Public Health Reporting Germany
Journal of Health Monitoring 2025 10(2) **FOCUS**

ROBERT KOCH INSTITUT

Armut und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zum Ende der COVID-19-Pandemie. Ergebnisse der KIDA-Studie

Autorinnen und Autoren: Miriam Blume[1], Elvira Mauz[1], Mira Tschorn[1,2], Kristin Manz[1], Anja Schienkiewitz[1], Jennifer Allen[1], Jens Hoebel[1], Petra Rattay[1]

Institution: 1 Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin 2 Universität Potsdam, Sozial- und Präventivmedizin, Potsdam

Abstract

Hintergrund: Armutsgefährdete junge Menschen waren in der COVID-19-Pandemie durch Kontakteinschränkungen sowie Kita- und Schulschließungen besonders belastet. Ziel ist es, die gesundheitliche Lage von armutsgefährdeten jungen Menschen im Vergleich zu Gleichaltrigen aus finanziell bessergestellten Familien zum Ende der Pandemie zu beschreiben.

Methode: Die Analysen basieren auf Daten von 3- bis 15-Jährigen aus der Studie Kindergesundheit in Deutschland aktuell (2022/2023). Für ausgewählte Indikatoren der Gesundheit, des Gesundheitsverhaltens und psychosozialer Belastungen bzw. Ressourcen wurden nach Einkommen stratifizierte Prävalenzen bestimmt. Dabei wurde zwischen armutsgefährdeten Familien und Familien mit mittlerem und hohem Einkommen unterschieden. In Poisson-Regressionen wurde für die elterliche Bildung adjustiert.

Ergebnisse: Armutsgefährdete junge Menschen haben schlechtere Gesundheitschancen als Gleichaltrige aus finanziell bessergestellten Familien. Während erstere seltener an außerschulischen Sportangeboten teilnehmen, zeigen sich bei der Teilnahme an Sport-AGs in der Schule keine Unterschiede nach dem Familieneinkommen.

Schlussfolgerungen: Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Benachteiligungen von armutsgefährdeten jungen Menschen müssen auf gesamtgesellschaftlicher Ebene und in den Lebenswelten vor Ort ansetzen. Durch ein kontinuierliches Monitoring der Kinder- und Jugendgesundheit können Trends frühzeitig erkannt werden.

Keywords: Kinder, Jugendliche, Armut, Einkommen, Gesundheit, Schule, Gesundheitsverhalten, Gesundheitliche Ungleichheit, Pandemie, COVID-19

1. Einleitung

Laut Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention haben alle Kinder das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit [1]. Die Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen sind aber auch in einem vergleichsweise wohlhabenden Land wie Deutschland ungleich verteilt. So belegen Studien für Deutschland, dass Kinder und Jugendliche, die von Armut gefährdet sind, häufiger eine schlechtere Gesundheit als Gleichaltrige aus finanziell bessergestellten Familien haben [2–4].

In Deutschland waren laut Mikrozensus im Jahr 2022 3,1 Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren und damit mehr als jedes fünfte Kind (21,8 %) armutsgefährdet [5]. Besonders häufig sind Kinder und Jugendliche aus Ein-Eltern-Haushalten [6], aus kinderreichen Familien [6] sowie aus Familien mit niedrigen Bildungsabschlüssen [7] oder längeren Phasen der Arbeitslosigkeit [4] von Armut bedroht.

Informationen zu Artikel und Zeitschrift

Eingereicht: 15.01.2025
Akzeptiert: 26.03.2025
Veröffentlicht: 25.06.2025

Artikel peer reviewed

Zitierweise: Blume M, Mauz E, Tschorn M, Manz K, Schienkiewitz A, Allen J, et al. Armut und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zum Ende der COVID-19-Pandemie. Ergebnisse der KIDA-Studie. J Health Monit. 2025;10(2):e 13114. doi: 10.25646/13114

Miriam Blume
BlumeMi@rki.de

Robert Koch-Institut, Berlin
Journal of Health Monitoring
www.rki.de/jhealthmonit

Englische Version des Artikels
www.rki.de/jhealthmonit-en

Open access

CC BY 4.0 Lizenzvertrag
Namensnennung 4.0 International

Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
Gemeinsam getragen von RKI und Destatis.

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Armutslagen gehen mit zahlreichen Einschränkungen wirtschaftlicher, sozialer und kultureller Art einher [8] und haben Auswirkungen auf nahezu alle Lebensbereiche von Kindern und Jugendlichen. Das Leben von armutsgefährdeten Kindern und Jugendlichen ist vielfach durch Mangel, Verzicht, Stigmatisierung und Scham bestimmt [6]. So leben armutsgefährdete Kinder und Jugendliche oft in beengten Wohnverhältnissen mit eingeschränkten Rückzugsmöglichkeiten [3] und einem anregungsärmeren Wohnumfeld [9]. Darüber hinaus reicht in armutsgefährdeten Familien das Geld oft nicht für eine qualitativ gute und gesunde Ernährung [10]. Auch im Bildungssystem erleben armutsgefährdete junge Menschen oftmals Benachteiligungen, was u. a. in dem starken Zusammenhang zwischen Familieneinkommen und dem Besuch eines Gymnasiums zum Ausdruck kommt [11]. Kinder und Jugendliche aus armutsgefährdeten Familien haben somit meist schon von klein auf schlechtere Entwicklungs-, Bildungs- und Gesundheitschancen [6].

Die COVID-19-Pandemie hat die soziale Benachteiligung von armen Kindern und Jugendlichen in Teilen noch verstärkt [12], denn junge Menschen aus armutsgefährdeten Familien waren durch Eindämmungsmaßnahmen, wie zeitweise Kontakteinschränkungen, Kita- und Schulschließungen oder Homeschooling in besonderem Maße Belastungen ausgesetzt [13]. Kleinere Wohnungen sowie geringere finanzielle Ressourcen erschwerten die Betreuungsmöglichkeiten bei Einrichtungsschließungen und Distanzunterricht. Darüber hinaus konnten Eltern mit niedrigen formalen Bildungsabschlüssen ihre Kinder oftmals beim Homeschooling nicht so unterstützen wie Eltern mit höheren formalen Bildungsabschlüssen [13]. In den Monaten zum Ende und nach der Pandemie hatten zudem die steigenden Preise bei Lebensmitteln, Wohnkosten und Mobilität stärkere negative Auswirkungen auf Familien in Armut [1].

International und für Deutschland zeigen Studien, dass in der Pandemie psychische Auffälligkeiten und Probleme [14–17] sowie Bewegungsmangel [18] bei Kindern und Jugendlichen zugenommen haben und nach der Pandemie nicht wieder auf das vorpandemische Level gesunken sind [16].

Studien zeigen zudem, dass sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche in Deutschland während und nach der Pandemie eine schlechtere Gesundheit hatten als sozial bessergestellte Gleichaltrige [12, 19–22]. Die vorhandenen Studien zur gesundheitlichen Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland während der COVID-19-Pandemie fokussierten auf gesundheitliche Unterschiede und Belastungen in Abhängigkeit vom familiären Wohlstand [19], von mehrdimensionalen Maßen sozialer Benachteiligung [20, 21] oder auch von der sozioökonomischen Lage des Wohnumfelds [12]. Unterschiede in Abhängigkeit von der finanziellen Lage der Familie wurden nur in einer Versichertenumfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK von Anfang 2022 analysiert [22]:

Kernaussagen

- Die Gesundheit von armutsgefährdeten Kindern und Jugendlichen war zum Pandemieende schlechter als bei Gleichaltrigen aus Familien mit höheren Einkommen.
- Über Angebote im schulischen Setting können armutsgefährdete Kinder und Jugendliche gut erreicht werden: Die Teilnahme an Sport-AGs erfolgte einkommensunabhängig.
- Armutsgefährdete Kinder und Jugendliche sind stärker durch finanzielle Einschränkungen und beengte Wohnverhältnisse belastet als Gleichaltrige aus Familien mit höheren Einkommen.
- Die Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten mit oder für ihre Kinder ist bei armutsgefährdeten Eltern höher als bei Familien mit höherem Einkommen.
- Um Trends zu gesundheitlichen Ungleichheiten analysieren zu können, bedarf es eines kontinuierlichen Monitorings.

Sowohl die körperliche als auch die psychische Gesundheit der Kinder wurde von Eltern mit mittlerem oder hohem Einkommen häufiger als sehr gut oder gut eingeschätzt als von Eltern mit niedrigem Einkommen. Auch von Bewegungsmangel waren Kinder aus Familien mit niedrigem Einkommen überdurchschnittlich häufig betroffen. Zwar wird in der Studie eine Gruppierung des Familieneinkommens vorgenommen, es werden aber keine Daten explizit für armutsgefährdete Kinder und Jugendliche berichtet. Speziell zur gesundheitlichen Lage von armutsgefährdeten Kindern und Jugendlichen im Kontext der COVID-19-Pandemie liegen zum aktuellen Zeitpunkt keine bundesweiten Ergebnisse vor.

Vor diesem Hintergrund hat der vorliegende Beitrag das Ziel, auf Basis bundesweiter Daten einen Überblick über die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen aus armutsgefährdeten Familien im Vergleich zu finanziell bessergestellten Familien zum Ende der Pandemie zu geben.

Dazu geht der Beitrag folgenden Fragestellungen nach:

1. Wie unterscheiden sich die Gesundheit, das Gesundheitsverhalten sowie psychosoziale Belastungen und Ressourcen zum Ende der Pandemie zwischen Kindern und Jugendlichen aus armutsgefährdeten Familien und jenen mit höheren Einkommen?
2. Bestehen Unterschiede auch unabhängig vom Bildungsstatus der Eltern?

2. Methode

2.1 Stichprobendesign und Studiendurchführung

Die Analysen wurden mit Daten der Studie Kindergesundheit in Deutschland aktuell (KIDA) (Infobox) durchgeführt, die Teil der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2022/2023) ist. Die GEDA-Studie ist eine Querschnittstudie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit von Personen in Privathaushalten ab 16 Jahren, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung ihren gewöhnlichen Wohnsitz in Deutschland haben [23]. Die Erhebung basiert auf einer Telefonstichprobe, die sowohl Mobil- als auch Festnetztelefonnummern umfasst [24].

Von Februar 2022 bis April 2023 wurde das Studiendesign der GEDA-Studie so erweitert, dass an der Studie teilnehmende Eltern von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 15 Jahren sowie 16- und 17-jährige Jugendliche selbst zur Teilnahme an der KIDA-Studie eingeladen wurden [23]. Die KIDA-Studie hatte das Ziel, die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen während der COVID-19-Pandemie zu beschreiben. Im ersten Schritt erfolgte eine telefonische Befragung der Eltern von 3- bis 15-jährigen Kindern sowie der 16- bis 17-jährigen Jugendlichen selbst. Ergänzt wurde diese durch eine zusätzliche Online-Befragung der am Telefon interviewten Personen im Zeitraum von April 2022 bis Juni 2023.

Für die vorliegende Analyse wurden ausschließlich Angaben der Eltern zu ihren 3- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen einbezogen. Aus der Telefonbefragung konnten Daten von 6.514 Kindern und Jugendlichen und aus der Online-Befragung von 2.760 Kindern und Jugendlichen in die Analysen einbezogen werden.

KIDA – Studie zur Kindergesundheit in Deutschland aktuell
Monitoring der Kindergesundheit in und nach der COVID-19-Pandemie

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen zur körperlichen und psychischen Gesundheit sowie zum Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren

Studiendesign: Bundesweite telefonische Querschnitterhebung sowie nachgeschaltete vertiefende Online-Befragung

Grundgesamtheit: Deutschsprachige Eltern von 3- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen sowie Jugendliche im Alter von 16–17 Jahren, welche in der GEDA-Studie integriert sind

Stichprobenziehung: Zufallsstichprobe von Festnetz- und Mobilfunknummern (Dual-Frame-Verfahren) aus dem Stichprobensystem des ADM (Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V.)

