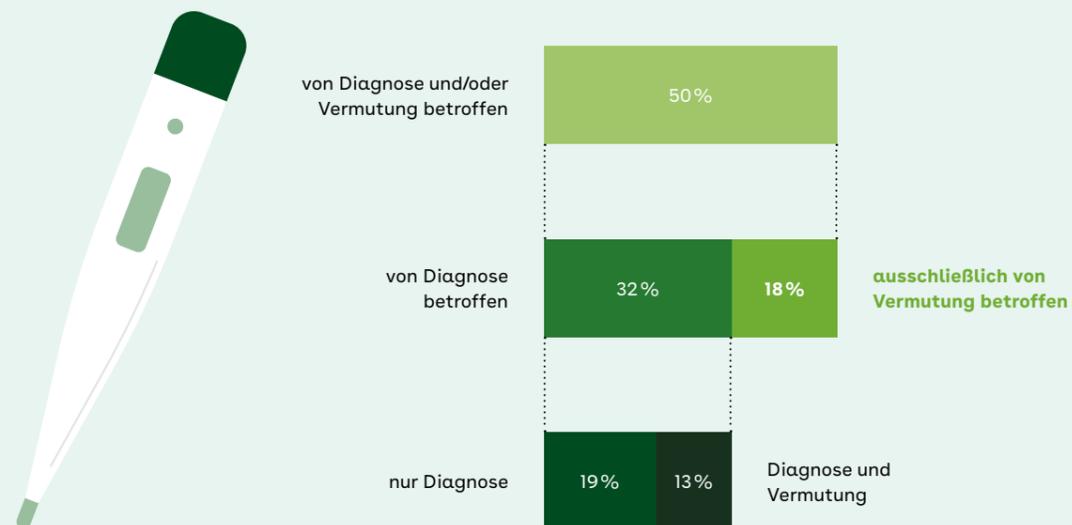
Bei den 20 in der vorliegenden Studie untersuchten chronischen Erkrankungen gibt es teilweise deutliche Unterschiede zwischen dem Anteil an Eltern, die lediglich vermuten, ihr Kind ist von dieser betroffen, und dem Anteil an Eltern, deren Kind eine Diagnose erhielt (s. **Abb. 2.2.3**). Erkrankungen, bei denen der Anteil an Eltern mit Verdacht den Anteil mit Diagnose übersteigt, sind unter anderem Substanzsucht (0,5% Diagnose/2,8% mit Verdacht), chronische Entzündung der Nasenschleimhaut und des Rachens (0,7%/2,0%), Migräne (1,4%/3,6%), chronische Darmentzündung (0,5%/1,2%) und Epilepsie (0,7%/1,2%). Bei Sehschwäche/Sehstörung (10,5%/4,6%), angeborenem Herzfehler (1,7%/1,1%), Neurodermitis/

Dermatitis (5,4%/4,3%), Heuschnupfen (5,7%/4,6%) und Asthma/chronischer Bronchitis (3,1%/2,6%) übersteigt der Anteil der Eltern, deren Kind eine Diagnose erhielt, den Anteil an Eltern, die diese chronische Erkrankung bei ihrem Kind nur vermuten.

Über alle betrachteten Altersgruppen und Geschlechter hinweg bleibt der Anteil an Eltern, die vermuten, dass ihr Kind von einer chronischen Erkrankung betroffen ist, stabil. Im Gegenzug steigt der Anteil an Kindern mit Diagnose einer chronischen Erkrankung mit dem Alter des Kindes. Auch das Geschlecht ist ein Indikator: Jungen erhielten häufiger Diagnosen als Mädchen.

Abb. 2.2.2: Anteile (vermutlich) betroffener Kinder

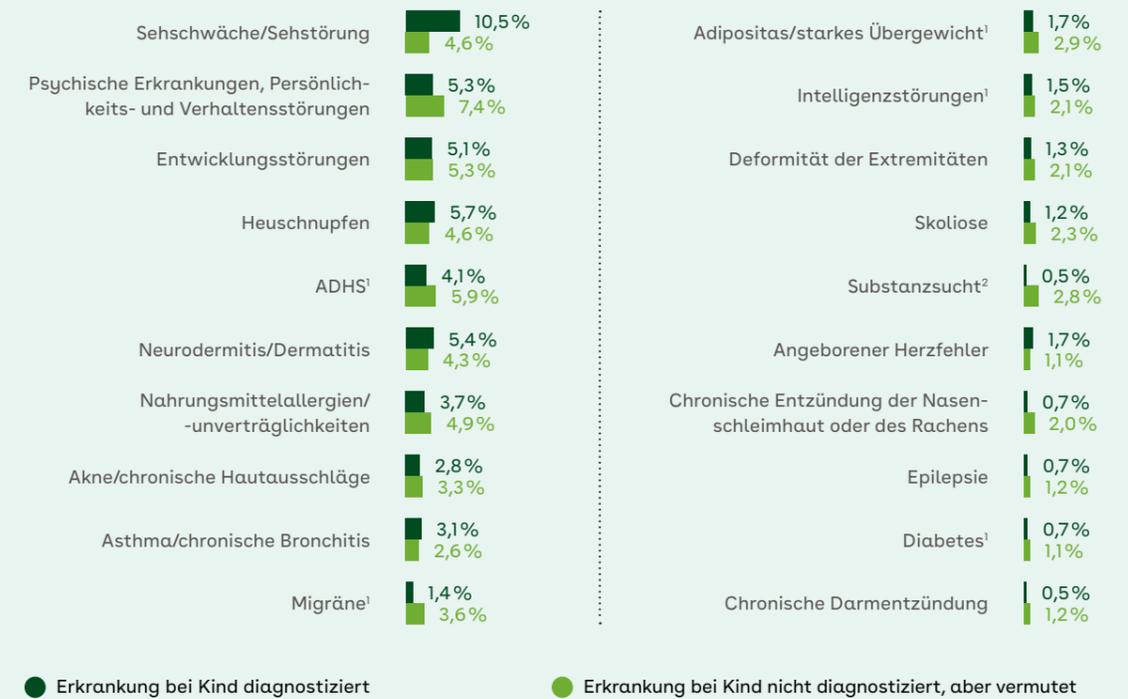
Dargestellt werden die Anteile der Kinder mit mind. einer Diagnose sowie mit mind. einer Vermutung für die 20 abgefragten chronischen Krankheitsbilder.



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

Abb. 2.2.3: Anteile diagnostizierter und vermuteter (aber nicht diagnostizierter) chronischer Erkrankungen

Basis: n = 5.000 / ¹n = 4.163 (nur 3- bis 17-jährige Kinder) / ²n = 1.079 (nur 14- bis 17-jährige Kinder)



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

Eine Besonderheit der vorliegenden Studie ist die Betrachtung der Perspektive von Eltern, die lediglich vermuten, dass ihr Kind eine der abgefragten chronischen Erkrankungen hat. Bei genauerer Betrachtung ihrer Angaben wird deutlich, dass häufig mehr als eine Erkrankung vermutet wird (im Schnitt 1,9) – hier bezeichnet als vermutete Komorbidität. Dabei werden folgende chronische Erkrankungen häufig zusammen vermutet:

- 39 Prozent der Eltern, die bei ihrem Kind eine chronische Darmentzündung vermuten, vermuten auch Adipositas/starkes Übergewicht.
- 29 Prozent der Eltern, die bei ihrem Kind eine Deformität der Extremitäten vermuten, vermuten auch Skoliose.
- 26 Prozent der Eltern, die bei ihrem Kind Asthma/chronische Bronchitis vermuten, vermuten auch eine chronische Entzündung der Nasenschleimhaut oder des Rachens.

- 25 Prozent der Eltern, die Neurodermitis/Dermatitis bei ihrem Kind vermuten, vermuten auch Akne/chronische Hautausschläge.
- 21 Prozent der Eltern, die psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen bei ihrem Kind vermuten, vermuten auch Entwicklungsstörungen.

Auch hier wird, wie bereits im ersten Abschnitt dieses Kapitels, deutlich, dass die vermuteten Komorbiditäten symptomatisch eng zusammenhängen. Ebenso verdeutlicht es aber auch die Wahrnehmung der Eltern. Da es sich hier um Vermutungen der Eltern und nicht um Diagnosen von Ärztinnen bzw. Ärzten handelt, weisen diese Zusammenhänge auch darauf hin, dass es den Eltern schwerfällt, die Erkrankungen bzw. Begrifflichkeiten zu differenzieren.



Dass es wichtig ist, sich auch um Eltern von Kindern mit vermuteten Erkrankungen zu kümmern, wird mit Blick auf den Gesundheitszustand dieser Kinder deutlich. Denn sowohl Kindern, die laut Eltern eine Diagnose erhielten und bei denen keine weitere Erkrankung vermutet wird (47% *sehr guter* Gesundheitszustand) als auch Kindern, die laut Eltern nur vermutlich an einer chronischen Erkrankung leiden und keine Diagnose für eine weitere Erkrankung erhielten (50%), geht es gesundheitlich schlechter als Kindern, die nicht von einer chronischen Erkrankung betroffen sind (66%, s. **Abb. 2.2.4**).

Am kritischsten schätzen Eltern den Gesundheitszustand ihres Kindes ein, wenn dieses für mind. eine der abgefragten chronischen Erkrankungen eine Diagnose erhielt und zusätzlich mind. eine weitere der abgefragten chronischen Erkrankungen vermutet wird (38%).

Am seltensten geht es, laut Aussage der Eltern, Kindern mit Adipositas-Diagnose gesundheitlich *sehr gut* (23%). Etwas besser – wenngleich immer noch nicht gut – wird der Gesundheitszu-

stand von Kindern mit vermutetem Asthma/chronischer Bronchitis (27%) wahrgenommen. Auch der Gesundheitszustand von Kindern mit der Diagnose einer psychischen Erkrankung, Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (26%), einer Intelligenzstörung (29%) oder einer Entwicklungsstörung (30%) wird nur von knapp mehr als jedem vierten bzw. dritten Elternteil als *sehr gut* beurteilt.

Jedes dritte Elternteil gibt an, dass sein Kind vermutlich von einer chronischen Erkrankung betroffen ist. Diesen Kindern geht es laut Aussage ihrer Eltern gesundheitlich schlechter als Kindern, bei denen eine Erkrankung weder vermutet wird noch diagnostiziert ist. Dennoch werden diese Eltern und ihre Kinder meist – gerade, weil keine Diagnose vorliegt und sie ggf. auch nicht in ärztlicher Behandlung sind – vom Gesundheitssystem nicht berücksichtigt.

Abb. 2.2.4: Anteil *sehr guter* Gesundheitszustand (nach WHO) des Kindes nach Art der Betroffenheit des Kindes

Darstellung des Anteiles *sehr gut*. **Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder

66%

keine chronischen Erkrankungen diagnostiziert oder vermutet (n = 2.487)

47%

mind. eine chronische Erkrankung diagnostiziert, keine vermutet (n = 942)

50%

mind. eine chronische Erkrankung vermutet, keine diagnostiziert (n = 919)

38%

mind. eine chronische Erkrankung diagnostiziert und mind. eine chronische Erkrankung vermutet (n = 653)



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

Wie geht es den Eltern von Kindern mit vermuteter Erkrankung im Vergleich zu Eltern von Kindern mit diagnostizierter Erkrankung?

Persönlicher Wissensstand und allgemeiner Informationsbedarf

Für die Vergleiche auf Erkrankungsebene werden Aussagen von Eltern, deren Kind eine Diagnose erhielt, und Aussagen von Eltern, die lediglich vermuten, ihr Kind ist erkrankt, betrachtet. Aufgrund zu geringer Fallzahl (n<30) in Bezug auf einige Erkrankungen werden diese für die weiteren Betrachtungen ausgeschlossen: Substanzsucht, chronische Darmentzündung und Diabetes. Der folgende Abschnitt bezieht sich daher auf 17 statt auf 20 chronische Erkrankungen.

Eltern von Kindern, die eine Diagnose erhielten, schätzen ihren eigenen persönlichen Wissensstand höher ein (60% *sehr hoch + eher hoch*) als Eltern, die nur die chronische Erkrankung bei ihrem Kind vermuten (35%, s. **Abb. 2.2.5**). Letztere schätzen ihren persönlichen Wissensstand eher auf dem Niveau von Eltern ein, die weder eine Erkrankung vermuten, noch ein diagnostiziertes Kind haben (26%).

Besonders deutlich unterscheidet sich die Einschätzung des eigenen Wissens – zwischen Eltern, deren Kind eine Diagnose erhielt, und Eltern, die lediglich vermuten, dass ihr Kind erkrankt ist – bei ADHS, Intelligenzstörungen und angeborenem Herzfehler. Bei diesen Erkrankungen schätzen Eltern mit diagnostiziertem Kind ihr Wissen zur Erkrankung um bis zu 38 Prozentpunkte höher ein als Eltern mit vermutlich erkranktem Kind. Nur bei zwei der 17 betrachteten chronischen Erkrankungen unterscheidet sich die Einschätzung des persönlichen Wissensstands zwischen Eltern mit diagnostiziertem und Eltern mit vermutlich erkranktem Kind nicht signifikant voneinander: chronische Entzündung der Nasenschleimhaut oder des Rachens und Epilepsie.

Abb. 2.2.5: Persönlicher Wissensstand der Eltern nach Betroffenheit des Kindes

Dargestellt werden die Antwortoptionen *sehr hoch + eher hoch*, Mittelwert aller abgefragten chronischen Erkrankungen.

26%

keine chronischen Erkrankungen diagnostiziert oder vermutet (n = 2.487)

60%

mind. eine chronische Erkrankung diagnostiziert (n = 1.582)

35%

mind. eine chronische Erkrankung vermutet (n = 1.551)



Frage: Wie hoch schätzen Sie Ihren persönlichen Wissensstand bezüglich dieser Themen ein?

Auch den Bedarf, mehr oder besser zur betreffenden chronischen Erkrankung informiert zu sein, schätzen Eltern von Kindern mit Diagnose höher ein (40% *sehr hoch + eher hoch*) als Eltern von Kindern mit vermuteter Erkrankung (31%) oder Eltern, deren Kind nicht betroffen ist (16%, s. **Abb. 2.2.6**).

Bei einigen chronischen Erkrankungen, wie psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Adipositas/starkem Übergewicht, angeborenem Herzfehler, Neurodermitis/Dermatitis und Intelligenzstörungen, ist der Informationsbedarf von Eltern mit diagnostizierten Kindern im Vergleich zu Eltern mit vermutlich erkrankten Kindern um bis zu 16 Prozentpunkte höher. Bei acht der 17 betrachteten chronischen Erkrankungen gibt es hingegen keinen signifikanten Unterschied im Informationsbedarf. Dies bezieht sich vor allem auf Erkrankungen wie Sehschwäche/Sehstörung, Heuschnupfen, Akne/chronischer Hautausschlag und Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten.

Eltern, deren Kind eine Diagnose zu einer der abgefragten chronischen Erkrankungen erhielt, schätzen ihren persönlichen Wissensstand und ihren persönlichen Informationsbedarf höher ein als Eltern, die eine chronische Erkrankung bei ihrem Kind vermuten. Das zeigt, dass bei diesen Eltern trotz des höheren Wissens noch Bedarf nach weiteren Informationen besteht.

Eltern mit vermutlich erkranktem Kind hingegen schätzen ihren persönlichen Wissensstand und ihren persönlichen Informationsbedarf zwar niedriger ein als Eltern mit diagnostiziertem Kind, dennoch besteht auch bei ihnen ein vergleichsweise hoher Informationsbedarf. In Kombination mit dem geringeren Wissen deutet dies darauf hin, dass diese Eltern vor allem grundlegende Informationen zur Erkrankung wie ggf. zur Diagnose benötigen.

Abb. 2.2.6: Persönlicher Informationsbedarf der Eltern nach Betroffenheit des Kindes

Dargestellt werden die Antwortoptionen *sehr hoch + eher hoch*, Mittelwert aller abgefragten chronischen Erkrankungen.

16%

keine chronischen Erkrankungen diagnostiziert oder vermutet (n = 2.487)

40%

mind. eine chronische Erkrankung diagnostiziert (n = 1.582)

31%

mind. eine chronische Erkrankung vermutet (n = 1.551)



Frage: Wie hoch schätzen Sie Ihren persönlichen Bedarf ein, zu diesen Themen der Kindergesundheit mehr oder besser informiert zu sein?

Detailanalysen für Eltern von Kindern mit Diagnose oder Verdacht

Bei allen weiteren Analysen dieses Abschnitts werden ausschließlich die Angaben von Eltern betrachtet, die bezüglich der jeweiligen chronischen Erkrankung bei ihrem Kind von einer Diagnose oder einem Verdacht berichten. Dabei werden die folgend aufgeführten Erkrankungen aufgrund ihres geringen Auftretens und der daraus resultierenden niedrigen Fallzahl von den Analysen ausgeschlossen: chronische Entzündung der Nasenschleimhaut oder des Rachens, Epilepsie, Intelligenzstörungen, Diabetes, Substanzsucht, chronische Darmentzündung, angeborener Herzfehler. Die Ausführungen in diesem Abschnitt beziehen sich daher auf 13 statt auf 20 chronische Erkrankungen.

Die im Folgenden dargestellten Durchschnittswerte beziehen sich auf die Angaben zu allen 13 betrachteten chronischen Erkrankungsbildern. Es gehen also die chronischen Erkrankungen gleich gewichtet in die übergeordneten Werte ein. Dies hat den Vorteil, dass auch Eltern, deren Kinder von einer niedrigprävalenten Erkrankung betroffen sind, eine Stimme erhalten und die Durchschnittswerte nicht nur primär jene Eltern repräsentieren, deren Kinder von einer hochprävalenten Erkrankung betroffen sind.

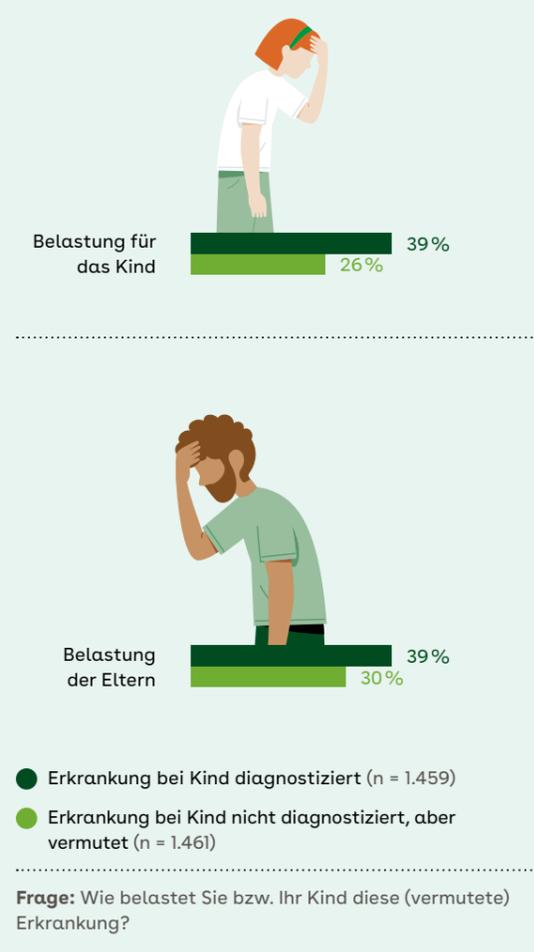
Belastung von Kind und Eltern durch die Erkrankung

26 Prozent der Eltern, die eine der betrachteten chronischen Erkrankungen bei ihrem Kind vermuten, nehmen eine *sehr starke* oder *eher starke* Belastung für das Kind wahr (s. **Abb. 2.2.7**). Wenn eine der betrachteten chronischen Erkrankungen laut Aussage der Eltern beim Kind diagnostiziert wurde, dann nehmen 39 Prozent der Eltern eine *sehr starke* oder *eher starke* Belastung bei ihrem Kind wahr.

Etwa vier von zehn Eltern (39%) von Kindern mit Diagnose geben an, dass die eigene Belastung durch die Erkrankung des Kindes *sehr hoch* bzw. *eher hoch* ist. Bei Eltern mit vermutlich erkrankten Kindern sind es für die betrachteten Erkrankungen im Schnitt drei von zehn Elternteilen (30%).

Abb. 2.2.7: Belastung der Kinder und Eltern nach Art der Betroffenheit des Kindes

Dargestellt wird der Mittelwert der Anteile *sehr hoch* + *eher hoch*. **Basis:** Eltern von Kindern mit Diagnose oder Verdacht mind. einer der abgefragten chronischen Erkrankungen



Vor allem Eltern mit Kindern, die eine Diagnose für psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen erhielten, nehmen die eigene und die Belastung des Kindes viel stärker wahr als Eltern, die diese Erkrankung bei ihrem Kind lediglich vermuten (s. **Tab. 2.2.1**). Auch bei Adipositas/starkem Übergewicht und Entwicklungsstörungen ist die Belastung von Eltern und Kind bei Diagnose deutlich höher. Im Gegenzug ist die Belastung der Eltern bei vermutetem Asthma/chronischer Bronchitis des Kindes stärker als bei der Diagnose dieser Erkrankung.

Eltern von Kindern mit Diagnose verspüren eine stärkere eigene und kindbezogene Belastung als Eltern mit vermutlich erkrankten Kindern. Dennoch nimmt ein Viertel aller Eltern mit vermutlich erkrankten Kindern eine starke Belastung des Kindes wahr.

Tab. 2.2.1: Differenzen zwischen der Belastung der Kinder und Eltern bei Diagnose und der Belastung der Kinder und Eltern bei Vermutung, nach chronischer Erkrankung

	Belastung	
	Kind	Eltern
ADHS	++	++
Adipositas/starkes Übergewicht	+++	+++
Akne/chronische Hautaus-schläge	++	+/-
Asthma/chronische Bronchitis	+/-	--
Deformität der Extremitäten	+++	+
Entwicklungsstörungen	++	+++
Heuschnupfen	++	+
Migräne	-	+/-
Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten	++	++
Neurodermitis/Dermatitis	++	+
Psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhal- tensstörungen	+++	+++
Sehschwäche/Sehstörung	+/-	+/-
Skoliose	++	+/-

--- Belastung bei Vermutung viel stärker ($\Delta < -20\%P$) + Belastung bei Diagnose eher stärker ($\Delta > 5\%P$)
 -- Belastung bei Vermutung stärker ($\Delta < -10\%P$) ++ Belastung bei Diagnose stärker ($\Delta > 10\%P$)
 - Belastung bei Vermutung eher stärker ($\Delta < -5\%P$) +++ Belastung bei Diagnose viel stärker ($\Delta > 20\%P$)
 +/- Belastung auf gleichem Niveau

Dargestellt wird die Tendenz der Differenz (Δ) zwischen der Belastung bei Diagnose und Vermutung – jeweils unterschieden nach Belastung für das Kind und die Eltern, je chronischer Erkrankung und bezogen auf die Angaben *sehr hoch* + *eher hoch*.

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

Sorgen und Ängste von Eltern

Jedes zweite Elternteil (50% *stimme voll und ganz zu + stimme eher zu*) eines Kindes mit vermuteter chronischer Erkrankung gibt an zu wissen, an wen bzw. wohin man sich in Bezug auf die bestmögliche gesundheitliche Versorgung des Kindes wenden kann (s. **Abb. 2.2.8**). Eltern von einem Kind mit Diagnose stimmen dem in 68 Prozent der Fälle zu. Auch der Aussage, dass das Kind die bestmögliche gesundheitliche Versorgung erhält, die es benötigt, stimmen Eltern mit diagnostiziertem Kind häufiger zu (64%) als Eltern mit vermutlich erkranktem Kind (48%).

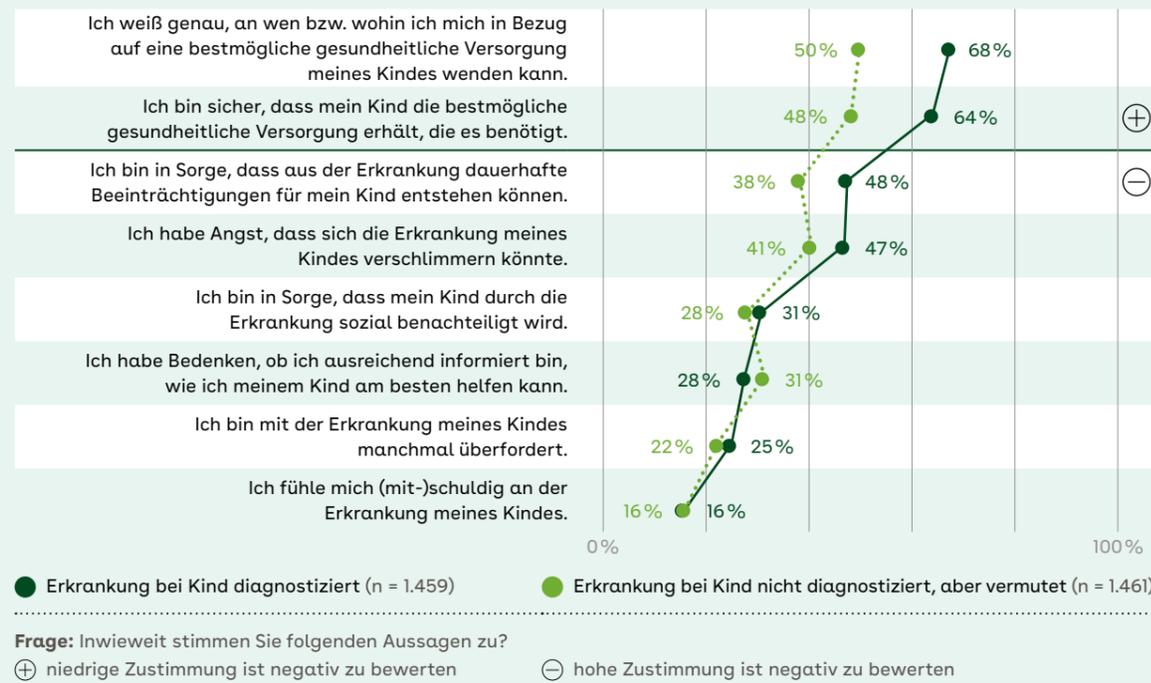
Bei insgesamt sechs der 13 betrachteten chronischen Erkrankungen stimmen Eltern von Kindern mit diagnostizierter Erkrankung beiden Aussagen

signifikant häufiger zu als Eltern mit vermutlich erkranktem Kind. Dies betrifft Entwicklungsstörungen, ADHS, psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Heuschnupfen, Sehschwäche/Sehstörung und Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten.

Des Weiteren haben Eltern von Kindern mit diagnostizierten Erkrankungen etwas häufiger die Sorge, dass eine dauerhafte Beeinträchtigung für das Kind entsteht (48%) als Eltern mit vermutlich erkranktem Kind (38%). Auch die Angst vor Verschlimmerung der Erkrankung ist bei Eltern von Kindern mit diagnostizierter Erkrankung etwas stärker ausgeprägt (47%) als bei Eltern mit vermutlich erkranktem Kind (41%).

Abb. 2.2.8: Sorgen und Ängste von Eltern nach Art der Betroffenheit des Kindes

Dargestellt wird der Mittelwert der Anteile *stimme voll und ganz zu + stimme eher zu*.
Basis: Eltern von Kindern mit Diagnose oder Verdacht mind. einer der abgefragten chronischen Erkrankungen



Bei einigen der betrachteten chronischen Erkrankungen übersteigt der Anteil sich sorgender Eltern mit vermutlich erkranktem Kind den Anteil sich sorgender Eltern von Kindern mit einer diagnostizierten Erkrankung. Beispielsweise sind die Angst vor sozialer Benachteiligung, die eigene Überforderung sowie Bedenken, nicht ausreichend informiert zu sein, bei Eltern mit vermutlich an Asthma/chronischer Bronchitis erkranktem Kind signifikant stärker ausgeprägt als bei Eltern, deren Kind dafür eine Diagnose erhielt.

Eltern mit vermutlich erkranktem Kind wissen seltener, wo sie Hilfe erhalten und an wen sie sich wenden können. Sie haben zum Teil ebenso starke Ängste und Sorgen wie Eltern von Kindern mit diagnostizierter Erkrankung.

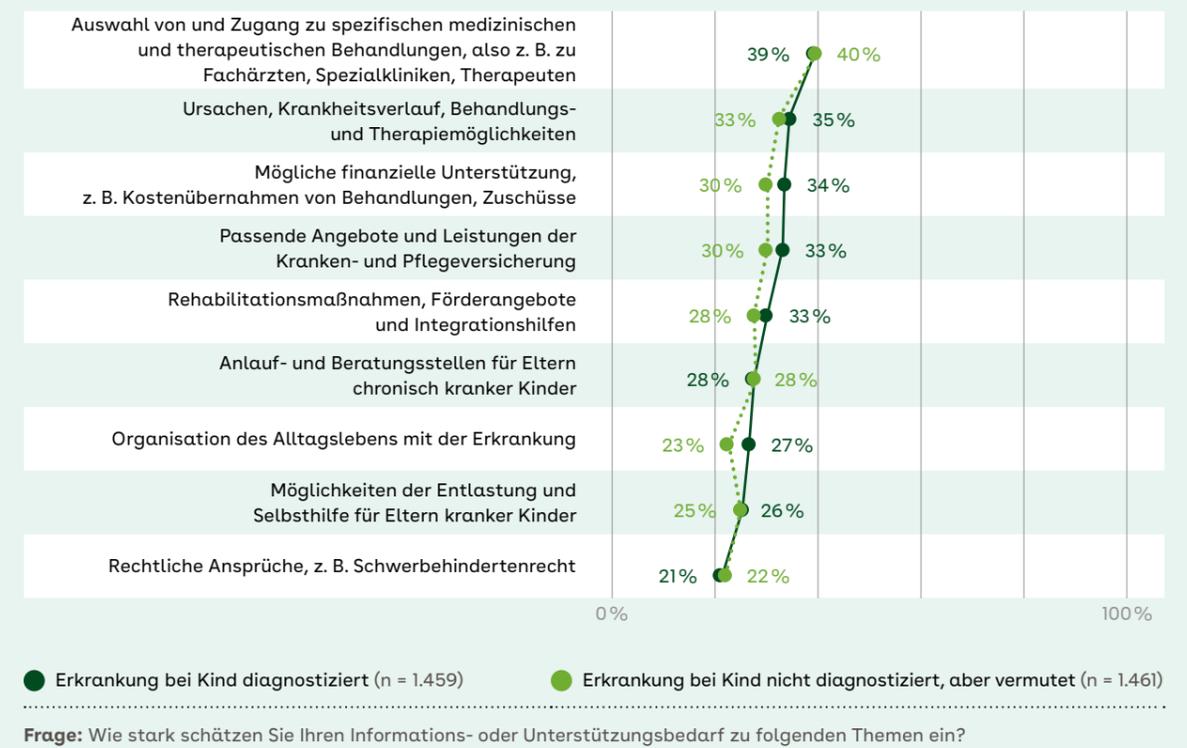
Spezifische Informationsbedarfe und -kanäle

Bezüglich des Wunsches nach spezifischen Informationen und Unterstützungen gibt es übergreifend nur geringfügige Unterschiede zwischen Eltern von Kindern mit diagnostizierter Erkrankung und Eltern mit vermutlich erkranktem Kind (s. **Abb. 2.2.9**).

Nur bei einzelnen chronischen Erkrankungen geben Eltern mit diagnostiziertem Kind signifikant häufiger an, dass Informations- und Unterstützungsbedarfe bestehen. Insbesondere bei psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Entwicklungsstörungen und Adipositas/starkem Übergewicht ist der Informations- und Unterstützungsbedarf der Eltern von Kindern mit diagnostizierter Erkrankung höher als der Bedarf von Eltern mit vermutlich erkranktem Kind.

Abb. 2.2.9: Spezifische Informations- und Unterstützungsbedarfe von Eltern nach Art der Betroffenheit des Kindes

Dargestellt wird der Mittelwert der Anteile *sehr stark + eher stark*.
Basis: Eltern von Kindern mit Diagnose oder Verdacht mind. einer der abgefragten chronischen Erkrankungen



Bei beiden Elterngruppen – Eltern von Kindern mit diagnostizierter Erkrankung und Eltern mit vermutlich erkranktem Kind – sind Kinderärztinnen bzw. Kinderärzte und Fachärztinnen bzw. Fachärzte die beiden am häufigsten genannten Kanäle für Informations- und Unterstützungsangebote (s. **Abb. 2.2.10**). Wenngleich

sich Eltern von Kindern mit diagnostizierter Erkrankung etwas häufiger (66 %) Informations- und Unterstützungsangebote in der Facharztpraxis wünschen als Eltern mit vermutlich erkranktem Kind (56 %). Auch Apps und Internetangebote der Krankenkasse werden von Eltern mit diagnostiziertem Kind häufiger genannt.

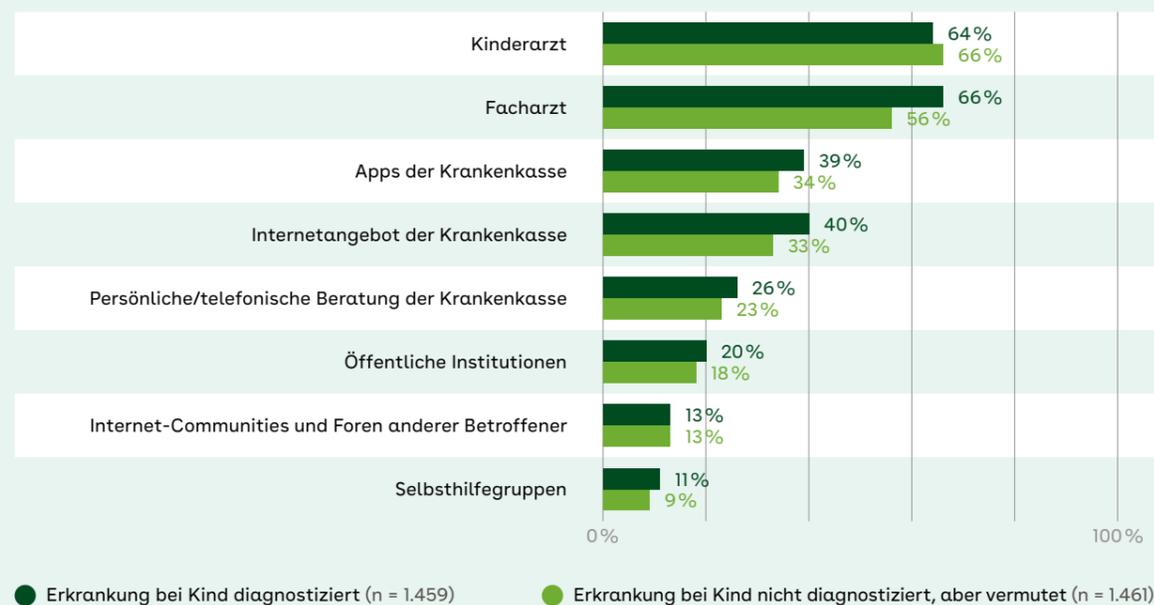
Bezüglich des Wunsches nach spezifischen Informations- und Unterstützungsbedarfen unterscheiden sich Eltern von Kindern mit diagnostizierter Erkrankung und Eltern mit vermutlich erkranktem Kind nur geringfügig. Wenngleich Eltern von Kindern mit diagnostizierter Erkrankung sich diese Informations- und Unterstützungsangebote etwas häufiger bei der Fachärztin bzw. dem Facharzt

wünschen, sind dennoch für beide Gruppen medizinische Einrichtungen die erste Wahl. Die Krankenkasse stellt mit ihren Online-Angeboten, wie Apps und Internetangeboten, für jedes dritte Elternteil mit vermutlich erkranktem Kind und vier von zehn Eltern von Kindern mit diagnostizierter Erkrankung eine wichtige Informationsquelle dar.

Abb. 2.2.10: Gewünschte Kanäle für Informations- und Unterstützungsangebote von Eltern nach Art der Betroffenheit des Kindes

Dargestellt wird der Mittelwert.

Basis: Eltern von Kindern mit Diagnose oder Verdacht mind. einer der abgefragten chronischen Erkrankungen



Frage: Wo sollten Ihnen Informations- oder Unterstützungsangebote speziell zu dieser Erkrankung Ihres Kindes unterbreitet werden? (Mehrfachauswahl möglich).



Fazit: Jedes dritte Elternteil berichtet von dem ernsthaften Verdacht auf mindestens eine der abgefragten chronischen Erkrankungen. Umso wichtiger ist es, den Eltern dieser Kinder, die – hinsichtlich der vermuteten Erkrankung – noch nicht im Gesundheitssystem erfasst sind und ggf. noch keine ärztliche Hilfe erhalten, eine Stimme zu geben und ihnen die Hilfe anzubieten, die sie und das Kind benötigen, um gesundheitlich bestmöglich versorgt zu sein. Denn dass es diesen Kindern gesundheitlich schlechter geht als Kindern, bei denen eine chronische Erkrankung weder vermutet wird noch diagnostiziert ist, zeigt diese Studie.

Zudem wissen die Eltern von Kindern mit vermuteter chronischer Erkrankung seltener, an wen bzw. wohin sie sich wenden können, und vermuten häufiger, dass ihr Kind nicht bestmöglich gesundheitlich versorgt wird. Umso wichtiger ist es, dass genau diesen Eltern spezifische Informations- und Unterstützungsangebote unterbreitet werden – die sie genauso stark einfordern wie Eltern mit diagnostiziertem Kind.



Gesamtfazit

Die vorliegende Analyse zeigt, dass sich 50 Prozent der Eltern mit mindestens einer chronischen Erkrankung ihres Kindes auseinandersetzen – in 19 Prozent der Fälle liegt dabei mind. eine Diagnose aber kein weiterer Verdacht vor, in 13 Prozent der Fälle liegt sowohl mind. eine Diagnose als auch mind. ein ernsthafter Verdacht vor und in weiteren 18 Prozent der Fälle liegt mind. ein ernsthafter Verdacht aber keine weitere Diagnose vor. Durch die Berücksichtigung von Eltern mit einem ernsthaften Verdacht vergrößert sich also die zu adressierende Gruppe der Eltern im Rheinland und in Hamburg um weitere 18 Prozent – eine Gruppe von Eltern, die bislang in den gängigen Gesundheitsstatistiken nicht auftaucht. Und dass sich die Berücksichtigung der Eltern mit einem ernsthaften Verdacht einer chronischen Erkrankung ihres Kindes lohnt, zeigt der Blick auf ihre Sorgen: Diese Eltern wissen – im Vergleich zu Eltern mit diagnostiziertem Kind – seltener, an wen sie sich wenden können und sind seltener davon überzeugt, dass ihr Kind die bestmögliche gesundheitliche Versorgung erhält.

Unabhängig davon, ob eine Diagnose oder nur ein Verdacht einer chronischen Erkrankung des Kindes vorliegt, berichten Eltern von einer hohen Belastung für sich selbst und das Kind. Diese fällt je nach Erkrankung teils höher für das Kind und teils höher für das Elternteil aus.

Auch wird von ernsthaften Sorgen und Ängsten berichtet. Über alle Erkrankungen hinweg sind die Angst, dass sich die Erkrankung verschlimmern könnte sowie die Sorge vor einer dauerhaften Beeinträchtigung des Kindes am stärksten ausgeprägt. Diese zeigen sich am deutlichsten bei psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Adipositas/starkem Übergewicht, ADHS und Entwicklungsstörungen des Kindes. Zudem zeigt sich aber auch, dass je nach chronischer Erkrankung Sorgen und Ängste unterschiedlich stark ausgeprägt sind – bspw. die Angst vor sozialer Benachteiligung des Kindes, die vor allem bei ADHS berichtet wird.

Darüber hinaus verdeutlichen die Studienergebnisse, dass Eltern von Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter chronischer Erkrankung großen Bedarf an Informationen und Unterstützung haben, der je nach spezifischer Erkrankung stark variiert. Nur eine Minderheit dieser Eltern fühlt sich ausreichend informiert, und viele wünschen sich mehr und bessere Informationen. Dabei zeigen auch Eltern nicht betroffener Kinder großes Interesse an Informationen über chronische Erkrankungen. Besonders auffällig ist, dass viele Eltern nicht wissen, an wen sie sich wenden können. Zudem spielen – neben Ärztinnen und Ärzten – insbesondere Krankenkassen für die Eltern eine wichtige Rolle bei der Bereitstellung von Informationen und Unterstützung.

Handlungsempfehlungen



Gezielte Informationskampagnen: Neben allgemeinen Informationen sollten spezifische Informationsangebote für verschiedene chronische Erkrankungen entwickelt werden, um den unterschiedlichen Bedürfnissen und Sorgen der Eltern gerecht zu werden.



Niedrigschwellige Unterstützungsangebote: Es sollten leicht zugängliche Informations- und Unterstützungsangebote bereitgestellt werden, um Eltern das Gefühl zu geben, nicht allein gelassen zu werden.



Rolle der Krankenkasse als Informationsgeber/-übermittler: Krankenkassen sollten ihre Rolle als zentrale Informationsquelle ausbauen und über verschiedene, vor allem digitale, Kanäle zielgerichtete Informationen anbieten.



Aufklärung über Anlaufstellen: Es muss mehr Aufklärung darüber geben, wohin sich Eltern wenden können, um Unterstützung und Informationen zu erhalten. Dies kann durch Informationsbroschüren, Online-Portale und Beratungshotlines erfolgen.



Unterstützung für Eltern mit Verdacht: Eltern, die bei ihrem Kind eine chronische Erkrankung nur vermuten, sollten ebenfalls gezielte Unterstützung und Informationen erhalten, um sicherzustellen, dass ihre Kinder frühzeitig und bestmöglich gesundheitlich versorgt werden.



Feedback von betroffenen Eltern einholen: Regelmäßiger Austausch mit Eltern von betroffenen Kindern ist notwendig, um deren spezifische Bedürfnisse besser zu verstehen und gezielte Maßnahmen zu entwickeln.

Durch diese Maßnahmen können Informationslücken geschlossen, das Vertrauen der Eltern gestärkt und die gesundheitliche Versorgung der Kinder verbessert werden.

Kapitel 3:

Hintergrund, Zielsetzung und Berichtsaufbau



Hintergrund und Zielsetzung der Studie

Gesundheitliche Einschränkungen beeinflussen die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen negativ (Ellert et al., 2014) und sowohl körperliche als auch psychische Probleme in der Kindheit tragen zu einem schlechteren Gesundheitszustand im Erwachsenenalter bei (Delaney, 2012). Eltern spielen dabei eine zentrale Rolle für die Gesundheit ihrer Kinder – die Gesundheitskompetenz von Eltern und die Gesundheit ihrer Kinder hängen zusammen (Batool et al., 2022). Vor dem Hintergrund dieser nicht nur gegenwärtigen, sondern insbesondere auch zukunftsgerichteten Relevanz zählen Familien mit Kindern schon seit jeher zu den Kernzielgruppen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Mit über drei Millionen Versicherten ist die AOK Rheinland/Hamburg die größte Krankenversicherung in Nordrhein-Westfalen und die zweitgrößte in Hamburg. Gerade Familien mit Kindern im Alter von 0 bis 17 Jahren sind stark unter den Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg vertreten. Aus dieser Position erwächst eine große Verantwortung für die aktive Einflussnahme auf Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern im Rheinland und in Hamburg, für deren Übernahme eine genaue Kenntnis der Gesundheitssituation der Kinder vonnöten ist.

Mit dem Gesundheitsreport berichtet die AOK Rheinland/Hamburg bereits in regelmäßigen Abständen bezogen auf Kinder- und Jugendgesundheit u. a. Prävalenzen ausgewählter chronischer Erkrankungen auf Basis von Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg. Neben den tatsächlichen Prävalenzen sind für eine Krankenversicherung jedoch auch von Eltern bisher nur vermutete und möglicherweise drohende Erkrankungen von hoher Bedeutung – vor allem dann, wenn sich Eltern zu diesen Krankheitsbildern nicht ausreichend informiert fühlen und Unterstützungsangebote nicht kennen. Die Eltern sind die für die Kinder wichtigsten Personen für die Gestaltung der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen. Ihre Gesundheitskompetenz stellt in diesem Kontext eine wesentliche Determinante für Gesundheit und Wohlbefinden der Kinder dar, insbesondere wenn sie dazu beiträgt, mögliche gesundheitliche Beeinträchtigungen der Kinder frühzeitig richtig einzuordnen und angemessene Maßnahmen zu ergreifen oder einzuleiten. Um die Situation der Familien umfassender abbilden und die Eltern gezielter unterstützen zu können, ist es darüber hinaus wichtig, krankheitsbezogene Belastungen für Kinder und Eltern sowie Ängste und Sorgen der Eltern im Falle einer Diagnose oder eines Krankheitsverdachts zu erfassen.

Der vorliegende AOK-Kindergesundheitsatlas für das Rheinland und Hamburg 2024 verfolgt vor den geschilderten Hintergründen und in Ergänzung zum Gesundheitsreport dabei im Wesentlichen vier Ziele:

- 1** Die Dokumentation des Gesundheitszustandes der Kinder im Alter von 0 bis 17 Jahren im Rheinland und in Hamburg aus Sicht der Eltern insgesamt sowie konkret bezogen auf 15 akute und 20 chronische Krankheitsbilder,
- 2** die Abbildung des auf diese Krankheitsbilder bezogenen Wissensstandes der Eltern sowie konkreter Informations- und Unterstützungsbedarfe im Fall einer Krankheitsdiagnose oder -vermutung,
- 3** die Darstellung der emotionalen Herausforderungen, die mit einer Diagnose oder einem Krankheitsverdacht einhergehen: Belastungen für Kinder und Eltern sowie die Ängste und Sorgen der Eltern, und
- 4** die Ableitung des Handlungsbedarfs für gesetzliche Krankenversicherungen für einen verbesserten Zuschnitt von Versorgungsangeboten auf die Bedürfnisse von Eltern mit Kindern sowie die Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz.

Im Kindergesundheitsatlas werden neben den nach Angaben der Eltern diagnostizierten Erkrankungen auch die bisher nur vermuteten oder möglicherweise drohenden Erkrankungen der Kinder konkret in den Blick genommen. Für 15 akute und 20 chronische Krankheitsbilder werden in der vorliegenden Studie subjektiver Wissensstand und Informationsbedarf der Eltern aufgenommen und im Fall diagnostizierter oder vermuteter Erkrankungen darüber hinaus Sorgen und Ängste der Eltern sowie deren konkreten Informations- und Unterstützungsbedarfe erfragt. Auf dieser Basis ergibt sich über die Dokumentation der bereits gestellten Diagnosen ein um mögliche Erkrankungspotenziale ergänztes Bild, welches zu einer Schärfung der Handlungsprioritäten beitragen kann. Auf Basis des Kindergesundheitsatlas wird es gesetzlichen Krankenversicherungen möglich, Eltern potenziell erkrankter Kinder handlungslenkende Informations-, Orientierungs- und Unterstützungsangebote an die Hand zu geben, die dazu beitragen, dass potenzielle Erkrankungen frühzeitig erkannt und behandelt werden. Gleichzeitig kann eine höhere Gesundheits- und Einschätzungskompetenz der Eltern dazu beitragen, potenzielle Krankheitssymptome besser einordnen zu können. In der Folge kann das Gesundheitssystem zielgerichteter in Anspruch genommen und dadurch möglicherweise entlastet werden.

Eingerahmt wird der beschriebene inhaltliche Kern des Kindergesundheitsatlas um die Aufnahme des körperlichen und psychischen Wohlbefindens der Kinder im Rheinland und in Hamburg aus Sicht ihrer Eltern entlang wesentlicher Indikatoren der Kinder- und Jugendgesundheit, wie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, gesundheitlichen und psychischen Beschwerden sowie Fragestellungen zum Gesundheits- und Risikoverhalten (u. a. Konsum, Bewegung). Daneben stellen das Mediennutzungsverhalten sowie potenzielle Ängste und psychische Belastungen der Kinder und Jugendlichen weitere Schwerpunkte des Kindergesundheitsatlas dar.

Berichtsaufbau

Der erste Teil dieses Berichts befasst sich zunächst mit der Zusammenfassung der relevantesten Ergebnisse und den daraus folgenden Handlungsfeldern. Danach geht es um die Rahmenbedingungen der Studie in Form von Hintergrund und Zielsetzung (Kapitel 3). Die Beschreibung der Methodik folgt anschließend in Kapitel 4. Insbesondere das Stichprobendesign, die Durchführung der Studie, die Datenauswertung, die zum Einsatz kommenden zentralen Analysekonzepte und eine Beschreibung der Stichprobe stehen hier im Fokus.

In den Kapiteln 5 bis 10 werden Ergebnisse der Studie dargestellt – in Kapitel 5 zunächst die Ergebnisse zu zehn chronischen Erkrankungen bzw. Krankheitsclustern, in Kapitel 6 zu allgemeinen Indikatoren der körperlichen und psychischen Gesundheit und in Kapitel 7 zu fünf akuten Symptomen. Kapitel 8 fasst das Gesundheits-, Konsum-, und Mediennutzungsverhalten zusammen, Kapitel 9 das Wohlbefinden in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen sowie Mobbing und Kapitel 10 die emotionale Belastung durch gesellschaftliche Herausforderungen. Abschließend werden in Kapitel 11 Limitationen der Studie transparent gemacht.



Kapitel 4:

Methodisches Vorgehen



Stichproben- design

Zielgruppe der dem Kindergesundheitsatlas zugrunde liegenden Befragung sind erwachsene Personen mit im Rheinland und in Hamburg wohnhaften Kindern im Alter von 0 bis 17 Jahren, für die sie allein verantwortlich, überwiegend verantwortlich oder mit einem anderen Elternteil mindestens zu gleichen Teilen verantwortlich sind. Eine repräsentative Grundgesamtheit der deutschsprachigen Wohnbevölkerung in Privathaushalten im Rheinland und in Hamburg, in denen Kinder in Haushalten mit der angegebenen Konstellation leben, wurde angestrebt. Die hierfür erhobene Quotenstichprobe ist repräsentativ nach Alter, Geschlecht und Wohnort der Kinder auf Ebene der Regionaldirektionen der AOK Rheinland/Hamburg sowie nach Bildungsabschluss der Eltern auf Ebene der Regionaldirektionen, um ein detailgetreues Abbild der Familien im Rheinland und in Hamburg zu erzeugen.

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

Die Sicherstellung der Repräsentativität der Stichprobe erfolgt auf Grundlage des Mikrozensus, Quotierung und Gewichtung erfolgten durch zwei Kreuzquoten. Die erste Quote bezieht sich auf den Wohnort der Kinder auf Ebene der Regionaldirektion, ihr Geschlecht sowie ihr Alter und die zweite Quote auf den Wohnort der Kinder auf Ebene der Regionaldirektion sowie den Bildungsabschluss der Eltern. Für die regionale Quotierung und Gewichtung wurden durch das IMK Institut bei den Statistischen Landesämtern Sonderauswertungen des Mikrozensus 2022 angefordert.

Durchführung der Befragung

Der Kindergesundheitsatlas wurde über eine Online-Befragung unter Einsatz der Online-Panels bilendi, cint und dynata realisiert. Die einbezogenen Online-Panels zeichnen sich durch eine qualitätsgesicherte Rekrutierung der Panelteilnehmenden aus, die sowohl auf Online- als auch auf Offlinekanäle setzt und sich an der soziodemografischen Bevölkerungsstruktur orientiert.

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

Als Befragungsteilnehmende kamen diejenigen in den Online-Panels Registrierten in Betracht, die allein verantwortlich, überwiegend verantwortlich oder mit einem anderen Elternteil mindestens zu gleichen Teilen verantwortlich für die Erziehung eines Kindes oder mehrerer Kinder sind. Traf dies auf mehrere Kinder zu, wurde für die Befragungsteilnehmenden eines ihrer Kinder zufällig ausgewählt, um die nachfolgende Befragung ausschließlich auf dieses Kind zu beziehen. Dieses Kind war im Weiteren determinierend für die Erfüllung der definierten Quotierung. Die befragten Personen werden im Folgenden als Eltern bezeichnet, was leibliche Eltern, Stiefeltern, Adoptiveltern sowie rechtliche Betreuerinnen und Betreuer umfasst.

Die Befragung erfolgte im Zeitraum vom 7. Februar 2024 bis 17. März 2024 (ca. 6 Wochen). Die Durchführungsdauer für das Ausfüllen der Onlinebefragung betrug im Mittel 20 Minuten.

Datenauswertung

Im Anschluss an die Befragungsdurchführung wurden die Erhebungsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft, zu lückenhafte sowie zu unplausible Datensätze wurden gelöscht. Auf der Grundlage eines fortlaufenden Qualitätsmanagements fiel die notwendige Datenbereinigung zum Erhebungsende lediglich marginal aus. Ein Oversampling der Stichprobe stellte den Erhalt der anvisierten Nettostichprobe von 5.000 Befragungen sicher.

Über die Quotierung war es nicht hinsichtlich aller Aspekte möglich, die Repräsentativität der Stichprobe zu gewährleisten. Abweichungen bei Alter und Geschlecht des Kindes sowie beim Bildungsabschluss der Eltern wurden im Nachgang durch eine Gewichtung korrigiert, wobei der Gewichtungsfaktor einen Maximalwert von vier lediglich in Einzelfällen erreichte. Im Fall des Merkmals Migrationshintergrund

war methodenbedingt eine Erfüllung der Quotenvorgaben nicht möglich (s. Limitationen, Kapitel 11).

Anschließend wurden die Befragungsdaten mithilfe von Statistik-Software systematisch aufbereitet und ausgewertet. In einem ersten Auswertungsschritt wurden deskriptive Häufigkeitsverteilungen zu allen Fragen sowie Lage- und Streuungsmaße in Bezug auf die erhobenen Merkmale ermittelt. Des Weiteren wurden deskriptive bivariate Verfahren genutzt, um Zusammenhänge zwischen Merkmalskombinationen zu identifizieren (z. B. via Kreuztabellierungen). In einem nächsten Schritt wurde mit geeigneten Testverfahren (z. B. Chi-Quadrat-Test) geprüft, ob zwischen bestimmten Häufigkeitsverteilungen statistisch signifikante Unterschiede bestehen. Die Ergebnisse werden im Folgenden gerundet dargestellt. Durch nicht sichtbare Nachkommastellen könnten sich deshalb bspw. Abweichungen zu 100 Prozent ergeben.



Verwendete Konzepte

Regionaldirektionen

Die Regionaldirektionen (RDs) der AOK Rheinland/Hamburg sind die Grundlage der Quotierung nach Wohnort und werden beim Berichten von regionalen Unterschieden bezüglich des Auftretens der Erkrankungen aufgegriffen. Es handelt sich um zehn Verwaltungsgebiete im Rheinland und in Hamburg.

Erkrankungsbilder

Teilnehmende werden zunächst zum Auftreten von 15 akuten und 20 chronischen Krankheitsbildern befragt (s. Seite 42 und 43).

Sie geben zu jedem akuten Krankheitsbild an,

- ob die Erkrankung bei ihrem Kind in den letzten zwölf Monaten festgestellt/vermutet und ein Arzt aufgesucht wurde,
- ob die Erkrankung bei ihrem Kind in den letzten zwölf Monaten festgestellt/vermutet, aber kein Arzt aufgesucht wurde,
- oder ob die Erkrankung ihr Kind in den letzten 12 Monaten nicht betraf.

Zusätzlich geben sie für alle akuten Krankheitsbilder an,

- wie sie ihren persönlichen Wissensstand über dieses Krankheitsbild einschätzen
- und wie sie ihren persönlichen Bedarf einschätzen, zu diesem Thema mehr oder besser informiert zu sein.

Im Anschluss beantworten die Eltern vertiefende Fragen zum Belastungsempfinden, zu ihren Sorgen sowie zu ihrem Informations- und Unterstützungsbedarf in Bezug auf die akuten Krankheiten, die laut ihrer Angabe bei ihrem Kind in den letzten zwölf Monaten festgestellt/vermutet wurden. Um die Länge des Fragebogens zu begrenzen, machen sie diese Angaben zu maximal einer akuten Erkrankung, auch wenn ihr Kind von mehreren betroffen war.

Zudem geben die Eltern zu jedem chronischen Krankheitsbild an,

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

Auch hier geben sie für alle chronischen Krankheitsbilder an,

- wie sie ihren persönlichen Wissensstand über dieses Krankheitsbild einschätzen
- und wie sie ihren persönlichen Bedarf einschätzen, zu diesem Thema mehr oder besser informiert zu sein.

Im Anschluss beantworten die Eltern wieder vertiefende Fragen zum Belastungsempfinden, zu ihren Sorgen sowie zu ihrem Informations- und Unterstützungsbedarf. Um die Länge des Fragebogens zu begrenzen, machen sie diese Angaben zu maximal drei der chronischen Erkrankungen, die bei ihrem Kind diagnostiziert sind oder vermutet werden.

In einigen Fällen werden Erkrankungscluster statt einzelner Erkrankungen abgefragt, wie beispielsweise der Bereich der psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Zudem wird deren Subgruppe der Entwicklungsstörungen als eigene Kategorie aufgeführt und ADHS exemplarisch als eine konkrete psychische Störung herausgegriffen.

Die Auswahl der Erkrankungen erfolgte auf Basis der Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg im Jahr 2022 sowie einem Abgleich mit dem DAK-Report (Witte et al., 2021). Ausgewählt wurden die häufigsten Erkrankungscluster bei 0- bis 17-Jährigen, ergänzt durch Themen von inhaltlicher Relevanz, wie bspw. Substanzsucht, Nahrungsmittelallergien/

-unverträglichkeiten, chronische Darmentzündung und angeborener Herzfehler. Neben den 20 hier berichteten chronischen Krankheitsbildern wurde zusätzlich Verhaltenssucht abgefragt, aber aufgrund einer unklaren Diagnosehandhabung (ICD-10 vs. ICD-11) und Verständnisschwierigkeiten der Eltern in der Berichtslegung nicht berücksichtigt.



Akute Krankheitsbilder

Fieber	Übelkeit und Erbrechen	Hautausschlag / Ekzem	Kopfschmerzen
Bauch- und Beckenschmerzen	Magen-Darm-Infekt	Virusinfektion (z. B. grippale Infekte, Röteln, Windpocken, 3-Tage-Fieber, RS-Virus)	
COVID-19 / Corona-Infektion	Rachenentzündung	Mandelentzündung	
Bronchitis	Infektion der oberen Atemwege (z. B. Husten, Schnupfen)	(Mittel-)Ohrentzündung	
Bindehautentzündung	Verletzung (z. B. Platz- oder Schnittwunden, Verstauchungen, Brüche)		

Krankheitsbilder werden hier im exakten Wortlaut aus der Befragung berichtet.



Chronische Krankheitsbilder

Psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (dies umfasst z. B. Anpassungsstörungen, Angststörungen, Bindungsstörungen, Depressionen, Essstörungen, Störungen des Sozialverhaltens)		Entwicklungsstörungen (dies umfasst z. B. Sprach- und Sprechstörungen, Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten, Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen)	
ADHS (bedeutet Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung)		Adipositas / starkes Übergewicht	
Nahrungsmittelallergie / Nahrungsmittelunverträglichkeiten	Heuschnupfen	Asthma / chronische Bronchitis	
Neurodermitis / Dermatitis	Akne / chronische Hautausschläge	Migräne	Epilepsie
Intelligenzstörungen	Substanzsucht (dies umfasst z. B. die Abhängigkeit von Alkohol, Nikotin, Cannabis)	Chronische Darmentzündung	
Chronische Entzündung der Nasenschleimhaut oder des Rachens	Angeborener Herzfehler	Deformität der Extremitäten (dies umfasst z. B. unterschiedliche Beinlängen, Fehlstellungen, O- oder X-Beine)	
Skoliose (dies umfasst z. B. die Deformierung und Fehlstellung von Wirbeln und Wirbelsäule)	Diabetes	Sehschwäche / Sehstörung (dies umfasst z. B. Hornhautverkrümmung, Kurz- oder Weitsichtigkeit)	

Krankheitsbilder werden hier im exakten Wortlaut aus der Befragung berichtet.

Indikatoren der Kindergesundheit

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

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

Subjektiver Gesundheitszustand der Kinder aus Sicht der Eltern

Die subjektive Gesundheit spiegelt nicht nur Krankheiten und Gesundheitsbeschwerden wider, sondern insbesondere auch das persönliche Wohlbefinden. In Studien wird die subjektive Gesundheit häufig über die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes erfasst. Deren routinemäßige Erfassung hat sich in den vergangenen Jahrzehnten als ein Standard der bevölkerungsbezogenen Gesundheitsforschung etabliert. In der vorliegenden Studie wurde in Anlehnung an eine Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gefragt: „Wie würden Sie den derzeitigen Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben?“. Es handelt sich bei dieser Einschätzung somit nicht um eine Selbstwahrnehmung der Kinder, sondern um die Einschätzung des Gesundheitszustandes der Kinder durch die Eltern. Die befragten Eltern wurden hierfür gebeten, eine von fünf vorgegebenen Antwortmöglichkeiten zu wählen: *sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht*.

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

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder wird anhand der KIDSCREEN-10-Skala erfasst (Ellert et al., 2014), die auch in der KiGGS-Studie des 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. Die Antwortkategorien der jeweiligen Items erfassen dabei die Intensität des Wohlbefindens und der Lebensqualität der Kinder (von *nie* bis *immer*). Die Ergebnisse der Antworten werden zu einem Gesamtscore aufaddiert und anschließend in drei Kategorien unterteilt: ein niedriger KIDSCREEN-Wert ($\leq 44,99$) bedeutet eine niedrigere, ein mittlerer KIDSCREEN-Wert (45,00 – 55,00) eine normale und ein hoher KIDSCREEN-Wert (55,01 +) eine hohe Lebensqualität.

Gesundheitliche und psychische Beschwerden der Kinder aus Sicht der Eltern (HBSC-Checkliste)

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

Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe besteht aus 5.000 erwachsenen Personen, die für Kinder im Alter von 0 bis zu 17 Jahren mit Wohnsitz im Rheinland und in Hamburg verantwortlich sind. Für eine repräsentative Grundgesamtheit der deutschsprachigen Wohnbevölkerung in Privathaushalten im Rheinland und in Hamburg wurde die Stichprobe gewichtet, wie auf Seite 39 (Stichprobendesign) beschrieben. Die folgende Beschreibung der Stichprobe bezieht sich auf gewichtete Werte.

Der Anteil der männlichen Befragten liegt bei 39 Prozent. 63 Prozent aller Befragten sind zu gleichen Teilen, 19 Prozent überwiegend und 17 Prozent allein für das Kind verantwortlich. Bei 97 Prozent aller Befragten handelt es sich um die leiblichen Eltern der Kinder, bei zwei Prozent um Stiefeltern und bei einem Prozent um Pflege-/Adoptiveltern oder rechtliche Betreuerinnen bzw. Betreuer.

Die Verteilung der gewichteten Stichprobe nach weiteren Eltern- und Kindermerkmalen wird in den Tabellen 4.1 und 4.2 dargestellt.

Tab. 4.1: Merkmale des Kindes

Geschlecht	Alter	%	n
männlich	0 bis 2 Jahre	9%	427
	3 bis 6 Jahre	12%	601
	7 bis 10 Jahre	11%	572
	11 bis 13 Jahre	8%	407
	14 bis 17 Jahre	11%	552
weiblich	0 bis 2 Jahre	8%	409
	3 bis 6 Jahre	11%	571
	7 bis 10 Jahre	11%	542
	11 bis 13 Jahre	8%	388
	14 bis 17 Jahre	10%	523
divers		0%	8
Gesamt		100%	5.000

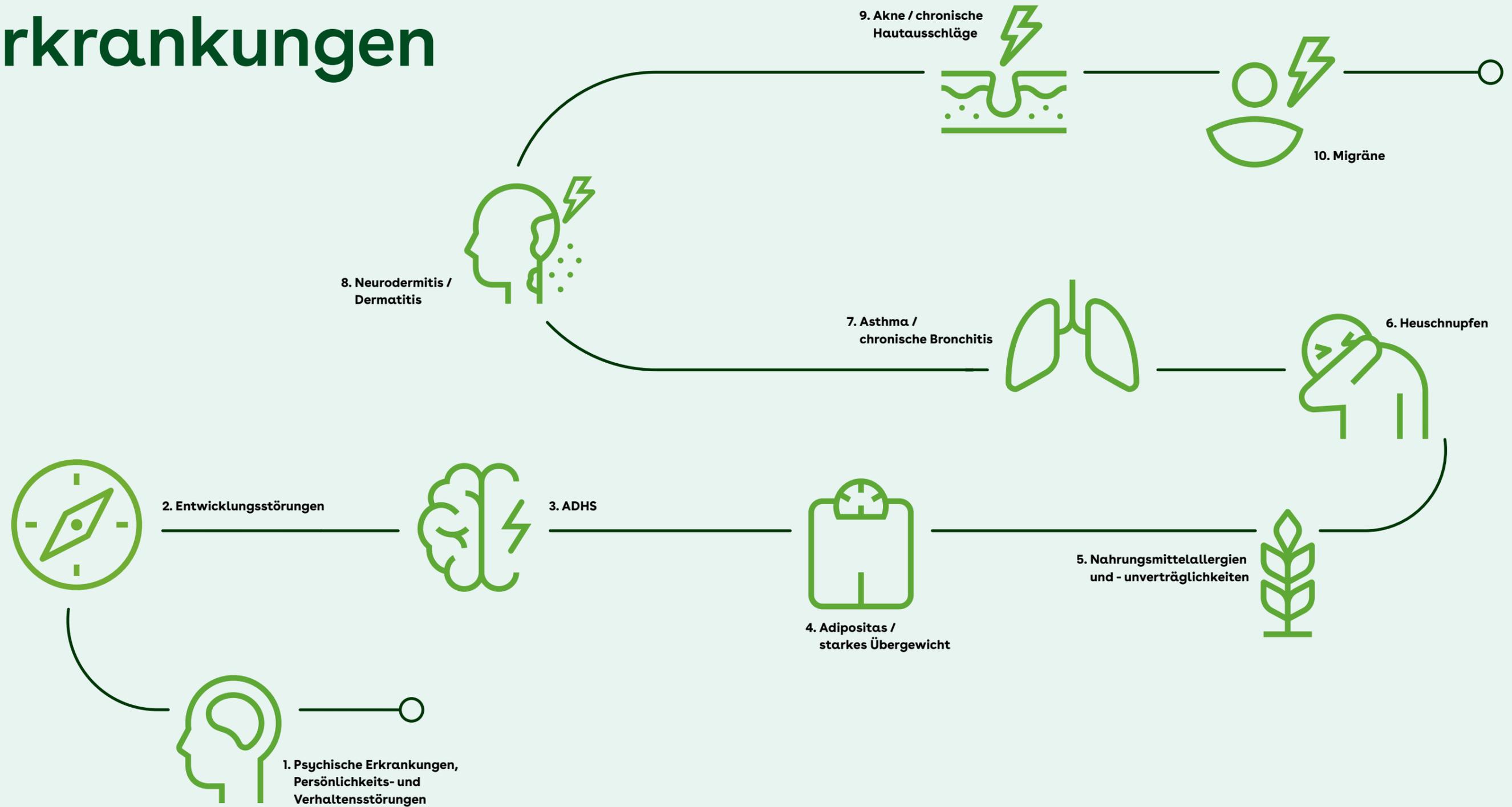
Tab. 4.2: Merkmale der Eltern

Migrationshintergrund*	%	n
in Deutschland geboren	83%	4.146
in einem anderen Land geboren	17%	854
Gesamt	100%	5.000

Bildungsabschluss	%	n
nicht zuordenbar	0%	15
ohne Abschluss	1%	27
Hauptschulabschluss	13%	628
Realschulabschluss	23%	1.126
Abi mit Uni	34%	1.710
Abi ohne Uni	30%	1.494
Gesamt	100%	5.000

Basis: Mikrozensus NRW und HH, repräsentative Stichprobenanlage bis auf Ebene der Regionaldirektionen (nach Alter und Geschlecht der Kinder sowie Bildung der Eltern)
***Abweichung:** Merkmal Migrationshintergrund unterrepräsentiert durch Einsatz von Online-Panels (im Vergleich zur Bevölkerung überbildet und mit geringerem Migrationsanteil)

Chronische Erkrankungen



Kapitel 5: Chronische Erkrankungen

1. Psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen



Das Cluster der psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen umfasst ein breites Spektrum an Krankheitsbildern wie Depressionen, Angststörungen, Anpassungsstörungen, Bindungsstörungen, Essstörungen und Störungen des Sozialverhaltens. Diese Störungen können bereits im frühen Kindesalter auftreten und das emotionale und soziale Wohlbefinden erheblich beeinträchtigen.

Im Rahmen der Studie zum Kindergesundheitsatlas wurden die Eltern zusammengefasst zu „Psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (dies umfasst z. B. Anpassungsstörungen, Angststörungen, Bindungsstörungen, Depressionen, Essstörungen, Störungen des Sozialverhaltens)“ befragt. Auf die Frage „Welche Diagnose wurde bei Ihrem Kind genau gestellt bzw. welche Diagnose vermuten Sie?“ wurden unter vielen verschiedenen Antworten vor allem Depressionen und generalisierte Angststörungen genannt. Der Inhalt dieses Kapitels ist daher sehr breit gefasst, auf einzelne Krankheitsbilder wird an dieser Stelle nicht eingegangen. Das folgende Kapitel 5.2 bezieht sich dann auf die Untergruppe der Entwicklungsstörungen, gefolgt von Kapitel 5.3 zum konkreten Störungsbild Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS).

Da psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen bereits im frühen Kindesalter

auffallen bzw. diagnostiziert werden können, beziehen sich die Ausführungen in diesem Kapitel auf die Altersgruppe der 0- bis 17-Jährigen. So kann z. B. eine Autismus-Spektrums-Störung (ASS) bereits bei Kindern unter 3 Jahren auftreten (Kloidt et al., 2023).

Die hohe Relevanz der Betrachtung psychischer Erkrankungen im Kindesalter zeigt sich daran, dass im Jahr 2020 in Deutschland ca. 27 Prozent aller Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren aufgrund psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen stationär oder ambulant behandelt wurden (Witte et al., 2021). Die häufigsten psychischen Erkrankungen waren Sprach- und Sprechstörungen (11%), motorische Entwicklungsstörungen (4%) und hyperkinetische Störungen (4%) (Witte et al., 2021). Weitere Evidenz liefert eine Studie des Statistischen Bundesamtes (2023), in der psychische Erkrankungen als häufigste Ursache für Krankenhausbehandlungen bei 10- bis 17-Jährigen genannt werden.

Psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen bei 0- bis 17-Jährigen im Rheinland und in Hamburg



Auftreten

Diagnose bei 5% / Verdacht bei 7%

Anteil an Diagnosen bei 14- bis 17-Jährigen mit 10% am höchsten



Belastungen

sehr viele stark belastete Kinder (62% bei Diagnose / 30% bei Verdacht)

sehr viele stark belastete Eltern (65% / 40%)



Sorgen

um das eigene Kind:

- vor dauerhafter Beeinträchtigung (64% / 42%)
- vor sozialer Benachteiligung (62% / 39%)
- vor Verschlimmerung der Erkrankung (62% / 37%)

um eigene Überforderung (55% / 31%)

um Information und Unterstützung:

- 64% / 34% wissen, an wen sie sich wenden können
- 44% / 36% haben Bedenken, nicht ausreichend informiert zu sein
- 59% / 30% sind sicher, dass ihr Kind die bestmögliche Versorgung erhält



Wissen und Bedarfe

60% / 43% schätzen ihr Wissen über psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen als hoch ein

51% / 34% geben hohen Informationsbedarf an

Themen mit Informations- und Unterstützungsbedarf:

- Auswahl von und Zugang zu spezifischen medizinischen und therapeutischen Behandlungen
- Ursachen, Krankheitsverlauf, Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten

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

Auftreten von psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen



Fünf Prozent der Kinder und Jugendlichen aus dem Rheinland und aus Hamburg haben laut Aussage der befragten Eltern eine diagnostizierte psychische Erkrankung, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung (s. Abb. 5.1.1). Weitere sieben Prozent der Eltern haben die ernsthafte Vermutung, dass ihr Kind daran erkranken könnte oder bereits erkrankt ist. Demnach besteht bei ca. jedem achten Kind oder Jugendlichen mindestens die Vermutung, an einer psychischen Erkrankung, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung erkrankt zu sein. Der Anteil an vermuteten Erkrankungen bzw. Störungen übersteigt den Anteil an Diagnosen dabei um zwei Prozent. Das bedeutet, dass auf jedes Kind bzw. jeden Jugendlichen mit Diagnose knapp 1,4 Kinder oder Jugendliche mit Verdacht einer solchen Erkrankung bzw. Störung kommen.

Innerhalb dieser Studie berichten Eltern, deren Kind von einer psychischen Erkrankung, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung (vermutlich) betroffen ist, am häufigsten zusätzlich von ADHS, von Entwicklungsstörungen sowie von Intelligenzstörungen (s. Tab. 12.1 im Anhang). Dabei ist nicht auszuschließen, dass beispielsweise Eltern eines Kindes mit diagnostiziertem ADHS, sowohl das konkrete Störungsbild ADHS als auch die Kategorie psychische Erkrankung, Persönlichkeitsstörung oder Verhaltensstörung angegeben haben. Gleichwohl weisen verschiedene Studien darauf hin, dass psychische Erkrankungen meist nicht isoliert, sondern häufig gemeinsam mit anderen psychischen Erkrankungen auftreten (Medici et al., 2020; Göbel et al., 2018).

Zwei bzw. drei Prozent der Kinder im Alter von 0 bis 2 bzw. von 3 bis 6 Jahren erhielten laut Aussage der Eltern eine Diagnose für eine psychische Erkrankung, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung (s. Abb. 5.1.2). Bei sechs bzw. acht Prozent der Kinder in diesen Altersgruppen vermuten die Eltern eine Erkrankung. Auch bei den 7- bis 13-Jährigen ist der Anteil an vermuteten Erkrankungen ähnlich hoch (7 bis 8%). Allerdings ist der Anteil an Diagnosen hier signifikant höher: So erhielten laut

Aussage der Eltern fünf Prozent der 7- bis 10-Jährigen und sieben Prozent der 11- bis 13-Jährigen eine Diagnose für eine psychische Erkrankung, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung.

Bei den 14- bis 17-Jährigen ist der Anteil an Diagnosen für diese Erkrankungsbilder am höchsten. Zehn Prozent der Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren haben laut Aussage der Eltern eine diagnostizierte psychische Erkrankung bzw. Störung. Dies steht im

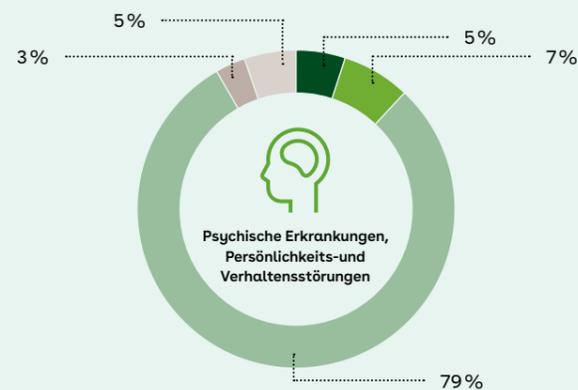
Gegensatz zu den Befunden von Witte et al. (2021), die nur eine lineare Erkrankungsprävalenz von psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen bis zum Alter von fünf Jahren feststellten.