Stichprobenumfang: Telefonstichprobe = 6.992 Teilnehmende; Online-Stichprobe = 2.894 Teilnehmende

Datenerhebungszeitraum: Februar 2022 bis Juni 2023

Mehr Informationen unter www.rki.de/kida

2.2 Indikatoren

Die Definition der Armutsgefährdung folgt in Deutschland und anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) einem relativen Armutskonzept. Demnach werden Personen als „armutsgefährdet" angesehen, wenn sie in einem Haushalt mit so geringem Einkommen leben, dass den Haushaltsmitgliedern ein als „normal" geltender Lebensstandard verwehrt ist [6, 8]. Gemäß der amtlichen Definition wird die Armutsrisikoschwelle dann unterschritten, wenn das Netto-Äquivalenzeinkommen weniger als 60 % des mittleren Einkommens (Medianeinkommen) der Gesamtbevölkerung beträgt [8, 25]. In der vorliegenden Analyse der KIDA-Daten wurden die Einkommensgruppen anhand des vom Statistischen Bundesamt auf Basis des Mikrozensus errechneten Medians des Netto-Äquivalenzeinkommens von 1.982 € für das Jahr 2022 gebildet [26] und in „niedrig" (< 60 % des Medians = armutsgefährdet), „mittel" (60 % – < 150 % des Medians) und „hoch" (≥ 150 % des Medians) eingeteilt [25]. Für die Berechnung des Netto-Äquivalenzeinkommens wurde das Haushaltsnettoeinkommen durch die Summe der Bedarfsgewichte aller Haushaltsmitglieder gemäß der neuen OECD-Skala geteilt [27]. Diese Skala weist der ersten erwachsenen Person im Haushalt ein Bedarfsgewicht von 1,0 zu, jeder weiteren Person im Haushalt ein Bedarfsgewicht von 0,5 sowie Haushaltsmitgliedern unter 14 Jahren ein Bedarfsgewicht von 0,3. Mithilfe der Bedarfsgewichtung werden Einsparungen in Mehrpersonenhaushalten durch gemeinsames Wirtschaften bei der Bestimmung der finanziellen Lage bzw. Armutsgefährdung eines Haushalts berücksichtigt. Fehlende Werte beim Netto-Äquivalenzeinkommen wurden durch ein multiples Regressionsmodell imputiert. Dazu wurden die Angaben der Befragten zu ihrem Alter, ihrer Bildung und ihrem Erwerbsstatus sowie regionalstatistische Informationen zum mittleren Haushaltsnettoeinkommen der Wohnregion der Befragten verwendet.

Als weitere soziodemografische Merkmale wurden das Alter der Kinder und Jugendlichen (3–10 Jahre und 11–15 Jahre), das in der Geburtsurkunde eingetragene Geschlecht (weiblich, männlich; Kinder mit offen gelassenem Geschlechtseintrag wurden nicht berücksichtigt) sowie der höchste

Bildungsabschluss des Haushalts einbezogen. In den höchsten Bildungsabschluss des Haushalts gingen die schulischen und beruflichen Bildungsabschlüsse beider Eltern ein. Mittels der CASMIN-Klassifikation (Comparative Analyses of Social Mobility in Industrial Nations) erfolgte eine Kategorisierung der Bildungsabschlüsse in „niedrig", „mittel" und „hoch" [28].

Folgende Outcome-Variablen wurden ausgewählt, um verschiedene Dimensionen von Gesundheit abzubilden (Annex Tabelle 1):

- Gesundheitszustand: allgemeine Gesundheit, allgemeine psychische Gesundheit, erhöhter Versorgungs- und Unterstützungsbedarf, Adipositas,
- Gesundheitsverhalten: Teilnahme an freiwilligen Bewegungs- oder Sports-AGs in der Schule, Teilnahme an organisierten Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten in der Freizeit, Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten,
- Psychosozialen Belastungen und Ressourcen: Unterstützung im schulischen und privaten Umfeld, Belastungen durch finanzielle Einschränkungen, beengte Wohnverhältnisse, Konflikte in der Familie.

2.3 Statistische Analysen

Im ersten Schritt wurden nach Einkommensgruppen stratifizierte Prävalenzen, 95 %-Konfidenzintervalle sowie *p*-Werte nach Chi-Quadrat für die Gesamtgruppe und nach Geschlecht getrennt berechnet. Für die Gesundheitsindikatoren aus der Telefonbefragung wurde zudem mittels Poisson-Regression überprüft, ob die Interaktion zwischen Geschlecht und Einkommen signifikant ist. Aufgrund der geringen Stichprobengröße werden für die Gesundheitsindikatoren aus der Online-Befragung nur die Werte für die Prävalenzen der Gesamtgruppe berichtet; nach Geschlecht stratifizierte Ergebnisse werden lediglich grafisch dargestellt. Wenn die Untergrenze des Konfidenzintervalls kleiner als 2/3 der Prävalenz ist, wird in der Abbildung das betreffende Ergebnis als statistisch unsicher markiert (*).

Im zweiten Schritt wurden mittels Poisson-Regression adjustierte Prevalence Ratios mit 95 %-Konfidenzintervallen für jedes Gesundheitsoutcome berechnet. Das Prevalence Ratio gibt das Verhältnis der Prävalenzen einer Gruppe und einer Referenzgruppe an. In Modell 1 wurde für Geschlecht und Alter adjustiert. In Modell 2 wurde zusätzlich der höchste elterliche Bildungsabschluss des Haushalts in die Modellierung einbezogen. In die Modellierung gingen nur Fälle mit vollständigen Angaben zu Alter, Geschlecht und elterlicher Bildung ein. Als statistisch signifikant galten *p*-Werte kleiner als 0,05.

Alle Berechnungen erfolgten unter Anwendung einer Designgewichtung, die durch die Auswahlwahrscheinlichkeit der einzelnen Befragten bestimmt wird, sowie einer Anpassungsgewichtung, welche die Stichprobe an die Bevölkerungsverteilung hinsichtlich der Variablen Region, Alter, Geschlecht und Bildungsstand anpasst. Da nicht alle Teilnehmenden der KIDA-Telefonbefragung auch an der Online-Befragung teilnahmen, wurden für diese zur Minimierung von Selektionseffekten zusätzlich Drop-Out-Gewichte anhand der Informationen aus der Telefonbefragung berechnet [23].

3. Ergebnisse

Der Beschreibung der Stichprobe ist zu entnehmen, dass der Anteil armutsgefährdeter Kinder und Jugendlicher in der Telefonstichprobe der KIDA-Studie bei 16,9 % und in der Online-Stichprobe bei 11,0 % liegt. Es zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen dem Haushaltsnettoeinkommen und der elterlichen Bildung: Eltern aus armutsgefährdeten Familien haben zu 39,0 % einen niedrigen Bildungsabschluss, während dies auf nur 5,7 % der Eltern der hohen Einkommensgruppe zutrifft (Annex Tabelle 2). Analog dazu weisen 11,7 % der Eltern aus armutsgefährdeten Familien einen hohen Bildungsabschluss auf gegenüber 66,2 % der Familien mit hohem Einkommen.

3.1 Ergebnisse der bivariaten Analyse

Gesundheit

Mit Blick auf die gesundheitliche Lage unterscheiden sich bei den meisten Indikatoren die Prävalenzen nach dem Haushaltseinkommen zu ungunsten von Kindern und Jugendlichen aus armutsgefährdeten Familien (Annex Tabelle 3). Mit 87,4 % wird ihr allgemeiner Gesundheitszustand von den Eltern seltener als sehr gut bzw. gut eingeschätzt als bei Gleichaltrigen aus Familien mit mittlerem bzw. hohem Einkommen (92,8 % bzw. 94,6 %) (Annex Tabelle 3). In armutsgefährdeten Familien weisen junge Menschen gemäß Elterneinschätzung zudem seltener eine ausgezeichnete oder sehr gute psychische Gesundheit auf (52,7 %) als Gleichaltrige aus Familien mit hohem Einkommen (74,8 %) (Annex Tabelle 3). Zusätzlich wird für sie häufiger ein erhöhter Versorgungs- und Unterstützungsbedarf berichtet (14,6 %) als für jene aus Familien mit mittlerem oder hohem Einkommen (9,4 % bzw. 9,8 %) (Annex Tabelle 3). Die Adipositasprävalenz ist bei armutsgefährdeten Kindern und Jugendlichen mehr als dreimal höher (16,5 %) als bei Gleichaltrigen aus Familien mit mittlerem (5,0 %) oder hohem (1,9 %) Einkommen (Annex Tabelle 3). Die Unterschiede in der Gesundheit nach Einkommensgruppen scheinen in der Tendenz bei Jungen etwas stärker ausgeprägt zu sein als bei Mädchen (Abbildung 1), auch wenn die Interaktionen zwischen Einkommen und Geschlecht nicht statistisch signifikant ausfallen (bezogen nur auf die Indikatoren der Telefonbefragung).

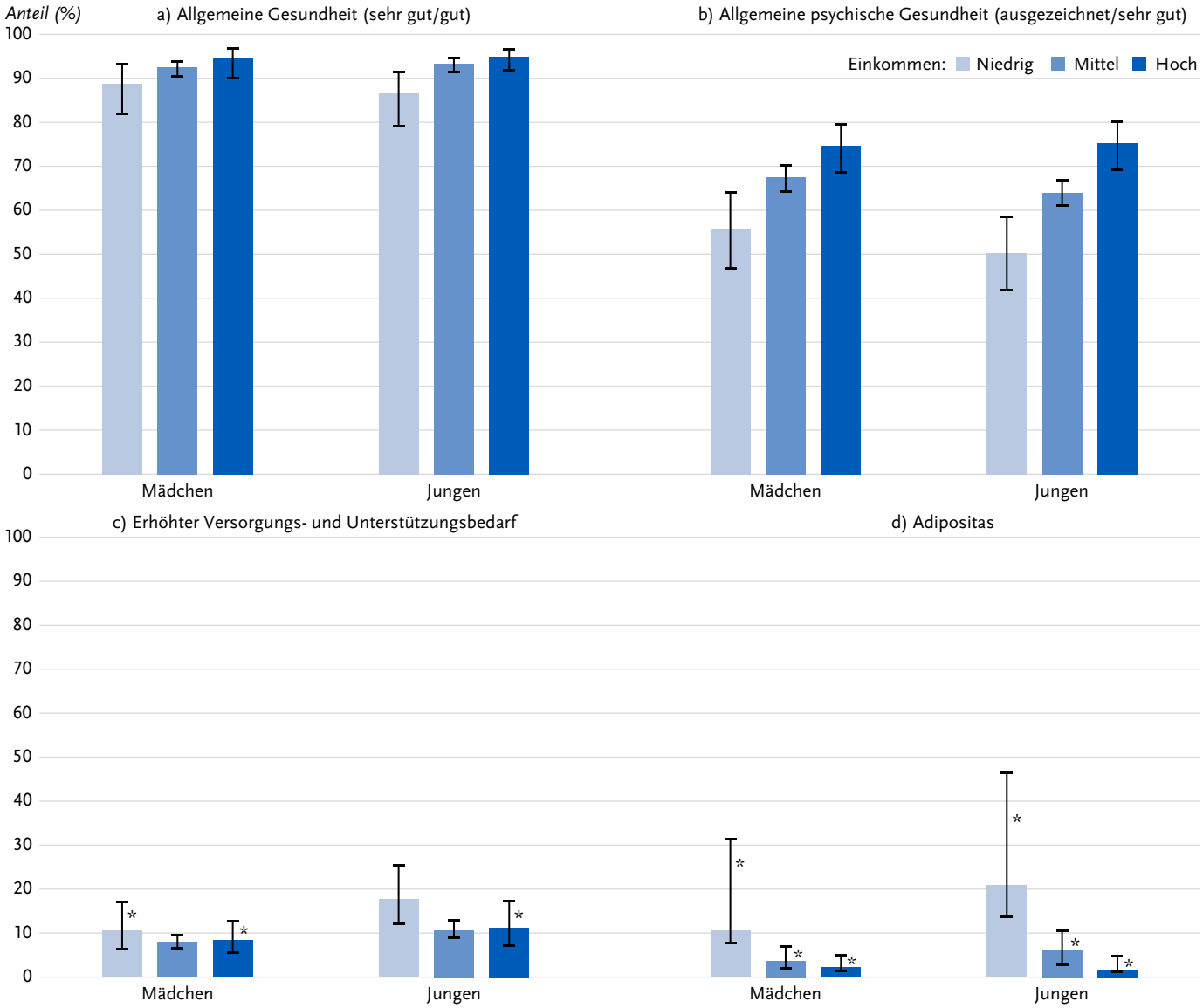

Abbildung 1: Gesundheit von Mädchen und Jungen stratifiziert nach Einkommen (Elternangaben; Prävalenzen in %, 95 %-Konfidenzintervalle). Quelle: KIDA-Studie
a) Allgemeiner Gesundheitszustand (n = 3.122 Mädchen, n = 3.387 Jungen)
b) Allgemeiner psychischer Gesundheitszustand (n = 3.119 Mädchen, n = 3.385 Jungen)
c) Erhöhter Versorgungs- und Unterstützungsbedarf (n = 3.100 Mädchen, n = 3.360 Jungen)
d) Adipositas (n = 1.169 Mädchen, n = 1.292 Jungen)
* Die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb mit Vorsicht interpretiert werden.

Gesundheitsverhalten

Mit Blick auf das Bewegungsverhalten im Kindes- und Jugendalter gaben 57,6 % der Eltern an, dass ihr Kind an freiwilligen Bewegungs- oder Sport-AGs in der Schule teilnimmt (Annex Tabelle 3). Dabei sind keine Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen festzustellen. Bei der Teilnahme an organisierten Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten in der Freizeit zeigt sich hingegen ein statistisch signifikanter Einkommensgradient: Während in der hohen Einkommensgruppe 67,9 % der Kinder und Jugendlichen Vereins- oder kommerzielle Sportangebote nutzen, waren es in der mittleren Einkommensgruppe 58,7 % und 44,5 % in armutsgefährdeten Familien (Annex Tabelle 3). Bei beiden Indikatoren zeigen sich hinsichtlich des Zusammenhangs mit dem Einkommen keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen (Abbildung 2). Psychosoziale Unterstützungsangebote zur Bewältigung von Herausforderungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie wurden häufiger für oder mit armutsgefährdeten Kindern und Jugendlichen durch deren Eltern in Anspruch genommen (15,9 %) als für Kinder und Jugendliche der mittleren und hohen Einkommensgruppen (jeweils 3,1 %) (Annex Tabelle 3).

Psychosoziale Belastungen und Ressourcen

Durch finanzielle Einschränkungen sind zum Ende der Pandemie 52,3 % der Kinder und Jugendlichen aus armutsgefährdeten Familien belastet, während dies für Gleichaltrige aus Familien der mittleren Einkommensgruppe auf 23,5 % bzw. aus Familien der hohen Einkommensgruppe auf 13,3 % zutrifft (Annex Tabelle 3). Belastungen aufgrund von beengten

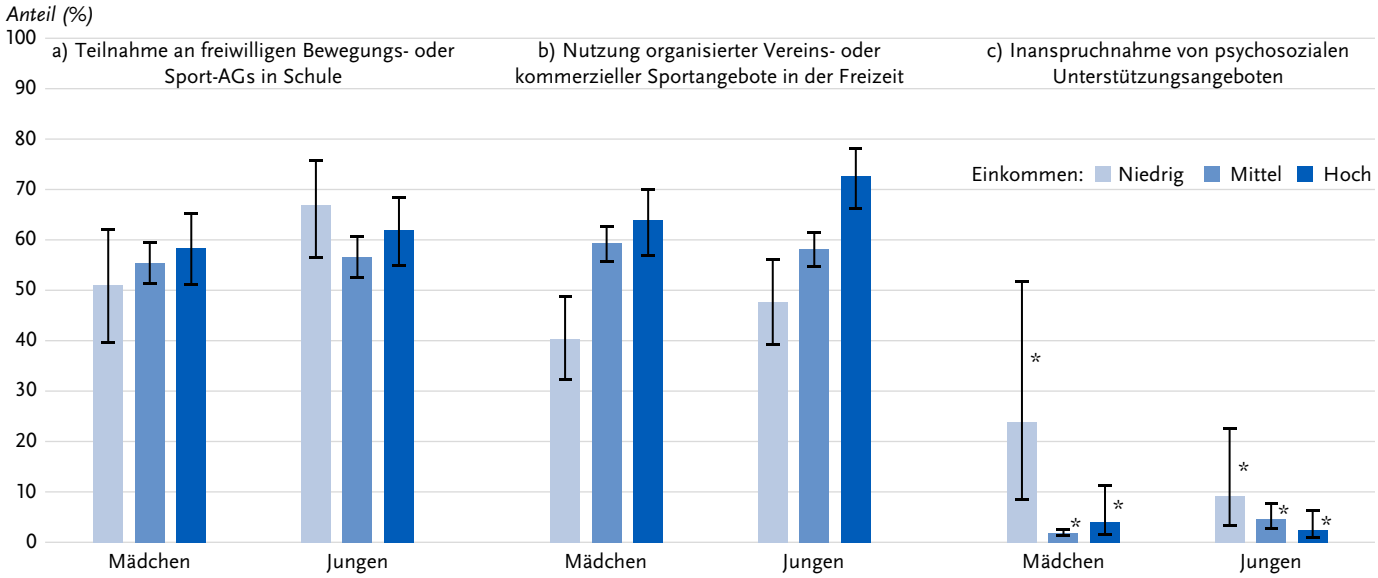

Abbildung 2: Gesundheitsverhalten von Mädchen und Jungen stratifiziert nach Einkommen (Elternangaben; Prävalenzen in %, 95 %-Konfidenzintervalle). Quelle: KIDA-Studie
a) Teilnahme an freiwilligen Bewegungs- oder Sport-AGs in der Schule (*n* = 2.112 Mädchen, *n* = 2.284 Jungen)
b) Teilnahme an organisierten Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten (*n* = 2.912 Mädchen, *n* = 3.175 Jungen)
c) Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote von Eltern mit oder für ihre Kinder (*n* = 1.293 Mädchen, *n* = 1.389 Jungen)
* Die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb mit Vorsicht interpretiert werden.

Wohnverhältnissen wurden für knapp ein Viertel der Kinder und Jugendlichen aus armutsgefährdeten Familien berichtet (Annex Tabelle 3). In Familien mit mittlerem oder hohem Einkommen fallen diese Belastungen niedriger aus (13,1 % bzw. 10,5 %). Keine statistisch signifikanten Unterschiede bestehen für Belastungen durch Konflikte innerhalb der Familie (Annex Tabelle 3).

Darüber hinaus erhalten Kinder und Jugendliche aus Familien mit mittlerem Einkommen (90,2 %) seltener Unterstützung im privaten Umfeld als Gleichaltrige aus Familien mit hohem Einkommen (98,8 %) (Annex Tabelle 3). Der Anteil der armutsgefährdeten Kinder und Jugendlichen, die im privaten Umfeld Unterstützung erhalten (95,7 %), liegt zwischen der mittleren und der hohen Einkommensgruppe. Im schulischen Umfeld erhalten Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Einkommen zu 67,2 %, mit mittlerem Einkommen zu 71,3 % und mit hohem Einkommen zu 81,7 % Unterstützung, wobei die Unterschiede nicht statistisch signifikant ausfallen (Annex Tabelle 3). Bei der geschlechterstratifizierten Betrachtung zeigt sich jedoch, dass armutsgefährdete

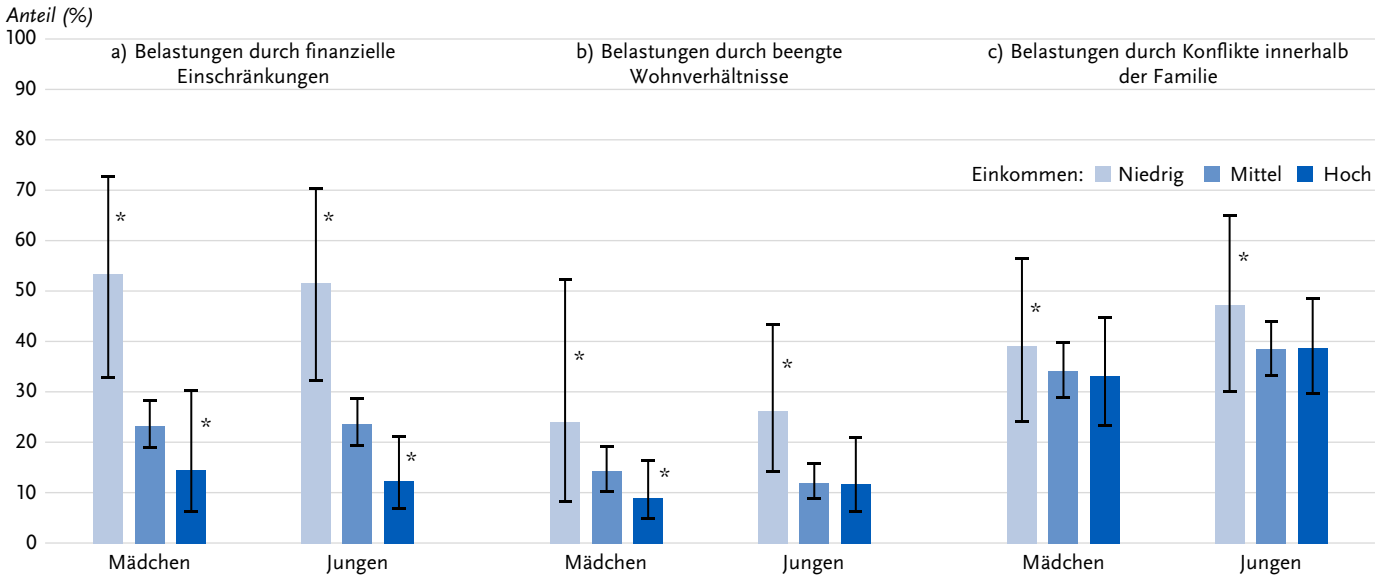

Abbildung 3: Psychosoziale Belastungen von Mädchen und Jungen stratifiziert nach Einkommen (Elternangaben; Prävalenzen in %, 95 %-Konfidenzintervalle). Quelle: KIDA-Studie
a) Finanzielle Einschränkungen (*n* = 1.285 Mädchen, *n* = 1.376 Jungen)
b) Beengte Wohnverhältnisse (*n* = 1.285 Mädchen, *n* = 1.372 Jungen)
c) Konflikte innerhalb der Familie (*n* = 1.284 Mädchen, *n* = 1.376 Jungen)
* Die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb mit Vorsicht interpretiert werden.

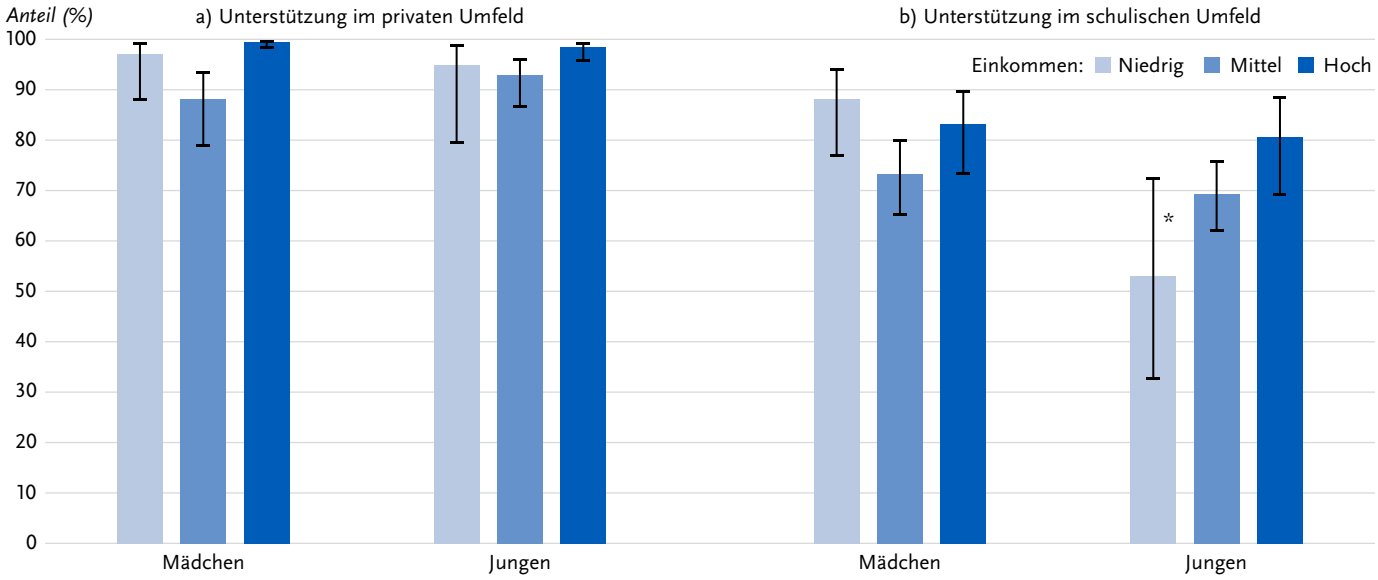

Abbildung 4: Psychosoziale Ressourcen von Mädchen und Jungen stratifiziert nach Einkommen (Elternangaben; Prävalenzen in %, 95 %-Konfidenzintervalle). Quelle: KIDA-Studie
a) Unterstützung im privaten Umfeld (n = 965 Mädchen, n = 1.041 Jungen)
b) Unterstützung im schulischen Umfeld (n = 964 Mädchen, n = 1.038 Jungen)
* Die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb mit Vorsicht interpretiert werden.

Mädchen deutlich häufiger Unterstützung im schulischen Umfeld erhalten als armutsgefährdete Jungen (Abbildung 4).