Über alle Altersgruppen hinweg gibt es zwischen Jungen und Mädchen keine Unterschiede hinsichtlich des Anteils an diagnostizierten und vermuteten psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (s. Abb. 5.1.2).

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

Abb. 5.1.1: Auftreten von psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

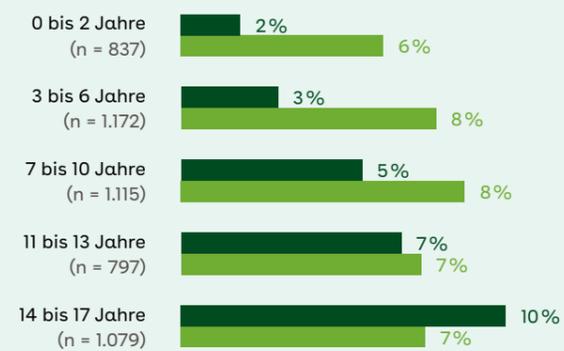
Basis: n = 5.000 (0- bis 17-jährige Kinder)



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

Abb. 5.1.2: Diagnostizierte und vermutete psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen nach Alter und Geschlecht des Kindes

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



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

Es treten signifikante regionale Unterschiede auf: In der Regionaldirektion Kleve – Wesel geben überdurchschnittlich viele Eltern an, dass ihr Kind eine diagnostizierte psychische Erkrankung, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung hat (8,4%) (s. Abb. 5.1.3.1). Im Gegenzug sind es in der Regionaldirektion Hamburg unterdurchschnittlich viele (3,8%). Der Anteil

an diagnostizierten Erkrankungen bzw. Störungen in den anderen Regionaldirektionen weicht nicht signifikant vom durchschnittlichen Auftreten im Rheinland und in Hamburg ab.

Auch der Anteil an vermuteten psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen ist in der

Regionaldirektion Kleve – Wesel am höchsten (8,6%), wenngleich nicht signifikant anders als der Durchschnittswert (7,4%). Insgesamt gibt es keine signifikanten Unterschiede in der Betrachtung des Anteils an vermuteten Erkrankungen bzw. Störungen zwischen den Regionaldirektionen und dem Gesamtwert (s. Abb. 5.1.3.2).

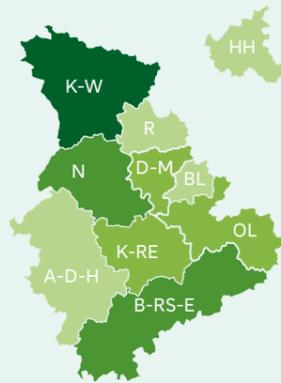
Abb. 5.1.3: Diagnostizierte und vermutete psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen nach Regionaldirektion (RD)

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder

1) Dargestellt wird Antwortoption *Erkrankung bei Kind diagnostiziert*.



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



Belastung der Kinder und Eltern durch psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen

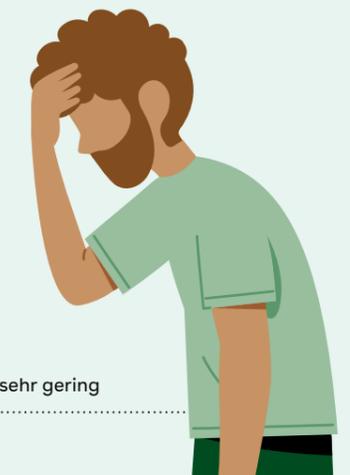
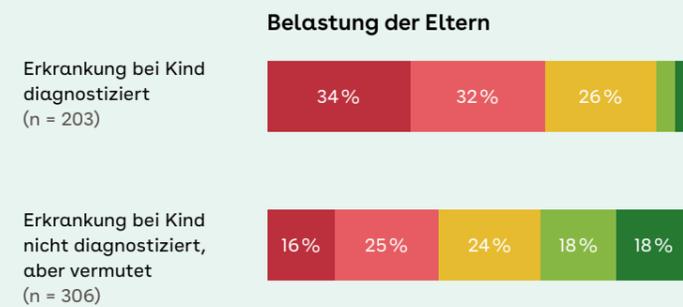
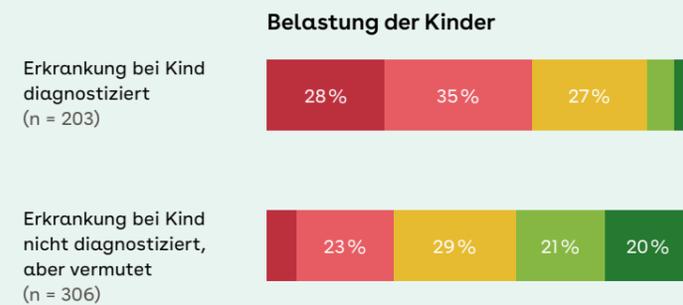


Im Rahmen dieser Studie fallen psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen als eine der Krankheiten bzw. Störungen auf, die bei einer Diagnose mit einer besonders hohen Belastung der Kinder und Eltern einhergehen. Laut Elternaussagen sind fast zwei Drittel (62%) der Kinder und Jugendlichen mit Diagnose und fast ein Drittel (30%) der Kinder und

Jugendlichen mit vermuteter Erkrankung bzw. Störung *eher* bzw. *sehr stark* belastet (s. Abb. 5.1.4). Die eigene Belastung durch die Erkrankung bzw. Störung ihres Kindes schätzen die Eltern als noch höher ein: Der Anteil an *eher* bzw. *sehr stark* belasteten Eltern liegt bei diagnostizierter Erkrankung bzw. Störung bei 65 Prozent und bei vermuteter bei 40 Prozent.

Abb. 5.1.4: Belastung von Kindern und Eltern durch diagnostizierte oder vermutete psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen der Kinder

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



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

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

Sorgen durch psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen



Eltern von Kindern mit Diagnose einer psychischen Erkrankung, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung sorgen sich zwar häufiger um ihr Kind, wissen zudem aber häufiger an wen bzw. wohin sie sich wenden können, als Eltern von Kindern, die lediglich eine Erkrankung bzw. Störung vermuten (s. **Abb. 5.1.5**).

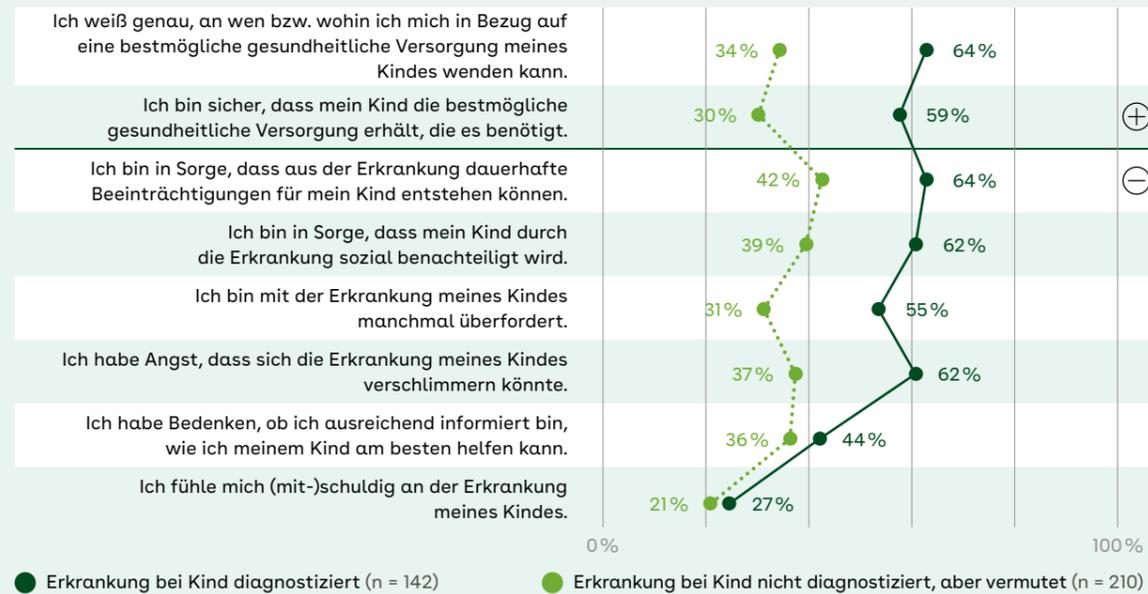
Am deutlichsten tritt dieser Unterschied beim Wissen, an wen bzw. wohin sich die Eltern wenden können, auf: Eltern von Kindern mit Diagnose wissen dies häufiger (64%) als Eltern, die lediglich eine Erkrankung bei ihrem Kind vermuten (34%). Aber auch die bestmögliche Versorgung des Kindes sehen Eltern, bei deren Kind bereits eine Diagnose gestellt wurde, deutlich häufiger als erfüllt an (59%) als Eltern,

die eine psychische Erkrankung, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung nur vermuten (30%).

Am häufigsten sorgen sich Eltern, deren Kind eine Diagnose erhielt, um eine dauerhafte Beeinträchtigung des Kindes (64%) sowie um soziale Benachteiligung (62%) und eine Verschlimmerung der Erkrankung (62%). Eltern, die eine psychische Erkrankung, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung nur vermuten, sorgen sich signifikant seltener um die dauerhafte Beeinträchtigung des Kindes (42%), soziale Benachteiligung (39%) oder Verschlimmerung der Erkrankung (37%). Darüber hinaus fühlen sich Eltern mit diagnostiziertem Kind signifikant häufiger überfordert (55%) als Eltern, die lediglich eine Erkrankung bzw. Störung bei ihrem Kind vermuten (31%).

Abb. 5.1.5: Sorgen der Eltern von Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter psychischer Erkrankung, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung

Dargestellt werden Antwortoptionen *stimme voll und ganz zu* + *stimme eher zu*.
Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Frage: Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?
 ⊕ niedrige Zustimmung ist negativ zu bewerten ⊖ hohe Zustimmung ist negativ zu bewerten

Subjektiver Wissensstand sowie Informations- und Unterstützungsbedarfe zu psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

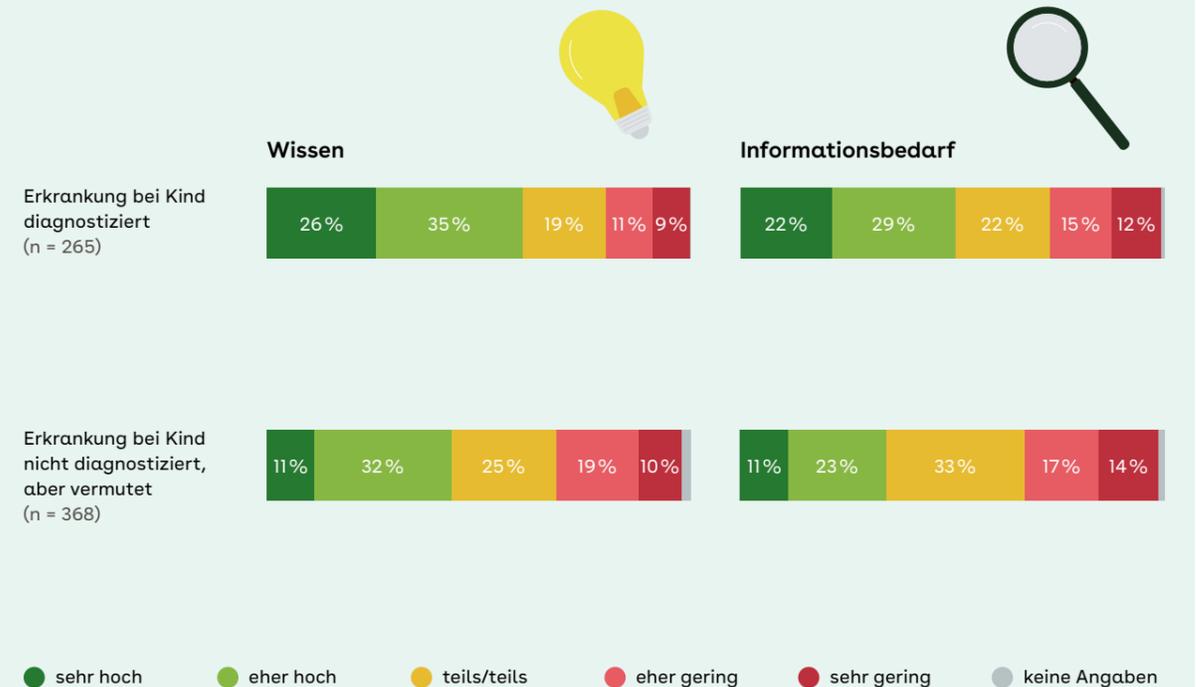


Abhängig davon, ob das eigene Kind betroffen ist oder nicht, unterscheidet sich der subjektive Wissensstand der Eltern über psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen signifikant (s. **Abb. 5.1.6**): Sechs von zehn Eltern (60%) von Kindern mit einer Diagnose schätzen ihr Wissen als *eher* bzw. *sehr hoch* ein. Bei Eltern von Kindern mit Verdacht beträgt dieser Anteil lediglich 43 Prozent. Auch der subjektive

Informationsbedarf variiert (s. **Abb. 5.1.6**): Wenn eine Diagnose für eine psychische Erkrankung, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung beim eigenen Kind bereits vorliegt, sieht die Hälfte der Eltern (51%) die *eher* bzw. *sehr hohe* Notwendigkeit, sich mehr oder besser zu informieren. Von den Eltern die vermuten, dass ihr Kind erkranken könnte oder bereits erkrankt ist, berichten 34 Prozent einen *eher* bzw. *sehr hohen* subjektiven Informationsbedarf.

Abb. 5.1.6: Wissen und Informationsbedarf der Eltern von Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter psychischer Erkrankung, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wie hoch schätzen Sie Ihren persönlichen Wissensstand bezüglich dieser Themen ein? / Wie hoch schätzen Sie Ihren persönlichen Bedarf ein, zu diesen Themen der Kindergesundheit mehr oder besser informiert zu sein?

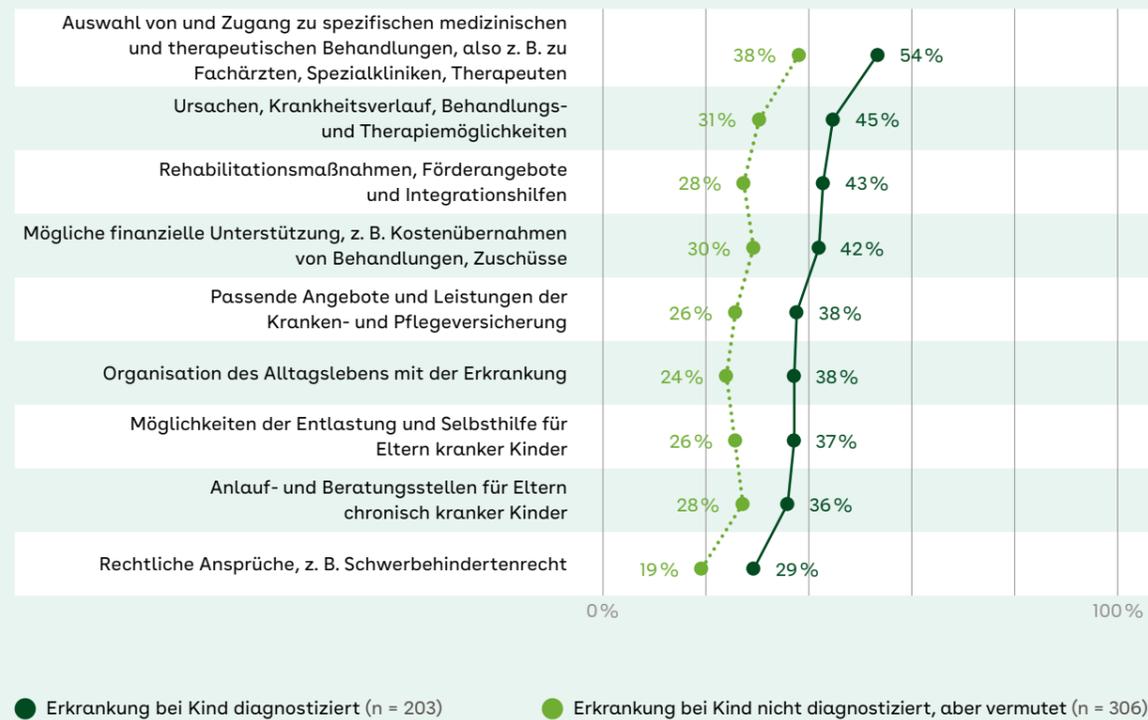
Eltern mit der Vermutung, dass ihr Kind erkranken könnte oder bereits erkrankt ist, geben zwischen neun und 16 Prozent signifikant geringere Informations- und Unterstützungsbedarfe an als Eltern von Kindern mit Diagnose (**s. Abb. 5.1.7**). Am häufigsten wünschen sich Eltern von Kindern mit Diagnose Unterstützung beim Thema Auswahl von und Zugang zu spezifischen medizinischen und therapeu-

tischen Behandlungen (54%). Eltern, deren Kind lediglich vermutlich erkrankt ist, wünschen sich dies nur in 38 Prozent der Fälle. Auch bei den anderen abgefragten Informations- und Unterstützungsbedarfen zeigt sich ein ähnliches Bild: Der Bedarf an Informationen zu Ursachen, Krankheitsverlauf, Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten wird von 45 Prozent der Eltern von Kindern mit Diagnose als *sehr*

bzw. *eher stark* eingeschätzt, aber nur von 31 Prozent der Eltern mit vermuteter Erkrankung des Kindes. Weitere Bedarfe bestehen bei Rehabilitationsmaßnahmen, Förderangeboten und Integrationshilfen (43% bei Diagnose, 28% bei Vermutung), Informationen zu einer möglichen finanziellen Unterstützung (42 bzw. 30%) sowie bei passenden Angeboten und Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung (38 bzw. 26%).

Abb. 5.1.7: Informations- und Unterstützungsbedarfe der Eltern von Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter psychischer Erkrankung, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung

Dargestellt werden Antwortoptionen *sehr stark + eher stark*.
Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wie stark schätzen Sie Ihren Informations- oder Unterstützungsbedarf zu folgenden Themen ein?

Die Kanäle, über die sich betroffene Eltern Informationen und Unterstützung wünschen (**s. Abb. 5.1.8**), sind vor allem Fachärztinnen und -ärzte sowie Kinderärztinnen und -ärzte. Die Kinderarztpraxis wird dabei sowohl von Eltern mit diagnostiziertem Kind (66%) als auch von Eltern mit vermutlich erkranktem Kind

(61%) gleichermaßen genannt. Im Gegenzug werden Informationen in Facharztpraxen vor allem von Eltern von Kindern mit Diagnose gewünscht (69%, 52% wenn keine Diagnose vorliegt). Auch Angebote der Krankenkasse werden von Eltern von Kindern mit Diagnose häufiger präferiert als von Eltern, die eine psychische Erkrankung,

Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung bei ihrem Kind vermuten: Am größten ist der Unterschied beim Internetangebot der Krankenkasse (47% bei Diagnose, 26% bei Verdacht), gefolgt von persönlichen/telefonischen Beratungen (37 bzw. 22%) und Apps der Krankenkasse (40 bzw. 27%).

Abb. 5.1.8: Gewünschte Kanäle für Informations- und Unterstützungsangebote der Eltern von Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter psychischer Erkrankung, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wo sollten Ihnen Informations- oder Unterstützungsangebote speziell zu dieser Erkrankung Ihres Kindes unterbreitet werden? (Mehrfachauswahl möglich).



Fazit: Fünf Prozent der 0- bis 17-Jährigen haben laut den Aussagen der befragten Eltern diagnostizierte psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, bei weiteren sieben Prozent wird eine Erkrankung vermutet. Im Vergleich zu den weiteren abgefragten Erkrankungen tritt diese mit am häufigsten auf. Besonders häufig sind vor allem 14- bis 17-Jährige von psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen betroffen.

Wenn nach Angaben der Eltern eine Diagnose oder eine Vermutung vorliegt, berichten die Eltern sehr oft von starken Belastungen für sich selbst und für ihr Kind.

Zudem sorgen sich viele Eltern vor dauerhaften Beeinträchtigungen, sozialer Benachteiligung und Verschlimmerung der Erkrankung ihrer betroffenen Kinder. Grundsätzlich berichten Eltern mit einem diagnostizierten Kind deutlich häufiger von Sorgen als Eltern von Kindern mit vermuteter Erkrankung. Darüber hinaus ist das Thema psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen für die Eltern betroffener Kinder sehr relevant, da sie einen besonders hohen Informationsbedarf angeben.

Kapitel 5: Chronische Erkrankungen

2. Entwicklungsstörungen



Kinder entwickeln sich unterschiedlich schnell. Manche lernen beispielsweise früher laufen, beginnen aber später zu sprechen und umgekehrt. Während diese Unterschiede im Entwicklungstempo normal sind, zeigen einige Kinder auffällige Entwicklungseinschränkungen oder -verzögerungen, die über eine normale Variabilität hinausgehen (BZgA, 2021b).

Unter dem Oberbegriff Entwicklungsstörungen werden anhaltende Beeinträchtigungen zusammengefasst, die in engem Zusammenhang mit der biologischen Reifung des Nervensystems stehen (ICD-10). Dieses Kapitel bezieht sich auf diese Entwicklungsstörungen, die eine Untergruppe der psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen darstellen (Witte et al., 2021). Sie können in zwei Hauptkategorien eingeteilt werden (ICD-10):

Umschriebene Entwicklungsstörungen: Diese betreffen spezifische Lernbereiche wie Sprache, Motorik, Lesen, Rechtschreibung oder Rechnen. Beispiele sind Sprachentwicklungsstörungen und Lernstörungen (Warnke et al., 2015).

Tiefgreifende Entwicklungsstörungen: Diese beschränken sich nicht auf einen einzelnen Bereich, sondern umfassen weitreichende Beeinträchtigungen in sozialer Interaktion, Kommunikation und Interessenbildung. Eine bekannte tiefgreifende Entwicklungsstörung ist Autismus (Warnke & Taurines, 2015).

Im Rahmen des Kindergesundheitsatlas wurde dies breit zusammengefasst, als „Entwicklungsstörungen (dies umfasst z. B. Sprach- und Sprechstörungen, Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten, Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen)“. Auf die Frage „Welche Diagnose wurde bei Ihrem Kind genau gestellt bzw. welche Diagnose vermuten Sie?“ kamen unter vielen verschiedenen Nennungen vor allem Sprachentwicklungsstörung, Entwicklungsverzögerung und Lese-Rechtschreibschwäche vor. Da sich Entwicklungsstörungen in den frühen Phasen der kindlichen Entwicklung (ICD-10) manifestieren, werden im folgenden Kapitel Kinder im Alter von 0 bis 17 Jahren betrachtet.

Die Auswirkungen von Entwicklungsstörungen hängen stark von deren Art und Schwere ab. In einigen Fällen besteht ein erhöhtes Risiko für schwerwiegende langfristige Konsequenzen (Eapen, 2014). Das Risiko für zusätzliche psychische Störungen ist besonders hoch, wenn Entwicklungsstörungen unerkannt oder unbehandelt bleiben (Eapen, 2014).

Entwicklungsstörungen bei 0- bis 17-Jährigen im Rheinland und in Hamburg



Auftreten

Diagnose bei 5% / Verdacht bei 5%

insbesondere jüngere Kinder und Jungen betroffen



Belastungen

viele stark belastete Kinder (33% bei Diagnose / 19% bei Verdacht)

viele stark belastete Eltern (50% / 27%)



Sorgen

um das eigene Kind:

- vor dauerhafter Beeinträchtigung (53% / 32%)
- vor sozialer Benachteiligung (52% / 30%)
- vor Verschlimmerung der Erkrankung (27% / 25%)

um eigene Überforderung (36% / 22%)

um Information und Unterstützung:

- 57% / 34% wissen, an wen sie sich wenden können
- 34% / 31% haben Bedenken, nicht ausreichend informiert zu sein
- 62% / 36% sind sicher, dass ihr Kind die bestmögliche Versorgung erhält



Wissen und Bedarfe

64% / 33% schätzen ihr Wissen über Entwicklungsstörungen als hoch ein

49% / 35% geben hohen Informationsbedarf zu Entwicklungsstörungen an

Themen mit Informations- und Unterstützungsbedarf:

- Auswahl von und Zugang zu spezifischen medizinischen und therapeutischen Behandlungen
- Rehabilitationsmaßnahmen, Förderangebote und Integrationshilfen
- Mögliche finanzielle Unterstützung, z. B. Kostenübernahmen von Behandlungen, Zuschüsse

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

Auftreten von Entwicklungsstörungen



Fünf Prozent der 0- bis 17-Jährigen aus dem Rheinland und aus Hamburg haben laut den Aussagen der befragten Eltern eine diagnostizierte Entwicklungsstörung (s. Abb. 5.2.1). Bei weiteren fünf Prozent vermuten die befragten Eltern, dass ihr Kind an einer Entwicklungsstörung erkranken könnte oder bereits erkrankt ist. Das bedeutet, dass auf jedes Kind mit Diagnose ein Kind mit einem Verdacht kommt.

Innerhalb dieser Studie berichten Eltern von Kindern mit (vermuteten) Entwicklungsstörungen am häufigsten auch von Intelligenzstörungen sowie von psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (s. Tab. 12.1 im Anhang).

Laut den Angaben der Eltern unterscheidet sich das Auftreten von Entwicklungsstörungen zwischen den Altersgruppen

signifikant (s. Abb. 5.2.2): Die meisten Verdachtsfälle treten in der Altersgruppe 0 bis 2 Jahre auf (bei 7%). Die meisten Diagnosen in der Altersgruppe 3 bis 6 Jahre (bei 8%). Über alle Altersgruppen hinweg berichten zudem Eltern von Jungen signifikant häufiger von einer Diagnose als Eltern von Mädchen (6% bei Jungen; 4% bei Mädchen), obwohl der Anteil an Vermutungen gleich hoch ist.

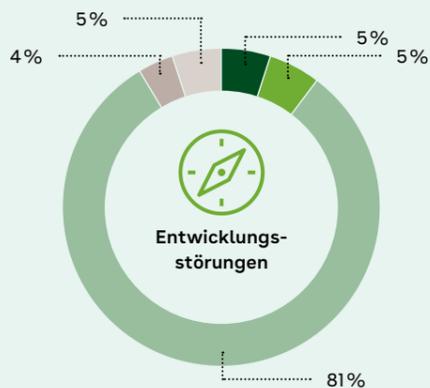
Bezüglich des Auftretens von Entwicklungsstörungen zeigen sich folgende signifikante regionale Unterschiede: In der Regionaldirektion Oberbergisches Land geben überdurchschnittlich viele Eltern an, dass bei ihrem Kind eine Entwicklungsstörung diagnostiziert wurde (9,3%), in der Regionaldirektion Ruhrgebiet ist der Anteil der Diagnosen unterdurchschnittlich (s. Abb. 5.2.3.1).

Das Auftreten von vermuteten Entwicklungsstörungen in den einzelnen Regionaldirektionen unterscheidet sich nicht signifikant vom durchschnittlichen Auftreten im Rheinland und in Hamburg (s. Abb. 5.2.3.2).

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

Abb. 5.2.1: Auftreten von Entwicklungsstörungen

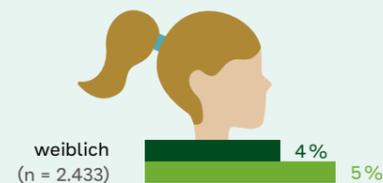
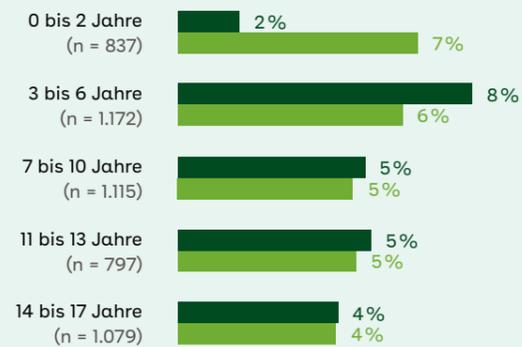
Basis: n = 5.000 (0- bis 17-jährige Kinder)



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

Abb. 5.2.2: Diagnostizierte und vermutete Entwicklungsstörungen nach Alter und Geschlecht des Kindes

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder

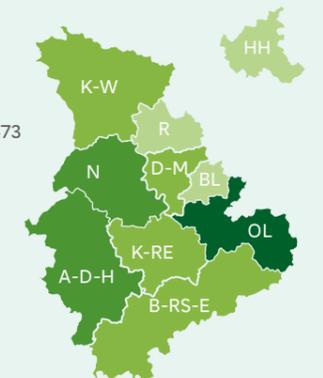


- Erkrankung bei Kind diagnostiziert
- Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet

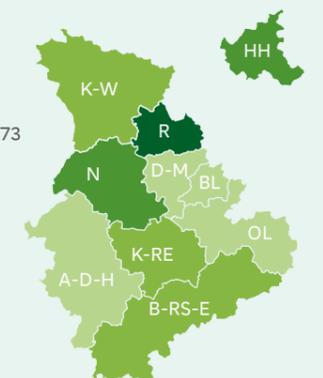
Abbildung 5.2.3: Diagnostizierte und vermutete Entwicklungsstörungen nach Regionaldirektion (RD)

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder

1) Dargestellt wird Antwortoption *Erkrankung bei Kind diagnostiziert*.



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



Belastung der Kinder und Eltern durch Entwicklungsstörungen

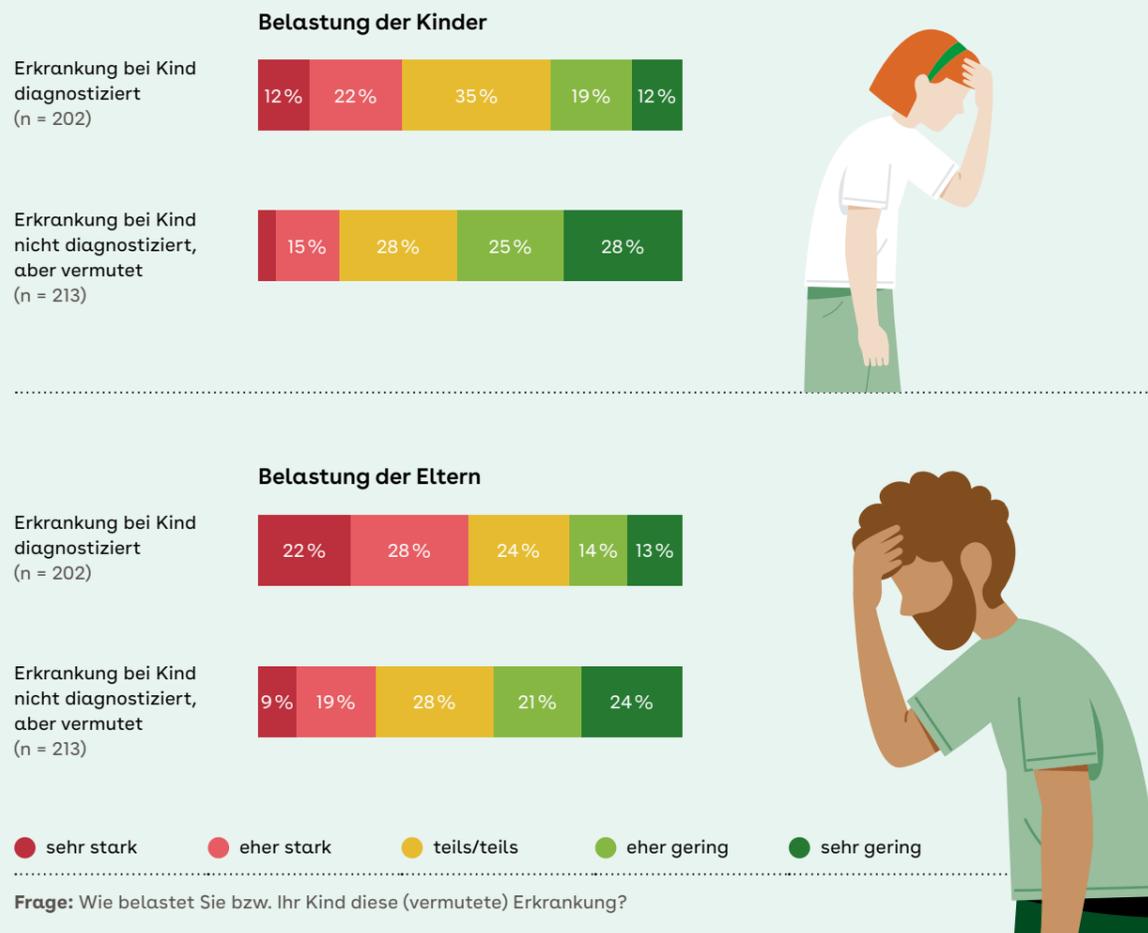


Laut Elternaussagen ist ein Drittel (33%) der Kinder mit der Diagnose einer Entwicklungsstörung und knapp ein Fünftel (19%) der Kinder mit einer vermuteten Entwicklungsstörung *eher* bzw. *sehr stark* belastet (s. Abb. 5.2.4). Die eigene Belastung durch die

Entwicklungsstörung der Kinder schätzen die Eltern als höher ein: Der Anteil an *eher* bzw. *sehr stark* belasteten Eltern liegt bei einer diagnostizierten Entwicklungsstörung bei 50 Prozent und bei einem Verdacht bei 27 Prozent.

Abbildung 5.2.4: Belastung von Kindern und Eltern durch diagnostizierte oder vermutete Entwicklungsstörung der Kinder

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Sorgen durch Entwicklungsstörungen



Diese Belastungen spiegeln sich in den vielfältigen Sorgen der Eltern wider (s. Abb. 5.2.5). Dazu gehören die Angst vor dauerhafter Beeinträchtigung des Kindes (53% bei Diagnose, 32% bei Verdacht), die Sorge vor sozialer Benachteiligung des Kindes (52% bei Diagnose, 30% bei Verdacht) sowie die Angst vor Verschlimmerung der Erkrankung (27% bei Diagnose, 25% bei Verdacht).

Neben den Sorgen um die Zukunft des Kindes beziehen sich Sorgen auf die persönlichen Herausforderungen der Eltern im Umgang mit der psychischen Störung: Von eigener Überforderung berichten 36 Prozent der Eltern bei einer Diagnose

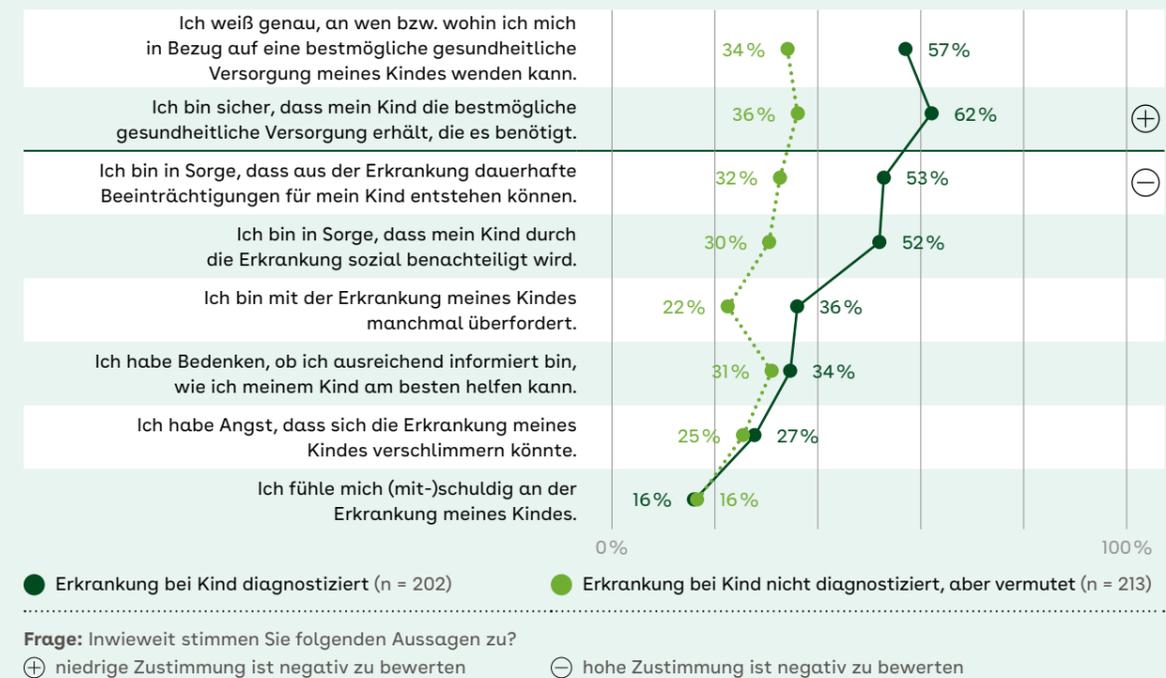
und 22 Prozent der Eltern bei einem Verdacht. In beiden Fällen fühlen sich 16 Prozent der Eltern (mit-)schuldig an der Erkrankung ihres Kindes.

Die Eltern wurden zudem gefragt, ob sie wissen, an wen bzw. wohin sie sich wenden können. Nicht alle gaben an, dies zu wissen (57% bei Diagnose, 35% bei einem Verdacht) und es bestehen Bedenken, nicht ausreichend informiert zu sein (34% bei Diagnose, 31% bei Verdacht). Auch der Aussage, dass das eigene Kind die bestmögliche gesundheitliche Versorgung erhält, stimmten nicht alle Eltern zu (62% bei Diagnose, 36% bei einem Verdacht).

Abb. 5.2.5: Sorgen der Eltern von Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter Entwicklungsstörung

Dargestellt werden Antwortoptionen *stimme voll und ganz zu* + *stimme eher zu*.

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Subjektiver Wissensstand sowie Informations- und Unterstützungsbedarfe zu Entwicklungsstörungen



Hinsichtlich des subjektiven Wissensstandes der Eltern zum Thema Entwicklungsstörungen fällt auf, dass dieser signifikant davon abhängt, ob das eigene Kind von einer Diagnose oder einem Verdacht betroffen ist (**s. Abb. 5.2.6**): Knapp zwei Drittel (64%) der Eltern von Kindern mit Diagnose schätzen ihr Wissen über Entwicklungsstörungen als *eher* bzw. *sehr hoch* ein. Bei Eltern von Kindern mit Verdacht beträgt dieser Anteil lediglich ein Drittel (33%).

Der subjektive Informationsbedarf variiert ebenfalls signifikant (**s. Abb. 5.2.6**): Wenn eine Diagnose beim eigenen Kind vorliegt, sieht die Hälfte der Eltern (49%) die *eher* bzw. *sehr hohe* Notwendigkeit, sich mehr oder besser zu informieren. Von den Eltern, die vermuten, dass ihr Kind an einer Entwicklungsstörung erkranken könnte oder bereits erkrankt ist, berichtet ein Drittel (35%) einen *eher* bzw. *sehr hohen* subjektiven Informationsbedarf.

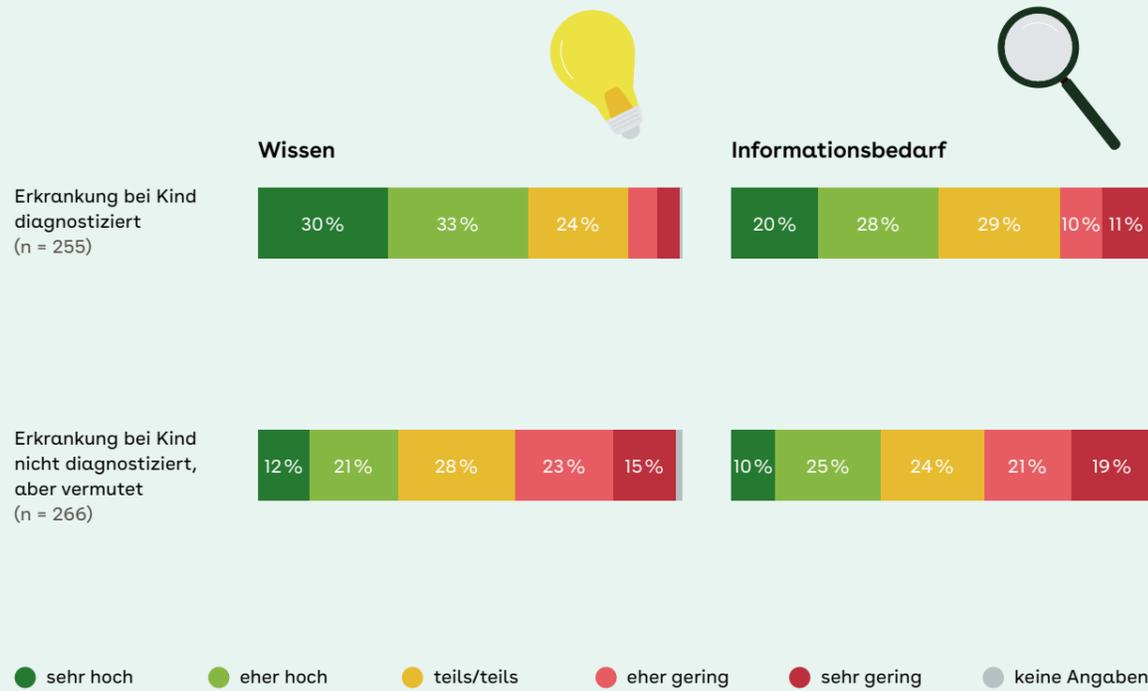
Auch die Einschätzung der Bedarfe der beiden Elterngruppen unterscheidet sich bezüglich der meisten Themen signifikant (**s. Abb. 5.2.7**): Insgesamt vorrangig erwünscht sind Informations- und Unterstützungsangebote zum

Thema Auswahl von und Zugang zu spezifischen medizinischen und therapeutischen Behandlungen. Auffällig ist hier, dass nicht nur im Fall einer Diagnose die Nachfrage hoch ist (46%), sondern auch bei Verdachtsfällen (41%).

Liegt eine Diagnose vor, sind zudem Angebote zum Thema Rehabilitationsmaßnahmen, Förderangebote und Integrationshilfen häufig erwünscht (45% bei Diagnose; 29% bei Verdacht).

Abb. 5.2.6: Wissen und Informationsbedarf der Eltern von Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter Entwicklungsstörung

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder

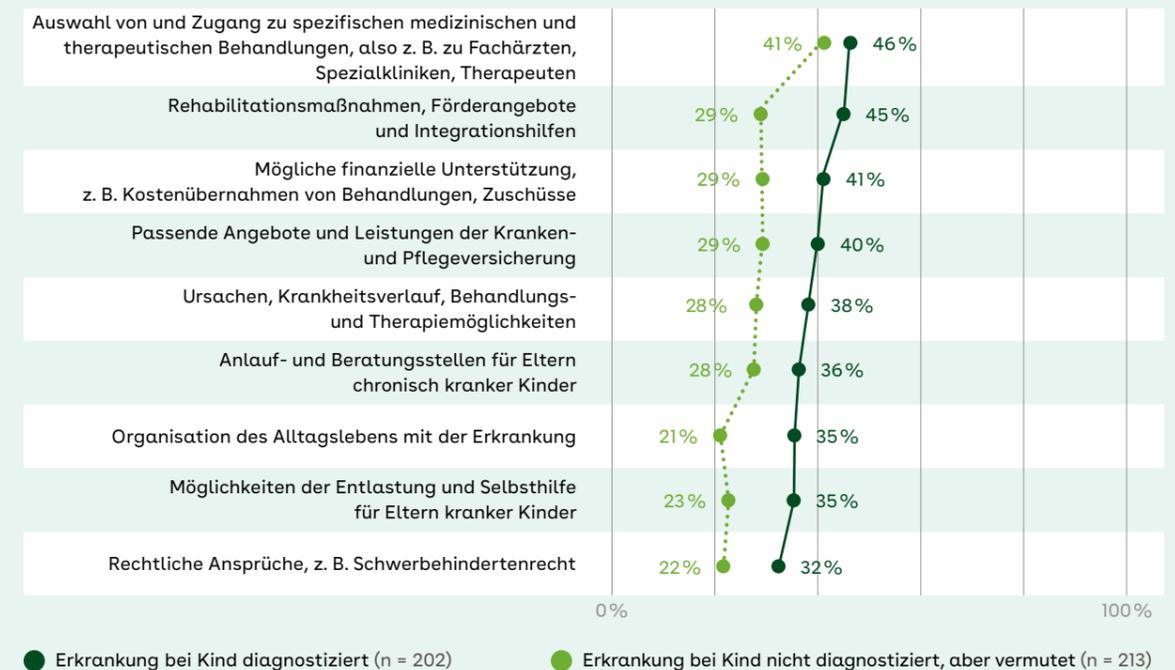


Frage: Wie hoch schätzen Sie Ihren persönlichen Wissensstand bezüglich dieser Themen ein? / Wie hoch schätzen Sie Ihren persönlichen Bedarf ein, zu diesen Themen der Kindergesundheit mehr oder besser informiert zu sein?

Abb. 5.2.7: Informations- und Unterstützungsbedarfe der Eltern von Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter Entwicklungsstörung

Dargestellt werden Antwortoptionen *sehr stark* + *eher stark*.

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wie stark schätzen Sie Ihren Informations- oder Unterstützungsbedarf zu folgenden Themen ein?

Die Kanäle, über die sich betroffene Eltern Informationen und Unterstützung wünschen (s. Abb. 5.2.8), sind vorrangig die folgenden: Kinderärztin bzw.

Kinderarzt (67% bei Diagnose, 56% bei Verdacht), Fachärztin bzw. Facharzt (60% bei Diagnose, 44% bei Verdacht) sowie Angebote der Krankenkasse. Dazu gehören

Internetangebote, Apps und persönliche/telefonische Beratung.



Fazit: Etwa fünf Prozent der Eltern von 0- bis 17-Jährigen berichten von diagnostizierten Entwicklungsstörungen ihrer Kinder, weiterhin vermutet ein ebenso großer Anteil der Eltern eine Erkrankung. Im Vergleich zu den anderen in dieser Studie abgefragten chronischen Erkrankungen treten Entwicklungsstörungen mit am häufigsten auf. Betroffen davon sind vor allem jüngere Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren. Es zeigt sich, dass die meisten Verdachtsfälle in der Altersgruppe der 0- bis 2-Jährigen berichtet werden, die meisten Diagnosen jedoch in der Altersgruppe der 3- bis 6-Jährigen.

Die Belastung fällt im Vergleich zwar insgesamt moderat aus, allerdings sticht die deutlich höhere Belastung der Eltern im Vergleich zu den betroffenen Kindern heraus. Zudem ist eine deutlich höhere Belastung bei diagnostizierten Entwicklungsstörungen als bei Vermutungen erkennbar.

Eltern sorgen sich insbesondere um eine dauerhafte Beeinträchtigung und eine soziale Benachteiligung ihrer betroffenen Kinder. Darüber hinaus geben viele Eltern einen hohen Informationsbedarf zum Thema an.

Abbildung 5.2.8: Gewünschte Kanäle für Informations- und Unterstützungsangebote der Eltern von Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter Entwicklungsstörung

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wo sollten Ihnen Informations- oder Unterstützungsangebote speziell zu dieser Erkrankung Ihres Kindes unterbreitet werden? (Mehrfachauswahl möglich).

Kapitel 5: Chronische Erkrankungen

3. ADHS



ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) ist eine der häufigsten psychischen Störungen im Kinder- und Jugendalter (Göbel et al., 2018). Die Störung ist gekennzeichnet durch Symptome wie Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität (ICD-10 bzw. DSM-5). Bei geringer oder fehlender Hyperaktivität spricht man vom verwandten ADS (Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom).

Laut KIGGS-Welle 2 (2014-2017) haben 4,4% der 3- bis 17-jährigen Kinder in Deutschland eine ADHS-Diagnose erhalten, wobei Jungen häufiger betroffen sind als Mädchen (Göbel et al., 2018).

Für die Diagnose ADHS sind über die oben genannten Symptome hinaus zusätzliche Kriterien wichtig, wie dass diese Auffälligkeiten über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten und in verschiedenen Lebensbereichen auftreten sowie eine starke Beeinträchtigung im Alltag (ICD-10 bzw. DSM-5). Psychische Auffälligkeiten können bereits im frühen Kindesalter beginnen, doch eine sichere Diagnose ist oft erst ab einem gewissen Alter möglich (Tynan & Nearing, 1994). Aus diesem Grund werden im folgenden Kapitel Befunde zu 3- bis 17-Jährigen berichtet.

ADHS besteht häufig auch im Erwachsenenalter fort und führt zu weiteren Herausforderungen (Sibley et al., 2016). Resultierende Beeinträchtigungen betreffen häufig den psychischen, sozialen und schulischen Bereich (Hölling et al., 2008; Schulte-Körne, 2016). Oftmals haben Betroffene zusätzliche Schwierigkeiten, einschließlich weiterer psychischer Störungen (Kadesjö & Gillberg, 2001). Bleibt ADHS unentdeckt und unbehandelt, erhöht dies Risiken negativer Konsequenzen wie bspw. für Schulversagen, familiäre Konflikte und Suchterkrankungen (Bundesministerium für Gesundheit, 2024; Erskine et al., 2016).

ADHS bei 3- bis 17-Jährigen im Rheinland und in Hamburg



Auftreten

Diagnose bei 4% /
Verdacht bei 6%

bei Jungen häufiger
als bei Mädchen



Belastungen

sehr viele stark belastete Kinder
(49% bei Diagnose / 30% bei Verdacht)

sehr viele stark belastete Eltern
(58% / 44%)



Sorgen

um das eigene Kind:

- vor dauerhafter Beeinträchtigung (58% / 51%)
- vor sozialer Benachteiligung (57% / 56%)
- vor Verschlimmerung der Erkrankung (44% / 46%)

um eigene Überforderung
(44% / 41%)

um Information und Unterstützung

- 65% / 46% wissen, an wen sie sich wenden können
- 34% / 44% haben Bedenken, nicht ausreichend informiert zu sein
- 62% / 41% sind sicher, dass ihr Kind die bestmögliche Versorgung erhält



Wissen und Bedarfe

78% / 39% schätzen ihr Wissen
über ADHS als hoch ein

51% / 40% geben hohen
Informationsbedarf zu ADHS an

Themen mit Informations-
und Unterstützungsbedarf:

- Ursachen, Krankheitsverlauf, Behandlung und Therapie
- Organisation des Alltagslebens
- Auswahl von und Zugang zu spezifischen medizinischen und therapeutischen Behandlungen

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

Auftreten von ADHS



Vier Prozent der 3- bis 17-jährigen Kinder aus dem Rheinland und aus Hamburg haben laut den Aussagen der befragten Eltern diagnostiziertes ADHS (**s. Abb. 5.3.1**). Bei weiteren sechs Prozent vermuten die befragten Eltern, dass ihr Kind an ADHS erkranken könnte oder bereits erkrankt ist. Das bedeutet, dass auf jedes Kind mit ADHS-Diagnose knapp 1,5 Kinder mit ADHS-Verdacht kommen. Innerhalb dieser Studie berichten Eltern, deren Kind von ADHS (vermutlich

betroffen ist, am häufigsten zusätzlich von psychischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Intelligenzstörungen und Entwicklungsstörungen auf (**s. Tab. 12.1 im Anhang**).

Laut den Angaben der Eltern unterscheidet sich das Auftreten von ADHS auch zwischen den Altersgruppen signifikant (**s. Abb. 5.3.2**): Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren haben seltener eine Diagnose (1%). In den älteren Altersgruppen

ist der Anteil der Kinder mit einer Diagnose ähnlich verteilt (7- bis 10-Jährige: 6%, 11- bis 13-Jährige: 5%, 14- bis 17-Jährige: 5%). Daraus lässt sich schließen, dass ADHS häufig in der Altersgruppe der 7- bis 10-Jährigen diagnostiziert wird. Passend dazu vermuten Eltern von Kindern dieses Alters sowie Eltern jüngerer Kinder häufiger, dass ihr Kind an ADHS erkranken könnte oder bereits erkrankt ist (3- bis 6-Jährige: 7%; 7- bis 10-Jährige: 8%).

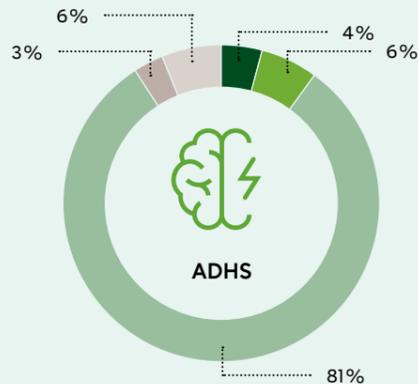
Über alle Altersgruppen hinweg berichten Eltern von Jungen signifikant häufiger von einer Diagnose bzw. einem Verdacht als die Eltern von Mädchen: Laut Elternangaben wurde bei fünf Prozent der Jungen und drei Prozent der Mädchen ADHS diagnostiziert. Zudem vermuten die Eltern von sieben Prozent der Jungen und vier Prozent der Mädchen, dass ihr Kind an ADHS erkranken könnte oder bereits erkrankt ist.

Bezüglich des Auftretens von ADHS zeigen sich folgende signifikante regionale Unterschiede: In der Regionaldirektion Niederrhein geben überdurchschnittlich viele Eltern an, dass ihr Kind eine ADHS-Diagnose hat (**6,1%**, **s. Abb. 5.3.3.1**). In der Regionaldirektion Düsseldorf – Mettmann vermuten überdurchschnittlich viele Eltern (8,5%), dass ihr Kind an ADHS erkranken könnte, oder bereits erkrankt ist (**s. Abb. 5.3.3.2**).

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

Abb. 5.3.1: Auftreten von ADHS

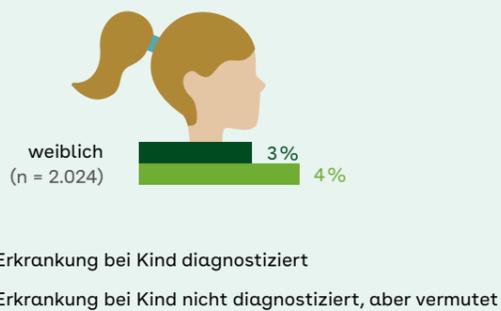
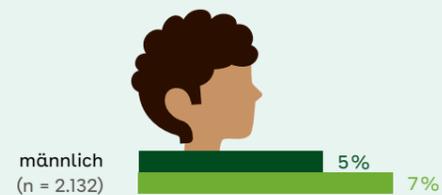
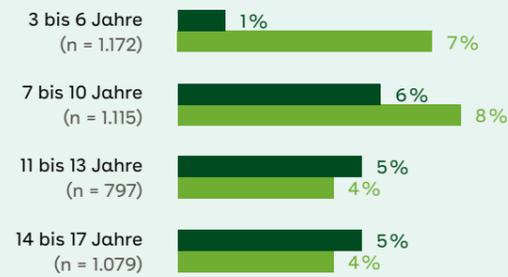
Basis: n = 4.163 (3- bis 17-jährige Kinder)



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

Abb. 5.3.2: Diagnostiziertes und vermutetes ADHS nach Alter und Geschlecht des Kindes

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder



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

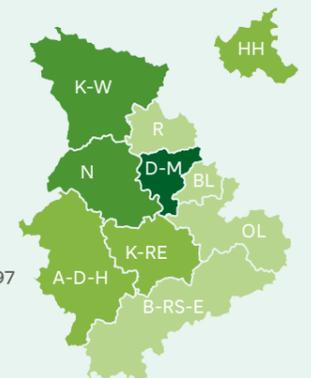
Abb. 5.3.3: Diagnostiziertes und vermutetes ADHS nach Regionaldirektion (RD)

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder

1) Dargestellt wird Antwortoption *Erkrankung bei Kind diagnostiziert*.



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



Belastung der Kinder und Eltern durch ADHS



Im Rahmen dieser Studie fällt ADHS als eine der Krankheiten bzw. psychischen Störungen auf, die mit einer besonders hohen Belastung einhergehen. Laut Elternaussagen ist knapp die Hälfte (49%) der Kinder mit ADHS-Diagnose und gut ein Viertel (30%) der Kinder mit vermutetem ADHS *eher* bzw. *sehr*

stark belastet (s. Abb. 5.3.4). Die eigene Belastung durch das ADHS des Kindes schätzen die Eltern als noch höher ein: Der Anteil an *eher* bzw. *sehr stark* belasteten Eltern liegt bei diagnostiziertem ADHS bei 58 Prozent und bei vermutetem ADHS bei 44 Prozent.

Abb. 5.3.4: Belastung von Kindern und Eltern durch diagnostiziertes oder vermutetes ADHS der Kinder

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder

Belastung der Kinder

Erkrankung bei Kind diagnostiziert (n = 142)



Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet (n = 186)

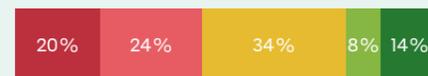


Belastung der Eltern

Erkrankung bei Kind diagnostiziert (n = 142)



Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet (n = 186)



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

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

Sorgen durch ADHS



Diese Belastungen spiegeln sich in vielfältigen Sorgen der Eltern wider (s. Abb. 5.3.5). Dazu gehören die Angst vor dauerhafter Beeinträchtigung des Kindes (58% bei Diagnose, 51% bei Verdacht), die Sorge vor sozialer Benachteiligung des Kindes (57% bei Diagnose, 56% bei Verdacht) sowie die Angst vor Verschlimmerung der Erkrankung (44% bei Diagnose, 46% bei Verdacht).

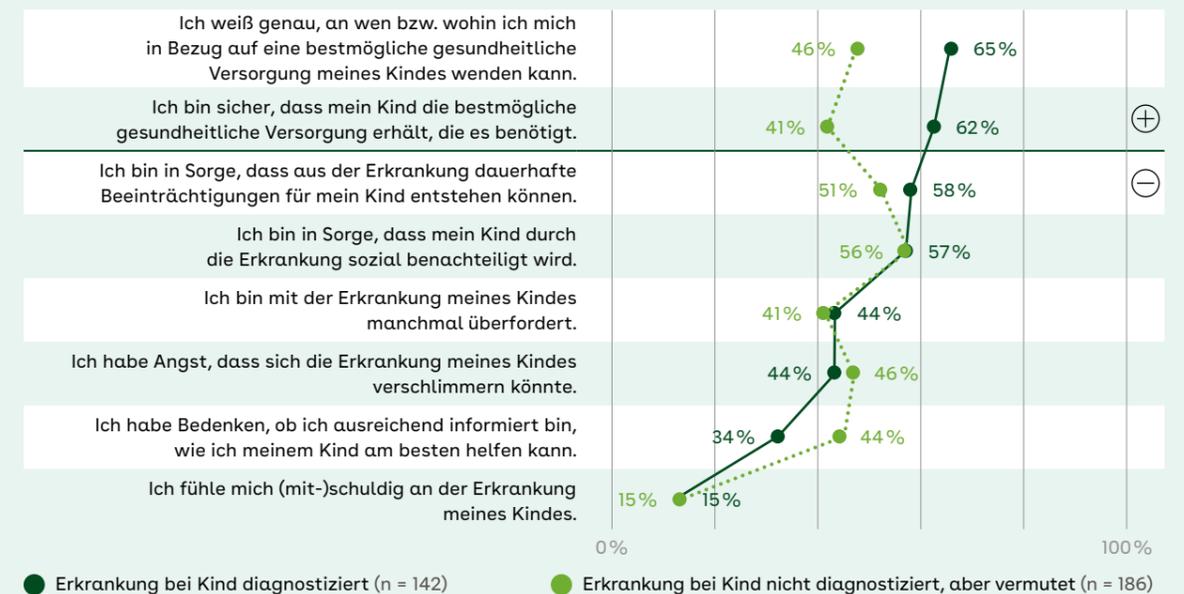
Neben den Sorgen um die Zukunft des Kindes beziehen sich Sorgen auf die persönlichen Herausforderungen der Eltern im Umgang mit der psychischen Störung: Von eigener Überforderung berichten 44 Prozent der Eltern bei einer Diagnose und 41 Prozent der Eltern bei einem Verdacht. In beiden Fällen fühlen sich 15 Prozent der Eltern (mit-)schuldig an der Erkrankung ihres Kindes.

Die Eltern wurden zudem gefragt, ob sie wissen, an wen bzw. wohin sie sich wenden können. Nicht alle gaben an, dies zu wissen (65% bei Diagnose, 46% bei Verdacht) und es bestehen Bedenken, nicht ausreichend informiert zu sein (34% bei Diagnose, 44% bei Verdacht). Auch der Aussage, dass das eigene Kind die bestmögliche gesundheitliche Versorgung erhält, stimmten nicht alle Eltern zu (62% bei Diagnose, 41% bei Verdacht). Damit zeigt sich, dass vor allem Eltern, die ADHS bei ihrem Kind vermuten, aber bisher keine Diagnose erhalten haben, signifikant seltener wissen, wo sie Hilfe erhalten können (18% Unterschied) und gleichzeitig seltener mit dem eigenen Informationsstand (11% Unterschied) sowie der aktuellen Versorgung des Kindes (21% Unterschied) zufrieden sind.

Abb. 5.3.5: Sorgen der Eltern von Kindern mit diagnostiziertem oder vermutetem ADHS

Dargestellt werden Antwortoptionen *stimme voll und ganz zu* + *stimme eher zu*.

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder



Frage: Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

⊕ niedrige Zustimmung ist negativ zu bewerten

⊖ hohe Zustimmung ist negativ zu bewerten

Subjektiver Wissensstand sowie Informations- und Unterstützungsbedarfe zu ADHS



Hinsichtlich des subjektiven Wissensstandes der Eltern zum Thema ADHS fällt auf, dass dieser signifikant davon abhängt, ob das eigene Kind von einer Diagnose oder einem Verdacht betroffen ist (s. **Abb. 5.3.6**): Etwas mehr als drei Viertel (78%) der Eltern von Kindern mit Diagnose schätzen ihr Wissen über ADHS als *eher* bzw. *sehr hoch* ein. Bei Eltern von Kindern mit Verdacht beträgt dieser Anteil lediglich 39 Prozent.

Der subjektive Informationsbedarf variiert ebenfalls signifikant (s. **Abb. 5.3.6**): Wenn eine Diagnose beim eigenen Kind vorliegt, sieht die Hälfte der Eltern (51%) die *eher* bzw. *sehr hohe* Notwendigkeit, sich mehr oder besser zu informieren. Von den Eltern, die vermuten, dass ihr Kind an ADHS erkranken könnte oder bereits erkrankt ist, berichten 40 Prozent einen *eher* bzw. *sehr hohen* subjektiven Informationsbedarf.

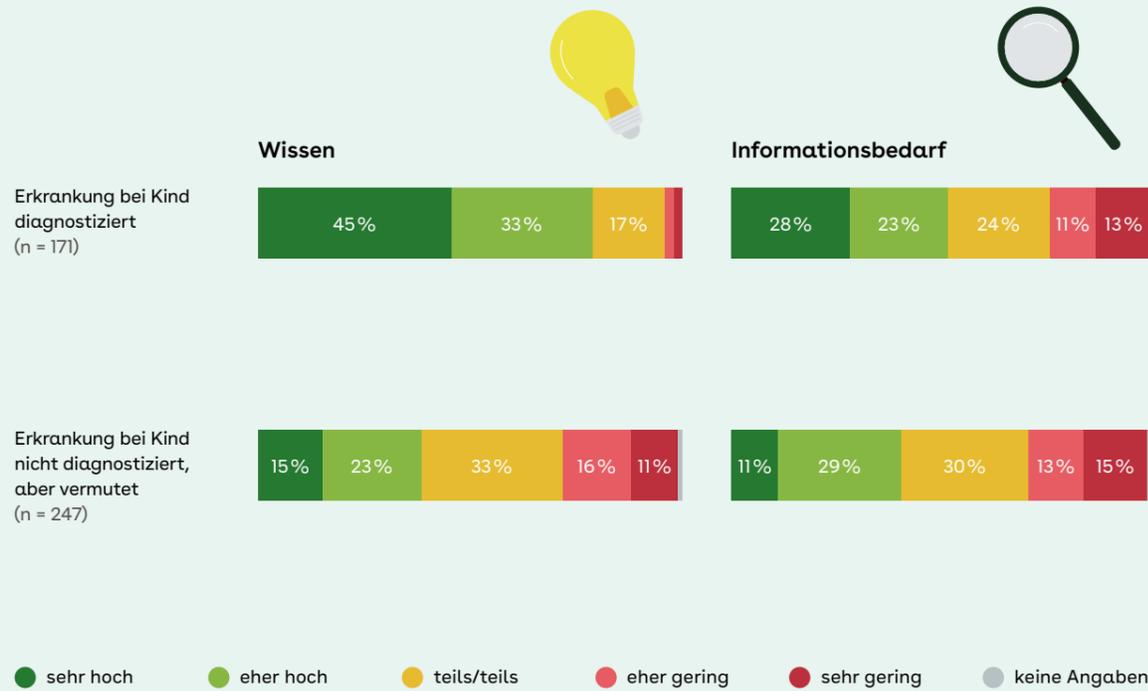
Auch die Einschätzung der Bedarfe der beiden Elterngruppen unterscheidet sich teilweise, wenn auch nicht signifikant (s. **Abb. 5.3.7**): Insgesamt vorrangig erwünscht sind Informations- und Unterstützungsangebote zu folgenden drei Themen: Ursachen, Krankheitsverlauf, Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten (47% bei

Diagnose, 41% bei Verdacht); Organisation des Alltagslebens (43% bei Diagnose, 41% bei Verdacht) sowie Auswahl von und Zugang zu spezifischen medizinischen und therapeutischen Behandlungen (41% bei Diagnose, 47% bei Verdacht). Bei einer Diagnose ist dabei der Bedarf an Information und Unterstützung

zu Ursachen, Krankheitsverlauf, Behandlung und Therapie besonders hoch (6% Unterschied). Im Gegensatz dazu besteht bei einem Verdacht ein besonders hoher Bedarf bei der Auswahl von und dem Zugang zu spezifischen medizinischen und therapeutischen Behandlungen (6% Unterschied).

Abb. 5.3.6: Wissen und Informationsbedarf der Eltern von Kindern mit diagnostiziertem oder vermutetem ADHS

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wie hoch schätzen Sie Ihren persönlichen Wissensstand bezüglich dieser Themen ein? / Wie hoch schätzen Sie Ihren persönlichen Bedarf ein, zu diesen Themen der Kindergesundheit mehr oder besser informiert zu sein?

Abb. 5.3.7: Informations- und Unterstützungsbedarfe der Eltern von Kindern mit diagnostiziertem oder vermutetem ADHS

Dargestellt werden Antwortoptionen *sehr stark* + *eher stark*.

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wie stark schätzen Sie Ihren Informations- oder Unterstützungsbedarf zu folgenden Themen ein?

Die Kanäle, über die sich betroffene Eltern Informationen und Unterstützung wünschen (s. Abb. 5.3.8), sind vorrangig die folgenden: 7 von 10 der Eltern (72% bei Diagnose, 71% bei

Verdacht) wünschen sich Informationen und Unterstützung am liebsten von Kinderärztinnen und Kinderärzten. Der am zweit häufigsten präferierte Informationskanal ist die Fachärztin

bzw. der Facharzt (68% bei Diagnose, 57% bei Verdacht). An dritter Stelle liegen Angebote der Krankenkasse, insbesondere Apps und Internetangebote.



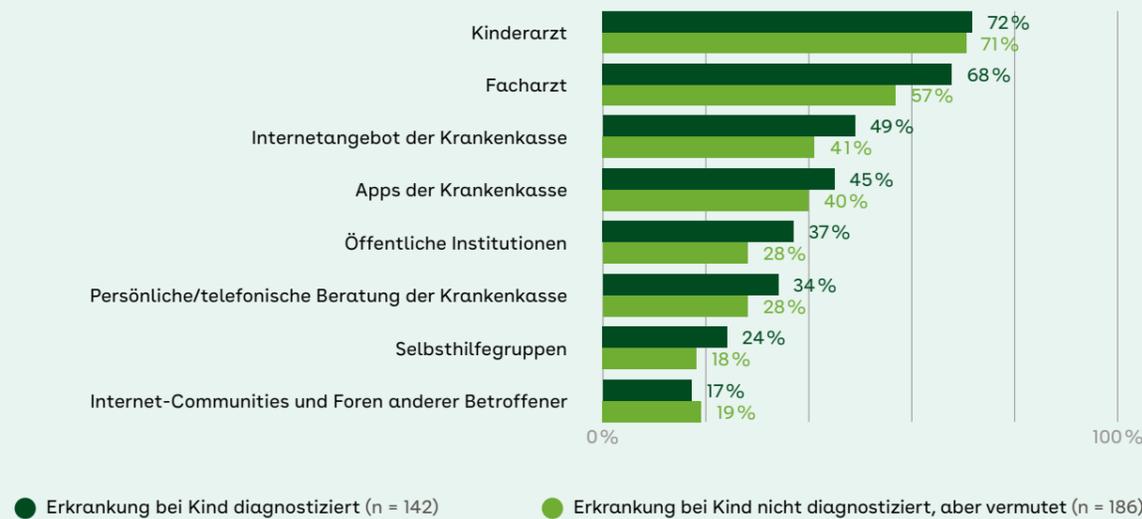
Fazit: Diagnostiziertes ADHS wird von etwa vier Prozent der Eltern von 3- bis 17-Jährigen berichtet, darüber hinaus berichten weitere fünf Prozent von Vermutungen. Der Anteil an Kindern und Jugendlichen, bei denen lediglich die Vermutung einer ADHS-Erkrankung besteht, ist also höher als der Anteil der berichteten Diagnosen. Insbesondere die Altersgruppe der 7-bis 10-Jährigen ist sowohl von Diagnosen als auch von Vermutungen am häufigsten betroffen.

Verglichen mit anderen in dieser Studie erhobenen Erkrankungen, sind die Belastungen durch ADHS für die betroffenen Kinder und Eltern sehr hoch. Dabei wird die Belastung der Eltern deutlich höher als die Belastung der Kinder eingeschätzt – sowohl bei einer vermuteten als auch bei einer diagnostizierten Erkrankung.

Auch zeigt sich, dass im Vergleich zu den anderen abgefragten Erkrankungen Eltern betroffener Kinder von ADHS viele Sorgen haben. Besonders präsent sind die Sorgen um soziale Benachteiligung und dauerhafte Beeinträchtigung des Kindes. Zudem wissen diese Eltern eher selten, an wen bzw. wohin sie sich wenden können, und sind seltener sicher, dass ihr Kind die bestmögliche gesundheitliche Versorgung erhält. Ebenso ist der Informationsbedarf zum Thema ADHS besonders hoch.

Abb. 5.3.8: Gewünschte Kanäle für Informations- und Unterstützungsangebote der Eltern von Kindern mit diagnostiziertem oder vermutetem ADHS

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wo sollten Ihnen Informations- oder Unterstützungsangebote speziell zu dieser Erkrankung Ihres Kindes unterbreitet werden? (Mehrfachauswahl möglich).

Kapitel 5: Chronische Erkrankungen

4. Adipositas / starkes Übergewicht



Kinder können aufgrund verschiedener Faktoren wie Ernährung, Bewegung und genetischer Veranlagung unterschiedliche Gewichtsklassen aufweisen. Wenn das Gewicht jedoch deutlich über den alters- und geschlechtsspezifischen Durchschnittswerten liegt, spricht man von Adipositas, also starkem Übergewicht.

Adipositas bezeichnet eine übermäßige Zunahme des Körperfetts (Wabitsch, 2014) und wird anhand des Body-Mass-Index (BMI) definiert, der das Verhältnis von Gewicht zu Körpergröße im Vergleich zu alters- und geschlechtsspezifischen Referenzwerten berücksichtigt (Wabitsch, 2014).

Die Folgen von Adipositas sind weitreichend: Sie kann im Alltag einschränken, gravierende Folgen auf die Gesundheit haben und sogar zu einem frühen Tod führen (Dagfinn et al., 2016). Begleit- und Folgeerkrankungen sind beispielsweise Diabetes und Herz-Kreislauf-Beschwerden wie Herzinfarkte (Sahoo et al., 2015). Darüber hinaus sind Betroffene aufgrund der Stigmatisierung der Erkrankung häufig mit psychosozialen Belastungen konfrontiert (Sahoo et al., 2015).

Insbesondere bei genetischer Veranlagung ist das Kindesalter mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung von Adipositas verbunden (de Vries et al., 2008) und adipöse Kinder sind wahrscheinlich auch im Erwachsenenalter adipös (Sahoo et al., 2015). Prävention, das frühzeitige Erkennen von auffälligen Gewichtsentwicklungen und eine rechtzeitige Behandlung sind deshalb wichtige Strategien zum Schutz der Kindergesundheit (Reimann et al., 2013; de Vries et al., 2008).

In Anlehnung an die Definition von Adipositas nach ICD-10 von 3 bis unter 18 Jahren wird im folgenden Kapitel über die 3- bis 17-Jährigen berichtet. Für eine leichtere Verständlichkeit verwenden wir in diesem Kapitel den Begriff Adipositas allein stehend, anstatt des vollständig abgefragten Ausdrucks Adipositas/starkes Übergewicht.

Adipositas / starkes Übergewicht bei 3- bis 17-Jährigen im Rheinland und in Hamburg



Auftreten

laut Elternaussagen zu Adipositas/starkem Übergewicht:
Diagnose bei 2% / Verdacht bei 3%

laut Elternaussagen zu Körpergröße und Gewicht:
7% adipös und 10% übergewichtig

ältere Kinder häufiger betroffen



Belastungen

sehr viele stark belastete Kinder (60% bei Diagnose / 35% bei Verdacht)

sehr viele stark belastete Eltern (73% / 43%)



Sorgen

um das eigene Kind:

- vor dauerhafter Beeinträchtigung (83% / 50%)
- vor sozialer Benachteiligung (63% / 45%)
- vor Verschlimmerung der Erkrankung (80% / 53%)

um eigene Überforderung (44% / 30%)

um eigene (Mit-)Schuld (59% / 38%)

um Information und Unterstützung:

- 72% / 44% wissen, an wen sie sich wenden können
- 43% / 29% haben Bedenken, nicht ausreichend informiert zu sein
- 57% / 55% sind sicher, dass ihr Kind die bestmögliche Versorgung erhält



Wissen und Bedarfe

71% / 44% schätzen ihr Wissen über Adipositas/starkes Übergewicht als hoch ein

51% / 31% geben hohen Informationsbedarf zu Adipositas/starkem Übergewicht an

Themen mit höchstem Informations- und Unterstützungsbedarf:

- Mögliche finanzielle Unterstützung
- Rehabilitationsmaßnahmen, Förderangebote und Integrationshilfen
- Auswahl von und Zugang zu spezifischen medizinischen und therapeutischen Behandlungen

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

Auftreten von Adipositas / starkem Übergewicht



Zwei Prozent der 3- bis 17-jährigen Kinder aus dem Rheinland und aus Hamburg haben laut den Aussagen der befragten Eltern diagnostizierte Adipositas (**s. Abb. 5.4.1**). Bei weiteren drei Prozent vermuten die befragten Eltern, dass ihr Kind an Adipositas erkranken könnte, oder bereits erkrankt ist. Das bedeutet, dass nach Aussage der Eltern auf jedes Kind mit Adipositas-Diagnose

knapp 1,7 Kinder mit vermuteter Adipositas kommen.