3.2 Ergebnisse der multivariaten Analysen

In den multivariaten Regressionsanalysen bleiben unter Kontrolle von Geschlecht und Alter (Modell 1) die bivariat beobachteten Unterschiede nach Einkommen bestehen (Tabelle 1). Ausnahmen sind der erhöhte Versorgungs- und Unterstützungsbedarf und die Unterstützung im privaten Umfeld, bei denen keine statistisch signifikanten Einkommensunterschiede mehr auftreten.

Bei Hinzunahme der elterlichen Bildung in die Modellierung (Modell 2) verringern sich die Zusammenhänge für die armutsgefährdeten Kinder und Jugendlichen gegenüber Modell 1 teilweise, bleiben aber weiterhin statistisch signifikant. Dies gilt für die elterneingeschätzte allgemeine psychische Gesundheit, die Adipositas, die Teilnahme an kommerziellen oder Vereinssportangeboten, die Inanspruchnahme psychosozialer Angebote sowie die Belastung durch finanzielle Einschränkungen. Lediglich bei der allgemeinen Gesundheit zeigen sich nach zusätzlicher Kontrolle für die elterliche Bildung keine statistisch signifikanten Einkommensunterschiede mehr.

Tabelle 1: Gesundheit, Gesundheitsverhalten und psychosoziale Belastungen und Ressourcen von armutsgefährdeten Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Gleichaltrigen aus Familien mit mittlerem und hohem Einkommen (Prevalence Ratios, 95 %-Konfidenzintervalle, p-Werte). Quelle: KIDA-Studie

		Modell 1 (adjustiert für Alter und Geschlecht)			Modell 2 (adjustiert für Alter, Geschlecht und Bildung)		
	Einkommen	**PR**	**(95 %-KI)**	***p*-Wert**	**PR**	**(95 %-KI)**	***p*-Wert**
Allgemeine Gesundheit n = 6.500	Niedrig		Ref.			Ref.	
	Mittel	1,06	(1,01 – 1,12)	0,029	1,04	(0,98 – 1,09)	0,183
	Hoch	1,08	(1,02 – 1,15)	0,008	1,04	(0,98 – 1,10)	0,194
Allgemeine psychische Gesundheit n = 6.496	Niedrig		Ref.			Ref.	
	Mittel	1,24	(1,10 – 1,41)	< 0,001	1,20	(1,06 – 1,36)	0,003
	Hoch	1,41	(1,24 – 1,60)	< 0,001	1,30	(1,14 – 1,48)	< 0,001
Erhöhter Versorgungs- und Unterstützungsbedarf n = 6.452	Niedrig		Ref.			Ref.	
	Mittel	0,64	(0,45 – 0,93)	0,019	0,77	(0,53 – 1,13)	0,182
	Hoch	0,68	(0,43 – 1,09)	0,108	0,93	(0,55 – 1,55)	0,773

PR = Prevalence Ratio, 95 %-KI = 95 %-Konfidenzintervall, Ref. = Referenzkategorie.
Lesebeispiel: Ein PR von 1,41 für die hohe Einkommensgruppe bedeutet z. B., dass die Prävalenz für eine ausgezeichnete oder sehr gute psychische Gesundheit bei hohem Haushaltseinkommen um das 1,41-Fache höher ist als bei armutsgefährdeten Kinder und Jugendlichen (Modell 1).

▾ Fortsetzung nächste Seite ▾

Tabelle 1 *Fortsetzung*: Gesundheit, Gesundheitsverhalten und psychosoziale Belastungen und Ressourcen von armutsgefährdeten Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Gleichaltrigen aus Familien mit mittlerem und hohem Einkommen (Prevalence Ratios, 95 %-Konfidenzintervalle, *p*-Werte). Quelle: KIDA

		Modell 1 (adjustiert für Alter und Geschlecht)			Modell 2 (adjustiert für Alter, Geschlecht und Bildung)		
	Einkommen	**PR**	**(95 %-KI)**	***p*-Wert**	**PR**	**(95 %-KI)**	***p*-Wert**
Adipositas *n* = 2.459	Niedrig		Ref.			Ref.	
	Mittel	0,31	(0,12 – 0,78)	0,013	0,40	(0,18 – 0,91)	0,029
	Hoch	0,12	(0,04 – 0,34)	< 0,001	0,19	(0,07 – 0,49)	0,001
Teilnahme an freiwilligen Bewegungs- oder Sport-AGs in der Schule *n* = 4.388	Niedrig		Ref.			Ref.	
	Mittel	0,94	(0,82 – 1,09)	0,418	0,97	(0,83 – 1,12)	0,637
	Hoch	1,00	(0,86 – 1,17)	0,978	1,03	(0,88 – 1,22)	0,696
Teilnahme an organisierten Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten in Freizeit *n* = 6.078	Niedrig		Ref.			Ref.	
	Mittel	1,31	(1,12 – 1,53)	0,001	1,17	(1,00 – 1,36)	0,050
	Hoch	1,52	(1,29 – 1,79)	< 0,001	1,26	(1,07 – 1,48)	0,006
Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten *n* = 2.680	Niedrig		Ref.			Ref.	
	Mittel	0,20	(0,08 – 0,50)	0,001	0,22	(0,09 – 0,52)	0,001
	Hoch	0,20	(0,07 – 0,58)	0,003	0,20	(0,07 – 0,60)	0,004
Unterstützung im privaten Umfeld *n* = 2.004	Niedrig		Ref.			Ref.	
	Mittel	0,94	(0,88 – 1,01)	0,078	0,91	(0,84 – 1,00)	0,042
	Hoch	1,03	(0,98 – 1,08)	0,313	0,97	(0,90 – 1,04)	0,394
Unterstützung im schulischen Umfeld *n* = 2.000	Niedrig		Ref.			Ref.	
	Mittel	1,04	(0,82 – 1,33)	0,740	1,01	(0,80 – 1,26)	0,960
	Hoch	1,21	(0,94 – 1,54)	0,134	1,11	(0,88 – 1,41)	0,364
Belastung durch finanzielle Einschränkungen *n* = 2.659	Niedrig		Ref.			Ref.	
	Mittel	0,45	(0,32 – 0,64)	< 0,001	0,49	(0,35 – 0,69)	< 0,001
	Hoch	0,26	(0,14 – 0,46)	< 0,001	0,31	(0,16 – 0,59)	< 0,001
Belastung durch beengte Wohnverhältnisse *n* = 2.655	Niedrig		Ref.		Ref.	Ref.	
	Mittel	0,53	(0,29 – 0,97)	0,040	0,55	(0,31 – 0,96)	0,037
	Hoch	0,43	(0,21 – 0,88)	0,021	0,43	(0,21 – 0,89)	0,024
Belastung durch Konflikte innerhalb der Familie *n* = 2.658	Niedrig		Ref.			Ref.	
	Mittel	0,85	(0,61 – 1,18)	0,336	0,81	(0,57 – 1,15)	0,243
	Hoch	0,84	(0,58 – 1,22)	0,359	0,74	(0,49 – 1,11)	0,144

PR = Prevalence Ratio, 95 %-KI = 95 %-Konfidenzintervall, Ref. = Referenzkategorie.
Lesebeispiel: Ein PR von 1,41 für die hohe Einkommensgruppe bedeutet z. B., dass die Prävalenz für eine ausgezeichnete oder sehr gute psychische Gesundheit bei hohem Haushaltseinkommen um das 1,41-Fache höher ist als bei armutsgefährdeten Kinder und Jugendlichen (Modell 1).

4. Diskussion

Die KIDA-Studie beschreibt die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen zum Ende der COVID-19-Pandemie in Deutschland. Die Ergebnisse zeigen, dass armutsgefährdete Kinder und Jugendliche in den Jahren 2022/2023 schlechtere Gesundheitschancen hatten als Gleichaltrige aus finanziell bessergestellten Elternhäusern: Sie weisen eine schlechtere allgemeine und psychische Gesundheit auf, haben häufiger einen erhöhten Versorgungs- und Unterstützungsbedarf sowie Adipositas, sind häufiger durch finanzielle Sorgen und beengte Wohnverhältnisse belastet und nehmen häufiger psychosoziale Unterstützungsangebote mit ihren Eltern in Anspruch.

Darüber hinaus erhalten sie weniger Unterstützung im privaten Umfeld und nehmen seltener an Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten teil, während sie an freiwilligen Sport-AGs in der Schule ähnlich häufig teilnehmen wie Gleichaltrige der höheren Einkommensgruppen.

Die berichteten Ergebnisse decken sich zu großen Teilen mit den vorhandenen Forschungsergebnissen: Ein Leben in armutsgefährdeten Verhältnissen und damit oft einhergehende Erfahrungen von Mangel, Scham und Ausgrenzung gehen bei Kindern und Jugendlichen insbesondere mit Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit einher [6]. Dies zeigt sich bereits in früheren bundesweiten Studien, wie der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2) aus den Jahren 2014 bis 2017 [2]. Hier wurden als Indikatoren der psychischen Gesundheit allerdings emotionale und Verhaltensauffälligkeiten gemessen (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ), so dass die Ergebnisse nicht direkt vergleichbar sind. Daten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK belegen auch für die Pandemiezeit, dass geringverdienende Mütter die psychische

Gesundheit ihrer Kinder deutlich seltener als sehr gut oder gut bewerten sowie häufiger von einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit ihrer Kinder in der Pandemie berichten als Mütter mit mittlerem oder hohem Haushaltsnettoeinkommen [22].

Mit Blick auf die von den Eltern eingeschätzte allgemeine Gesundheit ihrer Kinder zeigt sich auch in KiGGS Welle 2 (2014–2017) für armutsgefährdete Kinder und Jugendliche ein schlechterer Gesundheitszustand als bei Gleichaltrigen aus Familien mit höheren Einkommen [2]. Aber während in KiGGS Welle 2 nach Einschätzung der Eltern 92,0 % der armutsgefährdeten Kinder und Jugendlichen einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand aufweisen [2], sind es in der KIDA-Studie nur 87,4 %. Allerdings werden auch für die mittlere und hohe Einkommensgruppe geringere Prävalenzen in der KIDA-Studie als in KiGGS Welle 2 gefunden. Möglicherweise ist dies auf eine allgemein schlechtere Bewertung der Gesundheit in der Pandemie zurückzuführen. Es ist jedoch zu beachten, dass die Prävalenzen aufgrund der Unterschiede in der Alterseingrenzung (KiGGS Welle 2: 3–17 Jahre), im Stichprobendesign und in den Befragungsmethoden nicht direkt vergleichbar sind.

Der hier beobachtete erhöhte Versorgungs- und Unterstützungsbedarf bei armutsgefährdeten Kindern und Jugendlichen wurde mit einem Item des Children-with-Special-Health-Care-Needs-Screeners (CSHCN) gemessen und ist daher nicht mit Ergebnissen vergleichbar, die auf dem Gesamt-Screener oder anderen Items des Screeners beruhen [2, 29]. Während der COVID-19-Pandemie zeigen Ergebnisse einer Studie aus Deutschland, dass Kinder mit einem erhöhten Versorgungsbedarf (gemessen mit dem CSHCN-Gesamt-Screener) weniger soziale Unterstützung erhalten, wenn sie in einer Familie mit einem niedrigen sozioökonomischen Status leben, als Gleichaltrige aus bessergestellten Familien [29]. Speziell zum Versorgungs- und Unterstützungsbedarf von armutsgefährdeten Kindern und Jugendlichen nach der Pandemie lassen sich keine Studien finden, so dass es hier für Deutschland noch Forschungsbedarf gibt.

Die beobachtete höhere Prävalenz einer Adipositas bei armutsgefährdeten Kindern und Jugendlichen stimmt mit einer bundesweiten Studie vor der Pandemie überein [2]. Im Vergleich zu KiGGS Welle 2 fallen die Einkommensunterschiede der Adipositasprävalenz in der KIDA-Studie größer aus. Allerdings wurden in KiGGS Welle 2 Körpergröße und -gewicht standardisiert im Untersuchungszentrum gemessen, während es sich in der KIDA-Studie um Elternangaben handelt, die weniger valide sind als Messwerte [30]. Es zeigt sich, dass Eltern gerade für ältere Kinder und Jugendliche oftmals keine validen Angaben zu Körpergröße und -gewicht machen können. Die Angaben wurden in der KIDA-Studie zudem in der zusätzlichen Online-Erhebung erfasst, in welcher die Stichprobe geringer war und somit die Prävalenzschätzungen mit größerer statistischer Unsicherheit einhergehen. Der Zusammenhang zwischen Armut und Adipositas wird u. a. durch Ernährung und Bewegung vermittelt: Armut kann den Zugang beispielsweise zu gesunden Lebensmitteln [10] sowie zu Sportangeboten erschweren [31]. Für die Teilnahme an Sportangeboten in der Freizeit legen dies auch die Befunde der KIDA-Studie nahe.

Kinder und Jugendliche in armutsgefährdeten Familien nehmen laut den KIDA-Daten in ihrer Freizeit seltener an kommerziellen Sport- oder Vereinsangeboten teil, was vergleichbar ist mit den Ergebnissen aus KiGGS Welle 2 zu sportlicher Aktivität in der Freizeit generell [2]. Anders als in KiGGS Welle 2 wurde in der KIDA-Studie allerdings explizit nach kommerziellen Sport- oder Vereinsangeboten, sprich organisierten Sportangeboten, gefragt. Auch nach Auswertungen des Sozio-oekonomischen Panels nutzen armutsgefährdete Jugendliche im Alter von 17 Jahren Sportangebote in Vereinen seltener als Jugendlichen ohne Armutsrisiko [32]. Viele kommerzielle Sportangebote (wie z. B. die Nutzung von Fitness-Studios, Tennisunterricht, Ballett- oder Schwimmschulen) gehen mit Kosten einher, die für armutsgefährdete Familien ein größeres Hindernis darstellen [32, 33]. Förderleistungen aus dem Bildungs- und Teilhabepaket, einem staatlichen Unterstützungsprogramm für junge Menschen aus Familien mit geringem Einkommen (u. a. Zuschüsse zu Sportvereinsbeiträgen), werden oft nicht in Anspruch genommen, da dies als stigmatisierend erlebt wird und schambehaftet ist. Zusätzlich führen die Unkenntnis über den Leistungsanspruch sowie die als kompliziert empfundene Antragstellung häufig zur Nicht-Inanspruchnahme der Förderleistungen [34]. Es kann zudem vermutet werden, dass hochpreisige kommerzielle Sportangebote seltener in sozioökonomisch deprivierten Wohngegenden angeboten werden. Darüber hinaus bestehen Zusammenhänge zwischen dem Bewegungsverhalten der Eltern und ihrer Kinder [35]. Dabei werden Faktoren wie die sportliche Aktivität der Eltern, deren Unterstützung und Einstellungen zum Sport als wichtige Faktoren für die sportliche und körperliche Aktivität des Kindes diskutiert [36, 37].

Anders als bei den außerschulischen Sportangeboten nehmen armutsgefährdete Kinder und Jugendliche den KIDA-Daten zufolge ähnlich häufig an freiwilligen Sport-AGs in der Schule teil wie Gleichaltrige aus Familien mit höheren Einkommen. Vor der Pandemie gab es für 17-jährige Jugendliche aus armutsgefährdeten Haushalten sogar Hinweise auf eine häufigere Teilnahme an freiwilligen Sport-AGs in der Schule [32]. Armutsgefährdete Kinder und Jugendliche können somit mit schulischen Angeboten gut erreicht werden. Die Möglichkeit zur kostenfreien Inanspruchnahme dieser Angebote könnte hier eine große Relevanz haben [32].

Neben dem erhöhten Versorgungs- und Unterstützungsbedarf armutsgefährdeter Kinder und Jugendlicher wird in der KIDA-Studie zudem eine höhere Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote vonseiten armutsgefährdeter Eltern und Kinder bzw. Jugendlicher beobachtet. Ob der Bedarf an Unterstützung durch die in Anspruch genommenen Angebote – zumindest in Teilen – gedeckt wurde, konnte anhand der Daten der KIDA-Studie allerdings nicht beantwortet werden. Analysen, die in die Quartalsberichte von KIDA eingingen [23], zeigen zudem, dass die abgefragten Unterstützungsangebote den armutsgefährdeten Eltern häufiger nicht bekannt sind als Familien mit mittleren oder hohen Einkommen.

Die erhöhten Belastungen von Kindern und Jugendlichen aus armutsgefährdeten Familien durch beengte Wohnverhältnisse während der Pandemie wird durch Auswertungen mit Daten des sozio-oekonomischen Panels unterstützt [38]. Beengte Wohnverhältnisse werden in diesen Analysen am häufigsten von Familien mit Arbeitslosengeld-II-Bezug berichtetet. Die höhere Belastung von armutsgefährdeten Kindern und Jugendlichen durch beengte Wohnverhältnisse unterstreicht die Bedeutung ausreichenden Wohnraums für das Wohlbefinden junger Menschen. Die Relevanz von quantitativ und qualitativ ausreichendem Wohnraum wird unter anderem als wichtig für ein gutes Familienklima, Raum für den Austausch mit Freundinnen und Freunden und Rückzugsmöglichkeiten gesehen [3], weswegen innerhalb der Europäischen Garantie für Kinder „ausreichender Wohnraum“ auch als Ziel für alle Mitgliedsländer definiert wurde [39]. Neben den Belastungen durch beengte Wohnverhältnisse wurden auch Belastungen durch finanzielle Einschränkungen für armutsgefährdete Kinder und Jugendliche am häufigsten berichtet. Gerade in den Jahren 2022 und 2023 sind Ausgaben beispielsweise für Lebensmittel und Heizkosten stark gestiegen [40]. Die geringeren finanziellen Möglichkeiten und die damit verbundenen Einschränkungen armutsgefährdeter Familien machten sich daher auch bei den Kindern bemerkbar.

Obwohl armutsgefährdete Kinder und Jugendliche gemäß den KIDA-Daten in stärkerem Maße psychosozial belastet und gesundheitlich beeinträchtigt sind sowie einen erhöhten Versorgungs- und Unterstützungsbedarf aufweisen, zeigen die Ergebnisse, dass zum Ende der Pandemie nur zwei von drei Kindern und Jugendlichen im schulischen Umfeld immer oder meistens Unterstützung erhalten. In der hohen Einkommensgruppe sind dies acht von zehn Kindern und Jugendlichen. Auch wenn die Einkommensunterschiede nicht statistisch signifikant ausfallen, besteht hier Handlungsbedarf. Mit Blick auf die durch die Eltern wahrgenommene Unterstützung ihrer Kinder im privaten Umfeld zeigen sich keine Unterschiede nach dem Einkommen der Familie. In allen Einkommensgruppen erhalten mehr als neun von zehn Kindern und Jugendlichen im privaten Umfeld ausreichend Unterstützung. Allerdings schätzen die Eltern bei dieser Frage die u. a. von ihnen geleistete Unterstützung selbst ein; es kann angenommen werden, dass eine Einschätzung durch die jungen Menschen selbst etwas anders ausfallen könnte. Dennoch ist eine gute Unterstützung durch das private Umfeld eine wichtige Ressource, gerade für armutsgefährdete Kinder und Jugendliche.

Die Frage, ob und inwieweit Einkommensunterschiede in der Gesundheit, dem Gesundheitsverhalten sowie den psychosozialen Belastungen und Ressourcen zwischen Mädchen und Jungen unterschiedlich groß ausfallen, wurde in diesem Beitrag nicht tiefergehend analysiert. Hierzu bedarf es Studien mit größerem Stichprobenumfang. Insbesondere bei den in der Online-Befragung erhobenen Indikatoren ist der Stichprobenumfang zu klein für eine gleichzeitige Stratifizierung nach Einkommen und Geschlecht. Vorhandene Unterschiede könnten so unterschätzt oder übersehen werden (ß-Fehler). Die hier grafisch dargestellten Ergebnisse sind daher mit großer Vorsicht zu betrachten.

Auch wenn die Unterschiede nach Geschlecht bezüglich des Zusammenhangs von Einkommen und Gesundheit nicht statistisch signifikant sind, scheint in der Tendenz der Zusammenhang bei Jungen stärker zu sein als bei Mädchen. Mit Blick auf die sportliche Aktivität ist bekannt, dass Jungen häufiger an organisierten Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten in der Freizeit teilnehmen als Mädchen [41]. Der Zusammenhang zwischen Einkommen und der Teilnahme an Sportvereinen oder -kursen in der Freizeit sowie der Teilnahme an Bewegungs- oder Sport-AGs in der Schule variiert zwar nicht statistisch signifikant mit dem Geschlecht. Jedoch zeigen sich bei den freiwilligen Bewegungs- oder Sport-AGs in der Schule tendenziell Unterschiede im Zusammenhang zwischen der Teilnahme und dem Einkommen: Während armutsgefährdete Mädchen etwas seltener an den Bewegungs- und Sport-AGs in der Schule teilnehmen als Mädchen der anderen Einkommensgruppen, nehmen armutsgefährdete Jungen etwas häufiger an diesen Angeboten teil als Jungen der anderen Einkommensgruppen. Die Unterstützung im schulischen Umfeld wird von armutsgefährdeten Eltern für Mädchen häufiger berichtet als von Eltern mit mittlerem und hohem Einkommen. Bei Jungen ist dies seltener der Fall. Ob dies der Realität entspricht oder armutsgefährdete Mädchen häufiger von Unterstützung im schulischen Kontext berichten als Jungen oder armutsgefährdete Eltern mit der erhaltenen Unterstützung der Jungen unzufriedener sind, kann mit den Daten der KIDA-Studie nicht beurteilt werden.

Die zweite Forschungsfrage zielt darauf, ob sich die berichteten Unterschiede in der Gesundheit, im Gesundheitsverhalten sowie in den psychosozialen Belastungen und Ressourcen auf eine häufiger mit Armut einhergehende geringere formale Bildung der Eltern zurückführen lassen.

Einige der untersuchten Zusammenhänge mit dem Einkommen schwächen sich zwar ab, bleiben aber grundsätzlich bestehen, wenn die Bildung der Eltern berücksichtigt wird. Dies trifft zu auf die elterneingeschätzte allgemeine psychische Gesundheit, die Adipositas, die Teilnahme an kommerziellen oder Vereinssportangeboten, die Inanspruchnahme psychosozialer Angebote sowie die Belastung durch finanzielle Einschränkungen. Dies weist auf eine eigenständige Bedeutung der Einkommenssituation für diese Gesundheitsaspekte hin, welche über die gesundheitliche Bedeutung der Bildung hinausgeht. Diesbezüglich unterstützen die KIDA-Ergebnisse vorherige Befunde für das Erwachsenenalter, die sowohl international als auch für Deutschland vorliegen und eine eigenständige Bedeutung von Armut bzw. finanzieller Benachteiligung als soziale Determinante von Gesundheit bekräftigen [42, 43]. Lediglich bei der von den Eltern eingeschätzten allgemeinen Gesundheit zeigen sich nach der Adjustierung für die elterliche Bildung keine statistisch signifikanten Einkommensunterschiede mehr.

4.1 Stärken und Limitationen

Die Stärke der KIDA-Studie ist, dass sie zum Ende der Pandemie zu einer Vielzahl von gesundheitsbezogenen, sozialen und sozioökonomischen Indikatoren sowie für unterschiedliche Altersgruppen in Kindheit und Jugend Daten zur Verfügung stellt, die auch Aussagen zur gesundheitlichen Lage von armutsgefährdeten Kindern und Jugendlichen ermöglichen.

Eine Limitation der vorliegenden Analyse ist darin zu sehen, dass die KIDA-Studie nur eingeschränkt repräsentativ für die bundesweite Bevölkerung im Kindes- und Jugendalter ist. Durch den Zugang über die GEDA-Studie erfolgte keine direkte Zufallsauswahl der Kinder und Jugendlichen, sondern eines Elternteils. Zusätzlich nahm nur ein Teil der Eltern aus der GEDA-Studie an der KIDA-Studie teil. In der Online-Befragung nahmen wiederum nochmal weniger Eltern teil als in der Telefonbefragung. Dieser Dropout kann zu einer Selektion der Teilnehmenden geführt haben. So kann zum Beispiel nicht ausgeschlossen werden, dass psychosozial stark belastete Eltern seltener an der KIDA-Studie teilgenommen haben. Insbesondere Eltern mit niedriger Bildung nahmen an der KIDA-Studie seltener teil. Um dennoch bevölkerungsbezogene Aussagen treffen zu können, wurde ein komplexes Gewichtungsverfahren angewendet. Die Kombination aus Telefon- und Online-Befragung ging darüber hinaus mit einem Wechsel des Erhebungsmodus einher, der zu einem unterschiedlichen Antwortverhalten beigetragen haben könnte. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zudem zu berücksichtigen, dass die Daten für die 3- bis 15-Jährigen auf Elternangaben beruhen, die von Selbstangaben der Kinder und Jugendlichen vor allem in Bezug auf Angaben zur psychischen Gesundheit, Körpergröße oder Körpergewicht abweichen können [44]. Da es sich bei der KIDA-Studie um eine Querschnittbefragung handelt, können zudem aus den Analysen keine Aussagen zur Kausalität bzw. Wirkrichtung abgeleitet werden.