Innerhalb dieser Studie berichten Eltern, deren Kind von (vermuteter) Adipositas betroffen ist, am häufigsten zusätzlich von Diabetes sowie von chronischer Darmentzündung (s. Tab. 12.1 im Anhang).

Laut den Angaben der Eltern unterscheidet sich das Auftreten von Adipositas zwischen den Altersgruppen signifikant (**s. Abb. 5.4.2**): Sowohl diagnostizierte als auch vermutete Adipositas tritt bei älteren Kindern häufiger auf. In der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen sind Diagnosen am häufigsten vertreten (2%). Die meisten Verdachtsfälle (4%) treten in der Altersgruppe der

11- bis 13-Jährigen auf. Im Vergleich dazu zeigen die Angaben der Eltern über alle Altersgruppen hinweg keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit von diagnostizierter oder vermuteter Adipositas zwischen Jungen und Mädchen.

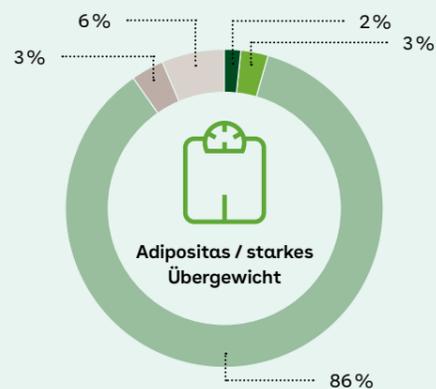
Hinsichtlich des Auftretens von Adipositas zeigen sich folgende signifikante regionale Unter-

schiede: In der Regionaldirektion Bonn – Rhein-Sieg-Kreis – Euskirchen geben unterdurchschnittlich viele Eltern an, dass ihr Kind eine Adipositas-Diagnose hat (0,5%) (**s. Abb. 5.4.3.1**). In der Regionaldirektion Hamburg vermuten unterdurchschnittlich viele Eltern (1,1%), dass ihr Kind an Adipositas erkranken könnte, oder bereits erkrankt ist (**s. Abb. 5.4.3.2**).

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

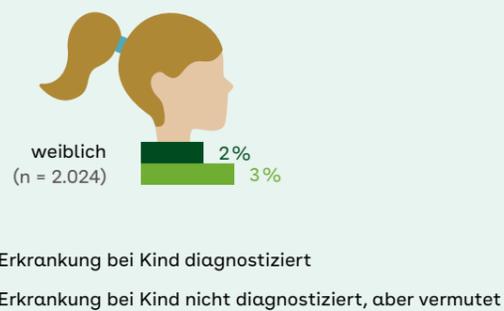
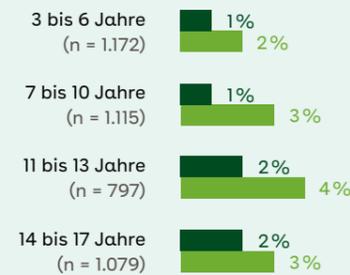
Abb. 5.4.1: Auftreten von Adipositas/starkem Übergewicht laut Elterneinschätzung

Basis: n = 4.163 (3- bis 17-jährige Kinder)



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

Abb. 5.4.2: Diagnostizierte und vermutete Adipositas/starkes Übergewicht nach Alter und Geschlecht des Kindes



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

Abb. 5.4.3: Diagnostizierte und vermutete Adipositas/starkes Übergewicht nach Regionaldirektion (RD)

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder

1) Dargestellt wird Antwortoption *Erkrankung bei Kind diagnostiziert*.



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





Exkurs

Vergleich mit Elternangaben zu BMI / Körpergröße und Gewicht

Zusätzlich zur Frage, ob bei ihrem Kind Adipositas diagnostiziert ist oder vermutet wird, wurden die Eltern nach der Körpergröße und dem Gewicht ihres Kindes gefragt. Aus diesen Angaben lassen sich die BMI-Werte errechnen, anhand welcher Übergewicht und Adipositas definiert sind. Den errechneten BMI-Werten zufolge sind sieben Prozent der Kinder und Jugendlichen von Adipositas betroffen – davon drei Prozent

sogar von extremer Adipositas (s. **Abb. 5.4.4**). Der über den BMI ermittelte Anteil adipöser Kinder und Jugendlicher (7%) ist damit höher, als es die Angaben der Eltern zu Adipositas vermuten lassen (2% Diagnose, 3% Vermutung).

Darüber hinaus sind weitere zehn Prozent der Kinder und Jugendlichen ihrem BMI zufolge Übergewichtig.

Anhand der vorliegenden Daten lässt sich untersuchen, ob die Eltern sich der laut BMI vorliegenden Adipositas ihres Kindes bewusst sind (s. **Abb. 5.4.5**): Von den sieben Prozent der nach BMI adipösen Kinder hat nach Angaben der Eltern nur ein Prozent aktuell eine Adipositas-Diagnose, bei einem weiteren Prozent dieser Kinder vermuten die Eltern Adipositas. Bei fünf Prozent der nach BMI adipösen

Kinder ist nach Angaben der Eltern Adipositas weder diagnostiziert noch vermutet.

Adipositas ist eine leicht zu bestimmende und weitläufig bekannte Zivilisationskrankheit (Schorb, 2008), deren gesundheitliche Risiken hoch (Dagfinn et al., 2016) aber z. T. vermeidbar sind, denn die Erkrankung hängt neben genetischen Faktoren auch mit beeinflussbaren Faktoren

wie gesundheitsschädigendem Ernährungs- und Bewegungsverhalten zusammen (de Vries et al., 2008). In Anbetracht dessen, wirkt die Dunkelziffer der Eltern, die nicht wissen oder wahrnehmen, dass ihr Kind adipös ist, bedenklich.

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

Abb. 5.4.5: Vergleich der Elternangaben zu BMI und Adipositas/starkem Übergewicht

Basis: n = 3.240 (3- bis 17-Jährige mit vorliegenden Angaben zu Körpergröße und Gewicht des Kindes sowie Angabe, ob Adipositas/starkes Übergewicht diagnostiziert, nicht diagnostiziert, aber vermutet oder weder vermutet noch diagnostiziert wird)

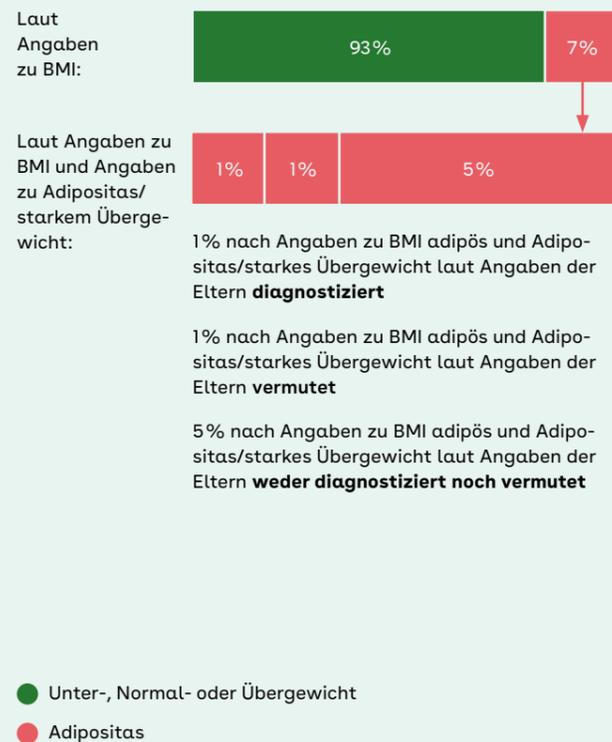
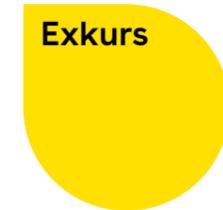
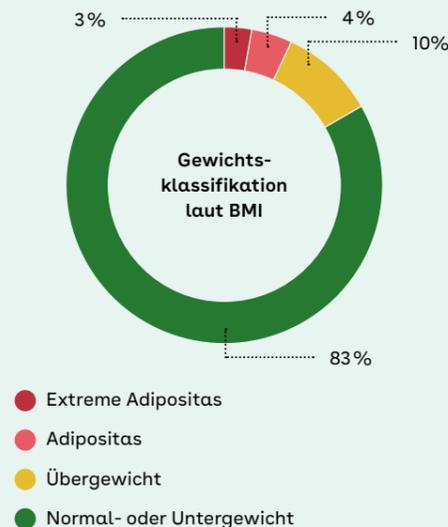


Abb. 5.4.4: Gewichts-klassifikation laut BMI

Basis: n = 3.533 (3- bis 17-jährige Kinder)



Exkurs

Einordnung der Ergebnisse in Studien zur Kinder- und Jugendgesundheit

In der KiGGS-Studie, Befragungswelle 2 (2014-2017) waren rund sechs Prozent der Kinder im Alter von 3 bis 17 Jahren von Adipositas betroffen (Göbel et al., 2018).

In aktuelleren Daten der AOK-Familienstudie (2022) ist dieser Anteil bereits etwas höher, hier waren insgesamt 13 Prozent der Kinder im Alter von vier bis sechs Jahren adipös. Der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Adipositas ging hier mit zunehmendem Alter der Kinder zurück (7 bis 10 Jahre: 9%; 11 bis 14 Jahre: 6%). Analog zur AOK-Familienstudie (2022) findet sich der höchste Anteil adipöser Kinder in der vorliegenden Studie nach BMI bei den 3- bis 6-Jährigen mit neun Prozent (7 bis 10 Jahre: 7%; 11 bis

13 Jahre: 5%, 14 bis 17 Jahre: 4%). Der Anteil der Kinder mit Übergewicht fällt mit zehn Prozent in der Gruppe der 4- bis 14-Jährigen vergleichbar zur AOK-Familienstudie 2022 (10%) aus.

Im Abgleich mit den Abrechnungsdaten der AOK Rheinland/Hamburg, ersichtlich über den Gesundheitsreport 2023, wird deutlich, dass die im Kindergesundheitsatlas über den BMI errechneten Anteile von Kindern im Alter von 3 bis 17 Jahren mit Adipositas (7%) mit den über die Abrechnungsdaten ermittelten Prävalenzen der Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg (ebenfalls 7% bei den 3- bis 17-Jährigen) übereinstimmen.

Siehe auch Tab. 12.2 BMI-Grenzwerte mit Definitionen der BMI-Kategorien im Anhang auf Seite 232 und 233.

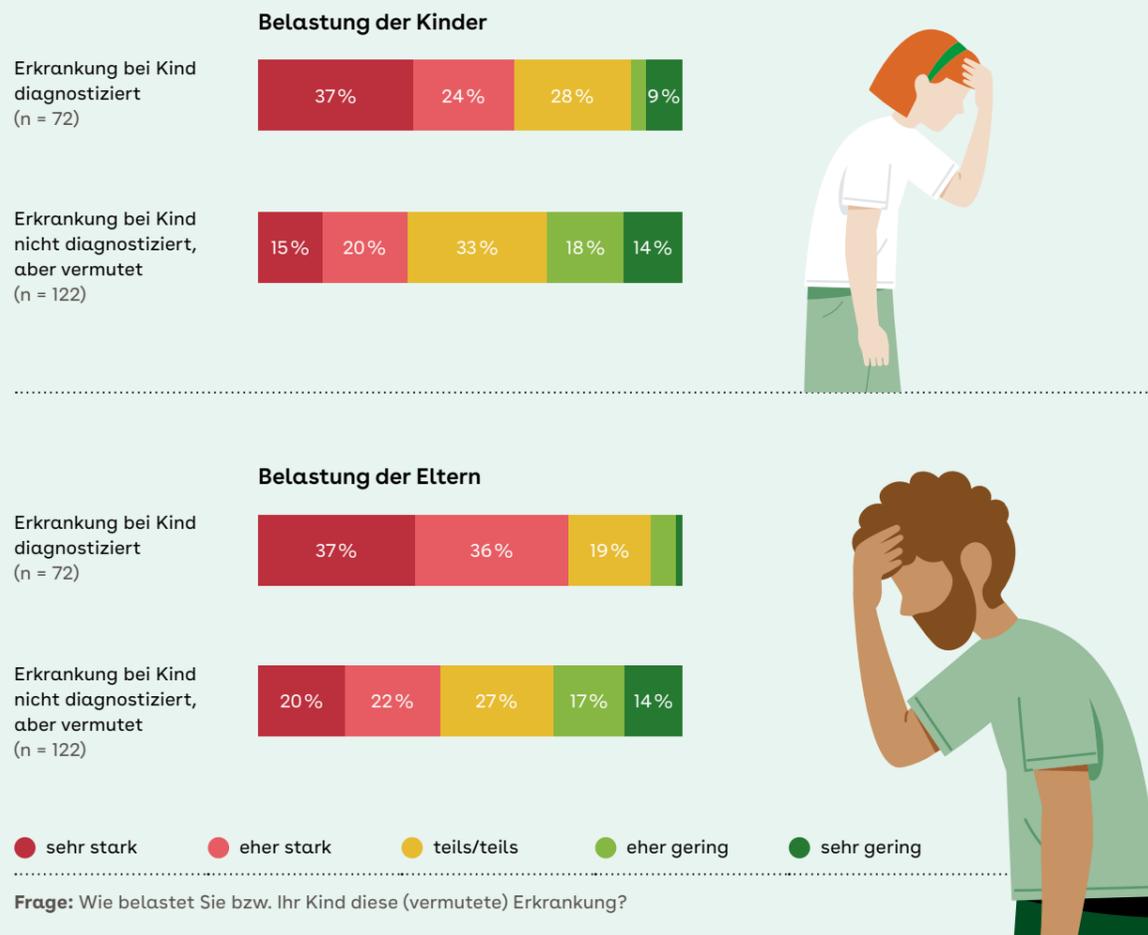
Belastung der Kinder und Eltern durch Adipositas / starkes Übergewicht



Im Rahmen dieser Studie fällt Adipositas als eine der Krankheiten auf, die mit einer besonders hohen Belastung einhergehen. Laut Elternaussagen ist mehr als die Hälfte (60%) der Kinder mit Adipositas-Diagnose und sind ein Drittel (35%) der Kinder mit von Eltern vermuteter Adipositas *eher* bzw. *sehr*

stark belastet (s. **Abb. 5.4.6**). Die eigene Belastung durch die Adipositas ihres Kindes schätzen die Eltern als noch höher ein: Der Anteil der *eher* bzw. *sehr stark* belasteten Eltern beträgt bei diagnostizierter Adipositas 73 Prozent und bei vermuteter Adipositas 43 Prozent.

Abb. 5.4.6: Belastung von Kindern und Eltern durch diagnostizierte oder vermutete Adipositas/starkes Übergewicht der Kinder



Sorgen durch Adipositas / starkes Übergewicht



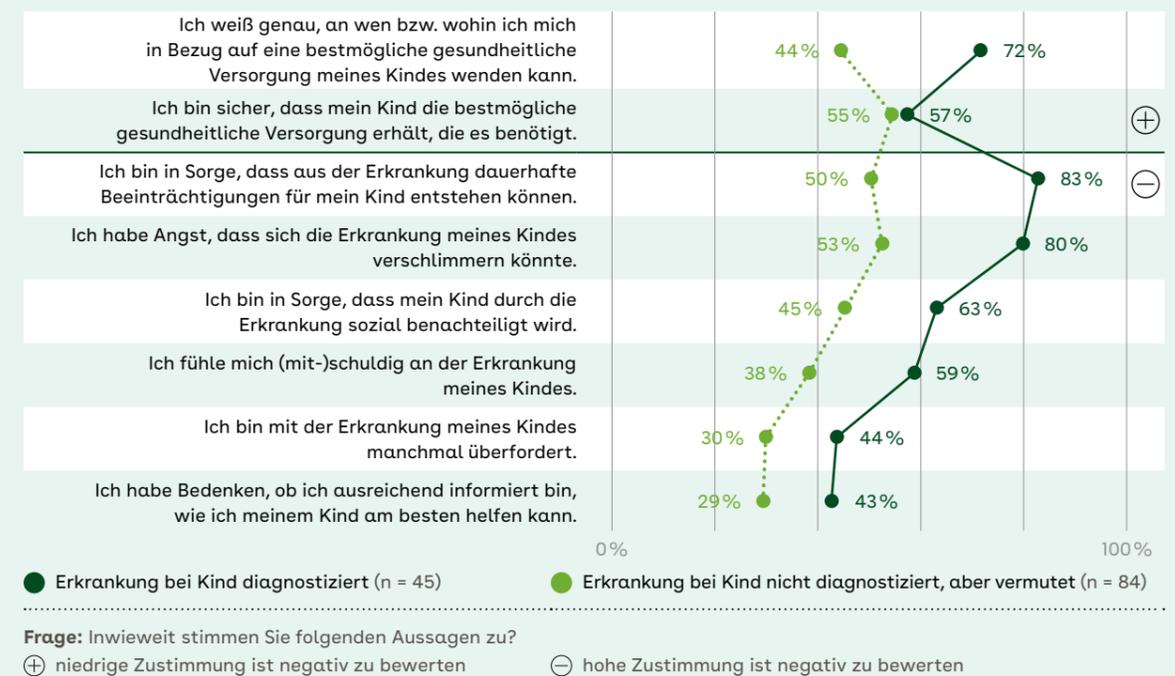
Diese Belastungen spiegeln sich in den vielfältigen Sorgen der Eltern wider (s. **Abb. 5.4.7**). Dazu gehören insbesondere Angst vor dauerhafter Beeinträchtigung des Kindes (83% bei Diagnose, 50% bei Verdacht) sowie die Angst vor Verschlimmerung der Erkrankung

(80% bei Diagnose, 53% bei Verdacht). Zudem besteht Sorge vor sozialer Benachteiligung des eigenen Kindes (63% bei Diagnose, 45% bei Verdacht). Neben den Sorgen um die Zukunft des Kindes beziehen sich Sorgen auf die persönlichen Herausforderungen der Eltern im Umgang mit Adipositas: Von eigener Überforderung berichten 44 Prozent der Eltern bei einer Diagnose und 30 Prozent der Eltern bei einem Verdacht. Ein Gefühl von (Mit-)Schuld geben bei einer Diagnose 59 Prozent und bei einem Verdacht 38 Prozent der Eltern an. Die Eltern wurden zudem gefragt, ob sie wissen, an wen bzw. wohin sie sich wenden können. Nicht alle gaben an, dies zu wissen (72% bei Diagnose, 44% bei einem Verdacht) und es

bestehen Bedenken, nicht ausreichend informiert zu sein (43% bei Diagnose, 29% bei Verdacht). Auch der Aussage, dass das eigene Kind die bestmögliche gesundheitliche Versorgung erhält, stimmten nicht alle Eltern zu (57% bei Diagnose, 55% bei Verdacht). Dabei zeigt sich, dass vor allem Eltern, die Adipositas bei ihrem Kind vermuten aber bisher keine Diagnose erhalten haben, signifikant seltener wissen, wo sie Hilfe erhalten können (27% Unterschied). Liegt allerdings eine Diagnose vor, fallen die Angst vor Beeinträchtigung (33% Unterschied) sowie die Angst vor Verschlimmerung (27% Unterschied) signifikant höher aus. Zudem fühlen sich Eltern dann signifikant häufiger (mit-)schuldig (21% Unterschied).

Abb. 5.4.7: Sorgen der Eltern von Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter Adipositas/starkem Übergewicht

Dargestellt werden Antwortoptionen *stimme voll und ganz zu* + *stimme eher zu*. Basis: 3- bis 17-jährige Kinder



Subjektiver Wissensstand sowie Informations- und Unterstützungsbedarfe zu Adipositas / starkem Übergewicht



Hinsichtlich des subjektiven Wissensstandes der Eltern zum Thema Adipositas fällt auf, dass dieser signifikant davon abhängt, ob das eigene Kind von einer Diagnose oder einem Verdacht betroffen ist (**s. Abb. 5.4.8**): Knapp drei Viertel (71%) der Eltern von Kindern mit Diagnose schätzen ihr Wissen über Adipositas als *eher* bzw. *sehr hoch* ein. Bei Eltern von Kindern mit Verdacht beträgt dieser Anteil lediglich 44 Prozent.

Der subjektive Informationsbedarf variiert ebenfalls signifikant (**s. Abb. 5.4.8**): Wenn eine Diagnose beim eigenen Kind vorliegt, sieht die Hälfte der Eltern (51%) die *eher* bzw. *sehr hohe* Notwendigkeit, sich mehr oder besser zu informieren. Von den Eltern, die vermuten, dass ihr Kind an Adipositas erkranken könnte oder bereits erkrankt ist, berichten 31 Prozent einen *eher* bzw. *sehr hohen* subjektiven Informationsbedarf.

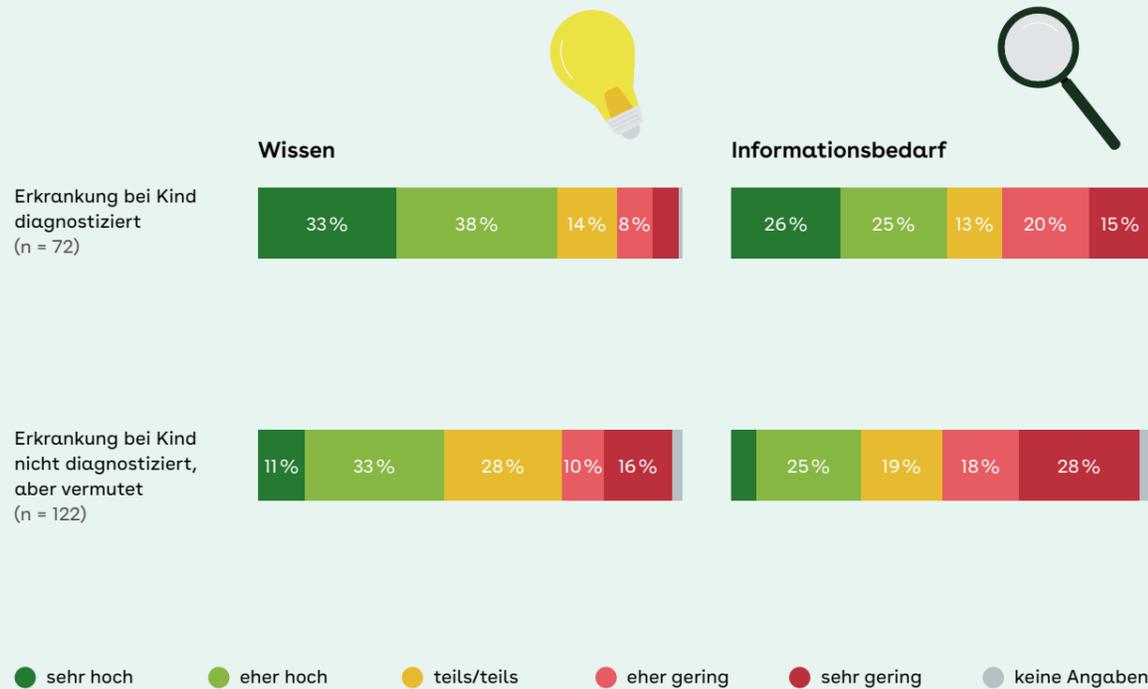
Auch die Einschätzung der Bedarfe der beiden Elterngruppen unterscheidet sich signifikant und auffällig stark (**s. Abb. 5.4.9**): Bei vorliegender Diagnose wünschen sich die meisten Eltern Informationen und Unterstützung zum Thema finanzielle Unterstützung (59% bei Diagnose; 22% bei Verdacht), zu Rehabilitationsmaßnahmen, Förderangeboten und Integrationshilfen (59% bei Diagnose; 26% bei Verdacht), zur Auswahl von und zum Zugang zu spezifischen medizinischen und therapeutischen Behandlungen (58% bei Diagnose; 38% bei Verdacht) sowie zu passenden Angeboten und Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung (52% bei Diagnose; 29% bei Verdacht). In all diesen Bereichen ist der Bedarf bei einer Diagnose signifikant höher als bei einem Verdacht.

Passend zur hohen Belastung, insbesondere bei diagnostizierter Adipositas, wünschen sich Eltern im Falle einer Diagnose signifikant häufiger Unterstützung zu folgenden Themen: Möglichkeiten der Entlastung und Selbsthilfe für Eltern kranker Kinder (42% bei Diagnose; 25% bei Verdacht) sowie Organisation des Alltagslebens mit der Erkrankung (42% bei Diagnose; 18% bei Verdacht).

Passend zur hohen Belastung, insbesondere bei diagnostizierter Adipositas, wünschen sich Eltern im Falle einer Diagnose signifikant häufiger Unterstützung zu folgenden Themen: Möglichkeiten der Entlastung und Selbsthilfe für Eltern kranker Kinder (42% bei Diagnose; 25% bei Verdacht) sowie Organisation des Alltagslebens mit der Erkrankung (42% bei Diagnose; 18% bei Verdacht).

Abb. 5.4.8: Wissen und Informationsbedarf der Eltern von Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter Adipositas/starkem Übergewicht

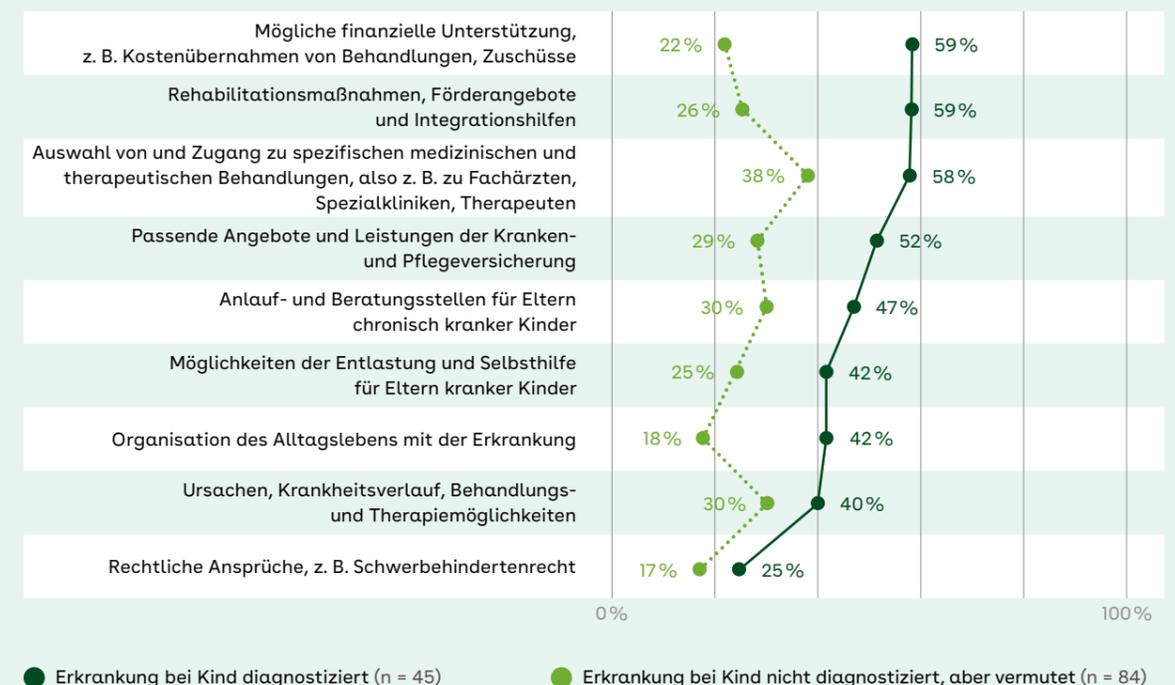
Basis: 3- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wie hoch schätzen Sie Ihren persönlichen Wissensstand bezüglich dieser Themen ein? / Wie hoch schätzen Sie Ihren persönlichen Bedarf ein, zu diesen Themen der Kindergesundheit mehr oder besser informiert zu sein?

Abb. 5.4.9: Informations- und Unterstützungsbedarfe der Eltern von Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter Adipositas/starkem Übergewicht

Dargestellt werden Antwortoptionen *sehr stark* + *eher stark*. Basis: 3- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wie stark schätzen Sie Ihren Informations- oder Unterstützungsbedarf zu folgenden Themen ein?

Die Kanäle, über die sich betroffene Eltern Informationen und Unterstützung wünschen (s. **Abb. 5.4.10**), sind vorrangig die

folgenden: Kinderärztin bzw. Kinderarzt (74% bei Diagnose, 63% bei Verdacht), Fachärztin bzw. Facharzt (60% bei Diagnose,

52% bei Verdacht) sowie Angebote der Krankenkasse, insbesondere Internetangebote und Apps.

Abb. 5.4.10: Gewünschte Kanäle für Informations- und Unterstützungsangebote der Eltern von Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter Adipositas/starkem Übergewicht

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wo sollten Ihnen Informations- oder Unterstützungsangebote speziell zu dieser Erkrankung Ihres Kindes unterbreitet werden? (Mehrfachauswahl möglich).



Fazit: Das diagnostizierte Krankheitsbild Adipositas/ starkes Übergewicht wird von etwa zwei Prozent der Eltern von 3- bis 17-Jährigen angegeben, darüber hinaus gibt es weitere drei Prozent an Verdachtsfällen. Bei der Betrachtung des BMIs der Kinder zeigt sich, dass der Anteil an adipösen Kindern deutlich höher ist (7%). Adipositas/starkes Übergewicht tritt also laut BMI häufiger auf, als von den Eltern berichtet.

Wenn nach Angaben der Eltern eine Diagnose oder eine Vermutung vorliegt, berichten die Eltern sehr häufig von einer starken Belastung für sich selbst und für ihr Kind. Die Belastung der Eltern wird bei Adipositas/starkem Übergewicht im Vergleich zu den weiteren abgefragten Erkrankungen sogar am höchsten eingeschätzt.

Zudem machen sich die Eltern von betroffenen Kindern besonders viele Sorgen. Sehr viele Eltern befürchten eine Verschlimmerung der Erkrankung, eine dauerhafte Beeinträchtigung ihres Kindes und fühlen sich (mit-)schuldig. Weiterhin gibt ein großer Teil der Eltern betroffener Kinder einen hohen Unterstützungsbedarf an. Insbesondere Eltern, die Adipositas/starkes Übergewicht bei ihrem Kind vermuten, wissen deutlich seltener, wo sie Hilfe erhalten können.

Kapitel 5: Chronische Erkrankungen

5. Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten



Bei Nahrungsmittelunverträglichkeiten führen bestimmte Lebensmittel zu gesundheitlichen Problemen. Diese lassen sich in zwei Hauptkategorien unterteilen: Intoleranzen und Allergien. Bei einer Nahrungsmittelintoleranz kann der Körper bestimmte Nahrungsbestandteile nicht richtig verdauen oder verarbeiten (Bischoff, 2013). Bei einer Allergie reagiert das Immunsystem auf eigentlich harmlose Stoffe wie Nahrungsbestandteile, die fälschlicherweise als Krankheitserreger identifiziert werden (BZgA, 2019a).

Die in dieser Studie am häufigsten von den Eltern genannte Nahrungsmittelunverträglichkeit ihrer Kinder ist die sogenannte Laktoseintoleranz. Bei der Laktoseintoleranz mangelt es bei der Verdauung des Milchzuckers Laktose am Enzym Laktase (Bischoff, 2013). Folgen sind u. a. Blähungen und Durchfall, wobei die Schwere der Symptome von der aufgenommenen Laktosemenge abhängt (Bischoff, 2013). Laktoseintoleranz entwickelt sich meist erblich bedingt im Jugend- oder Erwachsenenalter, kann aber bspw. auch Folge einer geschädigten Darmschleimhaut sein (IQWiG, 2021a) und selten zeigen Säuglinge bereits von Geburt an einen Laktasemangel (Smollich & Vogelreuter, 2018).

Die in dieser Studie am zweithäufigsten von den Eltern genannte Nahrungsmittelunverträglichkeit ihrer Kinder ist die Nussallergie. Bei einer Allergie können schon kleine Mengen eines Allergens u. a. Übelkeit, Erbrechen, und Durchfall, aber bspw. auch Atemnot oder einen Kreislaufkollaps auslösen (Bischoff, 2013).

Anders als Nahrungsmittelintoleranzen können Allergien deshalb potenziell lebensbedrohlich sein (Bischoff, 2013). Nahrungsmittelallergien treten besonders oft im frühen Kindesalter auf und verschwinden meist bis zur Einschulung spontan (Bischoff, 2013). In manchen Fällen werden frühkindliche Nahrungsmittelallergien später durch Heuschnupfen abgelöst (Bischoff, 2013). Bei Jugendlichen und Erwachsenen folgen Nahrungsmittelallergien meist auf andere Allergien (AOK, 2021b) – bei sogenannten Kreuzallergien reagiert das Immunsystem dann nicht nur auf bspw. Pollen oder Hausstaubmilben (= Heuschnupfen, s. Kapitel 5.6), sondern auch auf bestimmte Nahrungsmittel mit ähnlichen Merkmalen (= Nahrungsmittelallergie) (BVKJ, n. d. e).

In der Abfrage der vorliegenden Studie wurde der Sammelbegriff Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten verwendet. Da Kinder jeden Alters betroffen sein können, wird im folgenden Kapitel über die 0- bis 17-Jährigen berichtet.

Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten bei 0- bis 17-Jährigen im Rheinland und in Hamburg



Auftreten

Diagnose bei 4% /
Verdacht bei 6%



Belastungen

stark belastete Kinder
(36% bei Diagnose / 21% bei Verdacht)

stark belastete Eltern
(33% / 22%)



Sorgen

um das eigene Kind:

- vor dauerhafter Beeinträchtigung (40% / 32%)
- vor sozialer Benachteiligung (23% / 18%)
- vor Verschlimmerung der Erkrankung (36% / 33%)

um eigene Überforderung
(18% / 19%)

um Information und Unterstützung:

- 70% / 48% wissen, an wen sie sich wenden können
- 28% / 30% haben Bedenken, nicht ausreichend informiert zu sein
- 70% / 52% sind sicher, dass ihr Kind die bestmögliche Versorgung erhält



Wissen und Bedarfe

70% / 40% schätzen ihr Wissen über Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten als hoch ein

34% / 37% geben hohen Informationsbedarf zu Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten an

Themen mit Informations- und Unterstützungsbedarf:

- Auswahl von und Zugang zu spezifischen medizinischen und therapeutischen Behandlungen
 - Ursachen, Krankheitsverlauf, Behandlung und Therapie
- Erkrankung bei Kind diagnostiziert
● Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet

Auftreten von Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten



Vier Prozent der 0- bis 17-Jährigen aus dem Rheinland und aus Hamburg haben laut den Aussagen der befragten Eltern diagnostizierte Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten (s. Abb. 5.5.1). Bei weiteren fünf Prozent vermuten die befragten Eltern, dass ihr Kind an Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten erkranken könnte oder bereits erkrankt ist. Das bedeutet, dass auf jedes Kind mit Diagnose gut ein Kind mit Verdacht kommt.

Innerhalb dieser Studie berichten Eltern, deren Kind (vermutlich) von Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten betroffen ist, am häufigsten zusätzlich von Heuschnupfen, von Neurodermitis/Dermatitis sowie von Diabetes (s. Tab. 12.1 im Anhang). Laut den Angaben der Eltern unterscheidet sich das Auftreten von Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten zwischen den Altersgruppen nicht nennenswert (s. Abb. 5.5.2).

Zudem berichten die Eltern über alle Altersgruppen hinweg unabhängig vom Geschlecht ihres Kindes vergleichbar häufig von (vermuteten) Erkrankungen.

(6,1%). Die anderen Regionaldirektionen weichen nicht signifikant vom durchschnittlichen Auftreten der Diagnosen im Rheinland und in Hamburg ab (s. Abb. 5.5.3.1).

Bezüglich des Auftretens von Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten zeigt sich folgender signifikanter regionaler Unterschied: In der Regionaldirektion Oberbergisches Land geben überdurchschnittlich viele Eltern an, dass ihr Kind eine Diagnose hat

Hinsichtlich der Vermutung von Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten bei ihren Kindern weichen die Angaben der Eltern in keiner Regionaldirektion signifikant vom Durchschnitt im Rheinland und in Hamburg ab (s. Abb. 5.5.3.2).

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

Abb. 5.5.1: Auftreten von Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten

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



Abb. 5.5.2: Diagnostizierte und vermutete Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten nach Alter und Geschlecht des Kindes

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder

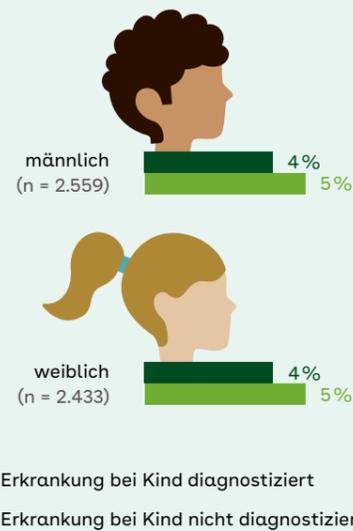
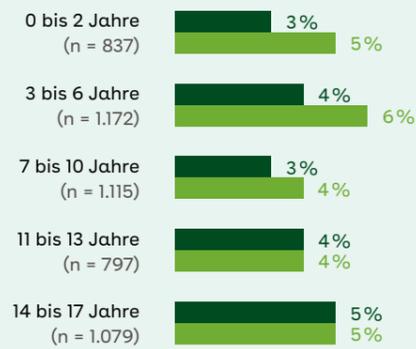
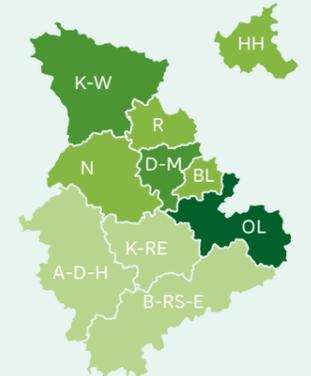


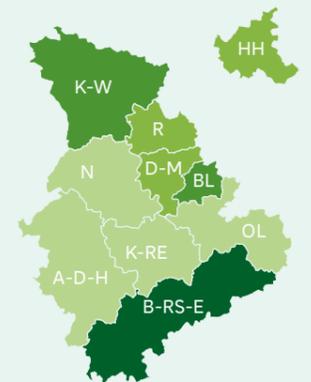
Abb. 5.5.3: Diagnostizierte und vermutete Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten nach Regionaldirektion (RD)

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder

1) Dargestellt wird Antwortoption *Erkrankung bei Kind diagnostiziert*.



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



Belastung der Kinder und Eltern durch Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten

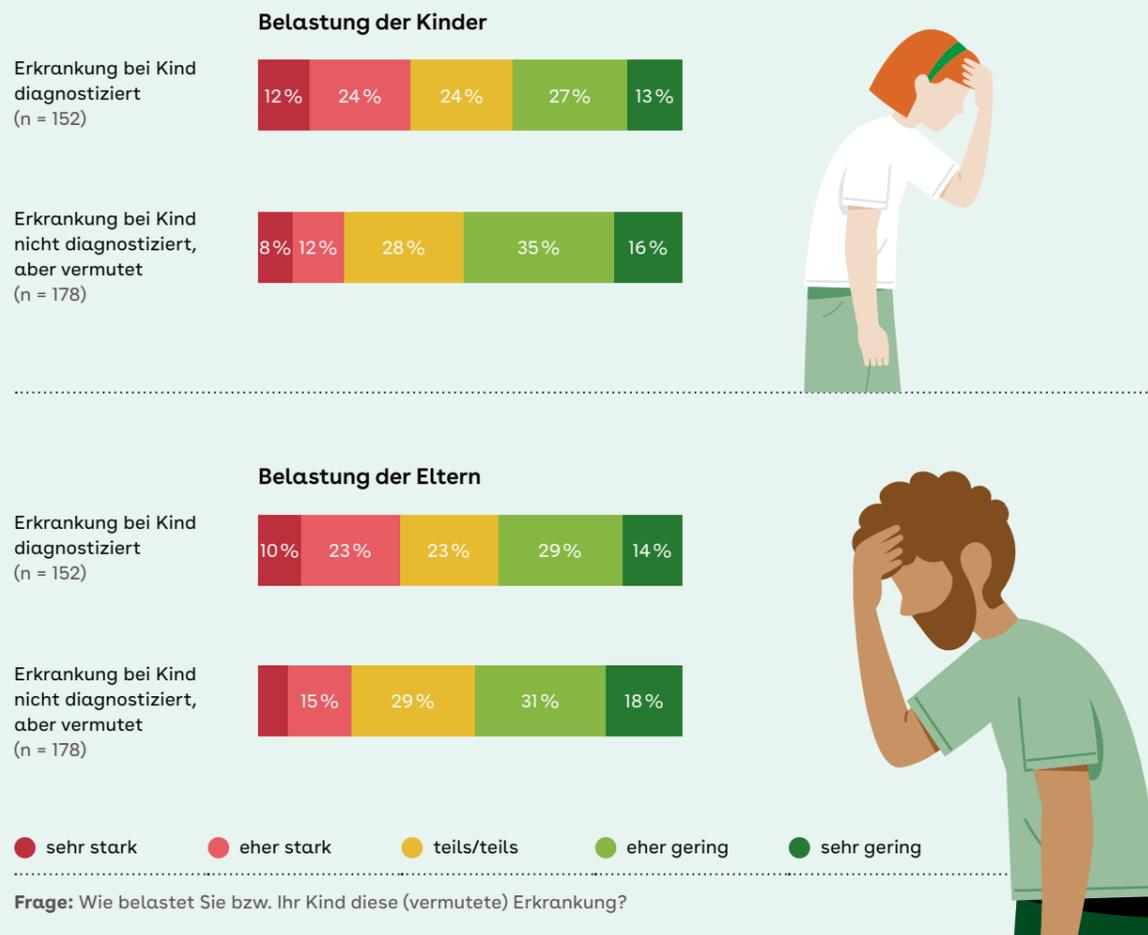


Laut Elternaussagen ist gut ein Drittel (36%) der Kinder mit Diagnose und ein Fünftel (21%) der Kinder mit vermuteten Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten *eher* bzw. *sehr stark* belastet (s. Abb. 5.5.4). Die eigene Belastung durch Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten

des Kindes schätzen die Eltern als vergleichbar hoch ein: Der Anteil an *eher* bzw. *sehr stark* belasteten Eltern liegt bei diagnostizierten Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten bei 33 Prozent und bei vermuteten bei 22 Prozent.

Abb. 5.5.4: Belastung von Kindern und Eltern durch diagnostizierte oder vermutete Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten der Kinder

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Sorgen durch Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten



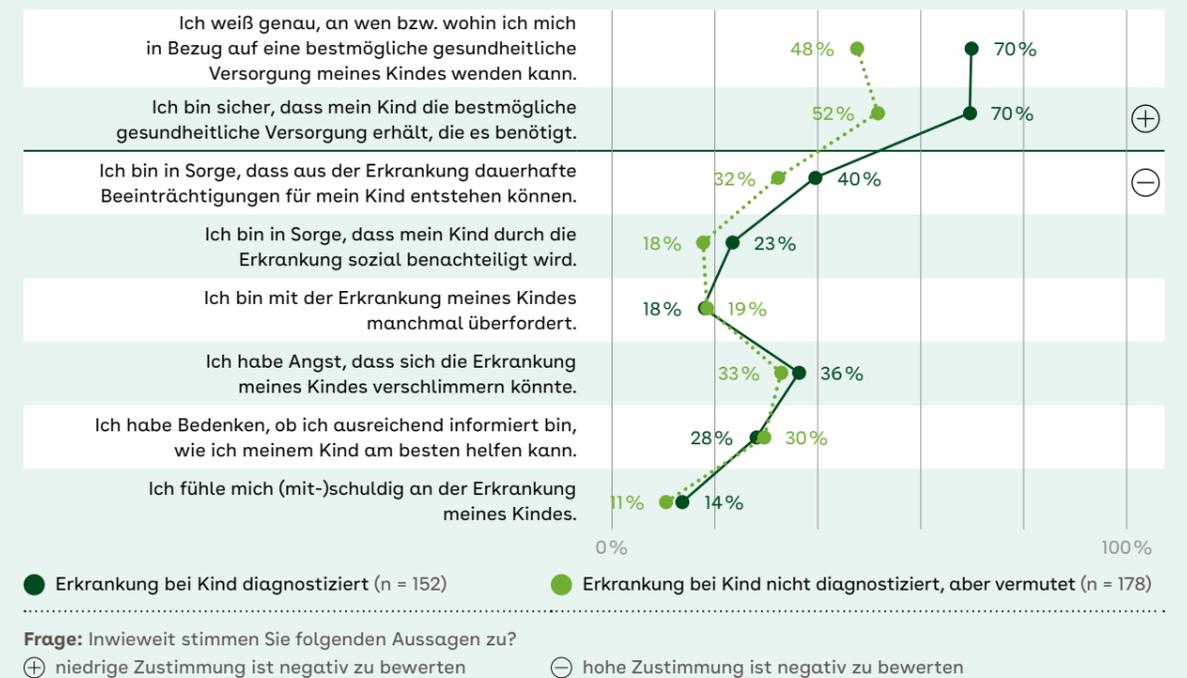
Eltern von Kindern mit Verdacht auf Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten stimmen zwei Aussagen seltener *voll und ganz* bzw. *eher* zu: Sie wurden gefragt, ob sie wissen, an wen bzw. wohin sie sich wenden können. Besteht ein Verdacht, wissen dies laut eigener Aussage nur 48 Prozent der Eltern. Besteht eine Diagnose, liegt dieser Anteil mit 70 Prozent deutlich höher (Unterschied 22%). Auch der Aussage, dass das eigene Kind die bestmögliche gesundheitliche Versorgung erhält, stimmten bei einer Diagnose mehr Eltern zu, als bei einem Verdacht (70% bei Diagnose, 52% bei Verdacht, Unterschied 18%).

Am häufigsten sorgen sich die Eltern zudem um eine dauerhafte Beeinträchtigung ihres Kindes (40% bei Diagnose, 32%

bei Verdacht) sowie um eine Verschlimmerung der Erkrankung (36% bei Diagnose, 33% bei Verdacht). Darüber hinaus geben einige Eltern an, Bedenken dazu zu haben, ob sie ausreichend informiert sind (28% bei Diagnose, 30% bei Verdacht). Der Sorge um soziale Benachteiligung des Kindes stimmen 23 Prozent der Eltern bei einer Diagnose und 15 Prozent bei einem Verdacht *voll und ganz* bzw. *eher* zu, der Aussage manchmal überfordert mit der Erkrankung ihres Kindes zu sein 18 Prozent bei einer Diagnose und 19 Prozent bei einem Verdacht und der Aussage sich (mit-)schuld an der Erkrankung des eigenen Kindes zu fühlen 14 Prozent bei einer Diagnose und 11 Prozent bei einem Verdacht.

Abb. 5.5.5: Sorgen der Eltern von Kindern mit diagnostizierten oder vermuteten Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten

Dargestellt werden Antwortoptionen *stimme voll und ganz zu* + *stimme eher zu*. Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Subjektiver Wissensstand sowie Informations- und Unterstützungsbedarfe zu Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten



Abhängig davon, ob das eigene Kind von einer Diagnose oder einem Verdacht betroffen ist, unterscheidet sich der subjektive Wissensstand der Eltern über Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten signifikant (**s. Abb. 5.5.6**): 70 Prozent der Eltern von Kindern mit Diagnose schätzen ihr Wissen über Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten als *eher* bzw. *sehr hoch* ein. Bei Eltern von Kindern mit Verdacht beträgt dieser Anteil lediglich 40 Prozent.

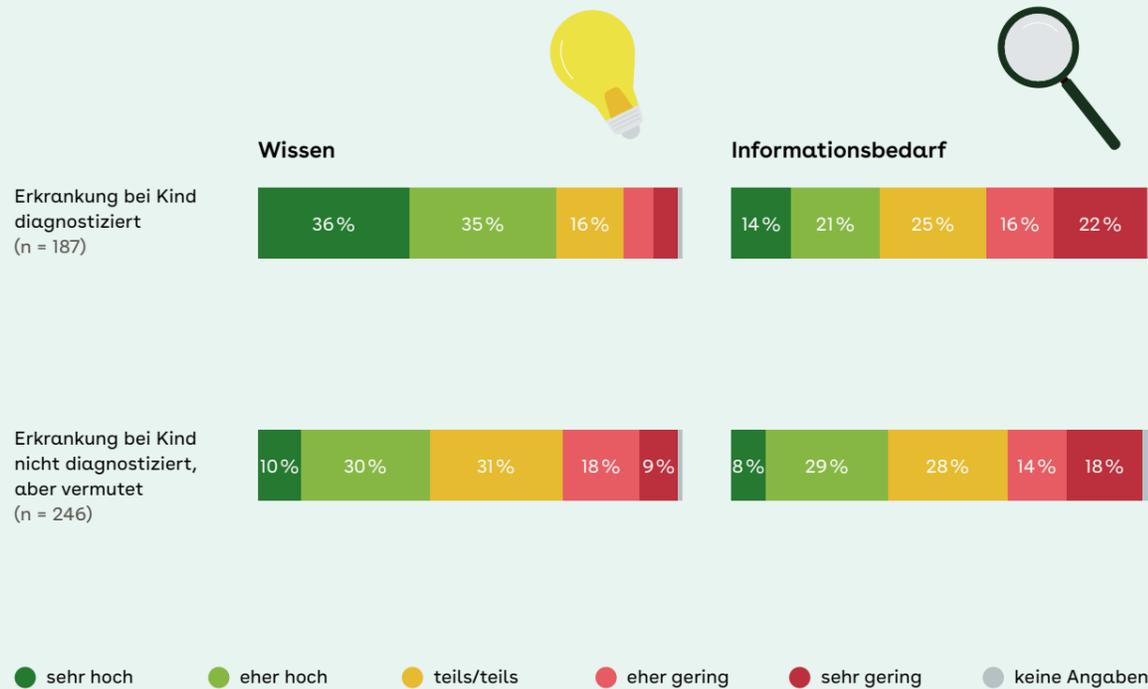
Der subjektive Informationsbedarf variiert nicht signifikant abhängig vom Diagnosestatus: Wenn eine Diagnose beim eigenen Kind vorliegt, sehen 34 Prozent die *eher* bzw. *sehr hohe* Notwendigkeit, sich mehr oder besser zu informieren. Von den Eltern, die vermuten, dass ihr Kind an Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten erkranken könnte oder bereits erkrankt ist, berichten 37 Prozent einen *eher* bzw. *sehr hohen* subjektiven Informationsbedarf.

Eltern von Kindern mit Verdacht auf Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten geben ähnlich hohe Informations- und Unterstützungsbedarfe an wie Eltern von Kindern mit Diagnose (**s. Abb. 5.5.7**). Sie wünschen sich vorrangig Informations- und Unterstützungsangebote zu folgenden

beiden Themen: Auswahl von und Zugang zu spezifischen medizinischen und therapeutischen Behandlungen (39% bei Verdacht, 35% bei Diagnose) sowie Ursachen, Krankheitsverlauf, Behandlung und Therapie (38% bei Diagnose, 31% bei Verdacht).

Abb. 5.5.6: Wissen und Informationsbedarf der Eltern von Kindern mit diagnostizierten oder vermuteten Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten

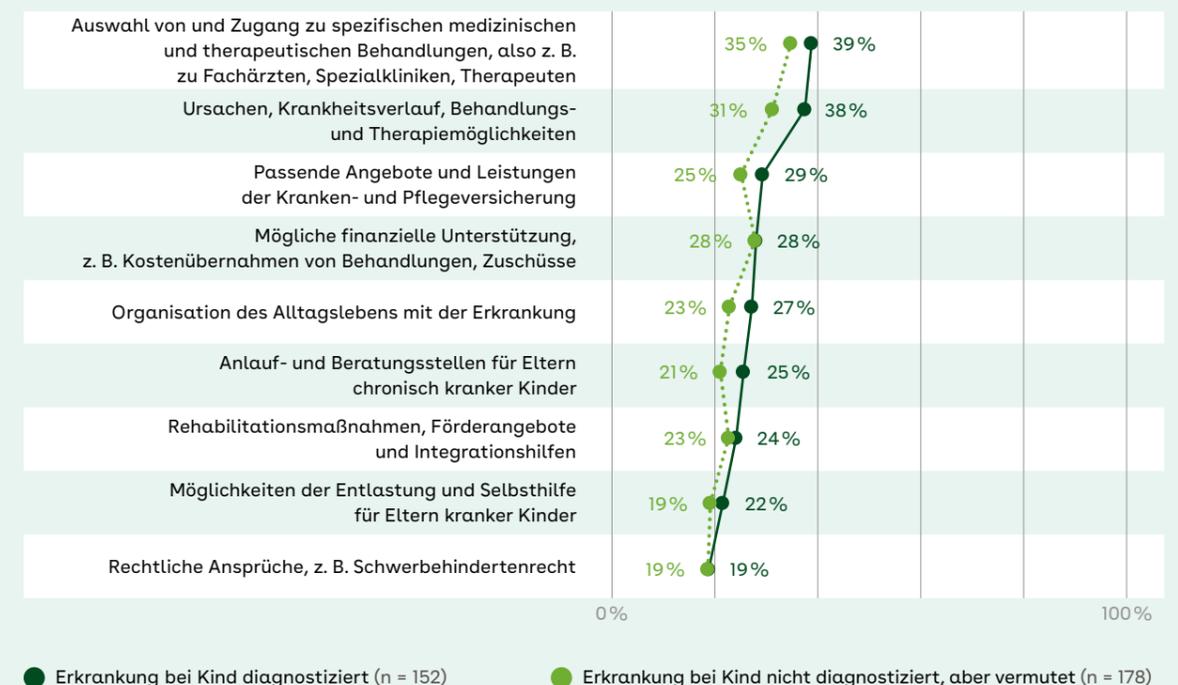
Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wie hoch schätzen Sie Ihren persönlichen Wissensstand bezüglich dieser Themen ein? / Wie hoch schätzen Sie Ihren persönlichen Bedarf ein, zu diesen Themen der Kindergesundheit mehr oder besser informiert zu sein?

Abb. 5.5.7: Informations- und Unterstützungsbedarfe der Eltern von Kindern mit diagnostizierten oder vermuteten Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten

Dargestellt werden Antwortoptionen *sehr stark* + *eher stark*. Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wie stark schätzen Sie Ihren Informations- oder Unterstützungsbedarf zu folgenden Themen ein?

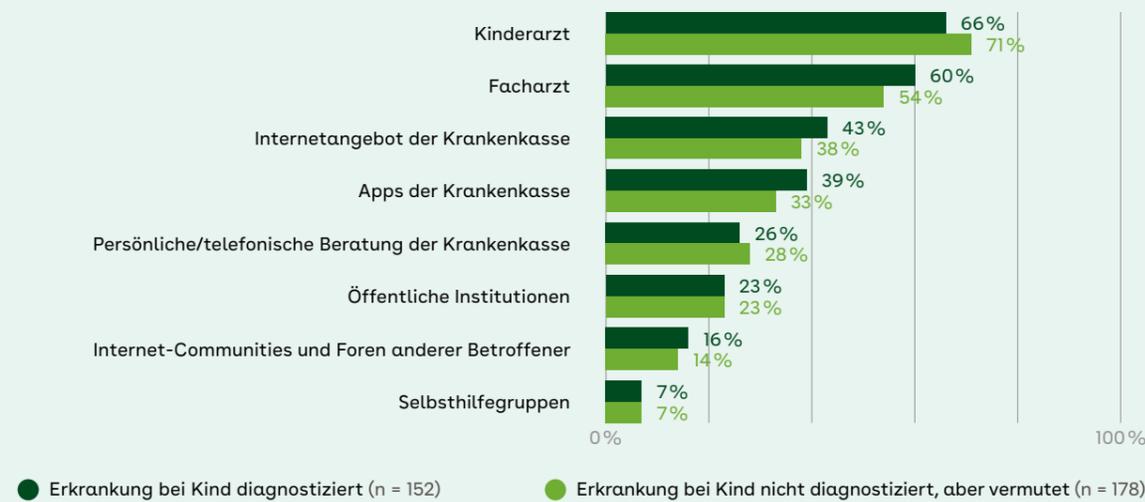
Die Kanäle, über die sich betroffene Eltern Informationen und Unterstützung wünschen (s. **Abb. 5.5.8**), sind vorrangig die folgenden: Bei einer Diagnose wünschen sich 66 Prozent und

bei einem Verdacht 71 Prozent Informationen und Unterstützung am liebsten von Kinderärztinnen und Kinderärzten. Der am zweit häufigsten präferierte Informationskanal ist die Fachärztin bzw.

der Facharzt (60% bei Diagnose, 54% bei Verdacht). An dritter Stelle liegen Angebote der Krankenkasse, insbesondere Internetangebote und Apps.

Abb. 5.5.8: Gewünschte Kanäle für Informations- und Unterstützungsangebote der Eltern von Kindern mit diagnostizierten oder vermuteten Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wo sollten Ihnen Informations- oder Unterstützungsangebote speziell zu dieser Erkrankung Ihres Kindes unterbreitet werden? (Mehrfachauswahl möglich).



Fazit: Vier Prozent der 0- bis 17-Jährigen haben laut den Aussagen der befragten Eltern diagnostizierte Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten, bei weiteren fünf Prozent wird eine Erkrankung vermutet. Damit kommt auf jedes Kind mit einer Diagnose von Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten mindestens ein Kind mit Verdacht.

Verglichen mit anderen in dieser Studie erhobenen Erkrankungen, sind die Belastungen durch Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten für die betroffenen Kinder und Eltern sowie das Ausmaß der Sorgen der Eltern moderat.

Die größte Sorge der Eltern ist, dass aus der Erkrankung eine dauerhafte Beeinträchtigung entstehen könnte. Wenn nur ein Verdacht auf eine Nahrungsmittelallergie oder Nahrungsmittelunverträglichkeit vorliegt und keine Diagnose, ist der subjektive Wissensstand der Eltern häufig geringer. Zudem wissen sie seltener, an wen bzw. wohin sie sich in diesem Zusammenhang wenden können, und sind sich seltener sicher, dass ihr Kind die bestmögliche gesundheitliche Versorgung erhält.

Kapitel 5: Chronische Erkrankungen

6. Heuschnupfen



Bei Heuschnupfen, auch Pollenallergie genannt, reagiert der Körper auf eingeatmete, eigentlich harmlose Stoffe allergisch (BVKJ, n. d. e). Reagiert das Immunsystem allergisch auf Blütenstaub, variieren die Beschwerden meist saisonal, da je nach Blütezeit unterschiedliche Pollen in der Luft sind (BVKJ, n. d. e). Dagegen können Hausstaubmilben und Tierhaare ganzjährig Symptome von Heuschnupfen auslösen (BZgA, 2019a).

Bei Kontakt mit den Allergenen kommt es zu gereizten Augen, laufender oder verstopfter Nase, häufigem Niesen und Anschwellen der Schleimhäute. Zu den Symptomen können außerdem u. a. Fieber, Müdigkeit, Abgeschlagenheit und Kopfschmerzen gehören (BVKJ, n. d. e). In manchen Fällen treten zusätzlich Kreuzallergien auf, bei denen Betroffene nicht nur auf Pollen, sondern auch auf bestimmte Nahrungsmittel allergisch reagieren (s. Kapitel 5.5) (BVKJ, n. d. e). Es gibt Hinweise darauf, dass die Konsequenzen und Risiken von Pollenallergien, bspw. auf Sozialleben und Schlafqualität, unterschätzt werden (Muzalyova et al., 2019). Unbehandelte Pollenallergien können sich zu allergischem Asthma (s. Kapitel 5.7) entwickeln (AOK, 2023).

Die Veranlagung zu Heuschnupfen ist genetisch bedingt und wird häufig gemeinsam mit dem Risiko für Asthma (s. Kapitel 5.7) und allergisches Ekzem vererbt (s. Kapitel 5.8) (BVKJ, n. d. e). Weitere Risikofaktoren für das Auftreten von Heuschnupfen sind zudem bspw. Luftverschmutzung (Stawoska et al., 2023) und Klimawandel (ECARF, 2020). Laut BVKJ (n. d. e) sind Jungen in der Kindheit häufiger betroffen als Mädchen und das Risiko zu erkranken steigt mit zunehmendem Alter an.

Im folgenden Kapitel wird über die 0- bis 17-Jährigen berichtet.

Heuschnupfen bei 0- bis 17-Jährigen
im Rheinland und in Hamburg

Auftreten

Diagnose bei 6% /
Verdacht bei 5%

Heuschnupfen tritt mit steigendem
Alter häufiger auf

Diagnosen bei Jungen etwas
häufiger als bei Mädchen



Belastungen

stark belastete Kinder
(38% bei Diagnose / 26% bei Verdacht)

stark belastete Eltern
(30% / 21%)



Sorgen

um das eigene Kind:

- vor dauerhafter Beeinträchtigung (35% / 31%)
- vor sozialer Benachteiligung (13% / 11%)
- vor Verschlimmerung der Erkrankung (43% / 39%)

um eigene Überforderung
(13% / 10%)

um Information und Unterstützung:

- 76% / 63% wissen, an wen sie sich wenden können
- 21% / 20% haben Bedenken, nicht ausreichend informiert zu sein
- 73% / 56% sind sicher, dass ihr Kind die bestmögliche Versorgung erhält



Wissen und Bedarfe

74% / 55% schätzen ihr Wissen über
Heuschnupfen als hoch ein

32% / 36% geben hohen Informationsbedarf zu Heuschnupfen an

Themen mit Informations-
und Unterstützungsbedarf:

- Auswahl von und Zugang zu spezifischen medizinischen und therapeutischen Behandlungen
- Ursachen, Krankheitsverlauf, Behandlung und Therapie

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

Auftreten von Heuschnupfen



Sechs Prozent der 0- bis 17-jährigen Kinder aus dem Rheinland und aus Hamburg haben laut den Aussagen der befragten Eltern diagnostizierten Heuschnupfen (**s. Abb. 5.6.1**). Bei weiteren fünf Prozent vermuten die befragten Eltern, dass ihr Kind an

Heuschnupfen erkranken könnte, oder bereits erkrankt ist. Das bedeutet, dass auf jedes Kind mit Diagnose knapp ein Kind mit Verdacht auf Heuschnupfen kommt.

Innerhalb dieser Studie berichten Eltern, deren Kind von Heuschnupfen (vermutlich) betroffen ist, am häufigsten zusätzlich von Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten sowie von Asthma/chronischer Bronchitis (s. Tab. 12.1 im Anhang).

Laut den Angaben der Eltern unterscheidet sich das Auftreten von Heuschnupfen zwischen den Altersgruppen signifikant (**s. Abb. 5.6.2**): Die 0- bis 3-Jährigen haben mit einem Prozent selten eine Heuschnupfen-Diagnose, die 3- bis 6-Jährigen mit zwei Prozent etwas häufiger und die 7- bis 10- sowie 11- bis 13-Jährigen mit jeweils sieben Prozent schon deutlich häufiger. Bei den 14- bis 17-Jährigen steigt der Anteil derer, die eine Heuschnupfen-Diagnose haben, noch einmal auf elf Prozent an.

Das Aufkommen von Verdacht auf Heuschnupfen variiert zwar weniger stark aber ebenfalls signifikant mit dem Alter: Bei 7- bis 17-Jährigen wird Heuschnupfen eher vermutet als bei den jüngeren Kindern.

Über alle Altersgruppen hinweg berichten die Eltern signifikant häufiger von Heuschnupfen-Diagnosen bei Jungen als bei Mädchen: Laut Elternangaben wurde bei sieben Prozent der Jungen und fünf Prozent der Mädchen Heuschnupfen diagnostiziert. Das Aufkommen

von Vermutungen unterscheidet sich laut Elternangaben abhängig vom Geschlecht nicht signifikant.

Bezüglich des Auftretens von Heuschnupfen zeigen sich folgende signifikante regionale Unterschiede: In der Regionaldirektion Bergisches Land geben überdurchschnittlich viele Eltern an, dass ihr Kind eine Heuschnupfen-Diagnose hat (9,1%). Die anderen Regionaldirektionen weichen nicht signifikant vom durchschnittlichen Auftreten von Heuschnupfen-Diagnosen im

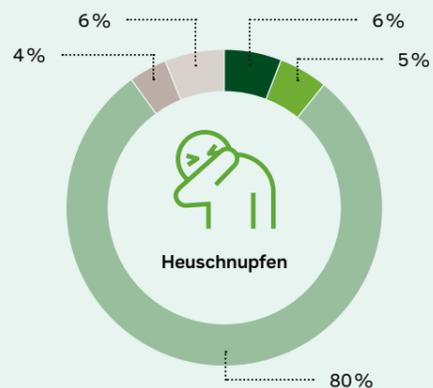
Rheinland und in Hamburg ab (**s. Abb. 5.6.3.1**).

In den Regionaldirektionen Kleve – Wesel (7,0%) sowie Düsseldorf – Mettmann (6,6%) vermuten überdurchschnittlich viele Eltern, dass ihr Kind an Heuschnupfen erkranken könnte oder bereits erkrankt ist (**s. Abb. 5.6.3.2**). Die anderen Regionaldirektionen unterscheiden sich nicht signifikant vom durchschnittlichen Auftreten von Kindern mit Heuschnupfen-Verdacht im Rheinland und in Hamburg.

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

Abb. 5.6.1: Auftreten von Heuschnupfen

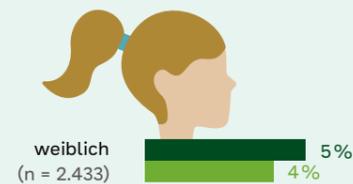
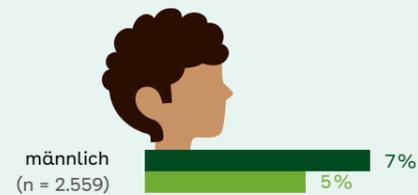
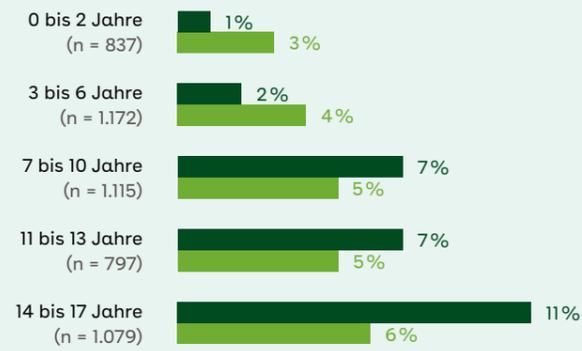
Basis: n = 5.000 (0- bis 17-jährige Kinder)



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

Abb. 5.6.2: Diagnostizierter und vermuteter Heuschnupfen nach Alter und Geschlecht des Kindes

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



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

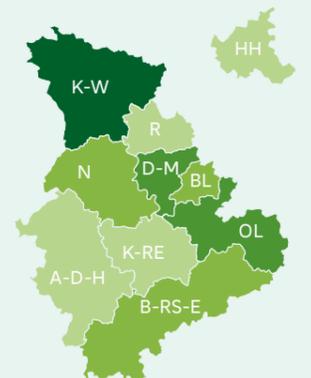
Abb. 5.6.3: Diagnostizierter und vermuteter Heuschnupfen nach Regionaldirektion (RD)

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder

1) Dargestellt wird Antwortoption *Erkrankung bei Kind diagnostiziert*.



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



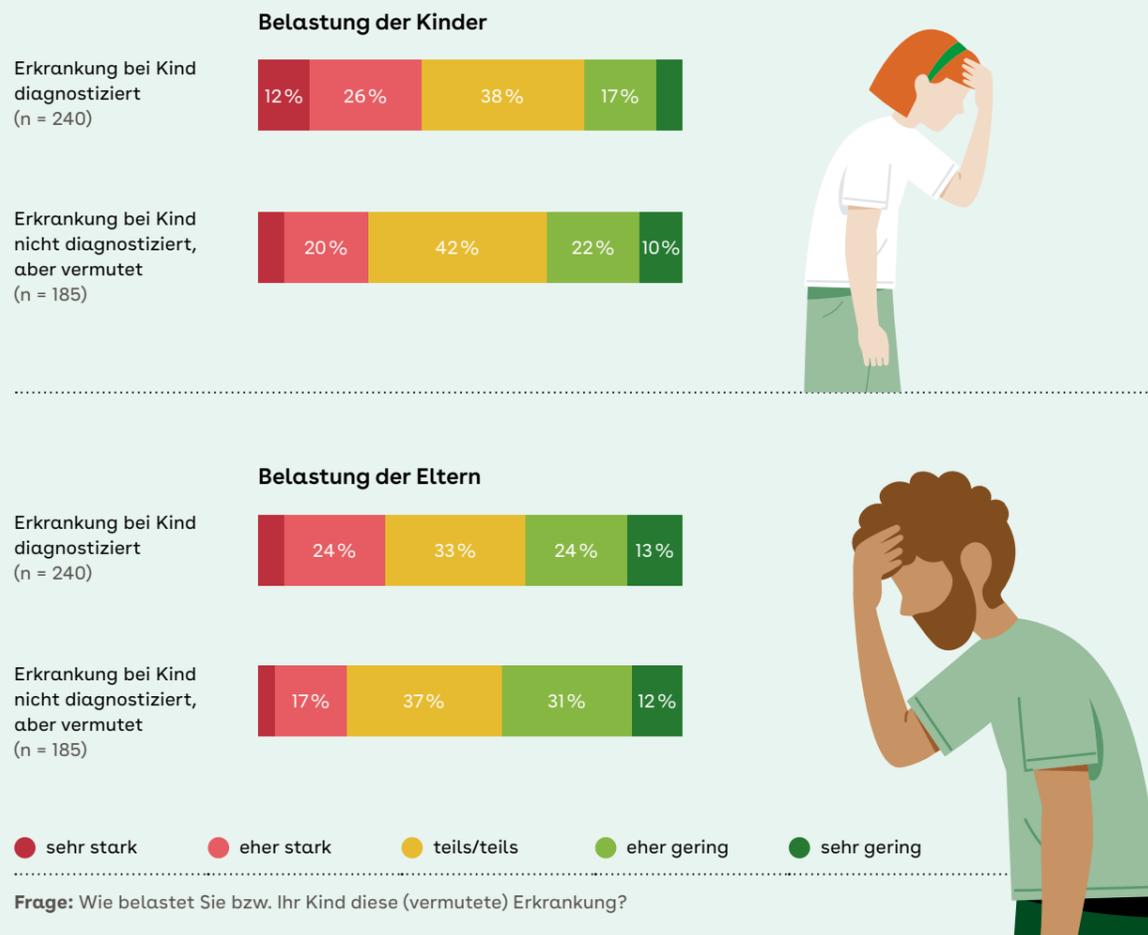
Belastung der Kinder und Eltern durch Heuschnupfen



Laut Elternaussagen sind 38 Prozent der Kinder mit Diagnose und 26 Prozent der Kinder mit vermutetem Heuschnupfen *eher* bzw. *sehr stark* belastet (s. Abb. 5.6.4). Die eigene Belastung durch den Heuschnupfen des Kindes schätzen die Eltern als niedriger ein: Der Anteil an *eher* bzw. *sehr stark* belasteten Eltern liegt bei diagnostiziertem Heuschnupfen bei 30 Prozent und bei einem Verdacht bei 21 Prozent.

Abb. 5.6.4: Belastung von Kindern und Eltern durch diagnostizierten oder vermuteten Heuschnupfen der Kinder

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Sorgen durch Heuschnupfen



Eltern von Kindern mit Verdacht auf Heuschnupfen stimmen zwei Aussagen signifikant seltener *voll und ganz* bzw. *eher* zu als die Eltern von Kindern mit Diagnose (s. Abb. 5.6.5): Besteht ein Verdacht, so wissen laut eigener Aussage nur 63 Prozent der Eltern, an wen bzw. wohin sie sich wenden können. Besteht eine Diagnose, liegt dieser Anteil bei 76 Prozent (Unterschied 16%). Auch der Aussage, dass das eigene Kind die bestmögliche gesundheitliche Versorgung erhält, stimmten mehr Eltern bei einer Diagnose zu, als bei einem Verdacht (73% bei Diagnose, 56% bei Verdacht, Unterschied 16%).

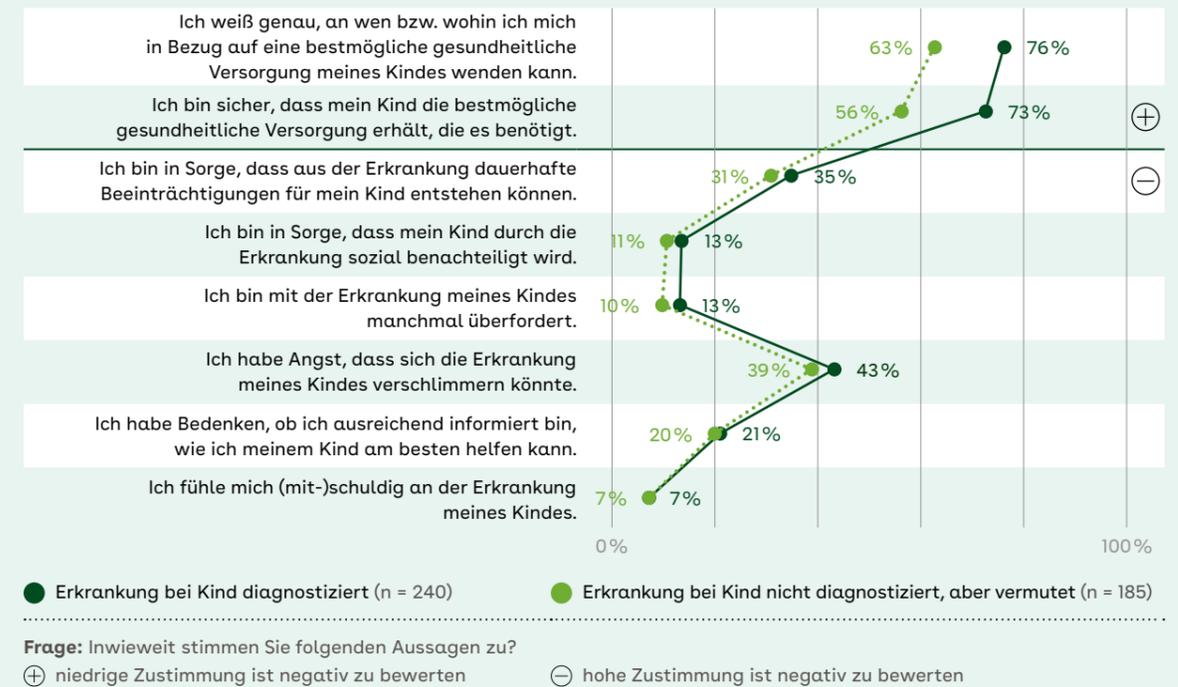
Am häufigsten sorgen sich die Eltern um eine Verschlimme-

rung der Erkrankung (43% bei Diagnose, 39% bei Verdacht) sowie um eine dauerhafte Beeinträchtigung ihres Kindes (35% bei Diagnose, 31% bei Verdacht). Darüber hinaus hat eines von fünf Elternteilen Bedenken, nicht ausreichend informiert zu sein (21% bei Diagnose, 20% bei Verdacht). Gut eines von zehn Elternteilen gibt zudem Sorgen um soziale Benachteiligung des Kindes (13% bei Diagnose, 11% bei Verdacht) sowie gelegentliche eigene Überforderung (13% bei Diagnose, 10% bei Verdacht) an. (Mit-)schuldige an der Erkrankung Heuschnupfen fühlen sich laut eigener Aussage weniger als eines von zehn Elternteilen (7% bei Diagnose, 7% bei Verdacht).