4.2 Schlussfolgerungen

Zum Ende der Pandemie ist die Gesundheit von armutsgefährdeten Kindern und Jugendlichen weiterhin deutlich schlechter als von Gleichaltrigen aus weniger prekären Lebensverhältnissen.

Auch wenn es zum Ende der Pandemie für Deutschland keine eindeutigen Hinweise auf eine Zunahme der gesundheitlichen Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter gibt [12, 19–21], ist zu vermuten, dass Kinder und Jugendliche, die in armen Lebensverhältnissen aufwachsen, durch die Belastungen während der Pandemie, aber auch durch aktuelle Krisen wie den Klimawandel, kriegerische Ereignisse innerhalb und außerhalb Europas und den wirtschaftlichen Abschwung langfristig stärker in ihrem Wohlbefinden und ihren Möglichkeiten zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben beeinträchtigt werden. Wichtige Entwicklungsschritte und Erfahrungen in Kindheit und Jugend, die während der Pandemie oder aufgrund fehlender finanzieller oder sozialer Ressourcen versäumt wurden, können möglicherweise nicht oder nur eingeschränkt nachgeholt werden [45]. Es ist daher möglich, dass die Zunahme gesundheitlicher Ungleichheiten erst mit einer zeitlichen Verzögerung in dieser Kohorte sichtbar wird, weshalb diese in künftigen Studien besonders in den Blick genommen und unter dem Blickwinkel der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit weiter beobachtet werden sollte.

Umso wichtiger ist es, verstärkt Maßnahmen in Angriff zu nehmen, die sowohl die Lebensverhältnisse als auch die individuelle Gesundheit von in Armut lebenden Kindern und Jugendlichen verbessern. Bei der Ausgestaltung der Maßnahmen sollten die spezifischen familiären Verhältnisse von armutsgefährdeten Kindern und Jugendlichen Berücksichtigung finden; so zum Beispiel, wenn sie in Ein-Eltern-Haushalten oder kinderreichen Familien leben. Gesundheitsförderung ist als Querschnittaufgabe zu verstehen, die im Sinne des Health-in-All-Policies-Ansatzes der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Maßnahmen in verschiedenen Politikfeldern und damit der Zusammenarbeit vieler politischer Ressorts sowie Akteurinnen und Akteuren aus Praxis, Wissenschaft und Zivilgesellschaft bedarf [46]. An vorderster Stelle stehen Strategien zur Bekämpfung von Kinder- und Familienarmut sowie zur Verminderung von Benachteiligungen und Ausgrenzung von in Armut lebenden und armutsgefährdeten Kindern und Jugendlichen. Hierzu wurde im Jahr 2021 auf europäischer Ebene die Empfehlung zur Einführung einer Europäischen Garantie für Kinder ver-

abschiedet [39], welche die umfassende Kinderrechtestrategie der Europäischen Union ergänzt [47]. Die Umsetzung dieser Strategie erfolgt in Deutschland durch den 2023 verabschiedeten Nationalen Aktionsplan „Neue Chancen für Kinder“ [48], der bessere Zugänge für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche zu frühkindlicher Betreuung, Bildung und Erziehung, zu schulbezogenen Aktivitäten, zu mindestens einer gesunden Mahlzeit pro Schultag, zu gesunder Ernährung und angemessenem Wohnraum sowie zur Gesundheitsversorgung gewährleisten will. Im ersten Fortschrittsbericht zur Umsetzung des Nationalen Aktionsplans aus dem Jahr 2025 wird unter anderem in einer Stellungnahme unterschiedlicher Akteure der Zivilgesellschaft gefordert, quantifizierbare und zeitlich terminierte Ziele zu formulieren, die eine Überprüfung des Fortschritts bei der Verringerung der Kinderarmut ermöglichen [50].

Neben diesen infrastrukturellen Verbesserungen wird mit Blick auf die Sicherstellung des finanziellen Existenzminimums aller Kinder und Jugendlichen die Einführung einer Kindergrundsicherung gefordert, die den Lebensunterhalt von Kindern sichern, vor Armut schützen und Teilhabechancen verbessern soll [49]. Die UN-Kinderrechtskonvention erkennt jedem Kind „das Recht (...) auf einen seiner körperlichen, geistigen, seelischen, sittlichen und sozialen Entwicklung angemessenen Lebensstandard“ [1] zu. Der Nationale Aktionsplan „Neue Chancen für Kinder“ strebt daher auch eine höhere Erwerbsbeteiligung der Eltern an, die zur wirtschaftlichen Stabilität der Familien beitragen kann [48]. Das Netzwerk Kinderrechte fordert, dass alle Maßnahmen der Bundesregierung dahingehend überprüft werden, wie sie sich auf die Situation von Kindern und Jugendlichen und insbesondere von armutsgefährdeten Gruppen auswirken [51].

Um der Komplexität der Förderung der Gesundheit und der Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit in Kindheit und Jugend gerecht zu werden, bedarf es neben politischen Strategien und Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene zudem Maßnahmen auf Ebene der Kommunen und der Lebenswelten vor Ort. Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sollten laut der interministeriellen Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“ an Regelstrukturen wie z. B. Kita oder Schule angebunden sein, die für alle jungen Menschen niedrigschwellig und stigmatisierungsfrei zugänglich sind [52]. Das hier vorgestellte Ergebnis der KIDA-Studie, dass armutsgefährdete Kinder und Jugendliche mit Sport-AGs im schulischen Kontext gleich gut wie Gleichaltrige aus bessergestellten Lebensverhältnissen erreicht werden können, stützt diese Empfehlung. Um die verschiedenen Maßnahmen und Angebote einer Kommune zur Gesundheitsförderung und zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit zielorientiert aufeinander abzustimmen, gelten Präventionsketten als geeigneter Strukturansatz der Verhältnisprävention [53]. Präventionsketten sind darauf ausgerichtet, auf kommunaler Ebene und unter Beteiligung von Kindern, Jugendlichen und Familien eine integrierte Gesamtstrategie und ein tragfähiges Netz von Unterstützung, Beratung und Förderung aufzubauen [53].

Neben diesem Maßnahmenbündel braucht es in Deutschland ein bundesweites und kontinuierliches Monitoring der Gesundheit und der gesundheitlichen Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter, um längerfristige Trends erkennen und in akut einsetzenden Krisen wie einer Pandemie zeitnah Problemlagen ausmachen zu können. Darüber hinaus werden Evaluationsstudien benötigt, die Auskunft darüber geben, welche Maßnahmen mit Blick auf die Verringerung der Kinderarmut sowie der gesundheitlichen Ungleichheit in der Praxis wirksam sind.

Datenschutz und Ethik
Die KIDA-Studie unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat die Studie unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und der Durchführung des Studienvorhabens zugestimmt (Antragsnummer EA2/201/21). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert. Ihre mündliche Einwilligung (informed consent) wurde eingeholt.

Datenverfügbarkeit
Die Autorinnen und Autoren geben an, dass für die den Ergebnissen zugrunde liegenden Daten einige Zugangsbeschränkungen gelten. Der Datensatz kann nicht öffentlich zugänglich gemacht werden, da die Einwilligung (informed consent) der Studienteilnehmenden die öffentliche Bereitstellung der Daten nicht abdeckt. Der minimale Datensatz, der den Ergebnissen zugrunde liegt, ist im Forschungsdatenzentrum des Robert Koch-Instituts archiviert und kann von Forschenden auf begründete Anfrage eingesehen werden. Der Datenzugriff ist vor Ort im Secure Data Center des Forschungsdatenzentrums des Robert Koch-Instituts möglich. Anfragen können per E-Mail an fdz@rki.de gestellt werden.

Förderungshinweis
Die KIDA-Studie wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Beiträge der Autorinnen und Autoren
Maßgebliche Beiträge zu Konzeption und Design der Arbeit: MB, JH, PR; zur Analyse der verwendeten Daten: MB, PR; zur Interpretation der verwendeten Daten: MB, EM, MT, KM, AS, JA, JH, PR; Ausarbeitung des Manuskripts: MB, PR; Kritische Überarbeitung bedeutender Inhalte: MB, EM, MT, KM, AS, JA, JH, PR; Finale Version des Manuskripts gelesen und der Veröffentlichung zugestimmt: MB, EM, MT, KM, AS, JA, JH, PR.

Interessenkonflikt
Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung
Unser Dank gilt insbesondere allen Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern, ohne die es die KIDA-Studie nicht geben würde. Darüber hinaus danken wir den Kolleginnen und Kollegen des KIDA-Teams am RKI sowie den Interviewerinnen und Interviewern der USUMA GmbH für ihre engagierte Mitarbeit.

Literatur

1 Deutsches Kinderhilfswerk e. V. (Hrsg.). Kinderreport Deutschland 2023. Kinderarmut in Deutschland 2023 [cited 28.02.2024]. Available from: https://www.bmfsfj.de/resource/blob/228174/f84545059dda8d42b17e419e30c40163/kinderreport-2023-data.pdf.

2 Lampert T, Kuntz B. Auswirkungen von Armut auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse aus KiGGS Welle 2. Bundesgesundheitsbl. 2019;62(10):1263-74. doi: 10.1007/s00103-019-03009-6.

3 Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). Armutsfolgen für Kinder und Jugendliche. Erkenntnisse aus empirischen Studien in Deutschland. 2016 [cited 15.01.2025]. Available from: https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/armutsfolgen-fuer-kinder-und-jugendliche.

4 Tophoven S, Lietzmann T, Reiter S, Wenzig C. Armutsmuster in Kindheit und Jugend. Längsschnittbetrachtungen von Kinderarmut. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2017.

5 Statistisches Bundesamt. Armutsgefährdungsquoten, Bundesländer nach soziodemografischen Merkmalen (Bundesmedian). [cited 12.02.2024]. Available from: https://www.statistikportal.de/de/sbe/ergebnisse/einkommen-armutsgefaehrdung-und-soziale-lebensbedingungen/armutsgefaehrdung-und-4.

6 Funcke A, Menne S. Kinder- und Jugendarmut in Deutschland. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2023 [cited 11.12.2023]. Available from: https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/factsheet-kinder-und-jugendarmut-in-deutschland.

7 Statistisches Bundesamt. Kinder und Jugendliche von Eltern mit niedrigem Bildungsabschluss besonders von Armut bedroht. Wiesbaden; 2024 [updated 26.7.2023]. Available from: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/07/PD23_N045_63.html.

8 Rat der Europäischen Union. Gemeinsamer Bericht der Kommission und des Rates über die soziale Eingliederung. 7101/04. Brüssel; 2004 [cited 28.02.2024]. Available from: https://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/soc-incl/final_joint_inclusion_report_2003_de.pdf.

9 Butterwegge C. (2017). Kinderarmut in Deutschland: mehrdimensionale Erscheinungsformen und sozialräumliche Ausprägungen. (FGW-Studie Integrierende Stadtentwicklung, 1). Düsseldorf: Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung e.V. (FGW). https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-66397-4.

10 Depa J, Gyngell F, Müller A, Eleraky L, Hilzendegen C, Stroebele-Benschop N. Prevalence of food insecurity among food bank users in Germany and its association with population characteristics. Prev Med Rep. 2018;9:96-101. Epub 20180128. doi: 10.1016/j.pmedr.2018.01.005.

11 Wößmann L, Schoner F, Freundl V, Pfaehler F. Der ifo-„Ein Herz für Kinder"-Chancenmonitor. Wie (un-)gerecht sind die Bildungschancen von Kindern aus verschiedenen Familien in Deutschland verteilt? ifo Schnelldienst. 2023(4):29-47.

12 Weyers S, Rigó M. Child health and development in the course of the COVID-19 pandemic: are there social inequalities? Eur J Pediatr. 2023;182(3):1173-81. Epub 20230106. doi: https://doi.org/10.1007/s00431-022-04799-9.

13 Bujard M, von den Driesch E, Ruckdeschel K, Laß I, Thönnissen C, Schumann A, et al. Belastungen von Kindern, Jugendlichen und Eltern in der Corona-Pandemie. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. 2021. doi: https://doi.org/10.12765/bro-2021-02.

14 Ludwig-Walz H, Dannheim I, Pfadenhauer LM, Fegert JM, Bujard M. Increase of depression among children and adolescents after the onset of the COVID-19 pandemic in Europe: a systematic review and meta-analysis. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2022;16(1):109. Epub 20221231. doi: https://doi.org/10.1186/s13034-022-00546-y.

15 Orban E, Li LY, Gilbert M, Napp AK, Kaman A, Topf S, et al. Mental health and quality of life in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: a systematic review of longitudinal studies. Frontiers in Public Health. 2024;11. doi: 10.3389/fpubh.2023.1275917.