Abb. 5.6.5: Sorgen der Eltern von Kindern mit diagnostiziertem oder vermutetem Heuschnupfen

Dargestellt werden Antwortoptionen *stimme voll und ganz zu* + *stimme eher zu*.

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Subjektiver Wissensstand sowie Informations- und Unterstützungsbedarfe zu Heuschnupfen



Abhängig davon, ob das eigene Kind diagnostiziert oder vermuteten Heuschnupfen hat, unterscheidet sich der subjektive Wissensstand der Eltern über Heuschnupfen signifikant (s. **Abb. 5.6.6**): 74 Prozent der Eltern von Kindern mit Diagnose schätzen ihr Wissen über Heuschnupfen als *eher* bzw. *sehr hoch* ein. Bei Eltern von Kindern mit Verdacht auf Heuschnupfen beträgt dieser Anteil lediglich 55 Prozent.

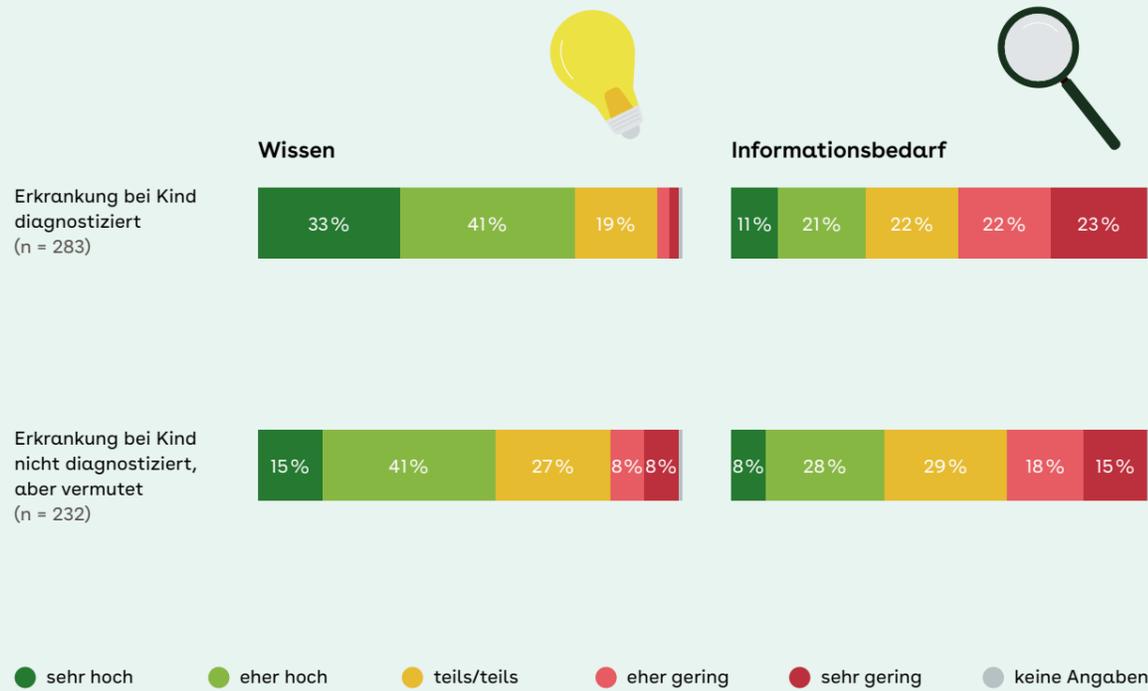
Der subjektive Informationsbedarf variiert nicht signifikant abhängig vom Diagnosestatus: Wenn eine Diagnose beim eigenen Kind vorliegt, sehen 32 Prozent die *eher* bzw. *sehr hohe* Notwendigkeit, sich mehr oder besser zu informieren. Von den Eltern, die vermuten, dass ihr Kind an Heuschnupfen erkranken könnte oder bereits erkrankt ist, berichten 36 Prozent einen *eher* bzw. *sehr hohen* subjektiven Informationsbedarf.

Eltern von Kindern mit Verdacht auf Heuschnupfen geben einen ähnlich hohen Informations- und Unterstützungsbedarf an wie Eltern von Kindern mit Heuschnupfen-Diagnose (s. **Abb. 5.6.7**). Sie wünschen sich vorrangig Informations- und Unterstützungsangebote zu den folgenden

beiden Themen: Auswahl von und Zugang zu spezifischen medizinischen und therapeutischen Behandlungen (34% bei Diagnose, 39% bei Verdacht) sowie Ursachen, Krankheitsverlauf, Behandlung und Therapie (31% bei Diagnose, 34% bei Verdacht).

Abb. 5.6.6: Wissen und Informationsbedarf der Eltern von Kindern mit diagnostiziertem oder vermutetem Heuschnupfen

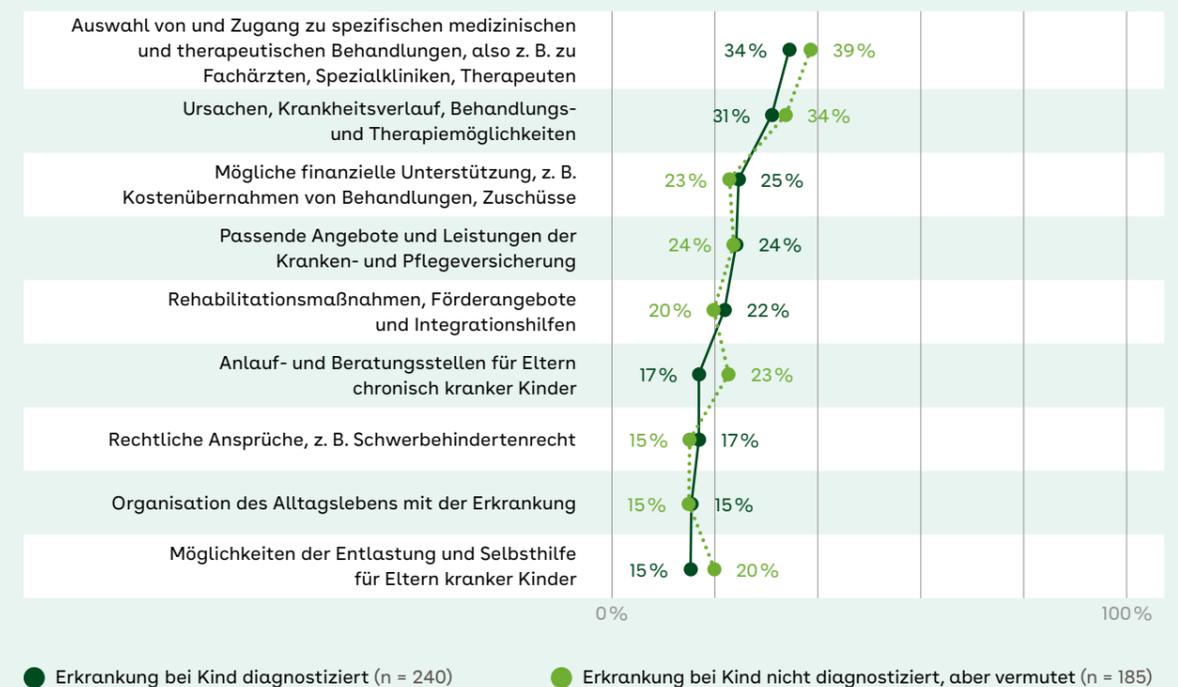
Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wie hoch schätzen Sie Ihren persönlichen Wissensstand bezüglich dieser Themen ein? / Wie hoch schätzen Sie Ihren persönlichen Bedarf ein, zu diesen Themen der Kindergesundheit mehr oder besser informiert zu sein?

Abb. 5.6.7: Informations- und Unterstützungsbedarfe der Eltern von Kindern mit diagnostiziertem oder vermutetem Heuschnupfen

Dargestellt werden Antwortoptionen *sehr stark* + *eher stark*. Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wie stark schätzen Sie Ihren Informations- oder Unterstützungsbedarf zu folgenden Themen ein?

Die Kanäle, über die sich betroffene Eltern Informationen und Unterstützung wünschen (s. **Abb. 5.6.8**), sind vorrangig die Facharztpraxis (60% bei Diagnose, 55% bei Verdacht)

sowie die Kinderarztpraxis (59% bei Diagnose, 71% bei Verdacht). An dritter Stelle liegen Angebote der Krankenkasse, insbesondere Internetangebote und Apps.

Abb. 5.6.8: Gewünschte Kanäle für Informations- und Unterstützungsangebote der Eltern von Kindern mit diagnostiziertem oder vermutetem Heuschnupfen

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wo sollten Ihnen Informations- oder Unterstützungsangebote speziell zu dieser Erkrankung Ihres Kindes unterbreitet werden? (Mehrfachauswahl möglich).



Fazit: Etwa sechs Prozent der Eltern von 0- bis 17-Jährigen berichten von einem diagnostizierten Heuschnupfen ihrer Kinder, weiterhin vermuten fünf Prozent der Eltern eine Erkrankung. Im Vergleich zu den weiteren abgefragten chronischen Erkrankungen tritt Heuschnupfen demnach häufig auf. Laut den Angaben der Eltern sind vor allem 7- bis 17-Jährige von Heuschnupfen betroffen.

Die Belastung von Kindern und Eltern ist zudem tendenziell eher moderat und wird für die Kinder höher eingeschätzt als für die Eltern.

Verglichen mit Sorgen bei anderen abgefragten Erkrankungen, sorgen sich eher wenige Eltern aufgrund von Heuschnupfen. Ihre häufigsten Sorgen beziehen sich auf eine Verschlimmerung der Erkrankung sowie auf eine dauerhafte Beeinträchtigung des Kindes. Abhängig davon, ob das eigene Kind diagnostizierten oder vermuteten Heuschnupfen hat, unterscheidet sich der subjektive Wissensstand der Eltern deutlich: Eltern mit einem diagnostizierten Kind berichten von einem deutlich höheren Wissensstand als Eltern, die Heuschnupfen bei ihrem Kind vermuten.

Kapitel 5: Chronische Erkrankungen

7. Asthma / chronische Bronchitis



Asthma und chronische Bronchitis werden gemäß ICD-10 zu den chronischen Krankheiten der unteren Atemwege gezählt und können sich auch überschneiden. Während Asthma durch anfallsartige Atemwegsverengungen mit Symptomen wie „pfeifendem“ Atem und Husten gekennzeichnet ist (IQWiG, 2022b), führt chronische Bronchitis aufgrund einer dauerhaften Entzündung der Schleimhäute in den Bronchien zu hartnäckigem Husten mit Auswurf, Atemnot und Rasselgeräuschen beim Atmen (BVKJ, n. d. b).

Allergisches Asthma wird ausgelöst durch Reize aus der Luft, wie Pflanzenpollen, Tabakrauch oder Abgase, nicht allergisches Asthma beispielsweise durch bakterielle und virale Entzündungen sowie bestimmte Schmerzmittel (IQWiG, 2022b).

Ursachen von chronischer Bronchitis sind beispielsweise das Einatmen von Schadstoffen wie Feinstaub

oder Zigarettenrauch oder angeborene Fehlbildungen der Atemwege (BVKJ, n. d. b). Wird eine einfache chronische Bronchitis nicht schnell behandelt, können sich die Atemwege dauerhaft verengen oder verschließen – und es kommt zur chronisch-obstruktiven Bronchitis (COPD) (ÄZQ, 2021).

Asthma / chronische Bronchitis bei 0- bis 17-Jährigen im Rheinland und in Hamburg



Auftreten

Diagnose bei 3% /
Verdacht bei 3%

Diagnosen bei Jungen häufiger
als bei Mädchen



Belastungen

stark belastete Kinder
(32% bei Diagnose / 35% bei Verdacht)

stark belastete Eltern
(30% / 41%)



Sorgen

um das eigene Kind:

- vor dauerhafter Beeinträchtigung (39% / 51%)
- vor sozialer Benachteiligung (11% / 23%)
- vor Verschlimmerung der Erkrankung (49% / 51%)

um eigene Überforderung
(10% / 21%)

um Information und Unterstützung:

- 73% / 63% wissen, an wen sie sich wenden können
- 18% / 30% haben Bedenken, nicht ausreichend informiert zu sein
- 71% / 57% sind sicher, dass ihr Kind die bestmögliche Versorgung erhält



Wissen und Bedarfe

73% / 40% schätzen ihr Wissen über
Asthma/chronische Bronchitis als
hoch ein

39% / 32% geben hohen Informa-
tionsbedarf zu Asthma/chronischer
Bronchitis an

Themen mit höchstem Informa-
tions- und Unterstützungsbedarf:

- Auswahl von und Zugang zu spezifischen medizinischen und therapeutischen Behandlungen
 - Passende Angebote und Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung
 - Ursachen, Krankheitsverlauf, Behandlung und Therapie
- Erkrankung bei Kind diagnostiziert
● Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet

Auftreten von Asthma / chronischer Bronchitis



Drei Prozent der 0- bis 17-jährigen Kinder aus dem Rheinland und aus Hamburg haben laut den Aussagen der befragten Eltern diagnostiziertes Asthma/chronische Bronchitis (**s. Abb. 5.7.1**).

Bei weiteren drei Prozent vermuten die befragten Eltern, dass ihr Kind an Asthma/chronischer Bronchitis erkranken könnte oder bereits erkrankt ist. Das bedeutet, dass auf jedes Kind mit Diagnose knapp ein Kind mit Verdacht kommt.

Innerhalb dieser Studie berichten Eltern, deren Kind von Asthma/chronischer Bronchitis (vermutlich) betroffen ist, am häufigsten zusätzlich von chronischer Entzündung der Nasenschleimhaut oder des Rachens, Diabetes, Heuschnupfen

sowie Adipositas/starkem Übergewicht (**s. Tab. 12.1 im Anhang**).

Laut den Angaben der Eltern unterscheidet sich das Auftreten von Asthma/chronischer Bronchitis zwischen den Altersgruppen signifikant (**s. Abb. 5.7.2**): Kinder im Alter von 0 bis 2 Jahren haben seltener eine Diagnose (1%), Kinder im Alter von 14 bis 17 Jahren häufiger (6%). Vermutungen treten im Alter von 3 bis 6 Jahren besonders häufig auf (5%).

Über alle Altersgruppen hinweg berichten Eltern von Jungen signifikant häufiger von Diagnosen als die Eltern von Mädchen: Laut Elternangaben wurde bei vier Prozent der Jungen und drei Prozent der Mädchen Asthma/chronische Bronchitis diagnostiziert. Das Aufkommen von Vermutungen unterscheidet sich abhängig vom Geschlecht nicht signifikant.

Bezüglich des Auftretens von Asthma/chronischer Bronchitis zeigen sich folgende signifikante

regionale Unterschiede: In der Regionaldirektion Bergisches Land geben überdurchschnittlich viele Eltern an, dass bei ihrem Kind Asthma/chronische Bronchitis diagnostiziert wurde (5,5%), in der Regionaldirektion Oberbergisches Land wiederum unterdurchschnittlich viele (1,3%) (**s. Abb. 5.7.3.1**).

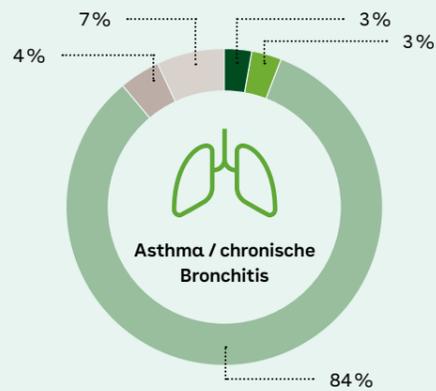
In der Regionaldirektion Niederrhein vermuten überdurchschnittlich viele Eltern (4,4%), dass ihr Kind an Asthma/chronischer Bronchitis erkranken könnte oder

bereits erkrankt ist (**s. Abb. 5.7.3.2**). In den anderen Regionaldirektionen unterscheiden sich die Angaben der Eltern hinsichtlich des Verdachts auf Asthma/chronische Bronchitis nicht signifikant vom Durchschnitt im Rheinland und in Hamburg.

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

Abb. 5.7.1: Auftreten von Asthma/chronischer Bronchitis

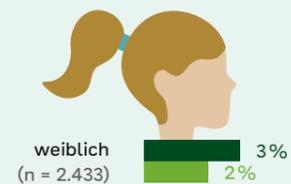
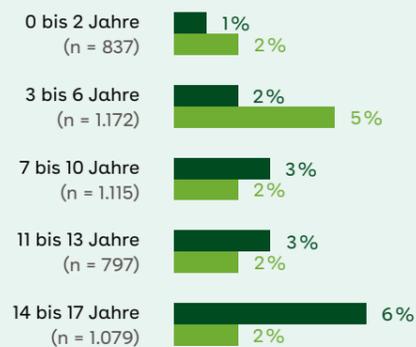
Basis: n = 5.000 (0- bis 17-jährige Kinder)



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

Abb. 5.7.2: Diagnostiziertes und vermutetes Asthma/chronische Bronchitis nach Alter und Geschlecht des Kindes

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder

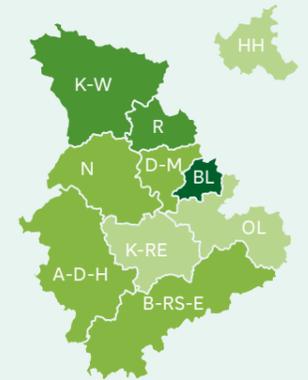


- Erkrankung bei Kind diagnostiziert
- Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet

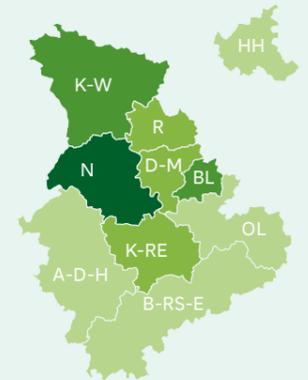
Abb. 5.7.3: Diagnostiziertes und vermutetes Asthma/chronische Bronchitis nach Regionaldirektion (RD)

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder

1) Dargestellt wird Antwortoption *Erkrankung bei Kind diagnostiziert*.



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



Exkurs

Asthma / chronische Bronchitis und akute Bronchitis

Innerhalb dieser Studie wurden neben chronischen Krankheiten auch akute Erkrankungen abgefragt. Dafür wurden die Eltern nach einer kurzen Erläuterung des Begriffs ‚akute Erkrankung‘ gefragt: „Zu welchen der folgenden akuten Themen waren Sie in den letzten zwölf Monaten mit Ihrem Kind beim Arzt? Bei welchen dieser Themen haben Sie in den letzten zwölf Monaten eine Erkrankung Ihres Kindes selbst festgestellt oder vermutet, waren aber nicht beim Arzt?“. 55 Prozent der Eltern, die Asthma/chronische Bronchitis als diagnostizierte chronische Erkrankung ihres Kindes angeben, berichten auch von einem akuten Arztbesuch wegen Bronchitis in den letzten zwölf Monaten. Von den Eltern, die vermuten, dass ihr Kind an Asthma/chronischer Bronchitis erkranken könnte oder bereits erkrankt ist, geben 49 Prozent an, dass in den letzten zwölf Monaten ein Arzt bzw. eine Ärztin wegen Bronchitis aufgesucht wurde. Liegt weder eine Diagnose noch ein Verdacht auf Asthma/chronische Bronchitis vor, ist der Anteil der akuten Arztbesuche wegen Bronchitis in den letzten zwölf Monaten mit 16 Prozent signifikant geringer (s. Abb. 5.7.4 auf Seite 118).

Im Gegensatz zur länger andauernden bzw. wiederkehrenden chronischen Form der Bronchitis handelt es sich bei akuter Bronchitis um eine vorübergehende Entzündung der Bronchien, die öfter auftritt. Im Alter von 3 bis 6 Jahren besuchen die Kinder am häufigsten aufgrund von akuter Bronchitis einen Arzt bzw. eine Ärztin. In diesem Alter vermuten die Eltern auch am häufigsten Asthma/chronische Bronchitis. Zudem sind von akuter Bronchitis wie auch von Asthma/chronischer Bronchitis Jungen etwas häufiger betroffen als Mädchen. Die Belastung durch akute Bronchitis fällt insgesamt etwas höher aus als die Belastung durch Asthma/chronische Bronchitis. Insbesondere in Fällen, bei denen aufgrund von akuter Bronchitis ein Arzt bzw. eine Ärztin aufgesucht wird, ist, verglichen mit Fällen ohne Arztbesuch, die Belastung von Kindern sowie Eltern höher und Eltern sorgen sich häufiger um eine Verschlimmerung der Erkrankung.

Akute Bronchitis bei 0- bis 17-Jährigen im Rheinland und in Hamburg



Erkrankung in den letzten 12 Monaten festgestellt/vermutet

18 % mit Arztbesuch /
8 % ohne Arztbesuch

Insbesondere mit jüngeren Kindern wurde deshalb Arzt aufgesucht (21% der 0- bis 2-Jährigen; 26% der 3- bis 6-Jährigen)

Arztbesuche mit Jungen häufiger als mit Mädchen



Belastungen

stark belastete Kinder
(56% mit Arztbesuch /
30% ohne Arztbesuch)

stark belastete Eltern
(55% / 40%)



Sorgen

um das eigene Kind:

- vor dauerhafter Beeinträchtigung (42% / 29%)
- vor sozialer Benachteiligung (9% / 8%)
- vor Verschlimmerung der Erkrankung (63% / 41%)

um eigene Überforderung
(16% / 23%)

um Information und Unterstützung:

- 86% / 80% wissen, an wen sie sich wenden können
- 25% / 36% haben Bedenken, nicht ausreichend informiert zu sein
- 78% / 71% sind sicher, dass ihr Kind die bestmögliche Versorgung erhält



Wissen und Bedarfe

65% / 56% schätzen ihr Wissen über akute Bronchitis als hoch ein

33% / 22% geben hohen Informationsbedarf zu akuter Bronchitis an

Themen mit höchstem Informations- und Unterstützungsbedarf:

- Auswahl von und Zugang zu spezifischen medizinischen und therapeutischen Behandlungen
- Möglichkeiten zur Behandlung oder Therapie ohne Arztbesuch, z. B. mit Hausmittel

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

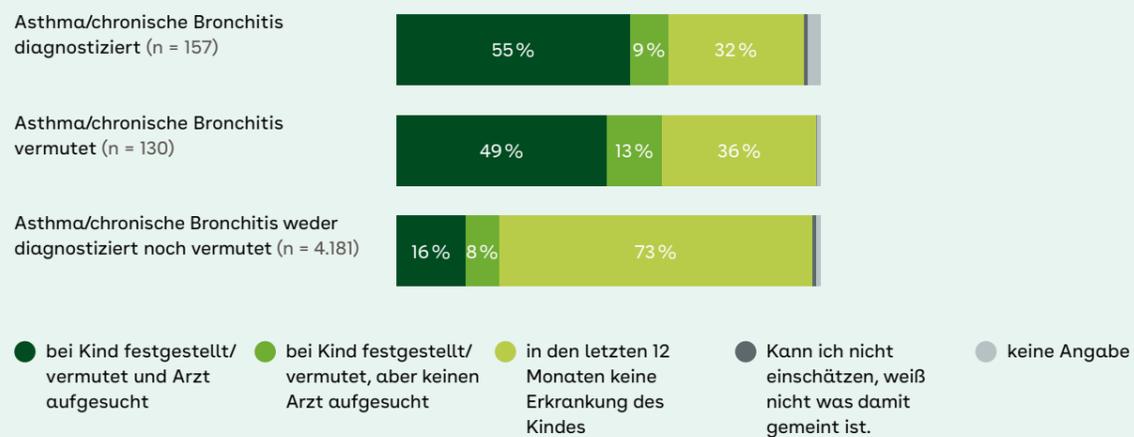
Wie auch bei Asthma/chronischer Bronchitis ist die Sorge um Verschlimmerung der Erkrankung des Kindes zudem insgesamt die häufigste Sorge, die Sorge um dauerhafte Beeinträchtigung steht an zweiter Stelle und Bedenken, nicht ausreichend

informiert zu sein, an dritter. Bei akuter Bronchitis wissen mehr Eltern als bei Asthma/chronischer Bronchitis, an wen bzw. wohin sie sich wenden können. Auch der subjektive Wissensstand der Eltern ist bezüglich akuter Bronchitis insgesamt etwas höher als

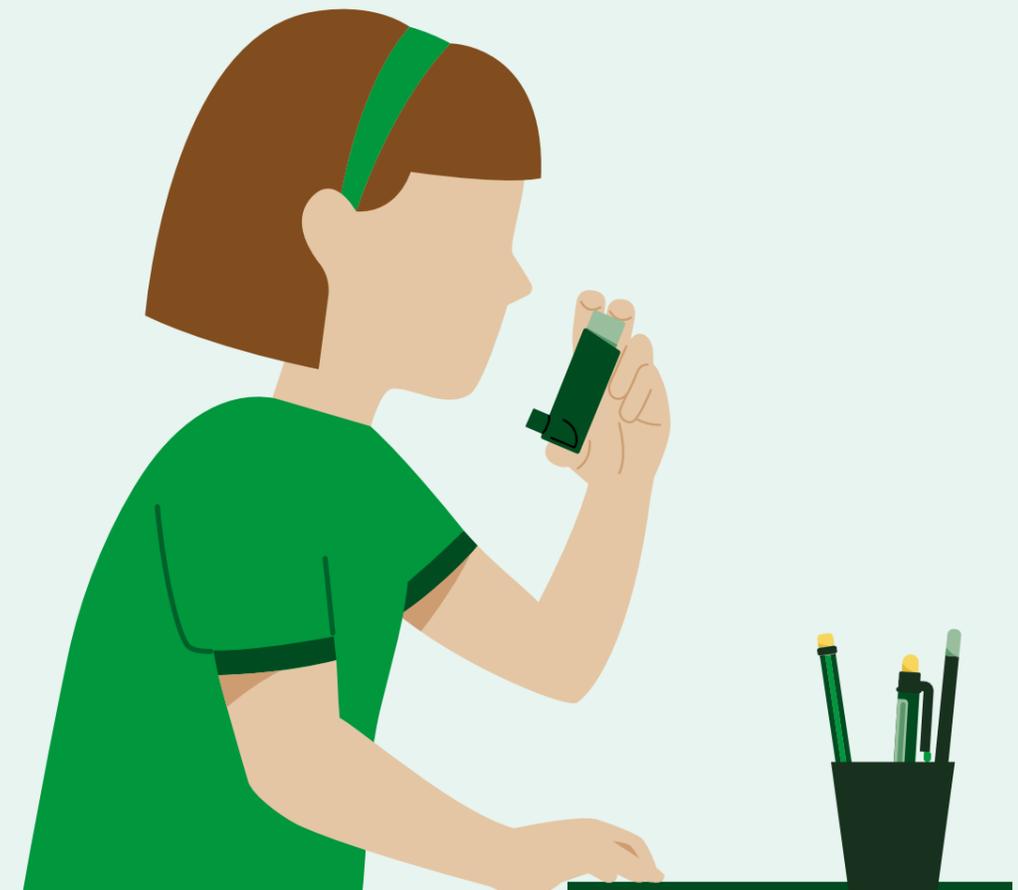
bei Asthma/chronischer Bronchitis, der subjektive Informationsbedarf ist etwas geringer und ein erwünschter Informations- und Unterstützungskanal ist besonders häufig die Kinderarztpraxis.

Abb. 5.7.4: Auftreten von akuter Bronchitis nach Auftreten von Asthma/chronischer Bronchitis

Angaben beziehen sich auf das Auftreten von akuter Bronchitis.
Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Frage: Kommen wir nun einmal zu zurückliegenden oder aktuellen akuten Erkrankungen Ihres Kindes. Akute Erkrankungen beginnen plötzlich, verschlimmern sich und spitzen sich zu einem Höhepunkt zu. Sie klingen von selbst ab und/oder sind in der Regel meist medizinisch behandelbar. Dabei hinterlassen sie wenig Komplikationen und nur in Ausnahmefällen chronische Folgen. Zu welchen der folgenden akuten Themen waren Sie in den letzten 12 Monaten mit Ihrem Kind beim Arzt? Bei welchen dieser Themen haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Erkrankung Ihres Kindes selbst festgestellt oder vermutet, waren aber nicht beim Arzt? Zu Arztbesuchen zählen Besuche beim Kinderarzt, Hausarzt, Facharzt oder auch im Krankenhaus. Bronchitis.



Belastung der Kinder und Eltern durch Asthma / chronische Bronchitis

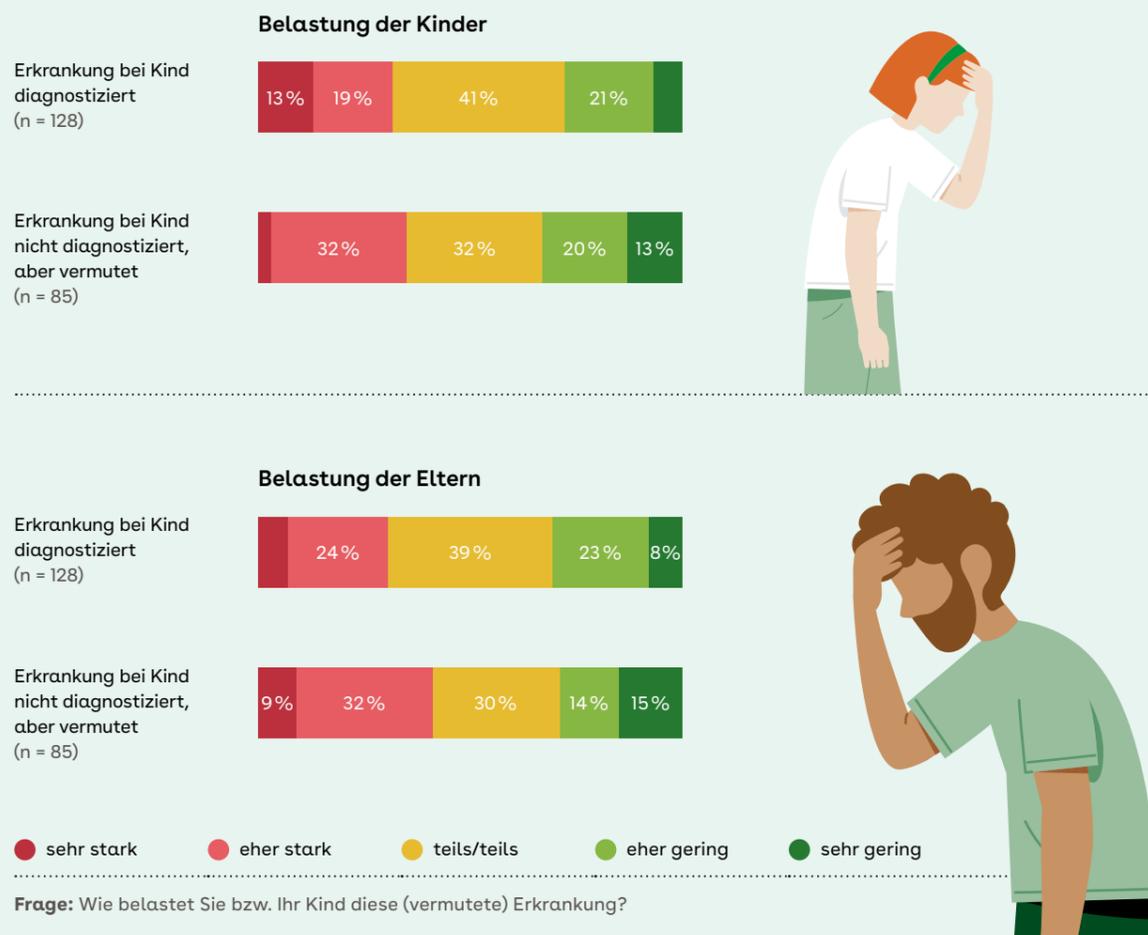


Anders als bei vielen anderen der abgefragten chronischen Erkrankungen, fällt die Belastung bei Asthma/chronischer Bronchitis im Fall einer Diagnose nicht höher aus, als im Fall einer Vermutung: Laut Elternaussagen ist knapp ein Drittel (32%) der Kinder mit Diagnose und gut ein Drittel (35%) der Kinder mit vermutetem Asthma/

chronischer Bronchitis *eher* bzw. *sehr stark* belastet (**s. Abb. 5.7.5**). Der Anteil an *eher* bzw. *sehr stark* belasteten Eltern liegt bei diagnostiziertem Asthma/chronischer Bronchitis bei 30 Prozent und bei einer Vermutung bei 41 Prozent.

Abb. 5.7.5: Belastung von Eltern und Kindern durch diagnostiziertes oder vermutetes Asthma/chronische Bronchitis der Kinder

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Sorgen durch Asthma / chronische Bronchitis



Zu den häufigsten Sorgen von Eltern bezüglich Asthma/chronischer Bronchitis gehören die Angst vor dauerhafter Beeinträchtigung des Kindes (39% bei Diagnose, 51% bei Verdacht, Unterschied 12% signifikant) sowie die Angst vor Verschlimmerung der Erkrankung (49% bei Diagnose, 51% bei Verdacht).

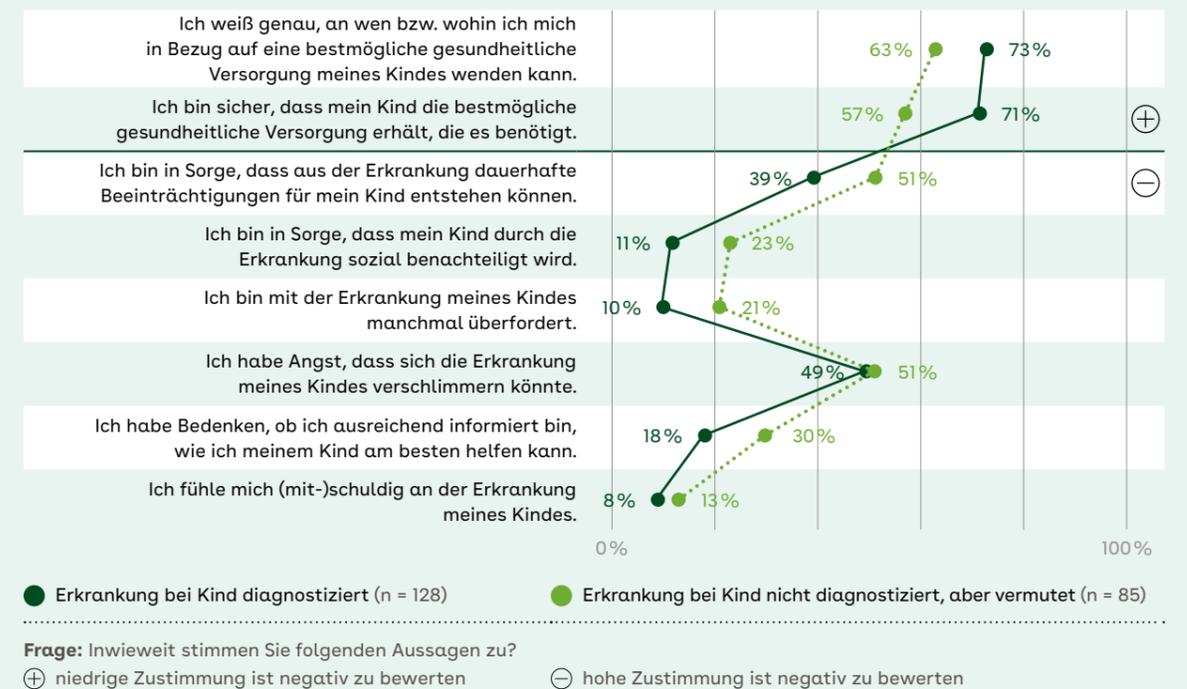
Insbesondere bei einem Verdacht berichten zudem einige Eltern von Bedenken, nicht ausreichend informiert zu sein (18% bei Diagnose, 30% bei Verdacht). Passend dazu sind beim Vorliegen eines Verdachts auch etwas weniger Eltern sicher, dass ihr Kind die bestmögliche Versorgung erhält (71% bei Diagnose, 57% bei Verdacht, Unterschied 14%). Im Vergleich zu den anderen

abgefragten Erkrankungen sind sich aber verhältnismäßig viele Eltern sicher, dass ihr Kind eine gute gesundheitliche Versorgung erhält und der Großteil weiß, an wen man sich bezüglich gesundheitlicher Versorgung wenden kann (73% bei Diagnose, 63% bei Verdacht).

Verglichen mit den anderen abgefragten Erkrankungen fallen die weiteren abgefragten Sorgen bezüglich Asthma/chronischer Bronchitis eher gering aus – dennoch berichtet beispielsweise ca. eines von zehn Elternteilen beim Vorliegen einer Diagnose und berichtet ca. zwei von zehn Elternteilen beim Vorliegen eines Verdachts von eigener Überforderung (10% bei Diagnose, 21% bei Verdacht).

Abb. 5.7.6: Sorgen der Eltern von Kindern mit diagnostiziertem oder vermutetem Asthma/chronischer Bronchitis

Dargestellt werden Antwortoptionen *stimme voll und ganz zu* + *stimme eher zu*. Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Subjektiver Wissensstand sowie Informations- und Unterstützungsbedarfe zu Asthma / chronischer Bronchitis



Abhängig davon, ob das eigene Kind betroffen ist oder nicht, unterscheidet sich der subjektive Wissensstand der Eltern über Asthma/chronische Bronchitis signifikant (**s. Abb. 5.7.7**): Etwas mehr als drei Viertel (73%) der Eltern von Kindern mit Diagnose schätzen ihr Wissen über Asthma/chronische Bronchitis als *eher* bzw. *sehr hoch* ein. Bei Eltern von Kindern mit Verdacht beträgt dieser Anteil lediglich 40 Prozent.

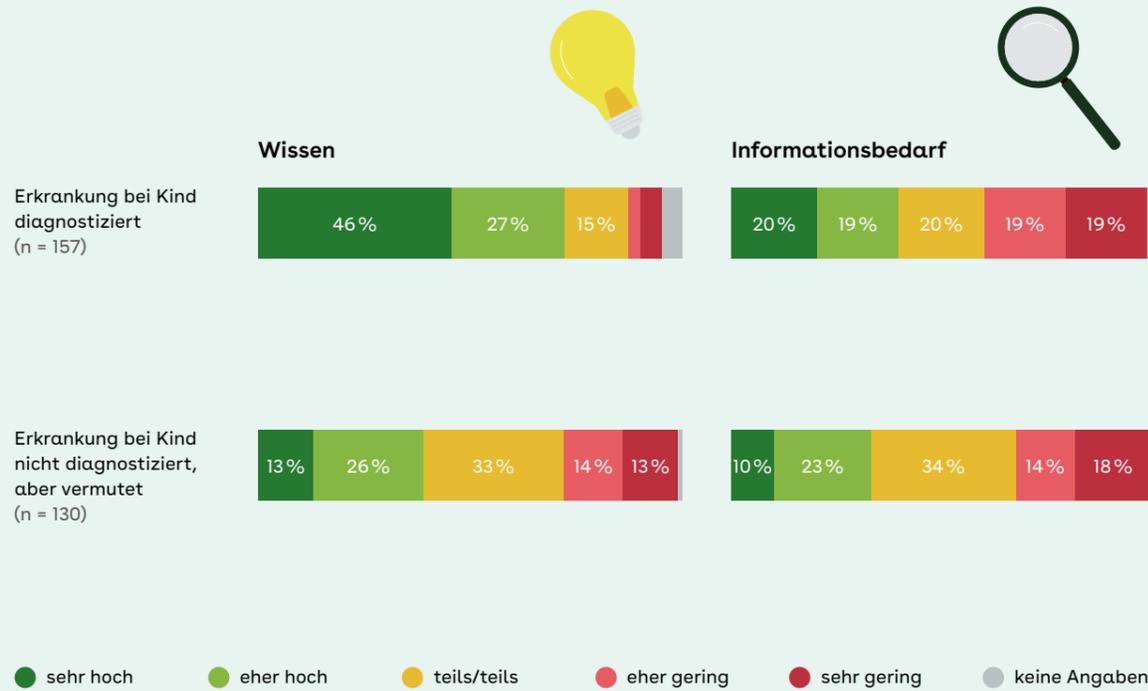
Der subjektive Informationsbedarf variiert dagegen nicht signifikant: Wenn eine Diagnose beim eigenen Kind bereits vorliegt, sehen 39 Prozent die *eher* bzw. *sehr hohe* Notwendigkeit, sich mehr oder besser zu informieren. Von den Eltern, die vermuten, dass ihr Kind an Asthma/chronischer Bronchitis erkranken könnte oder bereits erkrankt ist, berichten 32 Prozent einen *eher* bzw. *sehr hohen* subjektiven Informationsbedarf.

Eltern von Kindern mit Verdacht geben ähnlich hohe Informations- und Unterstützungsbedarfe an wie Eltern von Kindern mit Diagnose (**s. Abb. 5.7.8**). Alle betroffenen Eltern wünschen sich vorrangig Informations- und Unterstützungsangebote zu folgenden drei Themen: Auswahl von und Zugang zu spezifischen medizinischen und therapeutischen Behandlungen (37% bei Diagnose, 45% bei Verdacht), passende Angebote und Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung (32% bei Diagnose, 42% bei Verdacht) sowie Ursachen, Krankheitsverlauf, Behandlung und Therapie (32% bei Diagnose, 41% bei Verdacht).

passende Angebote und Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung (32% bei Diagnose, 42% bei Verdacht) sowie Ursachen, Krankheitsverlauf, Behandlung und Therapie (32% bei Diagnose, 41% bei Verdacht).

Abb. 5.7.7: Wissen und Informationsbedarf der Eltern von Kindern mit diagnostiziertem oder vermutetem Asthma/chronischer Bronchitis

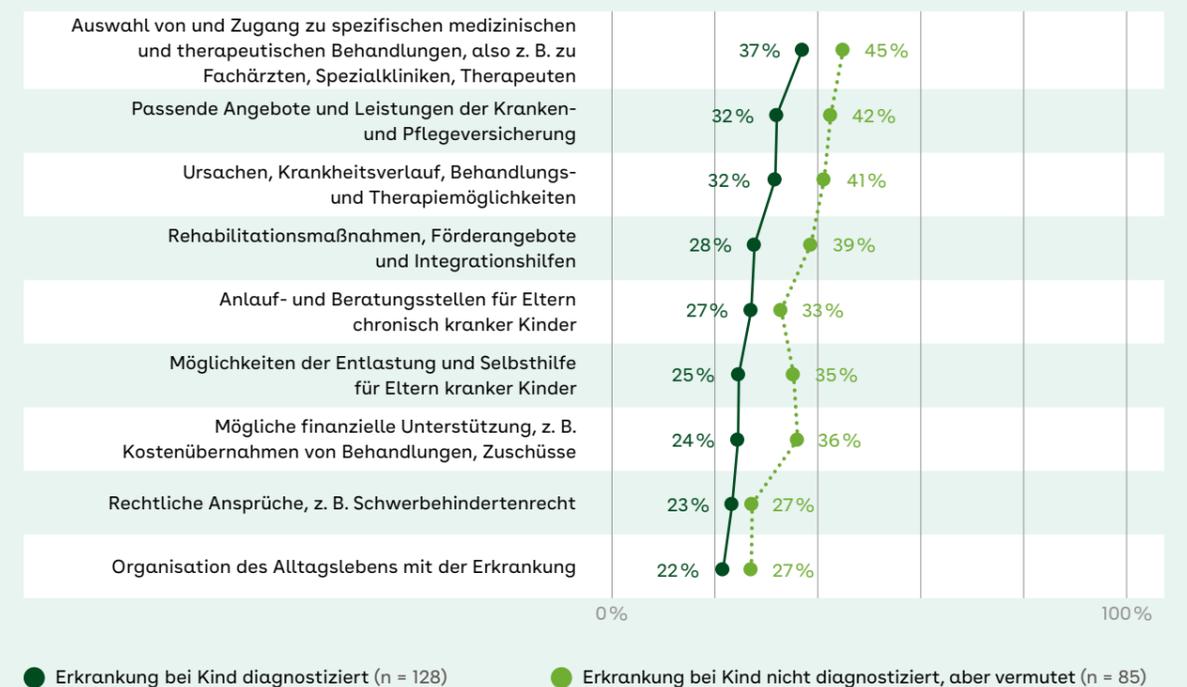
Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wie hoch schätzen Sie Ihren persönlichen Wissensstand bezüglich dieser Themen ein? / Wie hoch schätzen Sie Ihren persönlichen Bedarf ein, zu diesen Themen der Kindergesundheit mehr oder besser informiert zu sein?

Abb. 5.7.8: Informations- und Unterstützungsbedarfe der Eltern von Kindern mit diagnostiziertem oder vermutetem Asthma/chronischer Bronchitis

Dargestellt werden Antwortoptionen *sehr stark* + *eher stark*. Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wie stark schätzen Sie Ihren Informations- oder Unterstützungsbedarf zu folgenden Themen ein?

Die Kanäle, über die sich betroffene Eltern Informationen und Unterstützung wünschen (s. **Abb. 5.7.9**), sind vorrangig die folgenden: Von Kinderärztinnen und Kinderärzten wünschen sich

mit 64 Prozent bei Diagnose und 78 Prozent bei einem Verdacht die meisten Eltern Informationen und Unterstützung. Der am zweit häufigsten erwünschte Informationskanal ist die Fach-

ärztin bzw. der Facharzt (60% bei Diagnose, 63% bei Verdacht). An dritter Stelle liegen Angebote der Krankenkasse, insbesondere Apps und Internetangebote.

Abb. 5.7.9: Gewünschte Kanäle für Informations- und Unterstützungsangebote der Eltern von Kindern mit diagnostiziertem oder vermutetem Asthma/chronischer Bronchitis

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wo sollten Ihnen Informations- oder Unterstützungsangebote speziell zu dieser Erkrankung Ihres Kindes unterbreitet werden? (Mehrfachauswahl möglich).



Fazit: Drei Prozent der 0- bis 17-jährigen Kinder haben laut den Aussagen der befragten Eltern diagnostiziertes Asthma/chronische Bronchitis, darüber hinaus lassen sich drei weitere Prozent an Verdachtsfällen identifizieren.

Sowohl bei einem Verdacht als auch bei einer Diagnose berichten die Eltern häufig von einer mittleren Belastung für sich und ihr Kind. Im Gegensatz zu vielen anderen abgefragten Erkrankungen wird die Belastung bei vermutetem Asthma/chronischer Bronchitis höher eingeschätzt als im Fall einer Diagnose.

Es zeigt sich zudem eine eher moderate Sorgenlast der Eltern. Präsent sind am ehesten Sorgen um eine Verschlimmerung der Erkrankung und um eine dauerhafte Beeinträchtigung des Kindes. Auch hier berichten Eltern von Kindern mit vermutetem Asthma/chronischer Bronchitis häufiger Sorgen als Eltern von diagnostizierten Kindern. Sie geben insbesondere häufiger an, dass sie sich manchmal überfordert fühlen, dass sie Bedenken haben, nicht ausreichend informiert zu sein, und dass sie sich Sorgen um eine soziale Benachteiligung ihres Kindes machen.

Kapitel 5: Chronische Erkrankungen

8. Neurodermitis / Dermatitis



Bei Dermatitis kommt es zu Entzündungen der Haut. Ausprägungen sowie Ursachen sind divers (ICD-10), entsprechend umfasst der Begriff eine große Anzahl von Erkrankungen dieser Art. Zu diesen zählt auch die weit verbreitete Neurodermitis (atopische Dermatitis), eine nicht ansteckende Hauterkrankung mit den typischen Symptomen Hautausschlag und starkem Juckreiz (IQWiG, 2021b).

Daher soll im Folgenden die Neurodermitis stellvertretend für unterschiedliche Formen von Hautentzündungen genauer vorgestellt werden. Neurodermitis ist die häufigste Nennung der Eltern auf die Frage, welche Diagnose bezüglich Neurodermitis/Dermatitis ihrem Kind genau gestellt wurde bzw. welche Diagnose vermutet wird. Die Erkrankung verläuft in Schüben (IQWiG, 2021b): Bei akutem Ausschlag ist die Haut gerötet, juckt stark und kann Bläschen bilden und nässen. Im weiteren Verlauf wird die Haut trocken und kann sich schuppen. Im Laufe der Zeit kann die Haut dicker, rauer und rissig werden. Auslöser ist, dass bei Betroffenen die Hornschicht der Haut aufgrund von Entzündungen ihre Schutzfunktion nicht richtig erfüllt. Die Ursachen von Neurodermitis sind vielschichtig und nicht eindeutig geklärt (BZgA, 2019b). Bei einer allergisch bedingten Neurodermitis reagiert das Immunsystem auf Allergene und bildet Antikörper, die eine Entzündung der Haut auslösen. Beschwerden sind dann oft stärker und es treten häufig auch Heuschnupfen (s. Kapitel 5.6) und allergisches Asthma

(s. Kapitel 5.7) auf (IQWiG, 2021b). Das Auftreten von Neurodermitis ist größtenteils genetisch bedingt und beginnt meistens in den ersten beiden Lebensjahren (IQWiG, 2021b). Wenn die Erkrankung bereits im ersten Lebensjahr auftritt, wächst sie sich oft relativ schnell aus (IQWiG, 2021b). Entwickeln Kinder im Alter von zwei bis fünf Jahren Neurodermitis, hält die Erkrankung oft länger an (IQWiG, 2021b). Die Belastung durch Neurodermitis wird häufig unterschätzt (IQWiG, 2021b): Der starke Juckreiz kann Schlaf und Konzentration maßgeblich beeinträchtigen und für viele Eltern und Kinder ist zudem belastend, wie andere auf die Erkrankung reagieren – Kleinkinder können bspw. gehänselt werden und Jugendliche sich schämen (IQWiG, 2021b; BZgA, 2019b). Internationaler Forschung zufolge erlebt die Mehrheit der betroffenen Kinder solche Stigmatisierungen, diese Erfahrungen wiederum haben einen starken Einfluss auf deren Lebensqualität (Paller et al., 2024). Da Kinder jeden Alters betroffen sein können, wird im folgenden Kapitel über die 0- bis 17-Jährigen berichtet.

Neurodermitis / Dermatitis bei 0- bis 17-Jährigen im Rheinland und in Hamburg



Auftreten

Diagnose bei 5% /
Verdacht bei 4%

insbesondere jüngere
Kinder betroffen



Belastungen

stark belastete Kinder
(31% bei Diagnose / 21% bei Verdacht)

stark belastete Eltern
(31% / 23%)



Sorgen

um das eigene Kind:

- vor dauerhafter Beeinträchtigung (44% / 32%)
- vor sozialer Benachteiligung (25% / 23%)
- vor Verschlimmerung der Erkrankung (57% / 48%)

um eigene Überforderung
(19% / 15%)

um Information und Unterstützung:

- 65% / 58% wissen, an wen sie sich wenden können
- 26% / 34% haben Bedenken, nicht ausreichend informiert zu sein
- 57% / 54% sind sicher, dass ihr Kind die bestmögliche Versorgung erhält



Wissen und Bedarfe

72% / 38% schätzen ihr Wissen über Neurodermitis/Dermatitis als hoch ein

47% / 31% geben hohen Informationsbedarf zu Neurodermitis/Dermatitis an

Themen mit höchstem Informations- und Unterstützungsbedarf:

- Auswahl von und Zugang zu spezifischen medizinischen und therapeutischen Behandlungen
- Ursachen, Krankheitsverlauf, Behandlung und Therapie

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

Auftreten von Neurodermitis / Dermatitis



Fünf Prozent der 0- bis 17-jährigen Kinder aus dem Rheinland und aus Hamburg haben laut den Aussagen der befragten Eltern diagnostizierte Neurodermitis/Dermatitis (**s. Abb. 5.8.1**). Bei weiteren vier Prozent vermuten die befragten Eltern, dass ihr Kind an Neurodermitis/Dermatitis erkrankt könnte oder bereits erkrankt ist. Das bedeutet, dass auf jedes Kind mit Diagnose knapp ein Kind mit Verdacht auf Neurodermitis/Dermatitis kommt.

Innerhalb dieser Studie berichten Eltern, deren Kind (vermutlich) von Neurodermitis/Dermatitis betroffen ist, am häufigsten zusätzlich von Akne/chronischen Hautausschlägen sowie von Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten (s. Tab. 12.1 im Anhang).

Laut den Angaben der Eltern unterscheidet sich das Auftreten von Neurodermitis/Dermatitis zwischen den Altersgruppen signifikant (**s. Abb. 5.8.2**):

Insbesondere bei jüngeren Kindern liegen Diagnosen vor (0- bis 2-Jährige: 7%; 3- bis 6-Jährige: 6%; 7- bis 10-Jährige: 6% vs. 11- bis 13-Jährige: 3%; 14- bis 17-Jährige: 4%). Auch von einem Verdacht auf Neurodermitis/Dermatitis sind eher die Jüngeren betroffen (0- bis 2-Jährige: 5%; 3- bis 6-Jährige: 6% vs. 7- bis 10-Jährige: 3% vs. 11- bis 13-Jährige: 4%; 14- bis 17-Jährige: 3%).

Über alle Altersgruppen hinweg berichten Eltern von Jungen und

Eltern von Mädchen ähnlich häufig von Diagnosen und von Verdacht auf Neurodermitis/Dermatitis.

Bezüglich des Auftretens von Neurodermitis/Dermatitis zeigen sich folgende signifikante regionale Unterschiede: In der Regionaldirektion Bonn – Rhein-Sieg-Kreis – Euskirchen geben unterdurchschnittlich viele Eltern an, dass ihr Kind eine Diagnose hat (2,9%). Die anderen Regionaldirektionen weichen nicht signifikant

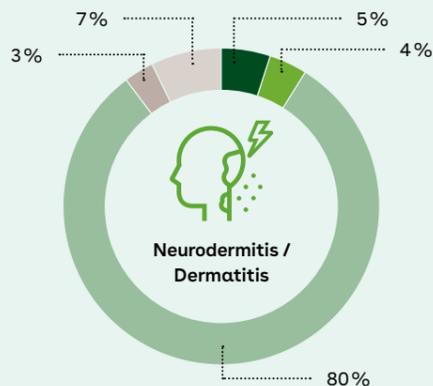
vom durchschnittlichen Auftreten von Diagnosen im Rheinland und in Hamburg ab (**s. Abb. 5.8.3.1**).

In der Regionaldirektion Kleve – Wesel vermuten überdurchschnittlich viele Eltern (8,1%), dass ihr Kind an Neurodermitis/Dermatitis erkrankt könnte oder bereits erkrankt ist (**s. Abb. 5.8.3.2**). Die anderen Regionaldirektionen unterscheiden sich nicht signifikant von den durchschnittlichen Angaben zu Kindern mit Verdacht im Rheinland und in Hamburg.

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

Abb. 5.8.1: Auftreten von Neurodermitis/Dermatitis

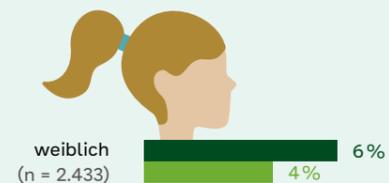
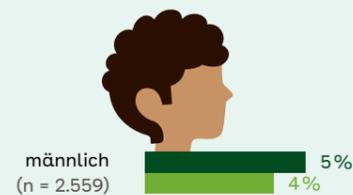
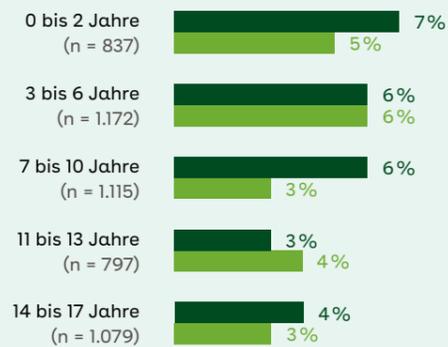
Basis: n = 5.000 (0- bis 17-jährige Kinder)



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

Abb. 5.8.2: Diagnostizierte und vermutete Neurodermitis/Dermatitis nach Alter und Geschlecht des Kindes

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder

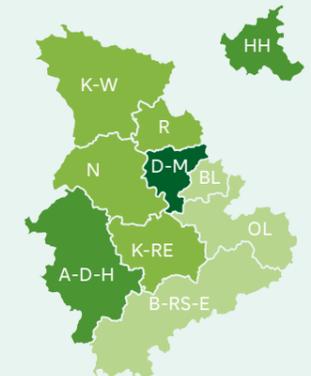


- Erkrankung bei Kind diagnostiziert
- Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet

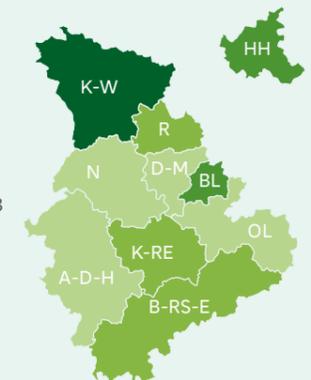
Abb. 5.8.3: Diagnostizierte und vermutete Neurodermitis/Dermatitis nach Regionaldirektion (RD)

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder

1) Dargestellt wird Antwortoption *Erkrankung bei Kind diagnostiziert*.



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





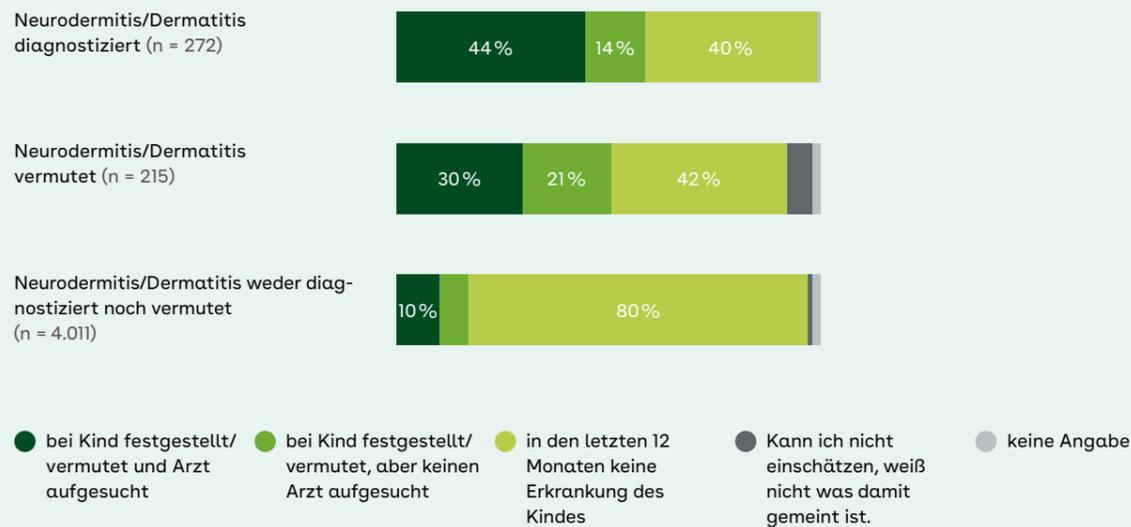
Neurodermitis / Dermatitis und akuter Hautausschlag / Ekzem

Innerhalb dieser Studie wurden neben chronischen Krankheiten auch akute Erkrankungen abgefragt. Dafür wurden die Eltern nach einer kurzen Erläuterung des Begriffs ‚akute Erkrankung‘ gefragt: „Zu welchen der folgenden akuten Themen waren Sie in den letzten zwölf Monaten mit Ihrem Kind beim Arzt? Bei welchen dieser Themen haben Sie in den letzten zwölf Monaten eine Erkrankung Ihres Kindes selbst festgestellt oder vermutet, waren aber nicht beim Arzt?“. 44 Prozent der Eltern, die Neurodermitis/Dermatitis als diagnostizierte chronische Erkrankung ihres Kindes angeben, berichten auch von einem akuten

Arztbesuch aufgrund eines Hautausschlags/Ekzems in den letzten zwölf Monaten (**s. Abb. 5.8.4**). Von den Eltern, die vermuten, dass ihr Kind an Neurodermitis/Dermatitis erkrankt ist, geben 30 Prozent an, dass in den letzten zwölf Monaten ein Arzt bzw. eine Ärztin aufgrund von einem Hautausschlag/Ekzem aufgesucht wurde. Liegt weder eine Diagnose noch ein Verdacht auf Neurodermitis/Dermatitis vor, ist der Anteil der akuten Arztbesuche aufgrund von Hautausschlag/Ekzem in den letzten zwölf Monaten mit 10 Prozent signifikant geringer.

Abb. 5.8.4: Auftreten von Hautausschlag/Ekzem nach Auftreten von Neurodermitis/Dermatitis

Angaben beziehen sich auf das Auftreten von Hautausschlag/Ekzem.
Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Frage: Kommen wir nun einmal zu zurückliegenden oder aktuellen akuten Erkrankungen Ihres Kindes. Akute Erkrankungen beginnen plötzlich, verschlimmern sich und spitzen sich zu einem Höhepunkt zu. Sie klingen von selbst ab und/oder sind in der Regel meist medizinisch behandelbar. Dabei hinterlassen sie wenig Komplikationen und nur in Ausnahmefällen chronische Folgen. Zu welchen der folgenden akuten Themen waren Sie in den letzten 12 Monaten mit Ihrem Kind beim Arzt? Bei welchen dieser Themen haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Erkrankung Ihres Kindes selbst festgestellt oder vermutet, waren aber nicht beim Arzt? Zu Arztbesuchen zählen Besuche beim Kinderarzt, Hausarzt, Facharzt oder auch im Krankenhaus. Hautausschlag/Ekzem.

Akuter Hautausschlag / Ekzem bei 0- bis 17-Jährigen im Rheinland und in Hamburg



Erkrankung in den letzten 12 Monaten festgestellt/vermutet

13% mit Arztbesuch / 8% ohne Arztbesuch

Insbesondere mit jüngeren Kindern wurde deshalb Arzt aufgesucht (20% der 0- bis 2-Jährigen; 16% der 3- bis 6-Jährigen)

Arztbesuche mit Mädchen häufiger als mit Jungen



Belastungen

stark belastete Kinder (34% mit Arztbesuch / 18% ohne Arztbesuch)

stark belastete Eltern (32% / 20%)



Sorgen

um das eigene Kind:

- vor dauerhafter Beeinträchtigung (35% / 26%)
- vor sozialer Benachteiligung (15% / 15%)
- vor Verschlimmerung der Erkrankung (59% / 39%)

um eigene Überforderung (18% / 19%)

um Information und Unterstützung:

- 70% / 63% wissen, an wen sie sich wenden können
- 35% / 24% haben Bedenken, nicht ausreichend informiert zu sein
- 67% / 60% sind sicher, dass ihr Kind die bestmögliche Versorgung erhält



Wissen und Bedarfe

46% / 42% schätzen ihr Wissen über akute Hautausschläge/Ekzeme als hoch ein

39% / 29% geben hohen Informationsbedarf zu akutem Hautausschlag/Ekzem an

Themen mit höchstem Informations- und Unterstützungsbedarf:

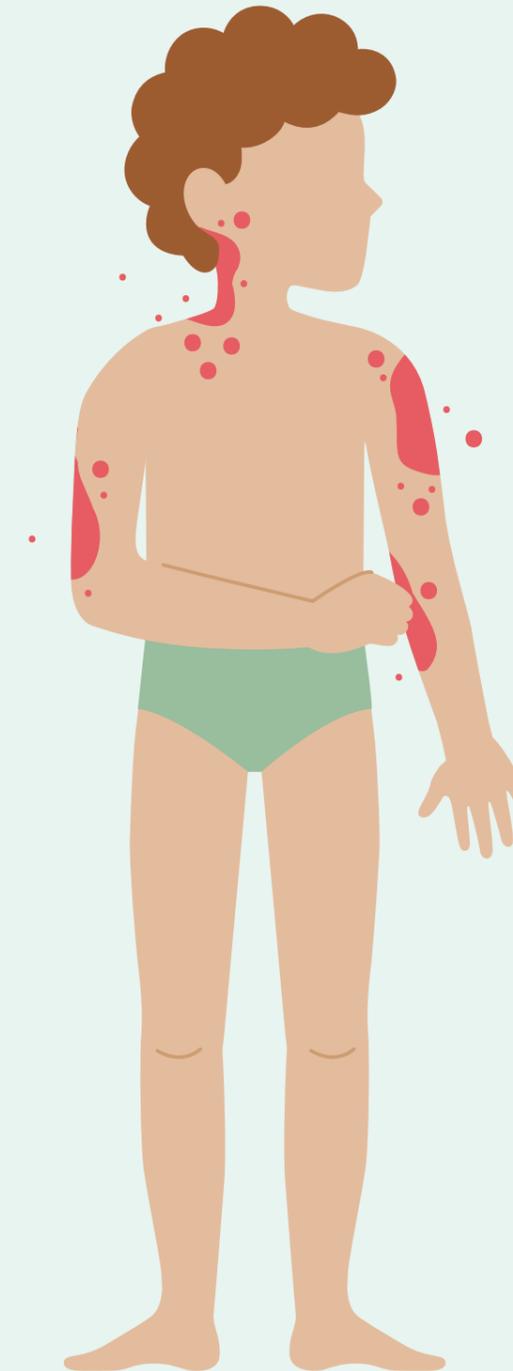
- Auswahl von und Zugang zu spezifischen medizinischen und therapeutischen Behandlungen

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

Ekzeme können beispielsweise aufgrund von Kontakt zu reizenden Stoffen akut auftreten (ICD-10) und Krankheiten wie Scharlach, Masern, Windpocken und Ringelröteln führen zu akutem Hautausschlag (BZgA, 2018).

Etwa zwei von zehn Kindern und Jugendlichen sind laut Aussage der Eltern in den letzten zwölf Monaten von Hautausschlägen/Ekzemen betroffen gewesen. Bei Kindern im Alter von 0 bis 2 Jahren wird deshalb am häufigsten akut ein Arzt bzw. eine Ärztin aufgesucht. In diesem Alter treten auch Diagnosen von Neurodermitis/Dermatitis am häufigsten auf. Die Belastung durch akute Hautausschläge/Ekzeme ist in etwa vergleichbar mit der Belastung durch Neurodermitis/Dermatitis. Wie auch bei Neurodermitis/

Dermatitis ist die Sorge um Verschlimmerung der Erkrankung des Kindes insgesamt die häufigste Sorge. Während die Sorgen um dauerhafte Beeinträchtigung des Kindes sowie soziale Benachteiligung bei akutem Hautausschlag/Ekzem etwas geringer ausfallen, sind Bedenken, nicht ausreichend informiert zu sein, etwas ausgeprägter. Bei akuten Hautausschlägen/Ekzemen wissen zudem etwas mehr Eltern als bei Neurodermitis/Dermatitis, an wen bzw. wohin sie sich wenden können und etwas mehr Eltern sind sicher, dass ihr Kind die bestmögliche Versorgung erhält. Die Kinderarztpraxis wird bezüglich akutem Hautausschlag/Ekzem am häufigsten als erwünschter Informations- und Unterstützungskanal genannt.



Belastung der Kinder und Eltern durch Neurodermitis / Dermatitis

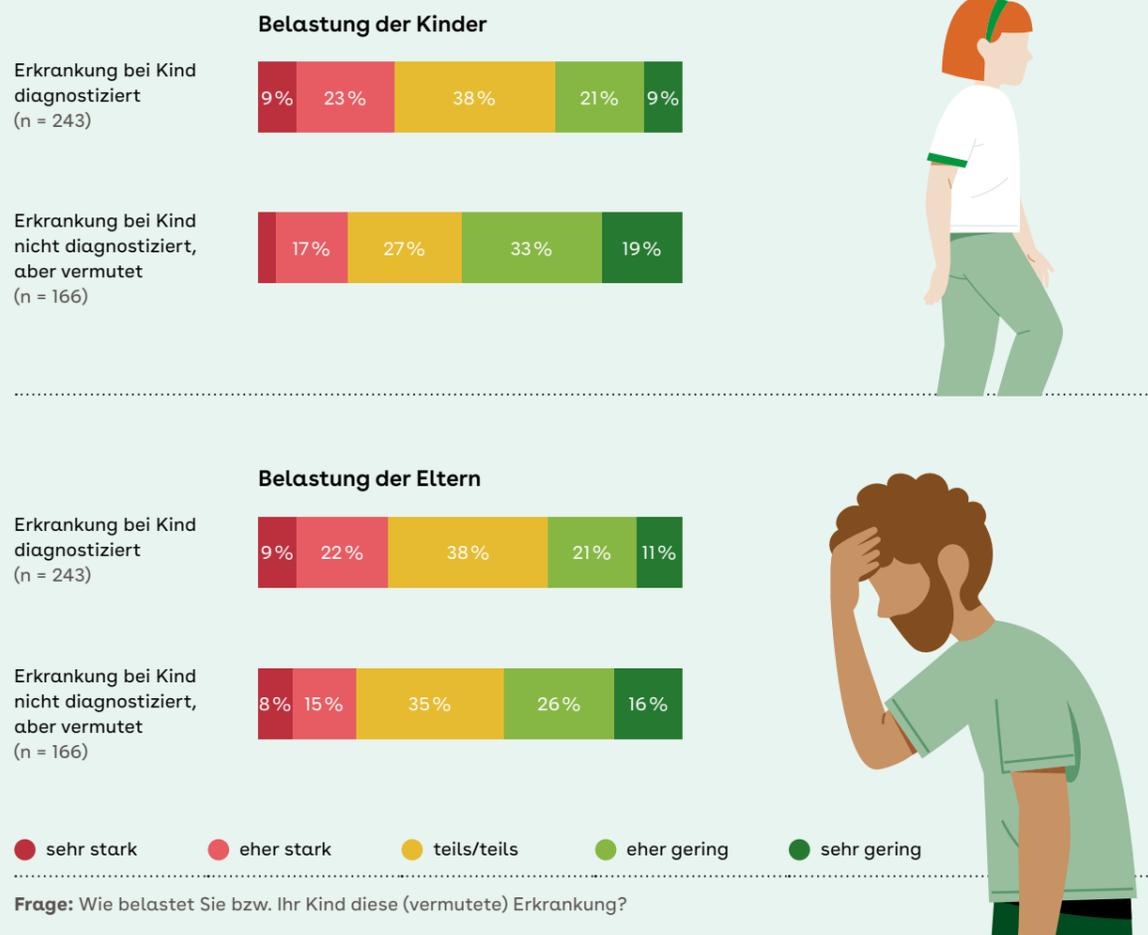


Laut Elternaussagen sind 31 Prozent der Kinder mit Diagnose und 21 Prozent der Kinder mit vermuteter Neurodermitis/Dermatitis *eher* bzw. *sehr stark* belastet (s. Abb. 5.8.5). Die eigene Belastung durch die Neurodermitis/Dermatitis des Kindes schätzen die Eltern als ähnlich hoch ein: Der Anteil an *eher* bzw.

sehr stark belasteten Eltern liegt bei diagnostizierter Neurodermitis/Dermatitis ebenfalls bei 31 Prozent und bei vermuteter Neurodermitis/Dermatitis bei 23 Prozent.

Abb. 5.8.5: Belastung von Kindern und Eltern durch diagnostizierte oder vermutete Neurodermitis/Dermatitis der Kinder

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Sorgen durch Neurodermitis / Dermatitis



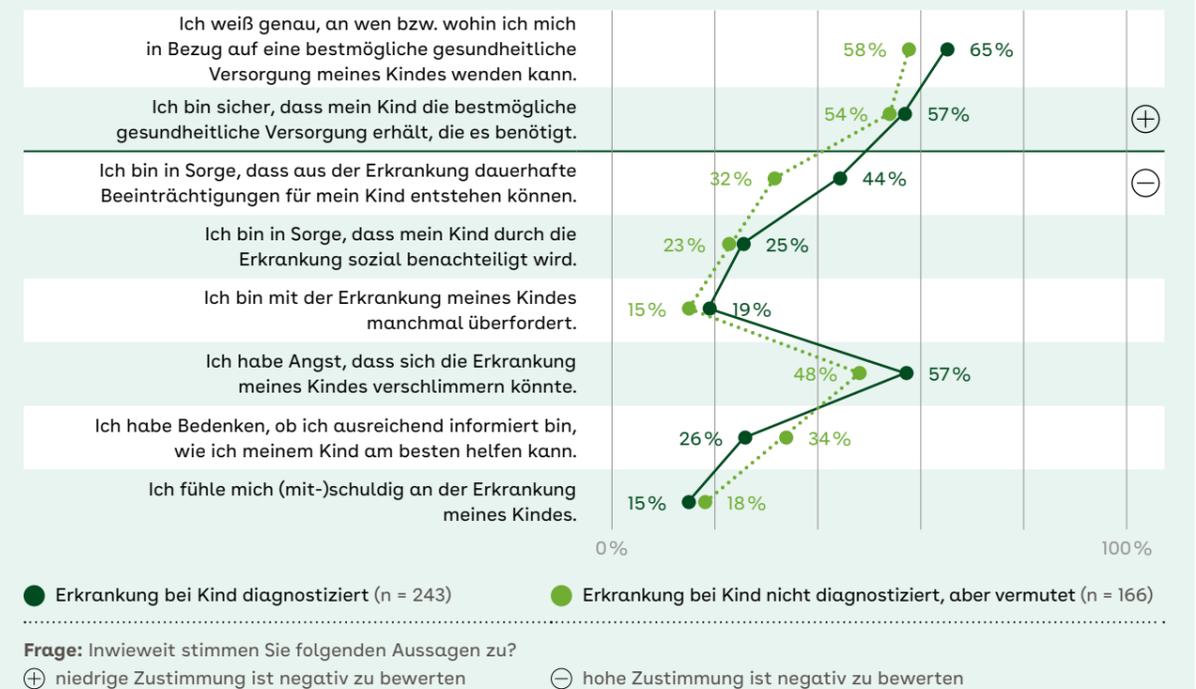
Eltern von Kindern mit Diagnose stimmen der Aussage, sich um eine dauerhafte Beeinträchtigung ihres Kindes zu sorgen, häufiger *eher* bzw. *voll und ganz* zu, als Eltern von Kindern mit Verdacht auf Neurodermitis/Dermatitis (44% bei Diagnose, 32% bei Verdacht) (s. Abb. 5.8.6). Zudem sorgen sich viele Eltern um eine Verschlimmerung der Erkrankung (57% bei Diagnose, 48% bei Verdacht). Bedenken, nicht ausreichend informiert zu sein, treten im Fall einer Diagnose bei 26 Prozent und bei einem Verdacht bei 34 Prozent der Eltern auf. Der Sorge um soziale Benachteiligung stimmen bei einer Diagnose 25 Prozent und bei einem Verdacht 23 Prozent der

Eltern *eher* bzw. *voll und ganz* zu. Gefühle von gelegentlicher eigener Überforderung (19% bei Diagnose, 15% bei Verdacht) sowie von (Mit-) Schuld an der Erkrankung des Kindes (15% bei Diagnose, 18% bei Verdacht) geben ein bis zwei von zehn Eltern an.