16 Kaman A, Erhart M, Devine J, Napp AK, Reiss F, Behn S, et al. Mental Health of Children and Adolescents in Times of Global Crises: Findings from the Longitudinal COPSY Study from 2020 to 2024. 2024 [cited 09.01.2025]. Available from: Available at SSRN: https://ssrn.com/abstract=5043075 [Preprint].

17 Ravens-Sieberer U, Kaman A, Devine J, Reiß F. Die COVID-19-Pandemie – Wie hat sie die Kinderpsyche beeinflusst? Monatsschrift Kinderheilkunde. 2023;171(7):608-14. doi: 10.1007/s00112-023-01775-x.

18 Ludwig-Walz H, Siemens W, Heinisch S, Dannheim I, Loss J, Bujard M. How the COVID-19 pandemic and related school closures reduce physical activity among children and adolescents in the WHO European Region: a systematic review and meta-analysis. Int J Behav Nutr Phys Act. 2023;20(1):149. Epub 20231219. doi: 10.1186/s12966-023-01542-x.

19 Moor I, Herke M, Markert J, Böhm M, Reiß F, Bilz L, et al. Die zeitliche Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter in Deutschland: Ergebnisse der HBSC-Studie 2009/10 – 2022. J Health Monit. 2024(1):86-107. doi: 10.25646/11875.

20 Ravens-Sieberer U, Devine J, Napp AK, Kaman A, Saftig L, Gilbert M, et al. Three years into the pandemic: results of the longitudinal German COPSY study on youth mental health and health-related quality of life. 2023(2296-2565). doi: 10.3389/fpubh.2023.1129073.

21 IGES Institut. AOK-Familienstudie 2022. Eine Befragung von Eltern mit Kindern im Alter von 4 bis 14 Jahren. 2023 [cited 15.01.2025]. Available from: https://www.aok.de/pk/magazin/cms/fileadmin/pk/pdf/aok-familienstudie-2022.pdf.

22 Zok K, Roick C. Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit von Kindern. 2022. 19(1):[1-12 pp.]. [cited 10.01.2024]. Available from: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/WIdOmonitor/wido_monitor_1_2022_pandemiebelastung_kinder.pdf.

23 Robert Koch-Institut (Hrsg.). 4. Quartalsbericht – Kindergesundheit in Deutschland aktuell (KIDA): Monitoring der Kindergesundheit in (und nach) der COVID-19-Pandemie. Teil 1 – Auswertung der Onlineerhebung. Ergebnisse des KIDA-Erhebungszeitraum 04/2022–03/2023. 2023 [cited 10.01.2024]. Available from: https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Studien-und-Surveillance/Studien/KIDA/4-Quartalsbericht-KIDA_Teil-2.pdf?__blob=publicationFile&v=1.

24 von der Heyde C. Das ADM-Stichprobensystem für Telefonbefragungen. 2013 [cited 19.01.2024]. Available from: https://www.gessgroup.de/wp-content/uploads/2016/09/Beschreibung-ADM-Telefonstichproben_DE-2013.pdf.

25 Statistisches Bundesamt. Definition Armutsgefährdungsquote 2024 [cited 10.01.2024]. Available from: https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/Bevoelkerung-Arbeit-Soziales/Soziales-Lebensbedingungen/Armutsgefaehrdung-Definition.html.

26 Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Mediane und Armutsgefährdungsschwellen 2023 [cited 11.12.2023]. Available from: https://www.statistikportal.de/de/sbe/ergebnisse/einkommen-armutsgefaehrdung-und-soziale-lebensbedingungen/armutsgefaehrdung-und-9.

27 Eurostat. Glossar: Verfügbares Äquivalenzeinkommen. [cited 15.01.2025]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Equivalised_disposable_income/de.

28 Brauns H, Scherer S, Steinmann S. The CASMIN Educational Classification in International Comparative Research. In: Hoffmeyer-Zlotnik J, Wolf C, editors. Advances in Cross-National Comparison: A European Working Book for Demographic and Socio-Economic Variables. New York: Kluwer Academic / Plenum Publisher; 2003. p. 221–44.

29 Geweniger A, Barth M, Haddad A, Högl H, Insan S, Mund A, et al. Perceived social support and characteristics of social networks of families with children with special healthcare needs following the COVID-19 pandemic. Frontiers in Public Health. 2024;12. doi: 10.3389/fpubh.2024.1322185.

30 Brettschneider AK, Ellert U, Schaffrath Rosario A. Comparison of BMI Derived from Parent-Reported Height and Weight with Measured Values: Results from the German KiGGS Study. Int J Environ Res Public Health. 2012;9(2):632-47.

31 Nelson HJ, Spurr S, Bally JMG. The Benefits and Barriers of Sport for Children From Low-Income Settings: An Integrative Literature Review. Sage Open. 2022;12(1):21582440221087272. doi: 10.1177/21582440221087272.

32 Engels D, Thielebein C. Zusammenhang von sozialer Schicht und Teilnahme an Kultur-, Bildungs- und Freizeitangeboten für Kinder und Jugendliche. Zusammenstellung und Auswertung von Befunden. Expertise im Rahmen der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales; 2010 [cited 10.01.2024]. Available from: https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Downloads/Berichte/zusammenhang-soziale-schicht-teilnahme.pdf?__blob=publicationFile&v=3.

33 Forsa (im Auftrag von Save The Children). Kinderarmut und Freizeitaktivitäten. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von Eltern 2024 [cited 08.01.2025]. Available from: https://www.savethechildren.de/fileadmin/user_upload/Downloads_Dokumente/2024/kinderarmut-umfrage-zusammenfassung-und-einordnung.pdf.

34 Geene R. Regulierung von Ungleichheitsverhältnissen: Wirkungen des Elterngelds und des Bildungs- und Teilhabepakets. ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit. 2019(3):40-52.

35 Petersen TL, Møller LB, Brønd JC, Jepsen R, Grøntved A. Association between parent and child physical activity: a systematic review. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2020; 17(1):67. doi: 10.1186/s12966-020-00966-z.

36 Mutz M, Albrecht P. Parents' social status and children's daily physical activity: the role of familial socialization and support. J Child Fam Stud. 2017;26(11):3026-35. Epub 20170612. doi: 10.1007/s10826-017-0808-3.

37 Rittsteiger L, Hinz T, Oriwol D, Wäsche H, Santos-Hövener C, Woll A. Sports participation of children and adolescents in Germany: disentangling the influence of parental socioeconomic status. BMC Public Health. 2021;21(1):1446. Epub 20210723. doi: 10.1186/s12889-021-11284-9.

38 Geis-Thöne W. Häusliches Umfeld in der Krise: Ein Teil der Kinder braucht mehr Unterstützung. Ergebnisse einer Auswertung des Sozio-ökonomischen Panels. 2020 [cited 15.01.2025]. 1. Available from: https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/Report/PDF/2020/IW-Report_2020_Haeusliche_Lebenswelten_Kinder.pdf.

39 Europäische Kommission. Europäische Garantie für Kinder. [cited 09.01.2025]. Available from: https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/social-protection-social-inclusion/addressing-poverty-and-supporting-social-inclusion/investing-children/european-child-guarantee_de.

40 Statistisches Bundesamt. Inflationsrate im Jahr 2023 bei +5,9 %. Pressemitteilung Nr. 020 vom 16. Januar 2024. 2024 [updated 16.01.2024; cited 15.01.2025]. Available from: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/01/PD24_020_611.html#:~:text=Waren%20insgesamt%20verteuerten%20sich%20im,8%2C5%20%25)%20merklich%20teurer.

41 Loss J, Blume M, Neuperdt L, Flerlage N, Weihrauch T, Manz K, et al. Wie steht es um die Gesundheit von Mädchen und Jungen in der COVID-19-Pandemie? Ausgewählte Ergebnisse der KIDA-Studie. J Health Monit. 2023;8(2):40-58. doi: https://doi.org/10.25646/11299.

42 Hoebel J, Finger JD, Kuntz B, Lampert T. Sozioökonomische Unterschiede in der körperlich-sportlichen Aktivität von Erwerbstätigen im mittleren Lebensalter. Bundesgesundheitsbl. 2016;59(2):188-96. doi: 10.1007/s00103-015-2278-3.

43 Geyer S, Hemström O, Peter R, Vågerö D. Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. J Epidemiol Community Health. 2006;60(9):804-10. doi: 10.1136/jech.2005.041319.

44 Ellert U, Ravens-Sieberer U, Erhart M, Kurth BM. Determinants of agreement between self-reported and parent-assessed quality of life for children in Germany-results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). Health Qual Life Outcomes. 2011;9:102. Epub 20111123. doi: https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-102.

45 Erikson EH. Kindheit und Gesellschaft: Klett-Cotta; 14. Aufl. 2005.

46 World Health Organization. Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. 2014 [cited 15.01.2025]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112636/9789241506908_eng.pdf?sequence=1.

47 Europäische Kommission. EU-Kinderrechtsstrategie. 2021 [cited 15.01.2025]. Available from: https://commission.europa.eu/document/download/86b296ab-95ee-4139-aad3-d7016e096195_de?filename=ds0821040den_002.pdf.

48 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Nationaler Aktionsplan. Neue Chancen für Kinder in Deutschland. 2023 [cited 15.01.2025]. Available from: https://www.bmfsfj.de/resource/blob/231862/4e3eada93af3956e68861c92e3b88c0f/nationaler-aktionsplan-neue-chancen-fuer-kinder-in-deutschland-data.pdf.

49 Der Kinderschutzbund Bundesverband. Kinderarmut hat Folgen. 2023 [cited 09.01.2025]. Available from: https://kinderarmut-hat-folgen.de/.

50 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Erster Fortschrittsbericht zur Umsetzung des Nationalen Aktionsplans „Neue Chancen für Kinder in Deutschland". 2025 [updated 29.01.2025; cited 07.04.2025]. Available from: https://www.bmfsfj.de/resource/blob/256494/6cece6ccb7d4ed022f4eb0991f4df1fa/erster-fortschrittsbericht-zur-umsetzung-des-nap-neue-chancen-fuer-kinder-in-deutschland-data.pdf.

51 Netzwerk Kinderrechte. Umsetzung der Europäischen Kindergarantie in Deutschland – Kinderrechtliches Eckpunktepapier zum Nationalen Aktionsplan. 2022 [cited 15.01.2025]. Available from: https://netzwerk-kinderrechte.de/wp-content/uploads/2022/02/Kindergarantie_Eckpunktepapier_10.02._FINAL.pdf.

52 Die Bundesregierung (Hrsg.). Abschlussbericht der Interministeriellen Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona" (IMA) 2023 [cited 10.01.2024]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Kindergesundheit/Abschlussbericht_IMA_Kindergesundheit.pdf.

53 Richter-Kornweitz A, Holz G, Kilian A. Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.); 2023.

54 Breidablik HJ, Meland E, Lydersen S. Self-rated health in adolescence: a multifactorial composite. Scand J Public Health. 2008;36(1): 12-20. doi: 10.1177/1403494807085306.

55 De Bruin A. Health Interview Surveys: Towards International Harmonization of Methods and Instruments. WHO Regional Publications, European Series, No. 58: ERIC; 1996.

56 Ahmad F, Jhajj A, Stewart D, Burghardt M, Bierman A. Single item measures of self-rated mental health: a scoping review. BMC Health Serv Res. 2014;14(1):398. doi: 10.1186/1472-6963-14-398.

57 Scheidt-Nave C, Ellert U, Thyen U, Schlaud M. Prävalenz und Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf im Kinder-und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) in Deutschland. Bundesgesundheitsbl. 2007(50):750–6. doi: 10.1007/s00103-007-0237-3.

58 Bethell C, Read D, Stein R, Blumberg S, Wells N, Newacheck P. Identifying children with special health care needs: development and evaluation of a short screening instrument. Ambul Pediatr. 2002;2(1):38-48. Epub 2002/03/13. doi: 10.1367/1539-4409(2002)002<0038:icwshc>2.0.co;2.

59 Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D, Geller F, Geiß HC, Hesse V, et al. Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde. 2001;149(8):807-18. doi: 10.1007/s001120170107.

60 Kromeyer-Hauschild K, Moss A, Wabitsch M. Referenzwerte für den Body-Mass-Index für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Deutschland. Anpassung der AGA-BMI-Referenz im Altersbereich von 15 bis 18 Jahren. 2015;09(03):123-7. doi: 10.1055/s-0037-1618928.