Im Vergleich zu den anderen abgefragten Erkrankungen sind sich die Eltern etwas häufiger sicher, dass ihr Kind die bestmögliche gesundheitliche Versorgung erhält (57% bei Diagnose, 54% bei Verdacht), und immerhin über die Hälfte weiß, an wen man sich bezüglich der gesundheitlichen Versorgung des eigenen Kindes wenden kann (65% bei Diagnose, 58% bei Verdacht).

Abb. 5.8.6: Sorgen der Eltern von Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter Neurodermitis/Dermatitis

Dargestellt werden Antwortoptionen *stimme voll und ganz zu* + *stimme eher zu*. Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Subjektiver Wissensstand sowie Informations- und Unterstützungsbedarfe zu Neurodermitis / Dermatitis



Abhängig davon, ob das eigene Kind betroffen ist oder nicht, unterscheidet sich der subjektive Wissensstand der Eltern über Neurodermitis/Dermatitis signifikant (**s. Abb. 5.8.7**): 72 Prozent der Eltern von Kindern mit Diagnose schätzen ihr Wissen über Neurodermitis/Dermatitis als *eher* bzw. *sehr hoch* ein. Bei Eltern von Kindern mit Verdacht auf Neurodermitis/Dermatitis beträgt dieser Anteil lediglich 38 Prozent.

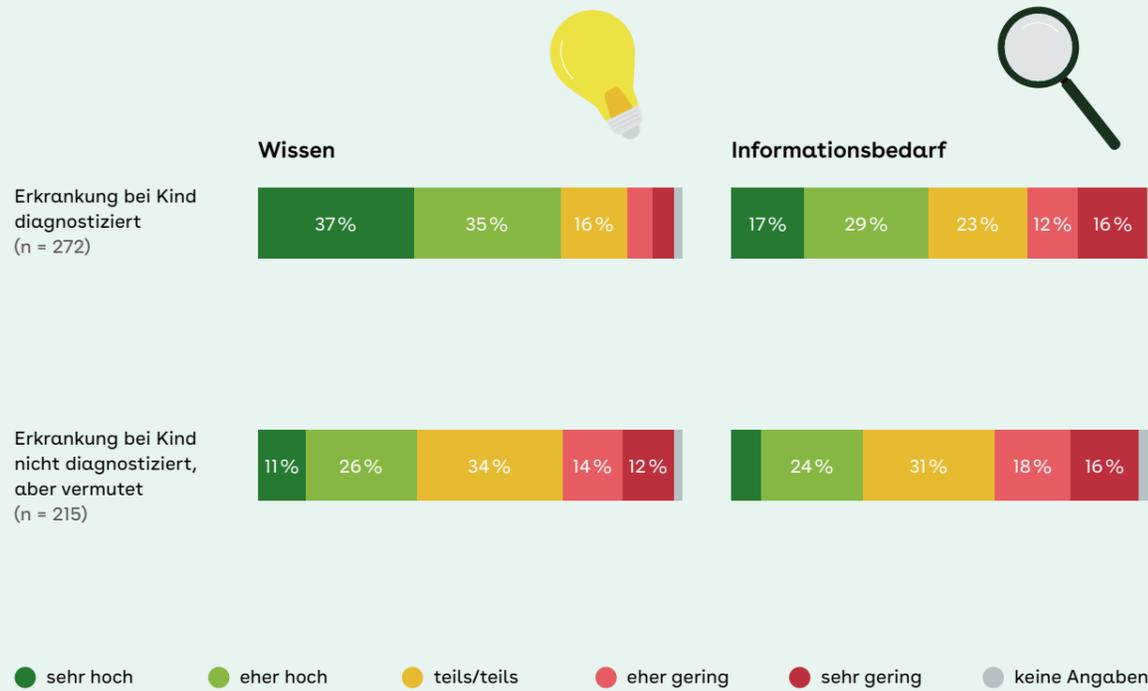
Auch der subjektive Informationsbedarf variiert: Wenn eine Diagnose beim eigenen Kind bereits vorliegt, sehen 47 Prozent der Eltern die *eher* bzw. *sehr hohe* Notwendigkeit, sich mehr oder besser zu informieren. Von den Eltern, die vermuten, dass ihr Kind an Neurodermitis/Dermatitis erkranken könnte oder bereits erkrankt ist, berichten 31 Prozent einen *eher* bzw. *sehr hohen* subjektiven Informationsbedarf.

Eltern von Kindern mit Verdacht auf Neurodermitis/Dermatitis geben ähnlich hohe Informations- und Unterstützungsbedarfe an wie Eltern von Kindern mit Diagnose (**s. Abb. 5.8.8**) – lediglich der Bedarf bezüglich Ursachen, Krankheitsverlauf, Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten unterscheidet sich signifikant (40 % bei Diagnose, 26 % bei Verdacht).

Vorrangig wünschen sich die Eltern Informations- und Unterstützungsangebote zum Thema Auswahl von und Zugang zu spezifischen medizinischen und therapeutischen Behandlungen (42 % bei Diagnose, 40 % bei Verdacht).

Abb. 5.8.7: Wissen und Informationsbedarf der Eltern von Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter Neurodermitis/Dermatitis

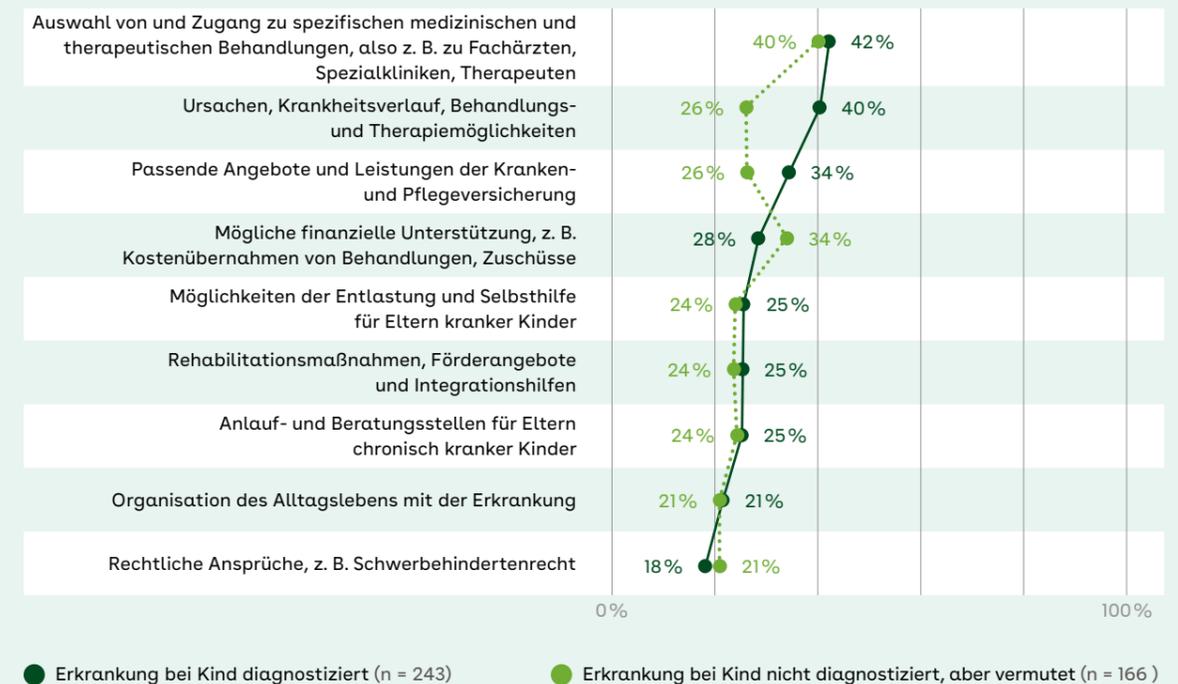
Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wie hoch schätzen Sie Ihren persönlichen Wissensstand bezüglich dieser Themen ein? / Wie hoch schätzen Sie Ihren persönlichen Bedarf ein, zu diesen Themen der Kindergesundheit mehr oder besser informiert zu sein?

Abb. 5.8.8: Informations- und Unterstützungsbedarfe der Eltern von Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter Neurodermitis/Dermatitis

Dargestellt werden Antwortoptionen *sehr stark* + *eher stark*. Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wie stark schätzen Sie Ihren Informations- oder Unterstützungsbedarf zu folgenden Themen ein?

Die Kanäle, über die sich betroffene Eltern Informationen und Unterstützung wünschen (s. **Abb. 5.8.9**), sind vorrangig die folgenden: Bei einer Diagnose wünschen sich 76 Prozent und

bei einem Verdacht 77 Prozent Informationen und Unterstützung von Kinderärztinnen und Kinderärzten. Der am zweit häufigsten präferierte Informationskanal ist die Fachärztin bzw. der Facharzt

(60 Prozent bei Diagnose, 55 Prozent bei Verdacht). An dritter Stelle liegen Angebote der Krankenkasse, insbesondere Apps und Internetangebote.

Abb. 5.8.9: Gewünschte Kanäle für Informations- und Unterstützungsangebote der Eltern von Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter Neurodermitis/Dermatitis

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wo sollten Ihnen Informations- oder Unterstützungsangebote speziell zu dieser Erkrankung Ihres Kindes unterbreitet werden? (Mehrfachauswahl möglich).



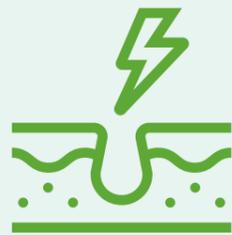
Fazit: Diagnostizierte Neurodermitis/Dermatitis wird von etwa fünf Prozent der Eltern von 0- bis 17-Jährigen angegeben, darüber hinaus gibt es weitere vier Prozent an Verdachtsfällen. Im Vergleich zu den weiteren abgefragten Erkrankungen tritt Neurodermitis/Dermatitis somit eher häufig auf. Laut Aussagen der Eltern sind besonders jüngere Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren betroffen.

Verglichen mit den anderen Erkrankungen sind die Belastung sowie das Ausmaß der elterlichen Sorgen durch Neurodermitis/Dermatitis moderat ausgeprägt.

Die Sorgen um eine Verschlimmerung der Erkrankung des Kindes sowie eine dauerhafte Beeinträchtigung treten am häufigsten auf. Besonders die Sorge um eine Verschlimmerung der Erkrankung wird bei Neurodermitis/Dermatitis im Vergleich zu den weiteren Erkrankungen häufig berichtet.

Kapitel 5: Chronische Erkrankungen

9. Akne / chronische Hautausschläge



Ausprägungen sowie Ursachen chronischer Hautausschläge sind divers (ICD-10). Eine Erkrankung, die zu Unreinheiten auf der Haut führt, ist Akne, eine nicht ansteckende Erkrankung der Talgdrüsen (BVKJ, n. d. a).

Talgdrüsen produzieren ein fettiges Sekret, das die Haut schützt. Verstopfen die Talgdrüsenkanäle durch vermehrte Talgproduktion oder durch übermäßige Verhornung der Haut, entstehen Mitesser (BVKJ, n. d. a). Wenn sich Bakterien in einem Mitesser vermehren, entzündet sich der Pickel und wird rot (Papeln) oder eitrig (Pusteln) (BVKJ, n. d. a). Breitet sich die Entzündung auf das benachbarte Gewebe aus, entstehen Knoten in der Haut, die beim Abheilen eine Narbe hinterlassen können (BVKJ, n. d. a). Während bei leichter Akne hauptsächlich Mitesser und gelegentlich entzündliche Papeln und Pusteln auftreten, kommt es bei mittelschwerer Akne zu mehr und größeren Papeln und Pusteln. Bei schwerer Akne treten zusätzlich zu vielen Papeln und Pusteln Knoten auf (IQWiG, 2022a). Bei Jugendlichen entsteht Akne hauptsächlich aufgrund von hormonellen Veränderungen. Wenn sich mit ca. 20 Jahren der Hormonhaushalt eingependelt hat, verschwindet die Akne häufig (IQWiG, 2022a). Jugendliche erleben Akne unterschiedlich. Während manche sich wenig daran stören, empfinden andere sie als

sehr belastend (IQWiG, 2022a). Darüber hinaus kann Akne auch bei Babys auftreten. Baby-Akne ist unbedenklich (DAAB, 2022), tritt meist in den ersten Lebenswochen auf und verschwindet in der Regel von selbst innerhalb von drei bis vier Monaten (BVKJ, 2012). Sie wird vermutlich durch besonders empfindliche Talgdrüsen ausgelöst, die auf mütterliche und körpereigene Hormone reagieren (BVKJ, 2012).

Neben Akne berichten die Eltern auf die Frage, welche Diagnose bezüglich Akne/chronischen Hautausschlägen ihrem Kind genau gestellt wird bzw. welche Diagnose sie vermuten, auch von Schuppenflechte. Je nach Art der Schuppenflechte unterscheiden sich die Symptome, wie gerötete, silbrig glänzende, schuppige Hauterhebungen oder eitrig-pustulöse (IQWiG, 2021c).

Da auch Babys bspw. von Baby-Akne betroffen sein können, wird im folgenden Kapitel über die 0- bis 17-Jährigen berichtet.

Akne / chronische Hautausschläge bei 0- bis 17-Jährigen im Rheinland und in Hamburg



Auftreten

Diagnose bei 3% /
Verdacht bei 3%

Diagnosen hauptsächlich
bei 14- bis 17-Jährigen



Belastungen

belastete Kinder:
(39% bei Diagnose / 28% bei Verdacht)

belastete Eltern:
(26% / 24%)



Sorgen

um das eigene Kind:

- vor dauerhafter Beeinträchtigung (24% / 28%)
- vor sozialer Benachteiligung (21% / 25%)
- vor Verschlimmerung der Erkrankung (33% / 36%)

um eigene Überforderung
(15% / 21%)

um Information und Unterstützung:

- 57% / 58% wissen, an wen sie sich wenden können
- 17% / 24% haben Bedenken, nicht ausreichend informiert zu sein
- 50% / 48% sind sicher, dass ihr Kind die bestmögliche Versorgung erhält



Wissen und Bedarfe

58% / 29% schätzen ihr Wissen über Akne/chronische Hautausschläge als hoch ein

28% / 31% geben hohen Informationsbedarf zu Akne/chronischen Hautausschlägen an

Themen mit höchstem Informations- und Unterstützungsbedarf:

- Auswahl von und Zugang zu spezifischen medizinischen und therapeutischen Behandlungen
- Passende Angebote und Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung

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

Auftreten von Akne / chronischen Hautausschlägen



Drei Prozent der 0- bis 17-Jährigen aus dem Rheinland und aus Hamburg haben laut den Aussagen der befragten Eltern diagnostizierte Akne/chronische Hautausschläge (**s. Abb. 5.9.1**). Bei weiteren drei Prozent vermuten die befragten Eltern, dass ihr Kind an Akne/chronischen Hautausschlägen erkranken könnte oder bereits erkrankt ist. Das bedeutet, dass auf jedes Kind mit Diagnose ca. ein Kind mit Verdacht kommt. Innerhalb dieser Studie berichten

Eltern, deren Kind (vermutlich) von Akne/chronischen Hautausschlägen betroffen ist, am häufigsten zusätzlich von Neurodermitis/Dermatitis (s. Tab. 12.1 im Anhang). Laut den Angaben der Eltern unterscheidet sich das Auftreten von Akne/chronischen Hautausschlägen zwischen den Altersgruppen signifikant (**s. Abb. 5.9.2**): Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren haben mit Abstand am häufigsten eine Diagnose (7%). Passend dazu vermuten Eltern von

Kindern dieses Alters sowie etwas jüngerer Kinder am häufigsten, dass ihr Kind an Akne/chronischen Hautausschlägen erkrankt oder bereits erkrankt ist (14- bis 17-Jährige: 6%, 11- bis 13-Jährige: 5%).

Über alle Altersgruppen hinweg berichten Eltern von Jungen und Eltern von Mädchen vergleichbar häufig von Diagnosen sowie von Verdacht auf Akne/chronische Hautausschläge.

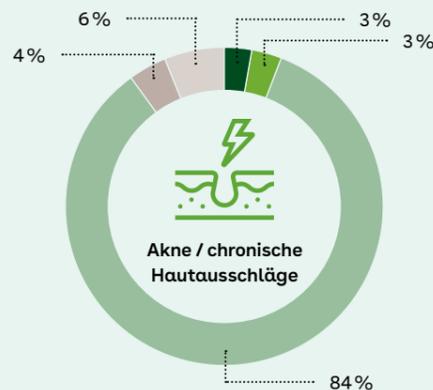
Bezüglich des Auftretens von Akne/chronischen Hautausschlägen zeigen sich folgende signifikante regionale Unterschiede: In der Regionaldirektion Düsseldorf – Mettmann geben überdurchschnittlich viele Eltern an, dass ihr Kind eine Diagnose hat (4,4%), in der Regionaldirektion Aachen – Düren – Heinsberg unterdurchschnittlich viele (1,4%) (**s. Abb. 5.9.3.1**). Auch die Regionaldirektion Oberbergisches Land fällt hier mit einem überdurchschnittlichen Wert von

4,6 Prozent auf, auch wenn sich dieser aufgrund der Fallzahl nicht als signifikant erweist. In der Regionaldirektion Düsseldorf – Mettmann vermuten überdurchschnittlich viele Eltern (4,9%), dass ihr Kind an Akne/chronischen Hautausschlägen erkranken könnte oder bereits erkrankt ist (**s. Abb. 5.9.3.2**). Die anderen Regionaldirektionen unterscheiden sich nicht signifikant von den durchschnittlichen Angaben zu Kindern mit Verdacht im Rheinland und in Hamburg.

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

Abb. 5.9.1: Auftreten von Akne/chronischen Hautausschlägen

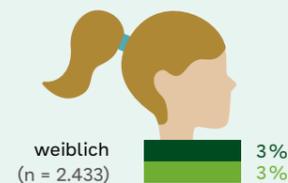
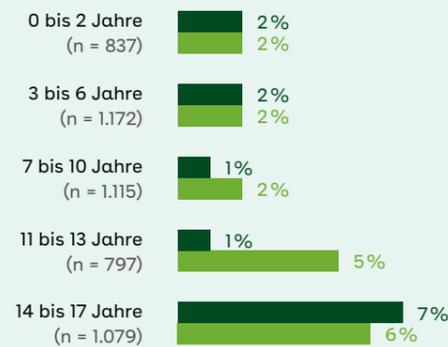
Basis: n = 5.000 (0- bis 17-jährige Kinder)



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

Abb. 5.9.2: Diagnostizierte und vermutete Akne/chronische Hautausschläge nach Alter und Geschlecht des Kindes

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder

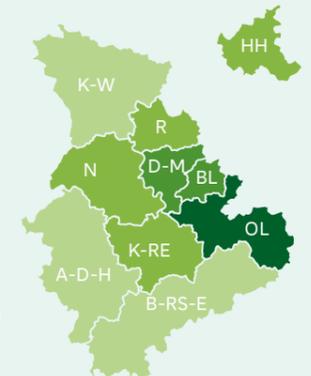


- Erkrankung bei Kind diagnostiziert
- Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet

Abb. 5.9.3: Diagnostizierte und vermutete Akne/chronische Hautausschläge nach Regionaldirektion (RD)

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder

1) Dargestellt wird Antwortoption *Erkrankung bei Kind diagnostiziert*.



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



Belastung der Kinder und Eltern durch Akne / chronische Hautausschläge



Laut Elternaussagen sind 39 Prozent der Kinder mit Diagnose und 28 Prozent der Kinder mit vermuteter Akne/chronischen Hautausschlägen *eher* bzw. *sehr stark* belastet (s. **Abb. 5.9.4**).

Die eigene Belastung durch die Erkrankung des Kindes schätzen die Eltern als geringer ein: Der Anteil an *eher* bzw. *sehr stark* belasteten Eltern liegt bei diagnostizierter Akne/chronischen Hautausschlägen bei 26 Prozent und bei einem Verdacht bei 24 Prozent.

Sorgen durch Akne / chronische Hautausschläge



Die Eltern stimmen folgenden Aussagen am häufigsten *voll und ganz* bzw. *eher* zu: Aussage zur Angst vor Verschlimmerung der Erkrankung (33% bei Diagnose, 36% bei Verdacht), zur Angst vor dauerhafter Beeinträchtigung des Kindes (24% bei Diagnose, 28% bei Verdacht), zur Sorge vor sozialer Benachteiligung des Kindes (21% bei Diagnose, 25% bei Verdacht) (s. **Abb. 5.9.5**) sowie zu Bedenken, nicht ausreichend informiert zu sein (17% bei Diagnose, 24% bei Verdacht). Darüber hinaus berichten bei einer Diagnose 15 Prozent und bei einem Verdacht 21 Prozent der Eltern davon, manchmal mit der Erkrankung ihres Kindes überfordert zu sein und Eltern von Kindern mit einer Diagnose stimmen der Aussage, sich (mit-)schuldig an

der Erkrankung des Kindes zu fühlen, seltener *voll und ganz* bzw. *eher* zu als Eltern, bei deren Kindern ein Verdacht besteht (2% bei Diagnose, 12% bei Verdacht, Unterschied 10%).

Die Eltern wurden zudem gefragt, ob sie wissen, an wen bzw. wohin sie sich bezüglich der gesundheitlichen Versorgung ihres Kindes wenden können. Besteht ein Verdacht, wissen dies laut eigener Aussage 57 Prozent der Eltern. Besteht eine Diagnose, liegt dieser Anteil bei 58 Prozent. Der Aussage, dass das eigene Kind die bestmögliche gesundheitliche Versorgung erhält, stimmten bei einer Diagnose 50 Prozent und bei einem Verdacht 48 Prozent der Eltern *voll und ganz* bzw. *eher* zu.

Abb. 5.9.4: Belastung von Kindern und Eltern durch diagnostizierte oder vermutete Akne/chronische Hautausschläge der Kinder

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder

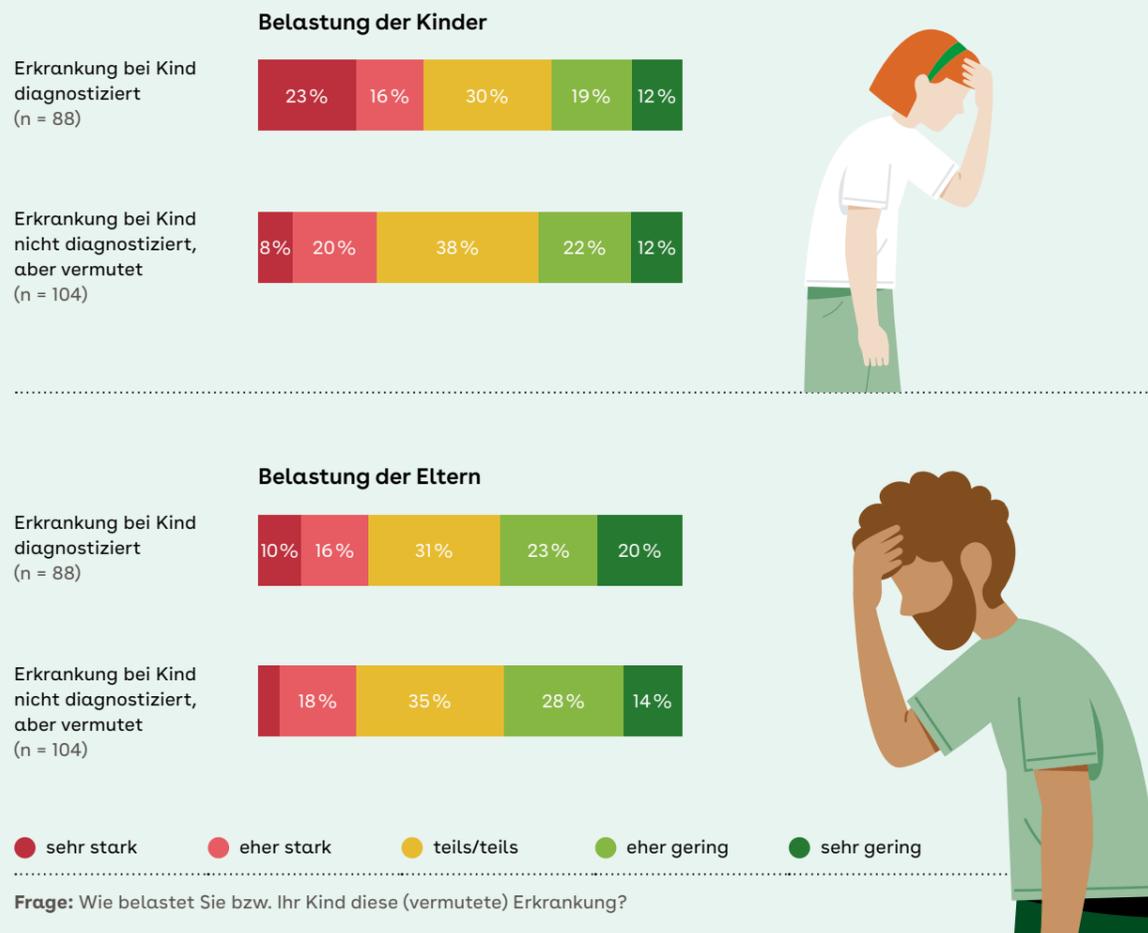
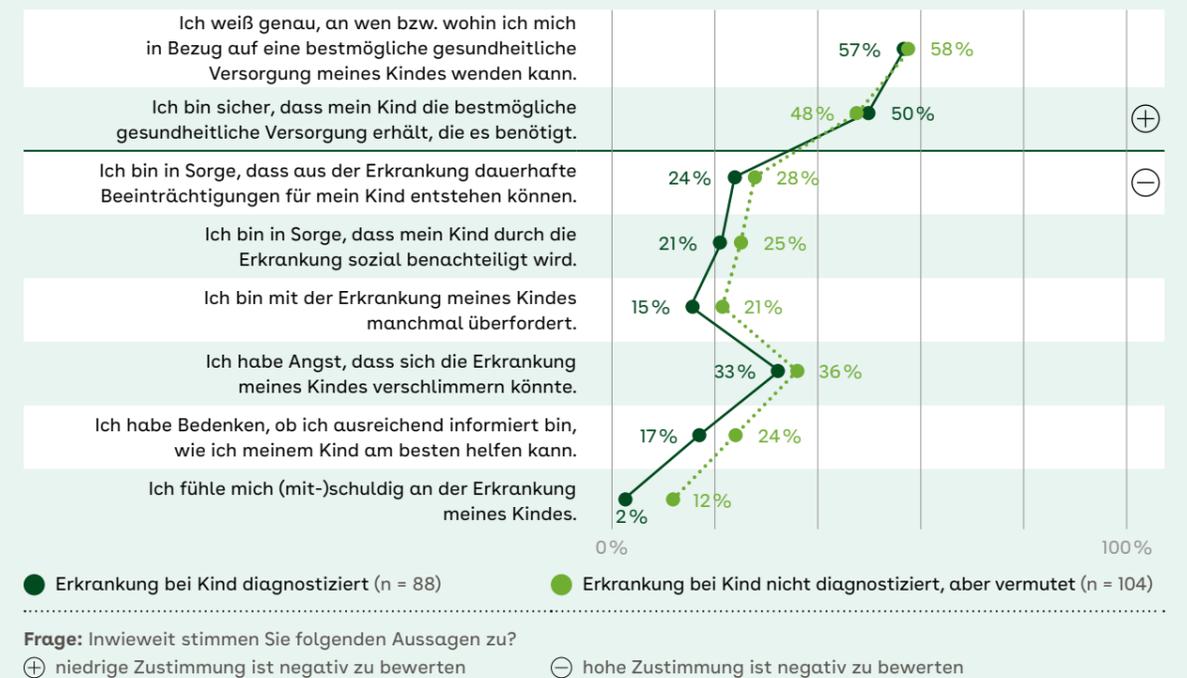


Abb. 5.9.5: Sorgen der Eltern von Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter Akne/chronischen Hautausschlägen

Dargestellt werden Antwortoptionen *stimme voll und ganz zu* + *stimme eher zu*. Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Subjektiver Wissensstand sowie Informations- und Unterstützungsbedarfe zu Akne / chronischen Hautausschlägen



Abhängig davon, ob beim eigenen Kind eine Diagnose oder ein Verdacht vorliegt, unterscheidet sich der subjektive Wissensstand der Eltern über Akne/chronische Hautausschläge signifikant (**s. Abb. 5.9.6**): 58 Prozent der Eltern von Kindern mit Diagnose schätzen ihr Wissen über Akne/chronische Hautausschläge als *eher* bzw. *sehr hoch* ein. Bei Eltern von Kindern mit Verdacht beträgt dieser Anteil lediglich 29 Prozent.

Der subjektive Informationsbedarf variiert nicht signifikant abhängig vom Diagnosestatus: Wenn eine Diagnose beim eigenen Kind vorliegt, sehen 28 Prozent die *eher* bzw. *sehr hohe* Notwendigkeit, sich mehr oder besser zu informieren. Von den Eltern, die vermuten, dass ihr Kind an Akne/chronischen Hautausschlägen erkranken könnte oder bereits erkrankt ist, berichten 31 Prozent einen *eher* bzw. *sehr hohen* subjektiven Informationsbedarf.

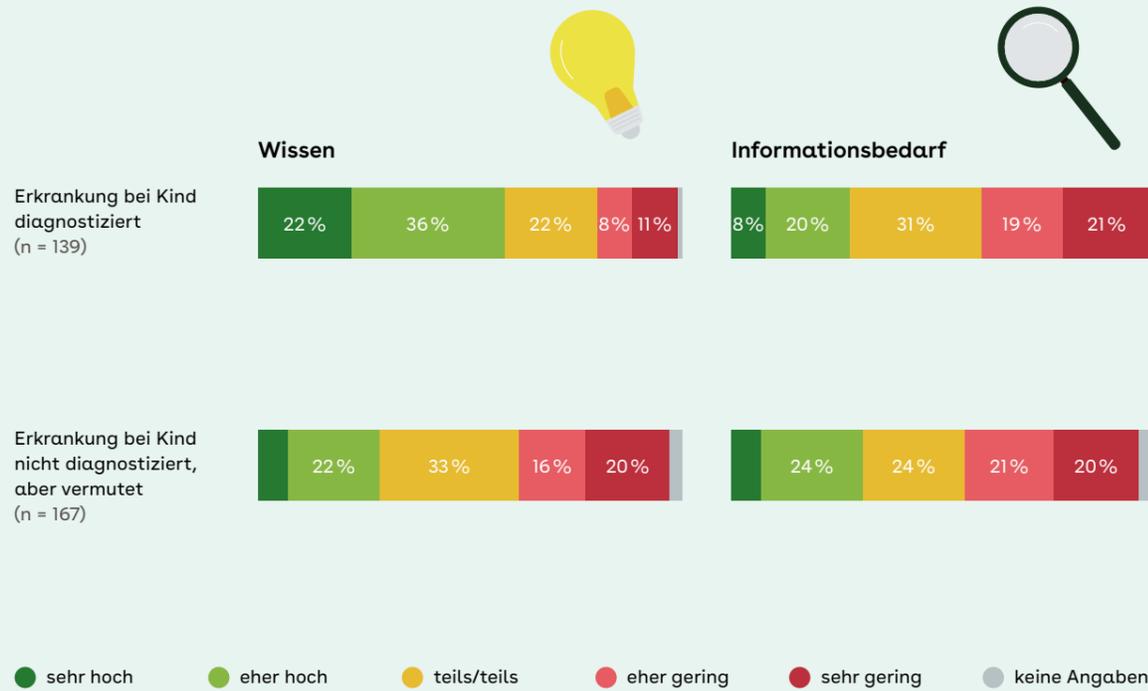
Eltern von Kindern mit Diagnose geben tendenziell niedrigere Informations- und Unterstützungsbedarfe an als Eltern von Kindern mit Verdacht auf Akne/chronische Hautausschläge – wobei sich lediglich der Bedarf bezüglich Ursachen, Krankheitsverlauf, Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten signifikant unter-

scheidet (**s. Abb. 5.9.7**). Die Eltern wünschen sich vorrangig Informations- und Unterstützungsangebote zu folgenden vier Themen: Auswahl von und Zugang zu spezifischen medizinischen und therapeutischen Behandlungen (29% bei Diagnose, 34% bei Verdacht), passende Angebote und Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung (23% bei Diagnose, 32% bei Verdacht), Ursachen, Krankheitsverlauf, Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten (19% bei Diagnose, 33% bei Verdacht) sowie Anlauf- und Beratungsstellen für Eltern chronisch kranker Kinder (19% bei Diagnose, 30% bei Verdacht).

versicherung (23% bei Diagnose, 32% bei Verdacht), Ursachen, Krankheitsverlauf, Behandlung und Therapie (19% bei Diagnose, 33% bei Verdacht) sowie Anlauf- und Beratungsstellen für Eltern chronisch kranker Kinder (19% bei Diagnose, 30% bei Verdacht).

Abb. 5.9.6: Wissen und Informationsbedarf der Eltern von Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter Akne/chronischen Hautausschlägen

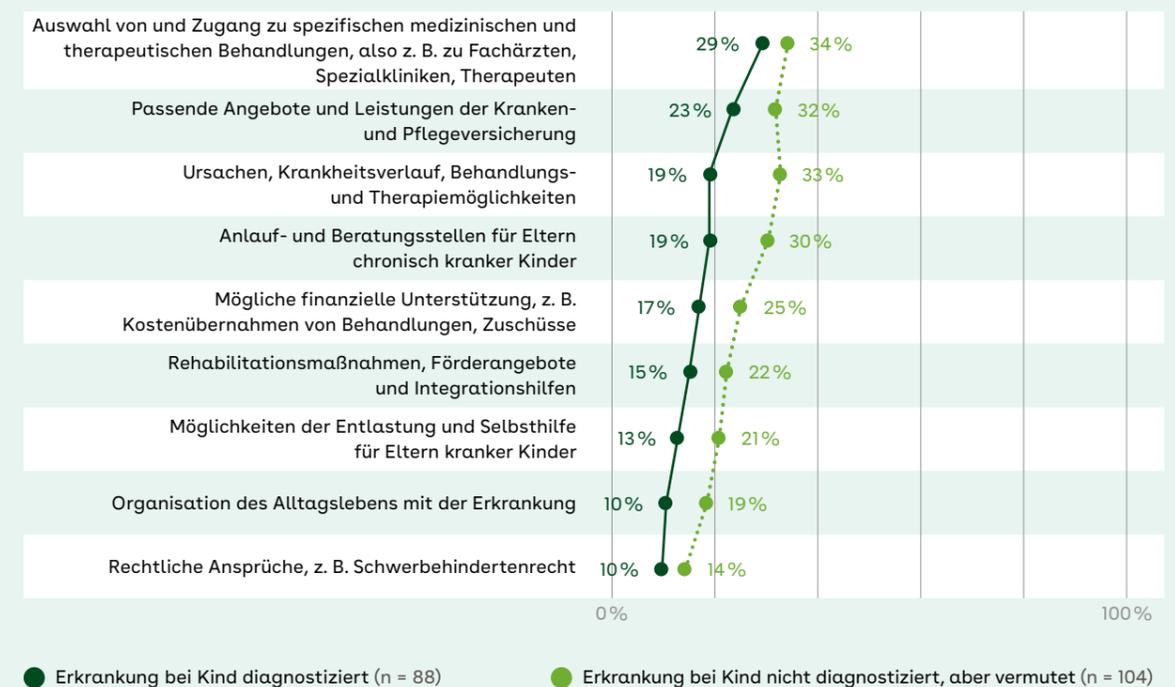
Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wie hoch schätzen Sie Ihren persönlichen Wissensstand bezüglich dieser Themen ein? / Wie hoch schätzen Sie Ihren persönlichen Bedarf ein, zu diesen Themen der Kindergesundheit mehr oder besser informiert zu sein?

Abb. 5.9.7: Informations- und Unterstützungsbedarfe der Eltern von Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter Akne/chronischen Hautausschlägen

Dargestellt werden Antwortoptionen *sehr stark* + *eher stark*. Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wie stark schätzen Sie Ihren Informations- oder Unterstützungsbedarf zu folgenden Themen ein?

Die Kanäle, über die sich die Eltern Informationen und Unterstützung wünschen (s. **Abb. 5.9.8**), sind vorrangig die Facharztpraxis

(69% bei Diagnose, 58% bei Verdacht) sowie die Kinderarztpraxis (48% bei Diagnose, 66% bei Verdacht). An dritter Stelle

liegen Angebote der Krankenkasse, insbesondere Apps und Internetangebote.

Abb. 5.9.8: Gewünschte Kanäle für Informations- und Unterstützungsangebote der Eltern von Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter Akne/chronischen Hautausschlägen

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wo sollten Ihnen Informations- oder Unterstützungsangebote speziell zu dieser Erkrankung Ihres Kindes unterbreitet werden? (Mehrfachauswahl möglich).



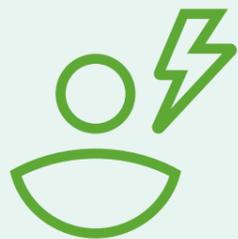
Fazit: Diagnostizierte Akne/chronische Hautausschläge werden von etwa drei Prozent der Eltern von 0- bis 17-Jährigen angegeben, darüber hinaus gibt es weitere drei Prozent an Verdachtsfällen. Besonders häufig sind vor allem 14- bis 17-Jährige betroffen.

Verglichen mit anderen in dieser Studie erhobenen Erkrankungen, sind die Belastungen durch Akne/chronische Hautausschläge für Kinder und Eltern eher moderat.

Darüber hinaus ist auch das Ausmaß der Sorgen im Vergleich gering: Am ehesten wird die Angst einer Verschlimmerung der Erkrankung genannt. Allerdings ist nur etwa die Hälfte der Eltern der Meinung, dass ihr Kind beim Thema Akne/chronische Hautausschläge die bestmögliche Versorgung erhält – das gilt sowohl für diagnostizierte Fälle als auch für vermutete. Zudem wissen nur knapp sechs von zehn Eltern mit betroffenen Kindern, an wen sie sich bezüglich Akne/chronischer Hautausschläge wenden können.

Kapitel 5: Chronische Erkrankungen

10. Migräne



Starke, stechende Kopfschmerzen, oft beidseitig, häufig begleitet von Übelkeit, Erbrechen, Schwindel sowie erhöhter Empfindlichkeit gegen Reize wie Licht und Lärm sind typische Merkmale einer Migräneattacke, die bei Kindern in der Regel einige Stunden anhalten (BVKJ, n. d. f). Bei manchen Kindern tritt anstelle der klassischen Kopfschmerzmigräne auch eine Bauchmigräne auf (BVKJ, 2017).

Migräneattacken treten wiederholt auf und verlaufen häufig in vier Phasen: (1) Zunächst kommt es bei einigen Betroffenen schon bis zu einem Tag vor der Schmerzattacke zu diversen Vorboten, wie bspw. depressiver Verstimmung oder auch Euphorie (BVKJ, n. d. f). (2) Etwa eine halbe Stunde vor dem Anfall sehen dann manche Betroffene eine ‚Aura‘ oder haben Sprach- und Sprechstörungen (BVKJ, n. d. f). (3) In der eigentlichen Schmerzphase selbst treten die zu Beginn genannten akuten Symptome auf (BVKJ, n. d. f) – in dieser Phase ist ein ruhiger und dunkler Rückzugsort für die Kinder wichtig (AOK, 2021c). (4) In der abschließenden Schlafphase klingen die Symptome ab (BVKJ, n. d. f).

Das Auftreten von Migräne ist erblich bedingt und kann durch sogenannte Trigger wie bestimmte Nahrungsmittel oder schlechten Schlaf begünstigt werden (AOK, 2021a). Die Erfassung der für eine Diagnose notwendigen Merkmale ist bei Kindern schwieriger als bei Erwachsenen (Schmerzlinik Kiel, n. d.). Insbesondere aufgrund stark eingeschränkter Symptomausdrucksmöglichkeit werden im folgenden Kapitel deshalb die 0- bis 2-Jährigen nicht hinzugezogen und die 3- bis 17-Jährigen betrachtet.

Migräne bei 3- bis 17-Jährigen im Rheinland und in Hamburg



Auftreten

Diagnose bei 1% / Verdacht bei 4%

Diagnosen und Vermutungen hauptsächlich bei 14- bis 17-Jährigen



Sorgen

um das eigene Kind:

- vor dauerhafter Beeinträchtigung (36% / 44%)
- vor sozialer Benachteiligung (12% / 29%)
- vor Verschlimmerung der Erkrankung (48% / 49%)

um eigene Überforderung (23% / 21%)

um Information und Unterstützung:

- 70% / 59% wissen, an wen sie sich wenden können
- 24% / 33% haben Bedenken, nicht ausreichend informiert zu sein
- 71% / 56% sind sicher sind, dass ihr Kind die bestmögliche Versorgung erhält



Belastungen

stark belastete Kinder (45% bei Diagnose / 50% bei Verdacht)

stark belastete Eltern (45% / 40%)



Wissen und Bedarfe

64% / 47% schätzen ihr Wissen über Migräne als hoch ein

54% / 39% geben hohen Informationsbedarf zu Migräne an

Themen mit höchstem Informations- und Unterstützungsbedarf:

- Auswahl von und Zugang zu spezifischen medizinischen und therapeutischen Behandlungen
- Ursachen, Krankheitsverlauf, Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten

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

Auftreten von Migräne



Ein Prozent der 3- bis 17-jährigen Kinder aus dem Rheinland und aus Hamburg hat laut den Aussagen der befragten Eltern diagnostizierte Migräne (s. **Abb. 5.10.1**). Bei weiteren vier Prozent vermuten die befragten Eltern, dass ihr Kind an Migräne erkranken könnte oder bereits erkrankt ist. Auf jedes Kind mit Diagnose kommen etwa vier Kinder mit Verdacht.

Innerhalb dieser Studie berichten Eltern, deren Kind von Migräne (vermutlich) betroffen ist, am häufigsten zusätzlich von chronischer Darmentzündung, von Epilepsie sowie von Diabetes (s. Tab. 12.1 im Anhang).

Laut den Angaben der Eltern unterscheidet sich das Auftreten von Migräne zwischen den Alters-

gruppen signifikant (s. **Abb. 5.10.2**): Insbesondere bei den 14- bis 17-Jährigen kommen Migräne-Diagnosen vor (3%). Passend dazu vermuten Eltern von Kindern dieses Alters auch am häufigsten, dass ihr Kind an Migräne erkranken könnte oder bereits erkrankt ist (5%).

Über alle Altersgruppen hinweg berichten Eltern von Jungen sowie Eltern von Mädchen vergleichbar häufig von Migräne,

sowohl von Diagnosen als auch von Vermutungen.

Bezüglich des Auftretens von Migräne zeigen sich folgende signifikante regionale Unterschiede: In der Regionaldirektion Düsseldorf – Mettmann geben überdurchschnittlich viele Eltern an, dass ihr Kind eine Diagnose hat (2,9%). Die anderen Regionaldirektionen weichen nicht signifikant vom durchschnittlichen Auftreten von Migräne-Diagnosen

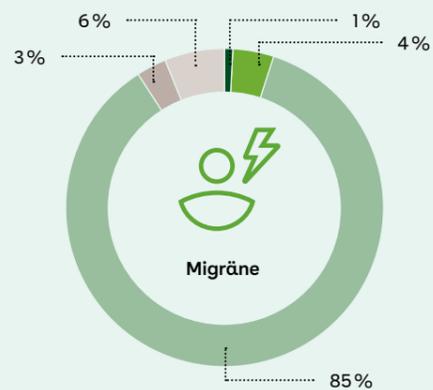
im Rheinland und in Hamburg ab (s. **Abb. 5.10.3.1**).

In der Regionaldirektion Niederrhein vermuten überdurchschnittlich viele Eltern (5,5%), dass ihr Kind an Migräne erkranken könnte oder bereits erkrankt ist (s. **Abb. 5.10.3.2**). Die anderen Regionaldirektionen unterscheiden sich nicht signifikant von den durchschnittlichen Angaben zu Kindern mit Verdacht im Rheinland und in Hamburg.

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

Abb. 5.10.1: Auftreten von Migräne

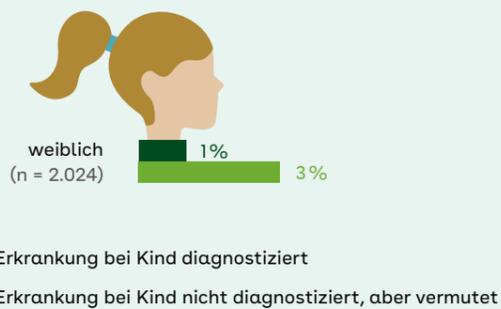
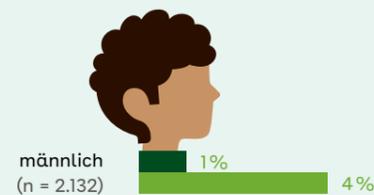
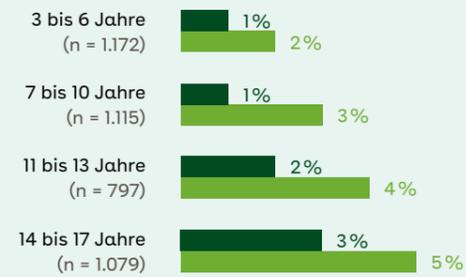
Basis: n = 4.163 (3- bis 17-jährige Kinder)



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

Abb. 5.10.2: Diagnostizierte und vermutete Migräne nach Alter und Geschlecht des Kindes

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder

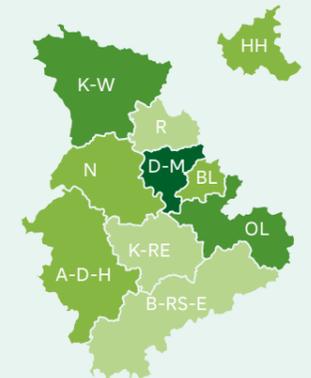


- Erkrankung bei Kind diagnostiziert
- Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet

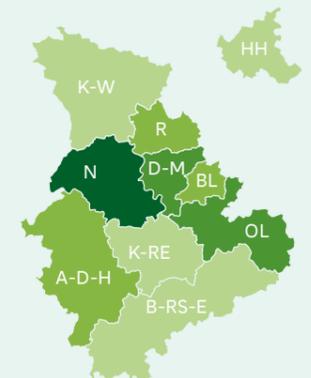
Abb. 5.10.3: Diagnostizierte und vermutete Migräne nach Regionaldirektion (RD)

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder

1) Dargestellt wird Antwortoption *Erkrankung bei Kind diagnostiziert*.



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





Migräne und akute Kopfschmerzen

Innerhalb dieser Studie wurden neben chronischen Krankheiten auch akute Erkrankungen abgefragt. Dafür wurden die Eltern nach einer kurzen Erläuterung des Begriffs ‚akute Erkrankung‘ gefragt: „Zu welchen der folgenden akuten Themen waren Sie in den letzten zwölf Monaten mit Ihrem Kind beim Arzt? Bei welchen dieser Themen haben Sie in den letzten zwölf Monaten eine Erkrankung Ihres Kindes selbst festgestellt oder vermutet, waren aber nicht beim Arzt?“.

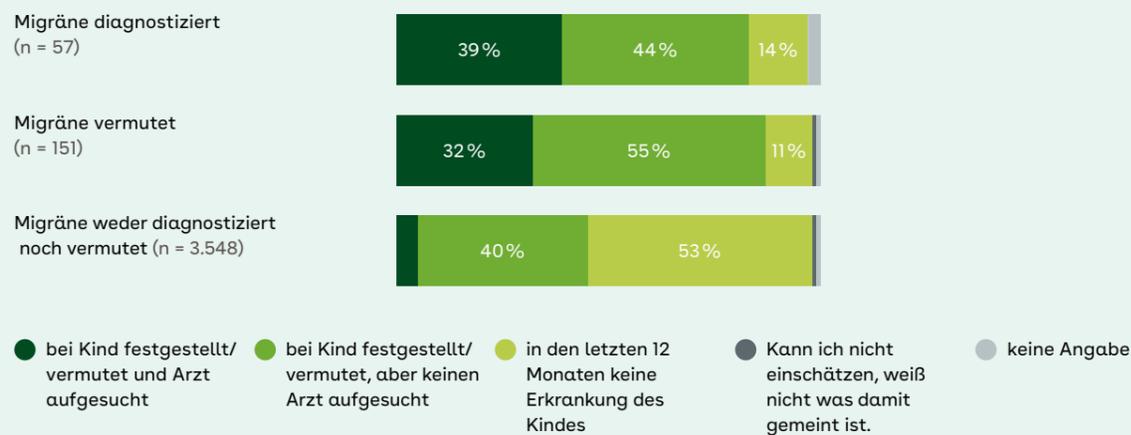
39 Prozent der Eltern, die Migräne als diagnostizierte chronische Erkrankung ihres Kindes angeben, berichten auch von einem akuten Arztbesuch wegen Kopfschmerzen in den letzten zwölf Monaten (**s. Abb. 5.10.4**). Von den Eltern, die vermuten, dass ihr Kind an Migräne erkrankt ist, geben 32 Prozent an, dass in den letzten zwölf Monaten ein Arzt bzw. eine Ärztin wegen Kopfschmerzen aufgesucht wurde. Liegt weder eine Diagnose noch ein Verdacht auf Migräne vor, ist der Anteil der akuten Arztbesuche wegen Kopfschmerzen in den letzten zwölf Monaten mit fünf Prozent signifikant geringer.

Hinter akuten Kopfschmerzen können beispielsweise Spannungskopfschmerzen oder ein grippaler Infekt stecken (BVKJ, n. d. f). Innerhalb dieser Studie berichten Eltern häufig von akuten Kopfschmerzen ihrer Kinder, allerdings werden

diese nur selten ärztlich abgeklärt. Wenn aufgrund der akuten Kopfschmerzen keine Arztpraxis aufgesucht wird, ist die Belastung für Kinder und Eltern häufig moderat. Wird ein Arzt bzw. eine Ärztin aufgesucht, sind mehr Eltern und insbesondere mehr Kinder stark belastet. Zudem treten Sorgen der Eltern aufgrund von akuten Kopfschmerzen seltener auf, wenn keine Arztpraxis besucht wurde. Wurde ein Arzt bzw. eine Ärztin besucht, so ist das Ausmaß an elterlichen Sorgen bezüglich akuter Kopfschmerzen in etwa vergleichbar mit elterlichen Sorgen aufgrund von chronischer Migräne. Die Mehrheit der Eltern weiß, an wen sie sich wenden kann und gibt einen hohen subjektiven Wissensstand über Kopfschmerzen an. Der am häufigsten erwünschte Informations- und Unterstützungskanal ist die Kinderärztin bzw. der Kinderarzt.

Abb. 5.10.4: Auftreten von akuten Kopfschmerzen und Auftreten von Migräne

Angaben beziehen sich auf das Auftreten von akuten Kopfschmerzen.
Basis: 3- bis 17-jährige Kinder



Frage: Kommen wir nun einmal zu zurückliegenden oder aktuellen akuten Erkrankungen Ihres Kindes. Akute Erkrankungen beginnen plötzlich, verschlimmern sich und spitzen sich zu einem Höhepunkt zu. Sie klingen von selbst ab und/oder sind in der Regel meist medizinisch behandelbar. Dabei hinterlassen sie wenig Komplikationen und nur in Ausnahmefällen chronische Folgen. Zu welchen der folgenden akuten Themen waren Sie in den letzten 12 Monaten mit Ihrem Kind beim Arzt? Bei welchen dieser Themen haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Erkrankung Ihres Kindes selbst festgestellt oder vermutet, waren aber nicht beim Arzt? Zu Arztbesuchen zählen Besuche beim Kinderarzt, Hausarzt, Facharzt oder auch im Krankenhaus. Kopfschmerzen.

Akute Kopfschmerzen bei 3- bis 17-Jährigen im Rheinland und in Hamburg



Erkrankung in den letzten 12 Monaten festgestellt/vermutet

7% mit Arztbesuch / 39% ohne Arztbesuch



Belastungen

stark belastete Kinder (50% mit Arztbesuch / 25% ohne Arztbesuch)

stark belastete Eltern (37% / 25%)



Sorgen

um das eigene Kind:

- vor dauerhafter Beeinträchtigung (30% / 18%)
- vor sozialer Benachteiligung (17% / 10%)
- vor Verschlimmerung der Erkrankung (42% / 27%)

um eigene Überforderung (24% / 6%)

um Information und Unterstützung:

- 74% / 79% wissen, an wen sie sich wenden können
- 32% / 16% haben Bedenken, nicht ausreichend informiert zu sein
- 63% / 73% sind sicher, dass ihr Kind die bestmögliche Versorgung erhält



Wissen und Bedarfe

60% / 60% schätzen ihr Wissen über akute Kopfschmerzen als hoch ein

43% / 27% geben hohen Informationsbedarf zu akuten Kopfschmerzen an

Themen mit höchstem Informations- und Unterstützungsbedarf:

- Auswahl von und Zugang zu spezifischen medizinischen und therapeutischen Behandlungen

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

Belastung der Kinder und Eltern durch Migräne

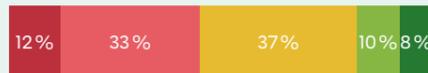


Laut Elternaussagen sind 45 Prozent der Kinder mit Migräne-Diagnose und 50 Prozent der Kinder mit vermuteter Migräne *eher* bzw. *sehr stark* belastet (**s. Abb. 5.10.5**). Der Anteil an *eher* bzw. *sehr stark* belasteten Eltern liegt bei diagnostizierter Migräne ebenfalls bei 45 Prozent und bei vermuteter Migräne etwas niedriger, bei 40 Prozent.

Abb. 5.10.5: Belastung von Kindern und Eltern durch diagnostizierte oder vermutete Migräne der Kinder

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder

Erkrankung bei Kind diagnostiziert (n = 36)

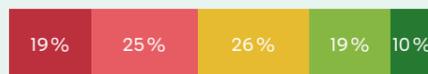


Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet (n = 100)



Belastung der Eltern

Erkrankung bei Kind diagnostiziert (n = 36)



Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet (n = 100)



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

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

Sorgen durch Migräne



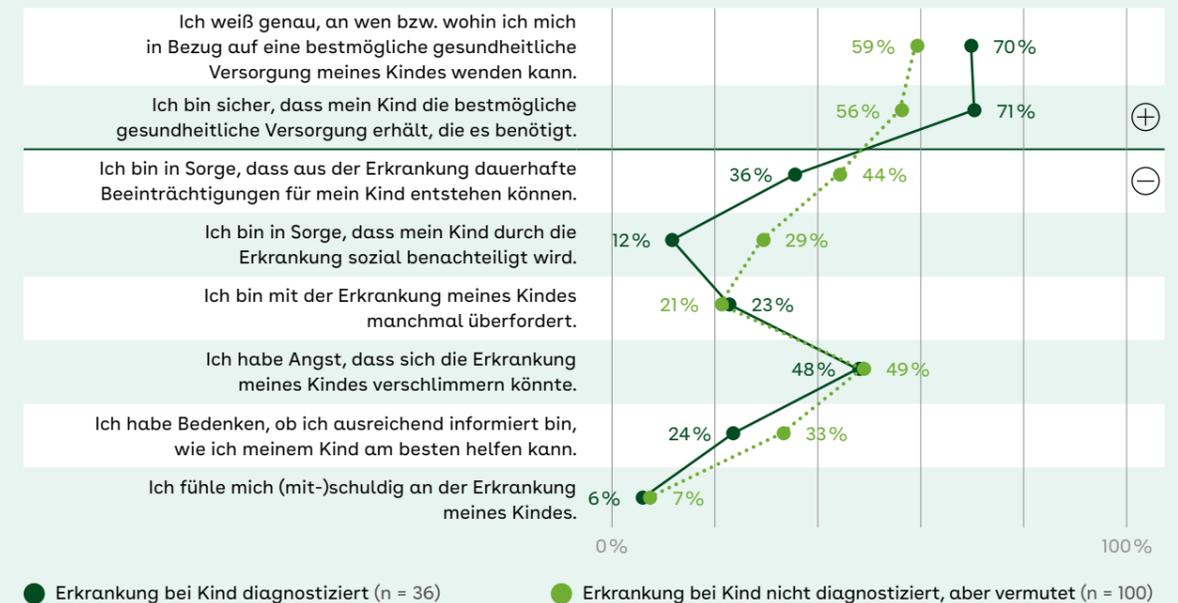
Bei einer Diagnose wissen 70 Prozent der Eltern, wohin sie sich bezüglich der gesundheitlichen Versorgung ihres Kindes wenden können, bei einem Verdacht wissen dies 59 Prozent (**s. Abb. 5.10.6**). Zudem sind bei einer Diagnose 71 Prozent und bei einem Verdacht 56 Prozent der Eltern sicher, dass ihr Kind die bestmögliche gesundheitliche Versorgung erhält.

Am häufigsten sorgen sich die Eltern um eine Verschlimmerung der Erkrankung (48% bei Diagnose, 49% bei Verdacht) sowie um eine dauerhafte Beeinträchtigung ihres Kindes (36% bei Diagnose, 44% bei Verdacht). Darüber hinaus haben bei einer Diagnose 24 Prozent und bei einem Verdacht 33 Prozent der Eltern

Bedenken, nicht ausreichend informiert zu sein. Der Aussage zu gelegentlicher eigener Überforderung stimmen bei einer Diagnose 23 Prozent und bei einem Verdacht 21 Prozent *eher* bzw. *voll und ganz* zu. Ein signifikanter Unterschied zeigt sich bezüglich der Sorge, dass das eigene Kind sozial benachteiligt werden könnte: Liegt eine Diagnose vor, ist der Anteil der Eltern, die dieser Sorge *eher* bzw. *voll und ganz* zustimmen, mit zwölf Prozent niedriger als bei einem Verdacht mit 29 Prozent. (Mit-)schuld an der (vermuteten) Migräne ihrer Kinder fühlen sich, verglichen mit den anderen im Rahmen dieser Studie abgefragten Erkrankungen, mit sechs Prozent bei einer Diagnose und sieben Prozent bei einem Verdacht, eher wenige Eltern.

Abb. 5.10.6: Sorgen der Eltern von Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter Migräne

Dargestellt werden Antwortoptionen *stimme voll und ganz zu* + *stimme eher zu*. Basis: 3- bis 17-jährige Kinder



● Erkrankung bei Kind diagnostiziert (n = 36) ● Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet (n = 100)

Frage: Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

⊕ niedrige Zustimmung ist negativ zu bewerten

⊖ hohe Zustimmung ist negativ zu bewerten

Subjektiver Wissensstand sowie Informations- und Unterstützungsbedarfe zu Migräne



Abhängig davon, ob das eigene Kind betroffen ist oder nicht, unterscheidet sich der subjektive Wissensstand der Eltern über Migräne signifikant (s. **Abb. 5.10.7**): 64 Prozent der Eltern von Kindern mit Diagnose schätzen ihr Wissen über Migräne als *eher* bzw. *sehr hoch* ein. Bei Eltern von Kindern mit Verdacht auf Migräne beträgt dieser Anteil lediglich 47 Prozent.

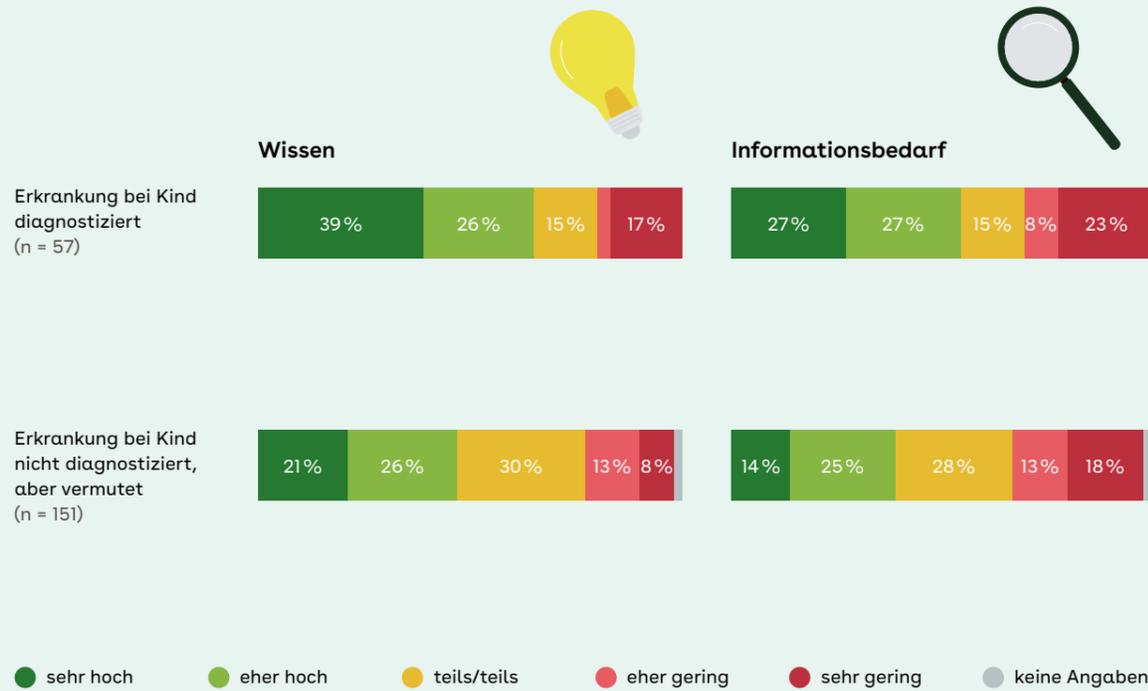
Auch der subjektive Informationsbedarf variiert signifikant: Wenn eine Diagnose beim eigenen Kind bereits vorliegt, sehen 54 Prozent der Eltern die *eher* bzw. *sehr hohe* Notwendigkeit, sich mehr oder besser zu informieren. Von den Eltern, die vermuten, dass ihr Kind an Migräne erkranken könnte oder bereits erkrankt ist, berichten 39 Prozent einen *eher* bzw. *sehr hohen* subjektiven Informationsbedarf.

Eltern von Kindern mit Verdacht auf Migräne geben ähnlich hohe Informations- und Unterstützungsbedarfe an wie Eltern von Kindern mit Diagnose (s. **Abb. 5.10.8**). Insgesamt treten am häufigsten Bedarfe zu den Themen Auswahl von und Zugang zu spezifischen

medizinischen und therapeutischen Behandlungen (35% bei Diagnose, 46% bei Verdacht) sowie Ursachen, Krankheitsverlauf, Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten (29% bei Diagnose, 39% bei Verdacht) auf.

Abb. 5.10.7: Wissen und Informationsbedarf der Eltern von Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter Migräne

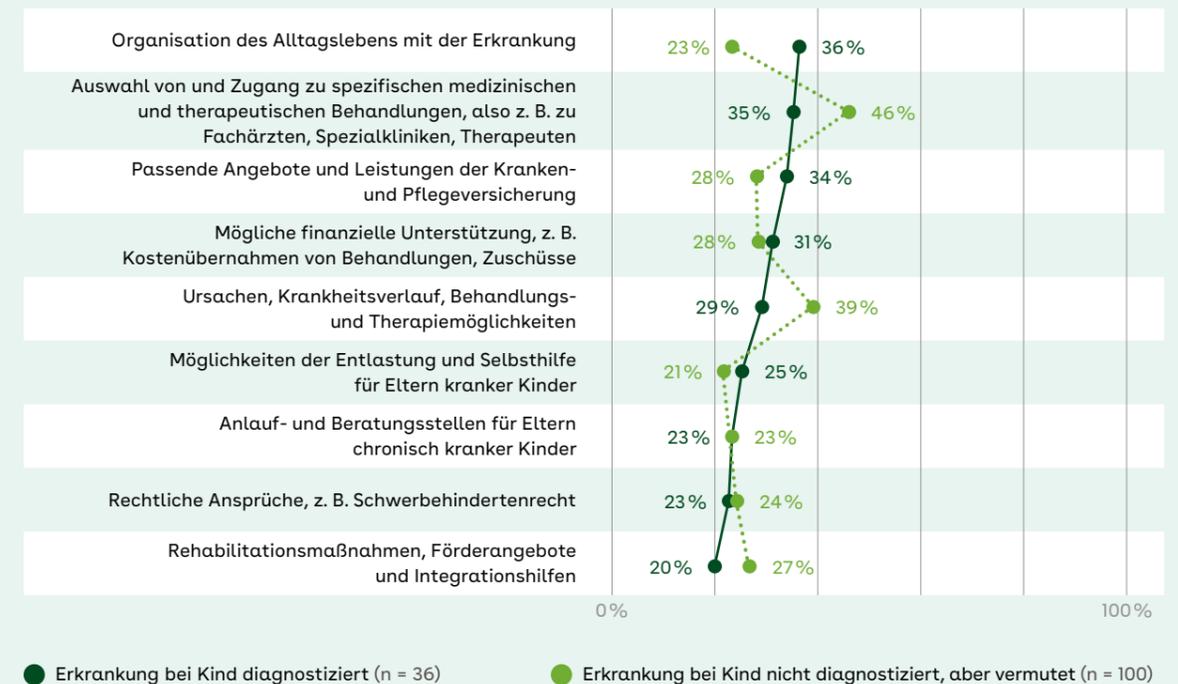
Basis: 3- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wie hoch schätzen Sie Ihren persönlichen Wissensstand bezüglich dieser Themen ein? / Wie hoch schätzen Sie Ihren persönlichen Bedarf ein, zu diesen Themen der Kindergesundheit mehr oder besser informiert zu sein?

Abb. 5.10.8: Informations- und Unterstützungsbedarfe der Eltern von Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter Migräne

Dargestellt werden Antwortoptionen *sehr stark* + *eher stark*. Basis: 3- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wie stark schätzen Sie Ihren Informations- oder Unterstützungsbedarf zu folgenden Themen ein?

Die Kanäle, über die sich die Eltern Informationen und Unterstützung wünschen (s. **Abb. 5.10.9**), sind vorrangig die folgenden: Bei einer Diagnose wünschen sich 76 Prozent der Eltern und bei einem Verdacht 63 Prozent der

Eltern Informationen und Unterstützung von einer Fachärztin bzw. einem Facharzt. Von der Kinderärztin oder dem Kinderarzt wünschen sich bei einer Diagnose 74 Prozent und bei einem Verdacht 70 Prozent der Eltern

Informationen und Unterstützung. An dritter Stelle liegen Angebote der Krankenkasse, insbesondere Internetangebote und Apps.

Abb. 5.10.9: Gewünschte Kanäle für Informations- und Unterstützungsangebote der Eltern von Kindern mit diagnostizierter oder vermuteter Migräne

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wo sollten Ihnen Informations- oder Unterstützungsangebote speziell zu dieser Erkrankung Ihres Kindes unterbreitet werden? (Mehrfachauswahl möglich).



Fazit: Etwa ein Prozent der Eltern von 3- bis 17-Jährigen berichtet von diagnostizierter Migräne ihrer Kinder, weiterhin vermuten vier Prozent eine Erkrankung. Auf jedes Kind mit einer Migräne-Diagnose kommen also etwa vier Kinder mit Verdacht. Insbesondere die Altersgruppe der 14-bis 17-Jährigen ist sowohl von Diagnosen als auch von Vermutungen am häufigsten betroffen.

Die Belastung von Kindern und Eltern, auch im Vergleich mit den anderen abgefragten Erkrankungen, ist tendenziell hoch und im Gegensatz zu den meisten anderen Erkrankungen für die Kinder höher als für die Eltern. Speziell bei der Belastung der Kinder berichten die Eltern von vermutlich erkrankten Kindern sogar höhere Belastungen als Eltern von Kindern mit Diagnose.

Eltern sorgen sich vor allem um eine Verschlimmerung der Erkrankung sowie um eine dauerhafte Beeinträchtigung ihres Kindes. Zudem ist der subjektive Informationsbedarf der Eltern mit betroffenen Kindern hoch – auch im Vergleich zum subjektiven Informationsbedarf bei den anderen abgefragten Erkrankungen.

Kapitel 6:

Allgemeine Indikatoren der körperlichen und psychischen Gesundheit

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse zu den folgenden Indikatoren der Kindergesundheit dargestellt: subjektiver Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen aus Sicht der Eltern entsprechend der Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen aus Sicht der Eltern (KIDSCREEN-10) sowie gesundheitliche und psychische Beschwerden der Kinder und Jugendlichen aus Sicht der Eltern (HBSC). Zum Schluss werden diese

drei Indikatoren der Kindergesundheit in Zusammenhang mit belastenden Lebensumständen des Kindes gesetzt.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie werden dabei jeweils im Vergleich zu anderen Studien zur Kindergesundheit eingeordnet. Relevante Referenzstudien sind insbesondere die KIGGS-Studie Welle 2 (2014-2017), die Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC, 2022) und die AOK-Familienstudie (2022).



Subjektiver Gesundheitszustand (WHO)

- 56 % sehr gut, 37 % gut
- Je älter das Kind, desto schlechter wird der Gesundheitszustand eingeschätzt
- Vulnerable Gruppen: Kinder von arbeitssuchenden Personen und Personen, die ihren eigenen Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht einschätzen; Kinder von Eltern mit niedriger Bildung

Gesundheitsbezogene Lebensqualität (KIDSCREEN-10)

- 28 % hohe Lebensqualität, 43 % mittlere Lebensqualität, 29 % niedrige Lebensqualität
- Extremgruppen (hohe und niedrige Lebensqualität) mit zunehmendem Alter des Kindes größer:
 - niedrige Lebensqualität: 24 % bei 3- bis 6-Jährigen, 33 % bei 14- bis 17-Jährigen
 - hohe Lebensqualität: 27 % bei 3- bis 6-Jährigen, 31 % bei 14- bis 17-Jährigen
- Vulnerable Gruppen: Kinder von allein- oder überwiegend alleinerziehenden Eltern; Kinder von Personen, die ihren eigenen Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht beschreiben

Gesundheitliche und psychische Beschwerden (HBSC)

- 25 % mit multiplen psychosomatischen Beschwerden
- Anteil von multiplen psychosomatischen Beschwerden mit Alter des Kindes leicht zunehmend (23 % bei 3- bis 6-Jährigen, 27 % bei den 14- bis 17-Jährigen)
- Anzahl an Kindern und Jugendlichen mit fünf oder mehr psychosomatischen Beschwerden bei den 14- bis 17-Jährigen doppelt so hoch (8 %) wie bei den 11- bis 13-Jährigen (4 %)
- Vulnerable Gruppen: Kinder von allein- oder überwiegend alleinerziehenden Eltern; Kinder von Personen, die ihren eigenen Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht beschreiben; Kinder von arbeitssuchenden Personen

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

Die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes der Kinder und Jugendlichen durch die Eltern wird entsprechend der Empfehlung der WHO erhoben. Dieser wird in 56 Prozent der Fälle als *sehr gut* und in weiteren 37 Prozent als *gut* eingeschätzt (s. Abb. 6.1).

Zusammengefasst berichten somit 93 Prozent von einem *guten* oder *sehr guten* Gesundheitszustand. Nur sechs Prozent der Eltern schätzen den Gesundheitszustand ihres Kindes *mittelmäßig* ein und lediglich ein Prozent als *schlecht* oder *sehr schlecht*.

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

Abb. 6.1: Subjektiver Gesundheitszustand (WHO) von Kindern und Jugendlichen

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



Signifikante Unterschiede ergeben sich abhängig vom Alter des Kindes (s. Abb. 6.2): Für Kinder im Alter von 0 bis 2 Jahren geben besonders viele Eltern einen sehr guten Gesundheitszustand an. Im Gegensatz dazu berichten Eltern seltener von einem *guten* oder *sehr guten* Gesundheitszustand bei Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren: Von zwei Prozent der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen ist der Gesundheitszustand nach den Angaben der Eltern *schlecht* und von weiteren zehn Prozent *mittelmäßig*. Die Angaben der Eltern zum Gesundheitszustand ihrer Kinder unterscheiden sich altersgruppenübergreifend nicht nach dem Geschlecht des Kindes.

Abb. 6.2: Subjektiver Gesundheitszustand (WHO) nach Altersgruppen und Geschlecht des Kindes

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder

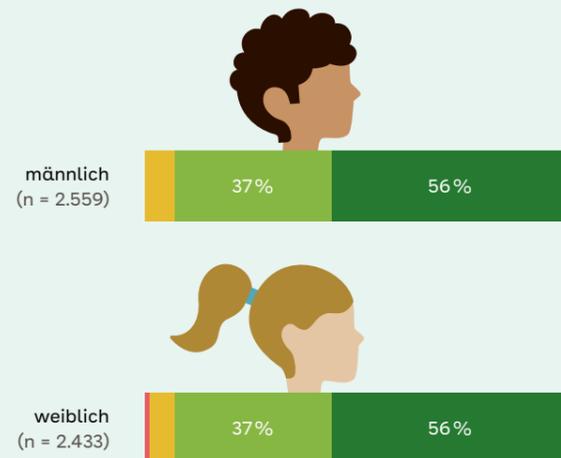
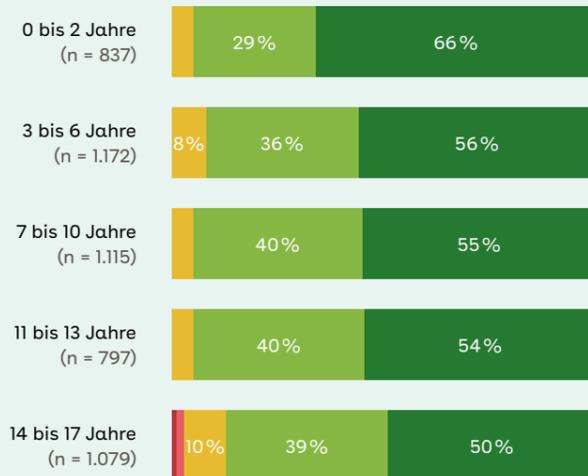


Abb. 6.3: Anteil Kinder und Jugendlicher mit *sehr gutem* Gesundheitszustand nach Regionaldirektionen

Dargestellt wird die Antwortoption *sehr gut*.
Basis: 3- bis 17-jährige Kinder



Weiterhin treten signifikante regionale Unterschiede auf (s. Abb. 6.3): In der Regionaldirektion Aachen – Düren – Heinsberg nehmen mit 60,4 Prozent besonders viele Eltern den Gesundheitszustand ihres Kindes als *sehr gut* wahr. In der Regionaldirektion Bonn – Rhein-Sieg-Kreis – Euskirchen mit 47,2 Prozent besonders wenige.



Exkurs

Einordnung des subjektiven Gesundheitszustands in die Studienlandschaft

In der KIGGS-Erhebung (Welle 2, 2014-2017) fallen die Ergebnisse der 3- bis 17-Jährigen im Vergleich zur vorliegenden Studie ähnlich aus: 57 Prozent der Eltern beurteilen den Gesundheitszustand ihrer Kinder *sehr gut*, weitere 39 Prozent *gut*. In der vorliegenden Studie liegen diese Anteile in der gleichen Altersgruppe bei 54 Prozent (*sehr gut*) und 39 Prozent (*gut*).

Auch mit der aktuelleren AOK-Familienstudie (2022) sind die Ergebnisse vergleichbar: Bei den 4- bis 14-Jährigen schätzen 54 Prozent der Eltern den Gesundheitszustand ihres Kindes als *sehr gut* (vorliegende Studie: 55% in der gleichen Altersgruppe) und 39 Prozent als *gut* ein (39%).