Annex Tabelle 1: Beschreibung der Outcome-Variablen zur Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten und zu psychosozialen Belastungen und Ressourcen

Variable (T = Telefon/O = Online)	Instrument [Quelle]	Fragestellung(en)	Kategorisierung
Gesundheit			
Allgemeine Gesundheit (T)	[54, 55]	„Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben?“	1 = „sehr gut“, „gut“; 0 = „mittelmäßig“, „schlecht“, „sehr schlecht“
Elterneingeschätzte allgemeine psychische Gesundheit (T)	[56]	„Wie würden Sie die psychische Gesundheit Ihres Kindes im Allgemeinen einschätzen?“	1 = „ausgezeichnet“, „sehr gut“, 0 = „gut“, „weniger gut“, „schlecht“
Erhöhter Versorgungs- und Unterstützungsbedarf (T)	„Children with Special Health Care Needs (CSHCN)“-Screener: Beinhaltet ein einzelnes Item der deutschen Übersetzung des Kurzfragebogens [57, 58]	„Braucht Ihr Kind mehr medizinische Versorgung, psychosoziale oder pädagogische Unterstützung, als es für Kinder in diesem Alter üblich ist?“ (Filterfrage) Wenn ja: 1) „Geschieht dies aufgrund einer Krankheit, Verhaltensstörung oder eines gesundheitlichen Problems?“ 2) „Dauert dieses Problem bereits 12 Monate an oder ist eine Dauer von mehr als 12 Monaten zu erwarten?“	1 = „Ja“, 0 = „Nein“
Adipositas (O)	Körpergewicht und -größe, Adipositas nach dem Referenzsystem von Kromeyer-Hauschild et al. wird definiert, wenn der Wert des Body Mass Index (BMI) unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht oberhalb des 97. Perzentils liegt [59, 60]	„Wieviel wiegt Ihr Kind ohne Bekleidung? Das Gewicht kann bis auf eine Stelle nach dem Komma angegeben werden.“ „Wie groß ist Ihr Kind? Größe in cm“	1 = Adipositas (> 97. Perzentil), 0 = keine Adipositas (≤ 97. Perzentil)
Teilnahme an freiwilligen Bewegungs- oder Sport-AGs in der Schule (T)	Bezogen auf Schulen im Regelbetrieb	„Denken Sie nun bitte an die letzten 4 Wochen: Hat ihr Kind an Bewegungs- oder Sport-AGs in der Schule teilgenommen?“	1 = „Ja“, 0 = „Nein“
Teilnahme an organisierten Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten in der Freizeit (T)		„Denken Sie bitte nun an die letzten 4 Wochen: Hat Ihr Kind an Sportvereinsangeboten oder Sportkursen in Fitnessstudios, Ballett- oder Schwimmschulen usw. teilgenommen?“	1 = „Ja“, 0 = „Nein“
Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten (O)	Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten zur Bewältigung der Herausforderungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie	„Welche der im Folgenden genannten Unterstützungsangebote haben Sie mit oder für Ihr Kind in den letzten vier Wochen in Anspruch genommen, um die Herausforderungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie besser bewältigen zu können?“ 1) Psychosoziale Unterstützungs- und Beratungsangebote vor Ort (z. B. Familien- oder Eltern-Kind-Beratungsstellen, Selbsthilfe-Gruppen, Eltern-Kind-Café-Begegnungen etc.) 2) Online-Portale mit Informationen und Tipps zur psychosozialen Gesundheit wie z. B. „psychisch stabil bleiben“, „Corona und du“, „angstfrei.news“ oder das Familienportal 3) Online-Trainings zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit wie z. B. „get.calm and move. on“, „stark durch die Krise“ 4) Gesundheitsapps zur Stärkung der psychischen Gesundheit wie z. B. „iFightDepression“ oder die „KrisenKompass App“ 5) Telefonische psychosoziale Unterstützung und Beratung wie z. B. Nummer gegen Kummer	1 = „Ja“, 0 = „Nein, kein Bedarf“, „Nein, Angebot ist nicht bekannt“, „Nein, andere Gründe“
Unterstützung im schulischen und privaten Umfeld (O)		6- bis 15-jährige Schulkinder: 1) „Hilfe/Unterstützung von Lehrer(inne)n oder anderen Personen aus dem schulischen oder betrieblichen Umfeld“ 2) „Hilfe/Unterstützung von einem Elternteil oder einer anderen Person aus dem privaten Umfeld“	1 = „meistens“, „immer“, 0 = „nie“, „selten“, „manchmal“
Belastungen durch finanzielle Einschränkungen, beengte Wohnverhältnisse, Konflikte in der Familie (O)		„Inwieweit hat sich Ihr Kind in den letzten vier Wochen durch folgende Ereignisse/Vorkommnisse belastet gefühlt?“	1 = „belastet“ bis „sehr stark belastet“, 0 = „nicht belastet“, „trifft nicht zu“

Annex Tabelle 2: Stichprobenbeschreibung. Quelle: KIDA-Studie

		Telefon		Online	
	Alter (in Jahren)	***n*** **ungewichtet**	**% gewichtet**	***n*** **ungewichtet**	**% gewichtet**
Insgesamt	**3 – 15**	**6.514**		**2.760**	
Geschlecht	3 – 15				
Weiblich		3.122	48,59	1.333	49,88
Männlich		3.389	51,39	1.427	50,12
Divers		3	0,02	0	
Missing		0		0	
Alter	3 – 15				
3 – 10 Jahre		3.658	61,81	1.565	63,84
11 – 15 Jahre		2.856	38,19	1.195	36,16
Einkommen	3 – 15				
Niedrig		569	16,85	173	10,97
Mittel		4.499	69,59	1.948	75,72
Hoch		1.446	13,57	639	13,32
Missing		0		0	
Bildung	3 – 15				
Niedrig		193	16,61	63	13,34
Mittel		2.038	50,15	800	48,81
Hoch		4.274	33,23	1.895	37,85
Missing		9		2	
Gesundheit					
Allgemeine Gesundheit	3 – 15				
Sehr gut/gut		6.138	92,25		
Mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht		374	7,75		
Missing		2			
Allgemeine psychische Gesundheit	3 – 15				
Ausgezeichnet/sehr gut		4.465	65,11		
Gut/weniger gut/schlecht		2.042	34,89		
Missing		7			
Erhöhter Versorgungs- und Unterstützungsbedarf	3 – 15				
Ja		572	10,24		
Nein		5.891	89,76		
Missing		51	0		
Adipositas	3 – 15				
Ja				88	4,93
Nein				2.373	95,07
Missing				299	
Gesundheitsverhalten					
Teilnahme an freiwilligen Bewegungs- oder Sport-AGs in der Schule	5 – 15				
Ja		2.463	57,41		
Nein		1.935	42,59		
Missing		572			
Teilnahme an organisierten Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten in der Freizeit	3 – 15				
Ja		3.977	57,59		
Nein		2.113	42,41		
Missing		424			
Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten	3 – 15				
Ja				118	6,06
Nein				2.564	93,94
Missing				78	

▾ Fortsetzung nächste Seite ▾

Annex Tabelle 2 *Fortsetzung*: Stichprobenbeschreibung. Quelle: KIDA-Studie

		Telefon		Online	
	Alter (in Jahren)	***n*** **ungewichtet**	**% gewichtet**	***n*** **ungewichtet**	**% gewichtet**
Psychosoziale Belastungen und Ressourcen					
Unterstützung im privaten Umfeld	6 – 15				
Meistens/immer				1.927	92,96
Manchmal/selten/nie				79	7,04
Missing				134	
Unterstützung im schulischen Umfeld	6 – 15				
Meistens/immer				1.540	73,31
Manchmal/selten/nie				462	26,69
Missing				138	
Belastung durch finanzielle Einschränkungen	3 – 15				
Sehr stark belastet bis schwach belastet				571	28,83
Nicht belastet/trifft nicht zu				2.090	71,17
Missing				99	
Belastung durch beengte Wohnverhältnisse	3 – 15				
Sehr stark belastet bis schwach belastet				342	16,39
Nicht belastet/trifft nicht zu				2.315	83,61
Missing				103	
Belastung durch Konflikte innerhalb der Familie	3 – 15				
Sehr stark belastet bis schwach belastet				1.102	42,41
Nicht belastet/trifft nicht zu				1.558	57,59
Missing				100	

Annex Tabelle 3: Gesundheit, Gesundheitsverhalten, psychosoziale Belastungen und Ressourcen von Kindern und Jugendlichen nach Einkommensgruppen (gewichtete Prävalenzen)* (Telefon *n* = 6.514; Online *n* = 2.760). Quelle: KIDA-Studie

	Gesamt						Mädchen						Jungen					
	Familieneinkommen						Familieneinkommen						Familieneinkommen					
	Niedrig (< 60 %)		Mittel (60 % – < 150 %)		Hoch (≥ 150 %)		Niedrig (< 60 %)		Mittel (60 % – < 150 %)		Hoch (≥ 150 %)		Niedrig (< 60 %)		Mittel (60 % – < 150 %)		Hoch (≥ 150 %)	
Indikator	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Allgemeine Gesundheit (sehr gut/gut)	87,4	(82,1 – 91,4)	92,8	(91,4 – 94,0)	94,6	(91,8 – 96,4)	88,7	(81,6 – 93,3)	92,3	(90,2 – 94,0)	94,4	(89,9 – 97,0)	86,4	(78,9 – 91,5)	93,2	(91,2 – 94,8)	94,7	(91,6 – 96,7)
Allgemeine psychische Gesundheit (ausgezeichnet/sehr gut)	52,7	(46,4 – 58,8)	65,6	(63,3 – 67,8)	74,8	(70,5 – 78,6)	55,7	(46,7 – 64,3)	67,4	(64,1 – 70,5)	74,5	(68,4 – 79,8)	50,2	(41,6 – 58,8)	63,9	(60,8 – 67,0)	75,1	(69,0 – 80,3)
Erhöhter Versorgungs- und Unterstützungsbedarf	14,6	(10,4 – 20,2)	9,4	(8,1 – 10,9)	9,8	(7,0 – 13,4)	10,6	(6,3 – 17,4)	8,0	(6,4 – 9,9)	8,5	(5,5 – 13,0)	17,8	(12,0 – 25,7)	10,7	(8,8 – 13,1)	11,3	(7,1 – 17,5)
Adipositas	16,5	(7,2 – 33,6)	5,0	(3,0 – 8,3)	1,9	(1,0 – 3,9)	–		–		–		–		–		–	
Teilnahme an freiwilligen Bewegungs- oder Sport-AGs in Schule	59,8	(51,9 – 67,2)	56,0	(52,8 – 59,1)	60,1	(54,7 – 65,2)	51,1	(39,9 – 62,3)	55,4	(51,1 – 59,6)	58,4	(50,9 – 65,5)	66,8	(56,4 – 75,9)	56,6	(52,3 – 60,8)	61,9	(54,7 – 68,6)
Teilnahme an organisierten Vereins- oder kommerziellen Sportangeboten in Freizeit	44,5	(38,1 – 51,0)	58,7	(56,0 – 61,3)	67,9	(62,9 – 72,5)	40,4	(32,2 – 49,1)	59,3	(55,6 – 62,8)	63,8	(56,8 – 70,3)	47,6	(39,0 – 56,4)	58,2	(54,6 – 61,7)	72,6	(66,0 – 78,3)
Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote	15,9	(7,1 – 31,8)	3,1	(2,0 – 4,8)	3,1	(1,4 – 6,7)	–		–		–		–		–		–	
Unterstützung im privaten Umfeld	95,7	(87,1 – 98,6)	90,2	(84,6 – 94,0)	98,8	(97,3 – 99,5)	–		–		–		–		–		–	
Unterstützung im schulischen Umfeld	67,2	(49,5 – 81,0)	71,3	(65,5 – 76,5)	81,7	(74,0 – 87,5)	–		–		–		–		–		–	
Belastungen durch finanzielle Einschränkungen	52,3	(37,0 – 67,3)	23,5	(20,1 – 27,3)	13,3	(7,8 – 21,6)	–		–		–		–		–		–	
Belastungen durch beengte Wohnverhältnisse	25,2	(14,1 – 40,9)	13,1	(10,4 – 16,3)	10,5	(6,6 – 16,5)	–		–		–		–		–		–	
Belastungen durch Konflikte innerhalb der Familie	43,6	(31,1 – 57,0)	36,3	(31,1 – 57,0)	36,1	(29,2 – 43,7)	–		–		–		–		–		–	

n = Stichprobe, KI = Konfidenzintervall, Einkommenskategorisierung nach Einkommensmedian in Deutschland im Jahr 2022

*Die geschlechtsstratifizierten Prävalenzen werden für die online erhobenen Outcomes nicht ausgewiesen, da sie teilweise auf sehr geringen Fallzahlen basieren und somit die statistische Unsicherheit sehr groß ist.