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

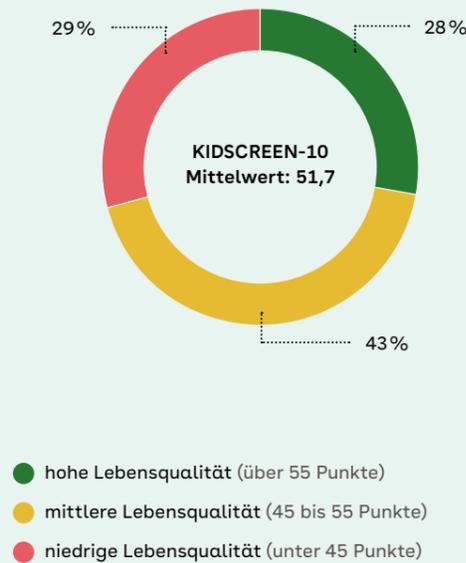
Die gesundheitliche Lebensqualität wird als subjektives, mehrdimensionales Konstrukt und als Indikator für das gesundheitliche Erleben und Verhalten in Forschung und Praxis verwendet (Baumgarten et al., 2019; Haverman et al., 2016). Studien weisen darauf hin, dass die gesundheitliche Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen und psychischen Auffälligkeiten geringer ist. Vor allem Asthma, Neurodermitis, ADHS und Adipositas wirken sich negativ auf die gesundheitliche Lebensqualität aus (Baumgarten et al., 2019).

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

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen im Rheinland und in Hamburg liegt im Mittel bei 51,7 Punkten (s. Abb. 6.4), gleichbedeutend mit einer mittleren Lebensqualität. Bei 28 Prozent der Kinder und Jugendlichen liegt der Mittelwert über 55 Punkten (= hohe Lebensqualität) und bei 29 Prozent unter 45 Punkten (= niedrige Lebensqualität).

Abb. 6.4: Lebensqualität der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen nach KIDSCREEN-10

Kategorisierung nach KIDSCREEN-10 Index
<https://www.kidscreen.org/deutsch/auswertung/>
 (abgerufen am 20.3.2024)
Basis: n = 4.163 Kinder ab 3 Jahren und nur wenn Angabe mind. 9 der 10 Eingangsfragen beantwortet



Signifikante Unterschiede treten zudem abhängig vom Alter des Kindes auf (s. Abb. 6.5): Von den 3- bis 6-Jährigen hat ca. ein Viertel eine hohe Lebensqualität (27%), die Hälfte eine mittlere Lebensqualität (49%) und ein Viertel eine niedrige Lebensqualität (24%). Die Anteile von hoher und niedriger Lebensqualität nähern sich mit zunehmendem Alter der Kinder und Jugendlichen an. So steigt der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit niedriger Lebensqualität von 24 Prozent bei den 3- bis 6-Jährigen auf 33 Prozent bei 14- bis 17-Jährigen. Gleichzeitig steigt auch der Anteil der Kinder mit hoher Lebensqualität von 27 Prozent bei den

3- bis 6-Jährigen auf 31 Prozent bei den 14- bis 17-Jährigen. Über alle Altersgruppen hinweg unterscheiden sich die Angaben der Eltern zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität ihrer Kinder nicht nach dem Geschlecht des Kindes (s. Abb. 6.5).

Der Rückgang der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem Alter des Kindes wird auch in anderen Studien bestätigt (Baumgarten et al., 2019). Dass der von Baumgarten et al. (2019) postulierte Rückgang bei Mädchen im Vergleich zu Jungen stärker ausfällt, kann in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden.

Abb. 6.5: Gesundheitsbezogene Lebensqualität auf Basis des KIDSCREEN-10 nach Alter und Geschlecht des Kindes

Kategorisierung nach KIDSCREEN-10 Index
Basis: 3- bis 17-jährige Kinder und nur wenn Angabe mind. 9 der 10 Eingangsfragen beantwortet

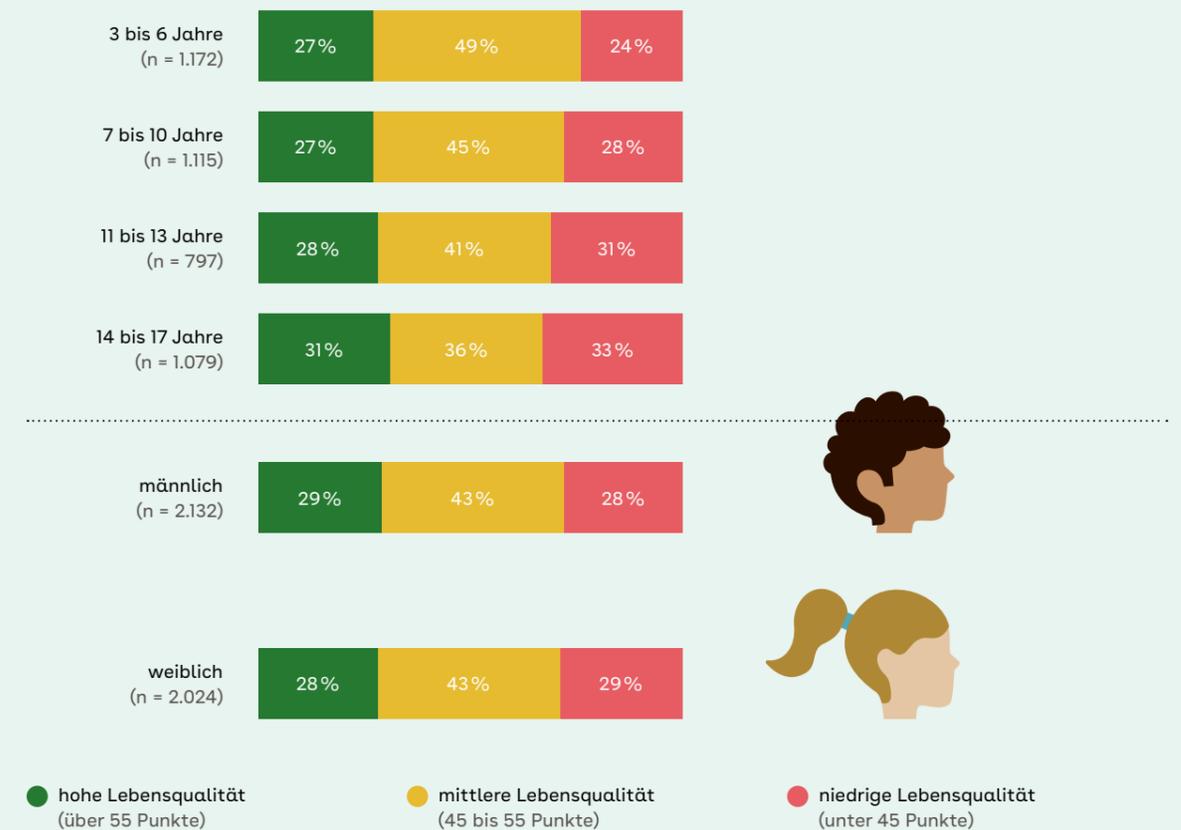
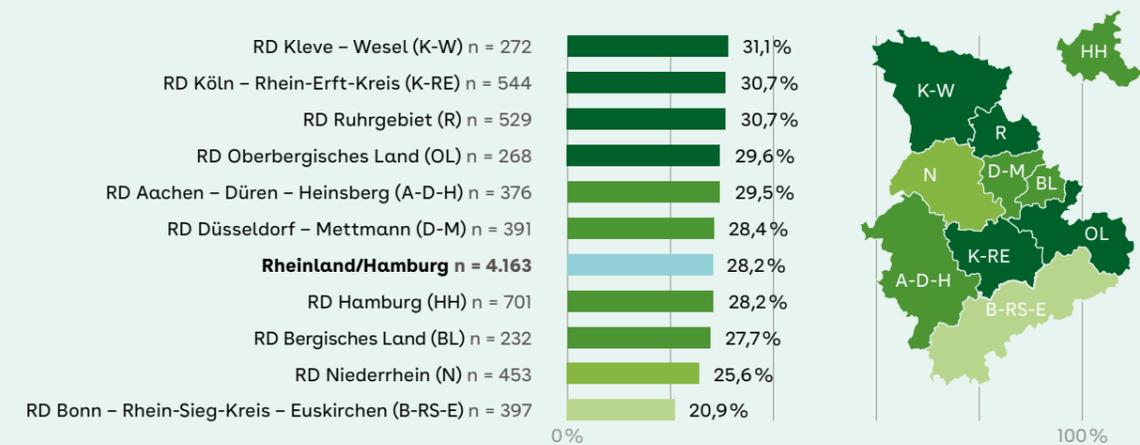


Abb. 6.6:
Anteile von Kindern mit hoher Lebensqualität auf Basis des KIDSCREEN-10 nach Regionaldirektionen

Anteile „hohe Lebensqualität: KIDSCREEN-Index >55 Punkte“.

Basis: Kinder ab 3 Jahren und nur wenn mind. 9 der 10 Eingangsfragen beantwortet



Unabhängig von Alter und Geschlecht treten auf regionaler Ebene signifikante Unterschiede auf (s. **Abb. 6.6**): Im Vergleich zum Durchschnitt ist der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit hoher Lebensqualität in der Regionaldirektion Bonn – Rhein-Sieg-Kreis –

Euskirchen niedriger (20,9%). Im Gegenzug ist in dieser Regionaldirektion auch der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit niedriger Lebensqualität signifikant höher (33,6%) als im Rheinland und Hamburg gesamt.



Einordnung gesundheitsbezogener Lebensqualität (KIDSCREEN-10) in die Studienlandschaft

Die KIGGS-Erhebung (Welle 2, 2014-2017) verweist für die Gruppe der 7- bis 10-Jährigen auf einen Gesamtskalenwert von 55,9 Punkten und für die Gruppe der 11- bis 13-Jährigen von 54,3 Punkten. Diese Werte liegen in der vorliegenden Studie mit 51,5 bzw. 51,4 Punkten etwas unterhalb dieses Niveaus.

In der aktuelleren AOK-Familienstudie (2022) zeigt sich bei 4- bis 14-Jährigen ein ähnliches Bild:

28 Prozent der Kinder haben eine niedrige (vorliegende Studie: 29% in der gleichen Altersgruppe), 46 Prozent eine mittlere (44%) und 26 Prozent eine hohe Lebensqualität (27%). Auch in einzelnen Altersgruppen sind die Ergebnisse vergleichbar. So liegen bei den 4- bis 6-Jährigen sowohl die Häufigkeiten für niedrige (26% in der vorliegenden Studie vs. 26% in der AOK-Familienstudie 2022), als auch für mittlere (46% vs. 48%) und hohe Skalenwerte (28% vs. 25%) nah beieinander. Bei den 7- bis 10-Jährigen zeigen sich ebenfalls homogene Ergebnisse: niedrige Lebensqualität 28 Prozent (vorliegende Studie) vs. 27 Prozent (AOK-Familienstudie, 2022), mittlere Lebensqualität 45 Prozent vs. 47 Prozent, hohe Lebensqualität 27 Prozent vs. 26 Prozent. Bei den 11- bis 14-Jährigen ist der Anteil an Kindern mit niedriger Lebensqualität in der vorliegenden Studie (32%) im Vergleich zur AOK-Familienstudie (29%) leicht erhöht, während der Anteil von Kindern mit mittlerer Lebensqualität leicht niedriger ist (vorliegende Studie: 41%, AOK-Familienstudie: 44%). Der Anteil an Kindern mit hoher Lebensqualität ist wiederum gleich hoch: 27 Prozent (in beiden Studien).

Gesundheitliche und psychische Beschwerden der Kinder und Jugendlichen aus Sicht der Eltern (HBSC)

Die psychosomatischen Gesundheitsbeschwerden wurden über die HBSC-Symptom-Checkliste für die 3- bis 17-Jährigen erhoben und umfassen acht gesundheitliche und psychische Beschwerden. Wenn ein Kind oder ein Jugendlicher von mindestens zwei dieser Beschwerden zumindest fast jede Woche betroffen ist, spricht man nach HBSC von multiplen psychosomatischen Beschwerden.

Von den erfragten Beschwerden tritt laut Angaben der Eltern Gereiztheit bzw. schlechte Laune am häufigsten auf – bei 13 Prozent der Kinder und Jugendlichen mindestens *mehrmals pro Woche* (s. **Abb. 6.7**). Außerdem gaben neun Prozent der Eltern an, dass ihr Kind mindestens *mehrmals pro Woche* schlecht einschlafen kann und sechs Prozent berichteten, dass ihr Kind *mehrmals pro Woche* nervös ist.

Abb. 6.7: Auftreten von psychosomatischen Beschwerden bei 3- bis 17-Jährigen

Basis: n = 4.163 (3- bis 17-jährige Kinder)

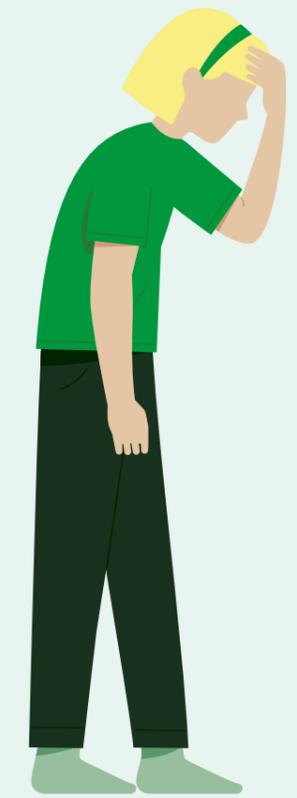
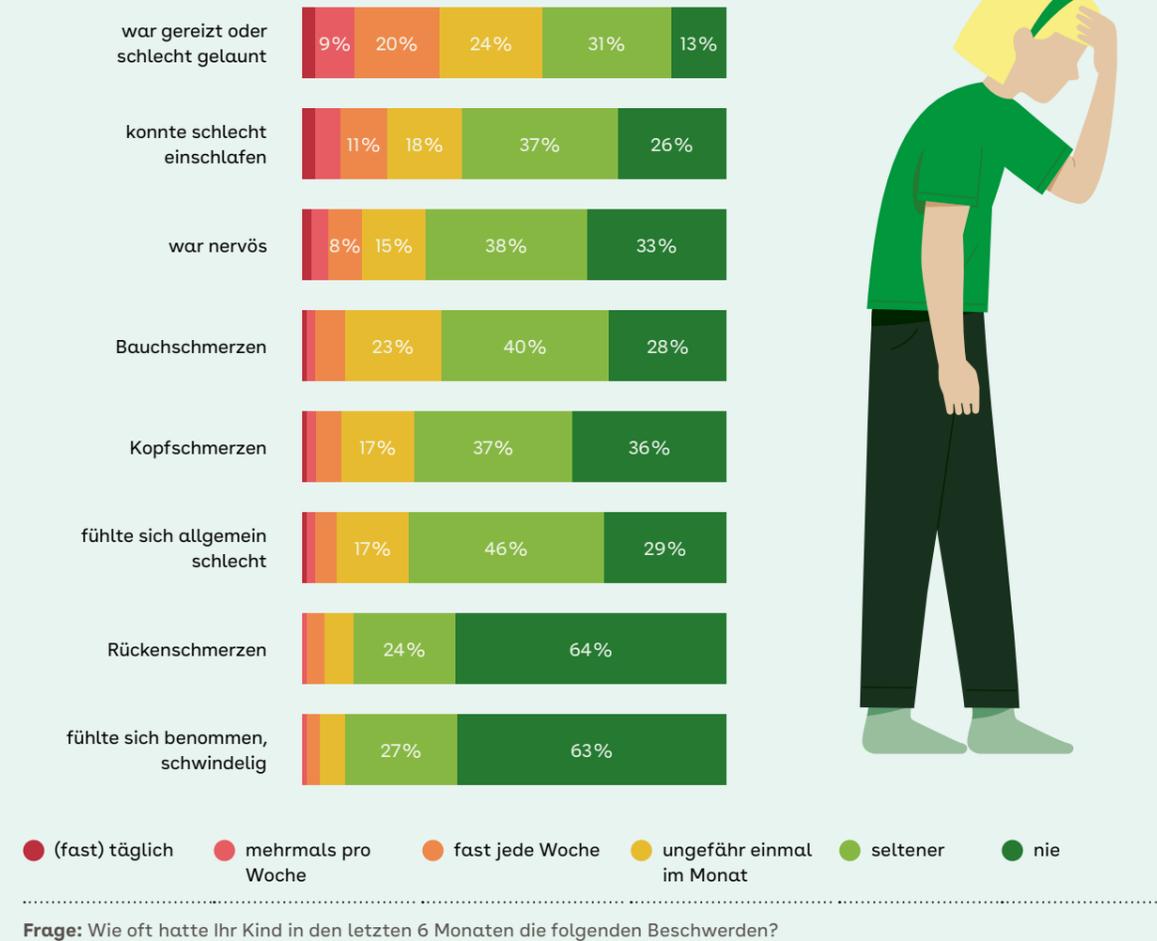
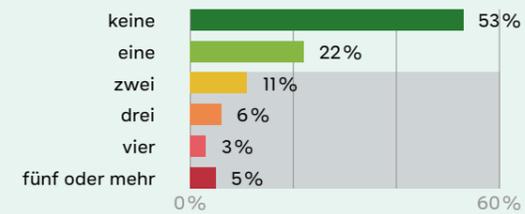


Abb. 6.8: Häufigkeit psychosomatischer Beschwerden

Darstellung der Häufigkeit des Vorkommens psychosomatischer Beschwerden (s. Abb. 6.7), die *fast jede Woche, mehrmals pro Woche oder (fast) täglich* auftreten. **Basis:** n = 4.163 (3- bis 17-jährige Kinder)



● 25% mit mind. zwei psychosomatischen Beschwerden

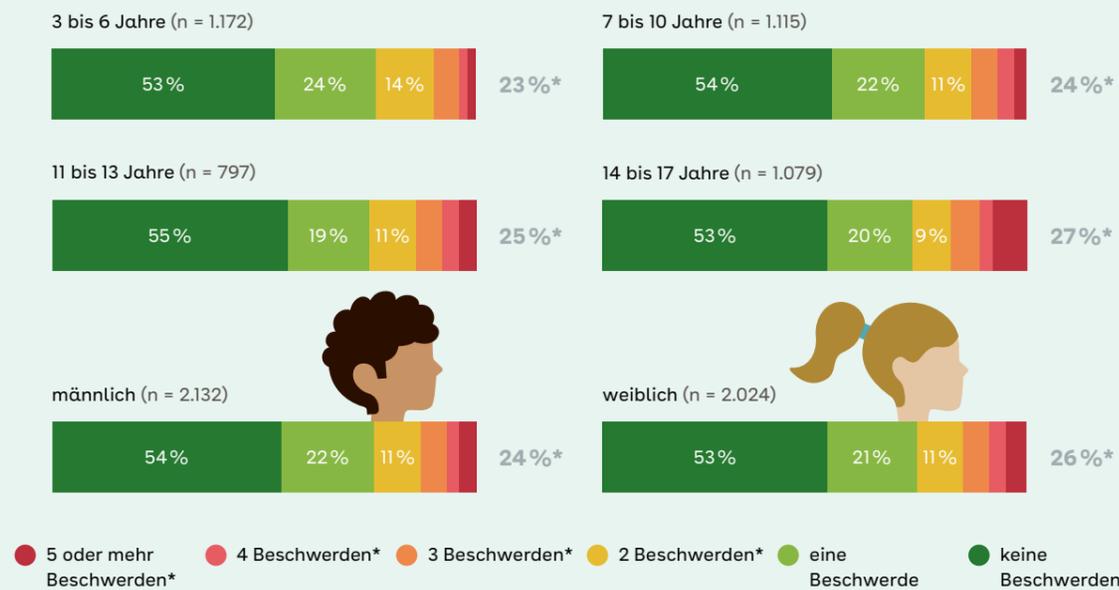
Frage: Wie oft hatte Ihr Kind in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden? (s. Abb. 6.7)

Laut Angaben der Eltern treten multiple psychosomatische Beschwerden – also mehrere der in Abbildung 6.7 genannten Beschwerden zumindest fast jede Woche – bei einem von vier Kindern und Jugendlichen (25%) auf (s. Abb. 6.8). Bei 22 Prozent wird zumindest noch von einer psychosomatischen Beschwerde berichtet. Etwas mehr als die Hälfte der Eltern (53%) nahmen keine psychosomatischen Beschwerden bei ihrem Kind wahr.

Laut den Angaben der Eltern unterscheidet sich das Auftreten von multiplen psychosomatischen Beschwerden nach Altersgruppen nur zwischen 3- bis 6-Jährigen und 14- bis 17-Jährigen signifikant (s. Abb. 6.9): Bei 14- bis 17-Jährigen treten multiple psychosomatische Beschwerden im Vergleich zu den 3- bis 6-Jährigen um vier Prozentpunkte häufiger auf (27% vs. 23%). Zudem tritt häufiger eine höhere Anzahl an Beschwerden auf: Während bei den 3- bis 6-Jährigen nur zwei Prozent der Eltern fünf oder mehr Beschwerden angeben, sind es bei den 14- bis 17-Jährigen acht Prozent. Altersgruppenübergreifend gibt es keine Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen.

Abb. 6.9: Anteil und Häufigkeit multipler psychosomatischer Beschwerden (HBSC) nach Altersgruppe und Geschlecht des Kindes

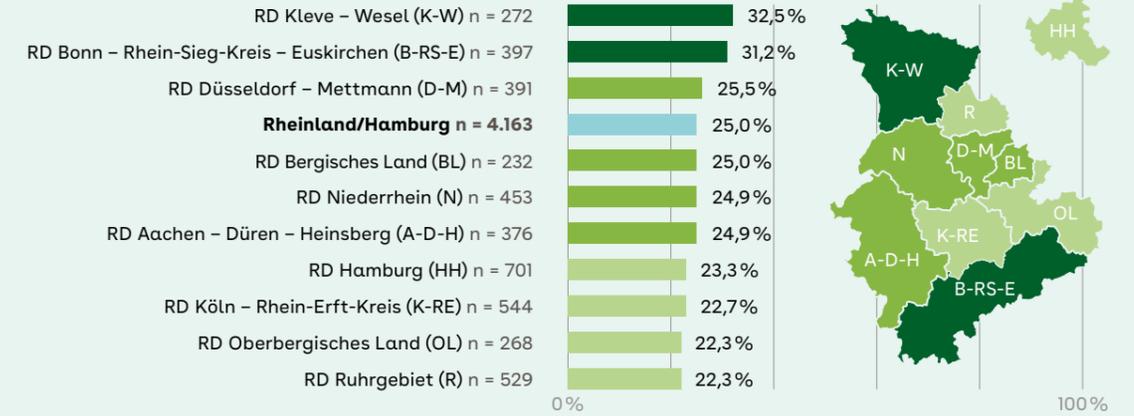
Darstellung der Häufigkeit des Vorkommens psychosomatischer Beschwerden (s. Abb. 6.7), die *fast jede Woche, mehrmals pro Woche oder (fast) täglich* auftreten sowie der Häufigkeit multipler psychosomatischer Beschwerden, d. h. mind. zwei Beschwerden treten *fast jede Woche, mehrmals pro Woche oder (fast) täglich* auf. **Basis:** 3- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wie oft hatte Ihr Kind in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden? (s. Abb. 6.7)
* multiple psychosomatische Beschwerden

Abb. 6.10: Anteil multiple psychosomatische Beschwerden (HBSC) nach Regionaldirektion

Angaben in Anteil multiple psychosomatische Beschwerden, d. h. mind. zwei Beschwerden (s. Abb. 6.8) *treten fast jede Woche, mehrmals pro Woche oder (fast) täglich* auf. **Basis:** 3- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wie oft hatte Ihr Kind in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden? (s. Abb. 6.7)

Es zeigen sich signifikante regionale Unterschiede (s. Abb. 6.10): In den Regionaldirektionen Kleve – Wesel (32,5%) und Bonn – Rhein-Sieg-Kreis – Euskirchen (31,2%) treten multiple psychosomatische Beschwerden im Vergleich zum Durchschnitt (25,0%) häufiger auf.

Exkurs

Einordnung gesundheitlicher und psychischer Beschwerden (HBSC) in die Studienlandschaft

Laut HBSC-Studie (2017/18) berichteten 27 Prozent der 11-, 13- und 15-Jährigen selbst von multiplen psychosomatischen Beschwerden. In 2022 (nach der Corona-Pandemie) stieg der Anteil sprunghaft auf 42 Prozent an. In der vorliegenden Studie nahmen 24 Prozent der Eltern der 11-, 13- und 15-Jährigen multiple psychosomatische Beschwerden bei ihrem Kind wahr.

In der AOK-Familienstudie (2022) berichten 14 Prozent der befragten Eltern von 4- bis 14-Jährigen von multiplen psychosomatischen Beschwerden. In der vorliegenden Studie liegt dieser Anteil in der gleichen Altersgruppe bei 25 Prozent. Auch innerhalb der einzelnen Altersgruppen gibt es Differenzen: So liegt der Anteil an 4- bis 6-Jährigen mit multiplen psychosomatischen Beschwerden in der AOK-Familienstudie bei 15 Prozent (24% in der vorliegenden Studie), der Anteil an 7- bis 10-Jährigen bei 13 Prozent (24%) und bei 11- bis 14-Jährigen sind es 14 Prozent (26%).

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

Verschiedene belastende Lebensumstände, z. B. erwerbslose und psychisch kranke Eltern, allein-erziehende Mütter oder Väter (Hähnle et al., 2020) sowie eine niedrige Bildung der Eltern (Gossmann et al., 2023) sind Risikofaktoren für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. So sind diese Kinder und Jugendlichen u. a. besonders gefährdet psychische Störungen zu entwickeln (Gossmann et al., 2023; Hähnle et al., 2020).

Eine ganze Reihe von Lebensumständen und sozio-demographischen Merkmalen der Eltern können sich belastend auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auswirken (Gossmann et al., 2023; Hähnle et al., 2020). Davon wurden in der vorliegenden Studie die folgenden Variablen erfasst:

- Erziehungsverantwortung:**
 17 Prozent der befragten Eltern sind allein für das Kind verantwortlich. 19 Prozent sind überwiegend für die Erziehung des Kindes verantwortlich.
- Gesundheitszustand des befragten Elternteils:**
 Fünf Prozent der befragten Eltern geben an, dass ihr Gesundheitszustand *schlecht* oder *sehr schlecht* ist. 23 Prozent der Eltern schätzen den eigenen Gesundheitszustand als *mittelmäßig* ein.
- Erwerbssituation des befragten Elternteils:**
 Drei Prozent der befragten Eltern sind arbeitssuchend.
- höchster Schul- oder Bildungsabschluss des befragten Elternteils:**
 Bei 13 Prozent der befragten Eltern ist der Volks-/Hauptschulabschluss der höchste Schul- bzw. Bildungsabschluss, bei 22 Prozent der Mittel- bzw. Realschulabschluss, bei 30 Prozent das (Fach-)Abitur und bei 34 Prozent ist es ein Hochschulabschluss (z. B. Bachelor, Master, Diplom).

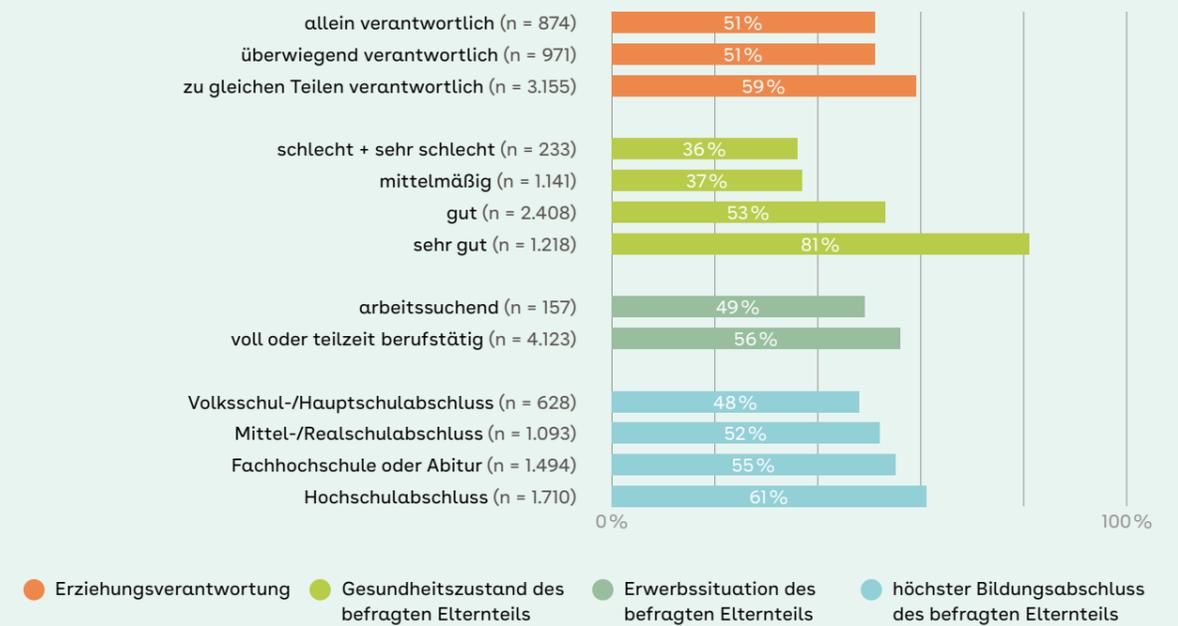
Der subjektive Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen wird von 51 Prozent der alleinerziehenden Eltern und von 51 Prozent der für die Erziehung überwiegend verantwortlichen Eltern als *sehr gut* eingeschätzt und von ihnen damit signifikant kritischer beurteilt als von Eltern, die sich mit ihrem Partner oder ihrer Partnerin die Erziehungsarbeit teilen (59%) (s. Abb. 6.11).

Noch deutlicher wird der Unterschied in Bezug auf den Gesundheitszustand der Eltern: Wenn das Elternteil den eigenen Gesundheitszustand als *sehr schlecht* oder *schlecht* einschätzt, dann wird

der Gesundheitszustand des Kindes signifikant schlechter wahrgenommen (36%) als von Eltern, die ihren Gesundheitszustand als *mittelmäßig* (37%), *gut* (53%) oder *sehr gut* (81%) beurteilen. Auch arbeitssuchende Personen schätzen den Gesundheitszustand ihres Kindes signifikant schlechter ein (49%) als Eltern, die in Voll- oder Teilzeit arbeiten (56%). Eltern, die als höchsten Schul- bzw. Bildungsabschluss die Volks-/Hauptschule (48%) oder die Mittel-/Realschule (52%) angeben, schätzen den Gesundheitszustand ihres Kindes signifikant schlechter ein als Eltern mit (Fach-)Abitur (55%) oder Hochschulabschluss (61%).

Abb. 6.11: Anteil sehr guter subjektiver Gesundheitszustand (WHO) des Kindes nach Lebensumständen

Angaben in Anteil *sehr gut*.
 Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



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

Auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität (KIDSCREEN-10) unterscheidet sich je nach Erziehungsverantwortung und Gesundheitszustand des befragten Elternteils signifikant (**s. Abb. 6.12**). Kinder von allein oder überwiegend verantwortlichen Eltern haben signifikant häufiger eine niedrige Lebensqualität (35 bzw. 36 %) als Kinder von Eltern, die die Erziehung des Kindes gleichberechtigt übernehmen (25%). Noch deutlicher wird der Unterschied in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand des befragten Elternteils. Wenn dieses den eigenen Gesundheitszustand als *sehr schlecht* oder *schlecht* beurteilt, dann ist in 45 Prozent der Fälle die Lebensqualität des Kindes niedrig. Je besser die Eltern ihren Gesundheitszustand einschätzen, desto geringer

wird der Anteil an Kindern mit niedriger Lebensqualität (bis 15% bei Eltern mit sehr gutem Gesundheitszustand) und desto größer wird der Anteil an Kindern mit hoher Lebensqualität (bis 46%). Bezüglich des höchsten Bildungs- bzw. Schulabschlusses des befragten Elternteils ergibt sich kein eindeutiges Bild: Zwar ist der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit niedriger Lebensqualität von Eltern mit Volks-/Hauptschulabschluss signifikant höher (33%) als bei Eltern mit Hochschulabschluss (25%), dennoch ist der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit hoher Lebensqualität bei beiden Gruppen auf ähnlichem Niveau (31% bei Volks-/Hauptschulabschluss, 28% bei Hochschulabschluss).

Das Aufkommen von multiplen psychosomatischen Beschwerden (HBSC) zeigt sich für alle vier Lebensumstände (Erziehungsverantwortung, Gesundheitszustand, Erwerbssituation und höchster Bildungsabschluss) des befragten Elternteils signifikant unterschiedlich (**s. Abb. 6.13**).

Laut Angaben der Eltern sind 3- bis 17-Jährige Kinder von allein und überwiegend für die Erziehung verantwortlichen Eltern (je 31%) von multiplen psychosomatischen Beschwerden häufiger betroffen als Kinder von Eltern, die sich die Erziehungsverantwortung paritätisch teilen (22%).

Abb. 6.12: Gesundheitliche Lebensqualität (KIDSCREEN-10) des Kindes nach Lebensumständen

Kategorisierung nach KIDSCREEN-10 Index

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder und nur wenn Angabe mind. 9 der 10 Eingangsfragen beantwortet

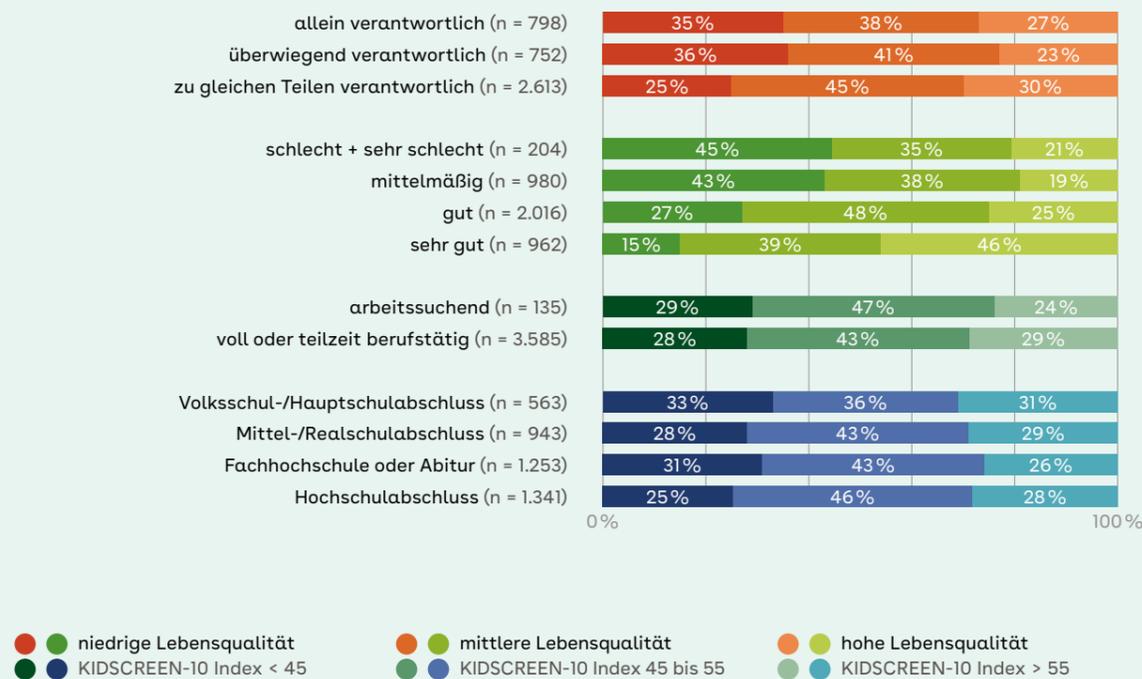
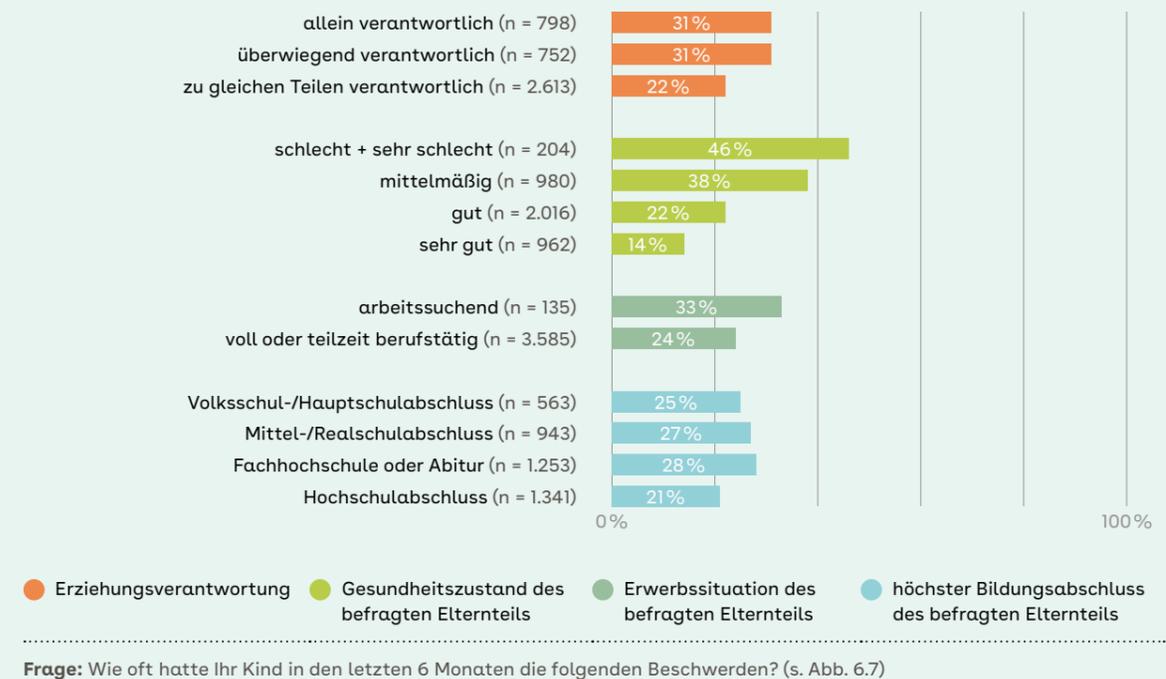


Abb. 6.13: Multiple psychosomatische Beschwerden (HBSC) des Kindes nach Lebensumständen

Darstellung der Häufigkeit multipler psychosomatischer Beschwerden (siehe Abb. 6.7), d. h. mind. zwei Beschwerden treten fast jede Woche, mehrmals pro Woche oder (fast) täglich auf. **Basis:** 3- bis 17-jährige Kinder



Zudem nimmt der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit multiplen psychosomatischen Beschwerden linear zu, je schlechter der Gesundheitszustand des Elternteils eingeschätzt wird: Wird der Gesundheitszustand als *sehr schlecht* oder *schlecht* beschrieben, hat fast die Hälfte der Kinder und Jugendlichen (46%) multiple psychosomatische Beschwerden – bei *mittelmäßigem* Gesundheitszustand sind es 38 Prozent, bei *gutem* 22 Prozent und bei *sehr gutem* nur noch 14 Prozent. Wenn der befragte Elternteil arbeitssuchend ist, dann hat laut Angabe der Eltern jedes dritte Kind (33%) multiple psychosomatische Beschwerden. Das ist signifikant häufiger als bei Voll- oder Teilzeitbeschäftigten (24%).

Der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit – laut Angaben der Eltern – multiplen psychosomatischen Beschwerden ist für Kinder von Eltern mit Volks-/Hauptschulabschluss (25%), Mittel-/Realschulabschluss (27%) und (Fach-)Abitur (28%) auf ähnlichem Niveau. Nur Eltern mit Hochschulabschluss berichten signifikant seltener von multiplen psychosomatischen Beschwerden (21%) bei ihrem Kind.

Insgesamt wird deutlich: Je mehr dieser belastenden Lebensumstände auftreten, desto schlechter wird der Gesundheitszustand des Kindes durch die Eltern wahrgenommen. Ebenso steigt die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind unter multiplen psychosomatischen Beschwerden leidet und seine Lebensqualität niedrig ist.

Der subjektive Gesundheitszustand und die gesundheitliche Lebensqualität des Kindes, aber auch die Wahrscheinlichkeit des Aufkommens von multiplen psychosomatischen Beschwerden hängen vor allem vom Gesundheitszustand der Eltern ab. Auch eine nicht gleichmäßige Verteilung der Verantwortung für die Kindererziehung begünstigt eine niedrigere gesundheitliche Lebensqualität sowie das Aufkommen von multiplen psychosomatischen Beschwerden. Ebenso geht es Kindern von arbeitssuchenden Personen und Personen mit niedriger Bildung häufiger gesundheitlich schlechter.



Fazit: Insgesamt geht es den Kindern und Jugendlichen aus dem Rheinland und Hamburg gesundheitlich gut. Je älter die Kinder und Jugendlichen werden, desto eher befindet sich deren Lebensqualität nicht mehr im Mittel, sondern ist eher an beiden Enden des Spektrums verortet – also besonders niedrig oder besonders hoch.

Zudem steigt mit dem Alter die Wahrscheinlichkeit, unter multiplen psychosomatischen Beschwerden zu leiden. Nicht nur das Alter des Kindes, sondern auch bestimmte Lebensumstände der Eltern, wie deren Gesundheitszustand, Bildung, Erwerbssituation und Erziehungsverantwortung, erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass es dem Kind nicht gut geht.

Kapitel 7:

Akute Erkrankungen und Symptome

Nach der ausführlichen Betrachtung der chronischen Erkrankungen sowie allgemeiner Indikatoren der Gesundheit in den vorherigen Kapiteln richtet sich der Fokus nun auf akute Erkrankungen und Symptome, die im Kindesalter häufig auftreten. Akute Erkrankungen zeichnen sich durch einen plötzlichen Beginn aus, verschlimmern

sich und erreichen schnell einen Höhepunkt (Fangerau & Franzkowiak, 2022). Sie klingen in der Regel von selbst ab oder sind medizinisch behandelbar, hinterlassen meist wenig Komplikationen und führen nur selten zu chronischen Folgen (Fangerau & Franzkowiak, 2022).



Von den 15 innerhalb dieser Studie untersuchten akuten Erkrankungen und Symptomen werden hier fünf akute Symptome gemäß ICD-10 herausgegriffen und genauer betrachtet:

Fieber: Als Schutzreaktion des Körpers erhöht sich die Körpertemperatur, ab 38,5 Grad Celsius spricht man von Fieber (BVKJ, n. d. d).

Übelkeit und Erbrechen: Ursachen sind häufig Nahrungsmittel, Aufregung, Infektionserkrankungen oder Magen-Darm-Infektionen (BVKJ, n. d. c).

Hautausschlag/Ekzem:

Ausschläge treten häufig im Zusammenhang mit Krankheiten wie Scharlach, Masern, Windpocken oder Ringelröteln auf (BZgA, 2018). Ursachen von Ekzemen sind bspw. Kontakt zu reizenden Stoffen (s. ICD-10) oder chronische Neurodermitis/Dermatitis (s. Kapitel 5.8).

Kopfschmerzen: Ursache können bspw. Muskelverspannungen, ein grippaler Infekt (BVKJ, n. d. f) oder chronische Migräne sein (s. Kapitel 5.10).

Bauch- und Beckenschmerzen:

Verdauungsprobleme, Darminfektionen, mehrere Tage ohne Stuhlgang sowie Ängste und Stress können Ursachen sein (BZgA, 2022). Bei älteren Mädchen kann es sich zudem um Regelschmerzen handeln (IQWiG, 2023).

Im Folgenden werden jeweils die Angaben aller Eltern, die das jeweilige Symptom bei ihrem 0- bis 17-jährigen Kind in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal festgestellt oder vermutet haben, zusammenfassend ausgewertet.

Akute Symptome bei 0- bis 17-Jährigen im Rheinland und in Hamburg

Symptome in den letzten 12 Monaten festgestellt/vermutet

- Fieber bei 61%
- Übelkeit und Erbrechen bei 39%
- Hautausschlag/ Ekzem bei 21%
(besonders häufig ärztlich abgeklärt)
- Kopfschmerzen bei 39%
(besonders selten ärztlich abgeklärt)
- Bauch- und Beckenschmerzen bei 32%



Belastungen

stark belastete Kinder
34% bis 60% mit Arztbesuch/
18% bis 38% ohne Arztbesuch
(je nach Symptom)

stark belastete Eltern
32% bis 57% mit Arztbesuch/
20% bis 37% ohne Arztbesuch
(je nach Symptom)



Wissen und Bedarfe

70% bis 86% / 63% bis 82%
wissen, an wen sie sich wenden können (je nach Symptom)

66% bis 77% / 60% bis 77%
sind sicher, dass ihr Kind die bestmögliche Versorgung erhält (je nach Symptom)

35% bis 44% / 25% bis 29%
geben hohen Informationsbedarf an (je nach Symptom)

● Erkrankung festgestellt/vermutet und Arzt aufgesucht ● Erkrankung festgestellt/vermutet und keinen Arzt aufgesucht

Auftreten von akuten Symptomen



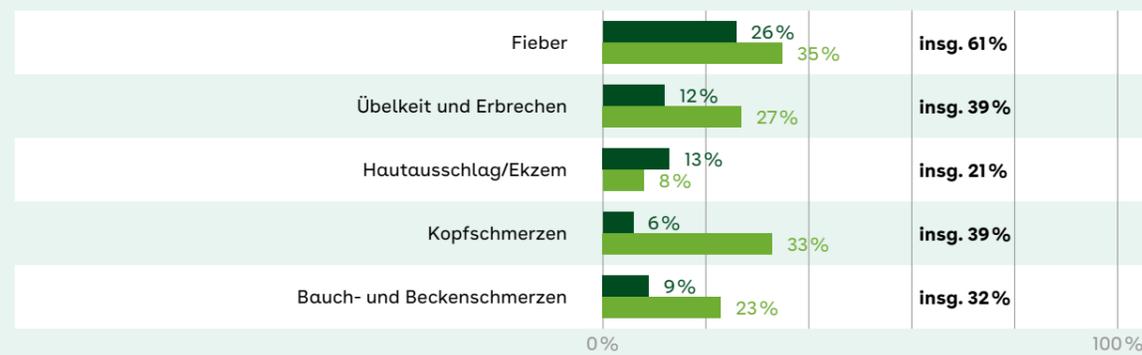
Fieber tritt häufig auf, in den letzten zwölf Monaten haben etwa sechs von zehn Eltern Fieber bei ihrem Kind festgestellt oder vermutet (**s. Abb. 7.1**). Auch Übelkeit und Erbrechen sowie Kopfschmerzen betreffen viele Kinder, nach Angaben der Eltern waren jeweils etwa vier von zehn Kindern in den letzten zwölf Monaten davon betroffen. Von Bauch- und Beckenschmerzen bei ihrem Kind in den letzten zwölf Monaten berichten etwa drei von zehn der Eltern, von Hautausschlägen/Ekzemen etwa zwei von zehn.

Besonders häufig ärztlich abgeklärt werden Hautausschläge/Ekzeme sowie Fieber. Kopfschmerzen sind dagegen nur selten Anlass für einen Arztbesuch.

Innerhalb dieser Studie traten somit alle fünf akuten Erkrankungen in den letzten zwölf Monaten bei mehr Kindern auf, als Kinder von dem häufigsten chronischen Erkrankungscluster betroffen sind (13% aller Kinder haben eine aktuelle Diagnose oder einen Verdacht auf eine psychische Erkrankung, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung).

Abb. 7.1: Auftreten von akuten Symptomen

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



● Erkrankung festgestellt/vermutet und Arzt aufgesucht ● Erkrankung festgestellt/vermutet und keinen Arzt aufgesucht

Frage: Kommen wir nun einmal zu zurückliegenden oder aktuellen akuten Erkrankungen Ihres Kindes. Akute Erkrankungen beginnen plötzlich, verschlimmern sich und spitzen sich zu einem Höhepunkt zu. Sie klingen von selbst ab und/oder sind in der Regel meist medizinisch behandelbar. Dabei hinterlassen sie wenig Komplikationen und nur in Ausnahmefällen chronische Folgen. Zu welchen der folgenden akuten Themen waren Sie in den letzten 12 Monaten mit Ihrem Kind beim Arzt? Bei welchen dieser Themen haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Erkrankung Ihres Kindes selbst festgestellt oder vermutet, waren aber nicht beim Arzt? Zu Arztbesuchen zählen Besuche beim Kinderarzt, Hausarzt, Facharzt oder auch im Krankenhaus.

Die Häufigkeit aller Symptome unterscheidet sich nach Angaben der Eltern signifikant zwischen den Altersgruppen (**s. Tab. 7.1**): Aufgrund von Fieber sowie Übelkeit und Erbrechen suchen vor allem Eltern von 0- bis 10-Jährigen mit ihrem Kind einen Arzt bzw. eine Ärztin auf, Übelkeit und Erbrechen ohne ärztliche Abklärung betrifft vor allem die Altersgruppen der 3- bis 6- sowie 7- bis 10-Jährigen. Auch Arztbesuche wegen Hautausschlägen/Ekzemen betreffen vor allem jüngere Kinder, in diesem Fall die 0- bis 6-Jährigen.

Anders verhält es sich bei Kopfschmerzen: Die Eltern von 0- bis 2-Jährigen suchen mit ihrem Kind seltener wegen Kopfschmerzen einen Arzt oder eine Ärztin auf (2%) als Eltern älterer Kinder (6% bzw. 7%). Kopfschmerzen ohne ärztliche Abklärung treten mit zunehmendem Alter häufiger auf. Bauch- und Beckenschmerzen ohne ärztliche Abklärung treten bei den 3- bis 6-Jährigen etwas häufiger auf als bei den 0- bis 2-Jährigen und bei den 7- bis 17-Jährigen nochmals häufiger.

Über alle Altersgruppen ergeben sich nach Angaben der Eltern für zwei der Symptome signifikante Unterschiede nach Geschlecht (**s. Tab. 7.2**): Laut Elternangaben wurde bei mehr Mädchen (11% der Jungen, 14% der Mädchen) ein Hautausschlag/Ekzem ärztlich abgeklärt. Zudem treten Bauch- und Beckenschmerzen ohne ärztliche Abklärung insbesondere bei Mädchen auf (21% bei Jungen, 26% bei Mädchen).

Tab. 7.1: Auftreten von akuten Symptomen nach Altersgruppe

	festgestellt/vermutet und ...	0 bis 2 Jahre	3 bis 6 Jahre	7 bis 10 Jahre	11 bis 13 Jahre	14 bis 17 Jahre
		(n = 837)	(n = 1.172)	(n = 1.115)	(n = 797)	(n = 1.079)
Fieber	Arzt aufgesucht	36%	38%	23%	16%	14%
	keinen Arzt aufgesucht	37%	38%	41%	30%	27%
Übelkeit und Erbrechen	Arzt aufgesucht	14%	17%	12%	8%	8%
	keinen Arzt aufgesucht	20%	32%	32%	24%	24%
Hautausschlag/Ekzem	Arzt aufgesucht	20%	16%	10%	9%	9%
	keinen Arzt aufgesucht	8%	10%	9%	7%	7%
Kopfschmerzen	Arzt aufgesucht	2%	6%	7%	7%	7%
	keinen Arzt aufgesucht	8%	22%	40%	46%	50%
Bauch- und Beckenschmerzen	Arzt aufgesucht	8%	9%	9%	9%	9%
	keinen Arzt aufgesucht	14%	22%	27%	27%	26%

Tab. 7.2: Auftreten von akuten Symptomen nach Geschlecht

	festgestellt/vermutet und ...	männlich (n = 2.559)	weiblich (n = 2.433)
Fieber	Arzt aufgesucht	26%	26%
	keinen Arzt aufgesucht	35%	35%
Übelkeit und Erbrechen	Arzt aufgesucht	13%	12%
	keinen Arzt aufgesucht	28%	27%
Hautausschlag/Ekzem	Arzt aufgesucht	11%	14%
	keinen Arzt aufgesucht	8%	9%
Kopfschmerzen	Arzt aufgesucht	6%	6%
	keinen Arzt aufgesucht	33%	34%
Bauch- und Beckenschmerzen	Arzt aufgesucht	8%	9%
	keinen Arzt aufgesucht	21%	26%

Basis: 0- bis 17-jährige Kinder

Frage: Kommen wir nun einmal zu zurückliegenden oder aktuellen akuten Erkrankungen Ihres Kindes. Akute Erkrankungen beginnen plötzlich, verschlimmern sich und spitzen sich zu einem Höhepunkt zu. Sie klingen von selbst ab und/oder sind in der Regel meist medizinisch behandelbar. Dabei hinterlassen sie wenig Komplikationen und nur in Ausnahmefällen chronische Folgen. Zu welchen der folgenden akuten Themen waren Sie in den letzten 12 Monaten mit Ihrem Kind beim Arzt? Bei welchen dieser Themen haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Erkrankung Ihres Kindes selbst festgestellt oder vermutet, waren aber nicht beim Arzt? Zu Arztbesuchen zählen Besuche beim Kinderarzt, Hausarzt, Facharzt oder auch im Krankenhaus. (Basis und Frage beziehen sich auf Tab. 7.1 und 7.2).

Belastung der Kinder und der Eltern



Die Belastung aufgrund der akuten Symptome fällt sowohl für Kinder als auch für Eltern dann höher aus, wenn ein Arzt bzw. eine Ärztin aufgesucht wird, als in Fällen, in denen keine Arztpraxis aufgesucht wird. Bezüglich der meisten Symptome ist dieser Unterschied so groß, dass er statistisch signifikant ausfällt (s. **Abb. 7.2.1** und **Abb. 7.2.2**). Besonders häufig als *eher stark* bzw. *sehr stark* belastend für Kinder und Eltern eingeschätzt wird Übelkeit und Erbrechen.

Insbesondere im Falle eines Arztbesuches geben die Eltern zudem bei Kopfschmerzen etwa in 50 Prozent der Fälle eine *eher starke* bzw. *sehr starke* Belastung für ihr Kind und bei Bauch- und Beckenschmerzen für sich an.

Zum Vergleich: Die abgefragten diagnostizierten oder vermuteten chronischen Erkrankungen belasten im Durchschnitt 32 Prozent der Kinder und 34 Prozent der Eltern *eher stark* bzw. *sehr stark*.

Subjektiver Wissensstand sowie Informationsbedarfe und -kanäle



Kenntnis von Anlaufstellen

Von den betroffenen Eltern stimmen etwa sieben bis acht von zehn der Aussage *eher* bzw. *voll und ganz* zu, dass sie genau wissen, an wen bzw. wohin sie sich in Bezug auf eine bestmögliche Versorgung ihres Kindes wenden können – im Kontext von Bauch- und Beckenschmerzen sowie von Hautausschlägen/ Ekzemen tendenziell sieben von zehn und bei den anderen drei Symptomen tendenziell acht von zehn (s. **Abb. 7.3**).

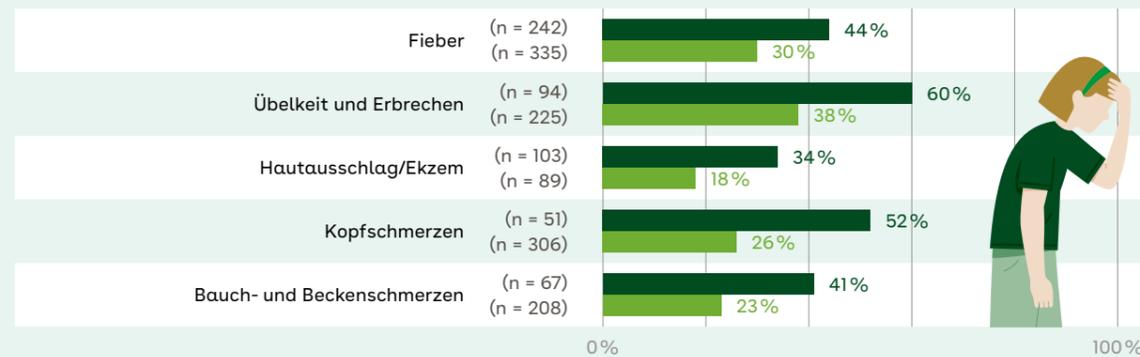
Der Anteil der Eltern, die dieser Aussage *eher* bzw. *voll und ganz* zustimmen, unterscheidet sich für keines der fünf akuten Symptome signifikant danach, ob eine Arztpraxis aufgesucht wurde oder nicht.

Zum Vergleich: Bei den abgefragten chronischen Erkrankungen wissen im Durchschnitt etwa sechs von zehn Eltern, bei deren Kind eine der betrachteten chronischen Erkrankungen diagnostiziert ist oder vermutet wird, an wen bzw. wohin sie sich wenden können (58%).

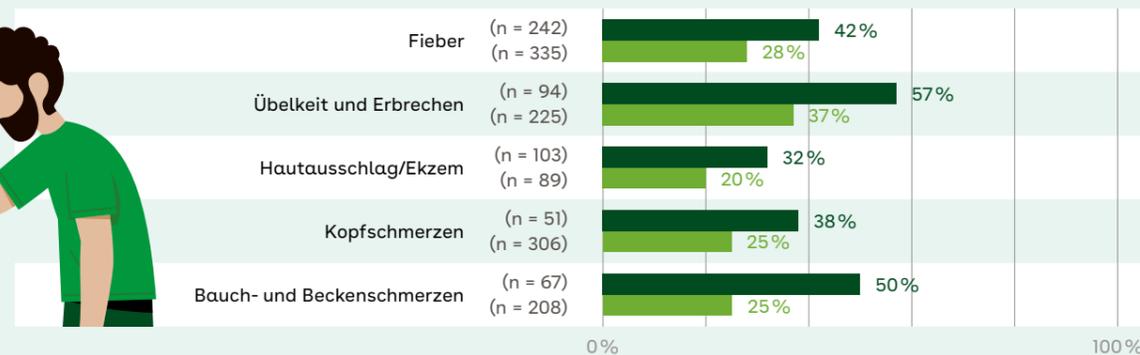
Abb. 7.2: Belastung für das Kind und die Eltern, abhängig davon, ob Arzt aufgesucht wurde

Dargestellt werden Antwortoptionen *sehr stark* + *eher stark*.
Basis: 0- bis 17-jährige Kinder

1) Belastung der Kinder



2) Belastung der Eltern

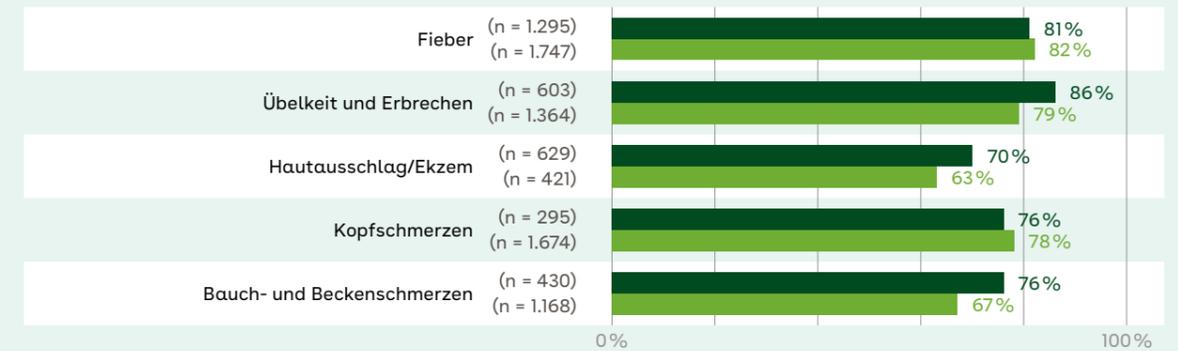


● Erkrankung festgestellt/vermutet und Arzt aufgesucht ● Erkrankung festgestellt/vermutet und keinen Arzt aufgesucht

Frage: Wie stark hat Sie bzw. Ihr Kind diese Erkrankung belastet?

Abb. 7.3: Kenntnis von Anlaufstellen, abhängig davon, ob Arzt aufgesucht wurde

Dargestellt werden Antwortoptionen *stimme voll und ganz* zu + *stimme eher* zu.
Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



● Erkrankung festgestellt/vermutet und Arzt aufgesucht ● Erkrankung festgestellt/vermutet und keinen Arzt aufgesucht

Frage: Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu? Ich wusste genau, an wen bzw. wohin ich mich in Bezug auf eine bestmögliche gesundheitliche Versorgung meines Kindes wenden kann.

Sicherheit bezüglich bestmöglicher Versorgung des Kindes

Von den betroffenen Eltern stimmen etwa sechs bis acht von zehn der Aussage *eher bzw. voll und ganz* zu, dass sie sich sicher sind, dass ihr Kind die bestmögliche gesundheitliche Versorgung erhielt, die es benötigte (s. **Abb. 7.4**). Bei Bauch- und Beckenschmerzen sowie bei Hautausschlägen/

Ekzemen fällt die Zustimmung zur Aussage ebenfalls tendenziell etwas geringer aus, als bei den anderen drei Symptomen.

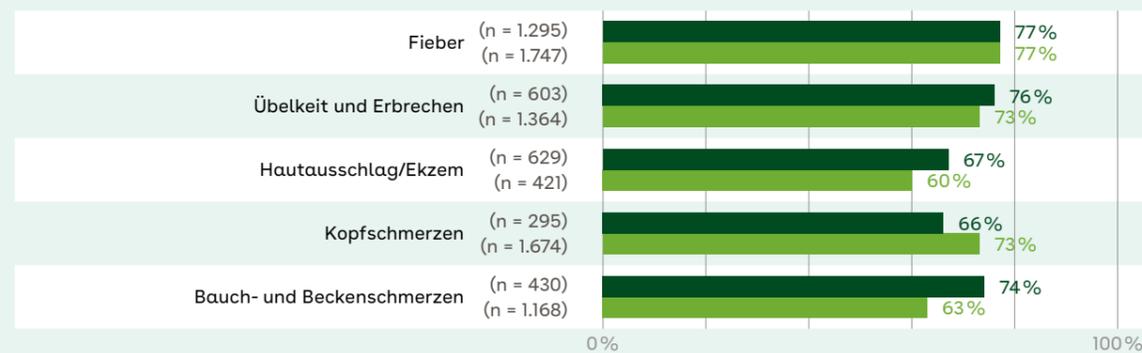
Auch bei dieser Aussage ist der Anteil der Eltern, die *eher bzw. voll und ganz* zustimmen, für keines der fünf akuten Symptome signifikant unterschiedlich abhängig davon, ob eine Arztpraxis aufgesucht wurde oder nicht.

Zum Vergleich: Bei den abgefragten chronischen Erkrankungen ist im Durchschnitt etwas mehr als die Hälfte der Eltern, bei deren Kind eine der betrachteten chronischen Erkrankungen diagnostiziert oder vermutet wurde, sicher, dass ihr Kind die bestmögliche gesundheitliche Versorgung erhält (56%).



Abb. 7.4: Sicherheit bezüglich bestmöglicher Versorgung des Kindes, abhängig davon, ob Arzt aufgesucht wurde

Dargestellt werden Antwortoptionen *stimme voll und ganz zu* + *stimme eher zu*.
Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



● Erkrankung festgestellt/vermutet und Arzt aufgesucht ● Erkrankung festgestellt/vermutet und keinen Arzt aufgesucht

Frage: Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu? Ich war jederzeit sicher, dass mein Kind die bestmögliche gesundheitliche Versorgung erhielt, die es benötigte.

Subjektiver Informationsbedarf

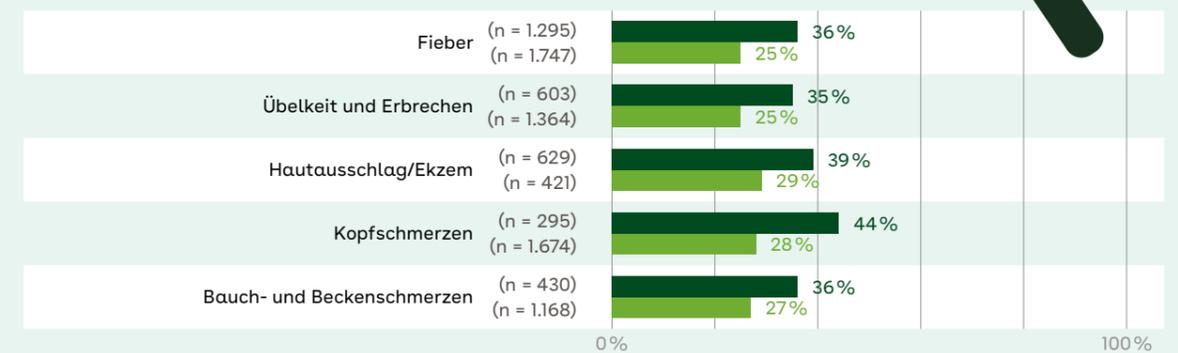
Bei allen fünf akuten Symptomen fällt auf, dass die Eltern ihren persönlichen Bedarf, mehr oder besser über dieses Symptom informiert zu sein, häufiger als *eher* oder *sehr hoch* einschätzen, wenn eine Arztpraxis aufgesucht wurde, als wenn dies nicht geschah (s. **Abb. 7.5**). Bei Kopfschmerzen ist der subjektive Informationsbedarf dann besonders hoch.

Zum Vergleich: Bei chronischen Erkrankungen liegt der subjektive Informationsbedarf der Eltern, deren Kinder von einer Diagnose oder einem Verdacht betroffen sind, über die chronischen Erkrankungen hinweg gemittelt bei 35 Prozent.



Abb. 7.5: Subjektiver Informationsbedarf, abhängig davon, ob Arzt aufgesucht wurde

Dargestellt werden Antwortoptionen *sehr hoch* + *eher hoch*.
Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



● Erkrankung festgestellt/vermutet und Arzt aufgesucht ● Erkrankung festgestellt/vermutet und keinen Arzt aufgesucht

Frage: Wie hoch schätzen Sie Ihren persönlichen Bedarf ein, zu diesen Themen der Kindergesundheit mehr oder besser informiert zu sein?

Gewünschte Kanäle für Informations- und Unterstützungsangebote (s. Tab. 7.3)

Eltern, die in den letzten zwölf Monaten eines der fünf akuten Symptome bei ihrem Kind festgestellt/vermutet haben, wünschen

sich dazu gemittelt über die Symptome am häufigsten Informationen und Unterstützung von einer Kinderärztin oder einem Kinderarzt (mit Arztbesuch: 73%, ohne Arztbesuch 64%). Auch bei (vermuteten) chronischen Erkran-

kungen ist die Kinderarztpraxis (64%) der im Durchschnitt am häufigsten erwünschte Kanal. Anders als bei (vermuteten) chronischen Erkrankungen, bei denen Eltern sich Informationen zudem insbesondere von der Fachärztin

oder dem Facharzt wünschen (60%), sind bei akuten Symptomen auch Krankenkassen ähnlich häufig gefragt wie die Facharztpraxis: Über die fünf akuten Symptome hinweg gemittelt geben bei einem

Arztbesuch 41 Prozent der Eltern die Facharztpraxis, 35 Prozent Internetangebote der Krankenkasse und 38 Prozent Apps der Krankenkasse als erwünschten Informationskanal an. Wurde kein

Arzt aufgesucht geben 40 Prozent der Eltern die Facharztpraxis, 36 Prozent Internetangebote der Krankenkasse und 35 Prozent Apps der Krankenkasse an.

Tab. 7.3: Gewünschte Kanäle für Informations- und Unterstützungsangebote, abhängig davon, ob Arzt aufgesucht wurde

festgestellt/vermutet und	Fieber		Übelkeit und Erbrechen		Hautausschlag/Ekzem		Kopfschmerzen		Bauch- und Beckenschmerzen	
	Arzt aufgesucht (n = 1.295)	keinen Arzt aufgesucht (n = 1.747)	Arzt aufgesucht (n = 603)	keinen Arzt aufgesucht (n = 1.364)	Arzt aufgesucht (n = 629)	keinen Arzt aufgesucht (n = 421)	Arzt aufgesucht (n = 295)	keinen Arzt aufgesucht (n = 1.674)	Arzt aufgesucht (n = 430)	keinen Arzt aufgesucht (n = 1.168)
Kinderarzt	76%	74%	72%	60%	77%	62%	80%	58%	63%	66%
Facharzt	37%	35%	31%	34%	49%	48%	46%	41%	43%	42%
Internetangebot der Krankenkasse	34%	40%	38%	38%	32%	36%	31%	32%	41%	36%
Apps der Krankenkasse	42%	43%	41%	37%	38%	30%	32%	34%	38%	32%
Öffentliche Institutionen*	23%	15%	18%	19%	20%	19%	17%	15%	17%	17%
persönliche/telefonische Beratung der Krankenkasse	19%	21%	29%	12%	20%	13%	18%	14%	29%	21%
Selbsthilfegruppen	3%	2%	4%	1%	1%	5%	10%	2%	8%	5%
Internet-Communities und Foren anderer Betroffener	7%	6%	15%	9%	4%	8%	13%	7%	16%	11%

*(z. B. Bundesministerium für Gesundheit, Robert Koch Institut, Gesundheitsamt)

Frage: Wo sollten Ihnen Informations- oder Unterstützungsangebote speziell zu dieser Erkrankung Ihres Kindes unterbreitet werden? (Mehrfachauswahl möglich).



Fazit: Die fünf akuten Symptome Fieber, Übelkeit und Erbrechen, Hautausschlag/Ekzem, Kopfschmerzen sowie Bauch- und Beckenschmerzen treten bei den 0- bis 17-Jährigen häufig auf. Die Symptome, insbesondere Kopfschmerzen, Bauch- und Beckenschmerzen sowie Übelkeit und Erbrechen, werden oftmals alleine ohne Arztbesuch behandelt. Sowohl in Fällen, die ärztlich abgeklärt werden, als auch in Fällen, bei denen kein Arztbesuch stattfindet, wissen vergleichbar viele Eltern an wen bzw. wohin sie sich in Bezug auf eine bestmögliche Versorgung ihres Kindes wenden können und sind sich sicher, dass ihr Kind die bestmögliche gesundheitliche Versorgung erhält. Insbesondere Eltern, die die akuten Symptome ärztlich abklären lassen, berichten von einer hohen Belastung für sich selbst und ihre Kinder und geben einen hohen subjektiven Informationsbedarf an.

Ob beides Ursache oder Folge des Arztbesuches ist, kann in dieser Studie nicht beantwortet werden. Der am häufigsten erwünschte Informations- und Unterstützungskanal ist die Kinderarztpraxis. Darüber hinaus wünschen sich viele Eltern Informationen und Unterstützung von Fachärztinnen und Fachärzten sowie über Apps und Internetangebote der Krankenkasse.

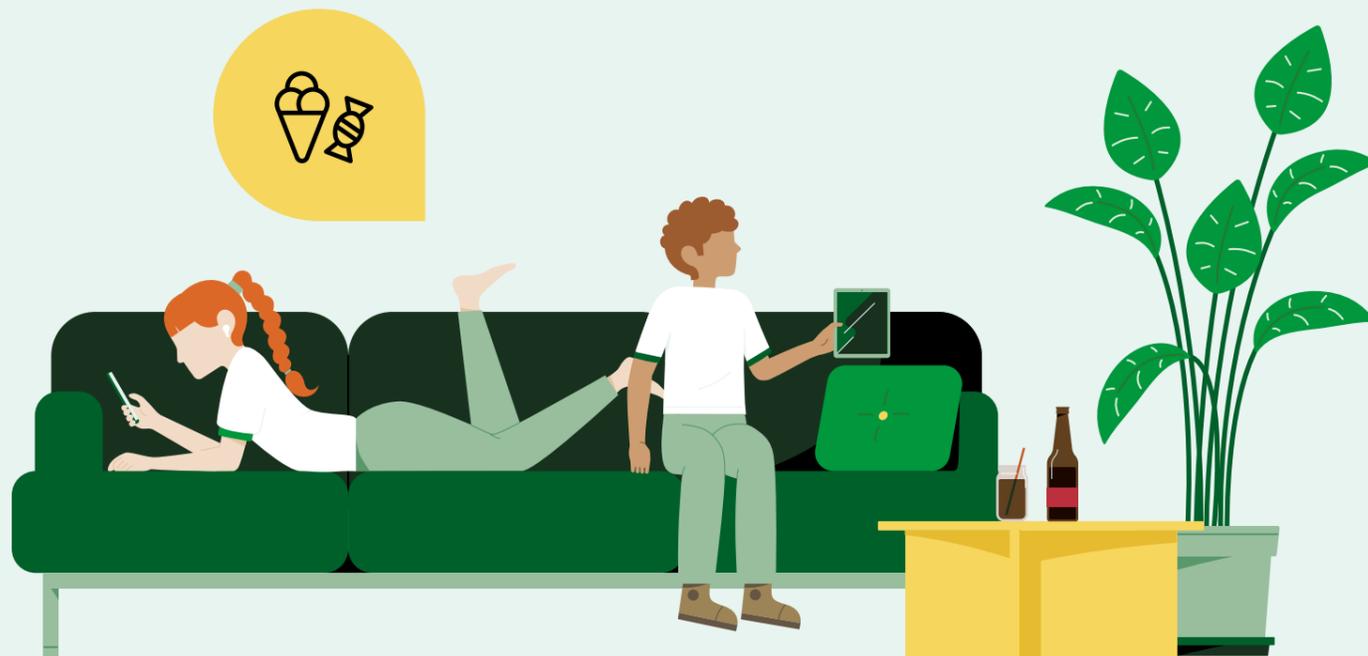
Dass neben (vermuteten) chronischen Erkrankungen auch akute Symptome häufig mit einer hohen Belastung einhergehen und dass bei akuten Symptomen in vielen Fällen kein Arztbesuch stattfindet, unterstreicht die Notwendigkeit, Eltern gerade auch bzgl. akuter Erkrankungen und Symptome Informationsmaterial und Unterstützung anzubieten.

Kapitel 8:

Gesundheits-, Konsum- und Medien- nutzungsverhalten

In der frühen Kindheit bilden sich häufig Gewohnheiten heraus, die auf den späteren Lebensstil des Kindes maßgeblichen Einfluss haben, weshalb beispielsweise die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Leitlinien zu körperlicher Aktivität, Schlaf und Bildschirmzeit für Kinder formuliert (Sommer et al., 2021). Das verdeutlicht, wie wichtig schon eine frühe Auseinandersetzung mit präventivem Gesundheitsverhalten ist und dass auch das Mediennutzungsverhalten eine entscheidende Rolle spielt.

In diesem Kapitel wird deshalb der Themenbereich Gesundheitsverhalten genauer betrachtet sowie der Blick auf den Konsum von potenziell gesundheitsschädigenden Substanzen und das Mediennutzungsverhalten von Kindern und Jugendlichen erweitert. Abhängig vom fokussierten Aspekt werden unterschiedliche Altersgruppen betrachtet.



Gesundheitsverhalten

- 81% der 7- bis 10-Jährigen bewegen sich mindestens wöchentlich, bei den 14- bis 17-Jährigen sind es nur noch 71%
- Nicht alle Kinder putzen zweimal täglich Zähne: 80% der 0- bis 2-Jährigen, 93% der 3- bis 10-Jährigen, 87% der 11- bis 17-Jährigen



Konsum von potenziell gesundheitsschädlichen Substanzen

- 22% der 14- bis 17-Jährigen konsumieren fast jede Woche Energydrinks
- 7% der 14- bis 17-Jährigen konsumieren E-Zigaretten/E-Shishas und ebenfalls 7% Tabakprodukte
- Vor allem Jungen konsumieren häufiger Energydrinks, E-Zigaretten/E-Shishas, Tabakprodukte und Alkohol



Mediennutzungsverhalten

- Fernsehen, Videofilme und Streaming werden am häufigsten konsumiert
- Je älter Kinder werden, desto stärker wird die Nutzungsintensität
- Mehr als jedes dritte Kind, das Soziale Medien nutzt, erfährt dadurch mindestens eine negative Auswirkung

Gesundheitsverhalten

Innerhalb dieser Studie wurden fünf präventive und gesundheitsförderliche Verhaltensweisen in der Kindheit abgefragt: Schlaf, Bewegung, Zahngesundheit, Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen (wie etwa U-Untersuchungen). Diese bilden einen Teil der präventiven und gesundheitsförderlichen Möglichkeiten für Kinder und Jugendliche ab, sind aber nicht umfassend. So wird beispielsweise das Thema Ernährung ausgespart, das zu umfangreich ist, um es innerhalb dieser Studie abzubilden.

Im Folgenden werden im Rahmen des Gesundheitsverhaltens Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 17 Jahren berücksichtigt. Mit Betrachtung der abgefragten Verhaltensweisen wird deutlich, dass bei der Erfüllung aller fünf die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands des Kindes durch die Eltern deutlich positiver ausfällt als bei Nicht-Erfüllung. Insbesondere regelmäßiges Sporttreiben und ausreichend Schlafen sind die stärksten Prädiktoren für den subjektiven Gesundheitszustand des Kindes.

So wird von 58 Prozent der Kinder und Jugendlichen ab drei Jahren, die mindestens einmal wöchentlich Sport treiben, der Gesundheitszustand durch die Eltern als *sehr gut* eingeschätzt (s. Abb. 8.1). Bei Gleichaltrigen, auf die das nicht zutrifft, wird von nur 44 Prozent der Eltern der Gesundheitszustand als *sehr gut* wahrgenommen. In Bezug auf das Thema Schlaf zeigt sich ähnliches: Schließen 3- bis 17-Jährige in den letzten sechs Monaten mindestens

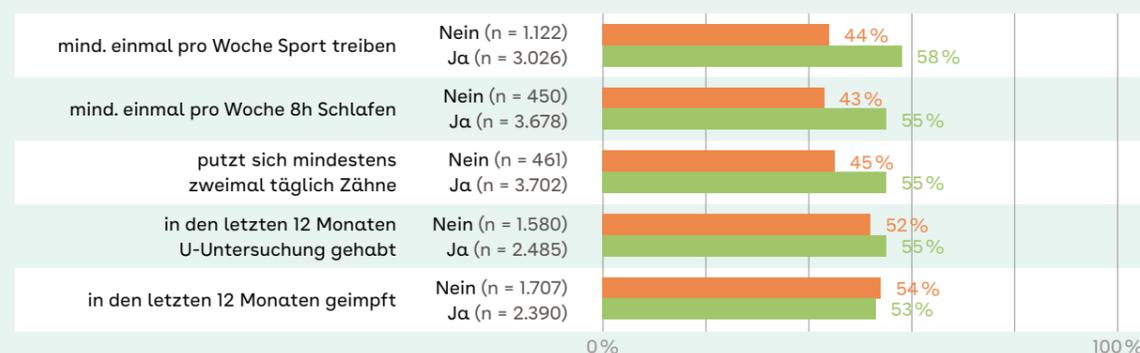
fast einmal pro Woche acht Stunden pro Nacht, dann berichten die Eltern von einem im Schnitt deutlich besseren Gesundheitszustand (55% *sehr gut*) als Eltern von 3- bis 17-Jährigen, die weniger regelmäßig acht Stunden pro Nacht schlafen (43%). Auch das zweimal tägliche Zähneputzen ist ein guter Indikator für den von Eltern berichteten Gesundheitszustand des Kindes: Putzen Kinder und Jugendliche mindestens zweimal täglich Zähne, dann geht es ihnen gesundheitlich besser (55% *sehr gut*) als denen, die nicht mindestens zweimal täglich ihre Zähne putzen (45%). Für U-Untersuchungen und (Schutz-)Impfungen zeigen sich keine eindeutigen Effekte auf die Wahrnehmung des subjektiven Gesundheitszustands.

Zudem wird deutlich, je mehr der fünf abgefragten präventiven Verhaltensweisen erfüllt sind, desto besser wird der Gesundheitszustand des Kindes durch die Eltern wahrgenommen: Wenn lediglich eine dieser Verhaltensweisen erfüllt wird, dann geht es laut Eltern nur 37 Prozent der Kinder und Jugendlichen *sehr gut*. Wenn zwei erfüllt sind, berichten die Eltern schon häufiger von einem *sehr guten* Gesundheitszustand der 3- bis 17-Jährigen (47%) – ebenso bei drei (52%), vier (55%) oder fünf (59%) erfüllten Verhaltensweisen.

Dabei gibt es je nach Alter des Kindes teilweise deutliche Unterschiede, ob und welche der fünf abgefragten präventiven und gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen erfüllt sind. Diese werden in den folgenden Absätzen genauer aufgeführt.

Abb. 8.1: Subjektiver Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen nach Erfüllung von präventiven Verhaltensweisen

Dargestellt wird die Antwortoption *sehr gut*.
Basis: 3- bis 17-jährige Kinder



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

Gesundheitsverhalten Schlaf und Bewegung

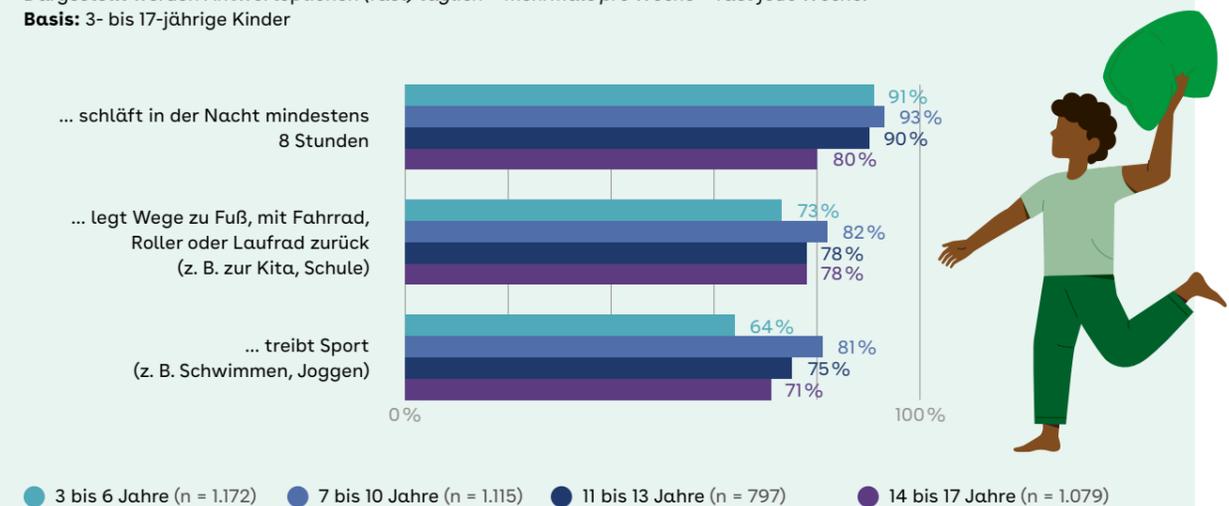
Ein Großteil der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen schlief in den letzten sechs Monaten mindestens einmal pro Woche zumindest acht Stunden (s. Abb. 8.2), wobei die älteste Altersgruppe laut Aussage der Eltern signifikant seltener acht Stunden schlief: Während bei den 3- bis 13-Jährigen ca. neun von zehn Kindern mindestens einmal pro Woche in der Nacht wenigstens acht Stunden geschlafen haben, trifft dies nur auf acht von zehn (80%) der 14- bis 17-Jährigen zu.

In den letzten sechs Monaten haben laut Aussage der Eltern die 3- bis 6-Jährigen am seltensten Wege zu Fuß, mit dem Fahrrad, Roller oder Laufrad zurückgelegt (73%) und am seltensten Sport getrieben (64%).

In Bezug auf Bewegung und Schlaf zeigt sich, dass beide Themen vor allem für Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren relevant sind. Sowohl für Schlaf als auch für Bewegung – ob im Alltag, in dem Wege zu Fuß, mit dem Fahrrad oder ähnlichem zurückgelegt werden oder aktiv Sport getrieben wird – ist mit zunehmendem Alter der Kinder ein Rücklauf zu beobachten.

Abb. 8.2: Schlaf und Bewegung nach Alter des Kindes

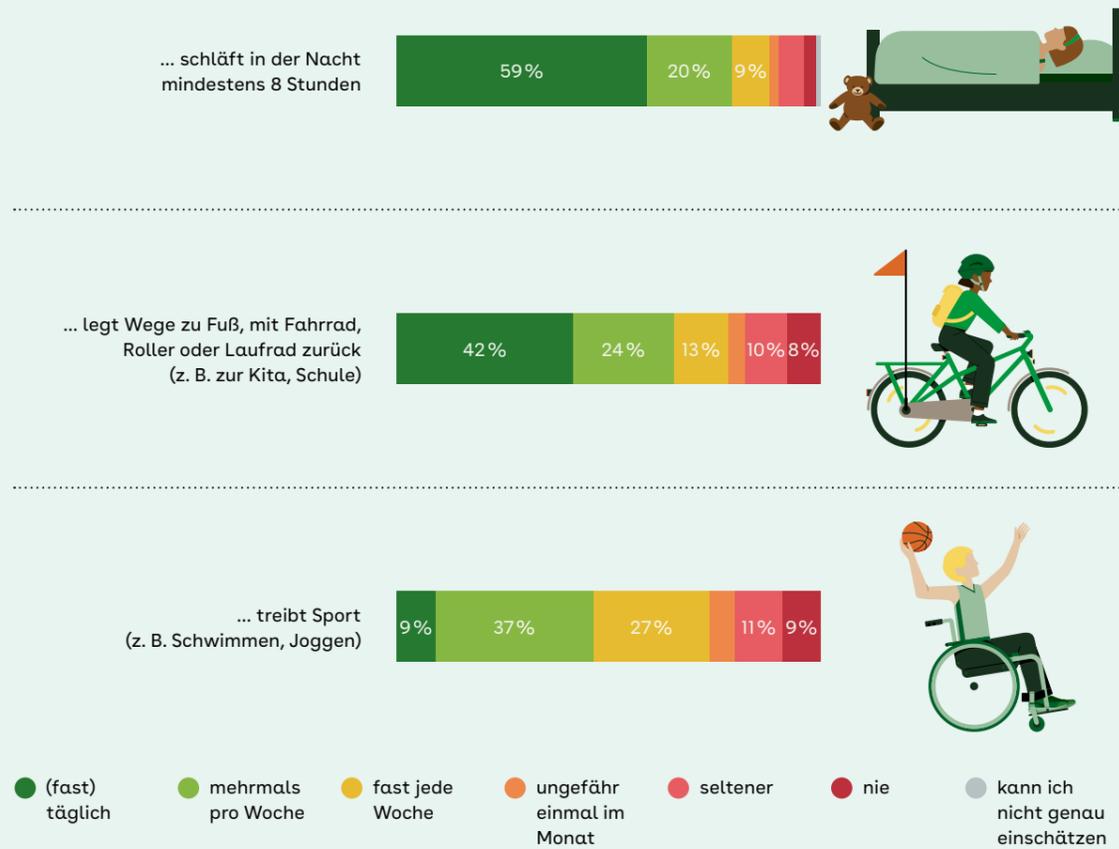
Dargestellt werden Antwortoptionen (*fast*) täglich + *mehrmals pro Woche* + *fast jede Woche*.
Basis: 3- bis 17-jährige Kinder



Frage: Bitte geben Sie für die folgenden Situationen an, wie häufig diese auf Ihr Kind in den letzten 6 Monaten zutrafen.

Abb. 8.3: Schlaf und Bewegung der 3- bis 17-Jährigen im Detail

Basis: n = 4.163 (3- bis 17-jährige Kinder)



Frage: Bitte geben Sie für die folgenden Situationen an, wie häufig diese auf Ihr Kind in den letzten 6 Monaten zutrafen.

Die Betrachtung der Häufigkeiten im Detail (s. Abb. 8.3) zeigt, dass sechs von zehn der 3- bis 17-Jährigen (fast) täglich mindestens acht Stunden pro Nacht schlafen (59%). Auf elf Prozent trifft dies nur ungefähr einmal im Monat oder seltener zu. Zudem legen 22 Prozent Wege nur ungefähr einmal pro Monat oder seltener zu Fuß, mit Fahrrad, Roller oder Laufrad zurück. Mehr als jedes vierte Kind (27%) treibt nur einmal pro Monat oder seltener Sport. Nach Geschlecht zeigen sich keine Unterschiede in Bezug auf Bewegung und Schlaf.

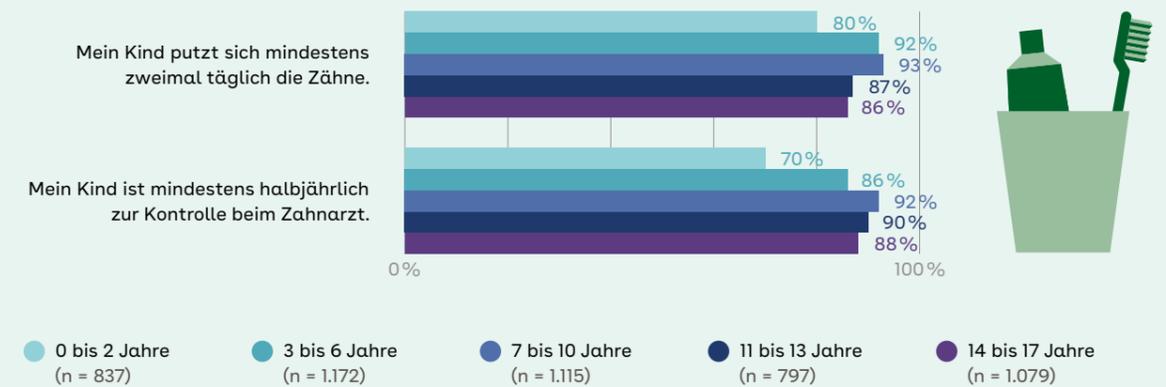
**Gesundheitsverhalten
Zahngesundheit**

Ungefähr neun von zehn Kindern putzen laut Aussage der Eltern mindestens zweimal täglich ihre Zähne (s. Abb. 8.4). Wobei vor allem die 3- bis 6-Jährigen (92%) und die 7- bis 10-Jährigen (93%) am häufigsten mindestens zweimal täglich ihre Zähne putzen. Laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 2021a) sollte mit dem ersten Zahn des Kindes auch das zweimalige Zähneputzen pro Tag begonnen werden. Vor allem bei den Kindern unter zwei Jahren, aber auch bei den Kindern, die älter als zehn Jahre sind, besteht somit ein Defizit.

Ein halbjährlicher Zahnarzttermin ist bei den 0- bis 2-Jährigen deutlich seltener (70%) als bei den älteren Kindern (z. B. 86% bei den 3- bis 6-Jährigen), obwohl das Bundesministerium für Gesundheit (BMG, 2023) schon ab dem sechsten Lebensmonat halbjährliche zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten empfiehlt.

Abb. 8.4: Zahngesundheit nach Alter des Kindes

Dargestellt wird Antwortoption trifft zu.
Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Frage: Geben Sie bitte an, ob die folgenden Aussagen auf Ihr Kind zutreffen oder nicht.

Gesundheitsverhalten

Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen

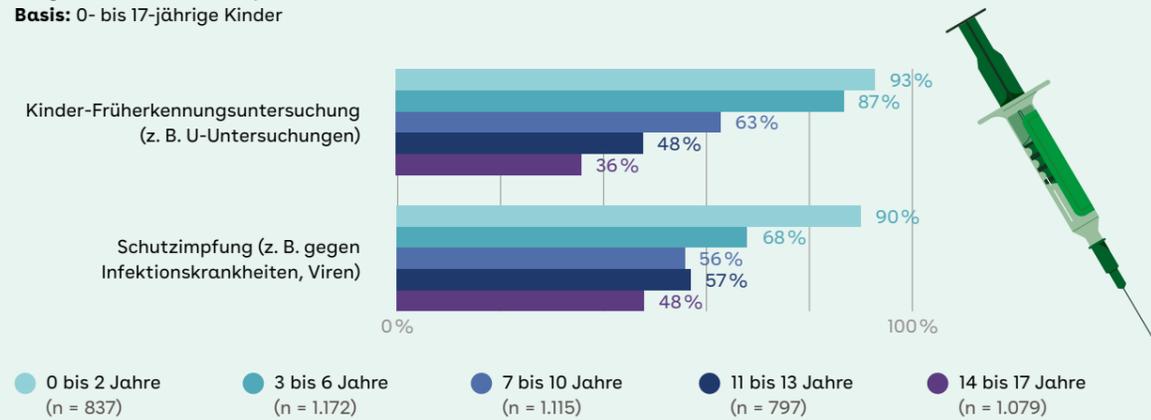
Wie häufig Kinder in den letzten zwölf Monaten eine Ärztin oder einen Arzt für eine Früherkennungsuntersuchung (z. B. U-/J-Untersuchung) oder eine Schutzimpfung (z. B. gegen Infektionskrankheiten, Viren) aufgesucht haben, ist abhängig vom Alter des Kindes (s. Abb. 8.5).

Vor allem jüngere Kinder sind häufiger bei Früherkennungsuntersuchungen (0 bis 2 Jahre: 93%, 3 bis

6 Jahre: 87%). Das deckt sich mit der Empfehlung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG, 2023): In den ersten zwei Lebensjahren empfiehlt das BMG allein schon neun U-Untersuchungen (bis U7). Bis zum dritten und vierten Lebensjahr wird jeweils eine weitere U-Untersuchung empfohlen (U7a und U8). Die letzte U-Untersuchung (U9) sollte bis zum 64. Lebensmonat erfolgen. Darauf folgt lediglich die J1-Untersuchung zwischen dem 13. und 14. Lebensjahr.

Abb. 8.5: Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen nach Alter des Kindes

Dargestellt wird Antwortoption trifft zu.
Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



Frage: Waren Sie in den in den letzten 12 Monaten mit Ihrem Kind zu einem der folgenden Themen beim Arzt?
Zu Arztbesuchen zählen Besuche beim Kinderarzt, Hausarzt, Facharzt oder auch im Krankenhaus.

In Bezug auf Impfungen empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO, 2024) bei Kindern möglichst frühzeitig mit der Grundimmunisierung von verschiedenen Erkrankungen (z. B. Tetanus, Rotaviren, Pneumokokken) zu beginnen. Im Alter von fünf bis sechs Jahren erfolgen dann erste Auffrischungsimpfungen (z. B. von Diphtherie und Pertussis). Ab einem Alter von sieben Jahren empfiehlt die STIKO (2024) lediglich mit der Grundimmunisierung von Humane Papillomviren (HPV)

zu beginnen. Die Daten des Kindesgesundheitsatlas 2024 zeichnen dieses Bild nach: Die 0- bis 2-Jährigen erhielten am häufigsten (90%) in den letzten zwölf Monaten eine Schutzimpfung, bei den 3- bis 6-Jährigen nimmt der Anteil schon ab (68%), während nur knapp die Hälfte aller älteren Kinder und Jugendlichen in den letzten zwölf Monaten geimpft wurde.

Vor allem Schlaf und körperliche Aktivität sind für das gesundheitliche Wohlergehen von Kindern und Jugendlichen relevant. Sowohl der zukünftige gesundheitliche Lebensstil (Sommer et al., 2021) als auch – wie diese Studie zeigt – der aktuelle wahrgenommene Gesundheitszustand hängen mit beiden Faktoren maßgeblich zusammen. In der Umsetzung sind vor allem die 7- bis 10-Jährigen diejenigen, die am häufigsten Sport treiben und am besten schlafen.

Je älter die Kinder von da an werden, desto seltener wird Sport betrieben und desto seltener wird acht Stunden pro Nacht geschlafen. Weitere präventive und gesundheitsförderliche Verhaltensweisen wie zweimal täglich Zähneputzen, Früherkennungsuntersuchungen und (Schutz-)Impfungen in Anspruch zu nehmen, werden größtenteils gemäß den Richtlinien des BMG und der STIKO umgesetzt.



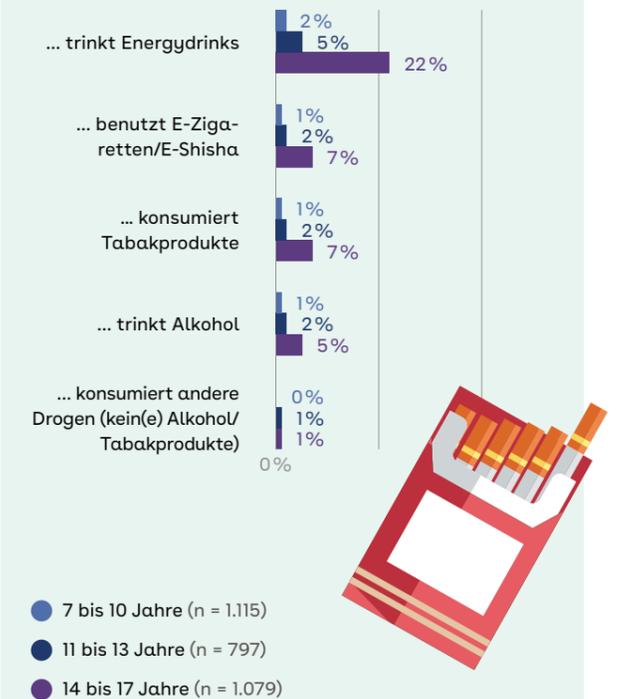
Konsum von potenziell gesundheitsschädlichen Substanzen

Ebenso wie es Verhaltensweisen gibt, die präventiv und gesundheitsfördernd wirken, gibt es auch Verhaltensweisen, die sich negativ auf den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen auswirken können. Ein wichtiger Faktor ist der Konsum von potenziell gesundheitsschädlichen Substanzen. Der erste Kontakt mit diesen beginnt häufig schon im Jugendalter – vor allem der weitestgehend gesellschaftlich akzeptierte Konsum von Alkohol (Koletzko, 2023). Dabei kann dieser Konsum gravierende Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit sowie auf die soziale Entwicklung des Kindes bzw. des Jugendlichen haben (Koletzko, 2023).

Die Wahrnehmung der Eltern des Konsumverhaltens von potenziell gesundheitsschädlichen Substanzen von Kindern und Jugendlichen ab sieben Jahren zeigt einen deutlichen signifikanten Alterseffekt (s. Abb. 8.6), wobei die Eltern der 14- bis 17-Jährigen in den letzten sechs Monaten am häufigsten Konsum wahrgenommen haben: Demnach trinken 22 Prozent der 14- bis 17-Jährigen fast jede Woche oder häufiger Energydrinks, sieben Prozent nutzen E-Zigaretten oder E-Shishas, sieben Prozent konsumieren Tabakprodukte, fünf Prozent trinken Alkohol und ein Prozent konsumiert mindestens fast wöchentlich andere Drogen. Von den 11- bis 13-Jährigen konsumieren immer noch fast fünf Prozent der Kinder mindestens fast wöchentlich Energydrinks, bei den 7- bis 10-Jährigen sind es zwei Prozent.

Abb. 8.6: Konsum von potenziell gesundheitsschädlichen Substanzen nach Alter des Kindes

Dargestellt werden Antwortoptionen (fast) täglich + mehrmals pro Woche + fast jede Woche.
Basis: 7- bis 17-jährige Kinder



Frage: Bitte geben Sie für die folgenden Situationen an, wie häufig diese auf Ihr Kind in den letzten 6 Monaten zutrafen.

Damit sind laut Aussage der Eltern insbesondere die 14- bis 17-Jährigen stark von potenziell gesundheitsschädlichem Konsumverhalten betroffen (s. Abb. 8.7). Nach Angabe der Eltern konsumierten 17 Prozent der 14- bis 17-Jährigen in den letzten sechs Monaten mindestens eine der abgefragten potenziell gesundheitsschädlichen Substanzen mindestens fast jede Woche, vier Prozent zwei und fünf Prozent mehr als zwei Substanzen.

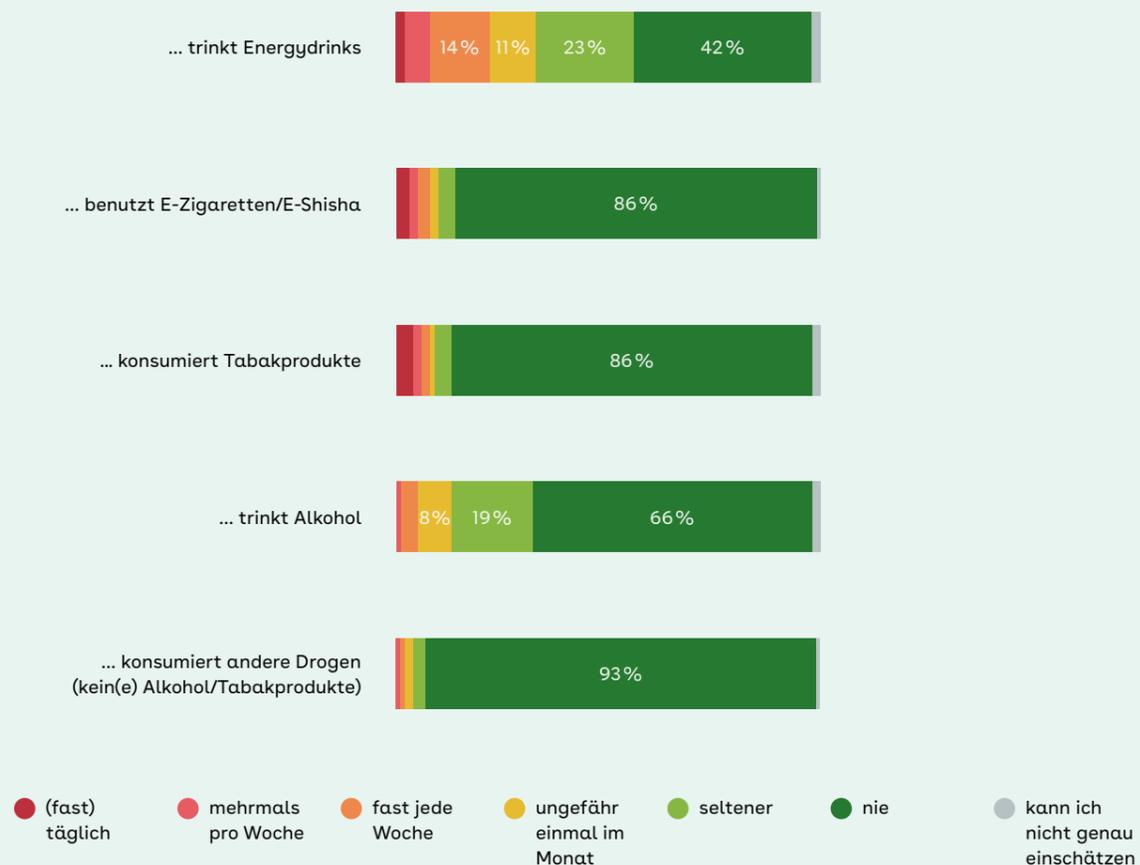
Besonders hoch ist der Konsum von Energydrinks, nur 42 Prozent der Eltern geben an, dass ihr Kind diese nie zu sich genommen hat. Darüber hinaus geben nur 66 Prozent der Eltern an, dass ihr Kind nie Alkohol konsumiert, 86 Prozent, dass ihr Kind nie E-Zigaretten/E-Shisha oder Tabakprodukte geraucht und 93 Prozent, dass ihr Kind nie andere Drogen innerhalb der letzten sechs Monate konsumiert hat.

Studien (z. B. Hanewinkel & Hansen, 2024; DEBRA study – Deutsche Befragung zum Rauchverhalten, 2024) zeigen mit neun Prozent monatlicher Prävalenz von E-Zigaretten und acht Prozent von Tabakzigaretten einen vergleichbaren Anteil an Kindern und Jugendlichen die Nikotinprodukte konsumieren.

Die Nutzung von E-Zigaretten oder E-Shishas sowie der Konsum von Alkohol unterscheidet sich signifikant je nach Geschlecht des Kindes. Der Anteil an Jungen, die mindestens fast jede Woche diese Substanzen konsumieren, ist in beiden Fällen um drei Prozent höher als bei Mädchen (s. Abb. 8.8).

Abb. 8.7: Konsum von potenziell gesundheitsschädlichen Substanzen der 14- bis 17-Jährigen im Detail

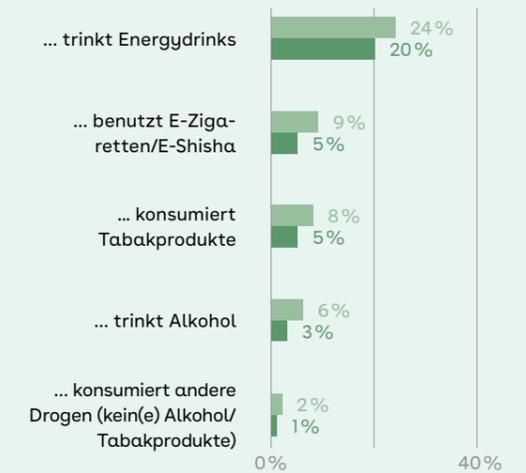
Basis: n = 1.079 (14- bis 17-jährige Kinder)



Frage: Bitte geben Sie für die folgenden Situationen an, wie häufig diese auf Ihr Kind in den letzten 6 Monaten zutrafen.

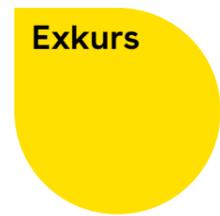
Abb. 8.8: Konsum von potenziell gesundheitsschädlichen Substanzen bei 14- bis 17-Jährigen nach Geschlecht

Dargestellt werden Antwortoptionen (fast) täglich + mehrmals pro Woche + fast jede Woche.
Basis: 14- bis 17-jährige Kinder



● männlich (n = 552) ● weiblich (n = 523)

Frage: Bitte geben Sie für die folgenden Situationen an, wie häufig diese auf ihr Kind in den letzten 6 Monaten zutrafen.



Konsum von Energydrinks bei Jugendlichen

Der Konsum von Energydrinks bei Kindern und Jugendlichen geht mit einem erhöhtem Gesundheitsrisiko einher. So legt eine Studie von Oberhoffer et al. (2023) nahe, dass schon der einmalige Genuss von Energydrinks mit negativen Auswirkungen auf die Herz-Kreislauf-Funktionen einhergehen kann. Der akute und exzessive Konsum geht häufig mit schwerwiegenden Herzrhythmusstörungen einher (Oberhoffer et al., 2023). Zu langfristigen kardiovaskulären Folgen des dauerhaften Konsumierens von Energydrinks fehlen bis dato systematische Studien.

Wenngleich auch andere Kontraindikationen einen höheren BMI beeinflussen (s. Kapitel 5.4, Adipositas/starkes Übergewicht), so weisen die Ergebnisse der vorliegenden Studie einen Zusammenhang von BMI und dem Konsum von Energydrinks bei 14- bis 17-Jährigen auf. Die Ergebnisse zeigen, dass 14- bis 17-Jährige, die mindestens fast jede Woche Energydrinks trinken, einen höheren BMI haben (**s. Tab. 8.1**). So sind nur 71 Prozent dieser Jugendlichen normalgewichtig, zehn Prozent übergewichtig und sieben Prozent adipös (4% sogar extrem adipös). Wenn nur einmal im Monat oder seltener Energydrinks konsumiert werden, dann sind schon 76 Prozent der 14- bis 17-Jährigen normalgewichtig und wenn keine Energydrinks in den letzten sechs Monaten getrunken wurden, dann sogar 81 Prozent.

Daneben finden sich weitere Zusammenhänge mit dem Konsum von Energydrinks: 14- bis 17-Jährige, die mindestens fast jede Woche Energydrinks konsumieren, treiben seltener regelmäßig Sport (64% vs. 73%), schlafen seltener mindestens acht Stunden pro Nacht (74% vs. 82%), spielen häufiger Video-/Computerspiele (71% vs. 59%) und nutzen mehr Fernsehen, Videofilme oder Streamingdienste (81% vs. 70%) als gleichaltrige Jugendliche, die seltener Energydrinks konsumieren.

Potenziell gesundheitsschädliche Substanzen werden – laut Aussage der Eltern – vor allem von den 14- bis 17-Jährigen konsumiert. Allem voran steht der Konsum von Energydrinks, die jeder fünfte 14- bis 17-Jährige (22%) mindestens fast einmal pro Woche trinkt. Aber auch Alkohol trinkt jeder siebte Jugendliche (13%) mindestens einmal im Monat. Dabei konsumieren Jungen tendenziell häufiger potenziell gesundheitsschädigende Substanzen als Mädchen.

Tab. 8.1: BMI-Gruppen nach Konsum von Energydrinks unter den 14- bis 17-Jährigen

Ihr Kind trinkt Energydrinks			
BMI-Gruppe	n = 237	n = 368	n = 458
Normalgewicht BMI-Perzentil 10-90	71%	75%	81%
Übergewicht BMI-Perzentil >90-97	10%	8%	5%
Adipositas BMI-Perzentil >97-99,5	3%	2%	2%
Extreme Adipositas BMI-Perzentil >99,5	4%	0%	1%
Keine Angabe	11%	14%	11%

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

Berechnung BMI nach BFARM - ICD-10-GM (2022).
Basis: 14- bis 17-jährige Kinder

Frage: Bitte geben Sie für die folgenden Situationen an, wie häufig diese auf Ihr Kind in den letzten 6 Monaten zutrafen. / Wie groß ist Ihr Kind und wieviel wiegt es?



Mediennutzungsverhalten

Medien sind bei den meisten Kindern und Jugendlichen fester Bestandteil des Alltags. So besitzen beispielsweise 96 Prozent der 12- bis 19-Jährigen in Deutschland ein eigenes Smartphone (Feierabend et al., 2023). Aber auch immer mehr jüngere Kinder haben täglich Kontakt mit verschiedenen Medien: 84 Prozent der 2- bis 5-Jährigen schauen mindestens einmal in der Woche Bewegtbild (z. B. Streaming, lineares Fernsehen), 42 Prozent sogar täglich (Kieninger et al., 2024).

Dabei bieten Medien eine Vielzahl von Möglichkeiten und Chancen zur Bildung, Unterhaltung und sozialen Interaktion (Fröhlich & Lehmkuhl, 2023). Gleichzeitig ist ein bewusster und verantwortungsvoller Umgang mit Medien wichtig, da sie auch potenzielle Risiken für die Gesundheit und Entwicklung der Kinder bergen. So kann eine durch hohen Medienkonsum induzierte mangelnde Bewegung zu Übergewicht, Herz-Kreislauf-Problemen und einer verringerten motorischen Fitness führen (Fröhlich & Lehmkuhl, 2023). Aber auch nicht substanzgebundene Abhängigkeiten von Internet, Computerspielen und Sozialen Medien werden immer stärker diskutiert (Geisel et al., 2021).

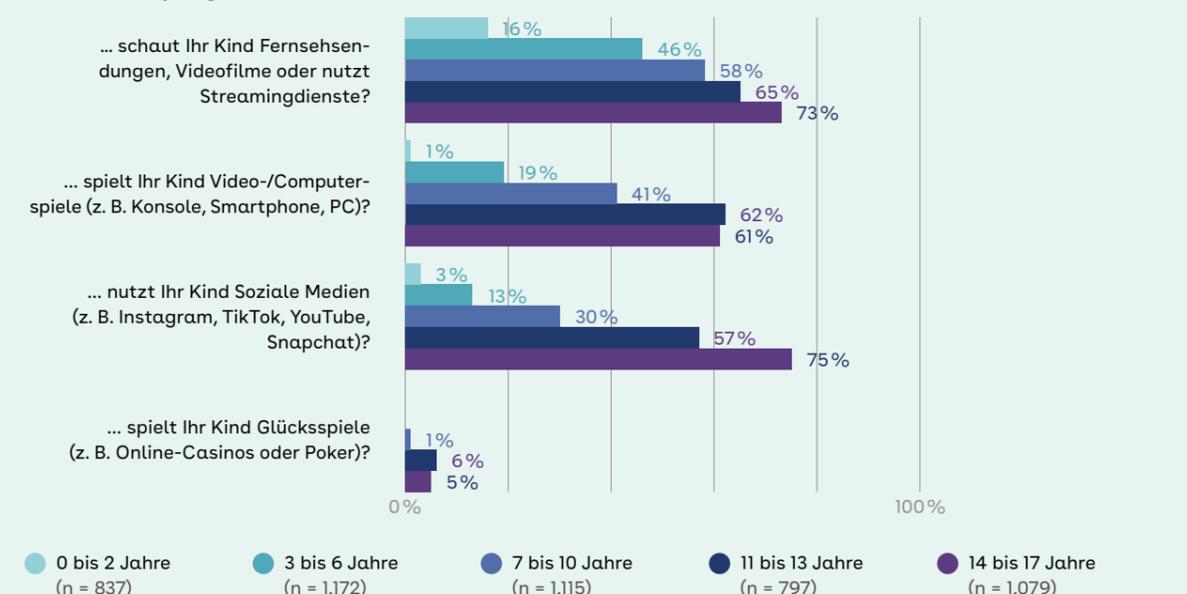
Innerhalb der vorliegenden Studie steigt die Nutzungsdauer aller Medien mit dem Alter des Kindes an (**s. Abb. 8.9**). Auffällig ist dabei, dass bereits junge Kinder Medien nutzen: Die 0- bis 2-Jährigen konsumieren dabei insbesondere Bewegtbild via Fernsehen, Video oder Streamingdiensten – 16 Prozent von ihnen täglich mindestens eine Stunde. Bei den 3- bis 6-Jährigen ist der Anteil an täglich rezipiert sogar noch höher: Fast die Hälfte (46%) rezipiert täglich mindestens eine Stunde. Darüber hinaus spielen 19 Prozent der Kinder in diesem Alter Video-/Computerspiele und 13 Prozent nutzen Soziale Medien täglich mindestens eine Stunde.

Der Anteil an älteren Kindern und Jugendlichen, die täglich Medien konsumieren ist noch höher: 73 Prozent der 14- bis 17-Jährigen schauen jeden Tag mindestens eine Stunde fern (65% der 11- bis 13-Jährigen), 75 Prozent nutzen täglich Soziale Medien, 61 Prozent spielen Video-/Computerspiele.

Auffällig ist zudem, dass von den 11- bis 17-Jährigen im Durchschnitt fünf Prozent laut Aussage der Eltern Glücksspiele spielen.

Abb. 8.9: Mediennutzungsverhalten nach Alter des Kindes

Dargestellt werden Antwortoptionen *mehr als 4 Stunden + ca. 3-4 Stunden + ca. 1-2 Stunden*.
Basis: 0- bis 17-jährige Kinder



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

Mit Blick auf die genauen Nutzungsintensitäten der betrachteten Medien für die Gruppe der 3- bis 17-Jährigen – die zunehmend in der Lage sind, selbstständig Rezeptionsentscheidungen zu treffen – zeigt sich, dass knapp jedes zehnte Kind (9%) mehr als vier Stunden täglich Fernsehen, Videofilme oder Streamingdienste schaut (s. **Abb. 8.10**). Aber auch Soziale Medien (9%) und Video-/Computerspiele (8%) werden von knapp jedem Zehnten mehr als vier Stunden täglich genutzt.

Nur fünf Prozent der Eltern geben an, dass ihr Kind in den letzten sechs Monaten durchschnittlich gar kein Fernsehen geschaut hat. Soziale Medien hat knapp jedes dritte Kind (35%), Video-/Computerspiele jedes vierte Kind (24%) gar nicht genutzt. Glücksspiele (z. B. Online-Casino, Poker) wurden laut Eltern von 94 Prozent der Kinder in den letzten sechs Monaten nicht gespielt.

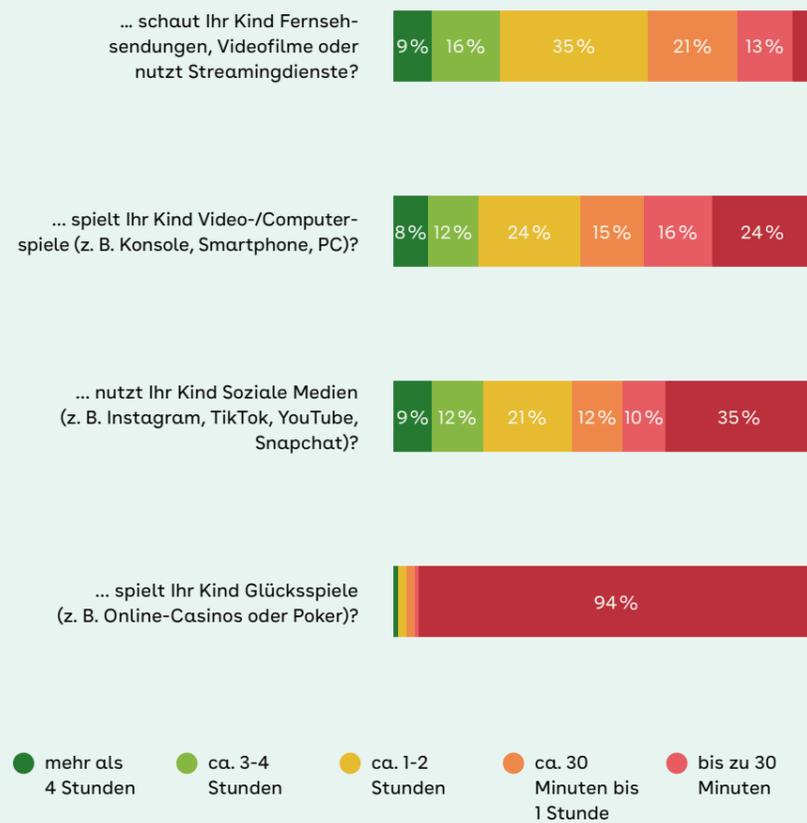
Um mögliche negative Auswirkungen der Nutzung von Sozialen Medien zu erfassen, wurden im Rahmen dieser Studie sechs potenziell negative Facetten aufgenommen (in Anlehnung an DAK-Gesundheit, 2022). Zu diesen Aspekten wurden nur Eltern befragt, deren Kinder mindestens täglich Soziale Medien nutzen. Insgesamt berichten 64 Prozent der Eltern von 3- bis 17-Jährigen von einer täglichen Nutzung Sozialer Medien wie Instagram, TikTok, YouTube oder Snapchat. Von diesen Kindern und Jugendlichen sind – laut Angaben der Eltern – ein Drittel (31%) *eher oder überhaupt nicht* von einer in dieser Studie abgefragten negativen Auswirkungen durch

diese Nutzung betroffen (s. **Abb. 8.11**). Vor allem das Vernachlässigen von Aussehen, Körperpflege und Gesundheit (6% *stimme voll oder eher zu*), das Erleben von Nachteilen in Kindergarten, Vorschule, Schule oder Ausbildung (7%) und das Verlieren bzw. Gefährden von Kontakten (6%) treten eher seltener auf. Am häufigsten beobachteten die Eltern der 3- bis 17-Jährigen, dass Soziale Medien länger und öfter genutzt werden als vorgenommen oder abgesprochen (25%). Zudem gibt jedes siebte Elternteil (14%) an, dass das Kind oft keine anderen Interessen außerhalb Sozialer Medien verfolgt.

Abb. 8.10: Mediennutzungsverhalten der 3- bis 17-Jährigen

Basis: n = 4.163 (3- bis 17-jährige Kinder)

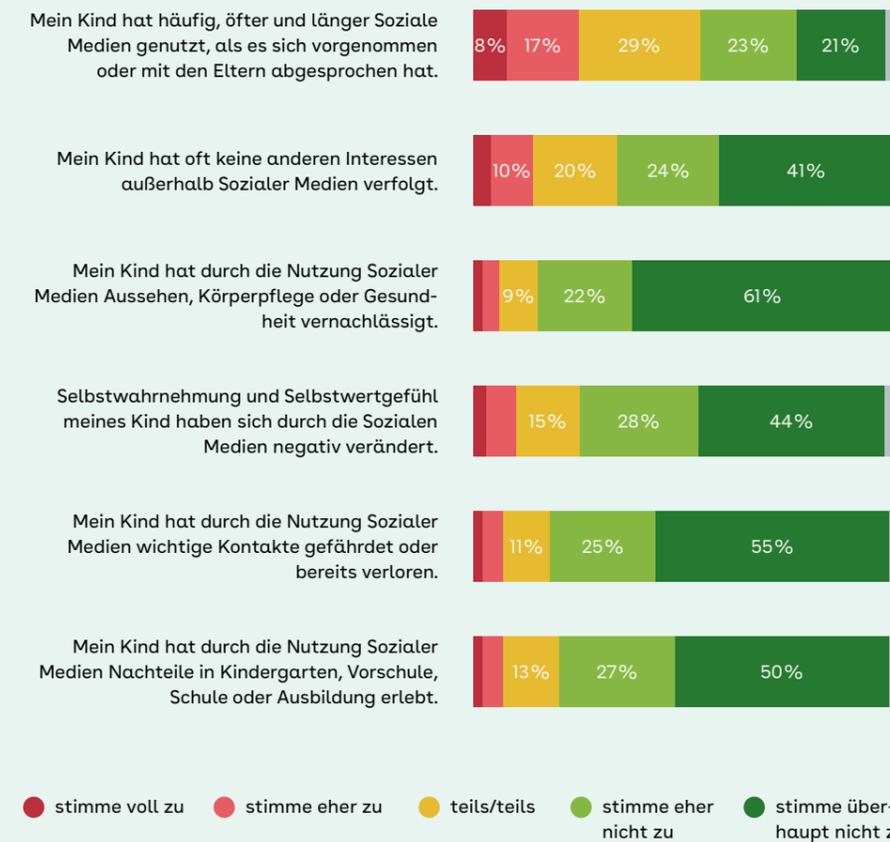
Wie lange ...



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

Abb. 8.11: Negative Auswirkungen der Nutzung von Sozialen Medien bei 3- bis 17-Jährigen

Basis: n = 2.658 (3- bis 17-jährige Kinder, die Soziale Medien nutzen)



Frage: Wenn Sie an den Konsum von Sozialen Medien (z. B. Instagram, TikTok, YouTube, Snapchat) Ihres Kindes in den letzten 12 Monaten denken. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

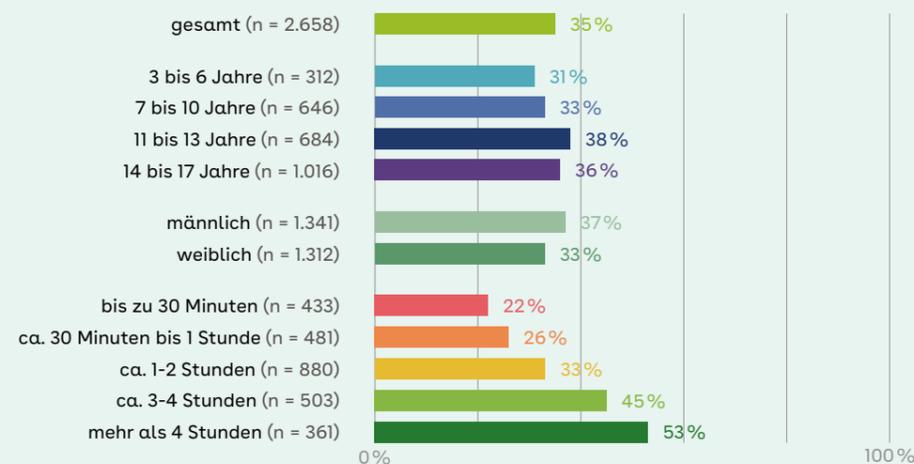
Insgesamt sind 35 Prozent der 3- bis 17-Jährigen Kinder und Jugendlichen, die Soziale Medien nutzen von mindestens einem dieser negativen Effekte betroffen (s. Abb. 8.12). Dabei spielen das Alter und das Geschlecht des Kindes eine eher untergeordnete Rolle. Entscheidend ist die Nutzungsintensität von Sozialen Medien: So tritt nur bei 22 Prozent der 3- bis 17-Jährigen, die Soziale Medien maximal 30 Minuten am Tag nutzen, mindestens ein negativer Effekt

auf. Bei Steigerung der Nutzungsdauer auf 30 bis 60 Minuten sind es schon 26 Prozent. Wenn Soziale Medien ein bis zwei Stunden genutzt werden, dann berichtet jedes dritte Elternteil (33%) von mindestens einem negativen Effekt. Bei drei bis vier Stunden sind es 45 Prozent und bei über vier Stunden sogar 53 Prozent der Eltern, die negative Effekte durch die Nutzung Sozialer Medien bei ihrem Kind wahrnehmen.

Abb. 8.12: Auftreten negativer Effekte durch die Nutzung Sozialer Medien nach Alter, Geschlecht und Nutzungsintensität

Dargestellt wird die Häufigkeit des Auftretens mindestens eines negativen Effektes durch die Nutzung Sozialer Medien (Anteile an *stimme voll zu + stimme eher zu*).

Basis: n = 2.658 (3- bis 17-jährige Kinder, die Soziale Medien nutzen)



Frage: Wenn Sie an den Konsum von Sozialen Medien (z. B. Instagram, TikTok, YouTube, Snapchat) Ihres Kindes in den letzten 12 Monaten denken. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

Auf aggregierter Ebene scheinen die Unterschiede zwischen den Altersgruppen eher gering zu sein, auf Einzelaussagenebene wird jedoch deutlich, dass vor allem Eltern von 14- bis 17-Jährigen häufiger wahrnehmen, dass die Selbstwahrnehmung und das Selbstwertgefühl sich durch die Nutzung Sozialer Medien negativ verändern (12% *stimmen voll zu* oder *eher zu*) als Eltern von 3- bis 6-Jährigen (6%). Auch unterscheidet sich die Wahrnehmung der Eltern von 14- bis 17-Jährigen und 3- bis 6-Jährigen signifikant darin, dass Eltern der älteren Altersgruppe häufiger angeben, dass ihr Kind keine anderen Interessen außerhalb Sozialer Medien verfolgt (17%) als Eltern der jüngeren Kinder (12%).

Trotz der möglichen negativen Auswirkungen der Nutzung Sozialer Medien, ist ein hoher Medienkonsum per se noch nicht kritisch zu sehen. So haben auch die Inhalte der konsumierten Medien, der sozioökonomische Status der Familie und das Erziehungsverhalten der Eltern einen Einfluss auf die Wirkung der rezipierten Inhalte auf Kinder und Jugendliche (Fröhlich & Lehmkuhl, 2023). Dennoch deuten die Ergebnisse darauf hin, dass eine erhöhte Nutzungsdauer zumindest einen Risikofaktor darstellt.



Fazit: Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Schlaf und körperliche Aktivität wichtige Faktoren für das gesundheitliche Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen sind. Die 7- bis 10-Jährigen zeigen dabei die besten Gewohnheiten in Bezug auf Sport und Schlaf, während diese Verhaltensweisen mit zunehmendem Alter abnehmen.

Besorgniserregend ist der Konsum potenziell gesundheitsschädlicher Substanzen wie Energydrinks und Alkohol, insbesondere bei 14- bis 17-Jährigen, wobei Jungen häufiger betroffen sind als Mädchen.

Ein hoher Medienkonsum ist nicht per se kritisch, jedoch kann eine erhöhte Nutzungsdauer ein Risikofaktor sein. Die Wirkung der Medieninhalte wird zusätzlich durch den sozioökonomischen Status und das Erziehungsverhalten der Eltern beeinflusst. Es ist daher wichtig, dass Eltern sich an Richtlinien wie die der WHO halten, um negative Auswirkungen zu minimieren.

Kapitel 9:

Wohlbefinden in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen sowie Mobbing



Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern hängen unter anderem von deren Umfeld ab (Herr et al., 2022). Um die Lebensrealitäten der Kinder zu beleuchten, wird in diesem Kapitel das Wohlbefinden in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen beschrieben. Studien weisen auf einen Zusammenhang zwischen den Erfahrungen in der Schule und der psychischen Gesundheit hin (Suarez et al., 2023; Waenerlund et al., 2016; Bilz, 2023; Rathmann et al., 2018). Zum Beispiel zeigt eine Studie aus Schweden, dass Kinder mit problematischen Schulerfahrungen in der dritten Klasse sowohl zum Zeitpunkt der Erhebung als auch drei Jahre später wahrscheinlicher von psychischen Auffälligkeiten wie ADHS betroffen sind (Waenerlund et al., 2016). Zudem ist das subjektive Wohlbefinden von Schülerinnen und Schülern eng mit der akademischen Leistung verbunden. So zeigen Kinder und Jugendliche, die sich in Bildungseinrichtungen wohlfühlen, bessere schulische Leistungen und eine positivere persönliche Entwicklung (Kaya & Erdem, 2021).

Ein Faktor, der das Wohlbefinden in der Betreuungs- oder Bildungseinrichtung verringert, ist Mobbing (Kochenderfer-Ladd et al., 2021). Mobbing ist eine Form von Gewalt und bedeutet, dass sich andere Kinder wiederholt über ein Kind lustig machen, es schikanieren oder tyrannisieren, belästigen oder ausgrenzen. Mobbing hat insgesamt weitreichende negative Konsequenzen für betroffene Kinder und stellt u. a. ein Gesundheitsrisiko dar (Jantzer et al., 2019; Fischer & Bitz, 2024). Am Ende dieses Kapitels werden für alle 3- bis 17-Jährigen zwei Arten von Mobbing genauer betrachtet und in den Zusammenhang mit dem Wohlbefinden in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen gesetzt: Offline-Mobbing, das nicht über digitale Kanäle, und Cybermobbing, das beispielsweise über das Handy oder das Internet stattfindet.



Wohlbefinden in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen

- Jedes achte Kind hat keine Freude oder Spaß an der Schule, im Kindergarten oder der Ausbildung
- Dies betrifft vor allem Kinder und Jugendliche ab 11 Jahren



Mobbing

- Offline-Mobbing: bei 7% wahrgenommen, bei 19% vermutet
- Cybermobbing: bei 3% wahrgenommen, bei 8% vermutet
- Kinder und Jugendliche, die Mobbing erfahren, gehen seltener gern zur Schule, in den Kindergarten oder zur Ausbildung
- Kinder und Jugendliche, die Mobbing erfahren, leiden häufiger unter multiplen psychosomatischen Beschwerden

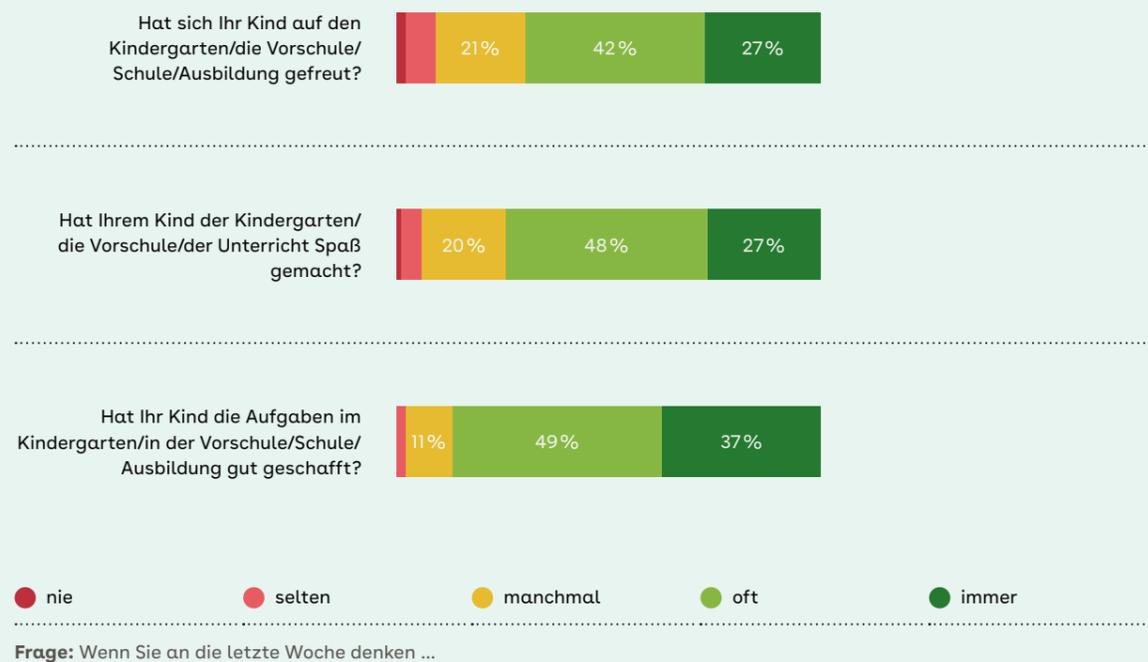
Wohlbefinden in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen

Von den 5.000 in der vorliegenden Studie befragten Eltern gaben 89 Prozent (n = 4.457) an, dass ihr Kind den Kindergarten, die Vorschule, die Schule oder die Berufsschule im Rahmen einer Ausbildung besucht. Bei den 0- bis 2-Jährigen ist dieser Anteil deutlich geringer (47%) als bei den 3- bis 6-Jährigen (95%). Alle Eltern mit Kind im Alter von 7 bis 13 Jahren gaben an, dass ihr Kind eine Betreuungs- oder Bildungseinrichtung besucht. Bei den 14- bis 17-Jährigen sind es 97 Prozent. Die folgenden Angaben zum Wohlbefinden in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen beziehen sich nur auf Eltern, deren Kinder den Kindergarten, die (Vor-)Schule oder die Berufsschule besuchen.

Insgesamt geben neun Prozent der Eltern an, dass sich ihr Kind in der letzten Woche selten oder nie auf den Kindergarten, die (Vor-)Schule oder die Ausbildung gefreut hat (s. Abb. 9.1). Sechs Prozent geben an, dass ihr Kind in der letzten Woche selten oder nie Spaß daran hatte. Außerdem geben drei Prozent an, dass ihr Kind die Aufgaben dort *selten* oder *nie* gut geschafft hat.

Abb. 9.1: Wohlbefinden in Kindergarten, (Vor-)Schule oder Ausbildung (letzte Woche)

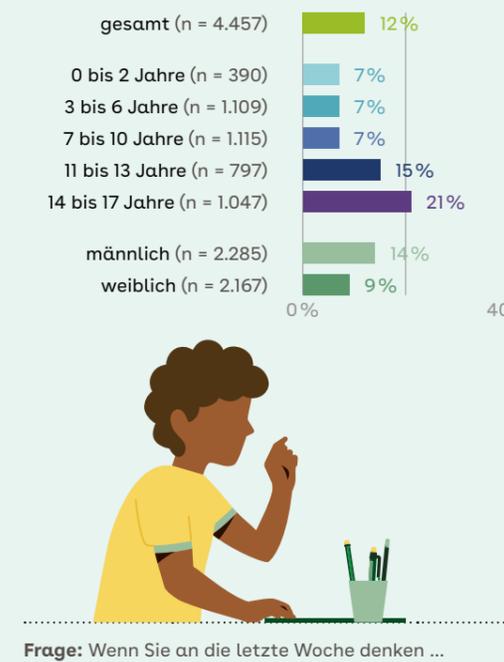
Basis: n = 4.457 (0- bis 17-jährige Kinder, die Kindergarten, (Vor-)Schule oder Ausbildung besuchen)



Insgesamt tritt bei jedem achten Kind (12%) mindestens ein negatives Anzeichen für geringes Wohlbefinden (keine Freude, kein Spaß oder Aufgaben nicht geschafft) auf (s. Abb. 9.2). Vor allem sind Kinder und Jugendliche ab elf Jahren betroffen (11- bis 13-Jährige: 15%, 14- bis 17-Jährige: 21%), während nur sieben Prozent der Eltern von Kindern unter zehn Jahren mindestens ein negatives Anzeichen berichten. Eltern von Jungen nehmen häufiger negative Anzeichen wahr (14%) als Eltern von Mädchen (9%).

Abb. 9.2: Auftreten von mindestens einem Anzeichen für geringes Wohlbefinden in Kindergarten, (Vor-)Schule und Ausbildung

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



Das Wohlbefinden in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen sinkt mit zunehmendem Alter des Kindes. Vor allem gilt das für das Empfinden von Freude auf die Bildungseinrichtung und den Spaß am Unterricht bei älteren Kindern. Jungen sind davon stärker betroffen als Mädchen.

Vor allem die wahrgenommene Freude auf die Bildungs- und Betreuungseinrichtung variiert mit dem Alter der Kinder (s. Abb. 9.3): Sowohl die 11- bis 13-Jährigen als auch die 14- bis 17-Jährigen haben sich nach Angaben der Eltern in der letzten Woche signifikant seltener auf ihre Bildungs- und Betreuungseinrichtung gefreut. Ähnliches zeigt sich in Bezug auf Spaß am Unterricht bzw. im Kindergarten. Beim Schaffen der Aufgaben gibt es keine Unterschiede zwischen den Altersgruppen.

Abb. 9.3: Anteile an Kindern mit geringem Wohlbefinden (letzte Woche) in Kindergarten, (Vor-)Schule oder Ausbildung nach Alter des Kindes

Dargestellt werden Antwortoptionen *nie* + *selten*. **Basis:** 0- bis 17-jährige Kinder, die Kindergarten, (Vor-)Schule oder Ausbildung besuchen



Mobbing

Mobbing findet unter anderem auch in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen statt. Fischer und Bilz (2024) stellten fest, dass knapp neun Prozent der 11-, 13- und 15-jährigen Schülerinnen und Schüler im Raum Schule offline, nicht online, gemobbt werden. Und wie die Unterscheidung in offline und online bereits nahelegt – mit zunehmender Nutzung digitaler Endgeräte durch Kinder und Jugendliche tritt eine weitere Form des Mobbings immer öfter auf: das Cybermobbing. So berichteten Fischer et al. (2021) noch von einem Prozent online gemobbter Kinder und Jugendlicher, Fischer und Bilz (2024) aber schon von drei Prozent.

In der vorliegenden Studie wird Offline-Mobbing, das nicht über digitale Kanäle stattfindet, von sieben Prozent der befragten Eltern mit Kindern im Alter von 3 bis 17 Jahren konkret wahrgenommen (s. Abb. 9.4). Weitere 19 Prozent vermuten, dass ihr Kind betroffen ist. Bei Kindern im Alter von 11 bis 13 Jahren

nehmen die Eltern Offline-Mobbing durch andere Kinder häufiger konkret wahr (10%), bei den 7- bis 10-Jährigen vermuten sie es etwas häufiger (23%).

Fischer und Bilz (2024) berichten ebenfalls von einem Rückgang von Offline-Mobbing mit zunehmendem Alter der Kinder und Jugendlichen: Offline-Mobbing bei 11- und 13-Jährigen kommt häufiger vor (je 9,3%) als bei 15-Jährigen (7,4%).

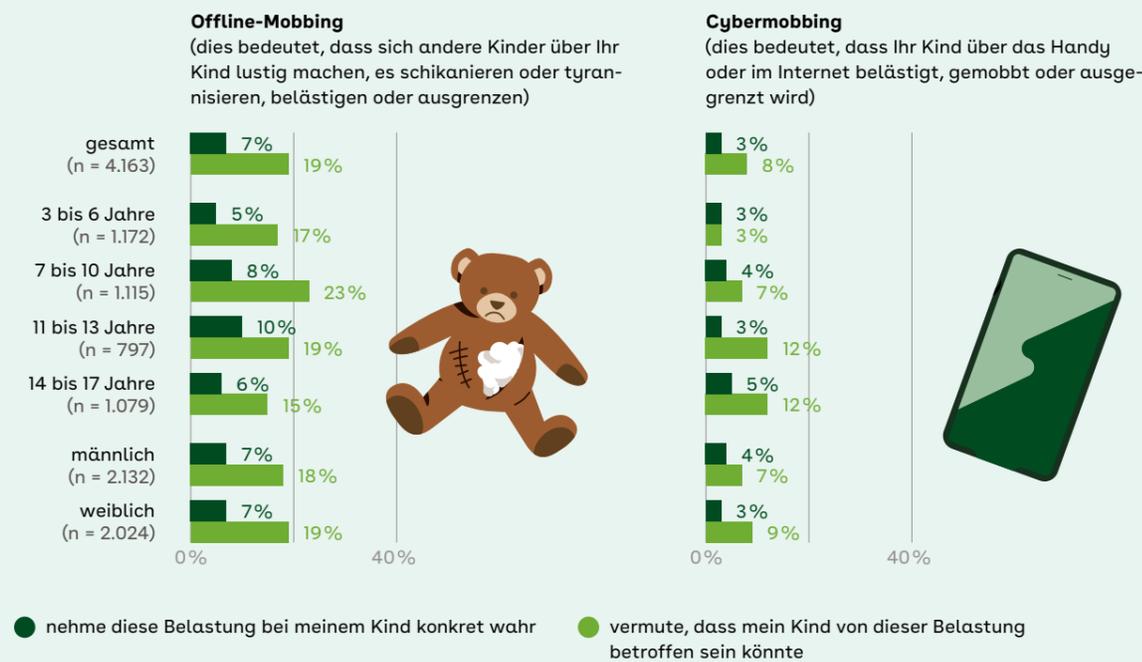
Cybermobbing wird in der vorliegenden Studie im Durchschnitt von drei Prozent der Eltern von 3- bis 17-Jährigen konkret wahrgenommen, weitere acht Prozent vermuten es. Im Vergleich zum Offline-Mobbing ist beim Cybermobbing ein linearer Alterseffekt zu beobachten: Je älter die Kinder sind, desto häufiger vermuten die Eltern, dass das Kind durch Cybermobbing belastet ist. Während der Anteil der Eltern, die Cybermobbing konkret wahrgenommen haben, relativ stabil bleibt.

Die elterliche Wahrnehmung von Cybermobbing hängt auch mit der Nutzungsintensität Sozialer Medien zusammen: Je länger ein Kind oder Jugendlicher Soziale Medien pro Tag nutzt, desto häufiger vermuten Eltern, dass ihr Kind von Cybermobbing betroffen ist (s. Abb. 9.5). Bei Kindern und Jugendlichen, die pro Tag bis zu 30 Minuten Soziale Medien nutzen, vermuten nur sechs Prozent der Eltern Cybermobbing. Bei einer Nutzungsdauer von bis zu einer Stunde vermuten schon acht Prozent der Eltern Cybermobbing – dies steigt bei einer Nutzungsdauer von einer bis zwei Stunden (10%), von drei bis vier Stunden (17%) und von mehr als vier Stunden (18%) linear an. Das konkret wahrgenommene Cybermobbing bleibt relativ stabil zwischen drei (bei unter 30 Minuten) und fünf Prozent (bei mehr als vier Stunden).

Dies verdeutlicht, dass Eltern von vermutlich betroffenen Kindern ihre Annahmen auch auf äußere Umstände, wie die Mediennutzung, stützen. Aus diesem Grund werden beide Gruppen, Eltern, die Offline- oder Cybermobbing bei ihrem Kind konkret wahrnehmen, und Eltern, die vermuten, ihr Kind ist von Offline- oder Cybermobbing betroffen, getrennt voneinander betrachtet.

Abb. 9.4: Aufkommen von Offline- und Cybermobbing nach Altersgruppen und Geschlecht des Kindes

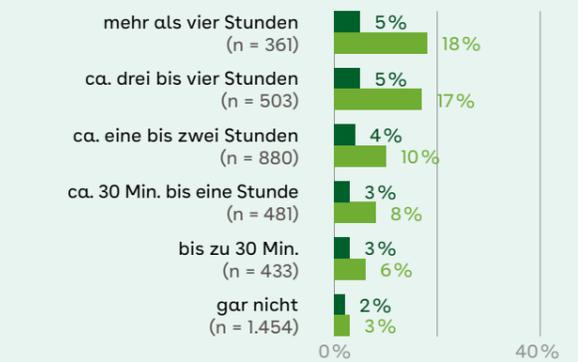
Basis: 3- bis 17-jährige Kinder



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

Abb. 9.5: Wahrnehmung von Cybermobbing nach Nutzungsintensität Sozialer Medien

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder



- nehme Cybermobbing bei meinem Kind konkret wahr
- vermute, dass mein Kind von Cybermobbing betroffen sein könnte

Frage: An einem durchschnittlichen Tag in den letzten 6 Monaten: Wie lange nutzt Ihr Kind Soziale Medien (z. B. Instagram, TikTok, YouTube, Snapchat)? / Nehmen Sie bei Ihrem Kind eine oder mehrere der folgenden Belastungen konkret wahr oder vermuten Sie, dass Ihr Kind möglicherweise von dieser Belastung betroffen sein könnte?

Sowohl Offline- als auch Cybermobbing kann ein Grund für negative Verhaltensweisen und Einstellungen von Kindern und Jugendlichen gegenüber Schule, Kindergarten oder Ausbildung sein (s. Abb. 9.6).

So berichten Eltern, die bei ihrem Kind Offline-Mobbing konkret wahrnehmen oder vermuten, häufiger, dass ihrem Kind die Schule, der Kindergarten oder die Ausbildung keinen Spaß macht (konkret wahrgenommen: 14% / vermutet: 9%) als Eltern, die kein Offline-Mobbing bei ihrem Kind wahrnehmen (5%). Auch in Bezug auf Freude auf die Schule, den Kindergarten oder die Ausbildung ist ähnliches zu beobachten: Nehmen Eltern Offline-Mobbing konkret wahr (19%) oder vermuten es (13%), dann freuen sich die betroffenen Kinder und Jugendlichen häufiger *nie* oder *selten* auf die Schule bzw. den Kindergarten als Kinder, bei denen die Eltern kein direktes Mobbing durch andere Kinder wahrnehmen (8%). Eltern, die konkret Offline-Mobbing bei ihrem Kind wahrnehmen,

geben zudem signifikant häufiger an, dass dem Kind die Schule, der Kindergarten oder die Ausbildung keinen Spaß gemacht hat bzw. sich das Kind seltener darauf gefreut hat als Eltern, die lediglich vermuten, dass ihr Kind offline gemobbt wird.

Ein ähnliches Bild zeichnet sich auch für Cybermobbing ab: Eltern, die Cybermobbing bei ihrem Kind konkret wahrnehmen, und Eltern, die vermuten, dass ihr Kind von Cybermobbing betroffen ist, geben häufiger an, dass ihrem Kind der Kindergarten, die Schule oder die Ausbildung keinen Spaß gemacht hat (konkret wahrgenommen: 10% / vermutet: 14%) und es sich seltener darauf gefreut hat (14% / 16%) als Eltern von Kindern, die nicht betroffen sind (Spaß: 5%, darauf gefreut: 8%).

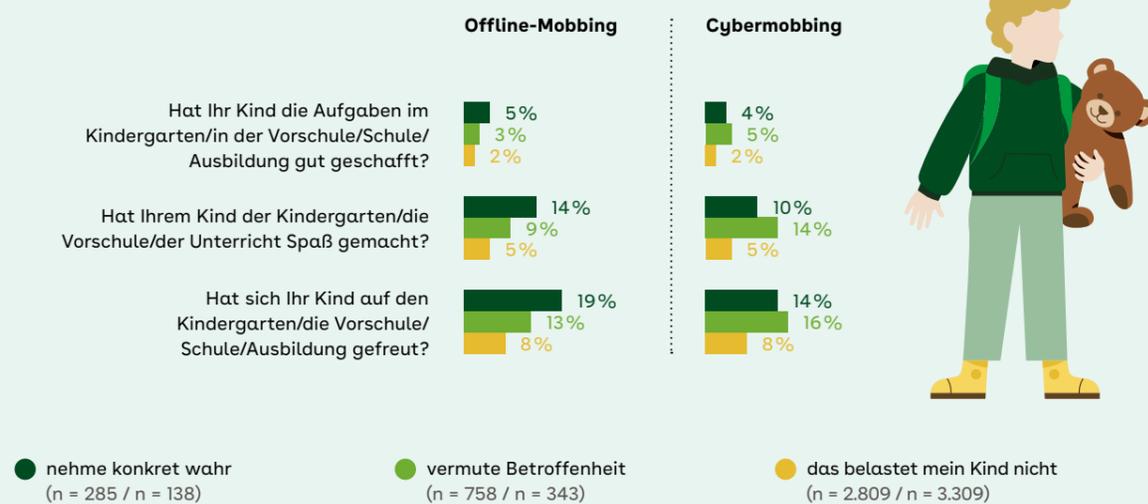
Cybermobbing kann aber auch zu physischen und psychischen Gesundheitsproblemen wie psychosomatischen Beschwerden (Schlafstörungen, Kopf- und Bauchschmerzen), sozialem Rückzug und negativem Selbstwertgefühl führen (Steffgen & Böhmer, 2022).

So zeigt auch die vorliegende Studie, dass die 3- bis 17-Jährigen häufiger multiple psychosomatische Beschwerden aufweisen (s. Abb. 9.7), deren Eltern Cybermobbing konkret wahrnehmen (43%) oder vermuten (44%), als Gleichaltrige, deren Eltern nicht von Cybermobbing berichten (22%) (s. Kapitel 6, HBSC). Dabei nehmen Eltern, die Cybermobbing bei ihrem Kind konkret wahrnehmen oder vermuten, sieben der acht abgefragten Beschwerden signifikant häufiger wahr als Eltern, die Cybermobbing bei ihrem Kind nicht wahrnehmen (s. Abb. 9.7). Die Ausnahme bildet die Gereiztheit: In Bezug auf diese Beschwerde unterscheidet sich nur die Beurteilung von Eltern, die

Cybermobbing bei ihrem Kind vermuten (47%) signifikant von der Beurteilung der anderen beiden Elterngruppen (konkrete Wahrnehmung von Cybermobbing: 33%, keine Wahrnehmung von Cybermobbing: 31%). Darüber hinaus nehmen Eltern, die vermuten, dass ihr Kind von Cybermobbing betroffen ist, zwei weitere der acht psychosomatischen Beschwerden signifikant häufiger wahr als Eltern, die solches Mobbing konkret wahrnehmen. Diese beiden sind Kopfschmerzen (vermutet: 23% / konkret wahrgenommen: 17%) und Benommenheit bzw. Schwindelgefühl (14% vermutet / 6% konkret wahrgenommen).

Abb. 9.6: Zusammenhang von Offline- und Cybermobbing mit dem Wohlbefinden in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen

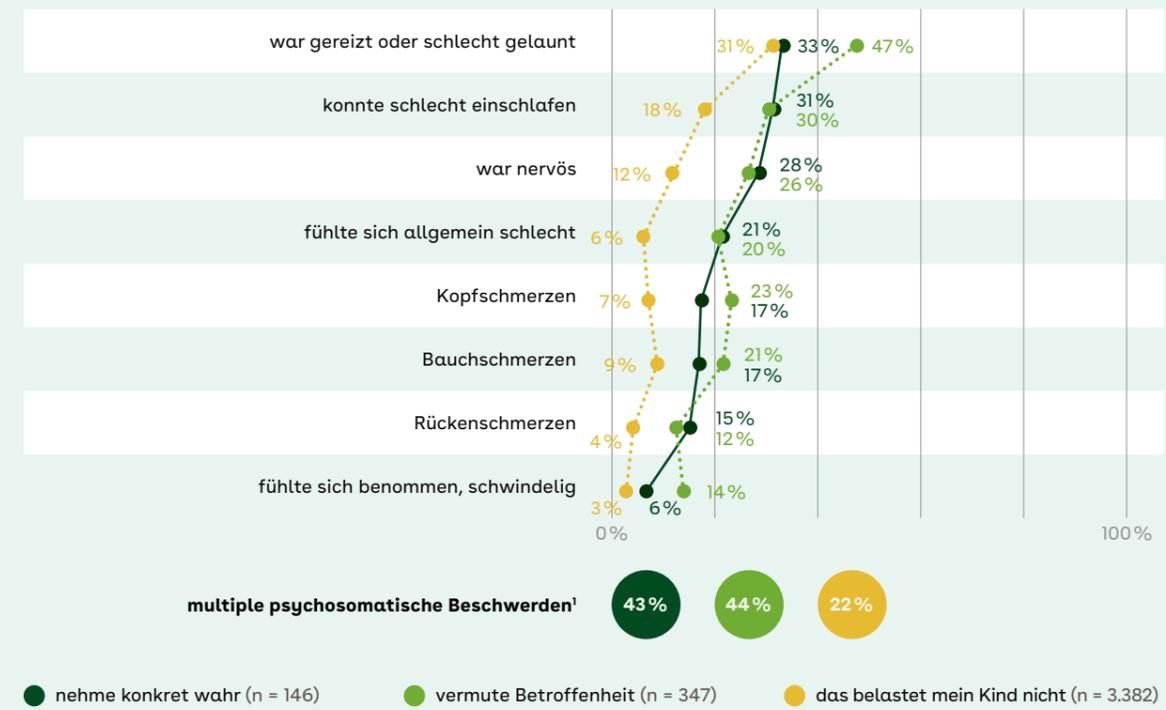
Dargestellt werden Antwortoptionen *nie* + *selten*.
Basis: 3- bis 17-jährige Kinder, die Kindergarten, (Vor-)Schule oder Ausbildung besuchen



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

Abb. 9.7: Zusammenhang von Cybermobbing und dem Aufkommen psychosomatischer Beschwerden

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



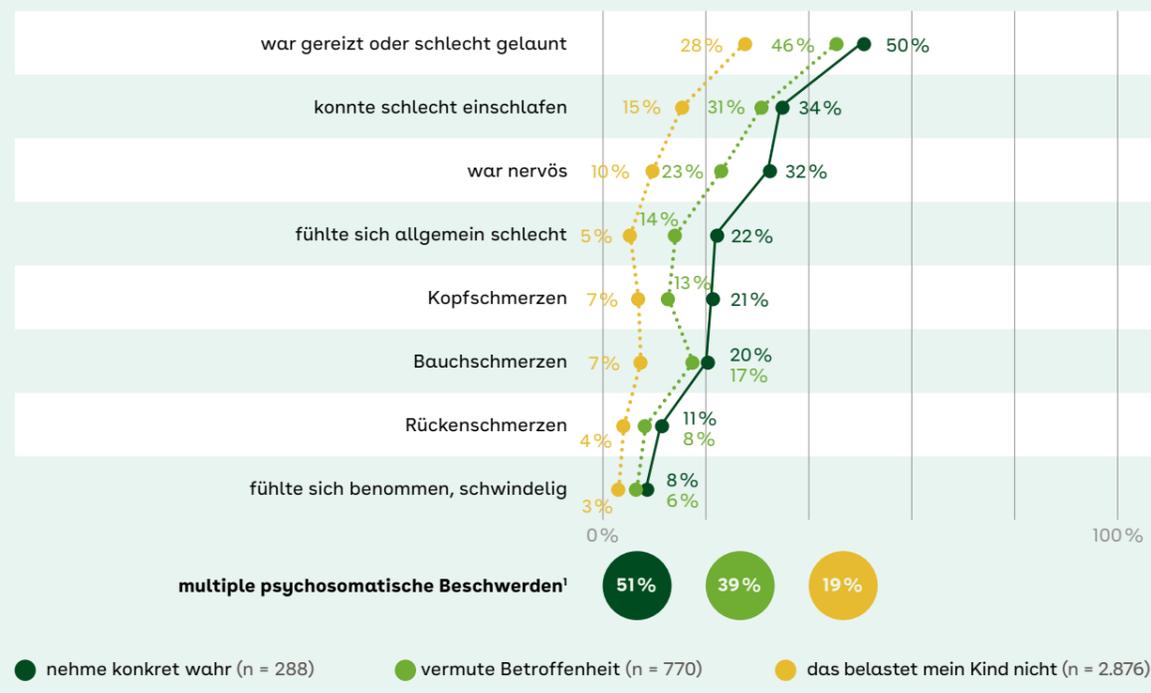
Frage: Wie oft hatte Ihr Kind in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden? / Nehmen Sie bei Ihrem Kind eine oder mehrere der folgenden Belastungen konkret wahr oder vermuten Sie, dass Ihr Kind möglicherweise von dieser Belastung betroffen sein könnte? – Cybermobbing (dies bedeutet, dass Ihr Kind über das Handy oder im Internet belästigt, gemobbt oder ausgegrenzt wird)¹ multiple psychosomatische Beschwerden: mind. zwei psychosomatische Beschwerden treten fast jede Woche, mehrmals pro Woche oder (fast) täglich auf.

Wie Cybermobbing steht auch Offline-Mobbing im Zusammenhang mit psychosomatischen Beschwerden (s. Abb. 9.8). 3- bis 17-Jährige, die von Offline-Mobbing laut Eltern konkret oder vermutlich betroffen sind, sind von allen acht abgefragten Beschwerden signifikant häufiger betroffen als Gleichaltrige, die laut Eltern nicht von Offline-Mobbing betroffen sind. Drei der acht Beschwerden nehmen Eltern, die Offline-Mobbing bei ihrem Kind konkret wahrnehmen, signifikant häufiger wahr als Eltern, die lediglich vermuten, dass ihr Kind davon betroffen ist. Dies betrifft Nervosität (vermutet:

23% / konkret wahrgenommen: 32%), allgemeines Unwohlsein (14% / 22%) und Kopfschmerzen (13% / 21%). Insgesamt liegt der Anteil an Kindern und Jugendlichen, deren Eltern Offline-Mobbing konkret wahrnehmen und die von multiplen psychosomatischen Beschwerden (s. Kapitel 6, HBSC) betroffen sind, bei 51 Prozent. Wenn Eltern nur vermuten, dass ihr Kind von Offline-Mobbing betroffen ist, sind es nur noch 39 Prozent und, wenn kein Offline-Mobbing bei dem Kind wahrgenommen wird, 19 Prozent.

Abb. 9.8: Zusammenhang von Offline-Mobbing und dem Aufkommen psychosomatischer Beschwerden

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



Frage: Wie oft hatte Ihr Kind in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden? / Nehmen Sie bei Ihrem Kind eine oder mehrere der folgenden Belastungen konkret wahr oder vermuten Sie, dass Ihr Kind möglicherweise von dieser Belastung betroffen sein könnte? – Offline-Mobbing (dies bedeutet, dass sich andere Kinder über Ihr Kind lustig machen, es schikanieren oder tyrannisieren, belästigen oder ausgrenzen) ¹ multiple psychosomatische Beschwerden: mind. zwei psychosomatische Beschwerden treten fast jede Woche, mehrmals pro Woche oder (fast) täglich auf.

Ob sich ein Kind oder ein Jugendlicher in der Betreuungs- oder Bildungseinrichtung wohlfühlt, hängt unter anderem damit zusammen, ob er oder sie gemobbt wird. Dabei scheint es irrelevant, ob das Mobbing offline oder online stattfindet. Zudem ist der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit multiplen psychosomatischen Beschwerden höher, wenn Mobbing wahrgenommen wird.



Fazit: Für Kinder und Jugendliche sind Betreuungs- und Bildungseinrichtungen ein wichtiger Kontext, in dem sie viel Zeit verbringen und Studien weisen auf einen Zusammenhang zwischen Erfahrungen in der Schule und psychischer Gesundheit hin (Suarez et al., 2023; Waenerlund et al., 2016; Bilz, 2023; Rathmann et al., 2018). Innerhalb der vorliegenden Studie zeigt sich, dass Jungen häufiger von geringerem Wohlbefinden in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen betroffen sind. Das Wohlbefinden nimmt zudem mit fortschreitendem Alter ab – vor allem die wahrgenommene Freude auf die Bildungs- und Betreuungseinrichtung sowie der Spaß am Unterricht bzw. im Kindergarten gehen zurück.

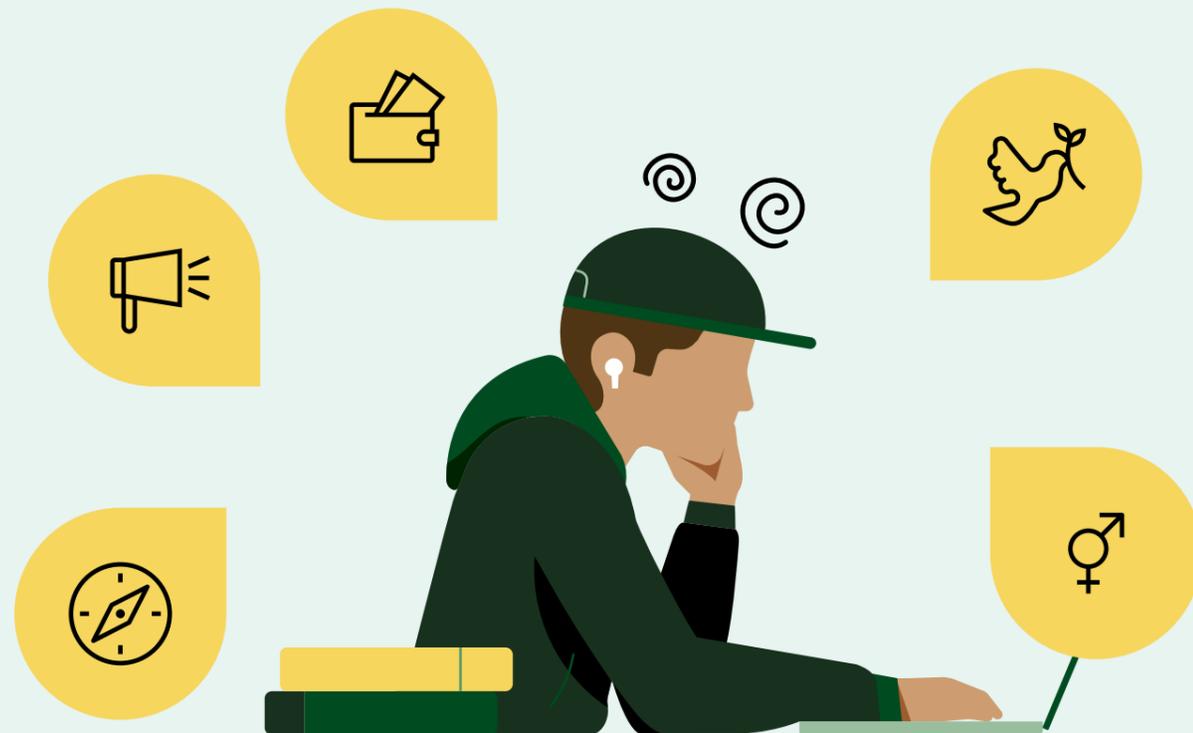
Wie erwartet zeigt sich zudem, dass Kinder und Jugendliche, die laut Eltern konkret oder vermutlich von Offline- oder Cybermobbing betroffen sind, sich in ihrer Bildungs- oder Betreuungseinrichtung häufiger unwohl fühlen. Darüber hinaus ist Mobbing ein Faktor, der die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass ein Kind von multiplen psychosomatischen Beschwerden betroffen ist. Dieser Zusammenhang zeigt sich sowohl bei konkret wahrgenommenem als auch bei vermutetem Mobbing und sowohl bei Offline-Mobbing als auch bei Cybermobbing.

Kapitel 10:

Emotionale Belastung durch gesellschaftliche Herausforderungen

Um weitere mögliche Einflüsse auf das Wohlbefinden und die damit zusammenhängende psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu beleuchten, wurden die Eltern auch zur emotionalen Belastung ihrer Kinder

befragt. Im folgenden Abschnitt werden ihre Einschätzungen zu Ängsten und Unsicherheiten aufgrund aktueller gesellschaftlicher Herausforderungen beschrieben.



Abgefragt wurden:

Zukunftsangst

(dies bedeutet Angst vor dem Kommenden, entsteht oft in Übergangsphasen, z. B. von Schule in Ausbildung bzw. Beruf)

Kriegsangst

(dies bedeutet Angst vor Krieg und dessen Folgen)

Fear Of Missing Out (FOMO)

(dies bedeutet Angst, etwas Wichtiges zu verpassen, v. a. im Zusammenhang mit der Nutzung von Smartphone und Sozialen Medien)

Klimaangst

(dies bedeutet Angst vor dem Klimawandel und dessen Folgen)

Finanzielle Angst

(dies bedeutet, dass sich Kinder Sorgen um die finanzielle Situation ihrer Eltern/ihrer Familie machen)

Unsicherheit bzgl. des eigenen Geschlechts

(Hinterfragen, ob das bei der Geburt festgelegte Geschlecht mit dem inneren Selbstverständnis übereinstimmt)

Kinder beginnen mit etwa drei Jahren, ihre eigenen Gefühle von anderen zu unterscheiden und sind mit vier Jahren oft schon dazu fähig, differenzierte Ursachen und Folgen ihrer Gefühle zu kommunizieren. Komplexe Gefühle können Kinder meist erst ab einem Alter von sechs Jahren zum Ausdruck bringen (Jungmann et al., 2021). Angst wird von Petermann und Wiedebusch (2016) als Basisgefühl, das schon ab zwei Jahren ausgedrückt werden kann, eingeordnet. Aus diesem Grund werden innerhalb dieses Kapitels auch 3- bis 6-jährige Kinder beim Vergleich der Altersgruppen betrachtet. Da die Auslöser von Kriegs-, Klima- oder Zukunftsangst jedoch durchaus komplexer sind, werden altersübergreifende Analysen innerhalb dieses Kapitels nur für 7- bis 17-Jährige ausgewiesen.

Emotionale Belastung von 7- bis 17-Jährigen durch gesellschaftliche Herausforderungen

8% der Eltern nehmen Zukunftsangst beim Kind konkret wahr, 7% Kriegsangst, 7% FOMO

Je älter die Kinder, desto häufiger kommen Ängste und Unsicherheiten auf

Zusammenhang dieser Ängste mit Mediennutzung:

- FOMO tritt besonders bei Kindern und Jugendlichen auf, die mindestens eine Stunde pro Tag Soziale Medien nutzen
- Zukunftsangst, Kriegsangst und FOMO treten besonders stark bei Kindern und Jugendlichen auf, die mindestens eine Stunde pro Tag Bewegtbild-Angebote nutzen

55% der 14- bis 17-Jährigen mit Zukunftsangst haben auch multiple psychosomatische Beschwerden

Konkret wahrgenommene emotionale Belastungen

Ob die befragten Eltern die Belastungen bei ihrem Kind konkret wahrnehmen, hängt unter anderem mit dem Alter des Kindes zusammen (**s. Abb. 10.1**). Im Vergleich aller Altersgruppen ab 3 Jahren zeigt sich, dass viele der betrachteten Belastungen mit zunehmendem Alter der Kinder von den Eltern häufiger wahrgenommen werden. So berichten Eltern von 14- bis 17-Jährigen signifikant häufiger Zukunftsangst (11%), Kriegsangst (8%), Fear Of Missing Out (8%), Klimaangst (6%) und finanzielle Angst (5%) als Eltern von 3- bis 6-Jährigen (zwischen 2 und 4%). Letztere werden in den folgenden Analysen außen vorgelassen.

Bei Betrachtung des Vorkommens konkret wahrgenommener Belastungen in der Altersgruppe von 7 bis 17 Jahren, ist erkennbar, dass Zukunftsangst (8%) von den Eltern am häufigsten berichtet wird (**s. Abb. 10.2**). Zudem nehmen je sieben Prozent der Eltern Kriegsangst oder Fear Of Missing Out bei ihrem Kind wahr. Eher seltener wird die Unsicherheit bezüglich des eigenen Geschlechts wahrgenommen.

Eltern von 7- bis 17-jährigen Jungen nehmen signifikant häufiger konkret finanzielle Angst bei ihrem Kind wahr (14%) als Eltern von gleichaltrigen Mädchen (10%). Weitere altersgruppenübergreifende Geschlechterunterschiede gibt es nicht.

Abb. 10.2: Konkret wahrgenommene emotionale Belastungen bei 7- bis 17-Jährigen

Dargestellt wird die Antwortoption *nehme diese Belastung bei meinem Kind konkret wahr*.
Basis: n = 2.991 (7- bis 17-jährige Kinder)



Abb. 10.1: Konkret wahrgenommene emotionale Belastungen nach Alter des Kindes

Dargestellt wird die Antwortoption *nehme diese Belastung bei meinem Kind konkret wahr*.

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder



● 3 bis 6 Jahre (n = 1.172) ● 11 bis 13 Jahre (n = 797)
 ● 7 bis 10 Jahre (n = 1.115) ● 14 bis 17 Jahre (n = 1.079)

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

Exkurs

Vermutung von emotionalen Belastungen durch die Eltern

Die Eltern, die lediglich vermuten, dass ihr Kind von Zukunftsangst, Kriegsangst etc. betroffen sein könnte, werden im Rahmen dieses Absatzes gesondert betrachtet, da dies eine differenzierte Analyse ermöglicht: Die konkrete Wahrnehmung einer Belastung weist darauf hin, dass das Kind merkbar unter dieser Belastung leidet bzw. bereits darüber gesprochen hat – um diese Elterngruppe ging es zuvor. Hingegen impliziert eine vermutete Belastung, dass das Elternteil noch keine Klarheit über die Perspektive des Kindes hat, aber auf Ängste des Kindes achtet, Anzeichen erkannt hat oder aufgrund eigener Sorgen und Ängste für diese Belastung besonders sensibilisiert ist.

In Betrachtung dieser zweiten Gruppe von Eltern, wird deutlich, dass mit zunehmendem Alter der Kinder die Eltern häufiger vermuten, dass ihr Kind von einer emotionalen Belastung betroffen ist (**s. Abb. 10.3**). Sehr deutlich wird dies am Beispiel der Zukunftsangst: Nur zehn Prozent der Eltern von 3- bis 6-Jährigen vermuten eine Betroffenheit, bei 7- bis 10-Jährigen sind es schon 18 Prozent, bei 11- bis 13-Jährigen 23 Prozent und bei 14- bis 17-Jährigen sogar 31 Prozent. Auch Kriegsangst, Fear Of Missing Out, Klimaangst und finanzielle Angst zeigen diese Tendenz.

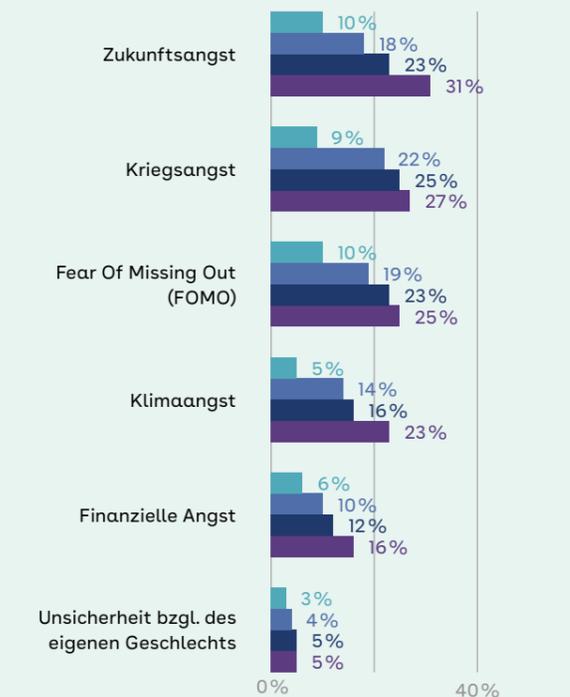
Lässt man die 3- bis 6-Jährigen außen vor und betrachtet nur die 7- bis 17-Jährigen, vermutet jedes vierte Elternteil, dass ihr Kind von Kriegsangst (25%) oder Zukunftsangst (24%) betroffen ist (**s. Abb. 10.4**). Fear Of Missing Out wird noch von 22 Prozent vermutet.

Innerhalb dieser Altersgruppe vermuten Eltern von Jungen häufiger, dass ihr Kind von finanzieller Angst (12%) betroffen ist als Eltern von Mädchen (10%). Im Gegenzug vermuten Eltern von Mädchen häufiger, dass ihr Kind von Kriegsangst betroffen ist (22%) als Eltern von Jungen (19%).

Abb. 10.3: Vermutete emotionale Belastungen nach Alter des Kindes

Dargestellt wird die Antwortoption *vermute, dass mein Kind von dieser Belastung betroffen sein könnte*.

Basis: 3- bis 17-jährige Kinder



● 3 bis 6 Jahre (n = 1.172) ● 11 bis 13 Jahre (n = 797)
 ● 7 bis 10 Jahre (n = 1.115) ● 14 bis 17 Jahre (n = 1.079)

Abb. 10.4: Vermutete emotionale Belastungen bei 7- bis 17-Jährigen

Dargestellt wird die Antwortoption *vermute, dass mein Kind von dieser Belastung betroffen sein könnte*.

Basis: n = 2.991 (7- bis 17-jährige Kinder)



Emotionale Belastung und Mediennutzung

Je länger Fernsehen, Videofilme und Streamingdienste genutzt werden, desto eher nehmen Eltern Ängste und Unsicherheiten wahr: Schon bei Kindern und Jugendlichen ab 7 Jahren, die Bewegtbild-Angebote mehr als eine Stunde pro Tag nutzen (d. h. Fernsehsendungen, Videofilme und Streamingdienste schauen), nehmen Eltern signifikant häufiger konkret Zukunftsangst (9% vs. 5% bei weniger als einer Stunde), Kriegsangst (8% vs. 6%) und Fear Of Missing Out (8% vs. 5%) bei ihrem Kind wahr als Eltern von Kindern, die weniger als eine Stunde Bewegtbild-Angebote nutzen (s. **Abb. 10.5**).

Auch bei der Nutzung Sozialer Medien ist ein ähnlicher Effekt zu beobachten (s. **Abb. 10.6**): Eltern von 7- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen, die Soziale Medien eine Stunde oder länger nutzen, nehmen signifikant häufiger konkret Zukunftsangst (9% vs. 6% bei weniger als einer Stunde) und Fear of Missing Out (9% vs. 4%) wahr als Eltern von Kindern und Jugendlichen, die weniger Zeit mit Sozialen Medien verbringen.

Abb. 10.5: Auftreten von konkret wahrgenommenen Belastungen bei 7- bis 17-Jährigen im Zusammenhang mit der täglichen Nutzungsdauer von Fernsehsendungen, Videofilmen und Streamingdiensten

Dargestellt wird die Antwortoption *nehme diese Belastung bei meinem Kind konkret wahr*.
Basis: 7- bis 17-jährige Kinder



Frage: Nehmen Sie bei Ihrem Kind eine oder mehrere der folgenden Belastungen konkret wahr oder vermuten Sie, dass Ihr Kind möglicherweise von dieser Belastung betroffen sein könnte? / An einem durchschnittlichen Tag in den letzten 6 Monaten: Wie lange schaut Ihr Kind Fernsehsendungen, Videofilme oder nutzt Streamingdienste?

Abb. 10.6: Auftreten von konkret wahrgenommenen Belastungen bei 7- bis 17-Jährigen im Zusammenhang mit der täglichen Nutzungsdauer von Sozialen Medien

Dargestellt wird die Antwortoption *nehme diese Belastung bei meinem Kind konkret wahr*.
Basis: 7- bis 17-jährige Kinder



Frage: Nehmen Sie bei Ihrem Kind eine oder mehrere der folgenden Belastungen konkret wahr oder vermuten Sie, dass Ihr Kind möglicherweise von dieser Belastung betroffen sein könnte? / An einem durchschnittlichen Tag in den letzten 6 Monaten: Wie lange nutzt Ihr Kind Soziale Medien (z. B. Instagram, TikTok, YouTube, Snapchat)?



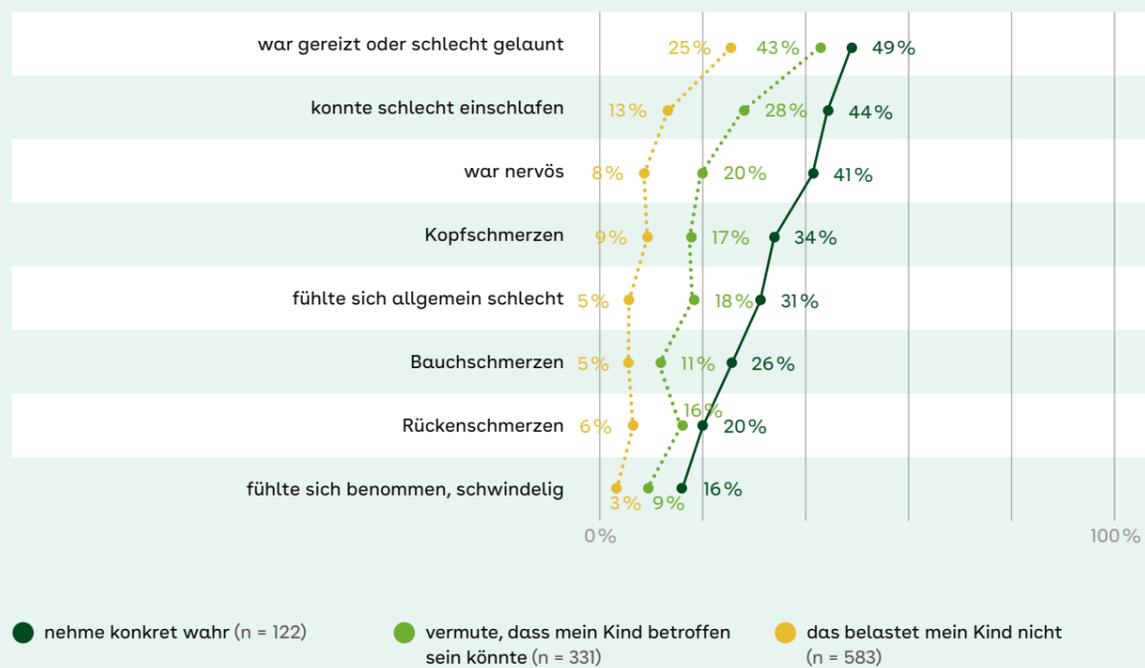
Emotionale Belastung und psychosomatische Beschwerden

Das Auftreten von emotionalen Belastungen hängt auch mit dem Aufkommen psychosomatischer Beschwerden zusammen. Am Beispiel von Zukunftsangst wird dies sehr deutlich (s. Abb. 10.7): Wenn Eltern von 14- bis 17-Jährigen Zukunftsangst bei ihrem Kind konkret wahrnehmen, dann geben diese Eltern auch häufiger an, dass ihr Kind gereizt oder schlecht gelaunt war (49%), schlecht einschlafen konnte (44%), nervös war (41%), sich allgemein schlecht gefühlt hat (31%) sowie häufiger Kopfschmerzen (34%), Bauchschmerzen (26%) oder Rückenschmerzen (20%) hatte als Eltern, die nur

vermuten, ihr Kind würde unter Zukunftsangst leiden oder diese Belastung gar nicht wahrnehmen. In Summe nehmen bei 55 Prozent der 14- bis 17-Jährigen, bei denen die Eltern Zukunftsangst konkret wahrnehmen, die Eltern auch multiple psychosomatische Beschwerden (s. Kapitel 2: Zentrale Ergebnisse) wahr. Wenn die Eltern Zukunftsangst lediglich vermuten, sinkt dieser Anteil auf 35 Prozent. Wird Zukunftsangst gar nicht wahrgenommen, dann nehmen Eltern nur bei 18 Prozent der 14- bis 17-Jährigen multiple psychosomatische Beschwerden wahr.

Abb. 10.7:
Zusammenhang von Zukunftsangst und psychosomatischen Beschwerden bei 14- bis 17-Jährigen

Dargestellt werden Antwortoptionen (fast) täglich + mehrmals pro Woche + fast jede Woche.
Basis: 14- bis 17-jährige Kinder



Frage: Wie oft hatte Ihr Kind in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden? / Nehmen Sie bei Ihrem Kind eine oder mehrere der folgenden Belastungen konkret wahr oder vermuten Sie, dass Ihr Kind möglicherweise von dieser Belastung betroffen sein könnte? Zukunftsangst (dies bedeutet Angst vor dem Kommenden, entsteht oft in Übergangsphasen, z. B. von Schule in Ausbildung bzw. Beruf).



Fazit: Zukunftsangst und Kriegsangst betreffen acht Prozent der Kinder zwischen 7 und 17 Jahren im Rheinland und in Hamburg.

Vor allem Kinder und Jugendliche, die mehr als eine Stunde pro Tag Bewegtbild-Angebote oder Soziale Medien nutzen, sind häufiger betroffen. Eltern von 14- bis 17-Jährigen, die bei ihrem Kind Zukunftsangst wahrnehmen, geben häufiger an, dass ihr Kind unter multiplen psychosomatischen Beschwerden leidet.

Kapitel 11:

Limitationen



Abweichung zum Bevölkerungsdurchschnitt bzgl. der Merkmale Bildungsabschluss der Eltern und Migrationshintergrund

Bedingt durch den Einsatz eines Online-Panels ergeben sich Abweichungen zum Bevölkerungsdurchschnitt. Dies betrifft die Merkmale Bildungsabschluss der Eltern und Migrationshintergrund. So sind die in Online-Panels Registrierten und an der Studie Teilnehmenden im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt höher gebildet und weisen seltener einen Migrationshintergrund auf.

Auswertungen nach dem Merkmal Bildungsabschluss der Eltern sind innerhalb der Studie grundsätzlich zulässig, da unterrepräsentierte Bildungsabschlüsse über eine nachträgliche Gewichtung der Daten ausgeglichen wurden.

Ergebnisdarstellungen nach dem Merkmal Migrationshintergrund werden innerhalb der Studie grundsätzlich nicht vorgenommen. Neben der unterdurchschnittlichen Repräsentanz dieser Personengruppe in Online-Panels ist hierfür verantwortlich, dass die Erhebung ausschließlich in deutscher Sprache realisiert wurde. Dies schließt relevante Personengruppen von vornherein von der Befragung aus. Gleichwohl soll an dieser Stelle eine Einordnung der Ergebnisse erfolgen. So sind im Kindergesundheitsatlas in Bezug auf den Gesundheitszustand der Kinder keine Unterschiede zwischen befragten Familien mit Migrations-

hintergrund und Familien ohne Migrationshintergrund dokumentiert (*sehr guter* Gesundheitszustand in beiden Gruppen 56 %, *guter* Gesundheitszustand in Gruppe ohne Migrationshintergrund mit 37% nur einen Prozentpunkt höher als in Gruppe mit Migrationshintergrund). Auch in Bezug auf sämtliche Eingangsvariablen für die Indikatoren gesundheitsbezogene Lebensqualität (KIDSCREEN) sowie körperliche und psychische Beschwerden (HBSC) zeigen sich übergreifend keine Unterschiede nach Migrationshintergrund der Eltern. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der bundesweiten AOK-Familienstudie (2022), in der ebenfalls keine wesentlichen Unterschiede in Bezug auf den Gesundheitszustand der Kinder zwischen Familien mit Migrationshintergrund und Familien ohne Migrationshintergrund zu erkennen sind.

Innerhalb der vorliegenden Studie werden Ergebnisse zum Teil auf Ebene von Regionaldirektionen der AOK Rheinland/Hamburg ausgewiesen. Bei deren Interpretation ist zu berücksichtigen, dass die statistische Zusammensetzung der Befragungsteilnehmenden in Bezug auf das Merkmal Migrationshintergrund nicht dem Bevölkerungsdurchschnitt der jeweiligen Region entspricht, also mehrheitlich deutlich unterrepräsentiert ist.

Methodische Unterschiede zu anderen Studien

Methodische Unterschiede können deutliche Ergebnisunterschiede bewirken und somit die Vergleichbarkeit der Ergebnisse einschränken. Im Kindergesundheitsatlas geben die befragten Eltern Auskunft zur Gesundheit ihrer Kinder. Dies setzt voraus, dass Eltern sich der für die Beantwortung der Fragen relevanten Informationen über ihre Kinder bewusst sind und unterliegt dem Risiko, dass die Perspektive der Eltern die Einschätzung ihrer Kinder beeinflusst. Im Hinblick auf die Einordnung der Ergebnisse sind deshalb erwartbare Abweichungen sowohl zu verfügbaren Routine- bzw. Abrechnungsdaten (Vogelgesang et al., 2024) als auch zu Selbsteinschätzungen durch ältere Kinder zu berücksichtigen.

So wurde bspw. nach Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg (2022) bei 6,8 Prozent aller 3- bis 17-jährigen Versicherten mit Wohnadresse im Rheinland oder in Hamburg im Jahr 2022 mindestens einmal Adipositas/starkes Übergewicht diagnostiziert (s. Tab. 12.3 im Anhang). Dahingegen berichten im Rahmen des Kindergesundheitsatlas lediglich 1,7 Prozent von einer Diagnose von Adipositas/starkem Übergewicht bei ihrem Kind – also ein deutlich geringerer Anteil. Dass aber auch die Kinder in der Stichprobe des Kindergesundheitsatlas häufiger adipös sind als von den Eltern berichtet, zeigt eine zusätzliche Auswertung von Elternangaben zu Körpergröße und Gewicht, wonach 7,0 Prozent der Kinder der Definition nach als adipös gelten. Dass diese Angaben der Eltern zu Körpergröße und Gewicht vergleichbar mit den Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg zu Adipositas-Diagnosen sind, wirft die Frage auf, weshalb deutlich weniger Eltern von der Diagnose bei ihrem Kind berichten. Ein tatsächliches Nicht-Vorliegen der Diagnose scheint angesichts der Prävalenz in den Routinedaten sowie der Tatsache, dass ein auffälliger BMI bei routinemäßigen ärztlichen Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen (u. a. U-Untersuchungen) zu einer Diagnosevergabe führen müsste, eher unwahrscheinlich. Jedoch könnte dies darauf zurückzuführen sein, dass nicht alle Eltern von der ihrem

Kind gestellten Diagnose wissen – evtl. wurde den Eltern die Diagnose nicht klar kommuniziert oder nicht beide Elternteile wissen davon. Zudem wäre es denkbar, dass manche Eltern die Diagnose ihres Kindes aus Scham oder der Angst vor Mitschuld nicht angeben oder verdrängen. Zusätzlich könnten Unsicherheiten bei der Begriffsverwendung eine Rolle spielen. Der Begriff Adipositas wurde zwar durch den Zusatz „starkes Übergewicht“ erklärt, aber evtl. verstehen nicht alle Eltern die Adipositas ihres Kindes als chronische Erkrankung.

Darüber hinaus mussten für die Befragung der Eltern Krankheiten zusammengefasst und Krankheitscluster gebildet werden, was zu Unschärfen geführt haben könnte. Auch wenn z. B. das Item „psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ zusätzlich erklärt wurde mit „(dies umfasst z. B. Anpassungsstörungen, Angststörungen, Bindungsstörungen, Depressionen, Essstörungen, Störungen des Sozialverhaltens)“, könnte die Verallgemeinerung dazu führen, dass nicht alle Eltern die Diagnose ihres Kindes zuordnen konnten. Zudem ist eine klare Abgrenzung der Krankheitsbilder, zu denen die Eltern befragt wurden, nicht immer möglich. Zum Beispiel fällt ADHS ebenfalls unter psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Dies kann zu Überschneidungen bzw. Mehrfachnennungen führen. Auch die Trennung von akuten und chronischen Krankheitsbildern ist teilweise unscharf, da der Übergang bei einigen Erkrankungen fließend sein kann bzw. den Eltern nicht immer klar ist (z. B. Kopfschmerzen – Migräne). Insbesondere der Begriff „Bronchitis“ im Zusammenhang mit akuten Erkrankungen kann leicht mit „chronischer Bronchitis“ verwechselt werden, ebenso wie der Begriff „Ekzem“ im akuten Zusammenhang mit chronischer „Dermatitis“.

Für die Interpretation der Ergebnisse des Kindergesundheitsatlas kann somit festgehalten werden, dass es sich stets um eine elterliche Perspektive

auf das Thema Kindergesundheit handelt und somit Fälle näher betrachtet werden, in denen die Eltern von einer Diagnose bei ihrem Kind nach ihrem Verständnis ausgehen.

Wie zu den Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg (2022), ergeben sich auch im Vergleich mit anderen Studien zur Kindergesundheit deutliche methodische Unterschiede: So fokussiert die HBSC-Studie ausschließlich Kinder im Alter von 11 bis 15 Jahren und wird über eine Selbsteinschätzung der Kinder erhoben. Die AOK-Familienstudie befragt Eltern von Kindern im Alter von 4 bis 14 Jahren, weist jedoch zum Kindergesundheitsatlas zumindest erhebungsmethodische Parallelen auf, so erfolgte die Datenerhebung hier ebenfalls über den Einsatz eines Online-Panels. Auch weichen die Erhebungszeiträume stark voneinander ab, so wurde etwa die letzte KIGGS-Welle im Zeitraum 2014 bis 2017 und somit vor der Corona-Pandemie realisiert. Zudem basierte die KIGGS-Erhebung in großen Teilen auf einer schriftlichen Befragung, der eine postalische Einladung vorausging.

Ein wichtiger Aspekt bei der Interpretation der Daten dieser Studie zu den vermuteten Erkrankungen ist, dass unklar ist, inwiefern die Eltern bereits ärztliche bzw. fachliche Beratung in Anspruch genommen haben. Die Eltern wurden gefragt: „Haben Sie bei einer oder mehreren dieser Krankheitsbilder die ernsthafte Vermutung, dass Ihr Kind an dieser erkranken könnte oder bereits ist, es liegt aber keine Diagnose vor?“. Nach den Gründen für das Nicht-Vorliegen einer Diagnose wurde nicht gefragt. Es ist daher sowohl möglich, dass die Eltern bereits einen Arzt oder eine Ärztin konsultiert haben, aber keine Diagnose vergeben wurde, als auch, dass sie keinen Termin in einer Arztpraxis bekommen konnten. Das Ergebnis, dass Eltern mit Vermutung, aber ohne Diagnose häufiger unsicher sind, an wen sie sich wenden können, deutet jedoch daraufhin, dass in den meisten Fällen keine ärztliche bzw. fachliche Beratung in Anspruch genommen wurde.

Interpretation von Krankheitsverdachten

Ein wichtiger Aspekt bei der Interpretation der Daten dieser Studie zu den vermuteten Erkrankungen ist, dass unklar ist, inwiefern die Eltern bereits ärztliche bzw. fachliche Beratung in Anspruch genommen haben. Die Eltern wurden gefragt: „Haben Sie bei einer oder mehreren dieser Krankheitsbilder die ernsthafteste Vermutung, dass Ihr Kind an dieser erkranken könnte oder bereits ist, es liegt aber keine Diagnose vor?“. Nach den Gründen für das Nicht-Vorliegen einer Diagnose wurde nicht gefragt.

Es ist daher sowohl möglich, dass die Eltern bereits einen Arzt oder eine Ärztin konsultiert haben, aber keine Diagnose vergeben wurde, als auch, dass sie keinen Termin in einer Arztpraxis bekommen konnten. Das Ergebnis, dass Eltern mit Vermutung, aber ohne Diagnose häufiger unsicher sind, an wen sie sich wenden können, deutet jedoch daraufhin, dass in den meisten Fällen keine ärztliche bzw. fachliche Beratung in Anspruch genommen wurde.

Anhang



Tab. 12.1: Kreuztabelle chronischer Erkrankungen (Komorbiditäten)

Chronische Erkrankungen	A	B	C	D	E ¹	F	G	H ¹	I	J	K	L ¹	M	N	O ¹	P ¹	Q ²	R	S	T
A Sehschwäche/Sehstörung		3,2%	1,2%	2,6%	3,0%	1,8%	2,8%	1,9%	3,5%	1,5%	1,1%	2,1%	2,5%	1,6%	1,7%	0,9%	1,5%	2,7%	0,8%	1,3%
B Entwicklungsstörungen	3,2%		1,2%	1,6%	3,3%	1,2%	1,6%	1,6%	4,3%	1,5%	1,2%	1,3%	1,4%	1,4%	2,7%	0,9%	1,4%	1,9%	0,9%	1,4%
C Chronische Entzündung der Nasenschleimhaut oder des Rachens	1,2%	1,2%		1,0%	1,1%	1,0%	1,1%	0,8%	1,2%	0,9%	0,7%	0,8%	1,0%	0,9%	1,0%	0,6%	0,7%	1,1%	0,7%	0,7%
D Neurodermitis/Dermatitis	2,6%	1,6%	1,0%		1,8%	1,9%	2,4%	1,3%	2,0%	1,2%	0,9%	1,3%	2,6%	0,9%	1,0%	0,7%	0,8%	2,7%	0,8%	0,9%
E ADHS¹	3,0%	3,3%	1,1%	1,8%		1,5%	2,0%	1,8%	5,1%	1,4%	0,8%	1,6%	1,5%	1,3%	1,9%	0,9%	1,2%	1,8%	0,8%	1,1%
F Asthma/chronische Bronchitis	1,8%	1,2%	1,0%	1,9%	1,5%		2,2%	1,2%	1,5%	0,9%	0,7%	1,0%	1,2%	0,7%	0,9%	0,7%	0,7%	1,8%	0,6%	0,8%
G Heuschnupfen	2,8%	1,6%	1,1%	2,4%	2,0%	2,2%		1,2%	2,2%	0,9%	0,6%	1,4%	1,8%	0,9%	0,9%	0,7%	0,8%	2,9%	0,7%	1,0%
H Adipositas/starkes Übergewicht¹	1,9%	1,6%	0,8%	1,3%	1,8%	1,2%	1,2%		2,0%	1,0%	0,8%	1,1%	1,1%	0,9%	1,1%	0,8%	1,0%	1,4%	0,8%	0,8%
I Psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	3,5%	4,3%	1,2%	2,0%	5,1%	1,5%	2,2%	2,0%		1,6%	1,0%	2,2%	1,8%	1,5%	2,2%	0,9%	1,7%	2,4%	0,9%	1,1%
J Deformität der Extremitäten	1,5%	1,5%	0,9%	1,2%	1,4%	0,9%	0,9%	1,0%	1,6%		0,9%	1,0%	1,1%	1,2%	1,2%	0,8%	0,7%	1,2%	0,7%	0,9%
K Epilepsie	1,1%	1,2%	0,7%	0,9%	0,8%	0,7%	0,6%	0,8%	1,0%	0,9%		0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	0,7%	0,7%	1,0%	0,6%	1,0%
L Migräne¹	2,1%	1,3%	0,8%	1,3%	1,6%	1,0%	1,4%	1,1%	2,2%	1,0%	0,8%		1,4%	0,9%	0,9%	0,6%	0,9%	1,5%	0,8%	0,8%
M Akne/chronische Hautausschläge	2,5%	1,4%	1,0%	2,6%	1,5%	1,2%	1,8%	1,1%	1,8%	1,1%	0,8%	1,4%		1,1%	1,0%	0,7%	1,1%	1,7%	0,7%	0,8%
N Skoliose	1,6%	1,4%	0,9%	0,9%	1,3%	0,7%	0,9%	0,9%	1,5%	1,2%	0,9%	0,9%	1,1%		1,1%	0,6%	0,8%	1,1%	0,7%	0,9%
O Intelligenzstörungen¹	1,7%	2,7%	1,0%	1,0%	1,9%	0,9%	0,9%	1,1%	2,2%	1,2%	0,9%	0,9%	1,0%	1,1%		0,7%	1,0%	1,1%	0,7%	0,9%
P Diabetes¹	0,9%	0,9%	0,6%	0,7%	0,9%	0,7%	0,7%	0,8%	0,9%	0,8%	0,7%	0,6%	0,7%	0,6%	0,7%		0,5%	1,0%	0,6%	0,8%
Q Substanzsucht²	1,5%	1,4%	0,7%	0,8%	1,2%	0,7%	0,8%	1,0%	1,7%	0,7%	0,7%	0,9%	1,1%	0,8%	1,0%	0,5%		0,8%	0,6%	0,7%
R Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten	2,7%	1,9%	1,1%	2,7%	1,8%	1,8%	2,9%	1,4%	2,4%	1,2%	1,0%	1,5%	1,7%	1,1%	1,1%	1,0%	0,8%		0,9%	1,2%
S Chronische Darmentzündung	0,8%	0,9%	0,7%	0,8%	0,8%	0,6%	0,7%	0,8%	0,9%	0,7%	0,6%	0,8%	0,7%	0,7%	0,7%	0,6%	0,6%	0,9%		0,7%
T Angeborener Herzfehler	1,3%	1,4%	0,7%	0,9%	1,1%	0,8%	1,0%	0,8%	1,1%	0,9%	1,0%	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	0,8%	0,7%	1,2%		0,7%

Darstellung der prozentualen Anteile der Eltern, die gleichzeitig von einer Diagnose oder Vermutung zweier chronischer Erkrankungen berichten. Beispielsweise berichten 3,2% der Eltern sowohl von einer diagnostizierten bzw. vermuteten Sehschwäche/ Sehstörung sowie von einer diagnostizierten bzw. vermuteten Entwicklungsstörung ihres Kindes.

Basis: n = 5.000 (0- bis 17-jährige Kinder) / ¹n = 4.163 (3- bis 17-jährige Kinder) / ²n = 1.079 (14- bis 17-jährige Kinder)

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

Tab. 12.2: BMI-Grenzwerte mit Definitionen der BMI-Kategorien



BMI-Grenzwerte Jungen/Männer			
Alter (Jahre)	Grenzwerte für Übergewicht	Grenzwerte für Adipositas	Grenzwerte für extreme Adipositas
3 bis unter 4	17,56	18,80	20,60
4 bis unter 5	17,56	18,90	20,90
5 bis unter 6	17,71	19,19	21,47
6 bis unter 7	18,07	19,76	22,45
7 bis unter 8	18,65	20,60	23,83
8 bis unter 9	19,38	21,64	25,55
9 bis unter 10	20,19	22,78	27,42
10 bis unter 11	21,02	23,91	29,23
11 bis unter 12	21,84	24,96	30,73
12 bis unter 13	22,64	25,88	31,80
13 bis unter 14	23,38	26,64	32,46
14 bis unter 15	24,05	27,26	32,81
15 bis unter 16	24,65	27,77	32,99
16 bis unter 17	25,19	28,20	33,10
17 bis unter 18	25,78	28,77	33,58

Quellen: Kromeyer-Hauschild et al., 2001 sowie Kromeyer-Hauschild et al., 2015



BMI-Grenzwerte Mädchen/Frauen			
Alter (Jahre)	Grenzwerte für Übergewicht	Grenzwerte für Adipositas	Grenzwerte für extreme Adipositas
3 bis unter 4	17,56	18,81	20,56
4 bis unter 5	17,58	18,97	20,97
5 bis unter 6	17,83	19,40	21,75
6 bis unter 7	18,21	20,01	22,82
7 bis unter 8	18,86	20,93	24,30
8 bis unter 9	19,65	22,01	25,95
9 bis unter 10	20,42	23,04	27,47
10 bis unter 11	21,20	24,03	28,81
11 bis unter 12	22,04	25,00	29,94
12 bis unter 13	22,91	25,92	30,84
13 bis unter 14	23,71	26,70	31,47
14 bis unter 15	24,35	27,26	31,81
15 bis unter 16	24,87	27,75	32,22
16 bis unter 17	25,39	28,29	32,81
17 bis unter 18	26,15	29,27	34,31

Quellen: Kromeyer-Hauschild et al., 2001 sowie Kromeyer-Hauschild et al., 2015

Tab. 12.3: Vergleich der Daten zur Häufigkeit chronischer Erkrankungen aus dem Kindergesundheitsatlas mit Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg

Chronische Erkrankungen	Betrachtete Altersgruppe	Kindergesundheitsatlas (2024)		Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg (2022)*	
		Erkrankung bei Kind diagnostiziert	Erkrankung bei Kind nicht diagnostiziert, aber vermutet	Prävalenz laut Routinedaten	betrachtete ICD-10 Codes
Sehchwäche/Sehstörung (dies umfasst z. B. Hornhautverkrümmung, Kurz- oder Weitsichtigkeit)	0- bis 17-Jährige	10,5%	4,6%	18,7%	H49-H54
Entwicklungsstörungen (dies umfasst z. B. Sprach- und Sprechstörungen, Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten, Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen)	0- bis 17-Jährige	5,1%	5,3%	20,7%	F80-89
Chronische Entzündung der Nasenschleimhaut oder des Rachens	0- bis 17-Jährige	0,7%	2,0%	6,0%	J31-J32, J35.0
Neurodermitis/Dermatitis	0- bis 17-Jährige	5,4%	4,3%	15,6%	L20-L30
ADHS (bedeutet Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung)	nur 3- bis 17-Jährige	4,1%	5,9%	4,6%	F90
Asthma/chronische Bronchitis	0- bis 17-Jährige	3,1%	2,6%	8,1%	J40-J47
Heuschnupfen	0- bis 17-Jährige	5,7%	4,6%	4,2%	J30.1
Adipositas/starkes Übergewicht	nur 3- bis 17-Jährige	1,7%	2,9%	6,8%	E66
Psychische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (dies umfasst z. B. Anpassungsstörungen, Angststörungen, Bindungsstörungen, Depressionen, Essstörungen, Störungen des Sozialverhaltens)	0- bis 17-Jährige	5,3%	7,4%	13,9%	F20-F29, F30-F39, F40-F48, F50-F59, F60-F69, F90.1, F91-98, F99 **
Deformität der Extremitäten (dies umfasst z. B. unterschiedliche Beinlängen, Fehlstellungen, O- oder X-Beine)	0- bis 17-Jährige	1,3%	2,1%	3,3%	M20-M21
Epilepsie	0- bis 17-Jährige	0,7%	1,2%	0,8%	G40-G41
Migräne	nur 3- bis 17-Jährige	1,4%	3,6%	0,8%	G43
Akne/chronische Hautausschläge	0- bis 17-Jährige	2,8%	3,3%	3,1%	L70-L71
Skoliose (dies umfasst z. B. die Deformierung und Fehlstellung von Wirbeln und Wirbelsäule)	0- bis 17-Jährige	1,2%	2,3%	0,5%	M40, M42
Intelligenzstörungen	nur 3- bis 17-Jährige	1,5%	2,1%	1,2%	F70-F79
Diabetes	nur 3- bis 17-Jährige	0,7%	1,1%	0,3%	E10-E14
Substanzsucht (dies umfasst z. B. die Abhängigkeit von Alkohol, Nikotin, Cannabis)	nur 14- bis 17-Jährige	0,5%	2,8%	0,4%	F10-19, eingeschränkt auf Endsteller 1 und 2, F55
Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten	0- bis 17-Jährige	3,7%	4,9%	0,9%	T78.1
Chronische Darmentzündung	0- bis 17-Jährige	0,5%	1,2%	3,4%	K50-52
Angeborener Herzfehler	0- bis 17-Jährige	1,7%	1,1%	1,9%	Q20-Q24

*berücksichtigt werden Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg der entsprechenden Altersgruppe mit Wohnadresse im Rheinland oder in Hamburg; Kriterium für Zählung ist mind. einmalige Krankheitskodierung im Jahr 2022

**ohne Entwicklungsstörungen, ADHS, Intelligenzstörungen, Substanzsucht, um Doppelzählungen zu vermeiden

Literatur- verzeichnis



American Psychiatric Association (APA) (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5® (2. korrigierte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

AOK (2021a). Migräne: So lindern Sie den Kopfschmerz. <https://www.aok.de/pk/magazin/koerper-psyche/gehirn-nerven/migraene-so-beherrschen-sie-den-kopfschmerz>

AOK (2021b). Lebensmittelallergie bei Kindern: Wann zum Arzt? <https://www.aok.de/pk/magazin/koerper-psyche/haut-und-allergie/lebensmittelallergie-bei-kindern-darauf-ist-zu-achten>

AOK (2021c). Was Kindern mit Migräne hilft. <https://www.aok.de/pk/magazin/familie/eltern/migraene-bei-kindern-symptome-und-ursachen>.

AOK (2023). Wenn aus Heuschnupfen allergisches Asthma wird. <https://www.aok.de/pk/magazin/koerper-psyche/haut-und-allergie/allergisches-asthma-durch-heuschnupfen>

AOK Rheinland/Hamburg (2023). Gesundheitsreport. Fakten zur regionalen Gesundheits- und Versorgungssituation der Bürgerinnen und Bürger im Rheinland und in Hamburg. Düsseldorf: ALBERSDRUCK GmbH & Co. KG.

AOK-Familienstudie 2014. Calmbach, M./Flaig, B. B./Roden, I. (2014). AOK-Familienstudie 2014. Heidelberg & Berlin: SINUS Institut.

AOK-Familienstudie 2018. Sander, M./Ochmann, R./Marschall, J./Schiffhorst, G./Albrecht, M. (2018). AOK-Familienstudie 2018. Eine quantitative und qualitative Befragung von Eltern mit Kindern im Alter von 4 bis 14 Jahren. Berlin: IGES Institut.

AOK-Familienstudie 2022. An der Heiden, I./Bernhard, J./Ochmann, R. (2023). AOK-Familienstudie 2022. Eine Befragung von Eltern mit Kindern im Alter von 4 bis 14 Jahren. Berlin: IGES Institut.

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (2021). COPD – dauerhaft enge Atemwege. <https://www.patienten-information.de/kurzinformationen/copd>

Batool, S. H./Safdar, M./Eman, S. (2022). Relationship between parents' health literacy and child health: systematic review. Library Hi Tech.

Baumgarten, F./Cohrdes, C./Schienkiewitz, A./Thamm, R./Meyrose, A./Ravens-Sieberer, U. (2019). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Zusammenhänge mit chronischen Erkrankungen und psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 62 (10), 1205–1214. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03006-9>

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ) (2012). Baby-Akne: Regelmäßige sanfte Gesichtereinigung mit warmem Wasser reicht aus. <https://www.kinderaerzte-im-netz.de/news-archiv/meldung/baby-akne-regelmassige-sanfte-gesichtereinigung-mit-warmem-wasser-reicht-aus>

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ) (2017). Bauchmigräne: Individuelle Auslöser durch Bauchschmerztagebuch ermitteln. <https://www.kinderaerzte-im-netz.de/news-archiv/meldung/bauchmigraene-individuelle-ausloeser-durch-bauchschmerztagebuch-ermitteln>

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ) (n. d. a). Akne. <https://www.kinderaerzte-im-netz.de/krankheiten/akne/was-ist-akne>

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ) (n.d. b). Bronchitis. <https://www.kinderaerzte-im-netz.de/krankheiten/bronchitis>

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ) (n. d. c). Erbrechen. <https://www.kinderaerzte-im-netz.de/erste-hilfe/sofortmassnahmen/erbrechen>

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ) (n. d. d). Fieber. <https://www.kinderaerzte-im-netz.de/erste-hilfe/sofortmassnahmen/fieber>

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ) (n. d. e). Heuschnupfen. (Pollenallergie). <https://www.kinderaerzte-im-netz.de/krankheiten/heuschnupfen-pollenallergie/#c643>

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ) (n. d. f). Kopfschmerzen – Migräne. <https://www.kinderaerzte-im-netz.de/krankheiten/kopfschmerzen-migraene/symptome-krankheitsbild>

Bilz, L. (2023). Psychische Gesundheit in der Schule. *Pädiatrie & Pädologie*, 58 (1), 8-12. <https://doi.org/10.1007/s00608-022-01031-7>

Bischoff, S. C. (2013). Nahrungsmittelunverträglichkeiten* Food Intolerance. *Aktuelle Dermatologie*, 39(8-9), 347-360. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0033-1344355.pdf>

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2023). Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/kindergesundheit/frueherkennungsuntersuchung-bei-kindern>

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2024). Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/kindergesundheit/aufmerksamkeitsdefizitsyndrom.html>

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2018). Ringelröteln. <https://www.infektionsschutz.de/erregersteckbriefe/ringelroeteln>

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2019a). Inhalationsallergien wie zum Beispiel Heuschnupfen. <https://www.kindergesundheit-info.de/themen/krankes-kind/erkrankungen/allergien/inhalationsallergien>

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2019b). Neurodermitis (atopische Dermatitis) bei Kindern. <https://www.kindergesundheit-info.de/themen/krankes-kind/erkrankungen/allergien/neurodermitis>

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2021a). Gesunde Zähne von Anfang an. <https://www.kindergesundheit-info.de/themen/risiken-vorbeugen/zahngesundheit/gesunde-zaehne>

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2021b). Verzögerungen und Auffälligkeiten in der kindlichen Entwicklung erkennen. <https://www.kindergesundheit-info.de/themen/entwicklung/foerdern-unterstuetzen/entwicklungsauffaelligkeiten>

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2022). Wenn das Kind Bauchschmerzen hat. <https://www.kindergesundheit-info.de/themen/krankes-kind/krankheitszeichen/bauchschmerzen>

Dagfinn, A./Sen, A./Prasad, M./Norat, T./Janszky, I./Tonstad, S./Romundstad, P./Vatten, L. J. (2016). BMI and all-cause mortality: systematic review and non-linear dose-response meta-analysis of 230 cohort studies with 3.74 million deaths among 30.3 million participants. *The BMJ*, 353 (8056). doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i2156>

DAK-Gesundheit (2022). Mediensucht in Zeiten der Pandemie. DAK-Längsschnittstudie: Wie nutzen Kinder und Jugendliche Gaming, Social Media und Streaming? <https://www.dak.de/dak/download/report-2612370.pdf>

de Vries, U./Koletzko, B./Petermann, F. (2008). Adipositas im Kindes- und Jugendalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde. Zeitschrift für Kinder- und Jugendmedizin*, 156, 177–186. <https://doi.org/10.1007/s00112-007-1644-0>

DEBRA study (2024). Deutsche Befragung zum Rauchverhalten. <https://www.debra-study.info>

Delaney, L. & Smith, J. P. (2012). Childhood health: trends and consequences over the life course. *The Future of children*, 22(1), 43–63. <https://doi.org/10.1353/foc.2012.0003>

Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) (2022). Baby Akne ist keine Allergie. <https://www.daab.de/blog/2022/10/infos-und-tipps-baby-akne-ist-keine-allergie>

Eapen, V. (2014). Developmental and mental health disorders: two sides of the same coin. *Asian Journal of Psychiatry*, 8, 7-11. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.10.007>

ECARF (2020). Mehr Klimawandel, Stärkere Allergien? <https://www.ecarf.org/mehr-klimawandel-staerkere-allergien>

Ellert, U./Brettschneider, A.-K./Ravens-Sieberer, U. (2014). KIDSCREEN. Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 7 (57), 798-806. DOI 10.1007/s00103-014-1978-4.

Erskine, H. E./Norman, R. E./Ferrari, A. J./Chan, G. C./Copeland, W. E./Whiteford, H. A./Scott, J. G. (2016). Long-term outcomes of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55 (10), 841-850.

Fangerau, H. & Franzkowiak, P. (2022). Krankheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i069-2.0>

Feierabend, S./Rathgeb, T./Kheredmand, H./Glöckler, S. (2023). JIM-Studie 2023. Jugend, Information, Medien. Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (mpfs).

Fischer, S. M. & Bilz, L. (2024). Mobbing und Cybermobbing an Schulen in Deutschland: Ergebnisse der HBSC-Studie 2022 und Trends von 2009/10 bis 2022. *Journal of Health Monitoring*, 9 (1), 46-67. <https://doi.org/10.25646/11871>

Fischer, S. M./John, N./Melzer, W./Kaman, A./Winter, K./Bilz, L. (2021). Mobbing und Cybermobbing bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse der HBSC-Studie 2017/18 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 5 (3), 56-72. <https://doi.org/10.25646/6894>

Frölich, J. & Lehmkühl, G. (2023). Medienkonsum von Kindern und Jugendlichen: Risiken und Chancen. Stuttgart: Schattauer.

Geisel, O./Lipinski, A./Kaess, M. (2021). Non-Substance Addiction in Childhood and Adolescence: The Internet, Computer Games and Social Media. *Deutsches Ärzteblatt International*, 118, 14-22. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0002>

Göbel, K./Baumgarten, F./Kuntz, B./Holling, H./Schlack, R. (2018). ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal Of Health Monitoring*, 3 (3), 46-53. <https://doi.org/10.17886/rki-gbe-2018-078>

Gossmann, E./Erlewein, K./Fegert, J. M. (2023). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Krisenzeiten. *Nervenheilkunde*, 42(10), 685–694. <https://doi.org/10.1055/a-2131-9884>

Hähnle, S./Weilemann, M./Fegert, J. M. (2020). Armut als Risikofaktor in Kindheit und Jugendalter. In Fegert, J./Resch, F./Plener, P./Kaess, M./Döpfner, M./Konrad, K./Legenbauer T. (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Springer Reference Medizin (1–16). Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-49289-5_50-1

Hanewinkel, R. & Hansen, J. (2024). Konsum von Tabakzigaretten, E-Zigaretten und Wasserpfeifen bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Präventionsradars von 2016 bis 2023. *Laryngo-, Rhino-, Otologie*, 77, 1001-1008. <https://doi.org/10.1055/a-2249-3796>

Haverman, L./Limperg, P. F./Young, N. L./Grootenhuys, M. A./Klaassen, R. J. (2016). Paediatric health-related quality of life: what is it and why should we measure it? *Archives of Disease in Childhood*, 102, 393-400.

HBSC-Studie 2017/18. 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. *Journal of Health Monitoring*, 5(3). DOI 10.25646/6891.

HBSC-Studie 2022. Reiß, F./ Behn, S./ Erhart, M./ Strelow, L./ Kaman, A./ Ottová-Jordan, V./ Bilz, L./ Moor, I./ Ravens-Sieberer, U. (2024). Subjektive Gesundheit und psychosomatische Beschwerden von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der HBSC-Studie 2009/10 – 2022. *Journal of Health Monitoring*, 9(1). DOI 10.25646/11867.

Herr, R./Mayer, A./Wiedemann, E./Diehl, K./De Bock, F./Blume, M./Hoffmann, S./Herke, M./Reuter, M./Iashchenko, I./Schneider, S. (2022). Die Rolle der sozio-ökonomischen Position und des institutionellen Betreuungsumfeldes für die Gesundheit von Kindergartenkindern. *Das Gesundheitswesen*, 84(08/09), WS-08.

Hölling, H./Schlack, R./Dippelhofer, A./Kurt, B.-M. (2008). Personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren und gesundheitsbezogene Lebensqualität chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 51 (6), 606-620. <https://doi.org/10.1007/s00103-008-0537-2>

ICD-10-GM (2020). Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. Erscheinungsort: Köln.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2021a). Laktoseintoleranz (Milchzucker-Unverträglichkeit). <https://www.gesundheitsinformation.de/laktoseintoleranz-milchzucker-unvertraeglichkeit.html>

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2021b). Neurodermitis (atopisches Ekzem). <https://www.gesundheitsinformation.de/neurodermitis-atopisches-ekzem.html>

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2021c). Schuppenflechte (Psoriasis). <https://www.gesundheitsinformation.de/schuppenflechte-psoriasis.html>

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2022a). Akne. <https://www.gesundheitsinformation.de/akne.html>

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2022b). Asthma. <https://www.gesundheitsinformation.de/asthma.html>

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2023). Regelschmerzen. <https://www.gesundheitsinformation.de/regelschmerzen.html>

Jantzer, V./Resch, F./Kaess, M. (2019). Mobbing im Kindes- und Jugendalter: Folgen und Prävention. *Nervenheilkunde*, 38(01), 35-39.

Jobst, D./Velling, P./Wenzel, E. (2020). Atemwegsinfekte. *Facharztprüfung Allgemeinmedizin*, 197-218. <https://doi.org/10.1016/B978-3-437-23326-5.00010-6>

Jungmann, T./Koch, K./Schulz, A. (2021). Überall stecken Gefühle drin: Alltagsintegrierte Förderung emotionaler und sozialer Kompetenzen für 3- bis 6-jährige Kinder. Ernst Reinhardt Verlag.

Kadesjö, B. & Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of child psychology and psychiatry*, 42 (4), 487-92. PMID: 11383964.

Kaya, M. & Erdem, C. (2021). Students' Well-Being and Academic Achievement: A Meta-Analysis Study. *Child Indicators Research*, 14(5), 1743-1767. <https://doi.org/10.1007/s12187-021-09821-4>

Kieninger, J./Feierabend, S./Rathgeb, T./Gerigk, Y./Glöckler, S./Spang, E. (2024). miniKIM-Studie 2023. Kleinkinder und Medien Basisuntersuchung zum Medienumgang 2- bis 5-Jähriger in Deutschland. *Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (mpfs)*.

KIGGS-Studie Welle 2. Robert Koch-Institut (2017). Methodische Studie zur Durchführung von Mixed-Mode-Befragungen zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Pilotstudie KiGGS Welle 2). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-098.

Kloidt, B./Blatz, L./Flemming, M./von Spee, L./Giersdorf, M. (2023). Herausforderungen und Einflussfaktoren bei der autismspezifischen Diagnostik im Kleinkindalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 51 (1), 41-50. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000890>

Kochenderfer-Ladd, B./Ladd, G. W./Thibault, S. A. (2021). School Bullying and Peer Victimization. *Handbook Of Bullying: A Comprehensive And International Review Of Research And Intervention*. Wiley, 619-638. <https://doi.org/10.1002/9781118482650.ch34>

Koletzko, B. (2023). *Kindergesundheitsbericht 2023. Fokus Jugendliche in Deutschland*, Stiftung Kindergesundheit 2023. ISBN: 978-3-00-076013-6

Kromeyer-Hausschild, K./Moss, A./Wabitsch, M. (2015). Referenzwerte für den Body-Mass-Index für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Deutschland. *Adipositas – Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie*, 9 (3), 123-127. DOI: 10.1055/s-0037-1618928.

Kromeyer-Hausschild, K./Wabitsch, M./Kunze, D./Geller, F./Geiß, H. C./Hesse, V./von Hippel, A./Jaeger, U./Johnsen, D./Korte, W./Menner, K./Müller, G./Müller, J. M./Niemann-Pilatus, A./Remer, T./Schaefer, F./Wittchen, H.-U./Zabransky, S./Zellner, K./Ziegler, A./Hebebrand, J. (2001). Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 149, 807-818. <https://doi.org/10.1007/s001120170107>

Medici, D./Suarez-Varela, M. M./Perez-Elvira, R. (2020). Prevalence of comorbidities in children with attention deficit/hyperactivity disorder: Measured and systematic review of care health studies. *Revista Mexicana De Neurociencia*, 21 (4), 143-149. <https://doi.org/10.24875/rmn.20000154>

Merikangas, K. R./He, J. P./Burstein, M./Swanson, S. A./Avenevoli, S./Cui, L./Benjet, C./Georgiades, K./Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication - Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49 (10), 980-989. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>

Muzalyova, A./Brunner, J.O./Traidl-Hoffmann, C./Damialis A. (2019) Pollen allergy and health behavior: patients trivializing their disease. *Aerobiologia* 35, 327-341. <https://doi.org/10.1007/s10453-019-09563-5>

Noeker, M. (2022). *Psychische Gesundheit und Anpassung bei chronisch-körperlicher Erkrankung*. Springer eBooks (65-99). https://doi.org/10.1007/978-3-658-35744-3_5

Oberhoffer, F. S./Bienenstein, E./Li, P./Jakob, A./Hermann, M./Dalla-Pozza, R./Haas, N. A./Mandilaras, G. (2023). Energydrinks und ihre Auswirkungen auf die Herz-Kreislauf-Funktion bei Kindern und Jugendlichen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*. <https://doi.org/10.1007/s00112-023-01791-x>

Paller, A. S./Rangel, S. M./Chamlin, S. L./Hajek, A./Phan, S./Hogeling, M./Castelo-Soccio, L./Lara-Corrales, I./Arkin, L./Lawley, L. P./Funk, T./Castro Porto Silva Lopes, F./Antaya, R. J./Ramien, M. L./Vivar, K. L./Teng, J./Coughlin, C. C./Rehmus, W./Gupta, D./Bercovitch, L./Stein, S. L./Boull, C./Tom, W. L./Liang, M. G./Hunt, R./Luu, M./Holland, K. E./

Schoch, J. J./Cella, D./Lai, J.-S./Griffith, J. W. (2024). Stigmatization and Mental Health Impact of Chronic Pediatric Skin Disorders. *JAMA Dermatology*, 160(6), 621–630. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2024.0594>

Petermann, F. & Wiedebusch, S. (2016). *Emotionale Kompetenz bei Kindern* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Rathmann, K./Herke, M./Hurrelmann, K./Richter, M. (2018). Class climate, academic well-being and self-rated health among school children in Germany: Findings of the national educational panel study (NEPS). *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 80 (4), 332–341.

Reimann, C. J./Markert, J./Herget, S./Grimm, A./Gausche, R./Blüher, S. (2013). Adipositasmanagement im Kindes- und Jugendalter – Prävention. *Diagnostik und Therapie. Diabetes aktuell*, 11 (4), 149–155.

Robert Koch-Institut (RKI) (2020). Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (AdiMon-Themenblatt) https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas_Monitoring/Adipositas/HTML/Themenblatt_Adipositas.html?nn=13264108

Sahoo, K./Sahoo, B./Choudhury, A. K./Sofi, N. Y./Kumar, R./Bhadoria, A. S. (2015). Childhood obesity: causes and consequences. *Journal of family medicine and primary care*, 4 (2), 187–192. doi: 10.4103/2249-4863.154628.

Schmerzlinik Kiel (n. d.) Migräne und Kindheit. <https://schmerzlinik.de/service-fuer-patienten/migraene-wissen/kinder>

Schorb, F. (2008). Adipositas in Form gebracht. Vier Problemwahrnehmungen. In: Schmidt-Semisch, H. & Schorb, F. (Hrsg.), *Kreuzzug gegen Fette (57-77)*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-90800-7_4

Schulte-Körne, G. (2016). Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen im schulischen Umfeld. *Deutsches Ärzteblatt*, 113 (11), 183–190. DOI: 10.3238/arztbl.2016.0183.

Sibley, M. H./Mitchell, J. T./Becker, S. P. (2016). Method of adult diagnosis influences estimated persistence of childhood ADHD: a systematic review of longitudinal studies. *The Lancet Psychiatry*, 3 (12), 1157–1165.

Smollich, M. & Vogelreuter, A. (2018). *Nahrungsmittelunverträglichkeiten: Lactose - Fructose - Histamin - Gluten* (2. Aufl.). Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart.

Sommer, I./Nußbaumer-Streit, B./Gartlehner, G. (2021). WHO-Leitlinie: Körperliche Aktivität, Bewegungsmangel und Schlaf für Kinder unter 5 Jahren. *Gesundheitswesen* 2021, 83(07), 509–511. <https://doi.org/10.1055/a-1489-8049>

Ständige Impfkommission (STIKO) (2024). Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut 2024. *Epidemiologisches Bulletin*, 4, 1–72. DOI 10.25646/11892.3.

Statistisches Bundesamt (2023). Psychische Erkrankungen waren 2021 die häufigste Ursache für Krankenhausbehandlungen von 10- bis 17-Jährigen. *Pressemitteilung Nr. N042 vom 13. Juli 2023*. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/07/PD23_N042_231.html

Stawoska, I./Myszkowska, D./Oliwa, J./Skoczowski, A./Wesetucha-Birczyńska, A./Saja-Garbarz, D./Ziemianin, M. (2023). Air pollution in the places of *Betula pendula* growth and development changes the physicochemical properties and the main allergen content of its pollen. *PLOS ONE* 18(1): e0279826. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279826>

Steffgen, G. & Böhmer, M. (2022). Cybermobbing und die gesundheitlichen Folgen für Kinder und Jugendliche. In: Heinen, A./Samuel, R./Vögele, C./Willems, H. (Hrsg.), *Wohlbefinden und Gesundheit im Jugendalter (453–467)*. Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-35744-3_20

Suarez, A./Malanchini, M./Plomin, R./Du Rietz, E./Rimfeld, K. (2023). F7. The associations between educational experiences and mental health from childhood to young adulthood. *European Neuropsychopharmacology*, 75 (1), 223–224. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2023.08.396>

Tannhof C. (2011). Akute Bronchitis. *DoctorConsult - The Journal. Wissen für Klinik und Praxis*, 2(4), e213–e215. <https://doi.org/10.1016/j.dcjwkp.2011.10.004>

Tynan, W. D. & Nearing, J. (1994) The diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder in young children. *Infants & Young Children*, 6 (4), 13–20.

Universitätsspital Zürich (2024). Nesselsucht. <https://www.usz.ch/krankheit/nesselsucht>

Vogelgesang, F./Thamm, R./Frerk, T./Grobe, T./Saam, J./Schumacher, C./Thom, J. (2024). Übereinstimmung von Diagnoseangaben in Befragungs- und GKV-Routinedaten. Ergebnisse einer Datenlinkage-Studie. *Deutsches Ärzteblatt*, 121, 141–147. DOI: 10.3238/arztbl.m2023.0250.

Wabitsch, M. (2014). Adipositas. In: Hoffmann, G./Lentze, M./Spranger, J./Zepp, F. (Hrsg.), *Pädiatrie (248-255)*. Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-41866-2_21

Waenerlund, A. K./Stenmark, H./Bergström, E./Hägglöf, B./Öhman, A./Petersen, S. (2016). School experiences may be important determinants of mental health problems in middle childhood - a Swedish longitudinal population-based study. *Acta paediatrica*, 105 (4), 407–415. <https://doi.org/10.1111/apa.13326>

Warnke, A./Jans, T./Walitza, S. (2015). Umschriebene Entwicklungsstörungen. In: Möller, H.-J./Laux, G./Kapfhammer, H.-P. (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie (2463-2498)*. Berlin: Springer-Verlag. https://www.springermedizin.de/emedpedia/detail/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/tiefgreifende-entwicklungsstoerungen?epediaDoi=10.1007%2F978-3-642-45028-0_83

Warnke, A. & Taurines, R. (2015). Tiefgreifende Entwicklungsstörungen. In: Möller, H.-J./Laux, G./Kapfhammer, H.-P. (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie (2497-2514)*. Berlin: Springer-Verlag. https://www.springermedizin.de/emedpedia/detail/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/tiefgreifende-entwicklungsstoerungen?epediaDoi=10.1007%2F978-3-642-45028-0_83

Witte, J./Batram, M./Hasemann, L./Dankhoff, M./Greiner, W. (2021). *Kinder- und Jugendreport 2021. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. [Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 36)]*. https://www.dak.de/presse/bundesthemen/kinder-jugendgesundheit/corona-deutlich-weniger-alkoholmissbrauch-bei-schulkindern_48710#



AOK-Kindergesundheitsatlas auch digital!

Scannen Sie einfach den QR-Code, um auf aktuelle Daten und wertvolle Informationen zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zuzugreifen.

aok.de/rh/kindergesundheitsatlas



**AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse.**

Wanheimer Straße 72
40468 Düsseldorf

Stand: September 2024